

122. Hauptversammlung 02./03.11.2012 in Berlin

BESCHLÜSSE

- Nr. 1 Belohnung für falsches Handeln? – Ökonomische Anreize in
 Chefarztverträgen
- Nr. 2 Bonuszahlungen veröffentlichen
- Nr. 3 Zusatzvereinbarungen überprüfen
- Nr. 4 Tarifpluralität schützt vor Machtkartellen
- Nr. 5 Krankenhausfinanzierung verbessern
- Nr. 6 Krankenhausinvestitionsfinanzierung verbessern
- Nr. 7 Deutschkenntnisse ausländischer Ärzte
- Nr. 8 EU-Arbeitszeitrichtlinie
- Nr. 9 Einhaltung des erzielten Schutzniveaus bei der klinischen Forschung
 am Menschen!
- Nr. 10 Keine Änderung des § 66 SGB V durch das Patientenrechtegesetz
- Nr. 11 Regelungen des Patientenrechtegesetzes zur Aufklärung im Kranken-
 haus praxistauglich gestalten
- Nr. 12 Pflicht der Krankenhäuser zur Mitarbeiterbeteiligung gesetzlich sichern
 und kontrollieren
- Nr. 13 Anwendung der Gefährdungsanalyse auf ärztlichen Bereich
- Nr. 14 Beschäftigtendatenschutzgesetz an Besonderheiten ärztlicher Berufs-
 ausübung anpassen
- Nr. 15 Fortbildungszertifikat
- Nr. 16 Freistellung zur Fortbildung

- Nr. 17 Rechtsunsicherheit für Patienten und Ärzte bei Zwangsbehandlung beenden
- Nr. 18 Kein Automatismus europäischer Leitlinien in der Krebsfrüherkennung
- Nr. 19 Anpassung von Einzelheiten der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
- Nr. 20 Auflagen und Nebenbestimmungen bei Weiterbildungsbefugnissen offenlegen
- Nr. 21 Keine Obergrenze für die PJ-Ausbildungspauschale im Ausland
- Nr. 22 Keine Umverteilung von Lehrkapazitäten zu Lasten der curricularen Hauptfächer
- Nr. 23 Keine Abschaffung von Studientagen

Beschluss Nr. 1 Belohnung für falsches Handeln? – Ökonomische Anreize in Chefarztverträgen

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert erneut die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf, endlich nichtmedizinische Anreize wie umsatz- und fallzahlenorientierte Bonuszahlungen aus ihren Beratungs- und Formulierungshilfen zu entfernen. Die Krankenhausträger werden aufgefordert, auf nicht-medizinische Anreizmechanismen in den Arbeitsverträgen für Chefarzte künftig zu verzichten. Bonuszahlungen sollten sich – wenn sie überhaupt eingeführt werden – ausschließlich an medizinisch-qualitativen Kriterien, z. B. der Einführung von Qualitätskennzahlen bzw. Patientensicherheitssystemen, der Mitarbeiterzufriedenheit sowie der Gewährleistung einer strukturierten Weiterbildung orientieren und zugleich müssen sich die Träger bzw. ihre Geschäftsführungen in gleicher Weise verpflichten.

Seit inzwischen 10 Jahren weist der Marburger Bund in seinen Hinweisen zu den Grundpositionen und -regelungen der Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarzt-Vertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (6. geänd. Auflage 2002) auf bedenkliche Entwicklungen in Chefarztverträgen hin und warnt vor einer zunehmenden Gefährdung der berufsrechtlich wie medizinisch notwendigen ärztlichen Unabhängigkeit in medizinischen Entscheidungen. Ansätze dazu reichen sogar bis in das Jahr 1996 (5. Auflage des DKG-Chefarzt-Mustervertrages) zurück.

Seitdem betrachtet die DKG das Liquidationsrecht für wahlärztliche Leistungen nur noch als untergeordnete Alternative zur im Vordergrund stehenden Beteiligung an den Liquidationserlösen der Krankenhausträger (Beteiligungsvergütung). Die wirtschaftliche Verantwortung der Chefarzte für ihre Abteilung/Klinik wurde erhöht, zugleich ihre Mitwirkung an den Entscheidungsprozessen immer mehr abgeschwächt. Die Abkehr von medizinischen Prioritäten hin zu ökonomischen Vorgaben, das verstärkte Einfordern unternehmerischen Denkens und Handelns sowie eine immer stärkere Gewichtung der Weisungsgebundenheit ergeben eine schlechend verändertes Berufsbild Leitender Krankenhausärzte.

Der Marburger Bund hat immer wieder vor den Folgen falscher Anreize in Chefarztverträgen gewarnt und die nach und nach eintretenden Konsequenzen in Gestalt einer Aushöhlung der Freiberuflichkeit, einer Demotivation der Ärztinnen und Ärzte und der Gefahr von Fehlsteuerungen in der Patientenversorgung kritisiert.

Leider haben bisher weder die DKG noch die einzelnen Krankenhausträger auf die berechtigten Warnungen gehört. Im Gegenteil haben sich die Tendenzen in Richtung einer weiteren Ökonomisierung verstärkt, so dass in manchen Bereichen negative Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten beispielsweise durch ökonomisch induzierte Fallzahlsteigerungen zu befürchten sind. Eine fortdauernde Weigerung der DKG, umzudenken, wird der Marburger Bund mit aller Kraft bekämpfen.

Beschluss Nr. 2 Bonuszahlungen veröffentlichen

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, gesetzlich zu regeln, dass die Kriterien für die Vergabe von Bonuszahlungen von den Krankenhäusern veröffentlicht werden müssen.

Beschluss Nr. 3 Zusatzvereinbarungen überprüfen

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert, dass Arbeitsverträge mit Zusatzvereinbarungen den Ärztekammern zur Überprüfung auf Konformität mit der Berufsordnung vorgelegt werden müssen.

Beschluss Nr. 4 Tarifpluralität schützt vor Machtkartellen

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die im Marburger Bund organisierten Ärztinnen und Ärzte haben vor 7 Jahren die Verhandlungsgemeinschaft mit der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft aufgekündigt, um ihre tariflichen Angelegenheiten eigenständig mit den Arbeitgebern zu regeln. Der Schritt in die tarifpolitische Eigenständigkeit wurde erstritten, um endlich eine Tarifstruktur zu erhalten, die der von Ärztinnen und Ärzten erlebten Realität in den Kliniken entspricht. Inzwischen gibt es in fast allen tarifgebundenen Krankenhäusern Tarifverträge, die der Marburger Bund mit den Klinikträgern ausgehandelt hat.

Der Marburger Bund vertritt mehr als 110.000 Mitglieder. Wie jede andere tariffähige Gewerkschaft nimmt er für sich das grundgesetzlich garantierte Recht der Koalitionsfreiheit in Anspruch. Das Recht, Gewerkschaften zu bilden, gilt ausdrücklich „für jedermann und für alle Berufe“ (Artikel 9 Absatz 3 Grundgesetz). Tarifpluralität ist mithin „Folge des verfassungsrechtlich vorgesehenen und geschützten Koalitionspluralismus“ (Bundesarbeitsgericht).

Nur die Pluralität der Gewerkschaftslandschaft schützt vor Machtkartellen in der Tarifpolitik. Die Forderung der Arbeitgeberverbände nach einer gesetzlich verordneten Tarifeinheit zielt aber darauf ab, die Gewerkschaftsfreiheit zu beschneiden und Hunderttausenden von Arbeitnehmern elementare Rechte vorzuenthalten. Der Marburger Bund fordert die Bundesregierung und den Deutschen Bundestag daher mit Nachdruck auf, solchen Forderungen zu begegnen und die geltende Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts zu respektieren.

Tarifpluralität gefährdet weder die Funktionsfähigkeit der Tarifautonomie noch den Betriebsfrieden in den Unternehmen. Dagegen würde eine verordnete Tarifeinheit zwangsläufig große Unzufriedenheit bei denjenigen Berufsgruppen hervorrufen, die nicht mehr eigenständig von ihrer Gewerkschaft vertreten werden können. Ein Zwangsgesetz zur Tarifeinheit wäre nicht nur rechtswidrig und freiheitsfeindlich, es käme auch einem Auswanderungsprogramm für hochqualifizierte Arbeitnehmer gleich. Der Marburger Bund warnt auch deshalb eindringlich davor, durch gesetzgeberische Maßnahmen die Unabhängigkeit von freien Gewerkschaften in Frage zu stellen.

Beschluss Nr. 5 Krankenhausfinanzierung verbessern

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund unterstützt den am 12. Oktober 2012 vom Bundesrat mit großer parteienübergreifender Mehrheit angenommenen Antrag des Landes Bayern, demzufolge den Krankenhäusern eine deutlich verbesserte Finanzierung gewährt werden soll.

Im Einzelnen wird dabei gefordert:

- eine stärkere Berücksichtigung der tatsächlichen Kostensteigerung. Hierzu muss anstelle der gegenwärtigen fakultativen Anrechnung von höchstens einem Drittel der Differenz zur

Grundlohnrate eine zwingende Anrechnung der tatsächlichen Kostensteigerungen gesetzlich festgeschrieben werden.

- die in § 10 Krankenhausentgeltgesetz verankerte Kollektivhaftung der Krankenhäuser bei Leistungssteigerungen bereits für die Jahre 2013/2014 abzuschaffen. Sofern auch nach dem Jahr 2014 zur Vermeidung angebotsinduzierter Mengensteigerungen finanzielle Abschläge für Mehrleistungen notwendig sind, muss nach Ansicht des Bundesrates eine neue gerecht gestaffelte Mehrleistungsregelung bzw. ein anderes Steuerungsinstrument gefunden werden.

Beschluss Nr. 6 Krankenhausinvestitionsfinanzierung verbessern

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt die vom Bundesrat angestoßene Diskussion um eine Neuausrichtung der Krankenhausfinanzierung mit dem Ziel, Krankenhäuser nachhaltig finanziell zu sichern.

Er appelliert in diesem Zusammenhang aber zum wiederholten Male auch an die Bundesländer, ihren Verpflichtungen zur Finanzierung dringend notwendiger Krankenhausinvestitionen nachzukommen.

Es ist nicht länger hinnehmbar, dass die Länder ihre Fördermittel kontinuierlich reduzieren. So betrug der Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt in 1991 noch 0,24 % und sank auf 0,11% im Jahr 2010. Um zwingend notwendige Investitionen tätigen zu können, müssen die Krankenhäuser vermehrt Einsparungen im laufenden Betrieb vornehmen und Eigenmittel ansparen. Diese Mittel fehlen aber für die Patientenversorgung.

Beschluss Nr. 7 Deutschkenntnisse ausländischer Ärzte

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Um zu gewährleisten, dass alle ausländischen Ärzte, die in Deutschland praktizieren, über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, fordert der Marburger Bund die Mitglieder der Kultusministerkonferenz und der Gesundheitsministerkonferenz auf, sich in entsprechenden Beschlüssen auf Folgendes zu einigen:

- 1) Zur Erteilung einer Berufserlaubnis oder einer Approbation muss eine anerkannte allgemeinsprachliche Prüfung vorliegen, die nicht länger als drei Jahre zurückliegt und mindestens die Niveaustufe B2 des Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER) abbildet. Eine Liste mit anerkannten allgemeinsprachlichen Prüfungen (z. B. Goethe-Zertifikat, Telc-Zertifikat, TestDaF-Zertifikat) wird erstellt und veröffentlicht.
- 2) Darüber hinaus muss der Antragsteller das Bestehen einer anerkannten Fachsprachenprüfung, die nicht länger als drei Jahre zurückliegt, nachweisen. Die Bundesländer einigen sich auf eine (Muster)Prüfungsordnung (Prüfungsinhalt, Dauer, Gebühr, Wiederholbarkeit etc.), die alle vier Sprachkompetenzen (Verstehen, Sprechen, Lesen, Schreiben) umfasst, lassen Testzentren zu und überprüfen diese regelmäßig. Eine Liste mit anerkannten Fachsprachenprüfungen und Vorbereitungskursen wird veröffentlicht.

Beschluss Nr. 8 EU-Arbeitszeitrichtlinie

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

In Anbetracht der immer noch nicht abgeschlossenen Revision der EU-Arbeitszeitrichtlinie fordern wir die europäischen Gremien auf, dem Arbeitsschutz höchste Priorität einzuräumen.

Beschluss Nr. 9 Einhaltung des erzielten Schutzniveaus bei der klinischen Forschung am Menschen!

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Bei der klinischen Forschung zur Entwicklung innovativer Therapien ist die Mitwirkung zunächst von gesunden Probanden und später von Patientinnen und Patienten unvermeidlich. Die angewandten Verfahren müssen dem Schutz dieser Menschen vor unzumutbaren Risiken und Belastungen Rechnung tragen. In einem internationalen Lernprozess wurden – insbesondere seit der Mitte des 20. Jahrhunderts – Standards entwickelt und fortgeschrieben, die inzwischen weltweit anerkannt sind. Die Richtlinie 2001/20/EG verankert im europäischen Recht einen Katalog international anerkannter ethischer und wissenschaftlicher Qualitätsanforderungen im Interesse der Sicherheit, Verlässlichkeit und ethischen Vertretbarkeit klinischer Forschung am Menschen. Sie baut dabei in zentraler Weise auf dem Katalog ethischer Grundsätze für die Forschung am Menschen auf, der in der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki niedergelegt ist.

Die Europäische Kommission hat einen Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/20/EG vorgelegt, der eine grundlegende Neuregelung bedeutet. Die mit der Richtlinie 2001/20/EG eingeführten Verfahren sollen schneller, einfacher und kostengünstiger werden, so soll die Attraktivität der EU als Standort für klinische Forschung steigen. Diesen Zielen ist zuzustimmen, denn sie helfen, den Bürgern der EU Zugang zu innovativen Therapien zu verschaffen. Von entscheidender Bedeutung bei der Harmonisierung ist allerdings, dass das bereits erreichte Schutzniveau an Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Arzneimittelprüfung und der Patientensicherheit erhalten bleibt.

Vor diesem Hintergrund setzt der Marburger Bund sich dafür ein, den Verordnungsentwurf in entscheidenden Punkten zu verändern und fordert:

1. Effektive Beteiligung der betroffenen Mitgliedstaaten an der Nutzen-Risiko-Bewertung durch
 - eine ausreichende Konsultationsfrist, vor deren Ablauf der berichterstattende Mitgliedstaat nicht entscheiden darf,
 - eine Pflicht des berichterstattenden Mitgliedstaates, eingegangene Anmerkungen zu dokumentieren und ggf. zu begründen, warum er von den Hinweisen eines betroffenen Mitgliedstaates abweicht,
 - eine Erweiterung der Opt-out Möglichkeiten für betroffene Mitgliedstaaten auf Bedenken hinsichtlich der ärztlichen Vertretbarkeit;
2. Ausdrückliche Einbindung unabhängiger Ethik-Kommissionen im Sinne der Deklaration von Helsinki und der ICH-GCP in sowohl Teil I als auch Teil II der Bewertung;
3. Sicherstellung, dass eine ablehnende Entscheidung der Ethik-Kommission zu einer Versagung der Genehmigung führt;

Öffnungsklausel für die Einführung höherer Schutzstandards für vulnerable Gruppen durch die Mitgliedstaaten.

Beschluss Nr. 10 Keine Änderung des § 66 SGB V durch das Patientenrechtgesetz

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der § 66 SGB V lautet: „Die Krankenkassen **können** die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen.“

Im Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtgesetz – BT-Drs. 17/10488) ist vorgesehen, das Wort „können“ durch „sollen“ zu ersetzen.

Der Marburger Bund fordert die Bundesregierung auf, auf die vorgesehene Änderung des § 66 SGB V zu verzichten. Die bisherige Regelung ist für die Gewährleistung von Patientenrechten völlig ausreichend.

Beschluss Nr. 11 Regelungen des Patientenrechtgesetzes zur Aufklärung im Krankenhaus praxistauglich gestalten

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, die Regelungen des Patientenrechtgesetzes im § 630 e zur Aufklärung im Krankenhaus dahingehend praxistauglich zu gestalten, dass die Aufklärung außer durch den Behandelnden selbst oder eine Person, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Befähigung verfügt, auch durch Ärzte erfolgen darf, die aufgrund ihres Studiums sowie ggf. ergänzend durch ihre Weiterbildung sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände kennen und dem Patienten vermitteln können.

Das Petitum des Gesetzgebers, insbesondere komplexe Eingriffe durch einen Arzt erklären zu lassen, der den Eingriff durch eigene Befähigung auch beurteilen kann, ist nachvollziehbar und richtig. Die Absicht verkennt aber, dass eine große Anzahl von aufklärungspflichtigen Eingriffen (insbesondere diagnostische Eingriffe) nicht eine so große Komplexität besitzen.

Beschluss Nr. 12 Pflicht der Krankenhäuser zur Mitarbeiterbeteiligung gesetzlich sichern und kontrollieren

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Gesetzgeber in den Bundesländern auf, die Beteiligung an den Einnahmen aus gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen (Liquidationseinnahmen) sowohl für den Fall der Ausübung des Liquidationsrechtes durch den Chefarzt als auch durch den Krankenhausträger nach dem Vorbild z.B. des rheinland-pfälzischen Landeskrankenhausesgesetzes rechtlich verbindlich sicherzustellen.

Dort wo dies bereits geschehen ist, fordert der Marburger Bund die Landesregierungen, beispielweise die in Rheinland-Pfalz auf, die Pflicht zur Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter durch geeignete und qualifizierte Kontrollmaßnahmen sicherzustellen. Seit der zum 1. Januar 2011 erfolgten Änderung des Landeskrankenhausesgesetzes Rheinland-Pfalz sind Krankenhausträger, die sich das Liquidationsrecht von leitenden Ärzten haben abtreten

lassen, verpflichtet, die ärztlichen Mitarbeiter an diesen Einnahmen so zu beteiligen, wie wenn das Liquidationsrecht weiterhin beim Chefarzt läge. Der Marburger Bund stellt fest, dass viele Krankenhäuser dieser Pflicht bisher nicht nachgekommen sind.

Die Verlagerung des Liquidationsrechtes auf die Krankenhäuser darf im Ergebnis nicht dazu führen, dass der Beteiligungsanspruch der ärztlichen Mitarbeiter an diesen Einnahmen leerläuft.

Beschluss Nr. 13 Anwendung der Gefährdungsanalyse auf ärztlichen Bereich

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund setzt sich dafür ein, dass die Gefährdungsanalyse gemäß Arbeitsschutzgesetz bzw. die Gefährdungsbeurteilung konsequent auch auf den ärztlichen Bereich angewendet und umgesetzt werden und dies auf neuestem arbeitsmedizinischem Kenntnisstand mit arbeitsmedizinischer Expertise erfolgt.

Beschluss Nr. 14 Beschäftigtendatenschutzgesetz an Besonderheiten ärztlicher Berufsausübung anpassen

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund weist darauf hin, dass der gegenwärtige Entwurf eines Beschäftigtendatenschutzgesetzes überarbeitungsbedürftig ist, gerade im Hinblick auf die Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten und die Tatsache, dass die Inhalte ihrer Berufstätigkeit einer besonderen Geheimhaltung (Schweigepflicht) auch gegenüber dem Arbeitgeber unterliegt.

Der Gesetzentwurf bedarf der Ergänzung dahingehend, dass sämtliche inner- und außerbetriebliche Kommunikation von angestellten Ärztinnen und Ärzten, soweit sie sich auf Patientendaten bezieht, vor dem Zugriff des Arbeitgebers und seiner Beauftragten geschützt wird. Dies kann entweder durch die Schaffung hierfür eigener geschützter Kommunikationswege geschehen oder auf die Weise, dass die gesamte schriftliche, verbale und elektronische Kommunikation von Ärztinnen und Ärzten dem Zugriff Dritter, insbesondere des Arbeitgebers, entzogen wird.

Dazu zählt auch das Verbot einer arbeitgeberseitigen Video-Überwachung aller Arbeitsbereiche, in denen Ärztinnen und Ärzte ihrer Berufstätigkeit nachgehen.

Beschluss Nr. 15 Fortbildungszertifikat

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund wird auch zukünftig allen Bestrebungen entschieden entgegentreten, die den Wert des Fortbildungszertifikates der Ärztekammern als allein hinreichend für den gesetzlich geforderten Nachweis der erbrachten Fortbildungsverpflichtung relativieren möchten. Das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern steht dabei für den Marburger Bund nicht nur für eine bestimmte Menge an Fortbildung, sondern auch für deren hohen Qualitätsstandard sowie eine durch die ärztliche Selbstverwaltung bewertete Relevanz der Fortbildungsmaßnahmen für die ärztliche Berufsausübung.

Beschluss Nr. 16 Freistellung zur Fortbildung

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund ist nach wie vor der Meinung, dass es einer sozialgesetzlichen Fortbildungspflicht nicht bedarf. Allerdings ist es die Pflicht der Krankenhausträger, die Fortbildung der bei ihnen angestellten Ärztinnen und Ärzte durch entsprechend bezahlte Freistellung von der Arbeit zu ermöglichen.

Beschluss Nr. 17 Rechtsunsicherheit für Patienten und Ärzte bei Zwangsbehandlung beenden

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Gesetzgeber auf Landes- und Bundesebene auf, ohne Verzögerung klare gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Behandlung schwerer psychischer Störungen, für den Fall, dass dies im Einzelfall erforderlich ist, auch ohne Einverständnis des Patienten ermöglichen.

Infolge der Feststellung des Bundesverfassungsgerichts, dass Abschnitte der Landesgesetzgebungen, die die zwangsweise Behandlung von psychisch Kranken mit selbst- oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen regeln, nicht verfassungskonform sind und der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, dass eine medizinisch indizierte Behandlung nach dem Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) gegen den natürlichen Willen des Patienten nicht mehr zulässig ist, ist ein juristisches Vakuum entstanden.

Der Marburger Bund begrüßt in Übereinstimmung mit Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und des Vereins der Baden-Württembergischen Krankenhauspsychiater (VBWK) ausdrücklich die höchstrichterliche Hervorhebung von Autonomie und Selbstbestimmung sowie der Bedeutung der Einwilligungsfähigkeit bzw. Einsichtsfähigkeit des Patienten.

Jedoch kann, wenn die Bereitschaft zu einer Behandlung durch intensive Gespräche und einen psychotherapeutischen Zugang nicht erreicht werden kann und die krankheitsbedingte Selbst- oder Fremdgefährdung bedrohlich ist, ein unmittelbares therapeutisches Eingreifen zur Gefahrenabwehr geboten sein. Die Anwendung von Zwang als letztes Mittel ist nicht nur gerechtfertigt, sondern unter medizinethischen Gesichtspunkten – Gesundheit wiederherstellen, Schaden vermeiden, den am schwersten Kranken eine wirksame Behandlung nicht vorenthalten – sogar geboten. So dient eine Therapie gegen den Willen des Patienten in diesen Fällen nicht nur dem Wohle des Betroffenen, sondern letztendlich auch dazu, ihm wieder eine autonome Entscheidung zu ermöglichen.

Aktuell sieht der Marburger Bund die ausgesprochen problematische Situation, dass je nach Amtsgerichtsbezirk, und teilweise auch in Abhängigkeit vom einzelnen Richter, die derzeit geltenden Rechtsgrundlagen unterschiedlich bewertet und ausgedeutet werden. Für die direkt am Patienten Tätigen besteht keinerlei Sicherheit mehr. Die verantwortlichen Ärzte bewegen sich im Alltag zwischen den strafrechtlichen Vorwürfen einer Freiheitsberaubung bzw. Körperverletzung oder aber einer unterlassenden Hilfeleistung.

Die Verzögerung der Schaffung einer präzisen rechtlichen Grundlage führt im Klinikalltag zu massiven Problemen und geht zu Lasten der Patienten und Mitarbeiter.

Aus diesem Grund muss das Gesetzgebungsverfahren mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln vorangetrieben werden.

Beschluss Nr. 18 Kein Automatismus europäischer Leitlinien in der Krebsfrüherkennung

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Nach dem geplanten Krebsregistergesetz sollen Untersuchungen, für die von der Europäischen Kommission veröffentlichte europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen vorliegen, künftig grundsätzlich als organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme angeboten werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll eine Frist von zwei Jahren erhalten, für die Ausgestaltung der Programme, basierend auf den beiden bestehenden und künftig hinzukommenden Richtlinien, zu sorgen.

Der Marburger Bund tritt diesen Plänen entgegen. Auch die Bundesärztekammer hält es nicht für ratsam, die Richtlinienkompetenz des G-BA und ihre für die medizinische Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung verbindlichen Folgen in eine unmittelbare Abhängigkeit von der Produktivität europäischer Leitlinienautoren bzw. Fachgesellschaften zu stellen. Das Vorliegen qualitativ hochwertiger und auf europäischer Ebene konsentierter Leitlinien ist nicht gleichbedeutend mit einem Beleg für Wirksamkeit und Nutzen einer Früherkennungsmaßnahme.

Der Marburger Bund wirbt dafür, dass der G-BA die Möglichkeit erhält, sich selbst ein Urteil darüber zu bilden, ob und welche Früherkennungsmaßnahmen er beschließt. Als notwendige Voraussetzung dafür betrachtet der Marburger Bund aber die Aufnahme der Bundesärztekammer in den G-BA mit Sitz und Stimme. Im Übrigen kann sich der G-BA z. B. vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zuvor beraten lassen.

Beschluss Nr. 19 Anpassung von Einzelheiten der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt die mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz beabsichtigte Verlagerung der Anpassung von Zugangsvoraussetzungen und weiteren Einzelheiten zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen auf die Ebene von Richtlinien des G-BA. Zugleich fordert er die rechtsförmliche Beteiligung der Bundesärztekammer an diesen Entscheidungen mit Sitz und Stimmrecht.

Beschluss Nr. 20 Auflagen und Nebenbestimmungen bei Weiterbildungsbefugnissen offenlegen

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert die Landesärztekammern auf, zeitnah sämtliche Auflagen und Nebenbestimmungen der Weiterbildungsbefugnisse auf ihren Homepages zu veröffentlichen. Sollten sich Weiterbildungsbefugte unter Berufung auf den Datenschutz dagegen verwehren, wird dieser Umstand ersatzweise veröffentlicht.

Beschluss Nr. 21 Keine Obergrenze für die PJ-Ausbildungspauschale im Ausland

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Landesprüfungsämter auf, die mit der Änderung der Approbationsordnung gegen den Widerstand des Marburger Bundes neu eingeführte verpflichtende Obergrenze für die Ausbildungspauschale während des Praktischen Jahres (PJ) nicht auf PJ-Abschnitte im Ausland anzuwenden.

Die neue Approbationsordnung erlaubt Kliniken, während des PJ höchstens Geld- oder Sachleistungen entsprechend des BAföG-Satzes nach § 13 BAföG zu gewähren. Höhere Ausbildungspauschalen wären danach unzulässig. Dies ist für alle Lehrkrankenhäuser in Deutschland bindend. Diese Regelung passt jedoch nicht für im Ausland abgeleistete Abschnitte. Die Studierenden stehen dort vor dem „Problem“, dass teilweise deutlich mehr gezahlt wird (z. B. in der Schweiz), da die Aufwandsentschädigung auf einer anderen Grundlage berechnet wird. Dies macht aufgrund der unterschiedlichen Lebenshaltungskosten auch durchaus Sinn. Sollte nun diese Obergrenze auch für das Ausland gelten, wäre die Mobilität der Studierenden dadurch deutlich eingeschränkt, was dem erklärten Zweck der Änderung der ÄAppO zuwiderläuft. Hinzu kommt, dass die Regelung des § 3 Abs. 4 S. 8 ÄAppO n. F. (Obergrenze) mit dem Ziel eingeführt wurde, den Wettbewerb „um die besten Köpfe“ nicht über die Höhe der finanziellen Zuwendungen, sondern über die Qualität der Ausbildung zu führen (BR-Drs. 238/12). Dieser Wettbewerb findet aber nur im Inland zwischen den Universitäten und Lehrkrankenhäusern statt. Eine Ausdehnung der Vorschrift auf Auslandsabschnitte des PJ ist daher sinnlos.

Beschluss Nr. 22 Keine Umverteilung von Lehrkapazitäten zu Lasten der curricularen Hauptfächer

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert das Bundesgesundheitsministerium und die Fakultäten dazu auf, die Einführung zusätzlicher neuer Querschnittsbereiche kritisch zu hinterfragen. Die zeitliche Umverteilung weg von den Hauptfächern ist problematisch.

Beschluss Nr. 23 Keine Abschaffung von Studientagen

Die 122. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund spricht sich für den Erhalt der Studientage im Praktischen Jahr aus.

Es gibt Bestrebungen, die Möglichkeit der Gewährung der Studientage im Praktischen Jahr einzuschränken bzw. abzuschaffen. Dabei werden die Begriffe „Fehltag“ und „Studientage“ immer wieder in ihrer Bedeutung fälschlicherweise gleichgesetzt.

„Fehltag“ werden im Rahmen der Approbationsordnung gewährt und dienen der Kompensation von Ausfallzeiten, bedingt durch Krankheit oder unvorhersehbare Ereignisse. Dabei ist besonders auf die Bedeutung der Fehltag im Fall einer Schwangerschaft oder im Rahmen der Betreuung von Kindern bzw. der Pflege von Angehörigen hinzuweisen.

„Studientage“ dienen der Vor- und Nachbereitung der im klinischen Alltag erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie der Vertiefung von Lerninhalten. Sie sind ein bewährtes und unverzichtbares Element der Ausbildung im Praktischen Jahr.

Die Abschaffung der Studientage würde die Studierenden der Möglichkeit berauben an Fortbildungsmaßnahmen, wie z.B. Summer Schools und Skills Labs, teilzunehmen, die eine sehr gute Ergänzung der klinischen Ausbildung darstellen.

Berlin, 02./03.11.2012