

128. Hauptversammlung 06./07.11.2015 in Berlin

BESCHLÜSSE

- Nr. 1 Gesundheitsschutz für Ärztinnen und Ärzte
- Nr. 2 Arztspezifische Tarifregelungen für Betriebsärzte
- Nr. 3 Mutterschutzregelungen individuell gestalten
- Nr. 4 Krankenhausstrukturgesetz: Nachbesserungen verhindern weitere Verschlechterung der angespannten Krankenhaussituation
- Nr. 5 Qualität folgt der Finanzierung und nicht umgekehrt
- Nr. 6 Kein Abbau von stationären Versorgungskapazitäten auf dem Boden einer vorgeschobenen Qualitätsdiskussion
- Nr. 7 Qualitätsbegriff in Zusammenhang mit Krankenhausplanung im Krankenhausstrukturgesetz neu definieren
- Nr. 8 Krankenversichertengelder dürfen nicht die fehlenden Krankenhausinvestitionen der Länder kompensieren
- Nr. 9 Krankenversichertengelder dürfen nicht missbraucht werden für Krankenhausinvestitionen
- Nr. 10 Ambulante Versorgung stärken – KV-Praxen an Krankenhäusern mit Notfallversorgung rund um die Uhr betreiben
- Nr. 11 Nachbesserung des Gesetzentwurfs zum Wissenschaftszeitvertragsgesetz (WissZeitVG)
- Nr. 12 TTIP-Freihandelsabkommen: Arbeits- und Gesundheitsschutz sind nicht verhandelbar!
- Nr. 13 Anpassung der Arzneimittel-Richtlinie aufgrund der Änderung des § 39 des SGB V nachbessern

- Nr. 14 Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern
- Nr. 15 Medizinische Versorgung von Flüchtlingen verbessern
- Nr. 16 Medizinische Versorgung von Flüchtlingen durch die Gesundheitskarte verbessern
- Nr. 17 Arztspezifische Arbeits- und Entgeltbedingungen für Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst
- Nr. 18 Anwendung des Marburger Bund Standard-Anstellungsvertrages im ambulanten Bereich für sich weiterbildende Ärztinnen und Ärzte
- Nr. 19 "Dritter Weg" keine brauchbare Alternative zum Tarifvertrag
- Nr. 20 Verankerung eines Wahlkörpers für angestellte Ärzte bei den Wahlen zu den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im SGB V
- Nr. 21 KV-Wahlen
- Nr. 22 Ständiger ökonomischer Druck verschlechtert nicht nur die Arbeitssituation, sondern auch die Weiterbildung
- Nr. 23 Weiterbildung ist Kammersache und nicht Sache der KBV
- Landeshoheit der Weiterbildung erhalten -
- Nr. 24 Einführung der Zusatzbezeichnung „Klinische Notfallmedizin“ in der (Muster-)weiterbildungsordnung
- Nr. 25 Struktur des Praktischen Jahres in seiner jetzt bestehenden Form beibehalten - Keine Quartalisierung
- Nr. 26 Erhöhung der Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin, mehr Praxisnähe und bessere Betreuung in der Ausbildung
- Nr. 27 Teilstudienplätze umwandeln – Kapazitätsrecht ändern
- Nr. 28 Örtliche Zuständigkeit von Ärztekammern bei aus dem Ausland gestellten Anträgen auf Gleichwertigkeitsprüfung von Facharztabschlüssen
- Nr. 29 Positionspapier „Neue (akademische) Gesundheitsberufe“
- Nr. 30 Solidaritätsadresse an britische Ärztinnen und Ärzte (Junior Doctors)

Beschluss Nr. 1 Gesundheitsschutz für Ärztinnen und Ärzte

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Gesunde Arbeitsbedingungen sind elementare Voraussetzungen für einen langfristigen Erhalt der Arbeitskraft eines jeden Menschen. Dabei hat sich die Gefährdungslage der Arbeitnehmergeundheit durch physische Beeinträchtigungen in konkret oder latent Gefahr geneigten Produktions- oder Erwerbsprozessen in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verbessert. Bestimmte Tätigkeiten, etwa bei der Behandlung von Patienten, oder bestimmte Umstände, wie etwa die Dauer und zeitliche Lage der Tätigkeit, bleiben auch heute stets gefährlich, herausfordernd oder zumindest langfristig körperlich beeinträchtigend. Neben primär körperlich ungesunden Arbeitsbedingungen stehen vielfach arbeitsimmanente psychische Belastungen und Herausforderungen, die zu einer krankmachenden Arbeitssituation beitragen.

Die 120. Hauptversammlung des Marburger Bundes 2011 beschrieb einen dringenden Handlungsbedarf und formulierte konkrete Handlungsansätze zur Verbesserung des ärztlichen Arbeitsplatzes. Insbesondere wurden eine bessere Personalausstattung in den Krankenhäusern zum Schutz der angestellten Ärztinnen und Ärzte und der anderen Beschäftigtengruppen im Krankenhaus zur Verminderung der Arbeitsbelastung und des Burnouts sowie die flächendeckende Einführung von Programmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung insbesondere von Ärztinnen und Ärzten gefordert.

Nach der aktuellen Umfrage des Marburger Bundes (MB-Monitor 2015) fühlen sich dennoch 59 % der Ärztinnen und Ärzte häufig psychisch belastet. 72 % haben das Gefühl, dass die Gestaltung der Arbeitszeiten sie in ihrer Gesundheit beeinträchtigt etwa in Form von Schlafstörungen oder häufiger Müdigkeit.

Der Marburger Bund hält es daher für dringend notwendig, dass die psychisch belastenden und krankmachenden Faktoren an ärztlichen Arbeitsplätzen umgehend reduziert werden. Die Arbeitgeber werden aufgefordert, Warnsignalen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere von Ärztinnen und Ärzten, nachzugehen und krankmachende Belastungen abzubauen.

Beschluss Nr. 2 Arztspezifische Tarifregelungen für Betriebsärzte

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Ursachen für eine zunehmende Leistungsverdichtung für die Beschäftigten an deutschen Krankenhäusern sind vielfältig. Ihre Folgen betreffen jedoch alle Beschäftigten. Lange Arbeitszeiten, kaum planbare Freizeitintervalle, die Pflicht zur kurzfristigen Arbeitsaufnahme, nächtliche Bereitschafts-, Ruf- und Schichtdienste sowie die fehlende Möglichkeit, die eigenen Arbeitsbedingungen in zeitliche Kongruenz mit dem sozialen Umfeld zu bringen, führen zu erheblichen Gefahren der Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern an deutschen Krankenhäusern. Auch die aktuelle Umfrage des Marburger Bundes unter seinen Mitgliedern legt in erschreckender Weise den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen sowie Gesundheits- und Leistungsbeeinträchtigungen dar.

Der Arbeitsmedizin und den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten kommt in dieser Situation eine besonders verantwortungsvolle Aufgabe zu. Sie sind für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit

der Krankenhausbeschäftigten und die Schaffung von Arbeitsbedingungen verantwortlich, die im Einklang mit arbeitsschutzrechtlichen Vorgaben und arbeitsmedizinischen Erkenntnissen stehen. Im Hinblick auf die Dienstplangestaltung kommt den Betriebsärzten in den großen Tarifwerken des Marburger Bundes eine besondere Bedeutung zu. Trotz dieser verantwortungsvollen Aufgaben und der wichtigen Position der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte innerhalb der Organisation der Krankenhäuser und der Sicherung der Gesundheitsversorgung insgesamt weigern sich insbesondere die Universitätskliniken noch immer, die Betriebsärztinnen und Betriebsärzte in den Geltungsbereich des arzt spezifischen Tarifvertrages des Marburger Bundes aufzunehmen. Im Interesse des langfristigen Erhalts der Gesundheit der Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern und der Gewährleistung und Aufrechterhaltung einer guten Gesundheitsversorgung muss auch für die Betriebsärztinnen und Betriebsärzte ein entsprechender tarifpolitischer und monetärer Anreiz geschaffen werden, diesen Aufgaben auch zukünftig zu entsprechen und ärztlichen Nachwuchs für dieses Arbeitsfeld zu begeistern.

Die Arbeitgeber werden daher aufgefordert, gemeinsam mit dem Marburger Bund die Geltungsbereiche der arzt spezifischen Tarifverträge so anzupassen, dass diese auch auf Betriebsärztinnen und Betriebsärzte Anwendung finden.

Beschluss Nr. 3 Mutterschutzregelungen individuell gestalten

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 128. Hauptversammlung fordert die Arbeitgeber im Krankenhaus auf, bei der Gestaltung des Mutterschutzes im Krankenhaus die individuelle Situation von Ärztinnen stärker zu berücksichtigen. Gefährdungsbeurteilungen müssen auf die individuellen Bedürfnisse der Ärztin eingehen und mit der werdenden Mutter ausführlich besprochen werden. Äußert die werdende Mutter in diesem Gespräch den expliziten Wunsch nach einer individuellen Regelung, so ist vor dem Aussprechen eines Beschäftigungsverbots in gewissen Arbeitsbereichen zu prüfen, ob durch spezielle Maßnahmen (beispielsweise Einsatz von Dosimetern mit wöchentlicher Auslesung, ausschließlicher Einsatz stichsicherer Instrumente, präoperative Untersuchung der Patienten auf HCV und HIV AK, Bereitstellung von persönlicher Schutzausrüstung in ausreichender Zahl nach TRBA 250 etc.), die werdende oder stillende Mutter weiter im bisherigen/gewünschten Arbeitsbereich eingesetzt werden kann. Eine Aufweichung der bestehenden gesetzlichen Mutterschutzregelungen ist hierdurch nicht beabsichtigt.

**Beschluss Nr. 4 Krankenhausstrukturgesetz: Nachbesserungen verhindern
weitere Verschlechterung der angespannten Krankenhaus-
situation**

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die geplanten Nachbesserungen des Gesetzentwurfes weisen in vielen Punkten in die richtige Richtung. Der Pflegedienstpersonalkostenzuschlag und die Verlängerung des Hygieneförderprogramms zusammen mit dem Pflegestellenförderprogramm verhindern eine weitere Verschlechterung der schon derzeit unzureichenden Personalsituation in den Krankenhäusern.

Das Hauptproblem ist, dass es der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform erneut nicht gelungen ist, sich auf ein gemeinsames Konzept für eine auskömmliche und nachhaltige Investitionsfinanzierung zu verständigen. Im Grunde bleibt es beim Status quo, also der Fortschreibung des Defizits und dem Zwang, Investitionsmittel durch Einsparungen am Personal, und damit an der Qualität, finanzieren zu müssen. Der Marburger Bund fordert die Bundesländer auf, endlich die seit Jahren bestehende Unterfinanzierung im investiven Bereich zu beheben.

Der Marburger Bund hat darüber hinaus mehrfach auf den bestehenden brisanten Personalmangel in den deutschen Krankenhäusern und dessen direkte Auswirkung auf die tägliche Patientenversorgung hingewiesen. Dies betrifft alle in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen. Daher sind Konzepte zur angemessenen Personalbesetzung im Krankenhaus insgesamt erforderlich, um die Ermittlung des adäquaten Personalbedarfs auch im ärztlichen Bereich auf eine valide Grundlage zu stellen. Die Einrichtung einer Expertenkommission, die sich mit der Frage einer sachgerechten Berücksichtigung des Pflegebedarfs im Vergütungssystem der Krankenhäuser befassen soll, ist ein erster Schritt.

Der Marburger Bund begrüßt zwar die wenigstens anteilige Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen. Danach sollen steigende Kosten der Krankenhäuser infolge von Tarifabschlüssen, die die Obergrenze für Preiszuwächse überschreiten, hälftig von den Kostenträgern refinanziert werden. Richtig bleibt aber weiterhin eine hundertprozentige Refinanzierung, wie sie der Marburger Bund schon lange fordert.

Zwar helfen die Überarbeitung der Fixkostendegression für Mehrleistungen grundsätzlich und die Fortschritte in der Frage der ambulanten Notfallversorgung geben Anlass zur Hoffnung, dass künftig die ambulante Notfallversorgung der Krankenhäuser besser vergütet wird.

Leider hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Idee der Qualitätsabschläge im Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes nur leicht modifiziert und nicht ersatzlos gestrichen. Der Marburger Bund hält Vergütungsabschläge nach wie vor für ein ungeeignetes Instrument zur Qualitätsverbesserung.

Beschluss Nr. 5 Qualität folgt der Finanzierung und nicht umgekehrt

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund warnt vor der von den Kostenträgern bewusst geschürten, wohlfeilen Propaganda, dass durch finanzielle Anreiz- oder gar Sanktionssysteme die Qualität der Krankenhäuser gesteigert werden könnte. Ganz abgesehen davon, dass die Kostenträger den wissenschaftlich untermauerten Nachweis bisher schuldig geblieben sind, wie die medizinische Qualität von Krankenhäusern überhaupt valide ermittelt werden kann, ist eine ausreichende Finanzierung insbesondere der Arbeitsleistung des ärztlichen wie nicht-ärztlichen Personals und der Investitionen in die Ausstattung der Kliniken unabdingbare Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung in den gut 1.950 Krankenhäusern in Deutschland und nicht deren Folge.

Nachgelagerte Anreiz- oder Sanktionssysteme erzeugen lediglich einen "Anreiz", durch Gestaltung von Ergebnisdaten oder sonst geschickte Nutzung der Systematik des jeweiligen Anreizsystems bereits vorgenommene Investitionen nachträglich zu refinanzieren. Das so erzeugte Verhalten ist im Blick auf die Steigerung einer patientenorientierten Qualität eher kontraproduktiv. Auf das Qualitätsniveau wirkt es egalisierend.

Beschluss Nr. 6 Kein Abbau von stationären Versorgungskapazitäten auf dem Boden einer vorgeschobenen Qualitätsdiskussion

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert, bei der Diskussion über Abteilungs-/Klinikschließungen aufgrund von bisher nicht definierten Qualitätsvorgaben den Versorgungsbedarf einer zunehmend alternden Bevölkerung zu berücksichtigen. Laut der Studie Deloitte Health Care Indikator 2015 werden die Fallzahlen deutschlandweit bei einer weiteren Verkürzung der Verweildauer so stark zunehmen, dass eine in der Studie angenommene derzeitige Überversorgung von 6 % sich bereits im Jahr 2030 in eine Unter-versorgung mit 1,7 % ins Gegenteil verkehrt.

Jetzt schon kommt es immer wieder zu Engpässen, insbesondere der intensivmedizinischen Kapazitäten. Auch das vermehrte Aufkommen von Grippefällen hat im vergangenen Winter zu Problemen in der ambulanten und stationären Versorgung geführt. Der Sicherstellungsauftrag gilt aber nicht für Durchschnittsbelegungen, sondern auch für die Abdeckung von Spitzenzeiten. Ein Abbau von vermeintlichen Überkapazitäten jetzt würde zu der Notwendigkeit von teuren Neuschaffungen in 10 Jahren führen. Sinnvoller ist eine Beurteilung nach Regionen und Erreichbarkeit.

Beschluss Nr. 7 Qualitätsbegriff in Zusammenhang mit Krankenhausplanung im Krankenhausstrukturgesetz neu definieren

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, den Qualitätsbegriff in den Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz im § 8 Absatz 1a und 1b scharf zu trennen. Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanungen (Absatz 1a) unterliegen anderen Zwecken und Gesetzmäßigkeiten als Qualitätsindikatoren beim Betrieb von Krankenhäusern (Absatz 1b). Während für die Planung der Länder fast ausschließlich Strukturqualitätsindikatoren eine Rolle spielen dürften, die in Abhängigkeit des zu erreichenden Zieles auch unterschiedlich bewertet werden, sind beim Betrieb von Krankenhäusern Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren zu beachten. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass

1. die derzeitige externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V bei 3,2 Millionen verwerteten Datensätzen, die ca. 42 Millionen Indikatoren generierten, für die ca. 80 Millionen Datenfelder im Jahr 2013 ausgefüllt werden mussten, nur 1.763 Auffälligkeiten gefunden wurden und
2. im § 12 des SGB V das Wirtschaftlichkeitsgebot von Leistungen mit ausreichend (Note 4), zweckmäßig und wirtschaftlich definiert wird.

Hieraus folgt streng genommen, dass eine bessere Qualität als die Schulnote 4 gar nicht durch das SGB V abgedeckt wäre. Wenn man dem Gesetzgeber aber unterstellt, dass er die Qualität von Leistungen doch besser als ausreichend definiert, so ist der Absatz 1b des § 8 KHG vollständig mit abhängigen Anpassungen zu streichen.

Gestrichen werden soll auch im SGB V § 136b (1) Nr. 5, „einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen, sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren.“, da nach 15-jähriger Erfahrung mit der externen Qualitätssicherung und einem vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Gutachten aus dem Jahr 2012 keine Evidenz für Pay for Performance vorliegt. Hier sind im Rahmen von Pilotprojekten intelligenter Verfahren zu entwickeln.

Zur problematischen Definition des Qualitätsbegriffs verweisen wir auf die Position des Marburger Bundes zur geplanten Qualitätsoffensive der Bundesregierung, Beschluss Nr. 3 der 125. Hauptversammlung des Bundesverbands 2014 (siehe Anlage).

Anlage zum Beschluss Nr. 7 der 128. HV

M A R B U R G E R B U N D

Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.
- Bundesverband -

125. Hauptversammlung, 24./25.05.2014 in Düsseldorf

**Beschluss Nr. 3 POSITION DES MARBURGER BUNDES ZUR GEPLANTEN
QUALITÄTSOFFENSIVE DER BUNDESREGIERUNG**

Die 125. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt die Offensive der Bundesregierung, die Qualität der medizinischen Leistungen, ihrer Sicherung und Optimierung stärker in den Mittelpunkt der Versorgung rücken zu wollen. Die Weiterentwicklung unseres international anerkannt guten medizinischen Versorgungssystems ist in der Vergangenheit nahezu ausschließlich von einer Kostendiskussion bestimmt worden. Der Wert der ärztlichen Leistungserbringung ist in dieser Diskussion zur Nebensache geworden.

Im Koalitionsvertrag heißt es, dass die Menschen sich darauf verlassen können müssen, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden.

Gute Medizin bedingt ein einheitliches Qualitätsverständnis

Aus Sicht des Marburger Bundes mangelt es unserem Gesundheitssystem nicht an Vorgaben und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Allerdings wurde bislang nicht definiert, was unter einer guten Qualität medizinischer Leistungen zu verstehen ist. Maßnahmen zur Messung und Verbesserung von Qualität setzen voraus, dass ein gesellschaftlicher Konsens darüber besteht, was gute Qualität ist, zukünftig sein soll und wie diese sichergestellt bzw. finanziert werden kann. Deshalb muss es aus Sicht des Marburger Bundes vorrangige Aufgabe sein, ein einheitliches Qualitätsverständnis zu entwickeln. Eine wissenschaftliche und unabhängige Einrichtung wie das geplante Institut für Qualität und Transparenz könnte dazu beitragen, solange sich dieses nicht zu einer vor allem bürokratischen Einrichtung mit Behördencharakter entwickelt.

Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität

Der Koalitionsvertrag benennt zur Umsetzung der geplanten Qualitätsoffensive zahlreiche Maßnahmen, die verschiedene Ziele verfolgen wie die Vorgabe von verbindlichen medizinischen Qualitätsstandards, die Erstellung von Qualitätsvergleichen und die Vergütung von Qualität.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung müssen auf die Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung gerichtet sein. Sie dürfen auf keinen Fall als Mittel zur Behebung von Finanzierungsproblemen oder zur Strukturbereinigung missbraucht werden.

Qualitätsbegründete Zu- und Abschläge auf die Vergütung stationärer Leistungen sind kein geeignetes Mittel zur Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität, sondern setzen Fehlanreize.

Die Möglichkeiten, die Versorgungsqualität mittels finanzieller Anreize (Pay for Performance - P4P) zu verbessern, sind derzeit nicht ausreichend erforscht, wie ein im Jahr 2012 veröffentlichtes Gutachten im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit belegt. Danach sollten P4P-Instrumente erst dann gewählt werden, wenn die Möglichkeiten der vorhandenen anderen Steuerungsinstrumente ausgeschöpft sind und zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten nachgewiesen wurde.

Qualitätsverträge, bei denen die Krankenkassen festlegen, was Qualität ist, lehnt der Marburger Bund ab. Qualitätsverträge als Selektivverträge sind Instrumente des Wettbewerbs.

Qualitätswettbewerb darf aber nicht über Preise und Rabatte stattfinden. Diese Gefahr besteht bei Selektivverträgen, wenn Kostenträger bei medizinischen Leistungen deren Qualität und Kosten gegeneinander abwägen müssen. Selektivverträge sind daher auch kein geeignetes Instrument, um Erkenntnisse über die Behandlungsqualität zu gewinnen.

Qualitätskriterien müssen besonderen Anforderungen genügen

Krankenhäuser sind verpflichtet, die Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zwingend einzuhalten. Die Richtlinien sind damit auch verbindlich für die ärztliche Leistungserbringung. Dieser großen Verantwortung muss der G-BA Rechnung tragen können. Dazu muss sichergestellt und kontrolliert werden, dass die den G-BA-Richtlinien zugrunde liegenden Qualitätskriterien besonderen Anforderungen genügen:

Qualitätskriterien müssen relevant sein. Qualität ist, was beim Patienten ankommt. Qualitätsindikatoren bilden Heilung, Linderung und/oder höhere Lebensqualität ab. „Surrogat-Parameter“ wie „Mindestmengen“ o. ä. sind abzulehnen.

Qualitätskriterien müssen wissenschaftlich entwickelt werden.

Qualitätskriterien müssen rechtssicher sein. Je gravierender die Folgen im Falle der Nichtbeachtung oder Nichterfüllung von Qualitätskriterien sind, desto rechtssicherer müssen die Kriterien sein. Dies erfordert auch eine ausreichende Risikoabschätzung, um Fehlentwicklungen gerade im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung zu vermeiden.

Qualitätskriterien müssen praktikabel sein. Sie müssen im Klinikalltag von den Ärztinnen und Ärzten umsetzbar sein. Sie dürfen nicht zu mehr Bürokratie und zu einem ungedeckten Ressourcenverbrauch führen und damit zu Lasten ärztlicher Tätigkeit gehen.

Qualitätskriterien müssen transparent und vermittelbar sein. Die Auswirkungen der ein- gesetzten Qualitätsinstrumente müssen evaluiert und kommuniziert werden. Fehlentwicklungen muss rechtzeitig gegengesteuert werden. Um die Anforderungen an die Qualitätskriterien sicherzustellen, sind die Ärztekammern adäquat einzubinden.

Qualitätsvergleiche auf sachliche Grundlagen stellen

Die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen medizinischen Berufsgruppen wird heute durch unsachliche Vergleiche und divergierende Darstellungen skandalisiert und stigmatisiert. Damit wird auch der Eindruck erweckt, die medizinische Versorgung in Deutschlands Kliniken sei nicht mehr sicher. Der Marburger Bund begrüßt daher die Absicht, derartigen Aktivitäten zukünftig die Grundlage zu entziehen und dafür ein fachlich unabhängiges Institut zu schaffen, das verlässliche Orientierungshilfen über die Qualität der Leistungen und Einrichtungen für Patienten und Ärztinnen und Ärzte entwickelt.

Qualität als Planungsinstrument

Der Marburger Bund begrüßt, dass nach dem Koalitionsvertrag Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich in § 1 KHG eingeführt werden soll.

Die Vorgabe von Kriterien sollte sich auf die Qualität der strukturellen Voraussetzungen für die Erfüllung des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses konzentrieren, wie sie bereits in den Krankenhausgesetzen und Krankenhausplänen einiger Bundesländer erfolgt. Die Länder haben eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung sicherzustellen und die Einhaltung des jeweiligen Versorgungsauftrags zu gewährleisten. Mit der Krankenhausplanung stehen die Bundesländer auch in der Verpflichtung, die Leistungsfähigkeit der Plankrankenhäuser sicherzustellen. Dies kann zum Beispiel durch die Vorgabe von Mindestanforderungen an Kompetenz und Verfügbarkeit des ärztlichen Dienstes, an apparativer und infrastruktureller Ausstattung etc. erfolgen.

Die Bundesländer müssen zudem die erforderlichen Finanzmittel zur Umsetzung von (zusätzlichen) Strukturmaßnahmen im Wege einer ausreichenden Investitionskostenförderung zur Verfügung stellen.

Qualität erfordert Qualifikation

Wesentliche Voraussetzung für die Qualität der Patientenversorgung ist qualifiziertes Personal. Die ärztliche Weiterbildung sichert die Qualität der ärztlichen Berufsausübung. Die Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses auch als gesamtgesellschaftlich notwendige Aufgabe muss gefördert werden, indem zum Beispiel die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte zum Facharzt als Qualitätsmerkmal der Krankenhäuser nach Maßgabe des Weiterbildungsrechts ausgebaut wird.

Qualitätsdiskussion muss im Kontext der finanziellen Rahmenbedingungen geführt werden

„Beste Qualität und Behandlung nach dem neusten medizinischen Stand“ (s. Koalitionsvertrag) erfordern, dass auch die materiellen Voraussetzungen für die ärztliche Tätigkeit gegeben sein müssen. Dies betrifft sowohl eine dafür ausreichende Betriebskostenfinanzierung als auch die Bereitstellung erforderlicher Investitionsmittel durch die Bundesländer.

Rationalisierungsdruck geht zu Lasten von Qualität und Sicherheit. Dies gilt insbesondere für die Arbeitsbelastung der Ärzte und Pflegenden. Oftmals sind Stress und Überforderung der Grund für Defizite an Aufmerksamkeit und Konzentration. Übermäßige Arbeitsbelastung und Zeitmangel können zu gravierenden Fehlern führen.

Deshalb sind Konkretisierungen zur Aussage im Koalitionsvertrag erforderlich: „Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird.“

Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes forderte die große Koalition bereits auf, die von ihr angekündigte Krankenhausreform zu nutzen, um die Rahmenbedingungen für den Erhalt der Qualität der medizinischen Versorgung auf den Weg zu bringen. Notwendig ist insbesondere eine adäquate Ausstattung der Krankenhäuser in personeller und finanzieller Hinsicht. Hierzu sind die aus Sicht des Marburger Bundes notwendigen Korrekturen der Krankenhausfinanzierung vorzunehmen sowie eine ausreichende Investitionskostenfinanzierung sicherzustellen.

Der Marburger Bund bietet seine Expertise an. Er ist bereit, die Arbeit der Bund-Länder-Kommission zu unterstützen.

**Beschluss Nr. 8 Krankenversichertengelder dürfen nicht die fehlenden
Krankenhausinvestitionen der Länder kompensieren**

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die duale Krankenhausfinanzierung wird durch unzureichende Investitionsmittel der Länder seit Jahren nicht mehr richtig gelebt, ja ausgehöhlt. Die Regelung im Krankenhausstrukturgesetz perpetuiert die Finanzierungslücke. Somit werden Investitionen von den Krankenhausträgern zunehmend aus DRG- oder PEPP-Erlösen finanziert, obwohl diese ausschließlich für die Deckung der laufenden Kosten zur Verfügung stehen sollen. Leidtragende sind die Mitarbeiter und die Patienten in den Kliniken. Letztendlich führt dies auch zu einer nicht korrekten Verwendung der Gelder aller Krankenversicherten, denen jetzt ein Zusatzbeitrag zugemutet werden soll. Somit tragen dann die Beitragszahler der Krankenversicherungen neben der Finanzierung von „versicherungsfremden“ Leistungen, für die der Bund auch 2015 seinen Steuerzuschuss massiv gekürzt hat, auch noch Teile der Investitionskosten der Krankenhäuser.

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert den Gesetzgeber im Sinne aller Krankenversicherten auf, ergänzende Bundesmittel zur Verfügung zu stellen und transparente und einklagbare Verpflichtungen der Länder für Krankenhausinvestitionen festzuschreiben.

**Beschluss Nr. 9 Krankenversichertengelder dürfen nicht missbraucht werden
für Krankenhausinvestitionen**

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die duale Krankenhausfinanzierung wird durch unzureichende Investitionsmittel der Länder seit Jahren ausgehöhlt. Die Regelung im Krankenhausstrukturgesetz perpetuiert die Finanzierungslücke. Somit werden Investitionen von den Krankenhausträgern zunehmend aus DRG-Erlösen finanziert, obschon diese ausschließlich für die Deckung der laufenden Kosten zur Verfügung stehen sollen. Leidtragende sind die Mitarbeiter und die Patienten in den Kliniken. Letztendlich führt dies auch zu einer nicht korrekten Verwendung der Gelder aller Krankenversicherten, denen jetzt ein Zusatzbeitrag zugemutet werden soll. Somit tragen dann die Beitragszahler der Krankenversicherungen neben der Finanzierung von „versicherungsfremden“ Leistungen, wie der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern, für die der Bund auch 2015 seinen Steuerzuschuss um einen Milliardenbeitrag gekürzt hat, auch noch Teile der Investitionskosten der Krankenhäuser.

Die Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert den Gesetzgeber auf, im Sinne aller Krankenversicherten, ergänzende Bundesmittel zur Verfügung zu stellen und transparente und einklagbare Verpflichtungen der Länder für Krankenhausinvestitionen festzuschreiben.

Beschluss Nr. 10 Ambulante Versorgung stärken – KV-Praxen an Krankenhäusern mit Notfallversorgung rund um die Uhr betreiben

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf, Bereitschaftsdienstpraxen in unmittelbarer Nähe aller Krankenhäuser mit Notfallversorgung einzurichten und diese rund um die Uhr zu betreiben, um ihren Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung zu erfüllen.

Beschluss Nr. 11 Nachbesserung des Gesetzentwurfs zum Wissenschaftszeitvertragsgesetz (WissZeitVG)

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, den im Kabinett bereits beschlossenen Entwurf zur Novellierung des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes zu ändern und zwingende Mindeststandards hinsichtlich der Befristung von Arbeitsverträgen zu setzen, sowie die Tarifsperre aufzuheben.

Der Marburger Bund hatte ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Befristungspraxis im Hochschulbereich und insbesondere auch bei den Ärztinnen und Ärzten an Universitätsklinikum zu überwiegend sehr kurzen Laufzeiten nach dem WissZeitVG führte, und hatte deswegen gefordert, feste Mindeststandards von wenigstens zwei Jahren bei den Vertragslaufzeiten zu normieren. Weiterhin hatte der Marburger Bund sich dafür eingesetzt, die aus dem Hochschulrahmengesetz übernommene Tarifsperre aufzuheben, um flexiblere und an die jeweilige Berufsgruppe angepasste Regelungen zu ermöglichen (Beschluss Nr. 10, 126. HV 2014).

In dem bisher vorliegenden Gesetzentwurf sind diese Forderungen nur mangelhaft umgesetzt. Nach diesem Entwurf ist künftig die Befristungsdauer so festzulegen, dass sie der angestrebten Qualifizierung „angemessen“ ist. Dieser Rechtsbegriff ist auslegungsbedürftig und wird nicht zu einer Änderung der Befristungspraxis insbesondere von Ärztinnen und Ärzten führen. Der Gesetzgeber macht in der Begründung sogar deutlich, dass er sich hier wegen der Vielfalt der Qualifizierungsmöglichkeiten und -wege gerade nicht festlegen möchte. So werden es künftig wie so oft die Arbeitsgerichte sein, die im Einzelfall entscheiden, was unter dem „sinnvollen Zeitraum“ im Hinblick auf die Qualifizierung zu verstehen ist. Werden die Arbeitsgerichte nicht angerufen, wird es im Zweifel nach wie vor der Arbeitgeber sein, der die Bedingungen setzen wird.

Einen Sonderfall stellt im Bereich der Universitätsklinikum die Befristung von Arbeitsverträgen für Ärztinnen und Ärzte dar, die sich in der Weiterbildung befinden. Sollte der Gesetzgeber hier den Abschluss der Facharztweiterbildung als Qualifizierungsziel im Sinne des WissZeitVG ansehen, muss normiert werden, dass die Befristungsdauer dann zwingend so zu bemessen ist, dass die „für eine selbständige Vertretung des Fachs Medizin in der Lehre erforderliche“ Facharztweiterbildung (BAG, 02.09.2009 – 7 AZR 291/08) auch abgeschlossen werden kann. Anderenfalls kann auch der einzig im Bereich der Medizin auf neun Jahre ausgedehnte Qualifizierungszeitraum in der Postdoc-Phase nicht mehr gerechtfertigt werden.

Ähnliche Unsicherheiten, die eine Normierung von Mindeststandards bei den Vertragslaufzeiten erfordern, gelten nach dem Änderungsgesetz bei Drittmittelbefristungen. Künftig „soll“ sich die Laufzeit des Arbeitsvertrages an der Dauer der Mittelbewilligung orientieren. Aber auch hier bleibt viel Spielraum, da die Vorschrift nicht als zwingende Vorgabe formuliert und ebenfalls bereits in der Begründung vermerkt ist, dass kürzere Befristungen, wenn auch nur im Ausnahmefall, möglich bleiben.

Der Marburger Bund hatte weiterhin gefordert, wie auch der Ausschuss für Kulturfragen in seinen Empfehlungen vom 6. Oktober 2015 an den Bundesrat, die bereits aus dem Hochschulrahmengesetz übernommene Tarifsperre im WissZeitVG aufzuheben. Auch dies hat der Gesetzgeber bisher nicht aufgegriffen. So wäre es den zuständigen Gewerkschaften auch künftig nicht möglich, mit den Arbeitgebern eigene Tarifregelungen zu verhandeln. Diese Option würde jedoch entgegen der Ansicht der Großen Koalition nicht zu weniger Verlässlichkeit für die Nachwuchswissenschaftler führen, sondern insbesondere Berufsgruppengewerkschaften wie dem Marburger Bund ermöglichen, passgenaue Lösungen zu entwickeln und wesentlich flexibler und schneller reagieren zu als der Gesetzgeber. Im Ergebnis kommt die Novellierung des WissZeitVG über gutgemeinte Ansätze kaum hinaus. Standards, insbesondere zwingende zeitliche Untergrenzen für Befristungen, werden nicht gesetzt, stattdessen delegiert der Gesetzgeber wie so oft einen Teil der Probleme auf die Judikative. Die Nachbesserung des Gesetzentwurfs hinsichtlich der Mindeststandards ist unabdingbar, um insbesondere Nachwuchswissenschaftlern im ärztlichen Bereich planbare, verlässliche und transparente Karrierewege, auf die sie auch ihr privates Leben abstimmen können, zu bieten.

Beschluss Nr. 12 TTIP-Freihandelsabkommen: Arbeits- und Gesundheitsschutz sind nicht verhandelbar!

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung ist in der Europäischen Union Sache der Mitgliedstaaten. Diese Sonderstellung des Gesundheitswesens darf weder auf europäischer Ebene noch in zwischenstaatlichen Abkommen unterlaufen werden. Das weitgehend selbstverwaltete, solidarisch finanzierte und der Daseinsvorsorge verpflichtete Gesundheitswesen in Deutschland muss deshalb ausdrücklich von den Verhandlungen über das Freihandelsabkommen mit den USA ausgenommen werden. Der Marburger Bund fordert deshalb die Bundesregierung mit Nachdruck auf, dafür Sorge zu tragen, dass TTIP keine Anwendung auf das deutsche Gesundheitswesen findet.

Die Verhandlungsführer auf Seiten der EU sind verpflichtet, die bestehenden Standards im Arbeits- und Patientenschutz uneingeschränkt zu bewahren. Grundrechte und tarifrechtliche Standards der Arbeitnehmer, wie sie beispielsweise in Art. 9 Abs. 3 des Grundgesetzes verankert sind und in den Kernarbeitsnormen der Internationalen Arbeitsorganisation (z. B. Vereinigungsfreiheit, Recht auf Kollektivverhandlungen) dürfen auf keinen Fall eingeschränkt werden.

Nur durch eine konsequente Offenlegung der Verhandlungsdokumente bekommen die politischen Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit ein genaues Bild darüber, ob tatsächlich Standards und Schutzvorschriften gesenkt oder aufgeweicht werden. Deshalb schließt sich der Marburger Bund der Forderung des Präsidenten des Deutschen Bundestages, Dr. Norbert Lammert, an, die relevanten Verhandlungsdokumente, insbesondere

Ergebnisse im Verhandlungsprozess, allen Mitgliedstaaten der EU und dort neben den Regierungen auch den Parlamenten zugänglich zu machen.

Der Marburger Bund begrüßt in diesem Zusammenhang die klare Haltung des Europäischen Parlaments, das in seinen Empfehlungen an die Europäische Kommission gefordert hat, für ein transparentes Verfahren zu sorgen, die EU-Grundrechtsnormen uneingeschränkt zu wahren und öffentliche Dienstleistungen aus dem Anwendungsbereich des Freihandelsabkommens auszuklammern.

Die hohe Qualität medizinischer Leistungen in Deutschland darf nicht einem marktwirtschaftlich motivierten Liberalisierungsstreben zum Opfer fallen. Arbeits- und Gesundheitsschutz sind nicht verhandelbar!

Beschluss Nr. 13 Anpassung der Arzneimittel-Richtlinie aufgrund der Änderung des § 39 des SGB V nachbessern

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, die derzeitige Anpassung der Arzneimittel-Richtlinie aufgrund der Änderung des § 39 des SGB V noch mal zu verbessern.

Das Versorgungsstärkungsgesetz hat durch Änderung des § 39 im Auge gehabt, die Arzneimittelversorgung von Patienten bei Entlassung aus dem Krankenhaus zu verbessern. Die Ausgestaltung soll über Anpassung der Arzneimittel-Richtlinie durch den G-BA erfolgen.

So löblich der Ansatz war, erreicht wurde eine zielführende Verbesserung im Gesetz nur bedingt.

Die Nachteile sind:

- Patient muss mobil sein oder mobile Bekannte haben.
 - Weder das eine noch das andere ist bei unseren überwiegend alten Patienten gegeben.
 - Volkswirtschaftlicher Zusatzaufwand durch separate Fahrten zur Apotheke
- zusätzliche Kosten für Patienten
 - Packungsgebühr
- Es muss eine offene Apotheke gefunden werden.
 - Außerhalb von regulären Öffnungszeiten kann diese im ländlichen Raum bis zu 50 km entfernt sein
- Die Apotheke muss das Medikament in geforderter Packungsgröße vorrätig haben.
 - Anti-virologische, onkologische Medikamente und Betäubungsmittel sind oft nicht vorhanden, können aber am Wochenende nicht innerhalb von kurzer Zeit vom Großhandel bezogen werden.
 - Mühsame Schmerzeinstellungen werden ad absurdum geführt.
 - Therapieunterbrechungen gefährden den Therapieerfolg oder führen zur erneuten Einweisung.
- Hausarzt oder betreuender Facharzt kennt die Medikamente, die Patient zu Hause hat.
 - Eine Neuverschreibung wäre teilweise nicht möglich, da Patient auf seine Packung zu Hause verwiesen werden kann.

- Patient bekommt u. U. innerhalb von 3 Tagen für die selbe Indikation 3 verschiedene Medikamentenpackungen (Krankenhaus-Medikament, N1 Packung zur Entlassung, N3 Packung vom Hausarzt)
 - Nachgewiesenermaßen (mehrere Studien, zuletzt im Arzneimittelbrief) sinkt die Compliance der Patienten beim Medikamentenwechsel.

Der Entwurf des G-BA zur Änderung der Arzneimittellinie macht leider keinen Versuch, diesen Umstand pragmatisch zu heilen.

In Anlehnung an § 39 (1a) 9 SGB V:

„Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag“ wäre zu erwarten gewesen, dass der G-BA für den zu schließenden Rahmenvertrag einfordert, dass neben der Verordnung eines Rezeptes auch die Mitgabe der Medikamente für max. 3 Tage möglich ist, bzw. dass das N1 Rezept auch durch die Krankenhausapotheke mitgegeben werden kann.

Darauf zu verweisen, dass bei Entlassungen direkt vor oder am Wochenende oder Feiertag das Krankenhaus schon jetzt Medikamente mitgeben kann ist nicht hilfreich, weil in den vorhandenen Rahmenverträgen die Kosten mit der DRG abgegolten sein sollen, was bei hochpreisigen Medikamenten unwirtschaftlich für das Krankenhaus ist. Wird der Patient nur einen Tag vorher entlassen und bekommt die Medikamente von seinem Hausarzt, werden die Kosten auch dem ambulanten Bereich zugeordnet.

Die Richtlinie müsste also insofern ergänzt werden, dass sinngemäß folgender Zusatz angefügt wird: „Ist dem Patienten aus Gründen, die in der Besonderheit der Medikation oder seiner Mobilität liegen, nicht zuzumuten, dass er eine öffentliche Apotheke aufsucht, so können die Medikamente einzeln bis zum nächsten Werktag oder entsprechend der Vorgabe des § 39 (1a) durch die Krankenhausapotheke mitgegeben werden. Der wirtschaftliche Ausgleich wird im Rahmenvertrag nach Satz „xy“ geregelt.“

Beschluss Nr. 14 Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Flüchtlinge und Asylbewerber haben einen uneingeschränkten Anspruch auf medizinische Versorgung. Die ärztliche Versorgung der neu ankommenden Asylsuchenden ist stattdessen immer noch prekär und unhaltbar. Da die staatlichen Institutionen ihrer Aufgabe immer noch nicht ausreichend nachkommen, muss die Ärzteschaft diese auf freiwilliger Basis unterstützen, um die größte Not zu lindern.

Der Marburger Bund hat zur Hilfe bei der medizinischen Versorgung der Flüchtlinge aufgerufen. Menschen zu helfen, entspricht dem ärztlichen Auftrag und dem Selbstverständnis des Verbandes – auch im Sinne Rudolf Virchows –, die Medizin als soziale Wissenschaft zu begreifen.

Der Marburger Bund fordert deshalb die Sicherstellung einer hauptamtlichen medizinischen Erst- und Basisversorgung, die schnelle Einführung der Krankenversichertenkarte im Sinne des Bremer Modells und eine Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD).

Die humanitäre und damit zugleich auch medizinische Versorgung hunderttausender Flüchtlinge und Asylsuchender erfordert die Zusammenarbeit aller Verantwortlichen in Politik, Gesundheit und Zivilgesellschaft. Als Verband der angestellten Ärztinnen und Ärzte wird auch der Marburger Bund weiter seinen Beitrag zur Versorgung leisten. Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist ein Menschenrecht!

Beschluss Nr. 15 Medizinische Versorgung von Flüchtlingen verbessern

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen, dass

1. bundesweit einheitliche Standards für die ärztliche Untersuchung sowohl zum Ausschluss ansteckender Erkrankungen als auch zur Feststellung eines medizinischen Versorgungsbedarfes bei der Aufnahme in Gemeinschaftseinrichtungen gelten.
2. geschultes medizinisches Fachpersonal (z. B. Medizinische Fachangestellte, Pflegekräfte) in ausreichender Zahl in allen Einrichtungen als Ansprechpartner für alltägliche gesundheitliche Fragestellungen der Flüchtlinge sowie für die Erkennung akuter gesundheitlicher Probleme zur Verfügung steht.
3. bei Vorliegen akuter gesundheitlicher Probleme unverzüglich eine strukturierte Weiterleitung in die ambulante oder stationäre ärztliche Regelversorgung ohne institutionelle Barrieren erfolgt.
4. ärztliche Sprechstunden in geeigneten Räumlichkeiten vor allem in den größeren Gemeinschaftseinrichtungen für Flüchtlinge als Brücke zur gezielten und bedarfsgerechten Vermittlung in die ärztliche Regelversorgung in den entsprechenden Fachgebieten eingerichtet werden. Dazu gehört auch die notwendige Erkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen, z. B. als Folgen psychischer Traumatisierungen.
5. Sprach- und Kulturmittler als Voraussetzung für eine gute medizinische Versorgung zur Verfügung stehen. Ausbildung und Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern müssen stärker gefördert werden.
6. Untersuchungsbefunde an Dritte (Behörden, Einrichtungsbetreiber) nur weitergeleitet werden, soweit dafür gesetzliche Vorgaben bestehen, damit der ärztlichen Schweigepflicht und dem Schutz der Gesundheitsdaten Rechnung getragen werden. Im Übrigen sollte eine Mitteilung der Untersuchungsbefunde an den untersuchten Flüchtling erfolgen.
7. die Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes zur frühzeitigen Impfung bei Asylsuchenden in Gemeinschaftsunterkünften von den Bundesländern übernommen werden. Hierzu gehört neben den von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen auch die optionale Impfung gegen die saisonale Influenza zur Reduzierung des Risikos von Influenzaausbrüchen bei der Unterbringung in Gemeinschaftseinrichtungen.

Beschluss Nr. 16 Medizinische Versorgung von Flüchtlingen durch die Gesundheitskarte verbessern

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Bundesregierung, die Landesregierungen sowie die entsprechenden kommunalen Gremien auf, Rahmenbedingungen zu schaffen, um die flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge zu ermöglichen. Somit wäre der Zugang zu den erforderlichen ärztlichen Leistungen im Bedarfsfall ohne Verzögerung möglich. Diese außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen dürfen gerade auch bei der stationären Versorgung nicht mit den vereinbarten Leistungsvolumina verrechnet werden, den Basisfallwert verwässern oder zu Mehrleistungsabschlägen führen.

Beschluss Nr. 17 Arztspezifische Arbeits- und Entgeltbedingungen für Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die öffentlichen Arbeitgeber auf, ihre Verweigerungshaltung aufzugeben und mit dem Marburger Bund einen arztspezifischen Tarifvertrag für die Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) abzuschließen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist unverzichtbare Säule der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Seine überragende Bedeutung zeigt sich nicht zuletzt aktuell im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen in zahlreichen Kommunen. Die fachlich hervorragende und persönlich engagierte Arbeit der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD findet allerdings bislang keinen Niederschlag in ihren tariflichen Arbeits- und Entgeltbedingungen.

Der Marburger Bund führt bereits seit dem Jahr 2010 kontinuierlich Verhandlungen und Gespräche mit den kommunalen Arbeitgebern und den Ländern. Jedwede Einigung wurde bislang mit einem dogmatischen Verweis auf die administrative Zuordnung dieser Arztgruppe zum Bereich der Verwaltung durch die Arbeitgeber abgelehnt. Dem gegenüber hat die Gesundheitsministerkonferenz mit Beschlüssen vom 20.02.2010 und 26./27.06.2013 die Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes festgestellt, die unzureichende tarifliche Regelung der Arbeits- und Entgeltbedingungen kritisiert und die öffentlichen Arbeitgeber nachdrücklich zum Abschluss arztspezifischer Regelungen aufgefordert.

Die rational nicht nachvollziehbare Verweigerungshaltung der öffentlichen Arbeitgeber und das Festhalten an einer unpassenden und unattraktiven tariflichen Zuordnung der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst haben inzwischen zu erheblichen Besetzungsschwierigkeiten geführt. Beispiele von – teilweise über Jahre – nicht besetzbarer ärztlicher Stellen in Gesundheitsämtern geben erheblichen Anlass zur Befürchtung, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst aktuellen und zukünftigen Herausforderungen nicht in adäquater Weise begegnen kann. In Anbetracht dieser Situation ist der ebenfalls festzustellende eklatante Nachwuchsmangel eine logische Folge der verfehlten Tarifpolitik der öffentlichen Arbeitgeber.

Die arzt spezifische, zukunftsfähige Regelung der Arbeits- und Entgeltbedingungen der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD ist daher nicht nur Voraussetzung für die Wiederherstellung der Attraktivität dieses ärztlichen Arbeitsfeldes, sondern im Hinblick auf die derzeitige Situation gesellschaftspolitische Notwendigkeit.

**Beschluss Nr. 18 Anwendung des Marburger Bund-
Standard-Anstellungsvertrages im ambulanten Bereich für sich
weiterbildende Ärztinnen und Ärzte**

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert, dass im ambulanten Bereich bis zum Abschluss von Tarifverträgen für Ärztinnen und Ärzte der Standard-Anstellungsvertrag des Marburger Bundes für sich weiterbildende Ärztinnen und Ärzte angewendet wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird aufgefordert, die Anwendung dieses Standard-Anstellungsvertrages dringend zu empfehlen.

Beschluss Nr. 19 "Dritter Weg" keine brauchbare Alternative zum Tarifvertrag

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert, dass auch im Bereich des kirchlichen Arbeitsrechts Arbeitskampf als Ultima Ratio möglich sein muss. Nur auf der Grundlage solcher Rahmenbedingungen gefundenes kollektives Arbeitsrecht verdient den Begriff "Tarifvertrag" und seine vom Gesetzgeber vorgesehenen Privilegien gegenüber einer individuellen Vertragsabsprache.

Der Marburger Bund bedauert die jüngste Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes über das Urteil des Bundesarbeitsgerichtes zum sog. "Dritten Weg". Er weist aber gleichzeitig darauf hin, dass damit nicht die rechtliche Zulässigkeit der seit den Entscheidungen des Bundesarbeitsgerichtes aus dem Jahre 2012 modifizierte Ausgestaltung des "Dritten Weges" im Bereich der Diakonie und der zu erwartenden Änderungen im Bereich des Deutschen Caritasverbandes festgestellt worden ist. Das Bundesverfassungsgericht hat diese noch vorzunehmende Prüfung in seiner Entscheidung ausdrücklich den Fachgerichten der Arbeitsgerichtsbarkeit zugewiesen.

Dort wird zu klären sein, ob die gegenwärtigen Kirchenbestimmungen über die Setzung des kollektiven Arbeitsrechts der vom Bundesarbeitsgericht geforderten Güterabwägung nach dem Grundsatz der praktischen Konkordanz zwischen Grundrechten der Arbeitnehmer aus Art. 9 Abs. 3 GG und dem kirchlichen Selbstbestimmungsrecht entsprechen. Hieran bestehen in der gegenwärtigen Ausprägung des kirchlichen Arbeitsrechts größte Bedenken. Das betrifft vor allem den Weg der Konfliktlösung über eine Schiedskommission, in der letztlich eine einzige Person (deren Vorsitzender) den Ausschlag dafür gibt, ob Arbeitsbedingungen zu Lasten oder zu Gunsten der Arbeitnehmerseite verändert werden. Das gegenwärtige System gibt der Arbeitgeberseite ein faktisches Vetorecht bezüglich der Fortentwicklung der Arbeitsbedingungen.

Beschluss Nr. 20 Verankerung eines Wahlkörpers für angestellte Ärzte bei den Wahlen zu den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im SGB V

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, mit einem festen anteiligen Wahlkörper für eine repräsentative Vertretung der angestellten und ermächtigten Ärzte in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu sorgen.

Hierfür soll in § 80 Abs. 1 SGB V folgender Satz 3 eingefügt werden:

„Die angestellten und ermächtigten Ärzte mit Mitgliedschaftsstatus in der Kassenärztlichen Vereinigung wählen ihre Mitglieder der Vertreterversammlung entsprechend den Sätzen 1 und 2 mit der Maßgabe, dass sie mit der Quote in der Vertreterversammlung vertreten sind, die ihrem Anteil an der Gesamtzahl der an der ambulanten fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte entspricht.“

Beschluss Nr. 21 KV-Wahlen

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Vertretung der angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen muss frei von Arbeitgeberbeeinflüssen bleiben.

Der Marburger Bund nimmt die öffentlichen Aktivitäten des Bundesverbandes der Medizinischen Versorgungszentren (BMVZ) mit denen dieser für die Wahl zu den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im kommenden Jahr wirbt, zur Kenntnis. Die Vertretung der in der ambulanten Versorgung angestellten Ärztinnen und Ärzte muss jedoch ebenso ein Akt beruflicher Selbstverwaltung der Ärzteschaft bleiben, wie diejenige der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Sie muss insbesondere frei von Einflüssen berufsfremder Arbeitgeber bleiben.

Ein wirklich sinnvolles Aktionsfeld für alle Arbeitgeber im ambulanten Sektor wäre eine Weiterentwicklung zu förmlichen Arbeitgeberverbänden, um so die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, dass die Arbeitsbedingungen der im ambulanten Bereich angestellten Ärztinnen und Ärzte tarifvertraglich geregelt werden können.

Beschluss Nr. 22 Ständiger ökonomischer Druck verschlechtert nicht nur die Arbeitssituation, sondern auch die Weiterbildung

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Sowohl die Befragungen des Marburger Bundes, als auch verschiedener Kammern und Berufsverbände belegen: Der steigende ökonomische Druck verschlechtert nicht nur die Arbeitssituation, sondern auch die Weiterbildung und somit die Voraussetzungen für die Versorgung der Menschen in Deutschland.

Der durch den Marburger Bund mit der Einhaltung von Höchstearbeitsgrenzen und Abschlüssen von Tarifverträgen erstrittene Gesundheitsschutz für Beschäftigte ist durch die stetige Unterfinanzierung der Krankenhäuser mit gleichzeitiger deutlicher Fallzahlerhöhung bei kürzerer Verweildauer und zunehmender Morbidität der Bevölkerung aufgebraucht.

Bei deutlich zu wenig Zeit für den zu versorgenden Patienten bleibt den sich weiterbildenden Kollegen oft keine Zeit für die Weiterbildung und den fachärztlichen Kollegen keine Zeit mehr, sie zu unterstützen.

Aufgrund von Arbeitsverdichtung passen die zu erbringenden Arbeitsinhalte nicht mehr in einen Achtstundentag. Dies führt im ärztlichen Arbeitsalltag zunehmend zu undokumentierten und unbezahlten Überstunden, die häufig zum Aufholen von Rückständen in der Weiterbildung genutzt wurden, heutzutage aufgrund des ökonomischen Drucks für die Patientenversorgung genutzt werden müssen. Der Marburger Bund hält die gesamte Praxis für nicht hinnehmbar.

Um aber Qualität in der Versorgung durch gute Weiterbildung dauerhaft zu sichern, werden Bundes- und Landespolitik aufgefordert, endlich die Unterfinanzierung zu beenden.

Der Marburger Bund hält deshalb an folgenden Zielsetzungen fest:

- Investitionskostenfinanzierung auf das erforderliche Niveau erhöhen,
- ausreichende Personalausstattung sicherstellen,
- Abschaffung der ausschließlich auf DRG basierenden Krankenhausfinanzierung,
- vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen,
- vollständige Bezahlung der Mehrleistung,
- angemessene Vergütung der Krankenhäuser für ambulante Notfallbehandlungen.

**Beschluss Nr. 23 Weiterbildung ist Kammer Sache und nicht Sache der KBV
- Landeshoheit der Weiterbildung erhalten -**

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die ärztliche Weiterbildung in Deutschland ist im Rahmen der föderalen Struktur der Bundesrepublik hoheitlich zu Recht auf Länderebene geregelt. Sie ist per Heilberufsgesetz der Länder bei den Landesärztekammern in guter verantwortlicher Selbstverwaltung. Ihr Interesse ist es, eine gesicherte, qualitativ hochwertige Weiterbildung im Sinne einer guten Patientenversorgung und frei von wirtschaftlichen Interessen zu gewährleisten.

Ohne das Wissen der Kammern ist eine echte Förderung der ambulanten Weiterbildung unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten nicht möglich. Die Möglichkeiten und Strukturen von Stadtstaaten sind grundsätzlich andere als die von Flächenstaaten. Beispielsweise ist im Fach Dermatologie nicht die ambulante, sondern die stationäre Weiterbildung der Engpass. Im Fach Augenheilkunde sind in manchen Regionen bereits 50 % Ärzte in der ambulanten Weiterbildung. In welchen Gebieten welche regionalen Besonderheiten im Sinne der ambulanten Weiterbildung und Versorgung zu berücksichtigen sind, ist nur mit dem Wissen der Landesärztekammern zu entscheiden.

Die durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz neu nach § 75a SGB V auf eine ambulante „grundversorgende“ fachärztlichen Versorgung zu erweiternde Förderung der Weiterbildung birgt die Gefahr, dass die Planungshoheit von den Ländern in Teilen auf die Bundesebene, und von den Landesärztekammern auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen verlagert werden.

Daher fordert der Marburger Bund, dass es bei der Umsetzung des § 75a SGB V keine Eingriffe in die Weiterbildungskompetenzen der Ärztekammern geben darf; dies gilt auch für die ambulanten Abschnitte der Weiterbildung. Jeder Versuch, die Regelung ambulanter Weiterbildungsabschnitte auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übertragen, steht im Konflikt mit den Kompetenzen der Landesärztekammern und damit der Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer. Der Marburger Bund fordert daher die Bundesländer dazu auf, diese Zuständigkeiten bei der Ausgestaltung des § 75a SGB V zu bekräftigen.

Beschluss Nr. 24 Einführung der Zusatzbezeichnung „Klinische Notfallmedizin“ in der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Deutschen Ärztetag auf, eine Zusatzbezeichnung „Klinische Notfallmedizin“ in die Musterweiterbildungsordnung aufzunehmen.

Durch stetig steigende Patientenzahlen in Notaufnahmen steigen die Anforderungen an dort tätige Ärzte permanent. Um auch in Zukunft den qualitativ hohen Standard der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland zu sichern sowie Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung entsprechend anleiten zu können, ist hierfür die Einführung einer Zusatzqualifikation dringend erforderlich.

Beschluss Nr. 25 Struktur des Praktischen Jahres in seiner jetzt bestehenden Form beibehalten - Keine Quartalisierung

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Das Praktische Jahr untergliedert sich in drei Abschnitte. Mit den Pflichttertialen Chirurgie und Innere Medizin wird den Studierenden ein umfassender Einblick in zwei wichtige Bereiche der Medizin gewährt, die von außerordentlicher Bedeutung sind. Auch das Wahlfach als drittes Tertial muss erhalten werden, um eigenen Interessen und eigener Individualität nachgehen zu können. Eine weitere Untergliederung in Quartale verkürzt die Dauer der einzelnen Abschnitte und reduziert die Entwicklungsmöglichkeiten in den jeweiligen Fachdisziplinen. Eine Quartalisierung, beispielsweise mit Einführung eines Pflichtquartals Allgemeinmedizin, lehnt der Marburger Bund daher ab.

Die Wahlfreiheit im Medizinstudium ist ohnehin schon stark limitiert. Durch die Einführung weiterer Pflichtabschnitte würde sie zusätzlich reduziert und die Interessen und Neigungen der Studierenden durch die Festlegung des Wahlfachs weiter eingeschränkt. Zeit für Einarbeitung in den stationären Alltag und die Arbeitsroutine würden ebenso verloren gehen. Der Marburger Bund spricht sich gegen die Aufteilung in vier Quartale aus, um die Flexibilität und Wahlfreiheit des verpflichtenden vierten Prüfungsfaches in der mündlich-praktischen M3-Prüfung (3. Staatsexamen) zu erhalten. Zudem käme es bei einer Quartalisierung aufgrund

der zustehenden Fehlzeiten von insgesamt 30 Tagen zu deutlich kürzeren Zeiten innerhalb eines Fachbereiches, da sich die Studierenden diese in der Regel bis kurz vor dem mündlichen Examen aufsparen.

Auch die Einführung einer mündlichen vierten Prüfungskomponente Allgemeinmedizin und damit eines Pflichtabschnittes „durch die Hintertür“ würde das Problem des Landärztemangels nicht lösen. Hier wird versucht, ein versorgungsstrukturelles Problem durch Modifizierung des Studiums zu lösen. Die Allgemeinmedizin zieht sich an den meisten Universitäten bereits als longitudinaler Pfeiler durch den klinischen Studienabschnitt in Form von Pflichtfamulatur in einer hausärztlichen Praxis, modularer Lehre sowie zweiwöchiger Blockpraktika und ist damit intensiver Bestandteil der medizinischen Lehre.

Das PJ ist dazu gedacht, tiefer in einen Fachbereich einzusteigen sowie Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen für den beruflichen Einstieg zu erwerben. Würde dieses geviertelt, dann bliebe dazu kaum noch Zeit. Die Gründe für den Mangel an Landärztinnen und -ärzten liegen unter anderem in den Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen sowie in den Niederlassungs- und Lebensbedingungen vor Ort. Es müssen entsprechende Anreize gesetzt werden, so dass Absolventen voller Motivation im ambulanten Sektor arbeiten wollen. Dazu zählen in dieser Nachwuchsgeneration vor allem die „Work-Life-Balance“ und die Sicherheit in wirtschaftlicher Hinsicht. Außerdem konzentriert sich der momentane Trend in Richtung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) und angestellter Ärzte in den Ballungszentren und weg von der Einzelpraxis auf dem Land als Allgemeinmediziner.

Beschluss Nr. 26 Erhöhung der Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin, mehr Praxisnähe und bessere Betreuung in der Ausbildung

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert

- eine Erhöhung der Studienplatzzahlen für Humanmedizin um mindestens 10 %,
- mehr Praxisnähe während der gesamten Ausbildung sowie
- eine bessere Betreuung im Praktischen Jahr.

Beschluss Nr. 27 Teilstudienplätze umwandeln – Kapazitätsrecht ändern

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, durch ein geändertes Kapazitätsrecht das Phänomen der Teilstudienplätze abzuschaffen und bis dahin die Situation für Medizinstudierende mit bestehendem Teilstudienplatz gezielt zu verbessern, indem die klinischen Kapazitäten denen der vorklinischen angepasst werden.

Im Einzelnen:

1. Teilstudienplätze in Vollstudienplätze umwandeln;
2. einheitliche Kapazitätsberechnung für Vorklinik und Klinik;
3. Erhalt des Studierendenstatus bei Exmatrikulation nach dem Physikum zur Ableistung von Famulaturen und Promotionen;
4. zentrales - hilfsweise bundeseinheitliches - Bewerbungsverfahren für Ortswechselanträge.

Beschluss Nr. 28 Örtliche Zuständigkeit von Ärztekammern bei aus dem Ausland gestellten Anträgen auf Gleichwertigkeitsprüfung von Facharztabschlüssen

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Landesgesetzgeber auf, in den Heilberufe- und Kammergesetzen eine örtliche Zuständigkeit der Landesärztekammern bei aus dem Ausland gestellten Anträgen auf Gleichwertigkeitsprüfung von Facharztabschlüssen dahingehend festzulegen, dass für die rechtsverbindliche Durchführung der Gleichwertigkeitsprüfung der erklärte Wille des Antragstellers, im jeweiligen Kammerbezirk eine Beschäftigung aufnehmen zu wollen, ausreichend ist.

Beschluss Nr. 29 Positionspapier „Neue (akademische) Gesundheitsberufe“

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Seit einigen Jahren entstehen bundesweit immer mehr neue (akademische) Gesundheitsberufe. Diese sollen zum Teil Aufgaben übernehmen, die bisher Ärzten vorbehalten waren. Ärzte sollen hierdurch entlastet werden. Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sollen attraktiver und aufgewertet werden.

Aus Sicht des Marburger Bundes bedarf es im Sinne einer guten, hochwertigen, humanen Versorgung kranker Menschen bei allen neu entstehenden Gesundheitsberufen einer jeweils einheitlichen Regelung zur Qualifikation sowie zu der Frage, welche Tätigkeiten ggf. nach Delegation durch Ärzte, eigenverantwortlich ausgeübt werden dürfen. Ebenso erforderlich sind auch im Sinne der Patientensicherheit klare Regelungen zur Zuständigkeit. Beides ist im Sinne der Risiko-Minimierung und Fehler-Vermeidung unerlässlich.

Bestandsaufnahme - Entwicklung - Zahlen:

I.

Bereits 2012 gab es z. B. in Baden-Württemberg 1.600 Studienplätze mit Bachelor-Abschluss für etwa 20 verschiedene neue akademische Gesundheitsberufe an acht Standorten Dualer Hochschulen, ferner drei anderweitigen Hochschulen.

Berufsfelder / Einsatzmöglichkeiten für solche neue Gesundheitsberufe können sein:

- Gesundheitsversorgung
- Schnittstellenmanagement
- Qualitätsförderung
- Patientensicherheit
- Beteiligung an Forschungsprojekten
- Außendienst, Beratertätigkeit im Bereich Heil-/Hilfsmittelversorgung
- Gutachter; Fachberatung
- Krankenkassen/Patientenbegleiter/Fallsteuerung
- Klinik/Praxis/MVZ
- Politik.

Pro Jahr stehen in Baden-Württemberg ca. 23.000 Ausbildungsplätze für 3-jährige Ausbildungsgänge für Gesundheits- und Krankenpflege (8.600), Altenpflege (8.600), Ergotherapie (ca. 1.000), Logopädie (ca. 750), Physiotherapie (über 3.600) und Geburtshilfe (um 350) zur Verfügung.

Politisches Ziel ist es, von diesen ca. 10 bis 20 % akademisch weiter zu qualifizieren. Wollte man dies erreichen, müssten die in Baden-Württemberg bisher verfügbaren Studienplätze (1.600) demnach mehr als verdoppelt werden auf über 3.000.

Dem stehen in Baden-Württemberg pro Jahr 2.700 Studienplätze in Humanmedizin gegenüber.

II.

Bis 2014 waren in Baden-Württemberg am Institut für hausärztliche Fortbildung des Deutschen Hausärztesverbandes ca. 2.000 Medizinische Fachangestellte zu VerAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) Zusatzqualifiziert worden.

Die Landesärztekammer hat zwischenzeitlich bis Ende 2014 qualifizierte VERAHs als Übergangsregelung nach Antrag zur NäPa (Nicht-ärztliche Praxisassistentin) umgeschrieben. Ab 2015 soll es auf Grundlage eines durch die Landesärztekammer erarbeiteten und anerkannten Curriculums nur noch die NäPa geben. Ziel ist eine bundesweit einheitliche Qualifikation, die die bisher je nach Bundesland unterschiedlichen Qualifikationen (z. B. VerAH, AGnES (**A**rztentlastende, **G**emeinde-nahe, **E**-Healthgestützte, **S**ystemische Intervention), EVA (Entlastende Versorgungsassistentin), MoPra (Mobile Praxisassistentin), MoNi (Modell Niedersachsen), HELVER (ArztHELferinnen in der ambulanten VErSorgung) ersetzt.

Ergänzend können nunmehr neben den medizinischen Fachangestellten auch examinierte Pflegekräfte mit Berufserfahrung die Zusatzqualifikation zu NäPa absolvieren.

Einsatzbereiche einer NäPa im Rahmen von Hausbesuchen: kommunizieren, durchführen, dokumentieren in Delegation des Arztes

- geriatrische Syndrome,
- Onkologie / Palliativversorgungspatienten,
- psychosomatische und psychosoziale Versorgung,
- spezielle Ernährung,
- Arzneimittelversorgung,
- Wundpflege, Wundversorgung,
- Grundlagen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen,
- Patientenschulungen,
- telemedizinische Grundlagen.

Ferner gibt es seitens der Landesärztekammer die Fortbildung zur „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ für Medizinische Fachangestellte oder Inhaber eines gleichwertigen Abschlusses in einem anderen medizinischen Fachberuf mit einer mindestens 12-monatigen Tätigkeit.

III.

Medizinstudium und die Approbation als Arzt sind staatlich geregelt. Auch die Ausbildung in den Pflegeberufen ist staatlich geregelt und die Abschlüsse sind staatlich anerkannt.

Dagegen sind die Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten und die Anerkennung der Abschlüsse Sache der Ärztekammern.

Die Ausbildung zu weiteren Gesundheitsberufen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie finden bei freien Trägern statt. Die Ausbildungsordnung und die Abschlüsse sind staatlich anerkannt.

„Neue akademische Gesundheitsberufe“ sind in Baden-Württemberg bis jetzt staatlich geregelt und die Abschlüsse seit 2010 in Form von Modellstudiengängen (laufen Ende 2015 aus s. u.) staatlich anerkannt. In anderen Bundesländern findet die Qualifikation dagegen an privaten Hochschulen statt.

IV.

Folgen für die Zusammenarbeit:

Während die Teilnehmer an der Versorgung sowohl im Krankenhaus als auch im ambulanten Bereich lange überschaubar waren, ist dies bereits heute vielschichtiger und wird in der Zukunft wohl noch komplexer werden. Überschneidungen nehmen zu, vieles läuft nebeneinander oder ist schlimmstenfalls sogar gegenläufig, wo es eigentlich der Abstimmung bedürfte.

Es besteht das Risiko, dass bei der Menge an neu entstehenden Berufen zukünftig nicht mehr klar ist, wer wie ausgebildet wurde und welche Leistungen erbringen kann und darf. Unsicherheit hierüber kann zum einen den erfolgreichen Einsatz in den neuen Berufen gefährden, bei Überforderung schlimmstenfalls zum anderen aber auch zu einer Gefährdung der Patienten führen. Verbunden damit sind unabschätzbare Haftungsrisiken sowohl für Ärzte als auch für die Angestellten in den neuen Gesundheitsberufen.

Beschluss Nr. 30 Solidaritätsadresse an britische Ärztinnen und Ärzte (Junior Doctors)

Die 128. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die British Medical Association (BMA) hat die sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte in England zur Urabstimmung über die Aufnahme von Arbeitskampfmaßnahmen gegen die Arbeitgeber des Nationalen Gesundheitsdienstes (National Health Service/NHS) aufgerufen. Dieser Aufruf richtet sich im Wesentlichen gegen die einseitige Festlegung von erheblich verschlechterten Arbeits- und Entgeltbedingungen durch die britische Regierung und den NHS zu Lasten der sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte.

Der Marburger Bund unterstützt die BMA und die sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte in England und sendet hiermit seine Solidaritätsadresse.