

142. Hauptversammlung

03./04.11.2023

BESCHLÜSSE

Beschluss Nr. 1 - Die Krankenhausreform duldet keinen Aufschub	3
Beschluss Nr. 2 - Nachhaltige Finanzierung der stationären Versorgung	3
Beschluss Nr. 3 - Personalausstattung mit ÄPS-BÄK verpflichtend definieren	4
Beschluss Nr. 4 - Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Ausbildung.....	4
Beschluss Nr. 5 - Rettungsdienst ist Teil der Notfallkette.....	5
Beschluss Nr. 6 - Reform der Notfallversorgung im Rettungsdienst ohne Qualitätsverlust	6
Beschluss Nr. 7 - Einheitliche strukturierte und standardisierte digitale Notrufabfragesysteme in allen Rettungsleitstellen Deutschlands einführen	6
Beschluss Nr. 8 - SmED-Evaluationsdaten offenlegen	7
Beschluss Nr. 9 - Wo bleibt der Bürokratieabbau im Gesundheitswesen?.....	7
Beschluss Nr. 10 - Krankenhaustransparenzgesetz konterkariert Bemühungen um Bürokratieabbau	8
Beschluss Nr. 11 - Ausufernde Bürokratie reduzieren	8
Beschluss Nr. 12 - Medizinische Betreuung von Geflüchteten an der EU-Außengrenze sicherstellen.....	8
Beschluss Nr. 13 - Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase allen Menschen in Deutschland ermöglichen	9
Beschluss Nr. 14 - Ambulante Versorgung gemeinsam - Nur gleiche Strukturvoraussetzungen und Vergütungen ermöglichen gleiche Leistung mit gleicher Qualität	9
Beschluss Nr. 15 - Kollegialität gegenüber Poolärztinnen und -ärzten.....	11
Beschluss Nr. 16 - Sicherstellungsauftrag muss erfüllt werden.....	11
Beschluss Nr. 17 - Angemessene Entlohnung von angestellten Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Medizin.....	12
Beschluss Nr. 18 - Gemeinsame Zukunft der Weiterbildung - ambulant und stationär.....	12
Beschluss Nr. 19 - Mutterschutz - Umlagegelder zweckgebunden für personelle Kompensationen während der Ausfallzeiten verwenden	13
Beschluss Nr. 20 - Mutterschutz - zumutbare Umgestaltung von Arbeitsbedingungen prüfen	14

Beschluss Nr. 21 - Konzentration der Frühgeborenenversorgung in Deutschland: Abbau ohne Aufbau ist gefährlich	14
Beschluss Nr. 22 - 5.000 neue Studienplätze für Humanmedizin, jetzt erst recht	14
Beschluss Nr. 23 - Geschlechtersensible Medizin in der medizinischen Ausbildung.....	15
Beschluss Nr. 24 - Krankheitstage im Praktischen Jahr dürfen nicht von Fehltagen abgezogen werden	15

Beschluss Nr. 1 - Die Krankenhausreform duldet keinen Aufschub

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Regierung auf, die angekündigte Krankenhausreform zügig ins Gesetzgebungsverfahren zu bringen.

Die Neujustierung der stationären Versorgung darf nicht in parteipolitischen Grabenkämpfen untergehen. Wir brauchen funktionale, bedarfsgerechte Strukturen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Nur dann wird es auch gelingen, dauerhaft medizinische und pflegerische Fachkräfte für die Krankenhausversorgung zu gewinnen. Bei der Umsetzung in den Ländern wird es entscheidend darauf ankommen, die Versorgungssituation im vertragsärztlichen Bereich in den Planungen zu berücksichtigen.

Jede weitere Verzögerung des Reformprojekts droht die aktuell schwierige Lage noch weiter zu verschärfen. Die Verunsicherung führt derzeit zu einem Investitionsstillstand in vielen Kliniken sowohl bei den Strukturen als auch beim Personal. Krankenhäuser brauchen dringend Planungssicherheit.

Beschluss Nr. 2 - Nachhaltige Finanzierung der stationären Versorgung

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Krankenhäuser sind eine unverzichtbare Säule der Daseinsvorsorge. Daher fordert der Marburger Bund eine nachhaltige Finanzierung der stationären Versorgung. Hierzu müssen folgende Punkte umgesetzt werden:

1. Tarifsteigerungen müssen dauerhaft - wie bisher für Pflegekräfte - auch für Ärztinnen und Ärzte sowie alle anderen Berufsgruppen im Krankenhaus voll gegenfinanziert werden. Dies muss zeitnah erfolgen.
2. Ein dauerhafter vollständiger Inflationsausgleich muss erfolgen.
3. Die Länder müssen dauerhaft vollumfänglich ihren Investitionsverpflichtungen nachkommen.
4. Um die Krankenhäuser energieeffizient und klimafreundlich auszustatten sowie die Digitalisierung voranzutreiben, muss ein entsprechender Krankenhausfonds vom Bund aus Steuermitteln finanziert werden. Nach wenigen Jahren würde sich dieser Fonds durch Einsparungen gegenfinanzieren.
5. Die Einführung des Personalbemessungstools der Bundesärztekammer ist erforderlich, da feste Personaluntergrenzen ungeeignet sind, Versorgungskapazitäten zu steuern und die Qualität durch die notwendige Anzahl an Personal zu sichern. Der berechnete Personalbedarf muss komplett gegenfinanziert werden.
6. Die Einführung von Vorhaltekosten in die Krankenhausfinanzierung ist nur dann sinnvoll, wenn sie von der Fallzahl unabhängig sind.

Beschluss Nr. 3 - Personalausstattung mit ÄPS-BÄK verpflichtend definieren

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Bundesgesetzgeber auf, im Rahmen der Krankenhausreform das ärztliche Personalbemessungsinstrument der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) als verpflichtend einzuführen.

Die aufgaben- und patientengerechte ärztliche Personalausstattung ist eine wichtige Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung.

Auf die Möglichkeit, ÄPS-BÄK als Entscheidungskriterium bei der Zuteilung von Leistungsgruppen anzuwenden, weist ein derzeit bekannter Arbeitsentwurf zur Krankenhausreform lediglich in seiner Begründung hin. Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige patientenorientierte Versorgung und deren Vergütung ist aus ärztlicher Sicht die Festlegung einer aufgaben- und patientenorientierten Personalbemessung. Bei der Entscheidung, welche Leistungsgruppen einem Krankenhaus zugewiesen werden, sollten bedarfsgerechte Personalvorgaben verpflichtend einbezogen werden müssen. Hierzu bedarf es einer gesetzlichen Grundlage.

Bereits der 127. Deutsche Ärztetag hat den Gesetzgeber aufgefordert, die patienten- und aufgabengerechte ärztliche Personalausstattung mit dem ärztlichen Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) umzusetzen.

Beschluss Nr. 4 - Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Ausbildung

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert das Bundesgesundheitsministerium auf, Stellung zu den potenziellen Auswirkungen der Krankenhausreform auf das Medizinstudium beziehungsweise die medizinische Ausbildung zu beziehen.

Der Bund und die Länder befinden sich in fortgeschrittenen Gesprächen bezüglich der Reform des deutschen Krankenhauswesens. Diese hat nach den vorliegenden Eckpunkten neben der Klassifizierung von Kliniken anhand von Leistungsgruppen auch als Ziel, Strukturen der Versorgung neu zu ordnen.

Hierbei stellt sich die Frage, inwieweit mit den unterschiedlichen Klassifikationen auch verschiedene Befugnisse bezüglich der Beteiligung an der ärztlichen Ausbildung einhergehen, beispielsweise bei der Anerkennung universitärer Lehrkrankenhäuser. Ebenso bleibt offen, wie sich eine mögliche Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft auf die Verfügbarkeit von Orten zur Ausübung des Praktischen Jahres auswirken könnte. Bei einer Veränderung der Krankenhauslandschaft müssen Folgebedingungen für die ärztliche Ausbildung entsprechend mitgedacht werden.

In diesem Kontext sind auch die neue Approbationsordnung und die zukünftig verstärkte Einbeziehung von Lehrkrankenhäusern und -praxen sowie anderen Gesundheitseinrichtungen in Blockpraktika und PJ zu erwähnen.

Es sollte daher vom Gesundheitsministerium klargestellt werden, inwieweit die möglichen Folgen der Reformen im Gesundheitswesen die ärztliche Ausbildung betreffen könnten und inwiefern die Verfügbarkeit qualitativer Ausbildungsorte garantiert werden kann.

Beschluss Nr. 5 - Rettungsdienst ist Teil der Notfallkette

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt, dass die Regierungskommission auch Empfehlungen für eine Reform des Rettungsdienstes als Teil der Reform der Notfallversorgung vorgelegt hat.

Vorrangige Reformziele müssen die optimale Vernetzung aller Strukturen der Rettungskette und die Vermeidung von unnötigem, personellen Einsatz sein. Der von der Regierungskommission dazu genannte Ausbau der telefonischen Ersteinschätzung und telenotärztlichen Unterstützung sind geeignete Instrumente. Auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist ausgesprochen sinnvoll und wird langfristig zu Verbesserungen führen.

Vorschläge, nach denen Notärztinnen und Notärzte insbesondere in der bodengebundenen Rettung durch zusätzlich qualifizierte Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ersetzt werden sollen, sind demgegenüber nicht zielführend und heben auch keine Personalressourcen, da bereits jetzt offene Stellen im Rettungsdienst für Notfallsanitäter nur schwer zu besetzen sind.

Der Erhalt eines flächendeckenden Netzes einer bodengebundenen notärztlichen Versorgung, der an Ländergrenzen nicht Halt macht, ist insbesondere zum Erhalt der Versorgungsqualität für die Bevölkerung aus Sicht des Marburger Bundes zwingend erforderlich. Auch in der Rettung ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Qualifikationsebenen im Team entscheidend. Bereits jetzt bestehen viele Möglichkeiten für die Delegation von Tätigkeiten im Rettungsdienst.

Um Notaufnahmen zu entlasten, sollten in die Rettungsdienstkette auch Vertragsarztpraxen integriert werden, die in der Lage und bereit sind, während der Praxiszeiten Notfalltermine anzubieten und somit vom Rettungsdienst direkt angefahren werden können, wenn die Ressourcen des Krankenhauses zur Versorgung des individuellen Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht vonnöten sind.

Wie ein aktuelles (August 2023) IGES-Gutachten „Gestaltungs- und Steuerungsspielräume im Rettungsdienst“ zeigt, eröffnen alle Rettungsdienstgesetze bereits heute die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten in eine „geeignete Einrichtung“ zu transportieren oder dorthin zu verweisen.

Beschluss Nr. 6 - Reform der Notfallversorgung im Rettungsdienst ohne Qualitätsverlust

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Landes- und Bundesregierung auf, bei der Reform des Rettungsdienstes im Sinne der Patienten nicht die Qualitätskriterien abzusenken. Die medizinische Gesamtverantwortung und Qualitätssicherung müssen weiterhin der ärztlichen Leitung Rettungsdienst obliegen.

Dem dreijährig ausgebildeten Notfallsanitäter ist es bereits jetzt per Vorabdelegation - auch unter Einbeziehung telenotärztlicher Strukturen - durch den ärztlichen Leiter Rettungsdienst möglich, komplexe notfallmedizinische Aufgaben und Tätigkeiten durchzuführen und in begründeten Fällen auf die Nachforderung eines Notarztes zu verzichten.

Somit ist das Ziel, den Notarzt nur zu den Einsätzen zu entsenden, wo eine notärztliche Versorgung obligat ist, bereits jetzt erreichbar. Die Einführung eines neuen akademischen Heilberufes (Master Advanced Care Paramedic, BA Paramedic mit fünfjährigem Studium) mit eigenständiger Ausübung der Heilkunde oder aber die vollständige Übertragung der Heilkunde auf bereits ausgebildete Notfallsanitäter konterkariert alle jetzigen Bemühungen, die Qualität im Rettungsdienst auszubauen.

Weder durch bereits existierende noch durch neue akademische Berufe kann der Notarzt ersetzt werden. Jeder Patient gerade im akuten Notfall hat das Recht auf eine ärztliche Versorgung. Ärztliche Leistungen substituierende Berufsgruppen lehnt der Marburger Bund ab.

Beschluss Nr. 7 - Einheitliche strukturierte und standardisierte digitale Notrufabfragesysteme in allen Rettungsleitstellen Deutschlands einführen

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert die Innenministerien der Bundesländer auf, die flächendeckende Einführung eines bundesweit einheitlichen strukturierten, standardisierten und qualitätsgesicherten digitalen Assistenzsystems für die Notrufabfrage und -bearbeitung in den Rettungsleitstellen anzustoßen.

Das Assistenzsystem hat dabei definierten Anforderungen an Patientensicherheit, Diskriminationsfähigkeit, Objektivität, Reliabilität, Validität, Berücksichtigung des jeweiligen Stands der medizinischen Erkenntnis, Dokumentation und fortlaufendes Qualitätsmanagement zu entsprechen.

Beschluss Nr. 8 - SmED-Evaluationsdaten offenlegen

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert das Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung (ZI) auf, die Studien bezüglich Sicherheit und Zuverlässigkeit von SmED und SmED+ zusammen mit dem Studiendesign in wissenschaftlichen Ansprüchen genügender Form (good scientific practice) zu publizieren.

Beschluss Nr. 9 - Wo bleibt der Bürokratieabbau im Gesundheitswesen?

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Bundesregierung auf, die in ihrem Koalitionsvertrag angekündigten weiteren Maßnahmen zum Bürokratieabbau in der Patientenversorgung umzusetzen.

Ärztinnen und Ärzte erwarten eine schnelle und pragmatische Entlastung von Bürokratie in ihrem beruflichen Alltag, damit sie ihrer eigentlichen Arbeit in der Behandlung von Patientinnen und Patienten nachgehen können. Der Marburger Bund und andere Verbände haben dem Bundesgesundheitsministerium konkrete Vorschläge zum Bürokratieabbau vorgelegt. Jetzt ist der Gesetzgeber am Zug.

Aktuell gibt es mehrere Gesetzesinitiativen auf Bundesebene zum Bürokratieabbau in verschiedenen Ressorts. Vom Bundesjustizministerium soll noch in diesem Jahr ein Referentenentwurf für ein neues Bürokratieentlastungsgesetz vorgelegt werden.

Für das Gesundheitswesen und insbesondere im Krankenhausbereich sind bislang allerdings keine konkreten Maßnahmen zum Bürokratieabbau und zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten erkennbar. Der aktuell bekannte Arbeitsentwurf zur Krankenhausreform bleibt weit hinter den Erwartungen hinsichtlich der notwendigen Entbürokratisierung zurück. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende brauchen eine schnelle und pragmatische Entlastung von Bürokratie in ihrem beruflichen Alltag. Gerade angesichts des Fachkräftemangels ist jeder Abbau von bürokratischen Lasten gleichbedeutend mit zusätzlichen personellen Kapazitäten für die Patientenversorgung.

Beschluss Nr. 10 - Krankenhaustransparenzgesetz konterkariert Bemühungen um Bürokratieabbau

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund kritisiert das "Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz" (Krankenhaustransparenzgesetz). Dieses Gesetz wird alle Bekundungen und Bemühungen der Bundesregierung, Bürokratie abzubauen, konterkarieren. Die Informationen, die in dem künftigen Onlineportal stehen sollen, finden sich bereits in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Neu wären nur die neu definierten Leistungsbereiche und Level. Die geplante Einteilung von Kliniken in Level könnte aber die Bevölkerung in die Irre führen. Der Marburger Bund bietet seine Mitarbeit bei der Verbesserung der Vorgaben für die Qualitätsberichte an.

Beschluss Nr. 11 - Ausufernde Bürokratie reduzieren

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert, dass die ausufernden Qualitäts- und Strukturprüfungen so reduziert werden, dass der Nachweis vorhandener Strukturen nur einmalig erbracht werden muss. Die vorhandenen und zukünftig noch zu erwartenden hochkomplexen und bürokratielastigen Doppel-, Dreifach-, und Mehrfach- Prüfungen durch den Medizinischen Dienst müssen auf ein sinnvolles Maß beschränkt werden. Konkret fordern wir BMG, G-BA, IQTiG, BfArM und die Selbstverwaltung auf, die unterschiedlichen Struktur- und Qualitätsprüfungen in Krankenhäusern systematisch zu einem Prüfsystem zusammenzuführen.

Beschluss Nr. 12 - Medizinische Betreuung von Geflüchteten an der EU-Außengrenze sicherstellen

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund appelliert an die Verantwortlichen auf europäischer Ebene, die medizinische Betreuung von Geflüchteten an der EU-Außengrenze sicherzustellen und insbesondere auch die Behandlung von akuten Belastungsstörungen in den Fokus zu nehmen.

Beschluss Nr. 13 - Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase allen Menschen in Deutschland ermöglichen

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert den Gesetzgeber auf, den § 132g SGB V dahingehend zu erweitern, dass die Kosten einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (Advanced Care Planning, ACP) nicht nur Menschen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen erstattet werden. Vielmehr muss allen potentiellen Betroffenen die fortlaufende und professionell geleitete Reflektion darüber ermöglicht werden, welche Lebensziele und Erwartungen bei einer gesundheitlichen Verschlechterung erreichbar scheinen. Daraus abgeleitet soll schriftlich und verbindlich dokumentiert werden, welche medizinischen Maßnahmen in einem solchen Fall nicht mehr ergriffen werden sollten, weil sie der Zielerreichung nicht mehr dienen können.

Beschluss Nr. 14 - Ambulante Versorgung gemeinsam - Nur gleiche Strukturvoraussetzungen und Vergütungen ermöglichen gleiche Leistung mit gleicher Qualität

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund stellt fest, dass künftig mehr ärztliche Leistungen ambulant erbracht werden sollen. Die Herausforderung, die dadurch entsteht, ist nur als gemeinsame Ärzteschaft von stationär und vertragsärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen zu stemmen. Die Delegierten fordern daher, dass die Fachkenntnisse der Ärztinnen und Ärzte über den Marburger Bund bei der Ausgestaltung ambulanter Leistungen durch den Gesetzgeber berücksichtigt werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ärztekammern, die Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft und Krankenhausträger werden aufgefordert, den Sachverstand der Krankenhausärztinnen und -ärzte im Marburger Bund in die Entwicklung der ambulanten Versorgung einzubeziehen.

Hierzu stellt der Marburger Bund fest:

1. Die ambulante Versorgung muss patientenzentriert ausgerichtet werden und damit eine Steuerung von Patienten ermöglichen.
2. Durch die stetige Weiterentwicklung der Medizin können immer mehr auch hochkomplexe Leistungen in Zukunft ambulant erbracht werden. Krankenhäuser müssen - genauso wie Praxen - für die Erbringung dieser ambulanten Leistungen zugelassen werden, da für die durch zunehmende Morbidität und medizinische Möglichkeiten wachsende Zahl an Leistungen alle hierzu spezialisierten Ärztinnen und Ärzte erforderlich sind. Sonst werden dringend benötigte Ressourcen unnötig verbraucht.

3. Eine gleiche Leistung mit gleicher Qualität und Patientensicherheit kann in beiden Sektoren nur mit gleichen Strukturvoraussetzungen erfolgen. Krankenhäuser und Praxen müssen die gleichen Möglichkeiten haben, diese Leistungen kostendeckend zu erbringen. Hierfür ist vor allem die Einführung einer sektorgleichen Vergütung unabdingbar, um in beiden Sektoren die Leistung mit gleicher Qualität und Patientensicherheit erbringen zu können. Hierzu gehört auch eine 7/24 Absicherung in beiden Bereichen. Zudem darf es zu keiner Auswahl der Patienten kommen, die dazu führt, dass höhere Morbidität und Risikostruktur zu gleicher Vergütung vom Krankenhaus aufzufangen sind.
4. Viele bisher stationär durchgeführten Eingriffe und Operationen müssen seit dem 01.01.2023 ambulant erbracht werden, da das ambulante Reimbursement nach dem Katalog des EBM im Vergleich zum stationären Erlös für viele dieser Prozeduren nicht mehr kostendeckend ist. Dies führt zwangsweise dazu, dass Kliniken diese Eingriffe und Operationen nicht mehr oder nur in geringerem Maß anbieten können. Das hat weitreichende Konsequenzen für die Ärzte und Ärztinnen während der Weiterbildung, die ihre Anforderungen im Facharztkatalog nicht mehr erfüllen können. Die Reduktion von stationären Fällen führt zwangsweise auch zur Verschlechterung der medizinischen Ausbildung von Studierenden.
5. Die steigende Anzahl an ambulanten Leistungen erfordert eine Entbudgetierung und ausreichende Finanzierung ambulanter Leistungen, da sonst der Budgetdeckel einen Preisverfall der Leistungen und damit unweigerlich Qualitätsabsenkungen zur Folge hätte.
6. Die bisherigen Hybrid-DRG sind für diese Aufgabe nicht ausreichend. Ob Hybrid-DRG überhaupt in der jetzigen Form tauglich wären, ist mehr als fraglich, weil zum Beispiel die Materialkosten nicht berücksichtigt werden.
7. Auch nicht operative hochspezialisiert konservative Leistungen werden in Zukunft ambulant erbracht werden. Beispiele hierfür sind Onkologie, seltene Erkrankungen oder neue hochkomplexe konservative Therapien. Eine Zulassung der Krankenhäuser neben der Vertragsärzteschaft nur über Ermächtigungen oder Sonderzulassungen wird die Versorgung nicht sicherstellen.
8. Die Einführung weiterer ambulanter anstelle stationärer Leistungen und Strukturen wird nur gelingen, wenn nicht wieder gleichzeitig neue bürokratische Hürden eingebaut werden. Insbesondere ein neues Vergütungssystem darf nicht zu zusätzlicher Bürokratie führen.
9. Die Sicherstellung der lokalen und regionalen Versorgung wird nur mit abgestimmten Strukturen gelingen. Vertrags- und Krankenhausärzte vor Ort müssen sich lokal abstimmen können. Die Voraussetzungen, um die heutigen starren Strukturen zu überwinden, müssen geschaffen werden.
10. Neue Versorgungsformen (wie Kioske, Netze, Krankenhaus Level II) können die bestehenden Versorgungsformen nicht ersetzen, sondern maximal ergänzen. Hierzu müssen Vertrags- und Krankenhausärzte lokal und regional an der

Entscheidung über die Notwendigkeit beteiligt sein. Eine dirigistische Einführung einer Versorgungsform flächendeckend ohne Überprüfung der lokalen Notwendigkeit lehnt der Marburger Bund ab, da diese Form der Versorgung ggf. qualitativ schlechter, aber sicherlich teurer ist.

Beschluss Nr. 15 - Kollegialität gegenüber Poolärztinnen und -ärzten

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes kritisiert diejenigen Kassenärztlichen Vereinigungen, die als Reaktion auf das Urteil des Bundessozialgerichts die vertraglichen Beziehungen zu den nebenberuflichen Poolärztinnen und -ärzten sofort beendet haben.

Dies wurde ausgeführt ohne die Begründung des Urteils zu kennen und ohne Verständigung mit den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen. Unabdingbar ist das Einbeziehen der betroffenen Kolleginnen und Kollegen zu einer gemeinsamen abgestimmten Vorgehensweise.

Notfallversorgung geht nur gemeinsam.

Beschluss Nr. 16 - Sicherstellungsauftrag muss erfüllt werden

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, ihrem Sicherstellungsauftrag uneingeschränkt nachzukommen. Insbesondere die nach dem Urteil des Bundessozialgerichts in der Rechtssache B 12 R 9/21 R zur Sozialversicherungspflicht eingeführten Kürzungen, wie zum Beispiel die „Notbremse im ärztlichen Bereitschaftsdienst“ in Baden-Württemberg, müssen umgehend beendet werden und der ärztliche Notfalldienst und -praxen wieder an 7 Tagen die Woche 24 Stunden verfügbar sein.

Beschluss Nr. 17 - Angemessene Entlohnung von angestellten Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Medizin

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Arbeitgeber in der vertragsärztlichen Versorgung auf, den bei ihnen angestellten Ärztinnen und Ärzten mindestens die tariflichen Arbeits- und Entgeltbedingungen entsprechend den arzt spezifischen Tarifverträgen des Marburger Bundes zu gewähren.

Viele angestellte Ärztinnen und Ärzte bekommen keine Entlohnung, die ihren Qualifikationen und dem Arbeitsumfang entspricht. Es gibt Verträge, welche inhaltlich der tarifvertraglichen Vergütung in den Krankenhäusern nachstehen. Selbst große Krankenhaus-MVZ zahlen nicht analog den bestehenden Tarifverträgen, die für die Krankenhausärztinnen und -ärzte gelten. Eine dynamische Lohnanpassung, bezahlte Überstundenregelungen oder ein Inflationsausgleich gelten für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung oft nicht. Gerade angesichts des bestehenden Fachkräfte-/Ärztlemangels ist es unumgänglich, eine wertschätzende Entlohnung im ambulanten Bereich sicherzustellen.

Beschluss Nr. 18 - Gemeinsame Zukunft der Weiterbildung - ambulant und stationär

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Weiterbildung im Kontext der zukünftigen Versorgung wird noch mehr als heute in der stationären und der ambulanten Versorgung erfolgen müssen. Schon heute steht zu wenig Zeit für die Weiterbildung zur Verfügung. Daher sind geänderte Rahmenbedingungen dringend erforderlich. Der Marburger Bund stellt daher fest und fordert:

1. Ohne eine ausreichende Zahl qualifizierter Fachärztinnen und -ärzte ist eine sichere Versorgung in hoher Qualität weder stationär noch ambulant möglich. Krankenhäuser, die weiterbilden, sind bei sonst gleichen Voraussetzungen bei der Umsetzung der Krankenhauspläne zu bevorzugen.
2. Die Schaffung neuer akademischer Berufe, die vollverantwortlich Heilkunde ausüben, um ärztliche Tätigkeit zu substituieren, lehnt der Marburger Bund ab. Der Marburger Bund fordert erneut, die Studienplatzzahlen für Humanmedizin um mindestens 5.000 zu erhöhen. Trotz Fachärztemangel liegt die Anzahl der Studienplätze der Humanmedizin derzeit in Deutschland deutlich unter dem Gesamtniveau vor der Wiedervereinigung. Nur so steht eine ausreichende Anzahl an Kolleginnen und Kollegen für die Weiterbildung und damit als Fachärztinnen und -ärzte dauerhaft sowohl stationär als auch ambulant zur Verfügung.
3. Sich weiterbildende Ärztinnen und Ärzte sind ärztlich in der Versorgung tätig. Sie leisten als approbierte Ärztinnen und Ärzte auch in der Weiterbildung ärztliche Arbeit und damit einen unverzichtbaren Anteil an der Versorgung der Bevölkerung regelhaft auf Facharzt niveau (Facharztstandard). Daher steht jedem Arzt/jeder Ärztin in der stationären und ambulanten Versorgung ein tarifliches Gehalt zu.

4. Ärztliche Tätigkeit hat sich hochspezialisiert. Zur Verbesserung der Qualität der Versorgung bedarf es einer Strukturierung der Weiterbildung mit Zeitkontingenten zur Anleitung durch die Weiterbildungsbefugten im ärztlichen Alltag. Notwendig sind auch aufwendige Lernformen wie beispielweise Skilllabs. Um aufwendige Versorgungsformen zu erlernen, sind bezahlte Freistellungen zu Hospitationen und Rotationen unverzichtbar. Daher kann ärztliche Weiterbildung nicht länger allein als „Nebenprodukt“ der ärztlichen Tätigkeit erledigt werden.
5. Dies gilt sowohl für den stationären und ambulanten Bereich. Weder im DRG- und EBM-System, noch aktuell im AOP-Katalog wird die Weiterbildung finanziell berücksichtigt. Der Marburger Bund fordert daher eine separate, extrabudgetäre Finanzierung der zusätzlichen Kosten der ärztlichen Weiterbildung. Zum einen soll dies in Form einer Grundpauschale für Weiterbildungsstätten im Sinne einer Vorhalteleistung erfolgen. Zum anderen müssen Prozeduren oder Eingriffe, die von Weiterzubildenden durchgeführt werden, mit einem Zuschlag im DRG- und EBM-System versehen werden. Die Ärztekammern müssen an der Steuerung dieser Zahlungen beteiligt werden.

Da die qualitative Versorgung der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, fordert der Marburger Bund, diese zusätzlichen Kosten für die Weiterbildung aus Steuermitteln zu finanzieren. Analog zu Regelungen in der Schweiz sollten diese Mittel über die Ärztekammern nach Kontrolle der Weiterbildungsqualität vergeben werden.

Die Gesetzgeber werden zudem aufgefordert, gesetzliche Regelungen wie Weiterbildungsbefristungsgesetz (ÄArbVtrg), Arbeitnehmerüberlassung, Altersversorgung, Mutterschutz und andere so anzupassen, dass sie den Besonderheiten der Weiterbildung gerecht werden und eine strukturierte Weiterbildung nicht weiter verhindern.

Beschluss Nr. 19 - Mutterschutz - Umlagegelder zweckgebunden für personelle Kompensationen während der Ausfallzeiten verwenden

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich, dass der Gesetzgeber mit der Schaffung der Umlage U2 eine Regelung geschaffen hat, die Arbeitgebern ermöglicht, Beschäftigungsverbote von schwangeren oder stillenden Frauen zu refinanzieren. Die Arbeitgeber werden insoweit aufgefordert, diese Mittel auch zweckgebunden zur personellen Kompensation in den Abteilungen während der Ausfallzeiten zu verwenden.

Beschluss Nr. 20 - Mutterschutz - zumutbare Umgestaltung von Arbeitsbedingungen prüfen

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Arbeitgeber auf, den Vorgaben des § 13 MuSchG zu folgen und Konzepte zu entwickeln, wie durch die zumutbare Umgestaltung von Arbeitsbedingungen dafür gesorgt werden kann, dass schwangeren und stillenden Studentinnen und Ärztinnen eine Weiterarbeit soweit ermöglicht wird, als keine unverantwortbare Gefährdung für sie selbst und das werdende Kind vorliegt.

Beschluss Nr. 21 - Konzentration der Frühgeborenenversorgung in Deutschland: Abbau ohne Aufbau ist gefährlich

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes begrüßt grundsätzlich die geplante Konzentration der Versorgung Frühgeborener, die die Zukunftschancen dieser vulnerablen Gruppe auch in Deutschland verbessern soll. Gleichzeitig werden Bundesländer und Kostenträger aufgefordert, diejenigen Level 1- Perinatalzentren, die in einer geänderten Versorgungslandschaft künftig zusätzliche Frühgeborene versorgen müssen, proaktiv ausreichend auf diese Aufgabe vorzubereiten und entsprechend zu ertüchtigen. Dazu gehört auch, sich an den personellen und strukturellen Rahmenbedingungen von „best practice“-Länder wie z. B. Schweden zu orientieren, anstatt einen ungeordneten Strukturabbau auf dem Rücken der kleinen Patientinnen und Patienten zuzulassen.

Beschluss Nr. 22 - 5.000 neue Studienplätze für Humanmedizin, jetzt erst recht

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Bundesländer auf, 5.000 neue Studienplätze für Humanmedizin zu errichten und diese auskömmlich zu finanzieren.

Nachdrücklich weist der Marburger Bund darauf hin, dass es ein gewaltiger Irrtum ist, zu glauben, dass der heutige Ärztemangel nach der Reform der Krankenhausstruktur durch Konzentrationen von Kliniken und Verlagerungen der stationären Leistungen nicht mehr vorhanden sei. Der Bedarf an ärztlichen Leistungen wird in Zukunft zweifellos deutlich steigen.

Beschluss Nr. 23 - Geschlechtersensible Medizin in der medizinischen Ausbildung

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert die Medizinischen Fakultäten dazu auf, geschlechtersensible Medizin zu fördern und Gendermedizin – im Sinne des neuen NKLM – als Pflichtfach im Medizinstudium zu verankern.

Geschlechtersensible Medizin betrachtet die Einflüsse des biologischen und sozialen Geschlechts auf die Gesundheit. Diese sind vielfältig und in der medizinischen Ausbildung häufig unterrepräsentiert. Die unterschiedlichen Wirkungen von Östrogenen und Testosteronen, beispielsweise in Bezug auf das KHK-Risiko oder bei Osteoporose, werden gelehrt. Viele andere genderspezifische Aspekte bleiben allerdings außen vor. Beispielsweise die unterschiedliche Wirkweise von Medikamenten prä- oder postmenopausal.

Wissenschaftliche Erkenntnisse aus der gendermedizinischen Forschung sollten im Sinne einer evidenzbasierten Medizin in die medizinischen Curricula integriert werden. Gleichzeitig sollte die Forschung in diesem Bereich deutlich ausgebaut und gefördert werden.

Beschluss Nr. 24 - Krankheitstage im Praktischen Jahr dürfen nicht von Fehltagen abgezogen werden

Die 142. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert in der neuen Approbationsordnung die formelle Trennung von Krankheitstagen und Fehltagen für Studierende im Praktischen Jahr.