

**127. Hauptversammlung
09./10.05.2015 in Frankfurt/M.**

BESCHLÜSSE

- Nr. 1 Tarifeinheitsgesetz stoppen - Koalitionsfreiheit bewahren!
- Nr. 2 Solidarität mit der GDL
- Nr. 3 Keine Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht!
- Nr. 4 Schweigepflicht – Schweigegebot
- Nr. 5 Begriff der Freiberuflichkeit zutreffend verwenden
- Nr. 6 Referentenentwurf verfehlt Ziele der geplanten Krankenhausreform
- Nr. 7 Investitionskostenproblematik erfordert staatliches Handeln
- Nr. 8 Falsche Weichenstellung für die Versorgungsqualität
- Nr. 9 Krankenhausreform gefährdet Arbeitsplätze
- Nr. 10 Gestaltung von Daseinsvorsorge ist nicht Aufgabe des Gemeinsamen
Bundesausschusses
- Nr. 11 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Überregulierung und Umverteilung des
Mangels lösen keine Versorgungsprobleme
- Nr. 12 Hochschulambulanzen in bisherigem Umfang aufrechterhalten und aus-
reichend finanzieren
- Nr. 13 Rahmenbedingungen der ambulanten Notfallversorgung verbessern
- Nr. 14 Angemessene Personalausstattung und vollumfängliche Refinanzierung der
ambulanten Notfallversorgung für die Notaufnahmen der Krankenhäuser
- Nr. 15 Kein Kahlschlag bei Notfallpraxen
- Nr. 16 Referentenentwurf zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen
nachbessern

- Nr. 17 Marburger Bund warnt vor Überregulierung und Kontingentierung der Ärztlichen Weiterbildung
- Nr. 18 Überregulierung der ärztlichen Weiterbildung verhindern
- Nr. 19 Keine Kompetenzzentren außerhalb des Kammerbereiches
- Nr. 20 Zehn-Punkte-Plan zur Bekämpfung von Infektionen
- Nr. 21 Personalmangel führt zu Qualitätsmängeln – auch bei der Hygiene
- Nr. 22 Bekämpfung nosokomialer Infektionen erfordert eine bessere Personalbesetzung
- Nr. 23 Strengere Regeln für Einsatz von Humanantibiotika in der Veterinärmedizin
- Nr. 24 Künftige Ausgestaltung der Beschäftigung von Gastärzten – Kein Verkauf von Weiterbildungsstellen
- Nr. 25 Landesärztekammern sollen Anträge auf Facharztprüfung auch bei Wechsel der Zuständigkeit abschließen
- Nr. 26 Prüfkriterien für Objektivität von Fortbildung
- Nr. 27 Unabhängige Fortbildung: Interessenskonflikte von Veranstaltern
- Nr. 28 Position der Ärzteschaft zum Einsatz von Apps in der Medizin
- Nr. 29 Besserer Zugang zu medizinischen Fachpublikationen für Ärztinnen und Ärzte
- Nr. 30 Keine Sonderrechte für Kirchen, Diakonie und Caritas
- Nr. 31 Caritas: Übernahme des Tarifabschlusses TV-Ärzte/VKA im Bereich der Regionalkommission Nord
- Nr. 32 Arbeit darf nicht krank machen – Arbeitgeber tragen Verantwortung
- Nr. 33 Vollständige Gefährdungsbeurteilung einfordern
- Nr. 34 Teilstudienplätze abschaffen und Wartezeit besser überbrücken
- Nr. 35 Mobilität im Praktischen Jahr
- Nr. 36 Note keine Voraussetzung für Promotion
- Nr. 37 Bundesausbildungsförderungsgesetz an PJ-Abschnitte im Ausland anpassen
- Nr. 38 Adäquate Vergütung der studentischen Hilfskräfte an Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken

Beschluss Nr. 1 Tarifeinheitsgesetz stoppen - Koalitionsfreiheit bewahren!

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Abgeordneten des Deutschen Bundestages mit großem Nachdruck auf, das Tarifeinheitsgesetz nicht zu beschließen. Der vorliegende Gesetzesentwurf richtet sich gegen die Koalitionsfreiheit des Grundgesetzes und gegen die Tarifautonomie freier Gewerkschaften. Wenn nur noch der Tarifvertrag der Gewerkschaft mit den meisten Mitgliedern im Betrieb zur Anwendung kommt, bleibt kein Raum mehr für eine eigenständige Tarifpolitik berufsspezifischer Gewerkschaften, die eine Minderheit der Beschäftigten im Betrieb vertreten. Der Gesetzesentwurf zielt eindeutig darauf ab, die bestehende, von den Arbeitgebern ausdrücklich akzeptierte Tarifpluralität durch den Zwang zur Tarifeinheit aufzulösen. Damit droht auch das Erfolgsmodell der arzt-spezifischen Tarifverträge abgewickelt zu werden, das seit 2006 einen Beitrag zu besseren Arbeitsbedingungen und einer fairen Vergütung der angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern geleistet hat. Dieses Modell der berufsspezifischen gewerkschaftlichen Interessenvertretung hat die gleiche Berechtigung wie andere gewerkschaftliche Formationen.

Gewerkschaftliche und tarifliche Pluralität ist der verfassungsrechtlich vorgesehene Normalfall. Es kann deshalb auch keinen Alleinvertretungsanspruch von Mehrheitsgewerkschaften geben. Die Koalitionsfreiheit ist im Grundgesetz ausdrücklich "für jedermann und für alle Berufe gewährleistet". "Abreden, die dieses Recht einschränken oder zu behindern suchen, sind nichtig, hierauf gerichtete Maßnahmen sind rechtswidrig." (Art. 9 Abs. 3 GG). Wer ein Grundrecht wie die Koalitionsfreiheit unter Mehrheitsvorbehalt stellt, der beseitigt es. Wir appellieren daher an die Abgeordneten der Regierungsfractionen: Lassen Sie keinen Grundrechtsbruch zu! Verweigern Sie dem Tarifeinheitsgesetz Ihre Stimme!

Beschluss Nr. 2 Solidarität mit der GDL

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund spricht weiterhin den streikenden, in der GDL organisierten Arbeitnehmern seine Solidarität aus (s. Beschluss Nr. 2 der 127. HV). Sie üben ihre verfassungsmäßig garantierten Rechte zur Durchsetzung ihrer gewerkschaftlichen Interessen aus. Mit ihrem Streik sind sie die Speerspitze für den Erhalt der Tarifpluralität. Dafür bedanken wir uns.

Die unverändert in einigen Medien und durch hochrangige Politiker der Großen Koalition stattfindende öffentliche Diffamierung der Mitglieder der GDL, und insbesondere ihres Vorsitzenden Claus Weselsky, ist persönlichkeitsverletzend und würdelos. Der Marburger Bund fordert eine sachorientierte und objektive Berichterstattung.

Beschluss Nr. 3 Keine Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht!

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die ärztliche Schweigepflicht ist ein hohes Gut – sie ist auch ein tragendes Element im Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Gesetzlich ist geregelt, dass die unbefugte Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte eine strafbewehrte Verletzung von Persönlichkeitsrechten ist (StGB § 203). Diese Persönlichkeitsrechte sind insbesondere in Artikel 2 Abs. 1 i. V. m. Artikel 1 Abs. 1 des Grundgesetzes begründet.

Unabhängig von der Art seiner Erkrankung muss jeder Patient/jede Patientin die Sicherheit haben, dass seine/ihre Angaben an den Arzt ohne seine persönliche Zustimmung nicht an Dritte weitergeben werden.

Wenn jetzt anlässlich des an Dramatik und Tragik kaum zu überbietenden Flugzeugunglücks in Frankreich über eine Abschwächung der ärztlichen Schweigepflicht diskutiert wird, so stellt der Marburger Bund fest, dass Änderungen der gesetzlichen oder der berufsrechtlichen Vorgaben nicht erforderlich sind. Auch einzelne Diagnosen oder Diagnosegruppen dürfen von den bestehenden Regelungen zu ärztlichen Schweigepflicht nicht ausgenommen werden.

Schon jetzt ist es dem Arzt gestattet, im Sinne eines rechtfertigenden Notstandes (StGB § 34) für den Fall von akuter und erkennbarer Gefahr für Leib und Leben Dritter die Schweigepflicht bzgl. seines Patienten zu brechen.

Beschluss Nr. 4 Schweigepflicht – Schweigegebot

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund weist im Zusammenhang mit dem Absturz des Germanwings Airbus A320 am 24. März 2015 auf die besondere Verantwortung bei der Abgabe ärztlicher Stellungnahmen hin. Ärztliche Stellungnahmen zur möglichen Ursache derartiger Unfälle müssen mit höchster Sorgfalt und möglichst umfassender Sachkenntnis erstellt werden. Durch die sehr hohe Medienaufmerksamkeit haben Fehleinschätzungen eine gefährliche Breitenwirkung. Insbesondere muss unter allen Umständen vermieden werden, einzelne Patientengruppen in der Öffentlichkeit durch voreilige Ferndiagnosen an den Pranger zu stellen. Jahrzehntelange Destigmatisierungskampagnen können sonst innerhalb weniger Tage erhebliche Rückschläge erleiden.

Aufgaben des Arztes sind das ausführliche Studium der Fakten, die Ermittlung einer Diagnose und dann die Behandlung nach dem Stand der Erkenntnis. Die Aufgabe des Arztes ist es nicht, sich an Spekulationen zu beteiligen, die unseren Patienten schaden.

Beschluss Nr. 5 Begriff der Freiberuflichkeit zutreffend verwenden

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Akteure im Gesundheitswesen auf, den Begriff der Freiberuflichkeit im Hinblick auf den Arztberuf zutreffend und korrekt zu gebrauchen.

Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf frei aus. Sie sind ausschließlich dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet. Dies gilt unabhängig davon, ob sie ihre Tätigkeit selbständig oder angestellt, ambulant oder stationär ausüben. Der Gesetzgeber hat deshalb in § 1 (2) der Bundesärzte-ordnung festgelegt: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ Eine identische Formulierung findet sich in den Berufsordnungen aller Landesärztekammern. Alle Ärztinnen und Ärzte üben demnach einen freien Beruf aus. Dies ist auch Beschlusslage des Deutschen Ärztetages (Entschließung 112. DÄT, Punkt III, Entschließung 5).

Der Marburger Bund nimmt zur Kenntnis, dass vermehrt in Verlautbarungen anderer ärztlicher Organisationen, Verbänden und einiger Körperschaften die Begriffe Freiberuflichkeit und selbständige Berufsausübung bedeutungsidentisch verwendet werden, überwiegend mit dem Ziel, die Freiberuflichkeit als Alleinstellungsmerkmal ausschließlich für die eigenen Mitglieder zu reklamieren.

Der Marburger Bund tritt dieser Neigung zur gezielten Fehlinterpretation des Begriffes der „Freiberuflichkeit“ von Ärztinnen und Ärzten bzw. der „selbständigen Berufsausübung“ entschieden entgegen. Er fordert die ärztlichen Verbände, Organisationen und Körperschaften auf, die teilweise missbräuchliche Verwendung des Begriffs „Freiberuflichkeit“ zulasten der Mitglieder anderer ärztlicher Organisationen und Verbänden innerhalb ihrer jeweiligen Organisation zu verhindern und in der Kommunikation nach außen künftig zu unterlassen.

Beschluss Nr. 6 Referentenentwurf verfehlt Ziele der geplanten Krankenhausreform

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund hat die im Koalitionsvertrag skizzierte Zielsetzung einer grundlegenden Krankenhausreform ausdrücklich begrüßt. Der vorliegende Referentenentwurf verfehlt allerdings in wesentlichen Regelungsbereichen die von der Koalition selbsternannten Ziele und steuert in eine komplett andere Richtung.

Ziel war es laut Koalitionsvertrag und Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, Reformmaßnahmen zur Aufrechterhaltung einer hohen medizinischen Versorgungsqualität und der sicheren und guten Erreichbarkeit zu ergreifen.

Bei den Regelungen des Referentenentwurfs hat demgegenüber der Abbau von behaupteten Überkapazitäten Vorrang vor einer auskömmlichen Finanzierung. Damit erhält die beabsichtigte Reform eine neue Zielrichtung, nämlich die der Verschärfung des Mangels.

Wenn nicht mehr Geld im System zur Verfügung steht oder zur Verfügung gestellt werden soll, dann muss die Koalition dies den Bürgerinnen und Bürgern vermitteln. Stattdessen wird

unter dem Deckmantel einer Qualitätsoffensive der Mangel durch Kapazitätsabbau verschärft und dem Bürger Qualitätsdefizite in der Versorgung suggeriert. Das stellt die medizinische Leistung der Ärztinnen und Ärzte in Frage, schafft Misstrauen und entspricht nicht dem Verständnis des Marburger Bundes von einer Aufrechterhaltung einer hohen medizinischen Versorgungsqualität. Die Patientenversorgung wird dadurch nicht besser.

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber zur Vorlage einer Krankenhausreform auf, die den Ankündigungen einer großen grundlegenden Reform auch inhaltlich Rechnung trägt. Er fordert insbesondere ein Gesamtkonzept, das verhindert, dass sich die angedachten Maßnahmen letztlich gegenseitig aufheben. Darüber hinaus muss die Reform auch ein Konzept zur Ausstattung der Krankenhäuser mit ausreichenden Investitionsmitteln beinhalten.

Beschluss Nr. 7 Investitionskostenproblematik erfordert staatliches Handeln

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Regelungen des aktuell vorgelegten Referentenentwurfs eines Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) beinhalten keine Lösung der Investitionskostenproblematik.

Die Verpflichtung der Länder, mindestens den Durchschnitt ihrer Förderung der Jahre 2012 bis 2014 fortzuführen, heißt nichts anderes, als dass die unbestritten unzureichende Finanzierung beibehalten wird. Völlig unverständlich ist, diese Verpflichtung - im Gegensatz zu den Ausführungen im Eckpunkte-Papier - auch noch an den geplanten Strukturfonds zu binden und damit auf die Jahre 2016 bis 2018 zu befristen. Zum einen ist nach der Ausgestaltung der Regelung völlig fraglich, ob einzelne Bundesländer Mittel aus dem Fonds abrufen. Nur dann wäre das vorgenannte Investitionskostenvolumen für sie bindend. Zum anderen steht ab dem Jahr 2018 zu befürchten, dass die Investitionskostenfinanzierung weiter abgesenkt wird.

Die vorgesehene Errichtung eines Strukturfonds löst das Problem ebenso wenig. Denn mit dem Fonds sollen der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen gefördert werden. Ziele des Fonds sind somit der Abbau und nicht der Substanzerhalt von Abteilungen und Krankenhäusern.

Auch die vorgesehene verbindlichere Umstellung der Investitionsförderung auf leistungsorientierte Investitionspauschalen ist ohne Erhöhung der zu verteilenden Mittel lediglich ein besseres Verfahren zur Verteilung des Mangels.

Laut Begründung des Referentenentwurfes sei es angesichts des Rückgangs der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder erforderlich, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zielgenauer auszugestalten, damit die für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erforderlichen Mittel effizienter als bisher eingesetzt werden können. Die Versäumnisse der Länder sollen folglich weiter auf dem Rücken des Personals ausgetragen werden. Die bisher nur von einzelnen Krankenhäusern betriebene missbräuchliche Verwendung von Versichertengeldern wird durch den vorliegenden Referentenentwurf legalisiert. Denn um zwingend notwendige Investitionen tätigen zu können, müssen die Krankenhäuser vermehrt Einsparungen im laufenden Betrieb vornehmen. Diese Mittel fehlen aber für die Patientenversorgung, für eine

adäquate Personalausstattung und für die Finanzierung der Personalkosten, deren Anteil im Krankenhaus bei über 60 Prozent liegt.

Bund und Länder machen es sich an dieser Stelle zu leicht. Momentan enthalten die Länder den Krankenhäusern jedes Jahr mehr als 3,3 Mrd. Euro vor. Allein für 2014 hat die Große Koalition Länder und Kommunen in Deutschland mit Bundesmitteln in Höhe von 22 Mrd. Euro entlastet. Vor diesem Hintergrund muss über die Festlegungen, die Bund und Länder getroffen haben, konkret geklärt werden, wie die notwendigen Investitionsmittel in die Krankenhäuser kommen.

Beschluss Nr. 8 Falsche Weichenstellung für die Versorgungsqualität

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund hat die angekündigte Qualitätsoffensive mit dem Ziel der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung einer guten Versorgungsqualität grundsätzlich unterstützt. Angesichts des vorliegenden Referentenentwurfs mahnt der Marburger Bund aber vor falschen Weichenstellungen. Bedenklich ist, dass die Qualitätsindikatoren in erster Linie als Messinstrument für finanzielle Zu- und Abschläge genutzt werden sollen. Damit geht es bei der Qualitätsoffensive nicht vorrangig um die Verbesserung der Patientenversorgung, sondern um die Einführung eines zusätzlichen Steuerungsinstruments für die Krankenkassen.

Die Entwicklung von Qualitätskriterien ist kein Selbstzweck, sondern dient der Patientenversorgung. Insbesondere darf Qualitätssicherung nicht dazu missbraucht werden, die bestehenden Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen und in den Krankenhäusern lösen zu wollen. Die vorgesehenen qualitätsorientierten Zu- und Abschläge verbessern indes aus Sicht des Marburger Bundes nicht die Versorgung und sollten gänzlich gestrichen werden.

In der Begründung des Referentenentwurfes wird davon ausgegangen, dass Krankenhäuser mit hohem Qualitätsstandard kostengünstiger arbeiten. Das verkennt aber, dass ein hoher Qualitätsstandard nur durch eine dazu erforderliche finanzielle Grundlage überhaupt erst erreicht werden kann.

Zur Entwicklung von Qualitätskriterien hält der Marburger Bund an seinen von der 125. Hauptversammlung beschlossenen Positionen fest (Beschluss Nr. 3 der 125. Hauptversammlung).

Beschluss Nr. 9 Krankenhausreform gefährdet Arbeitsplätze

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt, dass Bund und Länder im vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausstruktur ausdrücklich dazu stehen, dass die Krankenhausversorgung ein Element der Daseinsvorsorge ist.

Wenn Krankenhäuser der Daseinsvorsorge dienen, müssen ihnen aber auch die finanziellen Mittel zur Erfüllung des ihnen erteilten Versorgungsauftrags zur Verfügung gestellt werden. Krankenhäuser sind mit einem Personalkostenanteil von über 60 Prozent ein personalintensiver Dienstleistungsbereich. Erforderlich ist eine volle Refinanzierung der Personalkostensteigerungen im Krankenhaus, um eine adäquate Stellenbesetzung und damit Arbeitsbedingungen zu ermöglichen, die den Erhalt der Qualität der medizinischen Versorgung gewährleisten können.

Die geplanten Regelungen führen zu weiteren Kürzungen der Finanzausstattung der Krankenhäuser und gefährden damit Arbeitsplätze im Krankenhaus.

Der Marburger Bund unterstützt Strukturverbesserungen, soweit sie auf Grundlage valider Erkenntnisse erfolgen. Ein bloßer Rückzug von Bund und Länder aus der Daseinsvorsorge auf Grundlage behaupteter Überkapazitäten ist angesichts hoher Arbeitsbelastung und überfüllter Notfallambulanzen das falsche Signal an die angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern.

Beschluss Nr. 10 Gestaltung von Daseinsvorsorge ist nicht Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Nach Auffassung des Marburger Bundes ist es rechtssystematisch verfehlt, dem G-BA Aufgaben im Rahmen des KHG und damit für die gesamte Krankenhausversorgung übertragen zu wollen. Der G-BA ist oberstes Organ der Selbstverwaltung im SGB V. Er hat damit grundsätzlich nur Rechtsetzungskompetenz im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Angesichts seiner aktuellen Zusammensetzung und widerstreitenden Interessen der einzelnen Trägerorganisationen ist der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner derzeitigen Ausgestaltung und Organisation kein sinnvolles Instrument zur Gestaltung der ärztlichen Versorgung. Die Interessen der Patienten stehen in der gegebenen Form nicht an erster Stelle. Der Marburger Bund fordert, die geltende Aufstellung/Zusammensetzung und Aufgabenstellung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu prüfen.

Beschluss Nr. 11 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Überregulierung und Umverteilung des Mangels lösen keine Versorgungsprobleme

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Politik und Organe der Landesvertretung auf, das sich abzeichnende Versorgungsdefizit der Bevölkerung nicht durch Überregulierung, Umverteilung und Einschränkung zu verschärfen.

Selbst in den hochentwickelten Gesundheitssystemen unserer Nachbarländer hat die rein staatliche Versorgungsplanung auch im ärztlichen Bereich immer wieder zu Versorgungs-

mängeln gerade im ländlichen Bereich geführt. Nur durch die teilweise massive Anwerbung deutscher Kolleginnen und Kollegen konnte die Versorgung dort aufrechterhalten werden.

Fehler in der Versorgungsplanung sind eine Ursache für den bereits in allen Versorgungsebenen und Fachrichtungen evidenten Ärztemangel. So hat die Kürzung von Medizin- studienplätzen (von 16.000 auf 9.000 nach der Wiedervereinigung) - wegen angeblich zu erwartender Ärzteschwemme - den heutigen Ärztemangel mit hervorgerufen.

Den Ärztemangel lediglich durch eine Umverteilung zugunsten „unterversorgter“ Gebiete beheben zu wollen, verschärft lediglich den Mangel im Krankenhaus und in anderen Versorgungsbereichen, ohne die Ursachen selbst anzugehen.

Ebenso tragen Vorschläge, Fachärzte in grundversorgende und nicht grundversorgende aufteilen zu wollen, nicht zur Lösung des Ärztemangels bei und stehen zudem im Widerspruch zu den berufsrechtlichen Gebietsbezeichnungen. Ohne Verbesserung der Arbeits- und auch Weiterbildungsbedingungen sowohl in Krankenhäusern wie in Praxen ist eine Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf Dauer nicht möglich.

Um die Versorgung auch in Zukunft zu sichern, bedarf es zunächst einer ausreichenden Zahl von qualifizierten Beschäftigten im Gesundheitswesen. Der Marburger Bund hat daher wiederholt eine Ausbildungsoffensive in den Gesundheitsberufen gefordert. Die Zahl an Medizinstudienplätzen muss dringend erhöht werden.

Beschluss Nr. 12 Hochschulambulanzen in bisherigem Umfang aufrechterhalten und ausreichend finanzieren

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die nach den Neuregelungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes für die Festlegung der Patientengruppen in Hochschulambulanzen zuständigen Vertragspartner sowie die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen insgesamt dazu auf, mindestens für eine Aufrechterhaltung des bisherigen Behandlungsspektrums sowie eine ausreichende Finanzierung der seit Jahren defizitären Ambulanzen zu sorgen.

Beschluss Nr. 13 Rahmenbedingungen der ambulanten Notfallversorgung verbessern

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, die Strukturen der ambulanten Notfallversorgung durch geeignete Regelungen über die des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes hinaus zu verbessern. Hierzu gehören eine kostendeckende sowie qualitäts- und sachorientierte Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen an Kliniken, eine faire Abbildung der Leistungen der Krankenhausärzte in den Budgets auf Landesebene sowie im Bewertungsausschuss auf Bundesebene sowie eine Einbeziehung der Kliniken in die Planungen des Leistungsangebotes

Beschluss Nr. 14 Angemessene Personalausstattung und vollumfängliche Refinanzierung der ambulanten Notfallversorgung für die Notaufnahmen der Krankenhäuser

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, sicherzustellen, dass die ambulante Notfallversorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser vollumfänglich refinanziert wird. Dies umfasst auch die Kosten für eine angemessene Personalausstattung.

Für eine leitlinienkonforme, qualifizierte Patientenversorgung ist eine vollständige Refinanzierung der Kosten ohne Abschlag dringend notwendig, um ausreichend Personal in den Notaufnahmen vorhalten zu können.

Um die finanziellen Belastungen der Krankenhäuser abzumildern, ist eine zeitnahe Umsetzung absolut notwendig. Ein Gutachten zur Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse der DKG, das im Februar 2015 vorgestellt wurde, untermauert dies. Den Kosten für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus von durchschnittlich 126 € pro Patient steht ein Erlös von nur 32 € gegenüber. Entsprechend ist die personelle Ausstattung der Notaufnahmen auch auf ein Minimum reduziert.

Beschluss Nr. 15 Kein Kahlschlag bei Notfallpraxen

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, die honorarorientierten Pläne für eine drastische Reduzierung von Notfallpraxen, wie dies insbesondere im Rheinland angedacht ist, aufzugeben. Es ist nicht akzeptabel, dass die bisher bewährte ambulante Versorgung der Bürger außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten in dieser Weise verschlechtert und der auch außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten bestehende ambulante Versorgungsauftrag auf die Krankenhäuser als "Ausfallbürgen" abgewälzt wird.

Schon jetzt werden beispielsweise in Nordrhein-Westfalen jährlich drei Millionen Patienten in den Krankenhausambulanzen versorgt. Die Zahl der in den Kliniken versorgten Notfälle stieg in den Jahren 2012/2013 um 9,2 % an. Eine weitgehende Einbeziehung der Kliniken wird insbesondere das dort tätige ärztliche und nichtärztliche Personal in den ohnehin schon hoch belasteten Nachtdiensten überfordern. Auch für die dazu notwendige Ausweitung der Personalstrukturen und die Sachinvestitionen fehlen den Krankenhäusern die finanziellen Mittel, zumal die Notfallbehandlung in den Krankenhäusern mit einer durchschnittlichen Honorierung von 32 Euro pro Notfall bereits jetzt extrem unterfinanziert ist.

Eine Neustrukturierung der vertragsärztlichen Notdienstversorgung hat daher mit Augenmaß und unter Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungsverhältnisse zu erfolgen und zwar wie dies auch gesetzlich vorgesehen ist, nicht allein durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern in enger Absprache mit den dafür auch zuständigen Ärztekammern.

Beschluss Nr. 16 Referentenentwurf zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen nachbessern

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund tritt entschieden gegen Korruption und für eine von Dritten unbeeinflusste Indikationsstellung ein.

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich die Einführung eines Straftatbestandes für Korruption im Gesundheitswesen. Er fordert den Gesetzgeber jedoch auf, den vorliegenden Referentenentwurf zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen und seine Begründung nachzubessern. Problematisch ist insbesondere die Ausgestaltung der strafrechtlichen Regelung des neuen § 299a StGB, die mit einer Anzahl unbestimmter Rechtsbegriffe arbeitet, ohne durch Abgrenzungshilfen und Beispiele zur Konkretisierung beizutragen. Hier steht zu befürchten, dass zukünftig auch bislang sinnvolle und erwünschte Kooperationen unter Generalverdacht gestellt werden. Diese Gefahr sieht der Marburger Bund insbesondere hinsichtlich der Teilnahme an ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen und des Einwerbens von Drittmitteln im Rahmen medizinischer Forschung.

Das Gesetz ist für juristische Laien extrem unverständlich und führt somit zur Verunsicherung engagierter Ärztinnen und Ärzte und insbesondere Fortbilder. Statt Rechtssicherheit zu schaffen, wird das Gegenteil schon durch die nur für Strafrechtsexperten verständlichen Formulierungen erreicht. Letztlich wird dadurch eine diffuse Kriminalisierung geschaffen. Das Gesetz muss wesentlich klarer und verständlicher formuliert werden. Die kriminalisierte Tat muss so genau gefasst werden, dass ein Arzt aufgrund des Gesetzes vorhersehen kann, welches Verhalten bei Strafe verboten ist.

Das Gesetz muss klarstellen, dass das, was berufs- und sozialrechtlich erlaubt ist, kein Straftatbestand sein kann. Dem berechtigten Interesse nach praxisorientierter Forschung und Fortbildung jenseits des akademischen Elfenbeinturmes muss weiterhin Rechnung getragen werden.

Die Arbeit mit Drittmitteln ist nach dem Hochschulrecht nicht nur möglich, sondern sie ist auch hochschulpolitisch in hohem Maße erwünscht und wird etwa bei der Sachmittelverteilung oder bei Leistungszulagen als wichtiger Faktor berücksichtigt. So ist es weite Praxis an Universitätskliniken, schon im Arbeitsvertrag von Chef- und teilweise auch Oberärzten beispielsweise aufgrund von Landesrichtlinien das Einwerben von Drittmitteln zur Dienstaufgabe oder zum Kriterium für Leistungsprämien in Zielvereinbarungen zu machen. Hier muss klargestellt werden, dass das Einwerben von Drittmitteln im Sinne einer anwendungsbezogenen Forschung keine strafrechtliche Relevanz haben kann.

Nahezu alle Kliniken sind aufgrund schwindsüchtiger Fortbildungsbudgets gezwungen, klinikinterne Fortbildungen mittels industriegesponserter Referenten anbieten zu müssen. Es fehlen zeitliche wie finanzielle Ressourcen für Fortbildung durch DFG-geförderte Forscher, da sich der Förderungsumfang weit jenseits tariflicher Wirklichkeiten befindet und in der Regel nicht mehr als 60 % einer Vollkraft refinanziert. Aufgrund der undifferenzierten Ausgestaltung der geplanten gesetzlichen Regelungen müssen Ärztinnen und Ärzte befürchten, dass ihre Teilnahme an industriegesponserten Fortbildungsveranstaltungen unter dem Generalverdacht einer strafrechtlichen Handlung steht. Der Referentenentwurf und seine Begründung können hier keine ausreichende und laienverständliche Trennschärfe zwischen offenbar gewünschten Verhalten einerseits und strafbewehrten Fehlverhalten

andererseits herstellen.

Schließlich weist der Marburger Bund darauf hin, dass nur eine ausreichende Finanzierung von Patientenversorgung, Forschung und Lehre die gesellschaftlich gewünschte Freiheit ärztlichen Handelns wie auch die ergebnisoffene Forschung gewährleisten kann.

Beschluss Nr. 17 Marburger Bund warnt vor Überregulierung und Kontingentierung der Ärztlichen Weiterbildung

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, die Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin rechtssicherer auszugestalten.

Zentrale Schwächen und Probleme des Förderprogramms Allgemeinmedizin konnten bislang nicht behoben werden. So sind trotz Förderung der Ärztinnen und Ärzte, die sich in Praxen von niedergelassenen Ärzten allgemeinmedizinisch qualifizieren wollen, diese in der Regel finanziell deutlich schlechter gestellt als ihre Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus. Hier zeigt das Gesetz mit seiner Bezugnahme auf die tariflichen Entgelte im Krankenhaus in die richtige Richtung.

Weiterbildung ist ärztliche Berufsausübung. Die von den Ärztinnen und Ärzten, die sich weiterbilden, geleistete Arbeit ist unverzichtbarer Bestandteil der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Dies gilt sowohl für Ärztinnen und Ärzte, die im Krankenhaus, als auch für diejenigen, die im ambulanten Bereich eine Weiterbildung absolvieren. Die Wertschätzung ihrer geleisteten Arbeit ist durch tarifvertragliche Vereinbarungen abzusichern. Auch im ambulanten Bereich erfolgt die Weiterbildung im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung, die finanziert und von den Kostenträgern bezahlt werden muss. Aus dieser Vergütung der ärztlichen Leistungen der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte muss diesen ein tarifliches Arztgehalt sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich bezahlt werden können.

Der Marburger Bund lehnt eine Beschränkung, Zuteilung oder Kontingentierung von zur Weiterbildung geeigneten Arztstellen ab. Auch Ärztinnen und Ärzte, die sich weiterbilden, sind Angehörige des einen freien Berufes Arzt. Kontingentierung von Weiterbildungsstellen und Zwangsweiterbildungen würden sie eher vertreiben. Anders als in der Sachverständigenanhörung des Gesundheitsausschusses zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz dargelegt, hat sich die Kontingentierung in anderen Ländern Europas nicht bewährt. In einem freien Europa ist eine Planwirtschaft für ärztliche Weiterbildung, also für die freie Wahl der ärztlichen Berufsausübung, erst recht ein ungeeignetes und auch undemokratisches Regulierungsinstrument.

Nachweislich erhöhen regionale Weiterbildungsverbände, die eine nahtlose Rotation durch Kliniken und Praxen erlauben, die Nachwuchszahlen in der Allgemeinmedizin. Um dies zu stärken, ist nicht die Einführung neuer Kompetenzzentren nötig, sondern eine Anstellung aus einer Hand im Sinne einer Verbundweiterbildung. Die Landesärztekammern haben bereits mehrfach bewiesen, dass sie die Grundlagen dazu schaffen können. Dies gilt es zu stärken und auszubauen.

Der Marburger Bund weist darauf hin, dass sowohl im ambulanten wie im stationären Sektor die Weiterbildungsstätten nicht ausreichend finanziert sind. Die Sicherheit der Patienten in der Versorgung könnte durch moderne Weiterbildungs- und Fortbildungsmethoden deutlich verbessert werden. Aus den Vergütungen für die Patientenversorgung ist dies im ambulanten wie im stationären Bereich heute nicht möglich. Hierzu sind dringend gesondert ausgewiesene Mittel erforderlich. Für diese Finanzierung sind Fördergelder ein geeignetes Instrument.

Beschluss Nr. 18 Überregulierung der ärztlichen Weiterbildung verhindern

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt im Grundsatz die Absicht des Gesetzgebers, die Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im Hinblick auf die Besonderheiten dieses Fachgebietes rechtssicherer auszugestalten. Diese Konzepte sind jedoch auf andere Fachrichtungen nicht übertragbar.

Ärztliche Weiterbildung zeichnet sich dadurch aus, dass sie in hauptberuflicher Ausübung der ärztlichen Tätigkeit an zugelassenen Weiterbildungsstätten erfolgt. Kennzeichnend für die Weiterbildung ist die praktische Anwendung ärztlicher Kenntnisse in der Patientenversorgung. Weiterbildung erfolgt also als Teil der ärztlichen Berufsausübung und ist entsprechend als Arbeitsleistung zu vergüten.

Von Ärzten während der Weiterbildung gegenüber Patienten erbrachte Arbeitsleistungen sind entsprechend den hierfür festgelegten vertraglichen oder tariflichen Bedingungen zu vergüten. Das gilt sowohl im Bereich der stationären wie auch der ambulanten Versorgung.

Die Weiterbildungsordnungen legen sachgerechterweise den zeitlichen Umfang und die nachzuweisenden Inhalte fest. Welche Weiterbildungsinhalte im ambulanten oder stationären Bereich (oder in beiden Bereichen) absolviert werden können, muss sich nach den tatsächlichen Versorgungsverhältnissen und nicht nach rechtlichen Vorgaben richten. Da die tatsächlichen Versorgungsverhältnisse einem ständigen Wandel unterworfen sind, ist eine prospektive rechtliche Festlegung dahingehend, dass bestimmte Weiterbildungsinhalte nur im stationären Bereich oder nur im ambulanten Bereich zu absolvieren sind, sachwidrig und fehl am Platz. Der Marburger Bund lehnt daher jede Form einer abstrakten Festlegung, dass einzelne Weiterbildungsabschnitte nur im stationären oder nur ambulanten Bereich durchzuführen sind, ab.

Ärztliche Leistungen müssen gleichermaßen finanziert bzw. abrechnungsfähig sein und zwar unabhängig davon, ob sie unter Anleitung während der Weiterbildung oder ohne fachärztliche Aufsicht letzt- und eigenverantwortlich erbracht werden. Die Kosten müssen von den jeweiligen Kostenträgern übernommen werden.

Zentrale Schwächen und Probleme des Förderprogramms Allgemeinmedizin konnten bislang nicht behoben werden. So sind trotz Förderung der Ärzte, die sich in Praxen von niedergelassenen Ärzten allgemeinmedizinisch qualifizieren wollen, diese in der Regel finanziell deutlich schlechter gestellt als ihre Kollegen im Krankenhaus. Hier geht das Gesetz mit seiner Bezugnahme auf die tariflichen Entgelte im Krankenhaus in die richtige Richtung.

Nachweislich erhöhen regionale Weiterbildungsverbände, die eine nahtlose Rotation durch Kliniken und Praxen erlauben, die Nachwuchszahlen in der Allgemeinmedizin. Um dies zu stärken, ist nicht die Einführung neuer Kompetenzzentren nötig, sondern eine Anstellung aus einer Hand im Sinne einer Verbundweiterbildung. Die Landesärztekammern haben bereits mehrfach bewiesen, dass sie die Grundlagen dazu schaffen können. Dies gilt es zu stärken und auszubauen, weitergehende Regulierungen sind im Hinblick auf die Rechtsnatur der ärztlichen Weiterbildung nicht angezeigt.

Beschluss Nr. 19 Keine Kompetenzzentren außerhalb des Kammerbereiches

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund lehnt die Bildung von Kompetenzzentren im Rahmen der Weiterbildung außerhalb des Ärztekammerbereiches ab.

Beschluss Nr. 20 Zehn-Punkte-Plan zur Bekämpfung von Infektionen

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt, dass sich die Bundesregierung mit der Vorlage eines Zehn-Punkte-Plans der Infektionsbekämpfung intensiver annimmt und erkennt an, dass die Infektionsprophylaxe das Gesundheitswesen als Ganzes und insbesondere auch die Veterinärmedizin sowie die Landwirtschaft betrifft. Er kritisiert allerdings, dass in dem Plan angedachte Maßnahmen auf Annahmen beruhen, für die keine oder nur unzureichende valide Erkenntnisse vorliegen.

Ein Beispiel ist die unter Punkt fünf geplante Einführung einer verpflichtenden Fortbildung des medizinischen Personals als wesentliche Voraussetzung für den sachgemäßen Einsatz von Antibiotika. Wörtlich heißt es: „Wissensdefizite und nicht angewendetes Wissen bei der Diagnostik, bei der rationalen Antibiotika-Therapie und der Vermeidung von Infektionen durch resistente Infektionserreger sind eine der Ursachen für steigende Antibiotika-Resistenzraten.“

Aber dagegen spricht:

1. Eine Analyse aus dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) der Jahre 2007–2012 kommt zu dem Ergebnis, dass es in Deutschland über einen Zeitraum von sechs Jahren eine signifikante Abnahme des MRSA-Anteils an nosokomialen S.-aureus-Infektionen gab. Die Ursachen dafür seien aber nicht klar; sie seien möglicherweise das Ergebnis von Interventionen und/oder liegen in der Biologie des Erregers begründet (*Quelle: Meyer E, Schröder C, Gastmeier P, Geffers C: The reduction of nosocomial MRSA infection in Germany—an analysis of data from the Hospital Infection Surveillance System (KISS) between 2007 and 2012. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 331–6. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0331*).
2. Eine verpflichtende Fortbildung sehen die auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes erlassenen Hygieneverordnungen der Länder bislang schon für die zu bestellenden

Hygienebeauftragten vor. Solange keine validen Erkenntnisse über den Einfluss der Tätigkeit von Hygienebeauftragten auf die Antibiotika-Resistenzrate vorliegen, ist aus Sicht des Marburger Bundes allerdings eine Ausweitung der gesetzlichen Fortbildungspflicht auf alle im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte schon deshalb fraglich.

3. Die Fortbildung gehört zu den Berufspflichten der Ärztinnen und Ärzte und den Aufgaben der Ärztekammern. Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis, dass eine gesetzliche Regelung zur Fortbildung die tatsächliche Qualität der individuellen ärztlichen Tätigkeit befördert. Erwiesen ist hingegen, dass freiwillige Teilnahme an vom Teilnehmer positiv bewerteten Fortbildungsmaßnahmen die Aufnahme der Fortbildungsinhalte nachhaltig festigt. Die Einführung einer Hygienepflichtfortbildung würde zudem auch eine entsprechende Finanzierungsregelung erfordern. Auch hier gibt der Marburger Bund zu bedenken, dass die notwendigen Ressourcen zusätzlich verfügbar gemacht werden müssen oder aber der Patientenversorgung in anderen Bereichen fehlen werden.
4. Außerdem erschwert die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte, dass in der Tiermast in Deutschland mehr als doppelt so viel Antibiotika eingesetzt werden wie in der Humanmedizin – nämlich über 1700 Tonnen im Vergleich zu 800 Tonnen. Dadurch steigt die Entwicklung von Resistenzen, was wiederum die Gesundheit der Menschen gefährdet.

Beschluss Nr. 21 Personalmangel führt zu Qualitätsmängeln – auch bei der Hygiene

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund weist mit Nachdruck darauf hin, dass für die Behebung von Hygienemängeln in Krankenhäusern auch eine adäquate Personalausstattung notwendig ist. Der Marburger Bund fordert daher die Klinikträger auch aus diesem Grund dazu auf, den Personalabbau in den Kliniken zu stoppen. Eine vernünftige Qualität medizinischer und pflegerischer Leistungen kann nur mit einer vernünftigen Personalausstattung einhergehen. Das gilt auch für die Erfüllung hochwertiger Standards in der Krankenhaushygiene.

Der Marburger Bund sieht darüber hinaus die Finanzierungsträger des Gesundheitssystems in der Pflicht, entsprechende Mittel zur Verfügung zu stellen, die auch eine entsprechende Qualifizierung des Personals ermöglichen. Krankenhausträger müssen verpflichtet werden, entsprechende strukturelle Qualitätsstandards einzuhalten.

Beschluss Nr. 22 Bekämpfung nosokomialer Infektionen erfordert eine bessere Personalbesetzung

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 127. HV des Marburger Bundes appelliert an das Bundesgesundheitsministerium, bei den wichtigen Bemühungen, die Ausbreitung multiresistenter Erreger zu vermindern, die Notwendigkeit einer besseren Personalbesetzung in vielen deutschen Kliniken nicht zu vergessen.

Im Punkt 2 des Zehn-Punkte-Plans ist zwar das Hygieneförderprogramm zur Einstellung von Hygienepersonal erwähnt. Leider mangelt es aber in deutschen Krankenhäusern auch bei der täglichen Patientenversorgung an ausreichendem ärztlichem und pflegerischem Personal. Sogar in infektiologischen Risikobereichen wie den Intensivstationen wird die von den Fachgesellschaften empfohlene Personalbesetzung im pflegerischen Bereich in der Regel deutlich unterschritten. Wenn aber eine Pflegekraft doppelt so viele Patienten versorgen muss (4 Patienten, statt der von der Deutschen interdisziplinären Vereinigung von Intensiv- und Notfallmedizin mit einer 1a Empfehlung geforderten maximal 2 Patienten), fehlt es oft an der Zeit, die unter anderem vor und nach jedem Patientenkontakt notwendigen 30 Sekunden für eine hygienische Händedesinfektion einzuhalten. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass unter allen untersuchten Faktoren eine hohe Arbeitsdichte das größte Risiko für nosokomiale Infektionen darstellt und deren Inzidenz massiv erhöht. (Daud-Gallotti RM, Costa SF et al. Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU; 2012)

Wer also die Hygiene in deutschen Kliniken verbessern will, sollte dafür sorgen, dass die Personalschlüssel in den deutschen Kliniken aufgestockt und klar geregelt werden.

Zusätzlich müssen Lehrstühle für Krankenhaus- und Umwelthygiene an deutschen Universitäten ausgebaut und die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten in diesem Bereich finanziell gefördert werden.

Beschluss Nr. 23 Strengere Regeln für Einsatz von Humanantibiotika in der Veterinärmedizin

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt die Bemühungen des Bundesministeriums für Gesundheit, im Rahmen eines Zehn-Punkte-Plans zu einer Reduktion von Antibiotikaresistenzen beitragen zu wollen. Besondere Bedeutung hat hierbei die Notwendigkeit eines mindestens europaweiten, besser weltweiten gemeinsamen Handelns (Punkt 9), denn Keime respektieren keine Ländergrenzen.

Im Punkt 7 des Zehn-Punkte-Plans wird zwar der Zusammenhang zwischen Gesundheit von Mensch und Tier angesprochen, die abgeleiteten Schlussfolgerungen erscheinen aber unzureichend. Seit Beginn der Datenerhebung zur Antibiotikaabgabe in der Tiermedizin 2011 hat trotz Reduktion der Gesamtmenge in Tonnen die Verordnung von Fluorchinolonen um 60 % und der Verbrauch von 3. und 4. Generation Cephalosporinen um 20 % zugenommen. Diese Antibiotikagruppen sind unverzichtbarer Bestandteil verschiedener Leitlinien zur antibiotischen Therapie in der Humanmedizin.

Der Marburger Bund fordert, den Verbrauch von Fluorchinolonen und Cephalosporinen der 3. und 4. Generation in der Veterinärmedizin zu verbieten oder zumindest auf klar umgrenzte Einzelfälle gesetzlich einzuschränken.

Analog Punkt 5 des Zehn-Punkte-Plans sollten auch in der Veterinärmedizin verpflichtende Fortbildungen für rationalen Antibiotikatherapie eingeführt werden.

Da die unterschiedlichen Dosierungen nicht berücksichtigt werden, sagt die Reduktion des Antibiotikaverbrauchs in der Veterinärmedizin in Tonnen wenig über die tatsächliche Behandlungsdichte von Tieren aus.

Beschluss Nr. 24 Künftige Ausgestaltung der Beschäftigung von Gastärzten – Kein Verkauf von Weiterbildungsstellen

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Verband der Universitätsklinika Deutschlands sowie ihre Mitgliedsverbände auf, Sorge dafür zu tragen, dass bei der zukünftigen Beschäftigung von sogenannten Gastärzten aus dem Ausland zum Zweck der Weiterbildung eine Gleichbehandlung hinsichtlich der Einstellungsbedingungen und Arbeitsbedingungen mit anderen in- und ausländischen Ärzten gewährleistet ist.

Marburger Bund und Deutsche Krankenhausgesellschaft sind sich mittlerweile darüber einig, dass sich ausländische Ärzte mit Stipendium des Heimatlandes nicht nur in einem Weiterbildungsverhältnis, sondern auch in einem sozialversicherungs- und lohnsteuerpflichtigen Beschäftigungsverhältnis befinden und ihren Kollegen aus Deutschland und anderen Ländern hinsichtlich aller Arbeitsbedingungen gleichzustellen sind.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat daher den Kliniken zwar empfohlen, in diesen Fällen reguläre Arbeitsverhältnisse zu schließen und diese Ärzte tariflich zu vergüten, gleichzeitig aber auch, sich die bisher von den Heimatländern an diese Ärzte ausgezahlten Stipendien abtreten zu lassen und zur Refinanzierung des Arbeitslohns einschließlich der Lohnnebenkosten zu verwenden.

Ein solches Vorgehen führt jedoch zur untragbaren Konsequenz eines „(Ver)Kaufs von Weiterbildungsstellen“. Nur noch finanzstarke Länder, die ggf. sogar mehr als die gesamten Arbeitskosten aufbringen, können „ihre“ Ärzte an deutschen Kliniken unterbringen. Manche Krankenhäuser verlangen bereits jetzt zusätzlich die Zahlung von Prämien in unterschiedlicher Höhe durch das jeweilige Heimatland. Gegen diese Entwicklungen wenden wir uns ausdrücklich. Hierin liegt zum einen eine klare Wettbewerbsverzerrung zu Lasten aller anderen in- und ausländischen ärztlichen Kollegen, die sich ebenfalls auf die entsprechenden Weiterbildungsstellen bewerben und ihre Vergütung sowie weitere Gelder nicht „mitbringen“ können. Hinzu kommt, dass in den Krankenhäusern, die sich – unabhängig von ihrer Rechtsform – überwiegend in öffentlicher Hand befinden, die Kriterien bei der Vergabe von Stellen als Ausfluss aus Art. 33 II Grundgesetz nur „Eignung, Befähigung und fachliche Leistung“ der Bewerber sein können und demnach in keinem Fall ökonomische Gründe eine Rolle spielen dürfen.

Stipendien sollten daher zukünftig nur noch zum Erwerb von notwendigen Deutschkenntnissen sowie für Kurse zur Vorbereitung auf eine eventuell anstehende Kenntnisprüfung verwendet werden. Sobald ein ausländischer Arzt die sprachlichen und fachlichen Anforderungen erfüllt, kann er sich wie andere approbierte Ärzte auf einen Arbeits- und Weiterbildungsplatz mit regulärem Arbeitsvertrag und tariflicher Entlohnung bewerben.

Beschluss Nr. 25 Landesärztekammern sollen Anträge auf Facharztprüfung auch bei Wechsel der Zuständigkeit abschließen

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes appelliert an die Landesärztekammern, folgendes Vorgehen gemeinsam festzulegen:

Vollständige Anträge auf Facharztprüfung, die in einer Ärztekammer zum Zeitpunkt der Einreichung zuständigkeitshalber korrekt eingereicht wurden, sollen in dieser Landesärztekammer auch abschließend bearbeitet werden, sofern die nach Wechsel des Arbeitsplatzes neu zuständige Landesärztekammer damit einverstanden ist.

Beschluss Nr. 26 Prüfkriterien für Objektivität von Fortbildung

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Das ärztliche Selbstverständnis erfordert, dass Fortbildungsinhalte frei von ideologischen und wirtschaftlichen Interessen sind. Zur Prüfung der Objektivität von Fortbildungsinhalten sind Kriterien, die bundesweit einheitlich zur Anwendung kommen, erforderlich. Der Marburger Bund wird entsprechende Prüfkriterien entwickeln und vorschlagen.

Die Unabhängigkeit von Inhalten und Bewertungen in der Fortbildung (insbesondere von kommerziellen Interessen) muss entsprechend der ärztlichen Berufsordnung aus der Ärzteschaft selbst heraus definiert und gestaltet werden. Bisher liegen dazu keine bundesweit einheitlichen Prüfkriterien vor.

Beschluss Nr. 27 Unabhängige Fortbildung: Interessenskonflikte von Veranstaltern

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

In § 8 (3) legt die Fortbildungsordnung seit 2013 fest, dass (auch) Veranstalter von zertifizierten Fortbildungsmaßnahmen ihre Interessen gegenüber den Teilnehmern offen legen müssen.

Hierzu liegt aktuell noch kein konsentiertes Datenset vor, das von den Kammern im Rahmen des Anerkennungsverfahrens abgefragt und dann den Teilnehmern mitgeteilt werden kann.

Der Marburger Bund fordert die Bundesärztekammer auf, baldmöglichst ein solches Datenset vorzulegen, das dann bundesweit einheitlich zur Anwendung kommen soll.

Der Marburger Bund wird hierzu einen Kriterienkatalog entwickeln und vorschlagen.

Beschluss Nr. 28 Position der Ärzteschaft zum Einsatz von Apps in der Medizin

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Verbreitung von Apps für Smartphones, Tablet-PCs und tragbare Messgeräte, wie z. B. Armbanduhren (sog. „Wearables“), in den Bereichen Wellness, Fitness und Medizin nimmt rasant zu. Auf den entsprechenden Plattformen von Unternehmen wie Apple oder Google sind bereits Zehntausende solcher Applikationen abrufbar.

Eine Abgrenzung der Einsatzgebiete dieser Apps ist häufig schwierig. Neben kommerziellen Anbietern, die neue Geschäftsmodelle für das Gesundheitswesen etablieren wollen, sind auch Krankenversicherungen bereits in diesem Feld aktiv.

Derzeit etablieren sich u. a. folgende Arten von Apps:

- Apps, die persönliche gesundheitsbezogene Informationen des Nutzers speichern, (z. B. Notfalldaten-App, App mit Erinnerungsfunktion zur Einnahme von Medikamenten).
- Apps, die vorgeben, Diagnosen oder Ersteinschätzungen zu liefern (bspw. im Bereich der Dermatologie)
- Apps, die Daten des Nutzers über sein gesundheitsbewusstes Verhalten sammeln um diese als Grundlage für Unternehmensentscheidungen zur Verfügung zu stellen (z. B. individuelle Beitragsbemessung für PKV-Versicherte)

Neben den aus medizinischer Sicht durchaus sinnvoll erscheinenden Einsatzszenarien entwickeln sich erkennbar kritische, seitens der Ärzteschaft abzulehnende Anwendungen. Berührt wird nicht nur der Datenschutz sondern auch die Patientensicherheit, da viele Apps gezielt darauf ausgerichtet sind, das Verhalten von Nutzern und Patienten zu beeinflussen.

Der Marburger Bund vertritt daher die Auffassung, dass die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland eine qualifizierte Einschätzung der Bedeutung und der Folgen dieser sehr dynamischen Entwicklungen benötigen.

Die Bundesärztekammer wird daher aufgefordert, die derzeit bestehende Einschätzung zum Thema „Apps im Gesundheitswesen“ in eine umfassende Bewertung zu überführen.

Beschluss Nr. 29 Besserer Zugang zu medizinischen Fachpublikationen für Ärztinnen und Ärzte

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Um eine Medizin nach dem Stand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse praktizieren zu können, sind Ärztinnen und Ärzte auf einen möglichst breiten Zugang zu denen in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlichten Forschungsergebnissen angewiesen.

Über einen solchen freien Zugang zu aktueller Fachliteratur verfügen jedoch derzeit in Deutschland im Wesentlichen nur die an Universitätskliniken und Forschungseinrichtungen tätigen Kolleginnen und Kollegen. Ermöglicht wird dies über vertragliche Vereinbarungen zwischen den medizinischen Fachverlagen und z.B. Universitätsbibliotheken.

Das Gros der Ärztinnen und Ärzte, die den Hauptteil der medizinischen Versorgung schultern, verfügt jedoch nicht über einen solchen breiten Zugang zu medizinischer Fachliteratur. Auch wenn in den letzten Jahren Forschungsergebnisse zunehmend frei verfügbar publiziert werden (sog. „Open Access“) liegen die Preise für den Abruf oft nur eines einzigen Fachartikels bei rund 30 EUR und mehr. Gleichzeitig wird jedoch beklagt, dass der Transfer neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Regelversorgung viel zu lange dauere und Patienten verzögert zugutekomme.

Der Marburger Bund vertritt daher die Position, dass der Zugang aller Ärztinnen und Ärzte zu denen in medizinischen Fachzeitschriften publizierten Forschungsergebnissen dringend verbessert werden muss.

Er fordert daher die Bundesärztekammer auf, zu untersuchen, mit welchen Kosten die Ermöglichung eines Zugangs aller Ärztinnen und Ärzte zu medizinischer Fachliteratur nach dem Vorbild der in Universitätskliniken beschäftigten Kolleginnen und Kolleginnen verbunden wäre.

In einem zweiten Schritt soll die Bundesärztekammer untersuchen und darlegen, welche Möglichkeiten zur Finanzierung eines solchen Zugangs bestehen könnten.

Beschluss Nr. 30 Keine Sonderrechte für Kirchen, Diakonie und Caritas

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund nimmt die Denkschrift der Evangelischen Kirche Deutschlands "Solidarität und Selbstbestimmung im Wandel der Arbeitswelt" und das darin enthaltene Eintreten für den Grundsatz, dass die Arbeitsbedingungen durch den Tarifvertrag der mitgliederstärksten Gewerkschaft im Betrieb geregelt werden sollen, mit äußerstem Befremden zur Kenntnis. Als eine Organisation, die sich auf überkommene, aus der Weimarer Reichsverfassung stammende Prinzipien berufend selbst keine Tarifverträge abschließt, täte die Evangelische Kirche Deutschlands gut daran, sich aus der aktuellen Diskussion um das verfassungswidrige Gesetzesvorhaben der Bundesregierung zum Erlass eines Gesetzes zur Tarifeinheit herauszuhalten. Besonders pikant in diesem Zusammenhang ist die Mitwirkung insbesondere des BDA-Hauptgeschäftsführers Dr. Reinhard Göhner an diesem Papier.

Wenn man allerdings diesen in der Sache fehlgehenden Vorstoß als ersten zaghaften Versuch der Evangelischen Kirche Deutschlands werten darf, sich der säkularen Arbeitswelt und den dort geltenden Bedingungen zu öffnen, so wird ihr der Marburger Bund auf der Grundlage des Grundgesetzes und insbesondere dem Prinzip der Koalitionsfreiheit für alle Menschen und alle Berufe ein konstruktiver und hilfreicher Partner sein.

Gewerkschaften als einzig legitimierte Arbeitnehmervereinigungen zum Abschluss kollektiven Arbeitsrechts zu beteiligen, erfordert aber auch ein zahlenmäßiges Gleichgewicht zwischen diesen und der Arbeitgeberbank, außerdem den Verzicht, den Gewerkschaften Vorgaben über die Besetzung beispielsweise von Verhandlungsgremien zu machen.

Sowohl die Evangelische Kirche Deutschlands, ihre diakonischen Einrichtungen wie auch die katholische Kirche und die dem Deutschen Caritasverband angeschlossenen Einrichtungen bleiben aufgefordert, die überkommenen Pfade kirchlicher Sonderwege freiwillig zu ver-

lassen und sich der säkularen Arbeitswelt zu stellen. Das muss insbesondere überall dort gelten, wo Kirchen, Diakonie und Caritas, wie im Gesundheitswesen in staatlich oder durch Beiträge aller Bürger refinanzierten Bereichen unter den gleichen Bedingungen und mit dem gleichen Refinanzierungsanspruch am Markt teilnehmen, wie staatliche oder private Träger.

Beschluss Nr. 31 Caritas: Übernahme des Tarifabschlusses TV-Ärzte/VKA im Bereich der Regionalkommission Nord

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Regionalkommission Nord und ihr Vermittlungsausschuss sowie die Regionalkommission Nordrhein-Westfalen werden aufgefordert, der Empfehlung der Beschlusskommission der Arbeitsrechtlichen Kommission vom 26.03.2015 uneingeschränkt zu folgen und den Tarifabschluss des Marburger Bundes mit der VKA vollumfänglich zu übernehmen. Eine zeitliche Verschiebung der Lohnerhöhung – wie von der Arbeitgeberseite gefordert – lehnt der Marburger Bund ab.

Keine regionale Willkür in der Caritas!

Beschluss Nr. 32 Arbeit darf nicht krank machen – Arbeitgeber tragen Verantwortung

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Politik und Arbeitgeber auf, psychosoziale Risikofaktoren in der Arbeitswelt stärker in den Fokus zu rücken und das betriebliche Gesundheitsmanagement zu stärken.

Zunehmender Zeit- und Leistungsdruck, Arbeitsverdichtung und Überforderung sind zentrale Risikofaktoren für die Entstehung eines Erschöpfungssyndroms, das unbehandelt zu schweren psychischen Erkrankungen wie Depression, Angst- oder Suchterkrankungen führen kann.

Auch wenn Erschöpfungssyndrome und leichte Depressionen heute viel früher erkannt werden und frühzeitig therapiert werden können, sind die Arbeitgeber in der Pflicht: Zur Prävention und um frühzeitig gegensteuern zu können, ist ein betriebliches Gesundheitsmanagement erforderlich, das auch die psychischen Belastungen der Arbeit im Blick hat.

Psychisch überlastete Beschäftigte erhalten oft zu spät Beratung oder professionelle Hilfe. Besonders gefährdet sind Erwerbstätige, die nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankung wieder in ihr berufliches Umfeld zurückkehren. Hier kann bereits durch geringfügige Belastungen eine neue Krankheitsepisode ausgelöst werden.

Die Schnittstelle zwischen ambulanter medizinischer Versorgung und den Arbeitsmedizinern in den Betrieben muss an vielen Orten nachgebessert werden. Ein sach- und betriebskundiger Arzt sollte nach Möglichkeit die stufenweise Wiedereingliederung begleiten.

Beschluss Nr. 33 Vollständige Gefährdungsbeurteilung einfordern

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet Arbeitgeber dazu, auf Basis einer Beurteilung der Arbeitsbedingungen zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind (vgl. § 5 ArbSchG). Bei dieser Gefährdungsbeurteilung sind seit Oktober 2013 auch psychische Belastungen der Arbeit zu berücksichtigen (vgl. § 5 ArbSchG, Ziffer 6).

Der Marburger Bund fordert daher die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die für Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden auf, bei den Arbeitgebern im Gesundheitswesen, die noch keine vollständige Gefährdungsbeurteilung (inkl. der psychischen Gefährdungsbeurteilung) durchgeführt haben, im Rahmen ihrer aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten tätig zu werden.

Beschluss Nr. 34 Teilstudienplätze abschaffen und Wartezeit besser überbrücken

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert Bund und Länder dazu auf, das Kapazitätsrecht dahingehend zu ändern, dass Medizinstudierenden mit Teilstudienplatz ein nahtloser Übergang nach dem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in die klinischen Semester ermöglicht wird. Er fordert weiterhin die Medizinischen Fakultäten auf, für die Übergangszeit bis zu einer Änderung der Kapazitätsverordnungen die Gestaltungsmöglichkeiten zur Überbrückung der jeweiligen Wartezeit auf den Vollstudienplatz zu verbessern und die Bewerbung an anderen Fakultäten zu erleichtern.

Beschluss Nr. 35 Mobilität im Praktischen Jahr

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Medizinischen Fakultäten und Landesprüfungsämter auf, die Vorgaben der Ärztlichen Approbationsordnung zur uneingeschränkten Mobilität im Praktischen Jahr durch entsprechende Ausführungsbestimmungen bundesweit einheitlich umzusetzen. Dazu gehört auch die Möglichkeit der Ableistung von mindestens zwei Tertialen im Ausland.

Beschluss Nr. 36 Note keine Voraussetzung für Promotion

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Medizinischen Fakultäten auf, die Zulassung zur Promotion nicht von den Ergebnissen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung abhängig zu machen.

Beschluss Nr. 37 Bundesausbildungsförderungsgesetz an PJ-Abschnitte im Ausland anpassen

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber erneut dazu auf, das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) dahingehend anzupassen, dass auch diejenigen Abschnitte des Praktischen Jahres (PJ), die Medizinstudierende im Ausland verbringen, unabhängig von deren Dauer als förderungswürdig anerkannt werden. Darüber hinaus fordert er bis zur Umsetzung einer entsprechenden neuen gesetzlichen Regelung das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie die für Ausbildungsförderung zuständigen Länderministerien dazu auf, die Vollzugspraxis zu freiwilligen Praktika, die innerhalb der vorlesungsfreien Zeit absolviert werden und unabhängig von deren Dauer zu Inlandssätzen gefördert werden, auf das Praktische Jahr im Ausland zu übertragen.

Beschluss Nr. 38 Adäquate Vergütung der studentischen Hilfskräfte an Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken

Die 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Verantwortlichen in den Hochschulen und Universitätskliniken auf, für eine angemessene Vergütung der studentischen Hilfskräfte Sorge zu tragen. Wir fordern eine Vergütung von mindestens 12 Euro pro Stunde. Dieses Stundenentgelt stellt unsere Mindestforderung dar. Es sollte unter Berücksichtigung der verantwortungsvollen Aufgaben und des jeweiligen Ausbildungsgrads der studentischen Hilfskräfte angemessen erhöht werden.