



127. Deutscher Ärztetag

Beschlussprotokoll

Essen
16. – 19. Mai 2023

Impressum

© Bundesärztekammer 2023

Stand: 31.05.2023

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dr. Wiebke Pühler (Leitung)
André Robert Zolg
Katja Schilling
Ria Valerius
Martina Kettner
Irina John
Katharina Wendland

Titelgrafik:

rsplus Berlin, kommunikation und design
Flemmingstraße 8, 12163 Berlin

Hinweis

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

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

Inhaltsverzeichnis thematisch

TOP Ia	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aussprache zum Leitantrag	14
Ia - 01	Partizipation vor Planung - Praxischeck vor jeder Reform	15
TOP Ib	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung	21
	<i>Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG)</i>	22
Ib - 01	Lieferengpässe von Arzneimitteln	23
Ib - 03	Vermeidung Lieferengpass Medikamente	25
Ib - 04	Situation Arzneimittelengpässe - Arzneimittelversorgung sicherstellen	27
Ib - 02	Abschaffung der Arzneimittelrabattverträge	29
Ib - 08	Unterstützung von kurz- und mittelfristig wirkenden Maßnahmen gegen Arzneimittelknappheit	30
Ib - 06	Verordnungssicherheit bei Akut- und Notfallpatienten	32
Ib - 10	Überprüfung der Haltbarkeit von Medikamenten und Medizinprodukten bei zunehmenden Lieferengpässen	33
Ib - 11	Keine Regresse für "unwirtschaftliche" Verordnungen wegen Arzneimittelknappheit	35
	<i>Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung</i>	36
Ib - 05	Medizinstudium zügig reformieren und Bedingungen im Praktischen Jahr dringlich verbessern	37
Ib - 07	Neue Approbationsordnung: Jetzt Zeitplan einhalten! Qualität der Ausbildung sichern!	38
Ib - 09	Studierbarkeit und Chancengleichheit des ersten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung (M1) erhalten	40
TOP Ic	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung	41
	<i>Ambulante und stationäre ärztliche Versorgung</i>	42
Ic - 05a	Änderungsantrag zu Antrag Ic - 05 - barrierefreie Digitalisierung	43
Ic - 05	Aktionsplan der Bundesregierung für ein diverses, barrierefreies und inklusives Gesundheitswesen	44
Ic - 61	Ambulantisierung nicht zu Lasten der Qualität	46
Ic - 92	Umsetzung der Übernahme der Kosten für Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung	47
Ic - 124	Unterstützung und Finanzierung therapeutischer Maßnahmen, einschließlich therapeutischer Gruppen, zur Behandlung von Tätern im	

	Komplex Kindesmissbrauch	48
Ic - 28	Prüfung stationärer Fälle nach AOP-Katalog gesondert behandeln	50
Ic - 125	§ 115f SGB V: Transparenz herstellen	51
Ic - 105	Zukunftsfähigen Strukturwandel medizinischer Versorgung sektorenübergreifend gestalten	52
Ic - 58	Telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei akuten Infektionskrankheiten dauerhaft ermöglichen	54
Ic - 18	AU-Bescheinigung wieder nach telefonischer Konsultation	55
Ic - 30	Angemessene Vergütung für Ärztinnen und Ärzte in allen Bereichen	56
Ic - 97	Komplementäre fachärztliche Versorgung erhalten	57
Ic - 94	Reformen im Gesundheitssystem zum Bürokratieabbau nutzen	58
Ic - 59	Aktuelle Reformvorhaben - Gesundheitsversorgung 2040 im Blick haben	59
	<i>Ärzte- und Fachkräftemangel</i>	61
Ic - 29	Zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung geht nur gemeinsam	62
Ic - 40	Maßnahmen gegen Ärztemangel forcieren	63
Ic - 77	Sicherstellung der Versorgung	64
Ic - 76	Arztzeit für Patientinnen und Patienten - nicht für Bürokratie	66
Ic - 81	Parallelstrukturen verschärfen den Personalmangel im Gesundheitswesen!	67
Ic - 62	Einführungskurse in das Gesundheitswesen für Ärztinnen und Ärzte mit ausländischer Approbation	69
Ic - 32	Erhöhung der Zahl der Studienplätze Humanmedizin mit Bund-Länder-Finanzierung	70
	<i>Ärztliche Berufsausübung</i>	71
Ic - 101	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten im Bereitschaftsdienst	72
Ic - 66	Strukturierung der Wiederzulassung zur Kinderbetreuung nach medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen	74
Ic - 63	Vereinfachung der Bescheinigung zur Pflege eines erkrankten Kindes	76
Ic - 111	Supervisionsangebot verpflichtend einführen	77
	<i>Arzneimittel / Medizinprodukte</i>	78
Ic - 07	Cannabisarzneimittel auf wissenschaftlicher Grundlage verordnen	79
Ic - 12	Rechtliche Rahmenbedingungen des Dispensierrechts (Arzneimittel) anpassen	80
Ic - 43	Umweltbelastung durch Arzneimittelrückstände und Röntgenkontrastmittel reduzieren	82
Ic - 36	Nachweisführung von Verbleib und Bestand von Betäubungsmitteln	84
	<i>Ausbildung / Medizinstudium</i>	86
Ic - 35	Kein Stillstand an den Fakultäten: Moderne Lehrinhalte thematisieren	87
Ic - 86	Rückschritte digitaler Lehre vermeiden: Partizipation und Familienvereinbarkeit stärken	88
Ic - 85	Stärkere Beachtung der geschlechtsspezifischen Medizin	89

Ic - 33	Rassismuskritische Lehre im Medizinstudium	90
Ic - 93	Digitale Entwicklungen im Medizinstudium berücksichtigen	91
Ic - 39	Zeitliche Belastung der Medizinstudierenden durch Pflegepraktika verringern	92
Ic - 34	Gute PJ-Bedingungen: Sogkraft für Ärztinnen und Ärzte in Zeiten des Fachkräftemangels	93
Ic - 55	PJ-Studierende als zukünftige Kolleginnen und Kollegen wertschätzen	94
Ic - 11	Versicherungsschutz für die Personengruppe der studienbegleitend Promovierenden in der Medizin	95
Ic - 100	Keine Verrechnung von sogenannten "Landarzt-Stipendien" und anderer Stipendien mit dem BAföG	96
<i>Berufsordnung / Berufsrecht</i>		97
Ic - 13	"Rasse"-Begriff im Text des Genfer Gelöbnisses streichen und bis dahin eine Fußnote im deutschen Text einfügen	98
Ic - 45	Rassebegriff im Genfer Gelöbnis	99
Ic - 41	Ergänzung Absatz 1 § 17 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte	100
Ic - 46	Achtung der Patientenrechte und Sorgfalt der Berufsausübung	101
<i>Bundesärztekammer / Deutscher Ärztetag</i>		103
Ic - 122	Deutscher Ärztetag: Weiterentwicklung seiner Geschäftsordnung	104
Ic - 78	Vorschläge zur Bezeichnung der berufspolitischen Organisationen	105
Ic - 88	Konsequenzen aus Beschlüssen des Ärztetags	106
Ic - 113	Antragsprocedere optimieren	108
Ic - 118	Abstimmungstool der Bundesärztekammer optimieren	109
<i>EU-Themen</i>		110
Ic - 54	Mutterschaftsleistungen für Selbstständige - Richtlinie des europäischen Parlaments umsetzen	111
<i>Forschungsdaten</i>		112
Ic - 44	Jede klinische Studie ist in einer öffentlich zugänglichen Datenbank vor der Rekrutierung zu registrieren und deren Ergebnis zu veröffentlichen	113
Ic - 37	Studiendaten müssen transparent sein	116
<i>Fortbildung</i>		117
Ic - 109	Fortbildungsangebot der Kammern zur Förderung der digitalen Kompetenz	118
Ic - 106	Ressourcenschonende und klimafreundliche Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen	120
<i>Geflüchtete / Asylbewerber</i>		121
Ic - 99	Medizinische Gleichbehandlung Geflüchteter	122
<i>Gewalt gegen Gesundheitsberufe</i>		123
Ic - 21	Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte weiterhin wissenschaftlich aufarbeiten und Nachsorgeangebote sowie Maßnahmen zur	

	Gewaltprävention ausbauen	124
Ic - 24	Hilfe bei gewaltsamen Übergriffen auf Ärztinnen und Ärzte	125
Ic - 10	Arztbewertungsportale	127
	<i>GOÄ und weitere Vergütungssysteme</i>	128
Ic - 47	Die novellierte GOÄ sofort umsetzen	129
Ic - 116	GOÄ als Merkmal des Freien Berufes - rechtliche Möglichkeiten zur Honoraranpassung prüfen und ausschöpfen	130
Ic - 95	Die neu zugelassene Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin muss auch finanziell abgesichert werden	131
	<i>GKV / Vertragsärztliche Versorgung / SGB V</i>	133
Ic - 09	Nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung	134
Ic - 64	Entbudgetierung in der ambulanten Versorgung für alle Fachgruppen	136
Ic - 42	Entbudgetierung unbürokratisch umsetzen	137
Ic - 84	Unbürokratische Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung	138
Ic - 31	Budgetierung in der ambulanten Versorgung abschaffen	139
Ic - 96	Gründereigenschaft für MVZ auch für Gemeinschaften	140
	<i>Hausärztliche Versorgung</i>	141
Ic - 23	Hausärztliche Versorgung fachgruppenübergreifend sicherstellen	142
	<i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i>	143
Ic - 107	Interprofessionelle Teams Ja - aber unter ärztlicher Leitung!	144
	<i>Kommerzialisierung</i>	145
Ic - 22	Eckpunktepapier der Gesundheitsministerkonferenz zur Regulierung von investorengetragenen MVZs umgehend umsetzen	146
Ic - 117	MVZ-Einschränkungen im Sinne der Versorgung	147
Ic - 123	Begrenzung investorengetragener medizinischer Versorgungszentren (iMVZ)	148
	<i>Krankenhaus</i>	149
Ic - 01	Eckpunkte der Ärzteschaft für eine grundlegende Reform von Krankenhausvergütung und Krankenhausplanung	150
Ic - 17	Unabdingbare Voraussetzungen für das Gelingen jedweder Krankenhausreform	152
Ic - 50	Krankenhausreform unter Beteiligung aller Akteure	153
Ic - 121	Hinzuziehung ärztlicher Expertise bei Reformen zur Krankenhausplanung und zur Notfallversorgung	155
Ic - 16	Bei der anstehenden Reform die flächendeckende und hochwertige Krankenhausversorgung sichern	156
Ic - 52	Strukturqualität sicherstellen	158
Ic - 53	Gesundheitsversorgung gerecht gestalten	159
Ic - 27	Vollständige Abkehr von der DRG-Systematik	160
Ic - 14	Krankenhausplanung nicht ohne ärztlichen Sachverstand	161
Ic - 72	Leiharbeit in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen regulieren	162

Ic - 73	Gewinnverbot in Akutkrankenhäusern	164
<i>Medizinische Fachangestellte</i>		165
Ic - 91	Wertschätzung Medizinische Fachangestellte	166
<i>Menschen mit Behinderungen</i>		167
Ic - 06	Medizinische Versorgungssituation für Menschen mit Behinderung verbessern	168
<i>Notfallversorgung und Katastrophenschutz</i>		171
Ic - 70	Keine Strafgebühren bei inadäquater Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	172
Ic - 25	Für qualitätsorientierte Notfallversorgung und verbindliche Patientensteuerung	173
Ic - 115	Zugang zu Integrierten Notfallzentren nach qualifizierter Ersteinschätzung	175
Ic - 114	Stärkung von Integrierten Notfallzentren - zusätzliche Vergütung	176
Ic - 90	Keine Parallelstrukturen im Notdienst	177
<i>Organspende / Transplantation</i>		179
Ic - 65	Für die Einführung der Widerspruchslösung in der Organspende	180
<i>ÖGD / Arbeits- und Betriebsmedizin</i>		181
Ic - 67	Ärztliche Leitungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst sicherstellen	182
Ic - 19	Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	184
<i>Pandemie</i>		186
Ic - 15	Aufarbeitung der Corona-Pandemie - eine nationale Aufgabe	187
Ic - 26	Für eine bessere Risiko- und Gesundheitskommunikation	190
Ic - 49	Erkenntnisse der Corona-Pandemie zeitnah aufarbeiten, um die "Pandemic Preparedness" nachhaltig zu erhöhen	191
Ic - 51	Qualität der Todesursachenstatistik konzeptionell stärken	193
<i>Prävention / Gesundheitsförderung</i>		194
Ic - 83	Engagement in der ärztlichen Prävention stärken	195
Ic - 112	Für eine Stärkung der Suizidforschung und Suizidprävention durch eine gesetzliche Regelung	197
<i>Psychiatrie / Psychosomatik / Psychotherapie</i>		199
Ic - 98	Keine psychiatrische und psychosomatische Versorgung ohne ärztliche Psychotherapie	200
Ic - 102	Strukturierte psychiatrische Versorgung für Schwangere, Stillende, junge Mütter und Väter ausbauen	202
<i>Qualitätssicherung / Patientensicherheit</i>		204
Ic - 03	Dokumentationslast für Qualitätssicherung reduzieren	205
Ic - 04	Einrichtung eines nationalen Registers zur Erhebung von Fehlbildungen und angeborenen Erkrankungen	207

Ic - 119	Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie	209
Ic - 89	Überprüfung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der derzeitigen Form	211
Ic - 38	Kontrollbürokratie ist Ausdruck von Misstrauenskultur	214
Ic - 75	Patientensicherheit muss Priorität haben	215
Ic - 71	Evaluation und psychosoziale Nachsorge in der Transgendermedizin	216
<i>Schwangerschaftsabbruch</i>		218
Ic - 56	Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuches (StGB) - Mögliche Streichung der §§ 218 ff. StGB	219
<i>Selbstverwaltung</i>		221
Ic - 68	Transparente Darlegung von Interessenverknüpfungen funktionstragender Ärztinnen und Ärzte bezogen auf Interessen nichtärztlicher Kammern und Heilberufe	222
Ic - 48	Zusatzbezeichnung "Sozialmedizin" nur für Ärztinnen und Ärzte	223
Ic - 69	Tragfähige Strukturen auf Landesebene zur Befassung mit anderen heilberuflichen Kammern sicherstellen	225
Ic - 82	Ärztlichen Sachverstand in Anhörungsverfahren u. Ä. ermöglichen	226
<i>Sucht und Drogen</i>		227
Ic - 08	Die Cannabislegalisierung gefährdet die psychische Gesundheit der jungen Generation	228
Ic - 108	Symbol zur Kennzeichnung von Alkohol als Inhaltsstoff	231
<i>Weiteres</i>		232
Ic - 120	Einführung von echten Karenztagen im Rahmen von Arbeitsunfähigkeitszeiten	233
Ic - 79	Luftqualität verbessern	234
Ic - 87	Kinderrechte ins Grundgesetz	235
Ic - 103	Eckpunktepapier zur Ernährungsstrategie: Ziele konkretisieren, Maßnahmen festlegen, Finanzierung gewährleisten	237
Ic - 104	Ernährungswende: Mehrwertsteuer als Hebel für gesundheitsförderliche Ernährung nutzen	238
Ic - 80	Urheberrecht für Ärztinnen und Ärzte	239
Ic - 126	Reduzierung des industriellen Zuckerzusatzes	241
Ic - 127	Mobilität im Studium sichern	242
Ic - 129	Transparente Nachverfolgung der Ärztetagsbeschlüsse	243
Ic - 128	Wir brauchen umgehend eine angemessene finanzielle Abbildung für die Beschäftigung nichtärztlichen Gesundheitspersonals in Zeiten extremer Personalnot	244
Ic - 130	Beschleunigung der Wahlverfahren beim Deutschen Ärztetag	245
Ic - 131	Grundlegende Reform der Notfallversorgung statt Notaufnahmegebühr	246
Ic - 132	Flächendeckende Etablierung von Nachweisen über Behandlungs- und Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser	248
Ic - 133	Regelung des Einflusses kammerfremder Organisationen auf die ärztliche Qualifizierung	250

Ic - 135	Gremienarbeit der Bundesärztekammer auf EU-Ebene	251
Ic - 134	Verbesserung psychiatrisch-somatischer stationärer Versorgung von Patientinnen und Patienten in somatischen Kliniken	252
Ic - 136	Mehr Informationen für die Abgeordneten	254
Ic - 137	Einführung eines spezifischen Tarifvertrages für die Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)	255
Ic - 138	Flugsicherheit durch Versicherungspflicht von Berufspiloten durch Fluggesellschaften erhöhen	256
Ic - 139	Schwerpunktthema Kommerzialisierung	258
Ic - 140	Aktive Mitgestaltung an der Novellierung des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes	259
TOP II	Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession	261
II - 01	Essener Resolution für Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession	262
II - 02	Sektorenübergreifende und kompetente Expertise der Ärztekammern nutzen	264
II - 03	Einrichtung einer Ombudsstelle bei den Landesärztekammern zur Sicherstellung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit in der Patientenbetreuung	266
II - 04	Primat der Medizin	268
II - 06	Der Deutsche Ärztetag fordert eine Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen	270
II - 08	Ärztliche Freiberuflichkeit garantieren	271
II - 10	Selbstverwaltung verstehen, Verantwortung übernehmen	272
II - 11	Kammerstrukturen sind Grundpfeiler demokratischer Mitbestimmung und müssen geschützt werden	273
II - 05	Freiheit der ärztlichen Berufsausübung im Hinblick auf ärztliche Fernbehandlung gewährleisten	274
II - 07	Assistierter Suizid als ärztliche Aufgabe - Änderung des § 1 Abs. 2 MBO-Ä	276
TOP III	Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln	280
III - 01	Bildungsziel Gesundheitskompetenz - Strategie und Gesamtkonzept für gesundheitskompetente Schulen entwickeln und umsetzen	281
III - 04	Gesundheitsbildung als Bestandteil der Primärprävention	285
III - 13	Wissensstand zur gesundheitskompetenten Schule zusammentragen	286
III - 06	Kindergesundheit in der Grundschule fördern	287
III - 02	Prävention von ernährungsbedingten Erkrankungen und Adipositas	288
III - 07	Gesundheitsbildung muss Wissen über gesunde Ernährung umfassen	290
III - 16	Ernährungskompetenz schaffen	291
III - 17	Werbeverbot für gesundheitsschädliche Nahrungs- und Genussmittel im Kontext von an Kinder gerichteten Medien	292
III - 03	Prävention und Behandlung von schädlichem Mediennutzungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen	293
III - 05	Wiederbelebungsunterricht ab Klasse 7 endlich einführen	295

III - 09	Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindergartenkindern, Schülerinnen und Schülern	296
III - 12	Frühzeitige Förderung von Verständnis für individuelle Gesundheit und das Gesundheitssystem verbessern	297
III - 15	Krankheitslast reduzieren - Gesundheitssystem stärken	299
III - 11	Anpassungsstrategien als Teil gesellschaftlicher Gesundheitskompetenz	300
III - 08	Vom Wissen zum Handeln - gesundes Handeln fördern!	301
III - 10	Gesundheitskompetenz als Merkmal resilienter Organisationen	302
III - 18	Kampagne zur Prävention und Gesundheitsbildung in den sozialen Medien	303
TOP IVa	Ärztliche Weiterbildung - Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018	304
IVa - 01	Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie - integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung Physikalische und Rehabilitative Medizin	305
IVa - 02	Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B - Abbildung digitaler Kompetenzen	306
IVa - 07a	Änderungsantrag zu TOP IVa - 07	308
IVa - 07	Kompetenzerwerb im Vordergrund der ärztlichen Weiterbildung	309
IVa - 05	KI-Kompetenzvermittlung gehört in die ärztliche Weiterbildung	311
IVa - 04	Änderung zur Aufnahme des 80-stündigen Curriculums zur Psychosomatischen Grundversorgung in die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zur Fachärztin und zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin	312
TOP IVb	Ärztliche Weiterbildung - Evaluation der Weiterbildung	314
IVb - 01	Eine einheitliche und qualifizierte Evaluation der Weiterbildung	315
TOP IVc	Ärztliche Weiterbildung - Sachstand eLogbuch	316
IVc - 03	Einheitlicher Umgang mit dem eLogbuch	317
IVc - 01	eLogbuch nutzerfreundlicher gestalten	318
IVc - 02	eLogbuch als persönliches Dokument	319
TOP IVd	Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung	320
IVd - 13	Weiterentwicklung ärztliche Weiterbildung	321
IVd - 12	Schwerpunktweiterbildung ist Teil des Fachgebietes	322
IVd - 05	Bundeseinheitliche Definition des Begriffs Vollzeitweiterbildung	323
IVd - 08	Qualität der Weiterbildung in personeller Hinsicht gewährleisten	324
IVd - 10	Abgleich der Inhalte und Methoden der ärztlichen Weiterbildung mit den European Training Requirements (ETRs) der European Union of Medical Specialists (UEMS)	325
IVd - 09	Sicherstellung der Qualität der ärztlichen Weiterbildung im Rahmen der anstehenden Krankenhausreformen	326

IVd - 11	Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung	327
IVd - 02	Sichere Finanzierung von ärztlicher Weiterbildung in allen Sektoren des Gesundheitswesens	328
IVd - 04	Krankenhausreform nutzen - Finanzierung der stationären Weiterbildung von Diagnosis Related Groups (DRG) entkoppeln und Qualität sichern	330
TOP Va	Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret	331
Va - 01	Die Herausforderungen des Klimawandels annehmen - jetzt konkret handeln	332
Va - 02	Maßnahmen gegen Klimawandel weiter vorantreiben	335
Va - 03	Klimaschutz ist Gesundheitsschutz - ärztliche Expertise endlich einbinden!	336
Va - 11	Nachhaltige Investitionen für die Krankenhäuser	337
Va - 10	Hitzeschutz- und Hitzeaktionspläne für Deutschland	338
Va - 09	Förderung baulicher Maßnahmen zum Hitzeschutz in Einrichtungen des Gesundheitswesens	339
Va - 07	Hitzeschutz: Förderung der baulichen Ertüchtigung von Praxen	340
Va - 04	Hitzeschutz: bauliche Ertüchtigungen von Krankenhäusern und Kliniken	341
Va - 06	Gesunde, klimafreundliche und vollwertige Ernährung in Kliniken	342
Va - 08	Müll im Gesundheitswesen reduzieren: Verblistering von Medikamenten beenden	343
Va - 05	Hygienevorgaben neu bewerten	345
Va - 17	Gesundheitsschutz durch Herstellungsverbot von per- und polyfluorierten Chemikalien	346
Va - 19	Klimafolgen bei Erstellung von Leit- und Richtlinien berücksichtigen	348
Va - 14	Klimasensible Gesundheitsberatung	349
Va - 15	Ärztliches Wissen vermitteln, um in Extremwetterlagen Patientinnen und Patienten adäquat beraten und behandeln zu können	350
Va - 20	Klimaschutz und Nachhaltigkeit immer mitbedenken	351
Va - 16	Klimawirkungsanalysen für die ärztlichen Versorgungswerke	352
Va - 18	Keine Investitionen der Versorgungswerke in die Erschließung und Produktion fossiler Energien	353
TOP Vb	Sachstandsberichte - Personalbemessungssystem	355
Vb - 03	Ärztliche Personalbemessung gesetzlich verankern	356
Vb - 01	System zur Kalkulation patienten- und aufgabengerechter ärztlicher Personalausstattung	357
TOP Vc	Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung	358
	<i>Digitalstrategie der Bundesregierung</i>	359
Vc - 03	Den Worten Taten folgen lassen: Die Digitalstrategie muss versorgungsorientiert umgesetzt werden	360

Vc - 07	Digitalisierung EINFACH machen - Digitalisierung einfach MACHEN	363
Vc - 12	Patientenrechte und informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten müssen geschützt bleiben	364
Vc - 13	Die gematik braucht die gemeinsame Selbstverwaltung	366
Vc - 29	IT-Sicherheit	367
Vc - 11	TI-Pauschale muss vollständigen Ausgleich der finanziellen Mehrbelastung der Praxen sicherstellen	369
Vc - 06	eID im Gesundheitswesen anwendbar machen	370
Vc - 30	Befüllungskriterien der ePA in Abstimmung mit der Bundesärztekammer	372
Vc - 20	Keine gesetzliche Verpflichtung zur Befüllung der elektronischen Patientenakte	373
Vc - 14	Patientendaten in der elektronischen Patientenakte: Incentivierung für die Befüllung ausbauen	374
Vc - 18	Diskriminierungsverbot	376
Vc - 05	Entbürokratisierung durch verpflichtende IT-Standards in KIS, PVS, Qualitätssicherung und Registern	377
Vc - 15	Weitere Aufwertung von Videosprechstunden	378
Vc - 22	Einsatz von Videosprechstunden bei der ärztlichen Versorgung von multimorbiden, immobilen und hilflosen Patienten	380
Vc - 08	Qualität digitaler Konsultationen sicherstellen	382
Vc - 28	Telemedizinische Versorgung nur mit Anschlussversorgung vor Ort	384
Vc - 01	Der Arztberuf im Wandel digitaler Transformation - eine Standortbestimmung zum Einsatz medizinischer Apps in der Versorgung	386
Vc - 19	Digitale Anwendungen: Wenn Apps auf Rezept, dann richtig	388
Vc - 10	Die Option des Druckformats für Rezepte und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ist im Hinblick auf die Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten unverzichtbar	390
Vc - 21	Digitalkompetenz unserer Patienten ist eine gesellschaftliche Aufgabe	391
Vc - 04	Betriebs- und Arbeitsmedizin digital bietet Potenzial	393
Vc - 27	KI - rechtliche Situation aus ärztlicher Sicht prüfen	395
	<i>Gesundheitsdatenräume</i>	396
Vc - 02	Europäischen Gesundheitsdatenraum an den Belangen von Patienten und Ärzten orientieren	397
Vc - 09	Europäischer Gesundheitsdatenraum (EHDS) – Forderungen der Ärzteschaft zum Verordnungsentwurf der EU-Kommission vom 03.05.2022	399
Vc - 25	Kein unregelmäßiger Abfluss von Gesundheitsdaten in einen geplanten Europäischen Gesundheitsdatenraum	401
Vc - 26	Keine Klardatenübermittlung von deutschen Gesundheitsdaten an einen Europäischen Gesundheitsdatenraum	402
Vc - 24	Die Möglichkeit spurloser Löschung von gespeicherten Gesundheitsdaten sicherstellen	403
Vc - 23	Forschung darf nicht als Argument für kommerzielle Nutzung von Gesundheitsdaten vorgeschoben werden	404

TOP VI Änderung von § 4 und § 5 Abs. 7 der Satzung der Bundesärztekammer

	und §§ 2, 4, 7 Abs. 1, 8 sowie § 9 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage	405
TOP VII	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2021/2022 (01.07.2021 – 30.06.2022)	406
VII - 01	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2021/2022 (01.07.2021 – 30.06.2022)	407
TOP VIII	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2021/2022 (01.07.2021 – 30.06.2022)	408
VIII - 01	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2021/2022	409
TOP IX	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2023/2024 (01.07.2023 – 30.06.2024)	410
IX - 01	Genehmigung des Haushaltsvoranschlags	411
TOP X	Wahlen	412
X - 04	Wahl einer Präsidentin/eines Präsidenten der Bundesärztekammer	413
X - 03	Wahl einer Vizepräsidentin/eines Vizepräsidenten der Bundesärztekammer	414
X - 13	Wahl einer Vizepräsidentin/eines Vizepräsidenten der Bundesärztekammer	415
X - 08	Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer	416
X - 12	Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer	417
X - 01	Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin	418
X - 02	Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte	419
TOP XI	Ankündigung des 129. Deutschen Ärztetages 2025 in Leipzig	420
XI - 01	Austragungsort für den 129. Deutschen Ärztetag vom 27. - 30.05.2025	421



127. Deutscher Ärztetag

Essen, 16.05. - 19.05.2023

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

Ia - 01 Partizipation vor Planung - Praxischeck vor jeder Reform

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

Titel: Partizipation vor Planung - Praxischeck vor jeder Reform

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ia - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Rudolf Henke (Drucksache Ia - 01b) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Die Gesunderhaltung der Bürgerinnen und Bürger und die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung gehören zu den größten gesellschaftspolitischen Aufgaben der nächsten Jahrzehnte. Nicht zuletzt die großen Herausforderungen unserer Zeit - Corona, Krieg und Klimawandel - zeigen deutlich, dass Gesundheitspolitik weit über die eigentlichen Regelungsinhalte der Sozialgesetzgebung hinausgehen muss. Eine älter werdende Gesellschaft mit steigendem Versorgungsbedarf, der kostenintensive medizinische Fortschritt, die gesundheitliche Versorgung von in Deutschland schutzsuchenden Menschen, internationale Krisen und ihre Auswirkungen unter anderem auf die Lieferfähigkeit medizinischer Güter und ganz besonders der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen erfordern tiefgreifende Strukturreformen in allen Politikbereichen, die die gesundheitlichen Belange der Bürgerinnen und Bürger betreffen. Deutschland braucht eine ganzheitliche und nachhaltig ausgerichtete Gesundheitspolitik, in deren konzeptionelle Ausgestaltung der medizinisch-fachliche Sachverstand und das Versorgungswissen der Ärzteschaft einbezogen werden müssen. Nur die Partizipation der Akteure aus der Versorgung ermöglicht praxistaugliche und planvolle Lösungen für die Herausforderungen unserer Zeit. Die Ärzteschaft ist bereit, hierfür Verantwortung zu übernehmen.

Gesundheitspolitik umfassend denken - Deutschen Gesundheitsrat einrichten

In fast allen Ressorts der Bundesregierung werden durch politische Entscheidungen, aber auch durch das Ausbleiben politischer Entscheidungen die gesundheitlichen Belange der Menschen tangiert. Beispielhaft zu nennen sind neben der originären Gesundheitspolitik unter anderem die Umwelt-, Bau-, Arbeits-, Bildungs- und Verbraucherschutzpolitik. Darüber hinaus ist von grundlegender Bedeutung, dass neben den etablierten ressortbezogenen wissenschaftlichen Gremien der Politikberatung ressortübergreifend auch die Expertise der Akteure aus der Patientenversorgung in alle, die Gesundheit der Menschen betreffenden, Gesetzesinitiativen einbezogen wird. Dies gilt zum Beispiel mit Blick auf übergreifende Herausforderungen wie den Zusammenhang von Klimawandel und Gesundheit und die Stärkung von Prävention und Gesundheitskompetenz in allen Bevölkerungsgruppen.

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 schlägt im Sinne des Ansatzes "Health in All Policies" (HiAP) die Einrichtung eines ressortübergreifenden Deutschen Gesundheitsrats unter Beteiligung der Bundesärztekammer und weiterer Vertreter der Selbstverwaltung sowie der Wissenschaft vor. Der Deutsche Gesundheitsrat bringt sich nach dem Vorbild des Deutschen Ethikrates proaktiv bzw. im Auftrag der entsprechenden Fachressorts in die politischen Prozesse ein.

Sektorengrenzen im Gesundheitswesen überwinden

Auch bei Reformen innerhalb des Regelungsbereichs des SGB V sind ganzheitliche Ansätze statt Sektorendenken zielführend. Der 127. Deutsche Ärztetag stellt klar: Ambulantisierung, die sektorenverbindende Versorgung und die Reform der Krankenhausplanung und -vergütung bedingen ein durchdachtes und stimmiges Gesamtkonzept. Statt einer ausschließlich auf den Krankenhausbereich fokussierten Reform brauchen wir eine umfassende Gesundheitsreform, die überfällige Neuregelungen auch in anderen Versorgungsbereichen beinhaltet und dem Prinzip "ambulant vor stationär" folgt. Im Mittelpunkt muss dabei die gute Versorgung der Patientinnen und Patienten stehen. Dazu sind faire und angemessene Rahmenbedingungen für alle Akteure des Gesundheitswesens unerlässlich. Ambulanter und stationärer Bereich müssen gestärkt aus den Reformen hervorgehen, denn nur gemeinsam werden die großen Herausforderungen der künftigen Versorgung zu bewältigen sein.

Krankenhausreform mit ärztlichem Sachverstand gestalten

Die Ärzteschaft unterstützt das Ziel einer grundlegenden Reform von Krankenhausplanung und -vergütung. Deutschland braucht eine gut strukturierte, resiliente Krankenhauslandschaft. Dazu sind eine gestaltende Krankenhausplanung und ein echter Neustart bei der Vergütungssystematik und der Investitionsfinanzierung erforderlich. Die Reform muss außerdem die ärztliche Weiterbildung stärken, denn der Faktor Personal ist die ausschlaggebende Größe für die Qualität und die Zukunftsfähigkeit der Versorgung. Die angestrebte Leistungsgruppensystematik muss sich deswegen eng an der ärztlichen Weiterbildungsordnung orientieren. Wenn spezielle, insbesondere weiterbildungsrelevante Leistungen künftig stärker gebündelt und weitere Versorgungsleistungen ambulant erbracht werden, müssen flächendeckende und sektorenverbindende Weiterbildungsverbände etabliert werden.

Um die Ziele der Krankenhausreform zu erreichen, sind Bund und Länder aufgefordert, den fachgebiets- und sektorenverbindenden ärztlichen Sachverstand, wie ihn die Ärztekammern bündeln, auf Landes- und Bundesebene bei der Reform und ihrer Umsetzung systematisch einzubinden.

Ambulante Versorgung stärken

Der 127. Deutsche Ärztetag betont die Bedeutung einer starken ambulanten Versorgung für das gesamte Gesundheitssystem. Die Corona-Pandemie hat die fundamentale Rolle der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einmal mehr verdeutlicht. Es ist umso empörender, dass den in den Arztpraxen und medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätigen Medizinischen Fachangestellten (MFAs) von staatlicher Seite eine Würdigung ihres unermüdlichen Engagements in der Pandemie verweigert und eine Bonuszahlung, wie sie andere Berufsgruppen erhalten haben, bis heute vorenthalten wird. Ein schwerer Fehler war auch die Abschaffung der Neupatientenregelung. Ärztinnen und Ärzte werden damit in ihrem Einsatz für eine gute Versorgung ohne lange Wartezeiten behindert. Diese Fehler müssen korrigiert werden.

Die versprochene Entbudgetierung muss schnell und umfassend kommen und darf nicht auf wenige Arztgruppen beschränkt bleiben. Dafür erforderliches Honorar muss zusätzlich zur Verfügung gestellt werden.

Die Implementierung neuer Versorgungsangebote neben der funktionierenden ambulanten Versorgung lehnt der 127. Deutsche Ärztetag ab. Sofern die Etablierung von Gesundheitskiosken oder der Einsatz von Community Health Nurses zu Parallelstrukturen führen, verursachen diese nur weitere Kosten, neue Schnittstellen und tragen nicht zu einer abgestimmten multiprofessionellen Patientenversorgung bei.

Reform der Akut- und Notfallversorgung zur Blaupause für sektorenverbindende Regelversorgung machen

Eine Reform der Notfallversorgung ist überfällig. Das künftige System der Akut- und Notfallversorgung muss stimmige, patientenorientierte und durch Ärztinnen und Ärzte koordinierte verbindliche Versorgungspfade vorgeben. Es ist richtig, dass nach den Empfehlungen der Regierungskommission dabei im Wesentlichen auf die Vernetzung der prinzipiell funktionierenden und praxistauglichen Strukturen gesetzt werden soll. Die Schaffung von neuen Versorgungsbereichen oder Doppelstrukturen wäre hingegen kontraproduktiv. Unabdingbar ist die Einbeziehung des Rettungsdienstes in einen ganzheitlichen Reformansatz. Grundlegend ist außerdem eine effektive IT-Vernetzung aller Akteure mit definierten Schnittstellen und Datensätzen. Notwendig ist auch die Bereitschaft zu neuen Wegen in der Versorgung, etwa durch die verstärkte Nutzung von telemedizinischen Ansätzen und ein ärztliches Dispensierrecht im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Bei der weiteren Ausgestaltung der Reform sind die Ärztekammern als Körperschaften, die alle Sektoren abbilden, integral einzubinden. So kann die Reform zu einer gelingenden Blaupause auch für die Weiterentwicklung der sektorenverbindenden Regelversorgung werden.

MVZ als sinnvolle fachübergreifende Versorgungsform gestalten - Einfluss von Fremdinvestoren begrenzen

Medizinische Versorgungszentren bieten Ärztinnen und Ärzten Gestaltungsmöglichkeiten sowohl für eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis als auch für eine selbstständige Tätigkeit als (Mit-)Gründer. Patientinnen und Patienten können in MVZ von der Vernetzung zwischen den Fachgebieten profitieren. Der Gesetzgeber muss diese sinnvolle Versorgungsoption vor einer investorengesteuerten Kommerzialisierung bewahren.

Die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gegenüber kommerziellen Fehlanreizen muss abgesichert werden. Einer Fokussierung des Versorgungsangebotes auf besonders lukrative Leistungen, die sich zulasten einer patientenzentrierten und zuwendungsorientierten Versorgung auswirken würde, muss entgegengewirkt werden. Die aus Solidarbeiträgen aufgebrauchten Mittel für die Patientenversorgung müssen vor einem Abfluss in internationale Finanzmärkte geschützt werden. Der 127. Deutsche Ärztetag unterstützt die von der Bundesärztekammer vorgelegten Regulierungsvorschläge für investorenbetriebene MVZ (iMVZ) und fordert den Gesetzgeber auf, auf dieser Grundlage unverzüglich und entschieden tätig zu werden.

Die Digitalstrategie braucht eine Umsetzungsstrategie

Die Digitalisierung hat das Potenzial, sowohl die Prozesse als auch Strukturen der gesundheitlichen Versorgung positiv zu verändern. Sie wird aber nur dann Erfolg haben, wenn sie sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzten einen spürbaren Mehrwert bietet. Mit der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen hat die Bundesregierung zumindest ein erstes grobes Zielbild gezeichnet, wie sich die Digitalisierung in diese Richtung weiterentwickeln soll. Die konkrete Ausgestaltung zentraler Vorhaben, wie die Opt-out-Regelung für die elektronische Patientenakte (ePA), bleibt jedoch vage. Das Vertrauen der Patientinnen und Patienten auf einen verantwortungsvollen Umgang mit ihren Daten setzt Transparenz und praktikable Möglichkeiten zum Widerspruch voraus.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert, die Bundesärztekammer als sektorenverbindende Vertreterin aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland bei der konkreten Umsetzung der Digitalstrategie eng einzubinden.

Für die Etablierung weiterer digitaler Anwendungen bedarf es einer mit den Akteuren aus der Versorgung entwickelten Roadmap der gematik mit realistischen Planungsannahmen und priorisierten medizinischen Anwendungen.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert zudem, die Digitalisierungsstrategie durch umfassende Kommunikationsmaßnahmen zu flankieren. Bis heute ist der überwiegende Anteil der Bevölkerung nicht über die Anwendungen der Telematikinfrastuktur informiert (eNotfalldaten, eMedikationsplan, eRezept, ePatientenakte). Der 127. Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit einer breit angelegten Informationskampagne zu

beauftragen.

GOÄ-Novelle unverzüglich einleiten

Die Bundesärztekammer hat dem BMG im Januar 2023 gemäß Beschluss des 126. Deutschen Ärztetages 2022 ein vollständiges Konzept für eine moderne, rechtssichere und transparente Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit arztseitig betriebswirtschaftlich kalkulierten Preisen übergeben und den Verordnungsgeber erneut aufgefordert, tätig zu werden. Getan hat der Minister seither: nichts.

Der 127. Deutsche Ärztetag stellt klar: Die GOÄ ist eine staatliche Verordnung. Es steht nicht im Belieben des Bundesgesundheitsministers, eine Reform der GOÄ aus ideologischen Gründen zu verweigern. Die Ärzteschaft hat geliefert. Der Bundesgesundheitsminister muss jetzt tätig werden und die Reform der GOÄ unverzüglich einleiten. Arbeitsverweigerung ist keine Option!

Nachwuchsförderung ernst nehmen - Deutschland braucht mehr Medizinstudienplätze, ein modernes Medizinstudium und bessere Arbeitsbedingungen

Der 127. Deutsche Ärztetag ruft die Bundesländer dazu auf, die Zahl der Medizinstudienplätze an staatlichen Hochschulen um bundesweit 6.000 zu erhöhen. In einer Gesellschaft des langen Lebens mit steigendem Versorgungsbedarf ist es nicht hinnehmbar, dass die Zahl der Medizinstudienplätze heute um mehrere Tausend geringer ist als noch nach der Wiedervereinigung. Die Nachwuchsgewinnung für die ärztliche Versorgung der nächsten Jahrzehnte muss in allen Fachgebieten und mit allen zur Verfügung stehenden Maßnahmen intensiviert werden.

Eine grundsätzlich neue Approbationsordnung und damit die Modernisierung der ärztlichen Ausbildung, die auf der Approbationsordnung aus dem Jahre 2002 beruht, ist überfällig. Der 127. Deutsche Ärztetag nimmt zur Kenntnis, dass nun immerhin ein Zwischenstand für einen Referentenentwurf vorgelegt wurde und fordert dessen zügige weitere Ausarbeitung unter Einbeziehung der Ärzteschaft. Das Medizinstudium muss digitaler, interprofessioneller, vernetzter und praxisnäher ausgerichtet werden und auch die Vorgaben des Masterplans Medizinstudium 2020 berücksichtigen. Erforderlich sind ferner angemessene Rahmenbedingungen für das Praktische Jahr (PJ), insbesondere in Form einer verpflichtenden Aufwandsentschädigung und einer angepassten Fehlzeitenregelung. Die Ärzteschaft hält zudem ihre Forderung aufrecht, die Expertise der Landesärztekammern bei der Auswahl der Lehrpraxen einzubeziehen.

Für die Reform müssen langfristig finanzielle Mittel in einem solchen Umfang zur Verfügung gestellt werden, dass die medizinischen Fakultäten die Weiterentwicklung des Studiums und die Qualitätsentwicklung der Lehre als Daueraufgabe auf der Höhe der medizinisch-wissenschaftlichen und technologischen Entwicklung tatsächlich wahrnehmen können.

Ein Land, das den ärztlichen Nachwuchs für die Patientenversorgung gewinnen und Ärztinnen und Ärzte dauerhaft im Beruf halten will, muss außerdem konsequent auf bessere, vor allem familienfreundlichere Arbeitsbedingungen setzen. Die Berufszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte ist grundlegende Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und patientenorientierte Versorgung in Kliniken und Praxen.

Neustart für Prävention und Gesundheitsförderung

Als Folge der Pandemie sind gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und die Teilnahmequoten an Früherkennungsuntersuchungen zurückgegangen, während gesundheitsschädliche Lebensstilmuster zugenommen haben. Das wird gravierende Folgen für die einzelnen Betroffenen und für das Gesundheitssystem haben. Die deutsche Ärzteschaft fordert daher eine politische Strategie, wie Verhaltens- und Verhältnisprävention im Rahmen eines Health-in-All-Policies-Ansatzes gestärkt und Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten gefördert werden kann.

Zu einer präventionsorientierten Politik gehört auch und zuerst die Unterlassung von Gesetzesmaßnahmen, die der Gesundheit der Bevölkerung und besonders junger Menschen weiteren Schaden zufügen. Deswegen fordert der 127. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung nachdrücklich auf, von ihren Plänen zu einer Cannabislegalisierung Abstand zu nehmen und stattdessen konsequent auf eine umfassende Suchtprävention zu setzen.



TOP Ib

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

*Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und
Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVG)
Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung*



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

Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungsgesetz (ALBVVG)

- Ib - 01 Lieferengpässe von Arzneimitteln
- Ib - 03 Vermeidung Lieferengpass Medikamente
- Ib - 04 Situation Arzneimittelengpässe - Arzneimittelversorgung sicherstellen
- Ib - 02 Abschaffung der Arzneimittelrabattverträge
- Ib - 08 Unterstützung von kurz- und mittelfristig wirkenden Maßnahmen gegen
Arzneimittelknappheit
- Ib - 06 Verordnungssicherheit bei Akut- und Notfallpatienten
- Ib - 10 Überprüfung der Haltbarkeit von Medikamenten und Medizinprodukten bei
zunehmenden Lieferengpässen
- Ib - 11 Keine Regresse für "unwirtschaftliche" Verordnungen wegen Arzneimittelknappheit

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

Titel: Lieferengpässe von Arzneimitteln

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ib - 01) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesregierung auf, die Versorgung der Bevölkerung mit lebenswichtigen Medikamenten und Impfstoffen sicherzustellen.

Dazu gehören insbesondere:

- Die Einrichtung einer nationalen Arzneimittelreserve für versorgungskritische und versorgungsrelevante Arzneimittel unter Einbeziehung der pharmazeutischen Unternehmen und des Großhandels.
- Anreize für die Rückführung der Produktion von Arzneimitteln in europäische Länder, einschließlich der Produktion von Ausgangs- und Hilfsstoffen, zu schaffen.
- Des Weiteren wird die Bundesregierung aufgefordert, innerhalb der Europäischen Union darauf hinzuwirken, dass EU-weite Lösungen für die wiederkehrenden Lieferengpässe von Arzneimitteln gefunden werden.
- Eine Überprüfung und Diversifizierung der Lieferketten (Supply Chain Risk Management), damit Ausfälle an einzelnen Standorten nicht unmittelbar zu einem Lieferengpass führen.
- Die pharmazeutischen Unternehmen müssen verpflichtet werden, drohende oder manifeste Lieferengpässe zu melden. Die Unterlassung muss strafbewehrt sein.

Die Arzneimittelreserve ist so auszugestalten, dass durch einen regelmäßigen Austausch der eingelagerten Medikamente mit fabrikneuen Produkten eine Vernichtung abgelaufener Medikamente verhindert wird.

Begründung:

Die Zahl der dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldeten Lieferengpässe steigt rasant. Waren Ende September 2022 noch ca. 300 Lieferengpässe gemeldet, sind es Ende Februar 2023 bereits über 400. Viele dieser Lieferengpässe sind auch versorgungsrelevant, z. B. die fortwährenden Lieferengpässe bei Antibiotika und bei

pädiatrischen Antipyretika. Die Bundesregierung hat im Rahmen des Gesetzes zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz - ALBVVG) zwar einige Maßnahmen vorgesehen. Diese sind jedoch aus Sicht der Bundesärztekammer nicht ausreichend, da hierdurch Unterbrechungen der Lieferketten nicht langfristig gestoppt werden können.

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

Titel: Vermeidung Lieferengpass Medikamente

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Dirk Altrichter, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Markus Beck, Dr. Guido Judex, Dr. Marlene Lessel, Dr. Matthias Lammel, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Andreas Tröster, Dr. Otto Beifuss, Dr. Karl Breu und Dr. Wolfgang Gradel (Drucksache Ib - 03) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert von der Bundesregierung deutlich mehr sowie erheblich nachhaltigere Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung, als im Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (ALBVVG) beschlossen.

Das ALBVVG greift hier viel zu kurz. Die Fokussierung lediglich auf Antibiotika mit Wirkstoffproduktion in der EU bezüglich der Berücksichtigung bei Ausschreibung von Kassenverträgen ist nicht nachvollziehbar und löst nicht das grundlegende Problem, da zahlreiche Medikamentengruppen vom Lieferengpass betroffen sind. Um die Situation grundlegend zu verbessern, wäre es nötig, dass zumindest wesentliche Arzneimittel wieder in Europa produziert würden.

Weitere Medikamentengruppen wie u. a. Onkologika, Analgetika, Kardiologika und Psychopharmaka müssen berücksichtigt werden. Der Produktionsstandort Europa muss entschieden mehr gestärkt und langfristig wiederaufgebaut werden.

Ferner ist eine umfangreichere und längere Bevorratung auch o. g. Medikamentengruppen dringend erforderlich.

Zur Gegenfinanzierung könnten Maßnahmen zur Regulierung patentgeschützter Arzneimittel erwogen werden; dabei ist darauf zu achten, die Arzneimittelforschung in Deutschland nicht zu gefährden.

Begründung:

Starker Kostendruck über Jahrzehnte hat bei der Herstellung patentfreier Arzneimittel zu einer weitgehenden Verlagerung der Produktion nach China und Indien geführt. Die

Verlagerung der Produktion aus reinen Kostengründen blendet die mangelnden Standards bei Umwelt- und Arbeitsschutz völlig aus.

Die Arzneimittelversorgung in Deutschland muss dringend nachhaltig stabilisiert werden.

Die Arzneimittelkosten steigen seit vielen Jahren zunehmend an (GKV 47,4 Milliarden Euro in 2022). Doch nur weniger als zehn Prozent der Kosten entfallen auf Generika, während der Verordnungsanteil von Generika am gesamten Arzneimittelmarkt bei etwa 80 Prozent liegt. Den Großteil der Kosten tragen die patentgeschützten Arzneimittel. Die Unternehmen zur Herstellung von patentgeschützten Arzneimitteln könnten als Voraussetzung für seriöse und nachvollziehbare Preise beispielsweise verpflichtet werden, die tatsächlich entstandenen Kosten für Forschung und Entwicklung nachvollziehbar deklarieren und transparent machen zu müssen.

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

Titel: Situation Arzneimittelengpässe - Arzneimittelversorgung sicherstellen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Jörg Böhme, Thomas Dörrer, Dr. Caroline Gerdes, Dr. Frank Lautenschläger, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch, Henrik Straub und Prof. Dr. Uwe Ebmeyer (Drucksache Ib - 04) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Umsetzung eines Kurswechsels im Gesundheitswesen, weg von ausschließlicher Effizienz hin zu belastbarer und effektiver Arzneimittelversorgung. Instrumente zur Preisregulierung auf nationaler Ebene (Rabattverträge, Importquoten) müssen sinnvoll angepasst werden.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert, die Wirkstoffherstellung in Europa nachhaltig zu etablieren, um die Versorgung und Qualität der Substanzen, aber auch den Umwelt- und Arbeitsschutz, zu sichern.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert die schnelle Etablierung eines Verzeichnisses über notwendige Wirkstoffe, Darreichungsformen und Mengen sowie von Strukturen zur Bewirtschaftung von Reserven dieser gelisteten Arzneimittel.

Begründung:

Seit Jahren bestehen Lieferengpässe bei wichtigen Arzneimitteln und Impfstoffen. Der bisherige Höhepunkt wurde während der Infektionswelle im Herbst/Winter 2022/2023 erreicht. Als die Versorgung mit Husten- und Fiebersäften immer schwieriger, nahezu unmöglich wurde, präsentierte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter der Führung von Prof. Dr. Karl Lauterbach einen ersten Lösungsversuch, der zwischenzeitlich nachgebessert wurde und im Bundeskabinett als Gesetzentwurf zur Bekämpfung von Lieferengpässen mündete. Dieser sieht die Abschaffung der Fest- und Rabattverträge bei Kinderarzneimitteln und die einmalige Anhebung des Abgabepreises vor. Zumindest Antibiotikaanbieter könnten dem Entwurf nach bei der Ausschreibung von Kassenverträgen zukünftig besser berücksichtigt werden, wenn deren Wirkstoffproduktion in Europa liegt. Positiv ist auch, dass der Aufbau von 3-Monats-Reserven zumindest für wichtige Medikamente geplant ist und ein Frühwarnsystem etabliert werden soll.

Erhebliche Versorgungsengpässe bestehen jedoch nicht nur bei Kinderarzneimitteln oder Antibiotika, sondern auch bei anderen lebenswichtigen bzw. erheblich therapie relevanten Medikamenten, wie Antihypertensiva, Antidiabetika einschließlich Insulinen, Chemotherapeutika, Antiepileptika und Antiarrhythmika. Diese sind nur extrem verzögert oder in nicht ausreichenden Mengen verfügbar.

Für die Ärzte- und Apothekerschaft ist die tägliche Kompensation dieser Mängel- und Missstände mit einem zusätzlichen hohen Aufwand verbunden, der der eigentlichen Patientenversorgung wichtige Ressourcen entzieht, um die Therapien am Laufen zu halten. In Zeiten fehlender therapeutischer Arztarbeitszeit ein fataler Zustand.

Die Patienten haben - durchaus berechtigt - Ängste und verlieren das Vertrauen in unser Gesundheitssystem. Diese Mängel können für sie schlimmstenfalls schwerwiegendere Therapiemaßnahmen nach sich ziehen sowie den Verlust von Lebensqualität oder gar Lebenszeit zur Folge haben.

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

Titel: Abschaffung der Arzneimittelrabattverträge

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Andreas Gibb, Dr. Beate Krammer-Steiner, Anne Machka, Dr. Evelin Pinnow und Dr. Jens Placke (Drucksache Ib - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Abschaffung der Arzneimittelrabattverträge. Der Nutzen der Arzneimittelrabattverträge steht in keinem Verhältnis zum Schaden.

Begründung:

- Immenser bürokratischer Zeitaufwand.
- Jede Krankenkasse kann für jedes Generikum unterschiedliche Rabattverträge beschließen (keine oder keiner kann dort auf dem Laufenden bleiben).
- Im Vergleich zu den Kosten der nichtgenerischen Medikamente nur eine geringe Kostenersparnis.
- Lange (fruchtlose) Diskussionen mit Patienten und Patientinnen.
- Verschwendung der Ressource Zeit für Praxismitarbeiter, Apotheker und Ärztinnen und Ärzte.
- Bei nichtgenerischen Medikamenten: Druck auf Praxen, innerhalb der gleichen Medikamentenklasse das billigste Medikament aufzuschreiben, ohne dabei den medizinischen Nutzen im Vordergrund stehen zu haben (aktuelle Beispiele: NOAKs und SGLT-2-Hemmer).

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

Titel: Unterstützung von kurz- und mittelfristig wirkenden Maßnahmen gegen Arzneimittelknappheit

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Tilman Kaethner, Dr. Marion Charlotte Renneberg, Uwe Lange, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Constantin Janzen, Dr. Thomas Buck, Dr. Wolfgang Lensing, Dr. Alexander Nowicki, Dr. Jürgen Tempel und Per Kistenbrügge (Drucksache Ib - 08) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 begrüßt alle kurz- und mittelfristig wirkenden Maßnahmen der Bundesregierung zur Beseitigung der Arzneimittelknappheit, die Patientinnen und Patienten nicht gefährdet und Ärztinnen und Ärzten Rechtssicherheit für die Arzneimitteltherapie verschafft.

Zudem fordert der 127. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung auf, Maßnahmen zu ergreifen, um zukünftig für alle wichtigen Standardarzneimittel eine jederzeit verfügbare Arzneimittelreserve für mindestens drei bis sechs Monate zu schaffen.

Zudem erneuert der 127. Deutsche Ärztetag die Forderung des 125. Deutschen Ärztetages 2021 nach einem rechtssicheren Rahmen für ein freiwilliges Dispensierrecht von Ärztinnen und Ärzten im Not-/Bereitschaftsdienst.

Begründung:

Es gibt kaum Bereiche, die nicht von der Arzneimittelknappheit betroffen sind. Das ist bereits mit Blick auf die Patientensicherheit wegen der Auswirkungen einer ausbleibenden rechtzeitigen Arzneimitteltherapie nicht hinnehmbar. Angesichts des medizinischen Entwicklungsstandes, den Arzneimitteltherapien heutzutage haben, angesichts dessen, dass sie Gesundheitsschäden bei Kindern, Erwachsenen und Rentnern beseitigen oder lindern oder Schlimmeres verhindern können, angesichts der Finanzstärke der Bundesrepublik Deutschland und angesichts der Erkenntnis, dass es unklug war, Arzneimittelproduktionsbereiche nicht hierzulande sicherzustellen, muss man von einem unhaltbaren Zustand sprechen.

Sachgerecht erscheint zudem, für Fälle im Not-/Bereitschaftsdienst die Abgabe von

Arzneimitteln durch Ärztinnen und Ärzte rechtssicher zu ermöglichen. Der Verweis des Patienten auf eine Apotheke im Bereitschaftsdienst wird nicht zwingend weiterhelfen, schon gar nicht in Zeiten einer Arzneimittelknappheit. Eine direkte medikamentöse Behandlung von Patientinnen und Patienten ist ganz im Sinne einer schnellen und zielgerichteten Notfallversorgung.

Der 127. Deutsche Ärztetag erneuert daher die Forderung nach einem entsprechenden freiwilligen Dispensierrecht für Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst, die bereits der 125. Deutsche Ärztetag 2021 ausgesprochen hat, denn über die Zusage einer Prüfung hinaus durch den Gesundheitsminister ist bislang nichts geschehen.

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

Titel: Verordnungssicherheit bei Akut- und Notfallpatienten

Beschluss

Auf Antrag von Barbara vom Stein, Christa Bartels, Dr. Christiane Groß, M.A., Melissa Camara Romero, Dr. Hella Körner-Göbel, Dr. Lydia Berendes und Dr. Ivo Grebe (Drucksache Ib - 06) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Bevorratung der Notdienstapotheken mit den meistverordneten, relevanten Wirkstoffen zur sicheren Versorgung der Akut- und Notfallpatienten zu schaffen.

Begründung:

Lieferengpässe von Arzneimitteln haben in den vergangenen Jahren immer weiter dramatisch zugenommen. Sie betreffen vielfach auch akut notwendige Arzneimittel wie Antibiotika und Fiebermittel, die im Notdienst trotz Verordnung nicht ausgegeben werden können.

Problematisch ist hierbei insbesondere der erhöhte Rückfragebedarf zwischen dem oder der abgebenden Apotheker oder Apothekerin und dem oder der verordnenden Arzt oder Ärztin. Ebenso führt dies zu einer Verunsicherung und unnötigen Belastung der Patientinnen und Patienten.

Eine Übersicht der meistverordneten, relevanten Wirkstoffe in der Akut- und Notfallversorgung, mit der Möglichkeit zum Austausch von Präparaten ohne Rückfrage beim Verordner, könnte den Prozess für alle Beteiligten erleichtern.

Eine solche Übersichtsliste sollte in den Apotheken, den Notfallambulanzen sowie bei den niedergelassenen notdiensttuenden Kollegen oder Kolleginnen vorliegen.

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

Titel: Überprüfung der Haltbarkeit von Medikamenten und Medizinprodukten bei zunehmenden Lieferengpässen

Beschluss

Auf Antrag von Barbara vom Stein, Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Dr. Christiane Groß, M.A., Melissa Camara Romero, Dr. Ivo Grebe und Dr. Hella Körner-Göbel (Drucksache Ib - 10) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Arzneimittelhersteller auf, die Haltbarkeit von bereits zugelassenen und in Zulassung befindlichen Fertigarzneimitteln zu überprüfen. Die ermittelte Haltbarkeitsprüfung soll sowohl international behördlich anerkannte Richtlinien erfüllen als auch eine möglichst lange Laufzeit der Arzneimittel und Medizinprodukte ermöglichen.

Die Europäische Arzneimittel-Agentur (European Medicines Agency, EMA) wird aufgefordert, ein möglichst einfaches Verfahren zu entwickeln, die Dauer der Haltbarkeit bereits zugelassener Arzneimittel und Medizinprodukte anzupassen.

Begründung:

Die Haltbarkeit eines Medikaments wird auf der Grundlage von Stabilitätsprüfungen seitens des Herstellers bestimmt. Hierzu werden detaillierte Vorgaben und Standards von Seiten der Zulassungsbehörden vorgegeben. Die zuständige Behörde legt dann auf Basis der Herstellerinformationen das Verfallsdatum fest und damit den Zeitpunkt, bis zu welchem die Hersteller garantieren, dass die Präparate wirken, unbedenklich und von guter pharmazeutischer Qualität sind.

Folglich gibt nicht die Zulassungsbehörde vor, wie lange ein Arzneimittel zu halten hat, sondern der Hersteller entscheidet darüber, welches Haltbarkeitsdatum er aufgrund der von ihm selbst durchgeführten Stabilitätsprüfungen auf der Packung angibt. Insofern ist die Festlegung des Verfallsdatums zwar eine Zulassungsaufgabe, sie garantiert jedoch nur die Mindesthaltbarkeit und ist keine wissenschaftlich abgeleitete, am Wirkstoff orientierte, objektive Größe.

Ausnahmen von den im Rahmen des Zulassungsverfahrens festgelegten Verfallsdaten für

die Bundeswehr und die Bundespolizei (§ 71 Abs. 1 AMG) zeigen, dass eine Verlängerung der Laufzeiten vieler Arzneimittel möglich ist und dabei Qualität, Sicherheit und Unbedenklichkeit gewährleistet sind.

Sowohl unter dem Eindruck des Klimawandels als auch unter dem Eindruck von Arzneimittelengpässen ist eine Vernichtung von unbedenklichen Arzneimitteln aufgrund eines vorzeitigen Verfallsdatums nicht verantwortbar.

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

Titel: Keine Regresse für "unwirtschaftliche" Verordnungen wegen Arzneimittelknappheit

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Tilman Kaethner, Dr. Marion Charlotte Renneberg, Dr. Gisbert Voigt, Uwe Lange, Per Kistenbrügge, Dr. Thomas Buck, Dr. Wolfgang Lensing, Dr. Alexander Nowicki, Dr. Jürgen Tempel und Dr. Constantin Janzen (Drucksache Ib - 11) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert - angesichts der bestehenden Arzneimittelknappheit - das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Bundestag auf, einen Ausschluss von Regressen gegen Ärztinnen und Ärzte wegen "unwirtschaftlicher Verordnung" von Arzneimitteln gesetzlich zu verabschieden.

Begründung:

Seit Monaten mangelt es an Medikamenten für viele Behandlungsfelder. Dass beispielsweise fiebersenkende Mittel, Antibiotika oder Arzneimittel zur Behandlung von Schlaganfällen nur schwer zu bekommen sind, ist eine hierzulande nicht für möglich gehaltene und doch eingetretene und zugleich erschütternde Wirklichkeit. Ärztinnen und Ärzte tun gleichwohl alles, um Patientinnen und Patienten zu unterstützen, zeitnah eine adäquate Arzneimitteltherapie zu beginnen. Oftmals sind jedoch verordnete Arzneimittel gar nicht oder nur in größeren Mengen (etwa N2 statt N1) als benötigt zu erreichen, um etwa zeitnah Fieber zu senken oder Infektionen zurückzudrängen.

Dieser Mangel darf aber nicht auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten ausgetragen werden. Dies wäre aber dann der Fall, wenn Ärztinnen und Ärzte Regresse drohen, wie bereits von einzelnen Kostenträgern avisiert. Hier ist schnelles Handeln angezeigt. Denn schon die Befassung von Ärztinnen und Ärzten mit Regressvorwürfen, selbst wenn sie sich am Ende als haltlos erweisen sollten, kostet "Arztzeit" und damit Behandlungszeit.



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

Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung

- Ib - 05 Medizinstudium zügig reformieren und Bedingungen im Praktischen Jahr dringlich verbessern
- Ib - 07 Neue Approbationsordnung: Jetzt Zeitplan einhalten! Qualität der Ausbildung sichern!
- Ib - 09 Studierbarkeit und Chancengleichheit des ersten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung (M1) erhalten

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

Titel: Medizinstudium zügig reformieren und Bedingungen im Praktischen Jahr dringlich verbessern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sven C. Dreyer, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Lars Bodammer, Dr. Steffen König, M.B.A., Hans-Martin Wollenberg, Anne Kandler und Dr. Christine Dierkes (Drucksache Ib - 05) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert Bund und Länder auf, die Reform der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) zügig voranzubringen. Die Verschiebung der Umsetzungsfrist auf 2027 ist nicht hinzunehmen. Zukünftige Ärztinnen und Ärzte bedürfen einer modernen und praxisnahen Ausbildung an Patientinnen und Patienten. Im Rahmen des Reformprozesses gilt es dringlich, die Bedingungen der Medizinstudierenden im Praktischen Jahr (PJ) zu verbessern.

Zwingend ist es, die Differenzierung zwischen Krankheitstagen und Fehlzeiten sowie eine faire und einheitliche Mindestaufwandsentschädigung der Medizinstudierenden im Praktischen Jahr vor Inkrafttreten hinzuzufügen. In der aktuellen Fehlzeitenregelung sind lediglich 30 Fehltage vorgesehen, sodass krankheitsbedingte Fehlzeiten keine Berücksichtigung finden. Die derzeitige Möglichkeit, nur individuell Härtefallanträge zu beantragen, ist eine nicht annehmbare Unsicherheit und ein unverhältnismäßiger Aufwand. Im Sinne der Sicherheit von Patientinnen und Patienten, der Gesundheit der Medizinstudierenden und der Ausbildungsqualität müssen Krankheitsausfälle aus dieser Regelung ausgegliedert werden.

Seit mehreren Jahren setzt sich auch der Deutsche Ärztetag für eine verbesserte PJ-Ausbildung ein. Insbesondere gilt es, eine bundesweit verpflichtende PJ-Aufwandsentschädigung, die mindestens dem BAföG-Höchstsatz entspricht, noch vor Inkrafttreten in der Approbationsordnung zu verankern.

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

Titel: Neue Approbationsordnung: Jetzt Zeitplan einhalten! Qualität der Ausbildung sichern!

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Dr. Thomas Lipp, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Lothar Rütz, Dr. Ulrich Tappe und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache Ib - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Nachdruck auf, die neue Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) im Sinne der Qualität medizinischer Ausbildung voranzutreiben und ein Inkrafttreten zum 01.10.2027 zu garantieren. Dies erfordert zum einen Veränderungen am Referentenentwurf-Zwischenstand und zum anderen die Lösung der Finanzierungsprobleme, ohne die das Medizinstudium nicht an die bedarfsgerechten Anforderungen angepasst werden kann.

Begründung:

Zunächst einmal muss der Referentenentwurf-Zwischenstand dahingehend angepasst werden, dass die bis zu einem bestimmten Punkt zu erreichenden Leistungsnachweise stärker vereinheitlicht werden, damit ein Wechsel des Studienstandorts weiterhin möglich ist. Außerdem braucht es eine bessere Einbindung der im Vertiefungsbereich vorgesehenen wissenschaftlichen Arbeit. Damit die Studierenden tatsächlich einen Lernerfolg davontragen, sollte die wissenschaftliche Arbeit nicht erst gegen Ende des Studiums, sondern vor Beginn einer potenziellen Dissertation erfolgen. Bei der Einführung der universitären Parcoursprüfungen sollten an anderer Stelle Modulprüfungen eingespart werden. Die wichtigsten noch zu erarbeitenden Änderungen betreffen das Praktische Jahr (PJ): Hier muss zwingend eine bundeseinheitliche verpflichtende Aufwandsentschädigung in der ÄApprO festgeschrieben werden, sowie eine Trennung von Krankheits- und Urlaubstagen. Den Studierenden müssen zudem in § 57 ein Spind sowie der Zugang zu einem Umkleideraum auf Station garantiert werden. Die Sicherung der Finanzierung darf nicht zulasten der Studienqualität gehen. Zwar ist die Einführung von Blended-Learning-Formaten anstelle eines Teils der Vorlesungen durchaus sinnvoll, doch sollte anstelle der Verkürzung der stationären Blockpraktika eine andere Einsparungsmaßnahme überlegt



werden. Vor allem der praktische Unterricht ist elementar für die Ausbildung guter Ärztinnen und Ärzte. Mit diesen Änderungen des Referentenentwurf-Zwischenstandes kann das Medizinstudium den aktuellen Herausforderungen der medizinischen Versorgung gerecht werden. Natürlich ist die Sicherstellung der Finanzierungsfragen dafür elementar.

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

Titel: Studierbarkeit und Chancengleichheit des ersten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung (M1) erhalten

Beschluss

Auf Antrag von Melissa Camara Romero, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Helene Michler, Dr. Beatrix Kaltenmaier und Dr. Ivo Grebe (Drucksache Ib - 09) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert eine Überarbeitung der in dem Referentenentwurf-Zwischenstand des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vorgestellten Neuerungen bezüglich des ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (M1) im Hinblick auf die Sicherstellung der Studierbarkeit und der Chancengleichheit.

Begründung:

Derzeit ist an den meisten medizinischen Fakultäten das M1 oder ein Pendant zum M1 ab dem vierten Fachsemester absolvierbar. Die entsprechend des überarbeiteten Referentenentwurfs erwähnte Verschiebung des M1 in das sechste Fachsemester hat möglicherweise eine Ausweitung der vorklinischen Inhalte zur Folge. Dies hat wiederum eine Strapazierung der Prüfungsinhalte zu bedeuten, das in keinem Fall zum besseren Verständnis der Lehrinhalte führt und so nicht im Sinne einer Verbesserung der medizinischen Ausbildung ist.

Im Falle einer Implementierung einer mündlich-praktischen Prüfung als Teil des M1 muss ein dazugehöriger Gegenstandskatalog erarbeitet werden, auf dessen Grundlage vergleichbar geprüft werden kann. Ein solcher ist im aktuellen Referentenentwurf 2023 noch nicht vorgesehen. Fraglich ist zudem die Platzierung des Famulatureife-OSCEs, das vor allem klinisches Grundlagenwissen und Basisuntersuchungen beinhaltet, vor dem M1, welches insbesondere die vorklinischen Inhalte prüfen soll. Jahrzehntelange Erfahrungen bestätigen erhebliche Unterschiede in der Ausführung des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung durch die Wahl des vierten Prüffachs, weshalb eine Einführung des Losfachs im M1 große Bedenken und Skepsis hervorbringt.



TOP Ic

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

*Ambulante und stationäre ärztliche Versorgung
Ärzte- und Fachkräftemangel
Ärztliche Berufsausübung
Arzneimittel / Medizinprodukte
Ausbildung / Medizinstudium
Berufsordnung / Berufsrecht
Bundesärztekammer / Deutscher Ärztetag
EU-Themen
Forschungsdaten
Fortbildung
Geflüchtete / Asylbewerber
Gewalt gegen Gesundheitsberufe
GOÄ und weitere Vergütungssysteme
GKV / Vertragsärztliche Versorgung / SGB V
Hausärztliche Versorgung
Interprofessionelle Zusammenarbeit
Kommerzialisierung
Krankenhaus
Medizinische Fachangestellte
Menschen mit Behinderungen
Notfallversorgung und Katastrophenschutz
Organspende / Transplantation
ÖGD / Arbeits- und Betriebsmedizin
Pandemie
Prävention / Gesundheitsförderung
Psychiatrie / Psychosomatik / Psychotherapie
Qualitätssicherung / Patientensicherheit
Schwangerschaftsabbruch
Selbstverwaltung
Sucht und Drogen
Weiteres*



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

Ambulante und stationäre ärztliche Versorgung

- Ic - 05a Änderungsantrag zu Antrag Ic - 05 - barrierefreie Digitalisierung
- Ic - 05 Aktionsplan der Bundesregierung für ein diverses, barrierefreies und inklusives Gesundheitswesen
- Ic - 61 Ambulantisierung nicht zu Lasten der Qualität
- Ic - 92 Umsetzung der Übernahme der Kosten für Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung
- Ic - 124 Unterstützung und Finanzierung therapeutischer Maßnahmen, einschließlich therapeutischer Gruppen, zur Behandlung von Tätern im Komplex Kindesmissbrauch
- Ic - 28 Prüfung stationärer Fälle nach AOP-Katalog gesondert behandeln
- Ic - 125 § 115f SGB V: Transparenz herstellen
- Ic - 105 Zukunftsfähigen Strukturwandel medizinischer Versorgung sektorenübergreifend gestalten
- Ic - 58 Telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei akuten Infektionskrankheiten dauerhaft ermöglichen
- Ic - 18 AU-Bescheinigung wieder nach telefonischer Konsultation
- Ic - 30 Angemessene Vergütung für Ärztinnen und Ärzte in allen Bereichen
- Ic - 97 Komplementäre fachärztliche Versorgung erhalten
- Ic - 94 Reformen im Gesundheitssystem zum Bürokratieabbau nutzen
- Ic - 59 Aktuelle Reformvorhaben - Gesundheitsversorgung 2040 im Blick haben

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

Titel: Änderungsantrag zu Antrag Ic - 05 - barrierefreie Digitalisierung

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Dr. Silke Lüder, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Christian Messer, Dirk Paulukat, Dr. Norbert Smetak und Dr. Svante Gehring (Drucksache Ic - 05a) zum Beschlussantrag von Vorstand (Drucksache Ic - 05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zwischen den vorhandenen Aufzählzeichen 2 und 3 soll folgender Unterpunkt eingefügt werden:

Auch im Bereich der Digitalisierung muss für Menschen mit Behinderung eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe möglich sein. Die Existenz einer elektronischen Patientenakte (ePA) sowie diesbezügliche Zugriffsrechte müssen vom Patienten jederzeit barrierefrei geändert werden können. Das Recht jeder Patientin oder jedes Patienten auf Nicht-Aufnahme bestimmter Daten in eine geplante ePA ist zu gewährleisten.

Menschen, die nicht über Smartphones oder Computer verfügen oder mit digitalen Verfahren nicht vertraut oder bei deren Nutzung eingeschränkt sind, dürfen bei der Wahrung ihres Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung und bei der gesundheitlichen Versorgung nicht benachteiligt werden.

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

Titel: Aktionsplan der Bundesregierung für ein diverses, barrierefreies und inklusives Gesundheitswesen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag des Vorstands (Drucksache Ic - 05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 begrüßt und unterstützt das Vorhaben der Bundesregierung, einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zu erarbeiten und fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die Erarbeitung des Aktionsplans in einem breit angelegten, partizipativen Prozess unter maßgeblicher Beteiligung der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitsfachberufe, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) und der Selbstvertretungsorganisationen der Betroffenen zu organisieren.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert konkret:

- Der Aktionsplan muss darauf abzielen, dass alle Bürgerinnen und Bürger das Gesundheitswesen bedarfsgerecht ohne Zugangshürden gleichberechtigt in Anspruch nehmen können.
- In einem inklusiven Gesundheitswesen müssen alle Bürgerinnen und Bürger die Angebote vorfinden, die sie speziell wegen ihrer Krankheit oder Behinderung benötigen. Dies schließt auch spezialisierte Angebote für Menschen mit Behinderung ein.
- Für eine gleichberechtigte, umfassende und selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung müssen insbesondere die rehabilitativen Versorgungsangebote so ausgebaut werden, dass sie von Menschen mit Behinderung tatsächlich uneingeschränkt nutzbar sind.

Für die Umsetzung dieser Maßnahmen fordert der 127. Deutsche Ärztetag die Bereitstellung ausreichender finanzieller Mittel, damit die Einrichtungen des Gesundheitswesens ihr Versorgungsangebot noch stärker auf die Belange von Menschen mit Behinderung ausrichten können.

Begründung:

Bereits im Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP findet sich die Ankündigung, dass bis Ende 2022 ein Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen erarbeitet werden soll. Dieser Aktionsplan ist zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention dringend notwendig, liegt jedoch noch nicht vor. Überdies hat die Bundesregierung am 30.11.2022 die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) vorgelegten Eckpunkte "Bundesinitiative Barrierefreiheit - Deutschland wird barrierefrei" beschlossen. Die Bundesinitiative weist Schnittstellen zum geplanten Aktionsplan auf. Dort werden unter anderem die Bereiche Mobilität, Digitales und Wohnen angesprochen, die auch für ein inklusives Gesundheitswesen bedeutsam sind.

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

Titel: Ambulantisierung nicht zu Lasten der Qualität

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Norbert Smetak, Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Ivo Grebe und Dr. Wolf Andreas Fach (Drucksache Ic - 61) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 unterstützt den Ausbau ambulant erbringbarer Leistungen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass die Entscheidung über die Art der Versorgung in ärztlicher Hand bleiben muss und nicht von finanziellen Interessen geleitet sein darf. Die Qualität der Versorgung und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten müssen oberste Priorität behalten.

Darüber hinaus erfordert der Ausbau ambulanter Leistungen eine adäquate Finanzierung, die neben der ärztlichen Leistung auch die erforderlichen Vorhaltekosten im ambulanten wie im stationären Bereich abdecken muss.

Begründung:

Die qualitätsgesicherte Erbringung ambulanter Leistungen als stationsersetzende Maßnahmen erfordert eine auskömmliche Vergütung analog den Krankenhaus-Diagnosis Related Groups (DRG) und eine Entbudgetierung. Die bisherigen Finanzierungsregelungen zum ambulanten Operieren decken lediglich wenige komplexe Eingriffe ohne hohe Sachkosten ab und orientieren sich an der Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Vergütung. Komplexere Eingriffe mit hohen Vorhaltekosten für die Nutzung von Operationssälen, Katheterlaboren oder anderer Großgeräte werden dabei nur unzureichend berücksichtigt. Mit der vorgesehenen Anrechnung der zusätzlichen Vergütung auf die bestehenden Budgets werden stationsersetzende Leistungen wirtschaftlich nicht abbildbar.

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

Titel: Umsetzung der Übernahme der Kosten für Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. und Dr. Joachim Suder (Drucksache Ic - 92) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, die im Koalitionsvertrag vereinbarte Übernahme der Kosten für Sprachmittlung unverzüglich umzusetzen.

Begründung:

Schon in den vergangenen Jahren hat der Deutsche Ärztetag gefordert, die dringend erforderliche Übernahme der Sprachmittlungskosten für die Behandlung von Patientinnen und Patienten zeitnah umzusetzen. Da dies immer noch nicht erfolgt ist und die Zahl der Flüchtlinge und Asylbewerber wieder steigt, fordert der 127. Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber erneut auf, die Maßnahme umzusetzen.

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

Titel: Unterstützung und Finanzierung therapeutischer Maßnahmen, einschließlich therapeutischer Gruppen, zur Behandlung von Tätern im Komplex Kindesmissbrauch

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Guido Judex (Drucksache Ic - 124) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert mehr therapeutische Behandlungsmöglichkeiten (einschließlich Gruppentherapie) für Missbrauchs-Täter, für "Hands-on-Täter", Nutzer und Sammler von kinderpornografischem Material und für Menschen mit pädophilen Neigungen die (noch) keine Täter geworden sind, auch im Sinne einer direkten Prävention gegen weiteren Missbrauch, einzurichten und dafür eine adäquate Finanzierung sicherzustellen. Bei dieser schwierigen Klientel ist auch eine Intervention durch die Politik nötig, um im Sinne von Kinder- und Opferschutz auch speziellere Maßnahmen zu ermöglichen und somit eine Finanzierung sicherzustellen.

Begründung:

Täter im Komplex Kindesmissbrauch zu behandeln, dient auch der Verhinderung weiterer Taten und somit auch dem Schutz von Kindern.

Die verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten für Missbrauchstäter, seien es nun direkte Täter (Hands-on) oder auch Nutzer von kinderpornografischem Material, die dieses nicht nur selbst sammeln, sondern sich auch häufig in entsprechenden Netzwerken bewegen und Daten weitergeben, sind begrenzt. Dieser Bereich hat in den letzten Jahren jedoch eine erschreckende Zunahme erfahren.

Da es hier meist um eine Gruppe von psychisch schwer beeinträchtigten Menschen handelt, ist eine Therapie nicht nur für sie selbst, sondern vor allem auch als präventive Maßnahme zum Schutz der Kinder erforderlich. Das Ziel einer Therapie ist es, sexuelle Übergriffe auf Kinder zu verhindern und den Konsum von Kinderpornografie komplett einzustellen. In vielen Fällen haben sich auch Gruppentherapien sehr bewährt. Dies insbesondere im Sinne einer besonderen Form von Prävention, um Kinder vor weiteren Übergriffen dieser Tätergruppe zu schützen.



Die Finanzierung der meisten Therapiemöglichkeiten erfolgt bislang durch Kommunen oder private Stiftungsvereine und ist nicht ausreichend, um eine flächendeckende Einrichtung von Therapieplätzen zu realisieren. Ein analoges Finanzierungsmodell wird z. B. bereits in der Behandlung Drogenabhängiger praktiziert.

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

Titel: Prüfung stationärer Fälle nach AOP-Katalog gesondert behandeln

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Sven C. Dreyer, Anne Kandler, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Steffen König, M.B.A., Hans-Martin Wollenberg, Dr. Matthias Fabian und Dr. Christine Dierkes (Drucksache Ic - 28) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert, dass stationäre Fälle, die im Rahmen des Vertrages zum Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärer Eingriffe und stationärer Behandlungen (AOP-Katalog), die bei diesen Prüfungen nachträglich als ambulante Fälle eingeordnet werden, während einer Übergangszeit von zwei Jahren, also bis Ende März 2025, nicht zur Berechnung der Prüfquoten für die Krankenhäuser herangezogen werden sollen.

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

Titel: § 115f SGB V: Transparenz herstellen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Florian Gerheuser, Dr. Karl Amann, Dr. Christoph Janke, Dr. Kai Johanning, Dr. Andreas Schießl, Dr. Andreas Tröster, Bettina Rakowitz, Dr. Martin Rothe, Prof. Dr. Jörg Weimann und Dr. Sebastian Roy (Drucksache Ic - 125) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Um Verwerfungen zwischen den beteiligten fachärztlichen Fachgruppen zu vermeiden, fordert der 127. Deutsche Ärztetag 2023 die Bundesregierung auf, die unterschiedlichen Kostenstellen im Rahmen von Fallpauschalen gemäß § 115f SGB V transparent darzustellen.

Begründung:

Im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfIEG) wurde als § 115f SGB V eine spezielle sektorengleiche Vergütung mit Wirkung zum 01.01.2023 ins Sozialgesetzbuch V aufgenommen. Diese Vergütung sieht individuelle Fallpauschalen für ambulant erbringbare Operationen vor. Bis zum 31.03.2023 sollten die Vertragsparteien zum § 115b SGB V (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG]) eine entsprechende Vereinbarung konsentieren.

Da keine Vereinbarung zwischen der KBV, dem GKV-Spitzenverband und der DKG konsentiert wurde, greift nun die Ermächtigung gemäß § 115f Abs. 4 SGB V, wonach die Bundesregierung die Regelungen zum Umfang und zur Kalkulation der Fallpauschalen vornehmen kann.

Für die ambulanten vertragsärztlichen Leistungserbringer ist die Vergütung anhand einer Fallpauschale mit erheblichen Unwägbarkeiten verbunden. Ohne transparente Darstellung der jeweiligen Kostenstellen ist eine Aufteilung der Pauschalvergütung auf die beteiligten Fachgruppen, wie z. B. Chirurgie und Anästhesie, nicht möglich.

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

Titel: Zukunftsfähigen Strukturwandel medizinischer Versorgung sektorenübergreifend gestalten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Ute Taube (Drucksache Ic - 105) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mit Nachdruck auf, die Etablierung einer speziellen sektorengleichen Vergütung für Leistungen des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger Eingriffe stationärer Eingriffe (AOP-Katalog) nach § 115b SGB V, die bisher überwiegend stationär erbracht wurden, zeitnah zu realisieren.

Begründung:

Die Sicherstellung einer flächendeckenden wohnortnahen medizinischen Versorgung mit Qualitätsanspruch erfordert in der gegenwärtig, u. a. durch demografischen Wandel und Fachkräftemangel in nahezu allen medizinischen Tätigkeitsbereichen geprägten Zeit, zukunftsfähige praxistaugliche Konzepte.

Eine sektorengleiche Finanzierung von potenziell ambulanten Behandlungen ist eine der wichtigsten und einfachsten Instrumente zum Abbau unnötiger Krankenhausaufenthalte. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, dass keine Einigung auf dem Verhandlungsweg zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), DKG und GKV-Spitzenverband über eine spezielle sektorengleiche Vergütung für Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V, die bisher überwiegend stationär erbracht worden sind, erzielt wurde.

Zukunftsfähiger Strukturwandel medizinischer Versorgung kann nur sektorenübergreifend gelingen. Dazu gehört unbedingt auch eine Vergütung, die der Leistung folgt, unabhängig vom Ort ihrer Erbringung. Die Schaffung indirekt konkurrierender Versorgungsformen mit systematischer Benachteiligung im konkreten Fall ambulant operativ tätiger Einrichtungen steht unstrittig im Widerspruch zur gesundheitspolitisch angestrebten Ambulantisierung, die grundsätzlich als zukunftsweisendes Konzept angesehen werden kann, wenn sie mit Sachverstand und Augenmaß umgesetzt wird.

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

Titel: Telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei akuten Infektionskrankheiten dauerhaft ermöglichen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Dr. Thomas Lipp, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Tilman Kaethner und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache Ic - 58) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, die telefonische Krankschreibung von bekannten Patientinnen und Patienten - aufgrund der Corona-Pandemie als zeitlich begrenzte Sonderregelung in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie verankert - bei akuten Infektionskrankheiten regelhaft zu ermöglichen.

Begründung:

Der G-BA hatte im Zuge der Corona-Pandemie u. a. in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie eine Sonderregelung geschaffen, wonach eine telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei Infekten der oberen Atemwege mit leichter Symptomatik für bis zu sieben Tage und bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit einmalig für einen weiteren Zeitraum von bis zu sieben Tagen möglich war. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mussten sich durch eine eingehende telefonische Befragung persönlich vom Zustand der Patientin oder des Patienten überzeugen. Diese Regelung wurde mehrfach verlängert und ist zum 31.03.2023 ausgelaufen. Die bisherige Erfahrung aus der Corona-Pandemie hat gezeigt, dass die Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung eine deutliche Entlastung in den Arztpraxen schafft und das Risiko weiterer Ansteckungen durch den Kontakt hochansteckender Personen – und dazu zählen alle akuten Infektionskrankheiten – in den Arztpraxen mit anderen Arztbesuchern und dem Praxispersonal reduziert werden kann.

Daher wird der G-BA aufgefordert, die als befristete Sonderregelung eingeführte Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung dauerhaft als Verfahren zur Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit in die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie aufzunehmen und für alle akuten Infektionskrankheiten auszuweiten.

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

Titel: AU-Bescheinigung wieder nach telefonischer Konsultation

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Jörg Böhme, Thomas Dörrer, Dr. Caroline Gerdes, Dr. Frank Lautenschläger, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch, Henrik Straub und Prof. Dr. Uwe Ebmeyer (Drucksache Ic - 18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert, dass die Konsultation zur Ausfertigung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wieder telefonisch erfolgen kann. Die Qualität ärztlicher Leistung ist dabei unabhängig von der Art der Konsultation stets sicherzustellen.

Begründung:

In der Corona-Pandemie haben sich die auf telefonischer Konsultation basierenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bewährt und führten zur direkten und merklichen Entlastung in den Arztpraxen. Mit der notwendigen Sorgfalt angewandt, bietet dieses Vorgehen auch zukünftig hohe Entlastungspotenziale für die Ärzteschaft. Die Entscheidungshoheit über die Art der einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zugrunde liegenden Konsultation soll bei den attestierenden Ärztinnen und Ärzten liegen.

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

Titel: Angemessene Vergütung für Ärztinnen und Ärzte in allen Bereichen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Susanne Johna, Anne Kandler, Frank Seibert-Alves, Dr. Lars Bodammer, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann und Dr. Sebastian Roy (Drucksache Ic - 30) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 spricht sich für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Tätigkeit aus. Angesichts der aktuell rasant steigenden Kosten fordert der 127. Deutsche Ärztetag die Arbeitgeber und Kostenträger auf, in allen Bereichen die ärztliche Tätigkeit, sei es in angestellter Tätigkeit in Klinik, Praxis und medizinischem Versorgungszentrum (MVZ) oder im öffentlichen Gesundheitswesen oder in selbständiger Tätigkeit in der Niederlassung, angemessen zu vergüten. Eine Fortschreibung von "Quasi Nullrunden" im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder die fehlende Anpassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind ebenso nicht akzeptabel, wie die Forderungen nach Reallohnverzicht in Kliniken und medizinischen Versorgungszentren. Ärztliche Versorgung bedeutet auch angemessene Vergütung der Ärztinnen und Ärzte.

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

Titel: Komplementäre fachärztliche Versorgung erhalten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Norbert Smetak, Dr. Ivo Grebe, Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Beate Krammer-Steiner und Dr. Klaus-Peter Spies (Drucksache Ic - 97) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 spricht sich entschieden gegen jegliche Bestrebungen des Bundesgesundheitsministers aus, die ambulante fachärztliche Versorgung zukünftig an die Krankenhäuser zu verlagern.

Begründung:

Die ambulante fachärztliche Versorgung ist das Rückgrat für eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Ambulantisierung ist fehlgeleitet, wenn sie dazu dient, das fachärztliche Leistungsangebot nur noch an stationäre Einrichtungen zu koppeln. Etablierte Versorgungsstrukturen werden damit ohne Not abgeschafft, ohne adäquaten Ersatz bereitzustellen.

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

Titel: Reformen im Gesundheitssystem zum Bürokratieabbau nutzen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Lydia Berendes, Dr. Kai Johanning, Dr. Christoph Janke, Dr. Karl Amann, Dr. Andreas Schießl, Dr. Alexander Schultze und Dr. Andreas Tröster (Drucksache Ic - 94) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesregierung auf, die geplanten Reformen zur stationären Versorgung und Vergütung, zur Notfallversorgung und zur Ambulantisierung zu nutzen, um die vergütungs- und leistungsrechtlichen Dokumentationsanforderungen und den damit verbundenen bürokratischen Aufwand im Rahmen ärztlicher Behandlungen zu reduzieren. Die Dokumentationspflichten sollen dabei auf medizinische und haftungsrechtliche Anforderungen fokussiert werden.

Begründung:

Neben den unabdingbaren medizinischen und haftungsrechtlichen Anforderungen an die Dokumentation ärztlicher Behandlungen bestehen eine Vielzahl von weiteren Dokumentationsanforderungen, die in eine Rechtfertigungsmedizin geführt haben. Einerseits ziehen diese Anforderungen einen erheblichen zeitlichen Mehraufwand nach sich, andererseits untergraben die Dokumentationspflichten und deren Überprüfungen die ärztliche Entscheidungskompetenz und damit die freiberufliche Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. Vor dem Hintergrund des sich immer mehr verschärfenden Fachkräftemangels muss diese überbordende Bürokratie dringend abgebaut werden, um das medizinische Personal primär in der unmittelbaren Patientenversorgung einzusetzen.

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

Titel: Aktuelle Reformvorhaben - Gesundheitsversorgung 2040 im Blick haben

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Katharina Thiede, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. und Julian Veelken (Drucksache Ic - 59) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert politisch Verantwortliche von Bund und Ländern sowie alle Organe der Selbstverwaltung dazu auf, mit der notwendigen Entschlossenheit und Dringlichkeit die längst überfälligen Reformbedarfe abzustimmen und umzusetzen. Vor allem mit Blick auf den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen, die negativen Folgen der Kommerzialisierung von Gesundheit, den demografischen Wandel und die gesundheitlichen Folgen der Klimakrise ist ohne große Anstrengungen die Gesundheitsversorgung auf dem bisher gekannten und weiterhin gewünschten Niveau mittelfristig nicht gesichert.

Der 127. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass es dringend nachhaltiger Strategien seitens der Politik, aber auch der Träger und Verantwortlichen der einzelnen Gesundheitseinrichtungen bedarf, damit diese ebenso wie das Gesundheitssystem als Ganzes strukturell widerstandsfähiger und krisenfester werden.

Angesichts bestehender Probleme und vor uns liegender Herausforderungen ist für Ärztinnen und Ärzte, andere Gesundheitsberufe und auch die Bevölkerung die weitsichtige Darstellung bestehender und künftiger Gesetzesvorhaben erforderlich. Dafür sind neben der konzeptionellen Abstimmung der verschiedenen Reformen unbedingt auch eine ausreichende Partizipation der Gesundheitsberufe selbst und der Bevölkerung sowie eine klare Kommunikation in die Bevölkerung notwendig.

Begründung:

Die negativen Folgen einer zunehmenden Kommerzialisierung, die anhaltende Überlastung der Angehörigen aller Gesundheitsberufe, die unzureichenden Investitionen in die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und auch die Corona-Pandemie haben die Substanz unseres Gesundheitswesens erheblich beschädigt. Gleichzeitig wird die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung durch den demografischen Wandel

absehbar größer. Hinzu kommen die wiederkehrenden Belastungen durch die gesundheitlichen Folgen der Klimakrise, wie z. B. Extremwetterereignisse, wachsende Vulnerabilitäten, eine Zunahme von Infektionskrankheiten oder auch erneute Pandemien.

Gegenwärtig stehen mit der Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung "Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung", der Vierten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung "Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland" sowie dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen "Resilienz im Gesundheitswesen" sehr umfangreiche Analysen zur Diskussion.

In den Stellungnahmen der Regierungskommission werden weitere zentrale Themen wie eine Stärkung von Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz, die unzureichenden Investitionen in die Infrastruktur des Gesundheitswesens, der Fachkräftemangel und der demografische Wandel, eine bessere intersektorale Versorgung und Reformbedarfe in der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie die unzureichende Digitalisierung des Gesundheitswesens benannt ohne sie weiter auszuführen. Es ist unbedingt notwendig, diese Themen nicht nur zusammenzuführen und aufeinander abzustimmen, sondern auch bei der Zielsetzung die Langfristigkeit der notwendigen Anpassungen und die damit verbundenen wachsenden Herausforderungen zu beachten.



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

Ärzte- und Fachkräftemangel

- Ic - 29 Zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung geht nur gemeinsam
- Ic - 40 Maßnahmen gegen Ärztemangel forcieren
- Ic - 77 Sicherstellung der Versorgung
- Ic - 76 Arztzeit für Patientinnen und Patienten - nicht für Bürokratie
- Ic - 81 Parallelstrukturen verschärfen den Personalmangel im Gesundheitswesen!
- Ic - 62 Einführungskurse in das Gesundheitswesen für Ärztinnen und Ärzte mit ausländischer
Approbation
- Ic - 32 Erhöhung der Zahl der Studienplätze Humanmedizin mit Bund-Länder-Finanzierung

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

Titel: Zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung geht nur gemeinsam

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Susanne Johna, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Anne Kandler, Dr. Matthias Fabian und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache Ic - 29) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Bundesgesetzgeber auf, dem Fachkräftemangel im Gesundheitssystem mit adäquaten Maßnahmen zu begegnen.

Angesichts des Fachkräftemangels wird es zunehmend schwieriger werden, die Versorgung der Bevölkerung in einer Gesellschaft des langen Lebens in den nächsten Jahren sicherzustellen. Schon heute fehlen in vielen Regionen und Versorgungsbereichen die notwendigen Fachkräfte. Immer weniger Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte und Medizinische Fachangestellte stehen durch das Ausscheiden der geburtenstarken Jahrgänge zur Verfügung. Auch die Zuwanderung von Fachkräften, insbesondere von Ärztinnen und Ärzten, für das deutsche Gesundheitswesen ist begrenzt, wenn im Heimatland keine Versorgungslücken entstehen sollen.

Darüber hinaus treibt die hohe Arbeitsintensität bei niedrigem Personalstand, verbunden mit der unzureichenden Vereinbarkeit von Familie und Beruf, gerade junge Ärztinnen und Ärzte sowohl im ambulanten als auch stationären Versorgungsbereich immer stärker in die Teilzeittätigkeit. Der Anteil beträgt mittlerweile rund 30 Prozent.

Der Abbau von stationären Kapazitäten wird nicht der Lösungsweg aus dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen sein. Auch die Ambulantisierung der Versorgung hat ihre Grenzen in den personellen Ressourcen. Versorgungsengpässe lassen sich nicht durch bloße Verschiebung der Kompetenzen lösen. Die Schere zwischen Versorgungsnotwendigkeiten und Versorgungsmöglichkeiten wird immer weiter auseinandergehen.

Erforderlich ist eine umfassende Fachkräftestrategie im Gesundheitswesen mit einer Erhöhung der Studien- und Ausbildungskapazitäten. Die von der Bundesregierung im Koalitionsvertrag versprochene Erhöhung der Medizinstudienplätze an staatlichen Medizinischen Fakultäten ist dringend umzusetzen.

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

Titel: Maßnahmen gegen Ärztemangel forcieren

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Dirk Altrichter, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Markus Beck, Dr. Andreas Tröster, Dr. Marlene Lessel, Dr. Guido Judex, Dr. Matthias Lammel, Wolfgang Gradel, Dr. Karl Breu, Dr. Otto Beifuss, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Melanie Kretschmar und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache Ic - 40) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert von den Landesärztekammern, der Bundesärztekammer (BÄK), den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), den haus- und fachärztlichen Interessenvertretungen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Maßnahmen zur zukünftigen Sicherstellung der ambulanten Versorgung hinsichtlich des prognostizierten, demographisch bedingten Ärztemangels dringend zu forcieren.

Entscheidend notwendige Reformen dürfen nicht länger aufgeschoben werden. Der seit langem ausgearbeitete "Masterplan Medizinstudium 2020" muss bundesweit umgesetzt werden, kluge Delegationskonzepte z. B. durch qualifiziertes Assistenzpersonal, eine praxistaugliche, rationelle Digitalisierung, Kooperationen z. B. in Form von Praxisnetzen sowie eine ausreichende Finanzierung müssen für den zukünftigen Erhalt der Versorgung durch die Vertragsärzteschaft realisiert werden. Analoges gilt für den stationären Bereich.

Begründung:

Bereits jetzt schon sind viele hundert Vertragsarztsitze im haus- wie auch im fachärztlichen Bereich unbesetzt. Der Ärztemangel im ambulanten und stationären Bereich nimmt immer gravierendere Formen an. Praxisnachfolger sind insbesondere in ländlichen Bereichen kaum mehr zu finden. Auch Klinikstellen sind zunehmend unbesetzt. Die Versorgung der weiterhin alternden Gesellschaft in Deutschland ist ernsthaft in Gefahr.

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

Titel: Sicherstellung der Versorgung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Jörg Fierlings, Christina Hillebrecht, Bettina Rakowitz, Dr. Martin Rothe und Dr. Johannes Grundmann (Drucksache Ic - 77) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Deutschlandweit zeigt sich ein Ärztemangel auch im ambulanten Bereich. Dieser ist nicht auf bestimmte "seltene Fachärzte und Fachärztinnen" oder abgelegene ländliche Regionen beschränkt, sondern hat längst die großstädtische Primärversorgung erreicht. Durch eine zunehmende Ambulantisierung stationärer Leistung, Schließung von Krankenhausbetten, die bestehende Altersstruktur der deutschen Ärzteschaft sowie zunehmende Teilzeitarbeit wird sich dies in den nächsten Jahren noch verstärken.

Die Gesellschaft ist aufgefordert, alternative Strategien zur Sicherstellung der Versorgung zu finden.

Dabei fordert der 127. Deutsche Ärztetag 2023 den Gesetzgeber, die Selbstverwaltung sowie die Kostenträger auf, dafür zu sorgen, alternative Versorgungskonzepte so zu gestalten, dass die bestehende Landschaft von inhabergeführten Arztpraxen nicht zu einem Auslaufmodell wird.

Begründung:

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen Primärversorgung sowie die Erreichbarkeit der fachärztlichen Versorgung müssen gewährleistet sein. Dabei kann der Einsatz von nichtärztlichen Gesundheitsberufen in der Primärversorgung, Zweigpraxen, finanzielle Förderung bei Niederlassung in unterversorgten Bezirken, vermehrte Nutzung von Telemedizin sowie auch kommunale medizinische Versorgungszentren (MVZ) eine Bereicherung der Versorgungslandschaft darstellen.

Diese Möglichkeiten dürfen nicht an überbordender Bürokratie oder fehlender Kostenübernahme scheitern. Erforderlich ist dabei, dass Projekte nicht nach Ablauf einer zeitlich begrenzten Projektfinanzierung geplant schließen müssen. Wichtig ist aber auch, dass durch alternative Finanzierungskonzepte keine Wettbewerbsverzerrung zu Lasten



inhabergeführter Praxen entsteht. Diese sind in der ambulanten Patientenversorgung nicht zu ersetzen.

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

Titel: Arztzeit für Patientinnen und Patienten - nicht für Bürokratie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Jörg Fierlings, Christina Hillebrecht, Bettina Rakowitz, Dr. Martin Rothe und Dr. Johannes Grundmann (Drucksache Ic - 76) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Ärztemangel ist keine zukünftige Bedrohung. Bereits jetzt fehlt es deutschlandweit an ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, um die bestehende Versorgung aufrecht zu erhalten.

Patientinnen und Patienten finden keine Hausärztin und keinen Hausarzt, Krankenhäuser schließen Betten oder reduzieren die Zahl elektiver Operationen. Eine Steigerung der Studienplatzzahlen ist allenfalls eine langfristige Lösung, die Kompensation über die Anwerbung ausländischer Ärztinnen und Ärzte ist nicht realistisch.

Kurzfristig können nur attraktivere Arbeitsbedingungen dazu führen, dass uns mehr Arztzeit zur Verfügung steht. Als ein schnell implementierbares, kostenneutrales Instrument fordert der 127. Deutsche Ärztetag 2023 einen weitestmöglichen Bürokratieabbau sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor.

Die vorhandene Arztzeit muss den Patientinnen und Patienten zugutekommen und nicht für Bürokratiemonster verschlissen werden.

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

Titel: Parallelstrukturen verschärfen den Personalmangel im Gesundheitswesen!

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Tilman Kaethner (Drucksache Ic - 81) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Bundesgesundheitsminister auf, bei der geplanten Krankenhaus- und Notfallreform zwingend eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte sowie des medizinischen Personals umzusetzen und nicht durch zusätzliche Parallelstrukturen den Mangel weiter zu verschärfen und die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gefährden.

Begründung:

Der Bundesminister für Gesundheit, Prof. Dr. Karl Lauterbach, hat - basierend auf den Vorschlägen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - ein Reformkonzept für die Notfallversorgung vorgelegt.

Dieses sieht vor, in die Notfallversorgung der Bevölkerung alle klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte miteinzubeziehen, mithin alle im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie die Vertragsärztinnen und -ärzte.

Hierfür empfiehlt die Regierungskommission nicht nur den Aufbau integrierter Leitstellen (ILS), sondern auch den Aufbau integrierter Notfallzentren (INZ) bzw. Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ).

Nach den Reformplänen müssen die ILS eine leistungsfähige, rund um die Uhr erreichbare allgemeinärztliche und kinderärztliche telemedizinische Beratung bzw. Videosprechstunde einrichten. Zudem sollen Videosprechstunden für spezialisierte Fächer (z. B. Gynäkologie, Augen- und HNO-Heilkunde) aufgebaut werden.

Ein INZ soll aus der Notaufnahme des Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis im oder direkt am Krankenhaus und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle ("Tresen") bestehen.

Die Ärztinnen und Ärzte der KV-Notdienstpraxen und des aufsuchenden KV-

Bereitschaftsdienstes sollen dabei über Facharztstitel für Innere Medizin, Chirurgie, Allgemeinmedizin oder Anästhesie oder über eine Weiterqualifikation in Notfallmedizin verfügen und die KV-Notdienstpraxen jederzeit mit mindestens einem Arzt oder einer Ärztin sowie einem bzw. einer medizinischen Fachangestellten oder Pflegefachperson besetzt sein, wobei insofern u. a. die schichtweise Besetzung aus dem Pool der im KV-Bereich tätigen medizinischen Fachangestellten angedacht ist.

Schließlich soll nach den Reformplänen der aufsuchende KV-Bereitschaftsdienst erhalten bleiben und zu einem flächendeckenden 24/7-Angebot ausgebaut werden, um auch immobile Patientinnen und Patienten mit akuten, aber nicht stationär behandlungsbedürftigen Krankheitsbildern zu versorgen und damit nicht erforderliche Transporte in ein INZ oder gar unnötige stationäre Aufnahmen zu vermeiden.

Diese Pläne führen nicht – wie vom Bundesgesundheitsminister angekündigt – zu einer schnelleren und effektiveren Notfallversorgung, sondern verstärken vielmehr massiv den Personalmangel in der gesundheitsmedizinischen Versorgung und gefährden den Fortbestand eben dieser. Es besteht bereits jetzt ein erheblicher Mangel an verfügbarer Arztzeit und ausreichendem qualifizierten Personal. Wie und vor allem durch wen die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geplanten zusätzlichen und erweiterten Strukturen sichergestellt werden sollen, bleibt für den Deutschen Ärztetag vollkommen unerklärlich.

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

Titel: Einführungskurse in das Gesundheitswesen für Ärztinnen und Ärzte mit ausländischer Approbation

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Lipp, Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Tilman Kaethner und Dr. Constantin Janzen (Drucksache Ic - 62) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Krankenhausverwaltungen auf, Ärztinnen und Ärzte mit einer außerhalb von Deutschland erworbenen Approbation, Fortbildungen zur Vermittlung von Grundkenntnissen über das hiesige komplexe Gesundheitswesen zu Integrationszwecken verpflichtend anzubieten.

Begründung:

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich durch eine im internationalen Vergleich hohe Komplexität mit multiplen Akteuren, Rechtskreisen und Anforderungen aus, die das Handeln der Ärzte und Ärztinnen über medizinische Fragen hinaus bestimmen. Die Vermittlung von Grundkenntnissen über das deutsche Gesundheitswesen ist fester Bestandteil des Medizinstudiums. Studierende, die ihre Approbation im Ausland erhalten haben, haben diese Grundkenntnisse jedoch nicht erworben. Für eine erfolgreiche Integration unserer ausländischen Kolleginnen und Kollegen in ihre ärztliche Tätigkeit in Deutschland erachten wir es als wesentlich, sie in einige dieser handlungsrelevanten Faktoren in Grundzügen einzuführen. Dazu zählen unter anderem: ärztliche Berufsordnung, Grundzüge des SGB V, Tarifverhandlungen an Kliniken, Vertragsärzteschaft/Bundesmantelvertrag, Umgang mit Schnittstellenproblemen ambulant-stationär, Krankenversicherungen, Haftungsrecht, Grundzüge des Abrechnungswesens.

Die Schulungen sollten im Rahmen von Fortbildungen durch die Krankenhausverwaltungen erfolgen. Im Sinne einer hohen Akzeptanz der Fortbildung sollte diese eine Dauer von acht Stunden nicht überschreiten. Auch sollte diese mindestens einmal im Kalenderjahr und möglichst an mehreren Fortbildungsstandorten angeboten werden.

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

Titel: Erhöhung der Zahl der Studienplätze Humanmedizin mit Bund-Länder-Finanzierung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Jörg Böhme, Thomas Dörrer, Dr. Caroline Gerdes, Dr. Frank Lautenschläger, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch, Henrik Straub und Prof. Dr. Uwe Ebmeyer (Drucksache Ic - 32) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 stellt die Forderung an den Bund und die Länder, die Anzahl der Studienplätze für Humanmedizin umgehend um 25 Prozent zu erhöhen. Diese Mehrung muss - entgegen der bisherigen Praxis der ausschließlichen Länderfinanzierung - in einer gemeinsamen Anstrengung von Bund und Ländern auskömmlich finanziert werden.

Begründung:

Es bedarf einer grundlegenden Reform der Kapazität an Studienplätzen in der Humanmedizin in Deutschland. In zahlreichen Landesärztekammern verringert sich aktuell der Anteil der berufstätigen Mitglieder Jahr um Jahr. Weiterhin steigt der Anteil der in Teilzeit tätigen Kolleginnen und Kollegen stetig. Damit nimmt die verfügbare Gesamtarbeitszeit der an der Patientenversorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in besorgniserregender Weise ab.

Der Ärztemangel beruht auf der Reduktion der Studienplätze seit 1992 - basierend auf der Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO). Im Jahr 1990 betrug die Zahl der Studienplätze in den alten Bundesländern 12.000. Statt 16.000 Plätzen, die sich nach der Wiedervereinigung aufgrund der hinzugekommenen medizinischen Fakultäten der östlichen Bundesländer ergeben hätte müssen, betrug das Angebot an Studienplätzen seit den 1990er Jahren ca. 10.000. Eine Korrektur dieses jahrelangen Mangels ist daher zeitnah geboten. Ohne politische Eingriffe wird die ärztliche Versorgung im gesamten Bundesgebiet zukünftig sonst nur noch mit massiven Einschränkungen abgesichert werden können.



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

Ärztliche Berufsausübung

- Ic - 101 Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten im
Bereitschaftsdienst
- Ic - 66 Strukturierung der Wiederzulassung zur Kinderbetreuung nach
medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen
- Ic - 63 Vereinfachung der Bescheinigung zur Pflege eines erkrankten Kindes
- Ic - 111 Supervisionsangebot verpflichtend einführen

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

Titel: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten im Bereitschaftsdienst

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Oliver Funken, Dr. Johann Ertl, Jens Wagenknecht, Dr. Walter Mildenerger, Dr. Stefan Semmler, Elke Cremer, Dr. Günter Meyer, Antje Meinecke, Dr. Susanne Bublitz, Bernd Zimmer, Dr. Arndt Berson und Dr. Ulf Zitterbart (Drucksache Ic - 101) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Abgeordneten des 127. Deutschen Ärztetages 2023 fordern den Gesetzgeber auf,

- a) eine gesetzliche Ausnahmeregelung analog den Regelungen für Notärztinnen und -ärzte gem. § 23c II SGB IV zu schaffen, wonach diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die nicht nach § 95 Abs. 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung) teilnehmen, sondern über eine Kooperationsvereinbarung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) am dortigen Bereitschaftsdienst teilnehmen (sogenannte Poolärztinnen und -ärzte), von der Sozialversicherungspflicht befreit sind, und
- b) eine gesetzliche Regelung analog § 2 Abs. 1 Nr. 13, Buchstabe d SGB VII zu schaffen, wonach die unter a) genannten Poolärztinnen und -ärzte gesetzlich unfallversichert sind.

Begründung:

Die Deutsche Rentenversicherung vertritt jüngst die Rechtsauffassung, dass Nicht-Vertragsärztinnen und -ärzte, die im Bereitschaftsdienst der KVen tätig sind, als abhängig beschäftigt eingestuft werden und damit der Sozialversicherungspflicht unterliegen.

Damit würden die sogenannten Poolärztinnen und -ärzte, die über eine Kooperationsvereinbarung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und einen großen Beitrag zur Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes leisten (50 Prozent) sozialversicherungspflichtig werden. Das bedeutet, dass diese neben ihren Leistungen zu Kranken- und Rentenversicherung sowie zum Versorgungswerk nochmals zusätzlich sozialversicherungspflichtig werden. Poolärztinnen und -ärzte in Rente müssten zudem Eigenanteile in die gesetzliche Rentenversicherung einzahlen. Um ein stabiles Honorar für die Poolärztinnen und -ärzte zu gewährleisten, müssten die KVen entsprechende

Honoraranpassungen vornehmen. Sie müssten zudem die sich aus der Feststellung einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ergebenden Ansprüche (z. B. Urlaubs- und Lohnfortzahlungsansprüche im Krankheitsfall) gegenüber den Poolärztinnen und -ärzten bedienen. Insgesamt führt das für die KVen zu einem erheblichen finanziellen und verwaltungstechnischen Mehraufwand.

Im Ergebnis wird dies zu einer geringeren Partizipation der Poolärztinnen und -ärzte am Bereitschaftsdienst führen, was im äußersten Fall einer Halbierung des Kontingents an Ärztinnen und Ärzten entspricht. Das hätte gravierende Folgen für die Patientinnen und Patienten: längere Wartezeiten, Chaos für die Patientensteuerung und eine deutliche Mehrbelastung für die Notfallambulanzen und die Rettungsdienste. Es steht damit zu befürchten, dass die flächendeckende und zentrale Struktur des Bereitschaftsdienstes im aktuellen Versorgungsumfang so nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Eine gesetzliche Änderung kann hier Abhilfe schaffen. Entsprechende Regelungen sind dem Gesetzgeber auch nicht unbekannt, hat er doch für die Tätigkeit der Notärztinnen und -ärzte Klarheit geschaffen (§ 23c II SGB IV). Eine analoge Regelung für Poolärztinnen und -ärzte ist sinnvoll.

Zudem sollten die Poolärztinnen und -ärzte analog der Regelung nach § 2 Abs. 1 Nr. 13, Buchstabe d SGB VII unfallversichert sein. Dies dient nicht nur dem Schutz der Ärztinnen und Ärzte, sondern steigert auch die Attraktivität des Dienstes.

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

Titel: Strukturierung der Wiederzulassung zur Kinderbetreuung nach medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Guido Judex, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Christine Dierkes, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Jan Döllein, Dr. Sophia Blankenhorn, Antje Meinecke, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Walter Mildemberger, Dr. Christiane Hummel, Dr. Mathias Wendeborn und Dr. Chara Gravou-Apostolatou (Drucksache Ic - 66) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die zuständigen Landesbehörden auf, dafür Sorge zu tragen, dass über den Ausschluss und die Wiederzulassung in Betreuungseinrichtungen aus infektiologischen Gründen, unabhängig von der Trägerschaft, auf Grundlage der RKI-Empfehlungen entschieden wird.

Begründung:

Bekanntermaßen haben Kinder im Rahmen der Pandemie ganz besonders unter den Kontaktbeschränkungen gelitten. Somit sollte klar sein, dass medizinisch unnötige Ausschlusszeiten aus der Kinderbetreuung nicht nur volkswirtschaftlich schädlich sind. Im gleichen Rahmen sollen die Regelungen zur Information und Aushang in den Betreuungseinrichtungen dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens angepasst werden.

- Regelmäßig wird die zunehmend knappe ärztliche Zeit in Anspruch genommen, um Kinder mit banalen Infekten, unspezifischen Hauterscheinungen oder Ähnliches bezüglich ihrer Infektiosität bzw. einer möglichen Gefährdung für andere Kinder zu beurteilen.
 - Dann wird zusätzlich verlangt, dass die Eltern - nach Abklingen von Symptomen - sich auch dieses ärztlich bescheinigen lassen.
 - Und selbst wenn es klare Regelungen zur Wiederzulassung gibt, stellen viele Kinderbetreuungseinrichtungen ihre eigenen Regeln dazu auf, an die die Eltern vertraglich gebunden werden.
 - Wenn Eltern der Arbeit aus medizinisch nicht notwendigen Gründen zur Betreuung des Kindes fernbleiben, stellt das die Ärzteschaft in der Bescheinigung vor ein klares
-

Dilemma.

- Der durch die daraus sich ergebenden unnötigen Fehlzeiten an der Arbeitsstelle entstehende volkswirtschaftliche Schaden ist enorm.
- Den Kindern wird unnötigerweise der für ihre gesunde Entwicklung notwendige Kontakt zu anderen Kindern beschnitten.
- Da die Betreuung kranker Kinder immer noch meist den Müttern obliegt, besteht hier des Weiteren ein Nachteil für Frauen am Arbeitsmarkt.

Somit ist durch die Erstellung klarer Regeln hierfür ein einfacher Weg gezeichnet, um ärztliche Ressourcen zu entlasten und Kindern die soziale Teilhabe zu ermöglichen. Damit können Eltern (insbesondere Mütter) ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen.

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

Titel: Vereinfachung der Bescheinigung zur Pflege eines erkrankten Kindes

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Guido Judex, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Stefan Semmler, Dr. Sophia Blankenhorn, Antje Meinecke, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Walter Mildenerberger, Dr. Christiane Hummel, Dr. Mathias Wendeborn und Dr. Chara Gravou-Apostolatou (Drucksache Ic - 63) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Es soll gesetzlich geregelt werden, dass Eltern im Rahmen der gesetzlich in § 45 SGB V festgelegten Grenzen, erst nach dem dritten Tage der Erkrankung des Kindes eine ärztliche Bescheinigung zum Bezug des Kinderkrankengeldes benötigen.

Begründung:

In Zeiten knapper ärztlicher und finanzieller Ressourcen sollten unnötige Arzt-Patienten-Kontakte vermieden werden. Eltern können oft sehr gut einschätzen, ob ihr Kind ärztliche Hilfen benötigen könnte oder lediglich einige Tage zur Rekonvaleszenz benötigt.

Somit ist der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt für die Bescheinigung zur Betreuung eines erkrankten Kindes in vielen Fällen medizinisch nicht notwendig und auch von den Eltern gar nicht erwünscht.

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

Titel: Supervisionsangebot verpflichtend einführen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Agnes Trasselli, Maylis Jungwirth, Prof. Dr. Dr. Christof Hofele, Dr. Christoph Janke, Benjamin Breckwoldt, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Susanna Colopi-Glage, Dr. Jürgen de Laporte, Daniela-Ursula Ibach, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Andreas Schießl, Dr. Regina Herzog und Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. (Drucksache Ic - 111) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, ein regelmäßiges, externes Supervisionsangebot für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Notaufnahmen, Intensiv-, Palliativ- und onkologischen Stationen einzuführen.

Begründung:

In den P-Fächern sind Supervisionen Bestandteil der Behandlungsroutine. Für ambulant tätige Palliativteams sind im Rahmen der GKV-Verträge Supervisionen ebenfalls vorgeschrieben.

Die Einführung einer verpflichtenden Supervision für die emotional und psychisch belasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den oben genannten Stationen kann zur Burnoutprävention im Sinne der Psychohygiene, zur frühzeitigen Klärung von Teamkonflikten und zum besseren Verständnis der Belastungssituation aller Mitarbeitenden beitragen.

Dies bewirkt, dass Ärztinnen, Ärzte, Pflegende, Therapeutinnen und Therapeuten und Mitarbeitende im Sozialdienst dauerhaft leistungsfähig in diesem kritischen Arbeitsumfeld tätig sein können, ihre Arbeit gerne machen und ein Gefühl der Selbstwirksamkeit erfahren. So wird der Flucht aus dem Beruf vorgebeugt und die Mitarbeitergesundheit/-zufriedenheit nachhaltig gefördert.



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

Arzneimittel / Medizinprodukte

- Ic - 07 Cannabisarzneimittel auf wissenschaftlicher Grundlage verordnen
- Ic - 12 Rechtliche Rahmenbedingungen des Dispensierrechts (Arzneimittel) anpassen
- Ic - 43 Umweltbelastung durch Arzneimittelrückstände und Röntgenkontrastmittel reduzieren
- Ic - 36 Nachweisführung von Verbleib und Bestand von Betäubungsmitteln

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

Titel: Cannabisarzneimittel auf wissenschaftlicher Grundlage verordnen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag des Vorstands (Drucksache Ic - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesregierung erneut dazu auf, ein Forschungsprogramm mit weiterführenden klinischen Studien zu möglicher Indikation, Anwendung und Nebenwirkung von Cannabisarzneimitteln aufzulegen.

Begründung:

Seit März 2017 haben gesetzlich Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine Versorgung mit Cannabisarzneimitteln (§ 31 Abs. 6 SGB V). Verordnungen von medizinischem Cannabis gehen für Patienten und Ärzte jedoch nach wie vor mit einer erhöhten Verunsicherung und einem hohen bürokratischen Aufwand einher.

Wenngleich die Ergebnisse der gesetzlich vorgeschriebenen nicht-interventionellen Begleiterhebung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Verschreibung und Anwendung von Cannabisarzneimitteln nunmehr vorliegen, besteht weiter ein erhebliches Forschungsdefizit zum medizinischen Nutzen von Cannabisarzneimitteln. Bereits der 122. Deutsche Ärztetag 2019 (Drs. Ib - 04) und der 125. Deutsche Ärztetag 2021 (Drs. I - 08) hatten aufgrund der unzureichenden Studienlage ein vom Bund gefördertes Forschungsprogramm gefordert.

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

Titel: Rechtliche Rahmenbedingungen des Dispensierrechts (Arzneimittel) anpassen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Pedram Emami, Dr. Silke Lüder, Dr. Kathrin Schawjinski, Dr. Alexander Schultze, Norbert Schütt, PD Dr. Birgit Wulff und Patrick Harmann (Drucksache Ic - 12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, den rechtlichen Rahmen dafür zu schaffen, dass Ärztinnen und Ärzte originalverpackte Medikamente vor Ende des Verwendbarkeitsdatums von Patientinnen und Patienten zurücknehmen dürfen, wenn diese Medikamente nicht mehr gebraucht oder nicht vertragen werden. Ärztinnen und Ärzte sollten die Berechtigung erhalten, diese unentgeltlich an andere Patientinnen und Patienten weitergeben zu können. So kann die Erprobung von Wirksamkeit, Verträglichkeit und Akzeptanz einer neu zu verordnenden Medikation ggf. klimaneutral erfolgen.

Begründung:

Der Gesundheitssektor ist für rund 5 bis 7 Prozent der deutschen CO₂-Emissionen verantwortlich – in der Hausarztpraxis geht ein großer Teil auf die Medikamentenverordnung zurück.

Trotz eines klugen Ordnungsverhaltens gibt es Medikamente, die von den Patientinnen und Patienten, denen sie verordnet wurden, nicht mehr verwendet werden. Aktuell ist es Ärztinnen und Ärzten auf Grund des Dispensierrechtes (§ 43 Abs. 3 Arzneimittelgesetz [AMG]) verboten, originalverpackte, haltbare Medikamente von Patientinnen und Patienten zurückzunehmen, auch wenn diese Medikamente nicht mehr gebraucht oder nicht vertragen werden. Stattdessen müssen diese Medikamente im Hausmüll entsorgt werden. Dieser Umgang mit Medikamenten bedeutet Verschwendung von Ressourcen und unnötige Müllproduktion. Dies ist angesichts der eskalierenden Klima- und Umweltkrise unverantwortlich. Ein weiteres Argument für eine Änderung der rechtlichen



Rahmenbedingungen ist die bestehende Medikamentenknappheit. Hierbei geht es um eine Rücknahmemöglichkeit und nicht um eine Rücknahmepflicht.

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

Titel: Umweltbelastung durch Arzneimittelrückstände und Röntgenkontrastmittel reduzieren

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Rudolf Henke, Bernd Zimmer, Dr. Regine Arnold, Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Dr. Arndt Berson, Prof. Dr. Bernd Bertram, Uwe Brock, Melissa Camara Romero, Elke Cremer, Wieland Dietrich, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Feras El-Hamid, Sebastian Exner, Dr. Oliver Funken, Dr. Ivo Grebe, Dr. Christiane Groß, M.A., Prof. Dr. Hansjörg Heep, Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, MBA, Dr. Hella Körner-Göbel, Michael Lachmund, Dr. Anja Mitrenga-Theusinger, M.Sc., Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Dr. Jonathan Sorge, Katharina Stoev, Steffen Veen, Barbara vom Stein, Dr. Joachim Wichmann, MBA und Eleonore Zergiebel (Drucksache Ic - 43) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Anwendung von Arzneimitteln führt weltweit zu einer zunehmenden Belastung der Umwelt. Insbesondere in Folge steigender Konzentrationen von Arzneimittelwirkstoffen und deren biologisch wirksamen Abbauprodukten in Gewässern und Böden kommt es zu weitreichenden unerwünschten Wirkungen auf Lebewesen. Die Entsorgung dieser biologisch wirksamen Substanzen über die Abwassersysteme ist in besonderem Maße problematisch.

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert eine übergreifende Initiative um Einträge von Arzneimittelwirkstoffen und deren biologisch wirksamen Abbauprodukten in die Umwelt zu reduzieren und Gewässer und Böden als Lebensraum und Trinkwasserressource zu schützen:

- Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird aufgefordert, diese Thematik in die neue Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) aufzunehmen.
- Die Landesärztekammern werden aufgefordert, diese Thematik in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung aufzugreifen.
- Die European Medicines Agency (EMA) wird aufgefordert, eine obligate Beschreibung von Umwelteinflüssen in den Fachinformationen von Arzneimitteln umzusetzen.
- Die Kommunen und Apotheken werden aufgefordert, regelmäßig Informationen über eine umweltgerechte Entsorgung von Arzneimitteln an Bürgerinnen und Bürger zu geben.
- Die Hersteller von jodierten Röntgenkontrastmitteln werden aufgefordert, Standards zur Sammlung des Urins nach Anwendung der Kontrastmittel zu etablieren.

- Das BMG wird aufgefordert, eine Rezeptpflicht von Schmerzmitteln mit topischer Darreichungsform zu prüfen, um diese besonders umweltbelastende Darreichungsform nur beim Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit zu ermöglichen.

Begründung:

Arzneimittelrückstände führen teilweise zu Schädigungen von Organsystemen bei definierten Tierspezies und dezimieren deren Populationen. Beispielsweise ist in Indien die Population der Geier durch die Aufnahme von Diclofenac stark reduziert. Dies hat durch die ökologischen Funktionen der Geier weitreichende Auswirkung auf das Ökosystem.

Andere Arzneimittel wie jodierte Röntgenkontrastmittel werden primär als biologisch inaktive Stoffe entwickelt. Trotzdem ist die Zunahme in Oberflächen-, Grund- und Trinkwasser beunruhigend, zumal bei der biologischen Abwasserbehandlung Transformationsprodukte entstehen, deren Eigenschaften und Toxizität bisher nicht ausreichend bewertet sind.

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

Titel: Nachweisführung von Verbleib und Bestand von Betäubungsmitteln

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Gerald Quitterer, Dr. Markus Beck, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Ila Schnabel, Dr. Stefan Semmler, Dr. Mathias Wendeborn, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Marlene Lessel, Dr. Otto Beifuss und Dr. Dirk Altrichter (Drucksache Ic - 36) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, die in § 13 Abs. 2 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) festgeschriebene Pflicht zur Nachweisführung so anzupassen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte weniger mit bürokratischen Anforderungen belastet werden. Die in § 13 Abs. 2 Satz 1 BtMVV verankerte Nachweispflicht verpflichtet die in § 1 Abs. 3 BtMVV genannten Einrichtungen, zum Nachweis des Verbleibs und des Bestandes der Betäubungsmittel unverzüglich nach Bestandsänderung für jedes Betäubungsmittel fortlaufende Aufzeichnungen zu führen. Der jeweils verantwortliche Arzt bzw. die verantwortliche Ärztin hat die Aufzeichnungen am Ende des Monats persönlich zu prüfen und durch Namenszeichen und Prüfdatum zu bestätigen.

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

Begründung:

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

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

Zwar besteht die Möglichkeit der Nachweisführung mittels elektronischer Datenübertragung sowie die Nachweisführung durch beauftragte Mitarbeiter des Arztes oder der Ärztin durchführen zu lassen, jedoch muss die Nachweisführung am Ende eines jeden Kalendermonats durch den Arzt oder die Ärztin geprüft und durch Unterschrift bestätigt werden.

Eine Entlastung von dieser bürokratischen Verpflichtung könnte durch oben genannte Änderung des § 13 Abs. 2 Satz 1 BtMVV erfolgen.



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

Ausbildung / Medizinstudium

- Ic - 35 Kein Stillstand an den Fakultäten: Moderne Lehrinhalte thematisieren
- Ic - 86 Rückschritte digitaler Lehre vermeiden: Partizipation und Familienvereinbarkeit stärken
- Ic - 85 Stärkere Beachtung der geschlechtsspezifischen Medizin
- Ic - 33 Rassismuskritische Lehre im Medizinstudium
- Ic - 93 Digitale Entwicklungen im Medizinstudium berücksichtigen
- Ic - 39 Zeitliche Belastung der Medizinstudierenden durch Pflegepraktika verringern
- Ic - 34 Gute PJ-Bedingungen: Sogkraft für Ärztinnen und Ärzte in Zeiten des Fachkräftemangels
- Ic - 55 PJ-Studierende als zukünftige Kolleginnen und Kollegen wertschätzen
- Ic - 11 Versicherungsschutz für die Personengruppe der studienbegleitend Promovierenden in der Medizin
- Ic - 100 Keine Verrechnung von sogenannten "Landarzt-Stipendien" und anderer Stipendien mit dem BAföG

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

Titel: Kein Stillstand an den Fakultäten: Moderne Lehrinhalte thematisieren

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Sven C. Dreyer, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Lars Bodammer, Dr. Steffen König, M.B.A., Hans-Martin Wollenberg, Anne Kandler und Dr. Christine Dierkes (Drucksache Ic - 35) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die medizinischen Fakultäten auf, auch vor Verabschiedung der reformierten Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) ihre Pflichtcurricula durch aktuelle Lehrinhalte zu ergänzen.

Die Reform der ÄApprO ist weiterhin nicht umgesetzt. Dies darf allerdings nicht dazu führen, dass die medizinischen Fakultäten ihre Curricula nicht modernisieren. Universitäre Lehre bedarf ständiger Weiterentwicklung. Inhalte der geschlechtersensiblen Medizin oder Planetary Health beispielsweise sind zu relevant, um auf freiwillige Wahlfachangebote ausgelagert zu werden. Die medizinischen Fakultäten sollen sich für regelmäßige Lehrevaluationen und -verbesserungen einsetzen.

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

Titel: Rückschritte digitaler Lehre vermeiden: Partizipation und Familienvereinbarkeit stärken

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Jonathan Sorge, Dr. Feras El-Hamid, Katharina Stoev, Dr. Christiane Groß, M.A., Prof. Dr. Hansjörg Heep, Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, MBA, Steffen Veen, Dr. Hella Körner-Göbel, Barbara vom Stein, Dr. Frank J. Reuther und Sylvia Ottmüller (Drucksache Ic - 86) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die medizinischen Fakultäten dazu auf, weiterhin digitale Lehrangebote zur Verfügung zu stellen. Insbesondere für Studierende mit Kindern oder auch mit chronischen Erkrankungen tragen diese als gute Ergänzung der Präsenzlehre zu einem deutlich reibungsloseren Studium bei.

Daher sollen weiterhin die Möglichkeiten ausgeschöpft werden, Vorlesungen auch digital bzw. hybrid abzuhalten und alle anderen Lehrformate digital zu ergänzen, so es in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) explizit ermöglicht wird.

Digitale Formate (On-Demand-Videos, interaktive Online-Kurse, Hybridveranstaltungen und ähnliche) tragen deutlich zur Modernisierung des Medizinstudiums bei, müssen aber auch regelmäßig aktualisiert werden. Dementsprechend sollten diese positiven Errungenschaften weiter ausgebaut oder zumindest fortgeführt werden. Rückschritte, wie etwa einen Abbau gut funktionierender digitaler Lehrformate, gilt es zu vermeiden.

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

Titel: Stärkere Beachtung der geschlechtsspezifischen Medizin

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Lipp, Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Tilman Kaethner und Dr. Constantin Janzen (Drucksache Ic - 85) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert eine stärkere Integration und einen geschärften Blick für geschlechtsspezifische Medizin. Geschlechterspezifische Aspekte müssen systematisch in der Aus-, Weiter- und Fortbildung Eingang finden.

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

Titel: Rassismuskritische Lehre im Medizinstudium

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Sven C. Dreyer, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Steffen König, M.B.A., Hans-Martin Wollenberg, Anne Kandler, Dr. Christine Dierkes und Dr. Sebastian Roy (Drucksache Ic - 33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die medizinischen Fakultäten auf, rassismuskritische Lehrinhalte in Form von Pflichtveranstaltungen im Medizinstudium zu unterrichten.

People of Colour (PoC) und Menschen mit Migrationsgeschichte erleben im Gesundheitswesen regelmäßig Diskriminierung. Bewusste und unbewusste Vorurteile führen zu einer relevant schlechteren Versorgung. Teilweise werden die Symptome von PoC und Menschen mit Migrationsgeschichte bagatellisiert und Besonderheiten in der medizinischen Versorgung sind häufig unbekannt. Gleichzeitig sind die Unterschiede bezüglich Symptompräsentation, Diagnostik und Therapie den Medizinstudierenden sowie Ärztinnen und Ärzten nicht in angemessenem Umfang bekannt. Dies führt zu einer Unter- und Fehlversorgung.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert daher, dass die medizinischen Fakultäten folgende Themen in ihr Curriculum aufnehmen:

1. Die Medizinstudierenden sollen lernen, wie sie diskriminierungsfrei mit und über PoC und Menschen mit Migrationsgeschichte kommunizieren.
 2. Die spezifischen Aspekte der Gesundheitsversorgung von PoC und Menschen mit Migrationsgeschichte müssen im Hinblick unter anderem auf die Symptompräsentation, Diagnostik und Therapie im Lehrplan abgebildet werden.
 3. Medizinstudierende sollen ihre eigenen Einstellungen und Haltungen gegenüber PoC und Menschen mit Migrationsgeschichte sowie mögliche bewusste und unbewusste Vorurteile kritisch hinterfragen und Strategien entwickeln, um diese abzubauen.
-

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

Titel: Digitale Entwicklungen im Medizinstudium berücksichtigen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Lipp, Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Tilman Kaethner und Dr. Constantin Janzen (Drucksache Ic - 93) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die medizinischen Fakultäten auf, die digitale Entwicklung stärker im Studium zu verankern und die Aufklärung über die Funktionsweise von Künstlicher Intelligenz (KI) und deren Anwendungsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung in der studentischen Ausbildung bereits jetzt einzubinden.

Begründung:

Fragen zum korrekten Umgang mit digitalen Technologien und KI werden für die künftigen Ärztinnen und Ärzte von wachsender Bedeutung sein, weshalb eine Verankerung digitaler Themen im Medizinstudium unumgänglich ist. Künstlich intelligente Chatbots wie ChatGPT und digitale Gesundheitsanwendungen bieten dem Gesundheitssystem einerseits neue Chancen, andererseits müssen die Gefahren von Fehldiagnosen und -anwendungen eingeschätzt werden können. Das Erlangen von Fachwissen und Expertise in diesen Bereichen im Medizinstudium sichert somit die Stellung der Ärztinnen und Ärzte im Gesundheitswesen und befähigt sie, den Wandel des Gesundheitswesens aktiv mitzugestalten. So können die Potenziale digitaler Technologien effektiv genutzt und zum Wohle der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden.

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

Titel: Zeitliche Belastung der Medizinstudierenden durch Pflegepraktika verringern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Anne Kandler, Dr. Matthias Fabian und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache Ic - 39) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert, das Pflegepraktikum für Medizinstudierende von drei auf zwei Monate zu verkürzen. Zusätzlich sollte ein Unterteilen der Abschnitte des Pflegedienstes in Teilabschnitte von zwei Wochen ermöglicht und dies auch gesetzlich verankert werden.

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

Titel: Gute PJ-Bedingungen: Sogkraft für Ärztinnen und Ärzte in Zeiten des Fachkräftemangels

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Sven C. Dreyer, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Steffen König, M.B.A., Hans-Martin Wollenberg und Anne Kandler (Drucksache Ic - 34) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Universitätskliniken und akademischen Lehreinrichtungen auf, die Ausbildung im Praktischen Jahr (PJ) zu verbessern.

Das PJ stellt den letzten Ausbildungsabschnitt des Medizinstudiums dar. Regelmäßig wird ein PJ-Platz auch als Orientierung für den Berufseinstieg gewählt. Positive Erfahrungen während des PJ führen häufig zu einer späteren Bewerbung. Im PJ-Barometer 2023 des Marburger Bundes werden als positive Erfahrungen die Vermittlung praktischer Fähigkeiten und Kenntnisse, eine zukunftsorientierte Lehre sowie Wertschätzung und eine ausreichende Aufwandsentschädigung im PJ genannt.

Die Antworten der PJ-Studierenden und jungen Ärztinnen und Ärzte zeigen allerdings auch, dass in vielen Lehreinrichtungen enormer Verbesserungsbedarf besteht: Viele PJ-Studierende werden nicht zu ausbildungsentsprechenden Tätigkeiten herangezogen, sondern als billige Arbeitskräfte für nicht primär ärztliche Aufgaben eingesetzt.

Sie erhalten keine oder nur geringfügige Aufwandsentschädigung. Ein Großteil von ihnen ist auf finanzielle Unterstützung der Familie angewiesen und rund ein Drittel muss neben Vollezeiteinsatz in der Klinik noch einem Nebenjob nachgehen.

Um sich vollumfänglich der eigenen Ausbildung widmen zu können, sollte Studierenden im PJ eine bundesweit einheitliche PJ-Aufwandsentschädigung mindestens in Höhe des Bundesausbildungsförderungsgesetz-Höchstsatzes gezahlt werden. Weiterhin gilt es, PJ-Studierenden ein strukturiertes Mentoring und eine praktisch angewandte Ausbildung zu bieten.

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

Titel: PJ-Studierende als zukünftige Kolleginnen und Kollegen wertschätzen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Sebastian Exner, Wolfgang Gradel, Bettina Rakowitz, Dr. Thomas Lipp, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Lothar Rütz und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache Ic - 55) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Klinikleitungen auf, Studierende im Praktischen Jahr (PJ) als zukünftige Mitglieder des ärztlichen Kollegiums wertzuschätzen und ihnen entsprechend Zugang zum Klinikinformationssystem einzuräumen, sie nicht mit pflegerischen, sondern mit ärztlichen Aufgaben zu betrauen, ihnen einen Spind und einen geeigneten Raum zum Umziehen zur Verfügung zu stellen - wie es generell für Ärztinnen und Ärzte auch der Fall sein sollte - und ihnen eine einheitliche angemessene Aufwandsentschädigung für ihren Einsatz zukommen zu lassen.

Begründung:

Das PJ soll angehende Medizinerinnen und Mediziner als letzter Schritt der medizinischen Ausbildung auf die ärztliche Verantwortung und ein entsprechendes Aufgabenspektrum vorbereiten. Damit dies gelingen kann, brauchen die Studierenden Zugriff auf die Ressourcen, die auch die Ärzteschaft nutzt. Sie müssen mit Respekt behandelt werden, dürfen zudem nicht als pflegerische Hilfskräfte gelten, durch die angemessene Anzahl und Ausgestaltung von Studientagen sollen sie ihre theoretische Ausbildung vorantreiben können und sie brauchen eine angemessene Aufwandsentschädigung.

Durch eine einheitliche PJ-Aufwandsentschädigung in Höhe des BAföG-Höchstsatzes kann sichergestellt werden, dass der Wettbewerb um die PJlerinnen und PJler über die Ausbildungsqualität und nicht über Finanzielles geführt wird und die nötige Wertschätzung vermittelt wird. Außerdem wird damit ein angemessenes Arbeitsumfeld für die Studierenden geschaffen, das ihren Bedürfnissen und der Relevanz ihrer Tätigkeit gerecht wird.

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

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

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Gerald Quitterer, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Michael Heckel, Dr. Stefan Semmler, Dr. Jörg Franke, Dr. Karl Breu, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Andreas Tröster, Dr. Ila Schnabel, Dr. Karl Amann, Dr. Mirko Barone und Dr. Melanie Kretschmar (Drucksache Ic - 11) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die medizinischen Fakultäten, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) und das die Fach- und Rechtsaufsicht ausübende Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) auf, sich mit dem Arbeitsschutz und der sozialen Sicherung der im Titel genannten Personengruppe bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheit zu beschäftigen und für eine klare rechtliche Regelung zu sorgen.

Insbesondere muss sichergestellt sein, dass die studienbegleitend Promovierenden der Humanmedizin bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit während der Medizinpromotion nicht jahrelang ohne Leistungen bleiben, wenn es zu Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung kommt.

Begründung:

Der 127. Deutsche Ärztetag hält Tätigkeiten von Doktorandinnen und Doktoranden der Humanmedizin, die studienbegleitend ohne entsprechenden Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung in dieser Zeit promovieren, für nicht verantwortlich. Er teilt nicht die von Versicherungsträgern vorgebrachte Einschätzung, dass Tätigkeiten im Rahmen der Medizinpromotion dem privaten Lebensbereich oder der beruflichen Weiterbildung zuzuordnen sind, für die der gesetzliche Unfallschutz während der Aus- und Fortbildung entfällt. Es sollte parallel geprüft werden, ob weitere Promovierende, z. B. Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten, in diesen Schutz mit aufgenommen werden müssen.

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

Titel: Keine Verrechnung von sogenannten "Landarzt-Stipendien" und anderer Stipendien mit dem BAföG

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dirk Paulukat, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Lars Bodammer, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Silke Engelbrecht, Dr. Wolf Andreas Fach, Anne Kandler, Dr. Silke Lüder, Dr. Heike Raestrup, Dr. Cornelius Weiß und Wieland Dietrich (Drucksache Ic - 100) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesregierung auf, das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) dahingehend zu ändern, dass besondere Stipendien zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung, wie die sogenannten "Landarztstipendien" und vergleichbare Stipendien, nicht mehr mit einem eventuell parallel gewährten BAföG der Studierenden verrechnet werden.

Begründung:

Unter anderem die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Brandenburg gewährt an Studentinnen und Studenten der Humanmedizin Stipendien zur Stärkung der landärztlichen Versorgung Brandenburgs. Hierfür müssen sich die Begünstigten der Stipendien verpflichten, nach dem Studium und der entsprechenden Facharztweiterbildung für eine Dauer von mindestens fünf Jahren in ländlichen Regionen Brandenburgs ärztlich tätig zu sein. Dem Kläger, der BAföG-Leistungen bezieht, wurde ein solches Stipendium in Höhe von 1.000 Euro monatlich bis zum Ende des Studiums der Humanmedizin gewährt. Das BAföG-Amt rechnete die Leistungen aus dem Stipendium in voller Höhe auf den BAföG-Anspruch an. Die hiergegen gerichtete Klage hatte vor dem Oberverwaltungsgericht, das in zweiter Instanz entschieden hat, keinen Erfolg.

Urteil vom 15.12.2022, OVG 6 B 8/22, Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg

Es ist zu erwarten, dass andere Oberverwaltungsgerichte (OVG) dieser Auslegung folgen werden. Das Instrument der Stipendien zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung ist nicht als Ersatzleistung an Stelle des BAföG vorgesehen und verfehlt seine Wirkung, wenn das BAföG dafür entfällt oder gemindert wird.



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

Berufsordnung / Berufsrecht

- Ic - 13 "Rasse"-Begriff im Text des Genfer Gelöbnisses streichen und bis dahin eine Fußnote
im deutschen Text einfügen
- Ic - 45 Rassebegriff im Genfer Gelöbnis
- Ic - 41 Ergänzung Absatz 1 § 17 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen
Ärztinnen und Ärzte
- Ic - 46 Achtung der Patientenrechte und Sorgfalt der Berufsausübung

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

Titel: "Rasse"-Begriff im Text des Genfer Gelöbnisses streichen und bis dahin eine Fußnote im deutschen Text einfügen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Pedram Emami, PD Dr. Birgit Wulff, Dr. Martin Eichenlaub, Patrick Harmann, Dr. Silke Lüder, Dr. Kathrin Schawjinski, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Alexander Schultze und Norbert Schütt (Drucksache Ic - 13) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Vertretung der Bundesärztekammer im Weltärztebund (WMA) auf, sich bei der nächsten Überarbeitung des Genfer Gelöbnisses für die Streichung des Begriffs "Rasse" einzusetzen. Bis dahin fordert der 127. Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer auf, der deutschen Übersetzung des Genfer Gelöbnisses eine erklärende Fußnote beizufügen, die der deutschen Geschichte und dem Missbrauch des Begriffs durch die deutsche Ärzteschaft im Dritten Reich gerecht wird.

Begründung:

Der Begriff "Rasse" wird im Genfer Gelöbnis im Kontext möglicher Diskriminierungsgründe aufgeführt, bedient aber zugleich ungewollt rassistische Denkmuster. Denn der Terminus basiert auf der Vorstellung, dass Menschen unterschiedlichen "Rassen" angehören. Die Verwendung ist somit widersprüchlich und darüber hinaus faktisch inkorrekt, da es keine biologische Begründung für die Einteilung in menschliche "Rassen" gibt und sollte aus diesem Grund aus dem Genfer Gelöbnis gestrichen werden, zumal in der darauffolgenden Aufzählung mögliche Diskriminierungsgründe korrekt benannt werden. Bis diese Streichung in der WMA konsentiert werden kann, soll in der deutschen Version eine Fußnote für eine Klarstellung sorgen. Diese könnte wie folgt lauten: "Der Begriff 'Rasse' wurde hier als wörtliche Übersetzung aus dem englischen Originaltext jedoch in der Absicht verwendet, rassistische Diskriminierung auszuschließen. Dieser ist nicht nur inhaltlich umstritten, sondern auch in Deutschland nicht zuletzt durch die missbräuchliche Verwendung durch die deutsche Ärzteschaft im Nationalsozialismus stark belastet."

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

Titel: Rassebegriff im Genfer Gelöbnis

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Paula Hezler-Rusch, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Sophia Blankenhorn, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Joachim Suder, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Christoph Ascheraden Freiherr von Schoultz, Dr. Christoph Janke, Prof. Dr. Michael Faist, Dr. Jörg Woll, Dr. Susanne Bublitz, Dr. Susanne Johna, Dr. Hildgund Berneburg, Christa Bartels, Dr. Heidemarie Lux, Agnes Trasselli, Dr. Christiane Groß, M.A., Maylis Jungwirth, Daniela-Ursula Ibach, Alina Sassenberg, Dr. Ina Martini, Katharina Weis und Prof. Dr. Dr. Christof Hofele (Drucksache Ic - 45) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den Gremien der Bundesärztekammer soll in die Wege geleitet werden, den Rassebegriff aus dem Genfer Gelöbnis zu streichen.

Begründung:

Der Rassebegriff ist insbesondere in Deutschland mit der Geschichte des Holocaust in einem ärztlichen Gelöbnis, das sich dem individuellen Schutz des Menschen verpflichtet, inakzeptabel. Dennoch wird weiterhin jedem Absolventen des Medizinstudiums diese Formulierung ohne eine kritische Hinterfragung anheim gelegt, oft gemeinsam gesprochen. Der Rassebegriff entbehrt jeglicher biologischer Grundlage.

Bereits beim 125. Deutschen Ärztetag 2021 war dieser Antrag gestellt, jedoch an den Vorstand überwiesen worden. Innerhalb des Vorstands hat man sich darauf verständigt, die Entwicklung beim Grundgesetz abzuwarten und sich dann entsprechend zu positionieren.

Die Ärzteschaft könnte an dieser Stelle durchaus und sollte auch aufgrund ihrer Beteiligung an den nationalsozialistischen Menschheitsverbrechen selbst initiativ werden und den Begriff aus der deutschen Fassung des Genfer Gelöbnisses streichen.

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

Titel: Ergänzung Absatz 1 § 17 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Jörg Böhme, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth und Henrik Straub (Drucksache Ic - 41) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den Gremien der Bundesärztekammer soll geprüft werden, § 17 Abs. 1 der (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) wie folgt zu ergänzen:

(1) [...] Ärztinnen und Ärzte, die in einer Praxis niedergelassen sind, können im Rahmen telemedizinischer/digitaler Leistungserbringungen ambulante ärztliche Tätigkeiten auch außerhalb der Praxisräumlichkeiten durchführen, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt wird.

Begründung:

Derzeit hindert die bisherige Auslegung von § 17 MBO-Ä niedergelassene Ärzte daran, Befundungs- und Behandlungsleistungen, die medizinisch sinnvoll auch außerhalb der Praxisräumlichkeiten erbringbar sind, auch jenseits dieser Räumlichkeiten zu erbringen. Um die Entwicklungen in anderen Berufen nachzuvollziehen und damit zugleich die Attraktivität (auch im Hinblick auf die Work-Life-Balance) der ärztlichen Berufsausübung zu wahren und daneben auch die Gendergerechtigkeit der Berufsausübung und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu stärken, ist eine Anpassung der (Muster-) Berufsordnung erforderlich. Damit setzt die Ärzteschaft zugleich ein Signal dafür, eine höhere Flexibilität in der ärztlichen Berufsausübung anzustreben.

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

Titel: Achtung der Patientenrechte und Sorgfalt der Berufsausübung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Paula Hezler-Rusch, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Hans-Otto Bürger, Agnes Trasselli, Dr. Joachim Suder, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Christoph Ascheraden Freiherr von Schoultz, Dr. Christoph Janke, Dr. Jörg Woll, Katharina Weis, Dr. Ina Martini, Dr. Susanne Johna, Daniela-Ursula Ibach, Maylis Jungwirth, Dr. Lydia Berendes, Dr. Regine Held, Dr. Christiane Groß, M.A., Alina Sassenberg, Dr. Anne Bunte, Dr. Susanna Colopi-Glage, Mariza Oliveira Galvao und Christa Bartels (Drucksache Ic - 46) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den Gremien der Bundesärztekammer soll die Aufnahme des nachfolgenden Passus hinsichtlich der Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten und einzuhaltenden Verhaltensgrundsätzen, wie sie bereits in der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen realisiert sind, in der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) vorbereitet werden:

"Ärztinnen und Ärzte dürfen im Umgang mit Patientinnen und Patienten sexuelle Kontakte weder aufnehmen noch dulden. Bei der psychotherapeutischen Behandlung ist in besonderem Maße das Abstinenzgebot zu achten."

Begründung:

Das besondere Verhältnis der Arzt-Patienten-Beziehung für Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen bedarf für die Behandlung von Patientinnen und Patienten eines ganz besonderen Schutzes und den expliziten Hinweis in der MBO-Ä darauf, dass die Patientenautonomie zu beachten, zu respektieren und zu schützen ist und Missbrauch, insbesondere ein sexueller Missbrauch, berufsrechtlich keine Nachsicht erfährt.

Die Ungleichheit der Rollen in Behandlungsbeziehungen sowohl in somatischen Fächern wie in der psychotherapeutischen Behandlung ist in hohem Maß mit dem Risiko der Idealisierung verbunden. Um daraus resultierende unerwünschte Folgen, insbesondere sexuelle Übergriffe, weitgehend zu vermeiden, bedarf es expliziter berufsrechtlicher Regelungen. Bereits explizite berufsrechtliche Regelungen können eine zusätzliche präventive Wirkung entfalten.



127. Deutscher Ärztetag

Essen, 16.05. - 19.05.2023

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

Bundesärztekammer / Deutscher Ärztetag

- Ic - 122 Deutscher Ärztetag: Weiterentwicklung seiner Geschäftsordnung
- Ic - 78 Vorschläge zur Bezeichnung der berufspolitischen Organisationen
- Ic - 88 Konsequenzen aus Beschlüssen des Ärztetags
- Ic - 113 Antragsprocedere optimieren
- Ic - 118 Abstimmungstool der Bundesärztekammer optimieren

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

Titel: Deutscher Ärztetag: Weiterentwicklung seiner Geschäftsordnung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Tilman Kaethner, Dr. Marion Charlotte Renneberg, Dr. Günter Meyer, Per Kistenbrügge, Dr. Gisbert Voigt, Uwe Lange, Dr. Wolfgang Lensing, Dr. Alexander Nowicki, Jens Wagenknecht, Dr. Thomas Buck, Dr. Constantin Janzen, Prof. Dr. Bernd Haubitz und Dr. Jürgen Tempel (Drucksache Ic - 122) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit den Vorständen und den Kammerversammlungen der Landesärztekammern, die Geschäftsordnung der Bundesärztekammer, insbesondere mit Blick auf die Antragsrechte der stimmberechtigten Abgeordneten, weiterzuentwickeln und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten und diese zur Beratung dem 128. Deutschen Ärztetag 2024 vorzustellen.

Begründung:

Geschäftsordnungsregeln sind wichtig. Sie geben einer parlamentarischen Debatte Struktur und damit die Möglichkeit, das Für und Wider zu einzelnen Sachthemen geordnet und zielführend zu erörtern, Vorschläge zu bewerten, ggf. zu ändern sowie zu beschließen. Beschlüsse des Deutschen Ärztetages haben beachtliche Bedeutung. Doch nicht die Anzahl der Anträge, sondern ihre Inhalte tragen maßgeblich dazu bei.

Eine gute und substantiierte Vorbereitung der Beratungen und Beschlüsse ist deshalb eine Selbstverständlichkeit, um Demokratie nicht nur zu leben, sondern um den demokratischen Prozess mit klugen Beschlüssen zu krönen. Dazu tragen nur gute Vorbereitungen vor Beginn und gute Beratungen während des Deutschen Ärztetages bei.

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

Titel: Vorschläge zur Bezeichnung der berufspolitischen Organisationen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Matthias Marschner, Dr. Helene Michler, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Pierre Frevert, Melissa Camara Romero, Dr. Irmgard Pfaffinger und Dr. Susanne von der Heydt (Drucksache Ic - 78) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, zum nächsten Ärztetag mindestens drei Vorschläge für eine gendersensible Bezeichnung der berufspolitischen Organisationen (Ärzttekammern) und ihrer Hauptversammlung (Ärztetag) zu erarbeiten, über die dann abgestimmt wird. Dabei sollen Vorschläge von allen Ärztekammern eingebracht werden können und berücksichtigt werden.

Begründung:

Die Abgeordneten des 126. Deutschen Ärztetages 2022 forderten den Vorstand mit 103 zu 66 Stimmen auf, "die Voraussetzungen für gendersensible Bezeichnungen der berufspolitischen Organisationen (Ärzttekammern) sowie ihrer Hauptversammlung (Ärztetag) zu schaffen" (DÄT-Drs. Ic - 48).

Der Vorstand sieht nun aufgrund eines nicht veröffentlichten Gutachtens von einer Änderung der Eigennamen ab und "stellt fest, dass die Thematik derzeit auch gesellschaftlich, politisch und juristisch noch unterschiedlich beurteilt wird" und "will die angesprochenen Fragen zu einem späteren Zeitpunkt ggf. erneut aufgreifen".

Damit wird die Forderung des 126. Deutschen Ärztetages 2022 und somit die Positionierung der Abgeordneten als Repräsentierende der Ärztinnen- und Ärzteschaft in diesem gesellschaftlichen Diskurs untergraben.

Nach ausführlicher Diskussion hat der 126. Deutsche Ärztetag 2022 eine Position erarbeitet, die vom Vorstand nun wenigstens mit einjähriger Verspätung umgesetzt werden muss, um durch die Positionierung zur Umbenennung der Ärztinnen- und Ärzteschaft ein politisches gesellschaftliches Signal zu setzen.

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

Titel: Konsequenzen aus Beschlüssen des Ärztetags

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Helene Michler, Matthias Marschner, Julian Veelken, Dr. Irmgard Pfaffinger und Dr. Christof Stork (Drucksache Ic - 88) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, Beschlüsse des Deutschen Ärztetages, die den Regelungs- und Wirkungsbereich der Bundesärztekammer betreffen, mit all ihren Inhalten umzusetzen. Wenn Inhalte aus besonderen Gründen nach Vorstandsberatung nicht umsetzbar sind, sollen die Gründe dafür im Beratungsergebnis ausführlich dargelegt werden.

Begründung:

In den Beratungsergebnissen des Vorstandes zu den Beschlüssen vergangener Deutscher Ärztetage zeigt sich, dass demokratische Beschlüsse des Plenums des Deutschen Ärztetages im Nachhinein teilweise nicht umgesetzt wurden.

So wurde 2021 folgender Antragstext beschlossen:

"Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 [...] fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, bei den Landesärztekammern auf die Etablierung von Antidiskriminierungsstellen [...] hinzuwirken." (125. Deutscher Ärztetag 2021, DÄT-Drs. I - 47).

Im Beratungsergebnis des Vorstands über diesen Antrag heißt es dann: "gemeinsames Verständnis darüber, dass keine Anlaufstellen bei den Ärztekammern eingerichtet werden sollen".

2022 forderte der Deutsche Ärztetag: "Gendersensible Formulierungen sollen in Anträgen zum Ärztetag beibehalten und nicht wie bisher unter Verwendung binärer oder maskuliner Begriffe umformuliert werden." (126. Deutscher Ärztetag, DÄT-Drs. Ic - 46).

Im Beratungsprotokoll berichtet der Vorstand, dass dieser "von grundlegenden Änderungen des internen Leitfadens zur gendersensiblen Sprache, nach dem sich auch die



Verwendung gendersensibler Sprache in den Anträgen zum Deutschen Ärztetag richtet,"
absieht.

Wenn der Vorstand Inhalte von Beschlüssen ablehnt, schwächt dies die demokratische
Funktion des Ärztetages als Parlament der Ärztinnen und Ärzte.

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

Titel: Antragsprocedere optimieren

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Katharina Thiede, Dr. Helene Michler, Julian Veelken und Matthias Marschner (Drucksache Ic - 113) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, zum 128. Deutschen Ärztetag 2024 die Nutzung des Abgeordnetenportals dahingehend zu ändern und ggf. notwendige Geschäftsordnungsanpassungen vorzubereiten, dass:

- Anträge 14 Tage vor Eröffnung des Deutschen Ärztetages eingereicht werden können und diese Anträge auch fortlaufend veröffentlicht werden.
- Anträge im Abgeordnetenportal nach Veröffentlichungsdatum gefiltert werden können.
- aus Nutzersicht ungelesene Anträge hervorgehoben dargestellt werden.

Begründung:

Für die politische Positionierung des Deutschen Ärztetages und kooperatives Arbeiten verschiedener Kammern und Verbände ist die Antragstellung aus den Debatten des Deutschen Ärztetages heraus ein wichtiges Gut.

Gleichzeitig müssen Abläufe entwickelt werden, die eine bessere Übersicht, Kenntnis und Bearbeitung der Anträge erlauben. Mit einer früheren Veröffentlichungsmöglichkeit wird die Bearbeitung durch die Geschäftsstelle der Bundesärztekammer entzerrt und gleichzeitig können Abgeordnete sich frühzeitiger informieren, Änderungen qualifiziert vorbereiten und ggf. auch doppelte Anträge vermeiden, ohne die demokratischen Prozesse und die politische Positionierung des Deutschen Ärztetages zu schwächen.

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

Titel: Abstimmungstool der Bundesärztekammer optimieren

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Matthias Marschner, Dr. Helene Michler, Julian Veelken und Dr. Katharina Thiede (Drucksache Ic - 118) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 beauftragt die Geschäftsführung der Bundesärztekammer, das Online-Abgeordnetenportal zum 128. Deutschen Ärztetag 2024 so zu verändern, dass das Abstimmungstool in der Handhabung vereinfacht und fehlerarm in der Anwendung ist. Hierzu gehört z. B. eine prägnant am oberen Bildschirmrand fixierte Abstimmungsleiste, die jederzeit von den verschiedenen Teilen der Webseite zu sehen ist. Die Einführung einer Bestätigungsfunktion bei den Feldern für Vorstandsüberweisung, Nichtbefassung und Gegenrede, um "Fehlklicks" zu vermeiden (Nachfrage, ob das jeweilige Feld wirklich bestätigt werden soll).

Begründung:

Am Beginn des 127. Deutschen Ärztetages kam es zu einer deutlichen Verzögerung, da das Abstimmungsportal nicht selbsterklärend für alle Abgeordneten ist: Sofort nach Bestätigung der Abstimmung werden die entsprechenden Knöpfe für Geschäftsführungsantrag und Gegenrede angezeigt, statt die Möglichkeit, seine Stimme abzugeben. Diese Tatsache führte am 127. Deutschen Ärztetag zu einer Irritation, die das weitere Prozedere an dem Ärztetag deutlich verzögerte. Das Suchen nach dem Abstimmungsfeld auf der Internetseite führt zu Verzögerungen bei der Abstimmung.



127. Deutscher Ärztetag

Essen, 16.05. - 19.05.2023

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

EU-Themen

Ic - 54 Mutterschaftsleistungen für Selbstständige - Richtlinie des europäischen Parlaments
umsetzen

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

Titel: Mutterschaftsleistungen für Selbstständige - Richtlinie des europäischen Parlaments umsetzen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Adelheid Rauch, Miriam Vosloo, Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Dr. Thomas Lipp, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Ulrich Tappe und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache Ic - 54) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesregierung auf, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um in Selbstständigkeit tätige Frauen – d. h. auch niedergelassene und in anderen Tätigkeitsfeldern selbstständige Ärztinnen – durch Mutterschaftsleistungen finanziell abzusichern. Die Bundesregierung wird damit aufgefordert, ihrer Pflicht zur Umsetzung der Richtlinie 2010/41/EU des Europäischen Parlaments nachzukommen. Mutterschaftsleistungen für Selbstständige müssen es demnach ermöglichen, dass eine Unterbrechung der Erwerbstätigkeit wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft während mindestens 14 Wochen finanziell abgesichert werden kann.

Begründung:

Bereits 2010 wurde die oben genannte EU-Richtlinie verabschiedet, die die Mitgliedstaaten verpflichtet, gleichwertige Mutterschaftsleistungen für selbstständige und angestellte Frauen zu gewähren. Der zunehmende Ärzte- und Fachkräftemangel ist Grund genug, eine von der Gesellschaft getragene Lösung für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch für niedergelassene Ärztinnen und alle selbstständigen Frauen in Deutschland zu finden.



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

Forschungsdaten

- Ic - 44 Jede klinische Studie ist in einer öffentlich zugänglichen Datenbank vor der
Rekrutierung zu registrieren und deren Ergebnis zu veröffentlichen
- Ic - 37 Studiendaten müssen transparent sein

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

Titel: Jede klinische Studie ist in einer öffentlich zugänglichen Datenbank vor der Rekrutierung zu registrieren und deren Ergebnis zu veröffentlichen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Rudolf Henke, Bernd Zimmer, Dr. Regine Arnold, Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Dr. Arndt Berson, Prof. Dr. Bernd Bertram, Uwe Brock, Melissa Camara Romero, Elke Cremer, Wieland Dietrich, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Feras El-Hamid, Sebastian Exner, Dr. Oliver Funken, Dr. Ivo Grebe, Dr. Christiane Groß, M.A., Prof. Dr. Hansjörg Heep, Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, MBA, Dr. Hella Körner-Göbel, Michael Lachmund, Dr. Anja Mitrenga-Theusinger, M.Sc., Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Dr. Jonathan Sorge, Katharina Stoev, Steffen Veen, Barbara vom Stein, Dr. Joachim Wichmann, MBA und Eleonore Zergiebel (Drucksache Ic - 44) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber in Bund und Ländern auf, die rechtlichen Grundlagen dafür zu schaffen, dass eine gesetzliche Veröffentlichungs- und Registrierungsverpflichtung auch für alle medizinischen Forschungsprojekte am Menschen besteht, die dieser bisher nicht unterliegen. Dies gilt insbesondere für klinische Studien, die nicht unter die Regelung für klinische Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten fallen.

Begründung:

Akademische klinische Forscherinnen und Forscher stehen in der Kritik, Studienergebnisse nicht oder zumindest im Rahmen von Dissertationsschriften nicht zeitnah öffentlich verfügbar zu machen und damit zur Verzerrung der Evidenzlage beizutragen.

Die Veröffentlichung der Ergebnisse klinischer Studien ist ein wissenschaftliches und ethisches Gebot, wozu Organisationen wie die World Medical Association und die World Health Organisation aufrufen.

Die von den Ethik-Kommissionen und ärztlichen Fachverbänden international anerkannte Deklaration von Helsinki fordert:

- Jedes Forschungsvorhaben, an dem Versuchspersonen beteiligt sind, ist vor der Rekrutierung der ersten Versuchsperson in einer öffentlich zugänglichen Datenbank zu registrieren.
- Forscher sind verpflichtet, die Ergebnisse ihrer Forschung am Menschen öffentlich verfügbar zu machen, und sind im Hinblick auf die Vollständigkeit und Richtigkeit ihrer Berichte rechenschaftspflichtig.
- Negative und nicht schlüssige Ergebnisse müssen ebenso wie positive veröffentlicht oder in anderer Form öffentlich verfügbar gemacht werden.

Bei der Beratung sonstiger medizinischer Forschungsvorhaben nach der Berufsordnung der Ärztinnen und Ärzte haben Ethik-Kommissionen die Grundsätze der Deklaration von Helsinki zu beachten. Mangels einer gesetzlichen Regelung können Ethik-Kommissionen die Beachtung dieser internationalen Forderungen fordern, ihre Umsetzung allerdings nicht durchsetzen.

Klinische Studien werden veröffentlicht in:

- wissenschaftlichen Fachzeitschriften (nach Begutachtung unabhängiger Experten/Peer Review)
- öffentlich zugänglichen Studienregistern (ohne unabhängiges Peer Review)
 - Deutsches Register klinischer Studien (DRKS) (drks.de)
 - ClinicalTrials (clinicaltrials.gov)
 - EU Clinical Trial Register (clinicaltrialsregister.eu)
 - PharmNet.Bund (pharmnet-bund.de)

Es gibt bereits gesetzliche Verpflichtungen zur Veröffentlichung von Studienergebnissen:

- Klinische Prüfungen mit Arzneimitteln (seit 2004 AMG, GCP-V), Abgabe eines Ergebnisberichtes nach einem Jahr durch den Sponsor, Veröffentlichung im PharmNet.Bund-Portal durch die zuständige Behörde
- Europäische Leitlinie - seit Juni 2014 EudraCT-Datenbank (EUCTR) – Sponsoren können klinische Studien direkt in die Datenbank eingeben (Problem: Leitlinien haben keine unmittelbare, rechtlich bindende Wirkung)
- Klinische Prüfungen mit Arzneimitteln - Übermittlung von Studienergebnissen über das EU-Portal (CTIS, Art. 37 EU-VO 536/2014, seit 31.01.2022)
- Pflicht zur Übermittlung der Ergebnisse klinischer Medizinproduktstudien (seit Mai 2021)

Es gibt jedoch keine gesetzliche Verpflichtung zur Veröffentlichung von Studienergebnissen von sonstigen medizinischen Forschungsvorhaben.

Klinische Studien, die von Universitäten durchgeführt werden, werden in Deutschland in der Regel mit öffentlichen Geldern finanziert. Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, dass bei einer Teilnahme an einer klinischen Studie die Ergebnisse schnell veröffentlicht werden. Ebenso sollten die deutschen Steuerzahler darauf vertrauen



können, dass öffentlich finanzierte medizinische Forschung der Allgemeinheit auch tatsächlich durch Veröffentlichung der Studienergebnisse zugutekommt.

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

Titel: Studiendaten müssen transparent sein

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Sylvia Ottmüller, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Dr. Sebastian Roy, Dr. Ina Martini und Dr. Christine Dierkes (Drucksache Ic - 37) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Ergebnisse klinischer Studien müssen unabhängig vom Ergebnis komplett in akkreditierten Datenbanken auf europäischer und deutscher Ebene frei zugänglich sein und zeitgerecht veröffentlicht werden.

Auch wenn eine Studie abgebrochen wurde, müssen die Gründe dafür publiziert werden. Jede Erkenntnis aus klinischen Studien kann veränderte Behandlungskonzepte nach sich ziehen und bisherige Gewissheiten in Frage stellen. Wissenschaftliche Studien dienen dem Ziel, die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung zu verbessern. Da es sich meist um öffentlich geförderte Forschung handelt, sollten die zuständigen staatlichen Institutionen darauf bedacht sein, dass das Publikationsgebot auch tatsächlich eingehalten wird. Bei Verstößen dürfen auch finanzielle Sanktionen kein Tabu mehr sein.



127. Deutscher Ärztetag

Essen, 16.05. - 19.05.2023

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

Fortbildung

- Ic - 109 Fortbildungsangebot der Kammern zur Förderung der digitalen Kompetenz
- Ic - 106 Ressourcenschonende und klimafreundliche Durchführung von
Fortbildungsveranstaltungen

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

Titel: Fortbildungsangebot der Kammern zur Förderung der digitalen Kompetenz

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Wolfgang Miller, Erik Bodendieck und Dr. Jürgen de Laporte (Drucksache Ic - 109) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Landesärztekammern auf, vermehrt Fortbildungsangebote zu Themen der Digitalisierung im Gesundheitswesen anzubieten. Das Fortbildungsangebot kann je nach Bedarf unterschiedliche Formate aufweisen, also sowohl Online- als auch Präsenzanteile:

- Kompetenz in der Nutzung und Bewertung digitaler Prozessunterstützungslösungen (Hardware, Software, Digitale Gesundheitsanwendung),
- Kompetenz und Verständnis der Regularien, des Datenschutzes und deren Anwendung,
- Kompetenz im Bereich der digitalen Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen, sowie mit Patientinnen und Patienten,
- Kompetenz im Umgang und in der Nutzung von Wissensplattformen, Vermittlung von Leitlinien zur Einschätzung der Quellenqualität,
- Kompetenz in der Einbindung von digitalen Patienteninformationen, digitaler Diagnostik und Entscheidungshilfen sowie digitalen Interaktionsformaten im Behandlungsprozess (Clinical Decision Support Systeme, Digitale Gesundheitsanwendung, Telemonitoring, etc.),
- Ethische Grundsätze der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Begründung:

Die Digitalisierung wird die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten entscheidend verändern. Gänzlich neue Versorgungspfade werden sich entwickeln. Der Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) wird weiter zunehmen. Um diese Herausforderung zu bewältigen ist es erforderlich, die digitale Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten und im stationären Versorgungskontext zu fördern. Der notwendige Kompetenzerwerb verlangt hierbei eine grundlegende und aktive Auseinandersetzung mit den Kernthemen der digitalen Transformation sowie den dafür notwendigen Fertigkeiten.

Im Rahmen dieser digitalen Transformation nehmen Ärztinnen und Ärzte, Medizinische Fachangestellte (MFA) und Pflegekräfte sowohl die Rolle von kritischen Mediatoren als auch von Multiplikatoren ein. Deshalb müssen diese Berufsgruppen im besonderen Maße befähigt werden, digitale Kompetenzen zu erwerben und weiterzugeben und somit als Multiplikatoren agieren zu können.

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

Titel: Ressourcenschonende und klimafreundliche Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Anne Schluck, Dr. Svante Gehring, Annett Schmidt, Dr. Thomas Schang und Dr. Sabine Reinhold (Drucksache Ic - 106) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Ergänzung der (Muster-)Fortbildungsordnung (MFO) um den Bereich ressourcenschonende und klimafreundliche Durchführung von Veranstaltungen.

Begründung:

Zur Transformation zu einem klimaneutralen Gesundheitssystem gehört auch die Veränderung der Gestaltung von Fortbildungsveranstaltungen. Deshalb muss bei der Bewertung und Punktevergabe für Fortbildungsveranstaltungen der Fokus zusätzlich zum Inhalt auch auf einer klimaschonenden Durchführung liegen.



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

Geflüchtete / Asylbewerber

Ic - 99 Medizinische Gleichbehandlung Geflüchteter

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

Titel: Medizinische Gleichbehandlung Geflüchteter

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Matthias Marschner, Julian Veelken, Dr. Christof Stork, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Helene Michler und Dr. Joachim Suder (Drucksache Ic - 99) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die medizinische Gleichbehandlung aller Geflüchteten unabhängig von deren Herkunftsländern. Wie die Geflüchteten aus der Ukraine sollen Geflüchtete aus anderen Herkunftsländern rasch mit einem vollständigen Krankenversicherungsschutz ausgestattet werden.

Begründung:

Ukrainische Geflüchtete erhalten unmittelbar nach Ankunft und Registrierung in Deutschland einen umfassenden Krankenversicherungsschutz, die Geflüchteten aus anderen Ländern in vielen Bundesländern erst nach 18 Monaten bzw. nach Erlangung eines sicheren Aufenthaltsstatus.

Neben offensichtlichen medizinischen Erwägungen erfordert auch der Grundsatz der menschenrechtlichen Gleichbehandlung die Ausweitung dieser Regelungen auf alle Geflüchteten unabhängig von deren Herkunftsländern.



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

Gewalt gegen Gesundheitsberufe

- Ic - 21 Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte weiterhin wissenschaftlich aufarbeiten und
Nachsorgeangebote sowie Maßnahmen zur Gewaltprävention ausbauen
- Ic - 24 Hilfe bei gewaltsamen Übergriffen auf Ärztinnen und Ärzte
- Ic - 10 Arztbewertungsportale

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

Titel: Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte weiterhin wissenschaftlich aufarbeiten und Nachsorgeangebote sowie Maßnahmen zur Gewaltprävention ausbauen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Dr. Christof Hofele, Dr. Susanna Colopi-Glage, Markus Haist, Dr. Paula Hezler-Rusch und Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. (Drucksache Ic - 21) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Gewalt gegen Ärztinnen, Ärzte und medizinisches Personal stellt nach wie vor ein akutes Problem dar. Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert deshalb, dass sich die Gremien der Ärzteschaft weiterhin intensiv mit diesem Thema befassen und insbesondere auch eine wissenschaftliche Aufarbeitung stattfindet. Darüber hinaus muss der weitere Ausbau sowohl von leicht zugänglichen Nachsorgeangeboten im direkten Arbeitsumfeld als auch von Maßnahmen zur Gewaltprävention erfolgen.

Begründung:

Der Deutsche Ärztetag hat sich bereits in der Vergangenheit regelmäßig mit dem Thema Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte befasst. Gerade im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie konnte auch im Gesundheitswesen eine zunehmende Aggressivität gegenüber der Ärzteschaft beobachtet werden. In einer Studie des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Heidelberg in Zusammenarbeit mit der Bezirksärztekammer Nordbaden sowie mit Unterstützung der Landesärztekammer und Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg wurden hierzu über 1.800 Fragebogen ausgewertet, wobei die überwiegende Anzahl der Teilnehmenden in Baden-Württemberg (85,7 %) sowie in Nordrhein-Westfalen (6,2 %) ansässig war.

Dabei wird unter anderem auch ein nach wie vor hoher Bedarf an Nachsorge- und Präventionsmaßnahmen erkennbar.

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

Titel: Hilfe bei gewaltsamen Übergriffen auf Ärztinnen und Ärzte

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Andreas Schießl, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Karl Breu, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Hans-Albert Gehle, Sylvia Ottmüller, Dr. Sonja Schniewindt, Dr. Jörg Franke, Dr. Lydia Berendes, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Andreas Tröster, Dr. Chara Gravou-Apostolatou, Dr. Matthias Lammel, Dr. Christine Dierkes und Dr. Kai Johanning (Drucksache Ic - 24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, auf die zuständigen Berufsgenossenschaften der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) (z. B. BGW, Unfallkassen) zuzugehen und dafür Sorge zu tragen, dass bei gewaltsamen Übergriffen auf Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte neben der Beschreibung und Diagnose der somatischen Verletzung auch immer die psychische Verletzung gewürdigt und dokumentiert wird (Unfallmeldung Psych). Dies soll in der Qualifikation zum D-Arzt als Kompetenz und Lernziel aufgenommen werden, sowie in den alle fünf Jahre stattfindenden Schulungen der DGUV zur Aufrechterhaltung der D-Arzt-Kompetenz verstärkt beachtet werden, bis diese Verknüpfung selbstverständlich ist.

Auf die Angebote der Unfallversicherungsträger soll verbindlich hingewiesen und eine kompetente, niederschwellige kollegiale Unterstützung (Peer-Support) bei diesen schwerwiegenden Ereignissen gemeinsam mit der Ärzteschaft in den Einrichtungen etabliert werden.

Begründung:

Gewaltsame Übergriffe auf Ärztinnen und Ärzte stellen eine potenziell gravierende psychische Verletzung dar. Hier ist eine frühzeitige, nicht pathologisierende, niederschwellige Unterstützung zur Linderung oder Verhinderung von Traumafolgeschäden essenziell.

Noch werden aber in den D-Arztberichten überwiegend nur die somatischen Verletzungen dokumentiert, wodurch eine Hilfestellung verzögert werden kann. Auch ist das von der DGUV eingeführte Psychotherapeutenverfahren vielen nicht bekannt. Es bedarf einer



besseren Information über die Unterstützungsmöglichkeiten.

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

Titel: Arztbewertungsportale

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Paula Hezler-Rusch, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Sophia Blankenhorn, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Joachim Suder, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Christoph Ascheraden Freiherr von Schoultz, Dr. Christoph Janke, Prof. Dr. Michael Faist, Dr. Jörg Woll, Dr. Susanne Bublitz, Anne Machka, Antje Meinecke, Maylis Jungwirth, Dr. Hildgund Berneburg, Dr. Ina Martini, Doreen Sallmann, Christa Bartels, Dr. Heidemarie Lux, Agnes Trasselli, Daniela-Ursula Ibach, Katharina Weis, Prof. Dr. Dr. Christof Hofele, Dr. Christiane Groß, M.A. und Dr. Christine Schroth der Zweite (Drucksache Ic - 10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, bei dem geplanten Gesetz gegen Hass, Bedrohung und Verleumdung im Netz die Interessen der Ärzteschaft geltend zu machen. Auch unsere Berufsgruppe, die in Bewertungsportalen immer wieder Verleumdung, herabsetzenden Äußerungen und unrichtigen Darstellungen ausgesetzt ist, sollte in dem Gesetz Berücksichtigung finden.

Begründung:

Bundesjustizminister Dr. Marco Buschmann will in der zweiten Jahreshälfte 2023 einen Gesetzentwurf gegen Hass im Netz vorlegen. Menschen, die im Netz bedroht oder beleidigt werden, sollen effektivere Instrumente bekommen, um sich zu wehren. Verleumdung und wahrheitswidrige Hasskommentare über z. B. eine Urlaubsunterkunft sollen wirkungsvoller verfolgt werden. Ärztinnen und Ärzte sollten in dieses Konzept mit einbezogen werden.

Falsche Behauptungen, Herabsetzung, Verleumdung im Netz stellen für Ärztinnen und Ärzte eine erhebliche psychische Belastung dar. Im Sinne des Gesundheitsschutzes für Ärztinnen und Ärzte ist die Einführung von gesetzlichen Regelungen erforderlich und Ärztinnen und Ärzte sind im vorgesehenen gesetzlichen Regelwerk mit zu berücksichtigen.



127. Deutscher Ärztetag

Essen, 16.05. - 19.05.2023

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

GOÄ und weitere Vergütungssysteme

- Ic - 47 Die novellierte GOÄ sofort umsetzen
- Ic - 116 GOÄ als Merkmal des Freien Berufes - rechtliche Möglichkeiten zur
Honoraranpassung prüfen und ausschöpfen
- Ic - 95 Die neu zugelassene Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin muss auch finanziell
abgesichert werden

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

Titel: Die novellierte GOÄ sofort umsetzen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Han Hendrik Oen, Dr. Thomas Lipp, Sebastian Exner, Wolfgang Gradel, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe, Bettina Rakowitz, Miriam Vosloo, Dr. Lothar Rütz und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache Ic - 47) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach eindringlich auf, seiner Pflicht nachzukommen, eine transparente und rechtssichere Abrechnung privatärztlicher Leistungen sicherzustellen und die vorliegende neu gefasste Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unverzüglich umzusetzen. Das vom Bundesgesundheitsminister vorgetragene Argument, er könne dies nur auf Basis einer Einigung zwischen Bundesärztekammer und privater Krankenversicherung vollziehen, ist formal unrichtig und insofern ausschließlich politisch motiviert.

Begründung:

Der Bundesgesundheitsminister verweigert nach wie vor die Novellierung der GOÄ und verstößt somit gegen seine Pflicht, gegenüber Patienten, Ärzteschaft und Kostenträgern eine transparente und rechtssichere Abrechnung privatärztlicher Leistungen auf Grundlage einer aktuellen Gebührenordnung sicherzustellen. Mit der geltenden veralteten GOÄ können moderne Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur analog bewertet werden, was seit Jahren zu Verunsicherungen, unnötigen Rechtsstreitigkeiten und Bürokratie führt. Zudem sind besonders zwendungsintensive Gesprächs- und Untersuchungsleistungen schon lange nicht mehr sachgerecht bewertet und ihr Einsatz ist daher immer mehr in Frage gestellt. Dies gefährdet die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die neue GOÄ bietet Rechtssicherheit, ist modern und innovativ. Sie kann fortlaufend aktualisiert und somit ein erneutes Veralten verhindert werden. Daher wird der Bundesgesundheitsminister aufgefordert, die ihm vorliegende novellierte GOÄ unverzüglich auf den Weg zu bringen.

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

Titel: GOÄ als Merkmal des Freien Berufes - rechtliche Möglichkeiten zur Honoraranpassung prüfen und ausschöpfen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Sebastian Exner, Dr. Lothar Rütz, Dr. Silke Lüder, Dr. Christian Messer, Barbara vom Stein, Bernd Zimmer, Dr. Oliver Funken und Prof. Dr. Hansjörg Heep (Drucksache Ic - 116) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, alle rechtlichen Möglichkeiten mit dem Ziel einer Verbesserung der Honorarsituation in der privatärztlichen Gebührenordnung zeitnah zu prüfen und zu nutzen. In Anbetracht fortlaufender Kostensteigerungen und der Inflation ist dies unabhängig vom Prozess einer Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) geboten.

Begründung:

Eine angemessene Honorierung von Leistungen gehört zu den Grundlagen freier Berufe. Dies gilt auch für den Arztberuf, um dem berechtigten Anspruch der Patientinnen und Patienten nach hochwertiger, patientenorientierter Behandlung in allen Bereichen ärztlicher Tätigkeit gerecht werden zu können.

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

Titel: Die neu zugelassene Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin muss auch finanziell abgesichert werden

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Pierre Frevert, Dr. Paula Hezler-Rusch, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Joachim Suder und Dr. Christof Stork (Drucksache Ic - 95) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Für die neu zugelassene Zusatz-Weiterbildung (ZWB) Sexualmedizin (Weiterbildungsumfang 290 Unterrichtseinheiten) fordern die Abgeordneten des 127. Deutschen Ärztetages 2023 die Bundesärztekammer auf, zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den entsprechenden Kommissionen, extrabudgetäre Abrechnungsmöglichkeiten vorzuschlagen und darauf hinzuwirken, dass diese in einem eigenen Kapitel bzw. Unterkapitel des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)- bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)-Katalogs eingefügt werden, die die spezifische Leistungserbringung des Faches abbilden.

Begründung:

Die Nachfrage hinsichtlich sexualmedizinischer Fachkompetenz in den verschiedenen Facharztbereichen (z. B. Gynäkologie, Urologie, Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie, Psychosomatik u. a.) übersteigt seit Jahren die tatsächliche Versorgungslage. Dem trug der 121. Deutsche Ärztetag 2018 Rechnung und verabschiedete die ZWB Sexualmedizin, zu der die Bundesärztekammer ein Curriculum erarbeitete, das inzwischen von den allermeisten Landesärztekammern in die entsprechende Weiterbildungsordnung (WBO) integriert und mit eigenen, an die Vorgaben der Bundesärztekammer orientierten Curricula (mit einem Umfang von 120 Stunden Theorie, 120 Stunden Fallarbeit, 50 Stunden fachspezifischer Selbsterfahrung und supervidierten Behandlungsfällen) versehen wurde.

Inzwischen wird in fünf Bundesländern das gesamte Curriculum ZWB Sexualmedizin angeboten: Berlin, Baden-Württemberg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen. In weiteren Bundesländern wie beispielsweise Bayern, Hessen und bald Rheinland-Pfalz werden Grundkurse Sexualmedizin als anerkanntes und zertifiziertes erstes Modul durchgeführt oder geplant. Zudem bietet seit Jahren der Berufsverband der

Frauenärzte Basiskurse (Modul I des Musterkursbuchs) Sexualmedizin mit 40 Stunden Theorie an (Umfang vergleichbar mit Psychosomatischer Grundversorgung).

Die Nachfrage nach dem Erwerb der gesamten ZWB Sexualmedizin erfährt jedoch nicht zuletzt deswegen eine spürbare Einschränkung, weil bislang hierfür keinerlei Abrechnungsziffern festgelegt wurden, obwohl diese ZWB Sexualmedizin annähernd so umfangreich ist wie die bisherige ZWB fachgebundene Psychotherapie. Für die betroffenen Patienten gibt es somit weniger Behandlungsangebote. Fachärztinnen und Fachärzten wie beispielsweise Gynäkologinnen und Gynäkologen ohne psychotherapeutische ZWB können nur die Psychosomatische Grundversorgungsziffern abrechnen, obwohl eine sexualmedizinische Anamnese und Sexual- und Paartherapie weit über die Fachkenntnisse der Psychosomatischen Grundversorgung hinausgehen. Ärztliche Psychotherapeutinnen und ärztliche Psychotherapeuten können nur die psychotherapeutischen Ziffern abrechnen, die ihnen ohnehin zustehen, ohne ihren Zugewinn an Kompetenz hinsichtlich spezieller diagnostischer und sexualtherapeutischer Interventionen im ambulanten Sektor adäquat abgelten zu können.

Ohne wirtschaftliche Absicherung der ZWB Sexualmedizin besteht die Gefahr, dass die Versorgungslücke an sexualmedizinischer Beratung und therapeutischer Interventionen für die Betroffenen in absehbarer Zeit nicht geschlossen werden kann. Bereits 1975 hat die WHO die sexuelle Gesundheit als ein wünschenswertes Ziel beschrieben. Patientinnen und Patienten mit z. B. sexuellen Funktionsstörungen, Transsexualität, sexuell traumatisierte Patientinnen und Patienten wie auch partnerschaftliche Krisen werden nicht ausreichend versorgt und präventive Angebote greifen zu kurz.



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

GKV / Vertragsärztliche Versorgung / SGB V

- Ic - 09 Nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung
- Ic - 64 Entbudgetierung in der ambulanten Versorgung für alle Fachgruppen
- Ic - 42 Entbudgetierung unbürokratisch umsetzen
- Ic - 84 Unbürokratische Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung
- Ic - 31 Budgetierung in der ambulanten Versorgung abschaffen
- Ic - 96 Gründereigenschaft für MVZ auch für Gemeinschaften

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

Titel: Nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag des Vorstands (Drucksache Ic - 09) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Statt kurzfristig wirksamer Kostendämpfungsmaßnahmen und indirekten Leistungskürzungen zur Deckung des Defizits der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fordert der 127. Deutsche Ärztetag 2023 den Gesetzgeber auf, für eine langfristig stabile und gerechte Finanzierung der GKV zu sorgen.

Die Versprechen hierzu aus dem Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP "Mehr Fortschritt wagen" müssen zeitnah umgesetzt werden.

Dazu gehören insbesondere

- die Finanzierung kostendeckender Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (jetzt: Bürgergeld) aus Steuermitteln und
- die regelhafte Dynamisierung des Bundeszuschusses zur GKV.

Darüber hinaus fordert der 127. Deutsche Ärztetag,

- den Bundeszuschuss zu erhöhen, sodass die versicherungsfremden Leistungen vollständig aus Steuermitteln finanziert werden und diese Finanzierung somit nicht länger den Beitragszahlenden der GKV aufgebürdet wird,
- die Bereitstellung von Teilen der Genusststeuer, z. B. auf Tabak und Alkohol, für die GKV,
- die Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel von 19 Prozent auf 7 Prozent sowie
- die Einbeziehung der verfassten Ärzteschaft in die Erarbeitung von Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV.

Begründung:

Angesichts der wachsenden Versorgungsbedarfe in einer Gesellschaft des langen Lebens und neuer, kostenintensiver medizinischer Innovationen sowie angesichts der umfassenden, in der Umsetzung zunächst kostenintensiven Reformbedarfe im

Gesundheitssystem muss eine langfristig stabile und gerechte Finanzierung der GKV gewährleistet sein.

Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) vom 22.11.2022 zielte darauf ab, eine kurzfristige Stabilisierung der GKV-Finzen maßgeblich für das Jahr 2023 herbeizuführen. Gemäß § 220 Abs. 4 SGB V legt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 31.05.2023 Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV vor, die insbesondere auch die Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht ziehen sollen. Hier sollte die Ärzteschaft dringend einbezogen werden, insbesondere, wenn Kürzungen der Ausgaben der GKV im Fokus stehen sollen.

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

Titel: Entbudgetierung in der ambulanten Versorgung für alle Fachgruppen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Lipp, Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache Ic - 64) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Hinblick auf die erfolgte Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin fordert der 127. Deutsche Ärztetag 2023 das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die in Aussicht gestellte weitere Entbudgetierung in der hausärztlichen Versorgung auf alle Fachgruppen auszuweiten und nicht "scheibchenweise" nur einzelne Fachgruppen oder Leistungen zu bedenken.

Begründung:

Wenngleich die erfolgte Aufhebung der Budgetierung in der Pädiatrie begrüßt wird, darf die nunmehr in Aussicht gestellte weitere Entbudgetierung nicht nur die Hausärzte oder nur einzelne Leistungen betreffen. Jetzt ist es wichtig, insbesondere mit Blick auf den fachärztlichen Bereich, nicht selektiv zu entbudgetieren, sondern alle Leistungen und Fachgruppen vom Budget zu befreien.

Diese Notwendigkeit ergibt sich aus der Vergütungssystematik selbst. Eine sukzessive Herauslösung weiterer Einzelteile aus dem Gesamtbudget führt zu einer noch stärkeren Unterfinanzierung für den letztlich immer kleiner werdenden Teil der Gesamtvergütung. Somit sind auch Nivellierungen zwischen den verbleibenden Bestandteilen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) letztlich nicht mehr möglich. Der im gedeckelten System faktisch vorhandene Fehlbetrag zu einer angemessenen Honorierung der erbrachten Leistungen muss dann von immer weniger im Budget verbleibenden Akteuren geschultert werden, was für den Einzelnen einen größeren Verlustanteil bedeutet.

Eine Entbudgetierung aller erbrachten ärztlichen Leistungen wird seit Jahren gefordert und ist längst überfällig. Damit würde gleichzeitig ein klares Zeichen für die Vertragsärzteschaft sowie für die Sicherstellung zukünftiger vertragsärztlicher Versorgung gesetzt.

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

Titel: Entbudgetierung unbürokratisch umsetzen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Norbert Smetak, Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Ivo Grebe, Dr. Heidemarie Lux, Hans-Ulrich Braun, Dr. Beate Krammer-Steiner, Doreen Sallmann und Dr. Klaus-Peter Spies (Drucksache Ic - 42) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, die seit Anfang 2023 geltenden Regelungen zur Terminvermittlung bei Fach- und Gebietsärztinnen und -ärzten durch Hausärztinnen und Hausärzte und die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (TSS) zu streichen und durch gesetzliche Maßnahmen zur Entbudgetierung aller Haus- und Fachärztinnen/-ärzten zu ersetzen.

Begründung:

Im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) wurde die Neupatientenregelung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) von 2022 gekippt und durch eine komplexe bürokratische aufwändige Terminvermittlung von dringenden Behandlungsfällen ersetzt (sogenannter Hausarzt-Facharzt-Vermittlungsfall [HA-FA-VF]). Dadurch wird nicht nur die kollegiale Kooperation von Haus- und Gebietsärztinnen und -ärzten belastet, auch die Arzt-Patienten-Beziehung erfährt vermeidbare Störungen. Da es unterschiedliche Regelungen und Interpretationen der Dringlichkeit gibt, führt dies zu vollkommen unnötigen Diskussionen in den Praxen. Vertragsärztinnen und -ärzten und Praxispersonal wird zusätzlicher logistischer Aufwand aufgebürdet, eine substanzielle Verbesserung der ambulanten Versorgung ist weder erkennbar noch zu erwarten. Analog zu den Kinder- und Jugendpsychiatern muss stattdessen vom Gesetzgeber zeitnah eine Regelung geschaffen werden, die alle Haus- und Fachärzte aus dem engen Korsett der Budgetierung befreit und somit zu einer nachhaltigen Entlastung der ambulanten Versorgung führt.

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

Titel: Unbürokratische Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Norbert Smetak, Dr. Ivo Grebe und Dr. Wolf Andreas Fach (Drucksache Ic - 84) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, die im Koalitionsvertrag festgelegte Entbudgetierung für die hausärztliche Versorgung kurzfristig für alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachgruppen bürokratiearm umzusetzen.

Nachdem die Politik den Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und begrenzten finanziellen Ressourcen erkannt hat und dies nicht nur für die Kinder- und Jugendmedizin Gültigkeit besitzt, müssen nunmehr weitere gesetzliche Maßnahmen kurzfristig folgen, um auch die Fachgruppe der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin, die nach § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, zu entbudgetieren. Zusätzlich bedarf es einer Novellierung des hausärztlichen Kapitels im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

Begründung:

So sehr die Politik die Augen bisher vor dem Zusammenhang von Budget und Leistungsmenge verschlossen hat, zeigt die Versorgungsrealität, dass die Arbeitszeit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten limitiert ist. Die Vorstellung der Politik, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte immer mehr für immer weniger Geld leisten sollen, ist respektlos, unrealistisch und insbesondere auch dem ärztlichen Nachwuchs nicht mehr zu vermitteln. Statt eines bürokratisch aufwändigen Verfahrens, dass eine Nachzahlungspflicht der Krankenkassen vorsieht, sofern die abgerufenen Gelder in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) nicht ausreichen, ist jedoch ein Verfahren notwendig, welches den Namen Entbudgetierung auch zu Recht trägt. Demnach muss ohne Umwege über die MGV die abgerufene Leistungsmenge in der hausärztlichen Versorgung von den Krankenkassen vergütet werden und damit das Morbiditätsrisiko wieder auf die Krankenkassen übergehen.

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

Titel: Budgetierung in der ambulanten Versorgung abschaffen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Susanne Johna, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. Lars Bodammer, Dr. Alexander Schultze und Christina Hillebrecht (Drucksache Ic - 31) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Budgetierung in der ambulanten Medizin ist ein Programm zur schleichenden Unterversorgung. Wer mehr Patientinnen und Patienten mit medizinisch notwendigen Leistungen versorgt, darf dafür nicht mit Einkommensnachteilen bestraft werden. Es ist höchste Zeit, dass die Politik der Budgetierung ein Ende setzt und Ärztinnen und Ärzten wieder die Chance gibt, jeden ihrer Patientinnen und Patienten bedarfs- und zeitgerecht zu versorgen. Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesregierung daher auf, die bestehende willkürliche Mittelbegrenzung aufzuheben und eine bedarfsnotwendige Versorgung zu ermöglichen.

Die Budgetierung beschränkt ärztliche Arbeit, wo sie jetzt und in Zukunft dringend gebraucht wird. Ärztinnen und Ärzten sind allzu häufig die Hände gebunden, weil sich das verordnete Budget nicht nach dem tatsächlichen Bedarf richtet, sondern den Mustern einer überkommenen Kostendämpfungspolitik folgt. Das Scheitern dieser Politik ist überall im Gesundheitswesen zu sehen: in der ambulanten wie in der stationären Versorgung.

Konsequent wäre es, der schon bestehenden und absehbaren Unterversorgung durch eine Vergütung der tatsächlich erbrachten bedarfsnotwendigen Leistungen zu begegnen. Mit ein paar kosmetischen Korrekturen in einigen Bereichen wie der Kinder- und Jugendmedizin oder Sicherstellungszuschlägen in unterversorgten Gebieten wird das Problem nicht zu lösen sein, dafür braucht es schon den Mut zur Rückbesinnung auf eine wertegeleitete Gesundheitspolitik.

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

Titel: Gründereigenschaft für MVZ auch für Gemeinschaften

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Norbert Smetak und Dr. Svante Gehring (Drucksache Ic - 96) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Gründereigenschaft für medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollte auch Gemeinschaften von Ärztinnen und Ärzten zugesprochen werden.

Begründung:

Ärztetze besitzen Gründereigenschaft, haben aber oft nicht die Ressourcen, diese im Alleingang zu gründen. Größere Gemeinschaften (Ärzteverbände, Ärztegenossenschaften) könnten hierbei unterstützen und auch überregionale Lösungen bieten, um Kommunen zu entlasten und eine Alternative gegenüber investorengeführten MVZ zu bieten.



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

Hausärztliche Versorgung

Ic - 23 Hausärztliche Versorgung fachgruppenübergreifend sicherstellen

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

Titel: Hausärztliche Versorgung fachgruppenübergreifend sicherstellen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Norbert Smetak, Dr. Ivo Grebe, Dr. Beate Krammer-Steiner, Dr. Wolf Andreas Fach, Wolfgang Gradel, Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Heidemarie Lux, Doreen Sallmann, Dr. Hans-Otto Koderisch und Dr. Klaus-Peter Spies (Drucksache Ic - 23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, die bestehenden Strukturen in einer fachgruppenübergreifenden hausärztlichen Versorgung zu fördern und zu stärken, statt einer Zersplitterung der Versorgung durch Gesundheitslotsen, Gesundheitskioske oder Impfen in Apotheken Vorschub zu leisten.

Begründung:

Die hausärztliche Versorgung darf vor allem mit dem Blick auf angestrebte Ambulantisierungsbemühungen nicht länger kaputtgespart werden, sondern muss im Sinne einer guten Versorgung der Patientinnen und Patienten vollumfänglich und angemessen finanziert sein. Hierzu braucht es keine vermeintlich günstigeren Ersatzstrukturen, sondern den politischen Willen, gut funktionierende, bewährte hausärztliche Strukturen fachgruppenübergreifend (siehe § 73 Abs. 1a SGB V) zu stärken.



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

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Ic - 107 Interprofessionelle Teams Ja - aber unter ärztlicher Leitung!

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

Titel: Interprofessionelle Teams Ja - aber unter ärztlicher Leitung!

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Andreas Gibb, Dr. Beate Krammer-Steiner, Anne Machka, Dr. Evelin Pinnow, Dr. Wilfried Schimanke und Dr. Jens Placke (Drucksache Ic - 107) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert: Interprofessionelle Teams Ja - aber unter ärztlicher Leitung!

Die mögliche Übernahme delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliches Personal kann in nahezu allen Bereichen des Gesundheitswesens Ressourcen sparen.

Dazu bedarf es einer interprofessionellen Zusammenarbeit. Sowohl aus Gründen der Patientensicherheit als auch der Wirtschaftlichkeit ist es in diesem Zusammenhang notwendig, dass diese interprofessionellen Teams unter ärztlicher Führung stehen.

Begründung:

Pflege- und Hebammenwissenschaften wurden akademisiert. Die Akademisierung von Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie hat begonnen. Neue Gesundheitsberufe werden entwickelt. Auch die Bundesärztekammer hat sich 2008 beim 111. Deutschen Ärztetag in Ulm dazu bereit erklärt, an diesem Prozess der Weiterentwicklung von Gesundheitsberufen mitzuwirken.

Eine bundesweite gesetzliche Regelung für viele Gesundheitsberufe steht noch aus (Beispiel Physician Assistant).

Wir fordern daher den Vorstand und die Gremien der Bundesärztekammer auf, den Prozess der Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe aktiv zu gestalten. Dabei ist es zwingend erforderlich, die Differenzialdiagnostik und die Therapiekontrolle in den Händen von Ärztinnen und Ärzten zu lassen.



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

Kommerzialisierung

- Ic - 22 Eckpunktepapier der Gesundheitsministerkonferenz zur Regulierung von investorengetragenen MVZs umgehend umsetzen
- Ic - 117 MVZ-Einschränkungen im Sinne der Versorgung
- Ic - 123 Begrenzung investorengetragener medizinischer Versorgungszentren (iMVZ)

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

Titel: Eckpunktepapier der Gesundheitsministerkonferenz zur Regulierung von investorengetragenen MVZs umgehend umsetzen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Beatrix Kaltenmaier, Dr. Steffen König, M.B.A., Dr. Ina Martini, Antje Meinecke, Dr. Walter Mildenberger, Alina Sassenberg, Frank-Ullrich Schulz und Dr. Sigrun Voß (Drucksache Ic - 22) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert ein rasches Vorgehen der Politik, den Aufkauf von ärztlich geführten Praxen durch nichtärztliche Investoren zu regulieren. Insbesondere fordert sie den Bundesgesundheitsminister auf, die Bundesratsinitiative zur Regulierung von MVZ noch vor der Sommerpause umzusetzen. Investorengetragene MVZ dürfen nicht die Antwort auf Ärztemangel sein.

Begründung:

Wiederholt hat die Ärzteschaft auf die Fehlentwicklung der MVZ in nichtärztlicher Inhaberschaft hingewiesen und den Gesetzgeber zu regulierenden Maßnahmen aufgefordert. Es gibt gute Vorschläge von Seiten der Ärzteschaft, insbesondere der Bundesärztekammer, wie der Entwicklung entgegengewirkt werden kann. Nun hat auch die Gesundheitsministerkonferenz ein Eckpunktepapier zur Regulierung von investorengetragenen MVZ erarbeitet, das im Rahmen eines Entschließungsantrages in den Bundesrat eingebracht wird. Die Politik muss diese effektiven Maßnahmen rasch noch vor der Sommerpause umsetzen. Der Aufkauf der ambulanten Medizin schreitet fort. Insbesondere Private Equity Unternehmen kaufen noch immer Arztpraxen auf. Eine solche Entwicklung kann nicht gut sein. Darüber hinaus darf es nicht sein, dass der Aufkauf durch nichtärztliche Investoren ein akzeptabler Weg aus dem bestehenden Ärztemangel sein soll. Niederlassung muss wieder attraktiver werden.

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

Titel: MVZ-Einschränkungen im Sinne der Versorgung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Norbert Smetak und Dr. Svante Gehring (Drucksache Ic - 117) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bei der Gründung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sollten im Sinne der Versorgung Einschränkungen mit Augenmaß herbeigeführt werden. Gefordert werden müssen Transparenz der Gesellschafter, eine klare Erbringung des Versorgungsauftrages der übernommenen Sitze und eine ausreichend lange Haltepflicht.

Begründung:

Prinzipiell sind MVZ, insbesondere im Hausarztbereich, eine wichtige Versorgungsform, um dem Wunsch vieler junger Kolleginnen und Kollegen nach primärer Anstellung entgegen zu kommen. Weitere Einschränkungen, wie z. B. die Forderung nach fachgruppenübergreifenden MVZ oder starker örtlicher Bindung, erschweren es unnötig, wichtige Versorgungsstrukturen zu etablieren.

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

Titel: Begrenzung investorengetragener medizinischer Versorgungszentren (iMVZ)

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Jens Wagenknecht, Dr. Oliver Funken, Peter Schumpich, Dr. Ulf Zitterbart, Dr. Caroline Gerdes, Ute Taube, Dr. Günter Meyer, Uwe Lange, Elke Cremer, Werner Leibig und Christian Wantzen (Drucksache Ic - 123) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Abgeordneten des 127. Deutschen Ärztetages 2023 begrüßen dem Grundsatz nach die dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 27.03.2023 zugrunde liegenden Eckpunkte für ein MVZ-Regulierungsgesetz, sehen jedoch Nachbesserungsbedarf insbesondere mit Blick auf die Ausgestaltung der regionalen Beschränkungen der Gründungsbefugnisse sowie die Notwendigkeit der Begrenzung der Anzahl der Zulassungen in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ).

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert vom Gesetzgeber klare rechtliche Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung der Gründung und des Betriebs medizinischer Versorgungszentren und daher eine noch stärkere regionale Beschränkung der Gründung eines MVZ durch ein zugelassenes Krankenhaus in seinem Einzugsgebiet innerhalb von 30 km sowie die Begrenzung des Versorgungsanteils des MVZ in dem Planungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), in dem die Gründung beabsichtigt ist, auf beispielsweise maximal fünf Prozent der hausärztlichen Sitze. Krankenhäuser sollen nur MVZs gründen dürfen, die einen fachlichen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweisen.

Begründung:

Auch in Zukunft müssen sich Umfang und Ausgestaltung der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland vordringlich am medizinischen Versorgungsbedarf und am Gemeinwohl und nicht an finanziellen Renditeerwartungen von Kapitalinvestoren orientieren.



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

Krankenhaus

- Ic - 01 Eckpunkte der Ärzteschaft für eine grundlegende Reform von Krankenhausvergütung und Krankenhausplanung
- Ic - 17 Unabdingbare Voraussetzungen für das Gelingen jedweder Krankenhausreform
- Ic - 50 Krankenhausreform unter Beteiligung aller Akteure
- Ic - 121 Hinzuziehung ärztlicher Expertise bei Reformen zur Krankenhausplanung und zur Notfallversorgung
- Ic - 16 Bei der anstehenden Reform die flächendeckende und hochwertige Krankenhausversorgung sichern
- Ic - 52 Strukturqualität sicherstellen
- Ic - 53 Gesundheitsversorgung gerecht gestalten
- Ic - 27 Vollständige Abkehr von der DRG-Systematik
- Ic - 14 Krankenhausplanung nicht ohne ärztlichen Sachverstand
- Ic - 72 Leiharbeit in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen regulieren
- Ic - 73 Gewinnverbot in Akutkrankenhäusern

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

Titel: Eckpunkte der Ärzteschaft für eine grundlegende Reform von Krankenhausvergütung und Krankenhausplanung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag des Vorstands (Drucksache Ic - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 hält eine grundlegende Reform von Krankenhausvergütung und Krankenhausplanung in Deutschland für unbedingt erforderlich.

Der 127. Deutsche Ärztetag ruft Bund und Länder deswegen dazu auf, bei den für Ende Mai geplanten Gesprächen die Weichen für ein gemeinsames Vorgehen zu stellen und bei der weiteren Erarbeitung die Landesärztekammern, die Bundesärztekammer und weitere Partner der Selbstverwaltung strukturiert einzubeziehen.

Grundlegend für eine erfolgreiche und zukunftsorientierte Reform ist es, die Krankenhauslandschaft nicht isoliert zu betrachten, sondern den Zusammenhang mit der ebenfalls erforderlichen Stärkung der ambulanten Versorgung und mit der Notwendigkeit zu substanziellen Fortschritten bei der sektorenverbindenden Versorgung zu beachten.

Vor diesem Hintergrund benennt der 127. Deutsche Ärztetag Eckpunkte für eine grundlegende Reform von Krankenhausvergütung und Krankenhausversorgung (**Anlage**).

Begründung:

Am 06.12.2022 hat die "Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung" mit ihrer dritten Stellungnahme Vorschläge für eine Krankenhausreform vorgelegt. Seitdem verhandeln Bund und Länder über die Pläne. Eine strukturierte Einbindung der verfassten Ärzteschaft und der weiteren Selbstverwaltungspartner fehlt bisher.

Knapp sechs Monate später liegen keine umsetzungsfähigen Vorschläge vor. Das zuletzt vom BMG erstellte "Basismodell" beschreibt lediglich den ersten Schritt einer vierstufigen Auswirkungsanalyse und lässt viele Fragen offen. Von einem konsistenten Reformkonzept

ist man damit weit entfernt, zumal wesentliche Meinungsverschiedenheiten mit den Bundesländern bisher nicht ausgeräumt werden konnten und die Frage nach der Finanzierung der Strukturveränderungen unbeantwortet ist.

Deswegen ist ein Neubeginn im Reformprozess erforderlich, der diejenigen strukturiert mit einbezieht, deren Sachverstand sowohl für die Entwicklung des Reformkonzeptes als auch für dessen Umsetzung unverzichtbar ist. Der 127. Deutsche Ärztetag zeigt mit den beigefügten Eckpunkten auf, welche Grundsätze ausschlaggebend sind, damit die Reform sowohl aus medizinisch-fachlicher Sicht als auch mit Blick auf die Versorgungsnotwendigkeiten zu einer nachhaltigen und qualitativ hochwertigen Krankenhausstruktur führt.

Grundlegend ist dabei, dass eine isolierte Betrachtung des stationären Sektors nicht zielführend sein kann. Stattdessen muss sich die Bundesregierung auch den Erfordernissen für die ambulante Versorgung zuwenden und bei allen Reformen auf eine nachhaltige Stärkung der sektorenverbindenden Versorgung hinwirken.

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

Titel: Unabdingbare Voraussetzungen für das Gelingen jedweder Krankenhausreform

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Henrik Herrmann, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Lars Bodammer, Anne Kandler und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache lc - 17) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert Bund und Länder auf, bei jedweder Krankenhausreform folgende unabdingbare Grundsätze zu beachten:

1. Unmittelbare Einbeziehung aller Landesärztekammern in die Landeskrankenhausplanungsgremien mit Sitz und Stimme
2. Orientierung der Krankenhausplanung an der Ordnungssystematik (Weiterbildungsordnung, Berufsordnung etc.) der ärztlichen Selbstverwaltung
3. Vermeidung von Hürden für die Durchführbarkeit der ärztlichen Weiterbildung
4. Berücksichtigung der Funktion der Krankenhäuser als Weiterbildungsstätten
5. Reduktion der bereits bestehenden Arbeitsverdichtung
6. Vollständige Finanzierung der echten Vorhaltekosten

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

Titel: Krankenhausreform unter Beteiligung aller Akteure

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Wolfgang Gradel, Bettina Rakowitz, Sebastian Exner, Dr. Lothar Rütz, Dr. Thomas Lipp, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache Ic - 50) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesregierung und die Länder auf, die Krankenhausreform mit Augenmaß und unter Beteiligung aller maßgeblichen Akteure anzugehen. Notwendige bundeseinheitliche Vorgaben sollten auf ein erforderliches und sinnvolles Maß beschränkt und einheitlich definierte Öffnungsklauseln und Ausnahmeregelungen für die Länder vorgesehen werden, um der Vielzahl der Gegebenheiten vor Ort Rechnung zu tragen, bewährte regionale Strukturen zu erhalten und die Versorgung nicht zu gefährden.

Der 127. Deutsche Ärztetag hält es zudem für unverzichtbar, die Ergebnisse der vorgesehenen Auswirkungsanalyse der bekannten Reformpläne abzuwarten und diese in ein modifiziertes Reformkonzept einfließen zu lassen. Dabei gebietet es die Sorgfalt politischen Handelns und der Respekt vor den Betroffenen, dass sowohl alle Akteure aus der Patientenversorgung als auch Patienteninteressen am Reformprozess angemessen beteiligt werden.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert zudem insbesondere die Bundesländer - die zu Recht auf ihrer planerischen Zuständigkeit bestehen - auf, in gleichem Maße auch ihrer Verantwortung zur Bereitstellung der Investitionskosten nachzukommen.

Begründung:

Die in Angriff genommene Reform der Krankenhausstrukturen in Deutschland ist auch eine Nagelprobe für die Reformfähigkeit von Föderalismus und Gesellschaft. Die vorgeschlagenen Maßnahmen treffen auf eine Gemengelage von traditionellen Strukturen, Zuständigkeiten, Anspruchshaltungen und finanziellen Herausforderungen, in der eine erfolgreiche Reform allen Beteiligten - sowohl den Akteuren des Systems als auch den Patientinnen und Patienten - etwas abverlangt wird. Am Ende braucht es nicht zuletzt das

nötige Verantwortungsbewusstsein, für den gemeinsamen Erfolg auch Bewährtes zu hinterfragen und Liebgewonnenes oder Gewohntes gegebenenfalls loszulassen. Diese Reform wird allen Entschlossenheit, aber auch Geduld abverlangen, weil es eben nicht möglich sein wird, einfach "den Schalter umzulegen". Besondere Sensibilität ist - auch hinsichtlich des berechtigten Anspruchs auf Eigentumsschutz und Verlässlichkeit - an der (alten) Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erforderlich.

Eines sollte allerdings allen klar sein: Die Zeiten, in denen notwendige Strukturveränderungen weiterhin durch einfach noch mehr Geld ersetzt werden, müssen wir hinter uns lassen. Mit Blick auf die notwendigen Reformen im Krankenhausbereich hilft es weder, immer weiter Milliarden in ein System zu pumpen, um strukturell alles beim Alten zu lassen, noch hilft es, das System anhand am Reißbrett entwickelter Kennzahlen in eine bundesweit einheitliche Schablone zu pressen. Um die Erfordernisse von (regionaler) Versorgung und die Bewältigung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen aus eigener Kraft ins Gleichgewicht zu bringen, brauchen die Kliniken - innerhalb bundesweit einheitlicher Leitplanken - wirtschaftliche Planungssicherheit und individuelle Beinfreiheit. Das gilt besonders dann, wenn nicht der Status Quo erhalten, sondern sinnvolle Umstrukturierungsprozesse angestoßen und umgesetzt werden sollen.

Am Ende bedarf es nicht nur schlüssiger Konzepte und politischer Mehrheiten: Den betroffenen Menschen muss die Sorge genommen werden, ihre Versorgung sei gefährdet. Gleichzeitig müssen sie darauf vorbereitet werden, dass diese - wenigstens in Teilen - nicht mehr in der gewohnten Struktur stattfinden wird.

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

Titel: Hinzuziehung ärztlicher Expertise bei Reformen zur Krankenhausplanung und zur Notfallversorgung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Heike Höger-Schmidt und Prof. Dr. Jörg Hammer (Drucksache Ic - 121) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Reformen zur Krankenhausplanung und zur Notfallversorgung durch den Gesetzgeber können nur unter Hinzuziehung ärztlicher Expertise (vornehmlich der ärztlichen Körperschaften) und Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten erfolgen.

Begründung:

Nur die Berücksichtigung ärztlicher Expertise und regionaler Besonderheiten gewährleistet zukunftsfähige Reformen bei der Krankenhausplanung sowie bei der Notfallversorgung, insbesondere für die Zusammenführung beider bestehender wichtiger Bereiche der Notfallversorgungsstrukturen. Die ärztlichen Körperschaften können hier umfassende sektorenverbindende ärztliche Expertise aus den verschiedenen Versorgungsbereichen zur Verfügung stellen, ohne regionale Partialinteressen zu sehr dominieren zu lassen.

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

Titel: Bei der anstehenden Reform die flächendeckende und hochwertige Krankenhausversorgung sichern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Steffen König, M.B.A., Dr. Beatrix Kaltenmaier, Dr. Ina Martini, Antje Meinecke, Dr. Walter Mildener, Alina Sassenberg, Frank-Ullrich Schulz und Dr. Sigrun Voß (Drucksache Ic - 16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Politik, insbesondere die Bund-Länder-Arbeitsgruppe, auf, bei der anstehenden Krankenhausreform die Sicherung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen in den Fokus zu stellen. Niemandem nutzt ein am Reißbrett erstelltes perfektes System, das in der Praxis nicht funktioniert.

Insbesondere sind folgende Aspekte von zentraler Bedeutung:

- Bei allen Vorschlägen müssen vor der Umsetzung die Auswirkungen auf die flächendeckende Patientenversorgung (Erreichbarkeit) gründlich geprüft werden.
- Die ärztliche Weiterbildung darf nicht unter der Reform leiden. Insbesondere dürfen keine neuen Flaschenhälse entstehen.
- Die Ambulantisierung ist ein wichtiger Aspekt der Reform. Es nützt aber nichts, eine verstärkte Ambulantisierung nur zu fordern, ohne die zu erwartenden extrem negativen Auswirkungen auf den ambulanten Sektor zu identifizieren und konkrete Handlungsoptionen abzuleiten.
- Eine Krankenhausreform muss von einer Reform der Notfallversorgung flankiert werden. Auch hier gilt es, die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen und keine neue Verschwendung von knapper ärztlicher Arbeitszeit zuzulassen.
- Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegerinnen und Pfleger sind keine Verschiebemasse. Die Attraktivität der Krankenhäuser darf nicht sinken, sondern muss im Gegenteil steigen.
- Das Aufsetzen der Vorhaltefinanzierung auf die Diagnosis Related Groups (DRGs) schafft mehr Komplexität. Es droht eine Steigerung des bürokratischen Aufwands. Das ist Gift für das System. Wir fordern einen konsequenten Abbau der Bürokratie sowie ein Ende der DRGs! Diese müssen abgeschafft statt künstlich am Leben erhalten werden!

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach spricht immer von der Wissenschaft als Grundlage der Reform. Wissenschaft, insbesondere im Bereich der



Patientenversorgung, ist aber nur dann etwas wert, wenn sie in der Praxis zu spürbaren Verbesserungen führt. Die von der Kommission erarbeiteten Grundlagen müssen in einem transparenten Prozess mit den Erfahrungen der ärztlichen Praxis angereichert und weiterentwickelt werden.

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

Titel: Strukturqualität sicherstellen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Florian Gerheuser, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Matthias Marschner, Dr. Christine Dierkes, Dr. Kai Johanning, Dr. Lydia Berendes, Dr. Matthias Fabian, Dr. Andreas Botzlar, Melissa Camara Romero, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Prof. Dr. Jörg Weimann und Dr. Sonja Schniewindt (Drucksache Ic - 52) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 begrüßt das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiierte Vorhaben, die Krankenhausfinanzierung und damit auch die Versorgungsstruktur in Deutschland grundlegend zu reformieren und dabei auch bestehende Fehlanreize zu sachlich nicht gerechtfertigter Mengenausweitung zu reduzieren. Insbesondere die Verknüpfung von Strukturqualitätsmerkmalen mit definierten Leistungsgruppen hat das Potenzial, die Versorgung der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert die politisch Verantwortlichen aus Bund und Ländern dazu auf, bei der Ausgestaltung der Reform dafür Sorge zu tragen, dass die materiellen wie personellen Voraussetzungen zur Sicherung der einzelnen Strukturqualitätsmerkmale klar definiert und den entsprechenden Einrichtungen vollständig als Vorhaltekosten refinanziert werden.

Dabei muss sichergestellt werden, dass die Erstattung solcher Vorhaltekosten nur für tatsächlich geleistete Ausgaben erfolgt.

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

Titel: Gesundheitsversorgung gerecht gestalten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Katharina Thiede, Dr. Florian Gerheuser, Julian Veelken, Matthias Marschner, Melissa Camara Romero, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Susanne von der Heydt, Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Lydia Berendes, Dr. Christine Dierkes, Dr. Irmgard Landgraf und Miriam Vosloo (Drucksache Ic - 53) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesländer dazu auf, ihren Investitionsverpflichtungen in die Krankenhäuser vollumfänglich nachzukommen. Dies ist in mehrfacher Hinsicht für die nachhaltige Sicherstellung der Patientinnen- und Patientenversorgung notwendig:

1. Unzureichend bereitgestellte Investitionsmittel stellen einen zusätzlichen Anreiz für Fehlversorgung und sachlich nicht gerechtfertigte Mengenausweitung dar, weil Klinikbetreiber versuchen müssen, Erlöse lukrativer Fallpauschalen zu steigern, um in die Infrastruktur investieren zu können.
2. Die Notwendigkeit zur Finanzierung der Infrastruktur durch für die Krankenversorgung gedachte Mittel begünstigt Einsparungen beim Klinikpersonal. Dies verschlechtert die Patientenversorgung und verschärft die Arbeitsbelastung für die Mitarbeitenden in den Kliniken.
3. Patientinnen und Patienten, die in Kliniken behandelt werden, denen es wirtschaftlich nicht gelingt, die ausbleibenden Investitionen zu ersetzen oder z. B. durch den Träger querfinanziert zu bekommen, steht nicht dieselbe Qualität in Ausstattung und Infrastruktur zur Verfügung wie Patientinnen und Patienten, die andernorts behandelt werden. Mit den großen Krankenhausdefiziten sind wir aktuell auf dem Weg zu einer ungleichen Versorgungslandschaft und zu ungleichen Lebensverhältnissen.

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

Titel: Vollständige Abkehr von der DRG-Systematik

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Sven C. Dreyer, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Steffen König, M.B.A., Hans-Martin Wollenberg und Anne Kandler (Drucksache Ic - 27) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, die Diagnosis Related Group-Systematik (DRG) nicht mehr zur Mittelverteilung im deutschen Gesundheitswesen einzusetzen.

Die vorliegenden Empfehlungen der "Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung", die nach wie vor auf eine "Weiterentwicklung" des Fallpauschalensystems setzen, sind nicht geeignet, die bekanntermaßen damit verbundenen erheblichen Fehlanreize zu beseitigen. Die geplante Krankenhausfinanzierung hält weiterhin an einem DRG-System fest und enttäuscht jede Hoffnung auf eine echte Verbesserung. Daher ist erneut eine Abschaffung der DRGs zu fordern.

Jede Krankenhausfinanzierung per DRG setzt Fehlanreize zur Unter-, Über- und Fehlversorgung und schafft Interessenkonflikte, die den Kern des Arzt-Patienten-Verhältnisses gefährden: Das Vertrauen darauf, dass Ärztinnen und Ärzte nur und ausschließlich notwendige und hilfreiche Maßnahmen zum Wohle der Hilfesuchenden ergreifen. Vertrauen braucht Zeit und kann nicht mit einer DRG erfasst werden. Vertrauen ist nicht zählbar.

Ein zukunftsfestes Abrechnungssystem für Krankenhausleistungen muss eine bedarfsdeckende Versorgung zu humanen Bedingungen ermöglichen. Konservativ-begleitende Behandlungen und die menschlich-soziale Interaktion dürfen gegenüber technischen "Leistungen" nicht weiter benachteiligt werden. Sie sind personalbindend und aufwändig, aber essentiell für den Behandlungserfolg und müssen wieder Wertschätzung erfahren.

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

Titel: Krankenhausplanung nicht ohne ärztlichen Sachverstand

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Andreas Gibb, Dr. Beate Krammer-Steiner, Anne Machka, Dr. Evelin Pinnow und Dr. Jens Placke (Drucksache Ic - 14) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert, dass alle Bundesländer den Landesärztekammern Sitz und Stimme in den Krankenhausplanungsgremien der Länder einräumen, soweit dies nicht bereits erfolgt ist. Die Bundesärztekammer möge gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in einer konsentierten Aktion darauf hinwirken.

Begründung:

Die Krankenhausstrukturreform greift tief in die Hoheit der Ärztekammern zur Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen ein. Eine Weiterbildungsbefugnis ist abhängig von den medizinischen Leistungsmöglichkeiten einer Weiterbildungsstätte, in Zukunft also von LevelEinstufung und vorgehaltenen Leistungsgruppen. Dies ist vielen handelnden Akteuren der Krankenhausstrukturreform nur unzureichend bewusst. Die Kammern als Hüter der Weiterbildung müssen Gelegenheit haben, in der Krankenhausplanung, die Ländersache ist, nicht nur beratend, sondern auch mitentscheidend wirksam zu sein.

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

Titel: Leiharbeit in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen regulieren

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Christian Kreß und Prof. Dr. Uwe Köhler (Drucksache Ic - 72) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 begrüßt ausdrücklich die für Pflegeeinrichtungen im Entwurf des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG) mit Änderung von § 82c SGB XI vorgesehene gesetzliche Regulierung der Leiharbeit und fordert den Bundesgesetzgeber auf, zeitnah eine entsprechende gesetzliche Regelung auch für Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen zu schaffen. Dazu zählen eine Deckelung der Leiharbeitskosten und eine verpflichtende Ableistung von Spät-, Nacht- und Wochenend- bzw. Feiertagsdiensten in der Leiharbeit.

Begründung:

Ursprünglich bestand die Intention des Gesetzgebers, durch Leiharbeit auch im medizinischen Bereich Leistungs- und Erlösausfälle zu verhindern und Personalvorgaben einzuhalten.

Der zunehmende Personalmangel führte in den vergangenen Jahren zu einem immer umfangreicheren Einsatz von Leiharbeitskräften mit zahlreichen negativen Auswirkungen. Dazu zählen ein hoher Einarbeitungsaufwand, Qualitätseinbußen in der medizinischen Versorgung, zum Teil unzuverlässige Leiharbeitsvermittler und Konflikte mit den festangestellten, tarifvertraglich entlohnten Mitarbeitern. Die Personalkosten für Leiharbeitskräfte sind darüber hinaus deutlich höher und die Mehrkosten größtenteils nicht erstattungsfähig.

Für die Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 SGB XI hat das Bundeskabinett nun bereits den oben genannten Gesetzentwurf verabschiedet, der für Leiharbeitskräfte die gleichen Wirtschaftlichkeitsgrundsätze bei der Vergütung vorsieht wie bei Festangestellten. So sollen Leiharbeitseinsätze nur "zusätzliche Instrumente" darstellen, um "bei kurzfristigen Personalausfällen" auszuweichen. Die Gesetzesänderung soll einen wirtschaftlichen Anreiz schaffen, "Stammpersonal zu halten und ungleiche Arbeits- und Entlohnungsbedingungen



zu Lasten des Stammpersonals zu beschränken".

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

Titel: Gewinnverbot in Akutkrankenhäusern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christof Stork, Pierre Frevert und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache Ic - 73) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die politisch Verantwortlichen im Bund und in den Ländern auf, für den Betrieb von Akutkrankenhäusern wieder ein Gewinnverbot analog den Regelungen vor 1985 einzuführen.

Begründung:

Die in der direkten Patientenversorgung im Akutkrankenhaus eingeführte Steuerung über den rein wirtschaftlichen Erfolg hat in den über 20 Jahren ihrer Wirksamkeit zu kontinuierlichen Einbußen in der ethischen und mitmenschlichen Qualität der Versorgung geführt.

Gegen die Berufsordnung der Ärztekammern (z. B. § 23 Abs. 2 [Ärztinnen und Ärzte im Beschäftigungsverhältnis] der Hessischen Berufsordnung) wird durch Vereinbarung von wirtschaftlichen Zielvorgaben in ärztlichen Arbeitsverträgen für leitende Positionen unabhängig von der Trägerschaft der Krankenhäuser regelmäßig verstoßen.

Die ethische Grundlage ärztlichen Handelns wird durch reine Bilanzsteuerung zerstört.

Dies ist maßgebliche Ursache für die Flucht aus ärztlichen Berufsfeldern in der Patientenversorgung, die Flucht aus der Pflege und die Flucht aus anderen Gesundheitsfachberufen.

Ein Gewinnverbot in Akutkrankenhäusern bietet die Grundlage, neue Strukturen für Bedarfsermittlung, Bedarfsplanung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung als Daseinsvorsorge mit sozialer Verantwortung zu entwickeln.



127. Deutscher Ärztetag

Essen, 16.05. - 19.05.2023

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

Medizinische Fachangestellte

Ic - 91 Wertschätzung Medizinische Fachangestellte

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

Titel: Wertschätzung Medizinische Fachangestellte

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Dirk Altrichter, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Markus Beck, Dr. Guido Judex, Dr. Andreas Tröster, Dr. Marlene Lessel, Dr. Matthias Lammel, Wolfgang Gradel, Dr. Karl Breu, Dr. Otto Beifuss, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Florian Gerheuser und Erik Bodendieck (Drucksache Ic - 91) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert von allen Verantwortlichen mehr Wertschätzung der Leistungen der Medizinischen Fachangestellten (MFA) und eine Aufwertung des Berufs der MFA.

Durch

- Herstellen einer vollständigen, kompensatorischen Gegenfinanzierung der Tarifsteigerungen durch entsprechende Anpassung des Orientierungswertes,
- Darstellung mindestens eines Inflationsausgleichs in den nächst erreichbaren Tarifverhandlungen,
- einen staatlichen Bonus für MFA,
- mehr Berücksichtigung der Kompetenzen (z. B. durch Einbindung bei der Entwicklung digitaler Lösungen und Bürokratieabbau),
- Verbesserung der beruflichen Aufstiegsperspektiven,
- Reduktion der Stressbelastung (einschließlich dem Schutz vor Gewalt am Arbeitsplatz)

kann die Attraktivität des Berufsbildes deutlich gesteigert und dem bestehenden Fachkräftemangel effizient entgegengewirkt werden.



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

Menschen mit Behinderungen

Ic - 06 Medizinische Versorgungssituation für Menschen mit Behinderung verbessern

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

Titel: Medizinische Versorgungssituation für Menschen mit Behinderung verbessern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag des Vorstands (Drucksache Ic - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zur Verbesserung der medizinischen Versorgungssituation von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen mit komplexen körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen oder schweren Mehrfachbehinderungen fordert der 127. Deutsche Ärztetag 2023 die gesetzlichen Krankenkassen nachdrücklich auf,

- den Auf- und Ausbau der Versorgungslandschaft mit Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) nach § 119c SGB V und mit Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) nach § 119 SGB V entschieden zu fördern, alle Zugangshindernisse zu beseitigen, MZEB und SPZ langfristig und auskömmlich zu finanzieren, um bedarfsgerecht diagnostizieren, behandeln und mit den Partnern im Regelversorgungssystem kommunizieren zu können,
- die MZEB nach § 119c SGB V an der zielgruppenspezifischen ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung zu beteiligen und
- die Versorgungsprozesse bezüglich der Ausstattung mit Hilfsmitteln insbesondere für Kinder und Jugendliche dringend zu beschleunigen und ressourcenschonend zu vereinfachen.

Der 127. Deutsche Ärztetag betont zudem die Notwendigkeit, die gesetzlichen Regelungen des § 43a SGB V zu nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen insbesondere psychologischen, heilpädagogischen und psychosozialen Leistungen dahingehend zu ergänzen, dass sie erstens die frühzeitige Erkennung von Erkrankungen und Aufstellung eines Behandlungsplanes ermöglichen und zweitens ihre Erbringung unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung und in SPZ ermöglichen (vgl. hierzu Drs. I - 26 vom 125. Deutschen Ärztetag 2021).

Darüber hinaus fordert der 127. Deutsche Ärztetag, dass die Benachteiligung von Menschen mit höherem Pflegebedarf oder mit körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnesbehinderungen im Hinblick auf die Nutzung stationärer rehabilitativer Angebote unterbunden wird.

Die Träger der Reha-Einrichtungen und die Leistungsträger werden mit Nachdruck aufgefordert, für eine hinreichende Anzahl von Rehabilitationskliniken Sorge zu tragen, die konzeptionell, baulich, apparativ und vor allem personell so ausgestattet sind, dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit besonderem Unterstützungsbedarf (z. B. bei Blindheit) oder erhöhtem Pflegebedarf oder bei erhöhtem Personalbedarf (z. B. wegen notwendiger Einzeltherapien) aufgenommen werden können. Die Beurteilung der Reha-Fähigkeit darf nicht an die Erfüllung von Kriterien wie Selbstständigkeit auf der Stationsebene oder die Fähigkeit, an Gruppentherapien teilzunehmen, gekoppelt werden, sondern sollte sich künftig nur an der Möglichkeit orientieren, relevante Teilhabeziele zu erreichen.

Begründung:

Menschen mit Behinderungen haben aufgrund ihrer behinderungsassoziierten Krankheitsbilder und Folgeerkrankungen einen besonderen medizinischen Versorgungsbedarf. Seit 2015 ermöglicht § 119c SGB V die Errichtung von ambulant tätigen, multiprofessionell ausgerichteten Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB). Die mittlerweile bundesweit rund 50 tätigen MZEB sind in unterschiedlicher Weise an der Erbringung bedarfsgerechter Versorgungsleistungen gehindert, u. a. durch sehr eng gefasste Zugangsvoraussetzungen, Begrenzung des Leistungsspektrums auf Diagnostik und "Lotsenfunktionen", nicht aufwandsdeckende Quartalspauschalen und Fallzahlbegrenzungen.

Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung weisen eine überdurchschnittliche Belastung mit psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten auf. Ihr Bedarf an psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung wird bei Weitem nicht gedeckt, weder quantitativ noch qualitativ.

Derzeit wird die Hilfsmittelversorgung von Betroffenen, Angehörigen und Assistenzpersonen als oft mühseliger, übermäßig langer bzw. stark verzögerter und streitbehafteter Prozess erlebt, da Verordnungen seitens der Krankenkassen erst nach umfangreichen Nachfragen verzögert bearbeitet oder gleich abgelehnt werden, sodass die Betroffenen häufig genötigt sind, Widerspruch oder später den Rechtsweg einlegen zu müssen. Sie werden dadurch oft zusätzlich belastet, zumal wenn verschiedene Hilfsmittel dringend benötigt werden. Vor allem Kinder und Jugendliche müssen in dieser Situation Beeinträchtigungen der Teilhabe, der Selbstständigkeit und vermeidbare Beeinträchtigungen ihrer Entwicklung hinnehmen.

Entgegen dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der UN-Behindertenrechtskonvention und anderer geltender Rechtsvorschriften (z. B. Artikel 3 Abs.

3 Satz 2 Grundgesetz, Behindertengleichstellungsgesetz) werden Menschen mit höherem Pflegebedarf oder mit körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnesbehinderungen derzeit kaum oder gar nicht in stationäre Reha-Einrichtungen aufgenommen, wenn sie auf Stationsebene nicht selbstständig sind oder nicht eigenständig an Gruppenangeboten teilnehmen können. Eine Aufnahme wird teilweise nur mit Assistenz ermöglicht. Dies wird sogar für weite Teile der geriatrischen oder neurologischen Rehabilitation praktiziert. Die Gründe dafür liegen in der unzureichenden konzeptionellen Ausrichtung von Rehakliniken, vor allem aber in der unzureichenden Personalausstattung und deren unzulänglicher Finanzierung.



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

Notfallversorgung und Katastrophenschutz

- Ic - 70 Keine Strafgebühren bei inadäquater Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- Ic - 25 Für qualitätsorientierte Notfallversorgung und verbindliche Patientensteuerung
- Ic - 115 Zugang zu Integrierten Notfallzentren nach qualifizierter Ersteinschätzung
- Ic - 114 Stärkung von Integrierten Notfallzentren - zusätzliche Vergütung
- Ic - 90 Keine Parallelstrukturen im Notdienst

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

Titel: Keine Strafgebühren bei inadäquater Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Julian Veelken, Dr. Katharina Thiede, Matthias Marschner, Dr. Christof Stork, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Helene Michler, Pierre Frevert und Dr. Joachim Suder (Drucksache Ic - 70) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 lehnt die Einführung von Strafzahlungen als untaugliches und unsoziales Mittel zur Steuerung von Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen ab.

Begründung:

Die Fehlsteuerung von Patientenströmen gehört unbestritten zu den drängendsten Problemen im deutschen Gesundheitswesen. Die an manchen Stellen erhobene Forderung nach Strafzahlungen und -gebühren bei nicht ordnungsgemäßer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens hat sich bereits in der Vergangenheit als untaugliches Mittel zur Steuerung erwiesen und wird auch zukünftig kein Mittel zur Vermeidung von Über- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen sein. Die Erhebung von Strafgebühren von Menschen, die ihre gesundheitliche Problematik in der Eigeneinschätzung als Notfall empfinden, hat zu keiner Änderung der Inanspruchnahme geführt. Strafzahlungen sind darüber hinaus unsozial, weil deren Zahlung von Menschen eher geleistet werden kann, die über die entsprechenden finanziellen Mittel verfügen. Auch besteht die Gefahr, dass medizinische Hilfe im konkreten Fall nicht gesucht wird, um der Gefahr einer Strafzahlung zu entgehen.

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

Titel: Für qualitätsorientierte Notfallversorgung und verbindliche Patientensteuerung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Johannes Flechtenmacher, Dr. Christoph Ascheraden Freiherr von Schoultz, Dr. Sophia Blankenhorn, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Dr. Susanne Bublitz, Dr. Susanna Colopi-Glage, Markus Haist, Prof. Dr. Hansjörg Heep, Prof. Dr. Wolfgang Linhart, Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, MBA, Dr. Bernhard Schönemann, Dr. Norbert Smetak und Agnes Trasselli (Drucksache Ic - 25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 begrüßt die Einführung bzw. den Ausbau entsprechender Strukturen zur Patientensteuerung im Sinne einer effektiven und qualitätsorientierten Notfallversorgung, deren Kostenübernahme durch die Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, sich bei Politik und Kostenträgern hierfür entsprechend einzusetzen.

Begründung:

Funktionierende Notfall- und Akutversorgung auf qualitativ hochwertigem Niveau und unter wirtschaftlichem Einsatz vorhandener Ressourcen ist ein gesamtgesellschaftliches Interesse und fällt unter den Bereich der Daseinsfürsorge. Angesichts von Ärzte- und Fachkräftemangel, Fehlinanspruchnahme von Rettungsdienst, Krankenhausnotaufnahmen und Bereitschaftsdienst sind leistungsfähige und zuverlässige Systeme zur Patientensteuerung in die richtige Versorgungsebene unumgänglich. Die verbindliche Zuführung von Patientinnen und Patienten je nach Dringlichkeit in die Versorgungsebenen

1. Notarzteinsatz mit Rettungsdienst,
 2. Aufsuchen einer Krankenhausnotaufnahme,
 3. Aufsuchen einer Notfallpraxis,
 4. Hausbesuch durch ärztlichen Bereitschaftsdienst,
 5. Hausbesuch in Delegation an medizinisches Fachpersonal im telemedizinischen Stand-by durch Ärztin oder Arzt,
 6. Termin in der Regelversorgung oder
 7. abschließende Beratung per Telefon oder Videokonsultation mit Ärztin oder Arzt ohne weitere Maßnahmen
-

kann zu qualitativ hochwertiger Notfall- und Akutversorgung führen, Patientenschädigung durch zeitverzögerte Versorgung in der richtigen Einrichtung vermeiden, die Funktionsfähigkeit von Strukturen der Notfallversorgung sichern und Kosten sparen. Die Ersteinschätzung kann mit standardisierten, computergestützten und qualitätsgesicherten Verfahren telefonisch oder per Videokonsultation bei der Rettungsleitstelle oder 116117, als Selbsteinschätzung per App für PC, Tablet oder Smartphone oder spätestens noch persönlich am Tresen von Notaufnahme, Notfallpraxis oder integriertem Notfallzentrum (INZ) erfolgen. Soweit noch nicht mit ausreichender Kapazität existent, müssen derartige Strukturen geschaffen oder ausgebaut werden. Um eine ausreichende Steuerungsfunktion zu entfalten, muss die so ermittelte Versorgungsebene für Patientinnen und Patienten obligatorischer Bestandteil am Anfang jeder Inanspruchnahme von Notfalldienststrukturen werden und im Ergebnis für Patientinnen und Patienten verbindlich sein. Um dies sicherzustellen, ist nur bei Nichteinhaltung der zugewiesenen Versorgungsebene eine Eigenbeteiligung für Patientinnen und Patienten anzustreben.

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

Titel: Zugang zu Integrierten Notfallzentren nach qualifizierter Ersteinschätzung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Lars Bodammer, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Hansjoachim Stürmer, Dr. Heike Raestrup, Dr. Adelheid Rauch, Anne Kandler, Frank Seibert-Alves, Dr. Dirk Jesinghaus, Dr. Norbert Smetak, Dirk Paulukat und Dr. Cornelius Weiß (Drucksache Ic - 115) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Integrierten Notfallzentren (INZ) erst nach einer qualifizierten Ersteinschätzung (ärztlich/pflegerisch/sanitätsdienstlich) zuzulassen.

Begründung:

Ein ungesteuerter Zugang von Patientinnen und Patienten zu INZ führt zum unkontrollierten und übermäßigen Verbrauch ärztlicher, pflegerischer und finanzieller Ressourcen. Eine qualifizierte Ersteinschätzung kann frühzeitig eine zielgerichtete und medizinisch adäquate Versorgung im ambulanten Bereich, im INZ bzw. intensivmedizinisch sicherstellen.

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

Titel: Stärkung von Integrierten Notfallzentren - zusätzliche Vergütung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Wolf Andreas Fach, Dirk Paulukat, Dr. Heike Raestrup, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Lars Bodammer, Anne Kandler, Dr. Cornelius Weiß, Dr. Hansjoachim Stürmer, Dr. Norbert Smetak, Dr. Ivo Grebe und Dr. Dirk Jesinghaus (Drucksache Ic - 114) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Gesetzgeber, Kostenträger und Krankenhausgesellschaft werden aufgefordert, die nach dem Kommissionsvorschlag zur Krankenhausreform für Integrierte Notfallzentren (INZ) zusätzlich zu erbringenden ärztlichen Tätigkeiten auch zusätzlich zu vergüten.

Begründung:

Die Verlagerung von Notfallbehandlungen in INZ unter Nutzung personeller und finanzieller Ressourcen der budgetierten ambulanten Medizin beeinträchtigt unverhältnismäßig die reguläre ambulante Patientenversorgung. Die durch eine bevorzugte intensive Diagnostik und Therapie in INZ entstehenden Zusatzkosten müssen zusätzlich vergütet werden.

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

Titel: Keine Parallelstrukturen im Notdienst

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Oliver Funken, Elke Cremer, Dr. Arndt Berson, Dr. Susanne Bublitz, Jens Wagenknecht, Dr. Guido Judex, Antje Meinecke, Dr. Walter Mildenerberger, Dr. Günter Meyer, Dr. Johann Ertl, Dr. Stefan Semmler und Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Drucksache Ic - 90) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Abgeordneten des 127. Deutschen Ärztetages 2023 fordern die Bundesregierung - und insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) - auf:

1. Die ambulant und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte, deren Expertise in der Notdienterbringung maßgeblich ist und die den flächendeckenden Notfalldienst gewährleisten, an den Überlegungen und der Ausgestaltung der Notfalldienstreform zu beteiligen. Kommissionen ohne Beteiligung der Ärzteschaft sind ungeeignet, praxistaugliche Reformvorhaben des Notfalldienstes zu planen.
2. Der Erwartungshaltung der Bevölkerung, auch nicht dringliche Anliegen zu Unzeiten versorgen zu lassen, politisch und kommunikativ entgegenzuwirken.
3. Keine für Patientinnen und Patienten intransparenten Parallelstrukturen in der Notfallversorgung zu schaffen. Stattdessen sind klare und verbindliche Versorgungspfade auch in der Notfallversorgung zu etablieren. Dies schließt sowohl die stationären als auch die ambulanten Notfallstrukturen ein.
4. Darauf hinzuwirken ein System zu implementieren, durch welches Patientinnen und Patienten - gerade außerhalb der üblichen Praxisprechzeiten - eine verbindliche, steuernde Ersteinschätzung erhalten, ob die Notaufnahme, der ärztliche Bereitschaftsdienst oder die Arztpraxis in ihrem konkreten Fall die richtige Anlaufstelle ist.

Begründung:

Die ambulante und stationäre Notfallversorgung wird an vielen Stellen, u. a. im Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) 2018, als defizitär und reformbedürftig eingestuft. Dies belegt unter anderem eine kürzlich erschienene Übersicht des Zentralinstituts für die kassenärztliche

Versorgung (Zi) über die Entwicklung der ambulanten Notfälle in Kliniken und im ärztlichen Bereitschaftsdienst: Im Jahr 2019 wurden der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) demnach ca. 8,2 Millionen Mal und die Notfallambulanzen der Krankenhäuser 10,6 Millionen Mal in Anspruch genommen. Die existierenden Gutachten beklagen vor allem eine Fehlsteuerung von Patientinnen und Patienten, die einer dringlichen Notfallbehandlung nicht zwingend bedürfen, und als Folge daraus überlange Wartezeiten in den Notfallaufnahmen erzeugen. Es besteht also dringender Handlungsbedarf, eine Reform der Notfallstrukturen ist unumgänglich.

Zwingend für das Gelingen dieser Reform ist aber, dass die breite Expertise der in der Notfallversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte Gehör findet und mit einbezogen wird.

Ferner dürfen keine intransparenten Parallelstrukturen gebildet werden. Diese führen nicht nur zur Ressourcenverschwendung, sondern verunsichern auch noch die Patientinnen und Patienten.

Wesentlich für die Fehlbeanspruchung der Notfallversorgung durch viele Bürgerinnen und Bürger ist, neben der bestehenden Orientierungslosigkeit, auch eine Anspruchshaltung einer 24/7-Versorgung auch von Bagatellerkrankungen und Routineversorgung, die mit den bestehenden Strukturen schlicht nicht leistbar ist.

Damit Patientinnen und Patienten die Chance haben, die vorhandenen Ressourcen zielführend nutzen zu können, ist die Implementierung eines Systems zur verbindlichen Ersteinschätzung dringend geboten. Dies entlastet nicht nur die Strukturen, sondern ist auch im Sinne der Patientinnen und Patienten, deren Akutversorgung so im Notfall nachhaltig gesichert werden kann.



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

Organspende / Transplantation

Ic - 65 Für die Einführung der Widerspruchslösung in der Organspende

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

Titel: Für die Einführung der Widerspruchslösung in der Organspende

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von PD Dr. Peter Bobbert, Julian Veelken, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Susanne von der Heydt, Matthias Marschner, Dr. Regine Held, Prof. Dr. Jörg Weimann, Miriam Vosloo, Dr. Matthias Albrecht und Dr. Yüksel König (Drucksache Ic - 65) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, die Widerspruchslösung in der Organspende einzuführen.

Seit 2010 ist die Anzahl der Spenderzahlen in Deutschland rückläufig. Die letzte gesetzliche Novellierung der sogenannten Entscheidungslösung hat keine Verbesserung der fatalen Entwicklung abnehmender durchgeführter Organspenden erbracht. Diese in Deutschland gefundene gesetzliche Regelung ist gescheitert und bewirkt heute großes Leid bei denen, die teils über Jahre auf eine Organspende warten. Viel zu viele Menschen warten vergeblich auf ein für sie passendes Organ. Die Einführung der Widerspruchslösung wird helfen, die in der Bevölkerung bestehende hohe Spendebereitschaft in eine ausreichend reale hohe durchgeführte Organspende zu überführen. Alle in Eurotransplant (Eurotransplant International Foundation) zusammengeschlossenen Länder, außer Deutschland, praktizieren erfolgreich die Widerspruchslösung. Der deutsche Weg ist gescheitert. Es ist Zeit für den europäischen Weg. Es ist Zeit für die Widerspruchslösung.



127. Deutscher Ärztetag

Essen, 16.05. - 19.05.2023

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

ÖGD / Arbeits- und Betriebsmedizin

Ic - 67 Ärztliche Leitungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst sicherstellen
Ic - 19 Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

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

Titel: Ärztliche Leitungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst sicherstellen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Anne Bunte, Petra Albrecht, Dr. Regine Arnold, Dr. Karl Breu, Prof. Dr. Peter Czeschinski, Dr. Bernd Hanswille, Dr. Susanne Johna, Christian Kreß, Michael Lachmund, Stefanie Oberfeld, Dr. Hans-Albert Gehle, Rudolf Henke, Dr. Günther Matheis, Dr. Gerald Quitterer und Dr. Martina Wenker (Drucksache Ic - 67) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Bundesminister für Gesundheit und die Gesundheitsminister/-innen der Länder auf, durch gesetzliche Rahmenbedingungen auf Bundes- und Landesebene sicherzustellen, dass die fachliche Qualität der Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) auf kommunaler und auf Landesebene durch Fachärzte und Fachärztinnen insbesondere für Öffentliches Gesundheitswesen als verantwortliche Leitungen gewährleistet wird.

Begründung:

Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie haben gezeigt, welche Bedeutung eine verantwortungsvolle und fachkompetente Leitung und Führung von Einrichtungen des ÖGD - und hierbei insbesondere der Gesundheitsämter - durch Fachärztinnen und Fachärzte hat. Hierdurch wird sichergestellt, dass Entscheidungen maßgeblich auf Grundlage medizinisch-fachlicher und bevölkerungsmedizinischer Expertise getroffen werden und sowohl in der Fachöffentlichkeit wie auch in der Breite der Bevölkerung Akzeptanz finden können.

Im internationalen Vergleich gestalten insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte die öffentliche Gesundheit - und das evidenzbasiert. Dagegen ist in Deutschland zunehmend zu beobachten, dass im ÖGD auf kommunaler und auf Landesebene wie z. B. in den Akademien, die für den theoretischen Teil dieser fachärztlichen Weiterbildung zuständig sind, die fachärztliche Qualifikation eine zunehmend geringere Rolle bei der Besetzung von Führungspositionen spielt. Immer häufiger werden diese im ÖGD durch nichtärztliche Berufsgruppen besetzt, wobei die fachärztliche Qualifikation, die eine mindestens elfjährige Aus- und Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Bevölkerungsmedizin voraussetzt, nur noch als eines der gewünschten Qualifikationsprofile in Stellenbesetzungsverfahren aufgeführt

wird.

Um die vielfältigen bevölkerungsmedizinischen Aufgaben des ÖGD - dazu gehören neben dem Infektionsschutz auch die Gesundheitsberichterstattung, die Gesundheitsförderung, Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpsychiatrie, die Prävention oder auch die subsidiäre medizinische Versorgung - sicherzustellen, müssen neben der Evidenzbasierung und fachlich-ärztlichen Unabhängigkeit auch attraktive Karrierewege für Fachärztinnen und Fachärzte vorhanden sein bzw. geschaffen werden.

Nur so kann die in der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) verankerte Unabhängigkeit ärztlichen Handelns im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung und jedes Einzelnen gewährleistet und auch zukünftig sichergestellt werden.

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

Titel: Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Dirk Altrichter, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Markus Beck, Dr. Guido Judex, Dr. Andreas Tröster, Dr. Matthias Lammel, Wolfgang Gradel, Dr. Marlene Lessel, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Karl Breu und Dr. Otto Beifuss (Drucksache Ic - 19) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Bund, die Länder und Kommunen auf, den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) weiter zu stärken.

Es wird

- die konsequente Umsetzung der Ziele des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst vom 29.09.2020 (Personalaufbau, Digitalisierung, Vernetzung),
- eine angemessene Vergütung der Amtsärztinnen und -ärzte, z. B. analog der Vergütung der Ärzte an kommunalen Krankenhäusern,
- die Verlängerung der finanziellen Beteiligung des Bundes über 2026 hinaus

gefordert, um die Attraktivität des ÖGD als Arbeitgeber zu steigern und vakante Stellen auch langfristig besetzen zu können.

Begründung:

Der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages beschloss Ende März 2023 als eine Maßgabe der Regierung, die finanzielle Beteiligung des Bundes am Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) nicht über 2026 hinaus zu verlängern. Die Vereinbarung war 2020 geschlossen worden, um vor allem eine raschere personelle Verstärkung der rund 400 Gesundheitsämter zu erreichen. Die Corona-Pandemie hat die enorme Bedeutung eines funktionierenden ÖGD für die Gesundheit der Menschen deutlich gemacht. Neben der Infektionskontrolle übernimmt der ÖGD zahlreiche weitere wichtige Aufgaben wie die Erfassung und das Management von Entwicklungsdefiziten und Erkrankungen bei Kindern, die Betreuung von Wohnungslosen und psychisch Kranken, Trinkwasser- und Hygienekontrollen, die Betreuung von Flüchtlingen,



Gesundheitsberichterstattung und Politikberatung. Dem ÖGD fehlt mit Wegfall der Unterstützung des Bundes die Planungssicherheit, um neu geschaffene Stellen zu halten bzw. für angemessene Gehälter der Amtsärztinnen und -ärzte zu sorgen.



127. Deutscher Ärztetag

Essen, 16.05. - 19.05.2023

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

Pandemie

- Ic - 15 Aufarbeitung der Corona-Pandemie - eine nationale Aufgabe
- Ic - 26 Für eine bessere Risiko- und Gesundheitskommunikation
- Ic - 49 Erkenntnisse der Corona-Pandemie zeitnah aufarbeiten, um die "Pandemic Preparedness" nachhaltig zu erhöhen
- Ic - 51 Qualität der Todesursachenstatistik konzeptionell stärken

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

Titel: Aufarbeitung der Corona-Pandemie - eine nationale Aufgabe

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Andreas Gibb, Dr. Beate Krammer-Steiner, Anne Machka, Dr. Evelin Pinnow und Dr. Jens Placke (Drucksache Ic - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesregierung auf, eine politisch unabhängige, interdisziplinär besetzte Kommission einzurichten, die die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Gesundheitswesen, aber auch auf soziopsychologische Folgen der getroffenen Entscheidungen - insbesondere für Kinder und Jugendliche sowie für die besonders vulnerablen Gruppen wie Immungeschwächte, psychisch Erkrankte und (hoch-)betagte Menschen - untersuchen soll. Die Bundesärztekammer möge dort (z. B. auch durch den Ärztlichen Pandemierat der Bundesärztekammer) auf ärztlicher Seite, wie auch auf Seite der Medizinischen Fachangestellten (MFAs), mit dafür Sorge tragen, dass eine ausgewogene Mischung der Expertise gewahrt wird. Dabei soll die Aufarbeitung möglichst nicht von Vorurteilen oder persönlichen Meinungen in Bezug auf die Coronamaßnahmen geprägt sein. Die Ergebnisse sollten eine Richtschnur für (medizinische) Entscheidungen, aber auch für Krisenkommunikation und wissenschaftliche Begleitung zukünftiger Pandemien, sein.

Im Lichte der Pandemieerfahrungen sollte die Kommission insbesondere folgende Felder beleuchten:

- das Gesundheitssystem mit Blick auf die gesamte Versorgungspyramide - von der hausärztlichen Versorgung bis zur Spitzenmedizin, einschließlich der ambulanten und stationären Pflege sowie des öffentlichen Gesundheitswesens
- das Bildungssystem von der Kindertagesstätte bis zur Hochschule, auch unter Berücksichtigung sozialer und psychologischer Faktoren für erfolgreiche Bildung und Entwicklung
- soziale Spannungen und psychische Belastungen der Menschen in unserem Land und die Verschärfung sozialer Ungleichheiten.

Darüber hinaus sollte die Kommission das Pandemiemanagement kritisch überprüfen. Dabei gilt es einerseits Rückschaufehler zu vermeiden, andererseits aber auch ex ante übersehenes Wissen zu identifizieren, Handlungsalternativen zu benennen, die

Lernfortschritte der letzten drei Jahre zu integrieren und Vergleiche mit anderen Ländern heranzuziehen.

Folgende Grundsätze gilt es zu beachten:

- Transparenz, Evidenz und Effizienz von Entscheidungs- und Fehlerkorrekturprozessen
- das Zusammenspiel von Exekutive, Legislative und Judikative sowie Wissenschaft und Medien
- Qualität wissenschaftlicher Politikberatung (Breite der Expertise, Mechanismen der Beraterinnen- und Beraterauswahl, fachliche Verlässlichkeit, Interessenkonflikte etc.)
- Organisation und Balance wissenschaftlicher Forschung, von sorgfältiger Datenerhebung und Modellierung über klinische Studien und nichtmedizinische Begleitforschung bis zu Impfmanagement und Pharmakovigilanz
- Kommunikation von staatlichen Behörden, wissenschaftlichen Institutionen und Medien, auch im Hinblick auf eine systematische Einordnung der Belastbarkeit wissenschaftlicher Evidenz.

Bei der Auswahl der (nicht nur ärztlichen) Expertinnen und Experten können und sollen folgende Maßstäbe gelten:

- Die Auswahl sollte möglichst entpersonalisiert und unabhängig von politischen Interessen aus einer systemischen Perspektive erfolgen.
- Interessenkonflikte aufgrund aktueller Beratertätigkeiten und anderer relevanter Funktionen sollten minimiert werden.
- Zur Vertrauensbildung ist ein hohes Maß an Transparenz und Öffentlichkeit des Verfahrens erforderlich.
- Erfahrungen der Menschen in unserem Land müssen in angemessener Weise in die Arbeit der Kommission einfließen.

Die Nachbereitung der Pandemie erfordert ebenfalls ein erhebliches, auch selbstkritisches Engagement der deutschen Ärzteschaft und der Wissenschaftsgemeinschaft. Wir Ärztinnen und Ärzte sind bereit, uns dem zu stellen und uns daran zu beteiligen.

Begründung:

Die Corona-Pandemie hat in unserem Land tiefe Spuren hinterlassen und eine unzureichende Krisenfestigkeit unserer Gesellschaft offenbart. Bislang bleibt die bisherige Reflexion über die Pandemie zu punktuell und zu sehr vom Streben nach politischer und medialer Meinungshoheit geprägt. Es bedarf einer geordneten und systematischen Aufarbeitung im Rahmen einer demokratischen Diskussionskultur, um das Vertrauen der Menschen in die medizinischen und wissenschaftlichen Institutionen zu stärken. Eine offene, kritische und konstruktive Aufarbeitung ist dabei ein unverzichtbarer Teil eines



professionellen Krisenmanagements.

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

Titel: Für eine bessere Risiko- und Gesundheitskommunikation

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Sophia Blankenhorn, Dr. Joachim Suder, Dr. Jürgen de Laporte, Dr. Paula Hezler-Rusch, Dr. Guido Judex, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Frank J. Reuther, Dr. Susanna Colopi-Glage, Dr. Christiane Hummel und Christian Wantzen (Drucksache Ic - 26) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 begrüßt die Etablierung einer Kommunikationsinitiative zum Thema "Pandemie". Diese Aufgabe kann zum Beispiel an der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) etabliert, fortgeführt und weiterentwickelt werden, ähnlich der Initiative zur Kommunikationsstrategie zum Thema "Klimawandel, Hitze und Gesundheit".

Der 127. Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, sich beim Bundesgesundheitsminister hierfür entsprechend einzusetzen.

Begründung:

Es ist von zentraler Bedeutung die Bevölkerung mit qualitätsgeprüften, gut verständlichen Informationen für die gesundheitlichen Risiken zu sensibilisieren und diese dabei zu unterstützen. Die Pandemie hat gezeigt, dass Menschen in die Lage versetzt werden, Risiken zu verstehen, um dann selbst gut zu handeln. Es muss mehr vom Menschen her gedacht werden, indem mehr in die Gesellschaft hineingehört wird.

Die Pandemie hat gezeigt, dass zukünftig der Fokus u. a. auf Bevölkerungsgruppen gerichtet werden muss, die schwer zu erreichen sind; hier soziale Randgruppen und vulnerable Gruppen. Hierbei müssen vor allem Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte viel stärker in die Kommunikationsstrategie der Behörden eingebunden werden, da die Bevölkerung diesen sehr viel Vertrauen entgegenbringt.

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

Titel: Erkenntnisse der Corona-Pandemie zeitnah aufarbeiten, um die "Pandemic Preparedness" nachhaltig zu erhöhen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Adelheid Rauch, Dr. Thomas Lipp, Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Ulrich Tappe und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache Ic - 49) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesregierung, die Landesregierungen sowie die Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene auf, die im Gesundheitssystem, aber auch in allen Lebenswelten gemachten Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie zentral aufzuarbeiten. Dazu sollten Gutachten aus den verschiedensten Bereichen der Wissenschaften eingeholt und regelmäßig tagende Pandemiesachverständigenräte einberufen werden, die die gewonnenen Erkenntnisse ständig aktualisieren, um daraus nachhaltig Maßnahmen zur Pandemic Preparedness abzuleiten. Im Ergebnis muss eine umfassende Strategie für künftige "epidemische Notlagen von nationaler Tragweite" entwickelt werden, die in praktikable und belastbare Pandemiepläne mündet. Nur so können langfristig Strukturen geschaffen werden, die die Entwicklung verfassungsmäßiger, geeigneter und effektiver Maßnahmen gegen eine Pandemie ermöglichen und solide Grundlagen für Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung schaffen.

Dieser Aufarbeitungsprozess ist ohne weitere Verzögerungen einzuleiten, um verloren gegangenes Vertrauen zurückzugewinnen und das Gesundheitssystem auf erwartbar kommende Krisen einzustellen.

Begründung:

Die Corona-Pandemie hat das deutsche Gesundheitssystem vor große Herausforderungen gestellt und dessen Stärken und Schwächen - wie eine Art "Stresstest" - deutlich sichtbar gemacht. Angesichts dessen, dass auch zukünftig Ereignisse wie eine Pandemie durch ein Influenzavirus oder antimikrobielle Resistenzen (AMR) gegenüber Wirkstoffen unser Gesundheitssystem immer wieder herausfordern und belasten werden können, ist es unabdingbar, Maßnahmen, die in der Krise ergriffen wurden, zu reflektieren und zu

evaluieren und aus ihnen zu lernen. Zudem gilt es, die Vorbereitung auf zukünftige Krisen stetig zu überprüfen und anzupassen, damit unser Gesundheitssystem solchen Ereignissen möglichst gut standhalten kann. In Anbetracht der Vielgestaltigkeit möglicher Herausforderungen muss daher das System insgesamt gestärkt werden, um gegebenenfalls auch auf nicht vorausgesehene Ereignisse vorbereitet zu sein. Dazu können Gesetzgeber und Exekutive auf eine Reihe von Analysen, Gutachten, Stellungnahmen und Empfehlungen zurückgreifen, so z. B. vom Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, vom Deutschen Ethikrat, von Expertengremien, wie dem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) eingesetzten "Rat der Arbeitswelt", sowie von vielen Wissenschaftlern, Verbänden und Spitzenorganisationen. Dieser wertvolle Fundus an fachlicher Expertise aus der Breite der Gesellschaft muss und sollte, auch im Sinne gesellschaftlicher Partizipation, dringend genutzt werden.

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

Titel: Qualität der Todesursachenstatistik konzeptionell stärken

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Han Hendrik Oen, Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Miriam Vosloo, Dr. Adelheid Rauch, Bettina Rakowitz, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Lothar Rütz, Dr. Thomas Lipp und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache Ic - 51) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Landesgesundheitsministerien auf, ein Konzept zu erarbeiten, das es - gerade auch im Epidemie- und Pandemiefall - erlaubt, durch Autopsie sowohl eine korrekte Todesursache zu ermitteln als auch das Krankheitsbild mit auftretenden morphologischen Organschäden frühzeitig zu erkennen.

Begründung:

Nach § 25 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist das Gesundheitsamt zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten berechtigt, erforderliche Ermittlungen anzustellen und ggf. eine innere Leichenschau vorzunehmen. Nichtsdestotrotz herrschte gerade zu Beginn der Corona-Pandemie große Unsicherheit im Umgang mit den an SARS-CoV-2-Verstorbenen. Es wurden nur selten Obduktionen in pathologischen und rechtsmedizinischen Instituten durchgeführt, sodass die Obduktionsfrequenz der Coronatoten gering war. Die Qualität der für die Todesursachenstatistik erhobenen Daten war mitunter fraglich. Eine erfolgreiche Bekämpfung einer Infektionskrankheit setzt aber u. a. voraus, dass Krankheitsbilder - gegebenenfalls auch durch Autopsie - klar erkannt werden.



127. Deutscher Ärztetag

Essen, 16.05. - 19.05.2023

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

Prävention / Gesundheitsförderung

- Ic - 83 Engagement in der ärztlichen Prävention stärken
- Ic - 112 Für eine Stärkung der Suizidforschung und Suizidprävention durch eine gesetzliche
Regelung

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

Titel: Engagement in der ärztlichen Prävention stärken

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Norbert Smetak, Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Ivo Grebe, Dr. Gisbert Voigt und Dr. Klaus-Peter Spies (Drucksache Ic - 83) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesregierung auf, die Ärzteschaft bei der Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes, des Präventionsforums und der Nationalen Präventionskonferenz intensiv zu beteiligen, um den im Koalitionsvertrag der Bundesregierung festgehaltenen Leitgedanken von Vorsorge und Prävention adäquat umzusetzen.

Das beinhaltet auch eine verlässliche und langfristige Finanzierung der ärztlichen Präventionsleistungen für alle gesellschaftlichen Gruppen. Bei der Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes ist eine deutlich stärkere Berücksichtigung dieses Aspektes zwingend notwendig, da Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihres besonderen Vertrauensverhältnisses besonders nah an Patientinnen und Patienten verschiedenster Herkunft sind.

Vor diesem Hintergrund ruft der 127. Deutsche Ärztetag zu einer konzertierten Aktion von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und ärztlichen Berufsverbänden auf.

Begründung:

Ärztliche Aufgabe ist es unter anderem Gesundheit zu schützen und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlage im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken. Prävention und Gesundheitsförderung sind ärztliche Aufgaben, die tagtäglich im niedergelassenen Versorgungsbereich, in Kliniken, in betriebsärztlichen und anderen Settings durchgeführt werden. Diese ärztlichen Aufgaben stoßen sehr schnell an ihre Grenzen, da diese zeitaufwendige Beratung und Begleitung weder ambulant noch stationär auch nur ansatzweise einer kostendeckenden Vergütung unterliegen. Das Präventionsgesetz von 2015 hat den Ärztinnen und Ärzten fast ausschließlich den Platz von Bescheinigungsausstellern zur Teilnahme an durch Krankenkassen zertifizierten Präventionskursen zugewiesen. Will man die Potenziale eines Präventionsgesetzes



tatsächlich nutzen, ist eine wesentlich engere Einbindung von Ärztinnen und Ärzten mit entsprechender Honorierung unumgänglich.

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

Titel: Für eine Stärkung der Suizidforschung und Suizidprävention durch eine gesetzliche Regelung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Pierre Frevert und Dr. Christof Stork (Drucksache Ic - 112) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert eine umfassende Bestandsaufnahme der bestehenden Programme auf Bundes- und Landesebene zur Suizidprävention. Auf dieser Grundlage soll die Förderung erweitert und verstetigt werden. Hierzu fordert er eine umfassende gesetzliche Verankerung der Suizidprävention im Rahmen eines Suizidpräventionsgesetzes.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert einerseits konkrete Maßnahmen zur Suizidprävention, andererseits, dass die Umsetzung in jährlichen Abständen dokumentiert wird.

Begründung:

Auf dem 124. Deutschen Ärztetag 2021 wurde die Politik aufgefordert, die Suizidprävention in Deutschland in den Fokus zu nehmen, zu unterstützen, auszubauen und zu verstetigen (DÄT-Drs. Ia - 04). Ausdrücklich wurde gefordert, kurzfristig eine umfassende Bestandsaufnahme der bestehenden Programme und Initiativen zur Suizidprävention in Deutschland in Auftrag zu geben und die Suizidprävention nachhaltig zu fördern (DÄT-Drs. IVa - 07).

In Deutschland sterben jährlich ca. 9.000 Menschen durch Suizid, während die Suizidversuche um das Zehnfache höher sind. Auch wenn die Zahlen seit den 80er Jahren zurückgehen, übertreffen die Zahlen die der Toten durch Verkehrsunfälle, Morde, Drogen oder AIDS.

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und weitere Organisationen wie die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) forderten am 01.06.2022 von den Bundestagsabgeordneten eine umfassende gesetzliche Verankerung der Suizidprävention im Rahmen eines Suizidpräventionsgesetzes in Verbindung mit dem weiteren Ausbau der Hospizarbeit und Palliativversorgung, die auch die Bundesärztekammer unterstützt hat.



Dieses Anliegen entspricht dem Verständnis einer großen Mehrheit der verfassten Ärzteschaft, wie sie auf dem 124. Deutschen Ärztetag 2021 in den Beschlüssen zur Suizidprävention zum Ausdruck kam.



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

Psychiatrie / Psychosomatik / Psychotherapie

Ic - 98 Keine psychiatrische und psychosomatische Versorgung ohne ärztliche
Psychotherapie

Ic - 102 Strukturierte psychiatrische Versorgung für Schwangere, Stillende, junge Mütter und
Väter ausbauen

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

Titel: Keine psychiatrische und psychosomatische Versorgung ohne ärztliche Psychotherapie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Stefanie Oberfeld und Christa Bartels (Drucksache Ic - 98) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Abgeordneten des 127. Deutschen Ärztetages 2023 fordern, eine berufs- und gesundheitspolitische Diskussion über die Identität ärztlicher Psychotherapie zu führen und ihren besonderen Stellenwert für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festzustellen. Die Behandlungsführung in den Fachgebieten Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie muss in ärztlicher Endverantwortung bleiben.

Die Ärzteschaft nimmt mit großer Sorge wahr, dass Psychotherapie zunehmend an Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten delegiert wird, da ihre Anzahl größer ist und die Kosten für die Ausbildung sowie die Personalkosten niedriger sind als die der Ärztinnen und Ärzte.

Diese Entwicklung bedeutet für die ärztlichen sogenannten P-Fächer einen erheblichen Verlust an Attraktivität für zukünftige Ärztinnen und Ärzte sowie einen Qualitätsverlust in der Behandlung von Patientinnen und Patienten. Psychotherapie in ihren verschiedenen Facetten ist ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung psychisch kranker Menschen. Die Qualität der therapeutischen Beziehung hat eine hohe Bedeutung für den Outcome von Behandlungen. Bei einer zunehmenden Aufsplitterung der Behandlung in eine somatische versus psychische Behandlung ist eine Fallführung im Sinn des integrierenden biopsychosozialen Modells nicht mehr möglich. Hierunter leiden insbesondere schwer und komplex erkrankte Patientinnen und Patienten, die vor allem in den Kliniken Hilfe suchen. Gleichzeitig ist zu befürchten, dass sich die ambulante Versorgung immer weiter auf die weniger komplex Erkrankten konzentriert, der befürchtete Drehtüreffekt mit all seinen bekannten negativen Auswirkungen weiter zunimmt und damit eine leitliniengerechte Versorgung der Bevölkerung nicht mehr gewährleistet werden kann.

Begründung:

Vor dem Hintergrund eines allgemeinen Ärzte- und damit Fachärztemangels ist ein

stummes und alarmierendes Verschwinden ärztlicher Psychotherapie zu beobachten.

Ärztliche Psychotherapie beschäftigt sich sehr häufig mit schwerstkranken Patientinnen und Patienten und findet entsprechend häufig im stationären Rahmen statt. Sie ist eingebettet in eine Vielzahl institutioneller, aber auch situativer Settings wie in Notdienste am Wochenende, Konsiliar- oder Nachtdienste und andere. Dieses Kompetenzspektrum überblickt keine andere Berufsgruppe.

Aufgrund oft chronifizierender Verläufe und aufgrund oft vorliegender multipler auch somatischer Komorbiditäten, häufig verbunden mit einer notwendigen Polypharmazie, benötigen diese Erkrankten eine komplexe, integrative diagnostische und differentialdiagnostische ärztliche Expertise.

Ihre Behandlung erfordert eine hohe Flexibilität der ärztlichen Haltung, von der supportiv-psychoedukativen Haltung beim z. B. an einer wahnhaften Depression oder an einer Demenz Erkrankten, bis zur verlaufs- und kompetenzangemessenen Verantwortungsübergabe in der Ergründung und Bearbeitung auslösender und aufrechterhaltender Faktoren. Die zweifache Ausbildung ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten - als Medizinerinnen und Mediziner und als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten - ermöglicht ihnen im besten Sinne integrativ zu arbeiten. Sie sind in der Lage, wissenschaftlich fundiert die neurobiologischen Grundlagen der Störungsgenese einschließlich somatischer Krankheitsbilder sowie die erforderlichen pharmakologischen Interventionen einzuordnen und gleichzeitig psychotherapeutische Interventionen durchzuführen. Aufgrund dieser in den Facharzt integrierten Weiterbildung können sie wie keine andere Berufsgruppe die Grundlagen der Wechselwirkungen somatopsychischer wie auch psychosomatischer Art durchdringen und einordnen und auf dieser Basis eine umfassende Therapieplanung erstellen und sind als ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Lage, Indikationsstellungen und Fallführungen unter Berücksichtigung der biopsychosozialen Wirk- und Einflussfaktoren sowie der aktuellen wissenschaftlichen und ökonomischen Standards vorzunehmen.

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

Titel: Strukturierte psychiatrische Versorgung für Schwangere, Stillende, junge Mütter und Väter ausbauen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Christian Kreß (Drucksache Ic - 102) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 stellt fest, dass die Versorgung von psychisch erkrankten Schwangeren, Stillenden, Vätern und Müttern von Kleinkindern nicht ausreicht. Die Bundesärztekammer tritt deshalb an alle (Landes-)Ärzttekammern heran und empfiehlt diesen einen Arbeitsprozess zu beginnen mit dem Ziel der besseren psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Schwangeren, Stillenden, Müttern und Vätern und ihrer (Klein-)Kinder. Die (Landes-)Ärzttekammern sollen dabei eng mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), den Krankenkassen, den Fachgesellschaften (bspw. DGPPN, Marcé Gesellschaft), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), ggf. lokalen Netzwerken und Akteuren und ggf. weiteren zusammenarbeiten.

Begründung:

Es existiert in Deutschland keine bundeseinheitliche strukturierte Versorgung folgender Gruppen:

- Schwangere mit psychiatrischer Erkrankung
- stillende und postpartale Frauen mit psychiatrischer Erkrankung und ihrer Säuglinge
- junge Mütter und Väter mit psychiatrischer Erkrankung und ihrer (Klein-)Kinder (bspw. bis zum vollendeten 1. Lebensjahr)

Die Versorgung dieser Gruppen ist teilweise nicht adäquat und häufig nicht ausreichend. Sowohl die besondere Dynamik der Krankheitsbilder, als auch das notwendigerweise systemische/sozialpsychiatrische Setting stellen eine Herausforderung dar, die noch zu selten in den psychiatrischen Kliniken Deutschlands beantwortet wird.

Bis zu einem Drittel aller Frauen erkrankt prä-, peri- oder postpartal an einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung, bzw. ist vorgeburtlich schon erkrankt (bspw. chronische Depressionen, Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankungen). Die

Inzidenz von Psychosen im Rahmen von Schwangerschaft und Stillzeit wird mit 0,2-0,4/1.000 Lebendgeburten angegeben. Etwa elf bis zwölf Prozent aller Frauen leiden unter depressiven Störungen während der Schwangerschaft/postpartal (Zahlen bis ca. 1 Jahr postpartal am häufigsten erhoben).

Versorgungsressourcen sind grundsätzlich vorhanden, werden jedoch nicht entsprechend gebündelt.

Die Versorgung wird geschultert auf der Basis persönlicher Motivation Einzelner und kleiner Gruppen. Es findet kein (ausreichender) finanzieller Ausgleich dieser Behandlungen statt. So können stillende Mütter zu selten gemeinsam mit ihrem Kind in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden, da die Kinder nicht stationär aufgenommen werden können. Bauliche und personelle Strukturen und Netzwerke (von Wickeltisch bis Kontakt zu Hebammen, Pädiatern) fehlen. Oft wird dies mit der mangelnden Finanzierbarkeit/Abrechnungsmöglichkeit begründet. Die Kliniken mit einem solchen Angebot schultern dies personell und finanziell selbst.



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

Qualitätssicherung / Patientensicherheit

- Ic - 03 Dokumentationslast für Qualitätssicherung reduzieren
- Ic - 04 Einrichtung eines nationalen Registers zur Erhebung von Fehlbildungen und angeborenen Erkrankungen
- Ic - 119 Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie
- Ic - 89 Überprüfung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der derzeitigen Form
- Ic - 38 Kontrollbürokratie ist Ausdruck von Misstrauenskultur
- Ic - 75 Patientensicherheit muss Priorität haben
- Ic - 71 Evaluation und psychosoziale Nachsorge in der Transgendermedizin

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

Titel: Dokumentationslast für Qualitätssicherung reduzieren

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag des Vorstands (Drucksache Ic - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Partner des Bundesmantelvertrages auf, die Belastung des Personals in Krankenhäusern und Arztpraxen durch Dokumentationsanforderungen und Nachweispflichten im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung (QS) nachhaltig zu reduzieren.

Viele QS-Verfahren zeigen sogenannte Deckeneffekte, d. h. ihre fortgesetzte Anwendung bringt keinen Zugewinn mehr für die Versorgungsqualität.

Begründung:

Das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen der Qualitätssicherungsmaßnahmen ist im Gesundheitswesen inzwischen unangemessen. Der Dokumentationsaufwand, um entsprechenden Nachweispflichten nachzukommen, hat ein vertretbares Ausmaß weit überschritten. Hier sollten konsequent Streichungen erfolgen. Befürchtungen, dass die Beendigung von QS-Verfahren auf Kosten der Transparenz über das Behandlungsgeschehen für die Versicherten gehen würde, ist entgegenzuhalten, dass mit einem Transparenzverständnis im Sinne einer reinen Kontrollbürokratie der Qualität kein guter Dienst erwiesen wird.

Es war deshalb überfällig, dass sich der G-BA, der kraft gesetzlichen Auftrages eine Vielzahl von verbindlichen Richtlinien für die medizinische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beschließt, mit einem Eckpunktebeschluss vom 21.04.2022 die Reduzierung von QS-Verfahren und damit den Wegfall von spezifischen Dokumentationspflichten zum Ziel gesetzt hat. Dies ist zu begrüßen und muss nunmehr auch fortlaufend umgesetzt werden. Inwieweit das hierzu mit den Einzelheiten beauftragte Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) dazu ein geeignetes Konzept vorlegt, ist abzuwarten.

Bei der Forderung, den Aufwand auf ein Mindestmaß zu reduzieren, geht es nicht nur um die rein zeitliche Belastung des ärztlichen und pflegerischen Personals mit entsprechenden Tätigkeiten. Dadurch, dass diese zunehmend als nicht mehr vereinbar mit der Kernaufgabe empfunden werden, Patientinnen und Patienten bestmöglich zu versorgen, sinkt auch die intrinsische Motivation der Ärztinnen und Ärzte. Pflegefachkräften geht es nicht besser. Dies führt unweigerlich zu einer Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und zu Rückzugsbestrebungen von Angehörigen der Gesundheitsberufe aus klinischen Tätigkeiten. Dadurch verschlimmert sich der ohnehin schon grassierende Personalmangel in der medizinischen Versorgung.

Auch die Qualitätsbewegung selbst leidet unter der Bürokratieflut, weil Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung nicht mehr als sinnvolle Flankierung ärztlichen Handelns und als notwendige Voraussetzung für die stetige Fortentwicklung von Qualität empfunden werden, sondern als fachfremde und praxisferne Drangsalierung der klinisch Tätigen zugunsten der Interessen Dritter, die keine unmittelbare Verantwortung für das klinische Geschehen vor Ort tragen müssen.

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

Titel: Einrichtung eines nationalen Registers zur Erhebung von Fehlbildungen und angeborenen Erkrankungen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag des Vorstands (Drucksache Ic - 04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, im Rahmen der aktuellen Diskussion zu einem Registergesetz die Einrichtung eines nationalen Registers zur Erhebung von Fehlbildungen und angeborenen Erkrankungen bei Neugeborenen (Abgleich Stellungnahme) insbesondere auf der Grundlage der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (sog. U1- bis U6-Untersuchungen) vorzusehen.

Die Befunde aus den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen müssen im Hinblick auf eine standardisierte und validierte Erhebung sowie digitalisierte Aufbereitung weiterentwickelt werden, um sie zur Erfassung von Fehlbildungen nutzen zu können. Von Vorteil wäre daher zudem die Schaffung einer gesetzlichen Regelung, um die mit einem nationalen Fehlbildungsregister verbundene Meldung und zentrale Speicherung von Daten zu ermöglichen. Die materielle Ausstattung eines nationalen Fehlbildungsregisters muss die erforderliche Personalgrundlage vorsehen, um die Erhebung und Auswertung der Daten, die Qualitätssicherung sowie notwendige Schulungen sicherstellen zu können.

Die Ärzteschaft steht mit ihrer fachlichen Expertise bei den weiteren politischen Beratungen zu einem Registergesetz gerne als Ansprechpartner zur Verfügung.

Begründung:

Die frühe Identifikation von Fehlbildungen und angeborenen Erkrankungen bei Neugeborenen kann einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung und Verbesserung der medizinischen und psychosozialen Versorgung für die betroffenen Kinder und ihre Familien leisten. Daten zu auftretenden Fehlbildungen sind zudem für die medizinische Forschung zu Ursachen sowie zu Therapie- und Präventionsmöglichkeiten unerlässlich. Ein Modell für ein nationales Register für Fehlbildungen und angeborene Erkrankungen mit bundeseinheitlich standardisierter Erfassung hat die Bundesärztekammer im November 2022 in ihrer Stellungnahme "Erhebung von Fehlbildungen bei Neugeborenen" (DOI:



10.3238/arztebl.2022.Stellungnahme_Fehlbildungen2022) vorgestellt und sich in diesem Rahmen differenziert zu der Thematik positioniert.

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

Titel: Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Norbert Smetak (Drucksache Ic - 119) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Partner des Bundesmantelvertrages (BMV) auf, im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung (QS) nach § 135 Abs. 2 SGB V in die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für interventionelle Radiologie die Facharztkompetenzen Gefäßchirurgie und Angiologie in den § 3 Abs. 1 der QS-Vereinbarung aufzunehmen.

Begründung:

Ein relevantes Hindernis für eine Weiterentwicklung von ambulanten Eingriffen/Interventionen in der Gefäßmedizin stellt die QS-Vereinbarung zur interventionellen Radiologie nach § 135 SGB V aus dem Jahr 2010 dar.

Gemäß dieser QS-Vereinbarung gibt es keine Möglichkeit für Gefäßchirurgen und Angiologen im ambulanten (Einheitlicher Bewertungsmaßstab [EBM]-gesteuerten) Bereich, diese Behandlungen anzubieten. Diese Richtlinie wurde zu einem Zeitpunkt erstellt, als interventionelle Verfahren in der Gefäßmedizin kaum im ambulanten Bereich durchgeführt wurden. Auch waren deren Bedeutung in der Behandlung der Volkskrankheit periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und vor allem die künftigen gesundheitspolitischen Entwicklungen hin zur ambulanten Therapie noch nicht absehbar.

Seither haben sich jedoch mehrere entscheidende Änderungen in der Gefäßmedizin und Gesundheitspolitik ergeben, die eine dringende Überarbeitung der QS-Vereinbarung zur interventionellen Radiologie erfordern.

Durch die Verabschiedung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO 2018, in der Fassung vom 26.06.2021) durch den 121. Deutschen Ärztetag 2018 ist die Konkretisierung der endovaskulären Kompetenzen insbesondere anhand von hinterlegten Mindestfallzahlen für den Facharzt für Gefäßchirurgie und den Facharzt für Angiologie als "Handlungskompetenzen zur Durchführung von kathetergesteuerten Prozeduren am

peripheren Gefäßsystem" bestätigt worden. Die gesundheitspolitische Grundsatzentscheidung, mehr operative Eingriffe ambulant (im EBM, über den Katalog ambulant durchführbarer Operationen [AOP-Katalog] oder über Tagesbehandlungen im Krankenhaus) durchzuführen, ist sinnvoll und wird insgesamt in Bezug auf die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (ambulant und stationär) zu einer Dämpfung der Kosten und Entlastungen der Pflegesituation in den Krankenhäusern führen. Eine zielorientierte Lösungsmöglichkeit wäre eine der gesundheitspolitischen und medizinischen Entwicklung folgende sinnvolle Anpassung und Weiterentwicklung der QS-Vereinbarung zur interventionellen Radiologie, die auch Fachärzten für Gefäßchirurgie und Fachärzten für Angiologie eine Genehmigung nach § 2 der Vereinbarung ermöglicht und damit eine qualitativ hochwertige und effiziente ambulante oder transsektorale Versorgung von Gefäßpatienten in der Zukunft garantiert. Aus diesen Gründen halten wir es für sinnvoll, die Facharztkompetenzen Gefäßchirurgie und Angiologie in den § 3 Abs. 1 der QS-Vereinbarung aufzunehmen.

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

Titel: Überprüfung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der derzeitigen Form

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Gregg Frost, Dr. Hella Frobin-Klein, Dr. Anja Feld, Dr. Dirk Jesinghaus und Dr. Josef Mischo (Drucksache Ic - 89) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Partner des Bundesmantelvertrages (BMV) zu folgenden Änderungen auf:

- eine ärztliche Vertreterin/einen ärztlichen Vertreter der Bundesärztekammer mit Stimmrecht in die entsprechenden Gremien aufzunehmen
- deutliche Verschlankung der Qualitätssicherungsbögen und Reduzierung auf wichtige Faktoren
- Abschaffung des Verfahrens QS WI solange keine validen Ergebnisse zu erwarten sind
- Schaffung von Transparenz bei den Rechenregeln und beim Zustandekommen der Ergebnisse (keine Black Box)
- Abschaffung der 100-Prozent-Dokumentationsverpflichtung in der gesetzlichen Qualitätssicherung
- Abschaffung von Doppelstrukturen bei Indikatoren, die bereits über die Fachgesellschaften sinnvoller und transparenter abgefragt werden
- Vorschaltung von Testverfahren vor Einführung neuer Bögen oder Änderungen, um zu prüfen, ob wirklich sinnvolle Ergebnisse zu erzielen sind
- Schaffung von Vertrauen in die Ärzteschaft und Reduktion der zunehmenden Misstrauenskultur

Sollte es nicht zu einer sinnvollen Reduzierung der Qualitätssicherungsvorgaben und zur Entlastung zugunsten der Patientenversorgung kommen, muss auch über einen Boykott nachgedacht werden.

Begründung:

Entscheidungen zur Qualität bedürfen des ärztlichen Sachverstandes.

Eine Stärkung der Ärzteschaft mit entsprechendem Ansehen in der Öffentlichkeit muss gefördert werden, nicht die Misstrauenskultur.

Zu häufige Änderungen der Abfragen auch unterjährig sind nicht mehr durchschaubar, nicht vermittelbar und erschweren die Transparenz und Akzeptanz.

Der Zeitaufwand, der für die Qualitätssicherung (QS) benötigt wird, ergibt keine Qualitätsverbesserung für die Patientinnen und Patienten.

Die Qualitätsindikatoren messen nicht die tatsächliche Qualität. Die Ergebnisse führen somit nicht zu einer wirklichen Verbesserung der Qualität, sondern kosten Zeit, die für die Aus- und Weiterbildung verloren geht. Ohne erkennbaren Kausalzusammenhang zwischen einem Eingriff und möglichen Komplikationen (zum Beispiel Blutungen, Infektionen, Mortalität) ist ein Komplikationsindikator wertlos und trägt nur dazu bei, Patientinnen und Patienten zu verunsichern und das Vertrauen in die Ärzteschaft zu minimieren.

Fallzusammenführungen bringen auch bei der Qualitätssicherung unnötig viel Aufwand und Probleme in den klinischen Systemen. Eine 100-Prozent-Qualitätssicherungsdokumentation ist im klinischen Alltag nur mit sehr hohem Zeitaufwand leistbar, diese Zeit fehlt in der Patientenversorgung.

Wir Ärztinnen und Ärzte sind der qualitativ hochwertigen Versorgung unserer Patienten verpflichtet. Gleichzeitig besteht durch Fachkräftemangel auch im Arztbereich und durch eine Arbeitsverdichtung eine zunehmende Zeitnot, was die Umsetzung dieser verantwortungsvollen Aufgabe angeht.

Daher ist es erforderlich, die Bürokratie auf das notwendige Maß zu reduzieren. Dokumentation nur der Dokumentation willen, ohne nachweisbaren unmittelbaren Nutzen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten, sollte abgeschafft werden.

Wir Ärztinnen und Ärzte bekennen uns dazu, dass Maßnahmen zur Sicherstellung einer ausreichenden Qualität der Patientenversorgung sinnvoll sind. Gleichzeitig wehren wir uns aber dagegen, Maßnahmen fortzuführen, deren Sinnhaftigkeit mittlerweile fraglich ist und deren zeitlicher Aufwand in keinem sinnvollen Verhältnis zum Nutzen steht.

Liegt bereits eine fachspezifische Qualifizierung vor, so sollte diese bei den gesetzlichen Vorgaben berücksichtigt werden.

Wir sind an einem Punkt angekommen, an dem die derzeitige Qualitätssicherung mit den vorhandenen Personalkapazitäten nicht mehr geleistet werden kann und der Zeitaufwand in keinem Verhältnis zu den gewonnenen Erkenntnissen steht.



Diese Zeit fehlt für die Patientenversorgung, für die eigene Fortbildung und für die Fortbildung der in Ausbildung befindlichen Mitarbeitenden.

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

Titel: Kontrollbürokratie ist Ausdruck von Misstrauenskultur

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Sylvia Ottmüller, Dr. Elke Buckisch-Urbanke, MPH, Prof. Dr. Bernd Haubitz, Dr. Frauke Petersen, Hans-Martin Wollenberg, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven C. Dreyer und Prof. Dr. Henrik Herrmann (Drucksache Ic - 38) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Überflüssige Kontrollbürokratie im deutschen Gesundheitswesen ist Ausdruck einer Misstrauenskultur. Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber und die nachgeordneten Instanzen auf, alle "Qualitätskontrollmaßnahmen" zu beenden, die nicht nachweislich zu einer Verbesserung der Patientenversorgung beitragen.

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

Titel: Patientensicherheit muss Priorität haben

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Jörg Fierlings, Christina Hillebrecht, Bettina Rakowitz, Dr. Martin Rothe und Dr. Johannes Grundmann (Drucksache Ic - 75) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im stationären und auch im ambulanten Sektor nehmen die Belastung und der Zeitdruck immer weiter zu.

Wir sehen in den Landesärztekammern immer wieder Beschwerden über Fehler, die mit klaren Zuständigkeiten, kommunizierten Standards und optimaler Nutzung der vorhandenen digitalen Infrastruktur vermeidbar gewesen wären.

Aus diesem Grund fordert der 127. Deutsche Ärztetag 2023 alle Entscheider und Entscheiderinnen im Gesundheitswesen auf, der Patientensicherheit Priorität einzuräumen. Aktuell führt fehlendes ärztliches und pflegerisches Personal zu einem erhöhten Fehlerrisiko. Vor diesem Hintergrund sorgt die zunehmende Umstellung auf digitale Anwendungen, die zum Teil ohne ausreichende Anwenderschulung, zum Teil aber auch mit Programmen erfolgt, die wichtige Sicherungsmaßnahmen vermissen lassen, für weitere Fehlerquellen.

Dieses Risiko muss durch zwingende Anwendung von Maßnahmen der Sicherheitskultur weitestgehend reduziert werden. Erkenntnisse z. B. aus CIRS-Projekten müssen daraufhin geprüft werden, ob eine Änderung von Abläufen oder Strukturen erforderlich ist. Gremien zur Fehlervermeidung dürfen keine Diskussionsrunden zum Selbstzweck sein.

Des Weiteren fordert der 127. Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber auf, Hersteller von digitalen Werkzeugen zu Maßnahmen zur Wahrung der Patientensicherheit zu verpflichten. Hierunter verstehen wir unter anderem Dosiskontrollen für Medikationsprogramme, Vernetzung der Labordaten/biometrischen Daten mit Medikationsprogrammen zur Vermeidung individueller Dosierungsfehler oder Implementierung von Anordnungsstandards in der Software. Die Einhaltung dieser Verpflichtung muss durch die zuständigen Behörden überprüft werden.

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

Titel: Evaluation und psychosoziale Nachsorge in der Transgendermedizin

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Lipp, Prof. Dr. Jörg Hammer, Prof. Dr. Antje Bergmann, Dr. Sören Funck, Dr. Heike Höger-Schmidt, Ute Taube, Dr. Kristin Korb, Prof. Dr. Uwe Köhler, Dr. Stefan Windau, Dr. Steffen Liebscher, Petra Albrecht und Christian Kreß (Drucksache Ic - 71) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Trotz enorm gestiegener Fallzahlen bei geschlechtsangleichenden Operationen existiert in Deutschland keine einheitlich genormte wissenschaftliche Evaluation und psychosoziale Nachsorge in der Transgendermedizin über einen angemessenen Zeitraum. Außerdem fehlen verlässliche Studien über "Effizienz und Gefahren" bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Pubertätsblockern oder mit gegengeschlechtlichen Hormonen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Deutsche Ethikrat und die Bundesärztekammer als Normgeber werden aufgefordert, hier die entsprechenden medizinischen und ethischen Regularien zu entwickeln, um die Behandlung wissenschaftlich zu evaluieren und eine kontinuierliche Nachsorge in psychischer wie sozialer Hinsicht zu ermöglichen.

Begründung:

2021 haben sich laut Statistischem Bundesamt 2.598 Personen einer geschlechtsangleichenden Operation in Deutschland unterzogen. 2007 waren es 419 Personen. Auch Kinder und Jugendliche, die unter ihren als nicht stimmig empfundenen Geschlechtsmerkmalen leiden, sind heute im medizinisch-therapeutischen Versorgungssystem wesentlich präsenter als noch vor einigen Jahren. Gerade für Kinder oder Jugendliche haben geschlechtsangleichende Maßnahmen langfristige Auswirkungen auf das Leben. Trotz dieser Steigerung der Fallzahlen gibt es bis heute in Deutschland aber weder eine kontinuierliche Nachsorge noch findet eine einheitliche Evaluation der medizinischen Behandlungen statt. Wichtige ethische, rechtliche, therapeutische und medizinische Schlussfolgerungen für Indikation, Behandlungsqualität



und Lebenszufriedenheit der Kinder und Jugendlichen wie auch erwachsenen Personen können so nicht gezogen werden.



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

Schwangerschaftsabbruch

- Ic - 56 Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuches
(StGB) - Mögliche Streichung der §§ 218 ff. StGB

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

Titel: Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuches (StGB) - Mögliche Streichung der §§ 218 ff. StGB

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Susanne Bublitz, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpparth, Dr. Hans-Otto Bürger, Elke Cremer, Dr. Christine Dierkes, Anne Machka, Dr. Ina Martini, Antje Meinecke, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Christine Schroth der Zweite, Peter Schumpich und Christian Wantzen (Drucksache Ic - 56) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 begrüßt die Intention der Ampelkoalition, eine mögliche Streichung der §§ 218 ff. im Strafgesetzbuch (StGB) zu prüfen und die Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuches festzulegen.

Begründung:

Die von Bundesjustizminister Dr. Marco Buschmann jüngst eingesetzte Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin besteht aus 18 Expertinnen und Experten aus den Bereichen Ethik, Medizin und Recht. Sie soll innerhalb eines Jahres Ergebnisse vorlegen.

Laut Koalitionsvertrag sollen die reproduktiven Rechte gestärkt werden. Hier ist unter anderem das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren gemeint. SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP haben im Koalitionsvertrag vereinbart, eine Kommission einzusetzen. Diese Kommission soll prüfen, ob eine Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafrechts möglich ist. Hierzu liegen Vorschläge zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs im Sozialrecht vor.

Nach dem inzwischen umstrittenen § 218 StGB sind Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland verboten, bleiben aber unter bestimmten Voraussetzungen straffrei.



Der 127. Deutsche Ärztetag unterstützt dieses Ansinnen auf Neuregelung. Es bedeutet eine Entkriminalisierung, Entstigmatisierung und eine Verbesserung der Versorgungslage. Die reproduktive Selbstbestimmung und der Schutz des ungeborenen Lebens müssen dabei gleichermaßen berücksichtigt werden.



127. Deutscher Ärztetag

Essen, 16.05. - 19.05.2023

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

Selbstverwaltung

- Ic - 68 Transparente Darlegung von Interessenverknüpfungen funktionstragender Ärztinnen und Ärzte bezogen auf Interessen nichtärztlicher Kammern und Heilberufe
- Ic - 48 Zusatzbezeichnung "Sozialmedizin" nur für Ärztinnen und Ärzte
- Ic - 69 Tragfähige Strukturen auf Landesebene zur Befassung mit anderen heilberuflichen Kammern sicherstellen
- Ic - 82 Ärztlichen Sachverstand in Anhörungsverfahren u. Ä. ermöglichen

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

Titel: Transparente Darlegung von Interessenverknüpfungen funktionstragender Ärztinnen und Ärzte bezogen auf Interessen nichtärztlicher Kammern und Heilberufe

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Dr. Hildgund Berneburg, Dr. Ivo Grebe, Dr. Regine Held, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Norbert Smetak, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Svante Gehring, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Matthias Bloechle, Dr. Klaus-Peter Spies und Wieland Dietrich (Drucksache Ic - 68) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Funktionstragende Kammermitglieder, die im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung an der Meinungsbildung in der Abgrenzung ärztlicher Zuständigkeiten zu anderen (verkammerten) Heilberufen beteiligt sind, sind angehalten, ihre Interessenverknüpfungen offenzulegen. Dies gilt insbesondere bezogen auf Zuwendungen und Funktionen in oder für Verbände, die strukturell die Interessen der anderen Kammern oder Heilberufe vertreten. Darüber hinaus sollen auch Verknüpfungen in unternehmerischen Strukturen dargelegt werden.

Begründung:

Die Debatten mit anderen Kammern und Heilberufen müssen von Konstruktivität und Transparenz getragen sein. Die Darlegung von Interessenverknüpfungen stellt die notwendige Transparenz her. Nur so können Ergebnisse von Meinungsbildungen von allen Ärztinnen und Ärzten eingeordnet werden.

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

Titel: Zusatzbezeichnung "Sozialmedizin" nur für Ärztinnen und Ärzte

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Dr. Norbert Smetak, Dr. Hildgund Berneburg, Dr. Ivo Grebe, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Svante Gehring, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Regine Held, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Silke Lüder und Wieland Dietrich (Drucksache Ic - 48) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

"Sozialmedizin" ist eine fest etablierte Bereichsbezeichnung für Ärztinnen und Ärzte. Diese soll auch weiterhin an eine fachärztliche Kompetenz gebunden bleiben.

Sie kann von nichtärztlichen Approbationsberufen nicht einfach übernommen werden. Die Landesärztekammern und die zuständigen Landesaufsichtsbehörden werden aufgefordert, bei der rechtlichen Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der nichtärztlichen "Psychotherapeuten" darauf zu achten. Das gebietet allein schon die Patienten- und Verbrauchersicherheit.

Das Führen einer Gebiets- oder Bereichsbezeichnung "Medizin" erfordert ein Medizinstudium. Das gilt aktuell für die Bereichsbezeichnung "Sozialmedizin" für nichtärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Ganz unbenommen davon kann psychologische Expertise im multiprofessionellen Team nützlich sein.

Begründung:

Bereits auf dem 126. Deutschen Ärztetag 2022 in Bremen (Drs. Ic - 70) hat die Ärzteschaft eindeutig dazu Stellung bezogen. Da erst die Umsetzungen der MWBO auf Länderebene einen Rechtsverordnungscharakter annehmen, sind hier die einzelnen Landesärztekammern und Landesaufsichtsbehörden gefordert, ordnend einzugreifen.

Selbstverständlich ist es nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten unbenommen, sich in Fragen der Sozialgesetzbücher weiterzubilden und die dort erworbenen Kompetenzen in einer Gebiets- oder Bereichsbezeichnung abzubilden. Auch

wenn die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, Kammer der nichtärztlichen Psychotherapeuten) in ihrer Musterweiterbildungsordnung eine Eingrenzung auf Erkrankungen vornimmt, bei denen Psychotherapie indiziert ist, wobei hier nicht nur psychische Erkrankungen gemeint sind, setzt doch die sozialmedizinische Beurteilung eine kompetente medizinische Bewertung der körperlichen und technischen Befunde sowie der pharmakologischen Therapien voraus.

Daher hat der Deutsche Ärztetag zu Recht die Zusatzbezeichnung "Sozialmedizin" an die generalistische medizinische Ausbildung und den Erwerb einer Gebietsbezeichnung gebunden. Von diesem Standard sollte nicht abgewichen werden. Nur so ist eine umfassende sozialmedizinische Begutachtung gewährleistet.

Im Sinne eines teamorientierten Arbeitens wird die Einbringung der psychologischen Kompetenz durchaus begrüßt, die Expertise, beispielsweise in der Testpsychologie, explizit erwünscht.

Dafür muss im Sinne der Patienten- und Verbrauchersicherheit eine Bezeichnung gewählt werden, aus der der Ausbildungsgang eindeutig hervorgeht.

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

Titel: Tragfähige Strukturen auf Landesebene zur Befassung mit anderen heilberuflichen Kammern sicherstellen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Dr. Norbert Smetak, Dr. Ivo Grebe, Dr. Hildgund Berneburg, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Svante Gehring, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Regine Held, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Silke Lüder, Dr. Matthias Bloechle und Wieland Dietrich (Drucksache Ic - 69) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Das Kammersystem der nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten entfaltet sich durch den Ordnungscharakter der Weiterbildungsordnungen rechtswirksam auf Länderebene. Da hier Zuständigkeiten des Geltungsbereichs der Ärztekammern berührt werden, muss sichergestellt sein, dass die Landesärztekammern für die notwendigen Meinungsbildungsprozesse zum Erhalt des Zuständigkeitsbereichs tragfähige Strukturen vorhalten.

Begründung:

Das Kammersystem der nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten entfaltet analog dem System der Ärztekammern eine eigene Weiterbildungsordnung. Beispielhaft anhand der in der Muster-Weiterbildungsordnung für nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten hinterlegten Absichten, die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin auch für diesen Beruf einzuführen, wird die Notwendigkeit tragfähiger Strukturen in der Wahrung des ärztlichen Zuständigkeitsbereichs hier und auch zukünftig im Verhältnis zu anderen Kammersystemen deutlich. Da Weiterbildungsordnungen erst auf Länderebene Ordnungscharakter annehmen, ist die Sicherstellung in den Landesärztekammern anzusiedeln.

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

Titel: Ärztlichen Sachverstand in Anhörungsverfahren u. Ä. ermöglichen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Ingolf Hosbach (Drucksache Ic - 82) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, verbindliche Mindestbearbeitungszeiten für Ärztinnen und Ärzte bei Anhörungsverfahren und für alle staatlichen Gremien festzulegen. Dafür ist eine Mindestzeit von mindestens vier Wochen vorzusehen.

Diese Frist darf nur unter außerordentlichen, gesetzlich festzulegenden Ausnahmetatbeständen (z. B. Pandemie, Katastrophenzustand) auf minimal 14 Kalendertage verkürzt werden. Noch kürzere Fristen für schriftliche Stellungnahmen dürfen nicht zulässig sein. Bei sachlichen, zwingenden Gründen für noch schnellere Stellungnahmen sind nur mündliche Anhörungen zulässig und durch von den Ministerien zur Verfügung gestellte Mitarbeitende zu protokollieren. Dabei sind den anzuhörenden ärztlichen Kolleginnen und Kollegen alle Unterlagen vorher unverzüglich zuzustellen.

Die Bestimmungen sollen für alle Ministerien und jegliche Beteiligung von ärztlichem Sachverstand gelten (z. B. gesetzliche Anhörungsverfahren, Stellungnahmen in staatlichen Gremien etc.).

Begründung:

Bei aller gegebenen Eile in der politischen Arbeit darf die Beteiligung ärztlichen Sachverstandes nicht zu einer Alibiveranstaltung verkommen. Die deutschen Ärztinnen und Ärzte sind nicht bereit, als Feigenblatt für staatliches Handeln herzuhalten.



127. Deutscher Ärztetag

Essen, 16.05. - 19.05.2023

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

Sucht und Drogen

Ic - 08 Die Cannabislegalisierung gefährdet die psychische Gesundheit der jungen
Generation

Ic - 108 Symbol zur Kennzeichnung von Alkohol als Inhaltsstoff

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

Titel: Die Cannabislegalisierung gefährdet die psychische Gesundheit der jungen Generation

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag des Vorstands (Drucksache Ic - 08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 lehnt die von der Bundesregierung geplante schrittweise Cannabislegalisierung ("Zwei-Säulen-Modell") entschieden ab.

Der 127. Deutsche Ärztetag verweist auf die Feststellungen des Internationalen Suchtstoffkontrollrates (INCB) der Vereinten Nationen. Danach führt eine Legalisierung gerade bei jungen Menschen zu erhöhtem Konsum, insgesamt zu mehr gesundheitlichen Schäden und zu einer verminderten Risikowahrnehmung. Die erhoffte Eindämmung des Schwarzmarktes tritt nach den Feststellungen nicht ein. Auch das von der Bundesregierung eigens beauftragte Gutachten "Effekte einer Cannabislegalisierung (ECALe)" zeigt die erheblichen Risiken einer Cannabislegalisierung.

Der 127. Deutsche Ärztetag hält die Hoffnung der Bundesregierung, eine Legalisierung von Cannabis für Erwachsene werde nicht auch zu einer Konsumzunahme bei Jugendlichen führen, für lebensfern. Er betont außerdem, dass auch junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren, die ebenfalls von einer Legalisierung betroffen wären, sich durch den Cannabiskonsum schwerwiegenden gesundheitlichen Risiken aussetzen.

Vor diesem Hintergrund sieht der 127. Deutsche Ärztetag in den Legalisierungsplänen der Bundesregierung eine relevante Gefährdung der psychischen Gesundheit und der Entwicklungschancen der jungen Generation in Deutschland. Dies ist umso gravierender, als die gesundheitlichen Versorgungssysteme bereits jetzt deutlich überlastet sind.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert die Abgeordneten des Deutschen Bundestages daher auf, den angekündigten und im Entwurfsstadium teils bereits bekannt gewordenen Gesetzentwürfen nicht zuzustimmen und stattdessen den internationalen Verpflichtungen Deutschlands im Bereich der Drogenbekämpfung nicht nur dem Buchstaben, sondern auch dem Geist nach treu zu bleiben.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber außerdem auf, den Fokus der zukünftigen Drogenpolitik auf eine deutliche Ausweitung kluger und gezielter

Präventionsstrategien und die Förderung von Interventionsprogrammen zu legen. Dabei muss ein besonderer Schwerpunkt auf der Prävention bei Kindern und Jugendlichen liegen. Insbesondere sollte es keine Schule ohne Suchtprävention geben. Zudem sind die begleitende wissenschaftliche Evaluation und kontinuierliche Weiterentwicklung der Präventions- und Interventionsmaßnahmen sowie deren Finanzierung sicherzustellen. Die deutsche Ärzteschaft steht bereit, die Bundesregierung mit ihrer Expertise zu unterstützen.

Begründung:

Die Folgen einer Cannabislegalisierung sind durch internationale Erfahrungen hinlänglich bekannt. Laut Daten der kanadischen Regierung sind bezogen auf die Gesamtbevölkerung seit Einführung der Legalisierung (2018) sowohl die 12-Monats-Prävalenz als auch die 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Cannabis signifikant angestiegen. Bisherige Erkenntnisse weisen darauf hin, dass zuvor formulierte Ziele, wie die Verbesserung des Jugendschutzes und die Reduktion von cannabisbezogenen Gesundheitseinschränkungen, nicht erreicht werden konnten. Zudem hat der Schwarzmarkt in Kanada weiter einen relevanten Anteil von fast 40 Prozent. In den USA hat der regelmäßige Konsum unter Erwachsenen nach Legalisierung zugenommen, während die Preise für Cannabisprodukte bei gleichzeitig steigendem THC-Gehalt gesunken sind. Sowohl in den USA als auch in Kanada nahmen Notaufnahmekontakte und -aufnahmen in Verbindung mit Cannabiskonsum zu. Das geplante Vorhaben, Cannabis in regionalen Modellvorhaben abzugeben, ist vor dem Hintergrund der international bereits vorliegenden Erkenntnislage obsolet und rückt den Fokus auf einen falschen Ansatzpunkt in der Drogenpolitik.

Es ist überdies widersprüchlich, den legalen Anbau und die Abgabe von Cannabis über ein Vereinsmodell freizugeben, schon bevor Erkenntnisse aus Modellvorhaben überhaupt vorliegen. Im Übrigen verharmlost die Bezeichnung der Vereine als "Cannabis Clubs" wie auch das Akronym "CARE" (Club Anbau & Regional-Modell) die Drogenverbreitung sprachlich im Sinne einer sozialen Aktivität oder gar von Fürsorge. Das gesetzlich vorgesehene Geschäftsmodell der Vereine mit einer kostenpflichtigen Mitgliedschaft ist vergleichbar mit sogenannten "Abofallen". Ein Gelegenheitskonsum kann grammbezogen wesentlich teurer als der regelmäßige Konsum werden, so dass die Mitglieder ökonomisch zu einem höheren Konsum motiviert werden.

Positive Effekte für den Jugendschutz sind durch die vorgestellten Pläne nicht zu erwarten. Es ist keine realistische Erwartung, dass die besonders vulnerable Gruppe von Kindern und Jugendlichen vor einem Zugang zu dem über die Vereine, den Heimanbau und später in den Verkaufsstellen der Modellregionen verbreiteten Cannabis und dem daneben nach den internationalen Erfahrungen weiterhin zu erwartendem Schwarzmarkt wirksam geschützt werden könnte. Die bisher bekannt gewordenen Regelungsentwürfe, wie Konsumverbote im Umkreis von 250 Metern rund um Kinder- und Jugendeinrichtungen oder Konsumverbote tagsüber in Fußgängerzonen, werden nur zu einem erheblichen

Kontrollaufwand bei den ohnehin überlasteten Behörden führen, ohne bei lebensnaher Betrachtung ihr Ziel erreichen zu können.

Für Jugendliche und junge Erwachsene geht der Konsum von Cannabis jedoch mit einem besonders hohen gesundheitlichen Risiko einher. Das menschliche Gehirn ist bis zum 25. Lebensjahr nicht vollständig ausgereift, und der Konsum von Cannabis kann für Jugendliche und junge Erwachsene mit strukturellen Veränderungen des Gehirns und kognitiven Funktionsdefiziten einhergehen.

Dies ist umso gravierender, als das Versorgungssystem schon derzeit, gerade auch im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung für Jugendliche und Erwachsene, massiv überlastet ist.

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

Titel: Symbol zur Kennzeichnung von Alkohol als Inhaltsstoff

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Kristin Korb, Petra Albrecht und Christian Kreß (Drucksache Ic - 108) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, die Einführung eines einheitlichen und auf einen Blick sofort ersichtlichen, eindeutigen Symbols auf den Verpackungen aller Lebensmittel, die Alkohol enthalten, baldmöglichst einzuführen - unabhängig von der Anteilhöhe.

Begründung:

Es ist vielmals nicht auf den ersten Blick ersichtlich, ob in einem Lebensmittel Alkohol zugesetzt wurde bzw. enthalten ist. Gerade für Kinder, Schwangere, (trockene) Alkoholiker, aber auch aus religiösen Gründen oder der persönlichen Einstellung kann dies fatale Folgen haben. Alkohol ist eine Droge. Jeder Mensch sollte die Wahl haben, was er konsumieren möchte, und dafür muss das klar und für alle ersichtlich sein. Auch für Analphabeten. Daher sollte es ein eindeutiges Symbol und kein kleingeschriebener Text sein.



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

Weiteres

- Ic - 120 Einführung von echten Karenztagen im Rahmen von Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Ic - 79 Luftqualität verbessern
- Ic - 87 Kinderrechte ins Grundgesetz
- Ic - 103 Eckpunktepapier zur Ernährungsstrategie: Ziele konkretisieren, Maßnahmen festlegen, Finanzierung gewährleisten
- Ic - 104 Ernährungswende: Mehrwertsteuer als Hebel für gesundheitsförderliche Ernährung nutzen
- Ic - 80 Urheberrecht für Ärztinnen und Ärzte
- Ic - 126 Reduzierung des industriellen Zuckerzusatzes
- Ic - 127 Mobilität im Studium sichern
- Ic - 129 Transparente Nachverfolgung der Ärztetagsbeschlüsse
- Ic - 128 Wir brauchen umgehend eine angemessene finanzielle Abbildung für die Beschäftigung nichtärztlichen Gesundheitspersonals in Zeiten extremer Personalnot
- Ic - 130 Beschleunigung der Wahlverfahren beim Deutschen Ärztetag
- Ic - 131 Grundlegende Reform der Notfallversorgung statt Notaufnahmegebühr
- Ic - 132 Flächendeckende Etablierung von Nachweisen über Behandlungs- und Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser
- Ic - 133 Regelung des Einflusses kammerfremder Organisationen auf die ärztliche Qualifizierung
- Ic - 135 Gremienarbeit der Bundesärztekammer auf EU-Ebene
- Ic - 134 Verbesserung psychiatrisch-somatischer stationärer Versorgung von Patientinnen und Patienten in somatischen Kliniken
- Ic - 136 Mehr Informationen für die Abgeordneten
- Ic - 137 Einführung eines spezifischen Tarifvertrages für die Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)
- Ic - 138 Flugsicherheit durch Versicherungspflicht von Berufspiloten durch Fluggesellschaften erhöhen
- Ic - 139 Schwerpunktthema Kommerzialisierung
- Ic - 140 Aktive Mitgestaltung an der Novellierung des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes

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

Titel: Einführung von echten Karenztagen im Rahmen von Arbeitsunfähigkeitszeiten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Markus Haist, Prof. Dr. Michael Faist, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Jörg Woll, Dr. Norbert Smetak und Daniela-Ursula Ibach (Drucksache Ic - 120) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, mit den zuständigen Ministerien auf Bundesebene in Kontakt zu treten, um die Regelungen zu Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen im Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) auf Einführung von echten Karenztagen zu überprüfen.

Begründung:

Arztpraxen werden wegen banalen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für ein bis zwei Tage auf Verlangen der Arbeitgeber belastet. Hierzu gibt es Regelungen im EntgFG, nach der eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erst nach drei Kalendertagen vorgelegt werden muss (§ 5 Abs. 1 Satz 2 EntgFG). Arbeitgeber können ohne Nennung von Gründen aber bereits ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verlangen. Deshalb muss das EntgFG hier geändert werden.

Die Inanspruchnahme von Sprechzeiten für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wegen Bagatellerkrankungen wäre deutlich reduziert und die knappen Ressourcen in den Praxen könnten hier besser genutzt werden. Deshalb sollten z. B. ein bis drei echte Karenztage eingeführt werden, an denen bei Erst-AU keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt werden müsste.

Diese Karenztage sollen in den Tarifverhandlungen sozialverträglich mit berücksichtigt und einkalkuliert werden.

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

Titel: Luftqualität verbessern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Klaus-Peter Spies, Miriam Vosloo, Prof. Dr. Jörg Weimann und Matthias Marschner (Drucksache Ic - 79) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert, dass alle politisch Verantwortlichen dem Gesundheitsschutz der Menschen die notwendige hohe Priorität zukommen lassen, indem eine Angleichung der Grenzwerte in der aktuellen EU-Luftqualitätsrichtlinie an die aktualisierten Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bis 2030 umgesetzt wird.

Begründung:

Luftverschmutzung, insbesondere Feinstaub, ist das größte umweltbedingte Gesundheitsrisiko für Menschen in Deutschland und Europa und gilt als Risikofaktor für Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. In Europa sterben jährlich 300.000 Menschen aufgrund der Luftverschmutzung vorzeitig. Die Zahl der Todesfälle infolge von Konzentrationen des am häufigsten vorkommenden Schadstoffs PM 2,5, welcher über den Werten der WHO-Leitlinien liegt, kann durch entsprechende Regelungen deutlich gesenkt werden. Bei der aktuellen Überarbeitung der EU-Luftqualitätsrichtlinie werden auch die Grenzwerte für Deutschland festgelegt.

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

Titel: Kinderrechte ins Grundgesetz

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Joachim Suder, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Paula Hezler-Rusch, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Sophia Blankenhorn, Katharina Weis, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Frank J. Reuther, Dr. Christoph Janke, Dr. Matthias Fabian und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache Ic - 87) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 unterstützt die Initiative des Aktionsbündnisses "Kinderrechte ins Grundgesetz", einem Zusammenschluss von über 50 zivilen Organisationen in Deutschland, und begrüßt das Vorhaben bereits mehrerer Regierungskoalitionen, eine entsprechende Grundgesetzänderung einzubringen.

Begründung:

Die UN-Kinderrechtskonvention trat vor fast 30 Jahren in Kraft und wurde inzwischen von fast allen Staaten der Welt ratifiziert. Trotzdem bestehen weltweit weiterhin erhebliche Defizite bei der Umsetzung. Eine explizite Verankerung der Rechte von Kindern auf Schutz vor Gewalt, Vernachlässigung und Ausbeutung, auf Beteiligung entsprechend ihres Alters und ihrer Reife bei sie betreffenden Entscheidungen und des Vorrangs des Kindeswohls bei Gesetzgebung, Rechtsprechung und Verwaltung im deutschen Grundgesetz steht immer noch aus.

Die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird in nicht geringem Maße von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst. Die familiäre Situation, die Qualität der Betreuungs- und Bildungseinrichtungen, das Vorhandensein von ausreichendem Wohnraum sowie Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten und der Zugang zu Gesundheitsleistungen haben Auswirkungen auf die psychische und physische Entwicklung von Kindern. Demgegenüber stehen die eingeschränkten Mitbestimmungsrechte von Kindern und Jugendlichen bei den sie betreffenden Belangen. Im Grundgesetz Artikel 6 Absatz 2 werden sie lediglich als sogenannter "Regelungsgegenstand" der Norm behandelt, aber nicht als eigenständige Rechtssubjekte. Damit können sie ihre Rechte an vielen Stellen nicht selbst einfordern.

Die Aufnahme der Kinderrechte in das deutsche Grundgesetz würde die hohe Bedeutung des Kindeswohls unterstreichen. Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in Politik, Rechtsprechung und Verwaltung wären dann in besonderem Maße gehalten, die Interessen von Kindern und Jugendlichen, z. B. bei der Planung von Wohngebieten, bei Straßenbau- und Verkehrsprojekten, bei Gesundheits- und Umweltfragen, beim Umgang mit Kindeswohlgefährdung sowie bei familiären Konflikten wie Trennung und Scheidung, zu berücksichtigen. Dies könnte den Aufbau kindgerechterer Lebensverhältnisse und ein gesünderes Aufwachsen fördern.

Die derzeitigen Freitagsdemonstrationen von Schülerinnen und Schülern weltweit, auch in Deutschland, zeigen, dass sich Kinder und Jugendliche längst selbst als eigenständige Menschen mit Grundrechten verstehen, die eine stärkere Berücksichtigung ihrer Interessen und eine Beteiligung bei zukunftsrelevanten Entscheidungen zu Klima und Umwelt einfordern.

Die Aufnahme der Kinderrechte in das Grundgesetz hätte auch international Signalwirkung und würde so das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Achtung, des Schutzes und der Förderung des Kindeswohls schärfen.

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

Titel: Eckpunktepapier zur Ernährungsstrategie: Ziele konkretisieren, Maßnahmen festlegen, Finanzierung gewährleisten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Dr. Thomas Lipp, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Tilman Kaethner und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache Ic - 103) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesregierung auf, den nötigen Paradigmenwechsel in der Ernährungspolitik mit politischem Mut und Weitblick zu gestalten. Damit die Ernährungsstrategie keine Absichtserklärung bleibt, sind jetzt konkret messbare Ziele für alle im Eckpunktepapier zur Ernährungsstrategie aufgeführten Themen zu benennen. Zuständigkeiten und verbindliche Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene sind festzulegen und eine sichere Finanzierung ist zu gewährleisten. Hierzu fehlen bisher konkrete Aussagen.

Darüber hinaus muss ein regelmäßiges Monitoring eingeführt werden, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zu prüfen.

Begründung:

Durch den Klimawandel, Umweltzerstörungen und eine ungesunde Ernährung entstehen erhebliche gesellschaftliche Folgekosten. Es ist unabdingbar, eine Ernährungsstrategie zu erarbeiten, die Verbindlichkeiten zur Erreichung globaler Klima- und Umweltziele festlegt. Darüber hinaus muss die Förderung einer gesunden, pflanzenbetonten Ernährung im Fokus stehen, um Folgekosten einer ungesunden Ernährung zu minimieren und das Vermeiden individueller Krankheitslast zu bewirken. Ausbleibendes oder zu kurz gegriffenes Handeln verursacht individuelles Leid und gesellschaftliche Kosten in Milliardenhöhe. Die Begründungen der DÄT-Drs. II - 04 des 125. Deutschen Ärztetages 2021 und Ic - 25 des 126. Deutschen Ärztetages 2022 stellen den Schaden durch aktuelle Ernährungsmuster für Klima, Gesellschaft und Individuum dar und belegen damit die Dringlichkeit einer echten Ernährungswende.

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

Titel: Ernährungswende: Mehrwertsteuer als Hebel für gesundheitsförderliche Ernährung nutzen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Han Hendrik Oen, Sebastian Exner, Wolfgang Gradel, Dr. Adelheid Rauch, Bettina Rakowitz, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Thomas Lipp, Miriam Vosloo, Dr. Lothar Rütz und Dr. Constantin Janzen (Drucksache Ic - 104) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesregierung auf, Lebensmittelbesteuerungen dahingehend zu reformieren, dass der Zugang zu gesunder und umweltverträglicherer Ernährung für alle Bevölkerungsgruppen unabhängig von deren Einkommen und von Inflationsentwicklungen gewährleistet werden kann.

In Anlehnung an die Systematik der reduzierten Mehrwertsteuer auf Grundnahrungsmittel muss die Mehrwertsteuer für gesundheitsförderliche Nahrungsmittel - also unverarbeitete und niedrigverarbeitete pflanzliche Nahrung und Vollkornprodukte - entfallen. Stattdessen sind Sondersteuern auf Fertigprodukte mit hohem Zucker-, Salz- und Fettgehalt einzuführen, wie bereits bei Alkohol und Tabak der Fall.

Begründung:

Ungesunde Ernährung ist in Europa für ein Drittel aller Todesfälle verantwortlich. Gleichzeitig trägt unser Ernährungssystem massiv zur Klimakrise bei. Die nötige Ernährungswende kann nur gelingen, wenn Menschen finanziell dabei unterstützt werden, sich gesundheitsförderlich und nachhaltig zu ernähren. Die Erfahrungen aus anderen OECD-Ländern zeigen, dass Steueranpassungen eine Regulierung des Konsumverhaltens bei Nahrungs- und Genussmitteln bewirken.

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

Titel: Urheberrecht für Ärztinnen und Ärzte

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Lothar Rütz (Drucksache Ic - 80) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert, die ärztliche Dokumentation unter urheberrechtlichen Schutz zu stellen.

Begründung:

Arzt und Patient begegnen sich auf einer zwischenmenschlichen, also analogen Ebene. Der Patient trägt seine Beschwerden vor, die untrennbar mit seiner Person verbunden sind. Der Arzt generiert aus diesen Beschwerden Daten, aus denen er eine Diagnose entwickelt. Der Arzt ist also der Urheber der Daten, über die der Patient in der analogen Welt ein exklusives Verfügungsrecht hat. Diese Daten sind nicht ausschließlich eine Aneinanderreihung naturwissenschaftlicher Fakten, sondern eine individuelle Krankengeschichte.

Die erhobenen Daten werden in elektronischer Form gespeichert und können damit beliebig zu den verschiedensten Fragestellungen ausgewertet, aber auch ökonomisch verwertet werden. Genau zu diesem Zweck wird die Bindung der Daten an den Patienten in der elektronischen Patientenakte gelöst. Weder der Patient, noch der Arzt haben dann noch einen Einfluss auf die weitere Verwendung der Daten.

In der Sphäre vernetzter digitaler Daten werden weder die "analoge" Schweigepflicht noch eine Anonymisierung ausreichen, um die Patientinnen und Patienten vor einer Diskriminierung über die eigenen Krankheitsdaten zu schützen. Daher bedarf es im Rahmen der angestrebten Datenökonomie neuer Wege, um zu einem ausgewogenen Interessenausgleich zwischen allen Beteiligten zu gelangen, ohne schädliche Rückwirkung auf den Patienten.

Über ein spezielles Urheberrecht hätten die Ärztinnen und Ärzte zukünftig die Möglichkeit, ein "berechtigtes Interesse" zu formulieren, also eine Mitsprachemöglichkeit, wenn es um die Verwendung von Sprechstunden- und Krankenhausdaten jenseits der



Krankenbehandlung geht.

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

Titel: Reduzierung des industriellen Zuckerzusatzes

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Sophia Blankenhorn, Dr. Paula Hezler-Rusch und Dr. Christoph Ascheraden Freiherr von Schoultz (Drucksache Ic - 126) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer damit, sich bei der Politik für eine Restriktion des industriellen Zuckerzusatzes einzusetzen.

Begründung:

Ein Konsum von Zucker, vor allem in höheren Mengen, wird seit Jahrzehnten als potenziell gesundheitsschädlich eingestuft. Die Problematik ist in wissenschaftlichen Studien gut dokumentiert. Zucker gilt als möglicher Risikofaktor unter anderem für Adipositas, Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen, Gicht, dentale Probleme und verschiedene Tumorentitäten. Als wichtige Quelle von zugesetztem Zucker gelten z. B. süße kohlenensäurehaltige Getränke, Fruchtsäfte und Sport- und Energiedrinks.

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

Titel: Mobilität im Studium sichern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Carsten Mohrhardt, Melissa Camara Romero, Benjamin Breckwoldt, Dr. Christoph Janke, Dr. Svea Rüppell, Katharina Weis, Prof. Dr. Dr. Christof Hofele und Mathias Berthold (Drucksache Ic - 127) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die medizinischen Fakultäten auf, einen Studienortwechsel zu jedem Studienabschnitt möglich zu machen und zu unterstützen. Hierzu bedarf es der gegenseitigen Anerkennung von Studienleistungen und Prüfungen.

Begründung:

Im Sinne einer akademischen Freiheit und dem Geist eines freien Berufsstandes muss bereits Medizinstudierenden ermöglicht werden, zu gegebenen Zeitpunkten einen Wechsel in ihrer Lebensplanung vollziehen zu können. Des Weiteren muss im Medizinstudium Raum für eine individuelle Schwerpunktsetzung für jeden einzelnen Studierenden geschaffen werden, um persönlichen Interessen Rechnung zu tragen.

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

Titel: Transparente Nachverfolgung der Ärztetagsbeschlüsse

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Mathias Wendeborn, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Egbert Knöpfle, Dr. Bernhard Winter, Barbara Jäger, Melissa Camara Romero und Dr. Karl Amann (Drucksache Ic - 129) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 möge beschließen, dass die Bundesärztekammer ein Reporting-System für die weitere Behandlung und Wirkung der auf den Deutschen Ärztetagen beschlossenen oder an den Vorstand überwiesenen Anträge einführt und den jeweiligen Stand im Delegiertenportal publiziert.

Dazu gehört nicht nur die erste Reaktion des Vorstands, sondern auch die Weiterverfolgung des Anliegens, sodass der Stand des gesamten Prozesses ersehen werden kann.

Begründung:

Die Weiterverfolgung verabschiedeter und an den Vorstand überwiesener Anträge ermöglicht den Abgeordnete die Entscheidung, ob ein gesundheitspolitisch wichtiges Anliegen weiterverfolgt werden sollte. Dafür ist es erforderlich, das weitere Schicksal der Initiativen beobachten zu können.

Formeln wie "wurde im Vorstand beraten" oder "wurde in die politische und mediale Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozesse eingebracht" sind dafür nicht ausreichend.

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

Titel: Wir brauchen umgehend eine angemessene finanzielle Abbildung für die Beschäftigung nichtärztlichen Gesundheitspersonals in Zeiten extremer Personalnot

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Lipp, Wolfgang Gradel, Dr. Constantin Janzen, Dr. Oliver Funken, Ruben Bernau, Dr. Susanne Bublitz, Dr. Walter Mildemberger, Sebastian Exner, Dr. Han Hendrik Oen, Dr. Adelheid Rauch, Prof. Dr. Antje Bergmann und Elke Cremer (Drucksache Ic - 128) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf, die Initiative zu ergreifen, eine Strukturpauschale für die Beschäftigung von akademisiertem nichtärztlichem Gesundheitspersonal (z. B. Physician Assistant [PA], akademisierte Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis [VERAH], Nichtärztliche Praxisassistenten [NäPa]) zu schaffen.

Begründung:

Dem akademisierten nichtärztlichen Gesundheitspersonal (z. B. PA, akademisierte VERAH, NäPa) kommt in der Versorgung zunehmend eine immer größere Rolle zu. Ihr Tun ist zurzeit wirtschaftlich nicht abbildbar.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Verknappung personeller Ressourcen müssen neue, bisher ungehobene Potenziale zur Sicherstellung der Patientenversorgung erschlossen und bürokratische Hindernisse entschieden beseitigt werden. Für die Beschäftigung höher qualifizierten nichtärztlichen Personals müssen ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden.

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

Titel: Beschleunigung der Wahlverfahren beim Deutschen Ärztetag

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Jens Wagenknecht, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Oliver Funken und Dr. Marion Charlotte Renneberg (Drucksache Ic - 130) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, in Zusammenarbeit mit den zuständigen Gremien, zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine Änderung der Satzung herbeizuführen, mit dem Ziel, eine Beschleunigung der erforderlichen Wahlvorgänge zu erreichen. Weiterhin sollen die satzungsgemäßen Wahlvorgänge auf eine zeitgemäße und sinnvolle Struktur überprüft werden. Hier sollte das Ziel einer Verringerung der erforderlichen Wahlgänge im Vordergrund stehen.

Begründung:

Die Erfahrungen des 127. Deutschen Ärztetages 2023 beim Tagesordnungspunkt X (Wahlen) machen eine Vereinfachung und Modernisierung des Verfahrens unumgänglich. Das Wahlgeheimnis kann heutzutage sicher und schnell über eine elektronische Wahlhilfe in der Kabine mit vorausgegangener elektronischer Identifikation des Wahlberechtigten bzw. der Wahlberechtigten erleichtert werden.

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

Titel: Grundlegende Reform der Notfallversorgung statt Notaufnahmegebühr

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Andreas Hammerschmidt, Hans-Martin Wollenberg, Dr. Elke Buckisch-Urbanke, MPH, Prof. Dr. Bernd Haubitz, Dr. Wolfgang Koß, Benjamin Breckwoldt, Dr. Florian Seim, Prof. Dr. Djordje Lazovic, Dr. Janina Naoum, Melissa Camara Romero und Jens Wagenknecht (Drucksache Ic - 131) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 lehnt eine Gebühr für Patientinnen und Patienten, die Einrichtungen der Notfallversorgung in Anspruch nehmen, ab. Stattdessen fordert er eine grundlegende Reform der Notfallversorgung, die u. a. eine bedarfsgerechte Steuerung der Patientinnen und Patienten in die entsprechenden Institutionen der Notfallversorgung umfasst.

Begründung:

Verschiedene Akteurinnen und Akteure haben in der politischen Diskussion der vergangenen Wochen eine Erhebung einer Notaufnahmegebühr unter verschiedenen Bedingungen (z. B. bei fehlendem Einhalten der Ersteinschätzungsempfehlung durch eine Leitstelle oder eine generelle Gebühr) gefordert.

Eine Notaufnahmegebühr ist keine adäquate Lösung, um eine bessere Steuerung in der Notfallversorgung zu erreichen. Zum einen sollten sich Patientinnen und Patienten nicht in Abhängigkeit von der eigenen finanziellen Leistungsfähigkeit für oder gegen die Inanspruchnahme einer Institution der Notfallversorgung entscheiden müssen. Ein möglicher Sozialausgleich würde zu weiterer Bürokratie führen. Des Weiteren haben ähnliche Gebühren wie die Praxisgebühr in der Vergangenheit keinerlei relevante Steuerungswirkung gezeigt.

Die entscheidende Lösung liegt in der grundlegenden Reform der Notfallversorgung. Die Strukturen der Notfallversorgung müssen das Patientenverhalten berücksichtigen und niederschwellig erreichbar sein. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Krankenhausärztinnen und -ärzte sollten zusammen die Notfallversorgung gewährleisten. Dazu braucht es u. a. die Etablierung von Triage-Systemen zur verbindlichen



Ersteinschätzung und die Schaffung gemeinsamer Anlaufstellen an Krankenhausstandorten. Das sind die eigentlichen Maßnahmen, um das Gesundheitssystem zu entlasten sowie wiederholte Vorstellungen und bürokratische Weiterleitungen zu vermeiden - und letztlich alle Institutionen der Notfallversorgung zu entlasten.

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

Titel: Flächendeckende Etablierung von Nachweisen über Behandlungs- und Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Andreas Hammerschmidt, Hans-Martin Wollenberg, Dr. Janina Naoum, Dr. Florian Seim und Dr. Alexander Nowicki (Drucksache Ic - 132) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesländer auf, in allen Bundesländern Anwendungen zu etablieren, welche über aktuelle Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser informieren. Wünschenswert wäre eine bundesweit einheitliche Lösung. Sofern diese nicht etabliert werden kann, müssen mindestens in Grenzregionen Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Anwendungen geschaffen werden.

Begründung:

Aktuell existieren in einigen Bundesländern verschiedene Systeme, die über Versorgungskapazitäten in Krankenhäusern Auskunft geben (z. B. länderübergreifend wie IVENA Niedersachsen/Bremen, landesbezogen wie IVENA Hessen oder regional wie IVENA Oberbayern, andere Systeme wie z. B. IG NRW). Es gibt aber auch zahlreiche Bundesländer, in denen entsprechende Systeme nicht existieren.

Entsprechende Anwendungen ermöglichen es den Trägern der präklinischen und klinischen Patientenversorgung, sich niederschwellig und kurzfristig über aktuelle Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser zu informieren – auch überregional. Sie ermöglichen den schnellen Informationsaustausch zwischen Krankenhäusern, Leitstellen und anderen medizinischen Diensten. Zudem wird eine Übersicht der Verfügbarkeit der Versorgungskapazitäten, z. B. nach Versorgungseinrichtungen (z. B. Intensivstation, Herzkatheterlabor) und Diagnosen sowie (je nach System) ggf. Patientenströmen, gegeben. Den aufnehmenden Krankenhäusern können geeignete Informationen wie z. B. Diagnose, Infektionsstatus, Dringlichkeit und Eintreffzeit übermittelt werden.

Die unterschiedliche Verfügbarkeit entsprechender Anwendungen erschwert die Arbeit in der Notfallversorgung in den einzelnen Bundesländern und insbesondere

länderübergreifend in Grenzregionen, sofern nicht beide Bundesländer die gleiche Anwendung verwenden und/oder zumindest eine Schnittstelle existiert. Daher ist es sinnvoll, in allen Bundesländern entsprechende Anwendungen zu etablieren - am besten eine bundesweit einheitliche Lösung. Sollte dies nicht realisiert werden, sind zumindest Schnittstellen zwischen Anwendungen in Grenzregionen zu etablieren.

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

Titel: Regelung des Einflusses kammerfremder Organisationen auf die ärztliche Qualifizierung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Sebastian Exner, Wolfgang Gradel, Dr. Thomas Lipp, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Tilman Kaethner, Wieland Dietrich, Melissa Camara Romero und Barbara vom Stein (Drucksache Ic - 133) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen zeitgemäße, nachvollziehbare und angemessene Kriterien zu entwickeln.

Begründung:

Diese Kriterien sollen dazu beitragen, die Qualität und Relevanz der Angebote von Fortbildungsanbietern (Fachgesellschaften, Berufsverbände, Konzerne, kommunale Organisationen, Marketingagenturen, Reisebüros und andere) besser beurteilen zu können und europäische Normierungsbestrebungen durch das Europäische Komitee für Normung (CEN) auf die ärztliche Qualifizierung zu verhindern.

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

Titel: Gremienarbeit der Bundesärztekammer auf EU-Ebene

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Hans-Detlef Dewitz und Dr. Irmgard Landgraf (Drucksache Ic - 135) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Abgeordneten des 127. Deutschen Ärztetages 2023 fordern den Vorstand der Bundesärztekammer auf, in Verhandlungen mit der European Union Aviation Safety Agency (EASA) mit dem Ziel zu gehen, an den jährlichen Sitzungen der EASA teilzunehmen, um die medizinische Kompetenz der Bundesärztekammer in die Verhandlungen der EASA auf europäischer Ebene mit einfließen zu lassen.

Begründung:

Die EASA ist eine europäische Organisation zur Aufrechterhaltung der Flugsicherheit. Sie ist auch zuständig für die Vorgaben der Fliegerärzte in Europa zur Untersuchung von Piloten, Flugbegleitern und Fluglotsen. Die EASA gibt die Regeln für diese Untersuchungen durch die Fliegerärzte auf europäischer Ebene vor. Diese werden dann in nationales Recht überführt. Es ist wichtig, das Wissen und die Kompetenz der Bundesärztekammer über die medizinischen Strukturen Deutschlands in dieses Gremium einfließen zu lassen, um Doppelgenehmigungen zu vermeiden, Vorschriften für Ärztinnen und Ärzte zu verringern und unnötige Bürokratie abzubauen.

Bisher nehmen an diesen Sitzungen für Deutschland immer nur Vertreter des Luftfahrtbundesamtes (LBA) und des Bundesamtes für Flugsicherheit (BAF) teil. Diese sind im Detail nicht im Einzelnen mit den Regularien und der Struktur der Fort- und Weiterbildung der deutschen Ärztinnen und Ärzte vertraut, weshalb auch dort die fachliche Expertise der Selbstverwaltung durch die Bundesärztekammer notwendig ist.

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

Titel: Verbesserung psychiatrisch-somatischer stationärer Versorgung von Patientinnen und Patienten in somatischen Kliniken

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Alexander Kern-Ehrlich und Dr. Andreas Botzlar (Drucksache Ic - 134) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert Bund und Länder auf, die psychische Gesundheit somatisch erkrankter Menschen in stationärer Behandlung durch Stärkung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Konsiliardienste zu stärken und interdisziplinäre Stationen mit psychiatrischer ärztlicher und pflegerischer Kompetenz in somatischen Kliniken einzuführen.

Diese sind mit der nötigen personellen Ausstattung vorzuhalten, um den absehbar wachsenden und an Komplexität zunehmenden Versorgungsbedarf multimorbider und polypharmazeutisch behandelter Menschen zu sichern. So kann individuelles Outcome verbessert und medizinisch notwendige Behandlung verstetigt werden.

Begründung:

Aufgrund der soziodemografischen Entwicklung in Deutschland werden in somatischen und psychiatrischen Kliniken stationär zunehmend multimorbide und polypharmazeutisch behandelte Menschen in zunehmendem Alter versorgt. Damit verbunden sind individuell begründete und behandlungsimmanente Risiken für psychische Dekompensationen, endoreaktive Krisen. Medikationsassessment, Evaluation von Befund, psychischer Verfassung, vegetativer Verfassung sind essenziell. Delirhäufigkeit und Delirdauer sollten gesenkt werden.

Insbesondere die Delirentwicklung und -dauer sind Risiken für die kognitiven Reserven jedes Menschen, intrapsychisch irritierende Erlebnisse mit Fehlverhaltensrisiko. Es mangelt an psychiatrischer Fachpflege in der Somatik und an somatischer Fachpflege in der Psychiatrie als Garanten individueller angemessener 24-Stunden-Versorgung abseits apparativer Messungen. Interdisziplinäre Stationseinheiten mit psychiatrischer ärztlicher und pflegerischer Kompetenz fehlen in somatischen Kliniken weitgehend.

Als Folge etwaiger Umsetzung theoretisch erwogenen Bettenabbaus wird es Fortfall an der Bevölkerung vertrauten und für sie und ihre Angehörigen erreichbaren Versorgungsstrukturen geben, wird der Personalaufwand für die verbleibenden Kliniken größer werden, da der individuelle Bedarf multimorbider und polypharmazeutisch behandelter Menschen steigt. Spätestens dann muss klinisch interdisziplinär gedacht und gearbeitet werden.

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

Titel: Mehr Informationen für die Abgeordneten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Helene Michler und Prof. Dr. Andreas Umgelter (Drucksache Ic - 136) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 beschließt, dass künftig die Präsentationsunterlagen am Ende einer Präsentation allen Abgeordneten im Abgeordnetenportal zur Verfügung gestellt werden.

Begründung:

Auf den Deutschen Ärztetagen werden eine Vielzahl relevanter Themen besprochen. Es wäre wünschenswert, dass unterjährig in den Kammern eine intensive Befassung mit diesen und weiteren Themen erfolgt, um die Kontinuität zu wahren und die Arbeit zu vertiefen. Dazu wären die fundierten Informationen der Referierenden hilfreich.

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

Titel: Einführung eines spezifischen Tarifvertrages für die Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Petra Albrecht (Drucksache Ic - 137) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert nachdrücklich Bund, Länder und Kommunen als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) auf, den seit 2010 wiederkehrend einstimmig gefassten Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) mit der Forderung nach einem spezifischen Tarifvertrag für die Ärztinnen und Ärzte des ÖGD endlich umzusetzen.

Begründung:

Bereits auf dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 in Erfurt wurde mit Beschluss Ic - 11 eine entsprechende Forderung aufgestellt. Seitdem ist in Bezug auf den Abschluss eines arzt spezifischen Tarifabschlusses nichts passiert. Die mit dem Pakt für den ÖGD im September 2020 vom Bund bereitgestellte Förderung für Personal, Digitalisierung und moderne Strukturen ist nicht ausreichend, um Ärztinnen und Ärzte für diesen wichtigen Bereich der Prävention und Versorgung zu gewinnen bzw. sogar zu behalten.

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

Titel: Flugsicherheit durch Versicherungspflicht von Berufspiloten durch Fluggesellschaften erhöhen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Hans-Detlef Dewitz und Dr. Irmgard Landgraf (Drucksache Ic - 138) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich bei der Politik und insbesondere dem Bundesministerium für Digitales und Verkehr (BMDV) dafür einzusetzen, dass eine Berufsunfähigkeitsversicherungspflicht (Loss of Licence Versicherung) für alle Berufspilotinnen und Berufspiloten in Deutschland und Europa eingeführt wird. Eine solche Versicherung sollte von den Fluggesellschaften getragen werden. Diese Versicherungspflicht würde die Flugsicherheit in Deutschland und Europa deutlich erhöhen, das Vertrauensverhältnis von Piloten und Flugärzten stärken und einer Stigmatisierung aufgrund psychischer Störungen vorbeugen.

Begründung:

Nach dem Absturz des Germanwings-Flugs 9525 am 24.03.2015 wurde bewusst, dass die psychische Kontrolle von Piloten und das Vertrauen der Piloten zu den Fliegerärzten einen sehr wichtigen Teil der Untersuchung der Fliegerärzte ausmacht. Vor diesem Absturz haben sich viele Piloten gegenüber ihren Fliegerärzten anvertraut. Man hatte ein Vertrauensverhältnis zu den Piloten, um psychische Probleme, auch wenn sie nur kurzfristig sind (Partnertrennung etc.), besprechen zu können.

Seit dem Absturz des Germanwings-Flugs 9525 besteht eine große Angst vieler Piloten, bereits bei Offenbarung leichter psychischer Befindlichkeitsstörungen oder Angstzuständen die Flugfähigkeit zu verlieren. Die Anforderungen der Flugaufsichtsbehörden an die Wiederherstellung der Flugfähigkeit sind häufig sehr hoch und brauchen eine lange Zeit. Selbst wenn der Pilot wieder gesund ist und die Psychiater feststellen, dass er flugtauglich ist, kann es noch eine längere Zeit dauern, bis die Behörde dem Piloten die Fluglizenz wieder gibt.

Da in dieser Zeit der Pilot seinen Beruf nicht ausüben kann, jedoch wieder gesund ist, ist er auch nicht krank zu schreiben. Dieses führt dazu, dass er weder Krankengeld bekommt,

noch seine Arbeit ausüben kann. Aus diesem Grunde haben nach dem Absturz viele Piloten Angst, ihrem Fliegerarzt über psychische Probleme und Ängste zu berichten. Eine Berufsunfähigkeitsversicherung für Piloten ist im Augenblick nur auf freiwilliger Basis für die Piloten abzuschließen. Diese ist auch häufig sehr teuer. Gerade junge Pilotinnen und Piloten, die ihre Ausbildung teilweise selbst finanzieren mussten oder die bei sogenannten "Billig-Fluggesellschaften" arbeiten, sparen daher gerade das Geld für eine solche "Loss of Licence-" bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung ein.

Eine allgemeine Pflicht, wie die Haftpflichtversicherung für ein Auto, würde bei den Piloten dazu führen, dass sie mit ihren Fliegerärzten offener über ihre psychischen Probleme reden könnten und keine Angst vor finanziellen Schwierigkeiten haben müssten.

Die Preise für die Versicherungen würden sinken, da mehr Piloten eine Versicherung abschließen. Zweitens würde der Zwang für diese Versicherung dazu führen, dass es keine unversicherten Piloten mehr geben würde. Diese Versicherung müsste verpflichtend von den Fluggesellschaften für die Piloten abgeschlossen werden, damit nicht ein weiterer sozialer und finanzieller Druck auf die Piloten ausgeübt wird.

Diese Versicherungspflicht würde eine deutliche Erhöhung und Verstärkung der Flugsicherheit in Deutschland und Europa bedeuten.

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

Titel: Schwerpunktthema Kommerzialisierung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Katharina Thiede, Prof. Dr. Andreas Umgelter, Dr. Helene Michler, Julian Veelken, Prof. Dr. Jörg Weimann, PD Dr. Birgit Wulff, Melissa Camara Romero, Steffen Veen, Dr. Oliver Funken, Anne Schluck, Dr. Marion Charlotte Renneberg und Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. (Drucksache Ic - 139) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer dazu auf, die Auswirkungen wirtschaftlicher Steuerungsinstrumente und zunehmender Kommerzialisierung im Gesundheitswesen als Schwerpunktthema auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage zu behandeln.

Begründung:

Die Debatten der vergangenen und des 127. Deutschen Ärztetages zeigen klar auf, wie wachsender kommerzieller Druck und wirtschaftliche Steuerungsmechanismen die ärztliche Arbeit beeinflussen. Sie beeinflussen die Freiheit der ärztlichen Profession, die Weiterbildungsqualität und die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen.

Ein Schwerpunktthema bietet die Möglichkeit, das Thema so strukturiert und intensiv zu behandeln, dass wir besser Einfluss auf die künftige Entwicklung nehmen können, und die Chance, auch unter Berücksichtigung externer Expertise unsere Position und Haltung zu schärfen.

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

Titel: Aktive Mitgestaltung an der Novellierung des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Kathrin Stricker, Dr. Thomas Maibaum, Anne Machka und Dr. Andreas Gibb (Drucksache Ic - 140) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 begrüßt ausdrücklich den Plan, den ärztlichen Bereich der Patientenversorgung aus dem Wissenschaftszeitvertragsgesetz (WissZeitVG) herauszunehmen.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert konkret, dass

- die Bundesärztekammer in den Prozess der Novelle involviert wird.
- das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) bei der Novelle berücksichtigt, dass es auch für den Wissenschaftsstandort Deutschland essenziell ist, Fachkräfte mit Blick auf den aktuell dramatischen Fachkräftemangel im Land zu halten und nicht durch unnötige Befristungen zu einer Abwanderung beizutragen. Das Ende der Kettenbefristung ermöglicht eine freie ärztliche Berufsausübung, ohne durch implizite Sanktionen bedroht zu sein.
- die mit Bezug auf die Postdoc-Befristung geplante Verkürzung der maximalen Befristungsdauer den (Medizin-)Standort Deutschland gefährdet, der ohne nichtärztliche hochqualifizierte wissenschaftliche Mitarbeiter deutliche Verluste durch Abwanderung in die freie Wirtschaft und ins Ausland hinnehmen müsste.
- die Besonderheiten der Universitätsklinika, die nach dem Integrationsmodell betrieben werden, berücksichtigt werden.

Begründung:

Im medizinischen Bereich unterliegen rund 47.000 Beschäftigte dem WissZeitVG. Bereits vom 118. Deutschen Ärztetag 2015 und vom 119. Deutschen Ärztetag 2016 wurde festgestellt, dass die Praxis kurzer Vertragslaufzeiten für Ärztinnen und Ärzte an Universitätsklinika zu prekärer Beschäftigung und mangelhafter Planbarkeit des Berufslebens führt und dadurch implizit zum ärztlichen Personalmangel in der



Krankenversorgung beiträgt.

Laut Bericht zur Evaluation des novellierten WissZeitVG im Auftrag des BMBF vom 17.05.2022 betrug die Vertragslaufzeit für 47 Prozent der Beschäftigten im medizinischen Bereich im Jahr 2020 ein Jahr oder weniger. Nur 22 Prozent der Beschäftigten besaßen eine Laufzeit von drei Jahren oder länger.



TOP II Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession

- II - 01 Essener Resolution für Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession
- II - 02 Sektorenübergreifende und kompetente Expertise der Ärztekammern nutzen
- II - 03 Einrichtung einer Ombudsstelle bei den Landesärztekammern zur Sicherstellung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit in der Patientenbetreuung
- II - 04 Primat der Medizin
- II - 06 Der Deutsche Ärztetag fordert eine Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen
- II - 08 Ärztliche Freiberuflichkeit garantieren
- II - 10 Selbstverwaltung verstehen, Verantwortung übernehmen
- II - 11 Kammerstrukturen sind Grundpfeiler demokratischer Mitbestimmung und müssen geschützt werden
- II - 05 Freiheit der ärztlichen Berufsausübung im Hinblick auf ärztliche Fernbehandlung gewährleisten
- II - 07 Assistierter Suizid als ärztliche Aufgabe - Änderung des § 1 Abs. 2 MBO-Ä

TOP II Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession

Titel: Essener Resolution für Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache II - 01) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Essener Resolution für Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession

"Der ärztliche Beruf ist [...] seiner Natur nach ein freier Beruf." (§ 1 Abs. 2 BOÄ und § 1 Abs. 1 S. 2 und 3 MBO-Ä)

Ärztinnen und Ärzte üben unabhängig von Stellung und Ort der ärztlichen Tätigkeit einen freien Beruf aus. Diese Freiberuflichkeit ergibt sich aus dem Selbstverständnis der ärztlichen Profession. Grundlegend dafür sind das ärztliche Berufsethos, die Gemeinwohlorientierung der ärztlichen Tätigkeit und die spezifisch ärztliche Fachkompetenz, aus denen sich die Therapiefreiheit und Weisungsunabhängigkeit bei ärztlichen Entscheidungen ableiten. Ärztinnen und Ärzte richten ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten aus, unabhängig von kommerziellen Erwartungshaltungen Dritter.

Die ärztliche Profession beruht auf einer akademischen Ausbildung mit Approbation, einer hochqualifizierten Weiterbildung und kontinuierlicher Fortbildung. Ärztinnen und Ärzte erwerben und erweitern ihre Berufserfahrung im Austausch mit ihren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie den Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe. Im Zentrum stehen die Bereitschaft und die Fähigkeit, sich auf die Individualität der Patientinnen und Patienten und deren Behandlungsbedarf einzulassen und mit ihnen gemeinsam die bestmögliche Therapie zu finden.

Die individuelle Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfordert allerdings Rahmenbedingungen, die eine freie Berufsausübung sicherstellen. Die Freiheit, für das Wohl der Patientinnen und Patienten zu handeln, ist das Fundament der besonderen Vertrauensbeziehung der Patientinnen und Patienten zu ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Freiberuflichkeit findet ihren Ausdruck in der persönlichen Verantwortung, die Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten gegenüber übernehmen.

Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession sind untrennbar mit der ärztlichen Selbstverwaltung als Organisationsprinzip verbunden. Das ärztliche Gelöbnis und die Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte legen die Selbstverpflichtung zu Erhalt und

Förderung des Vertrauens zu den Patientinnen und Patienten, zur Sicherstellung der Qualität ärztlicher Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung, zur Wahrung der Freiheit und des Ansehens des Arztberufes sowie zur Förderung berufswürdigen Verhaltens fest. Die Ärztekammern stehen für das Prinzip der professionellen Selbstkontrolle, für die Einhaltung der ärztlichen Standards und ethischen Grundsätze und damit für die Qualität einer patientenzentrierten medizinischen Versorgung.

Unzureichende finanzielle und personelle Ressourcen trotz steigendem Behandlungsbedarf, eine zunehmende Kommerzialisierung in der Medizin, staatsdirigistische Eingriffe in die Selbstverwaltung sowie eine überbordende Kontrollbürokratie führen derzeit jedoch zu enormer Arbeitsverdichtung und vielfach auch Überlastung der Berufe im Gesundheitswesen. Eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau für eine sich im demografischen Wandel befindende Gesellschaft ist unter diesen Voraussetzungen auf Dauer nicht zu gewährleisten.

Umso wichtiger ist der frühzeitige Einbezug des ärztlichen Sachverstandes in alle gesundheitspolitischen Reformvorhaben und in deren Umsetzung. Die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer als ihre Arbeitsgemeinschaft bündeln diesen medizinisch-fachlichen Sachverstand und das ärztliche Versorgungswissen aus allen Versorgungsbereichen und Fachgebieten. Mit dieser Kompetenz ist ein frühzeitiger Praxischeck hinsichtlich der Konsequenzen einer Reform möglich, können Verwerfungen vermieden und für die Patientenversorgung praxistaugliche Lösungen gefunden werden.

Die Ärzteschaft fordert eine systematische und strukturelle Einbindung bei allen gesundheitspolitischen Prozessen, Reformvorhaben und Gesetzesverfahren. Diese Einbindung ist eine grundlegende Voraussetzung für eine medizinisch-wissenschaftlich fundierte, qualitativ hochwertige, auf ethischen Normen und Werten beruhende, verantwortliche und patientenzentrierte Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung für die Menschen in unserem Land.

TOP II Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession

Titel: Sektorenübergreifende und kompetente Expertise der Ärztekammern nutzen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache II - 02) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Seit mehreren Jahren lässt sich eine unzureichende Einbeziehung der Expertise von Organisationen der Zivilgesellschaft in die Gesetzgebung von Bund und Ländern beobachten. Die zunehmend kurzfristige Einbeziehung der ärztlichen Selbstverwaltung und des ärztlichen Sachverständes in wesentliche gesundheitspolitische Prozesse hat weitreichende Folgen für Praktikabilität, Sachgerechtigkeit und Patientennutzen gesundheitspolitischer Entscheidungen. Diesem Vorgehen stellt sich die Ärzteschaft in aller Entschiedenheit entgegen.

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Gesetzgeber von Bund und Ländern auf,

- Vertreter der Ärztekammern in beratende Gremien zu allen Reformvorhaben des Gesundheitswesens einzubinden,
- alle Landesärztekammern sowohl in den Krankenhausplanungsausschüssen als auch in den Gremien zur sektorenübergreifenden Versorgung nach § 90a SGB V mit Sitz und Stimme zu beteiligen,
- die Bundesärztekammer im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und seinen Unterausschüssen stimmberechtigt einzubeziehen,
- für schriftliche Stellungnahmen und Anhörungen zu Gesetzesvorhaben Fristen einzuplanen, die eine vertiefte Befassung innerhalb der stellungnahmeberechtigten Organisationen zulassen sowie
- kurzfristige Änderungsanträge zu Gesetzesentwürfen nur dann zuzulassen, wenn die Eilbedürftigkeit der betreffenden gesetzlichen Regelung schlüssig und schriftlich dargelegt werden kann.

Begründung:

Die geplanten bzw. bereits eingeleiteten Reformvorhaben der Bundesregierung greifen tief in die ärztliche Tätigkeit und in die Belange und Aufgabenfelder der Ärztekammern ein.

Für die Umsetzung dieser Reformen ist es aus Gründen der Praxistauglichkeit, der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität unerlässlich, das umfangreiche und sektorenübergreifende Erfahrungswissen der Bundesärztekammer und der



Landesärztekammern in die gesundheitspolitischen Beratungen einzubeziehen.

TOP II Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession

Titel: Einrichtung einer Ombudsstelle bei den Landesärztekammern zur
Sicherstellung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit in der Patientenbetreuung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Jörg Franke, Dr. Andreas Schießl, Sylvia Ottmüller, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Frank J. Reuther, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Florian Gerheuser, Katharina Weis, Dr. Sonja Schniewindt und Dr. Andreas Tröster (Drucksache II - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Landesärztekammern auf, zeitnah Ombudsstellen zur Sicherstellung der ärztlichen Weisungsfreiheit in medizinischen Entscheidungen einzurichten.

Aufgabe dieser Ombudsstellen ist die Beratung und Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten in abhängigen Arbeitsverhältnissen bei der Abwehr von nicht mit der Berufsordnung vereinbaren Einflussnahmen der Arbeitgeber auf medizinische Entscheidungen.

Zielsetzung der Ombudsstellen sollte sein:

- Beratung über Regelungen der Berufsordnung,
- Beratung zum konkreten Vorgehen im Konfliktfall,
- Kontaktaufnahme mit nichtärztlichen Arbeitgebern, sofern von der beratungssuchenden Ärztin/dem beratungssuchenden Arzt gewünscht,
- Sammlung und Auswertung gemeldeter Konfliktfälle,
- Unterstützung der politischen Organe bei der Bearbeitung dieses Konfliktfeldes.

Begründung:

- § 1 Abs. 1 MBO-Ä besagt, dass der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist, er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.
 - § 2 Abs. 2 MBO-Ä verbietet Ärztinnen und Ärzten, die Interessen Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten zu stellen.
 - § 2 Abs. 4 MBO-Ä lautet: Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.
-

Aus der ärztlichen Berufsfreiheit folgt, dass keine Ärztin und kein Arzt zu einer bestimmten Behandlungsmethode oder ganz allgemein zu einer sonst seinem Gewissen widersprechenden Handlung gezwungen werden kann. Im Angestelltenverhältnis findet das Weisungsrecht des Arbeitgebers an dem garantierten Freiheitsraum ärztlicher Tätigkeit eine Grenze.

In einem sich wandelnden Gesundheitssystem, in dem Ärztinnen und Ärzte zunehmend in Strukturen arbeiten, die von renditeorientierten Investoren getragen werden, sind Interessenkollisionen zwischen Ärztinnen und Ärzten einerseits und den Trägern (beispielsweise in medizinischen Versorgungszentren [MVZ]) unvermeidlich.

Einflussversuche von Arbeitgebern auf medizinische Entscheidungen in solchen Strukturen sind mittlerweile auch vielfach beschrieben.

Die Einflussnahme kann sich auf die konkrete Therapieentscheidung, die Vorgabe bestimmter Leistungszahlen, die Verordnung spezieller Medizinprodukte, die Veranlassung spezieller diagnostischer oder therapeutischer Leistungen und vieles mehr beziehen. Die Grenze zwischen noch zulässigen und inakzeptablen, wirtschaftlich begründeten Vorgaben ist oft fließend. Die einzelne angestellte Ärztin und der einzelne angestellte Arzt benötigen wegen der abhängigen Stellung besonderen Schutz der zuständigen Kammer und besondere Beratung, um die Grundsätze der Berufsordnung umsetzen zu können und zu verteidigen. Nach Laufs/Uhlenbruck ist es Aufgabe der Ärztekammern, die Pflichten der Mitglieder durch die Berufsordnung zu regeln und deren Einhaltung zu überwachen, jedoch auch die Hilfe im Einzelfall.

Dazu sollen die Landesärztekammern eine Ombudsstelle einrichten, an die sich betroffene Kolleginnen und Kollegen im Konfliktfall niederschwellig und in geschütztem Rahmen wenden können.

Neben der Unterstützung der einzelnen Ärztin und des einzelnen Arztes soll die Schaffung der Ombudsstellen zudem den Fokus der Politik auf dieses zunehmend wichtiger werdende Problemfeld lenken.

Mit derartigen Ombudsstellen können die Kammern ihrer Verpflichtung, die Einhaltung der Berufsordnung zu gewährleisten, besser gerecht werden.

TOP II Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession

Titel: Primat der Medizin

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Matthias Marschner, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Helene Michler, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Irmgard Pfaffinger, Pierre Frevert und Dr. Christof Stork (Drucksache II - 04) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 stellt fest, dass durch die auch absehbar mit den Fallpauschalen verknüpfte kaufmännische Leistungsbewertung und vor allem die Möglichkeit, Gewinne aus dem Solidarsystem zu entnehmen, im Gesundheitssystem nicht die medizinische, sondern die wirtschaftliche Effizienz bewertet und honoriert wird.

Der 127. Deutsche Ärztetag warnt daher davor,

- dass sich mit dem demografischen Wandel der Fachkräftemangel in allen Gesundheitsberufen absehbar noch verschärfen wird. Dies wird durch schlechte Arbeitsbedingungen und die durch eine "Fließbandmedizin" entstehende moralische Verletzung noch erheblich beschleunigt.
- dass durch die mangelnde professionelle Selbststeuerung und die primäre Orientierung beruflichen Handelns an ökonomischen Zielen die ärztliche und pflegerische Profession ausgehöhlt werden. Gleichzeitig wird die individuelle fachliche und professionelle Entwicklung durch immer stärkere Einsparungen beim Personal gestört (geringe Personaldecke, Mangel an erfahreneren Kolleginnen und Kollegen und professionellen Vorbildern).
- dass Fachkräftemangel und Professionalitätsverluste, vor allem aber die ökonomisch bedingte Fehlsteuerung selbst, zu Fehlversorgung und sinkender Versorgungsqualität führen.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert daher, dass die Möglichkeit zur Gewinnentnahme aus den Krankenhausbetrieben beendet und die kaufmännische Fehlsteuerung begrenzt werden müssen. Wir Gesundheitsberufe müssen unsere professionelle Selbststeuerung zurückgewinnen. Die Bewertung ökonomischer Effizienz muss durch eine Bewertung medizinischer Effizienz ersetzt werden, die größtmögliche Gesundheit bei verantwortungsvollem Einsatz gesellschaftlicher Ressourcen erreicht.

Begründung:

Kliniken konkurrieren in ihrer wirtschaftlichen Effizienz der Patientenversorgung, indem sie Risiken minimieren. Sie vermeiden komplex kranke oder pflegeaufwendige Patientinnen und Patienten und sparen (Personal-)Kosten (Unterversorgung). Auf der anderen Seite wird die Menge lukrativer Diagnostik und Therapien ausgeweitet (Übersorgung).

Die wirtschaftliche Effizienz des einzelnen Akteurs führt dabei aber nicht dazu, dass das System als Ganzes wirtschaftlich effizient wäre und schon gleich gar nicht zu gesundheitlicher Effizienz (möglichst wenig Krankheitslast bei möglichst geringem Ressourceneinsatz). Damit steht das gegenwärtige System im Gegensatz zu unseren Zielen als Gesellschaft und Profession: möglichst gute Gesundheit und bestmögliche Gesundheitsversorgung bei möglichst achtsamem Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen.

TOP II Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession

Titel: Der Deutsche Ärztetag fordert eine Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Gregg Frost, Dr. Hella Frobin-Klein, Dr. Dirk Jesinghaus, Dr. Anja Feld und Dr. Josef Mischo (Drucksache II - 06) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert eine Stärkung der Selbstverwaltung. Hierzu gehören:

- Die Politik soll sich darauf beschränken, Rahmenvorgaben zu machen. Starre Fristen und detaillierte Vorgaben verhindern, dass die Selbstverwaltung ihrem Auftrag zur Gestaltung von Versorgung nachkommen kann.
- Geringere Regelungen durch die Politik bei Aufträgen an die Selbstverwaltung.
- Das Subsidiaritätsprinzip muss gestärkt werden, d. h. Entscheidungen, die nicht zwingend auf Bundesebene getroffen werden müssen, sollen an der lokalen Versorgung auf Länderebene ausgerichtet werden können.
- Die Dauerblockade des GKV-Spitzenverbandes (Forderung der Nullrunde für Vertragsärzte seit Jahren) muss beendet werden, um die Patientenversorgung und nicht die Beitragsstabilität wieder in den Vordergrund zu rücken.

Begründung:

Durch Eingriffe der staatlichen Organe in die Funktionsabläufe der Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung wird deren Entscheidungskompetenz zunehmend eingeschränkt und damit gelähmt. Immer mehr wird immer detaillierter im Gesetz geregelt, auch ohne ein Einverständnis der Körperschaften. Parallel hierzu werden von den staatlichen Organen zunehmend Zweifel an der Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung geäußert.

TOP II Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession

Titel: Ärztliche Freiberuflichkeit garantieren

Beschluss

Auf Antrag von René Uwe Forner, Dr. Anne Bunte, Stefanie Oberfeld und Dr. Joachim Dehnst (Drucksache II - 08) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Im Rahmen der ungehindert fortschreitenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens und des Wettkampfes um die zu geringen finanziellen und personellen Ressourcen mit Implementierung Ärzte ergänzender und Ärzte ersetzender neuer Gesundheitsberufe kommt es zu einer zunehmenden Erosion der Freiberuflichkeit sowohl im Bereich der angestellten Ärzte als auch der in freier Niederlassung tätigen Ärzte. Es werden zunehmend von diesen "Nichtärzten" Entscheidungen mit direkter und indirekter Auswirkung, auch im fachlich-medizinischen Sinne, auf die Patienten und Patientinnen getroffen. Die Krankenhausträger, die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), Träger großer OP-Zentren, Träger von medizinischen Versorgungszentren (MVZ), insbesondere auch von investorengeführten medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) werden aufgefordert, die freie ärztliche Entscheidungsfindung des Arztes oder der Ärztin strikt zu wahren.

So lange die Geschäftsführer, OP-Manager, nichtärztlichen Leiter von Gesundheitsämtern etc. keine eigene, auch persönliche strafrechtliche Verantwortlichkeit gegenüber den Patienten übernehmen, dürfen alle unmittelbaren und mittelbaren medizinisch-fachlichen Entscheidungen mit direkter Auswirkung auf eine Patientin oder einen Patienten ausschließlich von einer approbierten Medizinerin oder einem approbierten Mediziner letztentscheidend getroffen werden.

TOP II Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession

Titel: Selbstverwaltung verstehen, Verantwortung übernehmen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Jonathan Sorge, Matthias Marschner, Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Miriam Vosloo, Dr. Klaus-Peter Spies und Dr. Irmgard Landgraf (Drucksache II - 10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 beschließt, dass alle Ärztinnen und Ärzte zu Beginn ihrer ärztlichen Tätigkeit die Stellung der ärztlichen Selbstverwaltung innerhalb unseres Gesundheitssystems kennen und verstehen lernen sollen, insbesondere ihre Aufgaben und Zuständigkeiten.

Begründung:

Viele Ärztinnen und Ärzte sind sich zwar täglich ihrer Verantwortung gegenüber ihren Patientinnen und Patienten in der Versorgung bewusst, aber viel zu wenige wissen über ihre Verantwortung für den freien Beruf und die Rolle unserer Selbstverwaltung. Zu viele Medizinerinnen und Mediziner kennen nicht die Struktur der Selbstverwaltung, wissen nicht, dass wir unsere eigene Berufsordnung formulieren, dass wir die Qualitätskriterien festlegen und unsere Weiter- und Fortbildung gestalten. Auch die daraus folgende enge Zusammenarbeit mit den Landesbehörden ist nicht bekannt.

Wir können die Besonderheit des freien Berufes, unsere Unabhängigkeit in ärztlichen Entscheidungen, das Einstehen für die Qualität unserer Versorgung und unser verantwortliches, persönliches, mit Schweigepflicht belegtes Arzt-Patienten-Verhältnis nur durch Vermittlung und Verbreitung dieses Wissens schützen und wahren.

Es hat sich gezeigt, dass kurze Module innerhalb des Studiums zum falschen Zeitpunkt stattfinden und daher nicht verinnerlicht werden.

TOP II Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession

Titel: Kammerstrukturen sind Grundpfeiler demokratischer Mitbestimmung und müssen geschützt werden

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Lars Bodammer, Pierre Frevert und Dr. Wolf Andreas Fach (Drucksache II - 11) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 als Vertreter der deutschen Ärzteschaft ist besorgt und konsterniert über die politische Einflussnahme und die Angriffe (durch Aufhebung der Pflichtmitgliedschaft) auf die nationale Ärztekammer in Ungarn.

Kammerinstitutionen sind Grundpfeiler demokratischer Mitbestimmung. Die Ärztekammern verstehen sich mit ihren Aufgaben der Selbstverwaltung und in Fragen der Gesundheitspolitik als Partner, Berater und Korrektiv gegenüber der Politik und öffentlichen Institutionen. Dies ist gelebte Demokratie. Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, auf europäischer Ebene die Bedeutung der Kammern zu stützen, sich mit den anderen Kammerinstitutionen gegen politische Angriffe, wie jüngst in Ungarn, zu vereinen und gemeinsam Politikerinnen und Politiker bundes- und europaweit für Gefahren der Entdemokratisierung zu sensibilisieren.

Begründung:

Ohne ausreichend öffentliche Diskussion wurde dort die Pflichtmitgliedschaft in der nationalen Ärztekammer aufgehoben.

Die Institution, welche sich in Gesundheitsthemen oftmals kritisch gegenüber den politisch Verantwortlichen als Vertreterin der Ärzteschaft in Ungarn geäußert hat, wird damit existenziell angegriffen. Langfristig sollen dadurch kritische Beiträge aus demokratischen Strukturen gegenüber der Politik und Entscheidungsträgern unterbunden werden.

TOP II Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession

Titel: Freiheit der ärztlichen Berufsausübung im Hinblick auf ärztliche Fernbehandlung gewährleisten

Beschluss

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Dr. Lothar Rütz, Dr. Silke Lüder und Dr. Christian Messer (Drucksache II - 05) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Die Abgeordneten des 127. Deutschen Ärztetages 2023 fordern, dass die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung im Hinblick auf die ausschließliche ärztliche Fernbehandlung, wie sie in der (Muster-)Berufsordnung auf Bundesebene und den Berufsordnungen der Landesärztekammern normiert ist, gewahrt bleiben muss.

Insbesondere ist zu beachten, dass es generell oder im Einzelfall keine Verpflichtung geben darf, ausschließliche ärztliche Fernbehandlung durchführen zu müssen.

Eine solche Verpflichtung wäre ein direkter und tiefer Eingriff in die Art und Weise der Berufsausübung, der mit der Berufsausübungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten nicht vereinbar ist.

Begründung:

Die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) normiert:

"§ 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten

(1) Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.

(2) Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.

(3) Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.

(4) Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen."

Ähnliche, analoge oder gleiche Bestimmungen sind in den Berufsordnungen der Landesärztekammern normiert.

Auch wenn ausschließlich ärztliche Fernbehandlung im Einzelfall sinnvoll sein kann, muss es stets der Entscheidung des Arztes/der Ärztin auf der Grundlage der freien Berufsausübung obliegen, ob er/sie ärztliche Fernbehandlung durchführen will.

Dies gilt auch deshalb, weil § 7 Abs. 4 Satz 1 MBO-Ä sowie beispielsweise die nordrheinische Berufsordnung normiert, dass Ärztinnen und Ärzte Patientinnen und Patienten "im persönlichen Kontakt" beraten und behandeln. Darüber hinaus sind ausschließlich ärztliche Fernberatungen und -behandlungen nach § 7 Abs. 4 Satz 3 MBO-Ä nur "im Einzelfall erlaubt".

Jedwede Art von Verpflichtung stünde insbesondere auch § 7 Abs. 4 MBO-Ä entgegen.

TOP II Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession

Titel: Assistierter Suizid als ärztliche Aufgabe - Änderung des § 1 Abs. 2 MBO-Ä

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Matthias Bloechle, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Regine Held, Dr. Yüksel König, Dr. Irmgard Landgraf, Matthias Marschner, Dr. Christian Messer, Dr. Helene Michler, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Susanne von der Heydt, Miriam Vosloo und Dr. Christiane Wessel (Drucksache II - 07) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

In den Gremien der Bundesärztekammer soll geprüft werden, nach § 1 Abs. 2 MBO-Ä folgenden Absatz 3 anzufügen:

"(3) Die Mitwirkung bei der Selbsttötung (assistierter Suizid) ist grundsätzlich keine ärztliche Aufgabe. Sie ist bei schwerer oder unerträglicher Erkrankung nach wohlabgewogener Gewissensentscheidung im Einzelfall zulässig."

Jede Beratung von Sterbewilligen, ohne dass Krankheit die Grundlage des Sterbewillens darstellte, würde so außerhalb eines Arzt-Patienten-Verhältnisses stattfinden.

Begründung:

Mit seiner Entscheidung vom 26.02.2020 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) den in 2015 eingeführten § 217 Strafgesetzbuch (StGB) (Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung) für nichtig erklärt. Das BVerfG sah durch die Regelung das grundgesetzlich verbürgte allgemeine Persönlichkeitsrecht des Einzelnen als zu weitgehend eingeschränkt. Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst nach der Auffassung des BVerfG auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Jeder Einzelne muss danach die Entscheidung treffen können, ihr oder sein Leben bewusst und gewollt eigenhändig zu beenden, und darf für die Umsetzung des Suizidwunsches auch auf die Hilfe anderer zurückgreifen. Das so interpretierte Recht auf selbstbestimmtes Sterben haben nach der Auffassung des BVerfG nicht nur schwer oder unheilbar Erkrankte, sondern es bestehe für alle Menschen in jeder Lebensphase. Der Staat dürfe zwar zum Schutz des Lebens regulierend eingreifen, dies dürfe jedoch nicht so weit gehen, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben quasi leerlaufe, weil zumutbare Möglichkeiten einen Suizidwunsch umzusetzen aufgrund gesetzlicher Verbote nicht oder kaum bestehen. Das BVerfG hat in dem Zusammenhang auch die Rolle der Regelungen zum ärztlich assistierten Suizid in den Berufsordnungen der Landesärztekammern beleuchtet und erkannt, dass die Rechtmäßigkeit und damit auch die

Durchsetzbarkeit der hier in Rede stehenden berufsrechtlichen Regelungen zwar ungeklärt, diesen jedoch jedenfalls eine handlungsleitende Wirkung zukomme. Der Zugang zu Möglichkeiten der Suizidassistenz dürfe nicht davon abhängen, dass sich Ärztinnen und Ärzte über die in der Berufsordnung geregelten Verbote hinwegsetzen. Das BVerfG hat in seiner Entscheidung gleichsam betont, dass niemand, und damit auch kein Arzt und keine Ärztin, zur Suizidassistenz verpflichtet werden kann.

Für eine bundesweite verfassungskonforme Regulierung der Suizidassistenz einschließlich eines Schutzkonzepts ist nun der Bundesgesetzgeber gefragt. Für die Ärzteschaft besteht nach dem Urteil des BVerfG Anlass für eine Überprüfung ihrer berufsrechtlichen Regelungen und die Klärung ihrer Rolle, die sie bei der Umsetzung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben einnehmen oder auch nicht einnehmen möchte. Die verfasste Ärzteschaft hat seit der Entscheidung des BVerfG in ihren Deutschen Ärztetagen bereits mehrere Beschlüsse zu der Thematik gefasst. So heißt es in der Begründung des Beschlusses IVa - 01 des 124. Deutschen Ärztetages 2021 (online) zu den Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB: "Es ist dringend erforderlich, dass sich die Ärztekammern schon im Vorfeld einer gesetzgeberischen Neuregelung zur assistierten Selbsttötung an der politischen Diskussion beteiligen und dabei die ärztliche Rolle für sich und gegenüber anderen klar definieren."

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 hat auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer unter Berücksichtigung eines Antrags der Berliner Abgeordneten Prof. Dr. Jörg Weimann und Dr. Susanne von der Heydt die Aufhebung des § 16 Satz 3 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) beschlossen (DÄT-Drs. IVb - 01), nach dem Ärztinnen und Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen. In der Begründung zu diesem Beschluss heißt es u. a. wie folgt:

"Die Streichung ändert nichts daran, dass ärztliches Handeln von einer lebens- und gesundheitsorientierten Zielrichtung geprägt ist. Dies stellen andere Vorschriften der MBO-Ä klar. Wie sich grundlegend aus § 1 Abs. 2 MBO-Ä ergibt, ist es Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken. Dass Ärztinnen und Ärzte unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patienten, insbesondere deren Selbstbestimmungsrechts zu handeln haben, ist in § 7 Abs. 1 MBO-Ä geregelt. Das beinhaltet im Einklang mit der Entscheidung des BVerfG auch den Respekt vor der Entscheidung des einzelnen freiverantwortlich handelnden Menschen, sein Leben beenden zu wollen.

Aus § 1 Abs. 2 MBO-Ä folgt andererseits, dass es nicht zum Aufgabenspektrum der Ärzteschaft zählt, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten. Dies entspricht einem wichtigen Leitsatz der Entscheidung des BVerfG. Danach kann niemand verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten. Es leitet sich aus dem Recht des Einzelnen also kein Anspruch darauf ab, bei einem Selbsttötungsvorhaben ärztlich unterstützt zu werden."

Neben der Aufhebung des § 16 Satz 3 MBO-Ä hat der 124. Deutsche Ärztetag als Reaktion auf das Urteil des BVerfG zu § 217 StGB zudem Folgendes beschlossen (DÄT-Drs. IVa - 02):

"Über den Antrag IVb - 01 hinaus weist der 124. Deutsche Ärztetag 2021 darauf hin, dass die Herbeiführung des Todes nie Ziel einer ärztlichen Heilbehandlung war und ist, wie es sich aus dem Hippokratischen Eid und dem Genfer Gelöbnis entnehmen lässt. Bei terminal Erkrankten kann es davon abweichende und begründete Einzelfallentscheidungen geben. Es kann aber niemals Aufgabe der Ärzteschaft sein, für Nichterkrankte (!) jenseits des Arzt-Patienten-Verhältnisses eine Indikation, Beratung oder gar Durchführung eines Sterbewunsches zu vollziehen. Daher fordern wir, dass sowohl in der Ärzteschaft als auch in der Gesellschaft über den 124. Deutschen Ärztetag hinaus eine breite Diskussion über die Rolle der Ärztinnen und Ärzte in der Sterbehilfe geführt wird, mit dem Ziel, die ärztliche Position in der künftigen Gesetzgebung zur Sterbehilfe zu klären."

In einem weiteren Beschluss des 124. Deutschen Ärztetages (DÄT-Drs. IVa - 03) heißt es zudem:

"Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 lehnt eine Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten zur Mitwirkung beim assistierten Suizid ab und bestätigt die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer. Diese stellen eindeutig klar, dass die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist."

Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 hat zudem ein Suizidpräventionsgesetz gefordert und hierbei zu beachtende Eckpunkte formuliert (DÄT-Drs. I - 75). Der 126. Deutsche Ärztetag 2022 hat die gesetzliche Verankerung und konkrete Maßnahmen zur Suizidprävention gefordert, u. a. die Einrichtung einer bundeseinheitlichen Telefonnummer und einer bundesweiten Koordinationsstelle (DÄT-Drs. Ic - 104).

Das Verwaltungsgericht Berlin hatte sich mit seinem rechtskräftigen Urteil vom 30.03.2012 (Az: 9 K 63.09; juris) über eine von der Ärztekammer Berlin gegenüber einem Arzt ausgesprochene Untersagung der Abgabe tödlich wirksamer Substanzen an andere für deren beabsichtigten Suizid eingehend mit Fragen der ärztlichen Ethik in Bezug auf den ärztlich assistierten Suizid befasst und hierzu u. a. Folgendes ausgeführt:

"In seinem Kern wird das ethische Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid von einem breiten Konsens innerhalb der Ärzteschaft, aber auch in der gesamtgesellschaftlichen Diskussion getragen. Ärzte, die dem Leben und der Gesundheit der Patienten verpflichtet sind, dürfen totbringende Medikamente nicht Personen verschreiben, die im Wesentlichen körperlich und seelisch gesund sind. (...) Ebenso besteht weitgehender Konsens darüber, dass ein Arzt totbringende Medikamente nicht psychisch kranken Personen verschreiben darf, deren Entscheidungsfähigkeit krankheitsbedingt beeinträchtigt ist. In einem solchen Fall steht die freie Willensentscheidung des Sterbewilligen in Zweifel."

(...)

Es lassen sich gute Gründe dafür anführen, in einer Konfliktlage, in der das Gebot der Lebenserhaltung mit dem Gebot der Leidenslinderung und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Streit stehen (vgl. § 16 Satz 1 MBO-Ä), die Gewissensentscheidung eines Arztes, der in einer lang andauernden, engen Arzt-Patient-Beziehung oder einer längeren persönlichen Beziehung zum Betroffenen steht, auch dann zu respektieren, wenn er sich dazu entschließt, dem Betroffenen die gewünschten Medikamente für einen Suizid zu überlassen."

Es erscheint erforderlich, unter Berücksichtigung des Urteils des BVerfG vom 26.02.2020, dem Urteil des Verwaltungsgerichts Berlin vom 30.03.2012 und den hiernach getroffenen Beschlüssen des Deutschen Ärztetages, die heutige Haltung der Ärzteschaft zur ärztlichen Suizidassistenz in der Berufsordnung deutlich zu machen und gleichzeitig eine für die Normadressaten konkret erkennbare berufsethisch begründete Grenze bei der Suizidassistenz aufzuzeigen.

§ 16 MBO-Ä soll hiernach weiterhin den Beistand für Sterbende regeln, der abzugrenzen ist vom ärztlich assistierten Suizid. Nach § 16 MBO-Ä begleiten und unterstützen Ärztinnen und Ärzte sterbende Patientinnen und Patienten. Hierzu gehört die psychosoziale Betreuung genauso wie eine weitreichende Symptomkontrolle, die zwar nicht zielgerichtet, aber als Folge lebensverkürzend wirken kann bis hin zur Möglichkeit der palliativen Sedierung.

§ 1 Abs. 3 MBO-Ä stellt demgegenüber klar, dass die Suizidassistenz, d. h. die indikationslose Verordnung oder Bereitstellung von Medikamenten zur Beendigung des Lebens grundsätzlich keine ärztliche Aufgabe ist. Das bedeutet zunächst, dass Ärztinnen und Ärzte nicht dazu verpflichtet werden können, Suizidassistenz zu leisten. Sie müssen Weisungen zur Suizidassistenz, z. B. durch Vorgesetzte, nicht beachten. Wenn eine Ärztin oder ein Arzt sich im Einzelfall davon überzeugt hat, dass die Patientin oder der Patient keine anderen Maßnahmen zur Leidenslinderung toleriert, liegt es in seiner oder ihrer Gewissensentscheidung, einer Patientin oder einem Patienten auf ihren oder seinen Wunsch tödlich wirksame Arzneimittel zur Verfügung zu stellen oder zu verordnen. Dies ist vor allem denkbar bei Patientinnen oder Patienten mit schwerer Erkrankung und sehr hohem Leidensdruck. Die in diesem Zusammenhang getroffene Gewissensentscheidung ist der berufsrechtlichen Bewertung und Sanktionierung entzogen.

TOP III **Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln**

- III - 01 Bildungsziel Gesundheitskompetenz - Strategie und Gesamtkonzept für gesundheitskompetente Schulen entwickeln und umsetzen
- III - 04 Gesundheitsbildung als Bestandteil der Primärprävention
- III - 13 Wissensstand zur gesundheitskompetenten Schule zusammentragen
- III - 06 Kindergesundheit in der Grundschule fördern
- III - 02 Prävention von ernährungsbedingten Erkrankungen und Adipositas
- III - 07 Gesundheitsbildung muss Wissen über gesunde Ernährung umfassen
- III - 16 Ernährungskompetenz schaffen
- III - 17 Werbeverbot für gesundheitsschädliche Nahrungs- und Genussmittel im Kontext von an Kinder gerichteten Medien
- III - 03 Prävention und Behandlung von schädlichem Mediennutzungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen
- III - 05 Wiederbelebungsunterricht ab Klasse 7 endlich einführen
- III - 09 Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindergartenkindern, Schülerinnen und Schülern
- III - 12 Frühzeitige Förderung von Verständnis für individuelle Gesundheit und das Gesundheitssystem verbessern
- III - 15 Krankheitslast reduzieren - Gesundheitssystem stärken
- III - 11 Anpassungsstrategien als Teil gesellschaftlicher Gesundheitskompetenz
- III - 08 Vom Wissen zum Handeln - gesundes Handeln fördern!
- III - 10 Gesundheitskompetenz als Merkmal resilienter Organisationen
- III - 18 Kampagne zur Prävention und Gesundheitsbildung in den sozialen Medien

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Bildungsziel Gesundheitskompetenz - Strategie und Gesamtkonzept für gesundheitskompetente Schulen entwickeln und umsetzen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache III - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Joachim Suder, Dr. Helene Michler, Julian Veelken, Matthias Marschner, Dr. Katharina Thiede, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Susanne von der Heydt und Dr. Ivo Grebe (Drucksache III - 01a) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Ärztinnen und Ärzte sehen mit Sorge auf die verbreiteten gesundheitlichen Probleme, die in der jungen Generation z. B. im Zusammenhang mit Bewegungsmangel, Übergewicht, Drogenkonsum und weiteren psychischen Störungen bestehen. Kinder und Jugendliche in Deutschland nehmen deutlich zu viele Süßigkeiten und Snacks zu sich. Mehr als jedes siebte Kind ist übergewichtig. Die Zahl der Jugendlichen mit Tabakabusus ist gestiegen, inzwischen raucht fast ein Sechstel der Jugendlichen. Die Corona-Pandemie hat Kinder und Jugendliche erheblich belastet. So litt im dritten Jahr der Pandemie noch immer jedes vierte Kind an psychischen Auffälligkeiten. Die Pandemiefolgen werden noch lange fortwirken.

Kinder und Jugendliche benötigen Wissen und Kompetenzen, um gesundheitsförderlich und präventiv handeln zu können. Von daher sind nachhaltige Konzepte und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsbildung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter sowie zur Stärkung der Gesundheitskompetenz dringend erforderlich.

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert konkret, dass

- die Kultusministerkonferenz (KMK) eine länderübergreifend abgestimmte Strategie entwickelt, mit der die Förderung von Gesundheitskompetenz im Alltag von Erziehungs- und Bildungseinrichtungen nachhaltig verankert werden kann;
- die KMK sich dafür einsetzt, dass die Entwicklung eines nachhaltigen Gesamtkonzepts ("Die gesundheitskompetente Schule") auf den Weg gebracht wird. Hierzu zählen neben Fortbildungen für Schulleitungen, Lehrerinnen und Lehrer und weiteres Schulpersonal auch die Entwicklung von Mustercurricula sowie die Entwicklung und Bereitstellung fächerübergreifender Lehr- und Unterrichtsmaterialien;
- konkrete Lerninhalte zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Sexualität, psychische Gesundheit, Verhalten im Notfall, aber auch zur angemessenen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Lerninhalte zu Hitzeschutz, Klimawandel und Gesundheit systematisch entwickelt werden. Diese Lerninhalte müssen als verbindlicher

Bestandteil in den (Rahmen-)Lehrplänen verankert werden. Bei der Erarbeitung der Lehr- und Lerninhalte und der erforderlichen Schulungsmaßnahmen für die Lehrkräfte ist die Expertise der Ärzteschaft einzubinden;

- die digitale Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern u. a. durch die Anwendung digitaler Lernangebote gestärkt wird;
- in den Schulen eine gesunde und möglichst nachhaltige Verpflegung gemäß der Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE-Qualitätsstandards) angeboten wird;
- eine zügige Umsetzung des Bundesprogramms "ReStart - Sport bewegt Deutschland", dessen weiterer Ausbau sowie parallel die Förderung von Bewegungsangeboten im schulischen Bereich (u. a. Schulhofgestaltung) erfolgen.

Begründung:

Bildung bezeichnet die lebenslange Auseinandersetzung eines Menschen mit sich und seiner Umwelt, mit dem Ziel, kompetent und verantwortlich zu handeln. Eine gute (Aus-) Bildung ist somit stets eine Ressource für die individuelle Gesundheit und damit auch der Gesundheit der Bevölkerung. Der Begriff "Gesundheitskompetenz" umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden. Insbesondere für die Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch hinsichtlich der Gesundheitsversorgung nimmt Gesundheitskompetenz eine herausragende Rolle ein.

15,4 Prozent der 3- bis 17-Jährigen sind Studienergebnissen zufolge übergewichtig, sechs Prozent dieser Altersgruppe sogar adipös. Viele Kinder und Jugendliche bewegen sich nicht mehr ausreichend. Bewegungsmangel in Kombination mit unausgewogener oder ungesunder Ernährung führt zu einem zu hohen Körpergewicht und unzureichend ausgebildeter Körperkoordination, wie u. a. die KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigt. Studien (z. B. COPSY-Studie) weisen darüber hinaus die teils gravierenden Auswirkungen der Corona-Pandemie vor allem auch auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nach.

Die gesundheitlichen Folgen von Bewegungsmangel und Fehlernährung, verschiedener Formen von Suchtverhalten, wie Medien-, Tabak-, Alkoholkonsum, sind in der ärztlichen Versorgung deutlich spürbar und können gravierend sein. Dies zeigt sich nicht zuletzt an der hohen Anzahl von teils vermeidbaren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und der Atemwege, von Diabetes und Krebserkrankungen. Die Vermittlung von Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz ist nicht nur für die Gesundheit des Einzelnen, sondern letztlich auch für den Schutz des Gesundheitswesens vor Überlastung von großer Bedeutung.

Laut der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie "Health Behaviour in School-aged Children"

der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weisen deutsche Schulkinder im europäischen Vergleich eine geringe Gesundheitskompetenz auf. Eine Ursache dafür sei, dass Gesundheitsthemen in Deutschland bisher viel zu selten und nicht regelmäßig im Schulalltag behandelt werden. Hier zeigt sich, dass die im Jahr 2012 ausgesprochenen Empfehlungen der KMK zur Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen noch keine ausreichende Wirkung entfaltet haben. Ein aktueller Bericht der WHO-Arbeitsgruppe "Health Literacy in Children and Schools" aus dem Jahr 2021 fordert die systematische Förderung der Gesundheitskompetenz auf allen Ebenen der Schule für die 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO.

Kinder und Jugendliche benötigen Wissen und Kompetenzen, um gesundheitsförderlich und präventiv handeln zu können. Die Förderung der Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter - auch der digitalen und im Bereich der psychischen Gesundheit - ist für die individuelle Gesundheit im weiteren Verlauf des Lebens von großer Bedeutung.

Aus diesem Grund ist mit der Vermittlung von gesundheitsbezogenen Kompetenzen und fundiertem Gesundheitswissen so früh wie möglich zu beginnen, um Fehlentwicklungen entgegenwirken und wertvolle Potenziale stärken zu können. Das frühe Erlernen trägt zudem dazu bei, Krankheiten im weiteren Lebenslauf zu verhindern, Gesundheit herzustellen bzw. angemessen mit gesundheitlichen Herausforderungen umzugehen. Zugleich kann die Schule durch die Vermittlung konkreter Fakten über das Gesundheitssystem junge Menschen dabei unterstützen, sich im Gesundheitssystem zu orientieren und die Präventions- und Versorgungsangebote sinnvoll zu nutzen. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass insbesondere die Schulleitungen sowie weitere Fachkräfte (Erzieher, Sozialpädagogen, Schulpsychologen etc.) innerhalb der Schule eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsbildung und Vermittlung von Gesundheitskompetenz einnehmen.

Bei zukünftigen Maßnahmen sollte dieser Rolle Rechnung getragen und entsprechende ganzheitliche Konzepte bereitgestellt werden. In Deutschland liegt hierfür der Leitfaden "Gesundheitskompetente Schule" (GeKoOrg-Schule, <https://gekoorg-schule.de/>; vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt) vor. Der Leitfaden wurde unter aktiver Beteiligung und Mitwirkung mehrerer Ärztekammern erstellt.

Der Umgang mit der eigenen Gesundheit wird auch durch Digitalisierung und die digitale Transformation des Gesundheitssystems in den letzten Jahren immer komplexer und schwieriger. Dies stellt eine zusätzliche Herausforderung für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz dar. Daher zählen der Umgang mit Angeboten und Informationen zur Gesundheit über das Internet und die sozialen Medien, das Erkennen von Fehlinformationen, der Umgang mit (digitalen) Gesundheitsdaten, der Schutz gegenüber schädlichen Werbebotschaften und dem Einfluss kommerzieller Determinanten mittlerweile zu zentralen Bereichen der Gesundheitskompetenz.

7,9 Millionen Kinder und Jugendliche gingen im Schuljahr 2020/2021 auf eine allgemeinbildende Schule in Deutschland. Alle Kinder und Jugendlichen im schulpflichtigen



Alter - und darüber hinaus - können, über alle sozialen Schichten hinweg, über die Institution Schule erreicht werden. Es ist höchste Zeit, diese Chance im Interesse der Gesundheit der jungen Generation mit aller Entschiedenheit zu nutzen.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Gesundheitsbildung als Bestandteil der Primärprävention

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. Lars Bodammer, Christina Hillebrecht und Anne Kandler (Drucksache III - 04) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Kulturministerinnen und Kultusminister der Länder auf, Gesundheitsbildung als Unterrichtsthema aufzunehmen, beginnend in der Grundschule und vertieft bei den Jugendlichen.

Ebenso fordert der 127. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung auf, ihren im Koalitionsvertrag verankerten Präventionsplan mit konkreten Maßnahmenpaketen zügig umzusetzen.

Bei Gesundheitsbildung geht es nicht nur um die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen, sondern auch um einen Lern- und Entwicklungsprozess, der dazu befähigt, den Einfluss von Faktoren wie Ernährung, Bewegung, Umweltbedingungen und Alltagshandeln auf die eigene Gesundheit zu erkennen und eine Entscheidungskompetenz zu entwickeln. Gesundheitsbildung ist ein wichtiger Bestandteil der Primärprävention.

In der Bewältigung der zunehmenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung, bedingt durch die demografische Entwicklung der Bevölkerung und den zunehmenden Fachkräftemangel, ist Primärprävention ein wichtiger Einflussfaktor.

Jede Investition in Primärprävention zahlt sich in einer Gesellschaft des langen Lebens durch eine Erhöhung der Lebensjahre mit geringen krankheitsbedingten Einschränkungen aus.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Wissensstand zur gesundheitskompetenten Schule zusammentragen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Rudolf Heinrich Uwe Büsching, Dr. Anne Bunte, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Michael Klock, Peter Schumpich und Dr. Gisbert Voigt (Drucksache III - 13) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, den aktuellen Wissensstand zu dem Thema "gesundheitskompetente Schule" zusammenzutragen und daraus Forderungen zur Implementierung an das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu formulieren.

Begründung:

Das deutsche Gesundheitssystem ist längst an die Grenzen seiner Belastbarkeit gelangt. Aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen werden ärztliche Aufgaben outsourct, sind aber dringend notwendig. Diese Übertragungen treffen ganz wesentlich einfache kurative Leistungen.

Bisher ist es den Verantwortlichen nicht gelungen, Public-Health-Konzepte, Gesundheitsförderung und Prävention in die Konzepte zur Lösung aktueller Probleme in der medizinischen Versorgung zu integrieren, obwohl dafür 2015 das Präventionsgesetz mit einer Nationalen Präventionskonferenz (NPK) eingeführt wurde. Ihre Aufgabe ist es, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben (§§ 20d und 20e SGB V). Träger der NPK sind die gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung, vertreten durch ihre Spitzenorganisationen.

Auch weil im Präventionsgesetz die deutsche Ärzteschaft fehlt, wird die Bundesärztekammer aufgefordert, sich aktiv einzubringen. Das Präventionsgesetz zielt schwerpunktmäßig auf Strategien am Arbeitsplatz. Für den Arbeitsplatz Schule muss dringend ein Konzept zur Einführung von Gesundheitskompetenz entwickelt, finanziert, evaluiert und realisiert werden.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Kindergesundheit in der Grundschule fördern

Beschluss

Auf Antrag von Sylvia Ottmüller, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Dr. Sebastian Roy, Dr. Ina Martini und Dr. Christine Dierkes (Drucksache III - 06) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 appelliert an alle Landesärztekammern, sich dem Projekt "Gesund macht Schule" anzuschließen oder entsprechend eigene Projekte mit gesetzlichen Krankenkassen zu initiieren.

Nach § 20 SGB V sehen Krankenkassen in ihren Satzungen Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kinder- und jugendspezifische Belange berücksichtigen.

"Gesund macht Schule" ist ein Präventionsprogramm von Ärztekammer Nordrhein und AOK Rheinland/Hamburg mit dem Ziel, Grundschulen Unterstützung bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu geben. Patenschaften, bei denen Ärztinnen und Ärzte die Schulen mit medizinischem Sachverstand begleiten und ihre Kompetenz einbringen, sind ein zentrales Element des Programms.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Prävention von ernährungsbedingten Erkrankungen und Adipositas

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Andreas Gibb, Dr. Beate Krammer-Steiner, Anne Machka, Dr. Evelin Pinnow und Dr. Jens Placke (Drucksache III - 02) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bildungsministerien der Bundesländer auf, das Thema "gesunde Ernährung" bundesweit fest im Lehrplan des Sachkundeunterrichts, spätestens in Klasse 5, zu verankern und die Umsetzung zu begleiten. Die Inhalte sollen auf mindestens zehn Unterrichtseinheiten analog den konsentierten zehn Ernährungsregeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) (<https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/>) verteilt werden:

1. Lebensmittelvielfalt genießen
2. Gemüse und Obst - nimm "5 am Tag"
3. Vollkorn wählen
4. Mit tierischen Lebensmitteln die Auswahl ergänzen
5. Gesundheitsfördernde Fette nutzen
6. Zucker und Salz einsparen
7. Am besten Wasser trinken
8. Schonend zubereiten
9. Achtsam essen und genießen
10. Auf das Gewicht achten und in Bewegung bleiben

Begründung:

Es wird eine stete Zunahme der Anzahl adipöser Patientinnen und Patienten im Kindes- und Jugendalter beobachtet. Der durchschnittliche Body-Mass-Index (BMI) steigt (KiGGS Welle 2, 2014-2017). Dies beeinträchtigt die Teilhabe und psychosoziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen.

Schulen als wichtige Wissensvermittler, neben der Familie hauptsächlicher Lebensmittelpunkt der Schülerinnen und Schüler, spielen eine zentrale Rolle in der Adipositasprävention, jedoch bis dato nur unzureichend unter dem Gesichtspunkt der gesunden Ernährung - sowohl in der Wissensvermittlung, als auch als Essensversorger. Es

gibt bundesweit mehrere freiwillige Projekte, jedoch ist trotz des Problembewusstseins keine Verstärkung geplant. Eine feste Verankerung des Themas "gesunde Ernährung" in den Lehrplänen führt zum Wissensgewinn bei Schülerinnen und Schülern, zum Umdenken beim Lehrpersonal sowie zum Anreiz für die Schulträger, sich auch in der Essensversorgung um die praktische Umsetzung des vermittelten Lehrstoffs zu kümmern. Die Verankerung soll spätestens in Klasse 5 erfolgen, eine spätere Intervention hat nachweislich geringen Einfluss auf die Gewichtsentwicklung der Kinder und Jugendlichen.

Ziel ist die nachhaltige Umstellung der Ernährungsweise der Kinder und Jugendlichen und damit die Reduktion der Adipositas in Anzahl und Ausprägung. Dies sichert direkt die Teilhabe der Kinder und Jugendlichen. Nachfolgendes "weiches" Ziel ist mithin die Vermeidung der ernährungsbedingten Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter und damit nicht zuletzt eine Vermeidung gesellschaftlicher Folgekosten.

Operationalisierung:

- Feste Verankerung des Themas "gesunde Ernährung" im Lehrplan, spätestens in Klasse 5
- Interaktive Wissensvermittlung
 - Gemeinsame Essenszubereitung in schuleigenen Küchen
 - Gemeinsame Frühstücke mit anderen Klassenstufen
 - Obst/Gemüsebasare statt Kuchenbasare
- Anlage und Pflege von Schulgärten
- Kooperation mit lokalen Landwirtschaftsbetrieben für Exkursionen
- Ziel zur Integration des Gelernten in den Alltag: Einbeziehen von Erziehungsberechtigten (z. B. Informationsmaterial, Unterstützung beim gemeinsamen Kochen, Führen eines Ernährungstagebuches, ...)

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Gesundheitsbildung muss Wissen über gesunde Ernährung umfassen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Katharina Thiede, Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. und Julian Veelken (Drucksache III - 07) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 stellt fest, dass ein wesentlicher Aspekt von Gesundheitsbildung das Wissen über gesunde und nachhaltige Ernährung ist. Die Verbesserung dieser Kompetenzen umfasst sowohl Bildungs- und Aufklärungsangebote für Kinder und Familien, z. B. im Kontext von Schulen und Kindertagesstätten, als auch den niederschweligen Zugang von Erwachsenen zu Ernährungsberatung.

Der 127. Deutsche Ärztetag ruft Kommunal- und Landespolitik dazu auf, Gesundheitsbildung zu gesunder und nachhaltiger Ernährung in allen Bildungseinrichtungen institutionell zu verankern und zu stärken.

Der 127. Deutsche Ärztetag sieht die Krankenkassen in der Pflicht, Ernährungsberatung und entsprechende Bildungsangebote niederschwellig anzubieten.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Ernährungskompetenz schaffen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Matthias Albrecht, Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Miriam Vosloo, Dr. Helene Michler, Dr. Irmgard Landgraf und Dr. Klaus-Peter Spies (Drucksache III - 16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert, dass die Empfehlungen der Planetary Health Diet in öffentlichen Kantinen (Schulen, Kindertagesstätten, Mensen) sowie allen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Kinderkliniken) umgesetzt werden.

Begründung:

Gesunde Nahrungsmittel und sauberes Wasser sind die Grundlage eines gesunden Lebens. Gleichzeitig ist eine nachhaltige Herkunft saisonaler und regionaler Nahrungsmittel ein äußerst wirksamer Klimaschutz. Gerade im Kindesalter werden Gewohnheiten geprägt, die sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft langfristige Konsequenzen haben. Die Gesundheitskompetenz zum Thema Ernährung wird dadurch früh etabliert.

Die allgemein anerkannten Ernährungsempfehlungen der EAT-Lancet Commission (Planetary Health Diet) zielen auf eine pflanzenbasierte Ernährung, die Klima und Gesundheit gleichermaßen schützt. Das Risiko für Übergewicht, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Bluthochdruck und Diabetes Typ 2 wird durch eine solche Ernährung deutlich reduziert. Eine nachhaltige Landwirtschaft senkt Treibhausgasemissionen, schützt Böden und wendet sich ab von einer klima- und umweltschädlichen Massentierhaltung. Eine ökologisch angebaute, pflanzenbasierte Ernährung und die Vermeidung von Verpackungsmüll sind gleichzeitig Gesundheits- und Klimaschutz.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Werbeverbot für gesundheitsschädliche Nahrungs- und Genussmittel im Kontext von an Kinder gerichteten Medien

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christof Stork und Pierre Frevert (Drucksache III - 17) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Gesetzgeber in Bund und Ländern auf, ein Werbeverbot für gesundheitsschädliche Nahrungs- und Genussmittel überall dort einzuführen, wo Kinder medial adressiert werden (TV, Radio, soziale Medien, Werbeflächen in der Öffentlichkeit).

Begründung:

Die Wirksamkeit von Werbung ist langjährig und grundlegend belegt.

Eine rein zur Gewinnsteigerung eingesetzte Marketingstrategie für eindeutig Adipositas und chronische Erkrankungen begünstigende Nahrungs- und Genussmittel schadet vorsätzlich der Gesundheit heranwachsender Generationen. Die Fürsorgepflicht für die Gesundheit der Bevölkerung im Sinn einer Verhältnisprävention hat absoluten Vorrang und ist daher dringend gesetzlich zu regeln.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Prävention und Behandlung von schädlichem Mediennutzungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Guido Judex, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Mathias Wendeborn, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Marlene Lessel, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Reinhard Reichelt, Dr. Andreas Schießl, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Christoph Graßl, Dr. Chara Gravou-Apostolatou, Dr. Karl Breu, Dr. Markus Beck, Dr. Hildgund Berneburg, Dr. Christine Dierkes, Dr. Irmgard Pfaffinger und Dr. Stefan Semmler (Drucksache III - 03) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Anlässlich der kürzlich erschienenen Zahlen, dass etwa 2,2 Millionen Kinder und Jugendliche Gaming, Social Media oder Streaming problematisch nutzen, fordert der 127. Deutsche Ärztetag 2023, die Prävention für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stark auszubauen.

Hierbei gilt es u. a., die Medienkompetenz von Kindern und Jugendlichen sowie die Kompetenz der Eltern, der Erzieher und Erzieherinnen und des pädagogischen Personals zum Umgang mit dem Thema zu steigern, die Eltern für die Problematik zu sensibilisieren und einen gesunden Umgang mit Medien zu begleiten, zu steuern und zu entwickeln.

Hierfür sind

- Maßnahmen zu entwickeln und zu evaluieren, um die Medienkompetenz von Kindern und Jugendlichen bereits in der frühen Kindheit aufzubauen und einen gesunden Umgang damit zu entwickeln.
 - Eltern müssen früher und besser informiert werden über Möglichkeiten zur Entwicklung von Medienkompetenz.
 - Dazu müssen auch alle Ärztinnen und Ärzte mit Eltern-/Kindkontakt in diesem Feld fortgebildet werden, um die Eltern entsprechend beraten zu können.
 - Zur frühen Intervention sollten Screenings zu kritischem Medienkonsum in den Praxen, z. B. im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen, eingeführt und entsprechend vergütet werden.
 - Maßnahmen zur Erkennung für Kinder und Jugendliche mit riskanter oder pathologischer Mediennutzung sollten in Schulen etabliert werden. In diesem Rahmen müssen auch ausreichend ausgestattete Möglichkeiten zur Intervention etabliert werden, z. B. im Rahmen von regionalen Netzwerken.
 - Hierzu sollten bereits bestehende Strukturen, wie z. B. die Initiative "Schau hin!" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), die
-

öffentlich-rechtlichen Medienanstalten und Krankenkassen mit genutzt werden.

- Der bedarfsgerechte Ausbau der therapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Angebote ist auch hier zur fachgerechten und zeitnahen Behandlung dringend erforderlich.

Begründung:

Untersuchungen, wie die Studie einer großen Krankenkasse, belegen derzeit dramatisch, dass etwa 2,2 Millionen Kinder und Jugendliche Gaming, Social Media oder Streaming problematisch nutzen. Der Studie zufolge stieg die Zahl von Kindern und Jugendlichen mit pathologischem Nutzungsverhalten bei Computerspielen von 2,7 Prozent im Jahr 2019 auf 6,3 Prozent im Juni 2022. Im Social-Media-Bereich verdoppelte sich die Mediensucht von 3,2 auf 6,7 Prozent. Als Folgeerscheinung treten bei einem Drittel der Befragten bereits negative körperliche Auswirkungen auf. Der exponentielle Verlauf dieser Zahlen zeigt den dringenden Handlungsbedarf deutlich. Hierbei ist es wichtig, nicht nur die Betroffenen adäquat zu versorgen, sondern auch gesellschaftlich und politisch eine schnelle Trendwende einzuleiten. Problematisch sind nicht nur die Suchtpotenziale der sogenannten Social-Media-Kanäle, sondern auch der ungefilterte Zugang zu Gewaltexzessen, sexueller Gewalt und Pornografie, mit dem viele Kinder und Jugendliche alleingelassen werden. Die Prävention muss gestärkt werden und in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen ansetzen, um alle Kinder, Jugendlichen sowie deren Eltern auch wirklich zu erreichen. Gerade im schulischen Bereich bestehen die Möglichkeiten, auch die Kinder und Jugendlichen zu erreichen, die ein hohes Risikopotenzial haben, aber bisher durch Maßnahmen schwer erreichbar waren. Des Weiteren sind Aufklärung, Beratung und Früherkennung in den Praxen wichtige Bausteine, um eine Kehrtwende dieser Entwicklung zu erreichen, die keinen Aufschub dulden.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Wiederbelebungsunterricht ab Klasse 7 endlich einführen

Beschluss

Auf Antrag von Sylvia Ottmüller, Dr. Elke Buckisch-Urbanke, MPH, Dr. Frauke Petersen, Hans-Martin Wollenberg, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann und Dr. Susanne Johna (Drucksache III - 05) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 erneuert die Forderung des 125. Deutschen Ärztetages 2021 nach einer Einführung von mindestens zwei Schulstunden jährlich in Wiederbelebung, beginnend ab Jahrgangsstufe 7, fortgesetzt bis zum Ende der Schulzeit.

Während einige Bundesländer begonnen haben, diese und ähnliche Forderungen umzusetzen, haben andere Bundesländer noch keine entsprechenden Schritte unternommen.

Die zuständigen Ministerien der Länder werden erneut aufgefordert, eine entsprechende Änderung der jeweiligen Lehrpläne herbeizuführen und entsprechende Umsetzungsmaßnahmen (z. B. Schulungen der Lehrkräfte, Kooperationen, ...) zu etablieren.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Förderung der Gesundheitskompetenz von Kindergartenkindern, Schülerinnen und Schülern

Beschluss

Auf Antrag von Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Dr. Thomas Lipp, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Tilman Kaethner und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache III - 09) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die für Bildung von Kindergartenkindern, Schülerinnen und Schülern zuständigen Landesministerien und die Landesgesundheitsministerien auf, ein Konzept zur Stärkung des Gesundheitsbewusstseins und Gesundheitswissens von Kindern und Jugendlichen zu entwickeln und zu implementieren. Diese Gesundheitskompetenz soll durch Kindergärten und schulische Unterrichtung gefördert und gestärkt werden. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) mit seiner Vernetzung in die Schulen sollte hier im Sinne des Präventionssettings unterstützend mitwirken.

Begründung:

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nimmt ab - es ist nicht mehr selbstverständlich, dass Basiswissen zu Gesundheit, Krankheit und Selbsthilfe bei leichten Erkrankungen (Erkältungen, Prellungen, Schürfwunden etc.) in der Familie vermittelt wird. Grundsätze der Prävention wie Hygiene, Ernährung und Bewegung sollten schon ab dem Kindergartenalter gelernt und geübt werden. Ab dem Grundschulalter kann etwa das Wissen über Impfungen gelehrt werden, ebenso Informationen zur Linderung und Einschätzung von Beschwerden (z. B. Inhalation bei Erkältungssymptomen, Kühlen von Prellungen, Wadenwickel zum Fiebersenken). Ebenfalls sollte die Kenntnis der Strukturen des deutschen Gesundheitssystems, in dem Haus- und Kinderärzte die erste Anlaufstelle sind, zum Allgemeinwissen zählen, ebenso wie die Kenntnis der Notrufnummer und wann diese zu wählen ist.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Frühzeitige Förderung von Verständnis für individuelle Gesundheit und das Gesundheitssystem verbessern

Beschluss

Auf Antrag von Matthias Marschner, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Helene Michler, Dr. Christof Stork, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. und Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache III - 12) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert Bund, Länder und Kommunen auf, durch verstärkte Bildungsmaßnahmen und Aufklärungsangebote in der Bevölkerung das Verständnis für die individuelle Gesundheit zu verbessern und über das Gesundheitssystem als solches zu informieren.

Begründung:

In der Corona-Pandemie sowie den letzten Wintermonaten sahen wir einen "beinahe" Kollaps des Gesundheitssystems durch Zunahme von Patientinnen und Patienten auf der einen und Ausfälle von Personal auf der anderen Seite. Viele Patientinnen und Patienten suchten aus unzureichendem Wissen mit verschiedenen Prioritäten Notaufnahmen auf und mussten erfahren, dass andere Patientinnen und Patienten aufgrund der Behandlungsdringlichkeit priorisiert wurden. Die Wartezeiten überschritten teilweise einen über das persönliche Maß akzeptablen Bereich. Auf beiden Seiten des Systems kam es dadurch zu großem Unmut: Patientinnen und Patienten fühlten sich vernachlässigt, nicht ernst genommen und das Personal der Gesundheitseinrichtungen nicht gesehen und überfordert. Dieser Konflikt endete gelegentlich in einer harschen Auseinandersetzung mit einer inneren Unzufriedenheit.

Wir würden uns wünschen, dass Mitbürgerinnen und Mitbürger verstehen, wie das Gesundheitssystem funktioniert und welche Akteure zu welcher Zeit in Anspruch genommen werden können.

Finanzielle Fehlanreize, wie eine Gebühr zur Inanspruchnahme einer Notaufnahme, sind unserer Meinung nach nicht die Lösung für dieses Problem, sondern wir denken eine frühzeitige Förderung des Verständnisses für die individuelle Gesundheit und Information über das Gesundheitssystem.

Diese Förderung könnte u. a. Maßnahmen enthalten, die man bei bestimmten



Erkrankungen individuell ergreifen kann, oder auch Maßnahmen für das Allgemeinwohl wie Reanimationsschulungen bereits in den Schulen.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Krankheitslast reduzieren - Gesundheitssystem stärken

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Katharina Thiede, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. und Julian Veelken (Drucksache III - 15) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 erkennt Gesundheitskompetenz als ein weiteres wichtiges Element für Gesundheitsförderung und Prävention an. Gesundheitsförderung und Prävention verbessern Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität der Bevölkerung durch die Vermeidung, Abschwächung oder zeitliche Verzögerung des Auftretens von Krankheit und reduzieren damit die Nachfrage nach medizinischer Versorgung. Gesundheitsförderung und Prävention tragen durch die Senkung der Krankheitslast somit auch erheblich dazu bei, die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems mittelfristig zu erhalten.

Der 127. Deutsche Ärztetag fordert, dass gerade angesichts der herausragenden systemischen Bedeutung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sich diese nicht nur auf Verhaltensprävention erstrecken dürfen. Es bedarf vielmehr erheblicher politischer und gesellschaftlicher Anstrengungen für Verhältnisprävention. Der Einfluss sozioökonomischer Faktoren sowie der Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit ist evident und darf nicht unterschätzt werden. Neben gesundheitsförderlichen Lebenswelten ist es in diesem Kontext besonders wichtig, die Zusammenhänge von Bildung, Armut, Teilhabe, Demokratieförderung und Gesundheit zu adressieren.

Begründung:

Ohne erhebliche Reduktion von Krankheitslast und verbesserte Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten zu Selbsteinschätzung und Selbstwirksamkeit in Bezug auf ihre Gesundheit wird gerade im Kontext mit dem schon bestehenden, sich aber erwartbar auch verschärfenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen die Patientenversorgung nicht auf dem Niveau möglich sein, wie wir sie anstreben. Individuelle Handlungsspielräume hinsichtlich Veränderungen der Lebensführung sind erheblich abhängig von den sozioökonomischen, umweltbezogenen, kulturellen und weiteren Lebensbedingungen der Menschen. Daher müssen Maßnahmen der Verhältnisprävention unbedingt dazu beitragen, gerade die Bedarfe von Menschen in ungünstigen Lebensverhältnissen zu decken.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Anpassungsstrategien als Teil gesellschaftlicher Gesundheitskompetenz

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Katharina Thiede, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Matthias Albrecht und Julian Veelken (Drucksache III - 11) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 stellt fest, dass Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz unbedingt Anpassungsstrategien an die Auswirkungen der ökologischen Krisen umfassen müssen. Die Entwicklung und Implementierung von Anpassungskonzepten gerade in Bezug auf Hitze und andere Extremwetterereignisse leisten so auch einen Beitrag zur Widerstands- und Anpassungsfähigkeit der Gesellschaft. Hierbei sind unter anderem pflegende Angehörige eine wichtige Zielgruppe, weil sie eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe versorgen und selbst unter dieser Zusatzbelastung leiden können. Solche Strategien müssen zudem Pädagoginnen und Pädagogen und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in Settings wie Schule, Kindertagesstätte und weiteren Bildungseinrichtungen in den Fokus nehmen. Zum einen bestehen gerade bei kleinen Kindern erhebliche Vulnerabilitäten und zum anderen kommt den Beschäftigten eine Multiplikatorfunktion auch in die Elternschaft zu.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Vom Wissen zum Handeln - gesundes Handeln fördern!

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Katharina Thiede, Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. und Julian Veelken (Drucksache III - 08) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 ruft die politisch Verantwortlichen auf, Lebenswelten so zu gestalten, dass Bürgerinnen und Bürger möglichst leicht gesunde Entscheidungen für sich und ihre Angehörigen treffen können ("make the healthy choice the easy choice"). Die notwendigen Anpassungen umfassen sowohl einen leichten und schnell verfügbaren Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen als auch die Begrenzung gesundheitsschädlicher Geschäftspraktiken, wie z. B. an Kinder gerichtete Werbung für ungesunde Lebensmittel. Diese gesundheitsschädigenden Praktiken von Unternehmen müssen als solche benannt und in Strategien zur Förderung von Gesundheit und Gesundheitskompetenz explizit adressiert werden. Einen besonderen Fokus politischer Verantwortung müssen hier die Kinder- und Jugendgesundheit und präventive Maßnahmen darstellen.

Begründung:

Die gesundheitsschädlichen Einflüsse von Tabak, Alkohol, hochverarbeiteten Lebensmitteln und fossilen Energien sind den Angehörigen der Gesundheitsberufe weithin bekannt und belegt. Während die negativen Folgen von Tabak und Alkohol auch der Bevölkerung offensichtlich sind, werden diese immer noch an prominenter Stelle im Einzelhandel platziert und teilweise sogar beworben. Hochverarbeitete Lebensmittel und zuckerhaltige "Kinderprodukte" werden intensiv beworben und die Gesundheitsrisiken sind für viele Konsumentinnen und Konsumenten weit weniger offensichtlich. Während gerade einzelne Unternehmen mit diesen Feldern große Gewinne erzielen, tragen die Gesellschaft und das Gesundheitswesen die gesundheitlichen Folgekosten. Es ist daher unbedingt notwendig, die Gesundheitsgefahren, die von diesen Produkten ausgehen, klar zu benennen, aber auch, diese Praktiken politisch zu begrenzen.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Gesundheitskompetenz als Merkmal resilienter Organisationen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Katharina Thiede, Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. und Julian Veelken (Drucksache III - 10) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 stellt fest, dass für eine breite und nachhaltige Verankerung von Gesundheitsbildung und -kompetenz nicht nur Individuen in ihren jeweiligen Lebenswelten adressiert werden müssen, sondern auch die Organisationen und Netzwerke selbst in der Verantwortung sind. Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ist bestenfalls in unterstützenden, lernenden und krisentauglichen Systemen, Institutionen und Lebensräumen verankert. Wissen über Gesundheit und Gesundheitsförderung ebenso wie der Umgang mit gesundheitsgefährdenden Risiken müssen in den Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, aber auch am Arbeitsplatz etabliert und von den Verantwortlichen gefördert werden. Vorgesetzte sowie Pädagoginnen und Pädagogen sollen gesundheitsförderndes Verhalten nicht nur ermöglichen, sondern auch vorleben.

Dies umfasst sowohl die Verankerung, aber auch regelmäßige Anpassung von Maßnahmen zum Gesundheitsschutz (z. B. Sonnen- und Hitzeschutzmaßnahmen, adäquate Unterstützung bei psychischen Belastungen, rückenfreundliche Arbeitsplätze, Anpassung von Arbeitszeitmodellen wo möglich) als auch die strukturelle Unterstützung von gesundheitsförderlichem Verhalten (z. B. durch Förderung aktiver Mobilität oder die Umstellung des Kantinenessens auf eine gesunde und klimafreundliche Ernährung, wo abbildbar Sportangebote am Arbeitsplatz).

Begründung:

Die Verantwortung, aber auch die Stärkung von Gesundheit ebenso wie der Erwerb einer gewissen Resilienz gelingen besser, wenn sie nicht nur am Individuum anknüpfen, sondern z. B. durch gesundheitsfördernde Schul- und Tagespflege, Nachbarschaften oder Arbeitsräume abgebildet sind.

TOP III Gesundheitsbildung: Vom Wissen zum Handeln

Titel: Kampagne zur Prävention und Gesundheitsbildung in den sozialen Medien

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Doreen Sallmann (Drucksache III - 18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, eine Kampagne zur Prävention und Gesundheitsbildung über die sozialen Medien zu initiieren und bis zum 128. Deutschen Ärztetag 2024 dem Plenum vorzustellen.

Begründung:

Kinder und Jugendliche nutzen zu einem großen Teil soziale Medien, wie TikTok, Instagram und YouTube etc. Das Ziel ist es, Gesundheits- und Bildungsangebote für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen gut und nachhaltig zu platzieren. Um diese Zielgruppe zu erreichen, müssen wir diese Angebote dort platzieren, wo sie unterwegs sind.

Finanzrelevant:



TOP IVa Ärztliche Weiterbildung - Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

- IVa - 01 Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie - integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung Physikalische und Rehabilitative Medizin
- IVa - 02 Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B - Abbildung digitaler Kompetenzen
- IVa - 07a Änderungsantrag zu TOP IVa - 07
- IVa - 07 Kompetenzerwerb im Vordergrund der ärztlichen Weiterbildung
- IVa - 05 KI-Kompetenzvermittlung gehört in die ärztliche Weiterbildung
- IVa - 04 Änderung zur Aufnahme des 80-stündigen Curriculums zur Psychosomatischen Grundversorgung in die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zur Fachärztin und zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

TOP IVa Ärztliche Weiterbildung - Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

Titel: Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie - integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung Physikalische und Rehabilitative Medizin

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache IVa - 01) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018, Stand: 25.06.2022, wird im Abschnitt C bei der Zusatz-Weiterbildung (ZWB) Physikalische Therapie dem Regelungstext folgender Satz vorangestellt:

"Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin."

Begründung:

Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin sollen, sofern sie zur Weiterbildung in diesem Gebiet befugt sind, auch nach der MWBO unkompliziert in die Weiterbildung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie einbezogen werden können. Sie können aber auch eine isolierte Befugnis nur für die Zusatz-Weiterbildung beantragen, wodurch zusätzliche Weiterbildungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Ausweislich § 5 Abs. 2 Satz 1 der MWBO setzt eine Befugniserteilung voraus, dass der Arzt die betreffende Bezeichnung führt. Führt ein Kammerangehöriger eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung, in welcher eine Zusatz-Weiterbildung integraler Bestandteil ist, so hat er gem. § 3 Abs. 3 Satz 3 MWBO das Recht zum Führen dieser Zusatzbezeichnung.

Ein Abgleich der Weiterbildungsinhalte der ZWB Physikalische Therapie mit der Facharztweiterbildung Physikalische und Rehabilitative Medizin hat wortgleiche Übereinstimmungen ergeben. Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin sind daher besonders geeignet, eine Weiterbildung in der ZWB Physikalische Therapie zu vermitteln.

TOP IVa Ärztliche Weiterbildung - Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

Titel: Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B - Abbildung digitaler Kompetenzen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache IVa - 02) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018, Stand: 25.06.2022, werden die "Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B" wie folgt geändert:

Im Weiterbildungsblock "Patientenbezogene Inhalte" wird unter

"Kognitive und Methodenkompetenz"

das Wort "Telemedizin" durch die Wörter "Digitalisierung im Kontext ärztlichen Handelns (Interaktion, Diagnostik, Therapiemanagement)" ersetzt

und unter

"Handlungskompetenz"

nach dem Weiterbildungsinhalt "Digitalisierung im Kontext ärztlichen Handelns (Interaktion, Diagnostik, Therapiemanagement)" der Weiterbildungsinhalt "Beurteilung und Einsatz digitaler Anwendungen für Anamnese, Diagnostik und Therapie"

eingefügt.

Begründung:

Auf Anregung des Ausschusses "Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung" wurde geprüft, ob das Themenfeld "Digitalisierung" in der MWBO sachgerecht abgebildet und somit der Erwerb digitaler Kompetenzen im Rahmen der Weiterbildung gewährleistet ist. Die Sichtung der "Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B" der MWBO, die für alle Facharztweiterbildungen in gebietsspezifischer Ausprägung gelten, ergab, dass unter "Kognitive und Methodenkompetenz" lediglich der Weiterbildungsinhalt "Telemedizin" ausgewiesen ist.



Die derzeitige Abbildung wird angesichts der thematischen Bandbreite der Digitalisierung dem Erwerb von digitalen Kompetenzen nicht gerecht und bedarf daher der Anpassung.

**TOP IVa Ärztliche Weiterbildung - Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung
2018**

Titel: Änderungsantrag zu TOP IVa - 07

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Carsten Mohrhardt, Benjamin Breckwolddt, Katharina Weis, Dr. Jörg Woll, Prof. Dr. Dr. Christof Hofele und Dr. Christoph Janke (Drucksache IVa - 07a) zum Beschlussantrag von Dr. Helene Michler, Matthias Marschner, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Pierre Frevert und Dr. Susanne von der Heydt (Drucksache IVa - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Antrag wird wie folgt geändert:

"§ 4 Abs. 6 der MWBO wird wie folgt geändert:

Eine Weiterbildung in Teilzeit muss hinsichtlich Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen eines geregelten Kompetenzerwerbs einer ganztägigen Weiterbildung entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt. Die Ärztekammer kann insbesondere zur besonderen Berücksichtigung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch einer Weiterbildung mit einer geringeren Stundenzahl zustimmen, wenn diese mindestens 12 Stunden pro Woche bis zur Hälfte der in Abschnitt B und C geforderten Mindestweiterbildungszeit beträgt; Satz 1 bleibt unberührt. Die Weiterbildungszeit verlängert sich entsprechend."

TOP IVa Ärztliche Weiterbildung - Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

Titel: Kompetenzerwerb im Vordergrund der ärztlichen Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Helene Michler, Matthias Marschner, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Pierre Frevert und Dr. Susanne von der Heydt (Drucksache IVa - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, für die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) Formulierungen zu erarbeiten, die die Anerkennung von kürzeren Weiterbildungsabschnitten und Abschnitten in geringerer als 50-prozentiger Teilzeit in begründeten Fällen ermöglichen. Die Begründungen müssen dabei im persönlichen Umfeld der beantragenden Person liegen und sollen insbesondere die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglichen.

Begründung:

Mit der neuen MWBO erfolgte der wichtige Schritt zur kompetenzbasierten Weiterbildung. Statt der Absolvierung von Zeiten und Zahlen steht nun der Erwerb von Kompetenzen im Vordergrund der ärztlichen Weiterbildung. Der Fortschritt der Weiterbildung muss somit durch den sukzessiven Erwerb dieser Kompetenzen und nicht durch eine monatliche oder wöchentliche Arbeitszeit definiert sein.

Ob und wann eine Kompetenz als erworben gilt, unterliegt der Beurteilung der Weiterbildungsbefugten. In einer gut strukturierten Weiterbildung ist ein Kompetenzerwerb auch in niedriger wöchentlicher Arbeitszeit oder kürzeren Abschnitten möglich. Sofern aber in einem bestimmten Weiterbildungsabschnitt eine bestimmte Kompetenz nicht erreicht wird, muss dies in einem anderen Abschnitt erfolgen und kann nicht bescheinigt werden.

Zudem trifft die Nichtanerkennung von geringer Wochenarbeitszeit und kurzen Weiterbildungsabschnitten nicht nur, aber überproportional, Ärztinnen in Weiterbildung. Durch Schwangerschaft, Geburt und Betreuung oder Pflege von Angehörigen müssen sie häufig Weiterbildungsabschnitte ungeplant verkürzen oder in Teilzeittätigkeit durchführen. Eine daraus resultierende Nichtanerkennung von faktisch geleisteter Weiterbildungszeit verstärkt die bereits bestehende strukturelle Benachteiligung von Frauen.

Gerade weil die Arbeitsbedingungen in der ärztlichen Weiterbildung häufig keine adäquaten Anpassungen an die o. g. Lebensumstände ermöglichen, dürfen daraus resultierende Arbeitszeitmodelle nicht zu einer weiteren Benachteiligung führen. Eine moderne Weiterbildungsordnung darf in Anerkennung der deutlichen Unterrepräsentanz von Ärztinnen in Führungspositionen nicht dazu beitragen, sogenannte Karriereknicke weiter zu vertiefen.

Auch vor dem Hintergrund des Strebens nach Vereinbarkeit von Beruf und Privatem in Zeiten des Fachkräftemangels ist der "Verlust" von tatsächlich geleisteter Weiterbildungszeit nicht zu vertreten.

TOP IVa Ärztliche Weiterbildung - Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

Titel: KI-Kompetenzvermittlung gehört in die ärztliche Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Norbert Smetak, Dr. Ivo Grebe, Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Irmgard Landgraf und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache IVa - 05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den Gremien der Bundesärztekammer soll die Aufnahme der Vermittlung von KI-Kompetenzen verbindlich in die Allgemeinen Inhalte des Abschnitts B der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 geprüft werden.

Die Bundesärztekammer ist aufgefordert, ein Curriculum "KI-Kompetenz" zu entwickeln, welches die Grundlage für die Umsetzung von entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen bildet.

Begründung:

Die Entwicklung der KI-Applikation "Chat-GPT" hat klar aufgezeigt, welches große Potenzial KI-Applikationen haben, unser gesellschaftliches und öffentliches Leben zu verändern. Auch in den medizinischen Versorgungsalltag werden KI-Applikationen - beispielsweise zur Erstellung bzw. Auswertung von apparativen Untersuchungen - in der nahen Zukunft Einzug nehmen.

Um diese kommenden Applikationen sinnvoll und verantwortlich anwenden und interpretieren zu können, ist es essenziell, dass Ärztinnen und Ärzte die Entwicklungssystematik und Funktionsweisen von KI-Applikationen in den Grundzügen verstehen. Zu diesem Sachverhalt hat sich auch der Deutsche Ethikrat kürzlich in einer Stellungnahme positioniert. Deswegen ist es von zentraler Bedeutung, dass jede Ärztin bzw. jeder Arzt in der Weiterbildung Einblicke in diese zukünftig wichtige ärztliche Basiskompetenz erhält.

TOP IVa Ärztliche Weiterbildung - Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

Titel: Änderung zur Aufnahme des 80-stündigen Curriculums zur Psychosomatischen Grundversorgung in die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zur Fachärztin und zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Beschluss

Auf Antrag von Christian Wantzen, Dr. Nico Abegunewardene, Dr. Claus Beermann, Dr. Rudolf Heinrich Uwe Büsching, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Michael Fink, Dr. Guido Judex, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Hans-Otto Koderisch, Werner Leibig, Dr. Bernhard Lenhard, Edeltraud Lukas, Mariza Oliveira Galvao, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Ulrich Strecker, Dr. Christel Werner, Dr. Günther Matheis, Dr. Wolfgang Miller und Frank-Ullrich Schulz (Drucksache IVa - 04) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

In den Gremien der Bundesärztekammer soll die Aufnahme des 80-stündigen Curriculums zur Psychosomatischen Grundversorgung (PGV) in die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer zur Fachärztin und Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin geprüft werden.

Begründung:

Seelische und soziale Belastungen in der Kindheit, sogenannte Adverse Childhood Events, bergen unbehandelt das Risiko einer lebenslang erhöhten psychischen und somatischen Morbidität und Mortalität.

Die Berücksichtigung psychosomatischer Aspekte bei der Behandlung von Patienten ist nach dem gängigen Verständnis zur Pathogenese eine grundlegende Aufgabe gerade auch in der hausärztlichen Versorgung. Aus diesem Grund wird unter anderem vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) schon lange eine Verankerung des 80-stündigen Curriculums zur Psychosomatischen Grundversorgung in die MWBO angestrebt. Die MWBO 2018 hat neben der Entwicklungs- und Sozialpädiatrie deutlich die Kompetenzvermittlung der Erkennung und auch der Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen und Verhaltensstörungen hervorgehoben.

Essenziell ist die Weiterbildung in den psychosomatischen Störungsbildern in der ambulanten wie auch in der stationären Pädiatrie. In einem gemeinsamen Positionspapier haben sich 2020 verschiedene Fachgesellschaften auch zur psychosozialen Versorgung

von Kindern und Jugendlichen in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie erklärt und unter anderem eine klare Forderung nach Zusammenwirken von stationärer und ambulanter qualifizierter psychosomatischer Versorgung betont und gefordert.

Der BVKJ möchte deshalb das 80-stündige Curriculum zur Psychosomatischen Grundversorgung als obligaten Bestandteil der MWBO für die Kinder- und Jugendmedizin verankert sehen. Dazu sollte die MWBO für Kinder- und Jugendmedizin dergestalt ergänzt werden, dass explizit die Nennung und Forderung zur Absolvierung des 80-stündigen Curriculums zur Psychosomatischen Grundversorgung in den Kopfteil unter der Weiterbildungszeit aufgenommen wird, analog der MWBO für die grundversorgenden Fachgruppen der Allgemeinmedizin und der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Wir sind es den Kindern und Jugendlichen schuldig, dass deren Ärztinnen und Ärzte über psychische und psychosomatische Erkrankungen weitergebildet werden. Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, es muss auch für Kinder und Jugendliche die gleichen Rechte der Versorgung geben, dazu gehört auch die Psychosomatische Grundversorgungsausbildung für angehende Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte.

Es kann nicht sein, dass die psychischen und die psychosomatischen Erkrankungen so stiefmütterlich in der Weiterbildung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte behandelt werden und anderen Fachgruppen der Erwachsenenmedizin diese Weiterbildung in der MWBO ohne Probleme ermöglicht wird.

Das hat unter anderem die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) erkannt. Als das Curriculum 2022 in die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz aufgenommen wurde, wird ihm seitdem von der KV RLP die gleiche finanzielle Unterstützung gewährt, wie sie es den anderen Fachgruppen Allgemeinmedizin und Gynäkologie und Geburtshilfe, für die Absolvierung der 80-Stunden-Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung zukommen lässt.

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 in Essen möge bitte diesem Anliegen mit großer Mehrheit zustimmen, es unterstützen und das 80-stündige Curriculum zur Psychosomatischen Grundversorgung in die MWBO zum Facharzt und Fachärztin der Kinder- und Jugendmedizin mit aufnehmen und somit ein Zeichen für die damit verbesserte Weiterbildung der angehenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte setzen.



TOP IVb Ärztliche Weiterbildung - Evaluation der Weiterbildung

IVb - 01 Eine einheitliche und qualifizierte Evaluation der Weiterbildung

TOP IVb Ärztliche Weiterbildung - Evaluation der Weiterbildung

Titel: Eine einheitliche und qualifizierte Evaluation der Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Cornelius Weiß, Dirk Paulukat, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Heike Raestrup, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Norbert Smetak, Dr. Dirk Jesinghaus, Dr. Ivo Grebe, Dr. Lars Bodammer, Wieland Dietrich und Dr. Gisbert Voigt (Drucksache IVb - 01) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Die Bundesärztekammer und die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" werden aufgefordert, eine einheitliche und qualifizierte Evaluation der Weiterbildung zu entwickeln. Wesentliche Bestandteile dieser Evaluation sind:

- eine bundesweit einheitliche Evaluation
- eine qualifizierte Evaluation mit frühzeitiger Erkennung von Schwachpunkten der Weiterbildung
- Vermeidung von Analysen ohne absehbare Konsequenzen
- Austausch und Entwicklung einer gemeinsamen Sicht auf die Evaluationsergebnisse und ggf. Erarbeitung von Empfehlungen für Maßnahmen oder Konsequenzen

Begründung:

Eine qualifizierte Evaluation der Weiterbildung sollte bundeseinheitlich unter Beteiligung aller Landesärztekammern erfolgen und erfordert eine zielgenaue und schlanke Datenerhebung, Datenauswertung und Beurteilung sowie vorhersehbare Konsequenzen aus den Ergebnissen der Evaluation.



TOP IVc Ärztliche Weiterbildung - Sachstand eLogbuch

- IVc - 03 Einheitlicher Umgang mit dem eLogbuch
- IVc - 01 eLogbuch nutzerfreundlicher gestalten
- IVc - 02 eLogbuch als persönliches Dokument

TOP IVc Ärztliche Weiterbildung - Sachstand eLogbuch

Titel: Einheitlicher Umgang mit dem eLogbuch

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Lars Bodammer, Dr. Cornelius Weiß, Dr. Klaus J. Doubek, Dirk Paulukat, Anne Kandler, Frank Seibert-Alves, Yvonne Jäger, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Heike Raestrup, Dr. Norbert Smetak und Dr. Hansjoachim Stürmer (Drucksache IVc - 03) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer und die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" auf, darauf hinzuwirken, einen möglichst bundesweit einheitlichen Umgang mit dem elektronischen Logbuch (eLogbuch) sicherzustellen.

Begründung:

Das bundesweit gültige eLogbuch als zentraler Baustein der Dokumentation von Inhalten und Zeiten der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten muss in den einzelnen Bundesländern nach klaren und vergleichbaren Regeln geführt werden. Zugang zum eLogbuch, Dokumentationen, Korrekturen und Bewertungen sowie Berichtigungen durch die Landesärztekammern müssen nach einheitlichen Standards erfolgen, um die Anerkennung und Qualität der in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 vorgegebenen Kompetenzen bundesweit sicherzustellen.

TOP IVc Ärztliche Weiterbildung - Sachstand eLogbuch

Titel: eLogbuch nutzerfreundlicher gestalten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sven C. Dreyer, Benjamin Breckwolddt, Katharina Weis, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Steffen König, M.B.A., Hans-Martin Wollenberg und Anne Kandler (Drucksache IVc - 01) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, das elektronische Logbuch (eLogbuch) nutzerfreundlicher zu gestalten. Insbesondere die regelmäßige Anwendung als Dokumentation der Weiterbildung muss verbessert werden. Hierzu sollen folgende Features zeitnah eingeführt werden:

- die automatische Aufsummierung hinterlegter Zahlen bis zur Bestätigung durch den Weiterbilder,
 - eine automatisch generierte Zusammenfassung der seit dem letzten Weiterbildungsgespräch erworbenen Inhalte (jedoch nicht länger als 15 Monate), die im Rahmen eines neuen Weiterbildungsgespräches en bloc bestätigt werden können.
-

TOP IVc Ärztliche Weiterbildung - Sachstand eLogbuch

Titel: eLogbuch als persönliches Dokument

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Lars Bodammer, Dr. Cornelius Weiß, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Heike Raestrup, Frank Seibert-Alves, Yvonne Jäger, Dr. Norbert Smetak, Dirk Paulukat, Dr. Klaus J. Doubek und Dr. Hansjoachim Stürmer (Drucksache IVc - 02) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Das elektronische Logbuch (eLogbuch) als zentrale Dokumentation der Weiterbildung ist dem persönlichen Bereich der oder des jeweiligen Weiterzubildenden zuzuordnen.

Begründung:

Das eLogbuch als Schnittstelle zwischen Ärztin oder Arzt in Weiterbildung, befugter Ärztin oder Arzt und zuständiger Landesärztekammer hat persönlichen Zeugnischarakter und unterliegt primär der Datenhoheit der Ärztin oder des Arztes in Weiterbildung.

Das eLogbuch ist regelhaft freizugeben für

- die oder den Befugten zur Bestätigung erworbener Kompetenzen.
- die zuständige Landesärztekammer bei Rückfragen durch die Ärztin oder den Arzt in Weiterbildung.
- die zuständige Landesärztekammer für Vorwegentscheide.
- die zuständige Landesärztekammer für Zulassungen zur Prüfung.
- die zuständige Landesärztekammer bei Verdacht auf missbräuchliche Benutzung.
- anonymisierte Analysen der Strukturqualität.

Ein regelhafter Zugang zum eLogbuch durch andere Beteiligte ist nicht vorgesehen.



TOP IVd Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

- IVd - 13 Weiterentwicklung ärztliche Weiterbildung
- IVd - 12 Schwerpunktweiterbildung ist Teil des Fachgebietes
- IVd - 05 Bundeseinheitliche Definition des Begriffs Vollzeitweiterbildung
- IVd - 08 Qualität der Weiterbildung in personeller Hinsicht gewährleisten
- IVd - 10 Abgleich der Inhalte und Methoden der ärztlichen Weiterbildung mit den European Training Requirements (ETRs) der European Union of Medical Specialists (UEMS)

- IVd - 09 Sicherstellung der Qualität der ärztlichen Weiterbildung im Rahmen der anstehenden Krankenhausreformen

- IVd - 11 Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung
- IVd - 02 Sichere Finanzierung von ärztlicher Weiterbildung in allen Sektoren des Gesundheitswesens

- IVd - 04 Krankenhausreform nutzen - Finanzierung der stationären Weiterbildung von Diagnosis Related Groups (DRG) entkoppeln und Qualität sichern

TOP IVd Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Weiterentwicklung ärztliche Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Cornelius Weiß, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dirk Paulukat, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Heike Raestrup, Dr. Hansjoachim Stürmer, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Ivo Grebe, Dr. Norbert Smetak und Dr. Dirk Jesinghaus (Drucksache IVd - 13) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" und das Präsidium der Bundesärztekammer auf, bis zum 128. Deutschen Ärztetag 2024 Eckpunkte zur Fortentwicklung der Weiterbildung zu entwickeln. Diese berücksichtigen:

- Definition kammerkontrollierter Weiterbildung
- Fokussierte Inhalte der Weiterbildung
- Ergebnissicherung
- Inhaltliche Beteiligung von Berufsverbänden
- Zertifizierung von berufsverbandlicher Weiterbildung
- Hands-on-Training
- Blended Learning

Begründung:

Die zunehmende Differenzierung der medizinischen Profession erfordert eine neue Strukturierung der ärztlichen Weiterbildung. Dazu gehören eine frühe Fokussierung und Intensivierung der Weiterbildung. Diese muss, wie bisher, durch die Ärztekammern verantwortet werden.

Darüber hinausgehende spezielle, seltenere oder spezifische Qualifikationen können außerhalb der Facharztweiterbildung und mit Zertifizierung durch die Ärztekammern erfolgen.

TOP IVd Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Schwerpunktweiterbildung ist Teil des Fachgebietes

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Carsten Mohrhardt, Prof. Dr. Bernd Haubitz, Benjamin Breckwoldt, Prof. Dr. Dr. Christof Hofele, Dr. Jonathan Sorge, Dr. Christoph Janke, Katharina Weis, Dr. Jörg Woll, Dr. Regine Arnold und Dr. Matthias Fabian (Drucksache IVd - 12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Landesärztekammern auf, Weiterbildungszeiten im Schwerpunkt eines Gebietes zum Kompetenzerwerb im zugehörigen Fachgebiet anzuerkennen bzw. durch entsprechende Befugnisse abzudecken.

Die Weiterbildung im Schwerpunkt eines Gebietes stellt eine auf dem Facharzt aufbauende Spezialisierung dar. Daher können im Umkehrschluss auch Inhalte des Schwerpunktes dem Kompetenzerwerb in der Facharztweiterbildung dienen. Mit der Einführung der Musterweiterbildungsordnung ging die Möglichkeit verloren, Weiterbildungsinhalte unter der Befugnis eines Schwerpunktes im jeweiligen Gebiet zu erwerben. Dies widerspricht jedoch dem Gedanken des Kompetenzerwerbs und muss daher wieder ermöglicht werden.

TOP IVd Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Bundeseinheitliche Definition des Begriffs Vollzeitweiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Sebastian Exner, Dr. Thomas Lipp, Wolfgang Gradel, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache IVd - 05) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 spricht sich für eine Verständigung in den Weiterbildungsstellen über die Auslegung des Begriffs "Vollzeit" aus.

Begründung:

In den Weiterbildungsordnungen (WBO) heißt es, dass die Weiterbildung ganztägig und in hauptberuflicher Stellung durchzuführen ist (vgl. § 4 Abs. 5 WBO bzw. § 5 Abs. 7 WBO). Allerdings ist unklar, welcher Stundenumfang als "ganztägig" gilt. Während beispielsweise die Ärztekammer Sachsen-Anhalt 35 Wochenstunden als Vollzeitweiterbildung anerkennt, orientieren sich andere Kammern an den Vollzeitdefinitionen der Arbeitsverträge. Für die Weiterzubildenden kann dies im Fall eines Kammerwechsels eine Verlängerung der Weiterbildungszeit bedeuten. Hier braucht es für die Betroffenen mehr Planungssicherheit, deshalb ist ein einheitliches Wortverständnis erforderlich.

TOP IVd Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Qualität der Weiterbildung in personeller Hinsicht gewährleisten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Sebastian Exner, Dr. Thomas Lipp, Wolfgang Gradel, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache IVd - 08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 spricht sich dafür aus, Weiterbildungsbefugnisse an ein Verhältnis zwischen Weiterbildenden und Weiterzubildenden zu koppeln, das die Qualität der Weiterbildung gewährleistet.

Begründung:

Die Qualität der Weiterbildung leidet an vielen Stellen unter dem ärztlichen Personalmangel. Oft werden Weiterzubildende nur von anderen Weiterzubildenden der vorangegangenen Kohorte in die Arbeit eingeführt. Dieses Vorgehen kann weder den Facharztstandard garantieren noch zu einer qualitativ hochwertigen Weiterbildung führen. Es muss deshalb sichergestellt werden, dass ausreichend erfahrenes ärztliches Personal an der Weiterbildung beteiligt ist.

TOP IVd Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Abgleich der Inhalte und Methoden der ärztlichen Weiterbildung mit den European Training Requirements (ETRs) der European Union of Medical Specialists (UEMS)

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Jörg Weimann und Dr. Norbert Smetak (Drucksache IVd - 10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern sowie die Berufsverbände und wissenschaftlichen Gesellschaften aller Fachdisziplinen dazu auf, die European Training Requirements (ETRs) der European Union of Medical Specialists (UEMS) mit ihren Weiterbildungscurricula inklusive deren Vermittlung und Evaluation in die Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) einzubeziehen.

Ziel soll eine ärztliche Weiterbildung in Deutschland sein, deren Qualität innerhalb Europas als überdurchschnittlich gelten kann.

Begründung:

Eine kürzlich durchgeführte europäische Umfrage der UEMS zur Umsetzung der ETRs als Grundlage europäischer Examina verschiedener Fachgebiete zeigte, dass ETRs in Deutschland kaum bekannt und nur punktuell überhaupt als Grundlage von Weiterbildungscurricula genutzt werden. Gleichzeitig bestätigten mehrere Berufsverbände, dass die UEMS-akkreditierten europäischen Fachexamina in ihrem Niveau deutlich über das der deutschen Facharztprüfung hinausgehen.

Ein strukturierter Abgleich der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland mit den ETRs mit Orientierung an Best-Practice-Beispielen, wo sie in für ein spezifisches Fachgebiet identifizierbar sind, kann zu einer Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung beitragen und den internationalen Austausch fördern.

TOP IVd Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Sicherstellung der Qualität der ärztlichen Weiterbildung im Rahmen der anstehenden Krankenhausreformen

Beschluss

Auf Antrag von Sebastian Exner, Wolfgang Gradel, Dr. Thomas Lipp, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache IVd - 09) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Sicherstellung der Qualität der ärztlichen Weiterbildung im Rahmen von anstehenden Krankenhausreformen auf Bundes- und Landesebene von Krankenhausträgern, den Gesetzgebern auf Landes- und Bundesebene sowie von den Landesärztekammern.

Er fordert alle am Reformprozess Beteiligten auf, die ärztliche Weiterbildung als elementare Basis der Krankenhausreform zu begreifen.

Begründung:

Die Konzepte der Krankenhausreform auf Bundesebene wie auch aktuell in Nordrhein-Westfalen haben zum Ziel, die Krankenhauslandschaft hin zur arbeitsteiligen Kooperation umzugestalten und an Leistungsgruppen auszurichten.

Die Absolvierung einer vollumfänglichen Weiterbildung an derselben Weiterbildungsstätte wird künftig häufig nicht mehr möglich sein. Hier sind Kooperationen und Weiterbildungsverbände mit Rechtssicherheit für die Weiterzubildenden anzustreben, sodass ein ungewollter mehrfacher Wechsel der Arbeitsverhältnisse nicht notwendig ist. Regionale Aspekte sind hier zu berücksichtigen und eine entsprechende Umkreisdefinition ist vorzunehmen. Zur Anwendung kommen könnten zeitlich befristete Beurlaubungen mit ausdrücklicher Bejahung eines dienstlichen Interesses oder sozial verantwortungsvoll gestaltete Arbeitnehmerüberlassungen zwischen verschiedenen Krankenhausträgern unter Aufrechterhaltung des Arbeitsvertrages zum Zwecke der vollumfänglichen Weiterbildung an der primären Weiterbildungsstätte.

TOP IVd Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Lars Bodammer, Dr. Cornelius Weiß, Dr. Heike Raestrup, Dr. Adelheid Rauch, Anne Kandler, Yvonne Jäger, Frank Seibert-Alves, Dr. Norbert Smetak, Dirk Paulukat und Dr. Klaus J. Doubek (Drucksache IVd - 11) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert Bundes- und Landesgesetzgeber, Kostenträger, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf, die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im stationären und ambulanten Bereich sowie bei Verbundweiterbildungen unter der Koordination der Ärztekammern sicherzustellen.

Begründung:

Kompetenzbasierte Weiterbildung erfolgt inhaltlich und strukturiert nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnungen. Die Komplexität ärztlicher Aufgaben in der Weiterbildung hat zugenommen und kann nicht mehr "im Nebenschluss", finanziert durch unzureichende DRG-Anteile bzw. auf Kosten von Praxen im ambulanten Bereich, erworben werden.

Die Förderung der in unterschiedlichen Weiterbildungen zu erlernenden Inhalte und Kompetenzen erfolgt derzeit nur selektiv und interessenorientiert (Landarzt, hausärztlicher Bereich, einzelne ambulante fachärztliche Bereiche, gesonderte Klinikförderung).

Die Sicherstellung einer auskömmlichen Finanzierung jeder ärztlichen Weiterbildung, ggf. in einem "Stufenmodell", ist unter der Ägide der Landesärztekammern zu implementieren.

TOP IVd Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Sichere Finanzierung von ärztlicher Weiterbildung in allen Sektoren des Gesundheitswesens

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Julian Veelken, Dr. Katharina Thiede, Dr. Helene Michler, Matthias Marschner, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Beatrix Kaltenmaier, Dr. Christof Stork, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Irmgard Pfaffinger und Pierre Frevert (Drucksache IVd - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die zuständigen politischen Stellen auf, die ärztliche Weiterbildung in Zukunft durch eine verlässliche Förderung sicherzustellen. Die Förderung muss so gestaltet werden, dass die Weiterbildung in erheblichem Maße aus Steuermitteln unterstützt wird und dadurch im notwendigen Umfang stattfinden kann.

Weiterbildung darf nicht länger Nebenprodukt ärztlicher Berufstätigkeit sein.

Begründung:

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung durch eine angemessene Anzahl gut ausgebildeter Fachärztinnen und Fachärzte ist ein Anliegen von überragendem gesellschaftlichen Interesse. Für solche gesellschaftlichen Aufgaben ist eine Steuerfinanzierung in anderen Zusammenhängen üblich und wird deshalb auch für die ärztliche Weiterbildung gefordert.

Während die neue Weiterbildungsordnung inhaltlich einen deutlichen Schritt nach vorn bedeuten könnte, ist die Wirklichkeit der ärztlichen Weiterbildung im deutschen Gesundheitssystem derzeit bedrückend.

Fehlende Anleitung durch zu wenige fachärztliche Kolleginnen und Kollegen, fehlende Kontinuität der Weiterbildung, ständiger Kampf um die Rotation in wichtige Funktionsbereiche und Zeit- und Kostendruck durch als nichtärztlich empfundene Tätigkeiten führen dazu, dass viele Kolleginnen und Kollegen ihre Berufswahl überdenken.

Obwohl die neue Weiterbildungsordnung eine Weiterbildung im ambulanten Bereich für die meisten Fächer vorschreibt, ist die Bezahlung der Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung außerhalb der Allgemeinmedizin nicht ausreichend geregelt.

Ärztliche Weiterbildung wird immer noch von vielen als Nebenprodukt der ärztlichen Berufstätigkeit betrachtet und de facto aus den bezahlten Erlösen und Honoraren für stationär oder ambulant erbrachte ärztliche Leistungen querfinanziert.

Außerhalb der Allgemeinmedizin bestehen in der ambulanten Medizin sehr begrenzte Fördermittel zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Die DRG-Erlöse für Krankenhausabteilungen, die nur fachärztlich ihre Leistungen erbringen, sind genauso hoch, wie für solche Abteilungen, die junge Kolleginnen und Kollegen weiterbilden, ohne dass sich die zusätzliche Zeit für die Weiterbildung in den Erlösen abbilden würde.

Das Ergebnis dieser Verhältnisse ist eine sich kontinuierlich verschlechternde Weiterbildung, da die unbestreitbaren Kosten für qualifizierte Weiterbildung in Ausstattung und besonders Personal konsequent nicht finanziert werden.

Dies muss sich dringend und grundsätzlich ändern. Eine "Finanzierung nebenbei" durch die gezahlten Honorare der Krankenkassen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten als untauglich erwiesen.

Ein Modell der Finanzierung der Weiterbildung durch die öffentliche Hand kann hier eine verlässliche Lösung sein.

TOP IVd Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Krankenhausreform nutzen - Finanzierung der stationären Weiterbildung von Diagnosis Related Groups (DRG) entkoppeln und Qualität sichern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Sebastian Exner, Wolfgang Gradel, Dr. Thomas Lipp, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache IVd - 04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert im Zusammenhang mit der Diskussion um die Krankenhausreform das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, im Dialog mit der Selbstverwaltung Vorschläge zu entwickeln, die Weiterbildung aus der Erlösplanung herauszulösen und eine eigene transparente Finanzierungsbasis für die Weiterbildung zu schaffen. Auf diese Weise kann eine Grundlage für die Erhaltung einer qualitativ hochwertigen Weiterbildung geschaffen werden.

Begründung:

Die Qualität der Weiterbildung in Deutschland leidet zunehmend unter dem finanziellen Druck, unter dem die Leistungserbringenden stehen. Gute Weiterbildung benötigt personelle Ressourcen und Zeit für beispielsweise Weiterbildungseingriffe, -diagnostik und Fallgespräche. Im aktuellen System muss die stationäre Weiterbildung allein aus dem wirtschaftlichen Ertrag der Krankenhäuser (ausgenommen in der Allgemeinmedizin und Pädiatrie) heraus finanziert werden, welcher beim Großteil der Leistungserbringenden immer schwieriger in ausreichender Höhe zu generieren ist. Dies führt dazu, dass die Weiterbildung häufig an letzter Stelle im Krankenhausalltag steht. Insgesamt scheint die Qualität der Weiterbildung dadurch zunehmend gefährdet und eine Weiterbildung gemäß den Anforderungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) nicht mehr immer gewährleistet zu sein. Durch eine eigenständige transparente Finanzierung der Weiterbildung mit strenger Zweckbindung der Mittel, welche regelmäßig zu prüfen wäre, soll eine qualitativ gute Weiterbildung trotz zunehmenden finanziellen Drucks sichergestellt werden.



TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

- Va - 01 Die Herausforderungen des Klimawandels annehmen - jetzt konkret handeln
- Va - 02 Maßnahmen gegen Klimawandel weiter vorantreiben
- Va - 03 Klimaschutz ist Gesundheitsschutz - ärztliche Expertise endlich einbinden!
- Va - 11 Nachhaltige Investitionen für die Krankenhäuser
- Va - 10 Hitzeschutz- und Hitzeaktionspläne für Deutschland
- Va - 09 Förderung baulicher Maßnahmen zum Hitzeschutz in Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Va - 07 Hitzeschutz: Förderung der baulichen Ertüchtigung von Praxen
- Va - 04 Hitzeschutz: bauliche Ertüchtigungen von Krankenhäusern und Kliniken
- Va - 06 Gesunde, klimafreundliche und vollwertige Ernährung in Kliniken
- Va - 08 Müll im Gesundheitswesen reduzieren: Verblisterung von Medikamenten beenden
- Va - 05 Hygienevorgaben neu bewerten
- Va - 17 Gesundheitsschutz durch Herstellungsverbot von per- und polyfluorierten Chemikalien
- Va - 19 Klimafolgen bei Erstellung von Leit- und Richtlinien berücksichtigen
- Va - 14 Klimasensible Gesundheitsberatung
- Va - 15 Ärztliches Wissen vermitteln, um in Extremwetterlagen Patientinnen und Patienten adäquat beraten und behandeln zu können
- Va - 20 Klimaschutz und Nachhaltigkeit immer mitbedenken
- Va - 16 Klimawirkungsanalysen für die ärztlichen Versorgungswerke
- Va - 18 Keine Investitionen der Versorgungswerke in die Erschließung und Produktion fossiler Energien

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Die Herausforderungen des Klimawandels annehmen - jetzt konkret handeln

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Va - 01) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der Klimawandel stellt eine wachsende Bedrohung für alles Leben auf der Erde dar. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht im Klimawandel die größte Herausforderung für die menschliche Gesundheit im 21. Jahrhundert. Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert deswegen zum wiederholten Male alle Verantwortlichen in Politik, Gesellschaft und im Gesundheitswesen dazu auf, Klimaschutz und Klimaanpassung durch entschiedene Maßnahmen voranzutreiben.

Der 127. Deutsche Ärztetag erneuert und bekräftigt dazu seine auf den vorangehenden Ärztetagen erhobenen Forderungen. Er betont, dass angesichts der drängenden Gefahren gute Absichten oder abstrakte Planungen nicht genügen. Stattdessen ist jetzt konkretes Handeln erforderlich. Dafür müssen auch auf allen Ebenen des Gesundheitswesens die Voraussetzungen geschaffen werden: Von den Rahmenbedingungen für die individuelle Behandlungssituation über die Einrichtungen in der medizinischen Versorgung bis hin zum gemeinsamen Handeln mit den weiteren verantwortlichen Akteuren in Politik und Gesellschaft.

Dazu fordert der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

- Klimafreundliche Versorgung im GKV-System ermöglichen: Die Regelungen des SGB V müssen so angepasst werden, dass Untersuchungs-, Behandlungs- und Ordnungsmaßnahmen, die dem Klimaschutz hinreichend Rechnung tragen, nicht durch das Wirtschaftlichkeitsgebot behindert werden. Wenn sich bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten mehrere medizinisch geeignete Alternativen ergeben, müssen Ärztinnen und Ärzte in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten (unter Einhaltung der bestehenden normativen Regelungen) grundsätzlich die Alternative wählen können, die unter Gesichtspunkten des Klimaschutzes zu bevorzugen ist.
- In klimafreundliche Strukturen investieren:
Das Gesundheitswesen trägt in relevantem Umfang selbst zum Klimawandel bei. Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren (MVZ), Arztpraxen und alle weiteren Leistungserbringer müssen in die Lage versetzt werden, ihre baulich-technische Ausstattung klimafreundlich anzupassen. Dies setzt erhebliche Investitionen voraus,

die in den bisherigen Finanzierungsmechanismen nicht abgebildet sind. Deswegen ist ein sektorenübergreifender Bundesfonds "Klimagerechtes Gesundheitswesen" erforderlich. Die hierfür erforderlichen Finanzmittel sind durch den Bund zur Verfügung zu stellen. Bei allen derzeit vorgesehenen Reformvorhaben, z. B. bei der Krankenhausreform sowie den angekündigten Reformen im ambulanten ärztlichen Bereich (sog. Versorgungsgesetze), sind Strukturveränderungen so zu planen und zu finanzieren, dass die neuen Strukturen den Anforderungen des Klimaschutzes und der Klimaanpassung gerecht werden können.

- Hitzeschutz konkret verwirklichen:

Hitze ist eine der unmittelbaren und zentralen Gesundheitsgefährdungen, die sich in unserem Land aus dem Klimawandel ergeben. Hitzeschutz darf deswegen nicht bei Absichtserklärungen stehen bleiben. Stattdessen sind auf allen Ebenen vom Bund bis zu den Kommunen sinnvoll aufeinander abgestimmte und, wo immer möglich, gesetzlich vorgeschriebene Hitzeschutzpläne erforderlich. Damit diese Pläne auch tatsächlich auf praxistaugliche Weise verwirklicht und weiterentwickelt werden, sind flächendeckend auf lokaler und regionaler Ebene Hitzeschutzbündnisse zu bilden, in denen alle relevanten Akteure zusammenwirken. Die Einbeziehung der Ärzteschaft in diese Bündnisse gewährleistet die Berücksichtigung des medizinischen Sachverständes bei allen Hitzeschutzmaßnahmen.

Begründung:

Die Herausforderungen des Klimawandels erfordern konkretes und entschlossenes Handeln auf allen Ebenen. Derzeit sind die Finanzierungsmechanismen im Gesundheitssektor noch nicht so ausgerichtet, dass sie dieses Handeln in ausreichendem Umfang ermöglichen. Dies muss sich dringend ändern. Ärztinnen und Ärzte, die z. B. bei der Darreichungsform für Medikamente auf klimafreundliche Alternativen setzen wollen, müssen sicher sein, dafür im GKV-System nicht mit Sanktionen wegen eines Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot rechnen zu müssen. Krankenkassen müssen in die Lage versetzt werden, ihre Genehmigungspraxis klimafreundlich anzupassen.

Auch bei der Investitionsfinanzierung im stationären wie ambulanten Bereich muss der Klimaschutz endlich ausreichend berücksichtigt werden. Dafür müssen die erforderlichen Mittel über einen Bundesfonds aus Bundesmitteln zusätzlich bereitgestellt werden. Bei allen strukturellen Anpassungen im Gesundheitswesen muss das Leitbild einer klimafreundlichen Versorgung zugrunde gelegt werden.

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Hitze als eine der zentralen Folgen des Klimawandels erfordern ein schnelles und konkretes Handeln. Die Bundesärztekammer hat die Rolle der Ärzteschaft in diesem Handlungsfeld mit einem aktuellen Positionspapier beschrieben (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Klimawandel/Positionspapier_gesundheitsbezogenen_Hitzeschutz.pdf).

Auf dieser Grundlage fordert die Ärzteschaft, Hitzeschutzpläne nicht nur zu erstellen, sondern in regionalen und lokalen Hitzeschutzbündnissen auch ganz konkret zu verwirklichen und weiterzuentwickeln. Solche Bündnisse sind flächendeckend - dort wo sie noch nicht bestehen - schon mit Blick auf den kommenden Sommer zu bilden.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden die dringenden Notwendigkeiten des Hitzeschutzes bei dem von ihnen initiierten Hitzeaktionstag am 14.06.2023 öffentlich deutlich unterstreichen.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Maßnahmen gegen Klimawandel weiter vorantreiben

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Dirk Altrichter, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Markus Beck, Dr. Marlene Lessel, Dr. Guido Judex, Dr. Matthias Lammel, Wolfgang Gradel, Dr. Karl Breu, Dr. Andreas Tröster, Dr. Otto Beifuss, Dr. Irmgard Pfaffinger und Dr. Melanie Kretschmar (Drucksache Va - 02) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert, die Beschlüsse des 125. Deutschen Ärztetages 2021 unter TOP II Klimaschutz ist Gesundheitsschutz zügig umzusetzen.

Der 127. Deutsche Ärztetag appelliert erneut an alle Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, die notwendigen Maßnahmen zum Erreichen der Klimaneutralität des Gesundheitswesens zielstrebig, konsequent und unverzüglich in Angriff zu nehmen.

Der 127. Deutsche Ärztetag erneuert die Zusage von 2021: Unsere Verantwortung ist Verpflichtung zugleich - Klimaschutz ist Gesundheitsschutz. Gemeinsam werden wir die zu erwartenden Herausforderungen meistern.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Klimaschutz ist Gesundheitsschutz - ärztliche Expertise endlich einbinden!

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Prof. Dr. Bernd Haubitz, Hans-Martin Wollenberg, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller und Dr. Lars Bodammer (Drucksache Va - 03) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert Bund, Länder und Kommunen auf, die Ärzteschaft und insbesondere den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) mit seiner umweltmedizinischen Expertise maßgeblich in Klimaschutzmaßnahmen vor Ort einzubinden. Dies sind beispielsweise (kommunale) Hitzeaktionspläne, die Städtebauplanung (Kühlorte, Kaltluftschneisen, Trinkbrunnen etc.) oder ausreichende Monitoringsysteme für neue Erkrankungen (Allergien, Zoonosen etc.).

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Nachhaltige Investitionen für die Krankenhäuser

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Matthias Albrecht, Dr. Katharina Thiede, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Susanne von der Heydt, Julian Veelken, Prof. Dr. Jörg Weimann, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Yüksel König und Miriam Vosloo (Drucksache Va - 11) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert von den politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern:

- einen Sonderinvestitionsfonds für Klimaschutzmaßnahmen in Krankenhäusern, welche nachweislich den CO₂-Fußabdruck der Einrichtungen in Richtung 1,5-Grad-Ziel reduzieren.
- eine Finanzierung für die Etablierung eines Klimaschutzmanagements, vergleichbar mit dem verpflichtenden Qualitätsmanagement, um so sowohl die Emissionen als auch den Energieverbrauch der Krankenhäuser zu reduzieren.
- dass für Neubauten verbindliche Klimaschutz- und Anpassungskriterien gesetzlich verankert werden.
- dass Nachhaltigkeitskriterien bei allen Investitionsentscheidungen der Krankenhäuser berücksichtigt werden müssen.
- die Anpassung der Förderrichtlinien der Länder, damit künftig Fördermittel für Klimaschutz- und Klimaanpassungsmaßnahmen genutzt werden können.

Begründung:

Im Kontext der geplanten grundlegenden Reform der Krankenhausstrukturen ist mit erheblichen Investitionsbedarfen zu rechnen.

Bislang sind in den Reformvorschlägen die Themen Nachhaltigkeit und Klimaschutz nicht enthalten. Eine zukunftsfähige Krankenhausstruktur muss das Ziel eines klimaneutralen Gesundheitswesens mitdenken.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Hitzeschutz- und Hitzeaktionspläne für Deutschland

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Julian Veelken, Matthias Marschner, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Christof Stork, Dr. Florian Gerheuser, Pierre Frevert, Dr. Irmgard Pfaffinger, Anne Schluck, Annett Schmidt und Dr. Ivo Grebe (Drucksache Va - 10) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert verstärkte verpflichtende Anstrengungen zur Implementierung flächendeckender Hitzenotfallpläne in Deutschland. Die Ärzteschaft erklärt ihre Bereitschaft, sich an den notwendigen Entscheidungen und Umsetzungen zu beteiligen.

Begründung:

Die zunehmende Erderwärmung im Rahmen des Klimawandels führt zu Hitzewellen und einer stark zunehmenden Anzahl von Hitzetagen auch in Deutschland.

Das Robert Koch-Institut (RKI) schätzt die Zahl zusätzlicher Todesfälle durch Hitze alleine in Deutschland in diesem Sommer auf 4.500. Es ist davon auszugehen, dass auch der kommende Sommer mit Hitzerekorden zu einer erhöhten Krankheitslast und Sterberaten führen wird. Bislang existieren in Deutschland nur sehr wenige Hitzeschutz- und Hitzeaktionspläne. Die Entwicklung von Hitzeaktionsplänen ist deshalb mit hoher Dringlichkeit notwendig und sollte so bald wie möglich Resultate zeigen.

Bisher bestehende Katastrophenschutzpläne werden den Besonderheiten von Hitzewellen nicht gerecht. Aufgrund der erheblichen gesundheitlichen Auswirkungen von Hitze ist ärztliche Expertise bei der Erstellung von Hitzeaktions- und -notfallplänen unerlässlich.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Förderung baulicher Maßnahmen zum Hitzeschutz in Einrichtungen des Gesundheitswesens

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Julian Veelken, Dr. Christof Stork, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Katharina Thiede, Matthias Marschner, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Irmgard Pfaffinger, Pierre Frevert, Dr. Helene Michler, Dr. Joachim Suder und Dr. Ivo Grebe (Drucksache Va - 09) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert Bund, Länder und Kommunen auf, mit gezielten Förderprogrammen die Einrichtungen des Gesundheitswesens bei den baulichen Maßnahmen für einen ausreichenden Hitzeschutz von Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden zu unterstützen.

Begründung:

Die zunehmenden Hitzewellen und Hitzetage im Zuge des Klimawandels führen zu erhöhter Morbidität und Mortalität. Gerade die hiervon besonders bedrohten vulnerablen Bevölkerungsgruppen müssen sich vermehrt zur medizinischen Behandlung und Therapie in den Einrichtungen des Gesundheitswesens aufhalten, weshalb gerade hier Anstrengungen zu einem guten Hitzeschutz besonders wichtig sind, die aufgrund der damit verbundenen Kosten auch besonders gefördert werden müssen.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Hitzeschutz: Förderung der baulichen Ertüchtigung von Praxen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Joachim Suder und Dr. Ivo Grebe (Drucksache Va - 07) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Inhaber von Praxen der niedergelassenen Ärzteschaft auf, schnellstmöglich zu prüfen, wie sichergestellt werden kann, dass auch bei länger anhaltenden Hitzewellen mit Außentemperaturen von mehr als 40° Celsius das Innenraumklima in allen Bereichen ein den medizinischen Erfordernissen entsprechendes Niveau nicht überschreitet. Dazu gehört die umfängliche Ausstattung mit nachhaltigen und klimafreundlichen Verschattungs- und Klimatisierungssystemen in allen Bereichen. Die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern werden aufgefordert, die dafür erforderlichen zusätzlichen finanziellen Fördermittel bereitzustellen.

Begründung:

Die Hitzewellen der vergangenen Sommer haben auch in Praxen in Deutschland zu unzumutbaren Belastungen von Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten geführt. Die geforderten Maßnahmen stellen die Voraussetzungen dafür dar, dass Patientinnen und Patienten in den Praxen auch bei den noch höher ansteigenden Temperaturen der Zukunft versorgt werden können und nicht zusätzlichen gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt werden.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Hitzeschutz: bauliche Ertüchtigungen von Krankenhäusern und Kliniken

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Julian Veelken, Dr. Christof Stork, Matthias Marschner, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Katharina Thiede, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Irmgard Pfaffinger, Pierre Frevert, Dr. Joachim Suder und Dr. Ivo Grebe (Drucksache Va - 04) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert Klinikträger und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) auf, schnellstmöglich alle Kliniken baulich so zu ertüchtigen, dass auch bei länger anhaltenden Hitzewellen mit Außentemperaturen von mehr als 40° Celsius das Innenraumklima in allen Bereichen ein den medizinischen Erfordernissen entsprechendes Niveau nicht überschreitet. Dazu gehört die umfängliche Ausstattung mit nachhaltigen und klimafreundlichen Verschattungs- und Klimatisierungssystemen in allen Bereichen. Die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern werden aufgefordert, die dafür erforderlichen finanziellen Mittel bereitzustellen.

Begründung:

Die Hitzewellen der vergangenen Sommer haben auch in den Kliniken in Deutschland zu unzumutbaren Belastungen von Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten geführt. Die geforderten Maßnahmen stellen die Voraussetzungen dafür dar, dass Patientinnen und Patienten in den Kliniken auch bei den noch höher ansteigenden Temperaturen der Zukunft versorgt werden können und keinen zusätzlichen gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt werden.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Gesunde, klimafreundliche und vollwertige Ernährung in Kliniken

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Matthias Marschner, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Florian Gerheuser, Julian Veelken, Pierre Frevert, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Marlene Lessel und Dr. Katharina Thiede (Drucksache Va - 06) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Klinikträger und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) auf, in allen Kliniken eine pflanzenbasierte und fleischarme Ernährung für Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende einzuführen. Hierbei ist soweit möglich auf regionale Anbieter, ökologisch hergestellte Produkte und Verwendung der Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kliniken der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zu achten.

Begründung:

Durch eine gesunde, vollwertige, überwiegend pflanzliche Ernährung ließen sich in Deutschland jährlich bis zu 177.000 vorzeitige Todesfälle durch kardiovaskuläre Ereignisse, Tumorleiden oder die Folgen von Diabetes mellitus verhindern. Gleichzeitig würden bis zu 70 Prozent der Treibhausgasemissionen in der Nahrungsmittelproduktion vermieden werden. Die Verpflegung in deutschen Kliniken orientiert sich bisher kaum an den Qualitätsstandards der DGE, die eine gesunde und nachhaltige Ernährung gewährleisten würden. Doch gerade Kliniken sollten mit gutem Beispiel vorangehen und Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten eine vollwertige pflanzenbasierte und fleischarme Ernährung anbieten. Die potenziell einzusparenden Folgekosten von durch ungesunde Ernährung verursachten Behandlungen betragen für das Gesundheitssystem allein in Deutschland jährlich etwa 17 Milliarden Euro.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Müll im Gesundheitswesen reduzieren: Verblisterung von Medikamenten beenden

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Helene Michler, Julian Veelken, Dr. Christof Stork, Matthias Marschner, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Katharina Thiede, Dr. Joachim Suder, Pierre Frevert und Dr. Ivo Grebe (Drucksache Va - 08) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Verantwortlichen im Gesundheitswesen auf, die Anstrengungen zur Müllreduktion zu intensivieren. Insbesondere fordert der Deutsche Ärztetag Regelungen und gesetzliche Vorgaben, um die unnötige und riesige Müllmengen produzierende Verblisterung von Medikamenten durch die Pharmahersteller wo möglich abzuschaffen. Die pharmazeutischen Hersteller werden aufgefordert, Anstrengungen zur Entwicklung umweltschonender Verpackungen für Pharmazeutika ohne Verblisterung zu entwickeln und einzusetzen.

Begründung:

Jeden Tag werden in Deutschland Millionen und Abermillionen von Tabletten eingenommen. Herstellerseitig erfolgt die Verpackung von Tabletten, Kapseln und anderen Medikamenten zumeist in Blistern aus Aluminium und/oder Plastik. Die Blisterverpackungen werden zumeist über den normalen Haus- oder Restmüll entsorgt und verursachen hier Müll in großen Mengen.

Die Bestimmungen zu Verpackungsmaterialien für Medikamente in Deutschland beruhen auf Bestimmungen nach § 13 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) in Verbindung mit § 55 Abs. 8 Arzneimittelgesetz (AMG). Hier wird festgelegt, dass Arzneimittel lediglich vor physikalischen, mikrobiologischen oder chemischen Veränderungen geschützt und daher für den vorgesehenen Zweck geeignet sind. Weitere Bestimmungen legen z. B. im Europäischen Arzneibuch fest, dass Verpackungen den Inhalt vor Verlust oder Veränderung schützen sollen (Lichtschutz, Schutz vor Feuchtigkeit), keine physikalischen oder chemischen Einwirkungen auf den Inhalt ausüben und durch den Kontakt die Qualität des Inhalts nicht verändern dürfen. Wie Erfahrungen aus anderen Ländern wie z. B. den USA zeigen, kann die Abgabe von Medikamenten unproblematisch in nicht verblisternten Verpackungen wie Dosen oder Gläschen erfolgen.



Durch die Beendigung der Verblisterung von Medikamenten und die Abgabe in recyclefähigen oder aus umweltschonenden Materialien hergestellten Verpackungseinheiten könnten auch in Deutschland erhebliche Mengen Müll vermieden, die Umwelt und der Ressourcenverbrauch geschont und zudem der CO₂-Fußabdruck des Gesundheitswesens gesenkt werden.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Hygienevorgaben neu bewerten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Matthias Marschner, Julian Veelken, Dr. Christof Stork, Dr. Detlef Lorenzen, Anne Schluck, Annett Schmidt, Dr. Sabine Reinhold, Dr. Ivo Grebe und Dr. Joachim Suder (Drucksache Va - 05) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die mit Erstellung und Erlass von medizinischen Hygienevorgaben befassten Behörden und Fachgesellschaften in Bund und Ländern auf, Hygienevorgaben unter dem Gesichtspunkt des Ressourcenverbrauchs und der Klimaneutralität zu überprüfen, gegebenenfalls neu zu bewerten und Vorgaben dementsprechend zu ändern.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Gesundheitsschutz durch Herstellungsverbot von per- und polyfluorierten Chemikalien

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Lars Bodammer, Yvonne Jäger und Dr. Silke Engelbrecht (Drucksache Va - 17) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023 in zweiter Lesung:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 unterstützt im Sinne der Gesundheitsfürsorge und des Umweltschutzes den im Januar 2023 von fünf europäischen Ländern (Niederlande, Dänemark, Norwegen, Schweden und Deutschland) bei der Europäischen Chemikalienagentur (ECHA) eingereichten Vorschlag zum Verbot der Herstellung und des Einsatzes aller PFAS (per- und polyfluorierte Alkylsubstanzen).

Für eine große Anzahl von Produkten existieren bereits Alternativen. Wenn die Europäische Kommission dem Vorschlag Folge leistet, müssten auch in Anwendungsbereichen, in denen es bis heute noch keine Alternativen gibt, entsprechende Alternativen gesucht werden.

PFAS werden auch als "Ewigkeitschemikalien" bezeichnet. Sie sind wasser-, fett- und schmutzabweisend und gehören zu einer Gruppe von mehr als 10.000 chemischen Substanzen. PFAS werden weltweit in einer Vielzahl von unterschiedlichen Produkten verwendet (z. B. Löschschaum, wasserabweisende Kleidung, beschichtete Pfannen, Kosmetik, Verpackungen, medizinische Produkte, elektronische Geräte usw.). Sie verbleiben aufgrund ihrer chemisch stabilen Eigenschaften in der Umwelt und werden nicht über natürliche Prozesse abgebaut. Auf diese Weise können PFAS in der Nahrungskette akkumulieren und sich so auch im Menschen anreichern. Um eine weitere Anreicherung in der Umwelt sowie auch im Menschen zu reduzieren, erfolgte der eingereichte Vorschlag zum Verbot und des Einsatzes aller PFAS durch die fünf europäischen Länder. Für einige PFAS-Verbindungen konnte nachgewiesen werden, dass sie gesundheitsschädliche Wirkungen haben können. Andere Verbindungen stehen unter dem Verdacht, Krebs zu verursachen, unfruchtbar zu machen und das Immunsystem zu schwächen. Weiterhin wurden für eine sehr hohe Anzahl der mehr als 10.000 chemischen Substanzen die Risiken bis heute nicht hinreichend kontrolliert. Eine kurzfristige Risikobewertung aller Substanzen dürfte nicht realisierbar sein.

An der Ausarbeitung des Vorschlags waren für Deutschland das Umweltbundesamt (UBA), die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) sowie das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) beteiligt. Der Vorschlag beachtet sozioökonomische Aspekte und sieht aus diesem Grunde langjährige Übergangsfristen (von 18 Monaten bis zu 12 Jahren)

für bestimmte Einsatzbereiche, in denen es bis auf Weiteres keine geeigneten Alternativen geben wird, vor. Dies ist wichtig, da PFAS teilweise auch in medizinischen Produkten Anwendung gefunden haben. Aktuell erfolgt eine Bewertung durch den wissenschaftlichen Ausschuss der ECHA sowie eine seit März 2023 laufende sechsmonatige öffentliche Konsultation. Während dieser Zeit sind alle involvierten Parteien aufgefordert, Informationen und Bedenken zu äußern. Alle bis dahin eingegangenen Informationen werden von dem wissenschaftlichen Ausschuss der ECHA aufgenommen, bewertet und in die abschließende Stellungnahme einbezogen, welche dann der Europäischen Kommission zur Entscheidungsfindung vorgelegt wird.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Klimafolgen bei Erstellung von Leit- und Richtlinien berücksichtigen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Matthias Bloechle, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Klaus J. Doubek und Dr. Christian Messer (Drucksache Va - 19) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert bei der Erstellung von Leitlinien und Richtlinien (z. B. Hygienerichtlinien) die Fachverbände, Berufsverbände, das Robert Koch-Institut (RKI) und zuständige öffentliche Aufsichtsbehörden auf, bei allen Festlegungen und Erstellung von Vorschriften die Folgen auf das Klima abzuschätzen, insbesondere die CO₂-Bilanz.

Begründung:

In den letzten Jahren wurde bei der Erstellung von Leitlinien und Richtlinien lediglich auf eine Optimierung der medizinischen Versorgung geachtet. So werden großzügig Vorschriften mit der Verwendung von Einmalmaterialien erstellt, ohne darauf zu achten, ob eine alternative Versorgung mit weniger negativen Auswirkungen auf das Klima gleichwertig wäre. Bei Berücksichtigung der Klimafolgen kann so eine Entscheidung neu überdacht und durchaus anders bewertet werden.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Klimasensible Gesundheitsberatung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Klaus-Peter Spies, PD Dr. Peter Bobbert, Miriam Vosloo und Prof. Dr. Jörg Weimann (Drucksache Va - 14) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert, dass eine "Klimasensible Gesundheitsberatung" bezüglich gesunder Ernährung, gesunder Umwelt, Hitzeschutz und nachhaltiger und gesundheitsfördernder Mobilität insbesondere für Schwangere, Kinder, geriatrische Patientinnen und Patienten und chronisch Kranke essenzieller Bestandteil in der medizinischen Behandlung sein muss. Hierzu gehört auch die Beratung bezüglich Klimaanpassungsmaßnahmen durch Ärztinnen und Ärzte, Medizinische Fachangestellte (MFAs) und Pflegepersonal.

In der Ausbildung von medizinischem und psychologischem Fachpersonal müssen die Themen Klimakrise, Klimaanpassung und Gesundheitsschutz eine angemessene Berücksichtigung finden. Denn nur gebildetes Fachpersonal kann Wissen kompetent weitergeben und damit den Menschen die Möglichkeit geben, sich selbstbestimmt und kompetent um die eigene Gesundheit zu kümmern und die Umwelt zu schonen.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Ärztliches Wissen vermitteln, um in Extremwetterlagen Patientinnen und Patienten adäquat beraten und behandeln zu können

Beschluss

Auf Antrag von Matthias Marschner, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Helene Michler, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Christof Stork und Pierre Frevert (Drucksache Va - 15) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert, Fortbildungen zu fördern und zu optimieren, damit Ärztinnen und Ärzte und andere Akteure im Gesundheitswesen (wie z. B. Heilmittelerbringerinnen und Heilmittelerbringer, Pflegefachkräfte u. a.) gesundheitliche Gefahren in Extremwetterlagen erkennen und Patientinnen und Patienten adäquat beraten und behandeln können.

Begründung:

In den letzten Jahren haben aufgrund des stetigen Klimawandels die Extremwetterlagen zugenommen, von der regenbedingten Katastrophe im Ahrtal und dessen Umgebung bis hin zur Zunahme extremer Hitzetage in den Sommermonaten. Aufgrund des demografischen Wandels einer immer älteren Gesellschaft haben viele Bürgerinnen und Bürger Kontakt mit Ärztinnen und Ärzten und bekommen Medikamente regelmäßig verschrieben. Vielen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen ist nicht bewusst, dass bestimmte Medikamente in diesen Extremwetterlagen angepasst werden müssen. Daher sollte eine breite Fortbildungs- und Weiterbildungskampagne für dieses Thema die Akteure im Gesundheitssystem sensibilisieren.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Klimaschutz und Nachhaltigkeit immer mitbedenken

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Katharina Thiede, Dr. Wolfgang Miller, Dr. Gerald Qitterer, Dr. Martina Wenker, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Matthias Albrecht, Dr. Susanne von der Heydt, Julian Veelken, Dr. Helene Michler, Matthias Marschner und Anne Schluck (Drucksache Va - 20) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, bei allen seinen Beschlüssen und insbesondere auch der Formulierung der eingebrachten Leitanträge zu den Deutschen Ärztetagen auf die angemessene Abbildung von Nachhaltigkeits- und Umweltaspekten zu achten. Die Klima- und Umweltkrise ist ein Querschnittsthema, welches nahezu alle Aspekte des ärztlichen Handelns berührt.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Klimawirkungsanalysen für die ärztlichen Versorgungswerke

Beschluss

Auf Antrag von Pierre Frevert, Dr. Christof Stork, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Irmgard Pfaffinger und Dr. Joachim Suder (Drucksache Va - 16) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Die Abgeordneten des 127. Deutschen Ärztetages 2023 empfehlen den ärztlichen Versorgungswerken, jährlich eine Klimawirkungsanalyse der investierten Anlagen durchzuführen, um die Kompatibilität ihrer Portfolios mit dem Pariser Klimaschutzabkommen zu überprüfen und die Delegiertenversammlung hierüber zu informieren.

Begründung:

Traditionelle Nachhaltigkeitsfragen bei Finanzanlagen lassen sich häufig durch Ausschluss einzelner Branchen - beispielsweise der Tabakindustrie - lösen. Der Klimawandel stellt Nachhaltigkeit vor neue Herausforderungen: Aktuell ist die meiste wirtschaftliche Aktivität noch nicht ohne die Entstehung von Treibhausgasen möglich. Entsprechend erzeugen auch so gut wie alle Anlagen der ärztlichen Versorgungswerke Treibhausgase. Ein Schwarz-Weiß-Denken durch Kategorisierung in "gute" und "böse" Anlagen führt deswegen nicht weiter. Stattdessen brauchen wir einen quantitativen Ansatz, bei dem die finanzierten Treibhausgase gemessen und mit einem branchenspezifischen Weg zur Klimaneutralität nach Pariser Klimaschutzabkommen verglichen werden. Hierzu haben sich im Finanzsektor in den letzten Jahren Klimawirkungsanalysen (Climate Impact Analysis) etabliert, die in den UN-Prinzipien für verantwortliches Investieren empfohlen und von vielen großen Finanzdienstleistern mittlerweile standardmäßig genutzt werden. Auch die ärztlichen Versorgungswerke sollten diesem wissenschaftsbasierten Ansatz folgen und ihre Klimawirkung regelmäßig bestimmen, um die oft durchaus ambitionierten Nachhaltigkeitsziele der Versorgungswerke auf dem Weg zu Klimaneutralität der Finanzanlagen nachvollziehbar zu machen und der Verantwortung der Ärzteschaft für unsere natürlichen Lebensgrundlagen gerecht zu werden.

TOP Va Sachstandsberichte - Klimawandel und Gesundheit – ganz konkret

Titel: Keine Investitionen der Versorgungswerke in die Erschließung und Produktion fossiler Energien

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Pierre Frevert, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Joachim Suder, Dr. Irmgard Pfaffinger und Dr. Christof Stork (Drucksache Va - 18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutschen Ärztetag 2023 fordert, dass die Versorgungswerke der Landesärztekammern in ihren Portfolios keine Investitionen in die Erschließung und Förderung fossiler Energien, fossiler Infrastruktur und deren Finanzierung tätigen. Dabei sollte auch nicht auf die Kernenergie zurückgegriffen werden, die seit langem als gefährliche und nicht nachhaltige Energiegewinnung bekannt ist.

Begründung:

Investitionen in fossile Energien sind angesichts ihrer dramatischen Auswirkungen für menschliche und planetare Gesundheit (Luftverschmutzung, große Risiken für Gesundheit und die Gesundheitsinfrastruktur durch die Erderhitzung) mit der ärztlichen Ethik und der Berufsordnung von Ärzten nicht vereinbar.

Die Gesundheit der Weltbevölkerung leidet massiv unter der globalen Abhängigkeit von fossilen Brennstoffen. Ca. 300 Gesundheitsorganisationen weltweit, darunter der Weltärztebund (World Medical Association [WMA]), die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat sowie zahlreiche auch deutsche Gesundheitsorganisationen, ärztliche Berufsverbände und Fachgesellschaften fordern von den Regierungen einen rechtlich verbindlichen, globalen Vertrag für den Ausstieg aus der Nutzung fossiler Brennstoffe (Fossil Fuel Non-Proliferation Treaty), um die Gesundheit der Menschen zu schützen. Dieser vorgesehe Vertrag, der inzwischen auch vom Parlament der EU unterstützt wird, sieht erstens den Stopp jeder neuen Erschließung und Produktion von Kohle, Öl und Gas vor und zweitens den Ausstieg aus bestehenden Vorräten und der Produktion von fossilen Brennstoffen in Übereinstimmung mit dem globalen Klimaziel von 1,5° Celsius.

Investitionen in fossile Energien stellen zudem ein hohes finanzielles Risiko für die Kapitalanlagen dar, da sie Gefahr laufen, zu "Stranded Assets" zu werden. Sie befeuern weiterhin die Klimakrise, die die Lebensgrundlagen und Grundlagen für Wohlstand und



Wohlergehen in aller Welt massiv untergräbt. Solche Investitionen schaden dem Ansehen der Versorgungswerke der Ärzte. Unabhängig, ob Nachhaltigkeitsstrategien bei den Versorgungswerken vorliegen oder nicht, der Ausschluss von Neuinvestitionen in fossile Energien sollte ein Mindeststandard bei den Investitionsentscheidungen der Versorgungswerke von Ärztinnen und Ärzten sein.



TOP Vb Sachstandsberichte - Personalbemessungssystem

- Vb - 03 Ärztliche Personalbemessung gesetzlich verankern
- Vb - 01 System zur Kalkulation patienten- und aufgabengerechter
ärztlicher Personalausstattung

TOP Vb Sachstandsberichte - Personalbemessungssystem

Titel: Ärztliche Personalbemessung gesetzlich verankern

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Kai Johanning, Dr. Andreas Schießl, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Karl Amann, Dr. Christoph Janke, Dr. Andreas Tröster, Dr. Lydia Berendes und Dr. Sven C. Dreyer (Drucksache Vb - 03) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Krankenhausreform und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, bei der geplanten Krankenhausreform das vom 126. Deutschen Ärztetag 2022 beschlossene und von der Bundesärztekammer zu entwickelnde ärztliche Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer in den Gesetzentwürfen zu verankern. Hierbei muss die Finanzierung des gesamten ärztlichen Personals sichergestellt werden. Eine Definition einzelner Fachbereiche als sogenannte Querschnittsfächer lehnt der Deutsche Ärztetag ab.

TOP Vb Sachstandsberichte - Personalbemessungssystem

Titel: System zur Kalkulation patienten- und aufgabengerechter ärztlicher Personalausstattung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Vb - 01) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Als Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige stationäre Patientenversorgung ist eine patienten- und aufgabengerechte ärztliche Personalausstattung zu definieren, umzusetzen und zu finanzieren. Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, das valide ärztliche Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) zu verwenden. Die anstehende Krankenhausreform ist für die Schaffung der erforderlichen Gesetzesgrundlagen zu nutzen.

Begründung:

Dass eine gute Personalausstattung im medizinischen Sektor von zentraler Bedeutung für die Versorgungsqualität, die Berufszufriedenheit und die Nachwuchssicherung ist, ist unstrittig. Um diese Erkenntnis praktisch umzusetzen, ist es erforderlich, die benötigte Personalausstattung für eine patienten- und aufgabengerechte Versorgung konkret zu ermitteln. Dies gilt nicht nur für den pflegerischen, sondern auch für den ärztlichen Bereich. Die Bundesärztekammer hat erstmalig auf Beschluss des 126. Deutschen Ärztetages 2022 ein für die jeweiligen Abteilungen anpassbares System zur Kalkulation patienten- und aufgabengerechter ärztlicher Personalausstattung (ÄPS-BÄK) erarbeitet. Derzeit erfolgt die Evaluation in verschiedenen Fachbereichen.

In der dritten Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung wird bereits auf das ärztliche Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer Bezug genommen. Bei der weiteren gesetzlichen Ausgestaltung der Krankenhausreform sind Bund und Länder aufgerufen, die auf dieser Basis ermittelte Personalausstattung bei der Finanzierung der Vorhaltekosten vollumfänglich einzubeziehen.



**TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der
Gesundheitsversorgung**

*Digitalstrategie der Bundesregierung
Gesundheitsdatenräume*



TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Digitalstrategie der Bundesregierung

- Vc - 03 Den Worten Taten folgen lassen: Die Digitalstrategie muss versorgungsorientiert umgesetzt werden
- Vc - 07 Digitalisierung EINFACH machen - Digitalisierung einfach MACHEN
- Vc - 12 Patientenrechte und informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten müssen geschützt bleiben
- Vc - 13 Die gematik braucht die gemeinsame Selbstverwaltung
- Vc - 29 IT-Sicherheit
- Vc - 11 TI-Pauschale muss vollständigen Ausgleich der finanziellen Mehrbelastung der Praxen sicherstellen
- Vc - 06 eID im Gesundheitswesen anwendbar machen
- Vc - 30 Befüllungskriterien der ePA in Abstimmung mit der Bundesärztekammer
- Vc - 20 Keine gesetzliche Verpflichtung zur Befüllung der elektronischen Patientenakte
- Vc - 14 Patientendaten in der elektronischen Patientenakte: Incentivierung für die Befüllung ausbauen
- Vc - 18 Diskriminierungsverbot
- Vc - 05 Entbürokratisierung durch verpflichtende IT-Standards in KIS, PVS, Qualitätssicherung und Registern
- Vc - 15 Weitere Aufwertung von Videosprechstunden
- Vc - 22 Einsatz von Videosprechstunden bei der ärztlichen Versorgung von multimorbiden, immobilen und hilflosen Patienten
- Vc - 08 Qualität digitaler Konsultationen sicherstellen
- Vc - 28 Telemedizinische Versorgung nur mit Anschlussversorgung vor Ort
- Vc - 01 Der Arztberuf im Wandel digitaler Transformation - eine Standortbestimmung zum Einsatz medizinischer Apps in der Versorgung
- Vc - 19 Digitale Anwendungen: Wenn Apps auf Rezept, dann richtig
- Vc - 10 Die Option des Druckformats für Rezepte und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ist im Hinblick auf die Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten unverzichtbar
- Vc - 21 Digitalkompetenz unserer Patienten ist eine gesellschaftliche Aufgabe
- Vc - 04 Betriebs- und Arbeitsmedizin digital bietet Potenzial
- Vc - 27 KI - rechtliche Situation aus ärztlicher Sicht prüfen

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Den Worten Taten folgen lassen: Die Digitalstrategie muss versorgungsorientiert umgesetzt werden

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Vc - 03) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 begrüßt es, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der neuen "Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege" Konsequenzen aus den bisherigen Fehlern ziehen will und in einigen Punkten langjährige Forderungen der Ärzteschaft und des Deutschen Ärztetages aufgreift. Dies betrifft vor allem die angekündigte Ausrichtung der Strategie auf die

- Verbesserung der Versorgungsprozesse unter Einbeziehung von Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten sowie
- nutzerorientierte Technologien und benutzerfreundliche Anwendungen.

Die kurzfristig als Ziel avisierte Umsetzung digital unterstützter und integrierter Versorgungspfade für die verbreitetsten chronischen Erkrankungen (digitalisierte Disease-Management-Programme) unter Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) ist eine konkrete ärztliche Forderung, die in den letzten Jahren immer wieder von der Bundesärztekammer in den gematik-Konzeptionsprozess für die ePA eingebracht wurde.

Mit der Weiterentwicklung der ePA zu einer zentralen Gesundheitsplattform im Rahmen einer Opt-out-Lösung folgt das BMG der Beschlusslage des 126. Deutschen Ärztetages 2022 in Bremen.

Die explizit in der Strategie angekündigte und immer wieder von der Ärzteschaft eingeforderte konsequente Orientierung der Anwendungsentwicklung und des Technologieeinsatzes an der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer sieht der 127. Deutsche Ärztetag 2023 als positiven Impuls für eine benutzerfreundliche Weiterentwicklung hin zu einer praxistauglichen Telematikinfrastruktur im Sinne des Beschlusses des 126. Deutschen Ärztetages 2022 in Bremen. Insbesondere wird die Forderung aufgegriffen, dass Benutzerfreundlichkeit ("Nutzererlebnis") zukünftig Teil der Zulassung (und damit auch Erprobung) von Anwendungen der Telematikinfrastruktur werden soll. Die Etablierung einer ersten Modellregion in Hamburg zur Erprobung von digitalen Gesundheitsanwendungen vor deren bundesweiten Einführung zeigt hier in die richtige Richtung.

Die strategische Leitlinie, die eine komfortable und praktikable Datennutzung und ein hohes Datenschutzniveau in eine "angemessene Balance" bringen soll, wird begrüßt. Diesen Worten der Digitalstrategie müssen nun allerdings Taten folgen.

In diesem Zusammenhang ist die angekündigte "Neuaufstellung" der gematik im Sinne einer "100 % Trägerschaft des Bundes", wie in der Veröffentlichung der Digitalstrategie begleitenden Pressemitteilung angekündigt, ein problematisches Signal. Wenn die bisherigen Gesellschafter ganz aus der gematik ausgegrenzt werden sollen, passt das nicht zu der angekündigten Stärkung der Nutzerorientierung. Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 lehnt dies strikt ab.

Die Gesellschafter der gematik sollten stattdessen wieder wirkungsvoller in die Lage versetzt werden, sektorspezifische Kompetenz und Verantwortung bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur (TI) einzubinden, um deren Identifikation mit dem Gesamtprojekt zu stärken. Die Bundesärztekammer muss auch nach der Überführung der gematik in eine Digitalagentur weiterhin Mitwirkungs- und Entscheidungsrechte haben, die der Rolle der Ärzteschaft im Gesundheitswesen gerecht werden. Dies betrifft beispielsweise die verantwortliche Beteiligung bei der Auswahl und Priorisierung von neuen Anwendungen, die Qualitätskriterien für solche Anwendungen und den Zeitpunkt für die bundesweite Einführung. Die zukünftige Digitalagentur benötigt hierzu passende Beratungs- und Entscheidungsstrukturen.

Im Sinne der angekündigten Nutzer- und Praxisorientierung fordert der 127. Deutsche Ärztetag die Berücksichtigung folgender konkreter Eckpunkte bei der anstehenden Umsetzung der Digitalstrategie, insbesondere auch im geplanten Digitalgesetz:

- Einrichtung eines Nutzerpanels von insbesondere Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten, die konstant und frühzeitig die Phasen "Identifikation prioritärer digitaler Anwendungen", "Erhebung von Anforderungen" und "Bewertung und Nachjustierung umgesetzter Anforderungen" fachlich-inhaltlich begleiten.
- Entwicklung einer Roadmap der gematik mit realistischen Planungsannahmen und priorisierten medizinischen Anwendungen. Eine solche realistische und medizinisch bestimmte Planung muss an die Stelle der bisherigen gesetzlich vorgegebenen Einführungstermine und fachlich-inhaltlichen Vorgaben bzgl. einzelner digitaler Anwendungen im SGB V treten.
- Stärkere Berücksichtigung der Einschränkungen bei der Nutzung digitaler Anwendungen durch vulnerable Gruppen.
- Die Digitalisierungsstrategie muss durch eine Implementierungs- und Kommunikationsstrategie begleitet werden. Bis heute ist der überwiegende Anteil der Bevölkerung nicht über die Anwendungen der TI (eNotfalldaten, eMedikationsplan, eRezept, ePatientenakte) informiert. Angesichts der Dimension des Gesamtvorhabens braucht es eine breite Öffentlichkeitskampagne.

Begründung:

Anfang März 2023 hat das BMG seine bereits im Koalitionsvertrag (KoaV) 2021 - 2025 zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP angekündigte "Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege" vorgelegt.

Der Zeithorizont der Strategie reicht bis 2030 und stellt als Vision ein "menschenzentriertes digitales Ökosystem" in den Mittelpunkt, in dessen Rahmen die medizinische Versorgung und Pflege besser und effizienter werden soll, um auf diesem Wege "ein gesünderes und längeres Leben für alle" zu ermöglichen.

Die Digitalstrategie des BMG für das Gesundheitswesen und die Pflege adressiert wesentliche Aspekte der bisherigen schlechten Bilanz des Gesamtvorhabens.

Mit der beabsichtigten "Verstaatlichung" der gematik und dem gänzlichen Ausschluss der Gesellschafter aus den Entscheidungsgremien konterkariert die Bundesregierung jedoch ihre eigene Digitalstrategie. Die Bundesärztekammer ist die einzige repräsentative Vertretung aller in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Sie ist somit sektorenübergreifend - ambulante und stationäre Versorgung, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD), Betriebsmedizinische Versorgung, Rehabilitationswesen, Wissenschaft, Forschung und Lehre - sprechfähig. Als solche ist sie ein wichtiger Übermittler und Multiplikator auch in Fragen der Digitalisierung hin zur Basis der medizinischen Versorgung. Ohne adäquate Mitwirkungs- und Entscheidungsrechte für die Bundesärztekammer wird die Umsetzung der avisierten partizipativen und am Wohle von Patientinnen und Patienten orientierten Digitalisierungsstrategie in der Gesundheitsversorgung scheitern.

Für eine erfolgreiche Digitalisierung des Gesundheitswesens reichen bloße Ankündigungen nicht aus. Die angekündigte stärkere Nutzungs- und Praxisorientierung muss ganz konkret verwirklicht werden. Der 127. Deutsche Ärztetag legt hiermit die o. g. konkreten Eckpunkte vor, die in naher Zukunft unter Beteiligung der Ärzteschaft umzusetzen sind und bekräftigt damit erneut seine aktive Unterstützung bei einer patientenorientierten und praxistauglichen Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Digitalisierung EINFACH machen - Digitalisierung einfach MACHEN

Beschluss

Auf Antrag von PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Matthias Fabian, Dr. Alexander Schultze und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache Vc - 07) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Die zukünftige Qualität der medizinischen Versorgung und Forschung in Deutschland hängt maßgeblich vom Erfolg der digitalen Vernetzung im Gesundheitswesen ab. Der Digitalisierungsgrad unseres Gesundheitswesens ist jedoch unzureichend und im Vergleich zum europäischen Ausland ist Deutschland mittlerweile Schlusslicht bei der Entwicklung. Sinnvolle Anwendungen wie der Notfalldatensatz, die elektronische Patientenakte (ePA), elektronische Medikationspläne und das elektronische Rezept (eRezept) sind trotz mehrjähriger Einführungsphasen weiterhin weit von einer breiten Nutzung durch Ärztinnen und Ärzte entfernt. Oft sind sie gar nicht vorhanden oder die Implementierungen scheitern an schlechter Umsetzung mit völlig unzureichender Usability oder sie werden aktiv verhindert durch kaum umsetzbare Auslegungen des europäischen Rechtsrahmens durch nationale Datenschutzbehörden. Die auf dieser Basis entstandenen digitalen Lösungen bringen sowohl den Patientinnen und Patienten wie den Leistungserbringenden keinen Mehrwert im eigenen Erleben und bei ihrer Arbeit.

Worten, Planungen und Strategiepapieren müssen nun endlich Taten folgen. Das von der Politik gesetzte Ziel, das Nutzererlebnis zum Bestandteil von Bestätigungs- und Zulassungsverfahren zu machen, wird klar befürwortet. Daraus folgt, dass die Hersteller digitaler Anwendungen endlich stärker in die Pflicht genommen werden müssen, zu liefern und die Nutzbarkeit für die Anwenderinnen und Anwender ihrer Produkte in den Mittelpunkt zu stellen.

Es ist ärztliche Aufgabe, digitale Lösungen zum Wohle der Patientinnen und Patienten nutzenbringend einzusetzen. Die Verantwortung für die Entwicklung dieser Tools tragen die Ärztinnen und Ärzte jedoch nicht. Es ist Zeit zu handeln. Das bedeutet: Wir müssen Digitalisierung jetzt MACHEN; und wir müssen sie EINFACH - und damit endlich nutzbar - machen; für die Ärztinnen und Ärzte wie auch für die Patientinnen und Patienten.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Patientenrechte und informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten müssen geschützt bleiben

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Wieland Dietrich, Dr. Silke Lüder, Christa Bartels, Dr. Christian Messer und Dirk Paulukat (Drucksache Vc - 12) wird in zweiter Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In der vom Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach angekündigten Digitalstrategie, dem geplanten Digitalgesetz und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) wird in Bezug auf die bisher geltende Gesetzeslage ein grundlegender Paradigmenwechsel vorgenommen. Daten aus einer zentralen elektronischen Gesundheitsakte (ePA) sollen zum Beispiel, anders als bisher, künftig für kommerzielle Zwecke genutzt werden können, für industrielle Forschung mit Gesundheitsdaten und Pharmaforschung.

Außerdem gibt es eine parallele Entwicklung auf europäischer Ebene zu einem europäischen "Gesundheitsdatenraum", bei dem Praxen und Kliniken in ganz Europa ihre Arbeitsergebnisse verpflichtend für jede Art von Forschung zur Verfügung stellen müssten, und die 400 Millionen Bürger Europas kein Widerspruchsrecht gegen diese undemokratische Enteignung ihrer Krankheitsdaten haben sollen. Durch einen Anwendungsvorrang von EU-Verordnungen hätte das direkte Auswirkungen auf die bundesdeutsche Gestaltung.

Die ärztliche Schweigepflicht wäre damit abgeschafft und die Ärztinnen und Ärzte würden ihrer Arbeitsergebnisse enteignet werden.

Statt wie versprochen die Ärzteschaft aktiv in die Digitalstrategie in Deutschland einzubinden, soll die gematik als Institution der Selbstverwaltung vom Bundesgesundheitsminister abgeschafft und in eine Unterbehörde des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) umgewandelt werden. Außerdem sollen dem Bundesdatenschutzbeauftragten wichtige bisherige Rechte entzogen werden.

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 kann wegen dieser völlig veränderten Zielsetzung das Opt-out-Prinzip bei der elektronischen Patientenakte (ePA) nicht mehr unterstützen und schlägt vor, das bisherige Prinzip der Zustimmungsregelung beizubehalten. Er fordert im Hinblick auf die Digitalisierungsstrategie von Bundesgesundheitsminister, dass das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten auch bei der ePA gewahrt bleiben muss.

Patientinnen und Patienten müssen einfach festlegen können, welcher Arzt oder welcher sonstige Nutzer auf welche Gesundheitsdaten zugreifen darf (feingranulare Zugriffsrechte). Ein "Alles oder Nichts" ist der falsche Weg. Darüber hinaus ist das Recht jedes Patienten auf Nichtaufnahme bestimmter Daten in eine geplante ePA zu gewährleisten. Die Existenz einer ePA sowie diesbezügliche Zugriffsrechte müssen vom Patienten jederzeit barrierefrei geändert werden können. Menschen, die nicht über Smartphones oder Computer verfügen oder mit digitalen Verfahren nicht vertraut sind, dürfen bei der Wahrung ihres Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung und bei der gesundheitlichen Versorgung nicht benachteiligt werden.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Die gematik braucht die gemeinsame Selbstverwaltung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Miriam Vosloo, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Constantin Janzen und Dr. Han Hendrik Oen (Drucksache Vc - 13) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 kritisiert die Entscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die Betreibergesellschaft der Telematik (gematik) als Digitalagentur des Bundes zu 100 Prozent zu verstaatlichen, und fordert das BMG auf, die Kostenträger- und Leistungserbringer-Organisationen auch weiterhin als stimmberechtigte Mitglieder an den Prozessen teilhaben zu lassen.

Begründung:

Bereits seit der Gesetzesänderung im Jahr 2019 im Zuge des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) hält das BMG einen Mehrheitsanteil mit 51 Prozent an der gematik, womit alle Entscheidungen - auch gegen den Widerstand der anderen Gesellschafter - getroffen werden können. Eine komplette Verstaatlichung, die den Ausschluss der zentralen Akteure im Prozess der Digitalisierung im Gesundheitswesen als Gesellschafter bedeuten würde, ist somit unnötig. Die Mitsprache der gemeinsamen Selbstverwaltung bleibt nach wie vor von großer Bedeutung und notwendig, denn es sind die Anwender der digitalen Prozesse im Gesundheitswesen, auf deren Akzeptanz und Expertise ein Erfolg in der Weiterentwicklung der Digitalisierung aufbaut.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: IT-Sicherheit

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Jens Wagenknecht, Dr. Oliver Funken, Elke Cremer, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Susanne Bublitz, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Reinhard Reichelt, Dr. Claudia Jacobi, Dr. Christine Schroth der Zweite, Antje Meinecke und Dr. Guido Judex (Drucksache Vc - 29) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutschen Ärztetag 2023 fordert die gematik und den Gesetzgeber auf, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Dateien und sonstige Informationen, die die Praxen oder Krankenhäuser über die Telematikinfrastruktur (TI) erreichen, keine Schadsoftware o. Ä. enthalten kann.

Dateien, die Schadsoftware enthalten, müssen dafür durch Schutzmechanismen innerhalb der TI identifiziert und abgefangen werden, bevor sie die Praxis oder das Krankenhaus erreichen.

Begründung:

Die TI und insbesondere deren Kommunikationsdienste KIM (Kommunikation im Medizinwesen) und TIM (TI-Messenger) sollen die zentralen Kommunikationskanäle für Ärztinnen und Ärzte untereinander, mit anderen nichtmedizinischen Gesundheitsfachberufen sowie mit Patientinnen und Patienten werden.

Angesichts der multiplen Probleme erfolgt die Nutzung der verfügbaren Dienste derzeit noch sehr eingeschränkt. Das Ziel einer flächendeckenden und sehr umfangreichen Nutzung wurde jedoch bereits an mehreren Stellen von der Politik klar artikuliert. Auch die Ärztinnen und Ärzte begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit eines nutzerfreundlichen und sicheren digitalen Austauschs mit den oben genannten Beteiligten. Die Arztpraxen, Krankenhäuser und anderen Teilnehmer der TI sind in der Regel Strukturen, die den Schutz vor Schadsoftware nur als Nebenaufgabe leisten können. Die TI öffnet durch die Vernetzungsverpflichtung die geschützten Netze der Krankenhäuser und Praxen für Eindringlinge von außen.

Die Kommunikationsdienste der gematik lassen im Moment unbegrenzt Dateiformate zu. Diese können Schadsoftware enthalten und stellen somit ein großes und unnötiges Sicherheitsrisiko für die Praxen und Krankenhäuser dar. Die Erwartung der Ärztinnen und

Ärzte ist, dass Informationen und Daten, die die Krankenhäuser oder Praxen über die TI erreichen, keinen Schaden verursachen dürfen.

Die Praxen und Krankenhäuser (und auch viele andere TI-Teilnehmer) werden bei unbegrenztem Datenverkehr nicht in der Lage sein, die eigenen Datennetze zu schützen. Eine Kompromittierung der gesamten TI ist daher nicht unwahrscheinlich. Die Krankenhäuser und Praxen können hierfür nicht die rechtliche Verantwortung übernehmen. Es ist deshalb erforderlich, dass die gematik auf Basis entsprechender gesetzlicher Vorgaben die Voraussetzung dafür schafft, dass die Praxen und Krankenhäuser vor den oben benannten Sicherheitsrisiken geschützt sind und auch von Haftungsfragen diesbezüglich freigestellt sind.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: TI-Pauschale muss vollständigen Ausgleich der finanziellen Mehrbelastung der Praxen sicherstellen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Han Hendrik Oen, Dr. Thomas Lipp, Wolfgang Gradel, Miriam Vosloo, Sebastian Exner, Dr. Adelheid Rauch, Bettina Rakowitz, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Lothar Rütz und Dr. Tilman Kaethner (Drucksache Vc - 11) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, im Hinblick auf die Höhe und Berechnung der monatlichen Pauschale für die Ausstattung und den Betrieb der Telematikinfrastruktur (TI) eindeutige und klare Regelungen zu schaffen, die einen vollständigen Ausgleich der finanziellen Mehrbelastungen der Praxen sicherstellen.

Begründung:

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) hat der Gesetzgeber entschieden, die Finanzierung der TI-Ausstattung für die Praxen neu zu gestalten. Ab Juli 2023 sollen sie eine monatliche TI-Pauschale – statt wie bisher eine Einmalzahlung für die Erstausrüstung – erhalten. Da die Verhandlungen der Selbstverwaltung auf Bundesebene über die Höhe und die genaue Ausgestaltung der künftigen monatlichen Pauschale und deren Abrechnung gescheitert sind, entscheidet auf Grundlage des KHPfIEG nun das BMG darüber.

Um eine materielle Basis für die Digitalisierung in den Arztpraxen und schlussendlich im deutschen Gesundheitswesen zu schaffen, ist es unabdingbar, dass neben den technischen insbesondere auch kostendeckende Lösungen geschaffen werden. Dazu wäre es auch notwendig, Überlegungen einzubeziehen, wie Kostenschwankungen sachgerecht angepasst werden können. Eine auf zwei Jahre festgelegte starre Pauschale würde einer kostendeckenden Lösung entgegenstehen.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: eID im Gesundheitswesen anwendbar machen

Beschluss

Auf Antrag von PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Matthias Fabian, Dr. Alexander Schultze und Dr. Sebastian Roy (Drucksache Vc - 06) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Die gematik veröffentlichte im Februar 2023 eine Pressemitteilung zur "Digitale[n] Identität als Alternative zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK)". Die darin beschriebene Implementierung einer elektronischen Identität (eID) im Gesundheitswesen ist ein wichtiger Schritt, um die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Nutzerinnen und Nutzern wird dadurch zukünftig ermöglicht, kartenunabhängig Anwendungen des Gesundheitswesens im digitalen Raum mobil und barrierefrei zu nutzen.

Die Umsetzungsideen lassen aus ärztlicher Sicht jedoch zu wünschen übrig: Den Nutzerinnen und Nutzern sollen verschiedene Anmeldemöglichkeiten wie zum Beispiel die Kombination von ePersonalausweis oder der eGK in Kombination von PINs zur Verfügung stehen. Hierbei drohen jedoch das ständig wiederholte Abfragen der Login-Informationen sowie fehlende Möglichkeiten der Single-Sign-On-Nutzung und das Verwenden biometrischer Verfahren zur Anmeldung die Akzeptanz zu reduzieren.

Hier sind Verbesserungen dringend erforderlich: Versicherte müssen nach entsprechender Aufklärung die Möglichkeit haben, eigenverantwortlich und nach individueller Abwägung über die für sie akzeptablen Sicherheitsstandards und den damit verbundenen Anwendungszugang der eID zu entscheiden.

Die Herausforderung der Umsetzung liegt darin, die Balance zwischen auf der einen Seite einem schnellen, unkomplizierten Zugang und auf der anderen Seite der Einhaltung von hohen Sicherheitsstandards zu finden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein einfacher Zugang und hohe Benutzerfreundlichkeit ein Garant für eine breite Anwendung der Tools innerhalb der Bevölkerung sind.

Denn nur, wenn auch die Patientinnen und Patienten ein digitales Gesundheitswesen nutzen und anwenden können, werden sich dessen Vorteile für die medizinische Versorgung und auch eine spürbare Vereinfachung von Prozessen und Abläufen für uns als Ärztinnen und Ärzte realisieren lassen.

Für Patientinnen und Patienten, die mangels Kenntnis oder technischer Ausstattung keinen



Zugang zu ihren digitalen Gesundheitsinformationen haben, müssen andere Lösungen angeboten werden.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Befüllungskriterien der ePA in Abstimmung mit der Bundesärztekammer

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Lothar Rütz, Sebastian Exner, Barbara vom Stein, Prof. Dr. Bernd Bertram, Melissa Camara Romero, Dr. Hella Körner-Göbel, Dr. Joachim Wichmann, MBA, Uwe Brock, Dr. Ivo Grebe und Bernd Zimmer (Drucksache Vc - 30) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird aufgefordert, das Regelwerk zur Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) durch Ärztinnen und Ärzte in enger Abstimmung mit der Bundesärztekammer zu erarbeiten.

Begründung:

Im kommenden Digitalgesetz werden u. a. Regelungen zur Befüllung der ePA beschrieben werden. Ärztinnen und Ärzte können als am besten Qualifizierte beurteilen, welche Patientendaten in welcher Granularität bei der Weiterbehandlung ihrer Patienten und Patientinnen benötigt werden.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Keine gesetzliche Verpflichtung zur Befüllung der elektronischen Patientenakte

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Tilman Kaethner, Dr. Marion Charlotte Renneberg, Uwe Lange, Dr. Gisbert Voigt, Per Kistenbrügge, Dr. Alexander Nowicki, Dr. Constantin Janzen, Jens Wagenknecht, Dr. Thomas Buck und Dr. Wolfgang Lensing (Drucksache Vc - 20) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 spricht sich ausdrücklich gegen eine gesetzliche Verpflichtung der Ärzte zur Befüllung der elektronische Patientenakte (ePA) aus.

Begründung:

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat ihre Bereitschaft zur konstruktiven Mitarbeit bei der praxistauglichen Umsetzung der ePA in den Praxen erklärt. Daraus darf sich aber keine erneute Belastung der Ärztinnen und Ärzte durch bürokratische Vorgaben bei der Befüllung der ePA ergeben. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat aber bereits angekündigt, dass die Ärzteschaft zur Befüllung der ePA verpflichtet werden soll.

Bürokratischer Mehraufwand durch die ePA ist in unseren Praxen nicht leistbar (Fachkräftemangel!) und nicht hinnehmbar. Dieser Mehraufwand wird zur Verschlechterung der Patientenversorgung führen.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Patientendaten in der elektronischen Patientenakte: Incentivierung für die Befüllung ausbauen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Lipp, Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Tilman Kaethner und Dr. Constantin Janzen (Drucksache Vc - 14) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die in ihrer Struktur deutlich zu verbessernde elektronische Patientenakte (ePA) ist das Herzstück der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung. Die Akte lebt jedoch davon, dass sie auch entsprechend mit Patientendaten befüllt wird. Bei diesen Daten handelt es sich um ärztliche Leistungen, wie beispielsweise Befunderhebung bzw. Anamnese. Auch die Befüllung selbst wird von Ärztinnen und Ärzten geleistet.

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, noch vor der in dieser Legislaturperiode geplanten gesetzlichen Einführung einer Opt-Out-ePA nötige Nachbesserungen hinsichtlich der Vergütung für das Befüllen der Akte zu schaffen. Insbesondere ist eine Incentivierung für das weitere Befüllen der ePA über die Erstbefüllung hinaus nötig, zumindest bis zu dem Zeitpunkt, an dem ein Transfer von Patientendaten vom Praxisverwaltungssystem in die ePA mit einem Klick leistbar ist.

Begründung:

Ausweislich der im März 2023 vorgelegten Digitalstrategie plant das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Einführung einer elektronischen Patientenakte (ePA) nach dem Opt-out-Prinzip für alle gesetzlich Versicherten. Die Befüllung soll dabei durch die behandelnden Leistungserbringer erfolgen. Auch sollen pseudonymisierte ePA-Daten künftig zu Forschungszwecken automatisch über das Forschungsdatenzentrum abrufbar sein, vorbehaltlich des Widerspruchs der Patientinnen und Patienten.

Auch wenn außer Frage steht, dass Patientendaten für die medizinische Forschung unerlässlich sind, ist es nicht vermittelbar, auf der einen Seite eine auch ökonomisch interessengeleitete Verwertung der Patientendaten für Forschungszwecke zu ermöglichen, dass zugleich aber diejenigen, die erst die Grundlage einer solchen Verwertung schaffen, alle Inhalte über die Erstbefüllung hinaus ohne Vergütung bereitstellen sollen.



Neben der Erstbefüllung, die mit einmalig 10 Euro vergütet wird, muss zwingend auch die weitere Befüllung der ePA incentiviert werden. Ansonsten drohen angesichts des bei 553 Millionen Behandlungsfällen allein im ambulanten Bereich erwartbaren zeitlichen Befüllungsaufwands erhebliche Akzeptanzprobleme.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Diskriminierungsverbot

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Lothar Rütz (Drucksache Vc - 18) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert ein gesetzlich verankertes Diskriminierungsverbot für Krankheit und Krankheitsdaten auch aus elektronischen Patientenakten. Ärztliche elektronische Dokumentation ist ärztliches Handeln und darf das Patientenwohl nicht beschädigen.

Begründung:

Bislang konnten Dritte nur über eine Arztanfrage Zugriff auf ärztlich erhobene Patientendaten, und so Kenntnis über Krankheit von Patienten, erhalten. Dagegen erfassen Smartphone-Anwendungen zwar Selbstbeschreibungen und Körperzustände, diese sind aber als Krankheitsdaten nicht ärztlich validiert.

Es gibt gute Gründe für die Nutzung von Daten aus digitalen Arztakten für Forschung und Verwaltung. Deshalb wirkt die Ärzteschaft an der Digitalisierung in der Medizin aktiv mit. Mit der Herausgabe der elektronisch aufbereiteten Daten unterliegt deren Verwendung weder der Kontrolle durch den Patienten noch durch den Arzt. Die zulässige Nutzung von ärztlichen Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) ist derzeit weder abschließend definiert noch gesetzlich reguliert (es fehlt ein Diskriminierungsverbot in Anlehnung an das Verbot der Benachteiligung von Menschen mit Behinderung im Grundgesetz Art. 3.).

Damit durch die Zurverfügungstellung von Daten in elektronisch aufbereiteter Form in der elektronischen Patientenakte das Patientenwohl nicht gefährdet wird, bedarf es eines "Diskriminierungsverbots" für ärztlich erhobene Daten und für Krankheit.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Entbürokratisierung durch verpflichtende IT-Standards in KIS, PVS, Qualitätssicherung und Registern

Beschluss

Auf Antrag von PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven C. Dreyer, Dr. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Matthias Fabian, Dr. Alexander Schultze und Dr. Steffen König, M.B.A. (Drucksache Vc - 05) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Gesetzgeber auf, zur Dokumentation von administrativen und medizinischen Daten verbindliche Standards für IT-Hersteller, Register, QS-Institutionen, Krankenkassen, Fachgesellschaften und weitere am Gesundheitswesen teilnehmende Institutionen, zu entwickeln und vorzugeben.

Ärztinnen und Ärzte sind sich bewusst, dass durch die Dokumentation von Daten eine wichtige Grundlage für Transparenz, Wissen und neue Erkenntnisse geschaffen wird. Wenn Dokumentation aber schlecht gemacht ist, wird sie zur Bürokratie. Jede Information, die nicht einem zeitlichen Wandel unterworfen ist, darf während eines Behandlungsfalles nur einmal eingegeben werden müssen.

Krankenhausinformations- (KIS) und Praxisverwaltungssysteme (PVS) müssen über geeignete, vom Hersteller zu erfüllende Maßnahmen, wie z. B. digitale Automatisierungen von Abläufen, so gestaltet sein, dass innerhalb des Systems Daten ohne erneute Eingabe ausgetauscht werden können. Subsysteme müssen Informationen über Schnittstellen beziehen. Dafür ist es erforderlich, dass Informationen auf "Feldebene" komplett standardisiert sind.

Gesetzgeberische Vorgaben zur Qualitätssicherung (IQTIG, Krebsregister, weitere Register, u. a.) dürfen nur dann umgesetzt werden, wenn diese Standards mit dem Ziel nur einer einmaligen Eingabe erfüllt sind. Alle Dokumentationen, die diese Standards nicht erfüllen, sind auszusetzen.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Weitere Aufwertung von Videosprechstunden

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Lipp, Wolfgang Gradel, Sebastian Exner, Miriam Vosloo, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Lothar Rütz, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe und Dr. Constantin Janzen (Drucksache Vc - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Videosprechstunden sind in vielerlei Hinsicht eine sinnvolle Ergänzung des klassisch "analogen" Versorgungsangebots und auch eine Antwort auf die Ausdünnung der Versorgung in der Fläche. Zuletzt war die Anzahl der durchgeführten Videosprechstunden jedoch wieder rückläufig. Damit sich Videosprechstunden weiter etablieren, fordert der 127. Deutsche Ärztetag 2023 den Bewertungsausschuss auf, die Punktwerte aller bereits bestehenden EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Videosprechstunden pauschal um zehn Prozent anzuheben.

Begründung:

Mit rund zehn Arzt-Patienten-Kontakten jährlich liegt Deutschland deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 6,9. Dies führt zu Vergeudung von Ressourcen und ist gleichzeitig zentrale Ursache des derzeitigen, zahlreiche Fehlentwicklungen erzwingenden Missmanagements.

Auf der anderen Seite ist eine zunehmende Ausdünnung der Versorgung in der Fläche festzustellen. Videosprechstunden können dazu beitragen, dieser Ausdünnung der medizinischen Versorgung in bestimmten Regionen entgegenzuwirken. Indem sie Wege und auch Kontakte in überfüllten Wartezimmern sparen, ist das Angebot von Videosprechstunden daher auch in präventiver, umweltpolitischer und ökonomischer Hinsicht sinnvoll.

Zwar wurde bereits eine Vielzahl von Leistungen definiert, die in Form von Videosprechstunden durchgeführt und auch abgerechnet werden können. Die Tatsache, dass die Anzahl der durchgeführten Videosprechstunden zuletzt - nach einem Allzeithoch in den ersten beiden Pandemie Jahren - wieder deutlich zurückgegangen ist, verdeutlicht jedoch, dass das in diesem telemedizinischen Angebot liegende Potenzial noch bei Weitem nicht ausgeschöpft wird. Durch die weitere Incentivierung könnte dieser Entwicklung entgegengewirkt werden.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Einsatz von Videosprechstunden bei der ärztlichen Versorgung von multimorbiden, immobilen und hinfälligen Patienten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Susanne von der Heydt und Dr. Christian Messer (Drucksache Vc - 22) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 beschließt, dass Patientinnen und Patienten, die sich in regelmäßiger Betreuung einer hausärztlichen Versorgungspraxis befinden, von dieser bei Bedarf während eines Quartals auch ausschließlich per Videosprechstunde behandelt werden können. In mindestens einem angrenzenden Quartal müssen aber persönliche Arztkontakte in Anwesenheit stattgefunden haben. Für diesen Fall sollte Folgendes für die Abrechnung gelten:

- Die Versichertenpauschale wird vollständig und nicht gekürzt erstattet.
- Morbiditätszuschläge und der geriatrische Betreuungskomplex werden im betreffenden Quartal auch ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (in der Praxis oder beim Hausbesuch) vergütet.
- Leistungen im Zusammenhang mit dem Disease-Management-Programm (DMP) können erbracht und abgerechnet werden, wenn dazu keine körperliche Untersuchung erforderlich ist.

In unserer zunehmend älter werdenden Gesellschaft, die uns durch Multimorbidität, Polypharmazie und Frailty bei gleichzeitig bestehendem und gravierender werdendem Fachkräfte- und auch Ärztemangel herausfordert, brauchen wir sinnvolle digitale Unterstützung, um eine qualifizierte Versorgung dieser besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe sicherzustellen. Die Videosprechstunde ist dafür sehr gut geeignet. Sie erspart den hinfälligen Patientinnen und Patienten nicht nur einen Kosten verursachenden Krankentransport in die Praxis, sondern sie ergänzt auch die Arzt-Patienten-Kontakte in der Praxis durch Online-Arzt-Patienten-Kontakte und verbessert somit die Versorgungsqualität. Sie muss angemessen vergütet und unter oben genannten Voraussetzungen wie die Leistungserbringung in der Praxis honoriert werden.

Begründung:

Videosprechstunden haben sich während der zurückliegenden Pandemie sehr bewährt und

sind auch heute noch für besondere Patientengruppen unverzichtbar.

Der ärztliche Zeitaufwand für die Videosprechstunde entspricht mindestens dem in der Präsenzprechstunde. Insbesondere chronisch kranke und immobile Patienten, die nur in Begleitung und aufwändig in die Praxis kommen können, profitieren von der Videosprechstunde. Denn hierüber sind Controlling, Monitoring und DMP, für die nicht immer ärztliche körperliche Untersuchungen erforderlich sind, sehr gut durchführbar. Vor allem das notwendige regelmäßige Priorisieren bei Polypharmazie, das Erfassen von Interaktionen oder Nebenwirkungen sowie die Therapiekontrolle mit Hilfe von aktuellen Laborwerten oder Elektrokardiogrammen, die durch nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort beim Patienten erhoben werden können, sind über die Videosprechstunde sehr gut möglich. Der ärztliche Zeitaufwand für die Videosprechstunde entspricht meist dem in der Praxissprechstunde.

Durch die aktuell praktizierte schlechtere Vergütung wird die Videosprechstunde aber benachteiligt und unattraktiv gemacht:

- Die Videosprechstunde wird über die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale vergütet. Die Pauschalen nebst Zuschlägen werden gekürzt oder sind nicht abrechenbar, wenn im selben Quartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgte. Das bedeutet, die Versichertenpauschale wird gekürzt, Morbiditätszuschläge und der geriatrische Betreuungskomplex können nicht abgerechnet werden, obwohl diese Leistungen auch per Videosprechstunde erbracht werden.
- Der Zuschlag zur hausärztlichen Chronikerpauschale (GOP 03221/04221) sowie die Abrechnung des geriatrischen Betreuungskomplexes sind sogar an mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte zusätzlich zur Videosprechstunde im Quartal gebunden.
- Leistungen im Rahmen des DMP erfordern nicht immer eine körperliche Untersuchung und auch nicht unbedingt einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt. Sie können während der Videosprechstunde zwar erbracht, aber nicht abgerechnet werden.

Mit diesen Einschränkungen wird die Videosprechstunde gegenüber der Sprechstunde in der Praxis unangemessen benachteiligt. Das ist nicht zeitgemäß und muss geändert werden.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Qualität digitaler Konsultationen sicherstellen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Jörg Böhme, Thomas Dörrer, Dr. Caroline Gerdes, Dr. Frank Lautenschläger, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch, Henrik Straub und Prof. Dr. Uwe Ebmeyer (Drucksache Vc - 08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Qualität ärztlicher Leistung ist unabhängig von der Art der Konsultation stets sicherzustellen. Digitale Arzt-Patienten-Kontakte können eine sinnvolle Ergänzung in Behandlungssettings darstellen. Die Initiative der Digitalstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 09.03.2023, die derzeit bestehende Begrenzung telemedizinisch erbringbarer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung auf 30 Prozent des Leistungsvolumens aufzuheben, wird abgelehnt, da es perspektivisch zur Etablierung ausschließlich telemedizinisch tätiger Einrichtungen, die keine Präsenzbehandlung durchführen, kommen könnte.

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert daher, dass

- der Anteil ausschließlich digitaler Arzt-Patienten-Konsultationen in der vertragsärztlichen Versorgung auf maximal 30 Prozent beschränkt bleibt.
- die kontaktierten Ärztinnen und Ärzte eine vertragsärztliche Zulassung haben und Mitglied einer deutschen Ärztekammer sein müssen.
- eine notwendige Anschlussbehandlung immer vor Ort in der Versorgungseinrichtung erfolgen können muss, welche die digitale Konsultation durchgeführt hat.

Begründung:

In der Corona-Pandemie hat sich die Zahl rein digitaler Konsultationen massiv erhöht. Die Praktikabilität wurde bewiesen. Damit verbunden etablieren sich jedoch zunehmend und rasch Organisationen, die ausschließlich telemedizinische Dienstleistungen anbieten. Nicht selten haben diese Unternehmen formal einen Sitz in Deutschland, nutzen jedoch ausländische Standorte und Ärzte für die angebotenen Dienstleistungen. Diese Online-Praxen bergen bei einer Aufhebung der Begrenzung des Anteils telemedizinischer Leistungen am Gesamtleistungsvolumen die Gefahr, dass Informationsverluste durch fehlenden persönlichen Patientenkontakt sowie durch fehlende körperliche und technische Untersuchungen entstehen und dadurch die Qualität von Diagnostik und Therapie



gemindert werden.

Telemedizinische Angebote können die wohnortnahe ambulante haus- und fachärztliche sowie stationäre Versorgung ausschließlich ergänzen, jedoch nicht ersetzen.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Telemedizinische Versorgung nur mit Anschlussversorgung vor Ort

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Jens Wagenknecht, Dr. Oliver Funken, Elke Cremer, Dr. Ulf Zitterbart, Dr. Caroline Gerdes, Henrik Straub, Ute Taube, Dr. Michael Klock, Dr. Susanne Bublitz, Christian Wantzen und Werner Leibig (Drucksache Vc - 28) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich bei der Politik und dem Gesetzgeber dafür einzusetzen, dass im Falle einer telemedizinischen Versorgung (Telefon- oder Videosprechstunde) immer eine Anschlussbehandlung der Patientinnen und Patienten durch die ärztliche Praxis vor Ort gewährleistet ist, die die telemedizinische Leistung erbracht hat, sofern dies medizinisch erforderlich ist. Dazu soll eine Quote von 50 Prozent festgelegt werden, die die maximale Zahl der Patientinnen und Patienten festlegt, welche telemedizinisch in einer Praxisstruktur versorgt werden dürfen.

Begründung:

Die telemedizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten spielt bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten eine immer größere Rolle, die in Zukunft weiterwachsen wird. Auf Basis der vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung ist eine Betreuung am Telefon oder per Videosprechstunde in vielen Konstellationen (leichte Infekte, Versorgung von Chronikern etc.) medizinisch sinnvoll und vereinfacht für viele Patientinnen und Patienten den Zugang zur Versorgung.

Die telemedizinische Versorgung ist deshalb aus der modernen Medizin nicht mehr wegzudenken. Ebenso wenig ist es undenkbar und medizinisch nicht zu vertreten, wenn im Zuge der telemedizinischen Versorgung keine Anschlussbehandlung der Praxis gewährleistet wird, die die telemedizinische Leistung erbracht hat. In vielen Konstellationen ist nach einem ersten Kontakt per Telefon oder Videosprechstunde eine Vorstellung der Patientin oder des Patienten vor Ort medizinisch erforderlich. Um hier Brüche in der Versorgung zu vermeiden, ist es zwingend notwendig, dass die Anschlussversorgung in der Praxis erfolgt, in der die telemedizinische Versorgung begonnen wurde.

Telemedizinische Versorgung darf also nur durch Praxen erfolgen, die auch vor Ort Patientinnen und Patienten versorgen können. Um sicherzustellen, dass Praxen, die

telemedizinische Versorgung anbieten, immer auch die Anschlussversorgung vor Ort gewährleisten können, ist eine Obergrenze für die telemedizinische Versorgung aus einer Praxis ein sinnvolles Instrument, weil damit garantiert werden kann, dass die Praxis vor Ort eine entsprechende Infrastruktur für die Anschlussbehandlung bereithält. Eine solche Quote soll ein ausgewogenes Verhältnis zwischen telemedizinischer Versorgung und Vor-Ort-Versorgung (inkl. Hausbesuche) gewährleisten.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Der Arztberuf im Wandel digitaler Transformation - eine Standortbestimmung zum Einsatz medizinischer Apps in der Versorgung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Vc - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Christian Messer (Drucksache Vc - 01a) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Medizinische Apps, insbesondere digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), finden zunehmend Eingang und Akzeptanz in der Versorgung. Versicherte haben Anspruch auf diese neue Versorgungsleistung, wenn Ärztinnen und Ärzte ihnen DiGA verschreiben oder ihre Krankenkasse diese auf Basis des Nachweises einer entsprechenden Indikation genehmigt. Um das Potenzial von DiGA für die Versorgung zu realisieren, sind aus ärztlicher Sicht eine Reihe von Anforderungen zu erfüllen. Daher hat der Vorstand der Bundesärztekammer im März 2023 die Standortbestimmung "Der Arztberuf im Wandel digitaler Transformation - eine Standortbestimmung zum Einsatz medizinischer Apps in der Versorgung. Empfehlung für Ärztinnen und Ärzte und Forderungen der Ärzteschaft" **(Anlage)** verabschiedet.

Aus dem Papier sind folgende essenziellen Forderungen abzuleiten:

1. Digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V (DiGA) müssen stärker in die ärztliche Therapie integriert werden. Sie dürfen nicht zu einem eigenen Versorgungsbereich parallel zu anderen medizinischen Versorgungsbereichen werden.
2. Aufgabe der Ärztin und des Arztes bleibt der Abgleich von externer Evidenz und der Beurteilung einer Therapie für einen einzelnen Patienten auf Grundlage der eigenen ärztlichen Erfahrungen (interne Evidenz). Die Politik wird aufgefordert, die Rolle der Ärzteschaft bei der Beurteilung von digitalen Anwendungen in der Medizin für ihre Patientinnen und Patienten zu stärken.
3. Eine Genehmigung der Anwendung von DiGA allein durch Krankenkassen wird von der Ärzteschaft abgelehnt.
4. DiGA müssen kontinuierlich bezüglich der Markt- und Versorgungsrelevanz analysiert und im realen Versorgungskontext bewertet werden.
5. Ärztliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit digitalen Anwendungen müssen angemessen honoriert werden.

Begründung:

Auch wenn sich die ärztliche Tätigkeit als Folge dieser und anderer neuer Entwicklungen weiterhin stetig wandeln wird, bleibt sie gleichwohl immer am Patientenwohl und einer hohen Qualität der Versorgung orientiert.

Es ist zu beobachten, dass der Einsatz von medizinischen Apps oftmals neben der eigentlichen vom Arzt verordneten Therapie stattfindet. Aktuell stehen nur wenige Apps zur Verfügung, die auch den ärztlichen Versorgungskontext im Blick haben und sich integrativ in die Therapie einbinden lassen. Insbesondere ist eine Einmischung der Krankenkassen über das direkte Ansprechen von Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Nutzung medizinischer Apps nicht sinnvoll. Für eine rationale ärztliche Entscheidung über den Einsatz medizinischer Apps gibt es bisher nur in wenigen Bereichen (DiGA) erste einheitliche Qualitätsstandards und Informationsquellen.

Die Bundesärztekammer sieht vor allem dann ein hohes Potenzial beim Einsatz von Apps im Versorgungsalltag, wenn diese sinnvoll in die medizinische Versorgung integriert werden können. Einheitlich hohe Qualitätsstandards und deren stetige (Über-)Prüfung müssen dabei als vorausgesetzte Rahmenbedingung festgelegt sein.

Die Empfehlungen formulieren vor diesem Hintergrund konkrete Anforderungen der Ärzteschaft an einen erfolgreichen Einsatz medizinischer Apps in der Versorgung gegenüber der Politik und den Herstellern von medizinischen Apps.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Digitale Anwendungen: Wenn Apps auf Rezept, dann richtig

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Regine Held und Dr. Christian Messer (Drucksache Vc - 19) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

"Apps auf Rezept" sind interessante therapeutische Instrumente zur Unterstützung der Gesundheitskompetenz unserer Patientinnen und Patienten in allen Belangen der Prävention und im Umgang mit ihrer Krankheit. Sie sollen die Compliance fördern und das ärztliche Monitoring erleichtern. Insbesondere, wenn es um Erkrankungen oder deren Risikofaktoren geht, die eine Lebensstiländerung erforderlich machen, sind gute Aufklärung, Motivationsförderung sowie zeitnahe ärztliches Feedback für betroffene Patientinnen und Patienten und auch für Eltern bei der gesundheitlichen Versorgung ihrer Kinder wichtig. Auch hier können digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sehr gut unterstützen. Ihr Einsatz im Versorgungsalltag muss aber unkompliziert und einfach sein.

Das DiGA-Verzeichnis sollte deshalb wie das Medikamentenverzeichnis in alle Praxisverwaltungssysteme (PVS) aufgenommen und das vor der Verordnung notwendige längere ärztliche Gespräch zur Indikationsstellung für eine DiGA angemessen honoriert werden.

Begründung:

Gesundheitskompetenz der Bevölkerung wird in unserer älter werdenden Gesellschaft mit der erwarteten alters- und zivilisationsabhängigen Morbiditätssteigerung sowie den vorhandenen komplexen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten immer wichtiger. Und auch die zunehmende Unterversorgung im pädiatrischen Bereich benötigt Unterstützung digitaler Anwendungen.

- Bei chronischen behandlungspflichtigen Erkrankungen sind eine gute Aufklärung der betroffenen Patientinnen und Patienten und von Eltern chronisch kranker Kinder und die angemessene Therapieüberwachung erforderlich.

-
- Die Zunahme von Zivilisationskrankheiten mit ihren Konsequenzen für die Lebensqualität der Menschen sowie die Kostensteigerung im Gesundheitswesen bedürfen verstärkter präventiven Maßnahmen. Denn dadurch könnten diese Krankheiten verhindert oder langfristig zurückgedrängt werden. Besonders sinnvoll ist Prävention von Beginn des Lebens an und gilt daher insbesondere auch für Schwangere und Kinder.
 - Bei gesundheitlichen Risiken oder Erkrankungen, die eine Änderung des Lebensstils erfordern, müssen betroffene Patientinnen und Patienten gut aufgeklärt und in ihrer Motivation unterstützt werden. Die hierfür erforderliche Zeit haben wir Ärztinnen und Ärzte in unserem Versorgungsalltag meist nicht.

Ein ärztlich begleitetes digitales Monitoring und Coachen mit Hilfe einer App würde für die beschriebenen Problemfelder sehr gut helfen können.

Allerdings ist dazu vorab ein ausführliches ärztliches Gespräch erforderlich, damit die verordnete App nicht nur die richtige ist, sondern vom Patienten auch richtig genutzt wird. Im weiteren Verlauf sind ärztliche Kontrollen des gewünschten therapeutischen Erfolges wichtig, denn die meisten verfügbaren DiGA haben ihren positiven Versorgungseffekt noch nicht umfangreich nachgewiesen und sind deshalb zunächst noch vorübergehend ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Die Option des Druckformats für Rezepte und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ist im Hinblick auf die Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten unverzichtbar

Beschluss

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Dr. Silke Lüder, Christa Bartels, Dirk Paulukat und Dr. Christian Messer (Drucksache Vc - 10) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Im Hinblick auf die Digitalisierungsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) fordern die Abgeordneten des 127. Deutschen Ärztetages 2023, dass die Option des Druckformats (Möglichkeit von Ausdrucken) bei Rezepten und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) zusätzlich erhalten bleiben muss.

Nur so können Versorgungssicherheit, Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens sowie die Patientensicherheit gewährleistet werden.

Bei Ausfällen telematischer Funktionen, wie sie jüngst im Jahr 2023 erst wieder vorkamen, ist die Verfügbarkeit der Druckoption von Rezepten und AU zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit absolut unverzichtbar.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Digitalkompetenz unserer Patienten ist eine gesellschaftliche Aufgabe

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Christian Messer, Matthias Marschner, Dr. Regine Held, Dr. Christiane Wessel, Dr. Katharina Thiede und Dr. Oliver Funken (Drucksache Vc - 21) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Elektronischer Medikationsplan (eMP), Notfallstammdatenmanagement, elektronisches Rezept (eRezept), elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und elektronische Patientenakte (ePA) sollen im Rahmen der Telematikinfrastruktur (TI) die medizinische Versorgungsqualität verbessern und unnötige Kosten reduzieren. Diese verlangen von uns allen eine Digitalkompetenz, die wir uns erwerben müssen. Viele unserer älteren, hochbetagten und vor allem hilflosen Patientinnen und Patienten, aber auch Menschen mit morbiditätsbedingten kognitiven Störungen sind damit überfordert. Diese Patientinnen und Patienten bei der Nutzung der Digitalisierung im Gesundheitswesen aufzuklären und zu unterstützen, können wir in der ambulanten Versorgung mangels zeitlicher und personeller Ressourcen nicht leisten.

Krankenkassen, die durch das enorme Einsparpotenzial beim Einsatz der TI profitieren, sollten die Aufklärung und Anleitung ihrer Versicherten übernehmen.

Begründung:

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen, wie sie mit der TI auf den Weg gebracht wurde, erfordert von allen Nutzerinnen und Nutzern nicht nur in einem gewissen Umfang Digitalkompetenz. Es müssen auch die erforderlichen Endgeräte wie Smartphones oder Tablets bzw. Computer vorhanden sein und genutzt werden können.

Nicht alle Menschen besitzen die benötigten Endgeräte. Und wenn sie sie besitzen, können sie sie nicht immer in dem erforderlichen Maße nutzen.

Digitalkompetenz müssen alle Menschen erlernen, die ohne Digitalisierung aufgewachsen sind.

Alle Beschäftigten im Gesundheitswesen können dazu Fortbildungsveranstaltungen besuchen. Patientinnen und Patienten haben diese Möglichkeit nicht unbedingt oder

können sie nicht wahrnehmen. Sie wenden sich mit ihren Fragen und Problemen an die sie betreuenden Arztpraxen. Hier wird schon jetzt, noch vor der flächendeckenden Einführung der ePA, ein hoher Beratungs- und Unterstützungsbedarf spürbar. Die Aufklärung zur ePA ist selbst bei digital affinen Patientinnen und Patienten nach unseren bisherigen Erfahrungen sehr zeitaufwändig.

Diese Aufklärung muss von anderer Seite erfolgen und ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Die Kostenträger als hauptsächliche Profiteure der TI mit einem erwarteten hohen Einsparpotenzial sollten diese Aufgabe bei ihren Versicherten übernehmen und können dazu verschiedene Medien (Anschreiben, Flyer, Beratungsgespräche, Videos, Kurse für ihre Versicherten, u. a.) nutzen.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Betriebs- und Arbeitsmedizin digital bietet Potenzial

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Vc - 04) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 stellt fest, dass eine Nutzung telemedizinischer Verfahren, beispielsweise Videokonsile und Videosprechstunden, zu einer Effizienzsteigerung in der Betriebsmedizin führen kann. Ebenso werden die Möglichkeiten einer Kommunikation des Betriebsarztes mit den Beschäftigten und den Arbeitgebern bzw. deren Vertretern insbesondere in Kleinbetrieben gefördert, denn die betriebsärztliche Tätigkeit wird durch digitale Kommunikation zeitlich und räumlich flexibler.

Der 127. Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus, dass diese telemedizinischen Verfahren, wie Videokonsile und Videosprechstunden, in zukunftsweisenden Modellprojekten zügig weiterentwickelt, erprobt und evaluiert werden. Hierbei wird es notwendig sein, die richtige Balance zwischen einer persönlichen und der telemedizinischen betriebsärztlichen Betreuung zu definieren. Daher sind Modellprojekte zur Beschreibung notwendig, unter welchen Rahmenbedingungen eine betriebsärztliche telemedizinische Betreuung möglich ist und wann ein persönlicher Besuch am Arbeitsplatz notwendig wird.

Der 127. Deutsche Ärztetag begrüßt es, wenn die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) sich zusammen mit der Arbeitsmedizin an der Ausgestaltung und Durchführung solcher Modellprojekte beteiligt und mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) frühzeitig mit Blick auf die regulatorischen Bedingungen eine Abstimmung erfolgt.

Begründung:

Der digitale Wandel, die demografischen Veränderungen und die zunehmende Vernetzung von Produktions- und Dienstleistungsprozessen werden die Arbeitswelt grundlegend verändern. Die Digitalisierung wird sowohl eine große Chance für die Zukunft der Gesellschaft und für jeden Einzelnen in den Lebens- und Arbeitswelten als auch eine relevante Herausforderung für alle Betroffenen sein.

Die Bundesärztekammer hat gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) und dem Verband Deutscher Betriebs- und

Werksärzte (VDBW) am 30.01.2023 eine Veranstaltung "Telemedizin in der Arbeitsmedizin - Zugewinn für die betriebsärztliche Versorgung" durchgeführt. Hier zeigte sich, welche großen Chancen sich in den neuen digitalen Kommunikationsformen in der Arbeitsmedizin bei der betriebsärztlichen Betreuung der Arbeitnehmer und bei der Beratung der Arbeitgeber, insbesondere von Kleinbetrieben, eröffnen - denn Telemedizin spart Zeit und Wege.

Gemeinsame Modellprojekte zur digitalen Anwendung in der Arbeitsmedizin sollten u. a. auf Grundlage von medizinischen, organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen die praktische Umsetzung erproben. Solch ein Modellprojekt "Arbeitsmedizin digital" könnte auch von der gleichnamigen Projektgruppe der wissenschaftlichen Fachgesellschaft DGAUM federführend konzipiert werden. Damit könnten auch Synergien mit der Leitlinienarbeit und anderen Modellprojekten genutzt werden.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: KI - rechtliche Situation aus ärztlicher Sicht prüfen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Katharina Thiede, Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Christian Messer, Dr. Matthias Bloechle und Prof. Dr. Jörg Weimann (Drucksache Vc - 27) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, eine Stellungnahme zur rechtlichen Situation beim Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) zu erstellen, insbesondere zu Haftungsfragen aus Sicht der Patientinnen und Patienten und der Ärztinnen und Ärzte, aber auch zur Anwendung von KI.

Begründung:

KI wird in absehbarer Zeit eine wichtige Rolle nicht nur beim Einsatz in der medizinischen Diagnostik, sondern auch in der ärztlichen Therapie einnehmen. Damit wird nicht nur unser Beruf einem Wandel unterliegen, sondern auch bereits jetzt wird der Einsatz von KI sowohl in Diagnostik oder Therapie durch nichtärztliche Professionen und Organisationen angestrebt. Seit einigen Jahren wird eine rechtliche Einordnung durch Juristen diskutiert. In diesem Jahr gab es auch eine Stellungnahme des Deutschen Ethikrats.

Inhaltlich sollte eine Aussage über die Zulassung und Anwendung von KI getroffen werden, vergleichbar zu Medizinprodukten oder Arzneimitteln. Dies ist hinsichtlich der Patientensicherheit unabdingbar. Vorstellbar ist eine gesetzliche Regelung, nach der eine Zulassung und ein Wirksamkeitsnachweis erfolgen müssen sowie der Kreis der Anwender je nach KI-Produkt definiert wird. Es muss auch geprüft werden, ob die Haftung beim ärztlichen Anwender verbleibt und/oder welche Rolle dem Hersteller bei der Haftung übertragen werden muss.



TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Gesundheitsdatenräume

- Vc - 02 Europäischen Gesundheitsdatenraum an den Belangen von Patienten und Ärzten orientieren
- Vc - 09 Europäischer Gesundheitsdatenraum (EHDS) – Forderungen der Ärzteschaft zum Verordnungsentwurf der EU-Kommission vom 03.05.2022
- Vc - 25 Kein unregelmäßiger Abfluss von Gesundheitsdaten in einen geplanten Europäischen Gesundheitsdatenraum
- Vc - 26 Keine Klardatenübermittlung von deutschen Gesundheitsdaten an einen Europäischen Gesundheitsdatenraum
- Vc - 24 Die Möglichkeit spurloser Löschung von gespeicherten Gesundheitsdaten sicherstellen
- Vc - 23 Forschung darf nicht als Argument für kommerzielle Nutzung von Gesundheitsdaten vorgeschoben werden

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Europäischen Gesundheitsdatenraum an den Belangen von Patienten und Ärzten orientieren

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Vc - 02) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 begrüßt, dass die Europäische Kommission in ihrem Verordnungsentwurf über einen europäischen Gesundheitsdatenraum die Verfügbarkeit und den Austausch von Gesundheitsdaten im europäischen Kontext stärken will. Zugleich fordern die Abgeordneten den europäischen Gesetzgeber auf, bei der konkreten Ausgestaltung des europäischen Gesundheitsdatenraums das Recht der Patientinnen und Patienten auf informationelle Selbstbestimmung stärker zu berücksichtigen. Den Patientinnen und Patienten muss es möglich sein, der Datenweitergabe zu widersprechen, ohne dass ihnen dadurch Nachteile entstehen. Die unerwünschte Re-Identifizierung einer Person anhand ihrer Gesundheitsdaten muss verboten und wirksam sanktioniert werden. Um das Risiko einer Re-Identifizierung weitestgehend zu minimieren, sind alle technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, eine Überforderung aller im Gesundheitswesen Tätigen durch kostenintensive Anforderungen an Infrastruktur und Interoperabilität und durch Datenlieferungspflichten auszuschließen. In diesem Sinne sind insbesondere Arztpraxen von der Pflicht zur Datenlieferung für die Sekundärnutzung auszunehmen. Die Datenlieferungspflicht ist mit dem initialen Bereitstellen für die Primärnutzung als erfüllt anzusehen. Erneute Datenlieferungspflichten hinsichtlich der gleichen Daten dürfen nicht bestehen.

Begründung:

Am 03.05.2022 hat die Europäische Kommission einen Verordnungsvorschlag über einen europäischen Gesundheitsdatenraum vorgelegt. Darin formuliert die Kommission begrüßenswerte konkrete Ziele für die Nutzung von Patientendaten im Versorgungskontext (Primärnutzung) sowie zu weiteren Nutzungszwecken (Sekundärnutzung). So sollen Patientinnen und Patienten einen sicheren und einfachen Zugang zu ihren Gesundheitsdaten und mehr Autonomie über deren Verwendung erhalten. Angehörigen von Gesundheitsberufen sollen relevante Patienteninformationen einfacher zur Verfügung stehen. Gesundheitsdaten sollen für die Forschung und andere, dem Gemeinwohl

dienende Zwecke, besser verfügbar gemacht werden.

Das ambitionierte Vorhaben eines europäischen Gesundheitsdatenraums kann nur erfolgreich sein, wenn er das Vertrauen aller Betroffenen genießt. Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union sind als Mitbeteiligte der Gesetzgebung daher aufgefordert, den Entwurf nachzubessern. Dazu müssen bei der konkreten Ausgestaltung der Verordnung die Interessen der Patientinnen und Patienten bzw. Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der Verarbeitung von Gesundheitsdaten stärker Berücksichtigung finden.

Das Vertrauen in den Gesundheitsdatenraum setzt seitens der Patientinnen und Patienten voraus, dass er unter Berücksichtigung der Sicherheit von Patientendaten konzipiert ist und das hohe Schutzniveau nicht unterlaufen wird. Dazu ist ihnen nicht nur das Recht auf sofortigen und einfachen Zugang zu ihren Gesundheitsdaten, sondern auch die Möglichkeit des Widerspruchs gegen eine Sekundärnutzung ihrer Gesundheitsdaten einzuräumen. Wesentliche Implikationen der datengestützten Forschung im Hinblick auf die Gewährleistung des Systemvertrauens werden in der Stellungnahme "Nutzung und Bereitstellung von Behandlungsdaten für Forschungszwecke" der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer vom 23.11.2022 beleuchtet.

Für Ärztinnen und Ärzte steht im Vordergrund, dass durch Bereitstellung von Daten kein Mehraufwand entsteht, der zulasten der Patientenversorgung geht. Zeit für Patientinnen und Patienten ist vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung und eines zunehmenden Fachkräftemangels ein immer rarer werdendes Gut. Zudem können Ärztinnen und Ärzten durch Einrichtung und Betrieb des Gesundheitsdatenraums administrative und finanzielle Lasten entstehen. Die Akzeptanz des europäischen Datenraums bei Ärztinnen und Ärzten in Deutschland wird maßgeblich davon abhängen, ob die Vorgaben der Verordnung im Rahmen der bereits etablierten Telematikinfrastruktur ohne infrastrukturelle Änderungen, die potenziell mit Mehraufwand und -kosten einhergehen, umsetzbar sind. In diesem Zusammenhang muss ein direkter Zugriff auf die ärztlichen IT-Systeme sicher ausgeschlossen werden.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Europäischer Gesundheitsdatenraum (EHDS) – Forderungen der Ärzteschaft zum Verordnungsentwurf der EU-Kommission vom 03.05.2022

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Guido Judex, Dr. Christoph Graßl, Dr. Karl Breu, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Reinhard Reichelt, Dr. Gerald Qitterer, Dr. Andreas Schießl, Dr. Markus Beck, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Marlene Lessel und Dr. Mathias Wendeborn (Drucksache Vc - 09) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 fordert die Bundesregierung auf, sich intensiv mit dem seit Mai 2022 vorliegenden Verordnungsentwurf der EU-Kommission über den Europäischen Raum für Gesundheitsdaten (EHDS) zu befassen und sich bei den weiteren Beratungen dafür einzusetzen, dass dieser nicht zu einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung in Deutschland führt und etablierte Datenschutzstandards zu Lasten des Einzelnen abgesenkt werden. Das auf Vertrauen aufbauende besondere Arzt-Patienten-Verhältnis darf keinesfalls durch die aus dem EHDS resultierenden Pflichten gefährdet werden.

Dabei sind insbesondere folgende Forderungen zu berücksichtigen:

- Bedingungsloses Recht des Patienten, einer umfassenden Registrierung elektronischer Gesundheitsdaten zu widersprechen.
 - Recht des Arztes, aus erheblichen therapeutischen Gründen die Registrierung elektronischer Gesundheitsdaten dauerhaft zu unterlassen.
 - Zugriffsberechtigungen müssen auch "feingranular" auf bestimmte Kategorien von Daten und einzelnen Dokumenten vergeben werden können.
 - Umfangreiche Pflichten für Ärzte (Registrierung, Aktualisierung, Lesen, Datenlieferung) praxistauglich gestalten und vergüten!
 - Keine Verwendung gesundheitsbezogener Daten für Gesundheitsforschung und -politik ohne voraussetzungsfreies, niederschwelliges Widerspruchsrecht der betroffenen Person.
 - Keine Pflicht zur Lieferung von Klardaten an nationale Zugangsstellen bei Sekundärnutzung.
 - Vorgaben für hohe technische Hürden zur Verhinderung von unerlaubten Re-Identifizierungen. Unerlaubte Re-Identifizierungen müssen unter empfindliche Strafe gestellt werden.
 - Sicherstellung, dass nur international standardisierte Datenformate registriert werden.
 - Sicherstellung, dass eine sorgfältige Harmonisierung mit anderen, interdependenten
-

Gesetzen, insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), erfolgt.

Begründung:

Ziel des EHDS ist, die nationalen Gesundheitssysteme zum Wohle der Menschen in der Europäischen Union durch einen einfachen, sicheren und effizienten Zugang und Austausch von elektronischen Gesundheitsdaten europaweit für Patientinnen und Patienten, Angehörige von Gesundheitsberufen, also insbesondere auch Ärztinnen und Ärzte, sowie für die Forschung, Innovationen und die Politikgestaltung deutlich stärker zu verknüpfen.

Zudem soll der EHDS der EU ermöglichen, das Potenzial von Austausch, Nutzung und Weiterverwendung von Gesundheitsdaten unter "gesicherten Bedingungen" voll auszuschöpfen.

Die Ärzteschaft befürwortet eine beschleunigte, sich europaweit angleichende Digitalisierung des Gesundheitswesens, aber nur, wenn sie sich an einem klar erkennbaren Nutzen für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten orientiert und ausrichtet. Eine qualitative Verschlechterung der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist inakzeptabel, ebenso wie ein Absenken von Datenschutzstandards! Die nach der Datenschutz-Grundverordnung geltenden Patientenrechte müssen gewahrt bleiben! Zudem sind (bürokratische) Mehraufwände in Kliniken und Praxen möglichst zu vermeiden, anfallende Aufwände müssen adäquat vergütet werden.

Dem wird der Verordnungsentwurf zum EHDS nicht gerecht. Im Gegenteil, wie der Forderungskatalog zeigt, besteht erheblicher Überarbeitungsbedarf!

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass nach dem Recht der EU primär die Mitgliedstaaten für die Gestaltung und Finanzierung ihres Gesundheitswesens verantwortlich sind, muss sich Deutschland hier stärker zum Wohle der Patientinnen und Patienten in Deutschland engagieren!

Denn eins ist klar: Der EHDS wird den Umgang mit Gesundheitsdaten stark beeinflussen und die Gesundheitsversorgung insgesamt verändern!

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Kein un geregelter Abfluss von Gesundheitsdaten in einen geplanten Europäischen Gesundheitsdatenraum

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Messer, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Svante Gehring, Dr. Norbert Smetak, Dr. Regine Held, Wieland Dietrich, Dr. Silke Lüder, Dr. Martin Eichenlaub, Christa Bartels, Dr. Matthias Bloechle und Dr. Klaus-Peter Spies (Drucksache Vc - 25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Einem un geregelten Abfluss von Gesundheitsdaten aus der elektronischen Patientenakte (ePA), aus den Praxisverwaltungssystemen, aber auch von Krankenkassen in einen geplanten Europäischen Raum für Gesundheitsdaten (EHDS) erteilt der 127. Deutsche Ärztetag 2023 eine klare Absage. Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten müssen die Möglichkeit des Einflusses und des Widerspruchs haben.

Begründung:

Der derzeitige Verordnungsentwurf der EU-Kommission eines EHDS sieht die Möglichkeit einer un geregelten Übermittlung von Gesundheitsdaten vor, ohne dass von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten Einfluss genommen werden kann. Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten muss ein Widerspruchsrecht eingeräumt werden.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Keine Klardatenübermittlung von deutschen Gesundheitsdaten an einen Europäischen Gesundheitsdatenraum

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Messer, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Svante Gehring, Dr. Norbert Smetak, Dr. Christiane Groß, M.A., Wieland Dietrich, Dr. Silke Lüder, Dr. Martin Eichenlaub, Christa Bartels, Dr. Regine Held und Dr. Klaus-Peter Spies (Drucksache Vc - 26) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird aufgefordert, sich einer auch nur vorübergehenden Speicherung von Klardaten in einem Europäischen Gesundheitsdatenraum eindeutig und unmissverständlich entgegenzustellen.

Begründung:

Der derzeitige Verordnungsentwurf der EU-Kommission eines Europäischen Gesundheitsdatenraums sieht unter anderem die Möglichkeit einer vorübergehenden Übermittlung von Gesundheitsklardaten vor, d. h. ohne Anonymisierung oder Pseudonymisierung.

Vortragsberechtigt für die deutschen Gesundheitsdaten ist allein das BMG. Daher wird das Bundesgesundheitsministerium hier adressiert.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Die Möglichkeit spurloser Löschung von gespeicherten Gesundheitsdaten sicherstellen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Messer, Dr. Svante Gehring, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Norbert Smetak, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Regine Held, Dr. Martin Eichenlaub, Wieland Dietrich, Dr. Silke Lüder, Christa Bartels, Dr. Klaus-Peter Spies und Dr. Matthias Bloechle (Drucksache Vc - 24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bei der Speicherung von Gesundheitsdaten muss gewährleistet sein, dass diese zu jedem Zeitpunkt auf Wunsch des Patienten oder der Patientin vollständig gelöscht werden können und keine Spuren hinterlassen, die auch nur indirekt, beispielsweise durch Pseudonymisierung, Rückschlüsse auf das jeweilige Individuum zulassen.

Begründung:

Das Recht auf Datenlöschung muss jeder Bürgerin und jedem Bürger zustehen. Besonders betrifft es all jene, deren Daten im Kindes- und Jugendalter erfasst und gespeichert wurden.

TOP Vc Sachstandsberichte - Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Titel: Forschung darf nicht als Argument für kommerzielle Nutzung von Gesundheitsdaten vorgeschoben werden

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Dr. Svante Gehring, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Regine Held, Dr. Christiane Groß, M.A., Christa Bartels, Dr. Norbert Smetak, Wieland Dietrich, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Matthias Bloechle und Dr. Silke Lüder (Drucksache Vc - 23) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Im Hinblick auf die grundlegend geänderte Digitalisierungsstrategie der Bundesregierung und einen geplanten Europäischen Gesundheitsdatenraum ist das reine massenweise ungeordnete Sammeln von Gesundheitsdaten häufig nicht für wissenschaftliche Forschungszwecke geeignet, dient aber wohl der kommerziellen Nutzung. Forschung darf hier als Argument nicht für kommerzielle Nutzung vorgeschoben werden.



**TOP VI Änderung von § 4 und § 5 Abs. 7 der Satzung der
Bundesärztekammer und §§ 2, 4, 7 Abs. 1, 8 sowie § 9 der
Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage**

Der Tagesordnungspunkt VI wird auf den 128. Deutschen Ärztetag 2024 vertagt.



**TOP VII Bericht über die Jahresrechnung der
Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2021/2022
(01.07.2021 – 30.06.2022)**

VII - 01 Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2021/2022 (01.07.2021 – 30.06.2022)

TOP VII Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2021/2022 (01.07.2021 – 30.06.2022)

Titel: Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2021/2022 (01.07.2021 – 30.06.2022)

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache VIIa - 01) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2021/2022 (01.07.2021 - 30.06.2022) und vom Ergebnis der Prüfung durch die Ebner Stolz GmbH & Co. KG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin.

Der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2021/2022 (01.07.2021 - 30.06.2022) wird gebilligt.

Die nicht verbrauchten Mittel aus dem Geschäftsjahr 2021/2022 in Höhe von 3.074.541,89 Euro werden in das Geschäftsjahr 2023/2024 eingestellt.



**TOP VIII Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für
das Geschäftsjahr 2021/2022 (01.07.2021 – 30.06.2022)**

VIII - 01 Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2021/2022

**TOP VIII Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2021/2022 (01.07.2021 – 30.06.2022)**

Titel: Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr
2021/2022

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Michael Faist, Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Svante Gehring, PD Dr. Birgit Wulff, Dr. Thomas Lipp, PD Dr. Christine Schneemilch, Dr. Markus Beck, Dr. Anja Mitrenga-Theusinger, M.Sc., Christina Hillebrecht und Prof. Dr. Peter Czeschinski (Drucksache VIII - 01) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2021/2022 (01.07.2021 - 30.06.2022) Entlastung erteilt.



**TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2023/2024
(01.07.2023 – 30.06.2024)**

IX - 01 Genehmigung des Haushaltsvoranschlags



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2023/2024 (01.07.2023 – 30.06.2024)

Titel: Genehmigung des Haushaltsvoranschlags

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache IX - 01) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2023/2024 (01.07.2023 - 30.06.2024) in Höhe von 31.160.000,00 Euro wird genehmigt.



TOP X

Wahlen

- X - 04 Wahl einer Präsidentin/eines Präsidenten der Bundesärztekammer
- X - 03 Wahl einer Vizepräsidentin/eines Vizepräsidenten der Bundesärztekammer
- X - 13 Wahl einer Vizepräsidentin/eines Vizepräsidenten der Bundesärztekammer
- X - 08 Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer
- X - 12 Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer
- X - 01 Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin
- X - 02 Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte

TOP X Wahlen

Titel: Wahl einer Präsidentin/eines Präsidenten der Bundesärztekammer

Wahlergebnis

Auf Vorschlag von Dr. Han Hendrik Oen, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Prof. Dr. Bernd Bertram, Frank-Ullrich Schulz, Miriam Vosloo, Wolfgang Gradel, Barbara Spill-Doleschal, Dr. Christoph Ascheraden Freiherr von Schoultz, Dr. Norbert Smetak, Dr. Adelheid Rauch, Dr. Ulrich Tappe, Prof. Dr. Jörg Hammer, Dr. Constantin Janzen, Dr. Bernhard Lenhard, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Svante Gehring, Dr. Christian Messer, Sebastian Exner, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Lothar Rütz, Dr. Johannes Flechtenmacher und Dr. Heike Kunert (Drucksache X - 04)

wählt der 127. Deutsche Ärztetag 2023 im 1. Wahlgang in geheimer Wahl

Dr. Klaus Reinhardt

mit 125 von 247 gültigen Stimmen zum Präsidenten der Bundesärztekammer.



TOP X Wahlen

Titel: Wahl einer Vizepräsidentin/eines Vizepräsidenten der Bundesärztekammer

Wahlergebnis

Auf Vorschlag von Dr. Christiane Wessel, Prof. Dr. Uwe Köhler, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Stefan Windau, Miriam Vosloo, Dr. Jörg Böhme, Wolfgang Gradel, Dr. Dirk Altrichter, Dr. Thomas Lipp, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Sebastian Roy, Bernd Zimmer, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Ulf Zitterbart, Dr. Hubertus Große-Leege und Dr. Christian Messer (Drucksache X - 03)

wählt der 127. Deutsche Ärztetag 2023 im 1. Wahlgang in geheimer Wahl

Dr. Ellen Lundershausen

mit 168 von 168 gültigen Stimmen zur Vizepräsidentin der Bundesärztekammer.



TOP X Wahlen

Titel: Wahl einer Vizepräsidentin/eines Vizepräsidenten der Bundesärztekammer

Wahlergebnis

Auf Vorschlag von Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Gisbert Voigt, PD Dr. Peter Bobbert, Prof. Dr. Jörg Weimann, Barbara Jäger, Dr. Michael Klock, Agnes Trasselli, Dr. Pedram Emami, Eleonore Zergiebel, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Thomas Gehrke, Dr. Elke Buckisch-Urbanke, MPH und Dr. Joachim Dehnst (Drucksache X - 13)

wählt der 127. Deutsche Ärztetag 2023 im 1. Wahlgang in geheimer Wahl

Dr. Susanne Johna

mit 206 von 206 gültigen Stimmen zur Vizepräsidentin der Bundesärztekammer.

TOP X Wahlen

Titel: Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer

Wahlergebnis

Auf Vorschlag von Dr. Norbert Smetak, Dr. Ivo Grebe, Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Pedram Emami, Dr. Alexander Schultze, Dr. Christian Messer, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Dirk Jesinghaus und Dr. Christine Hidas (Drucksache X - 08)

wählt der 127. Deutsche Ärztetag 2023 im 3. Wahlgang in geheimer Wahl

Christine Neumann-Grutzeck

mit 122 von 240 gültigen Stimmen als weitere Ärztin in den Vorstand der Bundesärztekammer.

TOP X Wahlen

Titel: Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer

Wahlergebnis

Auf Vorschlag von Dr. Karl Breu, Dr. Mirko Barone, Dr. Christine Dierkes, Dr. Jan Döllein, Dr. Christiane Hummel, Dr. Markus Beck, Dr. Marlene Lessel, Dr. Reinhard Reichelt, Dr. Anja Mitrenga-Theusinger, M.Sc., Dr. Sebastian Roy, Dr. Kathrin Schawjinski, Dr. Thomas Werner, Prof. Dr. Dr. Christof Hofele, Dr. Christoph Janke, Dr. Alexander Schultze und Prof. Dr. Dr. Markus Reinholz (Drucksache X - 12)

wählt der 127. Deutsche Ärztetag 2023 im 1. Wahlgang in geheimer Wahl

Dr. Andreas Botzlar

mit 139 von 238 gültigen Stimmen als weiteren Arzt in den Vorstand der Bundesärztekammer.

TOP X Wahlen

Titel: Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin

Wahlergebnis

Auf Vorschlag des Vorstands (Drucksache X - 01) wählt der 127. Deutsche Ärztetag 2023 in geheimer Wahl bei 229 gültigen Stimmen die folgenden Personen:

- **Erik Bodendieck**, Dresden, mit 131 Stimmen
- **Dr. med. Gerald Qitterer**, München, mit 127 Stimmen
- **Dr. med. Katharina Thiede**, Berlin, mit 117 Stimmen
- **Dr. med. Marion Charlotte Renneberg**, Ilsede, mit 115 Stimmen
- **Prof. Dr. med. Martin Scherer**, Hamburg, mit 111 Stimmen

in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin.

Der weitere Kandidat, Bernd Zimmer, Wuppertal, erhielt 96 Stimmen.

TOP X Wahlen

Titel: Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte

Wahlergebnis

Auf Vorschlag des Vorstands (Drucksache X - 02) wählt der 127. Deutsche Ärztetag 2023 in geheimer Wahl bei 232 gültigen Stimmen die folgenden Personen:

- **Dr. med. Anne Bunte**, Gütersloh, mit 142 Stimmen
- **Dr. med. Andreas Botzlar**, Murnau, mit 128 Stimmen
- **Dr. med. Sabine Köhler**, Jena, mit 110 Stimmen
- **Dr. med. Petra Bubel**, Lutherstadt Eisleben, mit 99 Stimmen
- **Dr. med. Edgar Pinkowski**, Frankfurt/Main, mit 76 Stimmen

in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte.

Die weiteren Kandidaten erhielten folgende Stimmen:

- Prof. Dr. med. Volker Harth, Hamburg, 75 Stimmen
- Dr. med. Jörg-Ulf Wiegner, Saalfeld, 50 Stimmen



**TOP XI Ankündigung des 129. Deutschen Ärztetages 2025 in
Leipzig**

XI - 01 Austragungsort für den 129. Deutschen Ärztetag vom 27. -
30.05.2025



TOP XI Ankündigung des 129. Deutschen Ärztetages 2025 in Leipzig

Titel: Austragungsort für den 129. Deutschen Ärztetag vom 27. - 30.05.2025

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache XI - 01) beschließt der 127. Deutsche Ärztetag 2023:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 bestätigt den Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 16./17.02.2023, den 129. Deutschen Ärztetag vom 27. - 30.05.2025 in Leipzig durchzuführen.

1 **Eckpunkte der Ärzteschaft für eine Reform von Krankenhausplanung und**
2 **Krankenhausvergütung, Stand: 13.05.2023**

3 *127. Deutscher Ärztetag in Essen 2023*

- 4 1. **Patientenorientierte Ziele definieren.** Die Reform setzt die Verständigung auf
5 gemeinsame Ziele voraus. Dazu gehören
- 6 • die Stärkung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung,
 - 7 • die Sicherstellung einer flächendeckenden Grundversorgung,
 - 8 • eine bessere Aufgabenteilung und mehr Kooperation in der
9 Spezialversorgung,
 - 10 • die substanzielle Stärkung der sektorenverbindenden Versorgung,
 - 11 • die Einbeziehung der Belange der ambulanten Versorgung in den
12 Reformprozess,
 - 13 • die Stärkung der Fachkräftegewinnung und -bindung.
- 14 2. **Ärztlichen Sachverstand einbinden.** Die Reform muss zügig, aber auch sorgfältig
15 und mit dem notwendigen Sachverstand umgesetzt werden. Für den Erfolg der
16 Reform ist die Einbeziehung derjenigen unabdingbar, die die Versorgung konkret
17 leisten. Die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer müssen eng
18 eingebunden werden, denn sie bündeln den sektorenübergreifenden medizinisch-
19 fachlichen Sachverstand und das ärztliche Versorgungswissen.
- 20 3. **Föderale Verantwortung ernst nehmen.** Es ist klug, dass die grundgesetzliche
21 Ordnung den Ländern die Verantwortung für die Krankenhausstrukturen zuordnet.
22 Nur so kann der regionalen Vielfalt und den strukturellen Besonderheiten der
23 Bundesländer angemessen Rechnung getragen werden. Die Bundesländer müssen
24 sich ihrer Verantwortung für die Strukturplanung und die Investitionsfinanzierung
25 nach vielen Jahren der Vernachlässigung nun aber auch verantwortungsbewusst
26 stellen. Dazu gehört eine bundesweite Abstimmung. Denn Abweichungen und
27 Unterschiede sind nur dort richtig, wo sie sich aus regionalen, sachlich begründeten
28 Erfordernissen ergeben. Eine Harmonisierung der aktuell sehr heterogenen
29 Krankenhauspläne der Bundesländer ist daher überfällig. Dabei müssen die Länder
30 regionale Besonderheiten berücksichtigen können, ohne die notwendige
31 Verbindlichkeit in Frage zu stellen.
- 32 4. **Ärztliche Weiterbildung stärken.** Die Reform muss die Nachwuchsgewinnung und
33 -qualifizierung in der ärztlichen Versorgung fördern. Der Zuschnitt der künftigen
34 Leistungsgruppen muss deswegen möglichst weitgehend an die Systematik der
35 ärztlichen Weiterbildungsordnung angepasst werden. Dies ist auch unter
36 Versorgungsgesichtspunkten sinnvoll. Außerdem werden in Zukunft verstärkt
37 klinik- und sektorenübergreifende Weiterbildungsverbünde erforderlich sein. Die
38 Zuständigkeit für die Anerkennung der Weiterbildung im Rahmen dieser Verbünde
39 liegt landesrechtlich bei den Ärztekammern. Dies ist ein weiterer Grund für die
40 frühzeitige Einbeziehung der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer als
41 Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern in den Reformprozess. Die
42 Beteiligung der Kliniken an einer solchen sektorenübergreifenden Weiterbildung
43 muss im Rahmen der Krankenhausplanung verbindlich vorgegeben werden. Auch
44 arbeitsrechtliche Fragen sind zu klären. Nur so können wiederholte Brüche in den
45 Qualifizierungswegen junger Ärztinnen und Ärzte vermieden werden, mit denen die
46 erforderliche Nachwuchssicherung erheblich erschwert würde.

- 47 5. **Mit fachlich sinnvollen Leistungsgruppen planen.** Der Übergang von der
48 traditionellen Bettenplanung zur Planung konkreter Leistungen ist richtig. Dazu ist
49 die Planung mit Leistungsgruppen geeignet. Die Leistungsgruppen müssen sich in
50 die Systematik der ärztlichen Weiterbildungsordnung einfügen. Sie sollten sich in
51 ihrem Differenzierungsgrad an den tatsächlichen Steuerungserfordernissen
52 orientieren, um eine pragmatische Balance zwischen gezielten
53 Gestaltungsmöglichkeiten auf der einen Seite und der Vermeidung von
54 Überkomplexität und Bürokratie auf der anderen Seite zu erreichen. Die in
55 Nordrhein-Westfalen erarbeitete Systematik folgt diesen Prinzipien. Sie eignet sich
56 deswegen als Grundlage für den bundesweiten Entwicklungsprozess. Die
57 Leistungsgruppen ermöglichen die gezielte Zuweisung von Versorgungsaufträgen
58 und damit eine Verbesserung von Aufgabenteilung und Koordination gerade in der
59 Spezialversorgung und in den Ballungsräumen. Damit müssen höhere
60 Anforderungen an verbindliche, regionale, auch trägerübergreifende Kooperationen
61 der Krankenhäuser untereinander und mit der ambulanten ärztlichen wie
62 pflegerischen sowie der rehabilitativen Versorgung verbunden werden.
- 63 6. **Level als Zielbild und Orientierung nutzen.** Das Ziel einer sinnvoll gestuften
64 Krankenhausversorgung ist richtig. Versorgungsstufen (Level) beschreiben dieses
65 Zielbild. Sie eignen sich allerdings nicht als primäre Planungsinstrumente, weil sie
66 den regional gewachsenen Strukturen nicht hinreichend gerecht werden können. Als
67 starre Bundesschablonen würden sie damit die notwendigen Entwicklungsprozesse
68 in den Regionen mehr behindern als unterstützen. Das mit den Levels verbundene
69 Ziel einer gestuften Versorgung kann stattdessen besser über eine medizinisch-
70 fachlich begründete hierarchische Verknüpfung der Leistungsgruppen erreicht
71 werden. Für Fachkliniken sind gesonderte Regelungen erforderlich.
- 72 7. **Mehr Zeit für Patientinnen und Patienten ermöglichen – Bürokratie abbauen.**
73 Die Reform muss zu einer Entbürokratisierung und damit zur Rückgewinnung von
74 Arbeitszeit in der Patientenversorgung führen. Eine Ausweitung der ohnehin schon
75 überbordenden Kontrollbürokratie wäre hingegen fatal. Doppelungen von
76 kontrollbehafteten Strukturvorgaben zwischen Abrechnungs-Komplexcodes (OPS-
77 Komplexcodes) und Leistungsgruppenanforderungen darf es nicht geben. Der
78 Medizinische Dienst darf nicht für unangemessene Kontrollanforderungen
79 missbraucht werden.
- 80 8. **Sektorengrenzen überwinden, faire Bedingungen schaffen.** Die Reform muss die
81 sektorenverbindende Versorgung stärken. Dazu sind Konzepte zu entwickeln, die
82 nicht nur – wie in den bisherigen Empfehlungen der Regierungskommission – auf die
83 kleinen Versorgungseinheiten (sogenannte „Level-II-Kliniken“) fokussieren.
84 Substanzielle Fortschritte in der Zusammenarbeit zwischen ambulantem und
85 stationärem Sektor sind stattdessen auf allen Versorgungsebenen erforderlich. Dazu
86 müssen die aktuell weitgehend unverbunden nebeneinanderstehenden Ansätze zur
87 Krankenhausplanung einerseits und zur Ambulantisierung andererseits (z. B. zur
88 sogenannten sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V) in einem
89 Gesamtkonzept zusammengeführt werden. Auch die geplante und überfällige Reform
90 der Notfallversorgung muss die sektorenübergreifende Zusammenarbeit stärken
91 und mit dem Krankenhausreformprozess abgestimmt werden. Von großer
92 Bedeutung ist außerdem die Stärkung der belegärztlichen Versorgung. Damit
93 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ihrer Rolle in einer sektorenverbindenden
94 Versorgung gleichberechtigt und unter fairen Bedingungen wahrnehmen können,
95 muss die Politik parallel zur Krankenhausreform endlich auch die ambulante

96 ärztliche Versorgung nachhaltig stärken. Dazu gehört eine schnelle und umfassende
97 Entbudgetierung.

98 9. **Vergütung neu ordnen.** Die Empfehlungen der Regierungskommission wollen die
99 Bedeutung des Fallpauschalensystems (DRG-System) zwar quantitativ vermindern,
100 lassen im Übrigen aber eine Reform des DRG-Systems vollständig vermissen. Eine
101 grundlegende Reform dieses inzwischen überkomplexen und mit erheblichen
102 Fehlanreizen verbundenen Systems ist jedoch unbedingt erforderlich. Bleibt diese
103 Reform aus, kann die Ergänzung um ein vorhalteorientiertes Finanzierungssystem
104 zu einer kritischen weiteren Zunahme von Komplexität und Bürokratie führen. Die
105 eigentlichen, sehr begrüßenswerten Ziele einer Vorhaltefinanzierung würden dann
106 verfehlt. Richtig ausgestaltet kann eine vorhalteorientierte Vergütung hingegen
107 falschen Mengenanreizen entgegenwirken und eine patienten- und
108 qualitätsorientierte Versorgung stärken. Dazu ist es unabdingbar, neben den
109 Pflegepersonalkosten auch die Kosten für eine patienten- und aufgabengerechte
110 ärztliche Versorgung in der Vorhaltevergütung abzubilden.

111 10. **Strukturveränderungen auskömmlich finanzieren.** Der Übergang in bessere
112 Strukturen erfordert an vielen Stellen auch bauliche und apparativ-technische
113 Veränderungen, die zusätzlich finanziert werden müssen. Die neuen Strukturen
114 müssen zugleich den Anforderungen an eine klimagerechte Versorgung entsprechen.
115 Die Bundesländer müssen den jahrzehntelangen Rückstau bei ihren
116 Investitionsverpflichtungen deswegen endlich auflösen. Der Bund muss die
117 Strukturveränderungen zusätzlich mit einem Bundesfonds unterstützen. Nur so lässt
118 sich der Übergang in Strukturen erreichen, die langfristig nachhaltiger, klimatauglich
119 und auch wirtschaftlicher sind. Genauso müssen Bund und Länder auch die
120 Strukturen der ambulanten Versorgung ausreichend finanzieren und die nötigen
121 Weiterentwicklungen, auch mit Blick auf eine klimafreundliche Versorgung,
122 ermöglichen.

123 11. **Datengestützt und transparent planen.** Alle Reformschritte erfordern vorab eine
124 sorgfältige Folgenabschätzung und ein kontinuierliches Monitoring im Verlauf. Für
125 die Verlässlichkeit der aktuell vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
126 angekündigten vier Folgenabschätzungen ist es entscheidend, dass schon bei deren
127 Konzeption die Ärzteschaft und die weiteren Selbstverwaltungspartner in den Dialog
128 mit den beauftragten Dienstleistern eingebunden werden. Für das Vertrauen in den
129 Reformprozess ist außerdem Transparenz hinsichtlich der Datengrundlage, der
130 Methodik und der Ergebnisse unabdingbar. Neben den vom BMG bisher
131 vorgesehenen Datenquellen sind weitere, aktuelle Daten zur tatsächlichen
132 Versorgungslage einzubeziehen. Dazu gehört die Bereitstellung und Nutzung der
133 über DEMIS (Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den
134 Infektionsschutz) gemeldeten Kapazitätsdaten der Krankenhäuser.



**Der Arztberuf im Wandel digitaler Transformation -
Positionspapier zum Einsatz medizinischer Apps in der Versorgung**

Berlin, 16.03.2023

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	4
2	Einleitung	6
3	Hintergrund.....	7
4	Aufbau und Abgrenzung der Empfehlung.....	7
4.1	Vorgehensweise	7
4.2	Betrachtungsgegenstand und Begriffsabgrenzung.....	8
4.3	Kennzeichnung als Medizinprodukt	8
4.4	Einteilung der MedizinprodukteApps.....	9
4.5	Fokus	11
5	DiGA: Betrachtungsperspektiven	11
6	Qualität der DiGA.....	12
6.1	Exkurs: Zulassung und Nutzenbewertung bei Arzneimitteln.....	12
6.2	Nutzenbewertung bei DiGA.....	13
6.2.1	Aktuelle Situation	13
6.2.2	Nutzenbewertung bei weiteren medizinischen Apps.....	15
6.2.3	Forderungen an Politik und Hersteller.....	15
6.3	Datenschutz, Interoperabilität und Funktionalität.....	15
6.3.1	Aktuelle Situation	15
6.3.2	Empfehlung für Ärzte	16
6.4	Medizinische Apps und „Datenspende“	16
6.4.1	Aktuelle Situation	16
6.4.2	Mögliche Entwicklungen und Risiken.....	16
6.4.3	Forderungen an die politischen Verantwortlichen	16
6.5	Kostenentwicklung bei DiGA	17
6.5.1	Aktuelle Situation, mögliche Entwicklungen und Risiken	17
6.5.2	Forderungen an die politischen Verantwortlichen	17
6.6	Informationsangebote	18
6.6.1	Aktuelle Situation, mögliche Entwicklungen und Risiken	18
6.6.2	Forderungen an die politischen Verantwortlichen	18
7	Ärztliches Handeln.....	19
7.1	Indikationsstellung.....	19
7.1.1	Aktuelle Situation.....	19
7.1.2	Forderungen an die Verantwortlichen	19

7.2	Therapeutischer Einsatz.....	20
7.2.1	Aktuelle Situation und mögliche Entwicklungen	20
7.2.2	Forderungen an die politischen Verantwortlichen	22
7.3	Ärztliche Sorgfaltspflicht im Umgang mit Daten.....	22
7.3.1	Aktuelle Situation.....	22
7.3.2	Mögliche Entwicklungen	22
7.3.3	Empfehlungen für Ärzte im Umgang mit digitalen Anwendungen	23
7.3.4	Forderungen an die Hersteller.....	23
7.4	Werbung und Interessenkonflikte.....	23
7.4.1	Aktuelle Situation.....	23
7.4.2	Mögliche Entwicklungen	23
8	Integration in die Versorgung.....	24
8.1	Aktuelle Situation	24
8.2	Mögliche Entwicklungen und Risiken	24
8.3	Empfehlungen für Ärzte im Umgang mit digitalen Anwendungen	25
8.4	Forderungen an die politischen Verantwortlichen.....	25

1 Zusammenfassung

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)¹ können die ärztliche Arbeit bei Diagnose und Therapie sinnvoll ergänzen. Dabei stellt sich vor allem die Frage, wie medizinische Apps in die medizinische Versorgung wirkungsvoller integriert werden können.

Qualität

Die Einführung der DiGA nach § 33a SGB V hat zu einer deutlichen Verbesserung von Transparenz und Qualität bei den medizinischen Apps, die Medizinprodukte niedriger Klassen sind, geführt, weil Datenschutz, Interoperabilität, Transparenz und auch medizinische Wirksamkeit einer medizinischen App erstmals strukturiert untersucht werden. Diese Fortschritte sollten möglichst auf alle digitalen Anwendungen, die in Diagnostik und Therapie am Patienten eingesetzt werden, ausgeweitet werden. Die Nutzung von Apps, die kein Medizinprodukt sind, sollte von Ärzten² nicht unterstützt werden.

Ärzte sollten sich insbesondere über die in ihrem Fachgebiet relevanten DiGA informieren und diese als möglichen Bestandteil von Therapie und Diagnostik berücksichtigen.

Ärztliches Handeln

Die Chancen für einen sinnvollen Einsatz von DiGA werden von der Ärzteschaft wahrgenommen. Die Möglichkeiten und Voraussetzungen für einen sinnvollen Einsatz von DiGA sollten einen stärkeren Stellenwert in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung einnehmen.

Die bei den DiGA erhobene wissenschaftliche Evidenz entspricht nicht dem Niveau, das andere Therapien oder Verfahren nachweisen müssen. Selbst bei DiGA, die eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) als vergleichende Studie vorgelegt haben, besteht noch ein hohes Risiko der Verzerrung von Studienergebnissen in Bezug auf die real zu erwartenden Effekte. Daher wäre es sinnvoll, wenn sich die Bewertung von DiGA dem Niveau der Bewertungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrage des Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) annähern würde.

Integration

Für die Weiterentwicklung von DiGA ist eine stärkere Integration in die ärztliche Arbeit notwendig. Ziel ist es, dass App, Arzt und Patient in einen gemeinsamen Austausch treten, da nur mit einem koordinierten reibungsfreien Zusammenspiel nachhaltige Effekte zu erwarten sind.

¹ Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind medizinische Apps, die als Medizinprodukte zugelassen sind und von Ärzten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet bzw. deren Anwendung auf Antrag des Versicherten bei Vorliegen bestimmter Indikationen durch die Krankenkasse genehmigt werden können.

² Die in diesem Werk verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

Folgende Kernvoraussetzungen wurden identifiziert, die eine erfolgreiche Integration von medizinischen Apps in das ärztliche Behandlungskonzept befördern:

1. DiGA müssen stärker in die ärztliche Therapie integriert werden. Sie dürfen nicht zu einem eigenen Versorgungsbereich parallel zu anderen medizinischen Versorgungsbereichen werden. Es sollten Anreize dafür geschaffen werden, dass Hersteller versorgungsorientierte medizinische Apps entwickeln.
2. Aufgabe des Arztes bleibt der Abgleich von externer Evidenz und der Beurteilung einer Therapie für einen einzelnen Patienten auf Grundlage der eigenen ärztlichen Erfahrungen (interne Evidenz). Die Politik wird aufgefordert, die Rolle des Arztes bei der Beurteilung von digitalen Anwendungen in der Medizin für seinen Patienten zu stärken.
3. Medizinische Apps müssen Teil des ärztlichen Therapiekonzeptes sein. Eine Genehmigung der Anwendung von DiGA allein durch Krankenkassen wird von der Ärzteschaft abgelehnt. Die Politik wird aufgefordert, entsprechend nachzusteuern.
4. Studien zu DiGA müssen stärker am Outcome orientiert sein, eine Orientierung an Strukturverbesserungen sollte stärker hinterfragt werden. Um mögliche Verzerrungen von Studienergebnissen bei der Aufnahme in ein Verzeichnis auszuschließen, ist eine intensivere Untersuchung der Studien erforderlich. Hierfür sollten bewährte Strukturen genutzt werden.
5. DiGA müssen kontinuierlich bezüglich der Markt- und Versorgungsrelevanz analysiert und im realen Versorgungskontext bewertet werden.
6. Es muss ein eigenständiges Beobachtungs- und Meldesystem (Vigilanz-System) zu DiGA aufgebaut werden.
7. Bei den Preisen für DiGA muss die Verhältnismäßigkeit zu anderen Leistungen im Gesundheitswesen gewahrt bleiben. Zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Aspekten und Versorgungsrelevanz von DiGA sollten Instrumente eingeführt werden.
8. Ärztliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit digitalen Anwendungen sollten entsprechend honoriert werden.

2 Einleitung

Die digitale Transformation findet weltweit in allen gesellschaftlichen Bereichen in einem hohen Tempo statt, wenngleich Deutschland bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens nur langsam vorankommt.

Trotz eines sich durch die digitale Transformation verändernden Umfeldes, bleibt ein am Patientenwohl orientiertes Handeln die bestimmende Konstante der ärztlichen Tätigkeit und führt zu einer hohen Versorgungsqualität. Eine der wesentlichen Voraussetzungen dafür ist die Arbeitszufriedenheit der Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten. Ein wünschenswertes Ziel ist daher die Arbeitszufriedenheit durch Digitalisierung zu verbessern. Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung hat mannigfaltige Erscheinungsformen; eine davon sind medizinische Apps in ihren sehr unterschiedlichen Ausprägungen.

Medizinische Apps werden zunehmend von Patienten genutzt und halten Einzug in den ärztlichen Alltag. Sie führen zur Veränderung ärztlichen Handelns. Der Anteil an Patienten, die bereits mit Vorinformationen bzw. vorab erhobenen Daten zum Arzt kommen, steigt deutlich.

Die Einordnung dieser Informationen und deren unterschiedliche Evidenzgrundlage führt zu einem erhöhten Beratungsaufwand im Patient-Arzt-Verhältnis.

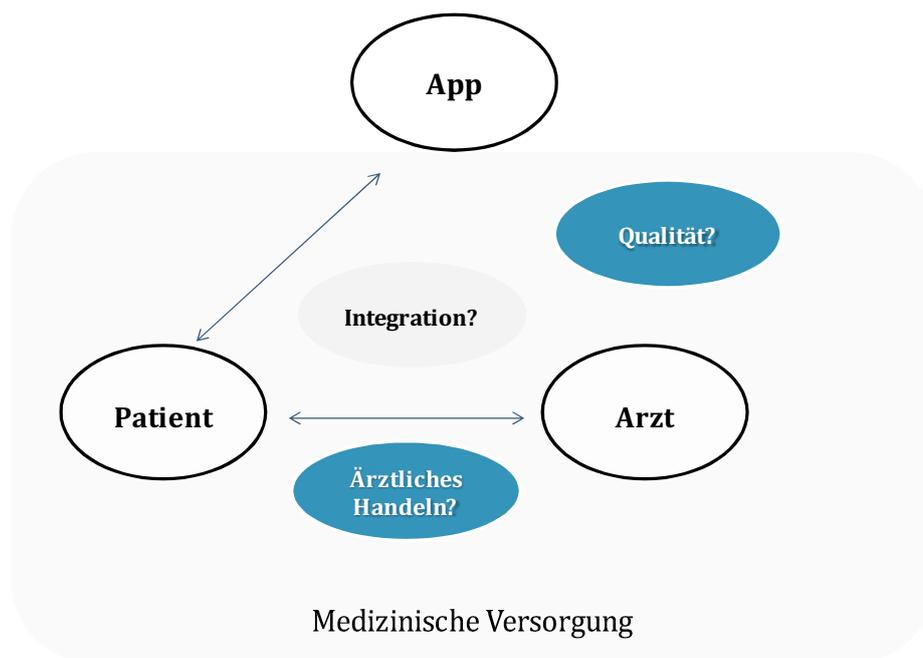


Abbildung 1: Status quo von Gesundheits-Apps in der medizinischen Versorgung, © Bundesärztekammer

Abbildung 1 stellt eine aktuelle Einordnung von medizinischen Apps in der Versorgung zwischen den verschiedenen Beteiligten dar. Sie verdeutlicht, dass Ärzte bei der Nutzung von medizinischen Apps bislang unzureichend beteiligt sind. So stehen aktuell nur wenige Apps zur Verfügung, die die medizinische Versorgung verbessern und eine integrative Wirkung auf die gesamte Therapie haben. Auch der Austausch zwischen einer medizinischen App und dem behandelnden Arzt erfolgt nicht direkt, sondern mittelbar über den Patienten. Dies hat direkte Auswirkungen auf die Integration der App in die medizinische Versorgung. Erschwerend kommt hinzu, dass medizinische Apps aktuell keinen einheitlichen Qualitätsstandards unterliegen.

3 Hintergrund

Grundlage dieser Arbeit ist die von der Bundesärztekammer erstellte Standortbestimmung [„Thesen zur Weiterentwicklung der ärztlichen Patientenversorgung durch Digitalisierung“](#). Dort sind Phänomene beschrieben, die absehbare Verschiebungen, Veränderungen oder Herausforderungen umfassen, die durch die digitale Transformation in der medizinischen Versorgung bedingt sind.

In seiner Sitzung vom 17./18.02.2022 entschied der Vorstand der Bundesärztekammer, diese Phänomene exemplarisch am Einsatz medizinischer Apps in der Versorgung zu betrachten, mit besonderem Blick auf DiGA. Die Fokussierung auf DiGA im engeren Sinne sowie medizinische Apps, die als Medizinprodukt zertifiziert sind, bietet den Vorteil, dass die Ärzteschaft konkrete Empfehlungen in Bezug auf die ärztliche Behandlungspraxis im Umgang mit diesen neuen Anwendungen ableiten sowie Forderungen an die politischen Verantwortlichen adressieren kann, um ggf. notwendige Korrekturen zu veranlassen.

DiGA als neue Therapieoption in der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich in den letzten beiden Jahren dynamisch entwickelt. Damit einhergehend verändern sich oftmals auch die Rahmenbedingungen und somit deren fachliche Bewertung für den Einsatz von medizinischen Apps. Das vorliegende Papier versucht dies zu berücksichtigen und setzt daher auf bestehende Empfehlungen auf³.

4 Aufbau und Abgrenzung der Empfehlung

4.1 Vorgehensweise

Auf Basis, der im o. g. Positionspapier formulierten Thesen lassen sich für medizinische Apps zunächst folgende Fragestellungen und Aspekte erfassen, bei denen es durch die Digitalisierung zu Änderungen in der medizinischen Versorgung und der ärztlichen Berufsausübung kommen kann:

- Welche Kenntnisse benötigt der Arzt über DiGA/medizinische Apps?
- Welche Aspekte sind bei der Verordnung von DiGA zu berücksichtigen?
- Verändert sich die ärztliche Therapiefreiheit und Therapieverantwortung?
- Wie weit reicht die wirtschaftliche Verantwortung des Arztes?
- Wie können Ärzte mit der stetigen Zunahme an Daten und Apps umgehen?
- Sind die vorliegenden Informationen zu medizinischen Apps für eine Kosten-Nutzen-Bewertung ausreichend?
- Was ist hinsichtlich Interessenskonflikten zu beachten?
- Wie können Ärzte mit dem Thema Datenspende im Zusammenhang mit medizinischen Apps umgehen?

Mit wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften⁴, die sich zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Papiers bereits intensiv mit dem Thema befasst hatten, wurden Workshops durchgeführt. Begleitend gab es vor und nach den Workshops Gespräche mit

³ <https://www.aezq.de/aezq/gesundheitsapps/pdf/gesundheitsapps-handreichung-aerzt-aerztin-1aufl-vers1.pdf>, zuletzt abgerufen: 03.03.2023

⁴ Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGGPN)

Vertretern der Fachgesellschaften, Experteninterviews und Beratungen in den Gremien der Bundesärztekammer.

4.2 Betrachtungsgegenstand und Begriffsabgrenzung

Schätzungen zufolge sind etwa 90.000⁵ bis 130.000⁶ Gesundheits-Apps, für die Betriebssysteme der mobilen Endgeräte (iOS und Android) verfügbar. Bedingt durch das Fehlen einer einheitlichen Definition ist eine trennscharfe Abgrenzung oder Gruppierung von Gesundheits-Apps kaum möglich. Bei vielen Apps ist der Anwendungsbereich fließend zwischen Wellness, Sport und medizinischer Ausrichtung.

Ein wichtiges Kriterium ist, welchen primären Anwendungszweck der Hersteller selbst für seine App angibt. Wenn die App eine medizinische Zweckbestimmung hat, muss sie ein Konformitätsverfahren der Europäischen Union (EU) durchlaufen und erhält hierfür eine CE-Kennzeichnung.

Daher sollten Ärzte und Patienten nur medizinische Apps nutzen, die mindestens ein Medizinprodukt (vgl. Abbildung 2) sind. Auch die vorliegende Empfehlung konzentriert sich auf medizinische Apps, die Medizinprodukte sind.

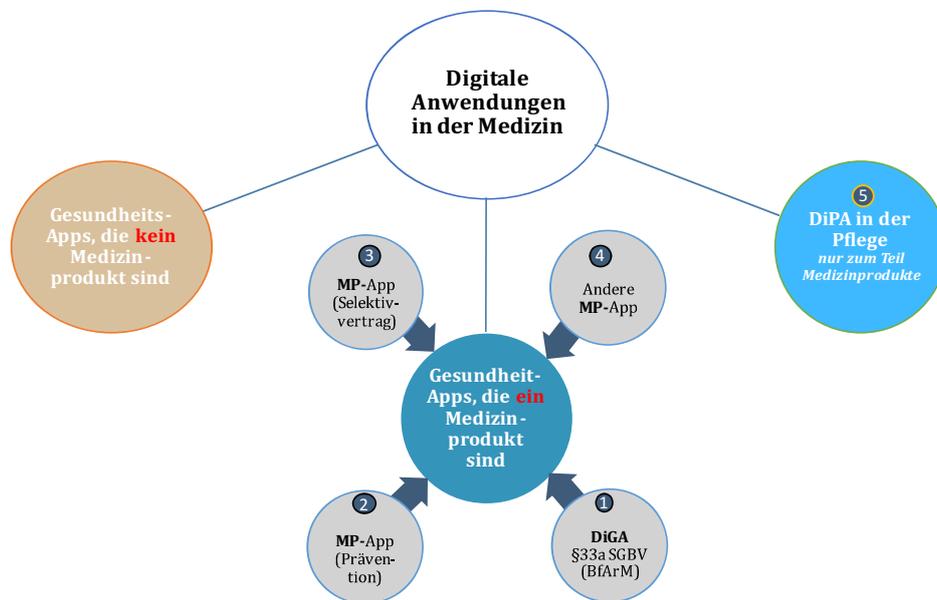


Abbildung 2: Abgrenzung von Gesundheits-Apps, © Bundesärztekammer

4.3 Kennzeichnung als Medizinprodukt

Medizinische Apps können als Medizinprodukt bezeichnet werden, wenn sie dem Hersteller zufolge eine Software, ein Gerät oder eine Kombination aus beidem sind und allein oder in Kombination zur Diagnose, Verhütung, Überwachung, Vorhersage, Prognose, Behandlung oder Linderung von Krankheiten bei Menschen dienen sollen. Ihre bestimmungsgemäße

⁵ Albrecht, U.-V.; Höhn, M. & von Jan, U.: Kapitel 2. Gesundheits-Apps und Markt. In: Albrecht, U.-V. (Hrsg.), Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, 2016, S. 62–82. urn:nbn:de:gbv:084-16040811225. <http://www.digibib.tu-bs.de/?docid=60007>, zuletzt abgerufen: 20.02.2023

⁶ DNVF-Memorandum – Health and Medical Apps, <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667451> Gesundheitswesen 2019; 81: e154–e170, abgerufen am 20.02.2023

Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper wird weder durch pharmakologische oder immunologische Mittel noch metabolisch erreicht, kann aber durch solche Mittel unterstützt⁷ werden. Medizinprodukte werden in vier Risikoklassen unterteilt (I, IIa, IIb und III), dabei ist die Klasse I die mit dem niedrigsten Risiko bis Klasse III ansteigend mit dem höchsten Risiko.

In der EU muss der Hersteller von Medizinprodukten grundsätzlich erst ab Risikoklasse IIa eine sogenannte „Benannte Stelle“ (notified body) mit einbeziehen gegenüber der er dokumentiert, dass alle technischen Standards zur Sicherung der Qualität eingehalten wurden⁸. Hierfür muss er auf Grundlage der angegebenen Risikoklasse eine technische Dokumentation erstellen, die die Konformität des Produkts mit den Anforderungen der Medizinprodukteverordnung (MDR)⁹ nachweist. Mit einer CE-Kennzeichnung erklärt der Hersteller, dass das Produkt den in der EU geltenden Anforderungen genügt. Bei Medizinprodukten wird neben der CE-Kennzeichnung auch eine von der Benannten Stelle vergebene Kennnummer aufgebracht. Trotz des hohen Aufwandes für die Hersteller, besagt eine CE-Kennzeichnung zunächst nur, dass bei der App bestimmte, vom Hersteller beschriebene Regularien befolgt wurden. Dies kann sich zum Beispiel auf die Programmierung, Qualitätssicherung des Produktes oder auf ein Risikomanagement beziehen. Die Zertifizierung als Medizinprodukt ist aber kein Qualitätsmerkmal im Sinne einer medizinischen Prüfung. Aspekte von Datenschutz, Datensicherheit und Interoperabilität müssen nicht zwingend erfasst sein. Rückschlüsse auf den medizinischen Nutzen einer App sind nicht Gegenstand des EU-Konformitätsprüfverfahrens.

4.4 Einteilung der MedizinprodukteApps

Als Medizinprodukt zertifizierte Gesundheits-Apps können verschiedenen Gruppen zugeordnet werden:

- I. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)
- II. Medizinische Apps im Rahmen von Präventionsprogrammen der Krankenkassen
- III. Medizinische Apps in Selektivverträgen
- IV. Weitere medizinische Apps, die Medizinprodukte sind
- V. Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

I. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Mit dem Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG)¹⁰ gibt es die Möglichkeit, „medizinische Apps auf Rezept“ zu verordnen. Patienten haben einen Anspruch auf eine Versorgung mit einer DiGA, wenn sie von einem Arzt oder Psychotherapeuten verordnet oder dem Patienten durch die Krankenkasse genehmigt werden.

⁷ Verordnung (EU) 2017/745 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32017R0745&from=DE#d1e1058-1-1>), zuletzt abgerufen 20.02.2023

⁸ Bei Medizinprodukten der Klasse I kann der Hersteller auf die Einbindung einer Benannten Stelle verzichten. Stattdessen kann der Hersteller das Konformitätsbewertungsverfahren durchführen, indem er sich an die entsprechenden technischen Vorschriften der EU hält. Obwohl eine Benannte Stelle nicht beteiligt sein muss, muss das Medizinprodukt immer noch den Anforderungen der MDR entsprechen, bevor es in Verkehr gebracht werden kann.

⁹ Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates.

¹⁰ §§ 33a und 139e SGB-V

Voraussetzung für eine Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis ist eine Zertifizierung als Medizinprodukt niedriger Risikoklasse (Klasse I oder IIa)¹¹. Die Hauptfunktionen der Apps beruhen im Wesentlichen auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, „bei den Versicherten [...] die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen“¹². Dementsprechend umfassen DiGA nicht den Bereich der Prävention.

Mittlerweile haben alle DiGA eine Pharmazentralnummer (PZN), so dass DiGA über das Rezeptformular „Muster 16“ und in absehbarer Zeit auch als eRezept verordnet werden können. Der Patient hat auch die Möglichkeit – unabhängig von einem Arztkontakt – bei Nachweis der jeweiligen Indikation, gegenüber seiner Krankenkasse die App zu beantragen. Die Krankenkasse kann die Nutzung genehmigen und übernimmt die Kosten.

DiGA werden in einem Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)¹³ gelistet.

II. Medizinische Apps im Rahmen von Präventionsprogrammen der Krankenkassen

Medizinische Apps zur Prävention werden im Gesundheitswesen als digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote gemäß § 20 SGB V eingesetzt. Die Rahmenbedingungen für den Einsatz digitaler Präventionsangebote sind im [Leitfaden Prävention des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen \(GKV-SV\)](#) formuliert. Digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote können sowohl browserbasiert, mobile Anwendungen als auch eine Kombination aus beidem sein. Sie haben das Ziel, Krankheitsrisiken zu minimieren sowie ein selbstbestimmtes gesundheitsorientiertes Handeln der Versicherten zu fördern. Ob medizinische Apps für die Prävention von Erkrankungen ein Medizinprodukt sein müssen, hängt von ihrer jeweiligen Zweckbestimmung ab.

III. Medizinische Apps in Selektivverträgen

Innerhalb von Selektivverträgen nach § 140a SGB V werden bei Patienten, die in Selektivverträgen eingeschrieben sind, weitere medizinische Apps eingesetzt. Im Allgemeinen handelt es sich hier um Medizinprodukte.

IV. Weitere Medizinische Apps, die Medizinprodukte sind

Zu dieser Gruppe gehören alle medizinischen Apps, die ein Medizinprodukt sind und die sich in keiner der oben genannten Gruppen zuordnen lassen.

Beliebt bei Patienten sind hier medizinische Apps aus dem Bereich der Diagnostik sogenannte Symptom-Checker oder Anwendungen, die das Smartphone oder die Smartwatch nutzen, um Vitalsignale zu erfassen und auszuwerten. Daher kommen Ärzte zumeist über Anfragen von Patienten mit solchen Apps in Berührung. Eine Kostenübernahme seitens der Krankenkassen findet regelhaft nicht statt.

V. Digitale Pflegeanwendungen (DiPA)

DiPA nach § 40a SGB XI sollen pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige bei der Organisation und Bewältigung des pflegerischen Alltags unterstützen. Sie sind von der pflegebedürftigen Person selbst bzw. von Angehörigen gemeinsam mit dem Pflegedienst nutzbar, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des

¹¹ nach MDR oder im Rahmen der Übergangsvorschriften der MDR, nach Medical Device Directive (MDD).

¹² § 33a (1) SGB V

¹³ <https://diga.bfarm.de/de>, zuletzt abgerufen: 01.03.2023

Pflegebedürftigen zu minimieren und einer Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Neben Pflege-Apps gehören zu diesen Anwendungen auch browserbasierte Webanwendungen oder Software zur Verwendung auf Desktop-Rechnern. DiPA können auch medizinische Apps sein, die als Medizinprodukt anerkannt sind.

4.5 Fokus

Die Einführung von DiGA als neue Therapieoption und eines DiGA-Verfahrens zur Erfassung der Qualität medizinischer Apps, ist ein wichtiger Schritt für die Schaffung verlässlicher Qualitätsvorgaben für diesen neuen Bereich bei Diagnostik und Therapie.

Die vorliegende Empfehlung legt daher seinen Schwerpunkt auf die DiGAs nach § 33a SGB V.

Aktuell sind im [DiGA-Verzeichnis](#) 48¹⁴ medizinische Apps verfügbar, insbesondere aus den Indikationsgebieten psychiatrisch/psychotherapeutische Erkrankungen, Krankheiten des Muskel-Skelettsystems, Krankheiten des Nervensystems, onkologische Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen. Nach Angaben des GKV-SV wurden bis zum 30.09.2022 164.000 DiGA verordnet bzw. genehmigt, dies entspricht 55,5 Mio. Euro an Leistungsausgaben im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung.¹⁵

Die durchschnittlichen Herstellerpreise der derzeit gelisteten DiGA liegen bei 500 Euro pro Quartal (119 Euro für eine Einmallyzenz bis 952 Euro für 90 Tage).

5 DiGA: Betrachtungsperspektiven

Der Einsatz von DiGA in der medizinischen Versorgung lässt sich aus drei Blickwinkeln betrachten:

- Qualität der DiGA,
- Einfluss auf das ärztliche Handeln und
- Integration in die Versorgung.

Qualität der DiGA

Diese Perspektive hinterfragt, welche Qualität eine medizinische App aufweisen sollte, um für eine Anwendung am Patienten in Betracht zu kommen, und wie diese Qualität gewährleistet werden kann. Dabei wird auf das Zulassungs- und Prüfungsverfahren, die Versorgungsrelevanz, den Wirtschaftlichkeitsnachweis sowie auf zuverlässige und unabhängige Informationsquellen von digitalen Anwendungen in der Medizin eingegangen.

¹⁴ zuletzt abgerufen: 01.03.2023

¹⁵ Bericht GKV--SV, Inanspruchnahme und Entwicklung der Versorgung mit DiGA (2023),

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/telematik/digitales/2022_DiGA_Bericht_BMG.pdf, zuletzt abgerufen:20.01.2023

Einfluss auf das ärztliche Handeln

Diese Perspektive gibt Aufschluss darüber, wie sich ärztliches Handeln durch den Einsatz von Apps in der Medizin verändert und wie die Ärzteschaft auf diese Entwicklungen reagieren könnte. Dabei fokussiert sich die Arbeit auf folgende Aspekte:

- Auswirkungen auf die ärztlichen Therapiehoheit¹⁶,
- Umgang mit Interessenkonflikten,
- Zunahme des Datenaufkommens,
- Umgang mit Datenspenden sowie
- wirtschaftliche Verantwortung des Arztes.

Integration in die Versorgung

Qualität der Anwendung und ärztliches Handeln führen zur dritten Perspektive, der Frage wie eine Integration von DiGA in eine ganzheitliche Betreuung des Patienten durch den Arzt gelingen kann. Wie sollte sich das Zusammenspiel Arzt, Patient und DiGA gestalten?

6 Qualität der DiGA

Ein Ziel des [DVG von 2019](#) ist, die Qualität der Gesundheitsversorgung auch bei der Anwendung digitaler Innovationen zu verbessern und langfristig auf hohem Niveau zu halten. Bei der Einführung von DiGA müssen¹⁷ Mindestanforderungen an Datenschutz und Interoperabilität gewährleistet werden.

Diese Mindestanforderungen wurden in der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung ([DiGAV](#))¹⁸ beschrieben und im [DiGA-Leitfaden](#) des BfArM detailliert erläutert. Hierbei wurden auch Vorgaben für den Nachweis der Wirksamkeit und die (medizinische) Qualität einer DiGA formuliert. Für medizinische Apps, die keine DiGA sind, existieren solche einheitlichen Vorgaben nicht!

6.1 Exkurs: Zulassung und Nutzenbewertung bei Arzneimitteln

Hinsichtlich des Umgangs mit Arzneimitteln existiert für den Arzt insoweit eine vergleichbare Konstellation zur Verwendung von medizinischen Apps, dass der Arzt sich auf ein Produkt verlassen muss, dessen Herstellung nicht unter seiner Kontrolle liegt. Der Arzneimittelbereich hat sich in den vergangenen 100 Jahren zunehmend etabliert und es existiert ein mehrstufiger Regelungskatalog, aus dem sich ggf. analoge Schlüsse auch für die medizinischen Apps ziehen lassen.

¹⁶ Ärztliche Therapiehoheit bezeichnet die führende Rolle, die Ärzte in Bezug auf die Behandlung von Patienten haben. Sie umfasst das Stellen der Diagnose durch die Auswahl von Untersuchungen und Tests, die Bewertung der Behandlungsoptionen und die Anpassung der Behandlung im Laufe der Zeit. Ärztliche Therapiehoheit ermöglicht es Ärzten, auf die individuellen Bedürfnisse und Umstände ihrer Patienten einzugehen und die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten. Es ist ein wichtiger Bestandteil des ärztlichen Berufsethos und unterstützt die Sicherheit und Qualität der Patientenversorgung.

¹⁷ siehe § 4 und § 6a der DiGAV

¹⁸ Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung –(DiGAV), zuletzt abgerufen: 01.03.2023

Patienten in Deutschland erwarten im Arzneimittelbereich, dass der Wirkstoff, den sie erhalten, einen Mindeststandard an Qualitätsanforderungen erfüllt und diese geprüft und kontinuierlich überwacht werden (Pharmakovigilanz).

Neuere verschreibungspflichtige Arzneimittel müssen, bevor sie vom Patienten genutzt werden, grundsätzlich drei Hürden nehmen:

1. Die Zulassung des Arzneimittels (durch BfArM oder die Europäische Arzneimittelbehörde EMA).
2. Im Rahmen der GKV eine Nutzenbewertung nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG-Verfahren) sowie
3. Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die individuelle Beurteilung des Arztes für seine Patienten ([vgl. Kapitel 7](#)).

Auf Zulassungsebene geht es um Qualität, therapeutische Wirksamkeit und Unbedenklichkeit. Ob ein Arzneimittel eine höhere Wirksamkeit gegenüber anderen Arzneimitteln/Therapieverfahren aufweist, ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht von entscheidender Bedeutung.

Seit dem Inkrafttreten des [AMNOG im Jahre 2011](#) bewertet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – mit wissenschaftlicher Unterstützung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) – den Nutzen von neuen Arzneimitteln. Hierbei geht es um die Bestimmung von patientenrelevanten Effekten im Vergleich zu bereits vorhandenen Therapieoptionen – also den sogenannten Zusatznutzen eines Arzneimittels. Nach den Vorschriften der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung muss der Zusatznutzen quantitativ oder qualitativ höher sein als der Nutzen, den eine zweckmäßige Vergleichstherapie aufweist. Die hier gewonnenen Erkenntnisse bilden die Basis für die Verhandlung des Erstattungsbetrags zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Arzneimittel-Hersteller.

Über das Verfahren der frühen Nutzenbewertung (zweite Hürde) erhalten Ärzte wertvolle Informationen, wie stark die Verbesserung einer Therapie durch ein neuartiges Arzneimittel gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie ist, also der bisher üblichen Therapie.

6.2 Nutzenbewertung bei DiGA

6.2.1 Aktuelle Situation

Die Listung von DiGA im Verzeichnis des BfArM erfolgt nach dem sogenannten Fast-Track-Verfahren. Nach § 10 der DiGAV muss der Hersteller zum Nachweis positiver Versorgungseffekte (pVE) für die dauerhafte Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis des BfArM eine vergleichende Studie vorlegen, „welche zeigt, dass die Anwendung der digitalen Gesundheitsanwendung besser ist als deren Nichtanwendung.“

Ein pVE kann auch „medizinischer Nutzen“, also eine Verbesserung von Diagnostik und Therapie, sein. Neben dem medizinischen Nutzen wurde eine weitere Kategorie eingeführt: die „patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung (pSVV)“. Diese neue Nutzenkategorie verändert das Verständnis, was als Nutzen zu bewerten ist. DiGA werden also auch gelistet, wenn deren Hauptfunktion- und potenzieller Nutzen in einem verbesserten Prozessablauf einer Behandlung liegen. Für das Antragsverfahren behält sich das BfArM die Entscheidung vor, ob eine Studie zur Nachweisführung eines positiven Versorgungseffektes geeignet ist. Als vergleichende Studie wird nicht zwingend eine RCT¹⁹

¹⁹ Im Bereich DiGA ist Verblindung also die Tatsache, dass die Probanden nicht wissen, ob sie der Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe angehören, meist nicht durchführbar. Verblindung kann sich aber auch auf die Auswerter oder den Leiter der Studie beziehen.

gefordert, wie dies im Bereich der Arzneimittel zum Standard gehört. Vergleichende Studien im Sinne der DiGAV sind retrospektive vergleichende Studien einschließlich retrospektiver Studien mit intraindividuellem Vergleich. Im einfachsten Fall würde eine Studie der Evidenzklasse²⁰ Grad III für den Nachweis ausreichen.

Die Studien müssen in einem öffentlichen Studienregister eingetragen und die Studienergebnisse veröffentlicht sein. Hinsichtlich der Transparenz ist dies ein großer Fortschritt im Bereich der medizinischen Apps.

Dennoch braucht es auch bei den RCT einer genaueren Betrachtung im Hinblick auf Parameter wie Art der Vergleichsgruppe, Endpunkte, adäquate Möglichkeiten der Verblindung und Umgang mit Dropouts, um Verzerrungseffekte auszuschließen.

Hersteller, die noch keine Studie zum Nachweis der positiven Versorgungseffekte haben, können dann beim BfArM einen Antrag auf eine vorläufige Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis stellen. Die DiGA muss allerdings bereits alle anderen Anforderungen wie Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Qualität, Datenschutz, Informationssicherheit und Interoperabilität gemäß den §§ 3 bis 6 der DiGAV erfüllen. Die Studie kann im Rahmen der Erprobung für eine Dauer von bis zu zwölf Monaten durchgeführt werden; ggf. kann das BfArM diese Frist einmalig verlängern.

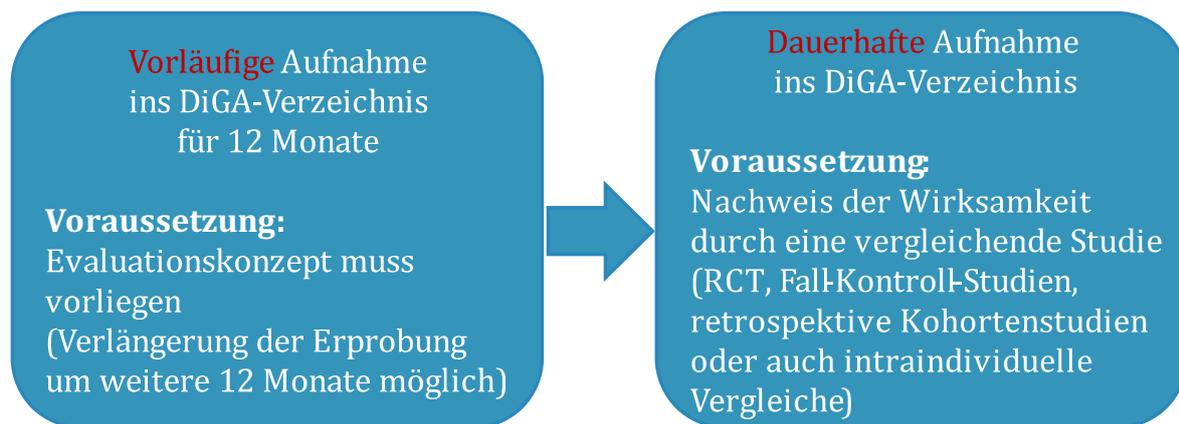


Abbildung 3: Möglichkeiten der Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis, © Bundesärztekammer

Durch das Fast-Track-Verfahren für DiGA wurden die Zugangsvoraussetzungen für medizinische Apps als Medizinprodukt auf dem primären Gesundheitsmarkt erstmals geregelt. Über das BfArM-Verzeichnis für DiGA erhalten Ärzte (als Verordner) einen ersten Überblick zum Leistungsumfang sowie Hintergrund einer DiGA. Zudem besteht ein Mindeststandard was Datenschutz, Datensicherheit und Interoperabilität dieser Anwendungen betrifft. Diese Entwicklung ist ausdrücklich zu begrüßen; aus methodischer Sicht sollte allerdings nachgesteuert werden.

²⁰ Evidenzklasse nach Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Die AHRQ ist ein Institut für die Bewertung medizinischer Maßnahmen in den USA und dort dem nationalen Gesundheitsministerium angegliedert. Das Ziel dieses Instituts ist es, die Qualität, Sicherheit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung in den USA zu verbessern. Fundierte Informationen aus der Forschung der AHRQ sollen medizinische Entscheidungsprozesse unterstützen.

Denn Verzerrungseffekte (Dropout-Rate, Verblindung, Art der Vergleichsgruppe) werden bislang nicht systematisch und ausreichend berücksichtigt²¹. Auch wie sich eine DiGA tatsächlich im medizinischen Alltag bewährt, ist selbst mit der dauerhaften Aufnahme der DiGA in das Verzeichnis nicht bekannt. Aus ärztlicher Sicht sind die Anforderungen an Nutznachweise noch nicht ausreichend.

Die Kriterien zur Aufnahme von DiGA in die Liste des BfArM sollte sich den Evidenzanforderungen aus dem Arzneimittelbereich annähern.

6.2.2 Nutzenbewertung bei weiteren medizinischen Apps

Ein einheitliches Informationsangebot über die Qualität von medizinischen Apps jenseits der DiGA, z. B. in Selektivverträgen oder Präventionsprogrammen der Krankenkassen, existiert nicht.

Für Ärzte ist es deshalb nicht einfach, valide Informationen zu finden. Wie groß die positiven Versorgungseffekte, Nutzerfreundlichkeit und Auswirkungen auf die Therapie sind, ist für Ärzte daher nur schwer abschätzbar.

6.2.3 Forderungen an Politik und Hersteller

Die Einführung der DiGA ist ein Fortschritt im Hinblick auf eine Verbesserung medizinischer Apps in der Medizin. Damit dieser Weg weiterverfolgt werden kann und mögliche Risiken für Patienten ausgeschlossen werden, sollten folgende Punkte beachtet werden:

Der Wirksamkeitsnachweis von DiGA sollte sich dem bei Arzneimitteln bestehenden Evidenzniveau annähern. Insbesondere sollte im DiGA-Verfahren stärker auf das Verzerrungspotential vergleichender Studien geachtet werden.

Der medizinische Nutzen von DiGA muss auch im Versorgungskontext in regelmäßigen Abständen herstellerunabhängig überprüft werden, damit auch die Erfahrungen aus dem klinischen Alltag (Real-World-Evidenz) berücksichtigt werden können.

Alle medizinischen Apps, die Patienten anwenden, insbesondere die in Selektivverträgen und in der Prävention eingesetzten Apps, sollten sich hinsichtlich medizinischen Nutzens, Datenschutz, Datensicherheit und Interoperabilität am DiGA-Verfahren orientieren.

6.3 Datenschutz, Interoperabilität und Funktionalität

Medizinische Apps erfassen eine große Menge sensibler Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, deren Weitergabe an Unberechtigte berufliche und soziale Konsequenzen für Patienten haben kann. Daher ist das Thema Datenschutz bei medizinischen Apps hochrelevant.

Auch Interoperabilität und Funktionalität sind Voraussetzungen für eine sinnvolle Nutzung der App zum Wohle des Patienten.

6.3.1 Aktuelle Situation

Bei der Verwendung von medizinischen Apps entstehen zahlreiche Daten. Dies sind nicht nur Daten, die direkt mit dem Zweck der Anwendung verbunden sind, sondern können auch Daten zum Nutzerverhalten und zur Compliance der Anwender sein.

Generell hat der Hersteller umfassende Möglichkeiten zum Zugriff auf die Daten seiner Anwendung. Er bestimmt das Format der Daten, deren Verschlüsselungen und Ablageorte.

²¹ Kolominsky-Rabas, P. L., Tauscher, M., Gerlach, R., Perleth, M., & Dietzel, N. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ).

Informationen aus einer digitalen Anwendung können zur Fehlerbeseitigung und Verbesserung einer App genutzt werden.

DiGA

Nach DiGAV müssen DiGA die „gesetzlichen Vorgaben des Datenschutzes und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik unter Berücksichtigung der Art der verarbeiteten Daten und der damit verbundenen Schutzstufen sowie des Schutzbedarfs gewährleisten.“ Die Anforderungen an Datenschutz, Datensicherheit und Interoperabilität werden im DiGA-Leitfaden über Checklisten entsprechend konkretisiert.

DiGA-Hersteller müssen zur Bestätigung der Einhaltung der Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit ab dem 01.04.2023 Zertifikate (Datenschutz Zertifizierung nach Art. 42 DSGVO) vorlegen.

Weitere Medizinprodukte-Apps (keine DiGA)

In der Regel generieren sich die Informationen zur App aus der Selbstauskunft des Herstellers, wobei die Art der Einbeziehung einer Benannten Stelle von der Klasse des Medizinproduktes abhängt. Bei der Zertifizierung von Apps als Medizinprodukt erfolgt regelhaft keine grundlegende Prüfung der Aspekte Datenschutz, Datensicherheit und Interoperabilität. Auch hier zeigt das DiGA-Verfahren eine deutliche Verbesserung, da diese Aspekte erstmals systematisch abgefragt werden.

6.3.2 Empfehlung für Ärzte

Es ist nicht Aufgabe des Arztes, die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben durch die DiGA zu prüfen oder zu überwachen. Er muss sich darauf verlassen können, dass wesentliche Aspekte zur Sicherheit und zum Schutz medizinischer Daten im Rahmen des Verfahrens zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis bestätigt wurden.

6.4 Medizinische Apps und „Datenspende“

6.4.1 Aktuelle Situation

Nicht zuletzt die Corona-Pandemie hat verdeutlicht, dass Gesundheitsdaten wertvolle Informationen zur Steuerung des Gesundheitswesens beinhalten. Auch die wissenschaftliche Forschung kann von diesen Daten profitieren. Parallel zu dieser Erkenntnis entwickelten sich umfangreiche Bestrebungen in der EU, diese Daten in strukturierter Form zur Verfügung zu stellen.

6.4.2 Mögliche Entwicklungen und Risiken

Durch eine verbesserte Interoperabilität und Standardisierung wird es zukünftig mehr Möglichkeiten geben, die in einer medizinischen App enthaltenen Daten für Forschungszwecke zu nutzen.

Eine Einwilligung zur Datenspende kann nur freiwillig und informiert erfolgen.

Abhängig von der Weiterentwicklung medizinischer Apps könnte zukünftig eine Datenspende auch Folgen für nicht direkt an der Datenspende beteiligte Personen nach sich ziehen. Dies betrifft Datenspenden, die Informationen über genetische, also vererbare Faktoren beinhalten und somit auch sensible Informationen über weitere Personen beinhalten.

6.4.3 Forderungen an die politischen Verantwortlichen

Sowohl Patienten als auch Ärzte sollten von den Datennutzern standardisierte, leicht verständliche Informationen zu den Aspekten Datensicherheit, Datenschutz, sowie zur

weiteren Verwendung der Daten und zu den Forschungszielen erhalten. Vorstellbar wäre auch hier die Erarbeitung eines Kerndatensatzes für die Datenspende in medizinischen Apps. Somit müssten nur noch spezielle Informationen vermittelt werden, wenn über diesen Datensatz hinaus weitere Daten angefordert werden. Ob diese Funktionalitäten über die jeweilige App oder die elektronische Patientenakte (ePA) erfolgen kann, sollte von der Praktikabilität für die Versicherten abhängen. Möglicherweise müssen hier mehrere barrierefreie Wege etabliert werden. Nach einer Spende von Daten muss der Patient einfach zugängliche Möglichkeiten zur Wahrung seiner Widerrufsrechte haben.

Im Kern lassen sich folgende Forderungen ableiten:

Schaffung von einfachen Möglichkeiten zur Datenspende und zur Ausübung des Widerrufsrechtes für Patienten;

Sanktionierung unberechtigten Zugriffs und Nutzung von Patientendaten.

6.5 Kostenentwicklung bei DiGA

6.5.1 Aktuelle Situation, mögliche Entwicklungen und Risiken

Bisher ist die Anzahl der verschriebenen DiGA überschaubar. Nach Angaben des GKV-SV wurden 163.503 DiGA im Zeitraum September 2020 bis Ende September 2022 in Anspruch genommen.²² Der DiGA-Report der Techniker Krankenkasse gibt an, dass bis Ende Dezember 2021 nur etwa vier Prozent aller Ärzte eine DiGA verordnet hatten.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit DiGA in den kommenden Jahren als neue GKV-Leistung zunehmende Anteile am Gesamtbudget der Krankenkassen einnehmen werden. Rein rechnerisch betrachtet, wären enorme Kostensteigerungen möglich, wenn alle Patienten, die aufgrund ihrer ICD-Diagnose eine DiGA erhalten könnten, diese auch erhielten²³.

Marktpreise der DiGA insbesondere im ersten Jahr nach Markteintritt erscheinen oftmals unverhältnismäßig hoch im Vergleich zu anderen diagnostischen oder therapeutischen Instrumenten. Dies wird noch verstärkt, da Hersteller von DiGA deutliche Skaleneffekte realisieren können, mit denen auch Preissenkungen einhergehen sollten. Der Aufwand für die Erstellung einer Software ist zunächst unabhängig von der Zahl der Personen, die diese Software anwenden. Ein zunehmender Aufwand ist nur für den Support und den Betrieb der Infrastruktur der Software zu erwarten. Insofern ist zu fordern, dass auch der zu erstattende Preis für eine DiGA mit steigender Zahl an Anwendern sinkt.

Sowohl für die DiGA als auch für andere medizinische Apps, die ein Medizinprodukt sind, gibt es bisher keine Informationen, in welchem Ausmaß der Nutzen den Kosten der Anwendung gegenübersteht. Bei neuen Arzneimitteln beispielweise muss ein Zusatznutzen nach der Zulassung gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie nachgewiesen werden.

6.5.2 Forderungen an die politischen Verantwortlichen

Einführung von Instrumenten zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Aspekten und Versorgungsrelevanz von DiGA.

Berücksichtigung von Skaleneffekten bei der Preisbildung der DiGA.

²² Bericht GKV-SV, Inanspruchnahme und Entwicklung der Versorgung mit DiGA (2023), https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/telematik/digitales/2022_DiGA_Bericht_BMG.pdf, zuletzt abgerufen: 20.02.2023

²³ siehe Abbildung 3, <https://www.zi.de/presse/grafik-des-monats> (März 2022), zuletzt abgerufen: 20.02.2023

6.6 Informationsangebote

6.6.1 Aktuelle Situation, mögliche Entwicklungen und Risiken

Das DiGA-Verzeichnis des BfArM ermöglicht Ärzten einen guten Überblick über die DiGA eines Fachgebietes. Auch wenn für eine verantwortungsvolle therapeutische Entscheidung gleichwohl noch Informationen darüber fehlen, ob sich eine DiGA im Versorgungskontext bewährt hat (real-world evidence).

Absehbar aber ist, dass die Anzahl der DiGA im Verzeichnis zunehmen wird. Denn bislang gibt es keinen Mechanismus, eine DiGA aus dem Verzeichnis zu streichen, wenn diese einmalig einen Nachweis für ihre Evidenz erbracht hat und somit dauerhaft dort aufgenommen wurde. Insofern wäre ein künftiger Mechanismus der Verzeichnisbereinigung zu überlegen.

Auch die Anzahl von digitalen Anwendungen in der Prävention und in Selektivverträgen werden erwartungsgemäß stetig steigen. Darüber hinaus werden Ärzte von ihren Patienten zu medizinischen Apps befragt werden, die (noch) nicht auf dem ersten Gesundheitsmarkt zur Verfügung stehen.

Für den in der Behandlung von Patienten klinisch tätigen Arzt stellt sich die Frage, ob er alle digitalen Anwendungen in seinem Fachgebiet kennen und wie detailliert er mit der einzelnen Anwendung vertraut sein muss. Wie bei Arzneimitteln sollten Ärzte über Fortschritte und Risiken bei den Therapien aus ihrem Fachgebiet informiert sein.

Bei Arzneimitteln informiert die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) über neue Arzneimittel²⁴ und berichtet über neu erkannte Risiken bei bekannten Arzneimitteln aus dem Pharmakovigilanz-System²⁵. Für DiGA könnte diese Aufgabe bei Einrichtungen der Ärzteschaft angesiedelt werden.

Ein qualitativer Vergleich von DiGA mit einer ähnlichen Indikation ist bislang nicht möglich. Informationen zu anderen medizinischen Apps, die Medizinprodukte aber keine DiGA sind, müssen sich Ärzte aus verschiedenen Quellen mit unterschiedlicher Vertrauenswürdigkeit selbst suchen. Eine erste Abhilfe schafft das vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) geschaffene Informationsportal [kvappadar.de](https://www.kvappadar.de). Hier werden Informationen zu allen Gesundheits-Apps gesammelt. Darüber hinaus können Ärzte über ihre Erfahrungen mit verschiedenen Apps berichten, so dass zumindest ein erster Eindruck zu wichtigen Fragen der Versorgung sowie zu Erfahrungen mit Datenschutz und Interoperabilität entstehen kann. Dennoch reicht das aktuelle Informationsangebot für Ärzte über medizinische Apps nicht aus, um therapeutische Entscheidungen auf dem Niveau zu begründen, welches Ärzte im pharmakologischen Bereich gewohnt sind.

6.6.2 Forderungen an die politischen Verantwortlichen

Einführung einer Re-Evaluation im DiGA-Verfahren und eines Regelwerkes zur Verzeichnisbereinigung.

Einführung eines eigenen Beobachtungs- und Meldesystems (Vigilanz-System für medizinische Apps, die Medizinprodukte sind).

Etablierung einer unabhängigen Informationsplattform inklusive Nutzenbewertung für Ärzte zu allen medizinischen Apps, die Medizinprodukte sind (ggfs. in Anlehnung an das DiGA-Verzeichnis).

²⁴ <https://www.akdae.de/anzw/medikation/medikation/na>, zuletzt abgerufen: 01.03.2023

²⁵ <https://www.akdae.de/anzw/medikation/medikation/drug-safety-mail>, zuletzt abgerufen: 01.03.2023

7 Ärztliches Handeln

Für den Fachbereich, in dem ein Arzt tätig ist, werden zukünftig neue oder sich ändernde medizinische Apps entwickelt. Während Ärzte im Bereich der Pharmakologie schon sehr früh in ihrer Ausbildung mit den chemischen, physiologischen und pathophysiologischen Prozessen im Zusammenhang mit Arzneimitteln vertraut gemacht werden, ist im Bereich der digitalen Anwendungen in der Medizin zurzeit noch kein vergleichbares Hintergrundwissen regelhaft vorhanden ([vgl. Kapitel 6.6.1](#)).

7.1 Indikationsstellung

7.1.1 Aktuelle Situation

Die grundsätzliche Aufgabe eines Arztes besteht darin, Krankheiten vorzubeugen, zu erkennen und im Rahmen der ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu heilen, Beschwerden zu lindern und Leben zu verlängern.

In der ([Muster-](#))[Berufsordnung für Ärzte](#) ist festgelegt, dass Ärzte „verpflichtet [sind], sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist“ solange sie ihren Beruf ausüben. Daraus lässt sich ableiten, dass Ärzte DiGA kennen sollten, die im Indikationsbereich ihres Fachgebietes einen therapeutischen Vorteil haben. Voraussetzung für eine qualifizierte Einschätzung des Arztes ist eine transparente Darstellung von Nutzen und Risiken von DiGA. Auf dieser Grundlage sollte der Arzt für sein Fachgebiet die Sinnhaftigkeit der Anwendung sowie therapeutische Alternativen für seine Patienten individuell einschätzen können.

Anders als Arzneimittel, die nach der Zulassung stets die gleiche Zusammensetzung und Galenik haben, verändern sich medizinische Apps durch Updates. Dies erschwert viele bekannte Studiensettings, bietet aber die Möglichkeit, Therapien individuell auf den jeweiligen Patienten anzupassen. Auch können so Fehler und Unstimmigkeiten schnell eliminiert werden und es besteht die Möglichkeit auf „Nebenwirkungsmeldungen“ zügig zu reagieren. Hierbei ist es dann nicht erforderlich, die gesamte Anwendung anzupassen. Oftmals genügt eine Korrektur einzelner Module oder einzelner Aufgaben. Übungen werden herausgenommen bzw. verändert.

Ärzte bleiben die wichtigste Anlaufstelle für Patienten. Dies schließt auch Informationen zu medizinischen Apps ein. Die Frage von Patienten nach einer DiGA oder einer anderen digitalen Anwendung kann vom Arzt als Anknüpfungspunkt für das Arzt-Patientengespräch genutzt werden: Warum meint der Patient, die App würde ihm helfen? Welche Beschwerden hat der Patient und wie ließen sich diese seiner Ansicht nach durch die angefragte Anwendung verbessern? Eine Nachfrage von Patienten zu diesen Themen weist darauf hin, dass ein ärztlicher Beratungsbedarf zu digitalen Anwendungen gegeben ist.

7.1.2 Forderungen an die Verantwortlichen

Die aktuellen Entwicklungen in Bereich digitaler Anwendungen zeigen, dass diese Instrumente der Diagnostik und Therapie zukünftig einen größeren Raum einnehmen werden.

Als Reaktion auf diese Entwicklungen wird es eine stärkere Integration von Grundlagen und Wissen über medizinische Apps in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung geben müssen. Erste Schritte hierzu wurden bereits im Nationalen Kompetenzbasierter

Lernzielkatalog Medizin und im Bereich der ärztlichen Fortbildung mit dem Curriculum „[Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung](#)“²⁶ der Bundesärztekammer unternommen.

7.2 Therapeutischer Einsatz

7.2.1 Aktuelle Situation und mögliche Entwicklungen

Neben der externen Evidenz, dem Wissen zu digitalen Anwendungen in der Medizin und deren Anwendungsbereich aus veröffentlichten Studien oder Zusammenfassungen im DiGA-Verzeichnis muss der Arzt entscheiden, ob eine medizinische App für seinen Patienten individuell geeignet wäre (interne Evidenz)^{27,28}. Dazu gehört auch, ob der Patient überhaupt mit der Anwendung zurechtkäme (Bedienbarkeit, Verständlichkeit, digitale Affinität, digital literacy) und/oder ob Begleiterkrankungen bestehen, bei denen die digitale Anwendung kontraindiziert wäre.

Zudem muss der Arzt individuell für den einzelnen Patienten die Dauer einer Therapie (Überbrückungszeitraum in der Psychiatrie oder langfristige Therapie) klären und ob es mitunter andere wirkungsvollere oder kostengünstigere Alternativen gibt.

Perspektivisch werden medizinische Apps verfügbar sein, die auf Grundlage von Algorithmen und künstlicher Intelligenz Ärzte bei der Diagnosestellung und der Einleitung der Therapie unterstützen (Assistenzsysteme), indem sie beispielsweise Diagnosevorschläge machen oder Therapieempfehlungen abgeben. Der Arzt bleibt jedoch stets für die gesamte Therapie und deren Koordination verantwortlich.

Umgang mit Therapievorschlügen

Grundlage der medizinischen Diagnostik sind eine ausführliche Anamnese, die Erhebung von (pathologischen) Befunden und gegebenenfalls eine Beobachtung des Verhaltens des Patienten. Informationen aus medizinischen Apps können die Diagnostik des Arztes ergänzen oder weitere Impulse liefern. Eine ausführliche Diagnostik durch den Arzt kann durch eine digitale Anwendung nicht ersetzt werden. Wichtig ist hierbei, die Validität und Reliabilität der gemessenen Werte oder Vorschläge der digitalen Anwendung zu kennen.

Ob Informationen analog mit „Papier und Bleistift“ oder digital über eine App erhoben werden, ist letztlich nicht relevant für die Validität der gemessenen Werte. Diese sollten vom Arzt immer kritisch hinterfragt werden. Wichtige Aspekte wären hier beispielweise, ob der Patient die digitale Anwendung bestimmungsgemäß eingesetzt und die gestellten Fragen verstanden hat. Gegebenenfalls ist zu prüfen, ob vorhandene Sensoren korrekt angelegt wurden.

Der Arzt sollte demnach die Informationen, die er über eine digitale Anwendung erhält, bei der Diagnosefindung und der Therapie berücksichtigen, diese allerdings nicht unreflektiert übernehmen. Gegenüber dem Patienten kann der Arzt dann im Therapiegespräch begründen, warum er in welcher Weise die Aussagen oder Vorschläge der digitalen Anwendung berücksichtigt hat oder nicht. Dies ist folgerichtig mit einem zusätzlichen Aufwand verbunden, der zukünftig auch Teil der Therapie sein wird.

²⁶ https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_Digitalisierung_in_der_Gesundheitsversorgung.pdf, zuletzt abgerufen: 01.03.2023

²⁷ vgl. Dtsch Arztebl 2003; 100(30): A-1995 / B-1657 / C-1561;

²⁸ Kühlein, Th; Forster, J (2007) Welche Evidenz braucht der Arzt? In Lehrbuch Evidenz-basierte Medizin, 2. Auflage Deutscher Ärzte Verlag Köln(Hrsg: R. Kunz / G.Ollenschläger / H. Raspe G. Jonitz / N. Donner-Banzhoff

Eine Gefahr der Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht besteht, wenn der Arzt den Abgleich bzw. die Bewertung der Informationen aus der digitalen Anwendung nicht mit seinem übrigen Wissen über den Patienten (interne Evidenz) und der ihm zur Verfügung stehenden externen Evidenz vornimmt.

Verordnungspflicht

In der ärztlichen (Muster-) [Berufsordnung](#) (§ 2 Ärztliche Berufspflichten, Absatz 1) ist festgelegt, dass Ärzte „keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können“. Absatz 4 regelt zudem: „Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen“.

Der einzige relevante Parameter für die Therapieentscheidung des Arztes ist, ob eine Therapie der Gesundheit des Patienten dient. Daher besteht keine „Verordnungspflicht“ des Arztes für eine Therapie oder für die Verordnung von DiGA.

Sollten zukünftig medizinische Apps in einer Leitlinie empfohlen werden, muss der Arzt diese Informationen bei der Erstellung eines Therapiekonzeptes als externe Evidenz berücksichtigen. Gleichwohl muss er für den einzelnen Patienten individuell entscheiden, wie und in welchem Umfang der Leitlinie gefolgt werden kann.

Nicht durch Arzt verordnete, sondern durch Krankenkassen genehmigte DiGA

Nach aktueller Gesetzeslage hat der Patient gegenüber seiner Krankenkasse bei den Indikationen, die im DiGA-Verzeichnis gelistet sind, einen grundsätzlichen Anspruch auf die betreffende DiGA. Etwa elf Prozent der verwendeten DiGA wurden von den Krankenkassen genehmigt, ohne dass ein Arzt eine Verordnung ausgesprochen hat.²⁹

In diesen Situationen wird das Management einer Therapie für den Arzt deutlich schwieriger. Zunächst muss der Arzt davon erfahren, dass der Patient eine DiGA mittels Genehmigung der Krankenkasse nutzt. Ähnlich der Selbstmedikation bei Arzneimitteln können Interaktionen und Kontraindikationen mit weiteren Erkrankungen des Patienten oder einer anderen Therapie entstehen und der Arzt bekommt ungünstiger Weise erst Kenntnis von der Verwendung einer DiGA, wenn der Patient sich wegen möglicher Probleme an ihn wendet.

Erhält der Arzt die Information, dass sein Patient eine DiGA oder eine andere medizinische App nutzt, kann dies im günstigsten Fall eine sinnvolle Unterstützung seiner Therapie sein. Hält er hingegen die DiGA für nicht sinnvoll oder diese beeinflusst sogar seine übrige Therapie negativ, sollte der Arzt dies mit seinem Patienten besprechen, seine Gründe transparent darlegen und dies entsprechend dokumentieren.

Die Empfehlung oder Genehmigung der Anwendung einer DiGA durch die Krankenkasse ohne Absprache mit einem behandelnden Arzt muss in jedem Fall kritisch gesehen werden. Denn die Krankenkasse verfügt im besten Falle über die externe Evidenz für eine DiGA. Die komplexe Situation des einzelnen Patienten aber kann nur im engen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient erfasst werden. Arzt und Patient werden hier möglicherweise in eine Konfliktsituation gebracht, die die weitere Behandlung des Patienten stark erschweren kann.

Ein Zitat des Begründers der evidenzbasierten Medizin, David Sackett, veranschaulicht diesen Sachverhalt: „Ohne klinische Erfahrung und Sachverstand läuft die Praxis Gefahr von

²⁹ [vgl. Fußnote 15](#)

externer Evidenz beherrscht zu werden, denn hervorragende externe Evidenz ist unter Umständen beim einzelnen Patienten nicht anwendbar oder sogar ungeeignet.“³⁰

7.2.2 Forderungen an die politischen Verantwortlichen

Die Genehmigung einer DiGA ausschließlich durch Krankenkassen sollte entfallen! Die Planung und Anpassung einer Therapie ist eine (ur-)ärztliche Aufgabe, die nur gemeinsam mit dem Patienten auf individueller Ebene erfolgen kann. Der Arzt trägt zu jeder Zeit die diagnostische oder therapeutische Verantwortung.

7.3 Ärztliche Sorgfaltspflicht im Umgang mit Daten

7.3.1 Aktuelle Situation

Medizinische Apps sind beliebig skalierbar, nachdem sie entwickelt und getestet wurden. Sie können oftmals unbegrenzt vielen Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Es ist daher absehbar, dass Ärzte mit einer steigenden Zahl von Anwendungen, aber auch mit mehr Daten aus diesen Anwendungen umgehen müssen. Das Vorhandensein dieser Daten kann immer auch einen akuten Handlungsbedarf für den Empfänger dieser Daten bedeuten.

Beim Umgang mit Daten aus medizinischen Apps ergibt sich für den Arzt als Empfänger dieser Daten zunächst die Frage, wie er die inhaltliche Aussagekraft der Daten einordnet. Es ist davon abzuraten, Daten ungeprüft zu übernehmen oder diese grundsätzlich zu ignorieren. Im Abgleich mit den anderen Informationen, die der Arzt von Patienten hat, sollte er die Plausibilität der gewonnenen Daten bewerten und ggf. eine weitere Diagnostik veranlassen.

Daten aus Apps, die keine Medizinprodukte sind, sollte der Arzt nur als Hinweis auf weitere Diagnostik nutzen, da hier meist keine Aussagen zur Validität und Reliabilität der Daten verfügbar sind.

7.3.2 Mögliche Entwicklungen

Medizinische Apps haben das Potential, Informationen zum Patienten, zu seiner Diagnose oder seinen Therapieoptionen bereitzustellen, die ein Vielfaches des heute üblichen Umfangs annehmen können. Wie kann es dem Arzt in Anbetracht einer gleichzeitig zunehmenden Arbeitsverdichtung diesbezüglich gelingen, mit dem erhöhten Datenaufkommen von und über den Patienten umzugehen?

Grundsätzlich müssen Ärzte alle für die jeweilige Behandlungssituation relevanten Informationen zur Gesundheit ihrer Patienten berücksichtigen, also auch solche, die aus digitalen Anwendungen stammen.

In vielen Fällen geht es jedoch vorrangig darum, Verläufe anhand von kontinuierlichen Messungen über bestimmte Zeiträume besser beurteilen zu können. So kann es den Arzt auf der einen Seite entlasten, weil er seine Patienten mit chronischen Erkrankungen besser im Blick hat, auf der anderen Seite sollte er abschätzen, in welchem Maß welche Art von Monitoring für welche Patientengruppen sinnvoll ist.

Beim „Remote-Patient-Monitoring“ spielt die konkrete Situation des einzelnen Patienten eine entscheidende Rolle: Geht es um eine unkomplizierte Wundheilung nach einer Operation oder um die Überwachung von Herzrhythmusstörungen, bei denen es auch zur Asystolie kommen kann? Letztere Krankheitsbilder sind in einem Zentrum mit 24/7

³⁰ Sackett, David L., et al. "Evidence based medicine." BMJ: British Medical Journal 313.7050 (1996): 170.

Monitoring deutlich besser einzuordnen. Vorstellbar ist auch die Betreuung von Patienten in Ärztenetzen, die sich über bestimmte Zeiträume gegenseitig vertreten können.

In größeren Praxen mit vielen chronisch kranken Patienten kann es sinnvoll sein, ein standardisiertes Vorgehen beim Umgang mit größeren Datenmengen festzulegen. Hierbei sollte geregelt werden, wer für die Sichtung der Daten verantwortlich ist, zu welchen Zeiten dies geschieht und in welchen Fällen der Arzt informiert werden muss.³¹

Die relevanten Aspekte müssen mit dem Patienten besprochen und dokumentiert werden. Schriftlich sollte festgehalten werden, dass der Arzt beim Einsatz einer solchen Monitoring-App keine kontinuierliche Überwachung sicherstellen kann und der Patient im Notfall eine gemeinsame Anlaufstelle oder den Notruf kontaktieren muss. Eine schriftliche Vereinbarung kann diesbezüglich zum Beispiel den Hinweis enthalten, dass ein Eintrag durch den Patienten nicht unmittelbar eine ärztliche Reaktion auslöst – wenn dieser beispielsweise am Wochenende eintrifft – und der Patient sich im Notfall selbst Hilfe suchen muss. Auch für den Patienten sollten die Absprachen festgehalten werden, etwa in Form eines Merkblatts.

7.3.3 Empfehlungen für Ärzte im Umgang mit digitalen Anwendungen

Ärzte sollten ihre Patienten darüber aufklären, was sie bezüglich eines Datenmonitorings leisten können.

7.3.4 Forderungen an die Hersteller

Hersteller sollten Daten aus dem Monitoring praktikabel aufarbeiten und interoperable Datenformate anbieten.

7.4 Werbung und Interessenkonflikte

7.4.1 Aktuelle Situation

Bislang sind die Verordnungsmöglichkeit und die Indikationsfelder von DiGA in der Ärzteschaft noch wenig bekannt. Die Verbände der Hersteller versuchen über Informationskampagnen und Fortbildungen auf diese neuen Möglichkeiten hinzuweisen.

Darüber hinaus werben viele medizinische Apps direkt bei potenziellen Patienten. Dies kann beispielsweise über eine Pulsmessung mit dem Smartphone erfolgen oder über einen Test mit der Fragestellung, ob eine Depression vorliegt. Anders als bei Arzneimitteln kann bei digitalen Anwendungen in der Medizin ein direkter Kommunikationskanal innerhalb einer App zu den Anwendern bestehen.

7.4.2 Mögliche Entwicklungen

Medizinische Apps können innerhalb kurzer Zeit eine breite Zielgruppe erreichen und wären damit auch für ein breites Screening einsetzbar. Unbestreitbaren Vorteilen eines Screenings, wie eine frühe Erfassung von Erkrankungen und damit eine Vermeidung von Komplikationen, stehen aber auch Nachteile wie ein erhöhter Aufwand für weitere diagnostische Verfahren und der Aspekt von Fehldiagnosen und des Disease Mongering gegenüber. Bei der „direkten Ansprache“ einer App an die Patienten kann eine ausgewogene Information nicht sichergestellt werden. Es besteht das Risiko, dass eine Information über den Nutzen und mögliche Risiken von Therapien nicht mit der erforderlichen Objektivität erfolgt, damit Patienten eine unabhängige Entscheidung treffen können. Für Ärzte besteht dann die Herausforderung ihre Patienten von falschen oder unrealistischen Erwartungen oder Befürchtungen abzubringen.

³¹ Weitere Infos unter: <https://thedoctorweighsin.com/remote-patient-monitoring-risks/>, zuletzt abgerufen: 20.02.2023

8 Integration in die Versorgung

8.1 Aktuelle Situation

Die zurzeit gelisteten DiGA, sind so gestaltet, dass sie parallel zur eigentlichen ärztlichen Behandlung und damit weitgehend unabhängig vom Arzt angewendet werden können. DiGA werden in § 33a SGB V als "(...) Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht (...)" beschrieben.

Damit wird auch angedeutet, dass der wesentliche Beitrag bei der Therapie durch eine DiGA nicht vom Arzt erbracht wird. Ob eine positive therapeutische Wirkung ausschließlich von der untersuchten DiGA ausgeht, lässt sich gleichwohl schwer einschätzen. Bei den meisten im DiGA-Verzeichnis des BfArM gelisteten Apps ist daher eine Integration in die Gesamttherapie eines Patienten nicht vorgesehen.

Neue Versorgungsformen mit einer tieferen Integration ärztlicher Tätigkeiten wurden bisher kaum untersucht und müssen den – aus Sicht der Hersteller – mühsamen Weg über den G-BA gehen. Somit sind medizinische Apps in der Medizin zurzeit eher ein Instrument in den Händen von Patienten. Eine ärztliche Einordnung der erhobenen Daten kann kaum stattfinden, weil medizinische Apps selten in das Gesamtbehandlungskonzept eingebunden werden.

8.2 Mögliche Entwicklungen und Risiken

Diagnostische oder therapeutische Empfehlungen einer DiGA gegenüber dem Patienten können mit Feststellungen oder Empfehlungen des Arztes kollidieren. Dies kann die Aufgabe des Arztes nach Vermittlung und Koordinierung eines Therapiekonzeptes deutlich erschweren. Für eine ganzheitliche Behandlung eines Patienten ist es nicht sinnvoll, die Vorgaben und Empfehlungen einer App vom ärztlichen Versorgungskontext zu trennen.

Auch das [Bundesministerium für Gesundheit fordert in einer Pressemeldung vom 19.06.2022³²](#) eine stärkere Integration der DiGA in die Gesamttherapie eines Patienten. Eine Integration von digitalen Anwendungen in die ärztliche Arbeit kann großen Nutzen haben, wenn Synergien genutzt werden.

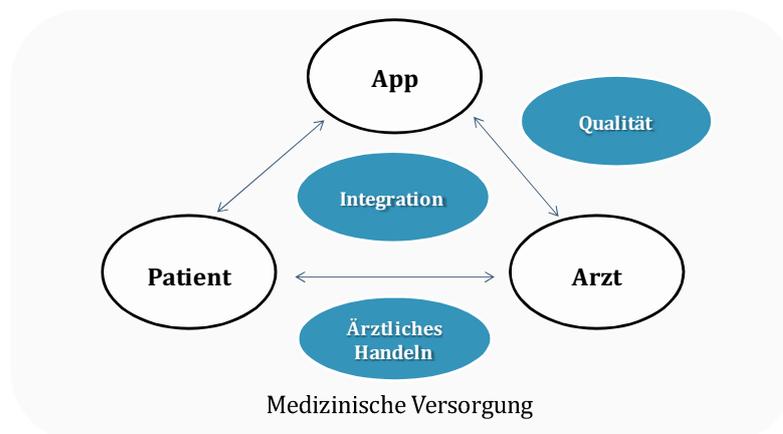


Abbildung 4: Ziel von Gesundheits-Apps in der medizinischen Versorgung, © Bundesärztekammer

³² <https://www.aend.de/article/218566>, zuletzt abgerufen:20.02.2023, kostenpflichtig

Ärzten sollte es daher regelhaft ermöglicht werden, sich mit DiGA aber auch anderen medizinischen Apps, so sie in der Prävention oder in Selektivverträgen eingesetzt werden, beispielweise über Testzugänge vertraut zu machen. Zudem sollte es mehr Möglichkeiten geben, dass Ärzte den von der App vorgesehenen Therapiefad im Sinne einer individualisierten ganzheitlichen Therapie für den Patienten beeinflussen können (vgl. Abbildung 4).

8.3 Empfehlungen für Ärzte im Umgang mit digitalen Anwendungen

Digitale Anwendungen sollten künftig ein fester Bestandteil ärztlicher Arbeit werden, um gegenläufige Effekte und Wechselwirkungen zu vermeiden und Synergien zu erzeugen.

Medizinische Apps und insbesondere DiGA sollten stärker in die ärztliche Therapie (Blended Therapy) integriert werden. Es gilt zu verhindern, dass diese zu einem eigenen patientengeführten Versorgungsbereich werden.

8.4 Forderungen an die politischen Verantwortlichen

Das Zulassungsverfahren der DiGA muss die Integration der DiGA in das ärztliche Behandlungskonzept stärker berücksichtigen.

Für eine stärkere Integration von digitalen Anwendungen in die ärztliche Therapie, bedarf es einer ausreichenden Refinanzierung der ärztlichen Aufwände.

Digitale Anwendungen, die sich auf das allgemeine Gesundheitsverhalten von Patienten beziehen und dem Versicherten ohne ärztliches Zutun überlassen werden, benötigen eine entsprechende Kennzeichnung.