



121. Deutscher Ärztetag

Beschlussprotokoll

Erfurt, 8. bis 11. Mai 2018



Stand 08.06.2018

Hinweis

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

Impressum

© Bundesärztekammer 2018

Herausgeber:

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

Redaktion:

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

Titelgrafik:

André Meinardus, Deutscher Ärzteverlag GmbH
Dieselstraße 2, 50859 Köln

Alle Inhalte sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, einschließlich der Vervielfältigung, Veröffentlichung, Bearbeitung und Übersetzung, bleiben vorbehalten.



Inhaltsverzeichnis thematisch

TOP Ia	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik Aussprache zum Leitantrag	13
Ia - 01	Mit Sachverstand Versorgung gestalten	14
	<i>Ethische Dimension der Digitalisierung</i>	18
Ia - 10	Einrichtung einer Projektgruppe "Ethisches Leitbild für die digitalisierte Medizin"	19
Ia - 27	KI-Forschungsprogramme und Mittelvergabe müssen ethischen Mindeststandards wie dem Genfer Gelöbnis folgen	20
	<i>Fachkräftemangel / Fachkräftesicherung</i>	21
Ia - 08	Personaluntergrenzen unverzichtbar für sichere Patientenversorgung	22
Ia - 09	Ausbildungsoffensive zur Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen	23
Ia - 13	Koalition bedroht die Selbstverwaltung	24
Ia - 26	Koalitionsvertrag und ärztlicher Arbeitsalltag	25
Ia - 05	Fachkräftemangel in der Alten- und Krankenpflege	26
Ia - 18	Fristgerechte Einführung verbindlicher Personaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V	27
	<i>Finanzierung des Medizinstudiums</i>	28
Ia - 06	Sicherstellung einer strukturellen und finanziellen Ausstattung bei der Ausweitung von Studienplatzkapazitäten	29
	<i>Gewalt gegen Ärzte / Gesundheitsberufe</i>	30
Ia - 04	Aggression und Gewalt in der Medizin	31
Ia - 16	Gewalt gegen Ärzte eindämmen	32
Ia - 21	Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte	33
	<i>Notfallversorgung</i>	34
Ia - 03	Integriertes Konzept der Notfallversorgung einführen	35
Ia - 25	Erreichbarkeit des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes	37
Ia - 17	Extrabudgetäre Vergütung der ambulanten Notfallversorgung	38
Ia - 22	Neuregelung der stationären Notfallversorgung: Bedarfsplanung unerlässlich	39
	<i>Selbstverwaltung</i>	40
Ia - 02	Ehrenamtliches Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung stärken	41
TOP Ib	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen	43
Ib - 01b	Änderungsantrag zum Antrag Ib - 01 - Verfahren zur Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen	44

Ib - 01	Verfahren zur Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen	46
TOP Ic	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik	
	Allgemeine Aussprache	48
	<i>Anerkennung ausländischer Abschlüsse</i>	49
Ic - 06	Nachweis eines gleichwertigen Ausbildungsstandes von Ärztinnen und Ärzten mit Drittstaatenabschlüssen durch Ablegen des medizinischen Staatsexamens	50
Ic - 114	Wissensprüfung für Ärzte aus Drittstaaten	51
Ic - 115	Qualitätsstandards für die Gleichwertigkeitsprüfung zur Erteilung der Approbation	52
Ic - 116	Integration ausländischer Ärzte in das deutsche Gesundheitswesen	53
Ic - 43	Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe mit der Gleichwertigkeitsprüfung von in Drittstaaten absolvierten ärztlichen Ausbildungen beauftragen und zeitnah ausbauen	54
Ic - 48	Termine für Kenntnisprüfung in der gesetzlich vorgegebenen Frist anbieten	56
Ic - 15	Etablierung eines bundesweiten Registers von Ärzten mit nichtbestandenene Kenntnisprüfungen aus Nicht-EU-Staaten bei den Approbationsbehörden	57
Ic - 146	Approbation von Ärztinnen und Ärzten aus Drittstaaten	58
	<i>Arbeits- / Betriebsmedizin</i>	59
Ic - 12	Ärztliche Kompetenzen im Arbeitsschutz zwingend erhalten	60
Ic - 42	Keine Substitution ärztlicher Tätigkeiten im Betrieb durch Nichtärzte	62
	<i>Arbeitsbedingungen / ärztliche Berufsausübung</i>	63
Ic - 120	Regelmäßige Überprüfung der Inanspruchnahme während des ärztlichen Bereitschaftsdienstes im Krankenhaus	64
Ic - 20	Strukturelle Einarbeitung ärztlicher Mitarbeiter an Kliniken	65
Ic - 22	Mehr Transparenz bei Vorlage der Opt-Out-Erklärung	66
Ic - 61	Die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit dürfen die Arztgesundheit nicht gefährden	67
	<i>Arzneimittel / Medizinprodukte</i>	69
Ic - 05	Arztinformationssystem	70
	<i>Ausbildung / Medizinstudium</i>	72
Ic - 47	Für Transparenz und Kompetenz bei der Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020	73
Ic - 56	Aufstockung der Studienplätze für Humanmedizin	74
Ic - 76	Zahl der Medizinstudienplätze erhöhen	75
Ic - 86	"AgendaMEDZukunft", Zulassungswege zum Medizinstudium schneller reformieren und im Sinne der Studierenden handeln	76
Ic - 123	Berücksichtigung der beruflichen Vorprägung bei der Neujustierung der Zulassung zum Medizinstudium	77

Ic - 18	Reform des Zulassungsverfahrens zum Medizinstudium	78
Ic - 32	Sicherstellung einer hochwertigen Ausbildung im Medizinstudium	80
Ic - 33	Reanimation als Lehrveranstaltung	81
Ic - 109	Neurologie und Psychiatrie früher im Medizinstudium	82
Ic - 38	Freier Zugang zu evidenzbasierter Medizin	83
Ic - 36	Anspruch auf Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr in der Approbationsordnung verankern	84
Ic - 87	Wertschätzung der Studierenden im Praktischen Jahr	85
Ic - 35	Transparenter Katalog für die Anrechnung von praktischen Studienabschnitten	86
Ic - 127	Verbesserung der Arbeits- und Lernbedingungen im Praktischen Jahr	87
Ic - 34	Psychische Gesundheit im Medizinstudium	89
Ic - 139	Studienplatzzerhöhung nur nach ausreichender Finanzierung der Studiengänge	90
Ic - 143	Flexibilität für Auslandsabschnitte im Praktischen Jahr erhalten	91
Ic - 147	Bundeseinheitliche Aufwandsentschädigung für PJ-Studierende	92
<i>Berufsordnung</i>		93
Ic - 50	Zielvereinbarungen in ärztlichen Arbeitsverträgen sind der zuständigen Landesärztekammer zur Prüfung vorzulegen	94
<i>Bundesärztekammer / Deutscher Ärztetag</i>		95
Ic - 84	Tagesordnungspunkt für kommenden Deutschen Ärztetag	96
Ic - 102	Schwerpunkt Klimawandel auf dem Deutschen Ärztetag	97
Ic - 138	Ärztegesundheit	98
Ic - 152	Antragskommission	99
<i>Datenschutz und Datensicherheit</i>		100
Ic - 49	Alle Krankenhäuser umfassend vor Cyber-Angriffen schützen	101
<i>e-health / Telematik / Telemedizin</i>		102
Ic - 04	Ärztliche Anforderungen an ein E-Health-Gesetz II	103
Ic - 91	Kein neues Bundesinstitut für Telematik	109
Ic - 89	Ausreichende Erprobung neuer medizinischer Anwendungen der Telematik sicherstellen	111
Ic - 30	Vollständige Kostenübernahme der Einbindung der Telematikinfrastruktur für die Vertragsarztpraxen durch die Krankenkassen	112
Ic - 64	Hersteller und Betreiber von Hard- und Software für die Telematikinfrastruktur müssen für Systemausfälle und Schäden in Praxen, MVZ und Kliniken haften	113
Ic - 54	Aussetzung der dysfunktionalen Telematikinfrastrukturanbindung wegen technischer und organisatorischer Mängel sowie offener Datenschutzfragen	115
Ic - 29	Grundlagen für funktionierende digitale Gesundheitsinfrastruktur schaffen	117
Ic - 90	Kein Wildwuchs elektronischer Gesundheitsakten einzelner Kassen	118

Ic - 59	Datenschutz nur für Gesunde?	119
Ic - 65	Marktzugangsregeln und Qualitätskriterien für Gesundheits-Apps	120
Ic - 19	Benutzerfreundliche Krankenhausinformationssysteme	121
Ic - 141	Aus für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)	123
<i>EU-Themen</i>		124
Ic - 07	Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten in der Europäischen Union	125
<i>Flüchtlinge / Asylbewerber</i>		127
Ic - 100	Menschenrecht auf Gesundheit	128
Ic - 142	Standardisierte Fragebögen für qualifizierte ärztliche Bescheinigungen	129
<i>Förderung ambulante Weiterbildung</i>		131
Ic - 58	Ausbau der ambulanten Weiterbildung bei den grundversorgenden Fachärzten	132
Ic - 75	Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung	133
<i>Fortbildung</i>		134
Ic - 23	Qualifizierte Fortbildung auch während der Weiterbildungszeit ermöglichen	135
<i>Freiberuflichkeit und Ökonomisierung</i>		136
Ic - 97	Im Interesse der Patienten - Freiberuflichkeit statt Konzernbildung	137
<i>Genfer Gelöbnis</i>		139
Ic - 01	Neufassung des Genfer Gelöbnisses der MBO-Ä voranstellen	140
<i>Gesetzliche Krankenversicherung / SGB V</i>		141
Ic - 24	Zeitgemäßes Entlassmanagement	142
Ic - 136	Aufhebung von Budgetierung und Leistungsbeschränkungen verkürzt Wartezeiten für Patienten - Terminservicestellen und Verlängerung von Pflichtzeiten sind ungeeignet	143
Ic - 77	Unterstützung der Ärzteschaft beim MDK/MDS bezüglich ihrer ärztlichen Unabhängigkeit	145
Ic - 101	Freier Zugang und kostendeckende Vergütung für Hochschulambulanzen	146
Ic - 107	Krankentransportrichtlinie für Notfälle ändern	147
Ic - 112	Fragmentierung der Kompetenzen der Fachärztinnen/Fachärzte	148
Ic - 25	Notdienstrufnummer 116117	149
Ic - 119	116117 auf der Versichertenkarte	150
Ic - 26	Krankenversicherungskarte	151
<i>Gesundheitsberufe</i>		152
Ic - 133	Dringliche Modifizierung des Physician Assistant	153
Ic - 83	Physician Assistance - eine arztunterstützende neue Perspektive für Gesundheitsfachberufe	157

Ic - 31	Physician Assistant nur nach abgeschlossener Ausbildung	159
Ic - 57	Delegation der klinischen Sonographie	160
Ic - 67	Teilnahme am Aktionsplan zur Novellierung der Gesundheitsfachberufe	162
Ic - 44	Gleiche Rahmenbedingungen für alle Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen	164
Ic - 66	Finanzielle Unterstützung der MFA-Ausbildung	165
<i>Heilpraktikerwesen</i>		166
Ic - 85	Behandlungsspektrum von Heilpraktikern prüfen	167
<i>Humanitäre Einsätze</i>		169
Ic - 27	Humanitäre Einsätze von Ärztinnen und Ärzten strukturell fördern - Rechtssicherheit für die Helfer	170
<i>Krankenhaus</i>		172
Ic - 13	Verbesserte Berücksichtigung und umfassende Refinanzierung von Arzt- und Personalkosten - multiprofessionelle Versorgung von Patientinnen und Patienten sicherstellen	173
Ic - 51	Krankenhausstrukturen zukunftsorientiert weiterentwickeln	174
Ic - 45	Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung	176
Ic - 40	Kooperation als Grundprinzip einer patientengerechten Gesundheitsversorgung	178
Ic - 46	Krankenhausfinanzierung in den Bundesländern endlich gesetzeskonform durchführen, um die Sicherheit der Patienten zu steigern	179
Ic - 41	Kulturelle und sprachliche Vielfalt im Krankenhaus als Bereicherung begreifen	181
Ic - 55	Förderung eines Mentalitäts- und Kulturwechsels	182
<i>Öffentlicher Gesundheitsdienst</i>		184
Ic - 11	Stärkung der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes	185
<i>Patientenrechte</i>		186
Ic - 52	Juristische Anforderungen an die ärztliche Aufklärung patientengerecht umgestalten	187
<i>Prävention / Gesundheitsförderung</i>		188
Ic - 09	Prädiktive Tests auf das Risiko für die Alzheimersche Krankheit nur mit Aufklärung und Beratung durch qualifizierte Ärzte	189
Ic - 39	Gesundheitserziehung in den Schulen	191
Ic - 130	Ernährung als Schulfach	192
Ic - 14	Zucker- und süßungsmittelhaltige Lebensmittelzubereitungen verbindlich und verständlich deklarieren - zucker- und süßungsmittelhaltige Softdrinks besteuern!	193
Ic - 37	Adipositasrisiko senken - Zuckerkonsum von Kindern und Jugendlichen durch geeignete gesetzgeberische Maßnahmen	

	reduzieren	195
Ic - 68	Kennzeichnungspflicht für Konsumprodukte	197
Ic - 129	Lebensmittelkennzeichnung durch eine sogenannte Ampel	198
Ic - 128	Zielgerichtete gesundheitsorientierte Prävention unter besonderer Berücksichtigung von Heranwachsenden mittels einer Zuckerabgabe auf Getränke und Fertigprodukte	199
Ic - 81	Entwicklung eines nationalen Diabetesplans für Deutschland	200
Ic - 72	Impfhindernisse beseitigen	202
Ic - 125	Schulung von Führungskräften in Führungsethik	204
Ic - 140	Maßnahmen zur Prävention des Nikotinabusus endlich umsetzen - Kinder und Jugendliche vor Suchtgefahren schützen	205
	<i>Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz</i>	206
Ic - 02	Neukonzeption der Reform der Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dringend erforderlich	207
Ic - 74	Ablehnung der Fertigstellung der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes	209
Ic - 03	Gesetzliche Legitimation des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie im Interesse der Versorgungsqualität für eine evidenzbasierte Psychotherapie unverzichtbar	211
	<i>Qualitätssicherung / Patientensicherheit</i>	213
Ic - 08	Obduktionen als wesentliches Instrument klinischer Qualitätssicherung	214
Ic - 93	Vereinfachung der "Vereinbarung zu klinischen Sektionen gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG (Obduktionsvereinbarung)"	216
Ic - 53	Qualitätssicherung neu justieren	218
Ic - 113	Vorgaben der Qualitätssicherung auf den Prüfstand bezüglich Patientennutzen stellen	220
Ic - 78	Verbesserung der Qualität der Leichenschau	221
	<i>Sucht und Drogen</i>	223
Ic - 10	Tabakaußenwerbeverbot endlich auch in Deutschland umsetzen	224
Ic - 88	Angleichung der Richtlinien in der Substitution Opioidabhängiger	226
	<i>Transplantationsmedizin</i>	227
Ic - 80	Einführung der Widerspruchslösung zur Organspende	228
	<i>Umweltmedizin</i>	230
Ic - 105	Declaration on Health and Climate Change	231
Ic - 124	Gesundheitliche Gefahren durch Plastikmüll und Mikroplastik untersuchen und vermindern	232
	<i>Vertragsärztliche Versorgung</i>	234
Ic - 63	Ärztliche und personelle Mehrarbeit sowie Digitalisierung in der vertragsärztlichen Versorgung erfordern Aufhebung der Budgetierung	235
Ic - 70	Informationspflichten MVZ - Transparenz herstellen	236

Ic - 137	Sorge wegen der Industrialisierung ambulanter medizinischer Leistungen	238
	<i>Werbeverbot Schwangerschaftsabbruch (§ 219a StGB)</i>	239
Ic - 108	Schwangerschaftsabbruch: Werbeverbot beibehalten, Beratungs- und Hilfsangebote stärken	240
Ic - 110	§ 219a StGB reformieren	243
Ic - 122	Abschaffung der Strafbarkeit einer sachlichen Information über den Schwangerschaftsabbruch	244
	<i>Weiteres</i>	246
Ic - 95	Klinik Codex "Medizin vor Ökonomie"	247
Ic - 96	Unterstützung und Weiterentwicklung des Klinik Codex	250
Ic - 121	Umsetzung fachlicher Standards in der gesundheitlichen Versorgung von Betroffenen häuslicher und sexualisierter Gewalt	252
Ic - 111	Schutz der Ärzte vor der Praxis von Arztbewertungsportalen	254
Ic - 148	Muttersprachliche Schwangerschaftskonfliktberatung	256
Ic - 151	Keine Diskriminierung oder Diffamierung von behinderten Menschen und Geflüchteten	257
TOP II	Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht	258
II - 04	Verbesserung der Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen	259
II - 01	Weiterentwicklung des Behandlungs- und Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu einem gesundheitspolitischen Schwerpunkt machen	261
II - 07	Keine Substitution indizierter psychotherapeutischer Behandlungen	263
II - 08	Versorgungsforschung Psychiatrie	264
II - 06	Stigmatisierung psychisch Erkrankter abbauen	266
II - 03	Gesetzliche Grundlage für eine "Arbeitsminderung" schaffen	267
II - 02	Zeitgemäße Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze - Prävention, Behandlung und Hilfe müssen im Vordergrund stehen	268
II - 12	Gegen Speicherung der Daten psychisch Kranker	269
II - 05	Sprechende Medizin endlich stärken	271
II - 09	Einrichtung einer Arbeitsgruppe Neuropsychiatrie in der Bundesärztekammer	272
II - 13	Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation im Bereich der seelischen Gesundheit	273
TOP III	GOÄneu	274
	<i>GOÄneu</i>	275
III - 06	GOÄ frühzeitig in die Politik einbringen	276
III - 01	Fortsetzung der Arbeiten an der GOÄ-Novelle	277
III - 02	Keine Vereinheitlichung inkompatibler ärztlicher Gebührensysteme	278
III - 04	Novellierung der GOÄ	280

III - 05	Ärztliche Gebührenordnung als Verhandlungsgrundlage für die Novellierung der GOÄ fertigstellen	281
	<i>Weitere Anträge</i>	282
III - 03	Forderung nach zeitnaher und deutlicher Erhöhung der bestehenden Gebührensätze der GOÄneu	283
III - 08	Vorzeitige Umsetzung der GOÄ bei der Abrechnung der Leichenschau	284
III - 09	Vergütung der ärztlichen Leichenschau	285
III - 07	Leichenschau sofort besser honorieren	286
TOP IV	Änderung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)	287
IV - 01	Änderung des in § 7 Abs. 4 MBO-Ä statuierten Behandlungsgrundsatzes zur Fernbehandlung von Patientinnen und Patienten	288
IV - 10	§ 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)	291
IV - 11	Information des weiterbehandelnden Arztes bei ausschließlicher Fernbehandlung	292
IV - 05	Änderung des in § 7 Abs. 4 MBO-Ä statuierten Behandlungsgrundsatzes zur Fernbehandlung von Patientinnen und Patienten	293
IV - 07	Einbindung von Fernbehandlung in bestehende Versorgungsstrukturen	294
IV - 08	Diskriminierungsverbot bei Fernbehandlungen	295
IV - 09	Fernbehandlung im vertragsärztlichen Sektor nur durch Vertragsärzte	296
IV - 03	Keine ärztlichen Verordnungen im Rahmen von ausschließlichen Fernbehandlungen	297
IV - 04	Keine Krankschreibung per Telefon oder per Videokonferenz bei unbekanntem Patienten	298
TOP V	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 – 30.06.2017)	299
V - 01	Genehmigung des Jahresabschlusses	300
V - 02	Korrektur der Umlagenverteilung für das Geschäftsjahr 2017/2018	301
TOP VI	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 – 30.06.2017)	302
VI - 01	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 - 30.06.2017)	303
TOP VII	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2018/2019 (01.07.2018 – 30.06.2019)	304
VII - 01	Genehmigung des Haushaltsvoranschlags	305
TOP VIII	Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	306

<i>Präambel</i>		307
VIII - 65	Änderung der Präambel MWBO - 1. Satz	308
VIII - 66	Änderung der Präambel (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) - 3. Satz	309
<i>Abschnitt C</i>		310
VIII - 57	Zusatz-Weiterbildung Akupunktur, Stundenzahl	311
VIII - 70	Berufsbegleitender Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Allergologie	312
VIII - 52	Zusammenlegung Zusatz-Weiterbildung Balneologie und physikalische Therapie	313
VIII - 82	Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin - Ergänzung Definition	314
VIII - 68	Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin	315
VIII - 28	Kardiale Magnetresonanztomographie (Kardio-MRT)	316
VIII - 72	Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin berufsbegleitend erwerbbar gestalten	318
VIII - 81	Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie soll berufsbegleitend möglich sein	320
VIII - 21	Zusatz-Weiterbildung Phlebologie bleibt erhalten	321
VIII - 29	Gefährdung der Versorgung in der Phlebologie verhindern!	322
VIII - 31	Erhalt der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie	323
VIII - 36	Erhalt der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie	324
VIII - 40	Beibehaltung der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie - Ablehnung der Nichtaufnahme der Phlebologie in die MWBO	326
VIII - 41	Erhalt der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie	327
VIII - 56	Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie berufsbegleitend erhalten	328
VIII - 85	Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin	329
VIII - 69	Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin	330
VIII - 27	Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen und Zusatzbezeichnung Sozialmedizin	333
VIII - 50	Beibehaltung der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie als berufsbegleitende Weiterbildung	334
VIII - 17	Berufsbegleitende Weiterbildung in der Zusatz-Weiterbildung stärken	335
VIII - 25	Berufsbegleitenden Erwerb von Zusatz-Weiterbildungen ermöglichen	336
VIII - 20	Neue Zusatz-Weiterbildungen	337
<i>Abschnitt A</i>		338
VIII - 77	Anrechenbarkeit erworbener Kompetenzen	339
VIII - 84	Zusatz-Weiterbildung: Kompetenzerwerb als entscheidendes Kriterium/Abschnitt A	340
VIII - 39	Änderungsantrag zu Antrag VIII - 01 - Abschnitt A der MWBO (Paragrafenteil), elektronisches Logbuch	341
VIII - 16a	Änderungsantrag zum Antrag VIII - 16 - Unterbrechungen der Weiterbildung	342
VIII - 16	Unterbrechungszeiten in der Weiterbildung	344
VIII - 59a	Änderungsantrag zu VIII - 59 - Gesamtweiterbildungszeit	345
VIII - 59	Teilzeitanerkennung unter 50 Prozent	346
VIII - 53	Paragrafenteil, § 5 Abs. 7, Mentoren	347

VIII - 05	Sicherstellung der Durchführung der Weiterbildung an den Weiterbildungsstätten	348
<i>Novelle MWBO (allgemein)</i>		349
VIII - 60	eLearning-Anteile	350
VIII - 18	Weitere Entwicklung der Weiterbildung durch neue Weiterbildungskultur vor Ort	351
VIII - 15	Weiterbildungszeiten zur Stärkung der Kompetenzorientierung sukzessive reduzieren	353
VIII - 14	Neue Strukturen zügig und einheitlich in den Landesärztekammern übernehmen	354
VIII - 13	Der 121. Deutsche Ärztetag beschließt die (Muster-)Weiterbildungsordnung	355
VIII - 67	Kommunikative Kompetenzen verbindlich in der Weiterbildung verankern	356
VIII - 01	Gesamtnovelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018	358
<i>Logbuch</i>		359
VIII - 03	eLogbuch bundesweit einführen	360
VIII - 02	Elektronisches Logbuch zur Dokumentation der Weiterbildung	361
<i>Weitere Themen</i>		363
VIII - 04	Verbundweiterbildung ausbauen	364
VIII - 06	Anerkennung von humanitären Einsätzen auf die Weiterbildung	365
VIII - 12	Attraktivität der Weiterbildung im ambulanten Bereich steigern	367
VIII - 80	Verpflichtende Evaluation der Weiterbildung in allen Ärztekammern	368
TOP IX	Wahl des Tagungsortes für den 123. Deutschen Ärztetag 2020	369
IX - 01	Austragungsort 123. Deutscher Ärztetag 2020	370



**TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag**

*Ethische Dimension der Digitalisierung
Fachkräftemangel / Fachkräftesicherung
Finanzierung des Medizinstudiums
Gewalt gegen Ärzte / Gesundheitsberufe
Notfallversorgung
Selbstverwaltung*



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Mit Sachverstand Versorgung gestalten

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache la - 01) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Die Freiberuflichkeit des Arztes und die damit verbundene Therapiefreiheit sind tragende Säulen der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Deshalb darf diese Freiberuflichkeit weder durch staatsdirigistische Eingriffe noch durch Interventionen der EU-Kommission infrage gestellt werden. Ärztliche Selbstverwaltung ist Ausdruck der Freiberuflichkeit.

Vielfältige Regulierungen haben jedoch die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung erheblich beschnitten. Stattdessen beauftragt der Staat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) immer häufiger als untergesetzlichen Normgeber, die Versorgung bis in die Patienten-Arzt-Beziehung hinein zu steuern und Versorgungsstrukturen zu schaffen, die mehr und mehr an ökonomischen Vorgaben ausgerichtet sind. Darüber hinaus ist ein deutlicher Kompetenzzuwachs der Bundesländer in originären Zuständigkeitsbereichen der Selbstverwaltungen zu verzeichnen. Das manifestiert sich aktuell im Bereich der Bedarfsplanung durch neue Antrags- und Beratungsrechte der Länder.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesregierung auf, ihrer im Koalitionsvertrag formulierten Selbstverpflichtung nachzukommen, nach der sie sich für die freiheitliche Berufsausübung im Gesundheitswesen einsetzen will. Bund und Länder sind aufgefordert, der Selbstverwaltung den notwendigen Handlungsspielraum zu geben, den sie für die Ausgestaltung eines vernetzten sektorenübergreifenden Gesundheitswesens braucht. Dabei sollten die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern stärker als bisher eingebunden werden. Nur so kann eine bürgernahe ärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau gewährleistet werden.

Ärztliche Expertise in Reformkommissionen einbeziehen

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 erkennt an, dass die Koalition bei Fragen der künftigen Ausgestaltung der Vergütungssystematik von übereilten Festlegungen absieht und zunächst in einer wissenschaftlichen Kommission die medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekte einer solchen Reform analysieren und Vorschläge erarbeiten lässt. Wiederholt hatten Deutsche Ärztetage festgestellt, dass sowohl der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) als auch die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) reformiert



werden müssten. Nach 30 Jahren politischen Stillstands in der GOÄ-Reform hat die Bundesärztekammer selbst die Initiative ergriffen und gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und der Beihilfe entscheidende konzeptionelle Vorarbeiten für eine Modernisierung der Vergütungssysteme geleistet. Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert deshalb das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf, die Bundesärztekammer mit ihrer medizinisch-wissenschaftlichen Kompetenz sowie ihrem betriebswirtschaftlichen Know-how in Gebührenordnungsfragen direkt und unmittelbar an der wissenschaftlichen Kommission zu beteiligen. Die Einrichtung dieser Kommission darf aber nicht dazu führen, dass sich die Inkraftsetzung der verabschiedungsreifen GOÄ weiter verzögert.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert ebenso eine Beteiligung der Bundesärztekammer an der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung. Ohne den Sachverstand derer, die Versorgung ambulant, stationär und sektorenübergreifend sicherstellen und um die Schnittstellenproblematik wissen, kann diese Diskussion nicht zielführend sein.

Stabile ökonomische Bedingungen für sichere Versorgung in Klinik und Praxis

Für den ärztlichen Bereich sind neben den im Koalitionsvertrag angelegten Maßnahmen weitere Initiativen zur Sicherung stabiler ökonomischer Rahmenbedingungen notwendig. In einem ersten Schritt ist die extrabudgetäre Vergütung ärztlicher Grundleistungen im ambulanten Bereich zu realisieren, um sukzessive zu einem entbudgetierten System mit festen sowie kostendeckenden Preisen für ärztliche Leistungen zu kommen. Die von der Bundesregierung geplante Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten muss entsprechend gegenfinanziert werden.

Für den stationären Bereich fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018 Mindestpersonalvorgaben sowie die Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen nicht nur für die Pflege, sondern auch für den ärztlichen Dienst. Schließlich fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018 die Bundesländer eindringlich dazu auf, endlich ihren Investitionsverpflichtungen für die Krankenhäuser nachzukommen. Notwendig ist eine gemeinsame Finanzierung von Bund und Ländern über zusätzlich mindestens drei Milliarden Euro pro Jahr, denn nur stabile ökonomische Rahmenbedingungen können eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung in Klinik und Praxis dauerhaft sichern.

Länder-Verantwortung für Finanzierung des Medizinstudiums

Angesichts des steigenden Bedarfs an Arztstunden begrüßt der 121. Deutsche Ärztetag 2018, dass sich die Regierungskoalition für die Schaffung zusätzlicher Studienplätze in der Humanmedizin ausgesprochen hat. Bekenntnisse und Absichtserklärungen allein reichen jedoch nicht aus. Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesländer auf, die finanziellen Mittel für eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze in der Humanmedizin um bundesweit mindestens zehn Prozent bereitzustellen. Nach Vorlage des



Abschlussberichtes der zuständigen Expertenkommission zur Finanzierung des Masterplans Medizinstudium 2020 sind die im Masterplan aufgeführten Reformmaßnahmen vollständig und bundesweit umzusetzen.

Notfallversorgung neu gestalten

Die Neuausrichtung der Notfallversorgung in Deutschland ist nicht nur versorgungspolitisch dringend erforderlich, sie bietet darüber hinaus auch die Möglichkeit, Strukturen für eine moderne sektorenübergreifende Versorgung zu schaffen. Dieser Schritt kann nur in Kooperation von ärztlicher Selbstverwaltung, den weiteren Selbstverwaltungspartnern und der mit der Reform beauftragten Bund-Länder-Arbeitsgruppe gelingen.

Als grundlegende Voraussetzung fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018, die für eine Verbesserung der Personalverfügbarkeit, für Prozessverbesserungen und für die Vernetzung in der Notfallversorgung erforderlichen Finanzmittel dauerhaft zur Verfügung zu stellen. Eine weitere Kompensation dieser Investitionskosten zu Lasten von Ärzten und Pflegepersonal darf es nicht geben. Ein "Weiter so" gefährdet das Patientenwohl.

Retter und Helfer vor Gewalt schützen

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert Politik und Gesellschaft auf, Ärztinnen und Ärzte, medizinisches Personal und Rettungskräfte besser vor Gewalt zu schützen. Wir brauchen dringend Aufklärungskampagnen, die deutlich machen, dass diese Menschen Retter und Helfer sind. Die Sicherheit der Ärztinnen und Ärzte sowie der Angehörigen der Gesundheitsberufe ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die sich in hohem Maße engagierenden Ärztinnen und Ärzte und Angehörigen der Gesundheitsberufe verdienen Schutz vor Aggressionen und tätlichen Angriffen und müssen deshalb endlich auch in den Schutzbereich des § 115 StGB aufgenommen werden.

Kompetenzüberschreitung der EU stoppen

Die Europäische Union steckt in einer tiefen Krise. Doch während das Vertrauen in das geeinte Europa erodiert, setzt die Europäische Kommission ihre Politik der Machtkonzentration unbeirrt fort. Die sogenannte Verhältnismäßigkeitsprüfung ist Beispiel dafür, wie tief die Kommission in die Kompetenzen der Mitgliedstaaten eingreift und die ärztlichen Berufsregeln zukünftig vorgeben will. Jüngstes Beispiel ist die HTA-Verordnung. Sie zielt vermeintlich auf eine Zentralisierung, de facto aber auf eine der Industrie nützende Herabsetzung von Sicherheitsstandards der Arzneimittelbewertung ab. Damit greifen die Bürokraten aus Brüssel erneut in die durch den Vertrag von Lissabon garantierte nationale Zuständigkeit für die Organisation des Gesundheitswesens ein.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Europäische Kommission auf, ihren Vorschlag für eine zentralisierte medizinische Nutzenbewertung so zu überarbeiten, dass er das



Prinzip der Subsidiarität beachtet und den Patientenschutz in den Mittelpunkt stellt. Patientinnen und Patienten sind keine Konsumenten. Ihre Sicherheit darf nicht den Interessen der Gesundheitswirtschaft geopfert werden.

Ethische Dimension der Digitalisierung erkennen

Die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen bietet große Möglichkeiten zur Optimierung der Versorgung, sie birgt allerdings auch die Gefahr der Entpersonalisierung der Patienten-Arzt-Beziehung und der weiteren Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Konnektivität und Definition der Algorithmen erfordern nicht nur eine grundlegende politische Digitalisierungsstrategie, sondern zwingend auch medizinisch-ethische Grundsätze zur Datensicherheit, Datennutzung sowie zur Transparenz der Algorithmen. Es gilt, ethische Prinzipien zu definieren, nach denen auch in einer digitalisierten Medizin der Anspruch der Patientin oder des Patienten auf eine individuelle, qualifizierte Versorgung gewährleistet bleibt.



**TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag**

Ethische Dimension der Digitalisierung

- la - 10 Einrichtung einer Projektgruppe "Ethisches Leitbild für die digitalisierte Medizin"
- la - 27 KI-Forschungsprogramme und Mittelvergabe müssen ethischen Mindeststandards wie dem Genfer Gelöbnis folgen



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Einrichtung einer Projektgruppe "Ethisches Leitbild für die digitalisierte Medizin"

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache la - 10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 bittet die Bundesärztekammer, eine Projektgruppe mit dem Auftrag einzurichten, ein Leitbild mit ethischen Grundsatzpositionen der Ärzteschaft zur Digitalisierung der Medizin zu formulieren. Das Leitbild soll als Wegweiser die aktive ärztliche Mitgestaltung der sehr dynamischen Entwicklung in diesem Bereich unterstützen. Die Projektgruppe soll sowohl durch Mitglieder mit ärztlichem Sachverstand, der generations- und sektorenübergreifend repräsentiert sein muss, als auch durch Mitglieder mit juristischer, ökonomischer, informationstechnologischer und ethisch-philosophischer Expertise gebildet werden.

Die Projektgruppe soll zunächst die Themenfelder identifizieren, bei denen sich im Zusammenhang mit der Digitalisierung der Medizin zukünftig neue ethische Herausforderungen für ärztliches Handeln stellen werden. Insbesondere soll auch beschrieben werden, inwieweit die Rolle der Ärztinnen und Ärzte durch die digitalisierte Medizin einem möglichen Wandel unterworfen sein wird. Beispiele für Themenfelder sind die rasch voranschreitenden Entwicklungen im Bereich der künstlichen Intelligenz (KI) und des sogenannten Machine Learning, die permanente Sammlung eigener medizinischer Daten durch Gesunde und Patientinnen und Patienten (Self-Tracking) oder veränderte Methoden des Erkenntnisgewinns durch die Analyse riesiger Datenmengen aus der Regelversorgung (Big Data).

Die Projektgruppe soll dem Deutschen Ärztetag einen Arbeitsbericht vorlegen und mögliche zukünftige Handlungsfelder vorschlagen.

Damit die Ärzteschaft diese Debatte prägen und die Entwicklung mitgestalten kann, benötigt sie bereits heute ein ethisches Leitbild dafür, in welchem Rahmen sich der digitale Fortschritt der Medizin nach ihren Vorstellungen bewegen soll.



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: KI-Forschungsprogramme und Mittelvergabe müssen ethischen
Mindeststandards wie dem Genfer Gelöbnis folgen

EntschlieÙung

Auf Antrag von PD Dr. Andreas Scholz, BMedSci Frank Seibert-Alves, Yvonne Jäger, Dr. Christian Piper, Dr. Dr. Hans-Dieter Rudolph, Dr. Sebastian Roy und Dr. Pedram Emami MBA (Drucksache la - 27) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesregierung auf, bei den kommenden Forschungsprogrammen zur künstlichen Intelligenz (KI) und deren finanziellen Förderungen darauf einzuwirken, dass auf nationaler wie auch internationaler Ebene ethische Mindeststandards eingehalten werden. Insbesondere die Passage aus dem Genfer Gelöbnis - "Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden." - muss als absolute minimale Bedingung für alle KI-Projekte gefordert werden. Bei der Mittelvergabe muss von der Politik diese Passage als strikte Vorgabe eingefordert werden. So soll sichergestellt werden, dass bei allen KI-Forschungsprojekten keine Beiträge zu Mechanismen entwickelt und unterstützt werden, die zu Verletzungen dieses ethischen Mindeststandards führen.

Begründung:

Da zurzeit bei der KI-Forschung ethische Rahmenbedingungen fehlen, ist ein Anstoß seitens der deutschen Ärzteschaft als hilfreiche Vorlage anzusehen, um auf nationaler, aber auch auf EU-Ebene ethische Maßstäbe zu entwickeln und zu etablieren. Zudem wird es ohne eine solche Vorgabe insbesondere für beteiligte Forscherinnen und Forscher, die einen humanmedizinischen Hintergrund haben und damit dem Genfer Gelöbnis unterliegen, zu massiven ethischen und berufsrechtlichen Konflikten kommen.



**TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag**

Fachkräftemangel / Fachkräftesicherung

- la - 08 Personaluntergrenzen unverzichtbar für sichere Patientenversorgung
- la - 09 Ausbildungsinitiative zur Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen
- la - 13 Koalition bedroht die Selbstverwaltung
- la - 26 Koalitionsvertrag und ärztlicher Arbeitsalltag
- la - 05 Fachkräftemangel in der Alten- und Krankenpflege
- la - 18 Fristgerechte Einführung verbindlicher Personaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Personaluntergrenzen unverzichtbar für sichere Patientenversorgung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Susanne Johna, Dr. Henrik Herrmann, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache la - 08) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Einführung verbindlicher Personaluntergrenzen im Gesundheitswesen als wesentlichen Beitrag zur Sicherung der Patientensicherheit. Argumente, der Fachkräftemangel lasse eine solche Regelung nicht zu bzw. führe zu Versorgungsengpässen, lenken davon ab, dass eine Überlastung des Personals im Gesundheitswesen einen wesentlichen Risikofaktor für Patientinnen und Patienten (nicht zuletzt durch Hygienemängel) darstellt. Es ist unredlich, Patienten eine hohe Versorgungsqualität zu versprechen und dann ernstzunehmende Maßnahmen zur Behebung des Fachkräftemangels zu verweigern. Bereits heute ist eine leitliniengerechte Versorgung in Teilbereichen der Medizin in weiten Teilen Deutschlands nicht mehr möglich.



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Ausbildungsoffensive zur Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Susanne Johna, Dr. Henrik Herrmann, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache la - 09) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 appelliert an die Bundesregierung und die Bundesländer, eine gemeinsame Ausbildungsoffensive zur Verbesserung der Nachwuchsgewinnung im Gesundheitswesen zu starten.

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung sowie die schon jetzt bestehende Unterbesetzung insbesondere in den Krankenhäusern und dem Rettungsdienst erfordern gemeinsame Maßnahmen zur Fachkräftesicherung in den Gesundheitsberufen.

Grundvoraussetzung für eine gute Patientenversorgung ist eine ausreichende Anzahl an qualifiziertem Personal. Voraussetzung hierfür ist:

- Schaffung attraktiverer Arbeitsbedingungen für die Gesundheitsberufe
- Stärkung der Ausbildung, mehr Ausbildungsplätze und mehr Medizinstudienplätze
- Konzeption einer deutschlandweiten Kampagne zur Gewinnung junger Schulabgänger für den Pflegeberuf und andere Gesundheitsfachberufe
- Ausbildungsvergütungen für alle grundständigen Gesundheitsfachberufe
- Investitionen in berufliche Aus- und Weiterbildung.

Die Arbeitsbedingungen in den Kliniken insgesamt müssen so verbessert werden, dass kranke und pflegebedürftige Menschen auch künftig professionell versorgt werden können und das Personal nicht überlastet wird. Dies wird nur gelingen, wenn auch die notwendigen Finanzmittel zur Gewährleistung einer Refinanzierung der Personalkosten zur Verfügung gestellt werden.

Im ärztlichen Bereich muss neben einer Neujustierung der Zugangsvoraussetzungen zum Studium der Humanmedizin sowie einer bedarfsgerechten und damit deutlich höheren Anzahl an Studienplätzen die Attraktivität des Arztberufes/Klinikarztes durch Maßnahmen der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie mehr Zeit für die Patientenversorgung und Weiterbildung gestärkt werden.



TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Koalition bedroht die Selbstverwaltung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Ivo Grebe, Dr. Klaus-Peter Spies und Dr. Wolf von Römer (Drucksache Ia - 13) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Die Absicht der großen Koalition, die ärztliche Sprechstundenpflicht von 20 auf 25 Stunden pro Woche heraufzusetzen, bedeutet einen nie dagewesenen Eingriff in die ärztliche Selbstverwaltung. Auf diese Art ändert die Koalition eigenmächtig den Bundesmantelvertrag, den Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen als Selbstverwaltungsorgane beschließen. Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert Bundesgesundheitsminister Spahn auf, diesen unweigerlich auf Konfrontation ausgelegten Weg umgehend zu verlassen.



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Koalitionsvertrag und ärztlicher Arbeitsalltag

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski, Dr. Anke Müller, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Evelin Pinnow, Karsten Thiemann und Prof. Dr. Andreas Crusius (Drucksache la - 26) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 weist die im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD formulierte Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten für gesetzlich Versicherte von 20 auf 25 Stunden als nicht zielführend zurück.

Dies als Ziel im Koalitionsvertrag zu formulieren, konterkariert den ärztlichen Arbeitsalltag. Bereits 2016 betrug die durchschnittliche Sprechstundenzeit der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte in Deutschland 32,6 Stunden/Woche. Nicht berücksichtigt ist darin die auf Bürokratie wie Berichte, Gutachten, Abrechnungsbegründungen etc. und Hausbesuche sowie Behandlungen außerhalb der Sprechzeiten entfallende Zeit, die letztlich zu Wochenarbeitszeiten führt, die deutlich über den Regelungen des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) liegen.

Die Regelung ausdrücklich auf gesetzlich Versicherte zu beziehen, treibt einen Keil in das Patientengut, der populistisch sein mag, der alltäglichen Realität jedoch nicht Rechnung trägt. In vielen Praxen gibt es bereits jetzt keinen Unterschied mehr in der Behandlung gesetzlich oder privat versicherter Patientinnen und Patienten. Die Ärzteschaft weist dies als politischen Aktionismus zurück.

Darüber hinaus gehört eine Festlegung von Mindestsprechzeiten in die Regelungskompetenz der Selbstverwaltung. Sie muss regionale Besonderheiten in der Versorgung berücksichtigen. Angesichts der Versorgungssituation in vielen Gebieten der Bundesrepublik erscheint eine wissenschaftliche Evaluation der ärztlichen Arbeitszeit geboten.



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Fachkräftemangel in der Alten- und Krankenpflege

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Johannes Grundmann, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Tadeusz Slotwinski, Dr. Birgit Lorenz und Bettina Rakowitz (Drucksache la - 05) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 unterstützt das Sofortprogramm der großen Koalition für 8.000 neue Stellen in der Alten- und Krankenpflege. Dies kann allerdings nur ein erster Schritt sein. Der tatsächliche Bedarf an Pflegekräften ist deutlich größer. Weitere Maßnahmen und zielführende zeitnahe Entscheidungen sind dringend erforderlich.

Begründung:

In Deutschland sind nach Aussagen der Bundesregierung in der Alten- und Krankenpflege ca. 35.000 Stellen nicht besetzt, davon 23.319 in der Altenpflege (14.785 Fachkräfte, 8.443 Helfer) und 12.227 in der Krankenpflege (10.814 Fachkräfte, 1.413 Helfer).

Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte ist leergefegt. Durchschnittlich scheiden Beschäftigte in der Pflege nach 7,5 Jahren aus ihrem Beruf aus, weil sie frustriert sind vom Personalmangel und sich dadurch nicht ausreichend um die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten kümmern können. Zunehmend werden von den Pflegeverbänden ausländische Fachkräfte eingestellt, damit der Notstand einigermaßen behoben werden kann.

Um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern, muss die Attraktivität des Berufes erhöht werden, und zwar nicht nur durch die Erhöhung des Gehaltes. Mittlerweile ist die Festlegung von Personaluntergrenzen auf den Weg gebracht, welche die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) bis zum 30.06.2018 festlegen sollen. Geeignete weitere Maßnahmen sind Programme zum Wiedereinstieg von ausgebildeten Fachkräften, Flexibilität bei Arbeitszeiten und Beschäftigung (Teilzeit/Vollzeit) sowie eine Erhöhung der Ausbildungsplätze.



TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Fristgerechte Einführung verbindlicher Personaluntergrenzen gemäß § 137i
 SGB V

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp und Dipl.-Med. Sabine Ermer (Drucksache Ia - 18) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 begrüÙt die Regelungen des Bundesgesetzgebers in § 137i SGB V, mit denen Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern verbindlich eingeführt werden, und fordert die Vertragsparteien (Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung) zur fristgerechten Umsetzung bis zum 30.06.2018 auf. Anderenfalls wird das Bundesgesundheitsministerium (BMG) aufgefordert, zeitnah sachgerechte Personaluntergrenzen per Rechtsverordnung nach § 137i Abs. 3 SGB V festzulegen.



**TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag**

Finanzierung des Medizinstudiums

- Ia - 06 Sicherstellung einer strukturellen und finanziellen Ausstattung bei der Ausweitung von Studienplatzkapazitäten



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Sicherstellung einer strukturellen und finanziellen Ausstattung bei der Ausweitung von Studienplatzkapazitäten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache la - 06) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert, dass grundsätzlich bei Ausweitung von Studienplatzkapazitäten eine adäquate strukturelle und finanzielle Ausstattung von Medizinstudienplätzen sichergestellt ist, um so auch weiterhin gute Ausbildungsbedingungen zu gewährleisten und eine gute medizinische Versorgung sicherzustellen.

Begründung:

Die Erweiterung der Medizinstudienplätze ist grundsätzlich eine erstrebenswerte Maßnahme, um dem Nachwuchsproblem bestimmter Fachrichtungen und dem allgemeinen Ärztemangel entgegenzuwirken. Dabei sollte die Ausweitung der Ausbildungskapazitäten jedoch nicht zulasten der Lehre gehen. Eine adäquate Finanzierung sowie angemessene strukturelle Rahmenbedingungen sind für geeignete Ausbildungsbedingungen notwendig. Bei der Erweiterung bereits bestehender Kapazitäten muss daher auf eine gute Strukturierung des Erhöhungsprozesses unter Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten geachtet werden.



**TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag**

Gewalt gegen Ärzte / Gesundheitsberufe

- la - 04 Aggression und Gewalt in der Medizin
- la - 16 Gewalt gegen Ärzte eindämmen
- la - 21 Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Aggression und Gewalt in der Medizin

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Johannes Grundmann, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Birgit Lorenz, Bettina Rakowitz und Dr. Tadeusz Slotwinski (Drucksache la - 04) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 sieht die Gefahr zunehmender Gewalt und Aggression in der Medizin. Er appelliert an Politik und Gesellschaft, mehr Anstrengungen zum Schutz von Ärztinnen und Ärzten, medizinischem Personal sowie Rettungskräften zu unternehmen.

Begründung:

"Die Aggressivität nimmt zu, der Respekt ab." So lässt sich die Entwicklung in unserer Gesellschaft derzeit treffend beschreiben. Die Gewaltbereitschaft und Verrohung betreffen dabei auch das Gesundheitswesen. Laut einer Studie im Deutschen Ärzteblatt vom März 2015 haben neun von zehn Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern in der Praxis Aggression erleben müssen. Jeder Zehnte war sogar mit schwerer Aggression und Gewalt konfrontiert. Die Gründe seitens der Patientinnen und Patienten sind vielfältig, z. B.:

- zunehmende allgemeine Anspruchshaltung
- hohe Erwartung von Serviceleistungen in Praxis und Klinik (der Patient versteht sich als Kunde)
- Ungeduld und Unverständnis über lange Wartezeiten beim Arztbesuch
- Erwartungen beim Arztbesuch werden nicht erfüllt

Was kann man dagegen tun?

In Praxis und Klinik sind Vorsorge- und Gegenmaßnahmen hilfreich und werden auch zunehmend angewandt: das Erkennen von Risikofaktoren wie Alkohol- und Drogeneinfluss, psychiatrische Erkrankungen und starke Erregungszustände, das Festlegen von Sicherheitsvorkehrungen, das Erlernen gewisser Abwehrtechniken und das Absolvieren sogenannter Deeskalationstrainingskurse. Dies alles ermöglicht Handlungskompetenz und ist eine wertvolle Hilfe im Umgang mit Gewalt. Dennoch ist eine größere Unterstützung durch die Politik angezeigt.



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Gewalt gegen Ärzte eindämmen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christian Albring, Wieland Dietrich, Dr. Ivo Grebe, Dr. Petra Bubel, Prof. Dr. Dr. dent. Christof Hofele und Christa Bartels (Drucksache la - 16) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Gesetzgeber, die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, der zunehmenden Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Personal entgegenzuwirken.

Der Gesetzgeber ist aufgefordert, die ambulant und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte in den Straftatbestand (§ 115 StGB) mit aufzunehmen. Das 52. Gesetz zur Änderung des Strafgesetzbuches zur Stärkung des Schutzes von Vollstreckungsbeamten und Rettungskräften ist am 30. Mai vergangenen Jahres in Kraft getreten. Durch die jüngste Änderung des Gesetzes Ende April haben tätliche Angriffe auf Polizisten, Feuerwehrleute und Rettungsdienstmitarbeiter ein höheres Strafmaß erhalten. Ärztinnen und Ärzte und ihr medizinisches Personal wurden dabei nicht berücksichtigt.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern müssen die Berichts- und Meldekultur bei solchen Vorfällen verbessern. Gewalt gegen Ärzte und medizinisches Personal nimmt immer mehr zu. Der Ärztemonitor 2018 berichtet davon, dass jeder vierte Praxisarzt in seinem Berufsleben in Berührung mit körperlicher Gewalt gekommen ist. Im Schnitt kommt es an jedem Tag zu rund 280 gewaltsamen Übergriffen in deutschen Arztpraxen. Da nur jeder vierte tätliche Angriff auch zur Anzeige gebracht wird, kommen viele Täter ungeschoren davon. Vier von zehn Ärztinnen und Ärzten wurden im letzten Jahr Opfer von verbaler Gewalt. Hier kommt es mit rund 2.800 Vorfällen am Tag zu zehnmal mehr Vorfällen als bei körperlicher Gewalt.

Krankenkassen und Politik sind daher auch gemeinsam gefordert, Sparmaßnahmen an die Bevölkerung bzw. die Versicherten offensiv selbst zu vertreten. Der Missbrauch der Ärzte durch das Überbringen "schlechter" Botschaften, die diese nicht zu vertreten haben, muss beendet werden.



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Max Kaplan und Dr. Ellen Lundershausen (Drucksache la - 21) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 stellt eine zunehmende Verrohung im zwischenmenschlichen Umgang in unserer Gesellschaft fest, welche sich auch in einer zunehmenden Aggression gegenüber Bürgerinnen und Bürgern, Feuerwehr, Polizei, Rettungskräften, Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten manifestiert.

Daher wird folgender Beschluss gefasst:

- Die Bundesregierung wird beauftragt, entsprechende Gesetzestexte so zu verändern, dass auch Ärzte in den Schutz des Staates bei Übergriffen auf diese einbezogen werden.
- Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll eine öffentlich wirksame Kampagne gegen Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte, Pflege- und Rettungspersonal veranlassen.
- Die Bundesärztekammer wird darin bestärkt, eine bundesweite Befragung zu Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte zu veranlassen, um valide Daten zu erhalten und diese öffentlich zu machen.



**TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag**

Notfallversorgung

- la - 03 Integriertes Konzept der Notfallversorgung einführen
- la - 25 Erreichbarkeit des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes
- la - 17 Extrabudgetäre Vergütung der ambulanten Notfallversorgung
- la - 22 Neuregelung der stationären Notfallversorgung: Bedarfsplanung unerlässlich



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Integriertes Konzept der Notfallversorgung einführen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp, Dr. Heidemarie Lux und Dr. Ivo Grebe (Drucksache la - 03) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 betont die Notwendigkeit eines integrierten Konzepts für die strukturierte Inanspruchnahme der Notfallversorgung. Dies muss gesamthaft in echter Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor erfolgen und ist daher sektorenübergreifend extrabudgetär einheitlich zu finanzieren. Dabei sind ambulante Strukturen der Notfallversorgung direkt der stationären Notfallambulanz an auszuwählenden geeigneten Krankenhäusern vorzuschalten. Sie sind zudem räumlich so anzusiedeln, dass sie bei nichtliegender Einlieferung der Patientin oder des Patienten zwingend von dieser oder diesem zu durchlaufen sind und vorab eine standardisierte Zuordnung der Patientinnen und Patienten über den weiteren Behandlungsweg erfolgen kann.

Erforderlich sind darüber hinaus eine verbesserte Aufklärung der Bevölkerung zur Inanspruchnahme der Notfallversorgungsstrukturen sowie entsprechende Anreize.

Begründung:

Eine Neuordnung der Notfallversorgung schafft die Voraussetzung dafür, dass ambulant behandelbare Fälle auch tatsächlich ambulant versorgt werden und nicht die Behandlung schwerer Notfälle verzögern.

Zudem verschärft die ungesteuerte Inanspruchnahme der Notfallambulanzen der Kliniken die Arbeitsbelastung der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte bei ohnehin problematischer Personalsituation. Mit einer Neuordnung könnten Ressourcen zentriert und damit optimal nutzbar gemacht werden. Dies würde auch der Qualität der Notfallversorgung und der Wirtschaftlichkeit zugutekommen. Daher muss die bereits in Ansätzen regional praktizierte unmittelbare und räumliche Zusammenarbeit von Vertragsärztinnen und -ärzten in sogenannten Portalpraxen oder ähnlich konstruierten Einrichtungen mit den Klinikärzten in den Notfallzentren weiterentwickelt werden.

Für die Notfallversorgung ist zudem eine einheitliche Vergütung aus einem



sektorenübergreifenden, nicht budgetierten Honorartopf vorzusehen, um optimale Bedingungen für eine sektorenübergreifende Kooperation zu schaffen. Zudem ist eine unbudgetierte Vergütung der Erstbehandlung von medizinisch indizierten Notfällen sachgerecht, da Notfälle keinem Budget unterliegen sollten. Zwingende Voraussetzung dafür ist eine standardisierte medizinische Indikation.



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Erreichbarkeit des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache la - 25) unter Berücksichtigung des Antrags von Prof. Dr. Bernd Bertram (Drucksache la - 25a) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 begrüÙt die Anstrengungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), ihrem gemäß § 75 SGB V zugewiesenen Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung rund um die Uhr gerecht zu werden.

Primär sollte eine Patientensteuerung und Weiterleitung in niedergelassene Praxen über die Rufnummern 116117 erfolgen. Die Möglichkeit einer ambulanten Notfallversorgung auch während der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten durch KV-Notdienstpraxen, z. B. im Rahmen von Modellprojekten und an einzelnen ausgewählten Klinikstandorten nach Bedarf, wie es der Gesetzesantrag des Landes Schleswig-Holstein vorschlägt, wird vom 121. Deutschen Ärztetag 2018 unterstützt. Die Umsetzung dieses Vorschlags trägt dazu bei, die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten.



TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Extrabudgetäre Vergütung der ambulanten Notfallversorgung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christian Albring, Prof. Dr. Bernd Bertram, Christa Bartels, Dr. Petra Bubel und Barbara vom Stein (Drucksache Ia - 17) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, gegenüber Politik und Öffentlichkeit eine extrabudgetäre Vergütung für den Bereich der ambulanten Notfallversorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen zu fordern.



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Neuregelung der stationären Notfallversorgung: Bedarfsplanung unerlässlich

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Florian Gerheuser, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Susanne Johna und Dr. Andreas Botzlar (Drucksache la - 22) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 begrüÙt grundsätzlich politische Bemühungen, die stationäre Notfallversorgung zu reformieren, nicht zuletzt deshalb, weil die Weiterentwicklung und Subspezialisierung der Medizin die bisher oft kleinstteiligen Versorgungsstrukturen überfordern. Zeitkritische Notfälle (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt, Polytrauma) können nur in Zentren mit entsprechenden, rund um die Uhr unverzüglich verfügbaren personellen und technischen Ressourcen (Herzkatheterlabor, interventionelle Neuroradiologie, Gerinnungslabor und Blutbank etc.) nach aktuellen medizinischen Standards auf Facharzniveau versorgt werden.

Die jetzt beschlossenen Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum gestuften System von Notfallstrukturen an Krankenhäusern berücksichtigen - soweit öffentlich bekannt - weder die komplexen Wechselwirkungen über Schnittstellen und Sektorengrenzen hinweg, noch regionale Besonderheiten. Ohne eine Einbettung in den Gesamtkontext droht auf der einen Seite eine Verschlechterung der Notfallversorgung, während auf der anderen Seite Fehlanreize zur Schaffung unnötiger Strukturen gesetzt werden.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert

- eine Wiederaufnahme des Beratungsprozesses zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung unter Einbeziehung der medizinischen Akteure [in diesem Zusammenhang wird auf das gemeinsame Konzeptpapier von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Marburger Bund (MB) zur integrativen Notfallversorgung aus ärztlicher Sicht und das Positionspapier (Politische) Rahmenbedingungen einer sektorenübergreifenden Versorgung in Notfallpraxen und Notaufnahmen" der Bundesärztekammer verwiesen] und bis dahin eine Aussetzung des G-BA-Beschlusses zur stationären Notfallversorgung
 - eine strukturierte Bedarfsplanung in der Gesundheitsversorgung, weil sich die Versuche der Steuerung über finanzielle Steuerungsinstrumente (Zu- und Abschläge) als zu fehleranfällig (Fehlanreize, Über- und Unterversorgung) erwiesen haben.
-



**TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag**

Selbstverwaltung

Ia - 02 Ehrenamtliches Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung stärken



TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Ehrenamtliches Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung stärken

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache la - 02) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Arbeitgeber auf, Ärztinnen und Ärzte in ihrem aktiven ehrenamtlichen Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung und in der Berufspolitik zu unterstützen. Hierfür benötigen Ärztinnen und Ärzte, im Besonderen jüngere Kolleginnen und Kollegen, Rahmenbedingungen, die das Ausüben eines Ehrenamtes ermöglichen. Daher müssen die objektiven Voraussetzungen verbessert und ausreichend Gestaltungsfreiraum und Flexibilität der Arbeitszeit geschaffen werden.

Begründung:

Junge Kolleginnen und Kollegen müssen in der ärztlichen Selbstverwaltung präsent sein, um ihre Belange in die Gremien einzubringen und in die Diskussion eingebunden zu werden. In den Organen der ärztlichen Selbstverwaltung sind jüngere Ärztinnen und Ärzte unterdurchschnittlich vertreten. Die Gründe hierfür sind vielfältig, aber es ist wichtig, dass die Belange aller Altersgruppen und Fachrichtungen repräsentiert sind und ausgeglichen vor Ort diskutiert werden können.

Zu Beginn der ärztlichen Tätigkeit arbeiten viele Kolleginnen und Kollegen in Anstellung. In diesem Setting ist es häufig schwierig bis unmöglich, sich vor allem innerhalb, aber auch außerhalb der Arbeitszeiten ehrenamtlich zu engagieren. Die Veranstaltungen und Treffen der ärztlichen Selbstverwaltung finden zumeist unter der Woche, beginnend zu üblichen Arbeitszeiten, statt. Zahlen der Bundesärztekammer aus 2016 zeigen, dass rund 27 Prozent der ambulant und klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte unter 40 Jahre alt sind. Diese Gruppe ist in den Organen und Gremien nur unzureichend vertreten.

Gerade im freien Arztberuf hat die ehrenamtliche Tätigkeit einen hohen Stellenwert. Rücksichtnahme bei den Arbeitszeiten, Dienstplanungen sowie Möglichkeiten der Freistellung können helfen, jungen Ärztinnen und Ärzten die aktive Teilnahme an der ärztlichen Selbstverwaltung neben der alltäglichen Arbeitsbelastung zu erleichtern. Eine Unterstützung der jüngeren Kolleginnen und Kollegen in der aktiven Gestaltung und Durchführung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeiten stärkt die ärztliche Selbstverwaltung



insgesamt.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen**

Ib - 01b Änderungsantrag zum Antrag Ib - 01 - Verfahren zur
Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen

Ib - 01 Verfahren zur Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen



TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen

Titel: Änderungsantrag zum Antrag Ib - 01 - Verfahren zur Veröffentlichung von
Interessenwahrnehmungen

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Dr. Robin T. Maitra MPH, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Joachim Suder, Dr. Ullrich Mohr, Dr. Jürgen Braun, Dr. Hans-Otto Bürger, Prof. Dr. Richard Salm, Dr. Michael Ehret, Martin Holzapfel, Dr. Herbert Arthur Zeuner, PD Dr. Cem Bulut, Dr. Anne Gräfin Vitzthum von Eckstädt, Daniela-Ursula Ibach, Dr. Klaus Baier, Dr. Norbert Metke, Dr. Jörg Woll, Dr. Martina Hoefl MBA, Agnes Trasselli, Dr. Ulrich Voshaar, Dr. Udo Schuss, Dr. Michael Schulze, Dr. Stefan Bilger und Wolf Baum-Klatte (Drucksache Ib - 01b) zum Beschlussantrag von Vorstand der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 01) wird in 2. Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer zum Verfahren zur Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen wird dahingehend geändert, dass auf Seite 2 im ersten Absatz der zweite Unterpunkt anstelle des Passus im Antrag der Bundesärztekammer:

"Unternehmensbeteiligungen sollen nur dann angegeben werden, wenn eine formale Funktion oder eine beherrschende wirtschaftliche Stellung in einem Unternehmen im Gesundheitswesen besteht, es sei denn, dass in diesem Rahmen öffentliche Ämter bekleidet werden"

wie folgt geändert wird:

"Unternehmensbeteiligungen und Nebeneinkünfte sind anzugeben, wenn eine Tätigkeit für Unternehmen im Gesundheitswesen besteht."

Begründung:

Die vorgeschlagene Änderung beseitigt Unschärfen im Vorschlag des Vorstands der Bundesärztekammer und macht eine Notwendigkeit zur Interpretation einer "beherrschenden wirtschaftlichen Stellung" überflüssig. Weiterhin wird mit der vorgeschlagenen Änderung die Nennung von Nebeneinkünften in die Auflistung von Interessenwahrnehmungen aufgenommen. Die der Transparenz dienende Nennung von Unternehmensbeteiligungen und formaler Funktionen in Unternehmen ist auch für den Fall sinnvoll und unschädlich, wenn dies im Rahmen der Wahrnehmung öffentlicher Funktionen



geschieht. Der Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer wird mit dem vorliegenden Antrag ergänzt und erweitert, da die Notwendigkeit der Transparenz möglicher Interessenkonflikte sich nicht zuletzt aus der Einbeziehung der wirtschaftlichen Kontaktpunkte in ausreichendem Maße ergibt. Die vorgeschlagene Ergänzung des Verfahrens zur Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen dient der größeren Transparenz und belegt die Unabhängigkeit von Mandatsträgerinnen und -trägern der standespolitischen Selbstvertretung.



TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen

Titel: Verfahren zur Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 01) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in 2. Lesung:

Ziel der Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen

Das ehrenamtliche Engagement der Mitglieder im Vorstand der Bundesärztekammer und der Abgeordneten des Deutschen Ärztetages ist geprägt durch die in der Satzung der Bundesärztekammer festgelegten und aus den Heilberufe- und Kammergesetzen der Länder abgeleiteten Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern. Dieses Engagement beruht auf dem in die gewählten Amtsträgerinnen und -träger gesetzten Vertrauen der Ärzteschaft. Dieses Vertrauen setzt Unabhängigkeit und Glaubwürdigkeit der handelnden Personen voraus.

Ziel des Verfahrens zur Offenlegung von Interessenwahrnehmungen ist, transparent die Aktivitäten der gewählten Amtsträgerinnen und -träger zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben darzustellen und das Vertrauen in die gewählten Amtsträgerinnen und -träger zu stärken.

Daher sehen die Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer und die Abgeordneten des 121. Deutschen Ärztetages 2018 folgendes Verfahren als erstrebenswert an:

Verfahren zur Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen

Die Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer und die Abgeordneten des Deutschen Ärztetages veröffentlichen freiwillig ihre berufspolitischen Interessenwahrnehmungen auf der Internetseite der Bundesärztekammer (www.baek.de).

Es werden neben Namen, (Landes-)Ärztekammer, Tätigkeitsbereich, dem Fachgebiet, Funktionen in der Landesärztekammer und Bundesärztekammer sowie Angaben über Mitgliedschaften in Organisationen offengelegt, die unmittelbar im Zusammenhang mit dem Amt einer/eines Abgeordneten bzw. eines Vorstandsmitglieds und/oder ihrer/seiner ärztlichen Tätigkeit stehen.

Darüber hinausgehende allgemeine Mitgliedschaften, wie z. B. in politischen Parteien, Religionsgemeinschaften, Sportvereinen usw., die keinen unmittelbaren Zusammenhang mit der ehrenamtlichen Tätigkeit haben, müssen nicht genannt werden.



Die berufsrechtlichen Grenzen unternehmerischer Betätigungen bzw. Beteiligung an Unternehmen als Ärztin/Arzt sind zu beachten, insbesondere:

- Wahrung der Unabhängigkeit des gewählten Amtes bei vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten
- Unternehmensbeteiligungen sollen nur dann angegeben werden, wenn eine formale Funktion oder eine beherrschende wirtschaftliche Stellung in einem Unternehmen im Gesundheitswesen besteht, es sei denn, dass in diesem Rahmen öffentliche Ämter bekleidet werden.

Die Hinweise und Erläuterungen "Unternehmerische Betätigungen von Ärztinnen und Ärzten und Beteiligung an Unternehmen" der Bundesärztekammer finden Berücksichtigung.

Begründung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hat verschiedene Anträge zum Thema "Offenlegung von Interessenwahrnehmungen" beraten und diese an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat daraufhin beschlossen, dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 das oben beschriebene Verfahren zur Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen zur Beratung vorzulegen.

Gemäß diesem Verfahren haben Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer ihre Interessenwahrnehmungen unter www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/vorstand/ veröffentlicht.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

*Anerkennung ausländischer Abschlüsse
Arbeits- / Betriebsmedizin
Arbeitsbedingungen / ärztliche Berufsausübung
Arzneimittel / Medizinprodukte
Ausbildung / Medizinstudium
Berufsordnung
Bundesärztekammer / Deutscher Ärztetag
Datenschutz und Datensicherheit
e-health / Telematik / Telemedizin
EU-Themen
Flüchtlinge / Asylbewerber
Förderung ambulante Weiterbildung
Fortbildung
Freiberuflichkeit und Ökonomisierung
Genfer Gelöbnis
Gesetzliche Krankenversicherung / SGB V
Gesundheitsberufe
Heilpraktikerwesen
Humanitäre Einsätze
Krankenhaus
Öffentlicher Gesundheitsdienst
Patientenrechte
Prävention / Gesundheitsförderung
Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz
Qualitätssicherung / Patientensicherheit
Sucht und Drogen
Transplantationsmedizin
Umweltmedizin
Vertragsärztliche Versorgung
Werbeverbot Schwangerschaftsabbruch (§ 219a StGB)
Weiteres*



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Anerkennung ausländischer Abschlüsse

- Ic - 06 Nachweis eines gleichwertigen Ausbildungsstandes von Ärztinnen und Ärzten mit Drittstaatenabschlüssen durch Ablegen des medizinischen Staatsexamens
- Ic - 114 Wissensprüfung für Ärzte aus Drittstaaten
- Ic - 115 Qualitätsstandards für die Gleichwertigkeitsprüfung zur Erteilung der Approbation
- Ic - 116 Integration ausländischer Ärzte in das deutsche Gesundheitswesen
- Ic - 43 Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe mit der Gleichwertigkeitsprüfung von in Drittstaaten absolvierten ärztlichen Ausbildungen beauftragen und zeitnah ausbauen
- Ic - 48 Termine für Kenntnisprüfung in der gesetzlich vorgegebenen Frist anbieten
- Ic - 15 Etablierung eines bundesweiten Registers von Ärzten mit nichtbestandenen Kenntnisprüfungen aus Nicht-EU-Staaten bei den Approbationsbehörden
- Ic - 146 Approbation von Ärztinnen und Ärzten aus Drittstaaten



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Nachweis eines gleichwertigen Ausbildungsstandes von Ärztinnen und Ärzten mit Drittstaatenabschlüssen durch Ablegen des medizinischen Staatsexamens

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 06) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Henrik Herrmann und Dr. Hans Albert Gehle (Drucksache Ic - 06a) und von PD Dr. Peter Bobbert (Drucksachen Ic - 06c) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Gesetzgeber auf, zu regeln, dass alle Ärztinnen und Ärzte mit absolvierter ärztlicher Ausbildung aus Drittstaaten einen Kenntnisstand nachweisen, über den auch Ärztinnen und Ärzte verfügen, die in Deutschland die ärztliche Ausbildung absolviert haben. Der Nachweis, dass entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten vorliegen, kann für einen sicheren Patientenschutz durch erfolgreiches Ablegen einer bundeseinheitlichen Prüfung analog dem Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gewährleistet werden.



TOP lc Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Wissensprüfung für Ärzte aus Drittstaaten

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Heidemarie Lux, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Andreas Tröster und Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka (Drucksache lc - 114) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Gesetzgeber auf, vor Approbationserteilung von Ärztinnen und Ärzten aus Drittstaaten Folgendes zu prüfen:

- Prüfung der vorgelegten ausländischen Zertifikate auf Echtheit und Gleichwertigkeit durch eine Bundesbehörde, um eine einheitliche Bewertung zu gewährleisten
- Fachsprachenprüfung auf Level C1
- Wissensprüfung auf der Basis eines deutschen Examens.

Die Wissensprüfung sollte sich an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren und sollte Wissen prüfen, das für die Ausübung des ärztlichen Berufes essenziell ist.

Das deutsche Zweite Staatsexamen im Medizinstudium mit der Multiple-Choice-Systematik ist für Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten nicht das geeignete Instrument, um das Wissen für die Ausübung des ärztlichen Berufes zu überprüfen.

Die Wissensprüfung sollte bundeseinheitlich und durch die Universitäten durchgeführt werden.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Integration ausländischer Ärzte in das deutsche Gesundheitswesen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski, Dr. Anke Müller, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Evelin Pinnow, Karsten Thiemann und Prof. Dr. Andreas Crusius (Drucksache Ic - 116) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesregierung und die zuständigen Behörden der Länder auf, zu gewährleisten, dass in Deutschland tätige ausländische Ärztinnen und Ärzte über die gleiche berufliche Qualifikation verfügen wie ihre deutschen Kolleginnen und Kollegen. Eine Berufserlaubnis oder Approbation darf erst erteilt werden, wenn dies zweifelsfrei feststeht und die Ärztin oder der Arzt über gute Fähigkeiten der sprachlichen Kommunikation (Niveau C1) verfügt und diese nachgewiesen hat.

Die bisher durchgeführten Kenntnisprüfungen reichen nicht aus, zumal die dabei zutage tretenden Kenntnisse nicht selten im Gegensatz zur behaupteten Qualifikation stehen. Fälschungen von Zeugnissen und Urkunden sind nur schwer erkennbar und noch schwerer nachzuweisen.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert daher, eine Approbation grundsätzlich erst nach einer dem Dritten Staatsexamen des Medizinstudiums entsprechenden Prüfung zu erteilen.

Die Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient sowie unter Ärzten muss Verständigungsfehler ausschließen. Daher müssen Fachsprachenprüfungen auf einem bundeseinheitlichen hohen Niveau erfolgen. Dafür ist die Sprachausbildung der ausländischen Ärztinnen und Ärzte gezielt und einheitlich zu fördern.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe mit der Gleichwertigkeitsprüfung von in Drittstaaten absolvierten ärztlichen Ausbildungen beauftragen und zeitnah ausbauen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 43) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in 2. Lesung folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesländer auf, die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG) auszubauen und mit der Annahme und Bescheidung von Anträgen auf Gleichwertigkeitsprüfung im Rahmen von Anerkennungsverfahren zu beauftragen.

Auch sechs Jahre nach Inkrafttreten des sogenannten Anerkennungsgesetzes können ausländische Ärztinnen und Ärzte vielerorts ihre Anträge auf Anerkennung ihrer Ausbildung nicht bürokratiearm bei der zuständigen Behörde einreichen und bearbeiten lassen. Aus diesem Grund plädiert der 121. Deutsche Ärztetag 2018 für eine Übertragung der Antragsannahme an die GfG.

Ferner ist die GfG so auszubauen, dass sie alle Anträge auf Anerkennung ärztlicher Grundausbildungen vollständig bearbeiten und fristgerecht bescheiden kann. Dies umfasst insbesondere die Prüfung der Echtheit der eingereichten Unterlagen.

Will Deutschland ausländische Ärztinnen und Ärzte gewinnen und langfristig binden, muss endlich ein einheitliches, effizientes und transparentes Prüfsystem etabliert werden, das eine gute medizinische Versorgung durch ausländische Ärztinnen und Ärzte sicherstellt und ihnen mehr Rechtssicherheit bietet. Dies wäre zudem ein wichtiger Schritt in Richtung Willkommenskultur.

Die rechtliche Grundlage für die Aufgabenerweiterung der GfG findet sich bereits im Anerkennungsgesetz. Dort wurde den Bundesländern durch den neuen § 12 Abs. 3 Bundesärzteordnung (BÄO) die Möglichkeit eingeräumt, ihre Aufgaben im Rahmen der Anerkennungsverfahren von einer gemeinsamen Einrichtung und damit der GfG wahrnehmen zu lassen. Dies entspricht auch ihrer in der EntschlieÙung des Bundesrates vom 23.03.2018 geäußerten Forderung, die Verfahren zur Anerkennung



von Berufsqualifikationen zu verbessern und zu beschleunigen (Drucksache 677/17).



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Termine für Kenntnisprüfung in der gesetzlich vorgegebenen Frist anbieten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Rudolf Henke, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 48) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesländer auf, dafür Sorge zu tragen, dass ausländische Ärztinnen und Ärzte, die zum Nachweis eines gleichwertigen Kenntnisstandes ihrer ärztlichen Ausbildung eine Kenntnisprüfung ablegen müssen oder ablegen wollen, einen Termin innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist von sechs Monaten erhalten.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Etablierung eines bundesweiten Registers von Ärzten mit nichtbestandenen
 Kenntnisprüfungen aus Nicht-EU-Staaten bei den Approbationsbehörden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Simone Heinemann-Meerz, Prof. Dr. Uwe Ebmeyer, Dr. Jörg Böhme, Dr. Petra Bubel, Dr. Thomas Langer, Prof. Dr. Udo Rebmann, Henrik Straub und Dr. Peter Wolf (Drucksache Ic - 15) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, einen Datenaustausch zwischen den Approbationsbehörden der Bundesländer bezüglich nichtbestandener Kenntnisprüfungen von Ärztinnen und Ärzten aus Drittstaaten (Nicht-EU-Staaten) zu unterstützen.

Begründung:

Jede Antragstellerin und jeder Antragsteller aus einem Drittstaat (Nicht-EU-Staat) muss eine Kenntnisprüfung ablegen, wenn signifikante Unterschiede zwischen der Ausbildung im Herkunftsland und der ärztlichen Ausbildung in Deutschland bestehen bzw. wenn die Unterschiede nicht durch Berufserfahrung ausgeglichen werden können.

Die Kenntnisprüfung kann maximal zweimal wiederholt werden. Hiernach ist eine erneute Antragstellung in Deutschland nicht möglich.

Derzeit besteht kein Datenaustausch zwischen den Approbationsbehörden bezüglich nichtbestandener Kenntnisprüfungen, sodass von durchgefallenen Antragstellerinnen und Antragstellern ein "Approbationstourismus" praktiziert werden kann, d. h. Antragsteller, die in einem Bundesland abgelehnt wurden, könnten in einem anderen Bundesland die Kenntnisprüfung erneut ablegen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Approbation von Ärztinnen und Ärzten aus Drittstaaten

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen und Dr. Joachim Suder (Drucksache Ic - 146) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende Entschließung:

Die Delegierten des 121. Deutschen Ärztetages 2018 fordern alle Beteiligten auf, für eine zeitnahe Bearbeitung der Anträge von Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten auf Anerkennung der Approbation zu sorgen.

Begründung:

Die Anträge auf Approbation von Ärztinnen und Ärzten aus Drittstaaten brauchen auf dem Weg zur Entscheidung bis zu einem Jahr Wartezeit. Das ist für die Antragstellerinnen und Antragsteller unzumutbar und stellt eine besondere soziale Härte dar.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Arbeits- / Betriebsmedizin

- Ic - 12 Ärztliche Kompetenzen im Arbeitsschutz zwingend erhalten
- Ic - 42 Keine Substitution ärztlicher Tätigkeiten im Betrieb durch Nichtärzte



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Ärztliche Kompetenzen im Arbeitsschutz zwingend erhalten

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 12) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert alle verantwortlichen und zuständigen Akteurinnen und Akteure in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft, wie das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), den Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) und insbesondere die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) auf, die ärztlichen Kompetenzen im Arbeitsschutz uneingeschränkt zu erhalten und zu stärken. Es muss allen Versuchen entschieden entgegengetreten werden, arbeitsmedizinische Leistungen und betriebsärztliche Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen zu substituieren. Neue Arbeitsformen und der technologische Fortschritt erfordern es, dass gerade Arbeitsmediziner und Betriebsärzte im Wege des Arbeitsschutzes bereits frühzeitig gesundheitliche Risiken für die Beschäftigten erkennen. Sie haben deshalb ein Alleinstellungsmerkmal für Gesundheitsfragen im Betrieb und nehmen eine wichtige Funktion sowohl im Feld der betrieblichen Prävention als auch an der Schnittstelle zur kurativen und rehabilitativen Medizin ein. Nur so können Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz mit den dynamisch sich vollziehenden Veränderungen in der Arbeitswelt Schritt halten.

Begründung:

Vor dem Hintergrund der durchgeführten Evaluation der DGUV Vorschrift 2 werden aktuell Konzepte diskutiert, inwieweit die betriebliche Betreuung durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte für andere Professionen geöffnet werden kann. In diesem Kontext wird überlegt, die in der Grundbetreuung mit dem bisher vorgesehenen Mindestanteil von 0,2 Stunden pro Jahr und Beschäftigtem zur Disposition zu stellen. Damit hätten die Beschäftigten im Rahmen des Arbeitsschutzes kaum noch Zugang zu einer ärztlich fundierten Betreuung. Das ist nicht hinnehmbar. Die Grundbetreuung ist ausschließlich durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner zu leisten. Damit wird sichergestellt, dass für die Beratung zum ganzheitlichen betrieblichen Arbeitsschutz entsprechend weitergebildete qualifizierte



Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Darüber hinaus bleibt die Anwendung der Regelungen zur Grundbetreuung handhabbar, und der Aufwand der Unternehmer im Hinblick auf den Auswahlprozess qualifizierter Personen wird nicht erhöht.

Bei folgenden Tätigkeiten und Maßnahmen im Betrieb sind im Arbeitsschutz zwingend ärztliche Kompetenzen gefordert, die nicht substituierbar sind: arbeitsmedizinische Gefährdungsbeurteilungen, Vorsorge mit Untersuchungsangebot, Beratung sowie die Indikationsstellung für ärztliche Maßnahmen (z. B. Biomonitoring).

Weiterhin gehört zur ärztlichen Tätigkeit das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Ohne Kenntnis der genauen Diagnose und der durchgeführten Therapie ist nicht zu beurteilen, welche Tätigkeiten nach der akuten Krankheitsphase wieder ausgeführt werden können und dürfen.

Ferner ist die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes am betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) unerlässlich. Nur so ist gewährleistet, dass Leistungen der Prävention und der Gesundheitsförderung zielgerichtet erbracht werden. Für die erfolgreiche Integration des Arbeitsschutzes in ein BGM sind sowohl die Kompetenzen als auch die Strukturierung der Prozesse durch Arbeitsmediziner und Betriebsärzte erforderlich. Denn hier müssen Kenntnisse aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge berücksichtigt werden.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Keine Substitution ärztlicher Tätigkeiten im Betrieb durch Nichtärzte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Peter Czeschinski, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 42) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 lehnt die Pläne der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zur Substitution betriebsärztlicher Tätigkeiten durch Nichtärzte entschieden ab.

Die DGUV diskutiert im Rahmen der Novellierung der Vorschrift 2 zur arbeitsmedizinischen Betreuung in der Grundbetreuung die Substitution einer den gesamten Menschen umfassenden fachärztlichen arbeitsmedizinischen Betreuung durch andere Berufsgruppen, wie z. B. Ergonomen, Arbeitspsychologen, Gesundheitswissenschaftler usw. Darüber hinaus ist eine Halbierung der betriebsärztlichen Mindesteinsatzzeit in der Betreuungsgruppe III von zwölf auf sechs Minuten pro Beschäftigtem und Jahr vorgesehen.

In sechs Minuten ist keine qualitativ hochwertige arbeitsmedizinische Betreuung mit ihren vielfältigen Facetten zu gewährleisten, erst recht nicht, wenn auch noch psychische Belastungen zur Sprache kommen. Sofern auch noch andere Professionen in die Grundbetreuung in der Gruppe III eingebaut werden, bleibt es nicht bei sechs Minuten, sondern davon gehen z. B. noch Zeiten für einen Gesundheitswissenschaftler ab. Von dieser Neuregelung sind auch Beschäftigte im Gesundheitswesen, insbesondere angestellte Ärztinnen und Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen, Arztpraxen bzw. medizinischen Versorgungszentren (MVZ) betroffen.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Arbeitsbedingungen / ärztliche Berufsausübung

- Ic - 120 Regelmäßige Überprüfung der Inanspruchnahme während des ärztlichen Bereitschaftsdienstes im Krankenhaus
- Ic - 20 Strukturelle Einarbeitung ärztlicher Mitarbeiter an Kliniken
- Ic - 22 Mehr Transparenz bei Vorlage der Opt-Out-Erklärung
- Ic - 61 Die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit dürfen die Arztgesundheit nicht gefährden



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Regelmäßige Überprüfung der Inanspruchnahme während des ärztlichen
Bereitschaftsdienstes im Krankenhaus

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Wolfgang Rechl und Dr. Christoph Graßl (Drucksache Ic - 120) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die regelmäßige Überprüfung der ärztlichen Inanspruchnahme im Rahmen der klinischen Notfallambulanzen, die korrekt zu dokumentieren ist. Überlastungen von Ärztinnen und Ärzten müssen rechtzeitig erkannt und deren arbeitsplatzbezogene Gesundheit langfristig geschützt werden.

Begründung:

In den Krankenhäusern ist es üblich, dass, obwohl die Arbeitsbelastung in den Bereitschaftsdiensten bei maximal 49 Prozent liegen darf, viele Kolleginnen und Kollegen häufig deutlich darüber hinaus im Einsatz sind und damit faktisch gar kein Bereitschaftsdienst vorliegt. In Anbetracht der Tatsache, dass vor dem Hintergrund eines vorliegenden Bereitschaftsdienstes folglich bis zu 24 Stunden am Stück gearbeitet wird, liegt in solchen Fällen ein Verstoß gegen das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) vor.

In den Umfragen "Ärztliche Arbeitswelten. Heute. Und morgen" des Hartmannbundes gaben 64 Prozent der Befragten an, dass die ärztliche Personaldecke ihrer Klinik mangelhaft sei. Zudem gaben 35 Prozent der Befragten an, dass sie fünf bis zehn Überstunden pro Woche leisteten, und weitere 22 Prozent sagten aus, sogar auf mehr als zehn Überstunden pro Woche zu kommen. Erschreckenderweise gaben zudem 46 Prozent der Befragten an, dass sie aufgefordert wurden, ihre Überstunden nicht zu dokumentieren. Weiterhin konnten über 50 Prozent der Befragten ihre Pausenzeiten selten oder nie einhalten.

Bei dauerhafter Personalunterbesetzung und damit verbundener Arbeitsüberlastung bleiben physische und psychische Symptome nicht aus. So gaben 45 Prozent der Befragten in der Umfrage "Ärztliche Arbeitswelten. Heute. Und morgen" an, unter Schlafmangel zu leiden. Dieser Zustand ist gesundheitsgefährdend, da die nötigen Ruhe- und Regenerationszeiten fehlen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Strukturelle Einarbeitung ärztlicher Mitarbeiter an Kliniken

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Rechl, Dr. Christoph GraÙl und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache Ic - 20) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert einen Kulturwandel im Hinblick auf die Einarbeitung neuer ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Kliniken. Personelle Engpässe auf den Stationen haben zur Folge, dass die Einarbeitung nicht mehr stattfindet. Neue Mitarbeiter müssen eine verlässliche Einarbeitung in alle relevanten fachlichen und organisatorischen Belange erhalten. Zur Strukturierung der Einarbeitung soll die Klinik eine auf die Abteilung abgestimmte verbindliche Checkliste verwenden. Für die Einarbeitung müssen verantwortliche Kolleginnen und Kollegen benannt werden, die diese organisieren und dafür ausreichend zeitliche Kapazitäten erhalten.

Begründung:

Eine strukturierte Einarbeitung trägt dazu bei, Fehler und deren weitreichende Folgen zu vermeiden. Gleichzeitig dient sie dazu, die Weiterbildung von Beginn der ärztlichen Tätigkeit an zu strukturieren und so ein effizientes Arbeiten in den ersten Arbeitsmonaten zu gewährleisten.

Ein Einarbeitungskonzept setzt zudem eine ausreichende Berücksichtigung im Personalschlüssel der Klinik voraus. Für eine sinnvolle Strukturierung hat sich ein auf die Abteilung abgestimmtes Einarbeitungskonzept bewährt, das eine Checkliste mit allen zu besprechenden Themen, sicherheitsrelevanten Einweisungen sowie wichtigen Ansprechpartnern und Strukturen beinhaltet.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Mehr Transparenz bei Vorlage der Opt-Out-Erklärung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Daniel Johannes Peukert (Drucksache Ic - 22) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert alle Krankenhäuser in Deutschland auf, ihre Personalabteilungen dazu anzuhalten, erst nach dem Zustandekommen eines Arbeitsvertrages die Formulare der Opt-Out-Regelung an die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer zu versenden, da es sich hierbei um eine Option und keine Pflicht für den Arbeitnehmer handelt. Durch das zeitgleiche Versenden von Arbeitsvertrag und Opt-Out-Erklärung entsteht der Trugschluss, dass die Opt-Out-Regelung zwingende Voraussetzung für den Erhalt der Arbeitsstelle sei.

Begründung:

Grundsätzlich ist eine Arbeitszeit von mehr als 48 Stunden durchschnittlicher Wochenarbeitszeit unzulässig. Die Möglichkeit, im Rahmen einer Opt-Out-Regelung diesen vorgegebenen Rahmen zu überschreiten, ist als Ausnahmeregelung zu verstehen und auch entsprechend gegenüber der Arbeitnehmerin oder dem Arbeitnehmer deutlich als solche zu kommunizieren. Vielerorts werden Arbeitsvertrag und Opt-Out-Regelung miteinander in einen zeitlichen und kausalen Zusammenhang gebracht, sodass für den Arbeitnehmer der Eindruck entsteht, die Opt-Out-Regelung sei Bedingung für den Erhalt einer Arbeitsstelle.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit dürfen die Arztgesundheit nicht gefährden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Christa Bartels, Wieland Dietrich, Dr. Susanne Blessing, Dr. Ivo Grebe, Dr. Rüdiger Pötsch, Dr. Folker Franzen, Dr. Heiner Heister und Dr. Lothar Rütz (Drucksache Ic - 61) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Die Bedingungen bei der Ausübung des Arztberufes in allen Sektoren und ärztlichen Berufsfeldern müssen so gestaltet sein, dass eine Gefährdung der körperlichen und seelischen Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten minimiert wird. Als Gesundheitsrisiken anzusehen sind unter anderem zu lange Arbeitszeiten in Klinik und Praxis.

Die Heranziehung zu Bereitschafts- und Notdiensten im stationären und ambulanten Sektor ist so zu gestalten, dass ausreichende zusammenhängende Ruhezeiten ermöglicht werden.

Die Honorarsysteme sind so zu gestalten, dass bei einer dem allgemeinen Arbeitsleben entsprechenden Jahresarbeitszeit ein auskömmliches und leistungsadäquates Honorar erwirtschaftet werden kann, einschließlich aller Overhead-Arbeiten, wie z. B. Bürokratie, Verwaltung, Betriebsführung.

Wertschätzung und Anerkennung ärztlicher Tätigkeit sind wesentliche Voraussetzungen für Engagement und berufliche Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten. Die ärztlichen Körperschaften und Verbände werden aufgefordert, die in ihren Möglichkeiten stehenden Mittel zu nutzen, um sogenanntem Ärzte-Bashing entgegenzutreten. Engagement, Einsatz und Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sollen mit Nachdruck öffentlich herausgestellt werden.

Begründung:

Aus der Neufassung des Genfer Gelöbnisses: "Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können".

Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und dadurch bedingte somatische und



seelische Erkrankungen sind unter Ärztinnen und Ärzten weiter verbreitet als in der Durchschnittsbevölkerung. Die Suizidrate ist bei Ärztinnen und Ärzten nachgewiesenermaßen überdurchschnittlich. Viele Kolleginnen und Kollegen müssen wegen seelischer Probleme behandelt werden. Über Erkrankungen mit psychosomatischer Konnotation wird häufig berichtet.

Die in der Arbeitszeitrichtlinie der Europäischen Kommission festgelegten Arbeitszeitgrenzen basieren auf wissenschaftlicher Grundlage: Zum einen beinhalten frequente oder dauerhafte Überschreitungen dieser Grenzen ein Gesundheitsrisiko für die Betroffenen, zum anderen sinkt bei Überschreitung dieser Richtwerte die Leistungsfähigkeit der Betroffenen, was im Arztberuf mit einer erhöhten Gefährdung von Patientinnen und Patienten einhergeht.

Zur Sicherung der Arztgesundheit und zur Vermeidung eines erhöhten Behandlungsrisikos für Patienten sollte dies auch bei der Bemessung der Arbeitszeit sowohl von angestellten, aber auch bei selbstständigen Ärztinnen und Ärzten (z. B. bei der Einteilung zum ambulanten ärztlichen Bereitschaftsdienst) berücksichtigt werden.



121. Deutscher Ärztetag

Erfurt, 08.05. - 11.05.2018

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**
Allgemeine Aussprache

Arzneimittel / Medizinprodukte

Ic - 05 Arztinformationssystem



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Arztinformationssystem

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 05) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird aufgefordert, mit einer entsprechenden Gestaltung des Arztinformationssystems (AIS) zur Abbildung der Nutzenbewertungsbeschlüsse nach § 35a Abs. 3a SGB V sicherzustellen, dass das Ziel des AIS ausschließlich die Verbesserung der Qualität der Arzneimittelversorgung durch mehr Transparenz über den Zusatznutzen von Arzneimitteln ist. Dafür sollte gewährleistet werden, dass nur unabhängige, verständliche und übersichtliche Informationen zur Nutzenbewertung neuer Arzneimittel abgebildet werden. Die Gestaltung des AIS muss eine Zweckentfremdung als Instrument zur Verordnungssteuerung unterbinden.

Begründung:

Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) wurde 2011 die frühe Nutzenbewertung neuer Arzneimittel eingeführt. Seitdem muss der Zusatznutzen im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie belegt werden. Das Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz - AMVSG) sieht ein AIS vor, um die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung der Ärzteschaft in einer verständlichen Art und Weise zur Verfügung zu stellen. Die Gestaltung des AIS erfolgt in einer Rechtsverordnung des BMG.

Die Ärzteschaft begrüÙt diese gesetzliche Initiative zur Verbesserung der Qualität der Arzneimittelversorgung durch mehr Transparenz über den Zusatznutzen von Arzneimitteln. Damit Informationen zur Nutzenbewertung schnell implementiert werden und die Therapieentscheidung der Ärzteschaft unterstützen können, muss eine standardisierte Darstellung und Hierarchisierung der wesentlichen Informationen erfolgen. Eine Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit durch das AIS muss ausgeschlossen sein.

Darüber hinaus ist es essenziell, dass die Informationen der gesamten Ärzteschaft - über den ambulanten (kassenärztlichen und privatärztlichen) Sektor hinaus - zur Verfügung gestellt werden, beispielsweise durch Integration der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in geeigneter Form in die Krankenhausinformationssysteme.



Es muss ausgeschlossen werden, dass pharmazeutische Unternehmer das AIS mitgestalten können; zur Sicherstellung der Unabhängigkeit und Transparenz darf keine Darstellung von Hinweisen auf Informationen des pharmazeutischen Unternehmens im Bereich der Abbildung der Beschlüsse der Nutzenbewertung erfolgen.

Das AIS darf nicht zur Verordnungssteuerung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eingesetzt werden können. Der informative Charakter des AIS muss sichergestellt werden, eine Darstellung mit regulativem Hintergrund oder Wertungscharakter, z. B. in Form eines Ampelsystems, sollte nicht zulässig sein.

Die Kodierung genetischer Prädispositionen der Patientinnen und Patienten in der Patientenakte oder auf dem Verordnungsblatt sowie die automatische Weitergabe von Daten zur Subgruppenzugehörigkeit der Patienten an die GKV - auch in kodierter, pseudonymisierter oder anonymisierter Form - müssen sicher unterbunden werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass das AIS nicht zur Operationalisierung der Subgruppen aus den Verfahren der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V im Sinne einer Verordnungssteuerung bzw. Regressierung der Ärzteschaft missbraucht wird.

Auch darf im AIS keine Darstellung von Informationen erfolgen, die eine Umstellung der Medikation fördern oder begünstigen, wenn diese medizinisch nicht notwendig ist. Es darf nicht suggeriert werden, dass neue Arzneimittel mit einem belegten Zusatznutzen automatisch den medizinischen Standard darstellen. Eine solche Darstellung, die zur automatischen Medikationsumstellung von Patientinnen und Patienten animiert, muss unterbunden werden, um eine mögliche Verschlechterung des Behandlungsergebnisses und der Therapieadhärenz zu vermeiden.

Es muss sichergestellt werden, dass die Implementierung der Beschlüsse des G-BA zur Nutzenbewertung nach § 35a SGB V ohne einen bürokratischen Mehraufwand für die Ärzteschaft erfolgt. Einführung und Pflege dieser neuen Vorgaben für die Arzneimittelverordnungssoftware werden mit Mehraufwand und Mehrkosten verbunden sein. Hierfür sind geeignete Finanzierungsregelungen zu treffen.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Ausbildung / Medizinstudium

- Ic - 47 Für Transparenz und Kompetenz bei der Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020
- Ic - 56 Aufstockung der Studienplätze für Humanmedizin
- Ic - 76 Zahl der Medizinstudienplätze erhöhen
- Ic - 86 "AgendaMEDZukunft", Zulassungswege zum Medizinstudium schneller reformieren und im Sinne der Studierenden handeln
- Ic - 123 Berücksichtigung der beruflichen Vorprägung bei der Neujustierung der Zulassung zum Medizinstudium
- Ic - 18 Reform des Zulassungsverfahrens zum Medizinstudium
- Ic - 32 Sicherstellung einer hochwertigen Ausbildung im Medizinstudium
- Ic - 33 Reanimation als Lehrveranstaltung
- Ic - 109 Neurologie und Psychiatrie früher im Medizinstudium
- Ic - 38 Freier Zugang zu evidenzbasierter Medizin
- Ic - 36 Anspruch auf Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr in der Approbationsordnung verankern
- Ic - 87 Wertschätzung der Studierenden im Praktischen Jahr
- Ic - 35 Transparenter Katalog für die Anrechnung von praktischen Studienabschnitten
- Ic - 127 Verbesserung der Arbeits- und Lernbedingungen im Praktischen Jahr
- Ic - 34 Psychische Gesundheit im Medizinstudium
- Ic - 139 Studienplatzerhöhung nur nach ausreichender Finanzierung der Studiengänge
- Ic - 143 Flexibilität für Auslandsabschnitte im Praktischen Jahr erhalten
- Ic - 147 Bundeseinheitliche Aufwandsentschädigung für PJ-Studierende



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Titel: Für Transparenz und Kompetenz bei der Umsetzung des Masterplans
Medizinstudium 2020

EntschlieÙung

Auf Antrag von BMedSci Frank Seibert-Alves, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Frank J. Reuther und Anne Kandler (Drucksache Ic - 47) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert Transparenz bei der Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020, insbesondere in Bezug auf die Arbeit der Expertenkommission. Da immer noch keine Informationen über die Zusammensetzung der Expertenkommission öffentlich bekannt sind, bekräftigt der 121. Deutsche Ärztetag 2018 die Forderung nach Sicherstellung ärztlicher Expertise in der Expertenkommission. Hierfür ist eine ausreichende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten erforderlich, die sich mit der Studierendenauswahl, dem jetzigen Ablauf des Medizinstudiums und der Weiterbildung detailliert auskennt.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Aufstockung der Studienplätze für Humanmedizin

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka, Dr. Jan Döllein, Dr. Ute Schaaf und Dr. Wolfgang Rechl (Drucksache Ic - 56) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Regierungen der Länder auf, die Anzahl der Studienplätze für Humanmedizin auf die Anzahl von vor der Wiedervereinigung - deutschlandweit 17.000 pro Jahr - zu erhöhen.

Begründung:

Vor der Wiedervereinigung gab es in der damaligen DDR gut 4.000 Studienplätze, in Westdeutschland ca 12.800. Nach der Wiedervereinigung ist die Gesamtzahl der Studienplätze reduziert worden. 2017 gab es 10.750 Plätze für Studienanfänger.

Bedenkt man den zusätzlichen Personalbedarf aufgrund des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) und die verständliche, persönliche Planung der Arbeitszeit im Sinne der Work-Life-Balance sowie die große Zahl der in den nächsten Jahren aus dem Beruf ausscheidenden Ärztinnen und Ärzte, so wird der Ärztemangel zunehmend gravierender werden. Deshalb muss der erste dringliche Schritt eine schnelle Erhöhung der Studienplätze auf die Anzahl von vor der Wiedervereinigung sein.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Zahl der Medizinstudienplätze erhöhen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Christoph Emminger, Christa Bartels, Dr. Siegfried Stephan, Dr. Hans Ramm und Dr. Martin Eichenlaub (Drucksache Ic - 76) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, unverzüglich mit allen beteiligten Partnern darauf hinzuwirken, dass die Zahl der Medizinstudienplätze weiter und deutlich erhöht wird. Seit der Wende hat die Zahl der Medizinstudienplätze in Deutschland gravierend abgenommen. Hier muss endlich weiter gegengesteuert werden. Die Versorgung der immer älter und kränker werdenden Bevölkerung braucht dringend mehr Ärztinnen und Ärzte.

Begründung:

Der Ärztemangel wird nicht nur im hausärztlichen und im ländlichen Bereich immer bedrohlicher. Wir brauchen diesen nicht zu beklagen, wenn wir die reduzierte Zahl der Studienplätze und die Etablierung von immer mehr Assistenzberufen hinnehmen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: "AgendaMEDZukunft", Zulassungswege zum Medizinstudium schneller reformieren und im Sinne der Studierenden handeln

Beschluss

Auf Antrag von Marion Charlotte Renneberg, Dr. Thomas Carl Stiller, Dr. Christian Albring, Dr. Frauke Petersen, Uwe Lange und Dr. Elke Buckisch-Urbanke MPH (Drucksache Ic - 86) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Die Statistiken und die Demografie zeigen deutlich, dass eine Reform der Zulassung zum Medizinstudium und eine Reform der Vergabe von Medizinstudienplätzen sowie das Management von Teilstudienplätzen deutlich schneller im Sinne der Zukunftsversorgung und im Sinne einer Planungssicherheit für Studierende der Medizin erfolgen müssen.

Die Dringlichkeit und Brisanz erfordert eine bundeseinheitliche und koordinierte Initiative, die idealerweise durch die Bundesärztekammer als Repräsentantin aller Ärztinnen und Ärzte an die Politik vermittelt werden kann. Folgende Punkte sollte die Reform aufgreifen:

- Neue Zulassungswege außerhalb der starren Quoten (gemäß dem Verfassungsgerichtsurteil) zügig schaffen
- Teilstudienplätze umgehend in Vollstudienplätze umwandeln (Planungssicherheit und zielorientiertes Studieren)
- Deutliche Aufstockung der personellen und materiellen Kapazitäten der Hochschulen (Zusatzbenefit: verbesserte Forschungs-, Lehr- und Versorgungsbedingungen und dadurch verbesserte Versorgungsqualität)
- Förderung der Rückkehr von deutschen Studentinnen und Studenten, die im Ausland studieren und dort einen vergleichbaren Abschluss oder Teilabschluss erworben haben, an deutsche Hochschulen.

Die Bundesärztekammer soll den politischen und organisatorischen Rahmen schaffen, um diese "AgendaMED Zukunft" schnell umzusetzen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Berücksichtigung der beruflichen Vorprägung bei der Neujustierung der
 Zulassung zum Medizinstudium

EntschlieÙung

Auf Antrag von Erik Bodendieck, Dr. Ellen Lundershausen, Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz, Dr. Ulrich M. Clever, Prof. Dr. Andreas Crusius, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Franz Bartmann, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Dr. Günther Matheis und SR Dr. Josef Mischo (Drucksache Ic - 123) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesländer und die Bundesregierung auf, bei der Neujustierung der Zulassung zum Medizinstudium die berufliche Vorprägung der Bewerberin oder des Bewerbers besonders in den Blickpunkt zu nehmen.

Neben Abschlüssen in medizinischen Fachberufen, insbesondere in der Pflege, ist auch schon eine mindestens einjährige Pflegezeit in Anstellung unter den Bedingungen des Tarifvertrages für Pflegepersonal als Vorbereitung auf das Medizinstudium mit besonderer Priorität anzuerkennen.

Begründung:

Seit Jahren steigt die Bewerberzahl auf einen Medizinstudienplatz. Die Abiturnote gibt unzweifelhaft einen wichtigen Hinweis auf die Leistungsfähigkeit im Medizinstudium. Sie gibt jedoch keinen Hinweis auf die wichtige soziale Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten.

Frühzeitige Bildung berufsimmanenter sozialer Kompetenz kann und muss bereits vor dem Studium stattfinden.

Die Bewerberinnen und Bewerber haben in dieser Zeit ebenso die Möglichkeit, Kenntnisse und Fertigkeiten im interprofessionellen Agieren zu erlernen und erlangen frühzeitig Klarheit über die neben dem hohen Fachwissen geforderten Inhalte ärztlicher Berufsausübung.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Reform des Zulassungsverfahrens zum Medizinstudium

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Daniel Johannes Peukert, Dr. Wolfgang Rechl und Dr. Svante Gehring (Drucksache Ic - 18) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert eine Reform des Zulassungsverfahrens. Diese sollte die Neuausrichtung der Auswahlkriterien zur Prüfung der Eignung der Studienplatzbewerberinnen und -bewerber beinhalten. Daher soll ein bundesweit einheitliches Modell eingeführt werden, in das die Abiturnote sowie die Ergebnisse eines einheitlichen schriftlichen Tests und eines standardisierten Assessmentverfahrens zu je einem Drittel einfließen.

Begründung:

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat zu Beginn des Jahres die Abiturnote als alleiniges Zulassungsmerkmal als verfassungswidrig erklärt - insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache, dass in Deutschland eine inhomogene Bildungslandschaft vorliegt. In der Konsequenz haben Studienplatzbewerber in Abhängigkeit von dem Bundesland, in dem sie ihr Abitur ablegen, im aktuellen Zulassungsverfahren unterschiedlich gute Chancen auf einen Studienplatz. Aufgrund der steigenden Bewerberzahlen und der Inflation sehr guter Abiturnoten wurden die Anforderungen an den Notenschnitt in den vergangenen Jahren zudem kontinuierlich nach oben gesetzt. Die Wartezeiten betragen aktuell sieben bis acht Jahre.

Hier besteht dringender Handlungsbedarf, entsprechend muss eine Reform des aktuellen Zulassungsverfahrens zu einer zukunftsfähigen Anpassung der Werkzeuge und damit zu einer ausgeglicheneren Bewerberauswahl mit mehr Chancengleichheit führen. Das Persönlichkeitsprofil der Bewerberin oder des Bewerbers und auch einschlägige Berufsausbildungen sowie soziales oder gesellschaftliches Engagement sind im aktuellen Auswahlverfahren wenig bis gar nicht repräsentiert und sollten eine stärkere Berücksichtigung finden, gerade auch vor dem Hintergrund des akuten Ärztemangels in ländlichen Räumen.

Dafür bietet sich ein bundesweit einheitliches Modell an, bei dem die Abiturnote zu einem Drittel gewertet wird. Die zweite Komponente sollte ein schriftlicher standardisierter Test



sein. Dieser sollte sowohl die kognitiven als auch die naturwissenschaftlichen Fähigkeiten abbilden und ebenfalls zu einem Drittel in die Bewertung eingehen. Als drittes Kriterium (ebenfalls zu einem Drittel) sollen standardisierte Assessmentverfahren an zentralen Standorten die Bewerbung beeinflussen. Im nächsten Schritt werden die drei Anteile in Punktwerte umgerechnet, sodass ein Endwert entsteht, der sich gleichwertig aus den Punkten der Abiturleistungen, des Testergebnisses und des Assessmentverfahrens zusammensetzt. Dieses Verfahren soll nach Abzug der Quoten (ausländische Studierende, Sanitätsdienst, Zweitstudium, Härtefälle) Anwendung finden, wobei 20 Prozent aller dann zu vergebenden Studienplätze weiterhin durch individuelle Auswahlverfahren der Universitäten besetzt werden können, um eine hochschulspezifische Schwerpunktsetzung zu ermöglichen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Sicherstellung einer hochwertigen Ausbildung im Medizinstudium

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 32) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die Qualität des Praktischen Jahres (PJ) durch eine hochwertige praktische Lehre mittels zusätzlichem für die Lehre freigestellten ärztlichen Personal an jedem akademischen Lehrkrankenhaus einschließlich der Universitätsklinika in Deutschland zu verbessern.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Reanimation als Lehrveranstaltung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Rudolf Henke, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 33) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die medizinischen Fakultäten auf, dafür Sorge zu tragen, dass jeder Studierende der Human- und Zahnmedizin in Deutschland einmal jährlich eine theoretische sowie praktische Unterweisung in Reanimation und Basic/Advanced Life Support erhalten kann.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Neurologie und Psychiatrie früher im Medizinstudium

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Prof. Dr. Alexandra Henneberg, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Hans Ramm und Anne Kandler (Drucksache Ic - 109) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert, dass Lehrinhalte der Fächer Neurologie und Psychiatrie im Medizinstudium früher vermittelt werden.

Begründung:

Das Gehirn der Patientin oder des Patienten ist für die Verarbeitung ihrer Krankheiten in besonderem Maße mitverantwortlich, sei es in Bezug auf Resilienz, Krankheitsverarbeitung oder -darstellung. Ein frühzeitiges (Mit-)Erfassen des psychopathologischen Befundes und etwaiger Einschränkungen der Hirnfunktionen ist deshalb für die gesamte klinische Ausbildung entscheidend.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert deshalb die Verantwortlichen für den Masterplan Medizinstudium 2020 auf, dafür Sorge zu tragen, dass unser ärztlicher Nachwuchs in einem sinnvollen Zusammenhangdenken im Bereich psychischer und somatischer Faktoren für das Zustandekommen von Krankheiten ausgebildet wird.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Freier Zugang zu evidenzbasierter Medizin

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 38) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Universitätsklinika in Deutschland auf, eine Vereinbarung zu treffen, die ihren Studierenden unbegrenzten Zugriff auf alle online verfügbaren Publikationen der in PubMed gelisteten Journale gewährt. Somit soll verhindert werden, dass die Universitäten aufgrund fehlender oder gekündigter Verträge den Studierenden und den Lehrenden die Publikationen nur noch kostenpflichtig zur Verfügung stellen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Anspruch auf Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr in der
 Approbationsordnung verankern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 36) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, § 3 Abs. 4 Satz 8 der Approbationsordnung für Ärzte ("Die Gewährung von Geld- oder Sachleistungen, die den Bedarf für Auszubildende nach § 13 Abs. 1 Nummer 2 und Abs. 2 Nummer 2 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes [BAföG] übersteigen, ist nicht zulässig".) durch eine Formulierung zu ersetzen, die folgende Punkte beinhaltet:

- In einem akademischen Lehrkrankenhaus (einschließlich der Universitätsklinik) einer medizinischen Fakultät in Deutschland ist jedem PJ-Studierenden eine obligatorische, bundesweit einheitliche, existenzsichernde Aufwandsentschädigung zu zahlen (Rechtsanspruch auf Geldleistung).
- Eine Anrechnung dieser Aufwandsentschädigung auf Leistungen nach dem BAföG findet nicht statt.
- Eine Abgeltung der Aufwandsentschädigung mit Sachleistungen (wie z. B. kostenlosem Essen oder Unterkunft) ist nicht zulässig.
- Die Lehrverpflichtungen der Einrichtung der oder dem PJ-Studierenden gegenüber bleiben von der Aufwandsentschädigung unberührt.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Wertschätzung der Studierenden im Praktischen Jahr

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Tilman Kaethner, Marion Charlotte Renneberg, Uwe Lange, Dr. Thomas Carl Stiller, Dr. Christian Albring, Dr. Gisbert Voigt und Prof. Dr. Bernd Haubitze (Drucksache Ic - 87) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 erneuert seine Forderung nach einer fairen, gleichen, von der Ausbildungsstelle unabhängigen und angemessenen Aufwandsentschädigung der Studierenden im Praktischen Jahr (PJ).

Stadt und Land müssen dabei gleichgestellt werden.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Transparenter Katalog für die Anrechnung von praktischen Studienabschnitten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 35) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Landesprüfungsämter für Heilberufe auf, einen transparenten Katalog für sämtliche durch das jeweilige Landesprüfungsamt anzuerkennende Leistungen zu erstellen, diesen auf ihrem Internetauftritt zugänglich zu machen und über die Anerkennung vorab einen rechtsmittelfähigen Bescheid zu erteilen.

Die Anrechnung von praktischen Studienabschnitten wie Famulaturen, Pflegepraktika und Praktisches Jahr (PJ) im Inland wie Ausland durch die Landesprüfungsämter folgt keinen einheitlichen, transparenten Regeln. Unter welchen Bedingungen solche Abschnitte angerechnet werden, muss im Internet klar ersichtlich und reproduzierbar sein.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Verbesserung der Arbeits- und Lernbedingungen im Praktischen Jahr

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Hans Ramm und Dr. Martin Eichenlaub (Drucksache Ic - 127) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Im Rahmen der Reformierung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) entsprechend dem Masterplan Medizinstudium 2020 schließt sich der 121. Deutsche Ärztetag 2018 der Forderung der Medizinstudierenden bezogen auf die Verbesserung der Arbeits- und Lernbedingungen im Praktischen Jahr (PJ) an:

- Anhebung der Fristen zur Prüfungsladung zum Dritten Staatsexamen von fünf Tagen auf vier Wochen
- einen Mindestabstand von vier bis sechs Wochen zwischen dem Ende des PJs und dem ersten Prüfungstermin
- die offizielle Aufnahme des gesplitteten Tertials in die ÄAppO
- Einführung einer Fehlzeitenregelung auch für das gesplittete Terial
- die Trennung der Fehltage von Krankentagen

Begründung:

In der Realität herrschen große Diskrepanzen in der Handhabung der Vorgaben aus der ÄAppO 2002 zwischen den verschiedenen Landesprüfungsämtern. So erfolgt die Prüfungsladung zum Dritten Staatsexamen und damit die Mitteilung der Prüferinnen und Prüfer sowie des vierten Prüfungsfaches (Losfach) zwischen fünf Tagen vorher bis zu mehreren Monaten vorab. Basierend auf einer aktuellen Umfrage der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) zeigt sich, dass die durchschnittliche Vorbereitungszeit der Studierenden für das Dritte Staatsexamen bei sechs Wochen liegt. Eine wie aktuell in der ÄAppO vorgegebene Mindestfrist von fünf Tagen zwischen Prüfungsladung und erstem Prüfungstermin ist demnach nicht ausreichend, um eine adäquate Vorbereitung auf die Abschlussprüfung des Medizinstudiums zu leisten. Es braucht einen national vorgegebenen, fairen Mindestabstand zwischen Prüfungsladung und erstem Prüfungstermin, um allen Studierenden die Prüfungsvorbereitung chancengleich zu ermöglichen.

Dasselbe gilt für einen Mindestabstand zwischen dem Ende des PJs und dem ersten



Prüfungstermin. Je nach Kohorte beträgt dieser aktuell lediglich eine Woche. Als Konsequenz sammelt die Mehrheit der Studierenden ihre Fehltage, um diese am Ende des dritten Tertials zur Prüfungsvorbereitung zu verwenden. So geht wertvolle Zeit im PJ, die für die praktische Ausbildung verwendet werden könnte, verloren. Hinzu kommt, dass aktuell im PJ nicht zwischen Fehltagen (z. B. für Urlaub, Lernzeiten) und Krankentagen differenziert wird (ÄAppO 2002 § 3 Abs. 3). In Einzelfällen wird selbst im Krankheitsfall das PJ weiterhin besucht, um möglichst viele Fehltage "aufzusparen". Krankenzeiten sollten von Fehlzeiten getrennt werden, um ungesunden Verhaltensweisen wie dem ärztlichen Präsentismus (Arbeiten trotz Krankheit) bereits im Studium vorzubeugen.

Das gesplittete Tertial erlaubt aktuell die Wahrnehmung eines stationären und ambulanten Teils oder eines Teils im In- und im Ausland innerhalb eines Fachgebietes. Diese historisch gewachsene Möglichkeit ist noch nicht in der ÄAppO 2002 verankert, jedoch in allen Ländern Realität. Entsprechend sollte das gesplittete Tertial in die ÄAppO aufgenommen werden. Fehlzeitenregelungen müssen dann auch für das gesplittete Tertial definiert werden. So wäre ein geringeres Maß an Fehlzeiten als in regulären Tertialen denkbar; die aktuell praktizierte Handhabung, Fehltage im gesplitteten Tertial, ohne rechtliche Grundlage, komplett zu verbieten, entbehrt hingegen jedweder Realitätsnähe.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Psychische Gesundheit im Medizinstudium

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Susanne Johna (Drucksache Ic - 34) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert, dass die Erhaltung der eigenen psychischen Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten sowie insbesondere von Medizinstudierenden in die Curricula im Medizinstudium integriert wird. Dies beinhaltet die Sensibilisierung für psychische Probleme, deren Erkennung und Prävention sowie die Stärkung der Resilienz im Studium und Arztalltag. Eine Aufnahme in den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) und die Gegenstandskataloge im Rahmen ihrer anstehenden Novellierung ist anzustreben.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Studienplatzerrhöhung nur nach ausreichender Finanzierung der Studiengänge

EntschlieÙung

Auf Antrag von Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache Ic - 139) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 spricht sich ausschließlich für eine bedarfsgerechte Erhöhung der Studienplatzkapazität in Deutschland aus, wenn eine dauerhafte und vollständige Ausfinanzierung gewährleistet ist, da sonst die Gefahr besteht, dass die Ausbildungsqualität leidet.

Begründung:

Ohne ein ausreichendes Finanzierungskonzept für bereits geschaffene Studienplätze und Fakultäten ist eine unbedachte Erhöhung abzulehnen. Es muss zunächst die Ausfinanzierung der bereits geplanten Universitäten in Bielefeld und Augsburg sichergestellt werden. Auf eine Ermittlung des notwendigen langfristigen Bedarfs ist zu achten, anstatt unbedacht die Zahl der Studienplätze zu erhöhen. Durch eine Erhöhung der Studienplätze ist eine qualitativ hochwertige Ausbildung von Ärztinnen und Ärzte gerade in Modellstudiengängen und nach der Reform der Studiengänge durch den Masterplan Medizinstudium 2020 nicht mehr gegeben, wenn eine ausreichende Finanzierung nicht sichergestellt ist.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Flexibilität für Auslandsabschnitte im Praktischen Jahr erhalten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Carsten Mohrhardt und Dr. Hans-Otto Bürger (Drucksache Ic - 143) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die zuständigen Landesprüfungsämter und Behörden auf, gemeinsam mit den medizinischen Fakultäten flexible Lösungen zur Durchführung und Anerkennung von Auslandsabschnitten im Praktischen Jahr (PJ) zu ermöglichen. Hierbei sollen insbesondere die speziellen Anforderungen durch ausländische Fakultäten sowie eine größtmögliche Freiheit der Studierenden in Anzahl und Dauer der Auslandsabschnitte berücksichtigt werden.

Begründung:

Bereits derzeit haben einige Fakultäten durch Reformstudiengänge das klassische Tertialsystem im PJ verlassen. Dies führt zu Problemen für Studierende, Teile des PJ im Ausland zu absolvieren. Insbesondere die häufigen Anforderungen im englischsprachigen Raum, Abschnitte von acht Wochen zu absolvieren, die zudem oft nicht zeitlich flexibel sind, führen zu Konflikten mit den zeitlichen Vorgaben der medizinischen Fakultäten. Der internationale Austausch ist jedoch essenzieller Bestandteil der medizinischen Aus- und Weiterbildung und sollte daher gefördert werden.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Bundeseinheitliche Aufwandsentschädigung für PJ-Studierende

EntschlieÙung

Auf Antrag von Carsten Mohrhardt, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Hans Albert Gehle, Prof. Dr. Dr. dent. Christof Hofele, Dr. Frank J. Reuther, Dr. Theodor Windhorst und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache Ic - 147) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert eine bundesweit einheitliche Aufwandsentschädigung für Studentinnen und Studenten im Praktischen Jahr (PJ). Eine faire Aufwandsentschädigung für PJler sollte monatlich mindestens 1.500 Euro betragen. PJler dürfen nicht als billige Hilfskräfte ausgebeutet werden. In einer Zeit des Ärztemangels wird ärztlicher Nachwuchs dringend benötigt.

Begründung:

In der Realität erhalten viele PJler keine oder keine faire Aufwandsentschädigung. Vielerorts ist sie - sofern überhaupt existent - völlig unzureichend. Viele PJler sind gezwungen, durch Wochenend- oder Nachtdienste ihr Studium zu finanzieren, obwohl sie bereits ganztägig und an allen Wochenarbeitstagen anwesend sein müssen.

Dabei sollte es auch weiterhin zusätzlich möglich sein, den Studierenden neben Geldleistungen auch Sachleistungen, z. B. eine kostenlose Unterkunft, die Erstattung von Fahrkosten oder kostenlose Mahlzeiten, anzubieten.

Die Zahlung einer Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr (PJ) in Höhe von mindestens 1.500 Euro pro Monat sollte bundeseinheitlich erfolgen, um alle PJ-Studierenden in Deutschland gleichermaßen für ihre umfangreichen Tätigkeiten im Rahmen ihres PJ zu entschädigen und die PJ-Mobilität zu gewährleisten.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Berufsordnung

- Ic - 50 Zielvereinbarungen in ärztlichen Arbeitsverträgen sind der zuständigen Landesärztekammer zur Prüfung vorzulegen



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Zielvereinbarungen in ärztlichen Arbeitsverträgen sind der zuständigen
Landesärztekammer zur Prüfung vorzulegen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 50) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Ausschuss "Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte" der Bundesärztekammer auf, zu prüfen, wie eine Regelung in die (Muster-)Berufsordnung (MBO-Ä) aufgenommen werden kann, nach der ärztliche Arbeitsverträge mit Zielvereinbarungen den zuständigen Landesärztekammern vorzulegen sind.



121. Deutscher Ärztetag

Erfurt, 08.05. - 11.05.2018

**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Bundesärztekammer / Deutscher Ärztetag

- Ic - 84 Tagesordnungspunkt für kommenden Deutschen Ärztetag
- Ic - 102 Schwerpunkt Klimawandel auf dem Deutschen Ärztetag
- Ic - 138 Ärztesundheit
- Ic - 152 Antragskommission



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Tagesordnungspunkt für kommenden Deutschen Ärztetag

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Eva Müller-Dannecker MBA und Katharina Thiede (Drucksache Ic - 84) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage soll die "Zusammenarbeit der ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufe" als Tagesordnungspunkt aufgenommen werden.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Schwerpunkt Klimawandel auf dem Deutschen Ärztetag

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Robin T. Maitra MPH, Dr. Ellis E. Huber und Dr. Matthias Albrecht MBA (Drucksache Ic - 102) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesärztekammer dazu auf, auf dem 122. Deutschen Ärztetag 2019 Klimawandel und Gesundheit zu einem Schwerpunktthema zu machen.

Begründung:

"Klimawandel ist die zentrale Gesundheitsfrage des 21. Jahrhunderts" (Margaret Chan, ehemalige Generaldirektorin der WHO), die in der Klimadebatte immer mehr an Bedeutung gewinnt. Zugleich gehen die meisten Klimaschutzmaßnahmen mit zum Teil erheblichen Vorteilen für die Gesundheit einher. Der Weltärztebund (WMA) rief im Oktober 2017 in seiner Declaration On Health and Climate Change die nationalen Ärzteverbände dazu auf, Klimawandel und Gesundheit als prioritäre Aufgabe auf ihre Agenda zu setzen. Die Erklärung gibt umfassende Empfehlungen und benennt Felder, in denen die nationalen Ärzteverbände und ihre Mitglieder tätig werden sollen. (Die WMA-Deklaration ist abrufbar unter <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-delhi-on-health-and-climate-change/>)



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Ärztegesundheit

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Robin T. Maitra MPH, Dr. Joachim Suder, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Jürgen Braun und Christa Bartels (Drucksache Ic - 138) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Abgeordneten des 121. Deutschen Ärztetages 2018 stellen fest, dass auch Ärztinnen und Ärzte psychisch, psychosomatisch und suchtkrank werden können. Sie halten es für eine Pflicht der Kammern, ihren Mitgliedern bei der Suche nach Unterstützung behilflich zu sein: mit Beratung bzw. Vermittlung. Sie wünschen erneut, dass der Vorstand der Bundesärztekammer das Thema "Berufszufriedenheit und Ärztegesundheit" auf dem 122. Deutschen Ärztetag 2019 zu einem Tagesordnungspunkt macht.

Begründung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 in Freiburg hat den Vorstand mit Mehrheit (Entschließung Ib - 79) gebeten, den Tagesordnungspunkt "Berufszufriedenheit und Ärztegesundheit" auf dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 zu behandeln. Das auf dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 gemeinsam gesprochene Genfer Gelöbnis enthält jetzt die Aufforderung, für die eigene Gesundheit zu sorgen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Antragskommission

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Michael Schulze, Dr. Simone Heinemann-Meerz, Erik Bodendieck, Prof. Dr. Andreas Crusius, Dr. Matthias Fabian, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Beatrice Grabein, Dr. Christiane Groß M.A., PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Hans Albert Gehle und Dr. Klaus Thierse (Drucksache Ic - 152) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der Vorstand der Bundesärztekammer möge zum 122. Deutschen Ärztetag 2019 in Münster eine Änderung der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages vorlegen, die die Einrichtung einer Antragskommission beinhaltet.

Die Projektgruppe "Prozessoptimierung Satzung und Geschäftsordnung Deutscher Ärztetag" möge dafür ein Konzept erarbeiten.

Begründung:

Um dem großen Bedarf an Diskussion gerecht zu werden und dabei die Klarheit einer stringenten Beschlussfassung zu gewährleisten, insbesondere mit Blick auf die Außendarstellung, ist die Einrichtung einer solchen Kommission erforderlich.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Datenschutz und Datensicherheit

Ic - 49 Alle Krankenhäuser umfassend vor Cyber-Angriffen schützen



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Alle Krankenhäuser umfassend vor Cyber-Angriffen schützen

EntschlieÙung

Auf Antrag von PD Dr. Peter Bobbert, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Susanne Johna (Drucksache Ic - 49) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Beim Schutz vor Cyber-Angriffen darf es keine zwei Klassen von Krankenhäusern geben. Deshalb fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018, im Zuge der angekündigten Fortschreibung des IT-Sicherheitsgesetzes alle Krankenhäuser in Deutschland als schützenswerte kritische Infrastruktur (KRITIS) einzustufen. Es spielt keine Rolle, in welchem Krankenhaus Patientinnen und Patienten behandelt werden - ihre hochsensiblen krankheitsbezogenen Daten sind überall gleichermaßen gut vor Fremdzugriffen zu schützen.

Die vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) geforderten Mindeststandards müssen in der gesamten vollstationären medizinischen Versorgung zur Anwendung kommen. IT-Sicherheit in Krankenhäusern darf in diesem Sinne keine Kostenfrage sein - sie ist gerade im Zuge der digitalen Modernisierung von Kliniken eine schiere Notwendigkeit.

Von der KRITIS-Einstufung hängt auch die Frage ab, welche Investitionsmittel zum Schutz vor Hacker-Attacken auf Medizingeräte und Patientendaten bereitgestellt werden. Deshalb sollte im Zuge der angekündigten Fortschreibung des IT-Sicherheitsgesetzes der Schwellenwert entfallen, der die Einstufung als kritische Infrastruktur nach der Anzahl der vollstationären Behandlungsfälle pro Jahr bemisst.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

e-health / Telematik / Telemedizin

- Ic - 04 Ärztliche Anforderungen an ein E-Health-Gesetz II
- Ic - 91 Kein neues Bundesinstitut für Telematik
- Ic - 89 Ausreichende Erprobung neuer medizinischer Anwendungen der Telematik sicherstellen
- Ic - 30 Vollständige Kostenübernahme der Einbindung der Telematikinfrastruktur für die Vertragsarztpraxen durch die Krankenkassen
- Ic - 64 Hersteller und Betreiber von Hard- und Software für die Telematikinfrastruktur müssen für Systemausfälle und Schäden in Praxen, MVZ und Kliniken haften
- Ic - 54 Aussetzung der dysfunktionalen Telematikinfrastrukturanbindung wegen technischer und organisatorischer Mängel sowie offener Datenschutzfragen
- Ic - 29 Grundlagen für funktionierende digitale Gesundheitsinfrastruktur schaffen
- Ic - 90 Kein Wildwuchs elektronischer Gesundheitsakten einzelner Kassen
- Ic - 59 Datenschutz nur für Gesunde?
- Ic - 65 Marktzugangsregeln und Qualitätskriterien für Gesundheits-Apps
- Ic - 19 Benutzerfreundliche Krankenhausinformationssysteme
- Ic - 141 Aus für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Ärztliche Anforderungen an ein E-Health-Gesetz II

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 04) unter Berücksichtigung des Antrags von Ute Taube (Drucksache Ic - 04a) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz), das zum 01.01.2016 in Kraft getreten ist, neue Vorgaben für die Einführung der medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) erlassen. Insbesondere die Koppelung von Einführungsfristen für medizinische Anwendungen mit Sanktionen für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) haben zu einem hohen Druck zu Lasten der Qualität der medizinischen Anwendungen der eGK geführt. Eine erwartete Beschleunigung des Gesamtvorhabens ist jedoch nicht eingetreten, da eine zügige Bereitstellung der Komponenten durch die Industrie nicht erfolgte. Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 sieht sich in seinen Befürchtungen, die er zum 120. Deutschen Ärztetag 2017 zum Ausdruck gebracht hat, bestätigt.

Um das Ziel zu erreichen, möglichst zeitnah qualitativ hochwertige medizinische Anwendungen flächendeckend zur Verfügung zu stellen und somit die Möglichkeiten der digitalen Gesundheitsversorgung nutzbar zu machen, ist nach Ansicht des 121. Deutschen Ärztetags 2018 ein gesetzgeberisches Nachsteuern in Form eines E-Health-Gesetzes II notwendig. Die Ärzteschaft ist bereit, sich hier konstruktiv einzubringen.

Aus ärztlicher Sicht sind die folgenden Punkte in einem E-Health-Gesetz II zu adressieren:

- **Anspruch der GKV-Versicherten auf eine diskriminierungsfreie Wahl einer elektronischen Patientenakte nach § 291a SGB V**
 - **Beschleunigung der Einführung der Anwendungen der eGK durch Etablierung einer dauerhaften Erprobungsregion durch die gematik**
 - **Steuerung über positive Anreize statt Sanktionen**
 - **Harmonisierung digital verfügbarer Informationen zu Arzneimitteln**
-



-
- **Übertragung der Zuständigkeit für die Begleitung und Weiterentwicklung der Anwendungen der eGK auf die gematik**
 - **Sicherstellung der Qualität der softwareseitigen Umsetzung durch die Hersteller von Primärsystemen (Praxisverwaltungs- /Apotheken- und Krankenhausinformationssystemen)**
 - **Straffung der Entscheidungsstrukturen in der gematik**
 - **Zugang zur Telematikinfrastruktur (TI) für ausschließlich privatärztlich tätige Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten**
 - **Aufnahme von mHealth-Anwendungen in die GKV-Versorgung.**

Begründung:

Anspruch der GKV-Versicherten auf eine diskriminierungsfreie Wahl einer elektronischen Patientenakte nach § 291a SGB V

Auf Grundlage des E-Health-Gesetzes wird im Rahmen der gematik an der Anwendung ePatientenakte/ePatientenfach (ePA/ePF) gemäß § 291a SGB V gearbeitet. Eine Einführung soll 2019 erfolgen. Nach § 68 SGB V haben die gesetzlichen Krankenkassen derzeit bereits die Möglichkeit, ihren Versicherten eine sogenannte persönliche Gesundheitsakte zu finanzieren. Ein paralleles Nebeneinander von verschiedenen Aktentypen macht aus Versorgungssicht keinen Sinn und stellt eine Vergeudung von Beitragsmitteln dar. Dies gilt ebenso für den Aufbau paralleler Infrastrukturen nach § 67 SGB V.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 schlägt vor, dass stattdessen ein Rechtsanspruch der oder des Versicherten auf eine ePA/ePF gemäß § 291a SGB V gegenüber ihrer/seiner Kasse eingeführt wird. Dieser Rechtsanspruch umfasst die Wahlmöglichkeit für Versicherte, sich für einen ePA-Anbieter ihrer Wahl (z. B. ihrer Krankenkasse, ihres Ärztenetzes oder eines anderen Anbieters) zu entscheiden. Diese Wahlmöglichkeit muss technisch, organisatorisch und ökonomisch für die Patientinnen und Patienten diskriminierungsfrei sein, auch bei einem späteren Kassenwechsel.

Beschleunigung der Einführung der Anwendungen der eGK durch Etablierung einer dauerhaften Erprobungsregion durch die gematik

Die gematik führt derzeit Anwendungen der eGK nach dem sogenannten Marktmodell ein. Das bedeutet, dass jeder Anbieter eines Konnektors selbst eine Testregion auswählen und ausstatten muss, um dort sein Produkt zu testen und eine Zulassung zu erhalten. Dieses



Vorgehen ist ineffizient und zeitraubend. Eine dauerhaft etablierte Testregion wäre ein geeignetes Setting, um neue Anwendungen mit neuen Komponenten schneller zu erproben und in die Versorgung zu überführen. Auch App-basierte Anwendungen können dieses Erprobungsumfeld nutzen, ebenso wie neue telemedizinische Verfahren.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 schlägt vor, die rechtlichen Grundlagen zu schaffen, damit die gematik eine Erprobungsregion dauerhaft etablieren kann.

Diese Testregion muss eine für Deutschland repräsentative technische und infrastrukturelle Ausstattung aufweisen und die bestehenden Versorgungsstrukturen abbilden.

Steuerung über positive Anreize statt Sanktionen

Mit dem E-Health-Gesetz hat der Gesetzgeber Zieltermine für die Einführung der TI und ihrer Anwendungen festgeschrieben. Die Termine sind mit empfindlichen Sanktionsmaßnahmen in Form von Haushaltskürzungen für die öffentlichen Körperschaften des Gesundheitswesens (KBV, KZBV, GKV-SV), aber auch mit Honorarkürzungen für Ärztinnen und Ärzte verknüpft.

Die Sanktionsandrohung für drei Gesellschafter der gematik führt zu Fehlanreizen, weil nicht mehr die Qualität, sondern die Sanktionsvermeidung im Vordergrund steht. Auch trifft eine eventuelle Sanktion nicht den Verursacher von Verzögerungen bei der Entwicklung von Industrieprodukten (z. B. den Konnektorhersteller), sondern den unbeteiligten Nutzer (Arzt). Dies führt zwangsläufig zu Akzeptanzverlusten und wirkt kontraproduktiv. Die vom Gesetzgeber intendierte Beschleunigung ist nicht eingetreten.

Zudem hat der Termindruck dazu geführt, dass die gematik, um Termine zu halten, auf die Erprobung medizinischer Anwendungen verzichtet. Anstelle dessen erfolgt nach dem sogenannten Marktmodell lediglich eine Testung der technischen Funktionalität des Konnektors durch den Hersteller selbst. Aspekte wie Anwenderfreundlichkeit, Praxistauglichkeit und Unterstützung der eigentlichen medizinischen Versorgung werden nicht berücksichtigt.

Bei der Einführung medizinischer Anwendungen in der TI muss jedoch der Nutzen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen. Statt den Irrweg weiter zu verfolgen, mittels Terminen und Sanktionen zu steuern, sollte der Gesetzgeber Anreize zur Erreichung versorgungsrelevanter Ziele schaffen.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 schlägt vor, die Einführung neuer Anwendungen der TI nicht mit Sanktionen zu belegen, sondern verstärkt mit positiven Anreizen zu unterstützen, um definierte Versorgungsziele zu erreichen. Da die Einführung der TI ein staatlich initiiertes Infrastrukturprojekt darstellt, ist eine Finanzierung aus Steuermitteln adäquat.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 bittet den Gesetzgeber, die Vorgehensweise der



Testverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) beizubehalten und vor der Einführung medizinischer Anwendungen eine Erprobung mit begleitender wissenschaftlicher Evaluation durchzuführen.

Harmonisierung digital verfügbarer Informationen zu Arzneimitteln

Der bundeseinheitliche Medikationsplan kann zu einer Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) führen. Voraussetzung dafür ist aber, dass die im Medikationsplan dargestellten Informationen patientenverständlich und konsistent sind. Informationen über Arzneimittel in einem Medikationsplan stammen aus Arzneimitteldatenbanken. Die Anbieter dieser Arzneimitteldatenbanken bieten Informationen, die zum Teil auch schon bei der Zulassung von Arzneimitteln von den Bundesoberbehörden erhoben werden können, privatwirtschaftlich an. Da es unterschiedliche Anbieter gibt, liegt die Information nicht einheitlich und in unterschiedlicher Qualität vor. Dies führt zu einer Gefährdung der Patientensicherheit.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 schlägt vor, die rechtlichen Grundlagen zu schaffen, damit Informationen zu Arzneimitteln vom pharmazeutischen Hersteller den Bundesoberbehörden und von den Datenbankanbietern einheitlich angeboten und gepflegt werden. Dies betrifft insbesondere einen einheitlichen Wirkstoffnamen, eine einheitliche Definition zur Wirkstärkenangabe und eine eindeutige Wirkstoffnummer für die Wirkstoffverordnung.

Übertragung der Zuständigkeit für die Begleitung und Weiterentwicklung der Anwendungen der eGK auf die gematik

Die Regelungen der gematik sehen bislang lediglich initial die Entwicklung medizinischer Anwendungen vor (Notfalldaten, eMedikationsplan etc.). Für eine perspektivische Weiterentwicklung reklamiert sie keine Zuständigkeit. Aus Sicht der Ärzteschaft ist eine zentrale Anlaufstelle für Meldungen aus der Patientenversorgung notwendig, sei es bei Situationen, die eine Patientengefährdung bedeuten, sei es bei Vorschlägen zur Verbesserung der Anwendung. Beispielhaft hat der Gesetzgeber dies im § 31a SGB V (Papier-Medikationsplan) sichergestellt; hier sind die gesetzlich Verantwortlichen, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Bundesärztekammer und Deutscher Apothekerverband (DAV), verpflichtet, die Anwendung fortzuschreiben.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 schlägt vor, eine Rechtsgrundlage zu schaffen, damit die gematik eine Zuständigkeit für die Begleitung und Weiterentwicklung der Anwendungen der eGK erhält. Eine obligatorische, begleitende wissenschaftliche Evaluation der Einführung medizinischer Anwendungen muss dabei die Grundlage der Weiterentwicklung darstellen.

Sicherstellung der Qualität der softwareseitigen Umsetzung durch die Hersteller von Primärsystemen (Praxisverwaltungs-/Apotheken- und Krankenhausinformationssystemen)



Die Entwicklung medizinischer Anwendungen liegt im Aufgabenbereich der gematik. Auf die konkrete Umsetzung der Anwendungen in den Primärsystemen der Nutzerinnen und Nutzer hingegen hat die gematik keine Einflussmöglichkeiten. Eine qualitativ hochwertige und nutzerfreundliche Umsetzung jedoch ist Voraussetzung für die Akzeptanz bei Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten und somit unerlässlich für das Gelingen des Gesamtprojekts.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 schlägt vor, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, um Praxisverwaltungs-/Apotheken- und Krankenhausinformationssysteme einem Zertifizierungsverfahren zu unterziehen.

Straffung der Entscheidungsstrukturen in der gematik

Die derzeitige Stimmenverteilung in der Gesellschafterversammlung der gematik räumt dem GKV-Spitzenverband 50 Prozent der Anteile ein. Für die Patientenversorgung relevante Aspekte, wie Anwenderfreundlichkeit und Praxistauglichkeit der Anwendungen, geraten angesichts der Stimmanteile in den Hintergrund. Dies führt zu qualitativen Einbußen bei der Entwicklung medizinischer Anwendungen der eGK.

Die Entwicklung bedarfsgerechter Anwendungen muss selbstverständlich auch immer wirtschaftlich erfolgen; rein ökonomische Aspekte dürfen hierbei aber nicht die sachgerechte Entwicklung hemmen bzw. ganz verunmöglichen.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, die die Mehrheitsverhältnisse bei der Entwicklung medizinischer Anwendungen zugunsten der sogenannten Leistungserbringerorganisationen (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenhäuser) verlagert.

Zugang zur Telematikinfrastuktur (TI) für ausschließlich privatärztlich tätige Ärzte, Zahnärzte und nichtärztliche Psychotherapeuten

Derzeit erscheint unklar, ob rein privatärztlich tätige Ärzte, Zahnärzte und nichtärztliche Psychotherapeuten die Anwendungen der Telematikinfrastuktur nutzen können. Rein privatärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte behandeln auch gesetzlich Versicherte. Im Sinne einer sinnvollen durchgängigen Versorgung der Patientinnen und Patienten müssen hierbei auch der Zugriff und die Nutzung der Anwendungen der eGK (z. B. Notfalldaten, eMedikationsplan, ePatientenakte) durch behandelnde Privatinnen und -ärzte gegeben sein.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 bittet den Gesetzgeber klarzustellen, dass auch rein privatärztlich tätige Ärzte, Zahnärzte und nichtärztliche Psychotherapeuten Zugang zur TI erhalten.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 spricht sich dafür aus, die bestehende gesetzliche



Grundlage für die im § 291a SGB V benannten Stellen für die Herausgabe von Heilberufsausweisen um die Zuständigkeit hinsichtlich der Herausgabe von SMC-B zu ergänzen. Die SMC-B (Security Module Card) ist der elektronische Praxisausweis und ermöglicht den Zugang zur TI.

Aufnahme von mHealth-Anwendungen in die GKV-Versorgung

Der Eintritt von Anbietern von Mobile-Health-Anwendungen (Apps) in den ersten Gesundheitsmarkt scheitert an den bisherigen Methoden und Verfahren der Aufnahme neuer Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Insbesondere ungeklärte Fragen der Nutzenbewertung und Honorierung innovativer mHealth-Lösungen wirken blockierend.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 schlägt vor, dass die Krankenkassen im SGB V verpflichtet werden, ihren Versicherten, die an chronischen Erkrankungen leiden, ein jährliches "Digitalbudget" zur Verfügung zu stellen. Von diesem Konto können mHealth-Anwendungen erworben werden, wenn

- diese eine Zulassung als Medizinprodukt besitzen,
- diese von der zuständigen ärztlichen Organisation (z. B. Fachgesellschaft) als nutzenstiftend eingeschätzt werden,
- deren Nutzen nach im Vorfeld definierten Kriterien evaluiert wird und
- sie über definierte Schnittstellen an die TI angebunden sind.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Kein neues Bundesinstitut für Telematik

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Matthias Fabian und Dr. Sebastian Roy (Drucksache Ic - 91) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 verfolgt die derzeitige Diskussion über die Etablierung eines staatlichen Bundesinstitutes zum Aufbau der Telematikinfrastruktur (TI) kritisch.

Die Schaffung einer Telematikinfrastruktur bedeutet zwei Herausforderungen: die Etablierung einer technisch höchst sicheren Infrastruktur, auf die Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte vertrauen können, sowie die Einführung von Instrumenten und Anwendungen, die die Patientenversorgung unterstützen (z. B. Notfalldaten, ePatientenakte).

Hierzu hat die gematik Strukturen aufgebaut. Der medizinisch-fachliche Sachverstand wird über die Gesellschafter der Leistungserbringerorganisationen eingebracht: Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) übernehmen jeweils die Verantwortung für digitale Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Diese Arbeitsteilung - technische Kompetenz in der gematik und medizinisch-fachliche Kompetenz der Selbstverwaltung - funktioniert. Anwendungen wie Notfalldaten und eMedikationsplan sind bereit zur Einführung. Es fehlen jedoch die Komponenten der Industrie, insbesondere ein Konnektor, der medizinische Anwendungen ermöglicht.

Die Einrichtung eines Bundesinstitutes würde an dieser Situation nichts verbessern. Im Gegenteil, um eine funktionierende Arbeitsstruktur zu etablieren, würden Monate ins Land gehen und eine Verunsicherung in der Industrie nach sich ziehen. Auch eine Beschleunigung der Bereitstellung der notwendigen Komponenten durch die Industrie ist durch ein Bundesinstitut nicht zu erreichen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird daher gebeten, die gematik weiterzuentwickeln. Hierbei sollen insbesondere Instrumente Anwendung finden, die die Verbindlichkeit der gematik-Entscheidungen erhöhen. Dies gilt u. a. für die Vorgaben zur Interoperabilität, Vorgaben zur Umsetzung durch die Hersteller von Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen und die Schaffung einer Testregion, die allen Industriepartnern zur Verfügung gestellt wird.



Wie auch immer das BMG entscheiden wird, fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018, den ärztlichen Sachverstand insbesondere aus der die Gesamtärzteschaft vertretende Bundesärztekammer weiterhin mit einzubeziehen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Ausreichende Erprobung neuer medizinischer Anwendungen der Telematik sicherstellen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Sebastian Roy und Dr. Matthias Fabian (Drucksache Ic - 89) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Gesetzgeber auf, durch eine gesetzliche Grundlage eine ausreichende Erprobung von medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Telematikinfrastruktur (TI) sicherzustellen. Die Erprobung muss durch ärztliche Expertise z. B. in Form von ärztlichen Beiräten begleitet werden.

Begründung:

Die Gesellschafter der gematik haben im vergangenen September vor dem Hintergrund der Sanktionsandrohungen des E-Health-Gesetzes beschlossen, dass das bisherige Vorgehen zur Erprobung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur geändert wird. Bislang wurden in Erprobungsregionen mit ärztlicher Beteiligung die Funktionalität, Interoperabilität, Sicherheit, Praxistauglichkeit und Akzeptanz überprüft. Erst wenn sich diese Aspekte bewiesen hatten, konnte eine bundesweite Einführung der Telematikinfrastruktur und ihrer Anwendungen beginnen. Dieser Erprobungsumfang wird nunmehr durch den Beschluss der gematik auf rein technisch orientierte Tests reduziert. Eine Überprüfung der Praxistauglichkeit und Akzeptanz findet vor Einführung in den Wirkbetrieb nicht mehr statt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird aufgefordert, diese geänderte Vorgehensweise nicht weiter zu unterstützen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Vollständige Kostenübernahme der Einbindung der Telematikinfrastruktur für die Vertragsarztpraxen durch die Krankenkassen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache Ic - 30) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert eine vollständige Übernahme aller Betriebskosten, die den Vertragsärztinnen und -ärzten durch die Einbindung der Telematikinfrastruktur (TI) in ihren Praxen entstehen, durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Darüber hinaus ist der Termin, an dem die angedrohte einprozentige Honorarkürzung greift, aufgrund der Verzögerung in der Bereitstellung der Technik entsprechend zu verschieben.

Begründung:

Der Anschluss aller Arztpraxen an die TI ist bis Ende dieses Jahres gesetzlich vorgeschrieben. Ab 2019 drohen sogar Honorarkürzungen, falls der Anschluss nicht erfolgt sein sollte. Anschluss und Betrieb müssen für die Praxen kostenneutral erfolgen. Die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einigten sich daher darauf, pauschale Beträge ab dem zweiten Quartal 2017 zu erstatten. Diese von Quartal zu Quartal kontinuierlich sinkenden Beträge reichen aber nicht einmal aus, um die tatsächlich am Markt bisher zu erhaltenden Anwendungen beim Erstanschluss zu refinanzieren, geschweige denn, einen funktionalen Betrieb im Praxisalltag langfristig zu gewährleisten (z. B. bei Erhöhung der Supportgebühren und Ausfallkosten für Fehlfunktionen). Darüber hinaus kann die bestehende Verzögerung bei der Bereitstellung der technischen Voraussetzungen durch die Anbieter nicht den Vertragsärztinnen und -ärzten angelastet werden.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Hersteller und Betreiber von Hard- und Software für die Telematikinfrasturktur müssen für Systemausfälle und Schäden in Praxen, MVZ und Kliniken haften

EntschlieÙung

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Dr. Rüdiger Pötsch, Christa Bartels, Dr. Susanne Blessing, Dr. Oliver Funken, Dr. Lothar Rütz, Dr. Ivo Grebe, Dr. Folker Franzen und Dr. Heiner Heister (Drucksache Ic - 64) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Systembetreiber und Hersteller von Komponenten der Telematikinfrasturktur (TI) sind deren wirtschaftliche NutznieÙer. Die Erstausrüstung der Telematikinfrasturktur haben per Gesetz die gesetzlich Versicherten zu tragen.

Ärzte und medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen nach dem E-Health-Gesetz mit Honorarabzügen bestraft werden, wenn sie sich nicht an die TI anschließen. Andererseits haben Ärztinnen und Ärzte alle Nachteile, auch die wirtschaftlicher Art, zu tragen, wenn es zu Ausfällen oder Schäden kommt. Diese führen unter anderem zu Behinderungen von Praxisabläufen, womöglich mit Patienten- und Reputationverlust, und erheblichen wirtschaftlichen Konsequenzen wie Verdienstaufällen bei weiterlaufenden Kosten.

Die Abgeordneten des 121. Deutschen Ärztetages 2018 fordern, dass Betreiber und Hersteller von Komponenten der Telematikinfrasturktur für den reibungsfreien Betrieb aller Komponenten und des gesamten Systems garantieren müssen. Sie müssen grundsätzlich für Komponenten- oder Systemausfälle und daraus entstehende Schäden und Nachteile in Haftung genommen werden können.

Es ist inakzeptabel, dass Patienten und Ärzte unter Ausfällen von Teilen oder der gesamten TI leiden müssen, während die Verantwortlichen für das System kein Risiko und keine Haftung - ausgenommen die gesetzlich festgelegte Gerätehaftung - übernehmen.

Begründung:

Eine grundlegende Haftung der Hersteller und Betreiber für Ausfälle der TI ist auch deshalb geboten, weil die von der gematik veröffentlichten Spezifikationen vorsehen, künftige Anwendungen (NFDM/eMP) nur noch in 70er-Feldtests technisch durch die Hersteller prüfen zu lassen, unter Wegfall der eGK-Testverordnung. Dadurch entfällt für die



Ärztenschaft die Möglichkeit der Kontrolle über die Funktionalität künftiger Anwendungen. Laut gematik dürfen also allein die Hersteller Funktionalitäten testen - dies hat bereits die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein als inakzeptabel kritisiert.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Aussetzung der dysfunktionalen Telematikinfrastrukturanbindung wegen technischer und organisatorischer Mängel sowie offener Datenschutzfragen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Dr. Susanne Blessing, Christa Bartels, Dr. Heiner Heister, Dr. Hans Ramm, Dr. Martin Eichenlaub, Barbara vom Stein, Dr. Petra Bubel, PD Dr. Johannes Kruppenbacher, Dr. Ivo Grebe, Dr. Anne Gräfin Vitzthum von Eckstädt und Dr. Hans-Otto Bürger (Drucksache Ic - 54) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Politik auf, die verpflichtende Anbindung der Arztpraxen und medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an die Telematikinfrastruktur (TI) zum Ende des Jahres 2018 auszusetzen. Ebenso ist die Strafandrohung von Honorarabzügen zurückzuziehen.

Gewichtige Gründe für die Aussetzung:

- Inzwischen treten erhebliche Probleme bei zahlreichen Praxen auf, die sich an die TI angeschlossen haben. Es kommt zu wiederholten oder dauerhaften Systemausfällen, besonders beim Konnektor. Gesundheitskarten können mitunter nicht eingelesen werden, Praxisabläufe werden behindert. Dies ergibt sich auch aus dem Evaluationsgutachten der gematik zum Test des Online-Rollouts.
- Es ist absehbar, dass die Industrie bis Ende 2018 weder eine zuverlässige Funktionsfähigkeit gewährleisten kann noch in der Lage ist, alle potenziellen Teilnehmer anzuschließen.
- Die Finanzierung der Installation ist nicht gesichert. Die Kosten liegen inzwischen deutlich über den Erstattungsbeträgen.
- Für Kliniken gibt es bis heute keine Finanzierungsvereinbarung mit den Krankenkassen.
- Es gibt immer noch ein Marktmonopol bei den Konnektoranbietern - ein wirksamer Preiswettbewerb ist nicht erkennbar.
- Eine Praxisauglichkeit der TI im Echtbetrieb ist bisher nicht ausreichend nachgewiesen - u. a. die Ergebnisse des Evaluationsgutachtens zum Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) weisen auf das Gegenteil hin.
- Es gibt erhebliche Zweifel, dass die jetzt konzipierte TI mit der am 25.05.2018 in Kraft tretenden EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) konform ist. Hier gibt es bereits zahlreiche Anfragen von Ärztinnen und Ärzten an Datenschutzbeauftragte in Behörden und Ländern. Besonders relevant ist die Frage der Datenschutz-



Folgenabschätzung (DSFA) gemäß Artikel 35 DSGVO.

Begründung:

Wesentliche Kritikpunkte an der Einführung der Telematikinfrastruktur wurden auch von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 07.05.2018 formuliert bzw. beschlossen: Unzureichender Nachweis der Praxistauglichkeit der TI im Echtbetrieb, unzureichende Sicherung der Finanzierung der Betriebskosten, Unfähigkeit der Industrie, die Praxen und medizinischen Versorgungszentren (MVZ) innerhalb der gesetzlichen Frist auszustatten, Forderung auf Sanktionsverzicht.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Grundlagen für funktionierende digitale Gesundheitsinfrastruktur schaffen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp (Drucksache Ic - 29) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen, infrastrukturellen und finanziellen Grundlagen dafür zu schaffen, dass die Digitalisierung im Gesundheitssystem sinnvoll eingeführt werden kann.

Dazu gehören zwingend:

- eine Verpflichtung der Industrie zur Kompatibilität der bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten genutzten Systeme, ggf. mit den nötigen Schnittstellen ausgestattet, sowie zur Interoperabilität der Programme untereinander
- eine garantierte, funktionierende, leistungsfähige Netzinfrastruktur, gerade in der Fläche
- die Einführung einer sicheren, staatlich verantworteten und finanzierten Cloud-Lösung.

Begründung:

Die elektronische Kommunikation zwischen den an der Behandlung der Patientinnen und Patienten Beteiligten weist drei wesentliche Mängel auf: die fehlende Interoperabilität und Inkompatibilität der IT-Systeme der Beteiligten, ein nur lückenhaft zur Verfügung stehendes Internet sowie die fehlende Speichermöglichkeit der erhobenen Daten, verbunden mit dem unkomplizierten Zugriff für Befugte.

Dass einheitliche - auch staatliche - Lösungen möglich sind, zeigen Länder wie Estland oder auch die von der Industrie umgesetzten Standards wie die einheitliche USB-Schnittstelle. Zwar existieren bundesweit viele Einzellösungen, solange aber die geforderten Voraussetzungen nicht geschaffen werden, bleibt die aus Qualitätsgründen notwendige Zusammenführung der Patientendaten bei gleichzeitiger sparsamer Daten- und Befunderhebung nur Wunschdenken. Jetzt ist der Gesetzgeber gefragt.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Kein Wildwuchs elektronischer Gesundheitsakten einzelner Kassen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Sebastian Roy und Dr. Matthias Fabian (Drucksache Ic - 90) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Gesetzgeber auf, parallele Entwicklungen von elektronischen Gesundheitsaktensystemen der Krankenkassen und damit Wildwuchs und Insellösungen zu unterbinden.

Ein paralleles Nebeneinander einer Vielfalt von verschiedenen Aktentypen macht aus Versorgungssicht keinen Sinn und stellt eine Vergeudung von Beitragsmitteln dar.

Nicht geklärt ist zudem die Frage, wie Ärztinnen und Ärzte auf die Informationen in den verschiedenen Aktensystemen zugreifen können, da keine einheitliche Schnittstelle für die Arztsysteme existiert und insbesondere im Rahmen der elektronischen Gesundheitsakten (eGA) nach § 68 SGB V auch nicht vorgesehen ist.

Bei der Unterschiedlichkeit der geplanten Systeme und fehlender Schnittstellen besteht für die Versicherten bei einem Systemwechsel (z. B. beim Wechsel der Krankenkasse) das Problem, wie sie ihre Daten mitnehmen können.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Datenschutz nur für Gesunde?

EntschlieÙung

Auf Antrag von Christa Bartels, Dr. Rüdiger Pötsch, Wieland Dietrich, Dr. Susanne Blessing, Dr. Folker Franzen und Dr. Heiner Heister (Drucksache Ic - 59) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der amtierende Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte in einer Erklärung verlautbart, Datenschutz sei nur etwas für Gesunde. Dies ist insbesondere aus ärztlicher Sicht nicht akzeptabel.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis basiert auf dem gegenseitigen Vertrauen, dass Patientendaten nicht an unberechtigte Dritte gelangen können. Dies muss auch in der Telematikinfrastruktur (TI) sichergestellt werden.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Marktzugangsregeln und Qualitätskriterien für Gesundheits-Apps

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Klaus-Peter Spies und Ralph Drochner (Drucksache Ic - 65) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 erneuert die Forderung an die Politik, kurzfristig unter Einbeziehung der ärztlichen Organisationen Marktzugangsregeln und Qualitätskriterien für Gesundheits-Apps zu entwickeln. Diese könnten für Ärztinnen und Ärzte die Grundlage sein, um diese neuen Entwicklungen in ihrer Tätigkeit einzusetzen, und für Krankenkassen, die Kosten zu übernehmen.

Begründung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 begrüßte mit mehreren Entschlüssen die Möglichkeiten von Gesundheits-Apps, da diese digitalen Anwendungen die Chance bieten, bessere Informationen als Grundlage für diagnostische und therapeutische Entscheidungen zur Verfügung zu stellen. Auf der anderen Seite wurden in mehreren Entschlüssen auch Forderungen aufgestellt, Marktzugangsregeln für E-Health-Innovationen zu schaffen und ein System zu initialisieren, mit dem die Güte der Apps für die Nutzerinnen und Nutzer ersichtlich dokumentiert wird (mittels Erstellung einer Positivliste oder einem Gütesiegel für Gesundheits-Apps). Da weiterhin Gesundheits-Apps den Markt überfluten, ohne dass diese Forderungen von der Politik erfüllt wurden, erneuert der 121. Deutsche Ärztetag 2018 die Forderung an die Politik, kurzfristig unter Einbeziehung der ärztlichen Organisationen Marktzugangsregeln und Qualitätskriterien zu entwickeln. Diese könnten für Ärztinnen und Ärzte die Grundlage sein, um diese neuen Entwicklungen in ihrer Tätigkeit einzusetzen, und für Krankenkassen, die Kosten zu übernehmen. Insbesondere müssen diese Gesundheits-Apps in Zukunft die ab Mai 2018 geltende EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) erfüllen, damit Ärzte die Daten dieser Gesundheits-Apps beurteilen oder Patientinnen und Patienten diese offiziell nutzen können.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Benutzerfreundliche Krankenhausinformationssysteme

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Daniel Johannes Peukert, Dr. Thomas Lipp, Dr. Heidemarie Lux und Dr. Jürgen Tempel (Drucksache Ic - 19) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Krankenhausträger und IT-Dienstleister dazu auf, Benutzerfreundlichkeit und Alltagstauglichkeit der IT-Systeme im stationären Bereich nachhaltig zu verbessern. Dabei muss zwingend auf ärztliche und pflegerische Erfahrung zurückgegriffen werden. Wichtiges und den Alltag bestimmendes Element ist dabei die Dokumentation, die derzeit unter anderem aufgrund schwacher IT-Systeme doppelt oder sogar öfter durchgeführt wird. Die Dokumentation muss nicht nur in angemessen verringertem Maße, sondern vor allem konsequent digital umgesetzt werden. Der Gesetzgeber muss erforderlichenfalls mit verpflichtenden Standards für eine intersektorale Kompatibilität der Systeme - inklusive öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Rettungsdienst - sorgen.

Begründung:

In der aktuellen Diskussion um die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens entsteht der Eindruck, eine Lösung sei schnell in Sicht, sobald sich Patienten, Politik und Ärzte einig werden bezüglich strittiger Punkte, wie z. B. dem Datenschutz. Weniger thematisiert werden die Krankenhausinformationssysteme (KIS) selbst, welche durch mangelnde Kompatibilität untereinander Arbeitsprozesse verlangsamen, Doppeldokumentation notwendig machen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter frustrieren.

Von den Krankenhausträgern ist eine schnelle Umsetzung aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu fordern. Von den IT-Dienstleistern ist ein klarer Fokus auf innovative und benutzerfreundliche Anwendungen zu legen.

In einer Umfrage des Hartmannbundes unter ca. 1.300 jungen Assistenzärztinnen und -ärzten gab über ein Drittel der Befragten an, täglich über drei Stunden ihrer Arbeitszeit mit der Dokumentation beschäftigt zu sein. Gleichzeitig gaben über 80 Prozent der Befragten an, dass in ihrer Klinik noch eine mehrfache, also größtenteils redundante papiergebundene und digitale Dokumentation erfolgt. Dieselben Informationen zur Patientin



oder zum Patienten werden in der Papierkurve, dem KIS und ggf. in weiteren, nichtkompatiblen Computerprogrammen vermerkt. Der Aufwand für das pflegerische und ärztliche Personal multipliziert sich hierdurch, ohne dass sich hieraus ein Nutzen für die Patientinnen und Patienten ergibt. Vielmehr führt jetzt schon die dadurch gebundene Arbeitszeit zu Einbußen in der Qualität der Patientenversorgung. Im Falle der Mehrfachdokumentation durch nichtkompatible, weitere Computersysteme ist zudem zu befürchten, dass erst recht der Datenschutz in Gefahr ist, da hier die gesammelten Schwachstellen gleich mehrerer Computerprogramme ausgenutzt und diese aus der Perspektive der IT-Sicherheit weniger gut überblickt werden können. In Zeiten des zunehmenden, durch gesetzliche Normen bedingten Dokumentationsaufkommens ist jede Minute Arbeitszeit, welche durch nichtintelligente Computersysteme verloren geht, als Mitverursacherin des grassierenden Pflege- und Ärztemangels anzusehen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Aus für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Lothar Rütz, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Anne Bunte, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Rudolf Henke, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger M.Sc., Bernd Zimmer, Michael Lachmund, Barbara vom Stein, Dr. Daniela Dewald, Dr. Oliver Funken, Dr. Lydia Berendes, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Ivo Grebe, Michael Krakau, Dr. Folker Franzen und Dr. Dirk Jesinghaus (Drucksache Ic - 141) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Nachdem sich die Bundeskanzlerin laut dem Deutschen Ärzteblatt "offen für das Aus der elektronischen Gesundheitskarte gezeigt" hat, bietet der 121. Deutsche Ärztetag 2018 der Politik erneut seine Kooperation zur Entwicklung eines praxisorientierten und funktionierenden Systems einer Telematikinfrastruktur (TI) an.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 bekräftigt seinen Beschluss VI - 90 vom 118. Deutschen Ärztetag 2015 in Frankfurt.



121. Deutscher Ärztetag

Erfurt, 08.05. - 11.05.2018

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**
Allgemeine Aussprache

EU-Themen

Ic - 07 Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten in der Europäischen Union



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten in der
 Europäischen Union

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 07) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 lehnt eine Zentralisierung der Bewertung des klinischen Nutzens von Arzneimitteln und Medizinprodukten innerhalb der Europäischen Union (EU) und die damit verbundene Pflicht zur Übernahme der Bewertungsergebnisse für die Nationalstaaten ab.

Eine weitere Förderung der Zusammenarbeit der mit Health Technology Assessment (HTA) befassten Institutionen in der EU auf freiwilliger Basis wird hingegen begrüÙt.

Begründung:

Die Europäische Kommission hat einen Verordnungsentwurf vorgelegt, nach dem die Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten europaweit vereinheitlicht und an zentraler Stelle vorgenommen werden soll. Die Ergebnisse sollen für alle Mitgliedstaaten bindend sein, eigene klinische Bewertungen würden obsolet werden. Damit soll die Planungssicherheit für Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller erhöht und der Marktzugang erleichtert werden. Patientinnen und Patienten sollen auf diese Weise schneller von Innovationen profitieren können. Die Bewertung ethischer, ökonomischer und sozialrechtlicher Dimensionen, etwa zu Preisgestaltung und Kostenerstattung, soll den Mitgliedstaaten hingegen überlassen bleiben.

Der Verordnungsentwurf wird jedoch der methodischen und wissenschaftlichen Komplexität der Erstellung von HTAs nicht gerecht. Das Ergebnis einer Nutzenbewertung wird maßgeblich von der Einhaltung strenger Qualitätskriterien bestimmt, nach denen die verfügbare Evidenz zu recherchieren, aufzubereiten und zu bewerten ist. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die notwendige methodische Kompetenz und die prozessuale Transparenz an beliebiger Stelle in Europa abrufbar sind.

Einen HTA-Bericht isoliert auf den klinischen Nutzen ausrichten und ethische, ökonomische und soziale Bewertungen nachträglich ergänzen zu wollen, ist zudem praxisfern. Gleiches



gilt für die Vorstellung, ein einmal festgestelltes zentrales Bewertungsergebnis würde ungeprüft europaweit übernommen werden. Dazu sind die Ansprüche, die gesetzlichen Rahmenbedingungen der einzelnen Sozialsysteme, aber auch die Wertvorstellungen zu divers.

Das Ziel der Herstellung eines Binnenmarktes zugunsten möglichst freier Waren- und Dienstleistungsflüsse darf nicht dazu führen, die in Deutschland in einem langen Prozess erworbene Methodenkompetenz im Bereich der Arzneimittelnutzenbewertung, aber auch der Bewertung von medizinischen Versorgungsleistungen insgesamt einem unkalkulierbaren Mittelmaß anzupassen.

Es ist nicht erkennbar, dass eine zentralisierte Bewertung den Nutzen und die Sicherheit für Patientinnen und Patienten tatsächlich erhöht. Sie steigert hingegen nochmals das Risiko der Einflussnahme der Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie. Für das deutsche Gesundheitswesen ginge ein weiteres Stück Souveränität verloren.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Flüchtlinge / Asylbewerber

Ic - 100 Menschenrecht auf Gesundheit

Ic - 142 Standardisierte Fragebögen für qualifizierte ärztliche Bescheinigungen



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Menschenrecht auf Gesundheit

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Mathias Wendeborn, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Robin T. Maitra MPH und Julian Veelken (Drucksache Ic - 100) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende Entschließung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die zuständigen Stellen in der Kommunal-, Landes- und Bundespolitik auf, in den (Flüchtlings-)Unterkünften die internationalen Menschenrechtskriterien zur medizinischen Versorgung zu ermöglichen und zu gewährleisten.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Standardisierte Fragebögen für qualifizierte ärztliche Bescheinigungen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Julian Veelken, Katharina Thiede, Dr. Robin T. Maitra MPH und Dr. Joachim Suder (Drucksache Ic - 142) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Ärztinnen und Ärzte, die für geflüchtete Menschen qualifizierte Bescheinigungen/Stellungnahmen erstellen, sollen dafür von der Bundesagentur für Migration und Flüchtlinge (BAMF) oder den lokalen Ausländerbehörden standardisierte Fragebögen erhalten, in denen alle wesentlichen Aspekte erfragt werden.

Wie bei anderen staatlichen Anfragen soll die anfordernde Behörde hierfür eine übliche Entschädigung bezahlen.

Begründung:

Aktuelle Studien belegen, dass bis zu zwei Drittel aller 2015/2016 nach Deutschland Geflüchteten krankheitswertige psychische Symptome aufweisen. Ihnen steht u. a. das Recht auf eine medizinische Einschätzung und Behandlung zu (siehe auch EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU).

Sollten lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen bestehen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden, kann dem Geflüchteten nach § 60 Abs. 7 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) ein Aufenthalt in Deutschland zuerkannt werden.

Voraussetzung hierfür ist eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung, die der Ausländer unverzüglich der zuständigen Behörde vorlegt. Verletzt er diese Pflicht, darf die "Behörde das Vorbringen des Ausländers zu seiner Erkrankung nicht berücksichtigen" (siehe §§ 60a Abs. 2c und Abs. 2d AufenthG).

Wenn Ärztinnen und Ärzte diese Stellungnahme

- nicht rechtzeitig erstellen können (Arbeitsbelastung, Urlaub) oder
- die Kriterien, die für eine qualifizierte Stellungnahme maßgeblich sind, nicht erfüllen,



werden die Patientinnen und Patienten des "Nichtmitwirkens" bezichtigt und das ihnen zustehende Recht des Schutzes nicht gewährt.

Der Druck, der dadurch zwischen Patient und behandelndem Arzt aufgebaut wird, schadet der therapeutischen Beziehung erheblich. Ein standardisierter Fragebogen, der von Ärzten und Behörden ausgearbeitet würde, könnte die Zusammenarbeit der Akteure wesentlich erleichtern und würde die therapeutische Beziehung entlasten.

Ärztinnen und Ärzte werden für diese Bescheinigungen, die der Gesetzgeber fordert, bisher nicht von der anfordernden Behörde entschädigt.

Viele der Geflüchteten sind ohne Vermögen. Sie können die Gutachten, Atteste oder Stellungnahmen daher nicht bezahlen.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Förderung ambulante Weiterbildung

- Ic - 58 Ausbau der ambulanten Weiterbildung bei den grundversorgenden Fachärzten
- Ic - 75 Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Ausbau der ambulanten Weiterbildung bei den grundversorgenden Fachärzten

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Ivo Grebe, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Wolf von Römer, Dr. Klaus-Peter Spies, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Thomas Buck und Dr. Bernhard Schiepe (Drucksache Ic - 58) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Landesärztekammern auf, sich für einen Ausbau der ambulanten Weiterbildung bei den grundversorgenden Fachärztinnen und Fachärzten einzusetzen. Hierzu soll mit den Partnern der Selbstverwaltung das Kontingent der finanziell geförderten ambulanten Weiterbildung für die grundversorgenden Fachärzte von 1.000 Stellen auf bundesweit mindestens 7.500 Stellen, analog zu der Regelung in der Allgemeinmedizin, angehoben werden.

Begründung:

Über alle Fachdisziplinen hinweg werden immer mehr Leistungen ambulant erbracht. Dabei handelt es sich nicht nur um diagnostische Eingriffe, sondern auch komplexe therapeutische Patientenversorgungen werden mehr und mehr ambulant durchgeführt. Dieser Tatsache muss auch eine neue Weiterbildungsordnung Rechnung tragen. Dabei soll die Möglichkeit der ambulanten Weiterbildung zum Facharzt lediglich eine Option darstellen. Um dies auch wirtschaftlich abbilden zu können, ist eine finanzielle Förderung der ambulanten Weiterbildung für grundversorgende Fachärzte, analog der Allgemeinmedizin, notwendig. Demzufolge muss auch hier eine Ausdehnung auf 7.500 zu fördernde Stellen bundesweit erfolgen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Andreas Hellmann, Christa Bartels, Dr. Siegfried Stephan, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Albring, Dr. Hans Ramm und Dr. Martin Eichenlaub (Drucksache Ic - 75) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, unverzüglich mit allen beteiligten Partnern darauf hinzuwirken, dass die Zahl der geförderten fachärztlichen Weiterbildungsplätze im ambulanten Bereich aufgestockt wird und diese je nach Bedarf auf die zu fördernden Fachgebiete verteilt werden.

Begründung:

Viele Deutsche Ärztetage haben die Notwendigkeit der ambulanten auch fachärztlichen Weiterbildung erkannt und deren Förderung gefordert. Die derzeit geförderten 1.000 Weiterbildungsplätze bundesweit reichen jedoch bei Weitem nicht aus.



121. Deutscher Ärztetag

Erfurt, 08.05. - 11.05.2018

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**
Allgemeine Aussprache

Fortbildung

Ic - 23 Qualifizierte Fortbildung auch während der Weiterbildungszeit ermöglichen



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Qualifizierte Fortbildung auch während der Weiterbildungszeit ermöglichen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Daniel Johannes Peukert, Dr. Thomas Lipp, Dr. Wolfgang Rechl, Dr. Svante Gehring und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache Ic - 23) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Arbeitgeber auf, Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung die Teilnahme an qualifizierten Fortbildungen zeitlich zu ermöglichen und finanziell zu fördern. Hierzu sollen Kliniken ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entsprechende Freistellungen gewähren und ein gesondertes Budget vorhalten.

Begründung:

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sind mit ihrem Berufsstart vollumfänglich in die Arbeit auf den Stationen eingebunden. Da Einarbeitungskonzepte zum Berufsstart und somit die Vermittlung von Erfahrungswerten aus der Praxis oftmals fehlen, werden Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu Anfang ihres Berufslebens nur unzureichend auf Ausnahmesituationen (z. B. Notfälle) vorbereitet.

Qualifizierte, extern angebotene Fortbildungen können hier praktische Erfahrungen ergänzen. Zeitlich jedoch können junge Ärztinnen und Ärzte kaum an diesen Fortbildungen teilnehmen, da es die Dienstpläne nicht erlauben. Die Freistellung für Fortbildungsveranstaltungen sowie eine finanzielle Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte seitens der Arbeitgeber würde Möglichkeiten schaffen, sich notwendiges praktisches Wissen zeitnah und umfassend anzueignen. Damit ist schlussendlich auch eine bessere Patientenversorgung gewährleistet.



121. Deutscher Ärztetag

Erfurt, 08.05. - 11.05.2018

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Freiberuflichkeit und Ökonomisierung

Ic - 97 Im Interesse der Patienten - Freiberuflichkeit statt Konzernbildung



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Im Interesse der Patienten - Freiberuflichkeit statt Konzernbildung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Bernd Zimmer, Dr. Christiane Groß M.A., Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Anne Bunte, Dr. Daniela Dewald, Wieland Dietrich, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Hans Uwe Feldmann, Dr. Folker Franzen, Dr. Oliver Funken, Martin Grauduszus, Dr. Ivo Grebe, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Heiner Heister, Dr. Rainer M. Holzborn, Michael Krakau, PD Dr. Johannes Kruppenbacher, Michael Lachmund, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger M.Sc., Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Dr. Robert Stalman, Dr. Ursula Stalman, Barbara vom Stein, Dr. Herbert Sülz und Dr. Joachim Wichmann MBA (Drucksache Ic - 97) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 beobachtet mit größter Sorge, dass Konzerne zunehmend Arztsitze aufkaufen. Der Einstieg von Fremdkapitalgebern in die ambulante Versorgung birgt die Gefahr, dass die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in den Hintergrund treten könnten gegenüber den Renditeinteressen von Konzernen, die z. B. auch Medizinprodukte- und Arzneimittelherstellung betreiben oder ausschließlich Renditechancen suchen.

Regionale Monopole schränken die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ebenso ein wie die freiberuflichen Niederlassungsmöglichkeiten nachfolgender Ärztinnen und Ärzte. Konzernbildung in den Ballungsräumen trägt im Übrigen nicht zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung bei.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Gesetzgeber und die zuständigen Institutionen der Selbstverwaltung auf, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten und im Interesse der Patientinnen und Patienten den freiberuflichen Charakter der ambulanten Versorgung, geprägt von der eigenen Praxis, zu erhalten. Dazu ist u. a. im Gesetz zu verankern, dass in der Patientenversorgung tätige Ärzte als Gesellschafter immer eine Mehrheitsstellung haben müssen.

Darüber hinaus sind die Regelungen für die Zulassung zu überprüfen und so anzupassen, dass die Zulassungsausschüsse ihre Entscheidungen an den Erfordernissen einer guten regionalen Versorgung ausrichten können. Dies kann nur gewährleistet werden, wenn medizinische Versorgungszentren (MVZ) nicht unbegrenzt Arztsitze aufkaufen dürfen.

Es gilt, eine vielgestaltige und vitale ambulante Versorgungslandschaft mit Praxen,



Berufsausübungsgemeinschaften und medizinischen Versorgungszentren zu erhalten. Selbständige wie angestellte Ärztinnen und Ärzte müssen auch in Zukunft als Angehörige eines freien Berufes das Wohl ihrer Patientinnen und Patienten an die erste Stelle setzen können.

Begründung:

Zunehmend werden medizinische Versorgungszentren durch den geplanten Aufkauf von Vertragsarztsitzen durch privatwirtschaftlich organisierte Konzerne gegründet. Nicht nur im Laborbereich und bei der Dialyse ist die Tendenz zur Konzentration zu erkennen, sondern z. B. auch bei der Radiologie und in der Augenheilkunde.

Regional kann dabei die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten eingeschränkt werden oder sogar verloren gehen.

Ebenfalls werden die Möglichkeiten der zukünftigen selbstständigen ärztlichen Tätigkeit immer weiter eingeschränkt. Denn für nachfolgende, niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte wird es in diesen Regionen zunehmend schwerer oder unmöglich, sich in eigener Praxis niederzulassen.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 sieht diese Entwicklung mit großer Sorge, da sich die Planung im Gesundheitswesen am Bedarf von diagnostischen, medizinischen und pflegerischen Leistungen der Menschen orientieren sollte und nicht an privatwirtschaftlichen Interessen der Kapitalverwertung. Das Gesundheitswesen darf nicht weiter zum profitzentrierten Gesundheitsmarkt werden.



121. Deutscher Ärztetag

Erfurt, 08.05. - 11.05.2018

**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Genfer Gelöbnis

Ic - 01 Neufassung des Genfer Gelöbnisses der MBO-Ä voranstellen



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Neufassung des Genfer Gelöbnisses der MBO-Ä voranstellen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 01) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Die überarbeitete Fassung der Deklaration von Genf des Weltärztebundes (Genfer Gelöbnis, Stand Oktober 2017; **Anlage**) in der offiziellen deutschen Übersetzung wird der (Muster-)Berufsordnung der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) vorangestellt und somit die bisherige Version des Gelöbnisses an selber Stelle ersetzen.

Begründung:

In einem zweijährigen, ausführlichen und transparenten Verfahren wurde die Deklaration von Genf des Weltärztebundes (WMA) von einer internationalen Arbeitsgruppe unter der Leitung der Bundesärztekammer überarbeitet und schließlich von der Generalversammlung des WMA in Chicago am 14.10.2017 einstimmig verabschiedet. Die überarbeitete aktuelle Fassung gilt nunmehr für den WMA und seine Mitgliedsverbände als einzige gültige Version.

Die Landesärztekammern hatten zu verschiedenen Zeitpunkten des Revisionsprozesses und zusätzlich im Rahmen einer öffentlichen Konsultation die Möglichkeit, sich mit Vorschlägen einzubringen.

Die englische Originalversion wurde von der Bundesärztekammer mit Unterstützung weiterer deutscher Expertinnen und Experten ins Deutsche übersetzt und mit allen deutschsprachigen Mitgliedsverbänden des WMA sorgfältig abgestimmt.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Gesetzliche Krankenversicherung / SGB V

- Ic - 24 Zeitgemäßes Entlassmanagement
- Ic - 136 Aufhebung von Budgetierung und Leistungsbeschränkungen verkürzt Wartezeiten für Patienten - Terminservicestellen und Verlängerung von Pflichtzeiten sind ungeeignet
- Ic - 77 Unterstützung der Ärzteschaft beim MDK/MDS bezüglich ihrer ärztlichen Unabhängigkeit
- Ic - 101 Freier Zugang und kostendeckende Vergütung für Hochschulambulanzen
- Ic - 107 Krankentransportrichtlinie für Notfälle ändern
- Ic - 112 Fragmentierung der Kompetenzen der Fachärztinnen/Fachärzte
- Ic - 25 Notdienstrufnummer 116117
- Ic - 119 116117 auf der Versichertenkarte
- Ic - 26 Krankenversicherungskarte



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Zeitgemäßes Entlassmanagement

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Daniel Johannes Peukert (Drucksache Ic - 24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Krankenhausträger und die Kostenträger dazu auf, für die Umsetzung des Entlassmanagements (§ 39 Abs. 1a SGB V) umgehend auf umfangreiche digitale Lösungen zu setzen.

Begründung:

Das grundsätzlich wichtige und sinnvolle Ansinnen einer besseren Versorgung beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor wird derzeit von einer bürokratischen und häufig papierbasierten Umsetzung bestimmt, die zu viel Zeit kostet, die der direkten Patientenversorgung und -zuwendung in der wichtigen Phase der Entlassung nicht mehr zur Verfügung steht. Das Entlassmanagement erzeugt derzeit einen großen bürokratischen Mehraufwand durch in vielen Fällen geforderte digitale sowie parallele papiergebundene Dokumentation. Dadurch fehlt dem Krankenhauspersonal Zeit für die unmittelbare Patientenversorgung.

Der konsequente Einsatz digitaler Technologien im Rahmen des Entlassmanagements ermöglicht es, relevante Daten standardisiert zu erfassen und an Kolleginnen und Kollegen der ambulanten Gesundheitsversorgung gesichert weiterzuleiten. Damit kann auf eine parallele Dokumentation verzichtet werden. Notwendige Voraussetzung ist, dass alle Kliniken zeitnah mit einer entsprechenden und zuverlässig funktionierenden Telematikinfrastruktur (TI) ausgestattet werden.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Aufhebung von Budgetierung und Leistungsbeschränkungen verkürzt
Wartezeiten für Patienten - Terminservicestellen und Verlängerung von
Pflichtzeiten sind ungeeignet

EntschlieÙung

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Dr. Rüdiger Pötsch, Christa Bartels, Dr. Susanne Blessing, Dr. Folker Franzen und Dr. Heiner Heister (Drucksache Ic - 136) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Die Abgeordneten des 121. Deutschen Ärztetages 2018 sind der Überzeugung, dass Terminservicestellen der falsche Weg sind, um Wartezeiten auf Arzttermine zu verkürzen. Im Gegenteil entziehen diese Verwaltungsstellen mit ihren unangemessen hohen Kosten dem System Mittel, die dann für die Versorgung fehlen.

Deshalb wird es auch abgelehnt, Terminservicestellen sogar auszubauen, so wie es im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vorgesehen ist. Ein notwendiger und geeigneter Schritt ist stattdessen die Abschaffung von Budgetierung und Leistungsbegrenzungen in der ambulanten Medizin!

Die politische Vorstellung, die heute üblichen Arbeitszeiten der Vertragsärztinnen und -ärzte von in der Regel 50 Wochenstunden und mehr durch ein Gesetz verlängern zu wollen, ist populistisch und besonders unter Budgetbedingungen ungeeignet und realitätsfremd. Bereits heute werden infolge der Budgetierung bis zu 25 Prozent der ärztlichen Leistungen nicht bezahlt!

Neben dem Wegfall der Budgetierung ist es für die Verkürzung von Wartezeiten erforderlich, dass

- Leistungsbegrenzungen (Patientenzahlbegrenzungen, Patientenzahlzuwachsbeschränkungen, Beschränkungen ärztlicher Leistungen) wegfallen
- alle ärztlich notwendigen Leistungen durchgängig und ohne Abstaffelung angemessen bezahlt werden
- Ärztinnen und Ärzte endlich wirkungsvoll von bürokratischen Aufgaben entlastet werden
- dem Nachwuchsmangel in der ambulanten Medizin entgegengewirkt wird
- die ambulante Weiterbildung in allen grundversorgenden Fachgruppen gefördert und ausgebaut wird
- die Niederlassung selbstständiger Ärztinnen und Ärzte auf breiter Ebene gefördert wird - dies erfordert neben den vorgenannten Maßnahmen eine Deregulierung und



wieder mehr gesellschaftliche Anerkennung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit.

Begründung:

Die Politik sollte zur Kenntnis nehmen, dass Ärztinnen und Ärzte außerhalb der Sprechstundenzeiten Haus- und Heimbefuche durchführen, Bereitschaftsdienste leisten, fachspezifische Untersuchungen und Operationen vornehmen, Fortbildungen besuchen, sich in Qualitätszirkeln und Praxisnetzen engagieren, Dokumentationspflichten wahrnehmen, sich um das Praxismanagement und um die Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) sowie um Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung kümmern.

Die Forderung nach Erhöhung der Praxisöffnungszeiten ist Ausdruck mangelnder Wertschätzung der Arbeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten und stellt eine weitere bürokratische Einengung der Freiheit des freiberuflich selbstständigen Arztes dar, seine Praxisangebote flexibel an den Bedürfnissen seiner Patientinnen und Patienten auszurichten.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Unterstützung der Ärzteschaft beim MDK/MDS bezüglich ihrer ärztlichen
 Unabhängigkeit

EntschlieÙung

Auf Antrag von Erik Bodendieck (Drucksache Ic - 77) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 unterstützt aktiv die beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) beschäftigte Ärzteschaft dabei, ihre vom Gesetzgeber garantierte Unabhängigkeit bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben auch gegenüber den Krankenkassen offensiv einzufordern.

Begründung:

In § 275 Abs. 5 SGB V heißt es ausdrücklich: "Die Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen."

Diese Unabhängigkeit gerät für die beim MDK/MDS beschäftigte Ärzteschaft durch einige Krankenkassen in den letzten Jahren bundesweit unter Druck. Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 spricht sich dafür aus, die Kolleginnen und Kollegen beim MDK/MDS aktiv zu unterstützen und ggf. in Konfliktfällen die zuständige Aufsicht, also die Gesundheits- bzw. Sozialministerien der Länder, einzuschalten.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Freier Zugang und kostendeckende Vergütung für Hochschulambulanzen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka (Drucksache Ic - 101) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Kostenträger auf, von ihrem Vorhaben Abstand zu nehmen, die Anzahl der Patientinnen und Patienten und das Behandlungsspektrum einer Hochschulambulanz zu begrenzen. Die pauschalierte Vergütung ist so zu kalkulieren, dass sie kostendeckend ist.

Begründung:

Bei Hochschulambulanzen muss es weiterhin einen freien Zugang für Patientinnen und Patienten geben. Auch wenn Hochschulambulanzen die ambulante Spezialversorgung sicherstellen, so muss allen Patienten - auch solchen mit "einfachen" Krankheitsbildern - der Zugang zu einer Hochschulambulanz möglich sein. Gerade das breite Spektrum in Diagnostik und Therapie ist für die studentische Ausbildung unerlässlich.

Eine Limitierung der Anzahl von Patientinnen und Patienten bedeutet einen Behandlungsausschluss von Patienten.

Eine kostendeckende Vergütung versteht sich von selbst.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Krankentransportrichtlinie für Notfälle ändern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Hans-Detlef Dewitz, Dr. Klaus-Peter Spies und Ralph Drochner (Drucksache Ic - 107) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich bei der Politik dafür einzusetzen, dass die Krankentransportrichtlinie dahingehend geändert wird, dass im Notfall der Transport insbesondere von mobilitätsbehinderten Patientinnen und Patienten zum Vertragsarzt wieder unbürokratisch möglich wird.

Begründung:

Derzeit ist ein Krankentransport zum Vertragsarzt genehmigungspflichtig, sodass im Notfall der Transport praktisch nur noch in die Kliniken stattfindet.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Fragmentierung der Kompetenzen der Fachärztinnen/Fachärzte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski, Dr. Anke Müller, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Evelin Pinnow, Karsten Thiemann und Prof. Dr. Andreas Crusius (Drucksache Ic - 112) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 verwahrt sich gegen weitere Bestrebungen, durch sozialrechtliche Vorgaben den Nachweis zusätzlicher Qualifikationen zur Abrechnung von ärztlichen Leistungen zu verlangen. Ärztinnen und Ärzte müssen ihre in der Facharztweiterbildung erworbenen und in der Prüfung nachgewiesenen Kompetenzen ausüben und dafür die entsprechende Vergütung erhalten können, ohne dafür zusätzliche Qualifikationsnachweise erbringen zu müssen.

Begründung:

Die Weiterbildung zum Facharzt vermittelt nach der Weiterbildungsordnung die Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit. Mit der Facharztprüfung werden die entsprechenden Qualifikationen nachgewiesen. Für die Abrechnung fachärztlicher Tätigkeiten reicht dieser Nachweis nach sozialrechtlichen Bestimmungen in bestimmten Fällen nicht mehr aus. Stattdessen werden zusätzliche Qualifikationsnachweise eingefordert. Dies führt zu einer unnötigen Fragmentierung der Facharztkompetenzen, die nicht nachvollziehbar und zunehmend unüberschaubar ist und zudem eine unnötige Mehrbelastung für die Ärzteschaft bedeutet. Diese Entwicklung ist nicht hinnehmbar. Ärztliche Tätigkeiten, zu der Ärztinnen und Ärzte durch ihre Facharztanerkennung qualifiziert und berechtigt sind, müssen weiterhin auch ohne zusätzliche Bedingungen abrechenbar sein.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Notdienstrufnummer 116117

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Rainer M. Holzborn, Dr. Oliver Funken, Dr. Heiner Heister, Martin Grauduszus, Bernd Zimmer, Dr. Hans Uwe Feldmann, PD Dr. Johannes Kruppenbacher und Dr. Sven Christian Dreyer (Drucksache Ic - 25) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 begrüÙt alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Erreichbarkeit der Notdienstrufnummer 116117 zu optimieren. Insbesondere die u. a. von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein geplante Ausweitung der Telefonservicestelle rund um die Uhr (24/7), auch während üblicher Sprechstundenzeiten von Arztpraxen, kann helfen, Nachfragespitzen abzubauen und Patientenströme besser auf die für das Beschwerdebild zweckmäßige Versorgungsebene zu lenken.

Zusätzlich ist die Vernetzung der Servicezentrale mit den Feuerwehrnotrufen 112 auszubauen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: 116117 auf der Versichertenkarte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Henrik Herrmann, Dr. Wolfgang Kromholz und Dr. Pedro Schmelz (Drucksache Ic - 119) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag fordert die Krankenkassen auf, auf jeder Versichertenkarte die Telefonnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 anzugeben.

Begründung:

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass trotz aller Anstrengungen von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Telefonnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 noch nicht flächendeckend bekannt ist. Um den notwendigen Bekanntheitsgrad zu steigern, werden die Krankenkassen aufgefordert, auf jeder Versichertenkarte die 116117 anzugeben.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Krankenversicherungskarte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Rainer M. Holzborn, Dr. Oliver Funken, Dr. Heiner Heister, Martin Grauduszus, Bernd Zimmer, Dr. Hans Uwe Feldmann und PD Dr. Johannes Kruppenbacher (Drucksache Ic - 26) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert Verordnungsgeber, Herausgeber und Hersteller von Krankenversicherungskarten (GKV und PKV) auf, auf der Rückseite dieser Karten ein Feld mit dem Eintrag "Ärztlicher Bereitschaftsdienst Tel. 116117", d. h. mit einem Hinweis auf die bundeseinheitliche Notrufnummer, vorzusehen und zu beschriften. Dies ist schnellstmöglich mit und bei Ausgabe von neuen bzw. zu ersetzenden Versichertenkarten umzusetzen.

Begründung:

Die bundeseinheitliche Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst 116117 ist auch fünf Jahre nach ihrer Einführung lediglich 29 Prozent der Versicherten bekannt (Umfrage der KBV, August 2017). Fehlanrufe an andere Adressaten (Rufnummern) sind bekannt und an der Tagesordnung, verursachen dadurch auch Fehlleitungen von Patientinnen und Patienten und Zeitverzögerungen bei der Behandlung.

Das Ziel, die Rufnummer 116117 bekannter zu machen, ist erkannt. Service- und Mitgliederkarten anderer Branchen (Banken, Automobilclubs, Sachversicherer etc.) haben seit Langem ihre eigene sogenannte Notfallnummer auf der Rückseite ihrer Karten aufgebracht. Dieses etablierte und bei den Verbraucherinnen und Verbrauchern bekannte Verfahren muss für die Krankenversicherungskarte übernommen werden und wird, bei geringem Aufwand, dazu beitragen, die Rufnummer 116117 ("Die Nummer, die hilft") bekannter zu machen.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Gesundheitsberufe

- Ic - 133 Dringliche Modifizierung des Physician Assistant
- Ic - 83 Physician Assistance - eine arztunterstützende neue Perspektive für
Gesundheitsfachberufe
- Ic - 31 Physician Assistant nur nach abgeschlossener Ausbildung
- Ic - 57 Delegation der klinischen Sonographie
- Ic - 67 Teilnahme am Aktionsplan zur Novellierung der Gesundheitsfachberufe
- Ic - 44 Gleiche Rahmenbedingungen für alle Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen
- Ic - 66 Finanzielle Unterstützung der MFA-Ausbildung



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Dringliche Modifizierung des Physician Assistant

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Werner, Katharina Thiede, Julian Veelken und Dr. Klaus Thierse (Drucksache Ic - 133) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Unter der Annahme, ein zukunftsweisendes und auch unvermeidbares Konzept zu etablieren, hatte sich der 120. Deutsche Ärztetag 2017 in Freiburg für das vorgelegte Konsensuspapier von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) "Physician Assistant - Ein neuer Beruf im Gesundheitswesen" ausgesprochen.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 greift den getroffenen Beschluss wieder auf und stellt insbesondere nach Prüfung vorliegender Curricula (vgl. Studien- und Prüfungsordnung der Steinbeis-Hochschule Berlin oder Informationsflyer der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Karlsruhe) fest, dass vom Berufsbild des Physician Assistant (PA) kein Vorteil für Patientensicherheit, Patientenversorgung sowie den Arbeitsalltag von Ärzten und Pflegenden zu erwarten ist, sondern der PA im Gegenteil erhebliche Risiken birgt.

Gerade die Ärzteschaft sollte dem Ärztemangel nicht dadurch begegnen, den eigenen Berufsstand mit der Etablierung eines neuen Berufes zwischen Arzt und Pflege überflüssig zu machen.

Insbesondere werden Gefahren und Risiken für die Patientensicherheit und Patientenversorgung gesehen.

- Die Abgabe originär ärztlicher Tätigkeiten, wie die Patientenanamnese oder die Verfassung einer umfangreich wertenden Epikrise, gefährdet die Patientensicherheit.
 - Die Durchführung von Wundverschlüssen, Intubationen oder die Überwachung von Narkosen durch PAs stellt eine Verschlechterung des derzeitigen Behandlungsstandards dar und gefährdet somit die Patientensicherheit.
 - Die Dokumentation der eigenen Tätigkeit lediglich durch Dritte, in diesem Fall durch den PA, gefährdet die Patientensicherheit.
 - Die Einführung einer weiteren Kommunikationsschnittstelle zwischen den in die Behandlung involvierten Berufsgruppen gefährdet die Patientensicherheit.
 - Die Übergabe der Verantwortung für ein gutes Entlassmanagement an Dritte, in diesem Fall an den PA, gefährdet die Patientensicherheit.
 - Die Abgabe von Assistenzen bei operativen und endoskopischen Eingriffen, die
-



Abgabe der OP-Vorbereitung oder gar des Wundverschlusses sowie die Abgabe anästhesiologischer Prozeduren beeinträchtigt die ärztliche Weiterbildung gravierend und verschlechtert somit die Patientenversorgung.

- Die anzunehmende Streichung von Arztstellen bei Etablierung des PA aufgrund der im DRG-System nicht systematisch abgebildeten Personalkosten verschlechtert die Patientenversorgung.
- Die Abgabe qualifizierter Tätigkeiten seitens der Pflege an den PA führt zu einem weiteren Attraktivitätsverlust des Pflegeberufes und verschlechtert somit die Patientenversorgung.

Die Bundesärztekammer sowie die KBV werden daher aufgefordert, die Ausgestaltung des Physician Assistant dahingehend zu gestalten, dass die benannten Gefahren sicher verhindert werden.

Begründung:

Beim sogenannten PA nimmt eine Entwicklung ihren Lauf, die ebenso oder ähnlich in anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen zu beobachten ist. Angehörigen von nichtärztlichen Gesundheitsberufen werden Weiterqualifizierungen und hiernach neue Berufe angeboten, die sie zu weit mehr Tätigkeiten befähigen sollen, als diese Berufsgruppen nach geltendem Recht ausüben dürfen. Der Staat hat es beim Beruf des Notfallsanitäters vorgemacht: Zunächst wurde eine Ausbildungsordnung per Bundesgesetz erlassen, nach der der Notfallsanitäter auch Tätigkeiten erlernt, die eine eigenständige Ausübung der Heilkunde darstellen würden. Die Länder, die auf der Grundlage des Bundesgesetzes ihre Rettungsdienstgesetze erlassen, lassen den Notfallsanitäter das tun, was er erlernt hat, nämlich Tätigkeiten im (Dunkel-)Graubereich zwischen Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen. Dies ungeachtet dessen, dass die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages (WD) in einem Gutachten das dem Gesetz zugrundeliegende Delegationsmodell mittlerweile als problematisch bewertet haben, denn das Notfallsanitätergesetz (NotSanG) des Bundes enthält keine Erlaubnis zur (eigenständigen) Ausübung der Heilkunde durch Notfallsanitäterinnen und -sanitäter und die Länder wären für eine solche nicht zuständig. Die Praxis bewegt sich am Ende im vorgezeichneten Graubereich.

Beim PA ist es zwar nicht der Staat, der die Ausbildung regelt, das Prinzip ist jedoch dasselbe: Die Universitäten, die einen solchen Studiengang anbieten, nehmen in ihre Studienordnungen Inhalte auf, die auf eine Befähigung zur teilweise eigenständigen Ausübung der Heilkunde hinauslaufen. Dies bei einem dreijährigen Bachelor-Studiengang, der lediglich eine dreijährige abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf voraussetzt, z. B. den Beruf Medizinische Fachangestellte (MFA), der seinerseits gar keinen Schulabschluss voraussetzt. Nach Informationen aus dem Papier der Bundesärztekammer und der KBV "Physician Assistant - Ein neuer Beruf im



Gesundheitswesen", halten sich noch nicht einmal alle Anbieter des Studienganges an diese Zugangsvoraussetzungen.

Ausweislich des vorliegenden Papiers hat man sich mit dem Deutschen Hochschulverband Physician Assistant (DHPA) darauf geeinigt, dass Physician Assistants erstaunlich umfangreiche Kenntnisse und Handlungskompetenzen erlangen sollen. Hierzu gehört z. B. die Erhebung der Anamnese, wofür sie Gesprächsführung und Fragetechniken erlernen sollen. In allen Bereichen gehört zum Lerninhalt die Diagnostik, an der sie in der Praxis "mitwirken" sollen. Patientenaufklärung soll ebenfalls erlernt und die Kompetenz erlangt werden, Ärztinnen und Ärzte bei der Erläuterung von Diagnose, Behandlungsplan und medizinischen Maßnahmen zu "unterstützen". Auch die Einleitung von Narkosen gehört zum sogenannten "Handlungs- und Begründungswissen" der Physician Assistants.

Selbstständig unter ärztlicher Anleitung und Überwachung durchführen können sollen die Absolventinnen und Absolventen nach Abschluss des Studiums z. B. "orientierende" sonographische Untersuchungen verschiedener Organsysteme, Intubationen "ohne erhöhtes Komplikationsrisiko", die Überwachung von Narkosen "ohne erhöhtes Komplikationsrisiko" und z. B. die Durchführung "einfacher" Wundverschlüsse gar selbstständig und ohne ärztliche Anleitung und Überwachung. Dies und anderes mehr stellen bisher klassische ärztliche Vorbehaltsleistungen dar bzw. sind nur unter Anleitung und Überwachung zu erbringen. Krankenhauskonzerne, die schon heute nur einen Facharzt gleichzeitig sechs Operationssäle, in denen nur Ärzte in Weiterbildung tätig sind, überwachen lassen, dürfen mit weiteren Einsparungen rechnen, wenn sie in Zukunft Ärzte in Weiterbildung durch Physician Assistants ersetzen.

Zwar bekennt man sich in dem Papier von Bundesärztekammer und KBV zu der anerkannten Abgrenzung zwischen ärztlichen Vorbehaltsleistungen und delegationsfähigen ärztlichen Leistungen. Sibyllinisch heißt es hierzu allerdings: "Der Spielraum für die Delegation wird darüber hinaus wesentlich von der Qualifikation des jeweiligen Mitarbeiters bestimmt."

Nur wer die heutigen Realitäten in deutschen Krankenhäusern nicht kennt kann ernsthaft die Auffassung vertreten, dass der Einsatz der PA im Krankenhaus bei Ärztinnen und Ärzten eine "verstärkte allgemeine Entlastung", eine "bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf" und "mehr Möglichkeiten von Teilzeittätigkeiten" bewirken könnte, wie dies in dem Papier von Bundesärztekammer und KBV unter der Überschrift "Steigerung der ärztlichen Berufszufriedenheit" unter anderem vertreten wird. Es erscheint angesichts des in Krankenhäusern herrschenden Kostendrucks auch mehr als unwahrscheinlich, dass der Ärztin oder dem Arzt durch den Einsatz von PA "mehr Zeit und Ruhe für die eigentliche Tätigkeit am Patienten" bleibt.

Es ist vielmehr damit zu rechnen, dass die Tätigkeiten von PA immer näher an ärztliche Vorbehaltsleistungen heranreichen werden und zukünftig, z. B. bei dünner ärztlicher Personaldecke, die Substitution solcher Leistungen durch PA in Kauf genommen wird. Die



Substitution ärztlicher Vorbehaltsaufgaben durch PA wäre nicht nur rechtswidrig, hierdurch würde vor allem die Qualität der Behandlung in den Krankenhäusern sinken und die Sicherheit von Patientinnen und Patienten gefährdet werden.

Patientensicherheit und Behandlungsqualität werden maßgeblich durch eine ausreichende Ausstattung mit adäquat qualifiziertem Personal sichergestellt. In der heutigen Situation, in der zwischen den Krankenhausträgern ein erbitterter Verdrängungswettbewerb herrscht, dürfen diese Faktoren nicht dem Ermessen der Krankenhausträger und dem Wettbewerb überlassen bleiben. Wenn die Kosten für einen durch Personalmangel oder nicht ausreichend qualifiziertes Personal möglichen schweren Behandlungsfehlerfall in der Bilanz eines Krankenhauses im Vergleich zu den Personaleinsparungen nicht ins Gewicht fallen, dann wird sich ein Krankenhausökonom für die kostengünstigere Alternative entscheiden. Genau hier muss der Gesetzgeber lenkend in den Markt eingreifen. Weil hinter jedem Schadensfall ein Mensch steht und das System des Haftungsrechts an dieser Stelle keine ausreichende Steuerungswirkung entfaltet, besteht gesetzgeberischer Handlungsbedarf.

Da die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses zu kompetenten und erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzten essenziell ist für die Stabilität des Gesundheitswesens und die ausreichende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, sind auch die hierfür erforderlichen Strukturen in Krankenhäusern durch den Gesetzgeber sicherzustellen. Auch dieser Faktor kann angesichts der Möglichkeiten der Kosteneinsparungen durch den Ersatz von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung durch PA nicht dem Markt überlassen bleiben. Die Substitution ärztlicher Vorbehaltsleistungen durch PA ist patientengefährdend und würde gegen geltendes (Bundes-)Recht verstoßen (§ 1 Abs. 1 HeilprG).

Durch gesetzliche Strukturvorgaben ist sicherzustellen, dass PA in keinem Versorgungsbereich ärztliche Vorbehaltsleistungen erbringen und delegationsfähige ärztliche Leistungen ausschließlich unter ärztlicher Anleitung und Überwachung erbringen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Physician Assistance - eine arztunterstützende neue Perspektive für
 Gesundheitsfachberufe

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Max Kaplan und Dr. Theodor Windhorst (Drucksache Ic - 83) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Deutschen Hochschulverband Physician Assistant (DHPA) sowie alle an der Einrichtung entsprechender Bachelor-Studiengänge interessierten Hochschulen nachdrücklich auf, gemäß dem Konsensuspapier von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) mit den Landesärztekammern eng zusammenzuarbeiten und daran festzuhalten, dass eine Zulassung zum Studium eine dreijährige erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf voraussetzt. Die für eine wirksame Unterstützung und Entlastung der Ärztin oder des Arztes erforderliche fundierte theoretische, qualitativ hochwertige und praktische Ausbildung ist nur so zu gewährleisten. Ein grundständiges Studium erfüllt die Strukturvorgaben für eine einheitliche Qualifizierung nicht.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 spricht sich ferner dafür aus, Tätigkeitsrahmen und Einsatzmöglichkeiten der Absolventinnen und Absolventen von Physician-Assistent-Studiengängen nach dem Prinzip der Delegation primär im stationären Bereich unter Beteiligung der ärztlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände zu überprüfen und ggf. weiterzuentwickeln sowie zu konkretisieren.

Begründung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hat das Konzept "Physician Assistant - Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen" als Beitrag der Ärzteschaft zu einer sinnvollen Weiterentwicklung der Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen verabschiedet.

Wesentliche Bestandteile des Konzeptes sind:

- Weiterqualifizierung auf der Grundlage einer abgeschlossenen Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf und nicht Etablierung eines neuen akademischen Gesundheitsberufes
 - Vereinheitlichung der Studieninhalte der Physician-Assistent-Studiengänge
-



- Schaffung einer Grundlage für die Begleitung und Evaluation der Physician-Assistent-Studiengänge durch die Ärztekammern
- Benennung von Qualitätskriterien für die Einführung von Physician-Assistent-Studiengängen

Diese Bestandteile des Konzeptes sind zu beachten.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Physician Assistant nur nach abgeschlossener Ausbildung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Frank J. Reuther, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Susanne Johna (Drucksache Ic - 31) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Anbieter des Studiengangs Physician Assistant (PA) auf, den Zugang zum Studium nur aufbauend auf einer vorherigen abgeschlossenen Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf zuzulassen und nicht als grundständiges Studium anzubieten.

Begründung:

In Deutschland gibt es weiterhin Hochschulen, die grundständige Studiengänge ohne vorherige Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf zum PA anbieten: Zulassungsvoraussetzung ist in diesen Fällen lediglich die Hochschulzugangsberechtigung (z. B. Abitur) ohne klassische dreijährige Ausbildung und Examen in einem Gesundheitsfachberuf. Eine fundierte theoretische und praktische Ausbildung auf dem erforderlichen Niveau ist aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte mit derartigen Studienmodellen nicht möglich und wird daher von der Ärzteschaft nicht akzeptiert, insbesondere weil einheitliche Ausbildungsstandards derzeit fehlen. Nur der im Konsenspapier "Physician Assistant - ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen" von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) dargestellte staatlich anerkannte Bachelor-Abschluss Physician Assistant (PA) im Anschluss an eine erfolgreiche dreijährige Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf wird von der Ärzteschaft als Delegationsberuf anerkannt.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Delegation der klinischen Sonographie

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Hans Worlicek, Dr. Wolfgang Rechl und Dr. Gert Rogenhofer (Drucksache Ic - 57) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Die klinische Ultraschalldiagnostik insbesondere des Bauchraumes und der Thoraxorgane ist eine nichtdelegationsfähige ärztliche Leistung.

Begründung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hat sich für Modelle der Übertragung ärztlicher Aufgaben nach dem Delegationsmodell "Physician Assistant" (PA) der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ausgesprochen. Als Kompetenz des PA werden u. a. "orientierende sonographische Untersuchungen verschiedener Organsysteme" genannt. Derartige Untersuchungen sind nicht zielführend. Die Qualität und Aussagekraft der klinischen Sonographie dürfen nicht weiter heruntergeregelt werden. Für die abdominelle und thorakale Diagnostik, wie auch für andere Organbereiche, ist ein sogenannter klinischer Ultraschall erforderlich. Dabei erfolgt die Befundung während der Untersuchung mit direktem klinischen Bezug. Die besondere Aussagekraft des Ultraschalls liegt in der unmittelbaren Anwendung durch den Arzt unter Einbeziehung aller klinischen Informationen, erweitert durch zusätzliche Erkenntnisse während der Untersuchung.

Wir brauchen eine kompetente Basissonographie für klinische Assistentinnen und Assistenten und Hausärztinnen und Hausärzte sowie eine spezialisierte fachärztliche Sonographie. Eine "orientierende sonographische Untersuchung verschiedener Organsysteme" wäre Arbeitsbeschaffung und Verschwendung von Ressourcen. Eine Arbeitsteilung zwischen Befunderhebung und -beurteilung würde zu Mehraufwand und Informationsverlust führen. Weitere negative Folgen wären fehlende ärztliche Ausbilderinnen und Ausbilder, Demotivation und weitere Frustration junger Ärzte und Studenten sowie zusätzliche kostspielige Diagnostikketten. Nicht absehbar sind die Folgen einer als Konsequenz weiter verschlechterten Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte. Nur hochqualifizierte Untersucher erzielen wissenschaftliche Spitzenleistungen auf internationaler Ebene. Ärzte müssen von Bürokratie und organisatorischen Aufgaben entlastet werden, nicht von ärztlichen Kernaufgaben unter Einschränkung der Weiterbildung. Ausnahmen unter ärztlicher Supervision könnten standardisierte, metrische



Befunderhebungen sein (z. B. in Kardiologie, Angiologie, Schwangerenvorsorge, Ophthalmologie). Sie bedürfen einer klaren Definition.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Teilnahme am Aktionsplan zur Novellierung der Gesundheitsfachberufe

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Christian Messer und Ralph Drochner (Drucksache Ic - 67) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesärztekammer auf, sich aktiv bei dem von der Bundesregierung beschlossenen Aktionsplan zur Novellierung der Gesundheitsfachberufe einzubringen. Ärztliche Vorbehaltsleistungen dürfen nicht an nichtärztliches Personal abgegeben werden. Die fachärztliche Weiterbildung darf nicht gefährdet werden.

Begründung:

Der Physician Assistant (PA) ist ein vor allem aus angelsächsischen Ländern bekanntes Berufsbild. Um dieses in Deutschland einzuführen, haben einige Hochschulen den Deutschen Hochschulverband Physician Assistant (DHPA) gegründet. In einem dreijährigen Bachelor-Studiengang sollen medizinische Grundlagen gelehrt werden, um später medizinisch tätig werden zu können. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 beschloss, dass dies nur unter Aufsicht einer Ärztin oder eines Arztes, somit unter Delegation erfolgen dürfe. Die Möglichkeiten zur Delegation gehen dabei weit über die Festlegungen hinaus, die 2013 in der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung festgelegt wurden. Die weitere Entwicklung des Berufsbildes Physician Assistant ist unklar, da die Ausbildung noch nicht gesetzlich geregelt ist. In der Regel wird eine erfolgreich absolvierte dreijährige Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf vorausgesetzt, nach Informationen aus dem Papier von Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) "Physician Assistant - Ein neuer Beruf im Gesundheitswesen" halten sich allerdings nicht alle Anbieter des Studienganges an diese Zugangsvoraussetzung. Es ist damit zu rechnen, dass die Tätigkeiten von Physician Assistants immer näher an ärztliche Vorbehaltsleistungen heranreichen werden und zukünftig, z. B. bei dünner ärztlicher Personaldecke, die Substitution solcher Leistungen durch PAs in Kauf genommen wird. Die Substitution ärztlicher Vorbehaltsaufgaben durch PAs wäre nicht nur rechtswidrig, hierdurch würde vor allem die Qualität der Behandlung in den Krankenhäusern sinken und die Sicherheit von



Patientinnen und Patienten gefährdet werden. Denn es ist davon auszugehen, dass für den Physician Assistant keine neuen Stellen oder Mittel bereitgestellt werden. Damit wird es zu einem Ersatz von ärztlichen Weiterbildungsstellen durch PAs kommen. Ein Weiterbildungsassistent hat mit dem abgeschlossenen Medizinstudium aber die höher qualifizierte Ausbildung. Weiterhin wird durch den Wegfall von Weiterbildungsstellen die zukünftige Ausbildung von Fachärztinnen und Fachärzten und damit die Patientenversorgung in Deutschland in unmittelbarer Zukunft gefährdet. Der Bundesregierung ist bekannt, dass der Physician Assistant teilweise in Konkurrenz zu den Angehörigen der bundesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe steht: Es stellt sich die Frage nach der Abgrenzung zu anderen, bereits bestehenden Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder hat beschlossen, im Rahmen einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe einen Aktionsplan zur Novellierung der Gesundheitsfachberufe zu entwickeln. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird sich in diesen Prozess einbringen und dabei auch das Thema der arztentlastenden Tätigkeiten mit den entsprechenden versorgungsrechtlichen Auswirkungen einbeziehen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Gleiche Rahmenbedingungen für alle Ausbildungsberufe im
 Gesundheitswesen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Frank J. Reuther, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Susanne Johna (Drucksache Ic - 44) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Landes- und Bundespolitik dazu auf, gleiche Ausbildungsrahmenbedingungen für alle Gesundheitsberufe zu schaffen. Hierzu gehören eine gebührenfreie Ausbildung an entsprechend geförderten Schulen oder Akademien, bundesländerübergreifende einheitliche Ausbildungsinhalte mit staatlich anerkanntem Abschluss und die Schaffung einer dem Ausbildungsstand angepassten Ausbildungsvergütung.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Finanzielle Unterstützung der MFA-Ausbildung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Klaus-Peter Spies und Ralph Drochner (Drucksache Ic - 66) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die Medizinische Fachangestellte (MFA) in ihrer Praxis ausbilden, einen spezifischen Honorarzuschuss über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bzw. Zuwendungen der Kostenträger erhalten.

Begründung:

In den Praxen ist zunehmend ein Mangel an fachlich ausgebildetem Personal zu verzeichnen. Es ist schwierig, junge Menschen für den Beruf der Medizinischen Fachangestellten zu gewinnen. Der persönliche Einsatz für die Ausbildung von auf das Berufsleben kaum vorbereiteten Schulabgängerinnen und Schulabgängern nehmen Praxisinhaberinnen und Praxisinhabern neben ihrer ärztlichen Tätigkeit in einem nicht unbedeutenden Ausmaß in Anspruch. Die gesetzlichen Formalitäten und die Kosten der Ausbildungsvergütung sind ein zusätzlicher Aufwand. Praxen, die MFA ausbilden, leisten damit einen nicht unerheblichen Beitrag für die ambulante Medizin und die Gesamtheit der Vertragsärztinnen und -ärzte. Die Forderung geht auch an die Kostenträger, da MFA zunehmend im Krankenhaussektor eingesetzt und damit der ambulanten Medizin entzogen werden. Die zeitlichen und finanziellen Auslagen der Ausbildungspraxen sollten von der Gemeinschaft honoriert werden.



121. Deutscher Ärztetag

Erfurt, 08.05. - 11.05.2018

**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Heilpraktikerwesen

Ic - 85 Behandlungsspektrum von Heilpraktikern prüfen



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Behandlungsspektrum von Heilpraktikern prüfen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Bernd Zimmer, Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Anne Bunte, Dr. Daniela Dewald, Wieland Dietrich, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Hans Uwe Feldmann, Dr. Folker Franzen, Dr. Oliver Funken, Martin Grauduszus, Dr. Ivo Grebe, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Christiane Groß M.A., PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Heiner Heister, Dr. Rainer M. Holzborn, Michael Krakau, PD Dr. Johannes Kruppenbacher, Michael Lachmund, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger M.Sc., Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Dr. Ursula Stalmann, Dr. Robert Stalmann, Dr. Herbert Sülz, Barbara vom Stein und Dr. Joachim Wichmann MBA (Drucksache Ic - 85) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 begrüÙt die Absicht von CDU/CSU und SPD auf Bundesebene, im Interesse der Patientensicherheit das zulässige Behandlungsspektrum von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern auf den Prüfstand zu stellen. Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesregierung auf, dieses Vorhaben insbesondere zum Patientenschutz zügig anzugehen und dabei den ärztlichen Sachverstand einzubeziehen.

Besonders dringlich sind dabei aus Sicht des 121. Deutschen Ärztetages 2018 zwei Maßnahmen:

1. Vom derzeit zulässigen Tätigkeitsumfang von Heilpraktikern sind alle invasiven Maßnahmen (wie chirurgische Eingriffe, Injektionen und Infusionen) auszuschließen, denn invasive Maßnahmen beinhalten regelmäßig ein besonders großes Schädigungspotenzial.
2. Die Behandlung von Krebserkrankungen ist von der Erlaubnis auszunehmen. Die moderne, evidenzbasierte Medizin stellt - anders als dies vor Jahrzehnten bei Erlass des Heilpraktikergesetzes (HeilprG) der Fall war - für viele Krebserkrankungen wirksame Behandlungsmöglichkeiten bereit. Der Erfolg dieser Behandlungen hängt oft entscheidend von einem rechtzeitigen Behandlungsbeginn ab. Es kann deswegen nicht länger zugelassen werden, dass durch Behandlungsangebote auf Basis einer Heilpraktikererlaubnis der rechtzeitige Beginn einer wirksamen Behandlung verzögert oder verhindert wird.

Begründung:



Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD auf Bundesebene hält fest: "Im Sinne einer verstärkten Patientensicherheit wollen wir das Spektrum der heilpraktischen Behandlung überprüfen."

Diese Absicht ist schnellstmöglich zu verwirklichen, denn die derzeitige Rechtslage setzt Patientinnen und Patienten erheblichen Risiken aus, wie nicht zuletzt die tragischen Todesfälle in Brüggen-Bracht gezeigt haben.

Die Menschen in unserem Land müssen sich darauf verlassen können, dass der Staat bei seinen Regelungen zur Ausübung von Heilkunde der Sicherheit von Patientinnen und Patienten höchste Priorität einräumt. Damit ist das derzeitige, fast unbegrenzte Spektrum der zulässigen Betätigung von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern nicht vereinbar.

Dies gilt ungeachtet der im März 2018 in Kraft getretenen Heilpraktikerüberprüfungsleitlinien des Bundesgesundheitsministeriums (BMG). Denn auch mit diesen Leitlinien bleibt es dabei, dass sich Heilpraktikeranwärter lediglich einer "Überprüfung" unterziehen müssen. Damit kann keine positive Feststellung einer theoretisch und oder praktisch erworbenen Qualifikation verbunden sein, sondern lediglich die negative Feststellung, dass von der betreffenden Person keine Gefahr ausgehen soll.

Das Heilpraktikerwesen steht somit außerhalb der sonst im Gesundheitswesen geltenden Anforderungen an klar definierte fachliche Qualifikationen auf der Basis fundierter Standards und an eine hohe Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung. Es lässt sich in diese Anforderungen auch nicht integrieren, denn es ist gerade das zentrale Merkmal des Heilpraktikerwesens, außerhalb geltender Standards und allgemein anerkannter Wirksamkeitsmechanismen tätig werden zu dürfen.

Weil im Heilpraktikerwesen fachliche Standards fehlen, fehlt auch die Grundlage für Qualitätskontrollen durch die Gesundheitsbehörden. Qualitätskontrollen setzen einen allgemein anerkannten Qualitätsmaßstab voraus, der im Heilpraktikerwesen fehlt.

Im Interesse der Patientensicherheit muss eine Reform des HeilprG deswegen vor allem den Umfang der Tätigkeitserlaubnis in den Blick nehmen. Es ist zu begrüßen, dass die Koalitionspartner auf Bundesebene diese Aufgabe nun in Angriff nehmen wollen.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Humanitäre Einsätze

- Ic - 27 Humanitäre Einsätze von Ärztinnen und Ärzten strukturell fördern - Rechtssicherheit für die Helfer



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Humanitäre Einsätze von Ärztinnen und Ärzten strukturell fördern -
 Rechtssicherheit für die Helfer

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Svante Gehring, Marcus Jünemann und Dr. Jürgen Tempel (Drucksache Ic - 27) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Arbeitgeber (Arztpraxen, Kliniken, MVZ, Labore etc.) von angestellten Ärztinnen und Ärzten, die an einem humanitären Einsatz teilnehmen möchten, dazu auf, diesen die Wahrnehmung von humanitären Einsätzen zu ermöglichen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind entsprechend aufgefordert, humanitäre Einsätze als Vertretungsfall im Sinne des § 32 Abs. 1 Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) aufzunehmen.

Begründung:

Durch das derzeit bestehende Arbeitsrecht wird Ärztinnen und Ärzten die Teilnahme an humanitären Einsätzen entweder erschwert oder gar unmöglich gemacht. Oftmals sind solche Einsätze nur durch Individualvereinbarungen in den Arbeitsverträgen oder aufgrund des Wohlwollens des Arbeitgebers möglich.

Im Mai 2015 hat die World Health Assembly (WHA) einstimmig die Resolution 68.15 verabschiedet. Erstmals wurde damit von der UN-Unterorganisation ein detaillierter Beschluss gefasst, der - unter ausdrücklichem Einschluss auch der operativen Versorgung - für die Mehrheit der Weltbevölkerung in den sogenannten *low- and middle-income countries* (LMI-Staaten) konkrete Ansprüche der medizinischen Versorgung definiert.

Dieser Resolution vorangegangen war der von der Weltbank kommissionierte Bericht "Disease Control Priorities (DCP3)" sowie die von der Lancet Commission on Global Surgery (LCoGS) gestellte Forderung, wonach auch die operative Versorgung ein integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung darstellt.

Derzeit haben insgesamt vier Milliarden Menschen keinen Zugang zu einer medizinischen Versorgung. Ein Drittel der globalen Krankheitsbelastungen sind operativ zu versorgende



Erkrankungen. Nur sechs Prozent der weltweit durchgeführten operativen Eingriffe werden in LMI-Staaten durchgeführt. Um diesen Mangel an Versorgung zu reduzieren, sind substanzielle Anstrengungen notwendig. Dies beinhaltet auch Hilfsaufenthalte von Ärztinnen und Ärzten in LMI-Staaten.

Die Bundesregierung hat die Resolution 68.15 der WHA ausdrücklich mitgetragen. Sie hat sich damit verpflichtet, gemeinsam mit Hilfsorganisationen und geeigneten Institutionen dieses Projekt zu unterstützen. Der Gesetzgeber hat mit der Umsetzung dieser Resolution nicht nur die Möglichkeit, einen kostengünstigen und zielführenden Beitrag zur Umsetzung der WHA-Resolution 68.15 zu leisten, sondern er kann damit auch einen wichtigen Beitrag zur Minderung von Fluchtursachen leisten.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Krankenhaus

- Ic - 13 Verbesserte Berücksichtigung und umfassende Refinanzierung von Arzt- und Personalkosten - multiprofessionelle Versorgung von Patientinnen und Patienten sicherstellen
- Ic - 51 Krankenhausstrukturen zukunftsorientiert weiterentwickeln
- Ic - 45 Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung
- Ic - 40 Kooperation als Grundprinzip einer patientengerechten Gesundheitsversorgung
- Ic - 46 Krankenhausfinanzierung in den Bundesländern endlich gesetzeskonform durchführen, um die Sicherheit der Patienten zu steigern
- Ic - 41 Kulturelle und sprachliche Vielfalt im Krankenhaus als Bereicherung begreifen
- Ic - 55 Förderung eines Mentalitäts- und Kulturwechsels



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Verbesserte Berücksichtigung und umfassende Refinanzierung von Arzt- und Personalkosten - multiprofessionelle Versorgung von Patientinnen und Patienten sicherstellen

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 13) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 begrüÙt die mit dem aktuellen Koalitionsvertrag beschlossene Tarifrefinanzierung in Höhe von 100 Prozent. Dies ist vor dem Hintergrund des wachsenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen und eines demografiebedingt wachsenden Versorgungsbedarfes unverzichtbar für die dauerhafte Sicherung der pflegerischen wie der ärztlichen und übrigen medizinischen Versorgung. Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert daher mit Nachdruck, dass die geplante gesetzliche Regelung zur Tarifrefinanzierung auch für Ärztinnen und Ärzte und das übrige medizinische Personal gilt.

Zudem fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018, dass die geplante Ausgliederung der Personalkosten für Pflegepersonal aus dem G-DRG-Fallpauschalensystem auf das gesamte medizinische Personal erweitert wird. Darüber hinaus müssen Aufwendungen für die Vorhaltefunktion sowie die Personalrekrutierung und Personalentwicklung umfassend Berücksichtigung finden.

Begründung:

Die geforderten Erweiterungen sind unverzichtbar, wenn bei der geplanten Neujustierung der stationären Vergütung Brüche und Fehlanreize vermieden werden sollen. Und nur dadurch kann eine klare Trendwende von einer verfehlten Ökonomisierung hin zu einer am medizinischen, pflegerischen und menschlichen Bedarf ausgerichteten Modernisierung erreicht werden. Bestrebungen, insbesondere des GKV-Spitzenverbandes, die im Koalitionsvertrag vereinbarte Ausgliederung durch eine Kompensation innerhalb des DRG-Systems aushebeln zu wollen, können nicht zielführend sein.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Krankenhausstrukturen zukunftsorientiert weiterentwickeln

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Susanne Johna, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 51) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 appelliert an die Bundesregierung und die Bundesländer, die Krankenhausstrukturen zukunfts- und versorgungsorientiert weiterzuentwickeln.

Seit Jahren vollzieht sich in der Krankenhauslandschaft ein Strukturwandel, der auf Grundlage des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschrittes und der Anpassung an Veränderungen im Versorgungsbedarf erfolgen sollte.

Aus Sicht der deutschen Ärzteschaft wird der Strukturwandel jedoch überwiegend von ökonomischen Aspekten dominiert. Dies sind insbesondere die Fehlanreize des DRG-Systems und die fehlende bzw. unzureichende Investitionskostenfinanzierung der Bundesländer.

Die Krankenhausversorgung als ein zentrales Element der Daseinsfürsorge braucht Steuerung. In erster Linie müssen die Länder ihre Kompetenzen in der Planung wieder stärken. Dazu bedarf es einer definierten Krankenhausplanung und aktiven Gestaltung unter Beteiligung der jeweiligen Landesärztekammer.

Der Fokus der Krankenhausplanung muss auf einer versorgungs- und qualitätsorientierten Gestaltung liegen. Dies erfordert:

- die Sicherstellung einer ausreichenden und qualifizierten Personalbesetzung sowohl in der Grundversorgung als auch bei zunehmender Spezialisierung
- eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung unter Berücksichtigung regionaler Strukturen
- die Sicherstellung von medizinischer Kompetenz in der Fläche, auch durch Vernetzung und Verbände
- die Sicherstellung der finanziellen Mittel und rechtliche Anpassungen für einen versorgungsgesteuerten Strukturwandel.

Um eine gute stationäre Versorgung sicherzustellen, sind deutlich erhöhte Investitionen in



Krankenhäuser für Umstrukturierungen, neue Technologien und Digitalisierung notwendig. Dazu ist es dringend erforderlich, dass die Länder ihrer Investitionsverpflichtung vollumfänglich nachkommen. Insbesondere für die Implementierung neuer Technologien wird zusätzlich der Einsatz von Bundesmitteln benötigt.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Susanne Johna, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 45) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 appelliert an den Gesetzgeber, eine Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung in die Wege zu leiten.

Die Vergütung der stationären Behandlungen über rein leistungsorientierte Fallpauschalen (DRG) hat zu Fehlentwicklungen geführt, die grundlegend korrigiert werden müssen. 13 Jahre nach Einführung der DRG-basierten Krankenhausfinanzierung ist offensichtlich, dass diese Art der Finanzierung nicht einen innovationsgetriebenen Wettbewerb gefördert hat, der Strukturen verbessert, sondern einen rein preisgetriebenen Wettbewerb mit den bekannten negativen Konsequenzen in der Patientenversorgung. Über- und Unterversorgung ebenso wie die unzureichende Personalausstattung in der Patientenversorgung zeigen, dass es zu einem vertauschten Zweck-Mittel-Verhältnis gekommen ist.

Zweck des Gesundheitssystems sollte die bestmögliche medizinische Versorgung der Bevölkerung unter Wahrung der Ressourcenallokation sein. Ärzte und Pflege werden aber zunehmend als Produktionsmittel instrumentalisiert und können ihren eigentlichen Auftrag am Patienten nicht mehr angemessen erfüllen. Zur Einführung einer sachgerechten Vergütung von stationären Krankenhausleistungen gehört es daher, alle Personalkosten aus den DRG-Fallpauschalen herauszunehmen. Hier darf es nicht bei der im Koalitionsvertrag angekündigten krankenhausesindividuellen Vergütung von Pflegepersonalkosten bleiben.

Die Ökonomie darf in der Krankenhausversorgung nicht als Selbstzweck im Vordergrund stehen. Die Behandlung kranker Menschen wird zunehmend zu einem Mittel, um Umsatzrendite zu erreichen. Krankenhäuser sind aber keine Profitcenter, sondern Teil der staatlichen Daseinsvorsorge. Deshalb sollte die Gewinnausschüttung von Krankenhäusern an Anteilseigner gesetzlich reguliert werden.

Damit die finanziellen Ressourcen in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem auch tatsächlich zur Versorgung von Patientinnen und Patienten eingesetzt werden, muss



dafür Sorge getragen werden, dass jede zweckfremde Verwendung unterbunden wird. Dies gilt insbesondere für die Finanzierung von Investitionen der Krankenhäuser aus den Erlösen der Patientenbehandlung. Gleichzeitig müssen die Länder ihren Verpflichtungen zur Investitionskostenfinanzierung vollumfänglich nachkommen, zumal in den Landeshaushalten gute finanzielle Lagen vorliegen und Spielräume für angemessene Investitionen bestehen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Kooperation als Grundprinzip einer patientengerechten
 Gesundheitsversorgung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Susanne Johna, Dr. Henrik Herrmann, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 40) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 stellt fest: Der Versuch, mittels finanzieller Anreize und Elemente des Wettbewerbs zu einer besseren und effizienteren gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu gelangen, ist gescheitert. Immer mehr Steuerungsversuche führen zu immer mehr Fehlanreizen und in der Summe dazu, dass sich das Gesundheitssystem auch in Deutschland zunehmend am finanziellen Nutzen für die diversen Leistungserbringer anstatt am Patientennutzen orientiert. Sowohl Überversorgung (Mengenausweitung) als auch Unterversorgung bestimmter Patientengruppen sind die Folge. Das zentrale Wettbewerbsinstrument stellen die Diagnosis Related Groups (DRGs) dar. Um diese seit Jahren bekannte und beklagte Entwicklung zu ändern, fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018 u. a. durch die Abschaffung des DRG-Systems einen Paradigmenwechsel.

Konkurrenzdenken und Wettbewerb werden im Gesundheitswesen durch einen sektorenübergreifenden kooperativen Ansatz ersetzt, der sich am Nutzen für die Bevölkerung orientiert (value based Healthcare). Die ärztliche Indikationsstellung wird von störender Beeinflussung durch finanzielle Zwänge und Interessen befreit, um eine Patientenzentrierung der Versorgung zu erleichtern. Konservative Therapieansätze (Choosing wisely) werden gestärkt.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Krankenhausfinanzierung in den Bundesländern endlich gesetzeskonform durchführen, um die Sicherheit der Patienten zu steigern

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von PD Dr. Andreas Scholz, BMedSci Frank Seibert-Alves, Dr. Susanne Johna, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert und Dipl.-Med. Sabine Ermer (Drucksache Ic - 46) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Seit einigen Jahren haben sich die Bundesländer immer stärker aus der Krankenhausfinanzierung zurückgezogen. Dadurch entsteht für die einzelnen Krankenhäuser eine immer gravierender werdende Lücke in der Finanzierung der baulichen Maßnahmen und Einrichtungen.

So übernehmen die Bundesländer nur noch knapp die Hälfte der Investitionskosten, für die sie laut Gesetz zuständig wären. Diese Unterfinanzierung führt dazu, dass Krankenhäuser einen Teil der notwendigen Investitionen selbst bezahlen müssen, um unter anderem den Folgen des Fortschritts in der Medizin und dem Renovierungsbedarf durch Hygienevorschriften zu entsprechen. Dies aus den Mitteln, die eigentlich für die Behandlung von Patientinnen und Patienten gedacht sind. Krankenkassen errechneten vor drei Jahren schon ein jährliches Defizit von mehr als drei Milliarden Euro, welches sich über die Jahrzehnte zu einem immer größeren Problem für den laufenden Betrieb eines Krankenhauses entwickelt hat und auch ein Krankenhaussterben in der Fläche befördert. Des Weiteren führt diese Mittelmängelverwaltung nicht nur zu schlechter und ungenügender ärztlicher und pflegerischer Ausstattung in den Krankenhäusern. Auch die Sicherheit und die medizinisch und pflegerisch notwendige Versorgung der Patientinnen und Patienten leidet deutlich darunter, wie schon viele Berichte in den Medien in den letzten Jahren gezeigt haben, und dies nicht nur in Krisensituationen während einer Grippewelle.

Da auf Bundesebene zumindest erkannt wurde, dass eine Verbesserung für Patienten und Pflege dringend erforderlich ist, fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018 alle Bundesländer auf, diesen gesetzeswidrigen Zustand zu beenden und eine adäquate Krankenhausfinanzierung umgehend zur Verfügung zu stellen!

Außerdem fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018 von allen Bundesländern eine schriftliche Stellungnahme zu der Frage, wie das jeweilige Bundesland diese Lücke umgehend zur Verbesserung der Patientensicherheit schließen will. Antworten und auch



Schweigen auf diese Anfrage sollen in geeigneter Weise nicht nur dem Klinikpersonal, sondern auch der Öffentlichkeit und damit den potenziellen Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt werden.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Kulturelle und sprachliche Vielfalt im Krankenhaus als Bereicherung begreifen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Rudolf Henke, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 41) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Klinikträger auf, in den Krankenhäusern systematisch und kontinuierlich Schulungen zur Stärkung der interkulturellen Kompetenz aller ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchzuführen und betriebliche Integrationsprogramme zu entwickeln.

Die Zahl der Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse ist in den vergangenen sechs Jahren seit Inkrafttreten des Anerkennungsgesetzes aufgrund des Fachkräftemangels in Deutschland kontinuierlich gestiegen. Jedes Jahr werden mehrere Tausend Ärztinnen und Ärzte, die dieses Verfahren erfolgreich durchlaufen haben, in deutschen Krankenhäusern tätig.

Um einen wertschätzenden Umgang in dieser zunehmend international zusammengesetzten Belegschaft zu fördern, Missverständnissen vorzubeugen sowie qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen und zu binden, sind die Krankenhäuser als Arbeitgeber gefordert, Schulungen zur Förderung der interkulturellen Kompetenz kostenfrei anzubieten. Ebenso ist die interkulturelle Kompetenz zur Versorgung von Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturkreisen von hoher Bedeutung. Zusätzlich sind spezielle Unterstützungsangebote für zugewanderte Ärzte bereitzustellen, um etwaigen Herausforderungen vor allem zu Beginn der Tätigkeit in Deutschland gezielt begegnen zu können.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Förderung eines Mentalitäts- und Kulturwechsels

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christiane Groß M.A. und Dr. Pedram Emami MBA (Drucksache Ic - 55) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Zur Förderung eines Mentalitäts- und Kulturwechsels im Krankenhaus und auch zur Vorbereitung auf eine Selbstständigkeit in der ambulanten Versorgung

- müssen bereits im Medizinstudium qualifizierte Basiskenntnisse in Ökonomie, Ethik, Management, Recht und Führungskompetenzen gelehrt, während der ärztlichen Weiterbildung diese Kenntnisse vertieft und
- bei der Besetzung von ärztlichen Leitungspositionen im Krankenhaus neben der jeweiligen beruflichen klinischen und wissenschaftlichen Kernkompetenz eben diese Kompetenzen gleichermaßen berücksichtigt werden.

Begründung:

Eine Diskussion darüber, wie der Arztberuf im Spannungsfeld zwischen sozialer Verantwortung, persönlichen Lebenszielen und wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen gestaltet werden kann, ist seit Langem überfällig. Eine Schlüsselrolle kommt dabei nach Auffassung der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) den Führungspersönlichkeiten zu.

Durch neue Führungs- und Teamstrukturen muss es möglich werden, Hierarchien im Krankenhaus abzubauen und kontinuierlich daran zu arbeiten, eine bessere Arbeitskultur zu schaffen, die sich an den Bedürfnissen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientiert.

Diese neue Schwerpunktsetzung spiegelt sich auch in der "Rolle des Arztes als Führungsperson" im Nationalen Kompetenzorientierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) wider. Da die Rolle der Ärztin und des Arztes ab dem ersten Tag der Weiterbildung die Anleitung von Studierenden und Kolleginnen sowie Kollegen im interprofessionellen Kontext beinhaltet, gehören die Grundlagen von richtiger Führung bereits in die Curricula der 38 medizinischen Fakultäten.

Des Weiteren profitieren auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte von diesen



Basiskompetenzen, die sich nach Abschluss ihrer Weiterbildung für eine Tätigkeit in einer eigenen Praxis oder in anderen Bereichen (Controlling, Unternehmensberatung usw.) entscheiden; sie verringern die mit einer solchen Entscheidung verbundene Unsicherheit.



121. Deutscher Ärztetag

Erfurt, 08.05. - 11.05.2018

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Ic - 11 Stärkung der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Stärkung der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 11) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert nachdrücklich Bund, Länder und Kommunen als Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) auf, den veränderten und erweiterten Rahmenbedingungen und Aufgabenprofilen Rechnung zu tragen, indem für eine adäquate finanzielle und personelle Ausstattung gesorgt wird.

Die von einigen Bundesländern ergriffenen Initiativen, Landesämtern und Gesundheitsämtern über die regulären Stellenpläne hinaus Weiterbildungsstellen für Ärztinnen und Ärzte vorzuhalten bzw. Stellenpläne zu verbessern, sind zu begrüÙen, lösen aber ebenso wenig das Kernproblem wie Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenzen (GMK) zur Stärkung des ÖGD.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert daher,

- zu einer tariflich abgesicherten Angleichung der Vergütung der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD an die in den Kliniken üblichen arzt-spezifischen Tarifverträge des Marburger Bundes, vorrangig durch Einbezug in den Ärztetarifvertrag für kommunale Kliniken (TVÄ/VKA), zu kommen,
 - Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der ÖGD seine Aufgaben im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung gemäß Präventionsgesetz (PrävG) besser erfüllen kann und
 - eine stärkere Verbindung des ÖGD mit Wissenschaft und Forschung in die Wege zu leiten.
-



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Patientenrechte

Ic - 52 Juristische Anforderungen an die ärztliche Aufklärung patientengerecht umgestalten



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Juristische Anforderungen an die ärztliche Aufklärung patientengerecht umgestalten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 52) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV),

- dass die wissenschaftlich erwiesenen negativen Auswirkungen der aktuell risiko- und komplikationsbetonten Aufklärung vor medizinischen Behandlungen (Nocebo-Effekt) anerkannt und
 - die juristischen Anforderungen an die medizinische Aufklärung im Rahmen eines strukturierten Prozesses innerhalb der nächsten fünf Jahre diesen Erkenntnissen angepasst werden.
-



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Prävention / Gesundheitsförderung

- Ic - 09 Prädiktive Tests auf das Risiko für die Alzheimersche Krankheit nur mit Aufklärung und Beratung durch qualifizierte Ärzte
- Ic - 39 Gesundheitserziehung in den Schulen
- Ic - 130 Ernährung als Schulfach
- Ic - 14 Zucker- und süßungsmittelhaltige Lebensmittelzubereitungen verbindlich und verständlich deklarieren - zucker- und süßungsmittelhaltige Softdrinks besteuern!
- Ic - 37 Adipositasrisiko senken - Zuckerkonsum von Kindern und Jugendlichen durch geeignete gesetzgeberische Maßnahmen reduzieren
- Ic - 68 Kennzeichnungspflicht für Konsumprodukte
- Ic - 129 Lebensmittelkennzeichnung durch eine sogenannte Ampel
- Ic - 128 Zielgerichtete gesundheitsorientierte Prävention unter besonderer Berücksichtigung von Heranwachsenden mittels einer Zuckerabgabe auf Getränke und Fertigprodukte
- Ic - 81 Entwicklung eines nationalen Diabetesplans für Deutschland
- Ic - 72 Impfhindernisse beseitigen
- Ic - 125 Schulung von Führungskräften in Führungsethik
- Ic - 140 Maßnahmen zur Prävention des Nikotinabusus endlich umsetzen - Kinder und Jugendliche vor Suchtgefahren schützen



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Prädiktive Tests auf das Risiko für die Alzheimersche Krankheit nur mit
Aufklärung und Beratung durch qualifizierte Ärzte

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 09) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in Erfurt fordert, dass prädiktive Tests auf das Risiko für die Alzheimersche Krankheit (AK; auch Morbus Alzheimer, Alzheimer-Demenz oder Demenz vom Alzheimer-Typ) nicht ohne Aufklärung, Beratung und Begleitung durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte wahrgenommen werden, insbesondere um die notwendige Unterstützung bei der Ergebnisinterpretation sowie bei der Ableitung von Konsequenzen sicherzustellen.

Begründung:

Obwohl es keine primärpräventiven oder therapeutischen Konsequenzen gibt, wächst in der Bevölkerung der Wunsch, sich Tests für die AK zu unterziehen, auch wenn keine familiäre Belastung vorliegt oder keine objektiven kognitiven Beeinträchtigungen bestehen.

Die AK ist eine schwere neurodegenerative Erkrankung des Gehirns, die zu einer langsam fortschreitenden Zerstörung von Nervenzellen im Gehirn führt und den Informationsaustausch zwischen intakten Zellen behindert. Zum Krankheitsbild gehören Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, Sprachstörungen, Störungen des Denk- und Urteilsvermögens sowie Veränderungen der Persönlichkeit. Die jeweiligen Anforderungen an Betreuung, Pflege und ärztliche Behandlung sind sehr unterschiedlich. Denn an AK Erkrankte sind keine einheitliche Gruppe, sondern Individuen mit ganz unterschiedlichen Lebensläufen, Kompetenzen und Defiziten, die in unterschiedlichen sozialen und wirtschaftlichen Situationen leben. Trotz intensiver Forschung ist die AK derzeit nicht heilbar.

Nicht zuletzt die erheblichen Implikationen für die Lebensführung und -planung der Erkrankten, aber auch ihres Umfeldes, führen zu einer steigenden Nachfrage nach einer möglichst frühzeitigen Vorhersage des individuellen Risikos, an einer AK zu erkranken. Das zunehmende Interesse der Bevölkerung und den Umstand würdigend, dass in den letzten Jahren verschiedene Möglichkeiten der Diagnostik, u. a. durch Testanbieter im Internet



(Direct-To-Consumer Testing – DCT), beworben werden, hat die Bundesärztekammer die von ihrem Wissenschaftlichen Beirat erarbeitete "Stellungnahme zum Umgang mit prädiktiven Tests auf das Risiko für die Alzheimer Krankheit" (abrufbar über die Internetseite der Bundesärztekammer) veröffentlicht. Die Stellungnahme soll Ärztinnen und Ärzte sowie Interessierte sachlich und kompakt über die Validität und Aussagekraft prädiktiver Tests bezüglich des Risikos einer AK informieren.

Bei der Beratung von Personen, die solche Tests wünschen, müssen u. a. sowohl das Risiko, durch ein positives Testergebnis gesundheitlich Schaden zu nehmen, als auch das Recht auf Nichtwissen angesprochen werden. Gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission ist bei prädiktiven Gentests angesichts des noch vorhandenen großen Unsicherheitsfaktors und möglicher Konsequenzen für die weitere Lebensführung eine umfassende und gründliche ärztliche Aufklärung vor einer Einwilligung erforderlich. Mit Blick auf die weitreichenden ethischen, sozialen und nicht zuletzt differentialdiagnostischen Implikationen auch nichtgenetischer prädiktiver Tests auf AK ist entsprechend eine Aufklärung, Beratung und Begleitung durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zu fordern, analog den Vorgaben des GenDG.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Gesundheitserziehung in den Schulen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Rudolf Henke, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 39) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Die Bundesländer werden aufgefordert, im Schulunterricht Gesundheitserziehung in den Lehrplan aufzunehmen. Teil dieses Unterrichts soll ein regelmäßiges altersgerechtes Reanimationstraining sein.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Ernährung als Schulfach

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Sebastian Roy und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache Ic - 130) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesregierung und die Kultusministerkonferenz (KMK) auf, das Fach Ernährung im Curriculum für Schulen einzuführen. Die Ernährungsbildung muss schon bei den Kleinsten beginnen, um nachhaltige Erfolge zu erzielen, sie dient auch als Gesundheitsprävention.

Begründung:

Die Anzahl chronischer Erkrankungen wie Schlaganfälle, Herzerkrankungen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen und Krebs nehmen zu. Verschiedene Studien medizinischer Fachgesellschaften zeigen, dass diese Erkrankungen häufig auf ungesunde Ernährung und Suchtmittel zurückzuführen sind. In Deutschland sind immer mehr Kinder übergewichtig, einige sogar adipös, also fettleibig - ihnen drohen Krankheiten wie Diabetes, Gelenkprobleme, Bluthochdruck und Herzerkrankungen. Im Vergleich zu den 80er- und 90er-Jahren ist der Anteil übergewichtiger Kinder um 50 Prozent gestiegen. Was gehört zu einer gesunden und ausgewogenen Ernährung dazu und wie verarbeitet man Obst, Gemüse und Co. zu leckeren Gerichten? Diese Fragen sollen jetzt in der Schule beantwortet werden. Letztes Jahr schon forderte Christian Schmidt, ehemaliger Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft, dass das Thema Ernährung als eigenständiges Unterrichtsfach eingeführt werden soll. Gesunde Ernährung beginnt also bereits bei den Jüngsten. Informatik als Anforderung an unsere moderne Welt wird in der Schule gelehrt. Gesunde Ernährung in unserer modernen Welt als Schulfach gehört ebenso dazu.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Zucker- und süßungsmittelhaltige Lebensmittelzubereitungen verbindlich und verständlich deklarieren - zucker- und süßungsmittelhaltige Softdrinks besteuern!

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von PD Dr. Birgit Wulff und Christine Neumann-Grutzeck (Drucksache Ic - 14) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert aus Sorge um die zunehmenden gesundheitlichen Belastungen der Bevölkerung durch übermäßigen Zuckerkonsum die Bundesregierung auf, ein gut verständliches Kennzeichnungssystem auf Lebensmittelverpackungen in Umsetzung der EU-Lebensmittel-Informationsverordnung (LMIV) zu schaffen.

Insbesondere stark zuckerhaltige Softdrinks sollen wie in anderen Mitgliedstaaten besteuert werden, um die tägliche Zuckeraufnahme in der Bevölkerung zu reduzieren und die Industrie zu einer Reduktion des Zuckergehalts in Softdrinks zu veranlassen.

Begründung:

Bereits seit 2014 gilt in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) die Lebensmittel-Informationsverordnung. Sie verpflichtet auf einheitlicher Grundlage u. a. zur Nährwertinformation über sechs Nährstoffe, darunter Zucker bzw. Kohlenhydrate auf der Lebensmittelverpackung.

Die Lebensmittelwirtschaft in der Bundesrepublik Deutschland hat sich mit der Begründung, dass in einer ausgewogenen Ernährung jedes Lebensmittel seinen Platz habe, gegen die sogenannte Ampelkennzeichnung in Deutschland ausgesprochen.

Tatsächlich gibt es bisher keine für die meisten Konsumentinnen und Konsumenten einfach verständliche Deklaration, z. B. bei Zucker und Süßungsmitteln, die aber aus gesundheitlichen Gründen und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung dringend erforderlich wäre.

Der Konsum stark gesüßter Softdrinks spielt eine zunehmende Rolle bei der Entwicklung des metabolischen Syndroms mit Adipositas und Diabetes mellitus in den industrialisierten



Ländern.

Einige europäische Mitgliedstaaten wie Frankreich, Belgien und Ungarn und seit Beginn dieses Jahres auch Großbritannien besteuern bereits erfolgreich übermäßig gesüßte Softdrinks. Diese werden dadurch teurer und in der Folge weniger gekauft. Darüber hinaus hat eine solche Maßnahme die Lebensmittelindustrie der jeweiligen Länder bereits zu einer Reduktion der Zuckerzusätze veranlasst. So hat in Großbritannien die Hälfte der Softdrinkhersteller den Zuckergehalt in Softdrinks seit Einführung der Steuer (ab 5 g Zucker/100 ml) bereits um die Hälfte reduziert.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Adipositasrisiko senken - Zuckerkonsum von Kindern und Jugendlichen durch geeignete gesetzgeberische Maßnahmen reduzieren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Max Kaplan, Dr. Ellen Lundershausen und Dr. Sebastian Roy (Drucksache Ic - 37) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 stellt mit Besorgnis fest, dass weiterhin 15,4 Prozent der Kinder übergewichtig und allein 5,9 Prozent adipös sind (Daten KiGGS-Welle 2). Er fordert daher die Bundesregierung auf, geeignete gesetzgeberische Maßnahmen der Besteuerung und Lebensmittelkennzeichnung zu ergreifen, um den Verzehr ungesunder Lebensmittel, insbesondere durch Kinder und Jugendliche, zu reduzieren.

Begründung:

Die aktuellen Daten der zweiten Welle des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (RKI) zeigen auf der Grundlage von Untersuchungen an 1.799 Mädchen und 1.762 Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren einen unverändert hohen Anteil von 15,4 Prozent übergewichtigen Kindern (> 90 Perzentil), während bei 5,9 Prozent bereits eine Adipositas vorliegt (> 97 Perzentil).

Laut Ernährungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche sollte die Energieaufnahme über gesüÙte Lebensmittel nicht mehr als zehn Prozent der täglich aufgenommenen Gesamtenergie betragen. Hingegen zeigen die Ergebnisse des Ernährungsmoduls der KiGGS-Studie (EsKiMo-Studie), dass diese Empfehlungen von fast 90 Prozent dieser Altersgruppen überschritten werden; 35 Prozent der Jungen und 26 Prozent der Mädchen im Alter zwischen sechs und elf Jahren nehmen allein mehr als das Dreifache aus diesen Lebensmitteln auf.

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) kann eine 20-prozentige Preiserhöhung auf zuckerhaltige Getränke zu einer 20-prozentigen Konsumreduktion führen. In Mexiko führte die Erhebung einer Zuckersteuer von fünf Cent pro Liter zuckergesüÙter Getränke 2014 zu einer sechsprozentigen Konsumreduktion.

Bereits die Ankündigung einer gestuften Zuckersteuer hat in Großbritannien zu einer Reduktion des Zuckergehalts in den Rezepturen verschiedener Softdrink-Hersteller geführt.



Am wirksamsten ist die Kombination unterschiedlicher konsumbezogener Maßnahmen in einem Policy Mix.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Kennzeichnungspflicht für Konsumprodukte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Klaus-Peter Spies und Ralph Drochner (Drucksache Ic - 68) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 begrüÙt den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz, der Anfang 2018 beschlossen wurde. Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesregierung auf, die Kennzeichnungspflicht für Konsumprodukte - besonders für Lebens-, Genuss- und Nahrungsergänzungsmittel - zeitnah einzuführen, wie es in diesem nationalen Aktionsplan vorgeschlagen wurde.

Begründung:

Anfang 2018 wurde der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz unter der Schirmherrschaft des letzten Bundesgesundheitsministers, Hermann Gröhe, beschlossen. Erfreulicherweise wurde die von früheren Ärztetagen mehrfach geforderte Kennzeichnungspflicht aufgenommen: Es wird nun gefordert, Konsumprodukte - besonders Lebens-, Genuss- und Nahrungsergänzungsmittel - klar und verständlich zu kennzeichnen, z. B. durch eine für Lebensmittelhersteller verbindlich einzuführende Lebensmittelampel. Die Bundesernährungsministerin hat sich dennoch im März 2018 gegen die Einführung einer farblichen Kennzeichnung des Nährstoffgehaltes auf Lebensmitteletiketten im Ampelformat ausgesprochen. Eine Studie der Universität Göttingen ergab, dass eine Ampelkennzeichnung von Nährwerten wie Fett, Zucker oder Salz Verbraucherinnen und Verbrauchern in vielen Fällen dabei helfen könnte, gesünder einzukaufen. "In der Mehrheit der Fälle möchten die Menschen aber keine aufwändigen Vergleiche anstellen oder gar kopfrechnen. Es gibt nicht die perfekte Kennzeichnung, aber Ampelkennzeichen erleichtern die Informationsverarbeitung und sind daher in vielen Einkaufssituationen das wahrscheinlich am besten geeignete Format", sagte ein Studienleiter in einer Presseinformation.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Lebensmittelkennzeichnung durch eine sogenannte Ampel

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Sebastian Roy und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache Ic - 129) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesregierung auf, eine sogenannte Ampel (Lebensmittelkennzeichnung) auf Lebensmittelverpackungen einzuführen. Nährwertangaben müssen klar und verständlich sein - und zwar auf einen Blick. Eine Ampelkennzeichnung auf Lebensmittelverpackungen kann für jeden leicht und verständlich den Gehalt an gesundheitsrelevanten Nährstoffen signalisieren, wie z. B. an Fetten, gesättigten Fettsäuren oder Zucker.

Begründung:

Verbraucherinnen und Verbrauchern ist es im Supermarkt nur sehr schwer möglich, auf den ersten Blick den Zucker- oder Fettgehalt von Produkten zu vergleichen. Die EU-weit gesetzlich vorgeschriebenen Nährwertangaben reichen nicht aus, um informierte Kaufentscheidungen zu treffen. Die Nährwerttabellen mit Angaben zu Fett, Salz oder Kohlenhydraten finden sich in der Regel versteckt im Kleingedruckten auf der Rückseite der Verpackung. Auf der Verpackungsvorderseite dagegen stehen, werblich hervorgehoben, verwirrende Prozentangaben und irreführende Portionsgrößen, um selbst die größte Zuckerbombe wie eine ausgewogene Zwischenmahlzeit wirken zu lassen. Irreführende Nährwertangaben tragen damit ihren Teil dazu bei, dass Fehlernährung weit verbreitet ist - und mehr als die Hälfte der Erwachsenen sowie etwa jedes fünfte Schulkind in der EU übergewichtig oder sogar fettleibig sind. Im Koalitionsvertrag von Union und SPD soll eine "verständliche und vergleichbare Lebensmittelkennzeichnung" erarbeitet werden. Wie dies im Detail aussieht und wann diese kommen soll, wird in dem Papier nicht gesagt.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Zielgerichtete gesundheitsorientierte Prävention unter besonderer Berücksichtigung von Heranwachsenden mittels einer Zuckerabgabe auf Getränke und Fertigprodukte

EntschlieÙung

Auf Antrag von PD Dr. Andreas Scholz, Yvonne Jäger, BMedSci Frank Seibert-Alves und Dr. Dr. Hans-Dieter Rudolph (Drucksache Ic - 128) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesregierung auf, eine Zuckerabgabe auf den in Getränken und Fertigprodukten relativ enthaltenen Zuckergehalt zu erheben, um eine zielgerichtete gesundheitsorientierte Prävention zu bewirken. Diese Abgabe soll zu einer Reduktion des Zuckergehaltes der Produkte auf der Anbieterseite und auf der Konsumentenseite zu einer Reduktion übermäßigen Zuckerkonsums führen, der von Getränken und Fertigprodukten herrührt. Dies würde nach aktuellem medizinischen Wissen langfristig zu einem Rückgang der Folgen chronischer Erkrankungen führen. Konsequenterweise würde dies dann zu einer Nutzung von frei werdenden Mitteln im Gesundheitswesen führen.

Begründung:

Unzählige klinische Studien, wie auch die Verteilung von Übergewicht in der deutschen Bevölkerung, zeigen die Folgen des übermäßigen Zuckerkonsums und die Folgen für viele chronische Erkrankungen. Diese indirekten Folgen des übermäßigen Zuckerkonsums ziehen im Gesundheitssystem einen erheblichen personellen Aufwand und Kosten nach sich, nebst der Verkürzung der Lebenserwartung der betroffenen Patientinnen und Patienten. Wie sich in Großbritannien mit der Einführung einer Zuckerabgabe auf Softdrinks gezeigt hat, sind dort im Vorfeld viele Hersteller von Softdrinks zu einer Reduktion der Zuckermenge in ihren Getränken übergegangen. Offenkundig hatten

Informationskampagnen oder direkte Ansprachen im Rahmen von Edukationsprogrammen an die potenziell Betroffenen in Großbritannien bisher nicht zu einer vergleichbaren Veränderung geführt.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Entwicklung eines nationalen Diabetesplans für Deutschland

EntschlieÙung

Auf Antrag von Ute Taube und Prof. Dr. Antje Bergmann (Drucksache Ic - 81) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 unterstützt die Forderung nach einem nationalen Diabetesplan für Deutschland, wie er bereits in vielen europäischen Ländern vorliegt, mit den folgenden fünf Handlungsfeldern:

1. Primärprävention
2. Sekundärprävention/Früherkennung
3. Diabetesmanagement/Strukturverträge/Versorgungsforschung
4. Epidemiologie
5. Schulung, Empowerment, Rehabilitation

Begründung:

Ziel eines nationalen Diabetesplans ist es, eine systematische Strategie für die Verbesserung von Prävention, Therapie und Forschung zu Diabetes zu entwickeln, bei gleichzeitiger Steigerung der Effizienz in der Mittelverwendung. Nur eine umfassende bundesweite Strategie bildet eine adäquate Reaktion auf die immer weiter ansteigende Prävalenz des Diabetes, die immer noch zu hohe Dunkelziffer an nicht diagnostizierten Fällen, die notwendigen Verbesserungen an den Schnittstellen der Versorgungsstrukturen sowie die steigenden Behandlungskosten.

Bereits 2014 hat der Bundesrat der Bundesregierung empfohlen, einen nationalen Diabetesplan auf den Weg zu bringen. Das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz (PrävG), dessen Umsetzung sich auf Länderebene teils als äußerst schwierig gestaltet, kann einen nationalen Diabetesplan nicht ersetzen. Unter dem Dach eines solchen Gesetzes sind per se die Optimierung der Versorgung, der Versorgungsstrukturen und der Versorgungsforschung nicht vorgesehen.

Analog zur klinischen Krebsregistrierung ist ein nationales Diabetesregister mit regionalen Knoten zu fordern, um die Versorgungsqualität unter Alltagsbedingungen valide überprüfen, optimieren und standardisieren zu können. Primäre Präventionsmaßnahmen



müssen besser koordiniert und flächendeckend umgesetzt werden. Früherkennungsmaßnahmen fehlen weitgehend. Die diabetologische Versorgung an den Schnittstellen zwischen hausärztlicher, fachärztlicher, stationärer und rehabilitativer Versorgung sollte auf der Basis eines Kriterienkatalogs erfolgen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Impfhindernisse beseitigen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Albring, Wieland Dietrich, Dr. Klaus König, Prof. Dr. Dr. dent. Christof Hofele und Dr. Ivo Grebe (Drucksache Ic - 72) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesärztekammer auf, sich intensiv für die Abschaffung von Impfhindernissen wie fachfremdes Impfen, Impfstoffe auf Einzelrezept etc. einzusetzen.

Das wird die Impfraten erhöhen und das Gesundheitswesen effektiver gestalten, ohne eine Kostenerhöhung zu bewirken.

Das Impfrecht muss Ärztinnen und Ärzten vorbehalten bleiben, die nach § 1 Abs. 2 der Berufsordnung die Aufgabe haben, die Gesundheit zu schützen.

Begründung:

Die Durchimpfung der Bevölkerung muss verbessert werden. Dafür müssen ärztlicherseits alle Anstrengungen übernommen werden.

Der Bundesverband Deutscher Apothekenkooperationen (BVDK) fordert schon das Impfrecht für Apothekerinnen und Apotheker. Angeblich haben sich über 70 Prozent der Mitglieder für das Impfrecht in Apotheken ausgesprochen.

Bis heute ist es jedoch juristisch nicht einmal denkbar, dass geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) ohne ärztliche Anwesenheit in der Praxis allein Impfungen verabreichen dürfen. Anaphylaxie, Synkope, Lokalreaktionen sowie Angstreaktionen müssen adäquat beherrscht werden.

Zu den ärztlichen Impfleistungen gehören überdies Anamnese, Impfanamnese, Ausschluss von Kontraindikationen, Ausschluss akuter Erkrankungen, Aufklärung zur Impfung, Impfung, Dokumentation der Impfung.

Die Aufklärung muss folgende Inhalte erfüllen: Informationen über die zu verhütende



Krankheit, Nutzen der Impfung, Beginn und Dauer des Impfschutzes, Verhalten nach der Impfung, mögliche Nebenwirkungen, Impfkomplicationen, Notwendigkeit und Termin von Folge-/Auffrischimpfungen. Bei den fettgedruckten Themen ist nur die Ärztin oder der Arzt in der Lage, sie den Anforderungen entsprechend zu erfüllen. Auch die Kenntnisse über Impfungen bei den unterschiedlichen Formen von Autoimmunerkrankungen, bei Einsatz immunsupprimierender Therapien, bei Schwangeren, bei chronisch Erkrankten u. a. m. setzen eine intensive Aus- und Weiterbildung voraus.

Sie sind in der bisherigen Apothekerausbildung nicht enthalten und wären in einer Schnellausbildung in Form geplanter Tagesseminare nicht so intensiv zu vermitteln, dass sie ausreichen oder gar späteren juristischen Auseinandersetzungen standhalten. Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) und das Patientenrechtegesetz (PatRG) müssten geändert werden.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Schulung von Führungskräften in Führungsethik

Entschließung

Auf Antrag von Klaus Schäfer, Marion Charlotte Renneberg und Uwe Lange (Drucksache Ic - 125) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende Entschließung:

Angesichts der wachsenden Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen infolge psychischer Probleme, oft bedingt durch das Arbeitsumfeld, regt der 121. Deutsche Ärztetag 2018 an, dass Krankenkassen Projekte zur Schulung von Führungskräften erarbeiten und anbieten.

Dies ist erforderlich im Sinne von Primärprävention, um Therapienotwendigkeiten zu verhindern.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Maßnahmen zur Prävention des Nikotinabusus endlich umsetzen - Kinder und Jugendliche vor Suchtgefahren schützen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Lars Bodammer, Anne Kandler, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Christian Piper und Dr. Dr. Hans-Dieter Rudolph (Drucksache Ic - 140) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Die Bundesregierung wird aufgefordert, die bereits seit langem geplanten Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor dem Tabakkonsum endlich umzusetzen.

Hierzu zählen:

- Verbot der Tabakaußenwerbung - dies muss endlich auch in Deutschland als letztes Land in der Europäischen Union (EU) umgesetzt werden.
- Nikotinabusus als Erkrankung in allen Bereichen anerkennen.
- Änderung des § 34 SGB V mit dem Ziel, dass Mittel zur Tabakentwöhnung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen werden.

Begründung:

In verschiedenen Studien zeigen sich deutlich sozioökonomische Zusammenhänge zwischen Nikotinabusus und sozialer Herkunft. Deutschland ist im europäischen Vergleich Schlusslicht bezüglich der Maßnahmen zum Nichtrauchererschutz und der Prävention des Nikotinabusus. Veranschaulicht wird dies durch das erneute Hinauszögern eines Gesetzentwurfes der letzten Legislaturperiode, welcher u. a. das Tabakaußenwerbeverbot zum Ziel hatte. Um Kinder und Jugendliche zu schützen, muss darüber hinaus der Nikotinabusus in allen Bereichen, auch im SGB V, als Erkrankung anerkannt und es damit Therapeutinnen und Therapeuten ermöglicht werden, Medikamente zur Unterstützung der Raucherentwöhnung zu verschreiben.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz

- Ic - 02 Neukonzeption der Reform der Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dringend erforderlich
- Ic - 74 Ablehnung der Fertigstellung der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes
- Ic - 03 Gesetzliche Legitimation des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie im Interesse der Versorgungsqualität für eine evidenzbasierte Psychotherapie unverzichtbar



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Neukonzeption der Reform der Ausbildung der Psychologischen
 Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
 dringend erforderlich

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 02) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, den im Sommer 2017 vorgelegten Arbeitsentwurf für ein Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (PsychThGAusbRefG) zurückzunehmen und stattdessen einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die Probleme bei der Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tatsächlich löst und der an der multidisziplinär vernetzten Versorgung im Interesse einer differenzierten psychotherapeutischen Versorgung festhält.

Begründung:

Die psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird durch Ärzte, Psychologen, Pädagogen bzw. Sozialpädagogen mit einer entsprechenden Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren sichergestellt. Diese multidisziplinär vernetzte Versorgung hat sich bewährt.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 sieht von daher mit großer Sorge, dass die derzeitigen Reformüberlegungen dazu führen könnten, dass voneinander getrennte Versorgungsbereiche entstehen bzw. die psychotherapeutische Versorgung aus der medizinisch-ärztlichen Versorgung ausgegliedert wird. Psychisch und psychosomatisch kranke Menschen profitieren von den spezifischen Kompetenzen und den Expertisen der verschiedenen Berufsgruppen; im Interesse der Patientinnen und Patienten darf es nicht zu einer Verdrängung der Ärzte aus der psychotherapeutischen Versorgung kommen.

Eine Reduktion der Berufsbezeichnung der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf "Psychotherapeut" weist der 121. Deutsche Ärztetag 2018 nachdrücklich zurück, da Ärztinnen und Ärzte ebenfalls psychotherapeutisch tätig sind und somit diese Bezeichnung nicht für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten reserviert werden



kann. Vielmehr sollten Patienten erkennen können, auf Basis welcher Grundqualifikation psychotherapeutische Verfahren angewandt werden.

Strikt abgelehnt wird ebenfalls die Einführung von Modellstudiengängen, in denen die Kompetenzen zur Feststellung, Verordnung und Überprüfung psychopharmakologischer Maßnahmen vermittelt werden sollen. Eine sichere Anwendung von Psychopharmaka ist nur auf der Grundlage eines Medizinstudiums möglich.

Der vom BMG vorgelegte Arbeitsentwurf für ein Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz verfehlt zudem die grundsätzliche Zielsetzung, die Qualifikationswege akademischer Heilberufe vergleichbar zu regeln. Ohne Aussagen zur Weiterbildung bleibt die Reform unvollständig.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Ablehnung der Fertigstellung der Novellierung des
 Psychotherapeutengesetzes

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christian Albring, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Christian Messer, Dr. Ivo Grebe und Dr. Heiner Heister (Drucksache Ic - 74) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 lehnt die geplante Fertigstellung der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) in der derzeit bekannten Form ab.

Begründung:

Das von der Bundesregierung initiierte Psychotherapeutengesetz bedroht das ärztliche Berufsbild und die ganzheitliche Versorgung unserer Patientinnen und Patienten. Bei allem Verständnis dafür, dass auch nichtärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen gesetzlich geregelten Ausbildungsgang benötigen, wird immer mehr sichtbar, dass die Intentionen der Bundesregierung weit darüber hinausgehen.

Vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird offensichtlich eine Analogie der Aus- und Weiterbildung des nichtärztlichen Psychotherapeuten zum Medizinstudium angestrebt. Es geht somit zusätzlich um Weiterbildung nach abgeschlossener Ausbildung, aber auch um die Einführung eines Parallelberufes zum Arzt. Dabei wird einfach nicht zur Kenntnis genommen, dass bereits heute alle psychotherapeutischen Verfahren Bestandteil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sind und auch in der Versorgungsrealität von Ärztinnen und Ärzten eingebracht werden.

Die Befürchtung, dass man psychische Erkrankungen im weitesten Sinne und die psychische Betreuung somatisch erkrankter Patienten vom Arztberuf abkoppeln will, ist real. In der angedachten Approbationsordnung heißt es nämlich, dass alle psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie alle Erkrankungen mit psychischen Faktoren mit vollumfänglichen sozialrechtlichen und sozialmedizinischen Kompetenzen beim zukünftigen nichtärztlichen Psychotherapeuten angesiedelt sind. Das Ganze soll noch durch die Verordnungskompetenz von Medikamenten komplettiert werden.

Offensichtlich hat das Bundesgesundheitsministerium die Absicht, die psychische



Betreuung des Patienten vom Arztberuf abzukoppeln und diesen auf die Somatik zu begrenzen. Konsequenzen wären das Ende der psychosomatischen Medizin in den Hausarzt- und Facharztpraxen und ein riesiger Mehrbedarf an zugelassenen nichtärztlichen Psychotherapeuten mit entsprechenden Mehrkosten im ambulanten System.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 hält demgegenüber am bisherigen Berufsbild des Arztes fest, der für psychische und somatische Beschwerden und Erkrankungen gleichermaßen weitergebildet und zuständig ist. Im Interesse der Qualität einer ganzheitlichen Versorgung unserer Patienten darf an diesem Prinzip nicht gerüttelt werden.

Wie bisher sollten psychologische Psychotherapeuten nach abgeschlossener Ausbildung ihre Leistungen im Rahmen der ärztlichen Versorgung einbringen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Gesetzliche Legitimation des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie im Interesse der Versorgungsqualität für eine evidenzbasierte Psychotherapie unverzichtbar

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 03) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in Erfurt fordert den Gesetzgeber auf, im Zuge der aktuellen Reform der Ausbildung der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) nach § 11 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) als ein von den drei Berufsgruppen, den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, paritätisch besetztes, von der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemeinsam getragenes Gremium beizubehalten und seiner Bedeutung entsprechend weiterhin in Zusammensetzung und Funktionen im Gesetz zu legitimieren.

Begründung:

Die Ausübung von Psychotherapie im Sinne des PsychThG von 1998 ist eine mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Diese Wissenschaftlichkeitsklausel betrifft sowohl die Ausübung von Psychotherapie als auch die Anerkennung von Ausbildungsstätten.

Der Begriff des "wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens" wird im PsychThG nicht definiert. Der Gesetzgeber hat sich seinerzeit gemäß der Gesetzesmaterialien bewusst einer näheren Konkretisierung enthalten, um Weiterentwicklungen in der Psychotherapie nicht auszuschließen (vgl. BT-Drs. 13/8035, S. 14 Nr. 9: "Der Gesetzentwurf definiert, was Ausübung von Psychotherapie im Sinne des Gesetzes ist. Er enthält keine Aufzählung der zulässigen psychotherapeutischen Verfahren. Weiterentwicklungen in diesem Bereich sollen nicht ausgeschlossen werden. Gerade im Rahmen der beruflichen Definition psychotherapeutischer Tätigkeiten ist es nicht angezeigt, Verfahren auszugrenzen. Ihre wissenschaftliche Anerkennung bleibt indes Voraussetzung für die anerkannte Ausübung von Psychotherapie, um zu verhindern, dass die Befugnis zur



Ausübung von Psychotherapie mißbraucht wird.").

Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Psychotherapie ist nur möglich, wenn ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiterhin gemeinsam Methoden entwickeln, um spezifische psychotherapeutische Interventionen, ihre Indikationen und ihre Effektivität wissenschaftlich zu bewerten, bevor diese in die Ausbildung integriert und in der Patientenbehandlung eingesetzt werden. In Anerkennung dieser gemeinsamen Verantwortung für die Psychotherapie hat der Gesetzgeber im PsychThG die Rechtsgrundlage für den von der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer gemeinsam gebildeten WBP geschaffen.

An diesem etablierten und breit akzeptierten Prozedere der wissenschaftlichen Beurteilung psychotherapeutischer Verfahren durch ein von den drei betroffenen Berufsgruppen paritätisch besetztes wissenschaftliches Gremium ist auch bei der Reform der Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unbedingt festzuhalten. Die Fortführung der Tätigkeiten des WBP in der bewährten Form ist dementsprechend im Entwurf für ein Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz zu regeln. Der Bedeutung des Gremiums entsprechend ist der WBP in seiner Zusammensetzung und seinen Funktionen im Gesetz selbst zu legitimieren.

Der Beirat trägt im Rahmen seiner wissenschaftlichen Stellungnahmen zu einer die Berufsgruppen übergreifenden Einheitlichkeit bei, sodass seine Arbeit für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gleichermaßen von Bedeutung ist. Damit kommt dem WBP nicht zuletzt auch eine wichtige Funktion in der Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Versorgung zu.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Qualitätssicherung / Patientensicherheit

- Ic - 08 Obduktionen als wesentliches Instrument klinischer Qualitätssicherung
- Ic - 93 Vereinfachung der "Vereinbarung zu klinischen Sektionen gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 3
KHEntgG (Obduktionsvereinbarung)"
- Ic - 53 Qualitätssicherung neu justieren
- Ic - 113 Vorgaben der Qualitätssicherung auf den Prüfstand bezüglich Patientennutzen stellen
- Ic - 78 Verbesserung der Qualität der Leichenschau



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Obduktionen als wesentliches Instrument klinischer Qualitätssicherung

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 08) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) auf, die zwischen ihnen geschlossene Vereinbarung zu klinischen Sektionen zu überarbeiten. Die vom Gesetzgeber gewünschte Förderung der Obduktion ist mit den dort niedergelegten Anforderungen an die Krankenhäuser nicht zu erreichen. Die Verhandlungspartner werden aufgefordert, neue und dabei realitätsnähere Rahmenbedingungen unter Einbeziehung von ärztlichem Sachverstand zu vereinbaren.

Begründung:

Die Obduktion ist eine wichtige Qualitätssicherungsmaßnahme in der Medizin. Ihre im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) ermöglichte Förderung durch Vergütungszuschläge ist zu begrüßen. Auch dass die Obduktionsvereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a KHEntgG vorsieht, die Anzahl der im Krankenhaus Verstorbenen und die Anzahl der Obduktionen künftig regelmäßig zu erfassen, bedeutet im Grundsatz einen Fortschritt, der zu mehr Transparenz im Obduktionsgeschehen beitragen kann.

Die Obduktionsvereinbarung führt jedoch mit der "indikationsbezogenen Mindestquote" einen neuen Terminus technicus ein, der keine unmittelbare Information über den Zielerreichungsgrad des einzelnen obduzierenden Krankenhauses liefert. Nur mit hohem Aufwand können Controlling-Abteilungen die Gesamtheit der Todesfälle bezogen auf die genannten Indikationen und damit den prozentualen Anteil der entsprechenden Obduktionen bestimmen.

Die restriktive Indikationsliste beeinträchtigt zudem das über den Tod der Patientin oder des Patienten hinausreichende Interesse der Ärztin oder des Arztes an der Ursachenklärung. Tatsächlich muss jede Obduktion mit den dadurch gewonnenen Erkenntnissen als Beitrag zur Qualitätssicherung (QS) angesehen werden, nicht nur "indikationsbezogene" Obduktionen. Für eine Einschränkung von Indikationen zur



Obduktion bedarf es mindestens einer engen fachlichen Abstimmung mit Pathologen, Intensivmedizinern, Rechtsmedizinern sowie weiteren an Obduktionen interessierten Fachrichtungen.

Die massive Einschränkung der notwendigen Nebendiagnosen ("indikationsbezogene Obduktionsrate") unterstellen den obduzierenden Klinikern eine Ausweitung der Indikation zur Obduktion aus finanziellen Interessen. Diese Unterstellung ist allein schon deshalb unberechtigt, da der Betrag von 750 Euro pro Obduktion längst nicht kostendeckend ist. So aber wird die Aufmerksamkeit obduzierender Ärztinnen und Ärzte auf eine Kodierung von Nebendiagnosen gelenkt, um wenigstens eine Teilkostenerstattung für die Obduktion zu erzielen, sowie auf eine entsprechende Kodierung der zu obduzierenden Todesfälle, um die vorgegebenen Raten zu erzielen. Dies lenkt ab vom Ziel der Qualitätssicherung und diskreditiert das genuine ärztliche Interesse an der Klärung offener Verlaufsfragen und der Ursachenermittlung bei Verfehlen des Behandlungserfolgs.

Ziel muss es sein, die Krankenhäuser mit realistischen Vorgaben an festzulegende und anzustrebende allgemeine Obduktionsquoten heranzuführen. Hierzu sollten auch krankenhausespezifische Fördermöglichkeiten vorgesehen werden.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Vereinfachung der "Vereinbarung zu klinischen Sektionen gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG (Obduktionsvereinbarung)"

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Rainer Kobes und Dipl.-Med. Sabine Ermer (Drucksache Ic - 93) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Vertragsparteien der "Vereinbarung zu klinischen Sektionen gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) (Obduktionsvereinbarung)" auf, Selbige zu vereinfachen. In der aktuellen Form ist die Vereinbarung unnötig kompliziert und fördert nicht das Qualitätssicherungsinstrument Obduktion. Im Gegenteil wird ein Teil der ärztlichen Ressource mit in diesem Fall völlig unsinniger Kodierungstätigkeit gebunden.

Der Zuschlag auf die Diagnosis Related Group (DRG) in Höhe von 750 Euro sollte bei jeder durchgeführten Obduktion erteilt werden, und ab Erreichen einer realistischen Obduktionsquote von zehn Prozent sollte das Krankenhaus für jede weitere Obduktion einen Zuschlag von 1.200 Euro erhalten. Die Frist für die abschließende Berichterstellung muss auf realisierbare vier Wochen erhöht werden.

Begründung:

Die Obduktion ist die älteste und unverändert wichtige Qualitätssicherungsmaßnahme der Medizin. Das Ziel der Vereinbarung, die Obduktionsrate zu erhöhen, damit Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus aus den hieraus gewonnenen Erkenntnissen kontinuierlich lernen können, ist sinnvoll und längst überfällig. In den neuen Bundesländern lag die Obduktionsrate vor der Wende bei ca. 30 bis 40 Prozent, in den alten Bundesländern bei ca. zehn Prozent. Mittlerweile ist sie bundesweit auf ein bis drei Prozent abgefallen, selbst in den IQM-Kliniken liegt die Quote nur noch bei 3,5 Prozent. Somit geht die klinische Sektion als wesentliche Methode der ärztlichen Aus- und Weiterbildung und der Qualitätssicherung (QS) allmählich verloren. Hiermit verbunden ist auch die zunehmend mangelnde Verfügbarkeit der entsprechenden Strukturen und des Fachpersonals.

Die Obduktionsvereinbarung ist daher zweifellos notwendig. Folgende Inhalte sollten allerdings überarbeitet werden:



Gemäß § 2 der Vereinbarung ist die Auszahlung des Zuschlages an das Krankenhaus vom Erreichen einer "indikationsbezogenen Obduktionsrate" abhängig. Diese liegt 2018 bei zehn Prozent und ab 2019 bei 12,5 Prozent.

- Für die Ermittlung der krankenhausesbezogenen Rate wird die Anzahl der Obduktionen stationärer Todesfälle des Krankenhauses festgestellt, die die Kriterien der Anlage 1 der Vereinbarung erfüllen. Die Liste ist nicht nur fachlich durchaus zu diskutieren, sondern jegliche Einschränkung auf bestimmte Diagnosen bindet ärztliche Ressource für Kodiertätigkeiten, was in diesem Falle völlig unsinnig ist. Für ein möglichst bürokratiearmes Verfahren sollte auf diese Diagnoseliste ganz verzichtet und der Zuschlag von 750 Euro als Anreiz für jede Obduktion gezahlt werden.
- Die Zuschlagshöhe von 750 Euro reicht nicht aus, um die durchschnittlichen Kosten einer Obduktion zu decken. Unter den aktuellen Bedingungen aggressiver Medikation und Intensivtherapie sind teilweise kostenintensive Zusatzuntersuchungen (histologisch, immunologisch, bakteriologisch, toxikologisch u.v.m.) notwendig. Bei Erreichen einer Obduktionsrate von zehn Prozent sollte daher ein Zuschlag von 1.200 Euro erteilt werden. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wurde mit der Kalkulation der Kosten beauftragt, die tatsächlichen Kosten können also mittelfristig neu festgelegt werden.
- Gemäß § 3 Abs. 6 der Vereinbarung muss die Berichterstellung (einschließlich histologischer Befunde) innerhalb von zwei Wochen nach der Obduktion abgeschlossen sein. Gerade vor dem Hintergrund der oben genannten Zusatzuntersuchungen ist dieser Zeitraum unrealistisch.

In der vorliegenden Form der Obduktionsvereinbarung wird die Absicht des Gesetzgebers, die Obduktionen als Qualitätssicherungsmaßnahme zu fördern, konterkariert. Dies gilt es mit einer Neuvereinbarung zu verhindern, wobei das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hier um seine Unterstützung gebeten werden sollte, da erheblicher Widerstand der Krankenkassen zu erwarten ist.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Qualitätssicherung neu justieren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Heidrun Gitter, Dr. Susanne Johna, Dr. Henrik Herrmann, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Hans Albert Gehle (Drucksache Ic - 53) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert vom Gesetzgeber eine Neujustierung der Qualitätssicherung.

In den letzten Jahren ist es aufgrund der zunehmenden Anforderungen der externen Qualitätssicherung (QS) zu einer Verlagerung von ärztlichen und pflegerischen Zeitressourcen aus der Patientenversorgung hin zur Dokumentation gekommen. Zusätzlich gerät das sinnvolle interne Qualitätsmanagement zunehmend in den Hintergrund. Es fehlt jedoch jedweder Beleg, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die externe Qualitätssicherung verbessert wird.

Der vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) häufig verwendete und gut klingende Begriff der Patientenzentrierung wird durch die derzeitig im Wesentlichen auf Indikatoren basierende Qualitätsmessung gerade nicht erreicht.

Patientinnen und Patienten sind viel mehr interessiert an Strukturvoraussetzungen (z. B. Menge und Qualifikation des Personals) und Prozessindikatoren (z. B. Information, Zuwendung, Ablaufkoordination) als an einer Qualitätskontrolle aus der Ex-post-Perspektive.

Die zusätzliche Verknüpfung der Indikatoren, die eigentlich nur als Monitoring-Instrumente geeignet sind, mit direkten Handlungskonsequenzen (planungsrelevante Qualitätsindikatoren) wirft die Frage der Validität der einzelnen Indikatoren erneut auf.

Die Auflage einer Erfassung bei 100 Prozent der stationären Fälle in der externen Qualitätssicherung (150 Euro Abschlag pro fehlendem Fall) zeigt endgültig die Abwendung von einem Qualitätsverbesserungsansatz hin zu einer reinen Kontrollfunktion.

Weitere ärztliche Arbeitszeit fließt durch MDK-Prüfungen, beispielsweise im Bereich der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, zusätzlich in diesen Prozess.



In Zeiten des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018 vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) somit:

- eine Nutzenbewertung der externen Qualitätssicherung,
- die überbordende externe Qualitätssicherung und den damit zwangsläufig verbundenen personellen Zeitaufwand zu reduzieren, damit diese Zeit wieder der Patientenversorgung zur Verfügung steht,
- stattdessen Ressourcen vermehrt in die Sicherung und Verbesserung von Struktur- und Prozessqualität und die hierauf bezogene Forschung zu lenken.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Vorgaben der Qualitätssicherung auf den Prüfstand bezüglich Patientennutzen stellen

EntschlieÙung

Auf Antrag von SR Dr. Eckart Rolshoven, Dr. Hella Frobin-Klein, SR Dr. Josef Mischo, Markus Hardt und Dr. Dirk Jesinghaus (Drucksache Ic - 113) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, Vorgaben zur Qualitätssicherung (QS) nur dann verpflichtend vorzuschreiben, wenn diese eine tatsächliche Verbesserung in der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten bewirken.

Begründung:

Zunehmend werden die Verantwortlichen in Klinik und Praxis mit Vorgaben zur Qualitätssicherung konfrontiert, deren Nutzen für die Patientenversorgung fraglich ist und die in zum Teil erheblichem Umfang ärztliche und pflegerische Ressourcen verbrauchen. Diese fehlen in der direkten Patientenversorgung. Verschiedene Vorgaben, z. B. zu Umfang und Zeitvorgabe für die Datenlieferung in der externen QS, sind im Alltagsbetrieb überhaupt nicht zu realisieren und wirken somit kontraproduktiv. Die Komplexität der Verfahren muss generell auf den Prüfstand bezüglich einer tatsächlichen Verbesserung der Versorgungsqualität für den einzelnen Patienten gestellt werden.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Verbesserung der Qualität der Leichenschau

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Steffen Liebscher und Dr. Thomas Lipp (Drucksache Ic - 78) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert zur Verbesserung der Qualität der Leichenschau die Umsetzung folgender Maßnahmen:

1. Die Landesärztekammern werden in enger Zusammenarbeit mit den rechtsmedizinischen Instituten ein achtstündiges Curriculum zur Leichenschau entwickeln, das für alle Facharztqualifikationen in der Patientenversorgung verpflichtend vor der Facharztprüfung zu absolvieren ist.
2. Um die Kenntnisse zur Leichenschau zu verstetigen und flächendeckend alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zu erreichen, sind fünf der in einem Fünfjahreszeitraum nachzuweisenden 250 CME-Punkte in spezifischen Fortbildungen rund um die Thematik "Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung" zu erwerben.
3. Die Personaldecke der rechtsmedizinischen Institute muss um mindestens eine Vollkraft (VK) erhöht werden. Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden dies bei den zuständigen Wissenschaftsministerien einfordern.
4. Die Honorierung der Leichenschau muss endlich leistungsgerecht erfolgen. Eine Teilnovelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in diesem Punkt ist unverzichtbar.

Begründung:

Die Feststellung des Todes ist unstrittig eine ärztliche Aufgabe, die nicht delegierbar ist. Zur Leichenschau ist zwingend ärztlicher Sachverstand notwendig. Eine grundlegende Wissensvermittlung erfolgt im Curriculum des Medizinstudiums durch die rechtsmedizinischen Vorlesungen. In der ärztlichen Weiter- und Fortbildung wird das Thema jedoch leider nicht mehr ausreichend abgearbeitet, weshalb seit Jahren die Qualität der ärztlichen Leichenschau angezweifelt wird. Die Vielzahl von Fortbildungen, angeboten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die Landesärztekammern und den verschiedenen Krankenhäusern, beruhen auf Freiwilligkeit und werden von den



Kolleginnen und Kollegen, die sie am dringendsten nötig hätten, häufig nicht genutzt. Eine Vielzahl von Studien zeigt ein erhebliches Verbesserungspotenzial.

Um die Leichenschau als ärztliche Leistung zu sichern und die Qualität zu verbessern, sollte die Ärzteschaft selbst einen realisierbaren und pragmatischen Vorschlag zu einem Maßnahmenkatalog machen, der hiermit vorgelegt wird.

1. Die Landesärztekammern werden gemeinsam mit den rechtsmedizinischen Instituten ein achtstündiges Curriculum zur Leichenschau entwickeln, das für alle Facharztqualifikationen in der Patientenversorgung verpflichtend vor der Facharztprüfung zu absolvieren ist.
Viele Einrichtungen (Krankenhäuser, Gesundheitsämter, Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, rechtsmedizinische Institute) bieten solche Veranstaltungen an. Eine verpflichtende Regelung für die Facharztqualifikation wäre daher keine unzumutbare Härte, sondern würde nur dem Thema Leichenschau die Relevanz einräumen, die notwendig ist.
2. Um die Kenntnisse zur Leichenschau zu verstetigen und flächendeckend alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zu erreichen, sind fünf der in einem Fünfjahreszeitraum nachzuweisenden 250 CME-Punkte in spezifischen Fortbildungen rund um die Leichenschau zu erwerben.
Viele Kollegen müssen nur selten eine Leichenschau durchführen. Daher ist es wichtig, dass die Kenntnisse regelmäßig aufgefrischt werden. Durch die zunehmende elektronische Erfassung der Fortbildungszertifikate entsteht hier kein zusätzlicher Aufwand für die Kammern.
3. Die Personaldecke der rechtsmedizinischen Institute muss um mindestens eine VK pro Institut erhöht werden. Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden dies bei den zuständigen Wissenschaftsministerien einfordern.
Die Personaldecke der rechtsmedizinischen Institute ist bundesweit auf einem Tiefstand angekommen. Ohne qualifiziertes Personal, das nicht nur die zweite Leichenschau, sondern auch Aufgaben der Qualitätssicherung (Erstellung von Informationsmaterial, Schulungen, Obduktionen, Rückmeldungen an behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Statistik, Risiko- und Fehlermanagement) übernimmt, ist das Gesamtproblem nicht zu lösen.
4. Die Honorierung der Leichenschau ist, wie die GOÄ, 35 Jahre alt und damit völlig veraltet. Da nicht bekannt ist, ob und wann eine Gesamtnovelle der GOÄ verabschiedet wird, muss jetzt die Anpassung der GOÄ-Ziffern zur Leichenschau vorgezogen werden. Nur eine Aktualisierung in der GOÄ selbst begegnet den vielen berufsrechtswidrigen und zivilrechtlich unsauberen Auslegungen der bisherigen Regelungen.



121. Deutscher Ärztetag

Erfurt, 08.05. - 11.05.2018

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Sucht und Drogen

- Ic - 10 Tabakaußenwerbeverbot endlich auch in Deutschland umsetzen
- Ic - 88 Angleichung der Richtlinien in der Substitution Opioidabhängiger



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Tabakaußenwerbeverbot endlich auch in Deutschland umsetzen

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 10) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesregierung auf, den bereits in der letzten Legislaturperiode vom Kabinett verabschiedeten Gesetzentwurf für ein Verbot der Tabakaußenwerbung dem Deutschen Bundestag zur Abstimmung vorzulegen.

Ein Verbot der Tabakwerbung leistet einen wichtigen Beitrag zur Reduktion der Raucherprävalenz und der mit dem Tabakkonsum assoziierten Krankheits- und Todesfälle.

Deutschland sollte nicht als letztes europäisches Land Tabakaußenwerbung erlauben, sondern vielmehr seinen Bürgerinnen und Bürgern den bestmöglichen Gesundheitsschutz bieten.

Begründung:

In Deutschland leben etwa zehn Millionen abhängig rauchende Bundesbürger, ca. 120.000 Menschen versterben pro Jahr an den Folgen des Tabakkonsums.

Auf europäischer Ebene wurde bereits 2003 mit der EU-Richtlinie 2003/33/EG die grenzüberschreitende Tabakwerbung verboten.

In demselben Jahr hat sich Deutschland durch die Ratifizierung des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control - FCTC) zur Umsetzung des in Artikel 13 festgelegten Tabakwerbeverbots verpflichtet.

Der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages hat 2016 in einem Gutachten festgestellt (WD 10 - 3000 - 023/16), dass ein Tabakwerbeverbot verfassungsrechtlich unbedenklich ist, da es sowohl verhältnis- wie auch zweckmäßig ist, um die Bevölkerung vor den Gefahren des Rauchens zu schützen.

Bereits in der letzten Legislaturperiode hatte das Kabinett einen Gesetzentwurf zur



Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes (TabakerzG) verabschiedet, wonach ein Tabakaußenwerbeverbot zum 01.07.2020 hätte in Kraft treten sollen. Dieser Gesetzentwurf wurde jedoch nicht dem Bundestag zur Abstimmung vorgelegt.

Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung sieht nun vor, "... Maßnahmen zur Tabak- und Alkoholprävention gezielt [zu] ergänzen."

Ein Tabakwerbeverbot stellt eine solche gezielte Maßnahme der Prävention tabakbedingter Erkrankungen dar und würde zudem die Umsetzung eingegangener internationaler Verpflichtungen bedeuten.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Angleichung der Richtlinien in der Substitution Opioidabhängiger

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Joachim Suder und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache Ic - 88) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende Entschließung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, die Richtlinie "Methoden vertragsärztlicher Versorgung" (MVV-RL) an die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger anzupassen.

Begründung:

Für die ohnehin schwierige Arbeit mit Opioidabhängigen ist es dringend erforderlich, dass beide Richtlinien aufeinander abgestimmt werden. Die an mehreren Stellen sehr unterschiedlichen Verordnungen führen bei den verordnenden Ärztinnen und Ärzten zu Unsicherheiten und Risiken.



121. Deutscher Ärztetag

Erfurt, 08.05. - 11.05.2018

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Transplantationsmedizin

Ic - 80 Einführung der Widerspruchslösung zur Organspende



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Einführung der Widerspruchslösung zur Organspende

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Steffen Liebscher (Drucksache Ic - 80) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Bundesgesetzgeber auf, § 2 Abs. 2 Transplantationsgesetz (TPG) im Sinne einer Widerspruchslösung zu formulieren. Es kann von jeder Bürgerin und jedem Bürger nach der gesetzlich in § 2 Abs. 1 TPG geregelten Aufklärung durch die Krankenkassen erwartet werden, dass sie/er sich mit der Problematik auseinandersetzt und im Falle einer tatsächlichen Ablehnung ihr/sein NEIN zur Organspende formuliert.

Begründung:

Die Organspendebereitschaft in der Gesellschaft ist auch nach einer aktuellen Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hoch, trotzdem sinken die jährlichen Organspenderzahlen in Deutschland seit zehn Jahren kontinuierlich. Dieses Problem, das jedes Jahr den Tod für viele Patientinnen und Patienten auf der Warteliste bedeutet, muss durch viele verschiedene Maßnahmen angegangen werden. Eine dieser Maßnahmen ist die Einführung der in fast allen europäischen Ländern üblichen Widerspruchslösung. In den Niederlanden wurde die Einführung der Widerspruchslösung erst zum Jahresanfang 2018 beschlossen, in der Schweiz soll darüber abgestimmt werden. Sie ist in der großen Mehrzahl der europäischen Staaten die Regel. In Deutschland lag die Zahl der Organspenden mit 9,7 pro einer Million Einwohner im vergangenen Jahr auf dem niedrigsten Stand seit 20 Jahren. Unter den acht Eurotransplant-Ländern sind Deutschland und Luxemburg die Organspendeschlusslichter.

Das Thema wurde zuletzt auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 diskutiert; sechs Jahre nach Einführung der Entscheidungslösung ist es an der Zeit, die Diskussion wieder aufzunehmen. Die derzeit im TPG formulierte Entscheidungslösung, nach der jede/jeder Versicherte von seiner Krankenkasse alle zwei Jahre per Brief auf das Thema angesprochen wird, verursacht einen hohen Kostenaufwand, ohne dass in jedem Fall eine Entscheidung getroffen wird. Mit der derzeitigen Regelung wird jedoch bei jeder/jedem Versicherten, die/der keine Entscheidung trifft, zunächst einmal davon ausgegangen, dass sie/er nicht spenden wollte. Dies entspricht nicht der tatsächlichen Einstellung der Mehrzahl



der Mitbürgerinnen und Mitbürger und sollte geändert werden. Jeder Bürger, der für sich eine Organspende nicht möchte, sollte schriftlich oder mündlich seinen Widerspruch zur Organspende äußern. Weil auch für die Widerspruchsregelung der mutmaßliche Wille der Patientin oder des Patienten in Zweifelsfällen zu klären ist, ist die Autonomie der Patienten als Eckpfeiler der Medizinethik immer gewährleistet.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Umweltmedizin

Ic - 105 Declaration on Health and Climate Change

Ic - 124 Gesundheitliche Gefahren durch Plastikmüll und Mikroplastik untersuchen und
vermindern



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Declaration on Health and Climate Change

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Julian Veelken, Katharina Thiede, Dr. Ellis E. Huber, Dr. Robin T. Maitra MPH und Dr. Matthias Albrecht MBA (Drucksache Ic - 105) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Weltärztebund (WMA) hat am 14.10.2017 auf seiner Mitgliederversammlung eine Erklärung "On Health and Climate Change" verabschiedet. Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, sich für die Umsetzung dieser Erklärung einzusetzen und sie innerhalb der Ärzteschaft und gegenüber der Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Begründung:

"Klimawandel ist die zentrale Gesundheitsfrage des 21. Jahrhunderts" (Margaret Chan, ehemalige Generaldirektorin der WHO). Die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit gewinnen in der Klimadebatte immer mehr an Bedeutung. Zugleich wächst die Erkenntnis, dass die meisten Klimaschutzmaßnahmen mit z. T. erheblichen Vorteilen für die Gesundheit einhergehen. Der Weltärztebund rief im Oktober 2017 in seiner Declaration On Health and Climate Change die nationalen Ärzteverbände dazu auf, Klimawandel und Gesundheit als prioritäre Aufgabe auf ihre Agenda zu setzen. Die Erklärung gibt umfassende Empfehlungen und benennt Felder, in denen die nationalen Ärzteverbände und ihre Mitglieder tätig werden sollen. Mehrere nationale Ärzteverbände und zahlreiche Fachgesellschaften haben sich in den letzten Jahren zu Klimawandel und Gesundheit öffentlich positioniert. Auch die deutsche Ärzteschaft sollte, den Empfehlungen der Erklärung des Weltärztebundes folgend, hier stärker aktiv werden. Die Erklärung des Weltärztebundes liegt bisher nicht in deutscher Übersetzung vor. Das Deutsche Ärzteblatt sollte eine deutsche Fassung veröffentlichen. (Die WMA-Deklaration ist abrufbar unter <https://www.wma.net/policies-post/wmadeclaration-of-delhi-on-health-and-climate-change/>)



verhindern. Vor allem mangelt es an der effektiven Kontrolle und Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben. Zur Verminderung des Plastikmülls ist eine Intensivierung der bisherigen Anstrengungen erforderlich. Untersuchungen zur Auswirkung von Plastikmüll und Mikroplastik auch auf die Gesundheit des Menschen müssen verstärkt und finanziell gefördert werden.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Vertragsärztliche Versorgung

- Ic - 63 Ärztliche und personelle Mehrarbeit sowie Digitalisierung in der vertragsärztlichen Versorgung erfordern Aufhebung der Budgetierung
- Ic - 70 Informationspflichten MVZ - Transparenz herstellen
- Ic - 137 Sorge wegen der Industrialisierung ambulanter medizinischer Leistungen



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Ärztliche und personelle Mehrarbeit sowie Digitalisierung in der
 vertragsärztlichen Versorgung erfordern Aufhebung der Budgetierung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Ivo Grebe, Christine Neumann-Grutzeck und Dr. Wolf von Römer (Drucksache Ic - 63) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der von der Politik geforderte rasche Ausbau der Digitalisierung und die Forderung nach Ausweitung der Sprechstundenzeiten der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes auf 25 Wochenstunden kann nicht aus Mitteln der Gesamtvergütung vernünftig gegenfinanziert werden. Nur durch die komplette Aufhebung der Budgets wird es zukünftig möglich sein, ärztliche Mehrarbeit angemessen zu vergüten, die Bezahlung von qualifiziertem medizinischen Personal zu garantieren und notwendige Investitionen im Bereich von Digitalisierung und Datenschutz zu realisieren.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Informationspflichten MVZ - Transparenz herstellen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Hellmann, Dr. Christian Albring, Wieland Dietrich, Prof. Dr. Dr. dent. Christof Hofele, Dr. Ivo Grebe, Dr. Christian Messer und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache Ic - 70) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Gesetzgeber auf, im SGB V zu regeln, dass medizinische Versorgungszentren (MVZ) verpflichtet werden, im Rechtsverkehr sowie bei der AuÙendarstellung des MVZ auf die natürlichen oder juristischen Personen sowie auf die Gesellschafter der Trägergesellschaft und auf die im MVZ tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte hinzuweisen.

Begründung:

Während die Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte und Berufsausübungsgemeinschaften den Inhalt des Praxisschildes regelt und auch vorgibt, dass die Patientinnen und Patienten über die in der Praxis tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte in geeigneter Weise informiert werden müssen, gibt es für MVZ eine solche Regelung nicht, weil die Berufsordnung für das vertragsrechtliche Institut des MVZ nicht anwendbar ist. Dabei besteht auch bei MVZ ein berechtigtes Interesse der Patientinnen und Patienten zu erfahren, wer als Gesellschafter für den Betrieb des MVZ insgesamt verantwortlich ist, welches ärztliche Leistungsspektrum das MVZ anbietet/abdeckt und durch welche (angestellten) Ärzte die Behandlung erfolgen kann.

Zudem ist nicht nachvollziehbar, warum für MVZ - im Gegensatz zu niedergelassenen Ärzten - geringere Anforderungen an die Transparenz der AuÙendarstellung zu stellen sein sollten. Gerade vor dem Hintergrund, dass ein erkennbarer Wille des Gesetzgebers besteht, die ärztliche Versorgung im MVZ vor einer Beeinflussung durch Kapitalinteressen zu bewahren (vgl. Gesetzentwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz - VStG, BT-Drs. 17/6906, S. 70), erscheinen diese Maßnahmen als gerechtfertigt.

Durch die Ermächtigung im SGB V für eine Regelung der AuÙendarstellung von MVZ (Offenlegung der Gesellschafter auf Trägerebene) sowie durch die Pflicht, in geeigneter Weise über die in einem MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzte zu informieren, kann der berechnigte Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten gedeckt werden. Eine



Konkretisierung dieser Pflichten könnte durch Rechtsverordnung (Ärzte-ZV) oder Delegation an die Bundesmantelvertragspartner erfolgen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Sorge wegen der Industrialisierung ambulanter medizinischer Leistungen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Julian Veelken, Dr. Christian Piper, Katharina Thiede, Dr. Günther Jonitz und Dr. Susanne Johna (Drucksache Ic - 137) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 betrachtet mit Sorge, wie industrielle Anbieter ambulanter medizinischer Leistungen z. B. in der nephrologischen Versorgung (Dialyse) zunehmend Anteile der ambulanten Versorgung übernehmen. Dadurch wird dieses Versorgungssegment zunehmend aus der freien Niederlassung in industrielle Strukturen verschoben.

Durch die hohen, von diesen Anbietern gebotenen Preise beim Aufkauf solcher Praxen ist es immer weniger möglich, sich in diesen Fächern in freier Praxis niederzulassen.

Begründung:

Industrielle Anbieter aus dem Ausland kaufen zunehmend Kassensitze in investitionsintensiven Bereichen der ambulanten Medizin auf, z. B. Dialysepraxen.

Es besteht die Gefahr, dass die gleichen Gewinne z. B. aus Dialyseleistungen, die eine freie Praxis mit dem persönlichen Steuersatz des Praxisinhabers versteuern muss, nun mit dem niedrigen Unternehmenssteuersatz eines geeigneten EU-Landes belegt werden.

Im Ergebnis würden dadurch die industriellen Anbieter ambulanter ärztlicher Leistungen materiell massiv bevorzugt, was erklärt, warum solche Anbieter von Dialyseleistungen beim Aufkauf von Kassensitzen Angebote machen und Preise bezahlen können, die die refinanzierbaren Möglichkeiten eines freiberuflichen Kollegen bei weitem übersteigen.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Werbeverbot Schwangerschaftsabbruch (§ 219a StGB)

- Ic - 108 Schwangerschaftsabbruch: Werbeverbot beibehalten, Beratungs- und Hilfsangebote stärken
- Ic - 110 § 219a StGB reformieren
- Ic - 122 Abschaffung der Strafbarkeit einer sachlichen Information über den Schwangerschaftsabbruch



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Schwangerschaftsabbruch: Werbeverbot beibehalten, Beratungs- und Hilfsangebote stärken

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Martina Wenker, Dr. Ellen Lundershausen, Dr. Simone Heinemann-Meerz, Dipl.-Med. Petra Albrecht, Dr. Anne Bunte, Dr. Johannes Nießen, Bernd Zimmer, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger M.Sc. und Stefanie Oberfeld (Drucksache Ic - 108) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 spricht sich gegen einen Wegfall oder eine Einschränkung des in § 219a StGB kodifizierten Werbeverbotes für Abtreibungen aus. Stattdessen fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018 eine Stärkung der neutralen Information, der individuellen Beratung und der Hilfeleistung für Frauen in Konfliktsituationen.

Ärztinnen und Ärzte in Praxen und Kliniken benötigen Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, sich Zeit für die individuelle Beratung ratsuchender Frauen zu nehmen. Darüber hinaus sind die in Deutschland entwickelten Strukturen mit qualifizierten Beratungsstellen und Hilfsangeboten weiter zu fördern und, wo erforderlich, auszubauen. Der Entscheidung der Frau über den Abbruch muss eine ergebnisoffene und unabhängige Beratung vorausgehen, die von geeigneten Hilfsangeboten begleitet wird.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellt im Internet umfangreiche Informationen zum Thema Schwangerschaftskonflikt und Schwangerschaftsabbruch bereit und vermittelt über eine Datenbank mit regionaler Suchfunktion zu den anerkannten Beratungsstellen. Diese Angebote sind kontinuierlich weiterzuentwickeln und noch stärker bekannt zu machen.

Die anerkannten Beratungsstellen ihrerseits sind zu verpflichten, jede Frau, die sich nach der ergebnisoffenen Beratung für einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet, auch darüber zu informieren, welche Ärztinnen und Ärzte in erreichbarer Nähe Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Dazu gehört auch die Erläuterung, mit welchen Verfahren der Schwangerschaftsabbruch bei diesen Ärztinnen und Ärzten erfolgen kann.

Begründung:



Bei allen Überlegungen zu Änderungen an den gesetzlichen Vorgaben zum Schwangerschaftsabbruch, auch zum Werbeverbot nach § 219a StGB, muss der besondere Charakter des Schwangerschaftsabbruches berücksichtigt werden.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist keine ärztliche Leistung wie viele andere. Denn hier geht es stets um die Abwägung in einer Konfliktsituation, bei der zentrale Grundrechte berührt sind. Der Schwangerschaftsabbruch ist deswegen in Deutschland rechtswidrig, bleibt aber unter definierten Voraussetzungen straffrei. Dieser vor Jahren gefundene gesellschaftliche Kompromiss hat sich seitdem als tragfähig erwiesen und sollte nicht infrage gestellt werden. Vor diesem Hintergrund ist es folgerichtig, dass für den Schwangerschaftsabbruch keine Werbung betrieben werden darf.

Stattdessen ist eine Stärkung der neutralen Information, der individuellen Beratung und der Hilfeleistung für Frauen in Konfliktsituationen erforderlich.

Erste Ansprechpartner für Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft sind in vielen Fällen Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Klinik. Die Rahmenbedingungen in unserem Gesundheitswesen müssen so gestaltet werden, dass sich alle Ärztinnen und Ärzte genügend Zeit für die erforderliche individuelle Beratung und ggf. Weiterleitung nehmen können. Erfolgt die Beratung in einer Praxis oder Klinik, die selbst Schwangerschaftsabbrüche durchführt, ist eine solche individuelle Information und Beratung keine Werbung.

Darüber hinaus muss der Entscheidung der Frau über den Abbruch die gesetzlich vorgeschriebene, ergebnisoffene und neutrale Beratung durch eine anerkannte Beratungsstelle vorausgehen. Dazu ist im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) vorzugeben, dass einer Frau, die sich nach der Beratung für einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet, eine Auflistung der für sie erreichbaren Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung gestellt wird, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Zu dieser Information gehören auch Angaben darüber, mit welchen Verfahren der Schwangerschaftsabbruch bei diesen Ärztinnen und Ärzten erfolgen kann.

Ärztinnen und Ärzte sind nach § 219a StGB berechtigt, den anerkannten Beratungsstellen (und auch anderen Ärztinnen und Ärzten) diese Informationen zur Verfügung zu stellen. Die Beratungsstellen ihrerseits können gemäß § 6 SchKG im Einvernehmen mit der Schwangeren Ärztinnen und Ärzte zur Beratung hinzuziehen. Gemäß § 8 SchKG können auch Ärztinnen und Ärzte selbst als Beratungsstellen anerkannt werden.

Gemäß § 5 SchKG haben die Länder ein ausreichendes plurales Angebot wohnortnaher Beratungsstellen sicherzustellen. Die flächendeckende Bereitstellung qualifizierter Beratungs-, aber auch Hilfsangebote für Frauen in Schwangerschaftskonfliktsituationen ist Kennzeichen einer humanen Gesellschaft. Dazu gehört eine gute personelle wie finanzielle Ausstattung dieser Angebote.



Eine Auflistung aller zugelassenen Beratungsstellen stellt die BZgA in Verbindung mit einer entsprechenden wohnortbezogenen Suchfunktion im Internet bereit. Damit wird sichergestellt, dass Frauen auch über das Medium Internet einen einfachen und umfassenden Zugang zu den gesetzlich vorgesehenen Informations- und Beratungsmöglichkeiten finden (www.familienplanung.de).

Ungeeignet erscheint hingegen eine zentrale Internetauflistung derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Denn eine solche Liste würde das Risiko öffentlicher Angriffe auf die betreffenden Ärztinnen und Ärzte weiter erhöhen. Es ist deswegen nicht zu erwarten, dass alle Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, bereit wären, auf einer solchen Liste im Internet zu erscheinen. Zugleich würde die Liste nur begrenzte Möglichkeiten zur Schilderung der angewendeten Verfahren bieten können. Dies schränkt den Informationsgewinn für die betroffenen Frauen ein.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: § 219a StGB reformieren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Schaaf M.A., Dr. Markus Beck, MD Dr. Karl Breu, Dr. Hans Worlicek, Dr. Gert Rogenhofer, Dr. Wolfgang Rechl, Dr. Wolfgang Krombholz, Dr. Pedro Schmelz und Dr. Gerald Quitterer (Drucksache Ic - 110) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 appelliert an den Bundesgesetzgeber, § 219a StGB (Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft) dahingehend zu ändern, dass eine Ärztin oder ein Arzt nicht bestraft wird, wenn sie/er in der Außendarstellung sachlich darüber informiert, dass er Schwangerschaftsabbrüche nach § 218a StGB durchführt.

Begründung:

Entscheidungen im Sinne eines informed consent bedürfen sachlicher Information. Sachliche Information muss frei zugänglich sein und darf nicht dazu führen, ein strafrechtliches Risiko zu erzeugen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Abschaffung der Strafbarkeit einer sachlichen Information über den Schwangerschaftsabbruch

EntschlieÙung

Auf Antrag von Detlef Merchel, Dr. Christian Albring und Dr. Klaus König (Drucksache Ic - 122) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Abschaffung der Strafbarkeit einer sachlichen Information über die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen durch Arztpraxen und andere ärztliche Einrichtungen.

Begründung:

Der § 219a Abs. 1 StGB in seiner aktuellen Fassung stellt jede Art der öffentlichen Information einer Arztpraxis oder einer anderen ärztlichen Einrichtung über die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen unter Strafe.

Das Verbot für eine Arztpraxis oder eine andere ärztliche Einrichtung, sachlich über das eigene Leistungsspektrum auch in Bezug auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu informieren, kollidiert mit dem Informationsanspruch der betroffenen Frauen.

Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs ist unter den Voraussetzungen des § 218a StGB und des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) rechtlich zulässig. Betroffene Frauen haben nicht nur das Bedürfnis, sondern es wird von ihnen erwartet, eine durchdachte, abgewogene und informierte Entscheidung zu treffen. Sie haben daher ein Recht darauf, sich zu jeder Zeit und umfassend über den Eingriff und über Arztpraxen und andere ärztliche Einrichtungen, die solche Eingriffe durchführen, informieren zu können.

Auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) stuft Schwangerschaftsabbrüche als ärztliche Handlungen ein, die innerhalb des Schutzbereiches von Artikel 12 GG und im Rahmen wirksamer Verträge erfolgen, auch wenn die Gesetzgebung den Schwangerschaftsabbruch missbilligt. Deutlich formuliert dies ein Beschluss des BVerfG vom 24.05.2006, wo es heißt: "Wenn die Rechtsordnung Wege zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen durch Ärzte eröffnet, muss es dem Arzt auch ohne negative Folgen für ihn möglich sein, darauf hinzuweisen, dass Patientinnen seine Dienste in



Anspruch nehmen können."

Die Beschränkung des Zugangs zu sachlichen Informationen ist mit dem gesetzgeberischen Ziel nicht begründbar. Denn eine sachliche Information birgt nicht die vom Gesetzgeber seinerzeit in den Blick genommene Gefahr, dass dadurch der Entschluss der Frau zum Schwangerschaftsabbruch erst hervorgebracht oder gefestigt wird.

Durch sachliche Informationen über Schwangerschaftsabbrüche wird zudem das auf den Lebensschutz ausgerichtete Beratungsmodell der §§ 219a ff. StGB und des SchKG nicht gefährdet. Die Möglichkeit der betroffenen Frauen, sich unbeschränkt über die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs informieren zu können, unterstützt im Gegenteil eine informierte und abgewogene Entscheidung der Frau und dient damit dem Lebensschutz.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache**

Weiteres

- Ic - 95 Klinik Codex "Medizin vor Ökonomie"
- Ic - 96 Unterstützung und Weiterentwicklung des Klinik Codex
- Ic - 121 Umsetzung fachlicher Standards in der gesundheitlichen Versorgung von Betroffenen häuslicher und sexualisierter Gewalt
- Ic - 111 Schutz der Ärzte vor der Praxis von Arztbewertungsportalen
- Ic - 148 Muttersprachliche Schwangerschaftskonfliktberatung
- Ic - 151 Keine Diskriminierung oder Diffamierung von behinderten Menschen und Geflüchteten



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Klinik Codex "Medizin vor Ökonomie"

Beschluss

Auf Antrag von Christine Neumann-Grutzeck und PD Dr. Birgit Wulff (Drucksache Ic - 95) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 unterstützt den Klinik Codex der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) sowie dessen Ziele und ethischen Wertmaßstäbe. Einer zunehmenden Ökonomisierung soll eine auf ärztlicher Ethik und Werten beruhende Haltung im Arbeitsalltag entgegengestellt werden.

Begründung:

Ärztinnen und Ärzte geraten zunehmend unter Druck, ihr Handeln nicht primär am Bedürfnis der Patientin oder des Patienten auszurichten, sondern sich einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung des Krankenhauses unterzuordnen. Der Klinik Codex der DGIM wurde am 08.12.2017 im Deutschen Ärzteblatt und als Sonderdruck veröffentlicht. Die DGIM möchte den Codex nicht nur als berufsethische Basis der Internisten etablieren, sondern auch anderen medizinischen Fächern und Berufsgruppen die Möglichkeit geben, sich dieser Selbstverpflichtung anzuschließen. Der Klinik Codex soll Ärztinnen und Ärzte darin unterstützen, ärztliche Entscheidungen stets am Patientenwohl auszurichten, und signalisieren, dass sie mit dieser Haltung nicht allein sind. Einzelne Landesärztekammern haben sich der Selbstverpflichtung bereits angeschlossen.

Klinik Codex "Medizin vor Ökonomie" im Wortlaut (Quelle: DGIM)

"Die Ärzteschaft gerät in der Patientenversorgung zunehmend unter Druck, ihr Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung des Krankenhauses unterzuordnen. Diese Entwicklung macht es notwendig, dem Ökonomisierungsprozess eine auf ärztlicher Ethik und Werten beruhende Haltung im Arbeitsalltag entgegenzustellen.

Der Klinik Codex soll Ärztinnen und Ärzten dabei helfen, die Auswirkungen von Ökonomisierung kritisch in ihrem persönlichen Arbeitsgebiet zu reflektieren und im Arbeitsalltag ihre ärztlichen Entscheidungen für die sich ihnen anvertrauenden Patienten zu treffen. Als Ärzteschaft bekennen wir uns dazu, mit unseren verfügbaren Ressourcen möglichst effizient und wirtschaftlich angemessen umzugehen. Gleichwohl stellen wir aber



das Patientenwohl immer in den Mittelpunkt unseres Handelns.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) nimmt mit der Formulierung dieses Klinik Codex ihre fachgesellschaftliche, ethische und soziale Verpflichtung wahr, ihren Lösungsbeitrag für eine am erkrankten Menschen orientierte Gesundheitsversorgung einzubringen.

Ziel ist es, die besondere Verpflichtung als Ärzteschaft im Einklang mit ihren ethischen Werten erfüllen zu können und dem Vertrauen der Patienten gerecht zu werden. Auch soll Ärztinnen und Ärzten die Sicherheit vermittelt werden, dass sie mit ihrer sich an diesem Klinik Codex orientierenden Haltung nicht alleine stehen.

Ärztliche Pflicht ist es, die gesundheitliche Versorgung erkrankter Menschen ohne Ansehen ihres Alters, Konfession, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, sexueller Orientierung oder sozialer Stellung durchzuführen.

Es ist uns bewusst, dass unsere ärztlichen Entscheidungen durch nicht medizinische Faktoren, insbesondere ökonomische Überlegungen und kommerzielle Anreize, beeinflusst werden können. Als verantwortlich handelnde Ärztinnen und Ärzte streben wir an, solche Situationen zu erkennen und unsere ärztlichen Entscheidungen stets zuerst am Wohl der uns anvertrauten Patienten auszurichten:

- Als Ärztinnen und Ärzte müssen wir den berechtigten fachlichen und ethischen Erwartungen der erkrankten Menschen, ihrer Angehörigen und der Gesellschaft an uns gerecht werden.
- Wir werden allen Patienten eine Versorgung unter Einsatz aller unserer Fachkompetenzen und aller ärztlichen Erfahrungen ermöglichen.
- Wissend, dass unsere medizinischen Entscheidungen, die auf Basis einer qualitätsgesicherten Medizin getroffen werden, große Auswirkungen auf die Heilung und Gesundheit der Patienten, aber auch betriebswirtschaftliche Auswirkungen haben, erklären wir hiermit, dass wir eine angemessene und wirksame Versorgung der Patienten stets unter dem uneingeschränkten Vorrang der medizinischen Argumente gegenüber ökonomischen Überlegungen planen und durchführen werden.
- Wir treffen keine ärztlichen Entscheidungen und werden keine medizinischen Maßnahmen durchführen und solche Leistungen weglassen, welche aufgrund wirtschaftlicher Zielvorgaben und Überlegungen das Patientenwohl verletzen und dem Patienten Schaden zufügen könnten.
- Wir werden den Menschen, die zu uns kommen, mit zugewandter Fürsorge begegnen und beistehen, mit ihren gesundheitlichen Ängsten umzugehen, wollen ihr Vertrauen gewinnen, und werden ihnen versprechen, bei ihrer Behandlung keine medizinischen Leistungen durchzuführen, welche fachlich unsinnig sind oder aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus stattfinden sollen.
- Wir lehnen alle Leistungs-, Finanz-, Ressource und Verhaltensvorgaben ab, welche für uns offensichtlich erkennbar zu einer Einschränkung unseres ärztlichen Handelns und



unseres ärztlich-ethischen Selbstverständnisses führen, und das Patientenwohl gefährden können.

- Wir werden die von uns getroffenen Versorgungsentscheidungen bei Bedarf den zuständigen kaufmännischen Leitungsgremien, unter Verwendung fachlich-medizinischer, patientenorientierter und ethischer Argumente, erklären.
- Wir ermutigen junge Ärztinnen und Ärzte, sich mit den durch die kaufmännischen Geschäftsleitungen vorgegebenen wirtschaftlichen Vorgaben kritisch auseinanderzusetzen und achtsam zu sein bei allen Versuchen der Einschränkung des Patientenwohls aufgrund nicht medizinischer Aspekte.

Wir werden unsere ärztliche Heilkunst ausüben, ohne uns von wirtschaftlichem Druck, finanziellen Anreizsystemen oder ökonomischen Drohungen dazu bewegen zu lassen, uns von unserer Berufsethik und den Geboten der Menschlichkeit abzuwenden."



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Unterstützung und Weiterentwicklung des Klinik Codex

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Bernd Zimmer, Dr. Ivo Grebe, Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Anne Bunte, Dr. Daniela Dewald, Wieland Dietrich, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Hans Uwe Feldmann, Dr. Folker Franzen, Dr. Oliver Funken, Martin Grauduszus, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Christiane Groß M.A., PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Heiner Heister, Dr. Rainer M. Holzborn, Michael Krakau, PD Dr. Johannes Kruppenbacher, Michael Lachmund, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger M.Sc., Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Dr. Ursula Stalmann, Dr. Robert Stalmann, Dr. Herbert Sülz, Barbara vom Stein und Dr. Joachim Wichmann MBA (Drucksache Ic - 96) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 begrüÙt den von großen Fachgesellschaften und verschiedenen Berufsverbänden entwickelten Klinik Codex "Medizin vor Ökonomie" (veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt am 08.12.2017, Heft 49/2017) und unterstützt ausdrücklich das Vorhaben, einen vergleichbaren Codex auch für den ambulanten Bereich zu entwerfen und noch in diesem Jahr zu veröffentlichen.

Begründung:

Mit dem Klinik Codex - 2017 von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) und vielen anderen Fachgesellschaften und Verbänden veröffentlicht - soll ein Zeichen gegen die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens gesetzt werden. Der Klinik Codex soll Ärztinnen und Ärzten dabei helfen, in ihrem persönlichen Arbeitsumfeld die Auswirkungen von Ökonomisierung kritisch zu reflektieren, um dem eine auf ärztlicher Ethik und Werten beruhende Haltung entgegenzusetzen. Ärztliche Entscheidungen sollen immer das Wohl der Patientin oder des Patienten in den Vordergrund stellen und sich nicht nach ökonomischen Interessen übergeordneter Institutionen richten.

Im ambulanten Sektor geht es nicht primär darum, den Konflikt zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und den Vorgaben der Selbstverwaltung (Kassenärztliche Vereinigung - KV) zu thematisieren. Vielmehr zeigt die Entwicklung der letzten Jahre, dass auf der einen Seite durch die Politik (E-Health, Versorgungsstärkungsgesetz) und die Krankenkassen (Optimierung der Diagnosekodierung) der ökonomische Druck auf die



niedergelassene Ärzteschaft zugenommen hat. Auf der anderen Seite drängen mit Billigung des Gesetzgebers konzernartige Strukturen in die ambulante Versorgung, die das Prinzip der Ökonomie vor das Patientenwohl und das verantwortungsbewusste, ethisch-soziale ärztliche Handeln stellen. Daher ist es eine wichtige Aufgabe der gesamten Ärzteschaft, analog dem Klinikbereich, für den ambulanten Versorgungssektor einen breit konsentierten Ethikcodex "Medizin vor Ökonomie" zu entwickeln.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Umsetzung fachlicher Standards in der gesundheitlichen Versorgung von
Betroffenen häuslicher und sexualisierter Gewalt

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Ellis E. Huber und Dr. Eva Müller-Dannecker MBA (Drucksache Ic - 121) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 bittet die Bundesärztekammer, sich für die Verabschiedung bundesweit abgestimmter Standards für den ärztlichen Umgang mit häuslicher und sexueller Gewalt einzusetzen und die Entwicklung eines Maßnahmenkatalogs für deren systematische Umsetzung in den relevanten medizinischen Fachrichtungen anzustoßen.

Begründung:

Das hohe Ausmaß und die schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen von häuslicher und sexualisierter Gewalt für Betroffene und ggf. für mitbetroffene Kinder sind wissenschaftlich vielfach belegt:

- Jede vierte bis fünfte Frau in Deutschland hat körperliche oder sexuelle Gewalt durch einen Partner erfahren. Zwölf Prozent der Frauen berichten von sexueller Gewalt. 30 Prozent der Betroffenen erleben Gewalt im Kontext von Schwangerschaft/Geburt.
- Etwa die Hälfte bis zwei Drittel der Betroffenen werden unmittelbar körperlich verletzt. Psychische Erkrankungen sowie psychosomatische Beschwerden treten bei Betroffenen bis zu dreimal häufiger auf als bei nicht Betroffenen. Frauen mit Gewalterfahrungen schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein und nehmen häufiger die Gesundheitsversorgung in Anspruch.
- Kinder sind direkt oder indirekt Zeugen der Gewalt, häufig sind sie selbst von Gewalt betroffen. Die Folgen sind weitreichend und können Gesundheitschancen langfristig beeinträchtigen.

Einigkeit besteht darüber, dass die Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle in Prävention, Intervention und Ersthilfe hat und dass sich Betroffene am häufigsten an Kliniken/Arztpraxen wenden, wenn sie nach einer schweren häuslichen Gewalterfahrung professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen. Die Leitlinien der



Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum "Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen" (2013) sowie vorliegende erprobte Interventionskonzepte und bestehende Praxiserfahrungen bieten eine hervorragende Grundlage für die Verständigung auf Versorgungsstandards und für die Ausweitung und systematische Verankerung bestehender Maßnahmen.

Im Ergebnis werden die Handlungssicherheit im Umgang mit den Themen auf ärztlicher Seite gestärkt und die Verbindlichkeit der Versorgungsangebote für von Gewalt betroffene Patientinnen und Patienten hergestellt. Ebenfalls wird ein richtungsweisender Beitrag geleistet zur Umsetzung des Übereinkommens des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention). Die Konvention ist in Deutschland seit dem 01.02.2018 gültiges Recht.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Schutz der Ärzte vor der Praxis von Arztbewertungsportalen

EntschlieÙung

Auf Antrag von PD Dr. Cem Bulut, Dr. Herbert Arthur Zeuner, Daniela-Ursula Ibach und Dr. Udo Schuss (Drucksache Ic - 111) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich, wie bereits beim 120. Deutschen Ärztetag 2017 in Freiburg in einer EntschlieÙung formuliert, in der öffentlichen Debatte und gegenüber der Politik dafür einzusetzen, dass politische Maßnahmen getroffen werden, um die Listung in Arztbewertungsportalen gegen den Willen von Ärztinnen und Ärzten zu beenden.

Begründung:

Anonyme Bewertung in Arztbewertungsportalen, in die zwangsgelistet wird, geht einher mit einer Form der Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte. Die Möglichkeit der anonymen Bewertung bedeutet eine Einladung zu Affektabfuhr für Patientinnen und Patienten bei nicht lösbaren Konflikten im Arzt-Patienten-Kontakt. Hintergrund sind nicht selten Gründe, die nicht bei Ärztinnen und Ärzten liegen, sondern im Rahmen der den Ärztinnen und Ärzten über eine Behandlung gemäß den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft übertragenen Aufgaben, wie z. B. im Falle von Begutachtungen in sozialrechtlichen, unterbringungsrechtlichen und betreuungsrechtlichen Fragen, der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit oder von ungerechtfertigten Verordnungswünschen im Rahmen von Suchterkrankungen.

Anonyme Bewertungen lassen nicht erkennen, ob sie gerechtfertigt sind oder ob es sich um Denunziation handelt. Ärztinnen und Ärzte können sich oft nicht adäquat gegen ungerechtfertigte Negativbewertung wehren und tragen persönlichen und wirtschaftlichen Schaden davon.

Arztbewertungsportale befördern eine weitere Form der Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte, indem sie den Raum für Denunziation und despektierlichen Umgang mit Ärzten öffnen.

Arztbewertungsportale sind Geschäftsmodelle in der Zeit der Digitalisierung, die weder den Patientinnen und Patienten eine objektive Informationsquelle bieten noch den Ärztinnen und



Ärzten nützen, sondern lediglich den Betreibern von Arztbewertungsportalen.

Mittlerweile erhalten Ärztinnen und Ärzte kostenpflichtige Angebote von Anbietern, die sich um den guten Ruf des Arztes auf Bewertungsportalen "kümmern".

Arztbewertungsportale sind Teil einer weiteren Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung und deshalb mit der Praxis der Zwangsrekrutierung von Ärztinnen und Ärzten und anonymer Bewertung abzulehnen.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Muttersprachliche Schwangerschaftskonfliktberatung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Marion Charlotte Renneberg, Dr. Christian Albring, Dr. Helmut Anderten, Dr. Franz Bernhard Ensink MBA, Dr. Steffen Grüner, Prof. Dr. Thomas Lichte, Wolfgang Grashorn, Prof. Dr. Bernd Haubitz, Kornelia Rieger, Detlef Schmitz, Dr. Tilman Kaethner, Uwe Lange, Dr. Stephan Bartels, Dr. Heiko Risius, Klaus-Peter Schaps, Dr. Wolfgang KoÙ, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Günter Meyer, Ruben Bernau und Dr. Alexander Nowicki (Drucksache Ic - 148) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesländer auf, verstärkt auch solche Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen zu fördern, die, neben einer Beratung in Deutsch, Schwangeren auch Beratungen in anderen Sprachen anbieten.

Begründung:

Nach dem grundlegenden Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) aus dem Jahr 1993 trägt der Staat für die Durchführung des Beratungsverfahrens die volle Verantwortung, d. h. ihm obliegt es, ein angemessenes Beratungsangebot sicherzustellen. Die Beratung bleibt auch dann eine Aufgabe des Staats, wenn er diese privaten Organisationen überlässt.

Die besondere Konfliktsituation, in der sich die Schwangeren befinden, lässt es als wünschenswert erscheinen, dass Schwangerschaftskonfliktberatungen nach Möglichkeit auch in der Muttersprache in Anspruch genommen werden können. Das kann durch Beraterinnen und Berater erfolgen, die diesen Muttersprachen selbst mächtig sind, und bei Sprachen, die nicht so häufig vertreten sind, durch unabhängige Dolmetscherinnen und Dolmetscher.

Durch eine Schwangerschaftskonfliktberatung in der Muttersprache wird der Staat seiner Schutzpflicht besonders verantwortungsvoll gerecht.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Allgemeine Aussprache

Titel: Keine Diskriminierung oder Diffamierung von behinderten Menschen und Geflüchteten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Robin T. Maitra MPH, Dr. Joachim Suder, Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Mathias Wendeborn, Dr. Hans-Otto Bürger und Prof. Dr. Michael Faist (Drucksache Ic - 151) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Die Abgeordneten des 121. Deutschen Ärztetages 2018 wenden sich gegen die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen, Geflüchteten und Menschen mit Migrationshintergrund.

Begründung:

Im Genfer Gelöbnis haben wir Ärztinnen und Ärzte versprochen, unser Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen, die Würde unserer Patientinnen und Patienten zu respektieren, höchsten Respekt vor menschlichem Leben zu wahren und nicht zuzulassen, dass wir in Bezug auf Alter, Krankheit oder Behinderung unsere Pflichten gegenüber unseren Patientinnen und Patienten verletzen.

Zudem wird in der Behindertenrechtskonvention, die besondere Bedeutung für uns Ärztinnen und Ärzte hat, gefordert, "... Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen ... zu bekämpfen".



TOP II Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

- II - 04 Verbesserung der Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen
- II - 01 Weiterentwicklung des Behandlungs- und Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu einem gesundheitspolitischen Schwerpunkt machen
- II - 07 Keine Substitution indizierter psychotherapeutischer Behandlungen
- II - 08 Versorgungsforschung Psychiatrie
- II - 06 Stigmatisierung psychisch Erkrankter abbauen
- II - 03 Gesetzliche Grundlage für eine "Arbeitsminderung" schaffen
- II - 02 Zeitgemäße Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze - Prävention, Behandlung und Hilfe müssen im Vordergrund stehen
- II - 12 Gegen Speicherung der Daten psychisch Kranker
- II - 05 Sprechende Medizin endlich stärken
- II - 09 Einrichtung einer Arbeitsgruppe Neuropsychiatrie in der Bundesärztekammer
- II - 13 Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation im Bereich der seelischen Gesundheit



TOP II Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Titel: Verbesserung der Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache II - 04) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Im Rahmen eines gestuften Versorgungssystems behandeln Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte mit psychosomatischer Grundversorgung, Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie den überwiegenden Teil der Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen sowie ihre Angehörigen wenden sich wegen dieser Beschwerden überwiegend primär an Ärztinnen und Ärzte. Die Beachtung der biologischen, sozialen und psychischen Aspekte der Erkrankungen ist genuiner Bestandteil einer guten ärztlichen Versorgung. Nur in der medizinischen Versorgung könnten diese Aspekte diagnostisch gewichtet und ihre Interaktionen abgeschätzt werden. Das Wechselspiel von Leib und Seele kann so diagnostisch eingeordnet und für die Behandlungsplanung beachtet werden.

Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen benötigen ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot. Neben der Pharmakotherapie, den biologischen Verfahren und psychosozialen Interventionen stellt die Psychotherapie eine zentrale ärztliche Behandlungsoption dar. Ärztinnen und Ärzte führen in großem Umfang psychotherapeutische Behandlungen durch. Die Psychotherapie ist eine zentrale ärztliche Behandlungsform, die breit in der ärztlichen Weiterbildung und Versorgung verankert ist und zu den genuinen ärztlichen Aufgaben zählt.

Auch wenn Deutschland damit über ein im internationalen Vergleich umfassendes und differenziertes Versorgungssystem zur Behandlung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen verfügt, sind Verbesserungen der Versorgung erforderlich. Zu fordern ist:

- die Aufrechterhaltung des integrierten bio-psychosozialen Versorgungsmodells und keine Aufspaltung der Versorgung in eine Versorgung für die somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen bei der Novellierung des



Psychotherapeutengesetzes

- eine Weiterentwicklung des stationären Vergütungssystems in den Bereichen Psychiatrie, psychosomatische Medizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einem transparenten und leistungsgerechten Vergütungssystem
- eine differenzierte und leistungsgerechte Erfassung und Finanzierung auch der ambulanten fachärztlichen Leistungen im Bereich der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Analogie zum aktuellen GOÄ-Entwurf
- eine bessere Vernetzung der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgungsangebote mit einem Abbau der bürokratischen Hindernisse
- eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung
- eine differenzierte, eigenständige Bedarfsplanung im ambulanten Bereich für die Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie
- die Sicherung der Qualität in der psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und
- die Schaffung einer Struktur zur Förderung der Forschung für die sprechende Medizin und die Psychotherapie.



TOP II Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Titel: Weiterentwicklung des Behandlungs- und Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu einem gesundheitspolitischen Schwerpunkt machen

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 01) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 ruft den Gesetzgeber sowie die Institutionen der Selbstverwaltung dazu auf, sich stärker für die besonderen Bedürfnisse und Interessen von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen einzusetzen und die Weiterentwicklung des bestehenden Behandlungs- und Versorgungssystems im ambulanten und stationären Bereich im Sinne einer verbesserten sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zu einem Schwerpunkt gesundheitspolitischer Maßnahmen zu machen.

Begründung:

Psychische und psychosomatische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit zählen zu den häufigsten, aber hinsichtlich ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung nicht selten unterschätzten Erkrankungen. Psychische und psychosomatische Erkrankungen bedeuten enormes Leid für die Betroffenen und ihr Umfeld. Etwa ein Drittel der Bevölkerung Deutschlands ist jedes Jahr von ihnen betroffen - unabhängig von Alter oder sozialem Status. Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben zudem eine um zehn Jahre verminderte Lebenserwartung.

Psychische und psychosomatische Erkrankungen stellen auch für die Volkswirtschaft eine große Belastung dar. Sie verursachen in Deutschland über 44 Milliarden Euro an jährlichen Kosten und sind die häufigste Ursache für Erwerbsminderungsrenten. Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. Deshalb stellt die Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen eine große Herausforderung für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem dar. Dies gilt erst recht für die durchgängige Integration und Inklusion von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Deutschland verfügt über ein umfangreiches und im internationalen Vergleich hoch komplexes Versorgungssystem mit einer psychosomatischen Grundversorgung durch Haus- und Fachärztinnen und -ärzte sowie einer fachärztlichen Versorgung durch



Nervenärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie weiteren Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie. Zudem tragen Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen zur Versorgung bei.

Die Finanzierung der Leistungen erfolgt über unterschiedliche Kostenträger (gesetzliche Kranken- und Rentenversicherer, Sozialhilfeträger, kommunale und regionale Behörden, Arbeitsverwaltung und Wohlfahrtsverbände). Diese Fragmentierung des Versorgungssystems führt leider nicht selten zu vermeidbaren Behandlungsabbrüchen.

Um dies zu beheben, muss der gesetzliche Rahmen für eine sektorenübergreifende Vernetzung aller Angebote zur Förderung strukturierter und bedarfsgerechter Versorgungsangebote geschaffen und die Umsetzung gezielt erprobt werden. Dabei ist die Stärkung der zuverlässigen und kontinuierlichen hausärztlichen Versorgung und Koordination für Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zu betonen. Zum anderen müssen auch die strukturellen Bedingungen des Finanzierungssystems darauf ausgerichtet werden, den in diesem Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzten die notwendigen Ressourcen für eine adäquate Behandlung zur Verfügung zu stellen. In erster Linie sind dies ausreichend Zeit für diagnostische und therapeutische Gespräche, medizinische Interventionen sowie Koordinationsleistungen im Versorgungsnetz der Patientinnen und Patienten und die Anleitung von Bezugspersonen.

Schließlich ist einer der wichtigsten Qualitätsparameter der Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen die umfassende Teilhabe in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens. Diese zu erhalten bzw. wiederherzustellen muss das Ziel der zukünftigen politischen Maßnahmen sein.



TOP II Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Titel: Keine Substitution indizierter psychotherapeutischer Behandlungen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Robin T. Maitra MPH, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Joachim Suder, Katharina Thiede, Julian Veelken und Dr. Bernhard Winter (Drucksache II - 07) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Detlev Steininger (Drucksache II - 07a) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Die Abgeordneten des 121. Deutschen Ärztetages 2018 setzen sich für den Erhalt der psychotherapeutischen Versorgung psychisch Kranker durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten ein. Diese fachlich spezifischen Behandlungen können im Sinne vorgeschalteter diagnostischer Abklärung und begleitender Intervention, z. B. durch eine Betreuung mit internetbasierter Intervention durch Medizinische Fachangestellte (MFA) in hausärztlichen Praxen, ergänzt werden.

Begründung:

Im Rahmen der aktuellen Diskussion um Fernbehandlung und Verzahnung von internetbasierten Interventionen mit Psychotherapie im direkten Kontakt zur Patientin/zum Patienten in Klinik und Praxis scheinen Modellprojekte, z. B. die als Blended Therapy bzw. CaPRI bezeichneten Ansätze, in den Hausarztpraxen eine Lösung für zu lange Wartezeiten und den eklatanten Mangel an Behandlungsplätzen für die betroffenen psychisch kranken Patientinnen und Patienten zu bieten. Die unzureichende Bedarfsplanung für (ärztliche und psychologische) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darf nicht durch Angebote eines anderen Versorgungsbereichs substituiert werden. Die Verdienste der Hausärztinnen und Hausärzte, die fast 60 Prozent der Diagnosen "Depression" stellen und im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung engagiert sind, sind unverzichtbar. Bei Projekten bzw. Programmen mit gezielt psychotherapeutischen Interventionen müssen diese von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie bei entsprechendem Alter von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt werden.



TOP II Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Titel: Versorgungsforschung Psychiatrie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Alexandra Henneberg, Dr. Martin Eichenlaub und Dr. Hans Ramm (Drucksache II - 08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesärztekammer auf, *die Versorgungsforschung der sektorenübergreifenden Behandlung in der Psychiatrie* in ihre Versorgungsforschungsprojekte aufzunehmen und voranzutreiben. Nur so können ineffiziente und überflüssige Entwicklungen vermieden werden.

Begründung:

Nach Einrichtung der psychiatrischen Institutsambulanzen für Patientinnen und Patienten mit besonders schweren psychischen Erkrankungen sollen jetzt weitere Projekte initialisiert werden, wie die stationsäquivalente Behandlung zu Hause durch die Kliniken, die telemedizinisch gestützte Behandlung an Depression Erkrankter durch Hausärztinnen und Hausärzte bzw. deren kurzgeschulten Medizinischen Fachangestellten (MFA) (nichtärztliche Praxisassistenten nicht erforderlich!) sowie telemedizinisch vermittelte Konsilbetreuung durch Fachärzte an den Hausarzt u. a. für die Themen Depression und Demenz (ZNS-Konsil).

Weiterhin sehen wir nach Analyse der Vermittlungen von Terminen durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), dass der Bedarf an Terminen bei Neurologen und Psychiatern in allen Bundesländern Spitzenplätze einnimmt. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) fordert die Zulassung mehrerer Tausend zusätzlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Allein der enorme Zuwachs an Psychotherapeuten im Versorgungssystem konnte in den vergangenen Jahren die Versorgungssituation nicht verbessern. Der Wirkungsgrad der einzelnen Versorgungsformen bedarf einer vergleichenden Analyse von wissenschaftlicher Qualität, ohne dass dieser zum Spielball ausschließlich politischer Interessen wird.

Am Beispiel der Depression wäre es wünschenswert, diese Ansätze in Bezug auf Kosten, Aufwand, Effizienz und Ergebnisqualität zu untersuchen, um künftige Wege schneller abstecken und entscheiden zu können.



Finanzrelevant:

25.000 Euro



TOP II Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Titel: Stigmatisierung psychisch Erkrankter abbauen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Christa Bartels, Dr. Siegfried Stephan, Dr. Hans Ramm, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Albring und Dr. Martin Eichenlaub (Drucksache II - 06) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, Maßnahmen zu ergreifen, welche die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zum Ziel haben.

Begründung:

Die größte Hürde für die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe ist nach wie vor das Stigma, welches auf psychischen Krankheiten lastet. Daher hat das Thema eine große gesundheitsökonomische Bedeutung.

Somatische und psychische Störungen werden z. B. bei der Verbeamtung von Lehrerinnen und Lehrern oder beim Abschluss von Berufsunfähigkeitsversicherungen mitunter sehr unterschiedlich bewertet, mit gravierenden Folgen für die Betroffenen.



TOP II Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Titel: Gesetzliche Grundlage für eine "Arbeitsminderung" schaffen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Matthias Fabian, Dr. Frank J. Reuther, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Susanne Johna (Drucksache II - 03) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Gesetzgeber auf, die Grundlage für eine "Arbeitsminderung" (vorübergehende Minderung der Arbeitsfähigkeit) zu schaffen, die analog zur Erwerbsminderung die Möglichkeit schafft, für eine begrenzte Zeit weniger zu arbeiten.

Speziell bei psychischen Störungen, insbesondere den Depressionen, gibt es wiederholt das Problem, dass eine Krankschreibung (AU = Arbeitsunfähigkeit) eher zu einer Verstärkung der Symptomatik führt und bezüglich der Heilung kontraproduktiv ist. Oft kommt auch die Angst um den Arbeitsplatz dazu.

Dem kann mit einer Arbeitsminderung begegnet werden. Tagesstruktur und sozialer Kontakt bleiben erhalten, ebenso fehlt die Abwesenheit vom Arbeitsplatz.

Auch in anderen Fachgebieten sind Situationen häufig, in denen bereits zu Beginn der Behandlung statt einer Krankschreibung eine vorübergehend reduzierte Arbeitszeit sinnvoll ist.



TOP II Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Titel: Zeitgemäße Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze - Prävention, Behandlung und Hilfe müssen im Vordergrund stehen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Frank J. Reuther, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Susanne Johna (Drucksache II - 02) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

ZeitgemäÙe Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze in den einzelnen Bundesländern sind wichtig und notwendig. Es geht darum, klare Kriterien und Strukturen für Behandlung, Beteiligung und Hilfe zu schaffen. Ebenso geht es darum, klare Bedingungen zu definieren, wann und wie eine Behandlung auch gegen den Willen der Patientinnen und Patienten erfolgen darf. Die veralteten Unterbringungsgesetze, die den Fokus auf die Zwangsbehandlung legten, müssen ersetzt werden.

Für die Behandlung in den Kliniken muss die Therapie im Vordergrund stehen, niemals ein Sicherungsgebot.

Zudem muss gelten:

- Freiheitseinschränkungen dürfen lediglich als letztes Mittel angewandt werden.
 - Keine Behörde darf ohne Zustimmung der Patientinnen und Patienten (bzw. ihrer Vertreter) Zugang zu medizinischen Daten erhalten.
 - Ausgangsregelungen müssen großzügig sein und in die Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte fallen, ohne dass vorher eine Rücksprache mit Sicherheitsbehörden erfolgen muss.
 - Keinesfalls darf eine Ausübung hoheitlicher Gewalt durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter außerhalb der Klinik erlaubt sein.
 - Die Interessen von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Eltern müssen spezielle Berücksichtigung finden.
-



TOP II Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Titel: Gegen Speicherung der Daten psychisch Kranker

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Alexandra Henneberg, Dr. Klaus König, Michael Thomas Knoll, Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Peter Zürner, Dr. Gabriel Nick und Yvonne Jäger (Drucksache II - 12) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 lehnt eine gesonderte Speicherung der Daten psychisch Kranker entschieden ab! Die deutsche Ärzteschaft fordert die Bundesregierung sowie die Landesregierungen auf, entsprechende Gesetzesvorhaben zu stoppen oder bereits getätigte Vorlagen zurückzunehmen.

Begründung:

In einigen Landesärztekammern wurden in letzter Zeit Forschungsvorhaben zu den Greueln des Nationalsozialismus in unserem Land durchgeführt. Wir sehen eine drohende Entwicklung in die falsche Richtung, wenn erneut Untergruppen von Patientinnen und Patienten gesondert erfasst und damit diskriminiert werden. Dies widerspricht der von uns seit Jahren durchgeführten Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken in besonderem Maße.

In beiden deutschen Staaten wurden die Gleichbehandlung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken bereits in den 60er- und 70er-Jahren gefordert und entsprechende Veränderungen der Versorgungssysteme auf den Weg gebracht (Rodewischer Thesen, Psychiatrie-Enquete). Eine Speicherung von Daten, die psychisch Kranke diskriminieren und in ihrer Lebensgestaltung einschränken, widerspricht nicht nur dem Datenschutz, sondern auch dem Gleichbehandlungsgesetz (AGG).

Darüber hinaus entbehrt der Generalverdacht, dass untergebrachte Patientinnen und Patienten ein besonders hohes Gewaltisiko für die Allgemeinheit darstellen, einer wissenschaftlichen Grundlage. Psychisch erkrankte Menschen sind viel häufiger Opfer von Gewalttaten, als dass sie solche selbst begehen. Unzählige Studien und Statistiken belegen, dass von ihnen generell keine erhöhte Gefahr ausgeht. Zwischenmenschliche Gewaltausübungen sind ganz überwiegend auf Menschen zurückzuführen, die nicht an einer psychischen Erkrankung leiden. Nur äußerst selten können bestimmte Krankheitsbilder in Verbindung mit besonderen Einflussfaktoren, wie insbesondere Alkohol- und Drogenmissbrauch, männliches Geschlecht und frühe eigene Gewalterfahrung, zur



Gewalttätigkeit führen. In diesen Einzelfällen sind eine frühzeitige gründliche Diagnostik und eine engmaschige Behandlung besonders wichtig. Eine Stigmatisierung durch Aufnahme in eine Gefährderdatei würde aber gerade dazu führen, dass die Betroffenen ihre Erkrankung verbergen und ebene keine - oder erst sehr spät oder nur sporadisch - psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen.



TOP II Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Titel: Sprechende Medizin endlich stärken

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Siegfried Stephan, Dr. Hans Ramm, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Albring und Dr. Martin Eichenlaub (Drucksache II - 05) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, unverzüglich mit allen beteiligten Partnern darauf hinzuwirken, dass die sprechende Medizin endlich gestärkt wird und es nicht nur bei Lippenbekenntnissen bleibt. Die Förderung der sprechenden Medizin wird im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung explizit gefordert, ebenso wie dies eine lang beschlossene Forderung der Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) an einen neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist. Gerade die zeitgebundenen Gesprächsleistungen in der Psychiatrie, psychosomatischen Medizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen mindestens so gut vergütet werden wie die psychotherapeutischen Leistungen entsprechend der Richtlinienpsychotherapie.

Begründung:

Psychiaterinnen und Psychiater, psychosomatische Medizinerinnen und Mediziner und Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater erbringen praktisch keine technischen Leistungen. Sie müssen mit dem fachärztlichen Gespräch - ihrem Kerngeschäft - ein ausreichendes Honorar erwirtschaften können.



TOP II Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Titel: Einrichtung einer Arbeitsgruppe Neuropsychiatrie in der Bundesärztekammer

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Alexandra Henneberg, Dr. Hans Ramm und Dr. Martin Eichenlaub (Drucksache II - 09) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Prävention, Frühdiagnostik und gezielte Therapie neuropsychiatrischer Krankheitsbilder durch ambulante Fachärztinnen und Fachärzte müssen besser in der Bundesärztekammer vertreten werden. Daher fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018 die Einrichtung einer Arbeitsgruppe "Ambulante Diagnostik, Therapie und Prävention neuropsychiatrischer Krankheitsbilder" in der Bundesärztekammer als einen ersten notwendigen Schritt.

Begründung:

Daten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zeigen auf, dass Krankheitsbilder des neuropsychiatrischen Fachgebiets (Demenz, Depression, Rückenschmerz) zunehmend an Bedeutung gewinnen. Dies ist in den Themen des Dezernats 1 der Bundesärztekammer bislang nicht in der Mitwirkung der Psychiater, Neurologen und Nervenärzte aus den Praxen abgebildet, aber dennoch dringend erforderlich, um ambulante Versorgungsfragen der Zukunft für unsere Bevölkerung zu klären. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kliniken können diesen Aufgaben nicht gerecht werden! Psychotherapeuten sehen sich durch eine eigene Kammer vertreten - die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Neuropsychiatrische Erkrankungen bedürfen der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung. Insbesondere die ärztliche Kompetenz in diesem vielschichtigen Versorgungsbereich ist erforderlich, um mit einem hohen Wirkungsgrad Versorgung bedarfsgerecht entwickeln zu können. Die Verstetigung dieses Themas unter Berücksichtigung von Versorgungs-, Qualitäts- und Forschungsaspekten ist notwendig.



TOP II Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Titel: Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation im Bereich der seelischen Gesundheit

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Jürgen de Laporte, Dr. Joachim Suder, Dr. Frank J. Reuther, Uwe Lange, Klaus Schäfer, Dr. Herbert Arthur Zeuner, Dr. Klaus Baier, Dr. Susanne Blessing, Dr. Jürgen Braun, Dr. Stefan Windau und Dr. Wolfgang Krombholz (Drucksache II - 13) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, sich mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), den Krankenkassen und den Verbänden zu verständigen, um die Strukturen für die Kooperation und interprofessionelle Kommunikation im Bereich der seelischen Gesundheit und der Behandlung psychischer Erkrankungen zu verbessern.

Begründung:

In der Versorgung der Bevölkerung im Bereich seelischer Gesundheit besteht großer Verbesserungsbedarf. Im Laufe der Jahre entstand eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Die Schnittstellenprobleme zwischen primär- und weiterem fachärztlichen wie auch zwischen ambulantem und stationärem Bereich sind noch nicht ausreichend weit gelöst. Diese bedürfen in der Praxis vorwiegend mündlicher Kommunikationsstrukturen. Die bestehenden Strukturängel gilt es zu benennen und zu verbessern. Die interprofessionelle Kommunikation wird bisher im GKV-System nicht ausreichend dargestellt und nicht honoriert.



TOP III

GOÄneu

GOÄneu
Weitere Anträge



TOP III GOÄneu

GOÄneu

- III - 06 GOÄ frühzeitig in die Politik einbringen
- III - 01 Fortsetzung der Arbeiten an der GOÄ-Novelle
- III - 02 Keine Vereinheitlichung inkompatibler ärztlicher Gebührensysteme
- III - 04 Novellierung der GOÄ
- III - 05 Ärztliche Gebührenordnung als Verhandlungsgrundlage für die Novellierung der GOÄ fertigstellen



TOP III **GOÄneu**

Titel: GOÄ frühzeitig in die Politik einbringen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Tilman Kaethner, Marion Charlotte Renneberg, Dr. Thomas Buck, Uwe Lange, Dr. Thomas Carl Stiller, Dr. Gisbert Voigt und Detlef Schmitz (Drucksache III - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, die reformierte Gebührenordnung für Ärzte (GOÄneu) frühzeitig und zeitnah der Politik vorzulegen.

Der Deutsche Ärztetag hatte in den letzten Jahren beschlossen, die GOÄ-Novelle erst dann in die Politik einzubringen, wenn die Zukunft einer getrennten privaten und gesetzlichen Krankenversicherung eindeutig politisch geklärt worden ist.

Die neue große Koalition hat die Entscheidung über die Zukunft der Krankenversicherungen verschoben und einen runden Tisch/Ausschuss eingerichtet, der erst 2019/2020 über das Verhältnis und die Zukunft der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden wird. Damit droht die Gefahr, dass die Entscheidung über eine neue Gebührenordnung um mehrere Jahre verschoben wird.



TOP III GOÄneu

Titel: Fortsetzung der Arbeiten an der GOÄ-Novelle

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) unter Berücksichtigung der Anträge von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Klaus König, Dr. Christian Albring und Dr. Ivo Grebe (Drucksachen III - 01a, III - 01b, III - 01c, III - 01d, III - 01e, III - 01f und III - 01g) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 erteilt der Bundesärztekammer den Auftrag, die weit fortgeschrittenen Arbeiten zur Erarbeitung eines Entwurfs zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄneu) in Abstimmung mit den Landesärztekammern sowie unter Einbindung der Berufsverbände und Fachgesellschaften im Rahmen des Novellierungsprozesses entsprechend der Beschlusslage des 120. Deutschen Ärztetages 2017 fortzuführen.

Der mit den Landesärztekammern und über 130 ärztlichen Verbänden und wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) erarbeitete Entwurf einer Leistungslegendierung wird aktuell einer betriebswirtschaftlich nachvollziehbaren Kalkulation unterzogen.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 beauftragt die Bundesärztekammer, diesen begonnenen Prozess unter Berücksichtigung der Eingaben der eingebundenen Verbände und Fachgesellschaften fortzuführen.

In nachvollziehbaren Hochrechnungen unter Hinzuziehung der verfügbaren Datengrundlagen soll eine möglichst detaillierte Folgenabschätzung sichergestellt werden.

Die Fragestellung, ob diese neue GOÄ inklusive der damit verbundenen eingegangenen Kompromisse als Konsensvorschlag seitens der Bundesärztekammer beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingebracht wird, muss unter Beachtung der Beschlusslage des 120. Deutschen Ärztetages 2017 nach deren Fertigstellung vor dem Hintergrund der politischen Diskussion, insbesondere der Arbeit der geplanten wissenschaftlichen Kommission der Bundesregierung zur Modernisierung der Vergütungssysteme, gesondert bewertet werden.



TOP III GOÄneu

Titel: Keine Vereinheitlichung inkompatibler ärztlicher Gebührensysteme

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp und Dr. Lothar Rütz (Drucksache III - 02) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 lehnt die von der Politik erwogene einheitliche Gebührenordnung als Zusammenführung von Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) ab.

Blaupause für eine perspektivisch zu schaffende einheitliche Gebührenordnung kann nur eine Gebührenordnung im eigentlichen Sinne wie die GOÄ sein, keinesfalls jedoch der EBM, der auf dem Gesamtvergütungsprinzip basiert und zudem eine quartalsweise Honorierung abbildet.

In jedem Falle ist auszuschließen, dass die GOÄ mit dem vorgeblichen Ziel einer Vereinheitlichung der ärztlichen Vergütungssysteme eine Anpassung an den EBM erfährt, sowohl im Hinblick auf das Honorarniveau als auch im Hinblick auf strukturelle Änderungen.

Begründung:

Trotz des unstrittigen Reformbedarfs, sowohl bei der noch geltenden GOÄ als auch beim EBM, schließt sich eine einfache Zusammenführung beider Gebührenordnungen sowohl technisch als auch ordnungspolitisch aus. Eine Gebührenordnung, die gleichermaßen für gesetzlich und privat versicherte Patientinnen und Patienten Anwendung findet, kann nur auf Basis gleicher Voraussetzungen gelten, was die Angleichung der unterschiedlichen Finanzierungssysteme zwingend einschließt.

Während die GOÄ eine Gebührenordnung im eigentlichen Sinne ist, die mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung der Bundesregierung erlassen wird, stellt der EBM als Bestandteil des Bundesmantelvertrages einen Bewertungsmaßstab dar, der den Inhalt der in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abrechnungsfähigen Leistungen sowie ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander abbildet. Der eigentliche Wert vertragsärztlicher Leistungen ergibt sich letztlich erst aus der Verteilung der von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung bereitgestellten Gesamtvergütung (Honorarverteilung). Der EBM wird von der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene (Bewertungsausschuss)



vereinbart.

Daraus ergibt sich, neben diversen Interventionsmöglichkeiten im Rahmen des EBM, bereits aus dem Wesen der beiden Gebührenordnungen eine Unvereinbarkeit, die eine einfache Zusammenführung ausschließt.



TOP III GOÄneu

Titel: Novellierung der GOÄ

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Ivo Grebe, Christine Neumann-Grutzeck, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Wolf von Römer und Dr. Klaus-Peter Spies (Drucksache III - 04) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 erinnert an die Beschlusslage des 120. Deutschen Ärztetages 2017 (VI - 01), in der dieser klarstellt, dass eine mit den Kostenträgern der privaten Krankenversicherung (PKV) und der Beihilfe konsentierende Gebührenordnung für Ärzte (GOÄneu) nur dann als Vorlage für eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eingereicht werden darf, sofern das duale Versicherungssystem in Deutschland erhalten bleibt und keine einheitliche Gebührenordnung entwickelt wird.

Da mit der Beantwortung dieser Fragen erst nach der Verkündung von ersten Ergebnissen der durch die große Koalition einzusetzenden, wissenschaftlichen Kommission zu rechnen und dies nicht vor 2020 zu erwarten ist, kann ohne Zeitdruck an einer GOÄneu weitergearbeitet werden. In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich die Bereitschaft der Bundesärztekammer begrüßt, die Berufsverbände dabei weiterhin einzubinden.



TOP III GOÄneu

Titel: Ärztliche Gebührenordnung als Verhandlungsgrundlage für die Novellierung der GOÄ fertigstellen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Albring, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Thomas Lipp und Dr. Svante Gehring (Drucksache III - 05) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 unterstützt ausdrücklich den gemäß Beschluss des 120. Deutschen Ärztetages 2017 geforderten Vorbehalt, dass der Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄneu) nur dann beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch die Bundesärztekammer eingebracht werden darf, wenn von der Bundesregierung keine weitere grundlegende ordnungspolitische Beeinträchtigung in der privatärztlichen Versorgung vorgesehen ist. Eine solche Beeinträchtigung ist gegeben, wenn eine GOÄ-unabhängige Einheitsgebührenordnung verfolgt wird (vgl. Beschluss VI - 01, 120. Deutscher Ärztetag 2017).

Sollte es zu einer solchen Beeinträchtigung kommen, wird die Bundesärztekammer aufgefordert, parallel und basierend auf der heutigen geltenden GOÄ eine rein ärztliche Gebührenordnung für Ärzte zu entwickeln, und zwar unter Fortschreibung des derzeitigen Standes, Überprüfung der Leistungslegenden sowie der Preise und insbesondere ohne Änderungen des Paragrapheanteils und der Bundesärzteordnung (BÄO).

Begründung:

Mit Beschluss des 120. Deutschen Ärztetages 2017 wurde die Fertigstellung der GOÄneu und deren Übermittlung an das BMG nur unter dem Vorbehalt zugestimmt, dass der Gesetzgeber keine weiteren Überlegungen zur Zusammenführung der Versicherungssysteme der privaten Krankenversicherung (PKV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie einer damit einhergehenden einheitlichen Gebührenordnung verfolgt.

Mit Abschluss des Koalitionsvertrages von CDU/CSU und SPD wird deutlich, dass die Koalitionspartner weiterhin eine Zusammenführung der Versicherungssysteme sowie das Vorhaben einer einheitlichen Gebührenordnung verfolgen. Trotz und gerade aufgrund dieses Vorhabens der Koalitionspartner ist eine eigene ärztliche Gebührenordnung notwendig.



TOP III GOÄneu

Weitere Anträge

- III - 03 Forderung nach zeitnaher und deutlicher Erhöhung der bestehenden Gebührensätze der GOÄneu
- III - 08 Vorzeitige Umsetzung der GOÄ bei der Abrechnung der Leichenschau
- III - 09 Vergütung der ärztlichen Leichenschau
- III - 07 Leichenschau sofort besser honorieren



TOP III GOÄneu

Titel: Forderung nach zeitnahe und deutlicher Erhöhung der bestehenden
Gebührensätze der GOÄneu

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Christian Messer, Dr. Klaus König, Dr. Ivo Grebe, PD Dr. Johannes Kruppenbacher, Prof. Dr. Bernd Bertram, Prof. Dr. Dr. dent. Christof Hofele, Dr. Heiner Heister, Barbara vom Stein, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Hans Ramm, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Anne Gräfin Vitzthum von Eckstädt und Dr. Hans-Otto Bürger (Drucksache III - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung wurde der Einsatz einer wissenschaftlichen Kommission beschlossen, die bis Ende 2019 prüfen soll, ob und welche Maßnahmen bei einer konstatierten "Reformbedürftigkeit von GOÄ und EBM" für die Errichtung eines "modernen Vergütungssystems" notwendig seien. Ob die vorgeschlagenen Maßnahmen dann umgesetzt werden, würde erst danach entschieden.

Es ist davon auszugehen, dass es in dieser Legislaturperiode in Anbetracht dieser Sachlage nicht zu einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) kommen wird. Deshalb fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018 eine zeitnahe und deutliche Erhöhung der geltenden Gebührensätze für Ärzte, entsprechend den Anpassungen für andere freie Berufe durch den Gesetzgeber.



TOP III GOÄneu

Titel: Vorzeitige Umsetzung der GOÄ bei der Abrechnung der Leichenschau

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Steffen Grüner und Dr. Thomas Carl Stiller (Drucksache III - 08) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Die Bundesregierung und der Bundesrat werden aufgefordert, entsprechend dem Vorschlag in der neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄneu), die Vergütung der Leichenschau vorzeitig umzusetzen.

Begründung:

Eine qualifizierte Leichenschau und Todesfeststellung ist unter den derzeitigen Honorarbedingungen nicht möglich.



TOP III GOÄneu

Titel: Vergütung der ärztlichen Leichenschau

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski, Dr. Anke Müller, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Evelin Pinnow, Karsten Thiemann und Prof. Dr. Andreas Crusius (Drucksache III - 09) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Nachdem das politische Versprechen einer Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ganz offensichtlich auf unbestimmte Zeit verschoben, ja sogar in der Legislatur dieser Bundesregierung nur noch wenig wahrscheinlich ist, bedarf es einer schnellen Einzelfalllösung des Problems der ärztlichen Leichenschau. Die seit vielen Jahren völlig unzureichende Honorierung des Aufsuchens eines Toten im Rahmen der ärztlichen Leichenschau ist nicht mehr länger hinnehmbar.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert daher das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Bundesrat als GOÄ-Verordnungsgeber auf, im Vorgriff auf die unverändert notwendige Novellierung der GOÄ schnellstmöglich eine die Vergütung der Leichenschau abdeckende Regelung zu treffen.

Die Bundesärztekammer möge unabhängig von einer Novellierung der GOÄ umgehend in Verhandlungen mit der Bundesregierung auf eine zeitnahe Erhöhung der Vergütung der ärztlichen Leichenschau (Gebührenordnungsposition [GOP] 100 GOÄ) hinwirken.

Bei der Ausgestaltung der Honorierung sind neben der betriebswirtschaftlichen Kalkulation der Leichenschaugebühr auch erschwerte Bedingungen, z. B. durch die besondere Auffindesituation des Leichnams oder den Zeitpunkt der Leichenschau, zu berücksichtigen.



TOP III GOÄneu

Titel: Leichenschau sofort besser honorieren

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Herbert Sülz, Barbara vom Stein, Dr. Ivo Grebe und Dr. Folker Franzen (Drucksache III - 07) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich unverzüglich für eine ausreichende Honorierung der Leichenschau einzusetzen.

Begründung:

Eine ganze Generation von Ärztinnen und Ärzten hat inzwischen die Leichenschau für ein völlig unzureichendes Honorar von ca. 50 Euro erbracht. Dies zu jeder Tages- und Nachtzeit, an jedem beliebigen Ort und teilweise mit Unterbrechung der Sprechstunde. Die Reaktion auf den Antrag VI - 06 des 120. Deutschen Ärztetages 2017 in Freiburg ist unzureichend. Die Leichenschau ist eine häufige ärztliche Tätigkeit. Die Honorarungerechtigkeit wird hierbei besonders stark empfunden.



TOP IV Änderung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)

- IV - 01 Änderung des in § 7 Abs. 4 MBO-Ä statuierten
Behandlungsgrundsatzes zur Fernbehandlung von Patientinnen und
Patienten
- IV - 10 § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)
- IV - 11 Information des weiterbehandelnden Arztes bei ausschließlicher
Fernbehandlung
- IV - 05 Änderung des in § 7 Abs. 4 MBO-Ä statuierten
Behandlungsgrundsatzes zur Fernbehandlung von Patientinnen und
Patienten
- IV - 07 Einbindung von Fernbehandlung in bestehende
Versorgungsstrukturen
- IV - 08 Diskriminierungsverbot bei Fernbehandlungen
- IV - 09 Fernbehandlung im vertragsärztlichen Sektor nur durch
Vertragsärzte
- IV - 03 Keine ärztlichen Verordnungen im Rahmen von ausschließlichen
Fernbehandlungen
- IV - 04 Keine Krankschreibung per Telefon oder per Videokonferenz bei
unbekannten Patienten



TOP IV Änderung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)

Titel: Änderung des in § 7 Abs. 4 MBO-Ä statuierten Behandlungsgrundsatzes zur Fernbehandlung von Patientinnen und Patienten

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 01) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der § 7 Abs. 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) in der Fassung des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach, zuletzt geändert durch den 118. Deutschen Ärztetag 2015 in Frankfurt am Main, wird wie folgt neu gefasst:

"Ärztinnen und Ärzte beraten und behandeln Patientinnen und Patienten im persönlichen Kontakt.

Sie können dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen.

Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird."

Begründung:

Die Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer haben sich mit dem Thema (ausschließliche) Fernbehandlung ausführlich unter Einbeziehung der Ergebnisse des 120. Deutschen Ärztetages 2017 in Freiburg und auch der Entwicklungen in der Landesärztekammer Baden-Württemberg befasst. Nach intensiver Beratung wurde dem Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 18./19.01.2018 ein Formulierungsvorschlag zur Diskussion und Beschlussfassung vorgelegt, der eine ausschließliche Fernbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Der Vorstand hat in der Sitzung beschlossen, die Novellierung von § 7 Abs. 4 MBO-Ä einzuleiten. Die konsentiertere Formulierung wurde über das WIKI-BÄK mit den Landesärztekammern abgestimmt. Die Ergebnisse dieser Abstimmung wurden erneut in den Berufsordnungsgremien beraten, dem Vorstand zur endgültigen Beschlussfassung in der



Sitzung am 15./16.03.2018 vorgelegt; vom Vorstand wurde beschlossen, den genannten Formulierungsvorschlag dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 in Erfurt vorzulegen.

Die überarbeitete Regelung entspricht einerseits der Forderung des 120. Deutschen Ärztetages 2017 in Freiburg, eine ärztliche Beratung und Behandlung ausschließlich aus der Ferne zu ermöglichen (Beschluss II - 35), andererseits entspricht sie den ebenfalls auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 gefassten Entschliefungen (II - 07, II - 23, II - 29, II - 33), den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt weiterhin in den Vordergrund zu stellen.

Bislang war eine ausschließliche Fernbehandlung gemäß MBO-Ä grundsätzlich untersagt. Die Regelung stellt klar, dass der Grundsatz der ärztlichen Beratung und Behandlung im persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient, d. h. unter physischer Präsenz der Ärztin oder des Arztes, zu erfolgen hat und weiterhin den "Goldstandard" ärztlichen Handelns in Beziehung zu den Patientinnen und Patienten darstellt. Damit wird die Bedeutung des persönlichen Kontakts im Sinne einer guten Arzt-Patienten-Kommunikation auch im digitalen Zeitalter in den Vordergrund gestellt. Digitale Techniken können und sollen die ärztliche Tätigkeit unterstützen, sie dürfen aber die notwendige persönliche Zuwendung von Ärztinnen und Ärzten nicht ersetzen.

Damit werden die bisher geltenden Grundsätze fortgeführt. Danach dürfen Ärztinnen und Ärzte unterstützend über Kommunikationsmedien ärztlich beraten und behandeln, soweit mindestens einer oder einem an der Behandlung beteiligten Ärztin oder Arzt die Patientin oder der Patient sowie der krankhafte Zustand bzw. die Beschwerden aufgrund einer persönlichen Untersuchung bekannt sind.

Kommunikationsmedien in diesem Sinne sind alle Kommunikationsmittel, die zur ärztlichen Beratung und Behandlung eingesetzt werden können, ohne dass die Ärztin oder der Arzt und die Patientin oder der Patient gleichzeitig körperlich anwesend sind, wie z. B. Telefonanrufe, E-Mails, Videotelefonie, über den Mobilfunkdienst versandte Nachrichten, Briefe sowie Rundfunk und Telemedien (in Anlehnung an die Definition in § 312c Abs. 2 BGB). Es sind daneben stets die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten.

Im Einzelfall wird mit der zukünftigen Regelung unter Wahrung der genannten Voraussetzungen eine Beratung und Behandlung ausschließlich aus der Ferne über Kommunikationsmedien erlaubt. Ziel dieser Öffnung ist, den Patientinnen und Patienten zukünftig mit der Fort- und Weiterentwicklung telemedizinischer, digitaler, diagnostischer und anderer vergleichbarer Möglichkeiten eine dem anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse entsprechende ärztliche Versorgung anbieten zu können. Telemedizinische Primärarztmodelle sind dabei zu vermeiden. Die ausdrücklich benannten Anforderungen sollen verdeutlichen, dass ihnen bei der ausschließlichen Beratung und Behandlung aus der Ferne eine besondere Bedeutung zukommt und sie von der Ärztin oder dem Arzt zu gewährleisten sind.

Ob eine Beratung oder Behandlung ausschließlich aus der Ferne über



Kommunikationsmedien möglich ist, entscheidet die Ärztin oder der Arzt durch eine jeweilige Prüfung des Einzelfalls. Dabei ist zu prüfen, ob die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, die Beratung, die Behandlung sowie die Dokumentation gewahrt wird. Die MBO-Ä regelt bereits an anderer Stelle ausdrücklich, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen haben. Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse (vgl. § 2 Abs. 2 und 3 MBO-Ä). Auch bei einer Beratung oder Behandlung ausschließlich über Kommunikationsmedien ist der anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse einzuhalten. Neben der Pflicht zur Aufklärung gemäß § 8 MBO-Ä und § 630e BGB hat die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten, soweit sich solche ergeben, auch über Besonderheiten einer Beratung und Behandlung ausschließlich über Kommunikationsmedien aufzuklären.

Im Übrigen bleiben alle rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere die Regelungen zur Pflichtmitgliedschaft, und alle berufsrechtlichen Bestimmungen, wie z. B. die Regelungen zur Niederlassung und Ausübung der Praxis gem. § 17 MBO-Ä, von der Novellierung unberührt.



TOP IV Änderung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)

Titel: § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Wolf Andreas Fach, Monika Buchalik, Dr. Bernhard Winter und Dr. Christian Piper (Drucksache IV - 10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Eine Fernbehandlung ist grundsätzlich möglich, wenn folgende Voraussetzungen eingehalten werden:

- Es besteht ein Arzt-Patienten-Verhältnis (Definition).
- Es besteht eine besondere Einwilligung der Patientin/des Patienten in die Fernbehandlung.
- Es erfolgt eine implizite Aufklärung der Patientin/des Patienten über die Möglichkeiten und Grenzen einer Fernbehandlung.
- Die Ärztin/der Arzt muss der Fernbehandlung zustimmen.
- Es bestehen geeignete Maßnahmen zur Begrenzung einer missbräuchlichen Mehrfachnutzung.
- Die Fernbehandlung erfolgt über eine gesicherte Kommunikation.
- Es erfolgt eine gesonderte Vergütung für die Fernbehandlung.
- Es werden Leitlinien der Ärztekammern für die sichere und praktische Umsetzung der Fernbehandlung verabschiedet.

Die Fernbehandlung wird sich zunehmend durchsetzen. Sie bedarf aber einer grundsätzlichen Regulierung im Sinne der Patientinnen und Patienten, der Patientensicherheit, aber auch der Verantwortlichkeit und des Haftungsrechts für Ärztinnen und Ärzte. Die Beschränkung der Fernbehandlung "auf den Einzelfall" ist nicht ausreichend und nicht zielführend.



TOP IV Änderung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)

Titel: Information des weiterbehandelnden Arztes bei ausschließlicher
Fernbehandlung

Beschluss

Auf Antrag von Jens Wagenknecht, Ruben Bernau, Marion Charlotte Renneberg und Dr. Norbert Metke (Drucksache IV - 11) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, in den weiteren Beratungen zur Ausgestaltung des neu gefassten § 7 Abs. 4 (Muster-)Berufsordnung (MBO-Ä) sicherzustellen, dass die weiterbehandelnde Ärztin oder der weiterbehandelnde Arzt über die stattgehabte Beratung und Behandlung zu informieren ist.



TOP IV Änderung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)

Titel: Änderung des in § 7 Abs. 4 MBO-Ä statuierten Behandlungsgrundsatzes zur Fernbehandlung von Patientinnen und Patienten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Krombholz und Dr. Jan Döllein (Drucksache IV - 05) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert den Gesetzgeber auf, sicherzustellen, dass den GKV-Versicherten keine Vorteile für die Inanspruchnahme der Fernbehandlung gewährt werden, die der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V zuwider laufen. Insbesondere sind telemedizinische Primärarztmodelle zu vermeiden.

Begründung:

Die Regelung, wonach unter den genannten Voraussetzungen auch eine ausschließliche Fernbehandlung von Patientinnen und Patienten möglich ist, birgt die Gefahr in sich, dass Krankenversicherungen ihren Versicherten aufgeben, sich unter bestimmten Voraussetzungen vor einem Arzt-Patienten-Kontakt mit physischer Präsenz der Ärztin oder des Arztes zunächst einer Fernbehandlung zu unterziehen.



TOP IV Änderung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)

Titel: Einbindung von Fernbehandlung in bestehende Versorgungsstrukturen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Thomas Carl Stiller, Dr. Christian Albring, Ernst-Dieter Boisch, Dr. Steffen Grüner, Dr. Thomas Buck, Dr. Elke Buckisch-Urbanke MPH, Prof. Dr. Bernd Haubitz, Dr. Karl Hubert Hoffschulte, Detlef Schmitz, Dr. Tilman Kaethner, Uwe Lange, Dr. Wolfgang Lensing, Dr. Frank Thalacker, Dr. Frauke Petersen, Marion Charlotte Renneberg, Dr. Jürgen Tempel, Dr. Gisbert Voigt, Jens Wagenknecht und Ruben Bernau (Drucksache IV - 07) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 betont die Notwendigkeit, Beratungen und Behandlungen aus der Ferne in die bestehenden Versorgungsstrukturen einzubinden. Er spricht sich gegen den Aufbau eines neuen eigenständigen Versorgungsbereichs einer telemedizinischen Primärversorgung, insbesondere in Form kommerziell betriebener Callcenter, aus.

Begründung:

Die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) bindet die ärztliche Tätigkeit grundsätzlich an die Niederlassung in einer Praxis. Die ärztliche Beratung und Behandlung sollen daher aus einer für die Patientinnen und Patienten optimalen Versorgungsstruktur heraus erfolgen. Beratungen und Behandlungen über Kommunikationsmedien können diese Versorgung unterstützen oder im Einzelfall auch einleiten. Es muss aber gewährleistet sein, dass die Patientin oder der Patient zeitnah im unmittelbaren persönlichen Patientenkontakt untersucht und behandelt werden kann. Der Aufbau telemedizinischer Callcenter birgt zudem die Gefahr des Entstehens neuer, unabgestimmter Schnittstellen. Fernbehandlungen müssen daher in die vertragsärztliche Versorgung integriert und aus ihr heraus entwickelt werden.



TOP IV Änderung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)

Titel: Diskriminierungsverbot bei Fernbehandlungen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Thomas Carl Stiller, Dr. Christian Albring, Ernst-Dieter Boisch, Dr. Steffen Grüner, Dr. Thomas Buck, Dr. Elke Buckisch-Urbanke MPH, Prof. Dr. Bernd Haubitz, Dr. Karl Hubert Hoffschulte, Detlef Schmitz, Dr. Tilman Kaethner, Uwe Lange, Dr. Wolfgang Lensing, Dr. Frank Thalacker, Dr. Frauke Petersen, Marion Charlotte Renneberg, Dr. Jürgen Tempel, Dr. Gisbert Voigt, Jens Wagenknecht und Ruben Bernau (Drucksache IV - 08) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Aufnahme einer Regelung in das SGB V und in die Mustervertragsbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KK), wonach Versicherte nicht bevorzugt oder benachteiligt werden dürfen, weil sie einer telemedizinischen Versorgung, insbesondere einer ausschließlichen Fernbehandlung, zustimmen oder diese verweigern.

Begründung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 berät unter diesem Tagesordnungspunkt intensiv Vorzüge und mögliche Nachteile der telemedizinischen Versorgung, namentlich des zurzeit noch bestehenden Verbots der ausschließlichen Fernbehandlung. Die Beschlussempfehlung des Vorstands sieht vor, dass die Patientin oder der Patient über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt werden muss. Das impliziert, dass der Patient über die Inanspruchnahme dieses Angebots frei entscheiden kann. Diese Freiheit gilt es aber auch in dem Sinne abzusichern, dass eine Patientin oder ein Patient, die oder der einen ausschließlichen persönlichen Patientenkontakt bevorzugt, nicht diskriminiert wird.



TOP IV Änderung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)

Titel: Fernbehandlung im vertragsärztlichen Sektor nur durch Vertragsärzte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Norbert Metke, Dr. Hans-Detlef Dewitz, Dr. Christian Messer, Ralph Drochner und Dr. Roland Urban (Drucksache IV - 09) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert, dass die Fernbehandlung im vertragsärztlichen Sektor nur durch Vertragsärztinnen und -ärzte im Rahmen des Sicherstellungsauftrags erfolgt. Kapitalorientierte Gesellschaften dürfen im vertragsärztlichen Sektor nicht in Konkurrenz zu Vertragsärzten treten oder gar Betreibereigenschaften für medizinische Versorgungszentren erhalten.

Begründung:

Es ist zu befürchten, dass die Fernbehandlung ein weiteres Gebiet der Medizin eröffnet, welches für kapitalorientierte Gesellschaften hochinteressant ist. Die ärztliche Freiberuflichkeit muss auch auf diesem Gebiet erhalten bleiben.



TOP IV Änderung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)

Titel: Keine ärztlichen Verordnungen im Rahmen von ausschließlichen Fernbehandlungen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Susanne Blessing, Dr. Christian Messer, Dr. Ivo Grebe, PD Dr. Johannes Kruppenbacher, Dr. Heiner Heister, Julian Veelken, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Petra Bubel, Dr. Hans Ramm und Dr. Martin Eichenlaub (Drucksache IV - 03) wird in 2. Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 lehnt die Ausstellung von ärztlichen Verordnungen für Medikamente, Physiotherapien, Soziotherapien et al. und die Ausstellung von Überweisungen ab, wenn es im Rahmen einer ausschließlichen Fernbehandlung zu keinem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt kommt.

Behandlungsqualität und Rechtssicherheit müssen gewahrt bleiben.



TOP IV Änderung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung)

Titel: Keine Krankschreibung per Telefon oder per Videokonferenz bei unbekanntem Patienten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Dr. Hans Ramm, Dr. Martin Eichenlaub, Christa Bartels, Dr. Susanne Blessing, Dr. Christian Messer, Dr. Heiner Heister, Dr. Klaus-Peter Spies, Julian Veelken, Dr. Petra Bubel, Dr. Ivo Grebe und PD Dr. Johannes Kruppenbacher (Drucksache IV - 04) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 lehnt die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab, wenn es im Rahmen einer ausschließlichen Fernbehandlung mit der betreffenden Patientin oder dem betreffenden Patienten zu keinem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt kommt.

Behandlungsqualität und Rechtssicherheit müssen gewahrt bleiben.



**TOP V Bericht über die Jahresrechnung der
Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2016/2017
(01.07.2016 – 30.06.2017)**

- V - 01 Genehmigung des Jahresabschlusses
- V - 02 Korrektur der Umlagenverteilung für das Geschäftsjahr 2017/2018



**TOP V Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 – 30.06.2017)**

Titel: Genehmigung des Jahresabschlusses

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V - 01) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018 einstimmig:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 - 30.06.2017) und vom Ergebnis der Prüfung durch die Ebner Stolz GmbH & Co. KG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin.

Der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 - 30.06.2017) wird gebilligt.

Die nicht verbrauchten Mittel aus dem Geschäftsjahr 2016/2017 in Höhe von 2.053.299,90 Euro werden in Höhe von 1.199.000,00 Euro in das Geschäftsjahr 2018/2019 eingestellt sowie in Höhe von 853.000 Euro zur Bildung der Rücklage Mittelfristplanung ÄZQ verwendet. Der Restbetrag wird auf neue Rechnung vorgetragen.



**TOP V Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 – 30.06.2017)**

Titel: Korrektur der Umlagenverteilung für das Geschäftsjahr 2017/2018

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V - 02) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018 einstimmig:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 nimmt die Korrektur der Umlagenverteilung für das Geschäftsjahr 2017/2018 laut **Anlage** zustimmend zur Kenntnis.

Begründung:

Durch ein Versehen sind für die Berechnung der Umlagen im Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2017/2018 die Zahlen der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte mit Stand 31.12.2014 verwendet worden und nicht, wie erforderlich, mit dem Stand 31.12.2015.

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 24.08.2017 beschlossen, die Finanzgremien zu informieren, die korrekte Umlagenverteilung anzuwenden und den 121. Deutschen Ärztetag 2018 um zustimmende Kenntnisnahme zu bitten.



**TOP VI Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für
das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 – 30.06.2017)**

VI - 01 Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 - 30.06.2017)



**TOP VI Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 – 30.06.2017)**

Titel: Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr
2016/2017 (01.07.2016 - 30.06.2017)

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Franz Bernhard Ensink MBA, Prof. Dr. Michael Faist, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger M.Sc., Dr. Peter Czeschinski, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Karl Schulze, Dr. Markus Beck und Dr. Johannes Grundmann (Drucksache VI - 01) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018 einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 - 30.06.2017) Entlastung erteilt.



**TOP VII Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2018/2019
(01.07.2018 – 30.06.2019)**

VII - 01 Genehmigung des Haushaltsvoranschlags



TOP VII Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2018/2019 (01.07.2018 – 30.06.2019)

Titel: Genehmigung des Haushaltsvoranschlags

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 01) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018 einstimmig:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2018/2019 (01.07.2018 - 30.06.2019) in Höhe von 22.716.000,00 Euro wird genehmigt.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Präambel

Abschnitt C

Abschnitt A

Novelle MWBO (allgemein)

Logbuch

Weitere Themen



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Präambel

VIII - 65 Änderung der Präambel MWBO - 1. Satz

VIII - 66 Änderung der Präambel (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) - 3. Satz



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Änderung der Präambel MWBO - 1. Satz

Beschluss

Auf Antrag von Stefanie Oberfeld, Dr. Henrik Herrmann, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Gisbert Voigt, Bernd Zimmer und Rolf Granseyer (Drucksache VIII - 65) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der Text der Präambel zur (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wird im ersten Absatz Satz 1 wie folgt ergänzt und geändert:

"Ärztliche Weiterbildung beinhaltet das Erlernen *spezieller* ärztlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten *nach abgeschlossenem Studium der Humanmedizin* und Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit".

Begründung:

Die Präambel richtet sich an alle Kolleginnen und Kollegen, aber auch an Patientinnen und Patienten, also die allgemeine Öffentlichkeit. Der Änderungsvorschlag soll dem Eindruck entgegenwirken, ohne Weiterbildung seien Ärztinnen und Ärzte noch nicht "vollwertig". Das trifft nicht zu. Eine Ärztin oder ein Arzt ist unabhängig vom Vorhandensein von Spezialisierungen berechtigt, Patienten auf allen Gebieten, die von ihrer oder seiner Approbation umfasst sind, zu behandeln. Die Einfügung des Wortes "spezieller" soll verdeutlichen, dass die ärztliche Grundkompetenz bereits während des Studiums erworben wird. Der (in der Bildungsterminologie zutreffende) Begriff der "Ausbildung" wird durch den Begriff "Studium der Humanmedizin" ersetzt. Umgangssprachlich wird unter dem Begriff der "Ausbildung" ein Lehrberuf verstanden.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Änderung der Präambel (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) - 3. Satz

Beschluss

Auf Antrag von Stefanie Oberfeld, Dr. Henrik Herrmann, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Gisbert Voigt, Bernd Zimmer und Rolf Granseyer (Drucksache VIII - 66) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der Text der Präambel zur (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wird im ersten Absatz Satz 3 um das Wort "vertiefende" ergänzt und lautet:

"Kennzeichnend für die Weiterbildung ist die *vertiefende* Anwendung ärztlicher Kenntnisse in der Berufsausübung."

Begründung:

Die Präambel richtet sich an alle Kolleginnen und Kollegen, aber auch an Patientinnen und Patienten, also die allgemeine Öffentlichkeit. Der Änderungsvorschlag soll dem Eindruck entgegenwirken, ohne Weiterbildung seien Ärztinnen und Ärzte noch nicht "vollwertig". Das trifft nicht zu. Eine Ärztin oder ein Arzt ist unabhängig vom Vorhandensein von Spezialisierungen berechtigt, Patientinnen und Patienten auf allen Gebieten, die von ihrer oder seiner Approbation umfasst sind, zu behandeln. Die Einfügung des Wortes "vertiefende" soll verdeutlichen, dass die ärztliche Grundkompetenz bereits während des Studiums erworben wird.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Abschnitt C

- VIII - 57 Zusatz-Weiterbildung Akupunktur, Stundenzahl
- VIII - 70 Berufsbegleitender Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Allergologie
- VIII - 52 Zusammenlegung Zusatz-Weiterbildung Balneologie und physikalische Therapie
- VIII - 82 Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin - Ergänzung Definition
- VIII - 68 Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin
- VIII - 28 Kardiale Magnetresonanztomographie (Kardio-MRT)
- VIII - 72 Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin berufsbegleitend erwerbbar gestalten
- VIII - 81 Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie soll berufsbegleitend möglich sein
- VIII - 21 Zusatz-Weiterbildung Phlebologie bleibt erhalten
- VIII - 29 Gefährdung der Versorgung in der Phlebologie verhindern!
- VIII - 31 Erhalt der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie
- VIII - 36 Erhalt der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie
- VIII - 40 Beibehaltung der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie - Ablehnung der Nichtaufnahme der Phlebologie in die MWBO

- VIII - 41 Erhalt der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie
- VIII - 56 Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie berufsbegleitend erhalten
- VIII - 85 Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin
- VIII - 69 Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin
- VIII - 27 Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen und Zusatzbezeichnung Sozialmedizin
- VIII - 50 Beibehaltung der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie als berufsbegleitende Weiterbildung

- VIII - 17 Berufsbegleitende Weiterbildung in der Zusatz-Weiterbildung stärken
- VIII - 25 Berufsbegleitenden Erwerb von Zusatz-Weiterbildungen ermöglichen
- VIII - 20 Neue Zusatz-Weiterbildungen



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Zusatz-Weiterbildung Akupunktur, Stundenzahl

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Klaus Thierse (Drucksache VIII - 57) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert, den Gesamtumfang der Kurs-Weiterbildung auf 200 Stunden zu begrenzen.

Begründung:

Die bisherige Fassung sah diese 200-Stunden Kurs-Weiterbildung vor:

Die Kurs-Weiterbildung in der Zusatz-Weiterbildung Akupunktur war bisher wie folgt definiert:

- 24 Stunden Grundkurs gemäß § 4 Abs. 8 und anschließend 96 Stunden Aufbaukurs gemäß § 4 Abs. 8 mit praktischen Übungen in Akupunktur.
- 60 Stunden praktische Akupunkturbehandlungen unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten für Akupunktur gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2, verteilt auf eine Weiterbildungsdauer von mindestens 24 Monaten.
- 20 Stunden Fallseminare in mindestens fünf Sitzungen.

Schon vor 15 Jahren haben die Akupunkturschulen versucht, eine Weiterbildungsdauer von 360 Kursstunden durchzusetzen (A-Diplom und B-Diplom).

Der Deutsche Ärztetag hat damals diese Ausweitung abgelehnt, unter anderem, da in allen Studien das A-Diplom als Zugangsvoraussetzung als völlig ausreichend angesehen wurde. Im B-Diplom fanden sich summiert kleine Blöcke von fachspezifischen Inhalten, die die entsprechenden Fachärztinnen oder Fachärzte ebensogut als Fortbildung erwerben können, ohne umfangreiche Kursinhalte zu absolvieren, die sie nie anwenden (dürfen).

Die Ausweitung auf 360 (zu bezahlende) Kursstunden folgt nicht fachlichen Gesichtspunkten.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Berufsbegleitender Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Allergologie

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Petra Bubel, Dr. Ellen Lundershausen und Dr. Ivo Grebe (Drucksache VIII - 70) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer auf, den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Allergologie berufsbegleitend zu ermöglichen.

Begründung:

Diese Zusatz-Weiterbildung setzt auf die klinischen Erfahrungen mit Kompetenzen der entsprechenden Fachgebiete auf und bedarf immunologischer und allergologischer Kenntnisse, die auch berufsbegleitend erwerbbar sind.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Zusammenlegung Zusatz-Weiterbildung Balneologie und physikalische Therapie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus Thierse, Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka, Carsten Mohrhardt und PD Dr. Hansjörg Heep (Drucksache VIII - 52) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert, die vorgeschlagenen Zusatz-Weiterbildungen "Balneologie und medizinische Klimatologie" und "Physikalische Therapie" wie bisher als "Physikalische Therapie und Balneologie" zusammenzufassen.

Begründung:

Die bisherige Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie und Balneologie berechtigte zu den gleichen Bedingungen wie in der neuen Zusatz-Weiterbildung Balneologie und medizinische Klimatologie zur Führung der Bezeichnung Badearzt oder Kurarzt.

Es ist nicht nachvollziehbar, wie ein Badearzt oder Kurarzt künftig ohne vertiefte Kenntnisse der physikalischen Therapie tätig sein kann. Es fehlen bei der vorgeschlagenen Zusatz-Weiterbildung Balneologie und medizinische Klimatologie alle Inhalte wie Krankengymnastik und Bewegungstherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie, Foto- und Inhalationstherapie, Elektrotherapie - alles wichtige Bausteine einer Kurbehandlung.

Das Ergebnis wäre hier ein tatsächlich im schlimmsten Sinne des Wortes reiner Badearzt.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin - Ergänzung Definition

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Hans-Detlef Dewitz (Drucksache VIII - 82) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten zu prüfen, ob die Definition der Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin um die Worte

"einschließlich der arbeitsmedizinischen Beurteilung von Piloten, Flugbegleitern sowie Fluglotsen"

ergänzt werden kann. Das Wort "einschließlich" in der Definition wird gestrichen und durch ein Komma ersetzt.

Begründung:

Durch diese Ergänzung müssten Pilotinnen und Piloten, Flugbegleiterinnen und Flugbegleiter sowie Fluglotsinnen und Fluglotsen nicht mehr zu zwei Ärztinnen oder Ärzten, um ihre Tauglichkeit nachzuweisen. Die Inhalte der arbeitsmedizinischen Beurteilung sind bereits Inhalt der Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Ivo Grebe, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger M.Sc., Michael Krakau, Dr. Kai Johanning und Dr. Andreas Tröster (Drucksache VIII - 68) wird in 2. Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 unterstützt grundsätzlich die vorgeschlagene Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin und die damit verbundene Öffnung der Qualifikation für mehrere Fachgebiete, die an der intensivmedizinischen Versorgung beteiligt sind. Da in den Gebieten in einzelnen Fällen bis zu zwölf Monate in der Intensivmedizin während der Facharztweiterbildung abgeleistet werden, sollte Zeile zwei der Präambel wie folgt ergänzt werden:

"Davon können 6 Monate aus der Weiterbildung im Gebiet angerechnet werden, wenn bereits 12 Monate Intensivmedizin in der Weiterbildung bei einem Befugten abgeleistet wurden."

Begründung:

In den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie, aber auch in der Anästhesie, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie und Neurochirurgie ist die Intensivmedizin fester Bestandteil der Weiterbildung, sodass eine über die dort vorgeschriebene Weiterbildungszeit von sechs Monaten hinausgehende Zeit bis zu sechs Monate Anrechnung finden kann, ohne Einschränkung der Fachkompetenz.

Ohne Anrechnung der Weiterbildung in der Intensivmedizin auf die Zusatz-Weiterbildung käme es zu einer unzumutbaren Verlängerung der ohnehin langen Weiterbildungszeit in den genannten Fächern. Einmal in der Facharztweiterbildung erworbene Kenntnisse müssen in der Zusatz-Weiterbildung nicht wiederholt werden.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Kardiale Magnetresonanztomographie (Kardio-MRT)

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Michael Krakau, Dr. Robert Stalmann, Dr. Irmgard Pfaffinger und Dr. Wolf von Römer (Drucksache VIII - 28) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Zusatz-Weiterbildung Kardiale Magnetresonanztomographie (Kardio-MRT) umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie die Durchführung und Befundung facharztbezogener Bildgebungsverfahren (Herz und herznahe Gefäße) mittels Magnetresonanztomographie.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Kardio-MRT nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie:

Weiterbildungszeit:

12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Radiologie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon können bis zu

- 12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Kardio-MRT gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 abgeleistet werden,
- 6 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden.

Begründung:

In den letzten 40 Jahren sind die allermeisten Methoden der kardialen Bildgebung und der daraus abgeleiteten Funktionsdiagnostik von Kardiologen wissenschaftlich begründet und dann in Klinik und Praxis eingeführt worden. Dies gilt auch für die kardiale Magnetresonanztomographie, die heute fester Bestandteil der kardiologischen Diagnostik ist.

Vor diesem Hintergrund haben bereits vier Ärztekammern eine eigene Zusatz-Weiterbildung Kardiale Magnetresonanztomographie (Kardio-MRT) eingeführt, die damit eine regelhafte Beteiligung einer Kardiologin oder eines Kardiologen an dieser Zusatz-



Weiterbildung festgeschrieben haben.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin berufsbegleitend erwerbbar gestalten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt und Dr. Gerald Quitterer (Drucksache VIII - 72) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin wird wie folgt geändert:

Mindestanforderungen gemäß § 11 (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO)

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung

und zusätzlich

- ~~6 Monate Palliativmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten~~

~~und zusätzlich~~

- **40 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Palliativmedizin

und zusätzlich

- **120 Stunden Fallseminare** unter Supervision

Die Fallseminare können durch 6 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

Begründung:

Die ambulante Palliativmedizin hat eine zunehmende Bedeutung. Die vertragliche Situation in der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung ist in Deutschland sehr heterogen. Die Weiterbildungsordnung muss dieser Versorgungssituation gerecht werden. Eine sechsmonatige Weiterbildung in Palliativmedizin als hauptberufliche Tätigkeit ist für die bereits niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, aber auch für die am Krankenhaus in der Patientenversorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen praktisch nicht realisierbar. Da bei der Novellierung der MWBO der Kompetenzerwerb im Vordergrund steht und Weiterbildungszeiten nachrangig sind, wird durch den Änderungsvorschlag gewährleistet, dass auch ein berufsbegleitender Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin möglich



ist, ohne Abstriche bei der erforderlichen Kompetenz zu machen.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie soll berufsbegleitend möglich sein

Beschluss

Auf Antrag von Wieland Dietrich und Dr. Lothar Rütz (Drucksache VIII - 81) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie soll berufsbegleitend möglich sein.

Begründung:

Dieser Beschluss erfolgt in Übereinstimmung mit dem Vorschlag des Vorsitzenden der Weiterbildungsgruppen der Bundesärztekammer.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Zusatz-Weiterbildung Phlebologie bleibt erhalten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Lothar Rütz, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Barbara vom Stein, Dr. Folker Franzen, Dr. Oliver Funken und Dr. Joachim Wichmann MBA (Drucksache VIII - 21) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Die Zusatz-Weiterbildung Phlebologie bleibt erhalten.

Begründung:

Venenerkrankungen sind eine Volkskrankheit, ca. 30 Prozent der Bevölkerung sind davon betroffen, im Hinblick auf die steigende Lebenserwartung mit zunehmender Prävalenz.

Überwiegend erfolgt die Behandlung ambulant. Die ausdrückliche Kennzeichnung "Phlebologie oder Venenleiden" erleichtert den Patientinnen und Patienten den Zugang zum weitergebildeten Arzt auch im Hinblick auf dessen Erreichbarkeit.

Vor dem Hintergrund einer Ausdünnung der fachärztlichen Versorgung wird es zunehmend schwierig sein, ein qualifiziertes Angebot in der Fläche aufrecht zu erhalten, obwohl es sich um eine interdisziplinäre Zusatz-Weiterbildung handelt, die nicht auf ein Fach fokussiert ist.

Vor diesem Hintergrund würde die Abschaffung der Zusatz-Weiterbildung einen Rückschritt in der bisher gut funktionierenden Versorgung unserer Patientinnen und Patienten bedeuten.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Gefährdung der Versorgung in der Phlebologie verhindern!

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christoph Freiherr von Ascheraden (Drucksache VIII - 29) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 spricht sich gegen die Streichung der Zusatz-Weiterbildung "Phlebologie" im Abschnitt C der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) aus.

Begründung:

Die Streichung der Zusatz-Weiterbildung führt dazu, dass eine zukünftige qualitätsgesicherte Versorgung im Bereich Phlebologie nicht mehr sichergestellt werden kann.

- Bereits lange Wartezeiten von Patientinnen und Patienten mit Venenleiden auf Gefäßspezialisten.
 - Orientierung für Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte durch Fachgebietsbezeichnungen alleine nicht ausreichend. Erforderlich ist der Hinweis auf eine Subspezialisierung.
 - Abschaffung einer seit 1992 bestehenden Zusatz-Weiterbildung ohne die Möglichkeit einer offiziellen Stellungnahme der entsprechenden Fachgesellschaften ist unprofessionell.
 - Die Zusatz-Weiterbildung Phlebologie ist ein klassisches interdisziplinäres Fach mit Organbezug, wie es sonst von Politik und Berufspolitik gefordert wird.
-



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Erhalt der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sebastian Biltz und Wieland Dietrich (Drucksache VIII - 31) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 beschließt die Beibehaltung der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie im Abschnitt C der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO). Phlebologische Erkrankungen stellen mit etwa 30 Prozent Betroffener innerhalb der Bevölkerung eine Volkskrankheit dar, die häufiger ist als andere Volkskrankheiten. Für eine adäquate, qualitätsgesicherte und zugleich effektive sowie zielgerichtete Versorgung ist sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für nichtspezialisierte überweisende Ärztinnen und Ärzte die Zusatzbezeichnung Phlebologie unverzichtbar.

Begründung:

Die Streichung der Zusatzbezeichnung führt dazu, dass eine zukünftige qualitätsgesicherte Versorgung im Bereich Phlebologie nicht mehr sichergestellt werden kann.

- Bereits lange Wartezeiten von Patientinnen und Patienten mit Venenleiden auf Gefäßspezialisten.
 - Orientierung für Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte durch Fachgebietsbezeichnungen alleine nicht ausreichend. Erforderlich ist der Hinweis auf eine Subspezialisierung.
 - Abschaffung einer seit 1992 bestehenden Zusatz-Weiterbildung ohne die Möglichkeit einer offiziellen Stellungnahme der entsprechenden Fachgesellschaften ist aus versorgungsmedizinischer Sicht nicht zielführend.
 - Die Zusatz-Weiterbildung Phlebologie ist ein klassisches interdisziplinäres Fach mit Organbezug, wie es sonst von Politik und Berufspolitik gefordert wird.
-



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Erhalt der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski, Dr. Anke Müller, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Evelin Pinnow, Karsten Thiemann und Prof. Dr. Andreas Crusius (Drucksache VIII - 36) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Andreas Gibb und Dr. Wilfried Schimanke (Drucksache VIII - 36a) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

In der novellierten (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 bleibt die Zusatz-Weiterbildung Phlebologie erhalten. Die Zusatz-Weiterbildung soll berufsbegleitend erwerbbar sein.

Begründung:

1. Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung sind nicht vollständig in anderen Fächern enthalten

Die Zusatzbezeichnung Phlebologie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen und Fehlbildungen des Venensystems einschließlich der thrombotischen Erkrankungen. Umfassende Kenntnisse in diesem Fachbereich werden in keiner Facharztweiterbildung vollständig vermittelt. Die Zusatzbezeichnung Phlebologie ist daher tatsächlich ein "Zusatz" und nicht in bereits vorhandenen Facharztweiterbildungen enthalten. Thrombose, Erkrankungen des Endstrombereichs, d. h. der kutanen Mikrozirkulation, Lymphödem und komplexe Entstauungstherapie, die Duplexsonographie der peripheren Venen, insbesondere intraoperativ, Venenfunktionsmessungen wie Phlebodynamometrie und Photoplethysmographie, die Sklerosierungstherapie der Varizen, die ätiologisch ausgerichtete Therapie der chronischen Wunden infolge venöser und lymphatischer Abflussstörungen, die Kompressionstherapie mit Verbänden, mit medizinischen Kompressionsstrümpfen sowie mit intermittierend pneumatischer Kompression, die klassische operative Therapie von Venenerkrankungen und insbesondere die geringinvasiven ultraschallgesteuerten endoluminalen Kathetermethoden zur Ausschaltung venöser Refluxes sind zwar jeweils einzeln in unterschiedlichen Facharztweiterbildungen erwähnt, nicht jedoch in der für die Patientenversorgung sinnvollen Gesamtheit und Quantität enthalten.



2. Versorgungssituation: ca. 25 Prozent der Bevölkerung von Venenleiden betroffen

Allein von einem behandlungsbedürftigen Krampfaderleiden ist jede fünfte Frau und jeder sechste Mann betroffen. Hinzu kommen Menschen mit Thrombosen und postthrombotischen Syndromen. Phlebologische Erkrankungen sind mit etwa 25 Prozent Betroffener innerhalb der Bevölkerung eine echte Volkskrankheit, die häufiger ist als andere Volkskrankheiten. Für eine effektive und zielgerichtete Versorgung ist sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für nichtspezialisierte, überweisende Ärztinnen und Ärzte die ausweisbare Bezeichnung "Phlebologie" unverzichtbar für die rasche Orientierung über die erforderliche Kompetenz im Bereich der Venenleiden.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Beibehaltung der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie - Ablehnung der Nichtaufnahme der Phlebologie in die MWBO

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Lensing, Uwe Lange und Marion Charlotte Renneberg (Drucksache VIII - 40) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 beschließt die Beibehaltung der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie im Abschnitt C der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO). Phlebologische Krankheitsbilder betreffen ca. 22 Prozent der Bevölkerung. Sie ergeben eine große Krankheitslast der Betroffenen, die medizinische Versorgung und die sozialmedizinischen Folgen sind überaus teuer. Die (Rück-)Verlagerung der Phlebologie in die MWBO Dermatologie wurde im Vorfeld weder mit der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) noch mit dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) erörtert. Der Weiterbildungsinhalt der Phlebologie findet sich nicht im derzeitigen Entwurf der MWBO Dermatologie wieder. Beide Organisationen lehnen ebenso wie die Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (DGP) die Abschaffung der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie ab.

Begründung:

Phlebologische Krankheitsbilder werden infolge des demografischen Wandels zunehmen und betreffen häufig multimorbide und ältere Menschen. Zu ihrer Versorgung bedarf es fundierter interdisziplinärer Kenntnisse. Die Abschaffung der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie würde eine nachhaltige Verschlechterung der Versorgungssituation bedeuten - dies ist aus Sicht der Fachgesellschaften, in erster Linie auch der vorrangig versorgenden dermatologischen Organisationen, nicht hinnehmbar.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Erhalt der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Ulrike Beiteke, Dr. Theodor Windhorst, Dr. Hans-Ulrich Schröder, Dr. Reinhard Hochstetter, Dr. Anne Bunte, Rolf Granseyer und Prof. Dr. Rüdiger Smektala (Drucksache VIII - 41) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Die Zusatz-Weiterbildung Phlebologie bleibt erhalten. Die Inhalte sollten analog den Inhalten der anderen Zusatz-Weiterbildungen in den Gremien der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern weiterentwickelt werden.

Begründung:

Bei Durchsicht der Inhalte der Facharztkompetenzen wird erkennbar, dass die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Phlebologie nicht bereits obligater Bestandteil der Gebietsweiterbildungen in den Gebieten Innere Medizin und Angiologie/Chirurgie/Gefäßchirurgie/Dermatologie/Allgemeinmedizin, sondern lediglich Teile der Zusatz-Weiterbildung in den Gebieten verankert sind. Phlebologische Erkrankungen sind in großem Maße relevant für die Versorgung.

- In Deutschland leiden mindestens 22 Prozent der Bevölkerung und damit ca. 18 Millionen Personen unter abklärungs- oder behandlungsbedürftigen Venenerkrankungen.
- Deutschlandweit werden jährlich etwa 4,1 Millionen ambulante phlebologische Behandlungen durchgeführt. Die Anzahl und damit auch der Anteil ambulanter phlebologischer Behandlungen und Eingriffe ist in den letzten fünf Jahren jährlich um fünf bis zehn Prozent gestiegen.
- Die Zusatz-Weiterbildung Phlebologie wurde 2016 in Deutschland von 3.049 Ärztinnen und Ärzten geführt. Die Phlebologie ist dabei ein basisversorgendes Querschnittsfach, das u. a. Allgemeinmediziner, Chirurgen, Dermatologen und Angiologen verbindet.

Im Interesse der zukünftigen Versorgungsqualität, der Versorgungseffizienz und des Anspruches von Patientinnen und Patienten auf Zugang zu erkennbar qualifizierter Versorgung sollte die Zusatz-Weiterbildung Phlebologie erhalten bleiben.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie berufsbegleitend erhalten

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Thomas Lichte, Prof. Dr. Bernd Haubitz, Uwe Lange, Ruben Bernau und Marion Charlotte Renneberg (Drucksache VIII - 56) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der berufsbegleitende Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie muss erhalten bleiben.

Begründung:

Die bisher geltenden Weiterbildungsordnungen für Psychotherapie ermöglichten es den Fachärztinnen und Fachärzten mit einer Weiterbildung in einem patientennahen Fach, die Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie auch berufsbegleitend zu erwerben. Ein erheblicher Anteil der heute tätigen ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hat eine Zusatz-Weiterbildung erworben, auch ohne die Facharztanerkennungen in Psychiatrie bzw. Psychosomatischer Medizin. Die von einigen Fachgruppen geplante Erschwernis, zukünftig zusätzlich obligat mindestens zwölf Monate im Gebiet "Psychiatrie und Psychotherapie", "Psychosomatische Medizin und Psychotherapie" oder "Kinder- und Jugendpsychiatrie" zu einer Facharztweiterbildung absolvieren zu müssen, würde den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie für bereits niedergelassene arbeitende Fachärztinnen und Fachärzte in patientennahen Fächern zukünftig praktisch ausschließen.

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten in der dritten Ebene der Psychotherapie ("Vier-Ebenen-Modell" nach Heuft et al.) wäre zukünftig nicht mehr flächendeckend und nach den bisherigen Anforderungen möglich. Schon heute sind besonders in dünner besiedelten Regionen Psychotherapien nur durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne die Facharztbezeichnungen Psychiatrie bzw. Psychosomatische Medizin verfügbar.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Andreas Hellmann (Drucksache VIII - 85) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Ergänzung der Anforderung Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin:

Der zweite Spiegelstrich soll nach

"Schlafmedizin gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis"

ergänzt werden um

"auch berufsbegleitend".

Begründung:

Kenntnisse und Fähigkeiten in der Schlafmedizin zum Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin müssen berufsbegleitend möglich sein.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Günther Jonitz, Stefanie Oberfeld, Dr. Lydia Berendes und Dr. Christian Albring (Drucksache VIII - 69) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in 2. Lesung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 möge über den im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) von der Bundesärztekammer erarbeiteten Vorschlag für eine Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin beraten und dessen Aufnahme in die MWBO zustimmen.

Unter die Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO sollen zusätzlich 80 Stunden Kurs-Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung oder die Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie oder die Zusatz-Weiterbildung Psychoanalyse hinzugefügt werden.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung

und zusätzlich

- **80 Stunden Kurs-Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung oder die Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie oder die Zusatz-Weiterbildung Psychoanalyse**

und zusätzlich

- 120 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Sexualmedizin

und zusätzlich

- 120 Stunden Fallseminare unter Supervision
Die Fallseminare können durch 6 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

Begründung:

1. Ärztinnen und Ärzte verschiedenster Gebiete übernehmen bereits heute einen
-



wesentlichen Teil der Versorgung der Menschen mit sexuellen Problemen. Sie sind für die meisten Patientinnen und Patienten diesbezüglich erste Ansprechpartnerin oder erster Ansprechpartner, insbesondere in der Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Psychiatrie, Psychosomatischen Medizin und Urologie.

2. Dabei lassen sich aus medizinischer Sicht die zu berücksichtigenden Indikationsgebiete klar umreißen und die zugrundeliegenden Störungsbilder durch ICD-10-Diagnosen eindeutig beschreiben. Im Wesentlichen sind es
 - Störungen der sexuellen Funktion, als eigenständiges Krankheitsbild oder aufgrund anderer Krankheiten und/oder deren Behandlung
 - Störungen der Sexualität im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalterfahrung, Missbrauch oder Traumatisierung
 - Gesundheitsfragen im Zusammenhang mit eigenem sexuellen Verhalten und seinen gesundheitlichen Risiken (z. B. Ansteckung)
 - Gesundheitsfragen im Zusammenhang mit menschlicher Reproduktion
 - Transsexualität, Geschlechtsidentitätsstörung oder Varianten der somatosexuellen Differenzierung (Störungen der geschlechtlichen Entwicklung)
 - Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit sexuellen Präferenzbesonderheiten
3. Es besteht in der Medizin eine spezialisierte Kompetenz zur Diagnostik und Therapie sexueller Störungen, die sich als gut vermittelbar erwiesen hat und bei entsprechendem Angebot auch gut angenommen wird (im Medizinstudium, z. B. im Modellstudiengang der Charité mit eigenem Modul "Sexualität und endokrines System", seit 2007 etablierte Weiterbildung Sexualmedizin der Ärztekammer Berlin).
4. Insbesondere mit Blick auf das Thema sexueller Ausbeutung von Kindern hat der Gesetzgeber bereits 2016 die Bedeutung der Behandlung von Menschen mit einer pädophilen Sexualpräferenz für die Prävention und in dem Zusammenhang auch die Notwendigkeit einer sexualmedizinischen Zusatzqualifizierung für die Diagnostik und Therapie erkannt. Mit einer Änderung des Fünften Sozialgesetzbuchs (§ 65d SGB V) sind jetzt die gesetzlichen Krankenversicherungen verpflichtet, spezialisierte Leistungserbringer, die entsprechende Therapieangebote vorhalten, im Rahmen von Modellvorhaben finanziell zu fördern. Mittlerweile sind mit zwölf Einrichtungen in Deutschland Verträge geschlossen worden - eine Verstärkung des Angebots würde das Vorhalten entsprechender Qualifizierungsmaßnahmen voraussetzen.
5. Unter Moderation der Bundesärztekammer konnte aufbauend auf der in Berlin etablierten Zusatz-Weiterbildung im vergangenen Jahr gemeinsam mit Vertretern vieler relevanter Fachgesellschaften, namentlich der Allgemeinmedizin, der Gynäkologie, der Urologie, der Dermatologie/Venerologie, der Andrologie, der Psychiatrie/Psychotherapie/Nervenheilkunde und der Psychosomatik ein Vorschlag für einen Gegenstandskatalog "Sexualmedizin" erarbeitet werden, in dem systematisch



Kenntnisse und Fertigkeiten für Diagnostik und Therapie von Störungsbildern in den Indikationsgebieten der Sexualmedizin vermittelt werden.

Schlussfolgerungen:

Vor dem Hintergrund der veränderten Versorgungsrealitäten, der sozial- und gesellschaftspolitischen Entwicklung in diesem Gebiet und der veränderten Anforderungen sollte es für Kolleginnen und Kollegen eine bundesweite Möglichkeit der Anerkennung sexualmedizinischer ärztlicher Kompetenz geben.

Die Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin sollte deshalb in der zuletzt von der Bundesärztekammer erarbeiteten und mit den federführenden Fachgesellschaften konsentierten Form in den Abschnitt C der MWBO aufgenommen werden.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen und Zusatzbezeichnung
Sozialmedizin

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Wilhelm Rehorn und Dr. Christiane Groß M.A. (Drucksache VIII - 27) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in 2. Lesung:

Bei beiden Zusatzbezeichnungen ist jeweils der letzte Satz

"Die Kurs-Weiterbildung und Supervision können durch 12 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden."

ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Die Weiterbildungskurse sind die einzige Möglichkeit, einen Überblick über die Breite der sozialmedizinischen und rehabilitationsmedizinischen Themen zu erlangen und die Probleme der Kolleginnen und Kollegen aus den unterschiedlichen sozialmedizinischen bzw. rehabilitationsmedizinischen Bereichen im persönlichen Kontakt kennenzulernen.

Derzeit werden die Weiterbildungskurse von den an der Weiterbildung interessierten Arbeitgebern als Fortbildung bezahlt und die Kolleginnen und Kollegen für die Zeit der Kurse freigestellt.

Die Weiterbildung in der Arbeitszeit und auf Kosten der Arbeitgeber ist eine ultimative Forderung der Ärzteschaft. Wenn die Pflicht zu den Weiterbildungskursen entfällt, wird den Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit genommen, sich während der Arbeitszeit mit den theoretischen Inhalten der Sozialmedizin bzw. der Rehabilitationsmedizin zu beschäftigen. Dies wird dann wieder in die Freizeit verschoben.

Dieser Standpunkt wird auch von allen Akademien für Sozialmedizin mit Nachdruck geteilt.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Beibehaltung der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie als
berufsbegleitende Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Ullrich Fleck (Drucksache VIII - 50) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in 2. Lesung:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Beibehaltung der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie in der zu beschließenden neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) als berufsbegleitende Weiterbildung.

Begründung:

Der Wegfall der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie wird der Viszeralchirurgie nicht gerecht, da hochspezielle Operationen und Prozeduren nicht in der 72-monatigen Weiterbildungszeit erlernt und beherrscht werden können (z. B. Pankreas-, Leber- und Ösophagusresektionen). Die schon einmal genannten Weiterbildungsinhalte im Abschnitt D sollten aktualisiert und definiert werden. Nach Absolvierung und Dokumentation im eLogbuch der festgelegten Prozeduren kann man sich zur Prüfung bei der Weiterbildungsakademie der Landesärztekammer anmelden.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Berufsbegleitende Weiterbildung in der Zusatz-Weiterbildung stärken

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VIII - 17) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) schafft durch den geänderten Paragrafenteil die Möglichkeit, die im Abschnitt C geregelten Zusatz-Weiterbildungen berufsbegleitend zu gestalten. Berufsbegleitende Weiterbildung ermöglicht eine durchgängige Erwerbsbiografie. Sie soll als Weiterbildung nach dem Facharzt die Möglichkeit zur Weiter- bzw. Nachqualifikation schaffen, ohne dass Ärztinnen und Ärzte ihre Erwerbsbiografie für zusätzliche Weiterbildungszeiten bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte unterbrechen müssen.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden daher aufgefordert, bei der weiteren Gestaltung des Abschnittes C Weiterbildungszeiten und -zahlen abzubauen und dadurch mehr Möglichkeiten einer kompetenzbasierten, berufsbegleitenden Weiterbildung zu schaffen.

Gerade die Zusatz-Weiterbildungen satteln auf einem Facharzt auf, sodass auf bestimmte Erfahrungszeiten zurückgegriffen werden kann, über die in Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzte bereits verfügen. Weitere Erfahrungszeiten sind nur dort notwendig, wo über erworbene klinische Erfahrungen hinaus eine durchgehende ganztägige klinische Erfahrung mit einem besonderen, selektierten Patientengut unbedingt erforderlich ist.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Berufsbegleitenden Erwerb von Zusatz-Weiterbildungen ermöglichen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Herbert Sülz, Dr. Lothar Rütz, Barbara vom Stein, Dr. Folker Franzen, Christa Bartels, Wieland Dietrich und Dr. Ivo Grebe (Drucksache VIII - 25) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Weiterbildungsstellen der Bundesärztekammer erneut auf, den berufsbegleitenden Erwerb von Zusatz-Weiterbildungen in größerem Umfang zu ermöglichen.

Begründung:

Der vorliegende Entwurf der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO), Abschnitt C, sieht nur für 18 Zusatz-Weiterbildungen die Möglichkeit des berufsbegleitenden Erwerbs vor.

Versorgungsrelevante Zusatz-Weiterbildungen wie Diabetologie, Geriatrie und vor allem Palliativmedizin sind nur durch Tätigkeit an einer Weiterbildungsstätte zu erwerben.

Wesentliche Teile dieser Zusatz-Weiterbildungen sind Inhalt verschiedener Facharztweiterbildungen, weitere können durch Berufserfahrung vorhanden sein.

Die vorliegende Version schließt bereits niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vom Erwerb dieser Zusatzbezeichnungen praktisch aus. Angestellte Ärzte sind gezwungen, die Stelle zu wechseln.

Die Möglichkeit, auch nach Abschluss der primären Weiterbildung neue Qualifikationen zu erwerben, macht den Arztberuf attraktiver.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Neue Zusatz-Weiterbildungen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VIII - 20) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Zusatz-Weiterbildungen, die mit Verabschiedung der Novellierung noch keine Aufnahme in den Abschnitt C der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) gefunden haben, sollen inhaltlich weiter diskutiert und entwickelt sowie im Rahmen der Deutschen Ärztetage 2019 bzw. 2020 beschieden werden.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Abschnitt A

- VIII - 77 Anrechenbarkeit erworbener Kompetenzen
- VIII - 84 Zusatz-Weiterbildung: Kompetenzerwerb als entscheidendes Kriterium/Abschnitt A
- VIII - 39 Änderungsantrag zu Antrag VIII - 01 - Abschnitt A der MWBO (Paragrafenteil),
elektronisches Logbuch
- VIII - 16a Änderungsantrag zum Antrag VIII - 16 - Unterbrechungen der Weiterbildung
- VIII - 16 Unterbrechungszeiten in der Weiterbildung
- VIII - 59a Änderungsantrag zu VIII - 59 - Gesamtweiterbildungszeit
- VIII - 59 Teilzeitanerkennung unter 50 Prozent
- VIII - 53 Paragrafenteil, § 5 Abs. 7, Mentoren
- VIII - 05 Sicherstellung der Durchführung der Weiterbildung an den Weiterbildungsstätten



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Anrechenbarkeit erworbener Kompetenzen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus Thierse (Drucksache VIII - 77) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In § 2 Abs. 3 der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wird als zweiter Satz eingefügt:

"Erworbene Weiterbildungsinhalte können auch auf andere Weiterbildungsgänge angerechnet werden."

Begründung:

Die Begrenzung auf "Schwerpunktweiterbildung" schließt die Anrechenbarkeit bei einem Zweit-Facharzt oder einer Zusatz-Weiterbildung aus.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Zusatz-Weiterbildung: Kompetenzerwerb als entscheidendes Kriterium/Abschnitt A

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Kai Johanning, Dr. Andreas Tröster, Dr. Florian Gerheuser, Doris M. Wagner, Carsten Mohrhardt, PD Dr. Andreas Scholz und Ruben Bernau (Drucksache VIII - 84) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Abschnitt A der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wird im § 2 Abs. 4 der Satz

"Eine Zusatz-Weiterbildung beinhaltet die Spezialisierung in Weiterbildungsinhalten, die zusätzlich zu den Facharzt- und Schwerpunktweiterbildungsinhalten abzuleisten sind, sofern nichts anderes in Abschnitt C geregelt ist"

gestrichen und durch folgende Formulierung ersetzt:

"Eine Zusatz-Weiterbildung beinhaltet den Erwerb spezieller Kompetenzen, zusätzlich zu den Facharzt- und Schwerpunktweiterbildungsinhalten, die auch während der Facharztweiterbildung erworben werden können. Die Einzelheiten dazu sind in Abschnitt C geregelt."

Begründung:

Die aktuelle Formulierung "zusätzlich abzuleisten" suggeriert, dass unabdingbar zusätzliche Zeiten nach der Facharztanerkennung erforderlich sind. Angesichts der je nach Fachgebiet unterschiedlichen Vorkenntnisse und der variablen Weiterbildungsverläufe kann der Kompetenzerwerb gerade bei der Zusatz-Weiterbildung nicht an feste Zeiten nach Erwerb der Facharztanerkennung geknüpft werden.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Änderungsantrag zu Antrag VIII - 01 - Abschnitt A der MWBO (Paragrafenteil),
elektronisches Logbuch

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Uwe Köhler, Dipl.-Med. Petra Albrecht und Erik Bodendieck (Drucksache VIII - 39) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Anlage zum Antrag VIII - 01, Abschnitt A (Paragrafenteil) der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO), wird wie folgt geändert:

1. In § 2a Abs. 7 MWBO-E wird das Wort "elektronische" gestrichen.
2. § 8 Abs. 1 Satz 1 MWBO-E wird wie folgt neu gefasst:
"Der in Weiterbildung befindliche Arzt hat die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte in dem Logbuch gemäß § 2a Abs. 7 in schriftlicher oder elektronischer Form kontinuierlich zu dokumentieren."

Begründung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer legt mit dem Beschlussantrag VIII - 02 "Elektronisches Logbuch zur Dokumentation der Weiterbildung" dar, wie das Projekt weiterentwickelt werden soll. Das Projekt "elektronisches Logbuch" soll von dem Novellierungsprozess der MWBO entkoppelt und als eigenständiges Projekt inhaltlich wie zeitlich weiter verfolgt werden. Damit kann denknötwendig nicht bereits mit Inkrafttreten der Weiterbildungsordnungen der Länder das elektronische Logbuch von den Weiterzubildenden und den Weiterbildungsstätten gefordert werden. In der jetzigen Satzungsfassung wäre aber ab sofort nur noch die elektronische Erfassung zulässig.

Für eine entsprechende Übergangszeit bedarf es daher dieser vorgeschlagenen Regelung, die eine analoge und digitale Dokumentation gleichermaßen ermöglicht, aber die Weiterentwicklung des elektronischen Logbuches im Sinne des Vorstandsantrages nicht aufhält.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Änderungsantrag zum Antrag VIII - 16 - Unterbrechungen der Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Monika Buchalik, Dr. Wolf Andreas Fach, Marion Charlotte Renneberg, Carsten Mohrhardt, Dr. Gerald Quitterer, SR Dr. Josef Mischo, Gönül Özcan-Detering, Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Stefan Bilger, Katharina Thiede und Bettina Linder (Drucksache VIII - 16a) zum Beschlussantrag von Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VIII - 16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der dritte Absatz wird wie folgt gefasst:

"Eine Unterbrechung der Weiterbildung, insbesondere wegen Elternzeit, Wehr- und Ersatzdienst, wissenschaftlicher Aufträge - soweit eine Weiterbildung nicht erfolgt - oder Krankheit, kann **in der Regel** nicht als Weiterbildungszeit angerechnet werden. Dies gilt nicht für Unterbrechungen von insgesamt nicht mehr als sechs Wochen im Weiterbildungs-Jahr. Eine einzelfallbezogene Prüfung der Anrechnung von Unterbrechungszeiten von mehr als sechs Wochen, insbesondere Forschungstätigkeit und -zeit, wird durch Richtlinien der zuständigen Landesärztekammern geregelt."

Begründung:

Mit dieser Ergänzung sollen Fehlzeiten während der Weiterbildung von bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr möglich sein.

Es soll damit vermieden werden, dass bei befristeten, aber auch unbefristeten Arbeitsverträgen (stationär und ambulant) eine Verlängerung der Weiterbildungszeit durch Fehlzeiten für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu Problemen führt. Ein finanzieller Nachteil entsteht den betroffenen Kolleginnen und Kollegen durch eine Verzögerung einer tariflichen Erhöhung oder durch Rückforderungen von Fördergeldern. Bei einer kompetenzbasierten Weiterbildung ist die absolute Länge der Weiterbildung nachrangig.

Durch diese Fehlzeitenregelung werden die Fachabteilungen der Landesärztekammern entlastet und es wird Rechtssicherheit für alle Beteiligten herbeigeführt.

Diese Regelung wird in den Bundesländern Baden-Württemberg und Hessen bereits



erfolgreich umgesetzt.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Unterbrechungszeiten in der Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VIII - 16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Paragrafenteil der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) sollte die Möglichkeit für Ärztinnen und Ärzte verankert werden, eine einzelfallbezogene Prüfung der Anrechnung von Unterbrechungszeiten, insbesondere Forschungstätigkeit und -zeit, durch die zuständigen Landesärztekammern auf die Weiterbildung zu schaffen.

Die Formulierung in § 4 Abs. 4 des Abschnittes A (Paragrafenteil) der MWBO *"Eine Unterbrechung der Weiterbildung, insbesondere wegen Schwangerschaft, Elternzeit, Wehr- und Ersatzdienst, wissenschaftlicher Aufträge - soweit eine Weiterbildung nicht erfolgt - oder Krankheit, kann nicht als Weiterbildungszeit angerechnet ..."* soll daher wie folgt geändert werden:

*"Eine Unterbrechung der Weiterbildung, insbesondere wegen **Schwangerschaft**, Elternzeit, Wehr- und Ersatzdienst, wissenschaftlicher Aufträge - soweit eine Weiterbildung nicht erfolgt - oder Krankheit kann **in der Regel** nicht als Weiterbildungszeit angerechnet werden. Eine einzelfallbezogene Prüfung der Anrechnung von Unterbrechungszeiten, insbesondere Forschungstätigkeit und -zeit, wird durch Richtlinien der zuständigen Landesärztekammern geregelt."*



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Änderungsantrag zu VIII - 59 - Gesamtweiterbildungszeit

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Uwe Lange (Drucksache VIII - 59a) zum Beschlussantrag von Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Ulrike Beiteke und Michael Lachmund (Drucksache VIII - 59) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Dem Antrag VIII - 59 ist der Nachsatz anzufügen:

"Die Gesamtdauer der Weiterbildung soll das Doppelte der Regelweiterbildungszeit nicht überschreiten."

Begründung:

Weiterbildungszeiten von wesentlich mehr als dem Doppelten der Regelweiterbildungszeit sind in der Regel keine geordnete Weiterbildung mehr.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Teilzeitanerkennung unter 50 Prozent

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Ulrike Beiteke und Michael Lachmund (Drucksache VIII - 59) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert, wie von den Abgeordneten des Deutschen Ärztetages bereits beschlossen, auch eine Weiterbildungszeit unter 50 Prozent anzuerkennen und die untere Grenze von zwölf Stunden pro Woche aufzunehmen.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Paragrafenteil, § 5 Abs. 7, Mentoren

Vorstandsüberweisung

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

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert, § 5 Abs. 7 (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wie folgt zu ergänzen:

"Der Befugte hat ab einer Anzahl von fünf Ärzten in Weiterbildung Mentoren zu ernennen, die in die Durchführung der Weiterbildung der Ärzte eingebunden sind. Diese sollen auch in das jährliche Weiterbildungsgespräch und in die Abzeichnung des Logbuches einbezogen werden."

Begründung:

Der Einsatz von Mentorinnen und Mentoren soll in erster Linie als Strukturvorgabe für stationär befugte Ärztinnen und Ärzte dienen, um die Weiterbildung ab einer bestimmten Anzahl von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung in der Organisation und Durchführung zu optimieren und zu gewährleisten.

Der Einsatz von Mentoren soll in der Verantwortung der Befugten liegen. Es soll kein Verwaltungsaufwand für die Ärztekammern resultieren, d. h. eine unmittelbare namentliche Benennung der Mentoren an die Ärztekammer und "Befugung" durch die Kammer ist nicht angedacht. Art und Umfang der Einbindung von Mentoren sollen im strukturierten Weiterbildungsprogramm dargestellt werden. Die Mentoren zeichnen die unter ihrer unmittelbaren Aufsicht erworbenen Kompetenzen im Logbuch ab und nehmen an den Jahresgesprächen teil, da sie näher am Weiterbildungsstand der Weiterzubildenden dran sind.

Die Ärztekammer kann bekanntermaßen Auskünfte/Informationen vom Befugten anfordern, was für Nachfragen zum Mentoreneinsatz nutzbar wäre (§ 5 Abs. 4 Satz 2 "Auf Verlangen sind der Ärztekammer Auskünfte zu erteilen.").

Der Antrag folgt einem Auftrag des 120. Deutschen Ärztetages 2017 (Drs. VII - 36).



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Sicherstellung der Durchführung der Weiterbildung an den
Weiterbildungsstätten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Daniel Johannes Peukert, Dr. Thomas Lipp, Dr. Wolfgang Rechl, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Svante Gehring und Marcus Jünemann (Drucksache VIII - 05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert, § 6 Abs. 2 der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) dahingehend zu ändern, dass die Zulassung als Weiterbildungsstätte von der Relation zwischen der Anzahl der Weiterbildungsbefugten und der Anzahl der in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte abhängig gemacht werden kann.

§ 6 Abs. 2 MWBO ist dazu wie folgt zu ergänzen:

" - die Weiterbildungsstätte muss die personelle Ausstattung zur Durchführung der Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 3 vorhalten."

Begründung:

Für die Zulassung als Weiterbildungsstätte genügt derzeit eine Einzelbefugnis, unabhängig von der Anzahl der dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. In der Realität bildet oft nicht der Befugte selbst allein weiter, sondern dieser delegiert die Weiterbildung z. B. an einen oder mehrere Oberärzte.

Eine mit den in einer Weiterbildungsstätte angebotenen Weiterbildungsstellen in Verbindung stehende relative Anzahl von Weiterbildungsbefugten würde zum einen der Realität Rechnung tragen und zum anderen das direkte Abhängigkeitsverhältnis zwischen sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzten und den Befugten entschärfen.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Novelle MWBO (allgemein)

- VIII - 60 eLearning-Anteile
- VIII - 18 Weitere Entwicklung der Weiterbildung durch neue Weiterbildungskultur vor Ort
- VIII - 15 Weiterbildungszeiten zur Stärkung der Kompetenzorientierung sukzessive reduzieren
- VIII - 14 Neue Strukturen zügig und einheitlich in den Landesärztekammern übernehmen
- VIII - 13 Der 121. Deutsche Ärztetag beschließt die (Muster-)Weiterbildungsordnung
- VIII - 67 Kommunikative Kompetenzen verbindlich in der Weiterbildung verankern
- VIII - 01 Gesamtnovelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: eLearning-Anteile

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christiane Groß M.A., PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Ulrike Beiteke und Dr. Sven Christian Dreyer (Drucksache VIII - 60) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert, dass bei allen berufsbegleitenden Zusatz-Weiterbildungen eLearning-Anteile geprüft und ggf. eingeführt werden müssen.

Begründung:

Ein großer Anteil von neu zu erarbeitendem Basiswissen und theoretischen Grundlagen bei den Zusatz-Weiterbildungen ist auch durch eLearning möglich. Dies ermöglicht gerade auch jungen Ärztinnen und Ärzten eine bessere Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf.

Diese eLearning-Anteile müssen unter Befugnis durchgeführt werden können.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Weitere Entwicklung der Weiterbildung durch neue Weiterbildungskultur vor Ort

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VIII - 18) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Mit der neuen kompetenzbasierten (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wird der Rahmen für die fachärztliche Qualifizierung zukünftiger Ärztegenerationen geschaffen. Um die Umsetzung einer modernen Weiterbildung vor Ort zu ermöglichen und damit die Weiterbildung zu verbessern, fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018 die Entwicklung einer neuen Kultur von allen an der Weiterbildung Beteiligten. Nur so kann in Zeiten einer permanent sich verändernden Versorgungsrealität und rasanten Entwicklung der modernen Medizin den wachsenden Anforderungen an die individuelle ärztliche Kompetenz Rechnung getragen werden.

Hierzu fordert der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Die Landesärztekammern müssen

- im weiteren Prozess die Glaubwürdigkeit der neuen MWBO durch weitestgehend bundeseinheitliche Umsetzung stärken.
- die durch das eLogbuch mögliche Mitgliedernähe nutzen, um Überregulierungen abzuschaffen.
- die Begleitung der Weiterbildung serviceorientiert ausrichten.
- die Anerkennungsverfahren zur Prüfungszulassung anpassen.
- Prüfungsformen eventuell neu gestalten.
- die Befugnis neu gewichten.
- das Verwaltungshandeln vereinfachen.
- Weiterbildungsbefugte schulen, die kompetenzbasierte Weiterbildung umzusetzen.
- regelmäßig die Weiterbildung evaluieren.
- Didaktikseminare, z. B. Train-the-Trainer-Seminare, anbieten.

Die Weiterbildungsbefugten müssen

- sich ihre Rolle und Verantwortung in der Weiterbildung bewusst machen gegenüber den sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten, den Landesärztekammern und den Patientinnen und Patienten, da durch Weiterbildung die Qualität der
-



- Versorgung gerade in Zeiten der Ökonomisierung gesichert wird.
- sich didaktisch fortbilden.
 - individualisierte Weiterbildungspläne mit den sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten vereinbaren.
 - sich als Leiter und Koordinator eines Teams zur Weiterbildung verstehen.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Weiterbildungszeiten zur Stärkung der Kompetenzorientierung sukzessive reduzieren

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VIII - 15) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) hält in den Abschnitten B und C an der bisherigen Systematik der Weiterbildungszeiten und Richtzahlen fest. Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 plädiert dafür, dass Weiterbildungszeiten nach Einführung des Kompetenzsystems sukzessive reduziert werden.

Die Säulen der neuen Weiterbildungsordnung sind die Kompetenzorientierung, die Beschränkung auf zwingend erforderliche Zeiten und didaktisch begründete Richtzahlen. Es muss bei der Umsetzung der neuen MWBO evaluiert werden, wo inhaltlich unbegründete Pflichtzeiten und Richtzahlen bestehen. Nicht begründete Pflichtzeiten und Richtzahlen müssen im weiteren Prozess abgebaut werden.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Neue Strukturen zügig und einheitlich in den Landesärztekammern übernehmen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VIII - 14) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, die Chancen der Novellierung für die Weiterbildung zu nutzen und die neuen Strukturen schnell und möglichst bundeseinheitlich umzusetzen.

Hierzu werden die Landesärztekammern aufgefordert, die neue (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) im Verlaufe der kommenden zwei Jahre in den Ländern einzuführen.

Im Sinne der sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte, der Weiterbildungsbefugten und der Versorgungsqualität werden die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern aufgefordert, bis zum 122. Deutschen Ärztetag 2019 das elektronische Logbuch (eLogbuch) mit möglichst bundeseinheitlichem Kompetenznachweis gemeinsam entwickelt zu haben und danach einzuführen.

In der weiteren Zusammenarbeit zwischen Bundesärztekammer, Landesärztekammern und den Fachgesellschaften sind Weiterbildungspläne für die Weiterbildung vor Ort möglichst zeitnah zu erarbeiten.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Der 121. Deutsche Ärztetag beschließt die (Muster-)Weiterbildungsordnung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Susanne Johna und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VIII - 13) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Hans Albert Gehle, Dr. Christian Piper, Monika Buchalik, Dr. Michael Weidenfeld und Dr. Klaus König (Drucksache VIII - 13b) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 begrüßt und beschließt die neue kompetenzorientierte Weiterbildung, da sie der richtige erste Schritt zur modernen Weiterbildung vor Ort ist.

Alle Anforderungen an eine moderne Weiterbildung sind mit dem vorgelegten Paragrafenteil, den Allgemeinen Inhalten und der kompetenzbasierten Beschreibung der Weiterbildungsinhalte im Logbuch möglich. Die Weiterbildung vor Ort kann durch eine bessere Ausgestaltung auf Grundlage der zu erarbeitenden fachlich empfohlenen Weiterbildungspläne gestärkt werden.

Die mögliche Betonung der Inhalte vor den Zeiten durch die Kompetenzbeschreibung, die Ermöglichung berufs begleitender Weiterbildung und der durch die Stärkung des Logbuches mögliche echte Nachweis von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten - statt einfachem Zählen von Zeiten und Richtzahlen - sind nun möglich.

Dass aber in der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) in den Abschnitten B und C leider weiter an vielen Stellen Zeiten und Richtzahlen festgeschrieben sind, zeigt allerdings, dass hier der neue Weg nicht komplett durchgehalten wurde.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden daher aufgefordert, in den nächsten zwei Jahren die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung, die Zeiten sowie Richtzahlen auf ihre didaktische und versorgungsrelevante Notwendigkeit bzw. Evidenz zu überprüfen und im weiteren Prozess zugunsten des nun möglichen echten Kompetenznachweises auf das wirklich didaktisch notwendige Maß zu reduzieren und dem medizinischen Fortschritt anzupassen.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Kommunikative Kompetenzen verbindlich in der Weiterbildung verankern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Bernd Zimmer, PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Christiane Groß M.A., Klaus Schäfer, Dr. Detlef W. Niemann, Dr. Jan Döllein, Dr. Wolfgang Schaaf M.A., Daniela-Ursula Ibach und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VIII - 67) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesärztekammer auf, bis zum 122. Deutschen Ärztetag 2019 in Münster ein umsetzungsreifes Konzept vorzulegen, mit dem die Vertiefung und Weiterentwicklung der im Medizinstudium erworbenen kommunikativen Kompetenzen in der ärztlichen Weiterbildung verbindlich verankert werden.

Begründung:

Der Deutsche Ärztetag hat in den Jahren 2014 (Beschluss I - 07, EntschlieÙung I - 41), 2015 (EntschlieÙungen III - 01, III - 05) und 2016 (EntschlieÙungen III - 13 und IV - 50) die zentrale Bedeutung der Kommunikation für jede ärztliche Tätigkeit in der Patientenversorgung betont.

Im letzten Jahr hat der 120. Deutsche Ärztetag 2017 in zwei EntschlieÙungen (II - 07 und II - 23) bekräftigt, dass der Arzt-Patienten-Kommunikation gerade angesichts der Digitalisierung besondere Relevanz zukommt.

Der Deutsche Ärztetag hat in den genannten EntschlieÙungen wiederholt gefordert, kommunikative Kompetenzen in der ärztlichen Weiterbildung stärker zu verankern.

Deswegen ist die zügige Entwicklung eines umsetzungsreifen Konzeptes erforderlich, das Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung wie auch die weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte konkret dabei unterstützt, die in den Allgemeinen Inhalten aufgeführten Handlungskompetenzen zu einem verbindlichen Bestandteil der ärztlichen Weiterbildung zu machen.

Dazu gehören sowohl die Vorlage des bereits 2015 vom Deutschen Ärztetag auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer begrüÙten Curriculums zur ärztlichen Gesprächsführung (EntschlieÙung III - 01) als auch Maßnahmen, mit denen die weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte dabei unterstützt werden, kommunikative



Kompetenzen in der fachspezifischen Weiterbildung konkret zu vermitteln.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Gesamtnovelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 01) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 beschließt die Gesamtnovelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) unter Einbezug der Beschlüsse des 120. Deutschen Ärztetages 2017 sowie des 121. Deutschen Ärztetages 2018 und bittet die Landesärztekammern, diese für die Kammerbereiche zu übernehmen.

Die vergangenen Deutschen Ärztetage haben die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern aufgefordert, eine kompetenzbasierte Weiterbildungsordnung zu entwickeln. Gemäß diesem Auftrag werden dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 die folgenden **Anlagen** zur Beratung und Verabschiedung vorgelegt:

- Präambel
- Abschnitt A: Paragrafenteil
- Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B
- Strukturelle Vorgaben für Abschnitt C: Titel, Definition und Mindestanforderungen für die Zusatz-Weiterbildungen.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 befürwortet die Empfehlungen des Vorstands der Bundesärztekammer zu den oben genannten Abschnitten, insbesondere zu den in Abschnitt C vorgelegten Zusatz-Weiterbildungen.

Bezüglich der Weiterbildungsinhalte von Abschnitt C vertraut der 121. Deutsche Ärztetag 2018 den Vorarbeiten durch die Fachgesellschaften, Berufsverbände sowie durch die Landesärztekammern. Die Weiterbildungsinhalte von Abschnitt C sollen im bewährten Konvergenzverfahren mit den Landesärztekammern abgestimmt und analog dem Beschluss des 120. Deutschen Ärztetags 2017 zu den Inhalten von Abschnitt B vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet werden.

Hinweis: Die Anlagen sind gemäß der durch den 121. Deutschen Ärztetag 2018 vorgenommenen Beschlüsse aktualisiert und dem Beschlussprotokoll beigelegt.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Logbuch

VIII - 03 eLogbuch bundesweit einführen

VIII - 02 Elektronisches Logbuch zur Dokumentation der Weiterbildung



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: eLogbuch bundesweit einführen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Daniel Johannes Peukert, Dr. Heidemarie Lux und Dr. Thomas Lipp (Drucksache VIII - 03) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Landesärztekammern auf, einheitliche Voraussetzungen zu schaffen, um das elektronische Logbuch (eLogbuch) flächendeckend einzuführen. Grundsätzlich sind dabei der Datenschutz zu gewährleisten und entsprechende Sicherheits- und Authentifizierungsverfahren vorzuhalten.

Eine verpflichtende elektronische Evaluation der Weiterbildung durch die in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte muss Bestandteil des eLogbuchs sein.

Begründung:

Das elektronische Logbuch zur Dokumentation der Weiterbildung leistet einen wesentlichen Beitrag zur besseren Dokumentation der Facharztweiterbildung und ermöglicht es den Landesärztekammern, ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, d. h. die ordnungsgemäße Durchführung der Weiterbildung zu belegen und langfristig auf hohem qualitativen Niveau zu sichern. Eine elektronische Dokumentation entspricht dem aktuellen Stand der Technik und fördert die Vergleichbarkeit der Weiterbildung. Das eLogbuch kann zudem die bundesweite Einführung, Transparenz sowie Vergleichbarkeit der Evaluation der Weiterbildung fördern.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Elektronisches Logbuch zur Dokumentation der Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 02) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hat die Einführung eines elektronischen Logbuchs (eLogbuch) prinzipiell begrüßt (Drs. VII - 30) und einige Anforderungen an die Konzeptentwicklung einschließlich der technischen Spezifikationen sowie der rechtlichen und finanziellen Folgen für die Landesärztekammern (Drs. VII - 39 und Drs. VII - 30) gestellt. Insbesondere sollen die technischen Möglichkeiten erlauben, dass das eLogbuch an das jeweilige Landesrecht angepasst werden kann (Drs. VII - 20, VII - 35 und VII - 39).

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 nimmt den Sachstandsbericht des Vorsitzenden der Weiterbildungsgruppen, Dr. Franz Bartmann, zur Kenntnis, demnach u. a.

- das Projekt "elektronisches Logbuch" von dem Novellierungsprozess der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) entkoppelt wurde und als eigenständiges Projekt inhaltlich wie zeitlich weiter verfolgt wird.
- die vom Vorstand der Bundesärztekammer eingesetzte Lenkungsgruppe "eLogbuch" sich aus Experten für die Themen des Datenschutzes, der Finanzierung, der Informationstechnologie, der Vertragsgestaltung sowie des Weiterbildungsrechts zusammensetzt.
- auf der Basis der Vorgaben des Deutschen Ärztetages ein Eckpunktepapier mit Elementen eines Lastenheftes erarbeitet wurde.
- Angebote einschlägiger Firmen für die Ausgestaltung eines technischen Konzepts und dessen Umsetzung eingeholt wurden.
- die eingehenden Angebote auf der Basis der jeweiligen Expertise zu prüfen sind, um den am besten geeigneten Anbieter auszuwählen.
- die (datenschutz-)rechtlichen Grundlagen und Auswirkungen für die Landesärztekammern bei allen Schritten zu klären sind.
- sich der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung im Juni 2018 vertiefend mit allen bisherigen Erkenntnissen sowie den Empfehlungen der Lenkungsgruppe "eLogbuch" einschließlich der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages befassen wird.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Bundesärztekammer auf,

- mit einem externen Auftragnehmer ein betriebsfähiges Produkt für die Umsetzung eines elektronischen Logbuchs zu entwickeln und dabei die rechtlichen Implikationen
-



- sowie die finanziellen Auswirkungen für die Landesärztekammern zu berücksichtigen
sowie
- technisch grundsätzlich zu ermöglichen, dass einzelne Landesärztekammern in ihren Kammerbereichen jenseits des bundeseinheitlichen eLogbuchs individuelle Ergänzungen bzw. Abweichungen vornehmen können.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Weitere Themen

- VIII - 04 Verbundweiterbildung ausbauen
- VIII - 06 Anerkennung von humanitären Einsätzen auf die Weiterbildung
- VIII - 12 Attraktivität der Weiterbildung im ambulanten Bereich steigern
- VIII - 80 Verpflichtende Evaluation der Weiterbildung in allen Ärztekammern



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Verbundweiterbildung ausbauen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Daniel Johannes Peukert, Dr. Thomas Lipp, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Ivo Grebe und Dr. Svante Gehring (Drucksache VIII - 04) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Landesärztekammern auf, die Verbundweiterbildung für weitere Facharztgruppen zu fördern und zu unterstützen. Die positiven Erfahrungen und Entwicklungen aus den Verbundprojekten in der Allgemeinmedizin sollten dabei für andere Fachrichtungen nutzbar gemacht werden.

Begründung:

Die Erfahrungen, die mit der Verbundweiterbildung in der Allgemeinmedizin gemacht wurden, sind überwiegend positiv und ermöglichen eine qualitativ hochwertige und umfassende Weiterbildung. Durch die engere Verzahnung von stationärem und ambulantem Bereich passt sich die Weiterbildung an die aktuellen Forderungen nach verlässlichen Strukturen, Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Karrierechancen an. So können u. a. Mentoringprogramme sowie einheitliche Weiterbildungscurricula umgesetzt werden, um den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung eine umfassende Weiterbildung zu garantieren.

Die Verbundweiterbildung wirkt sich auch positiv für die teilnehmenden Weiterbildungsbefugten aus. So entlastet der Verbund die Organisation der Arbeitgeber, indem u. a. Bewerberinnen und Bewerber für offene Weiterbildungsstellen zuverlässig zentral ermittelt werden.

Der Erfolg der Verbundweiterbildung basiert in großen Teilen auf einer umfassenden Finanzierung auf Landesebene. Daher ist eine langfristige, geregelte und einheitliche Finanzierung weiterer Verbünde Voraussetzung, um eine qualitativ hochwertige Weiterbildung zukünftig auch in anderen Facharztgruppen zu gewährleisten.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Anerkennung von humanitären Einsätzen auf die Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Daniel Johannes Peukert, Dr. Thomas Lipp, Marcus Jünemann und Dr. Jürgen Tempel (Drucksache VIII - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 fordert die Landesärztekammern dazu auf, Möglichkeiten zu prüfen, um Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit einer zeitlich begrenzten Anerkennung eines humanitären Einsatzes auf ihre Weiterbildung zu geben.

Begründung:

Das Weiterbildungssystem ist in Deutschland gut geregelt. Es zeichnet sich durch klare Strukturen aus und bietet den in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, eine individuelle Weiterbildung in unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen zu durchlaufen. Die Anerkennung dieser einzelnen Ausbildungsstätten wird regional geregelt und berücksichtigt sowohl die Qualifikationen des Weiterbilders als auch die technischen Voraussetzungen der einzelnen Gesundheitseinrichtung. Dieses System garantiert den bestmöglichen Erwerb von klinischen Erfahrungen der sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte. Sie profitieren davon, dass sie beim Abarbeiten der klar definierten Weiterbildungsinhalte die Möglichkeit haben, unterschiedliche Gesundheitseinrichtungen zu durchlaufen. Weiterbildungsabschnitte im EU-Ausland können ebenfalls für die Weiterbildung anerkannt werden.

In diesem Zusammenhang ist es wünschenswert, dass auch die Weiterbildung im Rahmen eines humanitären Einsatzes in einem zeitlich begrenzten Umfang anerkannt wird. Die Vorteile des Erwerbs werden in der Zusatzbezeichnung "Tropenmedizin" gut skizziert. Ärztinnen und Ärzte werden einerseits die Möglichkeit haben, selbst in kurzer Zeit wertvolle Kenntnisse zu erwerben, andererseits sind sie aber auch in der Lage, ihre Kenntnisse an Kolleginnen und Kollegen in den Gastländern weiterzugeben. Die Harvard Medical School in Boston (USA) ermöglicht - unter der Leitung von Paul Farmer - seit Jahren in Form von chirurgischen Residency-Programmen die Möglichkeit der Teilnahme an einem integrierten Gastaufenthalt in Entwicklungsländern.

Auswertungen der Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Erfahrungen eines solchen Aufenthalts als sehr positiv bewerten - viele von ihnen gelangen



zu der Erkenntnis, dass sie entgegen ihrer ursprünglichen Erwartung viel weniger Wissen weitergegeben haben, sie aber gleichzeitig überproportional viele neue Erkenntnisse für sich aus diesem Weiterbildungsabschnitt ziehen konnten.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Attraktivität der Weiterbildung im ambulanten Bereich steigern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Andreas Hellmann, Christa Bartels, Dr. Siegfried Stephan, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Albring, Dr. Hans Ramm und Dr. Martin Eichenlaub (Drucksache VIII - 12) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Bundesärztekammer und Landesärztekammern werden aufgefordert, Weiterbildungsverbände auch im fachärztlichen Bereich zu fördern sowie die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen zu entbürokratisieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Landes-KVen werden aufgefordert, alle Maßnahmen zu ergreifen, die für eine attraktive und qualifizierende ambulante Weiterbildung notwendig sind. "Wir bilden weiter!" ist ein Qualitätsindikator für Praxen und Kliniken.

Begründung:

Viele Deutsche Ärztetage haben festgestellt, dass immer mehr Weiterbildungsinhalte nur noch im ambulanten Bereich angeboten und vermittelt werden können und die Notwendigkeit für eine Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung erkannt.



TOP VIII Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Verpflichtende Evaluation der Weiterbildung in allen Ärztekammern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Gehrke und Prof. Dr. Rüdiger Smektala (Drucksache VIII - 80) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Es soll eine verpflichtende Evaluation der Weiterbildung in allen Ärztekammern stattfinden.

Begründung:

Eine kompetenzbasierte Weiterbildung erfordert nicht nur eine neue Weiterbildungsordnung, sondern auch eine Evaluierung der Weiterbildungsstätten und der Weiterbildungsbefugten. Solange es Weiterbildungsbefugte gibt, die der Überzeugung sind, man könne keine gute Fachärztin oder kein guter Facharzt werden und gleichzeitig eine gute Mutter oder ein guter Vater sein, und solange es Weiterbildungsbefugte gibt, die nach Gutsherrenart die Weiterbildung ausnutzen, um die in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte an ihre Kliniken zu binden, ist es erforderlich, seitens der Ärztekammern die Weiterbildungsstätten regelmäßig, z. B. alle zwei Jahre, zu überprüfen.



**TOP IX Wahl des Tagungsortes für den 123. Deutschen
 Ärztetag 2020**

IX - 01 Austragungsort 123. Deutscher Ärztetag 2020



TOP IX Wahl des Tagungsortes für den 123. Deutschen Ärztetag 2020

Titel: Austragungsort 123. Deutscher Ärztetag 2020

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IX - 01) beschließt der 121. Deutsche Ärztetag 2018:

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 bestimmt Mainz als Austragungsort für den 123. Deutschen Ärztetag vom 19. bis 22.05.2020.

Anlage zur Drs. Ic - 01 des 121. DÄT 2018

WELTÄRZTEBUND

DEKLARATION VON GENF

- verabschiedet von der
2. Generalversammlung des Weltärztebundes, Genf, Schweiz, September 1948
und revidiert von der
22. Generalversammlung des Weltärztebundes, Sydney, Australien, August 1968
und revidiert von der
35. Generalversammlung des Weltärztebundes, Venedig, Italien, Oktober 1983
und revidiert von der
46. Generalversammlung des Weltärztebundes, Stockholm, Schweden, September 1994
und sprachlich überarbeitet auf der
170. Vorstandssitzung, Divonne-les-Bains, Frankreich, Mai 2005 und auf der 173. Vorstandssitzung,
Divonne-les-Bains, Frankreich, Mai 2006
und revidiert von der
68. Generalversammlung des Weltärztebundes, Chicago, Vereinigte Staaten von Amerika, Oktober 2017

Das ärztliche Gelöbnis

Als Mitglied der ärztlichen Profession

gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein.

Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.

Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.

Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben.

Ich werde die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes fördern.

Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern, meinen Kolleginnen und Kollegen und meinen Schülerinnen und Schülern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen.

Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.

Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.

Anlage zur Drs. V - 02 des 121. DÄT 2018

Umlage zur Bundesärztekammer
Geschäftsjahr 2017/2018 (01.07.2017 - 30.06.2018)

Kammer	Anzahl der berufstätige n Ärzte Stand: 31.12.2015	Beitragsanteil	
		v.H.	€
Baden-Württemberg	47.723	12,8529%	2.113.913,15
Bayern	60.883	16,3972%	2.696.841,66
Berlin	21.538	5,8007%	954.036,03
Brandenburg	9.487	2,5551%	420.231,21
Bremen	3.906	1,0520%	173.018,14
Hamburg	12.499	3,3663%	553.649,19
Hessen	27.359	7,3684%	1.211.880,02
Mecklenburg- Vorpommern	7.315	1,9701%	324.021,43
Niedersachsen	31.434	8,4659%	1.392.384,09
Nordrhein	45.188	12,1701%	2.001.624,11
Rheinland-Pfalz	17.532	4,7218%	776.588,34
Saarland	4.814	1,2965%	213.238,44
Sachsen	16.930	4,5596%	749.922,46
Sachsen-Anhalt	8.971	2,4161%	397.374,74
Schleswig-Holstein	12.523	3,3727%	554.712,29
Thüringen	9.160	2,4670%	405.746,59
Westfalen-Lippe	34.040	9,1677%	1.507.818,11
Summe:	371.302	100,00%	16.447.000,00



**Bundesärztekammer
(Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern)**

(Muster-)Weiterbildungsordnung

Anlage zu Beschluss VIII-01 des
121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt

vorbehaltlich der noch zu beratenden
Vorstandsüberweisungen

Stand: 11.05.2018

Präambel

Ärztliche Weiterbildung beinhaltet das Erlernen spezieller ärztlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten nach abgeschlossenem Studium der Humanmedizin und Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. Im Interesse der Patienten werden die in der Ausbildung geprägten ärztlichen Kompetenzen und Haltungen während der Weiterbildung vertieft. Kennzeichnend für die Weiterbildung ist die vertiefende Anwendung ärztlicher Kenntnisse in der Berufsausübung.

Die Weiterbildung erfolgt in strukturierter Form, um in Gebieten die Qualifikation als Facharzt, darauf aufbauend eine Spezialisierung in Schwerpunkten oder in einer Zusatz-Weiterbildung zu erhalten.

Die vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte und Weiterbildungszeiten sind Mindestanforderungen. Die Weiterbildungszeiten verlängern sich individuell, wenn Weiterbildungsinhalte in der Mindestzeit nicht erlernt werden können.

Die Weiterbildung wird in angemessen vergüteter hauptberuflicher Ausübung der ärztlichen Tätigkeit an zugelassenen Weiterbildungsstätten durchgeführt. Sie erfolgt unter Anleitung befugter Ärzte in praktischer Tätigkeit und theoretischer Unterweisung sowie teilweise durch die erfolgreiche Teilnahme an anerkannten Kursen.

Der Abschluss der zu dokumentierenden Weiterbildung wird auf Grund der von den Weiterbildungsbefugten erstellten Zeugnisse und einer Prüfung beurteilt. Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung wird durch eine Anerkennungsurkunde bestätigt.

Die Weiterbildungsbezeichnung ist der Nachweis für erworbene Kompetenz. Sie dient der Qualitätssicherung der Patientenversorgung und der Bürgerorientierung.

Abschnitt A

Paragrafenteil

§ 1 Ziel

Ziel der Weiterbildung ist der geregelte Erwerb festgelegter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss der Berufsausbildung besondere ärztliche Kompetenzen zu erlangen. Die Weiterbildung dient der Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung.

§ 2 Struktur

(1)

Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung führt

zur Facharztbezeichnung in einem Gebiet,
zur Schwerpunktbezeichnung im Schwerpunkt eines Gebietes
oder
zur Zusatzbezeichnung.

(2)

Ein Gebiet wird als ein definierter Teil in einer Fachrichtung der Medizin beschrieben. Die Gebietsdefinition bestimmt die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit. Wer innerhalb eines Gebietes die vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte und -zeiten abgeleistet und in einer Prüfung die dafür erforderliche Facharztkompetenz nachgewiesen hat, erhält eine Facharztbezeichnung. Die in der Facharztkompetenz vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte beschränken nicht die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeiten im Gebiet.

(3)

Ein Schwerpunkt wird durch eine auf der Facharztweiterbildung aufbauenden Spezialisierung im Gebiet beschrieben.

Wer die innerhalb eines Schwerpunktes vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte und -zeiten abgeleistet und in einer Prüfung die dafür erforderliche fachliche Kompetenz nachgewiesen hat, erhält eine Schwerpunktbezeichnung. Die in der Schwerpunktkompetenz vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte beschränken nicht die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeiten im Gebiet.

(4)

Eine Zusatz-Weiterbildung beinhaltet die Spezialisierung in Weiterbildungsinhalten, die zusätzlich zu den Facharzt- und Schwerpunktweiterbildungsinhalten abzuleisten sind, sofern nichts anderes in Abschnitt C geregelt ist.

Wer die in Abschnitt C geregelten Mindestanforderungen erfüllt und in einer Prüfung die dafür erforderliche fachliche Kompetenz nachgewiesen hat, erhält eine Zusatzbezeichnung.

Die Gebietsgrenzen fachärztlicher Tätigkeiten werden durch Zusatz-Weiterbildungen nicht erweitert, sofern in Abschnitt C nichts anderes geregelt ist.

(5)

Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung, der nach Erfüllung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte und -zeiten durch eine bestandene Prüfung gemäß §§ 12 - 16 nachgewiesen wird, bestätigt die fachliche Kompetenz.

(6)

Die Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen sind in Abschnitt B, die Zusatzbezeichnungen in Abschnitt C aufgeführt.

§ 2a Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieser Weiterbildungsordnung werden folgende Begriffe definiert:

(1)

Kompetenz umfasst die während einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatz-Weiterbildung erworbenen und nachgewiesenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten auf der Grundlage der Weiterbildungsinhalte der Abschnitte B und C der Weiterbildungsordnung und stellt eine Teilmenge eines Gebietes dar. Die jeweiligen Kompetenzen werden insbesondere im Rahmen der beruflichen Tätigkeit während der Weiterbildung erworben und durch eine Prüfung vor der Ärztekammer nachgewiesen.

(2)

Fallseminar ist eine Weiterbildungsmaßnahme mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers, wobei unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten anhand von vorgestellten Fallbeispielen und deren Erörterung Kenntnisse und Fähigkeiten sowie das dazugehörige Grundlagenwissen erweitert und gefestigt werden.

(3)

Der **stationäre Bereich** umfasst Einrichtungen, in denen Patienten aufgenommen und/oder Tag und Nacht durchgängig ärztlich betreut werden; hierzu gehören insbesondere Krankenhausabteilungen, Rehabilitationskliniken und Belegabteilungen.

(4)

Zum **ambulanten Bereich** gehören insbesondere ärztliche Praxen, Institutsambulanzen, Tageskliniken, poliklinische Ambulanzen und Medizinische Versorgungszentren.

(5)

Unter **Notfallaufnahme** wird die Funktionseinheit eines Akutkrankenhauses verstanden, in welcher Patienten zur Erkennung bedrohlicher Krankheitszustände einer Erstuntersuchung bzw. Erstbehandlung unterzogen werden, um Notwendigkeit und Art der weiteren medizinischen Versorgung festzustellen.

(6)

Als **Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung** gelten: Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Humangenetik, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Phoniatrie und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Urologie.

(7)

Das **elektronische Logbuch** für die Weiterbildung (Logbuch) dient der kontinuierlichen Dokumentation der absolvierten Weiterbildungsinhalte durch den Weiterzubildenden sowie der Bestätigung des erreichten Weiterbildungsstandes durch den zur Weiterbildung befugten Arzt. Das jeweilige Logbuch enthält die in den Abschnitten B bzw. C geregelten Weiterbildungsinhalte sowie Richtzahlen. Die Darstellung erfolgt nach Maßgabe der Anlage 1.

(8)

In einem von der Ärztekammer **fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan** können die in der Weiterbildungsordnung umschriebenen Kompetenzen näher erläutert werden; dieser kann einen Rahmen für die didaktisch-strukturierte Vermittlung der Weiterbildungsinhalte geben.

§ 3 Führen von Bezeichnungen

- (1)
Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen dürfen nach Maßgabe dieser Weiterbildungsordnung unter Beachtung der Regeln der Berufsordnung geführt werden.
- (2)
Schwerpunktbezeichnungen dürfen nur zusammen mit der zugehörigen Facharztbezeichnung geführt werden.
- (3)
Zusatzbezeichnungen dürfen nur zusammen mit der Bezeichnung „Arzt“, „Praktischer Arzt“ oder einer Facharztbezeichnung geführt werden.
Zusatzbezeichnungen, die bestimmten Gebieten zugeordnet sind, dürfen nur zusammen mit den zugeordneten Facharztbezeichnungen geführt werden.
Ist eine Zusatz-Weiterbildung integraler Bestandteil einer Facharzt- oder einer Schwerpunktweiterbildung, so hat der Kammerangehörige, der eine solche Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung führt, das Recht zum Führen dieser Zusatzbezeichnung.
- (4)
Hat ein Arzt die Anerkennung für mehrere Bezeichnungen erhalten, darf er sie nebeneinander führen.
- (5)
Bezeichnungen und Nachweise gemäß Abs. 1, die von einer anderen deutschen Ärztekammer verliehen worden sind, dürfen in der anerkannten Form im Geltungsbereich dieser Weiterbildungsordnung geführt werden.
- (6)
Für die gemäß §§ 18, 18a, 19 und 19a erworbenen Bezeichnungen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

§ 4 Art, Inhalt und Dauer

- (1)
Mit der Weiterbildung kann erst nach der ärztlichen Approbation oder der Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß Bundesärzteordnung, der eine als gleichwertig anerkannte ärztliche Ausbildung zugrunde liegt, begonnen werden. Der Abschluss in der Facharztweiterbildung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie setzt auch das zahnärztliche Staatsexamen voraus.
- (2)
Die Weiterbildung erfolgt an zugelassenen Weiterbildungsstätten im Rahmen angemessen vergüteter ärztlicher Berufstätigkeit unter Anleitung zur Weiterbildung befugter Ärzte oder durch Unterweisung in anerkannten Weiterbildungskursen bzw. Fallseminaren.
- (3)
Die Weiterbildung muss gründlich und umfassend sein. Sie beinhaltet insbesondere die Vertiefung der Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Verhütung, Erkennung, Behandlung, Rehabilitation und Begutachtung von Krankheiten, Körperschäden und Leiden einschließlich der Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt.
- (4)
Dauer und Inhalt der Weiterbildung richten sich nach den Bestimmungen dieser Weiterbildungsordnung. Die festgelegten Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte sind Mindestzeiten und Mindestinhalte. Sind Weiterbildungszeiten vorgeschrieben, können diese auch in Tätigkeitsabschnitten von mindestens drei Monaten absolviert werden, sofern nichts anderes in Abschnitt B und C vorgesehen ist. Eine Unterbrechung der Weiterbildung, insbesondere wegen Schwangerschaft, Elternzeit, Wehr- und Ersatzdienst, wissenschaftlicher Aufträge – soweit eine Weiterbildung nicht erfolgt – oder Krankheit kann nicht als Weiterbildungszeit angerechnet werden. Tariflicher Erholungsurlaub stellt keine Unterbrechung dar.
- (5)
Die Weiterbildung ist grundsätzlich ganztätig 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.

(6)

Eine Weiterbildung in Teilzeit muss hinsichtlich Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen an einen geregelten Kompetenzerwerb 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.

(7)

Die Weiterbildung in einem Schwerpunkt baut auf der Facharztkompetenz auf, sofern nichts anderes in Abschnitt B geregelt ist. Die Zusatz-Weiterbildung ist zusätzlich zur Facharztweiterbildung abzuleisten, sofern die Weiterbildungsordnung nichts anderes bestimmt.

(8)

Sofern die Weiterbildungsordnung die Ableistung von Kursen vorschreibt, ist eine vorherige Anerkennung des jeweiligen Kurses und dessen Leiters durch die für den Ort der Veranstaltung zuständige Ärztekammer erforderlich. Der Leiter muss fachlich und persönlich geeignet sein. Diese Kurse müssen den von der Ärztekammer vorgeschriebenen Anforderungen entsprechen. Für eine Kursanerkennung sind die bundeseinheitlichen Empfehlungen zu beachten.

(9)

Sofern für die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildung nichts anderes bestimmt ist, kann die Weiterbildung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erfolgen.

(10)

Wird eine weitere Facharztbezeichnung erworben, kann sich die festgelegte Weiterbildungszeit im Einzelfall verkürzen, wenn abzuleistende Weiterbildungszeiten bereits im Rahmen einer anderen erworbenen fachärztlichen Weiterbildungsbezeichnung absolviert worden sind. Die noch abzuleistende Weiterbildungszeit darf höchstens um die Hälfte der Mindestdauer der jeweiligen Facharztweiterbildung reduziert werden.

§ 5 Befugnis

(1)

Die Weiterbildung zum Facharzt und in Schwerpunkten wird unter verantwortlicher Leitung der von der Ärztekammer befugten Ärzte in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte durchgeführt. Das Erfordernis einer Befugnis gilt auch für eine Zusatz-Weiterbildung, soweit nichts anderes in Abschnitt C geregelt ist.

(2)

Die Befugnis zur Weiterbildung kann nur erteilt werden, wenn der Arzt die Bezeichnung führt, fachlich und persönlich geeignet ist und eine mehrjährige Tätigkeit nach Abschluss der entsprechenden Weiterbildung nachweisen kann. Die Befugnis kann befristet und mit dem Vorbehalt des Widerrufs versehen werden. Weitere Nebenbestimmungen sind zulässig.

Die Befugnis kann grundsätzlich nur für eine Facharztweiterbildung und/oder einen zugehörigen Schwerpunkt und/oder für eine Zusatz-Weiterbildung erteilt werden.

(3)

Der befugte Arzt ist verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu leiten und grundsätzlich ganztägig durchzuführen sowie inhaltlich und zeitlich entsprechend dieser Weiterbildungsordnung zu gestalten und die Richtigkeit der Dokumentation der Weiterbildung eines in Weiterbildung befindlichen Arztes gemäß § 8 Abs. 1 zu bestätigen. Der zur Weiterbildung befugte Arzt führt mit dem in Weiterbildung befindlichen Arzt nach Abschluss eines Weiterbildungsabschnitts, mindestens jedoch einmal jährlich, ein Gespräch, in welchem der Stand der Weiterbildung von beiden beurteilt und im Logbuch dokumentiert wird. Bestehende Defizite werden aufgezeigt.

(4)

Eine Aufteilung einer Befugnis auf mehrere teilzeitbeschäftigte Weiterbildungsbefugte ist möglich, wenn durch komplementäre Arbeitszeiten eine ganztägige Weiterbildung gewährleistet ist. Dies gilt auch, wenn die Befugnis mehreren Ärzten an einer oder mehreren Weiterbildungsstätten gemeinsam erteilt wird. Ist ein befugter Arzt an mehr als einer Weiterbildungsstätte tätig, ist eine gemeinsame Befugnis mit einem weiteren befugten Arzt an jeder Weiterbildungsstätte erforderlich.

(5)

Für den Umfang der Befugnis ist maßgebend, inwieweit die an Inhalt, Ablauf und Zielsetzung der Weiterbildung gestellten Anforderungen durch den befugten Arzt unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages, der Leistungsstatistik sowie der personellen und materiellen Ausstattung der Weiterbildungsstätte erfüllt werden können. Auf Verlangen sind der Ärztekammer Auskünfte zu erteilen. Der befugte Arzt hat Veränderungen in Struktur und Größe der Weiterbildungsstätte unverzüglich der Ärztekammer anzuzeigen. Der Umfang der Befugnis ist an Veränderungen anzupassen.

(6)

Die Befugnis wird auf Antrag von der Ärztekammer erteilt. Dem Antrag ist ein gegliedertes Programm für die Weiterbildung zum Facharzt, in Schwerpunkten oder Zusatz-Weiterbildungen, für die die Befugnis beantragt wird, beizufügen. Dabei kann auf einen von der Ärztekammer fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan Bezug genommen werden. Der zur Weiterbildung befugte Arzt muss das gegliederte Programm den unter seiner Verantwortung Weiterzubildenden aushändigen. Die Ärztekammer führt ein Verzeichnis der befugten Ärzte und der Weiterbildungsstätten mit Angaben über den Umfang der Befugnis.

(7)

Der von der Ärztekammer zur Weiterbildung befugte Arzt ist verpflichtet, an Evaluationen und Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammer zur ärztlichen Weiterbildung teilzunehmen.

§ 6

Zulassung als Weiterbildungsstätte

(1)

Eine zugelassene Weiterbildungsstätte ist eine Universitäts- oder Hochschulklinik sowie eine hierzu (von der Ärztekammer)¹ zugelassene Einrichtung der ärztlichen Versorgung. Zu den Einrichtungen der ärztlichen Versorgung zählt auch die Praxis eines niedergelassenen Arztes.

(2)

Eine Weiterbildungsstätte muss insbesondere folgende Voraussetzungen erfüllen:

- die für die Weiterbildung typischen Krankheiten müssen nach Zahl und Art der Patienten regelmäßig und häufig genug vorkommen,
- Personal und Ausstattung der Einrichtung müssen den Erfordernissen der medizinischen Entwicklung Rechnung tragen,
- Krankenhausabteilungen müssen eine regelmäßige Konsiliartätigkeit aufweisen,
- die Weiterbildungsdokumentation im Logbuch gemäß § 2a Abs. 7 ermöglichen².

§ 7

Widerruf der Befugnis und der Zulassung als Weiterbildungsstätte

(1)

Die Befugnis zur Weiterbildung ist ganz oder teilweise zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind, insbesondere wenn

- ein Verhalten vorliegt, das die fachliche oder persönliche Eignung des Arztes als Weiterbilder ausschließt,
- Tatsachen vorliegen, aus denen sich ergibt, dass die aufgrund dieser Weiterbildungsordnung an Umfang und Inhalt der Weiterbildung gestellten Anforderungen nicht oder nicht mehr erfüllt werden können,
- berufsrechtliche Pflichten in erheblichen Maße verletzt werden.

¹ Der Klammerzusatz gilt nur für diejenigen Kammerbereiche, in denen das Heilberufe-/Kammergesetz eine derartige Regelung zulässt.

² Diese Regelung bedarf gegebenenfalls einer Rechtsgrundlage im Heilberufe- und Kammergesetz des jeweiligen Bundeslandes.

(2)

Mit der Beendigung der Tätigkeit eines befugten Arztes an der Weiterbildungsstätte, der Auflösung der Weiterbildungsstätte oder des Widerrufs der Zulassung als Weiterbildungsstätte erlischt die Befugnis zur Weiterbildung.

(3)

Die Zulassung als Weiterbildungsstätte kann ganz oder teilweise widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen gemäß § 6 Abs. 2 nicht mehr gegeben sind.

§ 8

Dokumentation der Weiterbildung

(1)

Der in Weiterbildung befindliche Arzt hat die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte in dem Logbuch gemäß § 2a Abs. 7 kontinuierlich zu dokumentieren.³ Hierzu ist mindestens einmal jährlich die Bestätigung des Weiterbildungsstandes im Logbuch durch den zur Weiterbildung befugten Arzt erforderlich. Die Dokumentation der Gespräche gemäß § 5 Abs. 3 S. 2 erfolgt ebenfalls im Logbuch.

(2)

Die Ärztekammer ist berechtigt, von dem zur Weiterbildung befugten und von dem in Weiterbildung befindlichen Arzt Dokumente, Auskünfte und Nachweise über Art und Durchführung der bisher absolvierten Weiterbildung anzufordern.

§ 9

Erteilung von Zeugnissen

(1)

Der befugte Arzt hat dem in Weiterbildung befindlichen Arzt über die unter seiner Verantwortung abgeleitete Weiterbildungszeit ein Zeugnis auszustellen, das im Einzelnen die erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten darlegt und zur Frage der fachlichen Eignung ausführlich Stellung nimmt. Das Zeugnis muss auch Angaben über den zeitlichen Umfang der Teilzeitbeschäftigungen und Unterbrechungen in der Weiterbildung enthalten. Diese Pflichten gelten nach Beendigung der Befugnis fort.

(2)

Auf Antrag des in der Weiterbildung befindlichen Arztes oder auf Anforderung durch die Ärztekammer ist grundsätzlich innerhalb von drei Monaten und bei Ausscheiden unverzüglich ein Zeugnis auszustellen, das den Anforderungen des Absatzes 1 entspricht.

§ 10

Anerkennung gleichwertiger Weiterbildung

Eine von dieser Weiterbildungsordnung abweichende Weiterbildung oder ärztliche Tätigkeit unter Anleitung kann vollständig oder teilweise anerkannt werden, wenn sie gleichwertig ist.

Die Gleichwertigkeit ist gegeben, wenn die Grundsätze dieser Weiterbildungsordnung für den Erwerb der vorgeschriebenen ärztlichen Kompetenz im Hinblick auf Inhalte und Zeiten gewahrt sind.

§ 11

Anerkennungsverfahren

Die Anerkennung einer Bezeichnung wird auf Antrag durch den Nachweis der fachlichen Kompetenz gemäß § 2 Abs. 2 bis 4 nach Erfüllung der vorgeschriebenen Mindestanforderungen und bestandener Prüfung von der Ärztekammer erteilt.

³ Die Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation im Logbuch bedarf gegebenenfalls einer Rechtsgrundlage im Heilberufe- und Kammergesetz des jeweiligen Bundeslandes

§ 12 Zulassung zur Prüfung

- (1)
Über die Zulassung zur Prüfung entscheidet die Ärztekammer. Die Zulassung wird erteilt, wenn die Erfüllung der zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen durch Zeugnisse und Nachweise einschließlich der Dokumentationen nach § 8 Abs. 1 belegt ist.
- (2)
Die Zulassung ist mit schriftlicher Begründung abzulehnen oder zurückzunehmen, wenn die Voraussetzungen gemäß Abs. 1 nicht erfüllt oder zu Unrecht als gegeben angenommen worden sind.
- (3)
Die Zulassung zur Prüfung im Schwerpunkt kann erst nach Facharztanerkennung erfolgen. Dies gilt auch für eine Zusatz-Weiterbildung, für die eine Facharztanerkennung vorgeschrieben ist.

§ 13 Prüfungsausschuss und Widerspruchsausschuss

- (1)
Die Ärztekammer bildet zur Durchführung der Prüfung Prüfungsausschüsse. Die Prüfung kann auch in Zusammenarbeit mit anderen Ärztekammern durchgeführt werden.
- (2)
Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse bestellt die Ärztekammer.⁴ Jedem Prüfungsausschuss gehören mindestens drei Ärzte an, von denen zwei die zu prüfende Facharzt-, Schwerpunkt- und/oder Zusatzbezeichnung besitzen müssen. Die Aufsichtsbehörde kann ein weiteres Mitglied entsenden. Die Prüfung kann auch bei Abwesenheit des von der Aufsichtsbehörde bestimmten Mitglieds durchgeführt werden.⁵
- (3)
Die Ärztekammer bestimmt die Vorsitzenden der Prüfungsausschüsse.⁶
- (4)
Der Prüfungsausschuss beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.
- (5)
Die Mitglieder des Prüfungsausschusses entscheiden unabhängig und sind an Weisungen nicht gebunden.
- (6)
Zur Beratung über Widersprüche gegen Prüfungsentscheidungen wird bei der Ärztekammer ein Widerspruchsausschuss gebildet. Für die Bestellung und Zusammensetzung der Mitglieder und die Bestimmung des Vorsitzenden gelten Abs. 2 und 3 entsprechend.
- (7)
Die Bestellung der Mitglieder und des Vorsitzenden der Prüfungsausschüsse und des Widerspruchsausschusses erfolgt für die Dauer der Wahlperiode der Organe der Ärztekammer.⁷

⁴ Es bestehen in den Ärztekammern unterschiedliche Regelungen, ob die Legislative (Kammerversammlung) oder die Exekutive (Vorstand der Ärztekammer) die Mitglieder bestellen.

⁵ In Abs. 2 können der 3. Satz und der 4. Satz entfallen, wenn eine derartige Regelung in den Heilberufe-/Kammergesetzen des jeweiligen Landes nicht aufgegriffen ist.

⁶ Es bestehen in den Ärztekammern unterschiedliche Regelungen, ob die Legislative (Kammerversammlung) oder die Exekutive (Vorstand der Ärztekammer) die Mitglieder bestellen.

⁷ Es bestehen in den Ärztekammern unterschiedliche Handhabungen; die diesbezüglichen Formulierungen sind ggf. in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen anzupassen oder es kann auf eine Regelung im Weiterbildungsrecht verzichtet werden.

§ 14 Prüfung

(1)

Die Ärztekammer setzt den Termin der Prüfung fest, die in angemessener Frist, spätestens sechs Monate nach der Zulassung, stattfindet. Der Arzt ist mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu laden.

(2)

Die Prüfung kann sich auf alle vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte erstrecken. Die erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten werden vom Prüfungsausschuss überprüft. Die Dauer der Prüfung beträgt mindestens 30 Minuten; sie ist nicht öffentlich.

(3)

Die besonderen Belange von Prüfungsteilnehmern mit Behinderung sind zur Wahrung ihrer Chancengleichheit bei Durchführung der Prüfungen zu berücksichtigen.

(4)

Der Prüfungsausschuss entscheidet auf Grund der vorgelegten Zeugnisse und des Prüfungsergebnisses, ob die vorgeschriebenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben worden sind.

(5)

Bei Nichtbestehen der Prüfung beschließt der Prüfungsausschuss, ob auf Grund der festgestellten Mängel

- die Weiterbildungszeit zu verlängern ist und welche inhaltlichen Anforderungen hieran zu stellen sind und/oder
- erforderliche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zusätzlich bis zur Wiederholungsprüfung erworben werden sollen, und/oder
- die Erfüllung sonstiger Auflagen gegenüber der Ärztekammer nachzuweisen ist.

(6)

Die Dauer der verlängerten Weiterbildung beträgt mindestens 3 Monate, für Facharztweiterbildungen höchstens 2 Jahre, für Schwerpunkte und Zusatz-Weiterbildungen höchstens 1 Jahr.

(7)

Wenn der Antragsteller ohne ausreichenden Grund der Prüfung fernbleibt oder sie abbricht, gilt die Prüfung als nicht bestanden.

(8)

Über die Prüfung ist eine Niederschrift anzufertigen.

§ 15 Mitteilung der Prüfungsentscheidung

(1)

Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses teilt dem Prüfungsteilnehmer und der Ärztekammer das Ergebnis der Prüfung mit. Das Nichtbestehen wird dem Prüfungsteilnehmer grundsätzlich mündlich begründet.

(2)

Bei Bestehen der Prüfung stellt die Ärztekammer dem Antragsteller eine Anerkennungsurkunde aus.

(3)

Bei Nichtbestehen der Prüfung erteilt die Ärztekammer dem Antragsteller einen schriftlichen rechtsmittelfähigen Bescheid mit Begründung einschließlich der vom Prüfungsausschuss beschlossenen Auflagen gemäß § 14 Abs. 4 und 5.

(4)

Legt der Arzt gegen den Bescheid der Ärztekammer Widerspruch ein, entscheidet die Ärztekammer über den Widerspruch nach Anhörung des Widerspruchsausschusses gemäß § 13 Abs. 6; die Anhörung kann unterbleiben, sofern ausschließlich formale Einwendungen erhoben werden.

§ 16 Wiederholungsprüfung

Eine Wiederholungsprüfung kann frühestens drei Monate nach der nicht erfolgreich abgeschlossenen Prüfung durchgeführt werden. Für die Wiederholungsprüfung gelten die §§ 12 bis 15 entsprechend.

§ 17 Rücknahme der Anerkennung von Bezeichnungen

Die Anerkennung einer Bezeichnung ist zurückzunehmen, wenn die hierfür erforderlichen Voraussetzungen nicht gegeben waren. Vor der Entscheidung der Ärztekammer über die Rücknahme sind ein gemäß § 13 gebildeter Prüfungsausschuss und der Betroffene zu hören; die Anhörung des Prüfungsausschusses kann unterbleiben, sofern ausschließlich formale Einwendungen erhoben werden.

§ 18 Anerkennung von Weiterbildungen aus dem Gebiet der Europäischen Union (Mitgliedstaat), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR-Staat) oder aus einem Staat, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat) als Facharztbezeichnung

(1)

Wer ein fachbezogenes Diplom, ein fachbezogenes Prüfungszeugnis oder einen sonstigen fachlichen Ausbildungsnachweis (Weiterbildungsnachweis) besitzt, das oder der nach dem Recht der Europäischen Union oder dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum oder einem Vertrag, mit dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben gegenseitig automatisch anzuerkennen ist, erhält auf Antrag die Anerkennung der Facharztbezeichnung.

Diese Personen führen die dafür in dieser Weiterbildungsordnung vorgesehene Bezeichnung.

(2)

Wer einen Weiterbildungsnachweis besitzt, der eine Weiterbildung belegt, die vor den im Anhang V Nummer 5.1.2. der Richtlinie 2005/36/EG genannten Stichtagen begonnen wurde, erhält auf Antrag die Anerkennung bei Vorlage einer Bescheinigung durch die zuständige Behörde oder eine andere zuständige Stelle des Mitglied-, EWR- oder Vertragsstaates, in dem der Weiterbildungsnachweis ausgestellt wurde, über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach Art. 25 oder Art. 28 der Richtlinie 2005/36/EG (Konformitätsbescheinigung) oder bei Nichterfüllung der Mindestanforderungen durch Vorlage einer Bescheinigung, aus der sich ergibt, dass diese Person während der letzten fünf Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig die betreffende ärztliche Tätigkeit ausgeübt hat. Für Weiterbildungsnachweise aus der früheren Tschechoslowakei, der früheren Sowjetunion sowie vom früheren Jugoslawien gelten die Sonderregelungen in Art. 23 Abs. 3 bis 5 der Richtlinie 2005/36/EG.

Wer einen Weiterbildungsnachweis besitzt, der nach den in Anhang V Nummer 5.1.2. der Richtlinie 2005/36/EG genannten Stichtagen ausgestellt und nicht einer in Anhang V Nummern 5.1.3. oder 5.1.4. genannten Bezeichnung entspricht, erhält auf Antrag die Anerkennung bei Vorlage einer Konformitätsbescheinigung sowie einer Erklärung durch die zuständige Behörde oder durch eine andere zuständige Stelle des Herkunftsmitgliedstaates darüber, dass der Weiterbildungsnachweis dem Weiterbildungsnachweis gleichgestellt wird, dessen Bezeichnung in Anhang V Nummern 5.1.2., 5.1.3. oder 5.1.4. der Richtlinie 2005/36/EG aufgeführt ist.

Die Bescheinigungen nach den Sätzen 1 bis 3 gelten als Weiterbildungsnachweise nach Absatz 1 und werden automatisch anerkannt. Diese Personen führen die dafür in dieser Weiterbildungsordnung vorgesehene Bezeichnung.

(3)

Wer einen Weiterbildungsnachweis besitzt, der nicht nach Absatz 1 oder 2 automatisch anzuerkennen ist, erhält auf Antrag die Anerkennung einer Facharztbezeichnung, wenn die Gleichwertigkeit des Weiterbildungsstandes gegeben ist.

Gleiches gilt bei Vorliegen eines Weiterbildungsnachweises aus einem anderen als den in Absatz 1 genannten Gebieten (Drittstaat), der durch einen anderen Mitglied-, EWR- oder Vertragsstaat anerkannt worden ist, wenn der Antragsteller drei Jahre die betreffende ärztliche Tätigkeit im Hoheitsgebiet des Mitglied-, EWR- oder Vertragsstaates ausgeübt hat, der diesen Nachweis anerkannt und die zuständige Behörde oder eine andere zuständige Stelle dieses Staates ihm dies bescheinigt hat.

Der Weiterbildungsstand ist als gleichwertig anzusehen, wenn die Weiterbildung des Antragstellers keine wesentlichen Unterschiede gegenüber der Weiterbildung nach dieser Weiterbildungsordnung aufweist; zudem muss die Gleichwertigkeit der vorangegangenen ärztlichen Grundausbildung durch die zuständige Behörde festgestellt werden.

Wesentliche Unterschiede liegen vor, wenn in der nachgewiesenen Weiterbildung Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten fehlen, deren Erwerb eine wesentliche Voraussetzung für die beantragte Bezeichnung wäre.

Wesentliche Unterschiede können ganz oder teilweise durch Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten ausgeglichen werden, die von den Antragstellern im Rahmen ihrer Berufspraxis in einem Mitgliedstaat, einem EWR-Staat, einem Vertragsstaat oder einem Drittstaat erworben wurden.

Darüber hinaus können wesentliche Unterschiede ganz oder teilweise durch Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten ausgeglichen werden, die durch lebenslanges Lernen⁸ erworben wurden, sofern diese erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten von einer dafür in dem jeweiligen Staat zuständigen Stelle als gültig anerkannt wurden; dabei ist nicht entscheidend, in welchem Staat diese Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben worden sind.

Wurden wesentliche Unterschiede nicht durch Berufspraxis oder lebenslanges Lernen ausgeglichen, ist hierüber ein Bescheid verbunden mit dem Angebot einer Eignungsprüfung zu erteilen.

Hierin sind die Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten mitzuteilen, in denen wesentliche Unterschiede bestehen und auf die sich die Eignungsprüfung erstrecken soll.

Für die Eignungsprüfung gelten – mit Ausnahme von § 14 Abs. 2, 4 und 5 – die §§ 13 bis 16 entsprechend. Die Dauer der Prüfung beträgt mindestens 30 Minuten.

(4)

Die Ärztekammer bestätigt innerhalb eines Monats den Eingang der Antragsunterlagen und teilt mit, welche Unterlagen fehlen.

Spätestens drei Monate nach Eingang der vollständigen Unterlagen ist über die Anerkennung zu entscheiden.

In Fällen des Absatzes 3 verlängert sich die Frist um einen Monat innerhalb derer über die Durchführung der Eignungsprüfung zu entscheiden ist.

Die Ärztekammer erteilt auf Anfrage Auskunft zur Weiterbildungsordnung und zum Verfahren der Anerkennung.

(5)

Für die Anerkennung der Weiterbildungsnachweise nach den Absätzen 1 bis 3 sind vom Antragsteller folgende Unterlagen und Bescheinigungen vorzulegen:

1. die Approbation oder Berufserlaubnis zuzüglich Nachweis über den gleichwertigen Ausbildungsstand,
2. ein Identitätsnachweis,
3. eine tabellarische Aufstellung über die absolvierte Weiterbildung und die Berufspraxis,
4. eine amtlich beglaubigte Kopie der Weiterbildungsnachweise sowie Bescheinigungen über die Berufspraxis und das lebenslange Lernen,
5. in Fällen des Absatzes 2 Konformitätsbescheinigungen oder Tätigkeitsnachweise über die letzten fünf Jahre,
6. in Fällen des Absatzes 3 zusätzliche Nachweise zur Prüfung der Gleichwertigkeit,
7. für den Fall, dass in einem anderen Mitgliedstaat, EWR-Staat oder Vertragsstaat ein Nachweis über eine Weiterbildung ausgestellt wird, die ganz oder teilweise in Drittstaaten absolviert wurde, Unterlagen darüber, welche Tätigkeiten in Drittstaaten durch die zuständige Stelle des Ausstellungsmitgliedstaates in welchem Umfang auf die Weiterbildung angerechnet wurden,

⁸ Vgl. zu der Definition des Begriffs „lebenslanges Lernen“ Artikel 3 Abs. 1 Buchstabe I) RL 2005/36/EG in der konsolidierten Fassung vom 25.04.2016.

8. eine schriftliche Erklärung, ob die Anerkennung der Weiterbildungsnachweise bereits bei einer anderen Ärztekammer beantragt wurde oder wird.

Soweit die unter Nrn. 4 bis 8 genannten Unterlagen und Bescheinigungen nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, sind sie zusätzlich in beglaubigter Übersetzung vorzulegen, die durch einen öffentlich bestellten oder beeidigten Übersetzer oder Dolmetscher erstellt wurde.

Der Antragsteller ist verpflichtet, alle für die Ermittlung der Gleichwertigkeit notwendigen Unterlagen vorzulegen sowie alle dazu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Kommt der Antragsteller dieser Mitwirkungspflicht nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erschwert, kann die Ärztekammer ohne weitere Ermittlungen entscheiden.

Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller in anderer Weise die Aufklärung des Sachverhalts erschwert.

Der Antrag kann wegen fehlender Mitwirkung abgelehnt werden, nachdem der Antragsteller auf die Folge schriftlich hingewiesen worden ist und der Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer angemessenen Frist nachgekommen ist.

Ist der Antragsteller aus Gründen, die er darzulegen hat, nicht in der Lage, die notwendigen Unterlagen und Bescheinigungen vorzulegen, kann sich die Ärztekammer an die Kontaktstelle, die zuständige Behörde oder an eine andere zuständige Stelle des Herkunftsstaates wenden.

(6)

Die Ärztekammer darf Auskünfte von den zuständigen Behörden oder von anderen zuständigen Stellen eines anderen Herkunftsstaates einholen, soweit sie berechnigte Zweifel an der Richtigkeit der Angaben des Antragstellers hat.

(7)

Die Ärztekammer bestätigt der zuständigen Behörde oder einer anderen zuständigen Stelle auf Anfrage sowohl die Authentizität der von ihr ausgestellten Bescheinigung als auch, dass die Mindestanforderungen an die Weiterbildung nach Art. 25 und 28 der Richtlinie 2005/36/EG erfüllt sind.

§ 18a

Anerkennung von Weiterbildungen aus dem Gebiet der Europäischen Union (Mitgliedstaat), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR-Staat) oder aus einem Staat, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat) als Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung

(1)

Für die Fälle einer Anerkennung nach § 2 Abs. 3 und 4 gilt § 18 Abs. 3 bis 7 entsprechend.

(2)

Wesentliche Unterschiede liegen vor, wenn sich die Dauer der nachgewiesenen Weiterbildung gegenüber der in dieser Weiterbildungsordnung geregelten Weiterbildung deutlich unterscheidet.

§ 19

Anerkennung von Weiterbildungen außerhalb des Gebietes der Europäischen Union (Mitgliedstaat) und außerhalb der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Staat) und außerhalb eines Staates, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat) als Facharztbezeichnung

(1)

Wer einen Weiterbildungsnachweis besitzt, der in einem Drittstaat ausgestellt wurde, erhält auf Antrag die Anerkennung der Bezeichnung, wenn die Gleichwertigkeit des Weiterbildungsstandes gegeben ist.

Diese Personen führen die dafür in dieser Weiterbildungsordnung vorgesehene Bezeichnung.

(2)

Für die Überprüfung der Gleichwertigkeit gilt § 18 Abs. 3 Sätze 3 bis 5 entsprechend. Darüber hinaus liegen in der Regel wesentliche Unterschiede vor, wenn die nachgewiesene Weiterbildungsdauer mindestens ein Jahr unter der durch diese Weiterbildungsordnung festgelegten Weiterbildungsdauer liegt.⁹

Der Nachweis der erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten wird durch das Ablegen einer Prüfung erbracht.

Für die Prüfung gelten die §§ 13 bis 16 entsprechend.

Die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sind nach Satz 2 auch nachzuweisen, wenn die Prüfung des Antrags nur mit unangemessenem zeitlichen oder sachlichen Aufwand möglich ist, weil die erforderlichen Unterlagen und Nachweise aus Gründen, die nicht in der Person des Antragstellers liegen, von diesem nicht vorgelegt werden können.

(3)

Für das Anerkennungsverfahren gelten die Vorschriften über Fristen, Unterlagen und Bescheinigungen sowie Auskünfte nach § 18 Abs. 4 Sätze 3 und 4, Abs. 5 Sätze 1 bis 6 sowie Abs. 6 entsprechend.

§ 19a

Anerkennung von Weiterbildungen außerhalb des Gebietes der Europäischen Union (Mitgliedstaat) und außerhalb der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Staat) und außerhalb eines Staates, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat) als Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung

(1)

Für die Fälle einer Anerkennung nach § 2 Abs. 3 und 4 gilt § 19 Abs. 2 Satz 1, 3, 4 und 5 sowie Abs. 3 entsprechend.

(2)

Wesentliche Unterschiede liegen vor, wenn sich die Dauer der nachgewiesenen Weiterbildung gegenüber der in dieser Weiterbildungsordnung geregelten Weiterbildung deutlich unterscheidet.

§ 20

Allgemeine Übergangsbestimmungen

(1)

Soweit in Abschnitt B und C keine speziellen Regelungen getroffen sind, gelten die allgemeinen Übergangsbestimmungen.

(2)

Die nach der bisher gültigen Weiterbildungsordnung erworbenen Weiterbildungsbezeichnungen, die nicht mehr Gegenstand dieser Weiterbildungsordnung sind, dürfen weitergeführt werden.

(3)

Die nach der bisher gültigen Weiterbildungsordnung erworbenen Qualifikationsnachweise behalten ihre Gültigkeit.

(4)

Kammerangehörige, die sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung in einer Facharztweiterbildung befinden, können diese innerhalb einer Frist von sieben Jahren nach den Bestimmungen der bisher gültigen Weiterbildungsordnung abschließen und die Zulassung zur Prüfung beantragen.

⁹ Die Regelung erfordert eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage in dem jeweiligen Heilberufe- und Kammergesetz des Bundeslandes.

(5)

Kammerangehörige, die sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung nach Facharztanerkennung in einer Weiterbildung zum Schwerpunkt befinden, können diese innerhalb einer Frist von drei Jahren nach den Bestimmungen der bisher gültigen Weiterbildungsordnung abschließen und die Zulassung zur Prüfung beantragen.

(6)

Kammerangehörige, die sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung in der Weiterbildung in einem Bereich befinden, können diese innerhalb einer Frist von drei Jahren nach den Bestimmungen der bisher gültigen Weiterbildungsordnung abschließen und die Zulassung zur Prüfung beantragen.

(7)

Kammerangehörige, die bei Einführung einer neuen Bezeichnung in diese Weiterbildungsordnung in dem jeweiligen Gebiet, Schwerpunkt oder der jeweiligen Zusatz-Weiterbildung innerhalb der letzten 8 Jahre vor der Einführung mindestens die gleiche Zeit regelmäßig an Weiterbildungsstätten oder vergleichbaren Einrichtungen tätig waren, welche der jeweiligen Mindestdauer der Weiterbildung entspricht, können die Zulassung zur Prüfung beantragen. Der Antragsteller hat den Nachweis einer regelmäßigen Tätigkeit für die in Satz 1 angegebene Mindestdauer in dem jeweiligen Gebiet, Schwerpunkt oder Zusatz-Weiterbildung zu erbringen. Aus dem Nachweis muss hervorgehen, dass der Antragsteller in dieser Zeit überwiegend im betreffenden Gebiet, Schwerpunkt oder der entsprechenden Zusatz-Weiterbildung tätig gewesen ist und dabei umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben hat.

Anträge sind innerhalb einer Frist von drei Jahren zu stellen. Dabei können auch Tätigkeitsabschnitte innerhalb dieser Frist berücksichtigt werden.

(8)

In den Fällen der Absätze 4 bis 8 finden auf das Anerkennungsverfahren die §§ 11 bis 17 Anwendung.

Auf die Fristen findet § 4 Abs. 6 Anwendung.¹⁰

§ 21 Inkrafttreten

Diese Weiterbildungsordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

¹⁰ Für die interne Verwaltungspraxis der Ärztekammern empfiehlt sich, aus rechtlichen, qualitativen und administrativen Gründen eine feste zeitliche Begrenzung vorzusehen.

Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B

unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen

Weiterbildungsblock	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten
Grundlagen	Ethische, wissenschaftliche und rechtliche Grundlagen ärztlichen Handelns	
		Vertiefung und Stärkung berufsspezifischer Haltungen zum Wohl des Patienten, die auf ärztlicher Expertise, anerkannten ethischen Grundsätzen, Kommunikativität, Kollegialität und präventivem Engagement beruhen
	Grundlagen ärztlicher Begutachtung	
		Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements einschließlich des Fehler- und Risikomanagements sowie Anwendung von Leit- und Richtlinien
	Ökonomische und strukturelle Aspekte des Gesundheitswesens	
		Hygienemaßnahmen
		Ärztliche Leichenschau
Patientenbezogene Inhalte		Management (nosokomialer) Infektionen mit multiresistenten Erregern
		Beratung über präventive und rehabilitative Maßnahmen einschließlich der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen
		Situationsgerechte ärztliche Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen
		Aufklärung und Befunddokumentation
		Durchführung einer strukturierten Patientenübergabe
	Psychosomatische Grundlagen	
	Psychosoziale, umweltbedingte und interkulturelle Einflüsse auf die Gesundheit sowie Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialem Status	
	Besondere Situationen bei der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden	
		Therapieentscheidungen am Lebensende einschließlich Angehörigengespräche
	Symptome der Verletzung von körperlicher und/oder psychischer Integrität	
		Beurteilung von Besonderheiten der Erkrankungen und Einschränkungen im Alter
	Genderaspekte und Aspekte der Geschlechtsidentität	
	Telemedizin	

Weiterbildungsblock	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten
Behandlungsbezogene Inhalte	Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten	
		Medizinische Notfallsituationen, insbesondere lebensrettende Sofortmaßnahmen
	Seltene Erkrankungen	
		Pharmakotherapie, Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit sowie Arzneimittelmisbrauch
		Schmerzprävention und allgemeine Schmerztherapie bei akuten und chronischen Schmerzen
		Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit
		Impfwesen/Durchführung von Schutzimpfungen
	Besonderheiten bei der Betreuung von Menschen mit Behinderung	
Technisch-diagnostische Inhalte im Zusammenhang mit gebietsspezifischen Fragestellungen	Präanalytik und labortechnisch gestützte Nachweisverfahren	
		Point-of-Care-Diagnostik mit visueller oder apparativer Ausstattung
		Indikationsstellung und Befundinterpretation des krankheitsbezogenen Basislabors
		Interdisziplinäre Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich der Differentialindikation und Interpretation bildgebender Befunde

Abschnitt C – Zusatz-Weiterbildungen

Titel, Definitionen und Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

ZWB Ärztliches Qualitätsmanagement

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Ärztliches Qualitätsmanagement umfasst die Grundlagen für eine kontinuierliche Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in der medizinischen Versorgung.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- 24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet
und zusätzlich
- **200 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Ärztliches Qualitätsmanagement

ZWB Akupunktur

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Akupunktur umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die therapeutische Beeinflussung von Körperfunktionen über definierte Punkte und Areale der Körperoberfläche durch Akupunkturtechniken, für die eine Wirksamkeit nachgewiesen ist.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung
und zusätzlich
- **200 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Akupunktur

ZWB Allergologie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Allergologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung der durch Allergene und Pseudoallergene ausgelösten Erkrankungen verschiedener Organsysteme einschließlich der immunologischen Aspekte.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in den Gebieten Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin

und zusätzlich

- **Allergologie** gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis

ZWB Andrologie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Andrologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation von männlichen Fertilitätsstörungen einschließlich partnerschaftlicher Störungen und männlicher Kontrazeption, der erektilen Dysfunktion einschließlich Libido-, Ejakulations- und Kohabitationsstörungen, des primären und sekundären Hypogonadismus, der Gynäkomastie, der Pubertas tarda sowie der Seneszenz des Mannes.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder Urologie

und zusätzlich

- **12 Monate Andrologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Balneologie und Medizinische Klimatologie

Die Bezeichnung „Badearzt“ oder „Kurarzt“ kann geführt werden, wenn der Arzt/die Ärztin in einem amtlich anerkannten Kurort tätig ist.

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Balneologie und Medizinische Klimatologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Anwendung balneologischer Heilmittel und therapeutischer Klimafaktoren in Prävention, Therapie und Rehabilitation.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich
- **80 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Balneologie und Medizinische Klimatologie

ZWB Betriebsmedizin

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Arbeitsmedizin.

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Wechselbeziehungen zwischen Arbeits- und Lebenswelten einerseits sowie Gesundheit und Krankheiten andererseits. Im Mittelpunkt steht dabei der Erhalt und die Förderung der physischen und psychischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen, die Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsbedingungen, die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung arbeitsbedingter Erkrankungen und Berufskrankheiten.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich
- **360 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Arbeitsmedizin und zusätzlich
- **1.200 Stunden betriebsärztliche Tätigkeit** unter Supervision eines Befugten
Die betriebsärztliche Tätigkeit kann ersetzt werden durch 9 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten.

ZWB Dermatopathologie

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Dermatopathologie sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Pathologie.

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Dermatopathologie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Durchführung von histologischen und molekularen Untersuchungen an der normalen und pathologischen Haut, Unterhaut, deren Anhangsgebilden und der hautnahen Schleimhäute.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Haut- und Geschlechtskrankheiten und zusätzlich
- **24 Monate Dermatopathologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Diabetologie

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Diabetologie sind integraler Bestandteil der Facharzt-Weiterbildung in Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie sowie der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie.

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Diabetologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung, Behandlung und Rehabilitation aller Formen der diabetischen Stoffwechselstörung einschließlich ihrer Komplikationen sowie die Beratung und Schulung.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung im Gebiet Innere Medizin oder für Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin und zusätzlich
- **12 Monate Diabetologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Ernährungsmedizin

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung, Behandlung und Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen sowie von Erkrankungen, die durch angeborene oder erworbene Stoffwechselstörungen hervorgerufen sind.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich
- **100 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Ernährungsmedizin und zusätzlich
- **120 Stunden Fallseminare** unter Supervision
Die Fallseminare können durch 6 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

ZWB Flugmedizin

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Luft- und Raumfahrtmedizin einschließlich der physikalischen und medizinischen Besonderheiten des Aufenthaltes im Luft- und Weltraum sowie die psycho-physiologischen Anforderungen an das fliegende Personal einschließlich der Patienten im Lufttransport, der Passagiere sowie der Fluglotsen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich
- **180 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Flugmedizin

ZWB Geriatrie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung unter Einbezug von Palliation und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit und Lebensqualität.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung im Gebiet Innere Medizin oder für Allgemeinmedizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie
und zusätzlich
- **18 Monate Geriatrie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Pathologie.

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung gynäkologischer Abstrichuntersuchungen zur Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses einschließlich der daran durchgeführten Nachweise von HPV-Typen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
und zusätzlich
- **Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie** gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis

ZWB Hämostaseologie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und Behandlung von angeborenen und erworbenen Hämostasestörungen, die zu Thromboembolien und Blutungsstörungen führen können.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder in Laboratoriumsmedizin

und zusätzlich

- **12 Monate Hämostaseologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Handchirurgie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Handchirurgie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, operative und nicht operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Fehlbildungen und Tumoren der Hand und des distalen Unterarms sowie die Rekonstruktion nach Erkrankungen oder Verletzungen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Allgemeinchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

und zusätzlich

- **24 Monate Handchirurgie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Homöopathie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Homöopathie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die konservative Behandlung mit homöopathischen Arzneimitteln, die aufgrund individueller Krankheitszeichen als Einzelmittel nach dem Ähnlichkeitsprinzip angewendet werden.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich
- **240 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Homöopathie und zusätzlich
- **100 Stunden Fallseminare** unter Supervision
Die Fallseminare können durch 6 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

ZWB Immunologie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Immunologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die fachspezifische klinische Diagnostik und Therapie von Immundefekten und Immundysregulations-Syndromen einschließlich immundiagnostischer Methoden.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung und zusätzlich
- **12 Monate Immunologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon
 - müssen 6 Monate im immunologischen Labor abgeleistet werden

ZWB Infektiologie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Infektiologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung erregerebedingter Erkrankungen sowie die interdisziplinäre Beratung bei Fragen, die Infektionskrankheiten oder deren Ausschluss betreffen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder in Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder in Hygiene und Umweltmedizin

und zusätzlich

- **12 Monate Infektiologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Intensivmedizin

Dieser Bezeichnung kann der adjektivische Zusatz der jeweiligen Facharztbezeichnung zugefügt werden (Anästhesiologische, Chirurgische, Internistische, Pädiatrische, Neurochirurgische oder Neurologische Intensivmedizin).

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Intensivüberwachung und Intensivbehandlung von Patienten, deren Vitalfunktionen oder Organfunktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und durch intensive therapeutische Verfahren unterstützt oder aufrechterhalten werden müssen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in den Gebieten Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Neurochirurgie oder Neurologie

und zusätzlich

- **18 Monate Intensivmedizin** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Diabetologie sind integraler Bestandteil der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie.

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und –Diabetologie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Prävention, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Erkrankungen der inneren Sekretion einschließlich ihrer Komplikationen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen und Heranwachsenden in seinem sozialen Umfeld von der pränatalen Periode einschließlich der Transition in eine qualifizierte Weiterbetreuung.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Kinder- und Jugendmedizin
und zusätzlich
- **24 Monate Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Prävention, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Verdauungstraktes, der Leber, der Bauchspeicheldrüse und ernährungsassoziierter Störungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen und Heranwachsenden in seinem sozialen Umfeld von der pränatalen Periode einschließlich der Transition in eine qualifizierte Weiterbetreuung.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Kinder- und Jugendmedizin
und zusätzlich
- **24 Monate Kinder- und Jugend-Gastroenterologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Kinder- und Jugend-Nephrologie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Nephrologie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Prävention, Erkennung, konservative Akut- und Langzeitbehandlung und Rehabilitation von Erkrankungen der Niere und ableitenden Harnwege des Säuglings, Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen und Heranwachsenden in seinem sozialen Umfeld von der pränatalen Periode einschließlich der Transition in eine qualifizierte Weiterbetreuung.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Kinder- und Jugendmedizin
und zusätzlich
- **24 Monate Kinder- und Jugend-Nephrologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Kinder- und Jugend-Orthopädie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugendorthopädie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung von Erkrankungen, Verletzungen höherer Schwierigkeitsgrade, Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Stütz- und Bewegungsorgane im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Kinderchirurgie
und zusätzlich
- **18 Monate Kinder- und Jugend-Orthopädie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Kinder- und Jugend-Pneumologie

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Prävention, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation von angeborenen und erworbenen Erkrankungen der oberen und unteren Atemwege, der Lunge, des Mediastinums und der Pleura sowie der hiermit verbundenen allergischen Erkrankungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen und Heranwachsenden in seinem sozialen Umfeld von der pränatalen Periode einschließlich der Transition in eine qualifizierte Weiterbetreuung.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Kinder- und Jugendmedizin
und zusätzlich
- **24 Monate Kinder- und Jugend-Pneumologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Kinder- und Jugend-Rheumatologie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Prävention, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises einschließlich der entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen und Heranwachsenden in seinem sozialen Umfeld von der pränatalen Periode einschließlich der Transition in eine qualifizierte Weiterbetreuung.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Kinder- und Jugendmedizin
und zusätzlich
- **24 Monate Kinder- und Jugend-Rheumatologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erstdiagnostik und Initialtherapie von Notfall- und Akutpatienten im Krankenhaus sowie die Indikationsstellung und Koordination der weiterführenden fachspezifischen Behandlung in interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und
 - 6 Monate Intensivmedizin, die auch während der Facharztweiterbildung abgeleistet werden können
- und zusätzlich
- **80 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung
- und zusätzlich
- **24 Monate Klinische Akut- und Notfallmedizin** in einer interdisziplinären Notfallaufnahme unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Krankenhaushygiene

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene sind integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung in Hygiene und Umweltmedizin sowie Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Prävention, Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen und multi-resistenter Erreger sowie die Durchführung und Koordination insbesondere von patientenbezogenen Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle in medizinischen Einrichtungen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung
- und zusätzlich
- **200 Stunden Kurs-Weiterbildung** gem. § 4 Abs. 8 in Krankenhaushygiene, davon
 - 40 Stunden Grundkurs und anschließend
 - 160 Stunden Aufbaukurs

Die Kurs-Weiterbildung kann durch 12 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

ZWB Magnetresonanztomographie

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomographie sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Radiologie.

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung in der Magnetresonanztomographie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung der gebietsbezogenen Magnetresonanztomographie.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

– Facharztanerkennung

und zusätzlich

– **24 Monate Magnetresonanztomographie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten im Gebiet Radiologie, davon

- können bis zu 12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Magnetresonanztomographie erfolgen

ZWB Manuelle Medizin

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und Behandlung reversibler Funktionsstörungen des Bewegungssystems einschließlich ihrer Wechselwirkung mit anderen Organsystemen mittels manueller Untersuchungs- und Behandlungstechniken.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

– Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung

und zusätzlich

– **320 Stunden Kurs-Weiterbildung** gem. § 4 Abs. 8 in Manuelle Medizin, davon

- 120 Stunden Grundkurs und anschließend
- 200 Stunden Aufbaukurs

Die Kurs-Weiterbildung kann durch 12 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

ZWB Medikamentöse Tumorthherapie

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie sind integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung in Strahlentherapie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Innere Medizin und Pneumologie, Urologie sowie der Schwerpunktweiterbildungen Gynäkologische Onkologie sowie Kinder-Hämatologie und -Onkologie.

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung, Überwachung und Nachsorge der medikamentösen Therapie solider Tumorerkrankungen des Fachgebiets einschließlich supportiver Maßnahmen und der Therapie auftretender Komplikationen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in den Gebieten Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie oder Neurologie

und zusätzlich

- **12 Monate Medikamentöse Tumorthherapie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Medizinische Informatik

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Medizinische Informatik umfasst die systematische Verarbeitung von Informationen in der Medizin durch die Modellierung und Realisierung von informationsverarbeitenden Systemen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- 24 Monate ärztliche Tätigkeit

und zusätzlich

- **240 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Medizinische Informatik
Die Kurs-Weiterbildung kann durch 12 Monate Weiterbildung in einer an die Patientenversorgung angeschlossenen Einrichtung der Medizinischen Informatik unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

und zusätzlich

- **480 Stunden** in einer Einrichtung der medizinischen Informatik oder in einer IT-Abteilung im Gesundheitswesen, ersetzbar durch eine Projektarbeit bei einem Weiterbildungsbezug für Medizinische Informatik

ZWB Naturheilverfahren

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Naturheilverfahren umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Anregung der individuellen körpereigenen Ordnungs- und Heilkräfte durch Anwendung nebenwirkungsarmer oder -freier natürlicher Mittel.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung

und zusätzlich

- **160 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Naturheilverfahren

und zusätzlich

- **80 Stunden Fallseminare** unter Supervision

Die Fallseminare können durch 6 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

ZWB Notfallmedizin

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin umfasst die Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und die Behandlung von Notfällen sowie die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- 24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung im stationären Bereich unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- 6 Monate in der Intensivmedizin oder in Anästhesiologie

und zusätzlich

- **80 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung

und anschließend

- **50 Notarzteinsätze** im öffentlichen Rettungsdienst (Notarzteeinsatzfahrzeug oder Rettungshubschrauber) unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes, davon können bis zu 25 Einsätze im Rahmen eines standardisierten Simulationskurses erfolgen

ZWB Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen umfasst die Anwendung radioaktiver Stoffe zur Funktions- und Lokalisationsdiagnostik von Erkrankungen, Organen, Geweben und Systemen sowie deren Anwendung im Rahmen von Hybridverfahren.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Radiologie
und zusätzlich
- **24 Monate Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Orthopädische Rheumatologie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Diagnostik und Therapie von degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane einschließlich der interdisziplinären Zusammenarbeit bei komplexen rheumatischen Erkrankungen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Orthopädie und Unfallchirurgie
und zusätzlich
- **24 Monate Orthopädische Rheumatologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Palliativmedizin

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer unheilbaren, fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung mit dem Ziel, unter Einbeziehung des sozialen Umfelds und unter Berücksichtigung der individuellen psychischen und spirituellen Situation die Lebensqualität dieser Patienten bestmöglich positiv zu beeinflussen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich
- **40 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Palliativmedizin und zusätzlich
- **120 Stunden Fallseminare** unter Supervision
Die Fallseminare können durch 6 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

ZWB Phlebologie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Phlebologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen und Fehlbildungen des Venen- und Lymphgefäßsystems der Extremitäten einschließlich thrombotischer Erkrankungen des Venensystems.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung und zusätzlich
- **Phlebologie** gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis

ZWB Physikalische Therapie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Anwendung physikalischer Faktoren in Prävention, Therapie und Rehabilitation.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich
- **12 Monate Physikalische Therapie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten und zusätzlich
- **120 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Physikalische Therapie

ZWB Plastische und Ästhetische Operationen

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Plastische und Ästhetische Operationen umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die konstruktiven und rekonstruktiven plastischen und ästhetischen operativen Eingriffe und nichtoperativen Verfahren zur Wiederherstellung und Verbesserung der Form, Funktion und Ästhetik in der Kopf-Hals-Region.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und zusätzlich
- **24 Monate Plastische und Ästhetische Operationen** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Proktologie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Proktologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Formveränderungen und funktionellen Störungen des Mastdarms, des Afters, des Kontinenzorgans, der Beckenbodenmuskulatur, von Analekzemen, anorektalen Geschlechtskrankheiten und analen Dermatosen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Viszeralchirurgie, Allgemeinchirurgie, Allgemeinmedizin, Kinderchirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Innere Medizin und Gastroenterologie oder Urologie

und zusätzlich

- **12 Monate Proktologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Psychoanalyse

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Psychoanalyse umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und psychoanalytische Behandlung von Erkrankungen und Störungen, denen unbewusste seelische Konflikte und/oder strukturelle Beeinträchtigungen zugrunde liegen einschließlich der Anwendung in der Prävention und Rehabilitation sowie zum Verständnis unbewusster Prozesse in der Arzt-Patienten-Beziehung.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie

und zusätzlich

- **Psychoanalyse** gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis

ZWB Psychotherapie

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung sowie psychotherapeutische Behandlung von Erkrankungen und Störungen, die durch psychosoziale Faktoren und Belastungsreaktionen mit bedingt sind.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich
- **Psychotherapie** gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis

ZWB Rehabilitationswesen

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Rehabilitationswesen umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Einleitung und Koordination von Rehabilitationsmaßnahmen zur beruflichen und sozialen (Wieder-)Eingliederung im Rahmen interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit einschließlich der damit zusammenhängenden Begutachtung.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich
 - **320 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Rehabilitationswesen, davon
 - 160 Stunden Kurs-Weiterbildung in Rehabilitationswesen/Sozialmedizin
 - 160 Stunden Kurs-Weiterbildung in Rehabilitationswesen
- und zusätzlich
- **Rehabilitationswesen** gemäß Weiterbildungsinhalten unter Supervision eines Befugten

ZWB Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner umfasst die Erkennung von Krankheiten mit Hilfe ionisierender Strahlen sowie mit Hybridverfahren.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Nuklearmedizin

und zusätzlich

- **24 Monate Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Schlafmedizin

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung, Klassifikation und Behandlung von Störungen der Schlaf-Wach-Regulation und schlafbezogenen Störungen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Allgemeinmedizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Pneumologie, Kinder- und Jugendmedizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie

und zusätzlich

- **12 Monate Schlafmedizin** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Sexualmedizin

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Störungen oder Erkrankungen, welche die sexuellen Funktionen, das sexuelle und/oder partnerschaftliche Erleben und Verhalten sowie die geschlechtliche Identität betreffen, auch wenn diese infolge anderer Krankheiten und/oder deren Behandlung auftreten und/oder mit sexuellen Traumatisierungen verbunden sind.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich
- 80 Stunden Kurs-Weiterbildung in psychosomatische Grundversorgung oder Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie oder Zusatz-Weiterbildung Psychoanalyse und zusätzlich
- **120 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Sexualmedizin und zusätzlich
- **120 Stunden Fallseminare** unter Supervision
Die Fallseminare können durch 6 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden.

ZWB Sozialmedizin

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Sozialmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Bewertung von Art und Umfang gesundheitlicher Störungen und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und die Teilhabe an Lebensbereichen unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum und Gesellschaft sowie deren Einordnung in die Rahmenbedingungen der sozialen Sicherungssysteme und die diesbezügliche Beratung der Sozialleistungsträger.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung und zusätzlich
- **320 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Sozialmedizin, davon
 - 160 Stunden Kurs-Weiterbildung in Sozialmedizin/Rehabilitationswesen
 - 160 Stunden Kurs-Weiterbildung in Sozialmedizinund zusätzlich
- **Sozialmedizin** gemäß Weiterbildungsinhalten unter Supervision eines Befugten

ZWB Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die spezielle Diagnostik und Therapie komplexer struktureller angeborener Herzfehler im Erwachsenenalter.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Innere Medizin und Kardiologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie

und zusätzlich

- **18 Monate Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Spezielle Kinder- und Jugendurologie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Kinder- und Jugendurologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung, Behandlung sowie Nach- und Langzeitbetreuung spezieller angeborener oder erworbener kinder- und jugendurologischer Erkrankungen, Fehlbildungen oder Verletzungen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Urologie oder Kinderchirurgie

und zusätzlich

- **18 Monate Spezielle Kinder- und Jugendurologie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Spezielle Orthopädische Chirurgie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Behandlung höherer Schwierigkeitsgrade bei angeborenen und erworbenen Erkrankungen und Deformitäten der Stütz- und Bewegungsorgane.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Orthopädie und Unfallchirurgie
und zusätzlich
- **24 Monate Spezielle Orthopädische Chirurgie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Spezielle Schmerztherapie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und interdisziplinäre Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und einen selbstständigen Krankheitswert erlangt hat.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung
und zusätzlich
- **12 Monate Spezielle Schmerztherapie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten
und zusätzlich
- **80 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Spezielle Schmerztherapie

ZWB Spezielle Unfallchirurgie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Unfallchirurgie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Behandlung von Verletzungen höherer Schwierigkeitsgrade und deren Folgezuständen sowie die Organisation, Überwachung und Durchführung der Behandlung von Schwerverletzten.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung für Orthopädie und Unfallchirurgie

und zusätzlich

- **24 Monate Spezielle Unfallchirurgie** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

ZWB Spezielle Viszeralchirurgie

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachbehandlung und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Infektionen, Fehlbildungen innerer Organe, insbesondere der gastroenterologischen und endokrinen Organe.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

– Facharztanerkennung für Viszeralchirurgie

und zusätzlich

– **Spezielle Viszeralchirurgie** gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis

ZWB Sportmedizin

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin umfasst die Beurteilung, Beratung und Betreuung gesunder und kranker Menschen im Kontext von körperlichen Aktivität, Inaktivität sowie Training im Leistungs-, Breiten-, Rehabilitations- und Behindertensport.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich
- **240 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Sportmedizin
Die Kurs-Weiterbildung kann durch 6 Monate Weiterbildung an einem sportmedizinischen Institut unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden. und zusätzlich
- **120 Stunden sportärztliche Tätigkeit** in einem Sportverein oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung

ZWB Suchtmedizinische Grundversorgung

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung sind integraler Bestandteil der Weiterbildungen zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Krankheitsbildern im Zusammenhang mit dem schädlichen Gebrauch suchterzeugender Stoffe und nicht stoffgebundener Suchterkrankungen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- Facharztanerkennung und zusätzlich
- **50 Stunden Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Suchtmedizinische Grundversorgung

ZWB 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-Organ Spenden, 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

- Facharztanerkennung für Allgemeinchirurgie, 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** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten in einem Transplantationszentrum

ZWB Tropenmedizin

Definition

Die Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin umfasst die Epidemiologie, Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und das Management von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen, die mit den besonderen Lebensumständen, Krankheitserregern und Umweltbedingungen in tropischen Ländern oder Regionen mit besonderen klimatischen oder gesundheitlichen Belastungen verbunden sind sowie hereditär vorkommen einschließlich der in Deutschland seltenen, oft tropischen, lebensbedrohlichen und hochkontagiösen Erkrankungen aus dem Ausland.

Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO

- 24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung
- und zusätzlich
- **9 Monate Tropenmedizin** unter Befugnis an Weiterbildungsstätten
- und zusätzlich
- **9 Monate tropenmedizinische Tätigkeit** in einer medizinischen Einrichtung in den Tropen
- und zusätzlich
- **3 Monate Kurs-Weiterbildung** gemäß § 4 Abs. 8 in Tropenmedizin und Medizinische Parasitologie