



124. Deutscher Ärztetag (Online)

Beschlussprotokoll

Berlin
04.–05. Mai 2021

Impressum

© Bundesärztekammer 2021

Stand: 06.05.2021

Herausgeber:

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern)
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Redaktion:

Dr. Wiebke Pühler (Leitung)
Laura Günther
Martina Kettner
Angelika Regel
Katja Schilling
Ria Valerius
Katharina Wendland

Titelgrafik:

rsplus Berlin, kommunikation und design
Flemmingstraße 8, 12163 Berlin

Hinweis:

Die in einer Reihe von Anträgen enthaltenen Begründungen sowie die Anlagen sind nicht Teil des Beschlussgutes des Deutschen Ärztetages, werden aber mitveröffentlicht.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen sowie der Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis thematisch

TOP I	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie	8
I - 01c	Änderungsantrag zu I - 01: Finanzierung der neuen Approbationsordnung	9
I - 01	Für ein zukunfts- und krisenfestes Gesundheitswesen	10
	<i>Aktuelle Fragen zur Pandemie</i>	19
I - 21	Aus der Pandemie lernen	20
I - 13	Gute Krisenkommunikation in die Breite der Gesellschaft	21
I - 59	SARS-CoV-2-Impfstoffpatente unter fairer Vergütung des geistigen Eigentums zur Beendigung der Pandemie freigeben	22
I - 16	Coronaimpfstoffversorgung für Länder des globalen Südens	23
I - 30	Intensivkapazitäten - stetige Auslastung führt zu Überlastung	25
I - 08	In und nach der Coronapandemie: Stationäre Versorgung flächendeckend sicherstellen	27
I - 50	Coronaprämie für alle Beschäftigten im Gesundheitswesen - auch für MFA in den Praxen	29
I - 49	Bonuszahlung (Coronaprämie) für Medizinische Fachangestellte	30
I - 19	Notwendige COVID-19-Impfstrategie für Kinder und Jugendliche 2021/2022	31
I - 32	COVID-19-Pandemie: Schutzmaßnahmen für Kinder in Schulen ergänzen und weiterführen	33
I - 25	Den psychischen und körperlichen Folgen der Pandemie für Kinder und Jugendliche mit einem Maßnahmenpaket gegensteuern	34
I - 47	Infektionsprävention in Aufnahmezentren und Gemeinschaftseinrichtungen für Flüchtlinge	35
I - 56	Analoge Impfpässe und Impfbescheinigungen müssen ihre Gültigkeit behalten	37
	<i>Ärztliche Berufsausübung</i>	38
I - 37	Stärkung der psychosozialen Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte	39
	<i>Arzneimittel / Medizinprodukte</i>	41
I - 03	Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln	42
	<i>Ausbildung / Medizinstudium</i>	43
I - 07	Obligatorische Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr	44
I - 17	Forderungen zur Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte	46
I - 46	Approbationsordnung und notwendige Änderungen	47
I - 20	Notwendigkeit des zügigen Beschlusses der neuen Ärztlichen Approbationsordnung	49
I - 42	Gemeinsame studentische Ausbildung nach neuer Approbationsordnung in Universität, Klinik, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Praxis	51

I - 05	Praktische Ausbildung im Medizinstudium auch in der Coronapandemie sicherstellen!	53
I - 10	PJ-Mobilität braucht mehr Kooperation	54
<i>Berufsordnung</i>		55
I - 09	Notfallbehandlung im Krankenhaus unabhängig vom Versichertenstatus zu gewährleisten, gehört zum ärztlichen Selbstverständnis	56
<i>Bundesärztekammer / Deutscher Ärztetag</i>		57
I - 06	Schneller Zugang zu allen relevanten Fachinformationen	58
I - 33	Geschlechtergerechte Repräsentation in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung	59
I - 02	Sprache schafft Wahrnehmung	60
I - 41	Rassebegriff im Genfer Gelöbnis	62
<i>Ethikberatung</i>		63
I - 18	Ambulante Ethikberatung	64
<i>eHealth</i>		65
I - 45	Einführung digitaler Anwendungen	66
I - 12	Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz gestalten	68
I - 14	Fehlende Alltagstauglichkeit der Telematikinfrastruktur	70
I - 40	Aussetzung der Sanktionen bei veralteten Telematikinfrastruktur-Konnektoren	71
I - 27	Prozesse mit elektronischem Heilberufsausweis verbessern	72
I - 61	Notfallrettung verbessern durch Telenotärztinnen und Telenotärzte	73
<i>Fortbildung</i>		74
I - 38	Digitale Innovationen im Gesundheitswesen brauchen aktive Beteiligung und Fortbildung der Ärzteschaft und Informationsangebote für Patienten	75
I - 36	Zertifizierung digitalbasierter Fortbildungsmaßnahmen	77
<i>GKV</i>		79
I - 43	Antrag zur Übernahme von Dolmetscherkosten	80
I - 48	Ja zur Krebsfrüherkennung: Krebs macht keine Pause	81
I - 52	Gegen einseitige Festschreibung von Fortbildungspflichten durch Einführung neuer ärztlicher Leistungen	82
<i>GOÄ</i>		83
I - 44	Aktualisierung der GOÄ	84
<i>Hämotherapie</i>		85
I - 26	Ergänzung in der Richtlinie Hämotherapie	86
<i>Klima und Gesundheit</i>		88

I - 15	Die Coronapandemie prägt unser ärztliches Tun heute - die Klimakrise entscheidet über die globale Gesundheit der Menschheit	89
<i>Krankenhaus</i>		91
I - 22	Bedeutung baulicher Voraussetzungen für Infektionsschutz in Krankenhäusern	92
I - 24	Ärztlicher Personalabbau ist verheerendes Signal	94
I - 39	Kein Ausschluss von Ärztinnen und Ärzten bei Prämienzahlung nach § 26d KHG	95
I - 60	Berücksichtigung auch der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern bei der "zweiten Coronaprämie"	96
I - 04	Reform der Notfallversorgung: Schlüssiges Gesamtkonzept statt Stückwerk	98
I - 54	Unabhängigkeit von Forschung, Lehre und universitärer Krankenversorgung	100
<i>ÖGD / Arbeits- und Betriebsmedizin</i>		101
I - 34	Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst	102
I - 29	Mutterschutz: Vermeidbare Beschäftigungsverbote in Schwangerschaft und Stillzeit	103
I - 53	Stärkung der Führung und Verantwortung durch ärztliche Kompetenz in der Organisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Verbesserung der Vernetzung zwischen den ÖGD-Strukturen	105
I - 58	Stärkung der betriebsmedizinischen Versorgung	107
<i>Weiteres</i>		108
I - 31	Post-COVID: Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen intensivieren - sprechende Medizin fördern	109
I - 28	Mehr Gendersensibilität im Gesundheitswesen	110
I - 55	Keine Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte	111
TOP II	Änderung der §§ 1, 4, 5 und 9 der Satzung der Bundesärztekammer	112
II - 01	Sitz der Bundesärztekammer (§ 1 Absatz 3 der Satzung der Bundesärztekammer)	113
II - 02	§ 4 Absätze 1 und 4 der Satzung der Bundesärztekammer	114
II - 03	Hybridsitzungen des Vorstands der Bundesärztekammer (§ 5 Absatz 7 der Satzung der Bundesärztekammer)	116
II - 04	Funktion des Kassenführers (§ 9 Absatz 2 Satz 1 der Satzung der Bundesärztekammer)	117
TOP III	Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018	118
III - 01	Qualitätsentwicklung vorantreiben - jetzt die Evaluation der Weiterbildung sichern	119
III - 03	Qualitätssicherung der Weiterbildung	121
III - 05	Fragmentierung der Weiterbildungsbefugnisse nach neuer Weiterbildungsordnung vermeiden	122

III - 04	Keine vorschnelle Integration psychologischer Inhalte in die ärztliche Weiterbildung	123
III - 02	Ärztliche Weiterbildungsstellen ausreichend und einheitlich finanzieren	124
TOP IIIa	Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Klimawandel und Gesundheit in den Allgemeinen Inhalten	126
IIIa - 01	Abbildung der "Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit" in den Allgemeinen Inhalten der Weiterbildung für Abschnitt B	127
TOP IIIb	Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Neuer Facharzt „Innere Medizin und Infektiologie“ im Gebiet Innere Medizin	129
IIIb - 01	Einführung einer neuen Facharzt-Weiterbildung "Innere Medizin und Infektiologie" im Gebiet Innere Medizin	130
TOP IIIc	Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Ergänzung im Kopfteil für Zusatz-Weiterbildungen mit Kurs-Weiterbildungen	132
IIIc - 01	Ergänzung im Kopfteil unter "Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO" für Zusatz-Weiterbildungen mit Kurs-Weiterbildungen	133
TOP IIId	Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin	135
III d - 01	Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin	136
TOP IIIe	Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin	137
IIIe - 01	Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin	138
TOP IIIf	Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin	139
III f - 01	Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin	140
TOP IIIg	Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Sachstandsbericht eLogbuch	141
IIIg - 01	Mobile-Devices-Unterstützung im eLogbuch	142
TOP IV	Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB	143
TOP IVa	Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB - Allgemeine Aussprache	144

IVa - 02	Breite Diskussion zu den Konsequenzen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum § 217 StGB führen	145
IVa - 01	Assistierter Suizid Sterbewilliger ohne schwere Erkrankung	146
IVa - 03	Die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe	148
IVa - 06	Beistand, Schutz und Transparenz - Eckpunkte aus ärztlicher Sicht für eine gesetzliche Regelung von Suizidbeihilfe	149
IVa - 04	Die Suizidprävention in Deutschland in den Fokus nehmen, unterstützen, ausbauen und verstetigen	151
IVa - 07	Suizidprävention fördern	153
TOP IVb	Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB - Änderung des § 16 MBO-Ä	155
IVb - 01	(Muster-)Berufsordnung: Änderung § 16 Satz 3	156
TOP V	Vorstellung der Kandidatinnen und Kandidaten zur Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer	158
TOP VI	Ankündigung des 126. Deutschen Ärztetages 2022 in Bremen	159
TOP VII	Ankündigung des 127. Deutschen Ärztetages 2023 in Essen	160
Anlagen		



TOP I

**Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik:
Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie**

Aktuelle Fragen zur Pandemie
Ärztliche Berufsausübung
Arzneimittel / Medizinprodukte
Ausbildung / Medizinstudium
Berufsordnung
Bundesärztekammer / Deutscher Ärztetag
Ethikberatung
eHealth
Fortbildung
GKV
GOÄ
Hämotherapie
Klima und Gesundheit
Krankenhaus
ÖGD / Arbeits- und Betriebsmedizin
Weiteres

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Änderungsantrag zu I - 01: Finanzierung der neuen Approbationsordnung

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Dr. med. Wenke Wichmann und Miriam Vosloo (Drucksache I - 01c) zum Beschlussantrag vom Vorstand (Drucksache I - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Antrag I - 01 wird der Abschnitt "Ärztlichen Nachwuchs fördern, attraktive Studienbedingungen schaffen" wie folgt geändert:

Im dritten Absatz wird Satz 2 ersetzt durch folgenden Satz: "Gemeinsam mit dem Bund müssen sie endlich eine Regelung ausarbeiten, die die Finanzierung der neuen Approbationsordnung gewährleistet. Nur so kann die angestrebte Verbesserung der Lehrqualität bei gleichbleibender Anzahl der Studienplätze auch umgesetzt werden."

Aus dem Absatz 3 wird der bisherige Satz 2 "Daneben ist eine moderne und qualitativ hochwertige Ausbildung Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche ärztliche Nachwuchsförderung." in den Absatz 2 als neuer Satz 2 verschoben.

Begründung:

Der Referentenentwurf zur neuen Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) sieht u. a. eine Stärkung der Lehre vor. Diese und weitere Änderungen würden zu einem Anstieg der Kosten für einen Humanmedizinstudienplatz führen. Dazu kommen die Ausgaben, die durch die einmalige Umstrukturierung des Studiengangs entstehen werden. Diese zusätzlichen Ausgaben wurden schon bei der Entwicklung des Masterplans 2020 von den beteiligten Akteuren diskutiert, ohne dass eine Einigung erzielt werden konnte. Die neue ÄApprO sollte zeitnah in Kraft treten, um die künftigen Ärztinnen und Ärzte auch nach dem aktuellen Kenntnisstand ausbilden zu können. Doch bevor Bund und Länder über die Einführung einer neuen Approbationsordnung entscheiden, müssen sie die Finanzierung zusichern, damit die Ausbildungsqualität gewahrt bleibt. Gerade vor dem Hintergrund des Personalmangels braucht es ausreichend gut ausgebildete Medizinerinnen und Mediziner. Ein Rückgang der Studienplatzzahlen würde die Versorgung der Bevölkerung langfristig gefährden. Der beste ausgearbeitete Kompromiss hinsichtlich optimaler Lehr- und Lernbedingungen nützt nichts, wenn er an einer ungeklärten Finanzierung scheitert!

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Für ein zukunfts- und krisenfestes Gesundheitswesen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Miriam Vosloo und Dr. med. Wenke Wichmann (Drucksache I - 01b) und des Antrags von Dr. med. Andreas Hellmann, Dr. med. Irmgard Pfaffinger, Dr. med. Pedro Schmelz, Dr. med. Regine Held, Dr. Bernhard Junge-Hülsing, Dr. med. Petra Bubel, Dr. med. Melanie Kretschmar, Dr. med. Bernhard Gallenberger, PD Dr. med. Stephan Böse-O'Reilly und Prof. Dr. med. Bernd Bertram (Drucksache I - 01d) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch die Coronapandemie vor die größte Herausforderung der letzten Jahrzehnte gestellt worden. Die leistungsstarken ambulanten und stationären Strukturen des Gesundheitswesens sowie der beispiellose Einsatz von Ärztinnen und Ärzten aus allen Versorgungsbereichen haben eine Überlastung des Gesundheitswesens verhindert.

Die vergangenen Monate haben aber auch Defizite offengelegt, unter anderem bei der personellen und technischen Ausstattung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere in den Gesundheitsämtern, bei der Vernetzung der Meldestrukturen und beim digitalen Ausbau. Bund und Länder sind aufgefordert, diese Schwachstellen gemeinsam mit der ärztlichen Selbstverwaltung zu analysieren und das Gesundheitswesen in Deutschland zukunfts- und krisenfest aufzustellen.

Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken

Die Amtsärztinnen und Amtsärzte sowie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben im Verlauf der Coronapandemie Herausragendes geleistet. In ihren Aufgabenbereich fallen unter anderem die Kontaktpersonennachverfolgung, das Quarantänemanagement von Infizierten und Verdachtsfällen, Testungen auf SARS-CoV-2, Prüfung und Kontrolle von Hygienekonzepten sowie die Organisation des Meldewesens. Es ist dem großen persönlichen Engagement der Beschäftigten im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zu verdanken, dass die Gesundheitsämter trotz unzureichender personeller und technischer Ausstattung diesen Aufgaben weitgehend nachgekommen sind.

Um die bestehenden Defizite im ÖGD zu beheben, ist die schnelle und umfassende Umsetzung des von Bund und Ländern geschlossenen Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst unerlässlich. Erforderlich ist darüber hinaus eine grundsätzliche

Strukturreform des ÖGD. Sie muss unter anderem eine zentrale Stelle zur Koordination der Aktivitäten der einzelnen Gesundheitsämter und zur Entwicklung von technischen sowie inhaltlich-fachlichen Standards beinhalten. Flächendeckend sind alle Gesundheitsämter mit digitalen Kontaktnachverfolgungssystemen sowie einheitlichen Schnittstellen für eine Anbindung an das Robert Koch-Institut (RKI) auszustatten. Die ärztliche Leitung aller Gesundheitsämter in Deutschland ist zu gewährleisten. Zur personellen Aufstockung müssen Anreize für Ärztinnen und Ärzte geschaffen werden, im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätig zu werden. Dafür ist eine tariflich gesicherte, arzt spezifische Vergütung der Amtsärztinnen und Amtsärzte unabdingbar. Zur ärztlichen Nachwuchsförderung müssen die angedachten Maßnahmen der Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) zur Stärkung des ÖGD bereits in der ärztlichen Ausbildung zeitnah und uneingeschränkt umgesetzt werden.

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen sollten durch Einrichtung regionaler Weiterbildungsverbände stärker unterstützt werden. Die Aufnahme des Öffentlichen Gesundheitswesens als Gebiet der "unmittelbaren Patientenversorgung" in die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 bietet hierbei zusätzliche Kooperationsmöglichkeiten.

Patientengerechte Krankenhausplanung, -finanzierung und -vergütung sichern

Die Erfahrungen aus der Pandemie zeigen, dass Personalressourcen und Reservekapazitäten in der Krankenhausplanung sachgerechter definiert und finanziert werden müssen, als dies heute der Fall ist. Insbesondere sind der demografie- und morbiditätsbedingte Versorgungsbedarf sowie die dafür erforderlichen Personalressourcen prospektiv zu ermitteln und in der Krankenhausplanung zu berücksichtigen. Grundlegend ist ebenfalls eine stärkere Orientierung der Krankenhausplanung an der ärztlichen Weiterbildungsordnung, die den Stand des medizinischen Fortschritts und die Versorgungserfordernisse widerspiegelt. Eine moderne Krankenhausplanung muss zudem mehr kooperative Versorgungskonzepte, die Möglichkeiten der belegärztlichen Versorgung sowie sogenannte Mitversorgereffekte berücksichtigen.

Eine moderne Krankenhausplanung muss außerdem durch eine Neustrukturierung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung und der Krankenhausvergütung flankiert werden. Bei der Krankenhausinvestitionsfinanzierung ist neben einem stärkeren Engagement der Bundesländer zur Auflösung des Investitionsstaus von derzeit mindestens sieben Milliarden Euro pro Jahr eine dauerhafte additive Kofinanzierung durch den Bund notwendig, allerdings unter Wahrung der grundgesetzlich verbrieften Krankenhausplanungshoheit der Länder.

Um dem zukünftigen Versorgungsbedarf gerecht zu werden und die Fehlanreize des G-DRG-Fallpauschalensystems zu beheben, ist eine grundlegende Reform der bisherigen erlösorientierten Krankenhausbetriebsmittelfinanzierung erforderlich. Diese muss sich gemäß dem krankenhausindividuellen Auftrag prioritär an den Kriterien von

Personalbedarf, Personalentwicklung, Flächendeckung und Vorhalteleistungen ausrichten. Ein neues Krankenhausvergütungssystem muss - auch als Lehre aus der Coronapandemie - die Unterschiede der Kostenstrukturen der Krankenhäuser stärker abbilden und eine Kombination aus erlösunabhängigen pauschalierten Vergütungskomponenten zur Deckung von fallzahlunabhängigen Vorhaltekosten sowie einem fallzahlabhängigen Vergütungsanteil bilden. Die überfällige Reform des G-DRG-Systems sollte direkt nach der Bundestagswahl unter Einbindung der Expertise der maßgeblichen ärztlichen Verbände und Institutionen eingeleitet werden. Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 schlägt hierzu die Einrichtung eines nationalen Krankenhaugipfels mit Vertretern der verfassten Ärzteschaft vor.

Zusätzlich sind kurzfristig gezielte und sachgerechte Lösungen zur ausreichenden Finanzierung stationärer Leistungen in der Coronapandemie erforderlich. Um Liquiditätsengpässe der Krankenhäuser zu vermeiden, muss gesetzlich sichergestellt werden, dass der Ganzjahreserlösausgleich für die Jahre 2021 und 2022 mindestens das Volumen des Jahres 2019 umfasst.

Arztpraxen bei Krisenbewältigung unterstützen

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und insbesondere auch die Medizinischen Fachangestellten (MFA) tragen maßgeblich dazu bei, die Coronapandemie zu bewältigen und das Gesundheitssystem als Ganzes vor Überlastung zu schützen. Mehr als 90 Prozent der Patientinnen und Patienten mit COVID-19 werden von den niedergelassenen Haus- und Fachärzten betreut. Zudem übernehmen die Arztpraxen in Deutschland nach der Coronavirus-Testverordnung (TestV) eine Schlüsselfunktion bei der symptomatischen und asymptomatischen Testung auf das Virus. Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung, nicht nur in Krisenzeiten, sondern auch darüber hinaus, fordert der 124. Deutsche Ärztetag 2021 Bund und Länder dazu auf, diese leistungsstarken ambulanten Strukturen zu sichern und zukunftsfähig zu machen.

Die Coronapandemie hat die Abläufe in Haus- und Facharztpraxen oft einschneidend verändert. Der in der Coronapandemie eingeführte Schutzschirm für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit finanziellen Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen muss als Schutzinstrument für den Bedarfsfall dauerhaft im SGB V verankert werden. Um die Arztpraxen bei dem (auch für die Pandemiebewältigung notwendigen) Ausbau der Digitalisierung einschließlich der IT-Sicherheit zu unterstützen, sind analog dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) finanzielle Ausgleichsmechanismen für die weitere Digitalisierung des ambulanten Versorgungsbereichs zu schaffen. Zur Würdigung des herausragenden Einsatzes der Medizinischen Fachangestellten in der Pandemiebewältigung unterstützt der 124. Deutsche Ärztetag mit Nachdruck die Forderung des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V., die Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen nach dem Vorbild der Pflege mit einem steuerfinanzierten Bonus zu würdigen.

Ärztlichen Nachwuchs fördern, attraktive Studienbedingungen schaffen

Die Coronapandemie zeigt deutlich auf, wie wichtig ein funktionierendes Gesundheitswesen für das gesamte gesellschaftliche Wohlergehen ist. Vor diesem Hintergrund sieht der 124. Deutsche Ärztetag 2021 den wachsenden Fachkräftemangel im deutschen Gesundheitswesen mit Sorge. So fiel der Zuwachs der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte im Statistikjahr 2020 mit einem Plus von 1,7 Prozent deutlich geringer aus als in den Vorjahren. Bei den jungen Ärztinnen und Ärzten aus dem Inland, die sich erstmalig bei einer (Landes-)Ärzttekammer anmeldeten, verzeichnet die Statistik sogar einen Rückgang um 1,1 Prozent. Dem gegenüber steigt der Anteil der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte, die das 60. Lebensjahr bereits vollendet haben, kontinuierlich an. Jeder fünfte berufstätige Arzt wird bald aus dem Berufsleben ausscheiden. Diese Abgänge können mit dem gebremsten Zuwachs junger Ärztinnen und Ärzte nicht mehr kompensiert werden, zumal mit zunehmender Teilzeitquote unter Ärztinnen und Ärzten die zur Verfügung stehende Arztzeit sinkt.

In einer der ältesten Gesellschaften der Welt mit steigendem medizinischen Versorgungsbedarf ist deshalb die ärztliche Nachwuchsförderung mit guten Ausbildungsbedingungen unerlässlich.

Die Bundesländer sind gefordert, ausreichende Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin zu schaffen und diese auch nachhaltig zu finanzieren. Daneben ist eine moderne und qualitativ hochwertige Ausbildung Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche ärztliche Nachwuchsförderung. Der 124. Deutsche Ärztetag unterstützt die Zielsetzung der Bundesregierung, das Medizinstudium mit einer Reform der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) an die sich ständig verändernden Versorgungsstrukturen, die demografische Entwicklung und die Dynamik der digitalen Möglichkeiten anzupassen. Der 124. Deutsche Ärztetag warnt aber vor einer kontraproduktiven Ausbildungsverdichtung im Medizinstudium. Die Ausbildung darf inhaltlich nicht überfrachtet werden, gegebenenfalls müssen Inhalte herausgenommen oder gekürzt werden. Im Zuge der Reform des Medizinstudiums und einer attraktiveren Ausgestaltung der Ausbildungsbedingungen ist außerdem die Verankerung einer Aufwandsentschädigung für die von den Studierenden geleistete Arbeit im Praktischen Jahr dringend erforderlich.

Um junge Ärztinnen und Ärzte nach absolvierter Facharztweiterbildung in der kurativen Medizin zu halten, sind attraktive berufliche Rahmenbedingungen in Kliniken und Praxen unerlässlich. Für den stationären Bereich fordert der 124. Deutsche Ärztetag deshalb eine patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung sowie die Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen nicht nur für die Pflege, sondern auch für den ärztlichen Dienst.

Um Ärzten den Schritt in die Niederlassung zu erleichtern bzw. Praxen in die Lage zu versetzen, junge Ärztinnen und Ärzte in Anstellung zu beschäftigen, sind stabile Rahmenbedingungen und deren nachhaltige Finanzierung notwendig. In einem ersten

Schritt ist deshalb die extrabudgetäre Vergütung ärztlicher Grundleistungen im ambulanten Bereich zu realisieren. Ziel ist ein entbudgetiertes System mit festen sowie kostendeckenden Preisen für ärztliche Leistungen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit stärken

Eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung erfordert ein differenziertes und abgestimmtes Zusammenwirken aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Die Ärzteschaft war und ist offen für eine an den aktuellen wie zukünftigen Versorgungserfordernissen orientierte Entwicklung neuer Berufsbilder beziehungsweise eine Anpassung bestehender Gesundheitsfachberufe an die sich ändernden Anforderungen.

Ärztinnen und Ärzte wünschen verstärkt kooperative Formen der Zusammenarbeit mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen sowie das Arbeiten im Team. Innerhalb dieser Teams müssen Qualifikationen, Aufgaben- und Verantwortungsbereiche unter Berücksichtigung ärztlicher Kernkompetenzen und Vorbehaltsaufgaben klar zugewiesen und definiert sein. Unter diesen Voraussetzungen können und sollten Konzepte für einen interdisziplinären, multiprofessionellen und ganzheitlichen Behandlungs- und Betreuungsansatz entwickelt werden. Ein wesentlicher Garant für die Arbeit im Team und eine gute Patientenversorgung ist dabei die Kommunikation zwischen den Mitgliedern der beteiligten Gesundheitsberufe. Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie anderen Berufsgruppen erfordert allerdings Zeit - und diese Zeit muss auch zur Verfügung stehen. Die Ärzteschaft erwartet, dass die dafür notwendigen Voraussetzungen in allen Vergütungssystemen und für alle beteiligten Berufsgruppen geschaffen werden. Ferner ist eine konsequente Nachwuchsgewinnung bei Gesundheitsfachberufen, insbesondere bei Medizinischen Fachangestellten und im Bereich der Pflege, unerlässlich.

Menschen statt Margen in der Medizin

In der Coronapandemie hat es sich als großer Vorteil erwiesen, dass Deutschland in den vergangenen Jahren - vielen anderslautenden Forderungen zum Trotz - an einer flächendeckenden Krankenhausversorgung und einer starken ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung festgehalten hat. Eine der wichtigsten Lehren aus der Pandemie muss es deshalb sein, diese leistungsstarken Strukturen zu erhalten und auszubauen, statt sie auszudünnen und auf reine Kosteneffizienz zu trimmen, wie es in der Vergangenheit von verschiedenen Seiten gefordert und auch betrieben worden ist.

Trotz schwieriger Rahmenbedingungen ist die Richtschnur ärztlichen Handelns immer die ärztliche Ethik auf der Grundlage des Genfer Gelöbnisses. Wenn aber Ärztinnen und Ärzte von Klinik- und Kostenträgern sowie zunehmend auch von kapitalgetriebenen Fremdinvestoren im ambulanten Bereich angehalten werden, in rein betriebswirtschaftlichen Dimensionen zu denken und nach kommerziellen Vorgaben zu

handeln, geraten sie in einen für sie schwer lösbaren Zielkonflikt.

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert deshalb von der Politik ein klares Bekenntnis gegen zunehmende Kommerzialisierung im Gesundheitswesen. Diesem Bekenntnis müssen konkrete gesetzgeberische Maßnahmen folgen. Krankenhäuser sind Einrichtungen der Daseinsvorsorge und keine Industriebetriebe, die sich ausschließlich an Rentabilitätszahlen ausrichten. Dies muss sich in einer an den tatsächlichen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierten Krankenhausvergütung und Planung widerspiegeln. Im ambulanten Bereich häufen sich Übernahmen von Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen durch Fremdinvestoren, z. B. durch sogenannte Private-Equity-Gesellschaften. Aufgrund der vorwiegend renditeorientierten Motivation dieser Fremdinvestoren besteht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen zugunsten einer kommerziell motivierten Leistungserbringung beeinflusst werden. Zu befürchten ist ferner eine Konzentration von investorenbetriebenen medizinischen Einrichtungen, vor allem in Ballungsräumen. Der 124. Deutsche Ärztetag fordert deshalb eine Begrenzung der Beteiligungsmöglichkeiten von Finanzinvestoren in der ambulanten Versorgung. Insbesondere sind die Größe und der Versorgungsumfang von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu begrenzen. MVZ-Gründungen durch Krankenhäuser sind an einen fachlichen und räumlichen Bezug zum Versorgungsauftrag zu koppeln. Anträge auf Zulassung sowie auf Anstellung eines Arztes sind dann abzulehnen, wenn das MVZ eine marktbeherrschende Stellung erlangt. Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträge mit externen Kapitalgebern sind zu unterbinden. Darüber hinaus sollten in einem Register alle MVZ aufgeführt werden, damit mehr Transparenz für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte über die im Bereich des im SGB V agierenden Finanzinvestoren geschaffen wird.

Krise als Treiber für Digitalisierung nutzen

Ein Effekt der Pandemie betrifft die Auswirkungen auf die Fortentwicklung der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen. Während auf der einen Seite die Akzeptanz vieler digitaler Anwendungen, wie z. B. Videosprechstunden oder Telekonsile, deutlich gestiegen ist und es hier eine erfreuliche Dynamik gibt, legt die Pandemie auch die Defizite und Mängel der vergangenen Bemühungen um eine Digitalisierung im Gesundheitswesen offen.

Die Krise zeigt, wie weit einzelne Bereiche des Gesundheitswesens von einem sinnvollen, bedarfsgerechten und standardisierten Informationsfluss in den medizinischen Versorgungsprozessen entfernt sind. Die Ärzteschaft hat früh auf diese Defizite hingewiesen und sich konzeptionell für den weiteren Ausbau der digitalen Infrastruktur sowie digitaler Anwendungen in der Patientenversorgung eingesetzt. Bereits erprobte Anwendungen der Telematikinfrastruktur, wie der Notfalldatensatz und der Medikationsplan, sollten zügig in den Versorgungsalltag eingeführt werden, um den konkreten Nutzen der Telematik erfahrbar zu machen. Mit Sorge sieht der 124. Deutsche Ärztetag 2021 allerdings eine überhastete und vor allem politisch motivierte, viel zu enge

Taktung weiterer Digitalisierungsschritte. Eine digitale Medizin wird nur dann auf Akzeptanz stoßen, wenn sie ihren Nutzen belegen kann, sie erprobt und praxistauglich ist und kein Qualitätsrisiko birgt. Digitalisierung muss auch einen Beitrag zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten von bürokratischen Tätigkeiten (z. B. Vermeidung von Mehrfacherhebung von Daten) leisten, damit die eingesparte Zeit direkt der Patientenversorgung zugutekommen kann. Um das zu gewährleisten, ist es zwingend erforderlich, neue digitale Anwendungen mit der dafür notwendigen Zeit und Genauigkeit auf ihre Praxistauglichkeit hin zu erproben. Die Ärzteschaft in Deutschland ist bereit, sich dabei weiterhin aktiv einzubringen.

Duales Krankenversicherungssystem fortentwickeln

Das Gesundheitswesen hat in der Coronapandemie einmal mehr unter Beweis gestellt, dass es trotz regulatorischer Defizite allen Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem sozialen Status ein hohes Versorgungsniveau bietet und hochwertige Gesundheitsleistungen flächendeckend und wohnortnah erbringt. Abgesichert wird diese hohe Leistungsfähigkeit durch das duale Versicherungssystem mit den beiden Säulen gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV). Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 begrüßt deshalb ausdrücklich das klare Bekenntnis der von der Bundesregierung eingesetzten Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) zu dem Erhalt der Vergütungssystematiken in der vertragsärztlichen Versorgung und der privatärztlichen Versorgung und damit zu dem Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland. Die Preisgabe dieser bewährten Strukturen zugunsten einer von Teilen der Politik geforderten Vereinheitlichung der Versicherungssysteme löst keine Probleme, sondern schafft nur neue. Mit der Einführung der Bürgerversicherung drohen Rationierung, Wartezeiten und Begrenzungen des Leistungskataloges.

Statt das duale Krankenversicherungssystem abzuwickeln, ist eine kontinuierliche Fortentwicklung und Anpassung an die Herausforderungen der Zukunft erforderlich. Diesem Ziel dient auch eine neue, rechtssichere und an die moderne wissenschaftliche Entwicklung angepasste Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Der 124. Deutsche Ärztetag fordert, dass die Modernisierung der GOÄ auf Grundlage der dafür geleisteten Vorarbeiten von Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe in der nächsten Legislaturperiode prioritär umgesetzt wird.

Sektorendenken und Sektorengrenzen überwinden

Die enge Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Kliniken, Rehazentren und anderen Gesundheitseinrichtungen in der Coronapandemie trägt maßgeblich zu gut abgestimmten medizinisch-pflegerischen Behandlungsabläufen bei und beugt einer Überlastung einzelner Versorgungsbereiche vor. Häufig gehen Kooperationsprojekte und Vernetzungen zwischen Einrichtungen innerhalb und zwischen den Sektoren auf das persönliche Engagement und die Eigeninitiative der in den Einrichtungen Tätigen zurück.

Strukturell erschweren jedoch nach wie vor die sektorale Gestaltung und die zunehmende Komplexität unseres Gesundheitswesens die Koordination und Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege. Gerade Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen fühlen sich häufig überfordert.

Ein Gesundheitswesen, das die Bedarfe der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt, erfordert Konzepte für eine moderne sektorenverbindende Versorgungsplanung unter Berücksichtigung regionaler Strukturen sowie eine personelle und digitale Verknüpfung der Sektoren und neue interprofessionelle und intersektorale Kooperationsmodelle.

Angesichts der Herausforderungen unseres Gesundheitssystems, wie dem wachsenden Behandlungsbedarf in einer älter werdenden Gesellschaft mit einer zunehmenden Zahl multimorbider Patientinnen und Patienten, haben sich aus der Versorgung heraus, angepasst an die regionalen Erfordernisse vor Ort, bereits wegweisende Versorgungsmodelle entwickelt. Das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ermöglicht schon heute unterschiedliche Formen der Berufsausübung und Zusammenarbeit. Hierzu gehört neben der integrierten Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V insbesondere die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V, die die Koordinations- und Integrationsfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten fördert. Darüber hinaus gibt es in Deutschland bereits über 100 Praxisnetze, in denen eine intensive fachliche Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie dem stationären Sektor erfolgt. In ländlichen und strukturschwachen Regionen wurden regionale Gesundheitszentren und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften gegründet, in denen die sektorenübergreifende und interprofessionelle Versorgung für eine definierte Region gebündelt wird. Gleichzeitig gilt es, das bewährte und rechtssichere Belegarztsystem zu fördern und weiterzuentwickeln. Alle Modelle gilt es, unter ärztlicher Leitung auszubauen, weiterzuentwickeln und nachhaltig zu finanzieren.

Sowohl die von der Regierung eingesetzte Bund-Länder-AG "Sektorenübergreifende Versorgung" als auch die angekündigte Reform der Notfallversorgung wurden in der laufenden Wahlperiode nicht weitergeführt. Insbesondere eine Reform der Notfallversorgung bietet allerdings die große Chance als Blaupause und Wegbereiter für die Gestaltung und Finanzierung einer engen sektorenverbindenden Zusammenarbeit.

Pandemiemanagement optimieren

Die Erfahrungen der letzten 14 Monate haben gezeigt, dass das Pandemiemanagement sowie die Krisenreaktionsfähigkeit im Falle einer pandemischen Lage dringend optimiert werden müssen. Im Infektionsschutzgesetz (IfSG) sollten feste Krisenstäbe der Bundesländer unter Einbezug der Landesärztekammern mit klar definierten Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten angelegt werden. Notwendig sind gesetzlich vorgegebene regelmäßige Übungen für alle an der Umsetzung der Pläne Beteiligten, insbesondere für

die Krankenhäuser vor Ort. Ferner sind die Pandemiepläne von Bund, Ländern, Kommunen und Gesundheitseinrichtungen zu aktualisieren. Für den Ernstfall müssen Reserven für relevante Medizinprodukte, wichtige Arzneimittel und Impfstoffe angelegt werden. Notwendig sind außerdem mehr innereuropäische Produktionsstandorte für Medizinprodukte und wichtige Arzneimittel, um sich von den Weltmärkten unabhängiger zu machen. Erforderlich sind europaweit vernetzte Meldestrukturen und der effiziente Aufbau einer zentralen europäischen Koordinierungsstelle, die kurzfristig Auftragsvergabeverfahren für dringend benötigte Arzneimittel oder Schutzausrüstung durchführen und die Verteilung organisieren kann.

Für ein besseres Verständnis des Infektionsgeschehens ist eine Steigerung der Obduktionsrate unerlässlich. Darüber hinaus bedarf es mindestens einer Verbesserung der Surveillance, um zu einer genaueren Beurteilung des Pandemiegeschehens zu kommen, sowie einer flexibel ausgestalteten Impfpriorisierung, die jederzeit an das Infektionsgeschehen und die Impfmöglichkeiten angepasst werden kann. Neben der Impfstoffentwicklung und -produktion ist die Förderung der Forschung an Medikamenten zur Behandlung einer COVID-19-Erkrankung durch den Bund zu intensivieren.

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 stellt fest, dass es im Verlauf der Pandemie nicht in ausreichendem Maße gelungen ist, besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen, insbesondere in Alten- und Pflegeheimen, vor Ansteckung zu schützen. Aus dieser Erfahrung heraus sind geeignete Konzepte zum Schutz vulnerabler Gruppen in pandemischen Lagen zu erarbeiten. Einrichtungsbezogene Pandemiepläne müssen regelmäßig an möglicherweise neue organisatorische Gegebenheiten der Einrichtungen und medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst werden. Neben der Fachkräftesicherung und der Nachwuchsförderung in der Altenpflege müssen die finanziellen, organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen geschaffen werden, um Alten- und Pflegeheime im Hygiene- und Infektionskontrollmanagement zu unterstützen.

Der 124. Deutsche Ärztetag spricht sich außerdem für eine medizinisch-wissenschaftliche Evaluation aller Kollateraleffekte von Eindämmungs- und Schutzmaßnahmen im Hinblick auf den Zugang zur medizinischen Akutversorgung und zu notwendigen Vorsorgeleistungen sowie mögliche psychosoziale Auswirkungen des Lockdowns aus. Für die weitere Krisenbewältigung und zur Vorbereitung auf zukünftige pandemische Lagen ist die Entwicklung von Handlungsstrategien zur Vermeidung derartiger Kollateraleffekte unerlässlich.

Der 124. Deutsche Ärztetag fordert die Etablierung eines ständigen multiprofessionellen Pandemierates mit medizinischer Expertise, der in die Beratungen von Bund und Ländern einzubinden ist.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Aktuelle Fragen zur Pandemie

- I - 21 Aus der Pandemie lernen
- I - 13 Gute Krisenkommunikation in die Breite der Gesellschaft
- I - 59 SARS-CoV-2-Impfstoffpatente unter fairer Vergütung des geistigen Eigentums zur Beendigung der Pandemie freigeben
- I - 16 Coronaimpfstoffversorgung für Länder des globalen Südens
- I - 30 Intensivkapazitäten - stetige Auslastung führt zu Überlastung
- I - 08 In und nach der Coronapandemie: Stationäre Versorgung flächendeckend sicherstellen
- I - 50 Coronaprämie für alle Beschäftigten im Gesundheitswesen - auch für MFA in den Praxen
- I - 49 Bonuszahlung (Coronaprämie) für Medizinische Fachangestellte
- I - 19 Notwendige COVID-19-Impfstrategie für Kinder und Jugendliche 2021/2022
- I - 32 COVID-19-Pandemie: Schutzmaßnahmen für Kinder in Schulen ergänzen und weiterführen
- I - 25 Den psychischen und körperlichen Folgen der Pandemie für Kinder und Jugendliche mit einem Maßnahmenpaket gegensteuern
- I - 47 Infektionsprävention in Aufnahmezentren und Gemeinschaftseinrichtungen für Flüchtlinge
- I - 56 Analoge Impfpässe und Impfbescheinigungen müssen ihre Gültigkeit behalten

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Aus der Pandemie lernen

Beschluss

Auf Antrag von Julian Veelken, Melissa Camara Romero, Dr. med. Robin T. Maitra, Matthias Marschner und Dr. med. Katharina Thiede (Drucksache I - 21) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Bundesregierung auf, jetzt eine Kommission einzurichten, die das Pandemiemanagement schon heute mit der systematischen Datenerfassung und Evaluation getroffener Maßnahmen longitudinal begleitet und reflektiert, um daraus sinnvolle Maßnahmen für den nationalen Pandemieplan und künftige Gesundheitsnotstände abzuleiten. In diese Kommission muss eine breite ärztliche Perspektive einbezogen werden.

Selbstverständlich muss dieser Prozess auch in europäischem und globalem Kontext und Austausch gestaltet werden.

Begründung:

Sowohl die Versorgung mit Hygiene- und Schutzmitteln als auch die Anwendbarkeit des nationalen Pandemieplans auf die aktuelle pandemische Lage haben gezeigt, dass die Bundesrepublik wesentlich schlechter auf eine Pandemie vorbereitet war, als wir als Gesellschaft gehofft hatten.

Es ist nicht überraschend, dass es im Management der aktuellen pandemischen Lage immer wieder zu Problemen kommt. Wichtig ist es aber, von diesen Herausforderungen schon während der Bewältigung derselben zu lernen und entsprechende Vorbereitungen zu treffen.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Gute Krisenkommunikation in die Breite der Gesellschaft

Beschluss

Auf Antrag von Julian Veelken, Melissa Camara Romero, Dr. med. Robin T. Maitra, Matthias Marschner und Dr. med. Katharina Thiede (Drucksache I - 13) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Bundesregierung und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung dazu auf, die Kommunikation über die Coronapandemie in die Breite der Gesellschaft umgehend zu verbessern.

Die Pandemiemüdigkeit ebenso wie Unsicherheiten oder gar Bedenken gegenüber der Impfkampagne sind zu einem großen Anteil widersprüchlicher und gleichzeitig auch unfokussierter Kommunikation mit der Bevölkerung geschuldet. Um die Einhaltung der notwendigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie und eine hohe Impfbereitschaft in allen Bevölkerungsgruppen zu erreichen, müssen schnellstmöglich alle Kommunikationskanäle genutzt werden.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: SARS-CoV-2-Impfstoffpatente unter fairer Vergütung des geistigen Eigentums zur Beendigung der Pandemie freigeben

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Ingolf Hosbach und Dr. med. Hans-Albert Gehle (Drucksache I - 59) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 ruft den Deutschen Bundestag und das Europäische Parlament dazu auf, ergänzend zur COVAX-Strategie die Freigabe der SARS-CoV-2-Impfstoffpatente erneut zu behandeln und unter fairer Vergütung des geistigen Eigentums der Patentinhaber zumindest temporär freizugeben.

Begründung:

Der bisherige Verlauf der Pandemie inklusive der Entwicklung besorgniserregender Varianten in Bevölkerungen mit unvollständiger bzw. nachlassender Immunität hat gezeigt, wie wichtig es ist, weltweit und unabhängig von der Wirtschaftskraft eines Landes möglichst schnell eine möglichst hohe Imprate zu erreichen.

Die bisherige politische Debatte war geprägt von einem Entweder-oder: Entweder Impfstoffpatente unter Aufgabe des geistigen Eigentums aufgeben oder das geistige Eigentum erhalten und so eine langsamere und niedrigere Immunität gegen SARS-CoV-2 akzeptieren. Dieser Dualismus ist künstlich erzeugt und löst das immanente Problem aller Menschen nicht.

Unter angemessener Vergütung des bisherigen Aufwands der erfolgreichen Impfstoffentwickler wäre eine zeitweise weltweite Freigabe der Impfstoffentwicklung möglich, bis die Pandemie als beendet betrachtet werden kann. Das muss nicht das Ende des Konzepts von geistigem Eigentum bedeuten.

Ein schnelleres Ende der Pandemie ist im Interesse des Erhaltes von Menschenleben, Vermeiden von körperlichem und seelischem Leid wie auch im Interesse der wirtschaftlichen Erholung.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Coronaimpfstoffversorgung für Länder des globalen Südens

Beschluss

Auf Antrag von Julian Veelken, Dr. med. Robin T. Maitra und Dr. med. Katharina Thiede (Drucksache I - 16) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Die COVAX-Initiative plant seit Frühsommer letzten Jahres, über einen internationalen, solidarischen Finanzierungsmechanismus die Versorgung mit Impfstoffen in solchen Ländern zu ermöglichen, die voraussehbar nicht in der Lage sind, diese aus eigener Kraft sicherzustellen. Trotz initial großzügiger Unterstützung von COVAX besonders durch die Länder der Europäischen Union und zuletzt auch die USA, kommt die Initiative durch fehlende finanzielle Mittel zunehmend in Bedrängnis. Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 ruft die Bundesregierung dazu auf, sich für die Finanzierung und die Verteilungsgerechtigkeit von COVID-Impfstoffen weltweit einzusetzen und sich insbesondere keine Impfstoffbestände über den eigenen Bedarf hinaus zu sichern. Der globale Erfolg der COVID-Impfkampagne ist nicht nur aus ethischen Gründen geboten, sondern auch wichtig, um der Entwicklung von Virusmutationen entgegenzuwirken, die potenziell den bisherigen weltweiten Impffortschritt zunichtemachen können.

Begründung:

Initial war geplant, über die COVAX-Initiative die Impfung von 3,3 Prozent der Bevölkerung der unterstützten Länder bis zum Ende des ersten Halbjahres 2021 sicherzustellen. Angesichts der politischen Bekenntnisse der reichen Länder zu Beginn der Pandemie, den weltweiten Zugang zu den Impfstoffen für alle Menschen garantieren zu wollen, erscheint dieses angestrebte Ziel außerordentlich bescheiden.

Auch dieses Ziel ist jedoch durch den entbrannten weltweiten Verteilungskampf um die zur Verfügung stehenden Impfstoffe massiv gefährdet. Immer wieder werden über Wochen von COVAX keine nennenswerten Mengen von Impfdosen ausgeliefert, während sich einzelne Nationen durch hohe Zahlungen an die Pharmaindustrie große Mengen an Impfstoffen sichern, die oftmals über dem eigenen Bedarf liegen.

Wenn COVAX scheitert, erweist sich dadurch nicht nur der Begriff einer weltweiten Solidarität erneut als nur sehr wenig belastbar; es besteht auch die große Gefahr, dass es durch die verzögerte Impfung gegen COVID-19 in einer Vielzahl bevölkerungsreicher



Länder zur unkontrollierten Entwicklung von Virusmutationen kommen wird, die dann auch den Erfolg der Impfkampagnen in den entwickelten Ländern nachhaltig gefährden können.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Intensivkapazitäten - stetige Auslastung führt zu Überlastung

Beschluss

Auf Antrag von Matthias Marschner, Dr. med. Katharina Thiede und Julian Veelken
(Drucksache I - 30) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Bundesregierung dazu auf, die Auslastung der Intensivkapazitäten als zentrales Kriterium im Pandemiemanagement und der politischen Kommunikation kritisch zu prüfen.

Das Präsidium der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) hat mehrfach gemahnt, dass die Erschließung der Notfallreserve der Intensivbetten in den betroffenen Kliniken mit einer verschlechterten Versorgungslage auch für Patientinnen und Patienten einhergeht, die nicht an COVID-19 erkrankt sind, sondern aus anderen Gründen intensivmedizinisch behandelt werden müssen.

Die DIVI warnt zudem davor, dass angesichts der anhaltenden Überlastung des Personals auf den Intensivstationen - und hier besonders der Intensivpflegekräfte - mit einem zunehmenden Personalmangel gerechnet werden muss.

Nicht zuletzt wurde seitens der DIVI daran erinnert, dass von den beatmungspflichtigen Patientinnen und Patienten mit der Diagnose COVID-19 nach wie vor jeder Zweite stirbt.

Der 124. Deutsche Ärztetag unterstützt die DIVI in ihren Feststellungen.

Er fordert daher Surveillancekriterien, die das Infektionsgeschehen abbilden und die die notwendigen Eindämmungsmaßnahmen steuern lassen, bevor es anhaltend zu einer zu hohen Belastung der Intensivmedizin kommt.

Begründung:

Vielorts werden Lockerungsschritte des Pandemiemanagements an die Tatsache geknüpft, dass die Intensivkapazitäten der jeweiligen Region nicht erschöpft sind.

Die DIVI kommuniziert sehr klar, dass eine Bettenreserve von 10 bis 20 Prozent angesichts der Tatsache, dass sehr viele Intensivstationen kleine Versorgungskapazitäten haben,

häufig mit nur ein bis zwei freien Betten gleichzusetzen ist. Ein bis zwei freie Intensivbetten sind aber für die Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten mit Polytraumata, Herzinfarkt, Schlaganfall oder nach schweren Operationen keine großzügig bemessene Reservekapazität.

Der Übergang von einer Auslastung zu einer Überlastung ist vor allem angesichts der Dauer des pandemischen Geschehens vielerorts fließend.

Auch wenn es mit Hilfe einer erfolgreichen Impfkampagne gelingt, die Pandemie einzudämmen, würde eine nachhaltig erschöpfte Intensivmedizin eine erhebliche Belastung für die Versorgungsqualität darstellen.

Seitens der Politik wird zu selten und zu wenig klar kommuniziert, wie dramatisch die Situation auf den Intensivstationen ist.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: In und nach der Coronapandemie: Stationäre Versorgung flächendeckend sicherstellen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Matthias Marschner, PD Dr. med. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. med. Robin T. Maitra, Dr. med. Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache I - 08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert, die Fallpauschalenfinanzierung auszusetzen, solange die Kliniken mit der Ausnahmesituation der Coronapandemie konfrontiert sind. In diesem Zeitraum ist es vernünftig, die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser zu finanzieren, sofern sie nachprüfbar einer wirtschaftlichen und ressourcenorientierten Betriebsführung genügen. Krankenhausschließungen sind zu vermeiden, solange ihnen keine aktualisierte, systematische Krankenhausplanung zugrunde liegt, die eine adäquate stationäre Versorgung regional und überregional sicherstellt.

Nach Ende der Coronapandemie muss eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung erfolgen. Der 124. Deutsche Ärztetag fordert die Abschaffung des derzeitigen DRG-Fallpauschalensystems. Den Krankenhäusern müssen Vorhalte- und Betriebskosten nach einem neu auszugestaltenden Prinzip der Kostendeckung erstattet werden. Die wirtschaftliche Verwendung der Gelder muss dabei transparent und überprüfbar sein. Die Bedarfsplanung muss überregional nach Fachbereichen gestaffelt auf medizinischer und demografischer Grundlage erfolgen.

Begründung:

Das seit 2004 geltende Finanzierungssystem über Fallpauschalen (DRG) hat zu einer beispiellosen Ökonomisierung im Alltag unserer Krankenhäuser geführt. Das Vertrauen vieler Patientinnen und Patienten ist verlorengegangen, weil ein ethisch problematisches Kundenverhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten etabliert wurde.

Die Coronapandemie hat die Krise verschärft: Das Vorhalten von Betten und Personal für COVID-19-Patienten ist dem deutschen Fallpauschalensystem systemwidrig. Die Freihaltepauschalen der Bundesregierung wurden nicht auf Deckung tatsächlicher Kosten angelegt. Sie haben u. a. bei (privaten) Fachkliniken zu Extragewinnen und vor allem bei

Maximalversorgern und Universitätskliniken zu Extraverlusten geführt. Durch die aktuellen Regelungen werden auch Kliniken der Grund- und Regelversorgung mit zum Teil existenzgefährdenden Defiziten belastet. Insbesondere im ländlichen Bereich werden zunehmend Krankenhäuser geschlossen. Die flächendeckende Versorgung mit geburtshilflichen und pädiatrischen Abteilungen ist in Teilen Deutschlands nicht mehr gewährleistet. Notwendig wäre stattdessen, jedes bedarfsnotwendige Krankenhaus finanziell abzusichern - einschließlich Reservekapazitäten für Notsituationen wie die aktuelle Pandemie.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Coronaprämie für alle Beschäftigten im Gesundheitswesen - auch für MFA in
den Praxen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Tilman Kaethner, Andreas Hammerschmidt, Dr. med. Marion Charlotte Renneberg, Uwe Lange, Dr. med. Constantin Janzen, Dr. med. Wolfgang Lensing, Dr. med. Gisbert Voigt, Dr. med. Jürgen Tempel, Dr. med. Thomas Buck, Dr. med. Frauke Petersen und Dr. med. Elke Buckisch-Urbanke, MPH (Drucksache I - 50) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert als Anerkennung für ihren Einsatz in der Pandemie einen Bonus (Coronaprämie) für alle Beschäftigten im Gesundheitswesen analog zur durch öffentliche Mittel finanzierten Coronaprämie für die Pflegekräfte in den Krankenhäusern. Dies gilt auch für die Medizinischen Fachangestellten (MFA) und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Praxen und Kliniken.

Begründung:

Die Covidpandemie lastet stark auf allen Bereichen des Gesundheitssystems. Sowohl in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen als auch in den Praxen kämpfen die Ärztinnen und Ärzte zusammen mit ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen gegen die Pandemie. Die Beschäftigten in den Krankenhäusern haben durch staatsfinanzierte Boni eine zusätzliche finanzielle Wertschätzung erhalten. Behandlungen und Maßnahmen gegen die Pandemie sind aber in allen (!) Bereichen Teamaufgabe! Die in den Praxen gestartete Impfkampagne wird die Beschäftigten in den Praxen zusätzlich fordern. Auch die MFA in unseren Praxen sind bedeutsam bei der Bekämpfung der Pandemie. Auch sie haben eine öffentliche Anerkennung ihrer systemrelevanten Leistungen verdient.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Bonuszahlung (Coronaprämie) für Medizinische Fachangestellte

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Hans-Otto Bürger, Dr. med. Jürgen de Laporte, Dr. med. Robin T. Maitra und Dr. med. Sophia Blankenhorn (Drucksache I - 49) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die verantwortlichen Stellen auf, auch den Medizinischen Fachangestellten (MFA) in den Praxen Bonuszahlungen z. B. in Form von steuerfreien Freibeträgen durch den Staat zuzuerkennen. Die extremen Belastungen und Leistungen unserer Medizinischen Fachangestellten, die unabdingbar im Kampf gegen die Pandemie sind, müssen honoriert werden.

Die Pandemie sorgt weiterhin dafür, dass Medizinerinnen und Mediziner und MFA an vorderster Front gegen COVID-19 stehen. Bis an die Grenzen ihrer Belastbarkeit haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen dem Druck der Pandemie standgehalten. Der überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten mit COVID-19 wird im ambulanten Sektor versorgt, darüber hinaus übernehmen MFA unschätzbare Arbeit, nicht nur bei den aktuell erfolgenden Impfungen. Sie verrichten eine hochkomplexe Arbeit. Ohne deren Mitarbeit im hausärztlichen Team können wir unsere Patienten in Zukunft nicht mehr effektiv begleiten. Außer lobenden Worten wurde trotz dieser Extrembelastung den MFA keine weitere Wertschätzung entgegengebracht. Die bisherigen finanziellen Zuwendungen beschränken sich auf steuerfreie Bonuszahlungen, die allerdings von den Praxisinhaberinnen und Praxisinhabern gezahlt werden mussten.

Wir fordern den Bundesminister für Gesundheit auf, dass er sich öffentlich für eine Bonuszahlung der Medizinischen Fachangestellten in den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte einsetzt.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Notwendige COVID-19-Impfstrategie für Kinder und Jugendliche 2021/2022

Beschluss

Auf Antrag von PD Dr. med. Stephan Böse-O'Reilly, Melissa Camara Romero, Dr. med. Roland Freßle, Dr. med. Florian Gerheuser, Dr. med. Andreas Hellmann, Dr. med. Andreas Hölscher, Dr. med. Tilman Kaethner, Dr. med. Heidemarie Lux, Dr. med. Robin T. Maitra, Matthias Marschner, Dr. med. Irmgard Pfaffinger, Dr. med. Christof Stork, Dr. med. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. med. Gisbert Voigt und PD Dr. med. Birgit Wulff (Drucksache I - 19) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Bundesregierung auf, unverzüglich eine COVID-19-Impfstrategie für Kinder und Jugendliche zu entwickeln und vor Einsetzen des Winters 2021/2022 umzusetzen. Dazu gehört es u. a.,

- die Forschung zu Impfstoffen für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren sofort und nachhaltig mit ausreichenden finanziellen und organisatorischen Maßnahmen zu fördern,
- hinreichend adäquate Impfstoffe zu bestellen und zeitnah auszuliefern,
- proaktiv mediale Kommunikation für die Impfung von Kindern und Jugendlichen vorzubereiten und umzusetzen sowie
- Kinder- und Jugendärzte in Praxis, Klinik und Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) und Hausärzte als Drehscheibe für Kommunikation und bei kurzfristiger Impfdurchführung zu unterstützen.

Begründung:

Ca. 14 Prozent der Bevölkerung sind jünger als 16 Jahre und können mit den derzeit verfügbaren COVID-19-Impfstoffen nicht geimpft werden. Um in unserem Land eine Herdenimmunität gegen die SARS-CoV-2-Pandemie zu erreichen, muss diese Lücke unbedingt geschlossen werden.

Auch Kinder und Jugendliche haben deutliche gesundheitliche Risiken infolge einer SARS-CoV-2-Erkrankung. Deshalb muss die Immunität auch für diese Gruppe durch eine Impfung und nicht durch eine Durchseuchung erzielt werden.

Das Recht auf Bildung mit Kita- und Schulbesuch kann im Winter 2021/2022 nur mit einer

rechtzeitigen COVID-19-Impfung gesichert werden. Ohne rechtzeitige Impfung, insbesondere auch für jüngere Kinder, führt ein erneuter Lockdown für diese Altersgruppe zu weiteren gravierenden negativen Folgen für die kindliche psychische Entwicklung.

Die gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe erlangen Familien mit Kindern nur mit geimpften Kindern zurück.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: COVID-19-Pandemie: Schutzmaßnahmen für Kinder in Schulen ergänzen und weiterführen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. med. Tilman Kaethner, Dr. med. Roland Freßle, Dr. med. Sigrid Renz, Dr. med. Constantin Janzen, Dr. med. Gisbert Voigt, Uwe Lange, Dr. med. Thomas Buck, Dr. med. Rudolf-Heinrich-Uwe Büsching und Dr. med. Kai Johanning (Drucksache I - 32) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die verantwortlichen Ebenen von Politik und öffentlicher Verwaltung im Bund, in den Ländern und Kommunen sowie die Schulträger auf, umgehend - soweit bisher nicht geschehen - weitergehende Schutzmaßnahmen in unseren Schulen, Bildungseinrichtungen und Betreuungseinrichtungen durchzuführen. Das beinhaltet u. a. die Einrichtung von Lüftungsanlagen, Viren abtötende Luftreinigungsanlagen, Plastikschutzvorrichtungen, Spuckschutz, Desinfektionsmöglichkeiten, Lüftungskonzepte, vergrößertes Platzangebot und verkleinerte Klassen.

Die Schulträger und Schulen müssen entsprechend großzügige und umfangreich ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen ohne bürokratischen Aufwand kurzfristig erhalten.

Begründung:

Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf Bildung. In Deutschland besteht auch eine Schulpflicht in Präsenz.

Viele Kinder und Jugendliche leiden unter erheblichen psychosozialen Folgen, weil sie seit mehreren Monaten die Schulen nicht oder nur eingeschränkt besuchen können.

Die angekündigte Impfung gegen COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen wird alleine keine Rückkehr zur Normalisierung bedeuten. In den Schulen müssen parallel trotzdem deutlich mehr Hygiene- und Schutzmaßnahmen durchgeführt werden. Leider wurde dies an vielen Stellen in den zurückliegenden Monaten versäumt.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Den psychischen und körperlichen Folgen der Pandemie für Kinder und Jugendliche mit einem Maßnahmenpaket gegensteuern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Sigrid Renz, Dr. med. Christiane Groß, M.A., Dr. med. Susanne Johna, Dr. med. Lydia Berendes, Dr. med. Melanie Rubenbauer-Beyerlein, Christiane Dormann, Christa Bartels, Dr. med. Wenke Wichmann, Dr. med. Susanne von der Heydt, Alina Sassenberg, Carola Bartzky, Dr. med. Beatrix Kaltenmaier, Eleonore Zergiebel, Dr. med. Doreen Sallmann, Dr. med. Regine Held, Dr. med. Irina Prokofieva und Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (Drucksache I - 25) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert Bund, Länder und Kommunen auf, ein umfassendes Maßnahmenpaket zur Verbesserung der psychischen und somatischen Entwicklung von Kindern nach der Coronapandemie zu entwickeln und zeitnah umzusetzen sowie ausreichende finanzielle Mittel dafür bereitzustellen. Hierzu gehören unter anderem ein Ausbau der therapeutischen Angebote, Bewegungsangebote z. B. in Kooperation von Schulen mit Vereinen, Sprachförderung, Nachhilfeangebote in den Schulen sowie niedrigschwellige Angebote für Familien zur Beratung.

Begründung:

Ein umfassendes Maßnahmenpaket zur Förderung der psychischen und körperlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, das zeitnah umgesetzt werden sollte, kann die Folgen der Pandemie abmildern. Durch die Lockdowns und damit nur sporadisch erfolgende Schul- und Kindertagesstättenbesuche in der Coronapandemie hat sich die psychische und körperliche Entwicklung der Kinder dramatisch verschlechtert. Viele Kinder haben Entwicklungsverzögerungen. Kinderärztinnen und Kinderärzte stellen zudem fest, dass viele Kinder und Jugendliche mit Bewegungsstörungen, Sprachstörungen, deutlichen Gewichtszunahmen, aber auch schweren psychiatrischen Störungen wie Anorexien oder Zwangsstörungen in die Praxen kommen. Es muss deshalb dringend und mit umfassenden Aktivitäten gegengesteuert werden. Insbesondere Schulen und Kindertagesstätten kommt neben Ärztinnen und Ärzten hierbei eine besondere Rolle bei der Aufdeckung medizinischer oder sozialer Probleme zu.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Infektionsprävention in Aufnahmezentren und Gemeinschaftseinrichtungen für
Flüchtlinge

Beschluss

Auf Antrag von PD Dr. med. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. med. Andreas Botzlar, Prof. Dr. med. Andreas Umgelter und Matthias Marschner (Drucksache I - 47) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert alle für die Aufnahmezentren und Gemeinschaftseinrichtungen verantwortlichen Stellen (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat [BMI], Innenministerien der Länder, zuständige Kommunen sowie Gesundheitsämter) auf, die aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Prävention von COVID-19 und anderen Infektionserkrankungen umzusetzen. Danach sind für sämtliche Bewohnerinnen und Bewohner in den Unterkünften Wohngruppen mit eigener Küche und Sanitäreinrichtung zu schaffen, wo insbesondere Familien oder Kleingruppen in wohngemeinschaftsähnlichen Wohneinheiten untergebracht werden. Darüber hinaus soll, wo immer möglich, eine dezentrale Unterbringung in Wohnungen angestrebt werden. Außerdem ist dafür zu sorgen, dass die vorgeschriebenen SARS-CoV-2-Testungen durchgeführt sowie Impfungen, wie von der Ständigen Impfkommission empfohlen, angeboten werden. Die Bewohner von Gemeinschaftseinrichtungen sind hiernach in die Kategorie 2 eingruppiert.

Begründung:

Bei dem hochansteckenden SARS-CoV-2 ist offensichtlich geworden, dass Bewohnerinnen und Bewohner in Gemeinschaftseinrichtungen einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt werden, da in diesen Unterkünften die AHA-Regeln durch die Enge (bis zu 16 Personen in einem Zimmer, Gemeinschaftsküchen und Sanitäreinrichtungen wie Toiletten und Duschen) nicht eingehalten werden können. Enge Wohnverhältnisse erhöhen, aufgrund der Übertragung über Tröpfchen und Aerosole, das Ansteckungsrisiko für die COVID-19-Erkrankung mit ihren teilweise schwerwiegenden Verläufen, einschließlich der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung und der potenziellen Todesfolge oder der Ausbildung eines Long-COVID-Syndroms. Durch die Veränderung der Unterbringung in Wohngruppen können auch andere Infektionserkrankungen wie Influenza und Durchfälle, beispielsweise mit Noroviren, verhindert werden. Außerdem sind kleine



Wohngruppen besonders für Familien mit Kindern, insbesondere solchen, welche sich derzeit im sogenannten Homeschooling befinden, eine Chance, mit weniger Konflikten zu leben.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Analoge Impfpässe und Impfbescheinigungen müssen ihre Gültigkeit behalten

Beschluss

Auf Antrag von Wieland Dietrich (Drucksache I - 56) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Die Abgeordneten des 124. Deutschen Ärztetages 2021 fordern, dass unabhängig von der Frage eines digitalen Impfpasses bzw. Impfausweises bisherige oder künftige analoge Impfpässe und Impfbescheinigungen ebenfalls gültig bleiben.

Durch diese Regelung wird maßgeblich gewährleistet, dass die Erstellung möglicher digitaler Impfausweise, auch über die Impfung gegen SARS-CoV-2, nicht zu einer Überlastung der Stellen führt, die einen analogen Impfpass oder eine analoge Impfbescheinigung in eine digitale Form überführen sollen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Ärztliche Berufsausübung

- I - 37 Stärkung der psychosozialen Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Stärkung der psychosozialen Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Andreas Botzlar, Dr. med. Gerald Qwitterer, SR Dr. med. Josef Mischo, Dr. med. Andreas Schießl, Dr. med. Martina Wenker, Dr. med. Christiane Groß, M.A., Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, PD Dr. med. Peter Bobbert, Dr. med. Hans-Albert Gehle, Dr. med. Melanie Rubenbauer-Beyerlein, Dr. med. Irmgard Pfaffinger, Doris M. Wagner, DESA, Andreas Hammerschmidt, Hans-Martin Wollenberg, Dr. med. Florian Gerheuser, Dr. med. Wolfgang Krombholz, MD Dr. med. Karl Breu, Mirko Barone und Dr. med. Pedro Schmelz (Drucksache I - 37) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 erkennt in der psychosozialen Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte bei psychischer Überbelastung und potenzieller Traumatisierung bei schwerwiegenden Ereignissen in allen Versorgungsbereichen eine Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. Daher ruft er alle ärztlichen Vertreterinnen und Vertreter in Kranken- und Sozialversicherungsträgern auf, sich in diesen Organisationen für eine bessere Fokussierung auch auf die psychische Gesunderhaltung der Ärztinnen und Ärzte sowie für die Ausarbeitung konkreter Unterstützungsangebote unter Mitwirkung der Ärzteschaft einzusetzen.

Begründung:

Schon der 122. Deutsche Ärztetag 2019 in Münster hat sich mit den - auch schon vor der Coronapandemie erheblichen - psychischen Belastungen in ärztlichen und anderen medizinischen Berufen befasst und einen erheblichen Mangel an Unterstützungsangeboten sowie Defizite bei der konkreten Umsetzung von Schutzmaßnahmen vor Ort festgestellt.

Das Genfer Gelöbnis in seiner aktuellen Fassung fordert alle Ärztinnen und Ärzte zur Wahrung der eigenen Gesundheit und des Wohlergehens der Kolleginnen und Kollegen auf. Im Sinne dieser ärztlichen Aufgabe baut etwa die Bayerische Landesärztekammer eine Koordinierungsstelle für psychosoziale Unterstützung auf.

In der Zusammenarbeit mit Unfallversicherungsträgern und Krankenkassen sowie Arbeitgebern und politischen Vertretern wurde deutlich, wie nötig sowohl das eigene Engagement als vor allem auch das Votum der Organe der ärztlichen Selbstverwaltung sind, um Systeme der zügigen Hilfestellung, wie z. B. durch kollegiale

Unterstützungssysteme (Peer-Support), und der Weiterleitung in bestehende Unterstützungsstrukturen bei psychischer Überbelastung und potenzieller Traumatisierung für Ärztinnen und Ärzten verfügbar zu machen.

In der Ausnahmesituation der Coronapandemie sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kliniken, Praxen, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Einrichtungen der Langzeitpflege extrem belastet. Die Langzeitfolgen sind derzeit noch nicht absehbar. Gleichzeitig empfiehlt das beim Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat angesiedelte Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe ein Angebot zur psychosozialen Unterstützung. So konnten bereits einige Ärztinnen und Ärzte unterstützt werden. Gleichzeitig wurde offensichtlich, dass die dazu erforderlichen Strukturen einschließlich der hierfür nötigen Gesprächskultur in Aus-, Weiter- und Fortbildung noch nicht ausreichend abgebildet sind.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Arzneimittel / Medizinprodukte

I - 03 Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln

Beschluss

Auf Antrag von Julian Veelken, Melissa Camara Romero, Dr. med. Robin T. Maitra, Matthias Marschner und Dr. med. Katharina Thiede (Drucksache I - 03) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Bundesregierung auf, die Versorgung der Bevölkerung mit gängigen und wichtigen Arzneimitteln und Impfstoffen sicherzustellen und Notfallreserven anzulegen.

Begründung:

Immer wieder kam es in den vergangenen Jahren zu Lieferengpässen gängiger und wichtiger Arzneimittel. Als wichtige Beispiele sind hier Propofol, Venlafaxin, Valsartan oder auch Tazobactam zu nennen. Die Globalisierung hat dazu geführt, dass die Arzneimittelproduktion aus ökonomischen Gründen von Europa in andere Teile der Welt verlagert wurde. Die letzten Jahre haben gezeigt, wie dieses Vorgehen wiederholt die Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten ganz konkret akut gefährdet hat. Hier muss Versorgungssicherheit gewährleistet werden, etwa auch durch den erneuten Aufbau von Produktionskapazitäten in Europa sowie deren langfristigen Erhalt.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Ausbildung / Medizinstudium

- I - 07 Obligatorische Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr
- I - 17 Forderungen zur Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte
- I - 46 Approbationsordnung und notwendige Änderungen
- I - 20 Notwendigkeit des zügigen Beschlusses der neuen Ärztlichen Approbationsordnung
- I - 42 Gemeinsame studentische Ausbildung nach neuer Approbationsordnung in
Universität, Klinik, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Praxis
- I - 05 Praktische Ausbildung im Medizinstudium auch in der Coronapandemie sicherstellen!
- I - 10 PJ-Mobilität braucht mehr Kooperation

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Obligatorische Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Andreas Botzlar, Dr. med. Susanne Johna, PD Dr. med. Peter Bobbert, Dr. med. Sven C. Dreyer, Dr. med. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. med. Melanie Rubenbauer-Beyerlein, Andreas Hammerschmidt und Anne Kandler (Drucksache I - 07) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert das Bundesministerium für Gesundheit und die Länder auf, in die Ärztliche Approbationsordnung eine Formulierung aufzunehmen, die folgende Punkte beinhaltet:

- In den stationären und ambulanten Lehrinrichtungen ist jedem Studierenden im Praktischen Jahr (PJ) eine obligatorische existenzsichernde Aufwandsentschädigung zu zahlen (Rechtsanspruch auf Geldleistung).
- Eine Anrechnung dieser Aufwandsentschädigung auf Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz findet nicht statt.
- Eine Abgeltung der Aufwandsentschädigung mit Sachleistungen (wie zum Beispiel kostenlosem Essen oder Unterkunft) ist nicht zulässig.
- Die Lehrverpflichtungen der Einrichtung dem PJ-Studierenden gegenüber bleiben von der Aufwandsentschädigung unberührt.

Begründung:

Ein Großteil der Studierenden arbeitet während des Studiums nebenbei, um sich seinen Lebensunterhalt zu finanzieren. PJs muss die Möglichkeit gegeben werden, sich während des Praktischen Jahres (PJ) voll auf die Ausbildung zu konzentrieren, ohne einer existenzsichernden Nebentätigkeit nachzugehen, für die nur die Nacht und das Wochenende bleiben. In Ausbildungsberufen ist das bereits die Regel, ebenso bei Rechtsreferendaren im juristischen Vorbereitungsdienst.

Die politisch gewünschte Vermeidung des "Wettbewerbs um die besten Köpfe über Geld" wird nicht durch eine Deckelung des Gesamtbetrages gewährleistet, sondern einzig durch eine obligate Mindestentschädigung in gleicher Höhe an jedem Standort.

Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass das wichtigste Kriterium für die Zahlung einer Aufwandsentschädigung die fehlende Besetzung von PJ-Plätzen ist. Wo Abwanderung und Mangel herrschen, wird bezahlt. Dies konterkariert die ursprüngliche Intention der Deckelung.

Medizinstudierende im Praktischen Jahr leisten zudem täglich eine wichtige und in vielen Bereichen unverzichtbare Arbeit. Gerade in der aktuellen COVID-19-Pandemie tragen sie neben ärztlichem und pflegerischem Personal einen essenziellen Anteil an der Bekämpfung des Ausbruchsgeschehens bei und setzen dabei ihre physische und seelische Gesundheit aufs Spiel. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum sich Bund und Länder nach wie vor gegen eine verpflichtende bundesweit einheitliche PJ-Aufwandsentschädigung in angemessener Höhe sperren und in der Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung nicht vorgesehen haben.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Forderungen zur Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Susanne Johna, Dr. med. Andreas Botzlar, PD Dr. med. Peter Bobbert, Dr. med. Sven C. Dreyer, Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. med. Melanie Rubenbauer-Beyerlein, Andreas Hammerschmidt, Anne Kandler und Dr. med. Alexander Schultze (Drucksache I - 17) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert das Bundesministerium für Gesundheit und die Länder auf, vor der notwendigen und zeitnah anzustrebenden Neustrukturierung des Medizinstudiums den hierdurch entstehenden zusätzlichen Finanzbedarf zu ermitteln und dessen Deckung ausreichend sicherzustellen, das Kapazitätsrecht grundlegend zu reformieren sowie eine weitere Verdichtung der Lerninhalte durch eine reine Erhöhung der Gesamtstundenzahl zu vermeiden.

Begründung:

Es gibt zum jetzigen Zeitpunkt unterschiedliche Schätzungen zu den Transformations- und Dauerkosten bei Umstellung auf die neue Ärztliche Approbationsordnung (ÄApprO). Eine abschließende, verlässliche Klärung des Finanzbedarfs ist jedoch notwendig, um eine ausreichende Deckung zu gewährleisten und eine mögliche Kostenbeteiligung des Bundes festzulegen. Zudem besteht die begründete Befürchtung, dass durch die Aufhebung der Trennung von Vorklinik und Klinik und die Einführung des neuen Z-Curriculums negative kapazitätsrelevante Folgen an einigen Fakultätsstandorten auftreten. Dies ist unbedingt zu vermeiden und Sorge dafür zu tragen, dass keine Studienplätze verloren gehen, die dann nur über Zulassungsklagen spezialisierter Anwälte durch diejenigen besetzt werden können, die entsprechende finanzielle Mittel besitzen. Der Referentenentwurf der neuen ÄApprO sieht eine umfangreiche Erhöhung der Unterrichtszeit vor, der keine Kürzungen an anderer Stelle gegenüberstehen. Dies ist weder den Studierenden noch dem Lehrpersonal zuzumuten. Es muss daher neu überlegt werden, auf welche nicht zwingend notwendigen Formate, wie etwa Vorlesungen, verzichtet werden kann. Bestehen bleiben müssen der patientenzentrierte Unterricht sowie die geplante wissenschaftliche Arbeit. Beide Formate stützen die neue verstärkt praxis- und wissenschaftsorientierte Ausrichtung des Studiums.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Approbationsordnung und notwendige Änderungen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. med. Wolf Andreas Fach (Drucksache I - 46) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 begrüßt eine zeitnahe Umsetzung der Novelle der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) und die Trennung von vorklinischem Abschnitt und klinischem Abschnitt.

Der 124. Deutsche Ärztetag befürchtet eine Verdichtung des Studiums, z. B. durch

- Erhöhung der Gesamtstundenzahl und Verschulung,
- Nichtverkürzung der Dauer des Pflegepraktikums,
- Intensivierung von Prüfungen,
- Implementierung einer wissenschaftlichen Arbeit.

Der 124. Deutsche Ärztetag lehnt eine selektive Anpassung der ÄApproO unter ordnungspolitischen Aspekten ab.

Der 124. Deutsche Ärztetag fordert eine angemessene Vergütung für Studierende im Praktischen Jahr.

Der 124. Deutsche Ärztetag fordert angemessene zeitliche Ressourcen bzw. eine Vergütung für Lehre und Prüfungen im klinischen Bereich.

Der 124. Deutsche Ärztetag fordert eine angemessene Vergütung der Mehrarbeit für Lehre und Prüfungen im ambulanten Bereich.

Der 124. Deutsche Ärztetag lehnt eine Verkürzung der Studiendauer und eine Einschränkung des Patientenbezuges im Studium durch Anwendung einer Innovationsklausel ab.

Der 124. Deutsche Ärztetag befürwortet eine Beteiligung der Landesärztekammern an der Auswahl der ambulanten Lehrpraxen, z. B. unter Berücksichtigung der Befugnisse zur Weiterbildung.

Begründung:

Die Aktualisierung der Approbationsordnung hat unmittelbare Auswirkungen auf die Ausübung des ärztlichen Berufs und ist damit von Relevanz für den 124. Deutschen Ärztetag. Arbeitsverdichtung für Lernende und Lehrende beeinträchtigt die Qualität der Ausbildung. Ordnungspolitische Ansätze mit Bevorzugung von Schwerpunkten sind inhaltlich kontraproduktiv und sollten vermieden werden. Die stationären und ambulanten Ausbildungsinhalte und Prüfungen müssen inhaltlich und finanziell auskömmlich gestaltet werden.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Notwendigkeit des zügigen Beschlusses der neuen Ärztlichen
 Approbationsordnung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Christiane Groß, M.A., Dr. med. Lydia Berendes, Christa Bartels, Dr. med. Heidemarie Lux, Doris M. Wagner, DESA, Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Dr. med. Beatrix Kaltenmaier, Dr. med. Irmgard Pfaffinger, Dr. med. Regine Held und Christiane Dormann (Drucksache I - 20) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert Bundesregierung und Bundesrat nachdrücklich dazu auf, die Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) schnellstmöglich - noch in dieser Legislaturperiode - zu beschließen.

Der Bund und die Länder sind gefordert, zügig ein Finanzierungskonzept für die Reform vorzulegen. Sparmaßnahmen dürfen nicht zulasten der medizinischen Ausbildung bzw. des ärztlichen Nachwuchses gehen.

Außerdem müssen umsetzbare Regelungen im Sinne des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) etabliert werden, um Schwangeren die Weiterführung des Studiums zu ermöglichen.

Begründung:

Die Reform des Medizinstudiums ist überfällig. Die Pandemie hat dies noch einmal deutlich gezeigt. Der seit November 2020 vorliegende Referentenentwurf ist trotz bestehendem Nachbesserungsbedarf ein wegweisender Entwicklungsschritt. Der Beschluss der ÄApprO ist ein wichtiger Meilenstein, der noch vor Ende der Legislaturperiode umgesetzt werden muss. Sonst droht die Reform noch weiter verschoben zu werden oder gar zu scheitern.

Die auskömmliche Finanzierung der Ausbildung ist essenziell für eine hohe Qualität der Ausbildung und eine nachhaltige und bedarfsgerechte medizinische Versorgung in Deutschland.

Aktuell hindert eine übermäßig restriktive Umsetzung und Auslegung des MuSchG Schwangere an der Weiterführung des Studiums. Dies ist bei einem Studentinnenanteil von ca. 63 Prozent - weiter steigend - essenziell.



Zur Information: Der Inhalt dieses Antrags entspricht einer Forderung von Vertreterinnen und Vertretern der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd).

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Gemeinsame studentische Ausbildung nach neuer Approbationsordnung in Universität, Klinik, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Praxis

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Tilman Kaethner, Dr. med. Constantin Janzen, Dr. med. Gisbert Voigt, Dr. med. Thomas Buck, Dr. med. Rudolf-Heinrich-Uwe Büsching, Dr. med. Roland Freßle, Dr. med. Kai Johanning, Dr. med. Wolfgang Lensing, Prof. Dr. med. habil. Bernd Haubitz und Dr. med. Marion Charlotte Renneberg (Drucksache I - 42) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 beschließt, dass der Vorstand den Ausschuss "Ärztliche Ausbildung und Universitätsmedizin" beauftragt, das Thema studentische Ausbildung in allen medizinischen Sektoren zu beraten und gegebenenfalls eine Musterordnung für die gemeinsame gleichberechtigte, sektorenübergreifende studentische Ausbildung in Universität, Klinik, Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) und Praxis zu erarbeiten.

Begründung:

Viele Fachgruppen, insbesondere hausärztliche Primärversorger, viele Krankenhäuser, der ÖGD und Praxen haben Nachwuchsprobleme. Bereits im medizinischen Studium müssen die interessierten Studierenden deshalb an alle Bereiche der medizinischen Patientenversorgung herangeführt werden.

Die neue Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) wird bald verabschiedet. Sie verlangt die Vermittlung von Kompetenzen in der studentischen Ausbildung, die nur durch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit aller Akteure im deutschen Gesundheitswesen möglich sind.

Das bedeutet, dass Studierende sowohl in der Universität, in den Krankenhäusern und im ÖGD als auch in den ambulanten Praxen Ausbildungsphasen durchlaufen.

In Universitäten und Krankenhäusern ist dies strukturell und finanziell etabliert. Jetzt muss auch im ambulanten Bereich der Praxen eine vergleichbare organisatorische Struktur, die ausreichende Unterstützung der personellen und finanziellen Ressourcen sicherstellt, den Kolleginnen und Kollegen angeboten werden. Nur dann ist eine ausreichende Zahl von Praxen motiviert und in der Lage, sich zukünftig an der studentischen Ausbildung zu

beteiligen.

Die Musterordnung für studentische Ausbildung soll die Gesundheitspolitik unterstützen und für die Praxen einen Ausgleich für die organisatorischen, personellen und finanziellen Belastungen sicherstellen.

Nur eine gute kompetenzbasierte studentische Ausbildung in allen Sektoren sichert für die Zukunft eine effektive und nachhaltige medizinische Versorgung mit guten Arbeitsbedingungen für alle Ärztinnen und Ärzte.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Praktische Ausbildung im Medizinstudium auch in der Coronapandemie sicherstellen!

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Andreas Botzlar, Dr. med. Susanne Johna, PD Dr. med. Peter Bobbert, Dr. med. Sven C. Dreyer, Dr. med. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. med. Melanie Rubenbauer-Beyerlein, Andreas Hammerschmidt und Anne Kandler (Drucksache I - 05) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Landesregierungen auf, gemeinsam mit den Universitäten und Fakultäten bei der Entwicklung ihrer Hygienekonzepte während der Coronapandemie unter Beachtung der Abstands- und Hygieneregeln und gegebenenfalls in Kleingruppen die erforderlichen praktischen Teile des Medizinstudiums als Präsenzveranstaltungen zu gewährleisten. Wenn Studierende als freiwillige Helferinnen und Helfer sinnvoll im Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens auch mit Patientenkontakt tätig werden, muss es möglich sein, risikoadaptierte Konzepte auch für die praktische Ausbildung zu entwickeln.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: PJ-Mobilität braucht mehr Kooperation

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Andreas Botzlar, Dr. med. Susanne Johna, PD Dr. med. Peter Bobbert, Dr. med. Sven C. Dreyer, Dr. med. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. med. Melanie Rubenbauer-Beyerlein, Andreas Hammerschmidt und Anne Kandler (Drucksache I - 10) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert alle noch nicht am PJ-Portal teilnehmenden medizinischen Fakultäten dazu auf, sich diesem bundesweiten Online-Vergabe-Tool anzuschließen. Medizinstudierende im Praktischen Jahr (PJ) sollten zukünftig mit wenigen Klicks ihre gewünschten PJ-Plätze eingeben können, ohne dafür lange und formal unterschiedliche Bewerbungen an die jeweilige Fakultät schicken zu müssen. Letztere werden wiederum im Verwaltungsaufwand entlastet.

Der 124. Deutsche Ärztetag begrüßt ausdrücklich die fakultätsübergreifende Initiative, welche die PJ-Bewerbung ins moderne Zeitalter bringt und Studierenden das Leben erleichtern möchte. Es ist Medizinstudierenden jedoch nicht vermittelbar, weshalb die PJ-Bewerbung für die Lehrkrankenhäuser von neunzehn Universitäten unkompliziert digital möglich ist, aber bei vielen anderen medizinischen Fakultäten noch sehr viele Formulare ausgefüllt werden müssen. Dieser Flickenteppich muss durch die einheitliche Lösung des PJ-Portals ersetzt werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Berufsordnung

- I - 09 Notfallbehandlung im Krankenhaus unabhängig vom Versichertenstatus zu gewährleisten, gehört zum ärztlichen Selbstverständnis

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Notfallbehandlung im Krankenhaus unabhängig vom Versichertenstatus zu
gewährleisten, gehört zum ärztlichen Selbstverständnis

Beschluss

Auf Antrag von PD Dr. med. Birgit Wulff, Lars Brandt, Dr. med. Silke Lüder, Dr. med. Robin T. Maitra, Dr. med. Detlef W. Niemann, Dr. med. Hans Ramm, Dr. med. Sigrid Renz, Dr. med. Alexander Schultze, Norbert Schütt, Dr. med. Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache I - 09) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Zu den beruflichen Pflichten von Ärztinnen und Ärzten gehört lt. §§ 1 und 2 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä), ihr ärztliches Handeln am Wohl des Patienten und der Patientin auszurichten. Die Notfallversorgung unabhängig vom Krankenversicherungs- und Aufenthaltsstatus zu gewährleisten, ist für jeden Arzt und jede Ärztin selbstverständlich. Insbesondere darf auch nicht das Interesse Dritter über dieses Wohl gestellt werden. Weisungen und diesbezügliche Verfahrensvorschriften kaufmännischer Leitungen, deren Befolgung Ärztinnen und Ärzte nicht verantworten können, wie beispielsweise die Vorabzahlung eines Pauschbetrages als Bedingung für die Notfallbehandlung für Menschen mit ungeklärtem Krankenversicherungsstatus müssen sie auch im Rahmen von Dienstverträgen nicht entgegennehmen. Davor schützt sie die Berufsordnung. Probleme der Krankenhäuser hinsichtlich der Sicherstellung ihrer Erlöse bei der Notfallbehandlung dieser Patientengruppen dürfen nicht auf dem Rücken und zum Nachteil junger Kolleginnen und Kollegen ausgetragen werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Bundesärztekammer / Deutscher Ärztetag

- I - 06 Schneller Zugang zu allen relevanten Fachinformationen
- I - 33 Geschlechtergerechte Repräsentation in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung
- I - 02 Sprache schafft Wahrnehmung
- I - 41 Rassebegriff im Genfer Gelöbnis

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Schneller Zugang zu allen relevanten Fachinformationen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Julian Veelken, Melissa Camara Romero, Matthias Marschner und Dr. med. Katharina Thiede (Drucksache I - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Bundesärztekammer dazu auf, für die Bereitstellung einer digitalen Informationsplattform zu sorgen, die die relevanten fachlichen und organisatorischen Informationen zur Verfügung stellt, die Ärztinnen und Ärzte für das bestmögliche Arbeiten in der Pandemie benötigen.

Begründung:

Wir Ärztinnen und Ärzte tragen aktuell Informationen von unterschiedlichsten Quellen zusammen. Auch wenn wir diese Herangehensweise von der Behandlung anderer Krankheiten gewohnt sind, bremst dieser Prozess gerade angesichts des sich schnell entwickelnden Wissens und der Dynamik der Pandemie unsere Arbeit. Beispielsweise werden für die Impfungen die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts, die gesetzlichen Regelungen, die Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Regelungen und das Management des Bundeslandes und Fachinformationen der Hersteller benötigt. In einem Prozess, der gleichzeitig Sorgfalt und Geschwindigkeit erfordert, sind dies unnötige Hürden für ein gutes Pandemiemanagement.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Geschlechtergerechte Repräsentation in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Irmgard Pfaffinger, Dr. med. Ellen Lundershausen, Dr. med. Gerald Quitterer, Dr. med. Christiane Groß, M.A., PD Dr. med. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. med. Heidemarie Lux, Dr. med. Hans Ramm, Dr. med. Sigrid Renz, Dr. med. Andreas Hellmann, Dr. med. Irina Prokofieva, Matthias Marschner, Dr. med. Katharina Thiede und Dr. med. Florian Gerheuser (Drucksache I - 33) unter Berücksichtigung des Antrags von Stefanie Oberfeld, Dr. med. Anne Bunte, Dr. med. Lydia Berendes, Steffen Veen, Prof. Dr. med. Hansjörg Heep und Eleonore Zergiebel (Drucksache I - 33a), des Antrags von Stefanie Oberfeld, Dr. med. Anne Bunte, Dr. med. Lydia Berendes, Steffen Veen, Prof. Dr. med. Hansjörg Heep und Eleonore Zergiebel (Drucksache I - 33b) und des Antrags von Stefanie Oberfeld, Dr. med. Anne Bunte, Dr. med. Lydia Berendes, Prof. Dr. med. Hansjörg Heep, Steffen Veen und Eleonore Zergiebel (Drucksache I - 33c) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Organe der ärztlichen Selbstverwaltung auf, für eine geschlechtergerechte Repräsentation in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung (z. B. Mentoringprogramme) zu sorgen. Der 124. Deutsche Ärztetag appelliert daher insbesondere an die Ärztinnen, sich ehrenamtlich in der ärztlichen Selbstverwaltung zu engagieren. Ziele könnten die Parität in den Vertreterversammlungen und Delegierten- bzw. Abgeordnetenversammlungen sowie Geschlechtergerechtigkeit in den Vorständen sein.

Begründung:

Obwohl die Medizinstudierenden und die Ärzteschaft insgesamt überwiegend weiblich sind, ist der Anteil der Frauen in Führungspositionen und auch in den Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen nach wie vor sehr gering. Geschlechtergerechtigkeit muss sich auch in diesen Positionen abbilden. Maßnahmen zur geschlechtergerechten Repräsentation in den Gremien sind bisher nicht flächendeckend erfolgt.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Sprache schafft Wahrnehmung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Christine Neumann-Grutzeck und Dr. med. Norbert Smetak (Drucksache I - 02) wird in zweiter Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Sinne einer modernen, zeitgemäßen Außendarstellung und einer adäquaten Abbildung der deutschen Ärztinnen und Ärzte ist die Verwendung gendersensibler Sprache durch die Bundesärztekammer überfällig. Aufgrund der großen Symbolwirkung betrifft dies explizit auch die Bezeichnungen der Arbeitsgemeinschaft (Bundesärztekammer) sowie der Hauptversammlung (Deutscher Ärztetag) als höchstes Entscheidungsorgan. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, alle hierfür notwendigen Anpassungen bis zum Deutschen Ärztetag 2022 vorzunehmen.

Begründung:

Die Bundesärztekammer ist als Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern mit ihren Organen das zentrale Repräsentationsorgan aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland und prägt damit die Wahrnehmung der Ärzteschaft sowohl standesintern als auch öffentlich maßgeblich. Die Zahl der Ärztinnen in Deutschland steigt seit Jahren kontinuierlich. Laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer waren zum 31.12.2020 von den 409.121 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten im Bundesgebiet 197.036 weiblich – das entspricht 48 Prozent. Das sind rund 16 Prozent mehr als noch im Jahr 2015. Das Wachstum wird sich in Anbetracht der Tatsache, dass auch an den Hochschulen immer mehr Medizinerinnen ausgebildet werden, in den nächsten Jahren fortsetzen. Ärztinnen sind bei der Gestaltung und Bewältigung der vielfältigen Aufgaben im Gesundheitswesen nicht wegzudenken. Zeitgleich sind Ärztinnen sowohl in Führungspositionen als auch in vielen standes- und berufspolitischen Gremien weiterhin unterrepräsentiert. Die Gründe dafür sind mannigfaltig: Sie können sowohl individuell als auch systembedingt begründet sein. Auch in unserem Sprachgebrauch sind Frauen häufig unterrepräsentiert. Die Verwendung von männlichen Formen, bei denen Frauen mitgemeint sind, ist in der deutschen Sprache weit verbreitet und historisch gewachsen (generisches Maskulinum). Wissenschaftliche Studien zeigen jedoch, dass Frauen zwar häufig mitgemeint, jedoch selten mitgedacht werden. Sprache bildet also nicht nur gesellschaftliche Strukturen ab, sondern prägt auch unsere



Wahrnehmung. Das gilt ganz besonders für Berufsbezeichnungen. Sprache ist jedoch ebenso wandelbar. Durch einen gendersensiblen Sprachgebrauch tragen wir aktiv zur Gleichberechtigung der Geschlechter und zu einer wertschätzenden Ansprache aller bei.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Rassebegriff im Genfer Gelöbnis

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. med. Paula Hezler-Rusch (Drucksache I - 41) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 möge beschließen, dass das Genfer Gelöbnis für den Bereich der Bundesärztekammer abgeändert und der Rassebegriff ersatzlos gestrichen wird.

Begründung:

Innerhalb der menschlichen Spezies existieren keinerlei biologische Unterschiede, die einen Rassebegriff rechtfertigen würden. Es sei hierzu auf die Jenaer Erklärung von 2019 verwiesen, in der dieser Umstand wissenschaftlich begründet und ausgeführt wird.

Weltweit ist der Rassebegriff mit schwerem Unrecht, Diskriminierung und in Deutschland insbesondere mit dem Holocaust verbunden. Rassistischer Diskriminierung entgegenzuwirken, dürfte mit ein Grund für die Aufnahme des Rassebegriffs in die Deklaration von Genf gewesen sein.

Der Rassebegriff selbst ist aber im Hinblick auf die Menschheit obsolet und in der Genfer Deklaration und damit in unserem ärztlichen Gelöbnis verzichtbar. In der Deklaration von Genf ist neben anderer nicht zu diskriminierender Bereiche auch die Formulierung der ethnischen Herkunft enthalten.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Ethikberatung

I - 18 Ambulante Ethikberatung

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Ambulante Ethikberatung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Jens Andrae, Dr. med. (MU Budapest) Hubertus Große-Leege, Dr. med. Anne Klemm, Dr. med. Ellen Lundershausen, Dr. med. Sebastian Roy, Dr. med. Doreen Sallmann, Dr. med. Martin Schreiber und Dr. med. Ulf Zitterbart (Drucksache I - 18) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert, dass neben den bereits bestehenden stationären Ethikkomitees auch flächendeckende Angebote der ambulanten Ethikberatung geschaffen werden. Damit könnten Ärztinnen und Ärzte nicht nur in Fragen des Beistandes für Sterbende, sondern auch in anderen ethischen Grenzsituationen fachlich geschult unterstützt werden.

Begründung:

Durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung kommt es vermehrt zu Nachfragen von Patientinnen und Patienten an ambulant tätige Ärzte. Hierbei geht es um die Frage des ärztlich assistierten Suizids, aber auch andere Fragestellungen, die ethische Grundfragen betreffen und den Arzt in den Grenzbereich humanistischer Entscheidungen bringen.

Zur professionellen ethischen Begleitung der stationären Kolleginnen und Kollegen existieren stationäre Ethikkomitees. Über das System der Landesärztekammern müssen daneben ambulante Angebote für die tätigen Ärzte geschaffen werden. So können Ärztinnen und Ärzte auf ihren Wunsch hin in ethischen Fragen und Herangehensweisen geschult und auf Wunsch als regionale ambulante Ethikberater angefragt werden. Diesen ärztlichen Ethikberatern muss ein Netz an Psychologen/Psychiatern, Seelsorgern und Pflegepersonal zur Seite gestellt werden, welche bei Bedarf durch den ärztlichen Ethikberater hinzugezogen werden können. So können die zunehmend schwierigen Fragestellungen von Lebensanfang bis Lebensende auch in der ambulanten medizinischen Versorgung unterstützt werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

eHealth

- I - 45 Einführung digitaler Anwendungen
- I - 12 Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz gestalten
- I - 14 Fehlende Alltagstauglichkeit der Telematikinfrastruktur
- I - 40 Aussetzung der Sanktionen bei veralteten Telematikinfrastruktur-Konnektoren
- I - 27 Prozesse mit elektronischem Heilberufsausweis verbessern
- I - 61 Notfallrettung verbessern durch Telenotärztinnen und Telenotärzte

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Einführung digitaler Anwendungen

Beschluss

Auf Antrag von Erik Bodendieck und PD Dr. med. Peter Bobbert (Drucksache I - 45) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 begrüßt die Einführung digitaler Anwendungen, die die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten unterstützen.

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) legt die Bundesregierung nunmehr ein drittes Gesetz zur Digitalisierung im Gesundheitswesen in der laufenden Legislaturperiode vor. Die drei Gesetzgebungsverfahren sollen die Grundlage für ein neues Gesundheitswesen mit vernetzten Akteuren und Smartphone-basierten medizinischen Anwendungen in der Hand des Versicherten bilden. Es handelt sich um eine weitreichende Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung in Deutschland, die mit Milliardeninvestitionen aus Versichertengeldern und unter hohem Zeitdruck vorangetrieben wird.

In zu schneller Taktung gibt der Gesetzgeber die Einführung digitaler Anwendungen der Telematikinfrastruktur vor und verbindet diese teilweise mit Sanktionen.

Beispielhaft seien genannt:

- Einführung Notfalldaten und eMedikationsplan auf der elektronischen Gesundheitskarte seit dem vierten Quartal 2020,
- Einführung der elektronischen Patientenakte zum 01.07.2021,
- Einführung des eRezeptes zum 01.07.2021,
- Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und verpflichtende Übermittlung durch den behandelnden Arzt an die Krankenversicherung des Patienten zum 01.10.2021.

Der 124. Deutsche Ärztetag sieht die große Gefahr, dass durch die gesetzgeberische Geschwindigkeit notwendige Testungen zur Praktikabilität wie auch zur Patientensicherheit unterbleiben. Die Anbindung an die tatsächlich in der Versorgung herrschenden Realitäten droht verloren zu gehen.

Die Einführung dieser Anwendungen erfordert neben der Schaffung der technischen Voraussetzungen – Update des Konnektors, Erweiterungen des Praxisverwaltungssystems

und die Anschaffung eines elektronischen Heilberufsausweises – vor allem Anpassungen eingespielter Praxisabläufe.

Auch ohne die außergewöhnlich hohe Belastung der Arztpraxen durch die Coronapandemie sind diese Vorgaben des Gesetzgebers unrealistisch. Sie bergen die Gefahr, dass Anwendungen unzureichend getestet und somit unausgereift, also potenziell patientengefährdend, eingeführt werden, um Fristen zu halten und Sanktionen zu vermeiden. Dies wird die Frustration bei Ärztinnen und Ärzten, aber auch bei Patientinnen und Patienten weiter verstärken.

Hierin liegt ein wesentliches Risiko für das Gesamtprojekt "Digitalisierung im Gesundheitswesen".

Der 124. Deutsche Ärztetag fordert daher in Verantwortung für das gemeinsame Ziel, die Patientenversorgung durch digitale Anwendungen bestmöglich zu unterstützen und zu verbessern:

- die Streichung aller Sanktionen, die Ärztinnen und Ärzte betreffen,
- die Verschiebung der Einführung von Anwendungen, die nicht unmittelbar der medizinischen Versorgung dienen, sondern primär prozessuale Erleichterungen bei den Kostenträgern bewirken, konkret die Einführung der Anwendungen eRezept und eAU mindestens um zwölf Monate,
- die Zeit bis zur flächendeckenden Einführung von Telematikvorhaben für Erprobungen in realen Versorgungsszenarien zu nutzen, um zu gewährleisten, dass die entwickelten Produkte und Dienste aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte reif für die friktionsfreie Anwendung sind.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz gestalten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Wilfried Schimanke, Dr. Jens Placke, Dr. med. Kerstin Skusa, Dr. med. Andreas Gibb, Dr. med. Evelin Pinnow, Dr. med. Harald Terpe und Prof. Dr. med. Andreas Crusius (Drucksache I - 12) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021 in zweiter Lesung:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die parlamentarischen Gremien auf, das Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) in der vorgelegten Form nicht zu verabschieden. Zweifellos bietet die Digitalisierung von Prozessen in der medizinischen Versorgung einige Vorteile. Die Ärzteschaft erkennt deren Notwendigkeit; im vorgelegten Gesetz überwiegen jedoch die Gefahren durch Vorgaben, die nicht der Versorgungswirklichkeit entsprechen.

Mit diesem Gesetz erfolgt eine weitgehende Neuausrichtung des Gesundheitswesens, die überstürzt und ohne Beteiligung von Patienten und Ärzten vorgenommen wird. Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) als Speicherort der Daten in der Hand des Patienten soll durch zentrale Online-Datenspeicher ersetzt werden. Damit werden die Beschlüsse mehrerer Ärztetage konterkariert!

Die Dynamik dieses Gesetzes verändert nicht nur die medizinische Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland; es greift auch schwerwiegend in die Arzt-Patienten-Beziehungen ein und bedroht die freie Ausübung des ärztlichen Berufs. Der 124. Deutsche Ärztetag fordert eine breite gesellschaftliche Diskussion vor der Verabschiedung derart eingreifender Veränderungen.

Begründung:

1. Ethik der Digitalisierung

Die Grundlage aller medizinischen Bestrebungen – also der Versuch von uns Ärztinnen und Ärzten, Lebensqualität und Überleben unserer Patientinnen und Patienten zu sichern und zu verbessern – ist die Arzt-Patienten-Beziehung. Die Digitalisierung verändert diese Beziehung zunehmend, und dabei werden Grundsätze dieser schutzpflichtigen Beziehung aufgegeben. Digitale Identitäten von Patienten und Leistungserbringern sowie viele andere ungeprüfte digitale Anwendungen gestalten diese Beziehungen neu und beeinträchtigen

das Selbstbestimmungsrecht sowohl von Ärztinnen und Ärzten wie auch von Patientinnen und Patienten.

2. Freiberuflichkeit und berufliche Identität

Mit Worten steht Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn, MdB, zur Freiberuflichkeit, mit dem durch das neue DVPMG geschaffene Regelwerk wird nun aber erheblich in unsere Freiberuflichkeit eingegriffen (Datenportal, fehlendes Mitspracherecht bei anstehenden Veränderungen, Ökonomisierung versus individualisierter Medizin). In ihrer Dynamik gefährden die Digitalisierungsbestrebungen und deren Inhalte nicht nur die Freiberuflichkeit des Arztes, sondern unsere gesamte berufliche Identität.

3. Dynamik, Mehrwert und Effektivität

Mit dem DVPMG legt das Bundesministerium für Gesundheit bereits das dritte Gesetz zur Digitalisierung im Gesundheitswesen in der laufenden Legislaturperiode vor. Es handelt sich um eine weitreichende Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung in Deutschland, die mit Milliardeninvestitionen aus Versichertengeldern und mit hohem Zeitdruck vorangetrieben wird.

Aber besteht wirklich eine Not, mit einem alles übertreffenden dynamischen Veränderungs- und Gestaltungswillen Abläufe jeglicher Art im Gesundheitswesen derart intensiv zu verändern? Wir werden niemals ohne analoge Systeme auskommen – es wird immer Patienten, aber auch Regionen und Bereiche geben, die nicht digitalisierbar sind. Bereits jetzt ist unstrittig, dass die Neufassung von Prozessen in unserer aktuellen Welt nicht notwendigerweise zu effektiveren Abläufen führt. Obwohl noch nicht einmal vollständig funktionierend, sollen die Telematikinfrastruktur und noch nicht einmal etablierte Anwendungen der eGK wieder abgeschafft und durch Zukunftskonnektoren, Cloud-Lösungen, Schnittstellenveränderung u. ä. ersetzt werden. Es besteht die Gefahr, dass durch die gesetzgeberische Geschwindigkeit die Anbindung zu den tatsächlich in der Fläche der Versorgung herrschenden Realitäten weiter verloren geht. Das bedeutet einerseits bereits investiertes Geld zu verbrennen und andererseits unsichere Investition von noch mehr Geld in ein Fass ohne Boden (?).

4. Rechtliche Bedenken

Sowohl auf Bundesebene als auch durch regionale sowie eigene Datenschutzbeauftragte werden erhebliche und begründete Zweifel an der Rechtmäßigkeit der elektronischen Patientenakte und insbesondere an der europäischen Verfügbarkeit einer Kurzakte (patient summary) geäußert. Sicher besteht Freiwilligkeit – wir alle wissen aber, wie schnell aus Freiwilligkeit eine Verpflichtung werden kann.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Fehlende Alltagstauglichkeit der Telematikinfrastruktur

Beschluss

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. med. Roland Freßle, Dr. med. Christian Messer, Dr. med. Ernst Lennartz und Dr. med. Silke Lüder (Drucksache I - 14) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Die geplante Umsetzung der Telematikinfrastruktur ist derzeit weit entfernt von einer Alltagstauglichkeit. In der aktuellen Umsetzung gibt es außerdem keinen erkennbaren Mehrwert für die Umsetzung in Praxis oder Klinik. Die zur zügigen Einführung vorgesehenen Anwendungen sind nicht oder nicht ausreichend auf Funktion, Ausfallsicherheit und Alltagstauglichkeit getestet. Die Abgeordneten des 124. Deutschen Ärztetages 2021 fordern den Bundesminister für Gesundheit auf, die Voraussetzungen für ein ordnungsgemäßes Funktionieren zu schaffen, statt Ärztinnen, Ärzte und Praxen mit empfindlichen Strafen zu bedrohen.

Begründung:

Ein analoger Beschluss wurde in der Ärztekammer Nordrhein im März 2021 gefasst.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Aussetzung der Sanktionen bei veralteten Telematikinfrastuktur-Konnektoren

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. med. Christian Messer, Dr. med. Svante Gehring, Dr. med. Norbert Smetak, Dr. med. Alexander Schultze, Wieland Dietrich, Dr. med. Hans-Detlef Dewitz, Dr. med. Silke Lüder, Christa Bartels und Dr. med. Klaus J. Doubek (Drucksache I - 40) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Politik möge von ihrer Sanktionsstrategie bei Nichtimplementierung der veralteten und störanfälligen Konnektorentechnologie absehen und diese aussetzen, bis eine zeitgemäße und sichere Softwarelösung zur Verfügung steht.

Begründung:

Der Konnektor, der Praxen mit der Telematikinfrastuktur verbindet, ist eine veraltete und unsichere Lösung. Wiederholte Vorfälle haben seine Störanfälligkeit offenbart. Das ist der gematik und dem Bundesministerium für Gesundheit bekannt. Daher plant die gematik mit IT 2.0 eine zeitgemäße und wesentlich sicherere Softwarelösung, die zeitnah eingeführt werden muss. Auch wenn ein Großteil der Praxen über den Konnektor angebunden ist, führt die Sanktionspolitik durch gesetzlich verordnete, prozentuale Umsatzkürzung zu einer erheblichen Unzufriedenheit auf breiter Ebene. Die Politik möge überdenken, ob dies der richtige Weg ist, die Leistungsträger für ihre Projekte zu gewinnen.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Prozesse mit elektronischem Heilberufsausweis verbessern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Matthias Fabian, PD Dr. med. Peter Bobbert, Dr. med. Alexander Schultze, Sylvia Ottmüller, Dr. med. Susanne Johna, Dr. med. Sven C. Dreyer und Dr. med. Andreas Botzlar (Drucksache I - 27) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 begrüßt den gesicherten Austausch von medizinischen Dokumenten mit entsprechender Authentifizierung bzw. Signierung durch einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA). Insbesondere in Krankenhäusern und größeren Praxen oder medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist die derzeitige Spezifikation für den Einsatz des eHBA jedoch nicht geeignet, weiterhin schlanke Arbeitsprozesse abzubilden.

Der 124. Deutsche Ärztetag fordert die gematik daher auf, die Vorgaben derart zu verändern, dass die Prozesse in Krankenhäusern, größeren Praxen oder MVZ durch den Einsatz des eHBA unterstützt und nicht behindert werden. Die gematik muss dazu jetzt in einen aktiven Austausch mit allen treten, die Kenntnis von den Prozessabläufen in den genannten Einrichtungen des Gesundheitswesens haben. Dazu zählen IT-Abteilungen von Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzte vor Ort und die Industrie.

Eine technische Lösung könnte z. B. so aussehen, dass ein eHBA physisch gesichert in einem einzigen Kartenterminal über 24 Stunden hinaus gesteckt sein kann und die Freigabe durch Card.Holder-PIN oder QES-PIN (Qualifizierte elektronische Signatur) mittels der jeweiligen Berechtigungsstruktur des Krankenhausinformationssystems bzw. Praxisverwaltungssystems erfolgt.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Notfallrettung verbessern durch Telenotärztinnen und Telenotärzte

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Wolfgang Miller und Dr. med. Edgar Pinkowski (Drucksache I - 61) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Die Coronapandemie hat der Telemedizin einen ungeahnten Entwicklungsschub gegeben. Dies soll auch den Menschen in Notfällen in der außerklinischen Rettung helfen. Wir begrüßen die Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Rettungsdienstes durch telenotärztliche Expertise. Die bisher guten Erfahrungen sollen konsequent in die Regelversorgung überführt werden. Dabei muss die Qualität der ärztlichen Versorgung oberste Priorität haben. Notwendige Notarzteinsätze vor Ort dürfen nicht mit Verweis auf telemedizinische Verfahren unterbleiben.

Begründung:

Bundesweit bestehen unterschiedliche Regelungen für die außerklinische Notfallrettung. Vielerorts werden die vorgegebenen Hilfsfristen kaum eingehalten. Die telemedizinischen Möglichkeiten dürfen hier nicht zu einer schlechteren Versorgung führen. Die Bundesärztekammer bringt sich mit der Erarbeitung des neuen Notarztindikationskatalogs aktiv in die Diskussion ein und erarbeitet mit ärztlichem Sachverstand entsprechende Vorgaben, die bundesweit beachtet werden sollen. Telemedizin muss die Versorgung verbessern und darf Versorgungsdefizite nicht künstlich kaschieren.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Fortbildung

- I - 38 Digitale Innovationen im Gesundheitswesen brauchen aktive Beteiligung und Fortbildung der Ärzteschaft und Informationsangebote für Patienten
- I - 36 Zertifizierung digitalbasierter Fortbildungsmaßnahmen

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Digitale Innovationen im Gesundheitswesen brauchen aktive Beteiligung und Fortbildung der Ärzteschaft und Informationsangebote für Patienten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Wenke Wichmann (Drucksache I - 38) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Landesärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Klinikleitungen, Inhaber von medizinischen Versorgungszentren und Praxen sowie Anbieter digitaler Gesundheitsinnovationen dazu auf, für das medizinische Personal Fortbildungen zu digitalen Neuerungen anzubieten und Informationsangebote für die Patienten bereitzustellen.

Begründung:

Ärztinnen und Ärzte brauchen spezielle Kenntnisse, um neue Digitaltechnologien und digitale Innovationen patientenorientiert anwenden und verschreiben zu können. Bisher gibt es hierfür jedoch nur ein sehr geringes Lehrangebot, das meistens von privaten Dienstleistern angeboten wird.

Aufgrund dessen finden die digitalen Neuerungen zurzeit nur sehr begrenzt Anwendung, obwohl sie ein großes Potenzial für die Gesundheitsversorgung bergen. Oft fehlt es auch an der aktiven Einbeziehung und Beteiligung der Ärzteschaft in die digitalen Entwicklungsprozesse. Ein strukturiertes, unabhängiges Wissensangebot kann die Anwendung positiv begünstigen und der effektiven, zeitgemäßen Patientenversorgung entgegenkommen. Repräsentative Umfragen zeigen den Wunsch der Ärzteschaft nach unabhängigen Fortbildungsangeboten insbesondere von Landesärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Fachgesellschaften und Berufsverbänden.

Auch auf Patientenseite kann eine breite Akzeptanz nur auf Basis einer entsprechenden Aufklärung vorausgesetzt werden. Die Ärzteschaft spielt im intimen Arzt-Patienten-Gespräch auch bei der Informationsvermittlung zu digitalen Innovationen die führende Rolle.

Nur wenn alle Beteiligten "digitales Denken" lernen, können beispielsweise die elektronische Patientenakte, digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen sowie weitere digitale Innovationen in der Zukunft zu einem selbstverständlichen Aspekt ärztlicher



Versorgung werden, von dem die Gesundheitsversorgung profitiert.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Zertifizierung digitalbasierter Fortbildungsmaßnahmen

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, Dr. med. Hans-Albert Gehle, Dr. med. Susanne Johna, Dr. med. Andreas Botzlar, PD Dr. med. Peter Bobbert, Dr. med. Sven C. Dreyer, Sylvia Ottmüller, Dr. med. Melanie Rubenbauer-Beyerlein, Dr. med. Matthias Fabian, Dr. med. Sebastian Roy und Gregg Frost (Drucksache I - 36) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Ärztekammern auf, kurzfristig die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass digitalbasierte Fortbildungsmaßnahmen angebotsangepasst zertifizierbar werden und damit auch für den Fortbildungsnachweis genutzt werden können. Hierzu sollten die Richtlinien der Ärztekammern so angepasst werden, dass eine flexible Einordnung digitalbasierter Fortbildung auch in Kategorie A der Fortbildungsordnung ermöglicht wird. Ziel sollte dabei sein, dass alle Bildungsangebote, die eine Bedeutung für das ärztliche Handeln haben und für die ein hinreichend sicherer Teilnahmenachweis geführt werden kann, gleichberechtigt anerkennungsfähig werden.

Begründung:

In den letzten Jahren sind die traditionell ins Feld geführten Unterschiede zwischen Präsenzfortbildungen und digitalbasierten Fortbildungsformaten weitgehend abgebaut worden. So ist es mittlerweile Praxis, dass Anbieter von Präsenzfortbildungen diese anschließend als Konserve "on demand" zur Verfügung stellen und damit in der Summe eine vergleichbare Teilnehmerzahl wie digitale Fortbildungen erreichen. Auch ist die bei digitalbasierten Fortbildungen bisher als begrenzt bemängelte Interaktivität durch technische Weiterentwicklungen (z. B. der Chat-Funktionen) mittlerweile stärker ausgeprägt als in Live-Formaten. Auch hinsichtlich eines sicher zu gestaltenden Teilnahmenachweises unterscheiden sich die Formate nicht mehr.

Keine der aktuell von den Ärztekammern zur Anerkennung akzeptierten Fortbildungsmodalitäten kann daher heute alle positiven Merkmale auf sich vereinigen und müsste deswegen als Standard betrachtet werden. Vielmehr gilt es, alle Bildungsangebote, die eine Bedeutung für das ärztliche Handeln haben und für die ein hinreichend sicherer Teilnahmenachweis geführt werden kann, gleichberechtigt anerkennungsfähig zu machen.

Darüber hinaus erscheinen seit Jahren erhobene Forderungen nach einer überwiegend während der Arbeitszeit stattfindenden und vom Arbeitgeber zu finanzierenden Fortbildung sowie nach einer ausgewogenen Work-Life-Balance nicht ohne verstärkte Nutzung digitalbasierter Fortbildungen realistisch erreichbar. Dass sie überhaupt eine Realisationschance haben, hat allerdings auch die durch die Coronakrise bewirkte Umschichtung im Fortbildungsangebot gezeigt.



124. Deutscher Ärztetag (Online)

04.05. - 05.05.2021

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

GKV

- I - 43 Antrag zur Übernahme von Dolmetscherkosten
- I - 48 Ja zur Krebsfrüherkennung: Krebs macht keine Pause
- I - 52 Gegen einseitige Festschreibung von Fortbildungspflichten durch Einführung neuer ärztlicher Leistungen

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Antrag zur Übernahme von Dolmetscherkosten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Roland Freßle, Dr. med. Detlef Lorenzen, Dr. med. Tilman Kaethner, Julian Veelken, Dr. med. Florian Gerheuser, Dr. med. Irmgard Pfaffinger und Dr. med. Robin T. Maitra (Drucksache I - 43) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert den Gesetzgeber dringend auf, Sprachmittlung bei medizinischen und psychotherapeutischen Untersuchungs- und Behandlungsterminen in den Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufzunehmen.

Begründung:

Seit vielen Jahren bemühen sich Ärzte und Ärztinnen und Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in vielfältigen Zusammenhängen um die Integration geflüchteter Menschen in unser Gesundheitssystem. Eines der größten Hindernisse bei diesen Bemühungen ist die Sprachbarriere in der Kommunikation, da die Patienten und Patientinnen über längere Zeit nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, um sich in medizinischen und psychotherapeutischen Zusammenhängen differenziert ausdrücken zu können. Daher bedarf es in aller Regel in ärztlichen Sprechstunden und in psychotherapeutischem Setting der Unterstützung durch Dolmetscher und Dolmetscherinnen. Ohne deren Hilfe sind Missverständnisse vorprogrammiert, ärztliche Aufklärungsgespräche bleiben für die Adressaten unverständlich, und damit sind sogar Einverständniserklärungen für medizinische Eingriffe juristisch von fraglichem Wert. Erst recht kann Psychotherapie ohne differenziertes Sprachverständnis keine ausreichend hilfreiche Wirkung entfalten. Bis zum heutigen Tag fehlen die gesetzlichen Voraussetzungen, damit die Kosten für die Sprachmittlung durch die gesetzlichen Krankenkassen als Regelleistung übernommen werden können. Die Geflüchteten haben in aller Regel nicht die finanziellen Mittel, um diese Kosten selbst zu übernehmen, und so fallen viele Sprechstundentermine aus oder können Behandlungen nicht in der erforderlichen Weise durchgeführt werden.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Ja zur Krebsfrüherkennung: Krebs macht keine Pause

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Constantin Janzen (Drucksache I - 48) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

In Deutschland sterben ca. 231.000 Menschen jährlich infolge einer Krebserkrankung. Die gesetzliche Krebsfrüherkennung versucht, unsere Patientinnen und Patienten vor diesem Schicksal zu bewahren. Gerade Brust-, Darm-, Haut-, Gebärmutterhals- und Prostatakrebs sind, sofern sie frühzeitig entdeckt werden, gut heilbar.

Aufgrund der Coronapandemie suchen die Deutschen innerhalb der letzten zwölf Monate seltener ihre Haus- und Fachärzte auf. Die Anzahl der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen sinkt signifikant. Die Früherkennung von Krebserkrankungen bzw. Krebsvorstufen nimmt ab.

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 empfiehlt der Bevölkerung, gesetzliche Vorsorgeuntersuchungen trotz der Coronapandemie wie gewohnt in Anspruch zu nehmen. Die Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen des Gesundheitswesens haben sich den hygienischen Anforderungen, die die Coronapandemie verlangt, umfassend angepasst. Die Patientinnen und Patienten sind in den Praxen der niedergelassenen Haus- und Fachärzte und in den Krankenhäusern gut und sicher aufgehoben.

Denn: "Krebs macht keine Pause."

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Gegen einseitige Festschreibung von Fortbildungspflichten durch Einführung neuer ärztlicher Leistungen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. med. Jürgen de Laporte, Dr. med. Oliver Funken, Uwe Lange, Dr. med. Jürgen Herbers, Dr. med. Sophia Blankenhorn, Dr. med. Stephan Bilger, Michael Andor und Jens Wagenknecht (Drucksache I - 52) wird nach zweiter Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert insbesondere die Kostenträger, aber auch deren Verhandlungspartner, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, auf, die Einführung neuer ärztlicher Leistungen in den Leistungskatalog nicht mit weiteren Fortbildungsqualifikationsanforderungen zu belegen.

Durch eine solche Festschreibung ist zu befürchten, dass in absehbarer Zeit für Fortbildungen in anderen hausarztrelevanten Themenbereichen keine zeitliche Kapazität mehr zur Verfügung steht. Die breite aktuelle Kompetenzerhaltung ist die Voraussetzung für den Arbeitsauftrag des Generalisten in der Medizin. Eine einseitige Festschreibung der Fortbildungspflichten führt zu Deprofessionalisierung in der Allgemeinmedizin.



124. Deutscher Ärztetag (Online)

04.05. - 05.05.2021

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

GOÄ

I - 44 Aktualisierung der GOÄ

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Aktualisierung der GOÄ

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Wolf Andreas Fach (Drucksache I - 44) beschließt der 124.
Deutsche Ärztetag 2021:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, eine angemessene und aktuelle
Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte (GOÄ) vorzulegen und mit Nachdruck bei
Kostenträgern und Verordnungsgebern zu vertreten.

Begründung:

Eine aktuelle GOÄ verbessert Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte,
führt zu einer fairen Bewertung von ärztlicher Leistung und passt diese den zunehmenden
inhaltlichen Anforderungen der Leistungserbringung sowie der Preisentwicklung an.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Hämotherapie

I - 26 Ergänzung in der Richtlinie Hämotherapie

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Ergänzung in der Richtlinie Hämotherapie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. med. Hansjörg Heep, Carsten Mohrhardt, Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Dr. med. Klaus Thierse, Andreas Hammerschmidt, Dr. med. Andreas Botzlar, Dr. med. Christoph Janke, Prof. Dr. med. Claudia Borelli, Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Christof Hofele, Dr. med. Regine Held, Prof. Dr. med. Dr. h. c. Joachim Grifka und Dr. med. Norbert Smetak (Drucksache I - 26) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert, die in den aktualisierten Querschnitts-Leitlinien (BÄK) von 2020 aufgeführte Therapie mit autologem plättchenreichem Plasma (aPRP) und autologem plättchenreichem Fibrin (aPRF) ebenfalls in der Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) von 2017 zu regeln.

Begründung:

In der vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats am 21.08.2020 beschlossenen Fassung der Gesamtnovelle 2020 der Querschnitts-Leitlinien (BÄK) zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten wurde die Anwendung von aPRP und aPRF aufgeführt. Historisch sind thrombozytenreiche Plasmapräparationen in zahlreichen Indikationen im Zahn-Mund-Kieferbereich eingesetzt und hochrangig publiziert worden. Auch im europäischen Konsens wurde der Einsatz von aPRF zum Kieferkammerhalt nach Zahnextraktion (Ridge Preservation) im Jahr 2018 empfohlen. Die Anwendung von aPRP und aPRF beruht auf der Erkenntnis, dass Thrombozyten bei der Blutgerinnung Wachstumsfaktoren freisetzen, die einen positiven Einfluss auf den Heilungsverlauf haben. Durch eine lokale Konzentrationserhöhung der in den angereicherten Thrombozyten enthaltenen Wachstumsfaktoren können Wundheilungs- und Regenerationsprozesse in Defekten beschleunigt werden. Die Behandlung mit aPRP und aPRF wird mittlerweile in vielen Fachgebieten wie Dermatologie, Augenheilkunde, plastischer Chirurgie und Orthopädie/Unfallchirurgie bei akuten und chronischen Krankheitsbildern mit wissenschaftlich nachgewiesenem Erfolg angewendet. In der Richtlinie Hämotherapie 2017 hat der Richtlinienggeber die Herstellung und Anwendung noch nicht bedacht oder noch nicht im Blick gehabt. Somit bedarf es nun zumindest einer



angemessenen Regelung in der Richtlinie Hämotherapie.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Klima und Gesundheit

- I - 15 Die Coronapandemie prägt unser ärztliches Tun heute - die Klimakrise entscheidet über die globale Gesundheit der Menschheit

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Die Coronapandemie prägt unser ärztliches Tun heute - die Klimakrise entscheidet über die globale Gesundheit der Menschheit

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. med. Robin T. Maitra, Dr. med. Katharina Thiede, Julian Veelken, Matthias Marschner, PD Dr. med. Stephan Böse-O'Reilly und Dr. med. Detlef Lorenzen (Drucksache I - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In dem Wissen, dass die Coronainfektion als Zoonose in der Folge veränderter Lebensbedingungen von Wildtieren und der Übertragung auf den Menschen resultiert und durch Auswirkungen der Zivilisation begünstigt wurde, fordert der 124. Deutsche Ärztetag 2021, die Anstrengungen zur Begrenzung der Klimakrise und der hieraus entstehenden gesundheitlichen und ökologischen Folgen für die Menschheit zu intensivieren. Die Coronapandemie prägt unser ärztliches Tun heute – der Klimawandel entscheidet über die globale Gesundheit der Menschheit jetzt und in der Zukunft.

Begründung:

Der Klimawandel gilt als die bedeutsamste gesundheitliche Bedrohung im 21. Jahrhundert. Die derzeit beherrschende Coronapandemie kann vor dem Hintergrund des Klimawandels verstanden werden. Der Klimawandel beschleunigt die Ausbreitung von Viren in Wildtieren auf den Menschen. Jüngste Studien legen nahe, dass die Emission von Treibhausgasen zu Veränderungen der natürlichen Vegetation mit der Ausbreitung von Fledermäusen und dem Nachweis neuer Coronavirusarten wie MERS, SARS-CoV-1 und SARS-CoV-2 führte.

Die Globalisierung mit den damit verbundenen massiven Verkehrsströmen verursacht einen erheblichen Teil der CO₂-Emissionen und trägt gleichzeitig zu der raschen globalen Verbreitung des Virus und der Virusvarianten bei. Die klimaschädliche Lebensweise mit der weiterhin ungebremsten Verbrennung von fossilen Energieträgern schadet dem Klima, und die entstehenden Luftschadstoffe wie Feinstaub fördern auch die Suszeptibilität der Atemwege für COVID-19-Erkrankungen.

Wir hoffen, die Coronapandemie mit den Mitteln bevölkerungsweiter Impfungen besiegen zu können. Der Klimawandel ist hingegen nur durch den nachhaltigen und energischen Einsatz aller gesellschaftlichen Kräfte aufzuhalten. Die bisher ergriffenen Maßnahmen

werden nicht ausreichen, die Ziele des Pariser Klimaabkommens mit dem Versuch einer Begrenzung der Erderwärmung auf 1,5 Grad Celcius gegenüber dem vorindustriellen Niveau zu erreichen. Durch ihre besondere Stellung in der Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung kommt der Ärzteschaft bei der Vermittlung intensiverer Anstrengungen hierbei eine besondere Bedeutung zu; Maßnahmen zum Klimaschutz dienen dem Gesundheitsschutz einzelner Menschen wie auch der Bevölkerung und müssen in der Öffentlichkeit deutlich eingefordert werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Krankenhaus

- I - 22 Bedeutung baulicher Voraussetzungen für Infektionsschutz in Krankenhäusern
- I - 24 Ärztlicher Personalabbau ist verheerendes Signal
- I - 39 Kein Ausschluss von Ärztinnen und Ärzten bei Prämienzahlung nach § 26d KHG
- I - 60 Berücksichtigung auch der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern bei der "zweiten Coronaprämie"
- I - 04 Reform der Notfallversorgung: Schlüssiges Gesamtkonzept statt Stückwerk
- I - 54 Unabhängigkeit von Forschung, Lehre und universitärer Krankenversorgung

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Bedeutung baulicher Voraussetzungen für Infektionsschutz in Krankenhäusern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Alexander Schultze, Christine Neumann-Grutzeck und Dr. med. Susanne Johna (Drucksache I - 22) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Es wird an die für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden der Bundesländer appelliert, bei der Planung von Krankenhäusern einen stärkeren Fokus auf die Bedeutung der baulichen Voraussetzungen für Infektionsschutz in Krankenhäusern zu legen und zukünftig insbesondere mehr Isolationszimmer mit Schleuse und eigener Toilette einzuplanen. Die Schaffung von Isolationszimmern soll explizit nicht zulasten der Gesamtzahl an vorhandenen Krankenhausbetten gehen. Die zusätzlichen Kosten sind gerechtfertigt durch den gebotenen Schutz der Gesundheit und des Lebens der Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigten im Krankenhaus.

Begründung:

Verschiedene Normen müssen bei der Planung und dem Bau von Krankenhäusern beachtet werden, u. a. Gesetze (z. B. Infektionsschutzgesetz, Abfallgesetz) sowie die Hygiene- und Krankenhausbauverordnungen der Bundesländer. Die Muster-Krankenhausbauverordnung (KhBauVO), in der Leitlinien zur Hygiene festgelegt sind, stammt übrigens aus dem Jahr 1976. Im Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist auch die Einrichtung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) geregelt, die z. B. Richtlinien zur Betriebsorganisation in Funktionsbereichen, zur Oberflächendesinfektion und zum Umgang mit multiresistenten Erregern herausgibt. Der Verein Deutscher Ingenieure spricht Empfehlungen zur Raumluftechnik aus, ebenso existieren Leitlinien verschiedener Gesellschaften (z. B. der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene sowie des Arbeitskreises "Krankenhaus- und Praxishygiene" der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.) und Regelungen privater oder internationaler Organisationen (z. B. ISO, DIN), die für die bauliche Planung von Krankenhäusern wichtig sind.

Wichtige bauliche Prinzipien für die Krankenhaushygiene sind u. a. gute Übersichtlichkeit, an Prozessen orientierte Raumaufteilung in einem kompakten funktionsoptimierten Grundriss, ausreichende Bewegungsflächen, Verzicht auf Vor- und Rücksprünge, kurze bereichsinterne Wege sowie kurze Wege zu benachbarten hygienerelevanten

Funktionsbereichen, ausreichend dezentrale Lagerflächen sowie Möglichkeiten zur kurzfristigen Abtrennbarkeit von Bereichen (z. B. durch Türen).

Das Vorhandensein einer ausreichenden Anzahl an Isolationszimmern mit Schleusen und eigenem Toilettenbereich ist im Alltag leider bei Weitem nicht gegeben und führt immer wieder zu großen praktischen Problemen bei der Versorgung infektiöser Patienten. Die Sperrung von Mehrbettzimmern zur Isolation von Patienten mit isolationspflichtigen Keimen führt zu einer Verknappung von Krankenhausbetten, die sich negativ auf die Versorgung nichtinfektiöser Patienten auswirkt. Zudem sind hier keine Schleusen oder eigene Toilettenbereiche vorhanden.

Die COVID-19-Pandemie wird sicher nicht die letzte Pandemie sein, und auch in nichtpandemischen Zeiten gibt es einen hohen Bedarf an qualitativ hochwertigen Isolationszimmern zur Verhütung bzw. Verminderung des Risikos der Übertragung multiresistenter Keime.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Ärztlicher Personalabbau ist verheerendes Signal

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Susanne Johna, Dr. med. Andreas Botzlar, PD Dr. med. Peter Bobbert, Dr. med. Sven C. Dreyer, Dr. med. Hans-Albert Gehle, Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. med. Melanie Rubenbauer-Beyerlein, Dr. med. Kai Johanning, Dr. med. Christoph Janke, Dr. med. Sebastian Roy und Dr. med. Christine Dierkes (Drucksache I - 24) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 missbilligt das Verhalten derjenigen Krankenhausträger, die derzeit eine Reduzierung ärztlicher Stellen vornehmen. Trotz einer hohen Überstundenlast im ärztlichen Bereich wird mit einer Reduktion von Arztstellen durch Maßnahmen wie Nichtverlängerung befristeter Arbeitsverhältnisse, Verzicht auf Nachbesetzungen und Probezeitkündigungen die Arbeit der verbleibenden Ärztinnen und Ärzte weiter verdichtet, und die kommerziellen Interessen der Träger werden in den Vordergrund gestellt.

Diese Maßnahmen sind unmittelbare Folge der isolierten Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den Diagnosis Related Groups (DRG). Gerade im Angesicht der Pandemie arbeiten viele Ärztinnen und Ärzte an ihrer Belastungsgrenze und darüber hinaus. Ein Stellenabbau gefährdet die Patientensicherheit und ist ein verheerendes Signal für die Gesundheitsversorgung.

Der 124. Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesetzgeber zu einer grundsätzlichen Reform der Krankenhausfinanzierung auf. Patientinnen und Patienten müssen auf eine gute Versorgung vertrauen können, die nur mit einer aufgaben- und patientengerechten ärztlichen Personalausstattung zu erreichen ist. Die dafür anfallenden Personalkosten müssen außerhalb der DRG abgebildet und vollständig refinanziert werden.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Kein Ausschluss von Ärztinnen und Ärzten bei Prämienzahlung nach § 26d KHG

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Susanne Johna, Dr. med. Andreas Botzlar, Dr. med. Hans-Albert Gehle, Andreas Hammerschmidt, Dr. med. Sebastian Roy und Hans-Martin Wollenberg (Drucksache I - 39) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 stellt mit Besorgnis fest, dass die Ausführungen zu § 26d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Begründung des Gesetzes offenbar bei den Krankenhausträgern zu erheblichen Sorgen vor Regresszahlungen führen, wenn Ärztinnen und Ärzte bei Prämienzahlungen nach § 26d KHG berücksichtigt werden.

Der 124. Deutsche Ärztetag fordert daher das Bundesministerium für Gesundheit auf klarzustellen, dass auch Ärztinnen und Ärzte bei der Zahlung der Prämie berücksichtigt werden können.

Begründung:

Der in der Gesetzesbegründung vorgenommene Ausschluss der Ärztinnen und Ärzte dürfte andernfalls als Zeichen der fehlenden Wertschätzung verstanden werden, das sich verheerend auf die Motivation der Kolleginnen und Kollegen auswirkt. Ärztinnen und Ärzte leisten ebenso wie Angehörige anderer Gesundheitsberufe seit Beginn der Pandemie einen elementaren und unverzichtbaren Beitrag bei ihrer Bekämpfung. Ausgerechnet den therapeuleitenden Mitarbeitern seitens des Gesetzgebers eine mögliche finanzielle Anerkennung ausdrücklich vorzuenthalten, ist nicht nachvollziehbar.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Berücksichtigung auch der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern bei der "zweiten Coronaprämie"

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Stefan Schröter (Drucksache I - 60) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Vor dem Hintergrund der enormen Belastungen sowie der herausragenden Leistungen aller an der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten beteiligten Berufsgruppen in den Krankenhäusern fordert der 124. Deutsche Ärztetag 2021 den Gesetzgeber auf, den in § 26d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 29.03.2021 und in der zugrundeliegenden Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (AfG) des Deutschen Bundestags vom 03.03.2021 enthaltenen kategorischen und ausdrücklichen Ausschluss aller Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf die sogenannte zweite Coronaprämie zu korrigieren, und zwar dahingehend, dass alle an der Versorgung von COVID-19-Patienten in kollegialer Zusammenarbeit beteiligten Berufsgruppen und somit selbstverständlich auch die Ärztinnen und Ärzte an der aus Bundesmitteln bereitgestellten zweiten Coronaprämie angemessen beteiligt werden.

Sowohl Geschäftsführungen deutscher Kliniken als auch die Belegschaften in den unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die gesetzlichen Arbeitnehmervertretungen sehen sich vorliegend einem unauflösbaren Dilemma ausgesetzt, sich nämlich auf eine verbindliche gesetzliche Vorgabe (Ausschluss der Ärztinnen und Ärzte) kontrahieren zu müssen, für die ein Sachgrund nicht erkennbar ist, die den Belegschaften nicht vermittelbar ist, die in den Krankenhäusern von niemandem gewollt ist, und die darüber hinaus geeignet erscheint, den Bemühungen in allen Kliniken, die berufsgruppenübergreifende kooperativ-kollegiale Zusammenarbeit (Teamwork!) zu fördern, zuwiderzulaufen.

Begründung:

In der o. g. Beschlussempfehlung des AfG ist wortwörtlich von einem generellen Ausschluss der Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf die Coronaprämie die Rede (Deutscher Bundestag, Drucksache 19/27291, vom 03.03.2021, S. 72). Auf Nachfrage des Antragstellers hat das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 27.04.2021 bestätigt, dass es gemäß dieser Beschlussempfehlung des AfG tatsächlich Wille des Gesetzgebers ist, den Ärztinnen und Ärzten in den COVID-19-Patienten-versorgenden

Krankenhäusern ausdrücklich keine Coronaprämie zukommen zu lassen, obwohl dies im § 26d KHG nicht wortwörtlich ausgeführt ist.

Für die systematische Herausnahme der Ärztinnen und Ärzte in den deutschen Kliniken bezüglich der sogenannten Coronaprämie ist weit und breit kein Sachgrund erkennbar! Es ist den Ärztinnen und Ärzten, die sich seit nunmehr über einem Jahr in dieser für die Jetztlebenden historisch beispiellosen Situation in ihrer täglichen Arbeit bei der direkten Versorgung von schwerstkranken COVID-19-Patienten extraordinär engagieren und auch aufzehren und sich darüber hinaus einem nicht unerheblichen Risiko, sich selbst auch anzustecken, exponieren, nicht zu erklären, dass sie nach dem Willen des Gesetzgebers ausdrücklich keine Coronaprämie erhalten sollen.

Da die praktische Umsetzung von § 26d KHG zeitlich pressiert (Auszahlung muss bis zum 30.06.2021 erfolgt sein), ist es notwendig, dass der Gesetzgeber - erforderlichenfalls durch Korrektur des § 26d KHG - sehr rasch für eine Anpassung der Gesetzeslage an die Realität in der Versorgung von COVID-19-Patienten in den Krankenhäusern sorgt.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Reform der Notfallversorgung: Schlüssiges Gesamtkonzept statt Stückwerk

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Susanne Johna, Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, Dr. med. Andreas Botzlar, PD Dr. med. Peter Bobbert, Dr. med. Sven C. Dreyer, Dr. med. Hans-Albert Gehle, Sylvia Ottmüller, Dr. med. Melanie Rubenbauer-Beyerlein, Dr. med. Steffen König, Dr. med. Alexander Schultze und Stefanie Oberfeld (Drucksache I - 04) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert den Gesetzgeber zur Vorlage eines schlüssigen Gesamtkonzepts für die sektorenübergreifende Kooperation in der Akut- und Notfallversorgung auf. Eine mit dem Gesetzesentwurf des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) geplante isolierte Einführung einer zusätzlichen verpflichtenden, standardisierten Ersteinschätzung, für die der Gemeinsame Bundesausschuss die Vorgaben und Qualitätsvorgaben aufstellen soll, lehnt der 124. Deutsche Ärztetag ab.

Begründung:

Entgegen vielfacher Ankündigungen hat der Gesetzgeber in der laufenden Wahlperiode die dringend notwendige sektorenverbindende grundlegende Reform der Notfallversorgung nicht umgesetzt. Stattdessen soll eine zusätzliche verpflichtende standardisierte Ersteinschätzung eingeführt werden. Patientinnen und Patienten kommen mit der Erwartung in die Notaufnahme eines Krankenhauses, dass sie ärztliche Hilfe erhalten. Dieses Vertrauen würde massiv erschüttert, wenn Patienten zukünftig ohne ärztliche Abklärung ihrer Beschwerden allein aufgrund eines Software-Algorithmus abgewiesen werden können. Derzeit existiert kein wissenschaftlich evaluiertes Ersteinschätzungssystem, das automatisiert die Behandlungsdringlichkeit feststellen und zusätzlich auch die Steuerung in die richtige Versorgungsebene sicher gewährleisten kann.

Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass ihre individuellen Beschwerden ärztlich bewertet werden und die Patientensicherheit im Vordergrund steht.

Unklar bleibt auch, wie mit Patienten verfahren werden soll, die im Ersteinschätzungsverfahren der vertragsärztlichen Versorgungsebene zugeteilt werden, dann aber aus Sicht des dort tätigen Arztes doch im Bereich der stationären Notaufnahme

behandelt werden sollen, weil der klinische Blick der Ärztin oder des Arztes der Ersteinschätzung widerspricht. Viele Vorstellungen in den Krankenhaus-Notfallaufnahmen erfolgen sogar auf Zuweisung eines Vertragsarztes und bleiben nach weiterer Abklärung in der Notaufnahme dennoch in ambulanter Weiterbehandlung.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Unabhängigkeit von Forschung, Lehre und universitärer Krankenversorgung

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. med. Hansjörg Heep, Prof. Dr. med. Dr. h. c. Joachim Grifka, Dr. med. Andreas Tröster und Prof. Dr. med. Claudia Borelli (Drucksache I - 54) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Universitätsklinika haben die originäre Aufgabe, eine unabhängige Forschung und Lehre und eine innovative Krankenversorgung auf höchstem Niveau zu gewährleisten, die nicht primär nach Rentabilitäts Gesichtspunkten ausgerichtet ist. Die grundgesetzlich geschützte Freiheit von Forschung und Lehre darf keinen Vorgaben eines Trägers unterliegen, die eine Einschränkung bei der Ausführung bedeuten. Zu Forschung und Lehre gehört auch eine universitäre Krankenversorgung, die neue Ansätze verfolgt und ambulant wie stationär wissenschaftlichen Fragestellungen nachgeht.

Wenn diese Grundsätze von kommerziellen privaten Krankenhausträgern nicht gewahrt werden, hat das Bundesland als Garant für die Freiheit von Forschung und Lehre und für die universitäre Krankenversorgung die Aufgabe, geeignete Maßnahmen zur Abhilfe zu ergreifen.

Begründung:

Private, insbesondere kommerzielle Klinikbetreiber streben eine maximale Rendite an und sind nicht dem Allgemeinwohl verpflichtet. Universitätskliniken haben eine gesellschaftliche Aufgabe, indem Lehre der Ausbildung dient und Forschung ohne Vorgaben oder Einschränkungen wegen Renditegesichtspunkten möglich sein muss. Auch die Krankenversorgung darf an universitären Abteilungen nicht primär Renditegesichtspunkten untergeordnet sein. Es ist die Aufgabe des Bundeslandes, für einen aufgabengerechten Betrieb zu sorgen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

ÖGD / Arbeits- und Betriebsmedizin

- I - 34 Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
- I - 29 Mutterschutz: Vermeidbare Beschäftigungsverbote in Schwangerschaft und Stillzeit
- I - 53 Stärkung der Führung und Verantwortung durch ärztliche Kompetenz in der Organisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Verbesserung der Vernetzung zwischen den ÖGD-Strukturen
- I - 58 Stärkung der betriebsmedizinischen Versorgung

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Beschluss

Auf Antrag von PD Dr. med. Birgit Wulff (Drucksache I - 34) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert Bund, Länder und Kommunen aufgrund der deutlichen strukturellen Defizite des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) auf, den Pakt für den ÖGD umgehend umzusetzen und in der Praxis zu implementieren. Zudem fordert der 124. Deutsche Ärztetag die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände auf, an den Verhandlungstisch zurückzukehren und die Ungerechtigkeit in der Tarifstruktur zu beseitigen. Aus Sicht des 124. Deutschen Ärztetages muss es nun die oberste Pflicht aller Beteiligten sein, durch Nachwuchsförderung und attraktive Arbeitsbedingungen diesen Pfeiler des deutschen Gesundheitswesens zu stärken und zukunftssicher zu machen.

Begründung:

Die aktuelle COVID-19-Pandemie verdeutlicht eindrücklich die zentrale und tragende Rolle des ÖGD in der Sicherstellung der Bevölkerungsgesundheit in Deutschland. Als Konsequenz hatten Bund und Länder im Sommer 2020 im Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst beschlossen, den ÖGD in Deutschland langfristig und substanziell auf allen Ebenen zu stärken. Inhalt des Paktes ist u. a. die Schaffung von bundesweit 5000 zusätzlichen Stellen in den ÖGD-Gesundheitsberufen. Der ÖGD stellt ein urärztliches und gleichzeitig abwechslungsreiches Tätigkeitsspektrum dar. Seiner Schlüsselrolle wird der ÖGD auf Dauer nur gerecht werden können, wenn die öffentlichen Arbeitgeber die Leistung der im ÖGD tätigen Gesundheitsberufe gebührend anerkennen. Der ÖGD ist für Ärztinnen und Ärzte ein eher unattraktives Arbeitsfeld, da es bisher keine, dem Krankenhaus annähernd äquivalente Tarifierung gibt.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Mutterschutz: Vermeidbare Beschäftigungsverbote in Schwangerschaft und
Stillzeit

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Detlef W. Niemann (Drucksache I - 29) beschließt der 124.
Deutsche Ärztetag 2021:

Der Vorstand der Bundesärztekammer möge darauf hinwirken, dass das
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die im § 30 Abs. 3 des
Gesetzes zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium
(Mutterschutzgesetz – MuSchG) vom 01.01.2018 festgelegten Aufgaben unverzüglich
erfüllt.

Dabei sind u. a. Best-Practice-Modelle zum Umgang mit der Gefährdungsbeurteilung für
schwängere Ärztinnen in den Kliniken und Praxen bundesweit zu erheben und zu
veröffentlichen.

Begründung:

Mit dem am 01.01.2018 in Kraft getretenem MuSchG sollen Frauen erstmals einen explizit
im Mutterschutzrecht verankerten Anspruch auf Teilhabe und einen diskriminierungsfreien
Arbeitsplatz haben. Das Recht dient damit dem doppelten Ziel: Gesundheitsschutz UND
berufliche Gleichstellung von Frauen.

Dazu wurde der Ausschuss für Mutterschutz gegründet, um unter anderem Art, Ausmaß
und Dauer der möglichen unverantwortbaren Gefährdungen nach wissenschaftlichen
Erkenntnissen zu ermitteln und zu begründen sowie sicherheitstechnische,
arbeitsmedizinische und arbeitshygienische Regeln dazu aufzustellen. Praxisgerechte
Empfehlungen und Vorgaben sollen es den Arbeitgeberinnen und Arbeitsgebern
erleichtern, den jeweils aktuellen Stand der Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie
sonstige gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse bei der Gefährdungsbeurteilung zu
berücksichtigen und rechtssicher umzusetzen. Zugleich sollen Impulse für ein effektives,
einheitliches Beratungs- und Aufsichtshandeln der Arbeitsschutzbehörden der Länder
gegeben werden.

Auch drei Jahre nach der Novelle des MuSchG fehlt es an Regeln für die Arbeitsplätze, an

Leitlinien oder veröffentlichten Best-Practice-Modellen. Regional entscheiden Gewerbeaufsichtsämter sehr unterschiedlich. Dies führt häufig zu vermeidbaren und gegen den Willen der Schwangeren und Stillenden ausgesprochenen Beschäftigungsverboten und zu anderen Ungleichbehandlungen. In der Folge kommt es nicht selten zu Verzögerungen in der Aus- und Weiterbildung.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Stärkung der Führung und Verantwortung durch ärztliche Kompetenz in der Organisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Verbesserung der Vernetzung zwischen den ÖGD-Strukturen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. med. Klaus Baier (Drucksache I - 53) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die politisch Verantwortlichen auf, die Struktur des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) auf den Prüfstand zu stellen. Es müssen überregional konsentierende organisatorische Eckpunkte für personelle Ausstattung, Führungsorganisation, Berichtswesen und digitale Vernetzung festgelegt werden.

Um die ärztliche Führung und Verantwortung im ÖGD weiter auszubauen und durch ärztliche Kompetenz zu stärken, benötigt der ÖGD eine verpflichtend festgelegte Mindestanzahl ärztlicher Planstellen und Stellen, die nur durch Fachärztinnen und Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen (Amtsärzte) besetzt werden können. Es darf nicht mit der Argumentation mangelnder ärztlicher Bewerberinnen und Bewerber zur Umwidmung ärztlicher Stellen im ÖGD in Stellen für andere Gesundheitsberufe oder medizinischer Berufe kommen. Im Rahmen des Paktes für den ÖGD muss eine wesentliche Zahl der neu einzurichtenden Stellen per verpflichtendem Personalschlüssel dezidiert für Ärztinnen und Ärzte geschaffen werden.

Die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit im ÖGD muss sich an den arzt-spezifischen Tarifverträgen (TV-Ärzte) inklusive Überstundenregelung der Kliniken orientieren. Ein möglicher Umstieg von Kolleginnen und Kollegen aus der Klinik oder auch Praxis darf nicht an der bestehenden Tariffdifferenz scheitern.

Organisatorisch müssen im ÖGD gute Aufstiegsoptionen für Ärztinnen und Ärzte ermöglicht werden. Es sollte regelhaft gewährleistet sein, dass Dezernate in Land- und Stadtkreisen auf Gesundheitsthemen fokussiert werden und somit auch ärztlich geleitet werden. Grundsätzlich sollten Ärztinnen und Ärzte organisatorisch und fachlich von Ärztinnen und Ärzten geführt werden. Für angestellte Ärztinnen und Ärzte muss selbstverständlich auch bei Übernahme von Führungs- und Organisationspositionen ein Verbleib in den Versorgungswerken gesichert werden.

Alle medizinischen Fakultäten müssen mit Lehrstühlen oder Instituten für das Öffentliche Gesundheitswesen ausgestattet werden. Dies ist die Basis für eine bessere Forschung,

Lehre und wissenschaftliche Profilbildung. Mit der Verankerung im Medizinstudium und in den Lernzielen wird der ÖGD von den Studierenden positiv wahrgenommen und kann wissenschaftliche Entwicklungsoptionen anbieten.

Eine überregionale Zusammenarbeit sollte im ÖGD durch eine digitale Vernetzung mit Hilfe von kompatiblen IT-Systemen und problemfrei nutzbaren Schnittstellen ermöglicht werden. Die Berichterstattung sollte in einem einheitlichen System erfolgen, um rasche Zusammenfassungen der Ergebnisse auf einer überregionalen Plattform zu ermöglichen. Eine Koordinierung der regionalen ÖGD-Arbeit und die Aggregation ihrer Ergebnisse sollte auf Landes- und Bundesebene erfolgen, ohne weisungsgebend auf die föderalen Strukturen einzuwirken.

Begründung:

Die Pandemiesituation zeigt, dass die sehr unterschiedliche Organisation des ÖGD in der rein kommunalen Verantwortung ein koordiniertes Vorgehen erschwert. Die personelle Ausstattung ist sehr different, und Ärztinnen und Ärzte haben in der Regel keine Führungsverantwortung. Die personelle, aber auch technische, speziell digitale Ausstattung hängt von den finanziellen Möglichkeiten und Schwerpunktsetzungen der Land- und Stadtkreise ab.

Bereits vor Eintritt in die Pandemie hatte die Ärzteschaft auf die sehr problematische strukturelle und personelle Situation im ÖGD hingewiesen. Mit Eintritt in die Pandemie wird die Überlastung des ÖGD auch politisch wahrgenommen. Der Einsatz in der Eingrenzung der Pandemie durch die Aufdeckung der Infektionsketten ist nur mit dem herausragenden Einsatz aller Kräfte im ÖGD gelungen. Reguläre Aufgaben des ÖGD, wie z. B. Schuluntersuchungen, sind seit Monaten nahezu komplett eingestellt. Jetzt stehen vier Milliarden Euro im Pakt für den ÖGD seit Monaten zur Verfügung. Diese Chance muss umgehend für eine nachhaltige Verbesserung genutzt werden.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Stärkung der betriebsmedizinischen Versorgung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Wolfgang Miller und Dr. med. Günther Matheis (Drucksache I - 58) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Die gute betriebsmedizinische Versorgung aller Beschäftigten in Deutschland muss konsequent weiterentwickelt werden. Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 spricht sich gegen reduzierte betriebsärztliche Betreuungszeiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus. Ärztliche Kompetenz ist hier durch nichts zu ersetzen.

Begründung:

Deutschland verfügt über gute Regelungen und Vorgaben für eine arbeitsmedizinische Versorgung aller Beschäftigten. Während große Betriebe in aller Regel ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über eigene betriebsärztliche Einrichtungen oder feste Kooperationen versorgen, sind gerade für Klein- und Kleinstbetriebe die gesetzlichen Vorgaben schwieriger zu erfüllen. Hier muss personell und organisatorisch unterstützt werden, gegebenenfalls mit Einsatz telemedizinischer Hilfsmittel und durch bessere Disposition betriebsmedizinischer Expertise in sogenannten Zentrumsmodellen. Eine Verminderung der ärztlichen Betreuungszeiten in der betriebsärztlichen Versorgung steht für uns nicht zur Debatte.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Weiteres

- I - 31 Post-COVID: Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen intensivieren
 - sprechende Medizin fördern
- I - 28 Mehr Gendersensibilität im Gesundheitswesen
- I - 55 Keine Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Post-COVID: Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen intensivieren - sprechende Medizin fördern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Irmgard Pfaffinger, Christa Bartels, Dr. med. Christiane Groß, M.A., Dr. med. Hans Ramm, Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, PD Dr. med. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. med. Sigrid Renz, Dr. med. Irina Prokofieva und Dr. med. Heidemarie Lux (Drucksache I - 31) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Politik erneut auf, die sprechende Medizin zu fördern.

Nicht nur auf Grund der COVID-19-Pandemie nehmen die psychischen Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen kontinuierlich zu. Insbesondere komplex psychosomatisch, psychiatrisch und kinder- und jugendpsychiatrisch Erkrankte brauchen gerade jetzt niederschwellige, zeitlich individuell getaktete Gespräche mit Fachärztinnen und Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.

Die im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und auf mehreren Deutschen Ärztetagen geforderte Förderung der sprechenden Medizin brachte hier nicht die erhoffte Verbesserung. Hier muss der Gesetzgeber erneut aktiv werden.

Begründung:

Post-COVID-Verläufe führen neben pulmonalen und kardialen Symptomen zu chronischem Fatigue-Syndrom und insbesondere zu psychischen Symptomen wie Depressionen und Angststörungen, aber auch zu hirnrorganischen Krankheitsbildern. Gerade auch im Hinblick auf die zu erwartende weitere Zunahme dieser Erkrankungen im Verlauf und nach der COVID-19-Pandemie brauchen diese Patientinnen und Patienten einen niederschweligen Zugang auch zu fachärztlicher Versorgung.

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren
aus der COVID-19-Pandemie**

Titel: Mehr Gendersensibilität im Gesundheitswesen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Irmgard Pfaffinger, Dr. med. Gerald Quitterer, Dr. med. Ellen Lundershausen, PD Dr. med. Stephan Böse-O'Reilly, Dr. med. Christiane Groß, M.A, Dr. med. Hans Ramm, Dr. med. Heidemarie Lux, Dr. med. Andreas Hellmann, Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Matthias Marschner, Dr. med. Sigrid Renz, Dr. med. Florian Gerheuser, Dr. med. Melanie Rubenbauer-Beyerlein, Dr. med. Tilman Kaethner, Christa Bartels, Dr. med. Gisbert Voigt, Dr. med. Irina Prokofieva und Dr. med. Katharina Thiede (Drucksache I - 28) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die im und für das Gesundheitswesen Aktiven auf, die Geschlechterperspektive in allen Bereichen des Gesundheitswesens gleichermaßen zu berücksichtigen - von der Lehre über die Forschung (z. B. mit der Einrichtung weiterer Lehrstühle zur gendersensiblen Medizin) bis in die medizinische Versorgung.

Begründung:

In Deutschland gibt es nur eine sehr geringe Anzahl von Einrichtungen mit entsprechendem Schwerpunkt, so z. B. die Professur für geschlechtersensible Präventionsforschung von Frau Prof. Dr. Gertraud Stadler an der Charité in Berlin und die Professur zu geschlechtersensibler Medizin von Frau Prof. Dr. Sabine Oertelt-Prigione in Bielefeld. Männergesundheit profitiert genauso von einer geschlechtersensiblen Medizin wie Frauengesundheit. Bei der Behandlung von Depression und Osteoporose sind beispielsweise die Männer bisher im Nachteil, bei der Behandlung von Herzerkrankungen die Frauen.

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Titel: Keine Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Melanie Rubenbauer-Beyerlein, Dr. med. Andreas Schießl, Dr. med. Otto Beifuss und Dr. med. Andreas Botzlar (Drucksache I - 55) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert den Gesetzgeber auf, einen Straftatbestand "Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte im Dienst" in Form eines Officialdelikts zu schaffen.

Begründung:

Nicht erst durch die hohen, teils existenziellen psychischen, physischen und finanziellen Belastungen der Bevölkerung durch die COVID-19-Pandemie werden Ärztinnen und Ärzte zunehmend mit Emotions- und Gewalteskalationen konfrontiert. Während der Umgang mit emotionalen Erregungszuständen zu unserem Beruf gehört, sind Gewalt und Bedrohung absolut inakzeptabel.



**TOP II Änderung der §§ 1, 4, 5 und 9 der Satzung der
Bundesärztekammer**

- II - 01 Sitz der Bundesärztekammer (§ 1 Absatz 3 der Satzung der Bundesärztekammer)
- II - 02 § 4 Absätze 1 und 4 der Satzung der Bundesärztekammer
- II - 03 Hybridsitzungen des Vorstands der Bundesärztekammer (§ 5 Absatz 7 der Satzung der Bundesärztekammer)
- II - 04 Funktion des Kassenführers (§ 9 Absatz 2 Satz 1 der Satzung der Bundesärztekammer)

TOP II Änderung der §§ 1, 4, 5 und 9 der Satzung der Bundesärztekammer

Titel: Sitz der Bundesärztekammer (§ 1 Absatz 3 der Satzung der Bundesärztekammer)

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 01) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

§ 1 Absatz 3 wird aufgehoben.

Begründung:

§ 1 Absatz 3 soll im Sinne einer redaktionellen Bereinigung aufgehoben werden, da der Sitz der Bundesärztekammer seit 2004 in Berlin ist.

Die Funktionsfähigkeit der Einrichtungen am Sitz in Berlin hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 27.08.2004 festgestellt. Die Entscheidung des Vorstands wurde im Deutschen Ärzteblatt 2004, S. A-2643, veröffentlicht.

TOP II Änderung der §§ 1, 4, 5 und 9 der Satzung der Bundesärztekammer

Titel: § 4 Absätze 1 und 4 der Satzung der Bundesärztekammer

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 02) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

1. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Worte "auf Einladung des Präsidenten" eingefügt.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz als neuer Satz 2 eingefügt: "Deutsche Ärztetage werden grundsätzlich als Präsenzveranstaltung durchgeführt."

c) Nach Satz 3 neu wird folgender Satz als neuer Satz 4 eingefügt: "Der Vorstand kann bei Vorliegen besonderer Umstände den antrags- und stimmberechtigten Abgeordneten (Absatz 3) ermöglichen, an der Hauptversammlung ohne Anwesenheit am Versammlungsort über Video- oder Webkonferenztechnik teilzunehmen und ihre Rechte als Abgeordnete im Wege der elektronischen Kommunikation auszuüben."

d) Es wird ein neuer Absatz 1a wie folgt eingefügt: "(1a) Beschlüsse des Deutschen Ärztetages sind auch ohne Versammlung der Abgeordneten gültig, wenn alle Abgeordneten beteiligt wurden, bis zu dem gesetzten Termin mindestens die Hälfte der Abgeordneten ihre Stimmen in Textform abgegeben haben und der Beschluss mit der erforderlichen Mehrheit gefasst wurde."

2. § 4 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 werden folgende Worte am Ende eingefügt: "oder über Video- oder Webkonferenztechnik teilnimmt".

Begründung:

zu 1.a) § 4 Absatz 1 Satz 1

Nach dem Vereinsrecht obliegt es dem Vorstand, zur Mitgliederversammlung, also dem Deutschen Ärztetag, einzuladen. In der Praxis hat es sich bewährt, dass nach Abstimmung im Vorstand über den Tagungsort und -zeitraum sowie später die Tagesordnung des Deutschen Ärztetages der Präsident die Einladung ausspricht und die Geschäftsstelle mit

dem Versand der Einladung beauftragt.

Zu 1.b) § 4 Absatz 1 Satz 2 neu

Dass der diesjährige Deutsche Ärztetag als reiner Online-Ärztetag stattfindet, soll die absolute Ausnahme bleiben. Das wird durch einen neuen Satz 2 in § 4 Absatz 1 klargestellt.

Zu 1.c) § 4 Absatz 1 Satz 4 neu

Das Gesetz über Maßnahmen im Gesellschafts-, Genossenschafts-, Vereins-, Stiftungs- und Wohnungseigentumsrecht zur Bekämpfung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie erleichtert zurzeit ohne besondere satzungsrechtliche Regelung die Durchführung von Mitgliederversammlungen, also den Deutschen Ärztetag, in Hybridform. Das Gesetz wird nach aktuellem Stand Ende des Jahres außer Kraft treten.

Durch die Ergänzung der Satzung soll auch in Zukunft die Möglichkeit eröffnet werden, dass bei Vorliegen besonderer Umstände ansonsten verhinderte Abgeordnete über Video- oder Webkonferenztechnik am Deutschen Ärztetag teilnehmen können. Die Ergänzung steht im Kontext zur Ergänzung in Absatz 4, wonach Abgeordnete, die in dieser Form am Deutschen Ärztetag teilnehmen, bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit mitberücksichtigt werden.

Zu 1.d) § 4 Absatz 1a neu

Die Ergänzung der Satzung soll ebenfalls aufgrund der Coronapandemie geltende Sonderregelungen für den Deutschen Ärztetag verstetigen. Um auch zukünftig, z. B. über Haushaltsfragen oder eine Änderung der Geschäftsordnung, zwischen den Deutschen Ärztetagen im schriftlichen Umlaufverfahren Beschluss fassen zu können, soll dieses als dauerhafte Alternative Eingang in die Satzung finden. Die Regelung zu den entsprechenden Quoren entspricht derjenigen bei Präsenzärztetagen.

Zu 2.a) § 4 Absatz 4

Siehe die Begründung zu 1.c)

TOP II Änderung der §§ 1, 4, 5 und 9 der Satzung der Bundesärztekammer

Titel: Hybridsitzungen des Vorstands der Bundesärztekammer (§ 5 Absatz 7 der Satzung der Bundesärztekammer)

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 03) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

§ 5 Absatz 7 wird wie folgt geändert:

In Absatz 7 werden folgende Worte eingefügt: "oder an der Sitzung über Video- oder Webkonferenztechnik teilnimmt".

Begründung:

Das Gesetz über Maßnahmen im Gesellschafts-, Genossenschafts-, Vereins-, Stiftungs- und Wohnungseigentumsrecht zur Bekämpfung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie erleichtert zurzeit ohne besondere satzungsrechtliche Regelung die Durchführung von Vorstandssitzungen in Hybridform. Das Gesetz wird nach aktuellem Stand Ende des Jahres außer Kraft treten.

Durch die Ergänzung der Satzung soll auch in Zukunft die Möglichkeit eröffnet werden, dass ansonsten verhinderte Vorstandsmitglieder über Video- oder Webkonferenztechnik an den Vorstandssitzungen teilnehmen. Die Ergänzung bewirkt, dass Vorstandsmitglieder, die in dieser Form an der Sitzung teilnehmen, bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit mitberücksichtigt werden.

TOP II Änderung der §§ 1, 4, 5 und 9 der Satzung der Bundesärztekammer

Titel: Funktion des Kassenführers (§ 9 Absatz 2 Satz 1 der Satzung der Bundesärztekammer)

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 04) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

§ 9 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort "Hauptgeschäftsführer" gestrichen und durch die Worte "Geschäftsführer Administration" ersetzt.

Begründung:

Die Satzung soll an die Organisationsentscheidung des Vorstands angepasst werden, dem Geschäftsführer Administration die Funktion des Kassenprüfers zu übertragen.



**TOP III Ärztliche Weiterbildung:
(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018**

- III - 01 Qualitätsentwicklung vorantreiben - jetzt die Evaluation der Weiterbildung sichern
- III - 03 Qualitätssicherung der Weiterbildung
- III - 05 Fragmentierung der Weiterbildungsbefugnisse nach neuer Weiterbildungsordnung vermeiden
- III - 04 Keine vorschnelle Integration psychologischer Inhalte in die ärztliche Weiterbildung
- III - 02 Ärztliche Weiterbildungsstellen ausreichend und einheitlich finanzieren

TOP III Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

Titel: Qualitätsentwicklung vorantreiben - jetzt die Evaluation der Weiterbildung sichern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. med. Gisbert Voigt, Dr. med. Alexander Nowicki, Prof. Dr. med. habil. Ahmed Madisch, Dr. med. Wolfgang Lensing, Dr. med. Marion Charlotte Renneberg, Jens Wagenknecht, Hans-Martin Wollenberg, Prof. Dr. med. habil. Bernd Haubitz, Dr. med. Elke Buckisch-Urbanke, MPH, Dr. med. Tilman Kaethner, Uwe Lange und Andreas Hammerschmidt (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, dem 126. Deutschen Ärztetag 2022 in Bremen ein beschlussfähiges Konzept für eine bundeseinheitliche Evaluation der Weiterbildung vorzulegen und die entsprechenden Mittel im Haushalt einzuplanen und zu berücksichtigen.

Mögliche Eckpunkte dieses Konzepts könnten dabei sein:

- Bundesweite Evaluation der Weiterbildung alle zwei Jahre
- Basis bildet der bereits vorliegende Kernfragebogen, ergänzt um Fragen zur Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 einschließlich Fragen aus dem Klinik- bzw. Praxisalltag (bspw. Personalausstattung, tatsächliche Arbeitszeiten und Angebote von speziellen Fort- und Weiterbildungsinhalten)
- Verbindliche Anbindung und Integration in die Webanwendung des elektronischen Logbuchs (eLogbuch) für Weiterbildungsbefugte und in Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzte.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, eine Aufnahme von Regelungen zur Durchführung von und Teilnahme an Evaluationen der Weiterbildung in die MWBO zu prüfen.

Begründung:

Seit 2011 hat es keine flächendeckende Evaluation mehr gegeben, obwohl mehrere Ärztetage auch in der jüngeren Vergangenheit dies gefordert hatten (vgl. Drucksachen V - 02 des 117. Deutschen Ärztetages 2014, VIII - 03 des 121. Deutschen Ärztetages 2018).

Die Evaluation der Weiterbildung ist mit Einführung neuer Weiterbildungsordnungen in Anlehnung an die MWBO 2018 nicht nur aus qualitätssichernder Sicht erforderlich. Nur durch eine regelmäßige und bundesweit einheitliche Evaluation können eventuelle Schwächen und Fallstricke sowie Implausibilitäten rasch erkannt und die MWBO nachgebessert werden.

Das eLogbuch bietet dabei potenziell eine technische Grundlage für eine Evaluation der Weiterbildung. Mit dem bundesweit einheitlichen Kernfragebogen existiert bereits ein erprobtes Instrument zur Evaluation, das auch an die geänderten Weiterbildungsinhalte (bspw. Kompetenzerwerb) und zukünftige Erkenntnisse angepasst werden könnte.

TOP III Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

Titel: Qualitätssicherung der Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Wolf Andreas Fach (Drucksache III - 03) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der Vorstand der Bundesärztekammer, die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" der Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden aufgefordert, sich über einheitliche Programme zur Qualitätssicherung in der Weiterbildung zu verständigen.

Begründung:

Landesärztekammern haben eine zentrale Bedeutung in der Evaluation der Weiterbildung. Neben eLogbuch und der abschließenden Prüfung sind qualitative Interviews und Befragungsprojekte Einstiege zu Verfahren, die einen umfänglichen und zeitnahen Überblick über die Qualität der Weiterbildung ermöglichen. Neben der Arbeitssituation kann geklärt werden, wie gut und umfänglich Fach- und Kernkompetenzen erworben werden können. Unerwünschte Entwicklungen und Nadelöhre der Weiterbildung können frühzeitig erkannt und korrigiert werden.

Eine bundesweite Qualitätssicherung in der Weiterbildung erhöht die Qualität ärztlichen Handelns und damit den Patientenschutz.

TOP III Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

Titel: Fragmentierung der Weiterbildungsbefugnisse nach neuer
Weiterbildungsordnung vermeiden

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, Dr. med. Hans-Albert Gehle, Dr. med. Susanne Johna, Dr. med. Andreas Botzlar, Sylvia Ottmüller, Dr. med. Melanie Rubenbauer-Beyerlein und Carsten Mohrhardt (Drucksache III - 05) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 appelliert, bei der Aktualisierung der Weiterbildungsbefugnisse im Zuge der Umstellung auf die neue Weiterbildungsordnung wie bisher grundsätzlich eine volle Weiterbildungsbefugnis anzustreben, wenn alle Inhalte an der Weiterbildungsstätte erfüllt werden.

Die Befugnisse werden mit Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 von den Landesärztekammern schrittweise überprüft. Aufgrund der Neustrukturierung der Weiterbildung kann es im Umfang der Befugnis Unterschiede zum bisher bestehenden Umfang geben.

Eine Fragmentierung durch beschränkte Weiterbildungsbefugnisse in einem Gebiet ist nicht im Interesse einer strukturierten Weiterbildung und der Weiterzubildenden. Das gilt insbesondere für die Ausgestaltung der Erlangung der übergreifenden Inhalte. Damit werden teilweise noch kürzer befristete Arbeitsverträge vergeben, obwohl die gesamte Weiterbildungszeit an der Weiterbildungsstätte möglich ist. Um dieses zu vermeiden, sollten volle Weiterbildungsbefugnisse ggf. als Team- oder Verbundbefugnisse erteilt werden.

TOP III Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

Titel: Keine vorschnelle Integration psychologischer Inhalte in die ärztliche Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. med. Christian Messer, Dr. med. Christiane Groß, M.A., Dr. med. Hans Ramm, Christa Bartels, Dr. med. Matthias Bloechle und Dr. med. Petra Bubel (Drucksache III - 04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die ärztliche Weiterbildung in den Bereichen, die sich mit der Psyche befassen, darf nicht voreilig mit psychologischen Inhalten befrachtet werden.

Begründung:

Infolge der Neuordnung der psychologischen Heilkunde durch das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz gibt es Bestrebungen, psychologische Inhalte, die unterhalb des Qualitätsniveaus der Richtlinienpsychotherapie angesiedelt sind, in die Weiterbildung der ärztlichen Gebiete und Bereiche einzupflegen, die sich mit der Psyche befassen. Dies sollte nur mit großer Sorgfalt und nur nach eingehender Nutzen- und Qualitätsprüfung erfolgen, um die ärztliche Weiterbildung nicht unnützlich und voreilig zu beeinträchtigen. Durch das im September 2020 in Kraft getretene Gesetz entfaltet sich ein autonomes psychologisches Heilkundesystem, das zwar zunächst unter dem irreführenden Etikett "Psychotherapie" firmiert, jedoch von der ärztlichen Heilkunde abzugrenzen ist.

TOP III Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

Titel: Ärztliche Weiterbildungsstellen ausreichend und einheitlich finanzieren

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. med. Simone Heinemann-Meerz, Prof. Dr. med. habil. Uwe Ebmeyer, Dr. med. Jörg Böhme, Dr. med. Petra Bubel, Dr. med. Thomas Langer, Prof. Dr. med. habil. Udo Rebmann, Henrik Straub und Dr. med. Peter Wolf (Drucksache III - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich für eine bundesweit einheitliche und ausreichende Finanzierung der ärztlichen Weiterbildungsstellen einzusetzen.

Begründung:

Die ärztliche Weiterbildung ist eine der wesentlichen Aufgaben der Ärztekammern und der stationär und ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte. Sie ist allerdings bisher eine "Begleiterscheinung" der ärztlichen Tätigkeit, obwohl diese "Begleiterscheinung" viel Zeit und Zuwendung verlangt.

Die stationäre Versorgung finanziert sich bisher über die pauschale diagnosebezogene Vergütung von Behandlungsfällen. Die Weiterbildung wird darin nicht abgebildet.

Im ambulanten Bereich reicht die bisherige finanzielle Förderung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen von bundesweit insgesamt 2.000 Weiterbildungsstellen im fachärztlichen Versorgungsbereich auf keinen Fall aus.

Immer mehr Leistungen werden ambulant erbracht, und die Versorgung wird zunehmend sektorenübergreifend zu organisieren sein. Durch die Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018 wird diese Entwicklung deutlich vorangetrieben.

Für den Wechsel zwischen den Weiterbildungsstätten von ambulant nach stationär und umgekehrt gibt es keine Finanzierungskonzepte. Dem in Weiterbildung befindlichen Arzt wird die Suche nach geeigneten Weiterbildungsstätten deutlich erschwert.

Für die angemessene Finanzierung der stationären und ambulanten Weiterbildung muss ein bundeseinheitliches Konzept verbindlich festgelegt werden. Dabei müssen u. a. personelle und zeitliche Ressourcen berücksichtigt werden.



Die Finanzierung der Weiterbildungsstellen sollte zukünftig losgelöst von einer Weiterbildungsstätte erfolgen.



**TOP IIIa Ärztliche Weiterbildung:
(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Klimawandel und
Gesundheit in den Allgemeinen Inhalten**

IIIa - 01 Abbildung der "Auswirkungen des Klimawandels auf die
Gesundheit" in den Allgemeinen Inhalten der Weiterbildung für Abschnitt
B

**TOP IIIa Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 -
Klimawandel und Gesundheit in den Allgemeinen Inhalten**

Titel: Abbildung der "Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit" in den
Allgemeinen Inhalten der Weiterbildung für Abschnitt B

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IIIa - 01) beschließt der
124. Deutsche Ärztetag 2021:

In die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 wird in den Allgemeinen Inhalten der
Weiterbildung für Abschnitt B der Weiterbildungsinhalt "Auswirkungen des Klimawandels
auf die Gesundheit" als kognitive und Methodenkompetenz im Weiterbildungsblock
"Patientenbezogene Inhalte" nach dem kognitiven Weiterbildungsinhalt "Psychosoziale,
umweltbedingte und interkulturelle Einflüsse auf die Gesundheit sowie Zusammenhang
zwischen Krankheit und sozialem Status" aufgenommen.

Begründung:

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat 2020 unter "TOP: 5.1 Der Klimawandel - eine
Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen" einen Beschluss gefasst, der u. a.
die ärztliche Weiterbildung betrifft (vgl. www.gmkonline.de/Beschluesse.html).

Die GMK stellt fest, dass die Bedeutung des Klimawandels als ein die Gesundheit
beeinflussender Faktor bislang in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung nicht oder
nur ansatzweise abgebildet ist. Es wird eine Anpassung empfohlen, die es den jetzt wie
auch künftig im Gesundheitswesen tätigen Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, angemessen
auf die klimabedingten Veränderungen zu reagieren. Sie bittet die ärztliche
Selbstverwaltung, zu prüfen, inwieweit die MWBO 2018 bzw. die Weiterbildungsordnungen
(WBO) der Landesärztekammern (LÄK) um entsprechende Inhalte zu ergänzen wären bzw.
entsprechende Inhalte in die Weiterbildungsordnungen aufzunehmen.

Eine Prüfung und mögliche Ergänzung der Weiterbildungsinhalte in der MWBO 2018 bzw.
in den WBO der LÄK in Bezug auf den Zusammenhang zwischen dem Umweltfaktor Klima
und gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist bereits im Rahmen der Befassung mit den
Ergebnissen des 122. Deutschen Ärztetages 2019 erfolgt. Mit dem an den Vorstand der
Bundesärztekammer überwiesenen Antrag Ib - 26 forderte die Ärzteschaft, dass die
Zusammenhänge von Klimawandel und Gesundheit verstärkt Gegenstand der ärztlichen
Aus- und Weiterbildung sein sollen.

In Ergänzung der Tatsache, dass die Weiterbildungsinhalte der MWBO 2018 kompetenzorientiert dargestellt sind und bereits jetzt ermöglichen, dass die Zusammenhänge zwischen Umweltfaktoren, bspw. dem Klima, und der Gesundheit im Rahmen der Weiterbildung fachspezifisch vermittelt werden, soll ein eigenständiger Weiterbildungsinhalt zu den Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit in den Allgemeinen Inhalten der Weiterbildung für Abschnitt B implementiert werden.



**TOP IIIb Ärztliche Weiterbildung:
(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Neuer Facharzt
„Innere Medizin und Infektiologie“ im Gebiet Innere Medizin**

IIIb - 01 Einführung einer neuen Facharzt-Weiterbildung "Innere Medizin
und Infektiologie" im Gebiet Innere Medizin

TOP IIIb Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Neuer Facharzt „Innere Medizin und Infektiologie“ im Gebiet Innere Medizin

Titel: Einführung einer neuen Facharzt-Weiterbildung "Innere Medizin und Infektiologie" im Gebiet Innere Medizin

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IIIb - 01) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

1. In die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 wird im Gebiet Innere Medizin die neue Facharzt-Weiterbildung "Innere Medizin und Infektiologie" mit folgendem Weiterbildungstitel und der folgenden Weiterbildungszeit implementiert:

Titel:

Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie (Infektiologe/Infektiologin)

Weiterbildungszeit:

72 Monate im Gebiet Innere Medizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 36 Monate in Innere Medizin und Infektiologie abgeleistet werden, davon
 - können zum Kompetenzerwerb bis zu 6 Monate Weiterbildung in Hygiene- und Umweltmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie und/oder in Öffentlichem Gesundheitswesen angerechnet werden
 - müssen 24 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden
 - müssen 24 Monate in mindestens zwei anderen Facharztkompetenzen des Gebiets abgeleistet werden
 - müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
 - müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden
2. Als Folge der Implementierung der Facharzt-Weiterbildung "Innere Medizin und Infektiologie" in die MWBO 2018 wird in die Zusatz-Weiterbildung Infektiologie die Formulierung "Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Infektiologie sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie." aufgenommen.
 3. Bezüglich der Ausgestaltung der Facharzt-Weiterbildung "Innere Medizin und Infektiologie" vertraut der 124. Deutsche Ärztetag 2021 den Vorarbeiten der Ständigen Konferenz "Ärztliche Weiterbildung". Die Weiterbildungsinhalte sollen - wie im Novellierungsverfahren der MWBO 2018 - im bewährten Konvergenzverfahren mit den Landesärztekammern abgestimmt und vom Vorstand der Bundesärztekammer

verabschiedet werden.

Begründung:

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) und die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e. V. (DGI) haben die Etablierung einer eigenständigen Facharztkompetenz "Innere Medizin und Infektionskrankheiten" im Gebiet Innere Medizin angeregt. Dieses Anliegen wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung der Weiterbildungs-gremien - auch vor dem Hintergrund der Coronapandemie - befürwortet.

Ziel der Einführung der Facharzt-Weiterbildung "Innere Medizin und Infektiologie" ist die Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der Infektiologie. In Deutschland liegt neben der Zusatz-Weiterbildung Infektiologie aktuell keine vertiefende klinische Facharztkompetenz vor, wodurch eine strukturelle Unterversorgung insbesondere bei schweren und komplikativ verlaufenden Infektionskrankheiten besteht. Für den Bereich der klinischen, infektionsmedizinischen Versorgung gibt es in Deutschland (mit der Ausnahme eines Bundeslandes), im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern, keine eigenständige Facharzt-Weiterbildung.

Auch die COVID-19-Pandemie hat noch einmal sehr deutlich gezeigt, welche Bedeutung Infektionskrankheiten für die Medizin und die Gesellschaft insgesamt haben. Allgemein belegen die Entwicklungen der letzten Jahre einen ständig wachsenden Bedarf an klinischer Infektiologie, und es ist zu erwarten, dass Infektionskrankheiten weiter an Bedeutung zunehmen werden.

Die Weiterbildungsinhalte der neuen Facharzt-Entität "Innere Medizin und Infektiologie" wurden in der Ständigen Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" erörtert und werden den Abgeordneten als Hintergrundinformation zur Kenntnis gegeben ([Anlage](#)). Die Weiterbildungsinhalte sollen - abhängig vom Votum zum vorliegenden Antrag - im Nachgang des 124. Deutschen Ärztetages erneut aufgerufen, in den zuständigen Gremien der Bundesärztekammer konsentiert und beschlossen werden. Dazu gehört auch eine zeitgleiche Anpassung der Weiterbildungsinhalte in der Zusatz-Weiterbildung Infektiologie.



**TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung:
(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Ergänzung im
Kopfteil für Zusatz-Weiterbildungen mit Kurs-Weiterbildungen**

IIIc - 01 Ergänzung im Kopfteil unter "Mindestanforderungen gemäß § 11
MWBO" für Zusatz-Weiterbildungen mit Kurs-Weiterbildungen

**TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 -
Ergänzung im Kopfteil für Zusatz-Weiterbildungen mit Kurs-
Weiterbildungen**

Titel: Ergänzung im Kopfteil unter "Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO" für
Zusatz-Weiterbildungen mit Kurs-Weiterbildungen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IIIc - 01) beschließt der
124. Deutsche Ärztetag 2021:

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 wird für die Zusatz-Weiterbildungen
Akupunktur, Ernährungsmedizin, Flugmedizin, Krankenhaushygiene, Manuelle Medizin,
Medizinische Informatik, Naturheilverfahren, Palliativmedizin, Sexualmedizin sowie
Sportmedizin im sogenannten Kopfteil unter "Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO"
die Formulierung ergänzt

"und zusätzlich

- xxx gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis".

Begründung:

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 sind berufsbegleitende Zusatz-
Weiterbildungen (ZWB) verankert, in deren sog. Kopfteil unter "Mindestanforderungen
gemäß § 11 MWBO" lediglich eine Kurs-Weiterbildung ohne feste Weiterbildungszeit an
einer Weiterbildungsstätte ausgewiesen ist, obwohl die in diesen ZWB vorgegebenen
Handlungskompetenzen (mit oder ohne Angabe von Richtzahlen) im Rahmen der Kurs-
Weiterbildung nicht oder nicht vollständig vermittelt werden können. Für diese
Weiterbildungsinhalte ist eine zusätzliche - über die Weiterbildungskurse hinausgehende -
Weiterbildung erforderlich, die auch im eLogbuch zu dokumentieren ist.

Vor diesem Hintergrund wurde in die (Muster-)Kursbücher bereits ein Hinweis zu gesondert
zu erbringenden Weiterbildungsinhalten aufgenommen.

Die Ergänzung der Formulierung "und zusätzlich - xxx gemäß Weiterbildungsinhalten unter
Befugnis" unter "Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO" in den betreffenden ZWB hat
lediglich klarstellenden Charakter, denn die Zulassung zur Prüfung erfolgt nach § 11
MWBO nur, wenn u. a. die inhaltlichen Anforderungen durch Zeugnisse und Nachweise
belegt sind. Die Ergänzung erfolgt analog zu der bereits in den ZWB Sozialmedizin sowie

Rehabilitationswesen verwendeten Formulierung.

Unter den jeweiligen "Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO" stellt sich dementsprechend die Formulierung am Beispiel der ZWB Flugmedizin wie folgt dar:

MWBO 2018 (zurzeit geltende Fassung):

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich
- 180 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Flugmedizin

MWBO 2018 (Neufassung):

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich
 - 180 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Flugmedizin
- und zusätzlich**
- **Flugmedizin gemäß Weiterbildungsinhalten unter Befugnis**

Die ZWB Akupunktur, Ernährungsmedizin, Flugmedizin, Krankenhaushygiene, Manuelle Medizin, Medizinische Informatik, Naturheilverfahren, Palliativmedizin, Sexualmedizin sowie Sportmedizin werden analog der obigen Darstellung angepasst.



**TOP III d Ärztliche Weiterbildung:
(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Änderung im Kopfteil
der Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin**

III d - 01 Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin

**TOP III d Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 -
Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin**

Titel: Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III d - 01) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

In der Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 ist in den "Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO" die Formulierung "Die Kurs-Weiterbildung kann durch 12 Monate Weiterbildung unter Befugnis an Weiterbildungsstätten ersetzt werden." zu streichen.

Begründung:

Die theoretischen Grundlagen der Manuellen Medizin sind während der 12-monatigen praktischen Weiterbildung an einer Weiterbildungsstätte bei einem Befugten nur unzureichend erlernbar und erfordern die Absolvierung eines Weiterbildungskurses. Dementsprechend soll die Ersetzbarkeit der Kurs-Weiterbildung durch eine Weiterbildungszeit gestrichen werden.



**TOP IIIe Ärztliche Weiterbildung:
(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Änderung im Kopfteil
der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin**

IIIe - 01 Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin

**TOP IIIe Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 -
Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin**

Titel: Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IIIe - 01) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 wird der Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin wie folgt geändert: Unter "Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO" wird die Angabe "6 Monate in der Intensivmedizin oder in Anästhesiologie" durch die Angabe "6 Monate in der Intensivmedizin, in Anästhesiologie oder in einer interdisziplinären zentralen Notfallaufnahme" ersetzt.

Begründung:

Mit der Änderung kann auch auf Grundlage einer ärztlichen Tätigkeit in einer interdisziplinären zentralen Notfallaufnahme die Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin erworben werden. Diese Erweiterung der Zugangsmöglichkeiten ist fachlich geboten; viele Ärztekammern erkennen eine solche Weiterbildung bislang als abweichenden, aber gleichwertigen Weiterbildungsgang an. Daher sollen unter "Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO" die Wörter "oder in einer interdisziplinären zentralen Notfallaufnahme" eingefügt werden.

Die Änderung stellt sich dann unter "Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO" wie folgt dar:

- 24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung im stationären Bereich unter Befugnis an Weiterbildungsstätten,
 - davon 6 Monate in der Intensivmedizin, in Anästhesiologie
oder in einer interdisziplinären zentralen Notfallaufnahme

und zusätzlich

- 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung

und anschließend

- 50 Notarzteinsätze im öffentlichen Rettungsdienst (Notarzteinsatzfahrzeug oder Rettungshubschrauber) unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes, davon können bis zu 25 Einsätze im Rahmen eines standardisierten Simulationskurses erfolgen.
-



**TOP IIIf Ärztliche Weiterbildung:
(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Änderung im Kopfteil
der Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin**

III f - 01 Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin

**TOP III f Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 -
Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin**

Titel: Änderung im Kopfteil der Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III f - 01) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

In der Zusatz-Weiterbildung Tropenmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 soll folgende redaktionelle Anpassung vorgenommen werden:
Unter "Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO" werden im Titel der Kurs-Weiterbildung die Wörter "Medizinische Parasitologie" gestrichen.

Begründung:

Der Titel der Kurs-Weiterbildung soll an den Titel der Zusatz-Weiterbildung angepasst werden. Bei der Kurs-Weiterbildung soll im Kurstitel auf den Zusatz "Medizinische Parasitologie" verzichtet werden. Es soll zukünftig durchgehend nur noch der Titel "Tropenmedizin" verwendet werden.



**TOP IIIg Ärztliche Weiterbildung:
(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 - Sachstandsbericht
eLogbuch**

[Anlage:](#) Sachstandsbericht eLogbuch

IIIg - 01 Mobile-Devices-Unterstützung im eLogbuch

**TOP IIIg Ärztliche Weiterbildung: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 -
Sachstandsbericht eLogbuch**

Titel: Mobile-Devices-Unterstützung im eLogbuch

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Carsten Mohrhardt, Dr. med. Sven C. Dreyer, Dr. med. Andreas Botzlar, Gregg Frost, Dr. med. Christoph Janke, Prof. Dr. med. Claudia Borelli, Andreas Hammerschmidt, Dr. med. Wenke Wichmann, Dr. med. univ. Feras El-Hamid, Dr. med. Pedram Emami MBA, Katrina Binder, Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Christof Hofele und Dr. med. Kristin Korb (Drucksache IIIg - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert für das eLogbuch die rasche Implementierung eines Responsive Design für gängige Mobilgeräte mit App-Anbindung und Offline-Modus.



TOP IV Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB



**TOP IVa Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB
- Allgemeine Aussprache**

- IVa - 02 Breite Diskussion zu den Konsequenzen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum § 217 StGB führen
- IVa - 01 Assistierter Suizid Sterbewilliger ohne schwere Erkrankung
- IVa - 03 Die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe
- IVa - 06 Beistand, Schutz und Transparenz - Eckpunkte aus ärztlicher Sicht für eine gesetzliche Regelung von Suizidbeihilfe
- IVa - 04 Die Suizidprävention in Deutschland in den Fokus nehmen, unterstützen, ausbauen und verstetigen
- IVa - 07 Suizidprävention fördern

**TOP IVa Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB - Allgemeine
Aussprache**

Titel: Breite Diskussion zu den Konsequenzen des Urteils des
Bundesverfassungsgerichts zum § 217 StGB führen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Christof Stork, PD Dr. med. Stephan Böse-O'Reilly, Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg und Dr. med. Bernhard Winter (Drucksache IVa - 02) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Über den Antrag IVb - 01 hinaus weist der 124. Deutsche Ärztetag 2021 darauf hin, dass die Herbeiführung des Todes nie Ziel einer ärztlichen Heilbehandlung war und ist, wie es sich aus dem Hippokratischen Eid und dem Genfer Gelöbnis entnehmen lässt. Bei terminal Erkrankten kann es davon abweichende und begründete Einzelfallentscheidungen geben. Es kann aber niemals Aufgabe der Ärzteschaft sein, für Nichterkrankte (!) jenseits des Arzt-Patienten-Verhältnisses eine Indikation, Beratung oder gar Durchführung eines Sterbewunsches zu vollziehen. Daher fordern wir, dass sowohl in der Ärzteschaft als auch in der Gesellschaft über den 124. Deutschen Ärztetag hinaus eine breite Diskussion über die Rolle der Ärztinnen und Ärzte in der Sterbehilfe geführt wird, mit dem Ziel, die ärztliche Position in der künftigen Gesetzgebung zur Sterbehilfe zu klären.

Begründung:

Eine Änderung des § 16 S. 3 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) ist unumgänglich, um dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) Rechnung zu tragen. Gleichzeitig ist die innerärztliche Diskussion zur Sterbehilfe und insbesondere zum ärztlich assistierten Suizid in vollem Gang und wird sehr kontrovers geführt, wie dies aus den zahlreichen Stellungnahmen der medizinischen Fachgesellschaften, die an das Bundesministerium für Gesundheit gerichtet wurden, hervorgeht. Die Diskussion sollte neben den palliativ- und intensivmedizinischen Standpunkten auch die psychiatrisch-psychotherapeutischen Erfahrungen und das Erfahrungswissen der gesamten Ärzteschaft einbeziehen. Die Grundlage ärztlichen Handelns, der Schutz des Lebens, muss vor Eingriffen durch Gesetzesregelungen zur Umsetzung des BVerfG-Urteils zu § 217 Strafgesetzbuch (StGB) geschützt werden.

**TOP IVa Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB - Allgemeine
Aussprache**

Titel: Assistierter Suizid Sterbewilliger ohne schwere Erkrankung

Beschluss

Auf Antrag von Julian Veelken, Dr. med. Matthias Bloechle, Dr. med. Regine Held, Matthias Marschner, Dr. med. Christian Messer, Dr. med. Katharina Thiede, Prof. Dr. med. Jörg Weimann und Dr. med. Christiane Wessel (Drucksache IVa - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. med. Susanne Johna, Dr. med. Martina Wenker und Erik Bodendieck (Drucksache IVa - 01a) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 26.02.2020 betont, dass die Erfüllbarkeit des Wunsches, aus dem Leben zu scheiden, auch für Menschen, die nicht schwer erkrankt sind, zum individuellen Persönlichkeitsrecht gehört und deshalb gesellschaftlich ermöglicht werden muss.

In mehreren im Deutschen Bundestag diskutierten Gesetzentwürfen zum assistierten Suizid wird eine Beratungspflicht bei zuvor zuzulassenden Beratungsstellen für diese Gruppe Sterbewilliger diskutiert.

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 stellt fest, dass der Wunsch zu sterben aus einer Vielzahl von einzeln zu gewichtenden Gründen erwachsen kann, von denen Krankheit nur einer ist. Das vertrauensvolle und wertschätzende Gespräch über den Wunsch zu sterben oder das eigene Leben zu beenden gehört zum Kern ärztlicher Tätigkeit.

Eine Verpflichtung zur Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung am Ende eines gesetzlich vorgeschriebenen Beratungsprozesses, bevor den Sterbewilligen die notwendigen Medikamente verordnet werden dürfen, lehnt der 124. Deutsche Ärztetag aus diesen Gründen ab.

Begründung:

Das o. g. Urteil des BVerfG macht die Anpassung der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) im § 16 zwingend erforderlich, um die Berufsordnung in Einklang mit der aktuellen Rechtsprechung des BVerfG zu bringen. Hierdurch wird es Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, ihre Patientinnen und Patienten auch in der letzten Lebensphase ohne Einschränkungen professionell zu begleiten, ohne berufs- und strafrechtliche Sanktionierung befürchten zu müssen.

Das BVerfG geht in seinem Urteil jedoch deutlich weiter, indem es die Verwirklichung eines individuellen Sterbewunsches unabhängig vom Vorliegen einer Krankheit zu einem individuellen Persönlichkeitsrecht erklärt. Mehrere interfraktionelle Gesetzentwürfe zur Neuregelung der Sterbehilfe finden sich infolge des Urteils des BVerfG derzeit in der parlamentarischen Beratung des Deutschen Bundestags.

Es ist dringend erforderlich, dass sich die Ärztekammern schon im Vorfeld einer gesetzgeberischen Neuregelung zur assistierten Selbsttötung an der politischen Diskussion beteiligen und dabei die ärztliche Rolle für sich und gegenüber anderen klar definieren. Der vorliegende Beschlussantrag stellt hierzu einen Beitrag dar.

**TOP IVa Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB - Allgemeine
Aussprache**

Titel: Die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung ist keine
ärztliche Aufgabe

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Susanne Johna, Dr. med. Martina Wenker, Rudolf Henke MdB, Bernd Zimmer, Dr. med. Andreas Botzlar, Dr. med. Christiane Groß, M.A, Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, Dr. med. Marion Charlotte Renneberg, Dr. med. Günther Matheis, Dr. med. Wolfgang Lensing, Hans-Martin Wollenberg, Dr. med. Thomas Buck, Andreas Hammerschmidt, Dr. med. Günter Meyer, Dr. med. Elke Buckisch-Urbanke, MPH, und Dr. med. Jürgen Tempel (Drucksache IVa - 03) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 lehnt eine Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten zur Mitwirkung beim assistierten Suizid ab und bestätigt die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer. Diese stellen eindeutig klar, dass die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist.

Begründung:

Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Berlin, 21.01.2011) stellen fest, dass es Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechts der Patientin oder des Patienten, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Hingegen ist die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe.

Gleichwohl ist es Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten mit Suizidgedanken oder Todeswünschen mit wertschätzender Gesprächsbereitschaft zu begegnen. Das vertrauensvolle Gespräch über den Wunsch des Patienten, zu sterben oder das eigene Leben zu beenden, gehört zum Kern der ärztlichen Tätigkeit, und zwar nicht nur im Rahmen der Begleitung kranker oder sterbender Menschen, sondern auch bei suizidalen Gedanken außerhalb dieses Kontextes. Hier wird auf die dem 124. Deutschen Ärztetag vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegten Hinweise der Bundesärztekammer zum Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen verwiesen.

**TOP IVa Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB - Allgemeine
Aussprache**

Titel: Beistand, Schutz und Transparenz - Eckpunkte aus ärztlicher Sicht für eine
gesetzliche Regelung von Suizidbeihilfe

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Pedram Emami MBA, PD Dr. med. Birgit Wulff, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. med. Alexander Schultze, Norbert Schütt, Dr. med. Hans Ramm und Dr. med. Detlef W. Niemann (Drucksache IVa - 06) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 appelliert an den Gesetzgeber, bei der Regelung der Rechte Suizidwilliger, die Suizidhilfe bei fachkundigen, kompetenten Dritten suchen, um Suizid schmerzfrei und sicher umzusetzen, folgende Eckpunkte zu beachten:

- Eine Verpflichtung zum ärztlich assistierten Suizid darf es nicht geben.
- Ärztinnen und Ärzte dürfen keinem Strafbarkeitsrisiko ausgesetzt werden.
- Eine Tötung auf Verlangen durch Ärztinnen oder Ärzte darf es weiterhin nicht geben.

Folgende Schutzbestimmungen für Suizidwillige sollen beachtet werden:

- Die Aktivitäten zur Suizidprävention und zur Beratung Suizidwilliger sollen verstärkt werden.
 - Die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der Palliativmedizin sollten verstärkt werden.
 - Bei einer Beratung muss auch auf alternative Handlungsoptionen verwiesen werden. Dabei sollten auch konkrete Hilfsangebote sowie Behandlungsmöglichkeiten unterbreitet werden.
 - Suizidwillige müssen ihren Willen frei und unbeeinflusst von einer psychischen Störung und ohne unzulässige Einflussnahme oder Druck bilden können.
 - Eine klare Trennung zwischen den Instanzen, die den Suizidwunsch bewerten, und denen, die diesen umsetzen, muss gewahrt sein.
 - Wenn Ärztinnen und Ärzte an Entscheidungen über die Gewährung einer Suizidassistenz beteiligt sind, müssen bei der Einzelfallentscheidung jeweils mehr als ein Arzt oder eine Ärztin beteiligt sein (z. B. ein Gremium aus entsprechenden Fachdisziplinen).
 - Der Prozess der Bewertung und der Umsetzung des Suizidwunsches muss transparent vollzogen und dokumentiert werden. Im Nachgang muss eine retrospektive Bewertung/Überprüfung des Vorgangs stattfinden.
-

Begründung:

Die durch das Urteil vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) zu § 217 StGB vom Februar 2020 notwendig gewordene Änderung der (Muster-)Berufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) ist der Auftakt dafür, dass sich die verfasste Ärzteschaft mit der Frage auseinandersetzen muss, welche Rolle Ärzte und Ärztinnen zukünftig hierbei einnehmen, denn das Gericht erkannte eindeutig das Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Ausdruck von Autonomie an und damit auch die Freiheit jedes und jeder Einzelnen, Suizidhilfe bei fachkundigen, kompetenten Dritten zu suchen, um Suizid schmerzfrei und sicher umzusetzen. Der Gesetzgeber ist durch die Entscheidung aufgefordert, neue Regelungen zu treffen, erste Gesetzentwürfe liegen dazu vor. Hierbei gilt es, die ärztliche Perspektive maßgeblich mit zu beachten.

**TOP IVa Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB - Allgemeine
Aussprache**

Titel: Die Suizidprävention in Deutschland in den Fokus nehmen, unterstützen,
ausbauen und verstetigen

Beschluss

Auf Antrag von SR Dr. med. Josef Mischo, Thomas Rehlinger, Dr. med. Dirk Jesinghaus, Gregg Frost und Dr. med. Hella Frobin-Klein (Drucksache IVa - 04) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert die Politik auf, die Suizidprävention in Deutschland in den Fokus zu nehmen, zu unterstützen, auszubauen und zu verstetigen.

Begründung:

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zum § 217 Strafgesetzbuch (StGB) richtet sich die gesellschaftliche und politische Diskussion vor allem auf eine mögliche Regelung der Suizidassistenz. Mit dem im Urteil des BVerfG bestätigten Grundrecht auf Suizid steht zu befürchten, dass neue Gruppen dieses Recht in Anspruch nehmen werden, zum Beispiel alte Menschen, die bei interpersonellen Konflikten, Erfahrungen der Verlassenheit und psychosozialen Folgen von Multimorbidität und Immobilität keine Perspektive mehr zum Weiterleben finden.

Von den jährlich ca. 10.000 Menschen, die durch Suizid versterben, befinden sich die meisten in einer psychosozialen Krise, die zu einer kognitiven, emotionalen und sozialen Einengung führt, wodurch die Wahrnehmung von alternativen Möglichkeiten zur Bewältigung der Krise massiv eingeschränkt ist. Für diese große Gruppe von Menschen ist Suizidprävention notwendig, und nicht Suizidassistenz. Suizidprävention bietet effektive Hilfe bei Suizidalität in existenziellen Krisen und Grenzsituationen an.

Suizidalität entwickelt und verändert sich in Beziehungen. Allerdings erfordert eine solche Veränderung eine längerfristige Beziehung zwischen dem suizidalen Menschen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Einmalige Beratungen, geschweige denn Begutachtungen, sind nicht ausreichend, um Veränderungen anzustoßen. Suizidprävention kann mit solchen einzelnen Gesprächen nicht gewährleistet werden.

Der Wunsch nach Suizidassistenz ist selten klar und eindeutig, sondern bei der Mehrzahl der Betroffenen geprägt von einer Ambivalenz zwischen lebens- und

beziehungszugewandten und rückzügigen, enttäuschten, das Leben beenden wollenden Strebungen. In der Palliativversorgung ist diese Ambivalenz als gleichzeitiges Vorliegen von Todeswunsch und Lebenswille bekannt.

Suizidale Gedanken sind nicht beständig und in ihrer Intensität zeitlich schwankend. Sie sind bei vielen Betroffenen auch nicht anhaltend. Gerade in körperlichen Notlagen können sie massiv sein, zugleich aber durch medizinische Behandlung auch nachlassen oder verschwinden.

In der Gesetzgebung wie in der gesellschaftlichen Diskussion sollte die Suizidprävention das vorherrschende Ziel sein und Suizidassistenten nicht die Regel werden, sondern die Ausnahme bleiben. Suizidprävention muss deshalb als Priorität verankert werden.

Der weitere Ausbau von Palliativversorgung und Suizidprävention, insbesondere das Angebot von individueller Hilfe in Krisen, ist notwendig, um suizidalen Menschen, auch jenen, die assistierten Suizid erwägen, die Gewissheit zu geben, jede mögliche Hilfe erhalten zu können.

Bisher wird in Deutschland aber keine ausreichende Finanzierung der Suizidprävention vorgehalten. In manchen Bundesländern fehlen Beratungsangebote, die vorhandenen Beratungsstellen werden oft ehrenamtlich besetzt, und selbst das Nationale Suizidpräventionsprogramm wird nicht dauerhaft finanziell gefördert.

Im Rahmen der Diskussion um ein Sterbehilfegesetz muss die Suizidprävention mit aufgenommen werden, um in der Gesellschaft und auf individueller Ebene das Angebot der Unterstützung in Lebenskrisen zu realisieren. Bausteine für die Gesetzgebung wären zum Beispiel die regelhafte Finanzierung von leicht zugänglichen Angeboten zur Suizidprävention und die dauerhafte Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms.

**TOP IVa Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB - Allgemeine
Aussprache**

Titel: Suizidprävention fördern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. med. Oliver Funken, Dr. med. Jürgen de Laporte und Jutta Willert-Jacob (Drucksache IVa - 07) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert Politik und Gesellschaft auf, das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zur Suizidbeihilfe zum Anlass zu nehmen, der Suizidprävention in Deutschland einen deutlich größeren Stellenwert zu geben. Suizidalität ist kein beständiger psychischer Zustand. Der Wunsch, sich das Leben zu nehmen, entwickelt und verändert sich mit den Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen. Suizidgefährdete Menschen befinden sich meist in einem Zustand der Ambivalenz. Die Ärztinnen und Ärzte sind hier häufig als erste gefordert. Der 124. Deutsche Ärztetag fordert deshalb den Deutschen Bundestag auf, als erste Konsequenz aus dem Urteil des BVerfG

- kurzfristig eine umfassende Bestandsaufnahme der bestehenden Programme und Initiativen zur Suizidprävention in Deutschland in Auftrag zu geben,
- das psychosoziale Hilfesystem und das Gesundheitswesen personell und finanziell besser auszustatten, damit allen Betroffenen ein niederschwelliges, zielgruppengerechtes, menschlich und fachlich kompetentes Hilfsangebot gemacht werden kann,
- das ehrenamtliche, gesellschaftliche Engagement für die Suizidprävention nachhaltig zu fördern und
- durch geeignete Informations- und Aufklärungsangebote ein gesellschaftliches Klima zu fördern, in dem suizidale Menschen über ihre Situation sprechen und Hilfe in Anspruch nehmen können.

Begründung:

Das BVerfG hat das Verbot geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe aufgehoben, zugleich jedoch deutlich gemacht, dass der Gesetzgeber und die Gesellschaft legitimiert bleiben, einer Entwicklung entgegenzutreten, an deren Ende sich der (assistierte) Suizid "als normale Form der Lebensbeendigung insbesondere für alte und kranke Menschen etablieren könne, die geeignet sei, autonomiegefährdende soziale Pressionen zu entfalten" (Urteil vom 26.02.2020, Rdnr. 248). Das Urteil bezieht ausdrücklich auch Suizidwünsche von Menschen außerhalb der letzten Lebensphase und schwerster Erkrankungen mit ein. In

Deutschland beenden nach der offiziellen Statistik jährlich zwischen 9.000 und 10.000 Menschen ihr Leben durch Suizid. Die Zahl der Suizidversuche liegt Schätzungen zufolge um den Faktor 10 bis 30 höher. In den letzten 10 bis 15 Jahren ist die Zahl der Suizidtoten nicht wesentlich gesunken.



**TOP IVb Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB
- Änderung des § 16 MBO-Ä**

IVb - 01 (Muster-)Berufsordnung: Änderung § 16 Satz 3

TOP IVb Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB - Änderung des § 16 MBO-Ä

Titel: (Muster-)Berufsordnung: Änderung § 16 Satz 3

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IVb - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Prof. Dr. med. Jörg Weimann und Dr. med. Susanne von der Heydt (Drucksache IVb - 01a) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

§ 16 S. 3 MBO-Ä wird aufgehoben.

Begründung:

Am 26.02.2020 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) den § 217 Strafgesetzbuch (StGB), der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellte, für nicht mit dem Grundgesetz vereinbar und damit für nichtig erklärt. Es leitete in seiner Entscheidung aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein "Recht auf selbstbestimmtes Sterben" ab. Damit kann der Einzelne sein Leben eigenhändig bewusst und gewollt beenden; ihm darf nicht verwehrt werden, dabei auf die Hilfe dazu bereiter Dritter zurückzugreifen. Andererseits kann niemand verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten. Das gilt auch für Ärztinnen und Ärzte.

Das ärztliche Berufsrecht war nicht Gegenstand der Verfassungsbeschwerde und wurde nur insofern in Bezug genommen, als es der Bereitschaft, Suizidhilfe zu leisten, "weitere Grenzen jenseits oder gar entgegen der individuellen Gewissensentscheidung des einzelnen Arztes" setze. Das BVerfG führt weiter aus: "Die in den Berufsordnungen der meisten Landesärztekammern festgeschriebenen berufsrechtlichen Verbote ärztlicher Suizidhilfe unterstellen die Verwirklichung der Selbstbestimmung des Einzelnen nicht nur geografischen Zufälligkeiten, sondern wirken zumindest faktisch handlungsleitend. Der Zugang zu Möglichkeiten der assistierten Selbsttötung darf aber nicht davon abhängen, dass Ärzte sich bereit zeigen, ihr Handeln nicht am geschriebenen Recht auszurichten, sondern sich unter Berufung auf ihre eigene verfassungsrechtlich verbürgte Freiheit eigenmächtig darüber hinwegsetzen. Solange diese Situation fortbesteht, schafft sie einen tatsächlichen Bedarf nach geschäftsmäßigen Angeboten der Suizidhilfe." Diese Ausführungen geben Anlass, die einschlägige Regelung der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) zu überprüfen.

Es entspricht ganz überwiegender Auffassung, dass § 16 S. 3 MBO-Ä in seiner bisherigen

Fassung aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht aufrechterhalten werden kann und daher aufgehoben werden sollte.

Die Streichung ändert nichts daran, dass ärztliches Handeln von einer lebens- und gesundheitsorientierten Zielrichtung geprägt ist. Dies stellen andere Vorschriften der MBO-Ä klar. Wie sich grundlegend aus § 1 Abs. 2 MBO-Ä ergibt, ist es Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken. Dass Ärztinnen und Ärzte unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patienten, insbesondere deren Selbstbestimmungsrechts zu handeln haben, ist in § 7 Abs. 1 MBO-Ä geregelt. Das beinhaltet im Einklang mit der Entscheidung des BVerfG auch den Respekt vor der Entscheidung des einzelnen freiverantwortlich handelnden Menschen, sein Leben beenden zu wollen.

Aus § 1 Abs. 2 MBO-Ä folgt andererseits, dass es nicht zum Aufgabenspektrum der Ärzteschaft zählt, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten. Dies entspricht einem wichtigen Leitsatz der Entscheidung des BVerfG. Danach kann niemand verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten. Es leitet sich aus dem Recht des Einzelnen also kein Anspruch darauf ab, bei einem Selbsttötungsvorhaben ärztlich unterstützt zu werden.



TOP V

**Vorstellung der Kandidatinnen und Kandidaten zur
Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den
Vorstand der Bundesärztekammer**



**TOP VI Ankündigung des 126. Deutschen Ärztetages 2022 in
Bremen**



**TOP VII Ankündigung des 127. Deutschen Ärztetages 2023 in
Essen**

Gebiet Innere Medizin

Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie

(Infektiologe/Infektiologin)

Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

Zeilen Nr.	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägung			
1	Gemeinsame Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Innere Medizin		
2	Übergreifende Inhalte im Gebiet Innere Medizin		
3	Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien		
4		Beratung bezüglich gesundheitsfördernder Lebensführung	
5		Schulung bei ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen	
6		Begutachtung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit	
7		Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung	
8		Begutachtung der Pflegebedürftigkeit	
9		Beratung und Führung Suchtkranker sowie Suchtprävention	
10	Grundlagen der medikamentösen Tumorthherapie		
11		Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten	
12		Beratung zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten einschließlich Organspende	
13	Fachgebundene genetische Beratung		
14	Grundlagen hereditärer und multifaktorieller Krankheitsbilder und Entwicklungsstörungen		
15	Interpretation und Aussagekraft genetischer Untersuchungsergebnisse (Sensitivität, Spezifität, prädiktiver Wert)		
16	Methodische, psychosoziale und ethische Aspekte der genetischen Beratung und Diagnostik einschließlich pharmakogenetischer Tests		
17		Erkennung fachbezogener genetisch bedingter Krankheitsbilder oder Entwicklungsstörungen	
18		Fachgebundene genetische Beratung bei diagnostischer und prädiktiver genetischer Untersuchung	

Zeilen Nr.	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
19 Notfall- und intensivmedizinische Maßnahmen im Gebiet Innere Medizin			
20		Stufendiagnostik und Therapie bei akut einsetzenden Leitsymptomen, z. B. Dyspnoe, Thoraxschmerz, Bauchschmerz, passagere und persistierende Bewusstseinsstörungen, Fieber, Erbrechen, Durchfall	
21		Diagnostik und Therapie akuter und vital bedrohlicher Erkrankungen und Zustände, insbesondere	
22		- respiratorische Insuffizienz	
23		- Schock	
24		- kardiale Insuffizienz	
25		- akutes Nierenversagen	
26		- sonstiges Ein- und Mehrorganversagen	
27		- Koma und Delir	
28		- Sepsis	
29		- Intoxikationen	
30		Kardiopulmonale Reanimation	
31		Intensivmedizinische Behandlung von Patienten mit Funktionsstörungen von mindestens zwei vitalen Organsystemen	
32		Analgesiedierung von intensivmedizinischen Patienten	
33		Atemunterstützende Maßnahmen bei intubierten und nicht-intubierten Patienten einschließlich Beatmungsentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten	
34	Differenzierte Beatmungstechniken		
35		Therapie von Stoffwechsellentgleisungen	
36		Notfallsonographie	
37		Notfallbronchoskopie	
38		Passagere Schrittmacheranlage	
39		Punktions- und Katheterisierungstechniken, insbesondere	
40		- zentralvenöse Zugänge	
41		- arterielle Gefäßzugänge	
42		Endotracheale Intubation	
43 Funktionelle Störungen im Gebiet Innere Medizin			
44		Basisbehandlung psychosomatischer Krankheitsbilder	
45	Krisenintervention unter Berücksichtigung psychosozialer Zusammenhänge		
46 Diagnostische Verfahren im Gebiet Innere Medizin			
47		Durchführung von ultraschallgestützten Punktionen bei Pleuraerguss und Aszites	
48		B-Modus-Sonographie der Schilddrüse	
49		Elektrokardiogramm	
50		Langzeit-Elektrokardiogramm	
51		Ergometrie	
52		Langzeitblutdruckmessung	

Zeilen Nr.	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
53		CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Sonographie der Arterien und Venen	
54		B-Modus-Sonographie der peripheren Arterien und Venen	
55		B-Modus-Sonographie des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich der Nieren und ableitender Harnwege	400
56		Spirometrische Untersuchung der Lungenfunktion	
57		Indikationsstellung und Befundinterpretation von Röntgen-Thorax-Untersuchungen	
58	Differentialdiagnosen atopischer Erkrankungen		
59 Therapeutische Verfahren im Gebiet Innere Medizin			
60		Durchführung von Entlastungspunktionen und Drainagen bei Pleuraerguss und Aszites	
61		Enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik mit Berechnung des Energie- und Nährstoffbedarfs sowie Erstellen eines Ernährungsplans	
62		Infusionstherapie	
63		Transfusions- und Blutersatztherapie	
64 Angiologische Basisbehandlung			
65	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen von Arterien, Venen, Kapillaren und Lymphgefäßen		
66		Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen von Arterien, Venen, Kapillaren und Lymphgefäßen	
67 Endokrinologische und diabetologische Basisbehandlung			
68	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation endokriner Erkrankungen einschließlich assoziierter Stoffwechselstörungen		
69		Internistische Basisbehandlung von endokrinen Erkrankungen einschließlich assoziierter Stoffwechselstörungen	
70		Behandlung des Diabetes mellitus	
71 Gastroenterologische Basisbehandlung			
72	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Krankheiten der Verdauungsorgane sowie der exokrinen Verdauungsdrüsen und ihrer Ableitungswege		
73		Internistische Basisbehandlung von Krankheiten der Verdauungsorgane sowie der exokrinen Verdauungsdrüsen und ihrer Ableitungswege	
74 Geriatrische Basisbehandlung			
75	Spezielle geriatrische Behandlungsmöglichkeiten mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit		

Zeilen Nr.	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
76		Behandlung von Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters einschließlich interdisziplinärer Aspekte bei Multimorbidität	
77 Hämatologische und onkologische Basisbehandlung			
78	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden und lymphatischen Organe, des Immunsystems, der Hämostase sowie von malignen Neoplasien		
79		Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden und lymphatischen Organe, des Immunsystems, der Hämostase sowie von malignen Neoplasien	
80 Kardiologische Basisbehandlung			
81	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs		
82		Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs	
83 Nephrologische Basisbehandlung			
84	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenaler Komplikationen		
85		Internistische Basisbehandlung von akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenale Komplikationen	
86 Pneumologische Basisbehandlung			
87	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich schlafbezogener Atmungsstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen		
88		Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich schlafbezogener Atmungsstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen	
89	Grundlagen allergologischer Erkrankungen		
90 Rheumatologische Basisbehandlung			
91	Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen sowie entzündlicher Erkrankungen des Bewegungsapparates		
92		Internistische Basisbehandlung von entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen sowie entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates	

Zeilen Nr.	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
93	Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Infektiologie		
94 Infektionsprävention und Infektionsschutz			
95	Individuelle und öffentliche Infektionsprävention, Prävention der Übertragung infektiöser Erreger		
96		Meldung und Dokumentation gemäß Infektionsschutzgesetz	
97		Planung und Durchführung von infektionsepidemiologischen Erhebungen, Präventionsmaßnahmen und Schulungen	
98		Impfprophylaxe einschließlich Impf-Empfehlungen und Impf-Pläne, aktive und passive Immunisierung	
99		Spezifische Impfberatung auf Grundlage der STIKO-Empfehlung	
100 Nosokomiale Infektionen			
101	Screening und Dekolonisation von Infektionserregern einschließlich multiresistenter Erreger		
102	Methoden, Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen der molekularen Epidemiologie von nosokomialen Erregern		
103		Erkennung, Verfolgung und Unterbrechung von Infektionsketten bei nosokomialen Erregern	
104		Behandlung von Infektionen mit multiresistenten Erregern	
105		Behandlung von Infektionen mit hochresistenten Pathogenen	
106 Infektionsdiagnostik			
107	Pathomechanismen und Epidemiologie von Bakterien, Pilzen, Parasiten, Viren und anderen infektiösen Agenzien einschließlich ihres lokalizations- und erkrankungsspezifischen Erregerspektrums		
108	Testbedingungen, Validierung und Qualitätskriterien von Laborbefunden		
109		Differenzierung und Behandlung von Infektionen versus Kolonisation	
110	Erregerspezifische Prä- und Postanalytik		
111		Indikationsstellung zu diagnostischen und differentialdiagnostischen Verfahren sowie Auswahl geeigneter Untersuchungsmaterialien und deren Befundinterpretation	
112		Differentialdiagnostische Abklärung und therapeutisches Management von Patienten mit unklaren Entzündungskonstellationen	
113		Gewinnung von Proben von Körperflüssigkeiten und Geweben zur Erregerdiagnostik, auch mithilfe der Ultraschalltechnik	
114	Verfahren der mikrobiologischen und virologischen Diagnostik, insbesondere zur Identifizierung sowie Empfindlichkeitstestung		

Zeilen Nr.	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
115		Bewertung und Prozessoptimierung von Schnellverfahren der Erreger- und Entzündungsdiagnostik	
116		Indikationsstellung und Befundinterpretation von bildgebenden Verfahren bei Infektionskrankheiten	
117		Interpretation der spezifischen Resistenzmuster von multi-resistenten Erregern und daraus abgeleitete Behandlung	
118 Antiinfektive Therapie			
119	Pharmakologie, Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, Wirkungsspektrum, Resistenzentwicklung, Nebenwirkungen und Interaktionen von Antiinfektiva		
120		Therapieempfehlung, Indikationsstellung sowie Auswahl, Dosierung, Therapiedauer und Applikation von Antiinfektiva	
121		Spezielle Therapieverfahren bei Infektionskrankheiten	
122		Indikationsstellung zur Messung von Antibiotikakonzentrationen zur Therapiesteuerung und deren Befundinterpretation	
123		Erstellung von Behandlungskonzepten unter Berücksichtigung von therapeutischem Drug Monitoring (TDM), insbesondere bei Patienten mit eingeschränkten Organfunktionen	
124		Interpretation von Resistenzstatistiken	
125	Grundlagen der in vitro-Empfindlichkeitsprüfung		
126		Indikationsstellung und spezifischer Einsatz von Reserveantibiotika	
127	Perioperative antibiotische Prophylaxe		
128		Mitwirkung bei der Erstellung von lokalen Empfehlungen zur prophylaktischen Verordnung von Antiinfektiva bei internistischen Erkrankungen und internistischen Eingriffen	
129 Antibiotic Stewardship (ABS)			
130	Prinzipien und Methoden von Antibiotic-Stewardship, Nebeneffekte der antiinfektiven Therapie und deren Prävention		
131		Erfassung und Bewertung des Antiinfektiva-Verbrauchs	
132		Anwendung der Empfehlungen zur Verordnung von Antiinfektiva	
133		Teilnahme am fachübergreifenden Antibiotic-Stewardship-Team	
134		Durchführung von ABS-Visiten	30
135		Durchführung von Punkt-Prävalenzerhebungen	
136		Erstellung von einrichtungsspezifischen Diagnostik- und Therapieempfehlungen anhand von Erreger- und Resistenzstatistiken	

Zeilen Nr.	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
137		Mitwirkung in klinikweiten Kommissionen zur Erstellung von Leitlinien zum Einsatz von Antiinfektiva	
138 Infektiologische Notfälle			
139	Akut lebensbedrohliche Infektionen und infektiologische Notfälle		
140		Beurteilung des Schweregrads von Infektionen	
141		Erkennung und Behandlung einschließlich Erstversorgung von Infektionen mit hoher Kontagiosität	
142		Interdisziplinäre Beratung und Behandlung bei lebensbedrohlichen Infektionen	30
143		Erkennung und Therapie der Sepsis und des septischen Schocks, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit	
144 Systemische und Organ-Infektionen			
145	Epidemiologie, Pathophysiologie, Prävention und Prognosebeurteilung von Infektionskrankheiten einschließlich auf den Menschen übertragbarer Zoonosen		
146	Einfluss des Lebensalters auf das Immunsystem und Infektionsrisiko		
147		Durchführung von infektiologischen Konsilen	400
148		Behandlung insbesondere schwerer und komplikativer Verläufe, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit, von	
149		- Blutstrominfektionen	
150		- Infektionen der Lunge, der Pleura und der oberen Atemwege	
151		- kardiovaskulären Infektionen	
152		- Harnwegs- und Niereninfektionen	
153		- abdominellen und gastrointestinalen Infektionen	
154		Mitbehandlung von schweren und komplikativen Verläufen	
155		- Infektionen des Nervensystems, parainfektiose neurologische Manifestationen	
156		- Infektionen der Knochen und Gelenke	
157		- Haut- und Weichgewebeinfektionen	
158		- Postoperative Wundinfektion	
159		- Fremdkörper-assoziierte Infektionen	
160 Fieber unklarer Genese			
161	Spezielle Pathophysiologie von Inflammation und Fieber		
162	Spezielle Epidemiologie von Fieber unklarer Genese in verschiedenen Patientengruppen		
163		Differentialdiagnose und Behandlung bei unklarem Fieber	

Zeilen Nr.	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
164 Besondere Fragestellungen der Infektiologie			
165	Indikationen und Limitationen einer ambulanten parenteralen Therapie mit Antiinfektiva (APAT)		
166		Behandlung ambulant erworbener und nosokomialer System- und Organinfektionen bei schweren Verläufen	
167		Mitbehandlung von intensivpflichtigen Patienten mit schweren Infektionskrankheiten einschließlich Sepsis und septischem Schock	
168		Behandlung von besonderen Infektionen	20
169		- Mykobakteriosen	
170		- Pilzinfektionen	
171		- parasitäre Erkrankungen	
172 Chronische Infektionen			
173		Langzeitbehandlung von Patienten mit chronischen Infektionen, insbesondere	20
174		- HIV-Infektion	
175		- chronische Virushepatitis	
176		Suppressionstherapie bei nicht kurativ behandelbaren Organinfektionen	
177 Infektionsepidemiologie und Ausbruchmanagement, einschließlich Pandemien			
178	Spezielle Epidemiologie, Dynamik und Übertragungsmechanismen von Infektionskrankheiten		
179	Charakteristika von Epidemien und Pandemien sowie Maßnahmen zu deren Kontrolle		
180	Prinzipien und Methoden von Public Health bezüglich Infektionskrankheiten		
181	Bedeutung von Global Health und des Klimawandels hinsichtlich der Verbreitung von Infektionskrankheiten		
182		Management von Ausbruchssituationen	
183		Mitwirkung bei der Erstellung und Umsetzung von Plänen zur Kontrolle von einrichtungsbezogenen Infektionsausbrüchen	
184		Interdisziplinäre Beratung und Kooperation insbesondere mit	
185		- Öffentlichem Gesundheitswesen	
186		- Hygiene- und Umweltmedizin	
187		- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
188 Seltene Infektionskrankheiten			
189	Erreger und Toxine als Biowaffen		
190	Seltene einheimische und nicht einheimische Infektionskrankheiten wie M. Whipple, Echinokokkose, Creutzfeld-Jakob-Krankheit, Chagas-Erkrankung, Leishmaniose, Zoonosen		
191 Infektionen bei besonderen Patientengruppen			
192	Besonderheiten bei Infektionen von geriatrischen Patienten		
193	Infektionen während der Schwangerschaft		

Zeilen Nr.	Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
194		Mitbehandlung bei komplizierten Infektionen von Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Nieren-, Leberinsuffizienz	
195	Infektionen bei Fernreisenden einschließlich Prävention		
196	Infektionen bei Tropenrückkehrern		
197		Behandlung von Fieber nach Tropenaufenthalt	
198	Sexuell übertragbare Infektionen (STI)		
199	Spezielle Pathophysiologie und Infektionsrisiken bei angeborenen, erworbenen und medikamentös induzierten Immundefizienzen		
200		Prophylaxe und Prävention von häufigen und opportunistischen Infektionskrankheiten je nach Art und Schweregrad der Immundefizienz	
201		Behandlung komplizierter Infektionen einschließlich opportunistischer Infektionen im Rahmen einer Immundefizienz	30

Vorläufiger Beratungsstand SKO WB 08/09/02.2021



TOP III g

Sachstandsbericht eLogbuch

Vorgelegt zum 124. Deutschen Ärztetag 2021 (Online)

Berlin, 16.04.2021

Nutzung und Weiterentwicklung des eLogbuchs

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 hatte im Rahmen der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 beschlossen, eine Dokumentation der ärztlichen Weiterbildung über ein elektronisches Logbuch zu etablieren.

Die Bundesärztekammer hat mit einem externen Auftragnehmer ein elektronisches Logbuch entwickelt. Nachdem erste Ärztekammern die MWBO 2018 zum 01.07.2020 in Landesrecht umgesetzt haben, konnte zeitgleich mit der Webanwendung gestartet werden.

Wunschgemäß wurden individuelle Konfigurationsmöglichkeiten für die Ärztekammern geschaffen, um u. a. den unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen Rechnung tragen zu können.

Stand März 2021 findet das eLogbuch in zehn Ärztekammern Anwendung; mehr als 9.015 Nutzer sind bereits registriert. Viele Ärztekammern setzen auf eine Verzahnung des eigenen Portals mit der Webanwendung.

Transparenz ist den zuständigen Gremien wichtig, daher wird im Vorstand der Bundesärztekammer, in der Ständigen Konferenzen der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern, in der Ständigen Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" und in der AG IT kontinuierlich über die Entwicklung des eLogbuchs berichtet. Zudem hat sich ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch etabliert, der es den Ärztekammern ermöglicht, Erfahrungen und Anpassungswünsche einzubringen.

Eine Lenkungsgruppe, die von der Bundesärztekammer initiiert wurde, begleitet die Fortentwicklung und Anpassung der Anwendung. Sie gibt Beschlussempfehlungen an den Vorstand der Bundesärztekammer; die Beratungsergebnisse sind für alle Ärztekammern über Wiki-BÄK einsehbar.

Im Zuge der Weiterentwicklung des eLogbuchs steht u. a. der Anwendungskomfort im Fokus. Die Lenkungsgruppe hat daher ein Konzept zur Evaluierung der Nutzbarkeit des eLogbuchs in Auftrag gegeben.

Zur Unterstützung der Anwendenden hat die Bundesärztekammer einen Support eingerichtet, welcher telefonisch und per E-Mail berät.

Für Weiterbildungsbefugte und Ärztekammern wurde ein Suchfilter in die Webanwendung implementiert, um bei vielen freigegebenen Logbüchern eine strukturierte Darstellung zu ermöglichen.

Auf vielfachen Wunsch wurde die Möglichkeit der Selbsteinschätzung von Weiterzubildenden über die von ihnen erworbenen Kompetenzen aufgenommen. Diese kann der Weiterbildungsbefugte bei seiner Beurteilung einbeziehen.

Ein Demosystem ermöglicht Benutzern z. B. im Rahmen von Schulungen Erfahrungen mit dem eLogbuch zu sammeln, ohne auf das Echtssystem zugreifen zu müssen.

Neu erstellt wurde ein Schnellerfassungsmodus, der es dem Weiterbildungsbefugten erlaubt, die Logbücher der sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte einfach und unkompliziert, mit Maus oder Tastatur, zu bestätigen. Nach Abnahme der Programmierung wird diese Funktion den Anwendern zeitnah zur Verfügung stehen.

Bereits in Planung ist eine Funktion, die es den Weiterzubildenden ermöglicht, Unterschiede zwischen den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern im Logbuch darzustellen.

Zudem soll eine Übersicht über die befugten Ärztinnen und Ärzte mit dem eLogbuch verbunden werden, um dem WBA die Befugtensuche zu erleichtern und den Ärztekammern Plausibilitätskontrollen zu ermöglichen.

In Planung ist ebenfalls eine Archiv-Funktion für die Anwendung, um den Weiterbildungsbefugten die Möglichkeit zu geben, seine bestätigten Logbücher nachträglich einsehen zu können.

Wie vom 122. Deutschen Ärztetag gefordert, wird eine Schnittstelle zur Anbindung von Apps vorgesehen. Insbesondere soll der Datenimport in das eLogbuch von den auf der App gesammelten Daten, z. B. zu durchgeführten Eingriffen, ermöglicht werden.

Die eingebrachten Anregungen aus der Praxis haben zur Weiterentwicklung des eLogbuchs beigetragen. Auch in Zukunft werden diese wertvollen Rückmeldungen das eLogbuch maßgeblich beeinflussen. Ziel ist es, die Webanwendung zu einem modernen Instrument auszubauen, welches zugleich dem Bedarf einer modernen Verwaltung und den Bedürfnissen der User entspricht.