

130. Hauptversammlung am 04./05.11.2016 in Berlin

BESCHLÜSSE

- Nr. 1 Versorgen statt verwalten – mehr Zeit für Ärzte und Patienten
- Nr. 2 Wider den „Medizinisten“
- Nr. 3 Gesundheitswesen in Deutschland an übergeordneten Zielen ausrichten
- Nr. 4 Versorgung der Zukunft gemeinsam gestalten
- Nr. 5 Anforderungen an die Gesundheitsversorgung in der Fläche
- Nr. 6 Kein Kahlschlag bei den Krankenhäusern
- Nr. 7 Grundlegender Strategiewechsel der Politik nötig – Optimierung der Versorgung statt Dezimierung von Strukturen
- Nr. 8 Kurskorrektur in der Qualitätsoffensive erforderlich
- Nr. 9 Notfallversorgung von heute für die Zukunft in hoher Qualität modernisieren
- Nr. 10 Frist für G-BA-Beschluss über gestuftes System von Notfallstrukturen verlängern
- Nr. 11 PsychVVG: Home-Treatment erfordert zusätzliches Personal
- Nr. 12 Marburger Bund lehnt absehbare Schwächung der Selbstverwaltung durch den Referentenentwurf des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes ab
- Nr. 13 Uneingeschränkte KV-Mitgliedschaft angestellter Ärztinnen und Ärzte im GKV-SVSG-Referentenentwurf erhalten
- Nr. 14 Elternzeitstellen bei Personalbemessung berücksichtigen
- Nr. 15 Generalisten für die Versorgung in der Fläche unverzichtbar – Fachärzte für Innere Medizin (Generalist) und Allgemeinchirurgie zur Versorgung in der Fläche unbedingt erhalten
- Nr. 16 Zehn Prozent mehr Studienplätze für Humanmedizin
- Nr. 17 Wahlfreiheit statt Zwangskorsett! Bewährte Tertialstruktur des Praktischen Jahres erhalten!
- Nr. 18 "Teil"studienplätze umwandeln
- Nr. 19 Vergütung im Praktischen Jahr bundesweit – Endlich mal

Beschluss Nr. 1 Versorgen statt verwalten – mehr Zeit für Ärzte und Patienten

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Bei der Patientenbehandlung mangelt es an Zeit. Es mangelt an

- Zeit für eine menschliche Patientenversorgung
- Zeit für das interkollegiale Gespräch
- Zeit für eine gute Weiterbildung
- Zeit für Teambesprechungen
- Zeit für genaue Analyse von aufgetretenen Problemen und „Beinahe-Fehlern“
- Zeit für Fortbildungen
- Zeit für Forschung
- Zeit für Lehre.

Dieser Zeitmangel hat so stark zugenommen, dass er selbst durch täglich geleistete Überstunden nicht mehr zu kompensieren ist. Die Arbeitsüberlastung führt zu einem Wertekonflikt zwischen dem Anspruch der Ärzteschaft an eine gute Patientenversorgung und der notwendigen Zeit für Erholung und für sich selbst.

Gleichzeitig treten positive Aspekte der ärztlichen Tätigkeit wie selbstbestimmtes Handeln, positive Zuwendung zum Patienten und Teamarbeit immer weiter in den Hintergrund. Dieses Ungleichgewicht ist auch ein Grund, warum die Sucht- und Suizidrate unter Ärztinnen und Ärzten deutlich höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Eine zunehmende Zahl von Ärztinnen und Ärzten versucht, dem Leistungsdruck durch „Flucht in die Teilzeit“ zu entgehen, was die vielerorts bereits angespannte Personalsituation noch verschärft.

Ärztinnen und Ärzte haben nicht nur unter „Zeitfressern“ wie ausufernder Bürokratie, Mehrfachdokumentationen, unkoordinierten Abläufen und Besprechungen mit ausschließlich ökonomischem Fokus zu leiden, sie müssen auch noch zu ungünstigen Zeiten arbeiten. Nachtdienste und Schichtarbeit werden oft als so erschöpfend erlebt, dass eine erholsame Freizeitgestaltung neben der Arbeit kaum noch möglich ist.

Der Marburger Bund fordert die Akteure im Gesundheitswesen auf, Voraussetzungen zu schaffen für:

- mehr planbare freie Zeit für Ärztinnen und Ärzte
- die Dienstbelastung durch ausreichende Personalbesetzung zu reduzieren
- mehr freie Wochenenden
- Förderung von Fortbildungen durch Finanzierung und Freistellung
- Wertschätzung ärztlicher Arbeit durch Entlastung von Verwaltungsaufgaben
- die Blockadehaltung bei der Festlegung von Personalstandards aufzugeben und sich diesem Thema gemeinsam mit der Ärzteschaft zu stellen
- eine Kultur der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

Beschluss Nr. 2 Wider den „Medizinsten“

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der unmittelbare, persönliche und damit zwischenmenschliche Kontakt zwischen Arzt und Patient ist *conditio sine qua non* für eine funktionierende Beziehung und damit das Vertrauen zwischen Arzt und Patient.

Die herausragenden Fortschritte der naturwissenschaftlich basierten Medizin dürfen nicht dazu führen, dass sich Ärztinnen und Ärzte auf das rein Biomedizinische im Arztberuf konzentrieren und die Kommunikation und menschliche Betreuung kranker Menschen zunehmend anderen Berufsgruppen, wie bspw. psychologischen Psychotherapeuten oder „Patienten-Coaches“, überlassen. Als Ärzte wollen wir Menschen in all ihren krankmachenden und gesundheitsfördernden Bedingungen begleiten und nicht nur Teilbereiche behandeln. Der Arzt/die Ärztin darf nicht zum „Medizinsten“ verkommen.

Der freie Beruf einer Ärztin bzw. eines Arztes ist mit dem Recht und der Pflicht verbunden, frei von äußeren Zwängen die Interessen der Patientinnen und Patienten zu wahren. Deshalb muss der freie Berufsstand die Bedingungen der Berufsausübung derart gestalten, dass die Arzt-Patienten-Beziehung auf einer besonderen, vertrauensbasierenden Kommunikation basiert. Nur so können Ärztin und Arzt ihre Pflichten als freier Beruf im Sinne der Patientinnen und Patienten ausfüllen. Wenn sich Ärztinnen und Ärzte zum „Medizinsten“ degradieren, sind sie nur noch ausführendes Organ und nachgeordnetes Rad in einer Gesundheitsmaschine, deren Antriebsfeder nicht Fürsorge sondern Profitmaximierung ist.

Der Gesetzgeber und andere regelgebende Institutionen werden aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass bei der Ausgestaltung von Gesundheitsberufen die Rolle der Ärztinnen und Ärzte nicht beschnitten wird. Kommunikative, soziale und psychologische Kompetenzen aller Ärztinnen und Ärzte sind zu fördern (s. a. 117. DÄT 2014, Düsseldorf, TOP I).

Die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung sind so zu gestalten, dass genügend Zeit und Raum für Gespräche mit Patienten und Angehörigen, aber auch mit Teamkolleginnen und -kollegen, bleibt.

Beschluss Nr. 3 Gesundheitswesen in Deutschland an übergeordneten Zielen ausrichten

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert anstelle weiterer kleinteiliger Strukturreformen eine gesellschaftliche Diskussion über übergeordnete Ziele des Gesundheitswesens.

Aus der Perspektive von Patienten und der Gesellschaft muss definiert werden, welche Anforderungen an ein Gesundheitswesen zu stellen sind. Davon ausgehend sind die bestehenden Strukturen auf Tauglichkeit und Reformbedarf hin zu überprüfen. Entgegenstehende wirtschaftliche Interessen diverser Akteure müssen hinter dem gesamtgesellschaftlichen Auftrag im Sinne der Daseinsvorsorge zurücktreten. Es ist offenkundig und systemimmanent, dass ein marktorientiertes Gesundheitswesen an der Erschließung neuer Marktfelder und damit einer Mengenausweitung zu Lasten der Solidargemeinschaft interessiert ist und dieses Ziel in der Vergangenheit auch ständig erreicht hat.

Beschluss Nr. 4 Versorgung der Zukunft gemeinsam gestalten

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die seit Jahrzehnten bestehende Gliederung der Patientenversorgung in ambulant und stationär war ordnungspolitisch gewollt und hat eine Versorgung in beiden Sektoren auf hohem Niveau gewährleistet, verursacht jedoch strukturbedingte zusätzliche Kosten. Die demographische Entwicklung, der medizinische Fortschritt mit der Folge erhöhter Lebenserwartung und die immer knapperen Ressourcen machen eine stärkere Integration von stationärer und ambulanter Versorgung für die Zukunft unbedingt erforderlich.

Der Trend zu mehr Spezialisierung im ärztlichen Beruf, aber auch die Entstehung neuer Berufe im Gesundheitswesen, erfordern besondere Anstrengungen zur Sicherstellung für die Versorgung notwendiger Behandlungsabläufe. Unter den Bedingungen unzureichender Budgets und den dadurch ausgelösten Verteilungskonflikten im System ist die grundlegende Versorgung zunehmend gefährdet.

Integration der Versorgung ergibt sich nicht durch finanziellen Druck. Sie muss gewollt, gestaltet und organisiert werden. Sie ist angewiesen auf grenzüberschreitendes Zusammenwirken und Schnittstellenkompetenz, aber vor allem auf Rahmenbedingungen, die Kooperation fördern und nicht hemmen.

Erforderlich ist ein integriertes Versorgungssystem mit offenen Grenzen nach beiden Seiten. Dieses System muss am einzelnen Patienten orientiert sein und daran, für ihn ein durchgängiges Versorgungskonzept sicherzustellen. Der Übergang von ambulanter zu stationärer Versorgung darf nicht systembedingt zu Problemen in der Versorgung für den Patienten führen.

Integrierte Versorgung wird gelingen, wenn die Rahmenbedingungen geschaffen werden, sich der Herausforderung der Integration und der Schnittstellengestaltung zu stellen. Ihr Fehlen ist die Folge einer falschen Gesundheitspolitik und kein Versagen der im Gesundheitssystem Tätigen.

Die regionale Umsetzung der seit Jahrzehnten entwickelten Konzepte der integrierten Versorgung scheiterte immer wieder an der Beschränkung auf einzelne Krankenkassen und Gesundheitsanbieter.

Daher fordert der Marburger Bund die Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften auf, gemeinsam mit den Landesärztekammern und mit ihm Projekte zur Implementierung integrierter Versorgung zu planen und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen gemeinsam in der Politik einzufordern.

Beschluss Nr. 5 Anforderungen an die Gesundheitsversorgung in der Fläche

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert angesichts des demographischen Wandels, der sowohl die Bevölkerung als auch die sie versorgenden Ärzte betrifft (Alterspyramide, Ein-Personen-Haushalte), ein Umdenken und neue Formen der Versorgungsstrukturen. Nach Analyse der bekannten Strukturdaten ist festzustellen, dass die zu bewältigende Versorgungssituation in der Fläche regional sehr unterschiedlich und gerade in strukturschwachen Gebieten unzureichend ausgestaltet ist. Nicht nur der Unterschied zwischen städtischen Ballungsgebieten, Mittelstädten oder ländlichem Raum, sondern auch die regional unterschiedlichen zur Zeit vorgehaltenen Versorgungsstrukturen machen eine differenzierte Planung zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche notwendig. Dabei muss der Anspruch der Bevölkerung auf eine gleichwertig gute, wohnortnahe Versorgung erfüllt werden.

Hierzu stellt der Marburger Bund fest:

- Aus- und Weiterbildungskapazitäten für Ärztinnen und Ärzte wie auch die übrigen akademischen und nicht akademischen Gesundheitsfachberufe müssen diesem steigenden Bedarf angepasst werden. Insbesondere die Anzahl an Studienplätzen im Fach Humanmedizin ist zu erhöhen.
- Die hausärztliche Versorgung in der Fläche muss durch moderne Weiterbildungskonzepte im Verbund sowie die Möglichkeit des Quereinstieges in die hausärztliche Versorgung gestärkt werden.
- Die Kommunen sind gefordert, den ländlichen Lebensraum auch für Ärzte attraktiv zu machen (Unterstützung bei der Kinderbetreuung, Bereitstellung von Praxisräumen, Zuschüsse für Umbauten, gesicherter Arbeitsplatz für den Lebenspartner, ggf. MVZ unter kommunaler Trägerschaft).
- Neben der hausärztlichen muss auch die fachärztliche Versorgung in der Fläche gewährleistet sein.
- Die ambulante ärztliche Versorgung muss intensiviert werden. Erforderlich ist ein integriertes Versorgungssystem mit offenen Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Dieses System muss am einzelnen Patienten orientiert sein und für diesen ein durchgängiges Versorgungskonzept sicherstellen.
- Eine enge Vernetzung zwischen ambulantem und stationärem Bereich ist unbedingt erforderlich. Belegarztwesen, Praxiskliniken, Teilanstellung im Krankenhaus von Vertragsärzten einerseits, persönliche Ermächtigung von Fachärzten im Krankenhaus andererseits können die spezialisierte Versorgung in der Fläche sicherstellen.
- Nicht nur zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten, sondern auch mit der stationären und ambulanten Kranken- und Altenpflege sowie Rehabilitationseinrichtungen und Apotheken ist eine Vernetzung notwendig.
- Krankenhäuser haben für ländliche Regionen eine ganz besondere Bedeutung. Sie müssen als regionaler Gesundheitsstandort zu einem integrierten Gesundheitsversorger weiterentwickelt werden. Sie sind zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in teilweise strukturschwachen Regionen unbedingt erforderlich.

- Gerade in der Fläche ohne Spezialisierungsmöglichkeiten müssen die Krankenhäuser von den Bundesländern mit genügend Investitionsmitteln ausgestattet und zur Sicherung der allgemeinen Vorhaltekosten in der Grundversorgung durch Zuschläge gesichert werden. Die ungenügende Refinanzierung durch zu niedrige Landesbasisfallwerte ist zu beenden.
- Die medizinische Versorgung muss Teil der Regionalplanung sein und erfordert die Kooperation von Städten, Kreisen, Gemeinden und anderen regionalen Planungsverbänden, um die durch demographischen Wandel bedingten regionalen Disparitäten auszugleichen.
- Um die Versorgung auch in der Fläche sicherzustellen, müssen zur Bedarfsplanung Planungsbereiche flexibilisiert, Krankenhausärztinnen und -ärzte ermächtigt, kleinere Häuser durch Facharztkompetenz aus dem ambulanten Bereich, u.a. durch Kooperationsverträge zwischen Krankenhausträger, Krankenhausärzten und Vertragsärzten und Zweigpraxis im Krankenhaus unterstützt werden. Durch Sonderbedarfszulassungen können die regionalen Engpässe überbrückt werden.
- Versorgungsrelevante Standorte müssen durch Krankenhausfusionen oder Krankenhauskooperationen dauerhaft gesichert werden.
- Krankenhäuser müssen sich über Leistungsspektren abstimmen, um eine soweit nötig gezielte Spezialisierung zu ermöglichen, sich besser mit anderen Leistungserbringern zu vernetzen und Wirtschaftlichkeitspotentiale durch gemeinsam betriebene Funktions- und Serviceeinheiten heben.
- Durch Aufbau regionaler Gesundheitszentren ist eine integrierte Versorgung mit anderen Leistungserbringern und Leistungssektoren zu verwirklichen. Hierzu müssen Versorgungsprozesse sektorenübergreifend gesteuert und rechtliche Hindernisse abgebaut werden.

Beschluss Nr. 6 Kein Kahlschlag bei den Krankenhäusern

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund spricht sich mit allem Nachdruck gegen unqualifizierte öffentliche Forderungen nach einem regelrechten Kahlschlag in der Deutschen Krankenhauslandschaft aus. Es ist unzutreffend, dass ein Viertel aller Krankenhäuser nicht bedarfsgerecht ist und dass das entsprechende Viertel aller gegenwärtigen Behandlungsfälle im ambulanten vertragsärztlichen Bereich zusätzlich behandelt werden könnte. Jeder Krankenhausarzt, der einmal während der sprechstundenfreien Zeiten in der Notaufnahme seinen Dienst verrichtet hat, aber auch jeder Patient, der den ärztlichen Notfalldienst in Anspruch nehmen musste, weiß, dass das genaue Gegenteil der Fall ist.

Der Marburger Bund fordert insbesondere die Führungsspitze der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf, in dieser Frage zu einem sachlichen, kollegialen Dialog zurückzukehren.

Beschluss Nr. 7 Grundlegender Strategiewechsel der Politik nötig – Optimierung der Versorgung statt Dezimierung von Strukturen

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der von der Politik ausgerufene Wettbewerb im Gesundheitswesen erweist sich zunehmend als verhängnisvoll. Vor allem die Leistungsträger – Ärzte, Krankenhäuser, Pflege und andere Gesundheitsberufe – stehen unter einem ständigen finanziellen Leistungsdruck, bei dem Humanität und Qualität der Patientenversorgung zunehmend unter die Räder kommen. Dieser primär finanzorientierte Wettbewerb setzt die falschen Anreize. Er schadet der Qualität der Patientenversorgung und untergräbt das Vertrauen in das gesamte System. Die Hoffnung einiger Politiker und anderer Verantwortlicher, dass sich durch diese Wettbewerbsideologie Kosten reduzieren ließen und die Qualität sich nicht verschlechtere, hat sich definitiv nicht erfüllt.

Zwingend notwendig ist vielmehr ein grundlegender Strategiewechsel. Anstatt primär auf Dezimierung von Leistungsträgern und Institutionen wie bspw. von Krankenhäusern oder Fachabteilungen zu setzen, hält die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes eine Politik der Optimierung der Versorgung für geboten.

Dazu gehören die Evaluation des regionalen Versorgungsbedarfs und die Kooperation aller Institutionen, um vor Ort eine bestmögliche Versorgung zu ermöglichen.

Eine solche Strategie der Optimierung muss politisch geführt und gemeinsam diskutiert und umgesetzt werden. Der Marburger Bund erwartet als Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte in die Diskussion und Umsetzung einer solchen Strategie der Optimierung eingebunden zu werden.

Beschluss Nr. 8 Kurskorrektur in der Qualitätsoffensive erforderlich

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund hält eine Kurskorrektur in der Umsetzung der Qualitätsoffensive für dringend erforderlich, um Fehlentwicklungen zu vermeiden. Qualitätsvorgaben dienen der Verbesserung in der Patientenversorgung und nicht als Mittel zum Kapazitätsabbau oder gar als verkappte Sparprogramme.

Die Forderung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung wird vom Marburger Bund unterstützt. Der Fokus sollte jedoch nicht auf der Qualitätsmessung, sondern auf der Qualitätsverbesserung liegen und alle Sektoren des Gesundheitswesens mit einbeziehen.

Wesentliche Elemente der derzeit geführten Diskussion sowie erste Umsetzungsschritte der Qualitätsoffensive tendieren in eine falsche Richtung, die nicht bei der Verbesserung der Versorgungsqualität hilft. Das zeigt sich sowohl in der Fokussierung auf die Ergebnisqualität wie auch in wichtigen Aspekten des vom IQTIG jüngst vorgelegten Konzeptes zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.

Von einer seriösen risikoadjustierten Basis für Pay-for-performance-Ansätze und ernsthafte Ergebnisvergleiche ist unser Gesundheitssystem allerdings weit entfernt. Außerdem wird dauerhaft die Qualität nur durch Minimierung des in jeder Behandlung innewohnenden Risikos verbessert. Entsprechende Ansätze sollten gefördert werden.

Statt das Rad neu zu erfinden, sollten bewährte Ansätze der Qualitätssicherung gestärkt werden.

Ein „Peer Review“ nach den Vorgaben der Bundesärztekammer ist zum Beispiel eine geeignete und erprobte Qualitätsverbesserungsmaßnahme und sollte in allen Kliniken als solche gefördert werden.

Der Fokus der Qualitätssicherung sollte auf Strukturmerkmale gelegt werden. Strukturmerkmale gestatten auch, die mit ihnen verbundenen zusätzlichen Kosten zu ermitteln und ihre Refinanzierung zu überprüfen.

Die verfasste Ärzteschaft muss bei der Entwicklung von Qualitätsparametern beteiligt werden. Ebenso müssen aus den „Fehlversuchen“ anderer Länder (USA, England, Niederlande) Konsequenzen gezogen werden.

Besonders kritisch ist aus Sicht des Marburger Bundes auch eine geplante Zentralisierung des Verfahrens. Damit bleibt außer Acht, dass etliche Bundesländer mit ihren Geschäftsstellen Qualitätssicherung und dem Strukturierten Dialog bewährte Strukturen haben, die diese Aufgabe sicherlich sachnäher erledigen könnten.

Beschluss Nr. 9 Notfallversorgung von heute für die Zukunft in hoher Qualität modernisieren

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund hält es dringend für erforderlich, neue Konzepte der Notfallversorgung sektorübergreifend oder sogar außerhalb der bekannten Sektorengrenzen zu erproben. Hierzu fordert er die Gesundheitsminister des Bundes und der Länder auf, auf die notwendige Finanzierung entsprechender Modellversuche aus dem Gesundheitsfonds hinzuwirken.

Die heute aufgrund von Versorgungsgrenzen zwischen Rettungsdienst, Notaufnahme an Kliniken und vertragsärztlichem Notdienst auftretenden Behandlungsunterschiede und -verzögerungen sind genauso ein Zeichen fehlender Qualität wie die stationäre Fehlbelegung. Durch das vom Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2016 vorzulegende gestufte System der stationären Notfallstrukturen wird diese Trennung sowie die damit fehlende Qualität nur weiter festgeschrieben.

Es muss überprüft werden, ob eine integrierte Notfallversorgung außerhalb der bestehenden Sektorengrenzen der ärztlichen Versorgung und die entsprechende zusätzliche Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds zu einer Verbesserung der Versorgung führt.

Hierbei muss der Anspruch eines jeden Patienten auf qualitativ hochwertige Behandlungen zu jeder Zeit und an jedem Ort gesichert sein. Der Marburger Bund bietet hierzu seinen Sachverstand bei der Umsetzung vor Ort an.

Beschluss Nr. 10 Frist für G-BA-Beschluss über gestuftes System von Notfallstrukturen verlängern

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, die am 31.12.2016 auslaufende gesetzliche Frist für einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern aufzuheben und um mindestens ein Jahr auf den 31.12.2017 zu verlängern und den G-BA zu verpflichten, mögliche Auswirkungen eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern durch unbeteiligte und von der Systemumstellung weder direkt noch indirekt betroffene Dritte wissenschaftlich fundiert abschätzen zu lassen. Der Marburger Bund ist zudem befremdet darüber, dass laut Gesetz die GKV und die DKG in diese Bearbeitung einbezogen sind, nicht jedoch Vertreter der Krankenhausärztinnen und -ärzte, welche die Notfallversorgung verantwortlich sicherstellen. Der Marburger Bund fordert daher die Änderung des Gesetzes und den verbindlichen Einbezug der Bundesärztekammer und zudem, dass auch der Marburger Bund in die Gespräche einbezogen wird.

Nur so ist gewährleistet, dass die an der Notfallversorgung beteiligten Fachgebiete und auch der ärztliche Nachwuchs, auf dessen Schultern die Notfallversorgung zu großen Teilen ruht, angemessen einbezogen werden: Nicht der Krankenhausträger bietet die Notfallversorgung an, sondern sie wird von Ärztinnen und Ärzten in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen sichergestellt, häufig unter Inkaufnahme von Überstunden, zu vielen Nacht- und Wochenenddiensten und schlechten Arbeitsbedingungen.

Aus den von den Verhandlungspartnern in scharfem Dissens vorgebrachten Regelungsvorschlägen ergibt sich bislang weder ein stimmiges noch realistisches Gesamtkonzept. Darüber hinaus besteht zwischen den Partnern auch Dissens mit Blick auf die möglichen Auswirkungen der verschiedenen Vorschläge für die Versorgungsstrukturen. Offenbar wird es aber für möglich gehalten, dass das Konzept fast ein Drittel der Krankenhäuser entgeltrechtlich von der stationären Notfallversorgung ausnehmen könnte.

Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses wird durch das Bundesland im Rahmen der Landeskrankenhausplanung festgelegt – dies gilt auch für die Frage, ob und mit welchen Maßgaben ein Krankenhaus an der stationären Notfallversorgung teilnimmt. Zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen ist in § 2 des Landeskrankenhausgesetzes (Krankenhausgestaltungsgesetz NRW, KHGG NRW) geregelt, dass jedes Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Teilnahme an der Notfallversorgung verpflichtet ist. Diese Pflicht wird im Krankenhausplan NRW an vielen Stellen bekräftigt und zugleich weiter konkretisiert. Leitend ist dabei der Gedanke, dass ein Krankenhaus für dasjenige Behandlungsspektrum, das sich aus seinem Versorgungsauftrag für elektive Behandlungen ergibt, auch zur Behandlung von Notfällen verpflichtet ist.

Es erscheint mit Blick auf die zentrale Bedeutung der stationären Notfallversorgung wie auch die Konsequenzen im Bereich landesrechtlicher Bindungen in keiner Weise vertretbar, so weitgehende und offenbar schwer kalkulierbare Veränderungen wie derzeit vorgestellt in einem sensiblen Versorgungsbereich ohne Einbeziehung vorheriger regionaler Empirie umsetzen zu wollen.

Wo der G-BA Krankenhäusern kostenwirksame Auflagen für ihre Teilnahme an der stationären Notfallversorgung erteilt, muss deren zuverlässige Finanzierung gesichert sein, weil sonst schwere Verluste für den nicht notfallmäßigen Bereich der stationären Versorgung vor allem zu Lasten des Personals und damit der Patienten in diesen Bereichen drohen. Es kann nicht hingenommen werden, dass Krankenhäuser gezwungen werden, ihre unter elektiven Bedingungen aufgenommenen Patientinnen und Patienten zur Erfüllung ihrer Pflichten in der Notfallversorgung systematisch zu vernachlässigen.

Beschluss Nr. 11 PsychVVG: Home-Treatment erfordert zusätzliches Personal

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, die im Gesetzentwurf PsychVVG vorgesehenen Regelungen einer „stationsäquivalenten Akutbehandlung im häuslichen Umfeld“ (Home-Treatment) nachzubessern.

Die entsprechenden Regelungen sind insbesondere hinsichtlich der Vorhaltung und Refinanzierung des erforderlichen Personals unzureichend.

Die Erbringung dieser neuen Form der Krankenhausbehandlung erfordert zusätzliches Personal, da die erforderlichen Behandlungsteams während der Versorgung im häuslichen Umfeld nicht für die Versorgung stationärer Patienten zur Verfügung stehen.

Zusätzlich erforderliches Personal dafür ist in der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) nicht vorgesehen. Es ist sicherzustellen, dass für die Dauer der Geltung des Psych-PV das zur Umsetzung der stationsäquivalenten Versorgung erforderliche Personal zusätzlich Berücksichtigung findet. Darüber hinaus muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auch für diese neue Behandlungsform Personalvorgaben festlegen.

Der Gesetzentwurf definiert in § 39 Abs. 1 SGB V die stationsäquivalente Behandlung dahingehend, dass diese eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams umfasst. Die mobilen Behandlungsteams sollen in Rufbereitschaft stehen und tägliche Therapiekontakte haben. Dauer, Intensität und Dichte sowie Komplexität der stationsäquivalenten Versorgung soll einer vollstationären Behandlung entsprechen.

Der Krankenhausträger stellt laut Gesetzentwurf insoweit sicher, dass das erforderliche Personal und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. Das betrifft insbesondere die Rufbereitschaft des Behandlungsteams sowie die jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit. Gleichzeitig hat er dafür Sorge zu tragen, dass eine kurzfristige vollstationäre Aufnahme möglich ist. Die strukturelle und personelle Leistungsfähigkeit der vollstationären Versorgung im Krankenhaus muss folglich parallel gewährleistet sein.

Beschluss Nr. 12 Marburger Bund lehnt absehbare Schwächung der Selbstverwaltung durch den Referentenentwurf des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes ab

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund lehnt die absehbare Schwächung der Selbstverwaltung durch den Referentenentwurf des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes ab. In der jetzigen Form stärkt der Entwurf die Selbstverwaltung nicht. Er höhlt sie aus. Der Entwurf ist mit Blick auf das Regelungsziel insofern zu weitgehend und unverhältnismäßig. Erprobte und tragende Prinzipien der Selbstverwaltung werden zerstört. So wird etwa anstelle der bisher anerkannten Rechtsaufsicht quasi durch die Hintertür eine Fachaufsicht eingeführt. Probleme, die es zuletzt in einzelnen Bereichen gegeben hat, dürfen jedoch nicht dazu führen, dass die Selbstverwaltung insgesamt geschwächt wird.

Beschluss Nr. 13 Uneingeschränkte KV-Mitgliedschaft angestellter Ärztinnen und Ärzte im GKV-SVSG-Referentenentwurf erhalten

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Bisher sind angestellte Ärztinnen und Ärzte nur dann Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung, wenn sie mindestens halbtags beschäftigt sind. Wegen einer fehlenden gesetzlichen oder tarifvertraglichen Bezugsgröße für die Halbtagsstätigkeit wurde die Regelung in den Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht einheitlich ausgelegt.

Im Referentenentwurf zum GKV-SVSG ist nun die Voraussetzung einer mindestens halbtägigen Beschäftigung für eine KV-Mitgliedschaft durch eine entsprechende Änderung von § 77 III SGB V gestrichen worden. Damit soll zum einen eine Gleichstellung mit den ermächtigten Ärzten erreicht werden. Zum anderen will man mit der Streichung der Vorgaben zur Beschäftigungszeit der stetig steigenden Zahl von angestellten Ärzten in der ambulanten Versorgung Rechnung tragen und gewährleisten, dass in der ärztlichen Selbstverwaltung die Interessen aller Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom berufsrechtlichen Status gleichberechtigt berücksichtigt werden.

Leider gibt es zwischenzeitlich Anzeichen dafür, dass insofern ein Schritt zurück droht, als im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Mitgliedschaft teilzeitbeschäftigter Ärztinnen und Ärzte erneut an Vorgaben zur Beschäftigungszeit gekoppelt werden soll. Die Vorschläge reichen von einem Mindestumfang des Versorgungsauftrages von 1/3 (KBV) bis hin zu 13 Wochenstunden Mindestbeschäftigungsumfang (KZBV).

Aus Sicht des Marburger Bundes muss die Regelung im Referentenentwurf aber aus verschiedenen Gründen unverändert beibehalten werden. Knüpft man die KV-Mitgliedschaft an – auch noch willkürlich gewählte – Vorgaben, konterkariert man die Gleichbehandlung insbesondere mit den Ermächtigten. Es wäre auch ein falsches Signal in Richtung der steigenden Zahl überwiegend weiblicher Teilzeitbeschäftigter. Aus Sicht des Marburger Bundes würde eine stärkere und gleichberechtigte Repräsentanz der mittlerweile rund 30.000 angestellten Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich zudem für eine bessere demokratische Legitimation der Kassenärztlichen Vereinigungen und eine neue Meinungsvielfalt sorgen.

Beschluss Nr. 14 Elternzeitstellen bei Personalbemessung berücksichtigen

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Arbeitgeber auf, sicherzustellen, dass im Rahmen der Personalbemessung sämtliche regelmäßig anfallenden Ausfallzeiten berücksichtigt werden. Dies gilt nicht nur für Ausfallzeiten, die durch Urlaub, Arbeitsunfähigkeit oder Fortbildungen entstehen, sondern auch für Ausfallzeiten durch Beschäftigungsverbote und Elternzeiten. Gerade kürzere Elternzeiten von Vätern finden bislang in der Personalbemessung keine Berücksichtigung, so dass die Kolleginnen und Kollegen die Ausfälle kompensieren müssen, weil kein Ersatz zur Verfügung steht.

**Beschluss Nr. 15 Generalisten für die Versorgung in der Fläche unverzichtbar –
Fachärzte für Innere Medizin (Generalist) und Allgemein-
chirurgie zur Versorgung in der Fläche unbedingt erhalten**

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Bundes- und Landesärztekammern auf, bei der anstehenden Änderung der Weiterbildungsordnung im Gebiet Innere Medizin die Facharztkompetenz "Facharzt für Innere Medizin" und im Gebiet Chirurgie die Facharztkompetenz "Facharzt für Allgemeinchirurgie" in der gegenwärtigen inhaltlichen Ausprägung zu erhalten.

Um die Versorgung in der Fläche weiterhin sicherzustellen, bedarf es in den großen Fachgebieten neben einer hochspezialisierten Versorgung auch eines breit aufgestellten Generalisten.

Aber auch in den Ballungsgebieten sind Generalisten besonders im Zeitalter des Arztmangels in der stationären und ambulanten Versorgung unverzichtbar.

Nur die kluge Vernetzung von Generalisten und Spezialisten kann auf Dauer die Versorgung sicherstellen.

Beschluss Nr. 16 Zehn Prozent mehr Studienplätze für Humanmedizin

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Landesregierungen auf, die Zahl der Studienplätze für Humanmedizin um mindestens zehn Prozent zu erhöhen und damit auch ein Ausweichen der Bewerber auf andere Ausbildungseinrichtungen als staatliche Hochschulen zu verhindern. Die Länder müssen die erforderlichen finanziellen Mittel für den Ausbau der Fakultäten bereitstellen.

Die medizinische Versorgung kann schon heute teilweise nur durch zugewanderte Ärztinnen und Ärzte aufrechterhalten werden. In einigen Regionen stammen neun von zehn Ärzten aus dem Ausland. Der Bedarf nach Ärztinnen und Ärzten wird durch den demografischen Wandel noch weiter steigen.

Immer mehr ältere und dann multimorbide Menschen werden wesentlich mehr medizinische Leistungen benötigen als heute. Auch die hohe Zahl der Singlehaushalte und die Fortschritte in der Medizin erfordern mehr Ärztinnen und Ärzte.

Der zunehmende Anteil an Studentinnen (61 Prozent aller Medizinstudierenden im Jahr 2015), aber auch der Wunsch der angehenden Ärztinnen und Ärzte nach einer besseren Vereinbarkeit von Beruf einerseits, Familie und Privatleben andererseits sowie verlässlichen Arbeitszeiten, werden die Rahmenbedingungen ebenso stark verändern, wie die in spätestens zehn bis zwanzig Jahren absehbare Ruhestandswelle, wenn die Babyboomer-Generation für die ärztliche Versorgung nicht mehr zur Verfügung steht. Darauf muss sich die Politik jetzt einstellen – u. a. durch eine Erhöhung der Studienplatzzahlen um mindestens 10 Prozent. Die Ausweitung der Kapazitäten kann durch eine Vergrößerung bisheriger Fakultäten, aber auch durch die Gründung neuer Fakultäten staatlicher Hochschulen gewährleistet werden.

Dass wir in der beschriebenen Mangelsituation weniger Medizinstudienplätze und -fakultäten haben als in den 90er Jahren, kann nicht hingenommen werden. Es muss eine neue Methode zur Berechnung geeigneter Kapazitäten entwickelt werden, die sowohl versorgungspolitische Engpässe als auch das Grundrecht der Bewerber auf freie Berufswahl

nach Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz in Verbindung mit Art. 3 Grundgesetz berücksichtigt. Unterfüttert werden muss dieses neue Kapazitätsrecht durch die Festlegung einer ausreichenden Finanzierung.

Beschluss Nr. 17 Wahlfreiheit statt Zwangskorsett! Bewährte Tertialstruktur des Praktischen Jahres erhalten!

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Bundesländer auf, dafür einzutreten, das bisher in Tertiale aufgeteilte PJ nicht in Quartale neu aufzuteilen, keine weiteren PJ-Pflichtanteile und keine weiteren Pflichtprüfungen in den Staatsexamina einzuführen.

Ein Zwangstertial Allgemeinmedizin lehnt der Marburger Bund ab. Zwang führt nicht zu einer besseren Akzeptanz für Allgemeinmedizin. Studierende, die ihrem Interesse folgen dürfen, werden bessere Ärzte. Ärztemangel herrscht zudem auch in anderen Fächern.

Der Marburger Bund lehnt zudem die Einführung einer sogenannten "Landarztquote" ab.

Der Marburger Bund fordert die Bildungs- und Gesundheitsminister der Länder auf, ihre bisherige gegenteilige Auffassung zu revidieren. Jedenfalls möge der Bundesgesetzgeber den bisherigen Empfehlungen der Gesundheitsministerkonferenz insoweit nicht folgen.

Beschluss Nr. 18 "Teil"studienplätze umwandeln

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Um den in naher Zukunft noch weiter steigenden Bedarf nach Ärztinnen und Ärzten schnellstmöglich zu decken, fordert der Marburger Bund, dass an den Medizinischen Fakultäten für Studierende mit sogenannten "Teil"studienplätzen, die nur für den vor-klinischen Bereich zugelassen sind, im Fach Humanmedizin Vollstudienplätze angeboten werden.

Die Studierenden mit Teilstudienplätzen bundesweit sind eine nicht genutzte Reserve. Ihre unbeschränkte Aufnahme in die Medizinischen Fakultäten würde in naher Zukunft den angespannten ärztlichen Arbeitsmarkt entlasten, da sie nur noch den klinischen Studienabschnitt absolvieren müssen.

Beschluss Nr. 19 Vergütung im Praktischen Jahr bundesweit – Endlich mal

Die 130. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert erneut aus aktuellem Anlass die Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäuser in Deutschland auf, flächendeckend eine angemessene Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr (PJ) zur Verfügung zu stellen. Als Mindestgrenze ist der Höchstsatz (aktuell dem BAföG-Satz entsprechend) gemäß dem Verweis der Approbationsordnung auf das Berufsausbildungsförderungsgesetz § 13 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2 festzusetzen.