

129. Hauptversammlung 21./22.05.2016 in Hamburg

BESCHLÜSSE

- Nr. 1 Der Ökonomisierung entgegenzutreten – dem individuellen Patienten gerecht werden
- Nr. 2 Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung stärken – Qualitätsverluste durch Ökonomisierung beenden
- Nr. 3 Resolution des Marburger Bundes zur Qualitätssicherung
- Nr. 4 Qualitätsindikatoren
- Nr. 5 Patientensicherheit durch verbindliche Personalvorgaben auf Intensiv- und „Intermediate Care“-Stationen fördern
- Nr. 6 Risikominimierung im Krankenhaus
- Nr. 7 Masterplan 2020: Breite und kompetenzbasierte Ausrichtung des Medizinstudiums statt versorgungsorientierter Ausrichtung auf eine Fachrichtung
- Nr. 8 Arbeiten 4.0 – keine Aufweichung bestehender gesetzlicher und tariflicher Arbeitsschutzstandards
- Nr. 9 Keine untertarifliche Bezahlung ausländischer Ärztinnen und Ärzte!
- Nr. 10 Keine Etablierung einer „Landarztquote“ über die Vorabquote im Zulassungsverfahren zum Medizinstudium
- Nr. 11 Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen
- Nr. 12 Zunehmende Gewalt gegen Ärztinnen/Ärzte
- Nr. 13 Notwendigkeit der gesetzlichen Klarstellung des Begriffs der „Halbtagsbeschäftigung“ – Einheitliche Definition einer Mitgliedschaft in den Kassenärztlichen Vereinigungen
- Nr. 14 Fördervereinbarung Weiterbildung konkretisieren und fortentwickeln
- Nr. 15 Expertenmeinung: Anforderungen und Bedeutung für die Behandlungs- und Fortbildungsqualität definieren
- Nr. 16 Patientensicherheit bei medikamentöser und technischer Therapie stärken

- Nr. 17 Aus Fehlern lernen – Qualität der Krankenhausversorgung erhöhen
- Nr. 18 Organisationsverantwortliche von Kliniken auch strafrechtlich in die Verantwortung nehmen
- Nr. 19 Methodische Kompetenz fördern
- Nr. 20 Famulaturen in allen Institutionen und Fachdisziplinen ermöglichen
- Nr. 21 Strahlenschutzkurse ins Medizinstudium integrieren
- Nr. 22 Einstellung von Lehrmaterialien in das Intranet an Hochschulen nach § 52a UrhG – Pauschalvergütung statt nutzungsbezogener Einzelabrechnung
- Nr. 23 Kommunikation gehört zum lebenslangen Lernen
- Nr. 24 Klare Regeln für ergänzende Weiterbildungsmöglichkeiten
- Nr. 25 Mindestweiterbildungszeiten
- Nr. 26 Digitale Bibliotheken als Zulassungsvoraussetzung für Weiterbildungsstätten
- Nr. 27 Anerkennung von Weiterbildungsgängen und -abschnitten im Ausland
- Nr. 28 Interessenskonflikte von Organisationen offen legen
- Nr. 29 Zertifizierte Fortbildung ist keine Beratertätigkeit für den Sponsor
- Nr. 30 Arztkittel sind im Krankenhaus auch weiterhin unverzichtbar
- Nr. 31 Mit Magnus-Hirschfeld-Sonderbriefmarke ein weitreichendes Zeichen setzen
- Nr. 32 Satzungsänderung
- Nr. 33 Sitzungstermine des Sprecherrates der Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung in engen Ausnahmefällen auch samstags ermöglichen

Beschluss Nr. 1 Der Ökonomisierung entgegentreten – dem individuellen Patienten gerecht werden

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Mit seiner Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ hat der Deutsche Ethikrat eine ausgezeichnete Analyse der Krankenhausbehandlung in Deutschland vorgelegt und wichtige Impulse zur Verbesserung der Patientenversorgung gegeben. Der Marburger Bund begrüßt, dass der Ethikrat die Notwendigkeit einer individuellen Behandlung und Betreuung der Patienten in das Zentrum seiner Betrachtungen gestellt hat und damit einen klaren Kontrapunkt zu den Ökonomisierungstendenzen im Gesundheitswesen setzt. In einem vor allem auf Effizienz und Effektivität getrimmten DRG-Vergütungssystem wird der Patient vorwiegend als ein pauschalierter Behandlungsfall wahrgenommen, das individuelle Patientenwohl tritt faktisch in den Hintergrund. Deshalb unterstützt der Marburger Bund mit Nachdruck die Empfehlung des Ethikrates, für alle Behandlungsfälle kostenadäquate Finanzierungen sicherzustellen und dabei zu prüfen, unter welchen Bedingungen Fälle, Fallgruppen oder Patientengruppen außerhalb der Fallpauschalen zu finanzieren sind.

Besonders hervorzuheben ist die Empfehlung des Rates, eine bessere Kommunikation im Krankenhaus sicherzustellen und den dafür notwendigen zeitlichen und organisatorischen Aufwand bei den Vorgaben für die Vergütung innerhalb des DRG-Systems entsprechend zu berücksichtigen. Mit Nachdruck unterstützt der Marburger Bund die Forderung des Rates, die gesetzlichen Dokumentationspflichten im Krankenhaus zu vereinfachen, um mehr Zeit für die Patientenversorgung zu gewinnen. Die Mitgliederbefragungen des Marburger Bundes zeigen seit Jahren, dass die ausufernde Bürokratie Ärztinnen und Ärzten Zeit nimmt, die sie für eine den individuellen Bedürfnissen der Patienten gerecht werdende Behandlung dringend brauchen.

Beschluss Nr. 2 Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung stärken – Qualitätsverluste durch Ökonomisierung beenden

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Zwölf Jahre nach der Einführung des G-DRG-Systems als Abrechnungsgrundlage mit paralleler Ökonomisierung der Medizin sieht der Marburger Bund heute mit großer Sorge die negativen Folgen dieses Systems.

Das G-DRG-System setzt Anreize zur Fallzahlsteigerung und zu sachkostenintensiven Prozeduren. Der systembedingte Konkurrenzkampf der Krankenhäuser untereinander führt zu einer permanenten ökonomischen Wachstumsstrategie bei gleichzeitigem Kostensenkungswettbewerb zu Lasten der Beschäftigten. Insbesondere im Bereich der Pflege wurden Stellen abgebaut und unter dem Diktat der Effizienzsteigerung wird die persönliche Zuwendung zum Patienten als idealistische Wunschvorstellung bagatellisiert. Dies führt zur Aushöhlung des Fürsorgemodells in der Pflegenden-Patient-Beziehung und zum Verlust der intrinsischen Motivation. Gleichzeitig bedroht die Ökonomisierung die ärztliche Profession in ihrer Autonomie. Nicht nur explizite Regelungen in ärztlichen Arbeitsverträgen, auch impliziter Druck durch Benchmarking oder Kopplung von Stellenbesetzungen an Fallzahlsteigerungen setzen Ärztinnen und Ärzte unter Druck, ihre ärztlichen Entscheidungen nicht mehr ausschließlich am Wohl der Patientinnen und Patienten, sondern auch an ökonomischen Vorgaben auszurichten. Ärztliche Tätigkeit wird reduziert auf das Erbringen einer medizinischen Leistung.

Die Folgen dieser fehlgeleiteten Ökonomisierung der Medizin sind ein reduziertes Engagement oder gar der Verlust motivierter Fachkräfte, verbunden mit Einbußen an

Qualität und Versorgungsgerechtigkeit durch Über-, Unter- und Fehlversorgung. Das Ziel einer finanzierbaren und qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung wird damit verfehlt.

Die strukturelle Abschaffung des Gesprächs mit Zuwendung und Anteilnahme durch die Zeitökonomie wird auch von den Patientinnen und Patienten als Qualitätsverlust wahrgenommen und thematisiert. Konsequenz seitens der Politik ist die Qualitätsoffensive, deren Umsetzung in Form von Datengewinnung aus Indikatoren nun noch mehr Hände weg vom Patienten hin zum Schreibtisch bringt und somit das Gegenteil des Ziels erreicht.

Die Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert den Gesetzgeber auf, sich zur Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten stationären Versorgung als einer staatlichen Pflichtaufgabe zu bekennen. Hierzu gehört die Krankenhausplanung mit strukturellen und personellen Vorgaben sowie deren Finanzierung. Ebenso fordert der Marburger Bund die Abschaffung des G-DRG-Systems oder anderer analoger Abrechnungssysteme (z. B. PEPP) als alleinige Abrechnungsgrundlage.

Die Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland auf, sich gemeinsam gegen die Entmenschlichung der Krankenversorgung zu stellen und sich stets ihres freien Berufes und der Unabhängigkeit ihrer ärztlichen Entscheidung gemäß § 2.1 unserer Berufsordnung bewusst zu sein: "Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können."

Beschluss Nr. 3 Resolution des Marburger Bundes zur Qualitätssicherung

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die gesetzliche Qualitätssicherung bescheinigt den meisten deutschen Krankenhäusern seit Jahren ein hohes Qualitätsniveau. Dennoch hat die Bundesregierung eine Qualitätsoffensive angekündigt und zur Umsetzung das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) gegründet. Qualitätskriterien sollen in die Landeskrankenhausplanungen einfließen und Teil des Vergütungssystems werden. Was aber eine qualitativ hochwertige Krankenhausbehandlung ausmacht und nach welchen Kriterien dies beurteilt werden soll, ist noch nicht definiert.

Die Qualität einer medizinischen Behandlung wird vom Patienten nach subjektiven Kriterien bewertet und oft mit dem Behandlungserfolg gleichgesetzt. Dabei wird vernachlässigt, dass auch bei optimaler Behandlung oft keine Heilung erreicht werden kann. Gleichzeitig wird seitens des Gesetzgebers suggeriert, dass eine objektive Qualitätsbewertung möglich sei. Der G-BA soll bis Ende diesen Jahres Qualitätskriterien in diesem Sinne definieren.

Die Forderung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung wird vom Marburger Bund unterstützt. Der Fokus sollte jedoch nicht auf der Qualitätsmessung, sondern auf der Qualitätsverbesserung liegen und alle Sektoren des Gesundheitswesens mit einbeziehen. Die derzeitig geführte Diskussion wird von extern mit einem Fokus auf die Ergebnisqualität geführt und suggeriert, dass bei guter Ergebnisqualität und ausreichender Risikoadjustierung automatisch der gesamte Behandlungsprozess erfasst ist.

Folgende Aspekte werden jedoch gar nicht oder nur unzureichend berücksichtigt:

Die Mortalität als ein Ergebniskriterium hängt in besonderem Maße von der Risikoadjustierung ab. Wenn Einflussparameter, wie beispielsweise „Nachfrage nach Patienten-

verfügungen“, nicht erfasst werden, ergeben sich keine validen Daten. Prozeduren/Abteilungen mit geringer Mortalität können gar nicht bewertet werden (z. B. Augeneheilkunde). Wenn mehr Einflussfaktoren berücksichtigt werden, steigt die Vergleichbarkeit von Daten, aber auch der Dokumentationsaufwand. Die arbeitstägliche, zeitliche Belastung für bürokratischen Aufwand beträgt bereits mehr als 30 % der ärztlichen Arbeitszeit, die somit nicht mehr der Patientenversorgung zur Verfügung steht. Eine Zunahme des Dokumentationsaufwandes ist insbesondere in Zeiten eines Fachkräftemangels im Gesundheitswesen nicht akzeptabel. Die Qualitätssicherungsdaten, die verpflichtend landes- oder bundesweit ohnehin erfasst werden („BQS“), eignen sich in vielen Bereichen nicht zu einer Bewertung der qualitativen Versorgung, da nur Teilaspekte erfasst werden. Dennoch sollten diese Daten dazu dienen, dass Kliniken, die nach diesem System besonders gute Ergebnisse vorlegen, auditiert werden, um zu erkennen, welche Maßnahmen zu den guten Ergebnissen geführt haben („von den Besten lernen“).

Wenn die Ergebnisqualität gemessen werden soll, gehört dazu auch zwingend eine Nachverfolgung der Patienten (beispielsweise ein Jahr nach Entlassung), da die dokumentierte Ergebnisqualität zum Entlassungszeitpunkt kein sicherer Parameter für den weiteren Verlauf darstellt.

Ein einseitiger Fokus auf die Ergebnisqualität vernachlässigt die Behandlungsqualität (Prozessqualität) und insbesondere die Indikationsqualität unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten. Die Indikationsqualität wird aber zunehmend nicht nur durch die ärztliche Qualifikation, sondern auch durch den ökonomischen Druck beeinflusst, der auf Ärztinnen und Ärzten lastet. Die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung ist als wichtiger Qualitätsparameter somit mehr in den Fokus zu stellen. Nur durch eine ausschließlich am Patientenwohl orientierte, medizinisch ausgewogene Indikationsstellung erfährt der Patient keine Mangelversorgung oder Übertherapie. Das Problem ist im Wesentlichen nicht, dass der richtige Eingriff falsch gemacht wird, sondern dass der falsche Eingriff richtig gemacht wird. Gerade Letzteres würde durch die Messung der Ergebnisqualität noch belohnt.

Patientenbefragungen über die Qualität der ärztlichen und pflegerischen Versorgung in deutschen Krankenhäusern zeigen ein eindeutiges Ergebnis: Das Personal hat zu wenig Zeit für die individuelle Betreuung der Patienten.

Deshalb fordert der Marburger Bund den Gesetzgeber auf:

- Der Fokus darf nicht auf der Qualitätsmessung, sondern muss auf der Qualitätsverbesserung liegen. Eine Verbesserung der Patientenversorgung lässt sich nur mit einer ausreichenden Anzahl von gut qualifiziertem Personal erreichen. Grundvoraussetzungen hierfür sind:
 1. Festlegung von Personalmindeststandards
 2. Erhöhung der Medizinstudienplatzkapazitäten an staatlichen Universitäten
 3. Gewinnung von Nachwuchs und attraktivere Arbeitsbedingungen für die Pflege
- Eine weitere Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ist die Definition von abteilungsspezifischen Strukturen, die über die Krankenhausplanung der Länder eingefordert werden muss.
- Die Stärkung der regionalen Versorgungsplanung sollte zur Vermeidung von Über- und Unterversorgung beitragen und verhindern, dass Versorgungsanbieter nur auf finanziell lukrative Leistungen fokussieren.
- Die verfasste Ärzteschaft ist bei der Entwicklung von Qualitätsparametern zu beteiligen. Ebenso müssen aus den „Fehlversuchen“ anderer Länder (USA, England, Niederlande) Konsequenzen gezogen werden.
- Ein 'Peer Review' nach den Vorgaben der Bundesärztekammer ist als hervorragend geeignete Qualitätsverbesserungsmaßnahme in allen Kliniken zu fördern.

- Die Qualität der ärztlichen Weiterbildung ist nur durch ausreichende Zeitkontingente der Weiterbilder sicherzustellen. Weiterbildung muss finanziert und von den Ärztekammern auch vor Ort überprüft werden.
- Die Kosten von geplanten Qualitätsmessungen (ärztliche Arbeitszeit) müssen vorab transparent dargestellt werden, um eine faire Diskussion über die Verteilung der begrenzten Ressourcen zu ermöglichen.
- Qualitätsmessung darf nicht zur Umsetzung des politischen Wunsches nach Kapazitätsabbau/Kostenreduktion missbraucht werden. Selbst bei Annahme eines derzeit vorliegenden geringen Überangebots an Krankenhausbetten in einigen Bereichen wird in wenigen Jahren auf Grund der demographischen Entwicklung, dem medizinischen Fortschritt und des Zuzugs von Migranten eine Unterversorgung vorliegen.

Beschluss Nr. 4 Qualitätsindikatoren

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert den Gesetzgeber und die Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen auf, folgende Aspekte im Rahmen der Qualitätsoffensive umzusetzen:

- genügend fachlich qualifiziertes Personal vorzuhalten und Personalmindeststandards zu definieren;
- interdisziplinäre Teambesprechungen aufzubauen und strukturiert zur Reflektion des ärztlichen Handelns einzusetzen;
- Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sektorenübergreifend zu definieren und umzusetzen;
- die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung ohne Einflussnahme durch ökonomischen Druck zu sichern;
- valide und reliable Qualitätsindikatoren unter Beteiligung der verfassten Ärzteschaft zu definieren;
- Aspekte des Qualitätsmanagement vermehrt in Aus-, Fort- und Weiterbildung zu berücksichtigen und zu fördern;
- die notwendigen Daten zur Qualitätsverbesserung aus Routinedaten und vorhandenen Daten ohne vermehrte Bürokratie zu gewinnen;
- die Mehrbelastung aufgrund des angewandten Qualitätsmanagement samt ihren Kosten transparent zu machen und gegenzufinanzieren;
- eine Verknüpfung von Qualität mit ökonomischen Parametern wie Zu- und Abschlägen nicht anzuwenden.

Beschluss Nr. 5 Patientensicherheit durch verbindliche Personalvorgaben auf Intensiv- und „Intermediate Care“-Stationen fördern

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes möge beschließen:

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, seiner Verpflichtung aus § 136c (4) SGB V¹ nachkommend folgende Personalschlüssel für Intensiv- und IMC-Stationen verbindlich festzulegen:

1. Pflegekräfte

- Eine Pflegekraft auf einer Intensivstation für Erwachsene darf maximal 2 Patienten betreuen.
- Eine Pflegekraft auf einer „Intermediate Care“-Station darf maximal 4 Patienten betreuen.
- Bei aufwändigen Organ-Ersatztherapien (z. B. ECMO) ist eine 1:1-Betreuung Pflicht.
- Das Verhältnis von Fach-Pflegekräften für Intensivmedizin und weniger qualifizierten (examinierten) Pflegekräften darf 1:1 nicht unterschreiten.

2. Ärztliches Personal²

- Für 8 bis 12 Betten einer Intensivstation sind (bei einer 40 Stunden-Woche) mindestens sieben Arztstellen (VK) erforderlich, neben der Stelle des Leiters und dessen Ausfallkompensation.
- Die ärztliche unmittelbare Präsenz ist auf einer Intensivstation rund um die Uhr sicherzustellen.
- Spezielle Situationen und Zusatzaufgaben (schwere Verbrennungen, extrakorporale Organersatzverfahren, Reanimationsteam, Schockraumabdeckung, Intensivtransporte, u. ä.) bedingen einen höheren ärztlichen Stellenschlüssel.
- Die ärztliche Leitung einer Intensivstation muss die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin vorweisen und hauptamtlich auf der Intensivstation tätig sein.
- Für die ärztliche Leitung einer neonatologischen Intensivstation ist die Schwerpunktqualifikation Neonatologie erforderlich.
- Auf einer Intermediate Care-Station ist keine ständige ärztliche Präsenz erforderlich, es muss jedoch eine unmittelbare Verfügbarkeit eines intensivmedizinisch erfahrenen Arztes sichergestellt sein³.

3. Allgemein

- Jede Klinik, die im Krankenhausbedarfsplan aufgeführt ist, hat mit einem Ausfallkonzept sicherzustellen, dass diese Personalschlüssel auch bei kurzfristigem Krankheitsausfall eingehalten werden.
- In Notfällen (über das üblicherweise erwartbare Maß hinausgehende Patientenaufkommen) vorkommende Abweichungen von diesen Vorgaben sind im jährlichen Qualitätsbericht zu veröffentlichen.

¹ § 136c (4) SGB V: „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen differenziert festzulegen.“

² Jorch G et al (2010) Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. Beschluss des Präsidiums der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010 http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011_StrukturempfehlungLangversion.pdf

³ DGAI: Empfehlungen, Entschlüsse, Vereinbarungen; <http://bda.de/docman/alle-dokumente-fuersuchindex/oeffentlich/empfehlungen/602-intermediate-care-entwicklung-definition-ausstattung-organisation-und-moegliche-loesungen.html>

Beschluss Nr. 6 Risikominimierung im Krankenhaus

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, in Forschung zur Risikominimierung zu investieren. Zwar sind im Gesundheitswesen durch Ärzteschaft, Krankenhausträger und Haftpflichtversicherer verschiedene Ansätze zur Risikominimierung in Teilbereichen implementiert worden, aber es fehlt ein systematischer Ansatz wie in anderen Hochrisikobereichen.

Qualität in der Gesundheitsversorgung bedeutet vor allem Risikominimierung. Ein solcher Ansatz würde helfen klarzustellen, in welchen Bereich sinnvoll investiert werden muss, um die Qualität der Versorgung zu sichern und um für deren weitere Verbesserung zu sorgen.

Anders als im Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) bisher angedacht, würden so echte Ansätze zur Qualitätsverbesserung der Versorgung die Folge sein, anstelle von reinen "Pay for Performance"-Ansätzen, die nur schlechte Qualität finanziell bestrafen.

**Beschluss Nr. 7 Masterplan 2020: Breite und kompetenzbasierte Ausrichtung
des Medizinstudiums statt versorgungsorientierter
Ausrichtung auf eine Fachrichtung**

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Das Medizinstudium sollte von Beginn an universell und kompetenzbasiert gestaltet werden sowie sich mehr am späteren Alltag in den Kliniken und Einrichtungen der ambulanten Versorgung ausrichten. Die Studierenden müssen fächerübergreifend ausgebildet werden und von Beginn an mit Patienten und realen Behandlungsgeschehen in Berührung kommen. Vor allem während des klinischen Teils des Studiums besteht sonst die Gefahr, dass u. a. basiswissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlagen, betriebswirtschaftliche Aspekte und Kommunikationsfähigkeiten in der studentischen Ausbildung nicht mehr ausreichend Berücksichtigung finden.

In der derzeitigen Debatte um den „Masterplan Medizinstudium 2020“ darf der Fokus nicht ausschließlich auf die landärztliche Versorgung und ihre Versorgungsengpässe gerichtet werden, sondern Ziele müssen eine Verbesserung der Ausbildung insgesamt unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus Modellstudiengängen und eine kurzfristige Erhöhung der Studienplatzkapazitäten um mindestens 10 % sein. Zu einem guten Arzt werden angehende Mediziner durch eine breit gefächerte Ausbildung und nicht durch verpflichtende Abschnitte in der Allgemeinmedizin. Jede Form von Zwang wird nicht zu dem vom Gesetzgeber gewünschten Ergebnis führen.

**Beschluss Nr. 8 Arbeiten 4.0 – keine Aufweichung bestehender gesetzlicher
und tariflicher Arbeitsschutzstandards**

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund erwartet vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), dass die bestehenden verbindlichen gesetzlichen Standards zum Schutz von Arbeitnehmern nicht angesichts eines behaupteten Flexibilisierungsbedarfes preisgegeben werden. Insbesondere die Regelungen des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) ermöglichen im Zusammenspiel mit der tariflichen Regelungskompetenz der Tarifpartner bereits jetzt ein Höchstmaß an arbeitgeberseitiger Flexibilität bei gleichzeitigem Schutz der Arbeitnehmer und gewährleisten einen nachhaltigen Interessenausgleich.

Beschluss Nr. 9 Keine untertarifliche Bezahlung ausländischer Ärztinnen und Ärzte!

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die vom Marburger Bund mit den Krankenhausarbeitgebern vereinbarten Tarifverträge müssen ausnahmslos zur Anwendung kommen und gelten selbstverständlich auch für ausländische Ärztinnen und Ärzte mit einer Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung. Wenn eine Zulassung zur Heilkunde im Rahmen der Bundesärzteordnung erfolgt ist, müssen für alle Ärzte die gleichen Tarifbedingungen gelten, unabhängig davon, wo sie ihre Ausbildung absolviert haben. Forderungen einzelner Krankenhausträger, ausländische Ärzte mit einer Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung vom Geltungsbereich des entsprechenden Ärzte-Tarifvertrages auszunehmen, weist der Marburger Bund entschieden zurück. Tarifverträge gelten für alle angestellten Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern. Wer hier Ausnahmen fordert, ebnet den Weg zu einer systematischen untertariflichen Bezahlung bestimmter Gruppen von Ärzten. Der Marburger Bund fordert deshalb die Verantwortlichen in den Krankenhäusern auf, von diskriminierenden Überlegungen Abstand zu nehmen, die auf den Sonderstatus eines schlecht bezahlten „Migrantenarztes“ hinauslaufen.

Beschluss Nr. 10 Keine Etablierung einer „Landarztquote“ über die Vorabquote im Zulassungsverfahren zum Medizinstudium

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund spricht sich gegen die Einführung einer „Landarztquote“ im Rahmen der Vorabquote der Zulassung zum Medizinstudium nach § 32 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 HRG aus und fordert ein von Versorgungsgesichtspunkten vollständig unabhängiges Auswahlverfahren.

Beschluss Nr. 11 Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund betrachtet mit Sorge, dass im Rahmen der Vertragsbedingungen von leitenden und Chefarzten bei sogenannten Zielvereinbarungen zunehmend unternehmerische Risiken der Krankenhausträger, wie auch das Erreichen von konkreten Leistungsvorgaben, zum Vertragsgegenstand gemacht werden. In diesem Zusammenhang bleibt festzustellen, dass auch Ärzte mit Leitungsfunktionen in einem Arbeitsverhältnis stehen, bei dem vom Arbeitgeber die Vergütung der geleisteten Arbeitszeit geschuldet ist und nicht wie bei einem Werkvertrag vom Arzt das Erreichen bestimmter Leistungserfolge. Der Arzt schuldet die Heilbehandlung nicht einem bestimmten wirtschaftlichen Erfolg.

Daher müssen die Vertragsbedingungen angestellter Ärzte inhaltlich so ausgestaltet sein, dass die ärztliche Tätigkeit unabhängig nach den sozialversicherungsrechtlichen Grundsätzen ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher, das Maß des Notwendigen nicht überschreitender Leistungserbringung erfolgen kann. Dies muss aber eine auf den Einzelfall bezogene, unabhängige ärztliche Entscheidung bleiben, die nicht durch summarische betriebswirtschaftliche Vorgaben und darauf basierende finanzielle Anreize gegängelt wird.

Es bedarf daher konkreter Festlegungen, welche im Rahmen von Zielvereinbarungen verwendeten Vertragsklauseln unzulässig sind. Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, dies in Verhandlungen mit der deutschen Krankenhausgesellschaft festzulegen. Die bestehenden Vereinbarungen sind insoweit nicht ausreichend konkretisiert.

Sofern dieses Ziel auf dem gesetzlich vorgesehenen Verhandlungsweg nicht erreicht werden kann, bleibt der Gesetzgeber selbst aufgefordert, entsprechend tätig zu werden und festzulegen, welche Vertragsklauseln unzulässig sind.

Beschluss Nr. 12 Zunehmende Gewalt gegen Ärztinnen/Ärzte

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Aufgrund zunehmender Gewalt gegenüber Ärztinnen/Ärzten und anderem medizinischen Personal sollte das Thema Deeskalationstraining bereits im Studium beginnend, während der Weiterbildung und weiterhin im Klinikalltag thematisiert werden.

Beschluss Nr. 13 Notwendigkeit der gesetzlichen Klarstellung des Begriffs der „Halbtagsbeschäftigung“ – Einheitliche Definition einer Mitgliedschaft in den Kassenärztlichen Vereinigungen

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Bundesregierung auf, den Begriff der „Halbtagsbeschäftigung“ in § 77 Abs. 3 S. 2 SGB V im Sinne einer einheitlichen Rechtsauslegung und -anwendung in den Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich klar im Sinne des Bedarfsplanungsrechtes zu definieren.

Hierzu sollte entweder § 77 Abs. 3 Satz 2 SGB V komplett gestrichen oder das Wort „halbtags“ durch „im Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrages“ ersetzt werden.

Beschluss Nr. 14 Fördervereinbarung Weiterbildung konkretisieren und fortentwickeln

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund begrüßt, dass wesentliche Teile der Fördervereinbarung Weiterbildung nach § 75a SGB V offensichtlich konsentiert sind. Der Marburger Bund hat stets darauf hingewiesen, dass auch die Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung im ambulanten Bereich ärztlich tätig und Teil der Gesundheitsversorgung sind. Der Marburger Bund hat ebenfalls stets darauf hingewiesen, dass auch sich weiterbildende Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen ein Arbeitsentgelt zu erhalten haben, das dem tarifvertraglichen Entgelt aus vergleichbaren ärztlichen Tätigkeiten im Krankenhaus entspricht. Der Marburger Bund sieht aber noch unbedingten Handlungsbedarf in folgenden Punkten:

1. Es muss vertraglich festgehalten werden, dass die in Aussicht gestellte dynamische Bindung der Fördergelder an die im Krankenhaus übliche Vergütung sowohl im Bereich der Allgemeinmedizin, also auch der grundversorgenden Fächer, gesichert ist. Der hierfür zuständigen Lenkungsgruppe sollte auch der Marburger Bund als Tarifvertragspartei im stationären Sektor als ständiger Sachverständiger angehören. Nur so kann sichergestellt werden, dass auch weitere tarifvertraglich gesicherte Standards in den stationären Arbeitsbedingungen neben der Vergütung auf den ambulanten Bereich übertragen

werden. Hierzu hat der Marburger Bund bereits einen Standardanstellungsvertrag entwickelt, der bis zum Abschluss von Tarifverträgen entsprechend dem Beschluss IV – 38 neu des 116. DÄT in Hannover den Tarifkonditionen aus dem TV-Ärzte/VKA zur Anwendung kommen soll.

2. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen zur Finanzierung des Anhebungsbetrages nach § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V zeitnah Festlegungen im Verteilungsmaßstab nach § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV treffen, damit die vom Gesetzgeber festgelegte Angleichung an den Vergütungsstandard im stationären Bereich unmittelbar nach Inkrafttreten der Vereinbarung durch den einzelnen Arbeitgeber auch realisiert werden kann.
3. Es ist weiterhin zu vereinbaren, dass eine Rückforderung von Fördergeldern von den Ärztinnen und Ärzten, wie sie bis dato einige Kassenärztliche Vereinigungen praktizieren, unter keinen Voraussetzungen zulässig ist. Solche Rückzahlungspflichten widersprechen dem Grundsatz des § 75a Abs. 1 SGB V, wonach für geleistete Arbeit auch die im Krankenhaus übliche Vergütung zu zahlen ist.
4. Der Marburger Bund sieht die Einrichtung eigener Einrichtungen zur Förderung von Qualität und Effizienz (FQE) sowie die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung vor dem Hintergrund der Umlenkung von bis zu 5 % der Fördersumme kritisch. Es muss geprüft werden, ob für die FQE vorgesehenen spezifischen Aufgaben nicht durch die bereits vorhandenen Koordinierungsstellen der Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen unter entsprechender Finanzierungsunterstützung mit übernommen werden können, um eine weitere Aufblähung des Verwaltungsapparates durch Doppelstrukturen und zur Nutzung bereits vorhandener Kompetenz zu vermeiden.

Beschluss Nr. 15 Expertenmeinung: Anforderungen und Bedeutung für die Behandlungs- und Fortbildungsqualität definieren

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund tritt dafür ein, dass verbindliche formale und inhaltliche Anforderungen an einen „medizinischen Experten“ definiert werden. Hierzu muss innerärztlich ein Verfahren festgelegt werden, wie diese Anforderungen transparent zu machen sind. Institutionen, die in ihre Entscheidungen Expertenmeinungen einbeziehen, werden aufgefordert, die zugrunde liegenden Auswahlkriterien und den Umfang der inhaltlichen Berücksichtigung öffentlich zu machen.

Die Meinung medizinischer Experten gewinnt im Rahmen der Medizin immer mehr an Bedeutung, insbesondere

- in der Patientenversorgung,
- im Rahmen der ärztlichen Fortbildung,
- für Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Für die Mehrheit alltäglicher Problemstellungen in der Krankenversorgung existieren vielfach keine Handlungsempfehlungen aus randomisierten Studien, sondern lediglich auf dem methodischen Niveau der sog. „Expertenmeinung“.

Auch im Rahmen der ärztlichen Fortbildung wird zunehmend auf Expertenwissen abgestellt.

Für Entscheidungen des G-BA dient die Beteiligung externer Sachverständiger zur Vermittlung von Informationen zu einem relevanten Indikationsgebiet und zur Versorgungsrealität.

Der Marburger Bund verweist in diesem Zusammenhang auf ein vom IGES-Institut erstelltes Gutachten „Auswirkungen von Stellungnahmen der Wissenschaft in der Nutzenbewertung von Arzneimitteln“, das sich mit den quantitativen und qualitativen Anforderungen an Experten auseinandersetzt und deren Transparenz im Rahmen des Bewertungsprozesses des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) kritisiert.

Beschluss Nr. 16 Patientensicherheit bei medikamentöser und technischer Therapie stärken

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Bundesregierung auf, zur Stärkung des Patientenschutzes vor unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) geeignete Maßnahmen zu ergreifen, zum Beispiel durch die Einführung von Meldepflichten. Therapeutische Entscheidungen beruhen immer auf einer Nutzen-Risiko-Abwägung. Während ein nachgewiesener Nutzen in der Regel Grundlage der Zulassung von Arzneimitteln ist, stellt sich das ganze Ausmaß von UAW erst in der Anwendung des Arzneimittels unter Langzeitbedingungen und/oder bei von den Zulassungsstudien nicht erfassten Patientenkollektiven heraus. Im Gegensatz zur Arzneimittelzulassung existiert für UAW kein äquivalentes Regelwerk, das die notwendige Dokumentation klinischer Daten vorschreibt.

Daher muss die Pharmaindustrie nachdrücklich angehalten werden, ihren Verpflichtungen zur zeitgerechten Publikation klinischer Daten aus abgeschlossenen Studien in der Datenbank der European Medicines Agency (EMA) nachzukommen.

Weiterhin unterstützt der Marburger Bund Bestrebungen auf EU-Ebene, wonach auch schwerwiegende Vorkommnisse beim Einsatz von Medizinprodukten zukünftig den Behörden automatisch gemeldet werden und die Hersteller alle Vorkommnisse dokumentieren sowie auf Verlangen an die Behörden weitergeben müssen.

Der Marburger Bund betont, dass für alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus die sich aus der ärztlichen Berufsordnung ergebende Pflicht besteht, unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu melden.

Beschluss Nr. 17 Aus Fehlern lernen – Qualität der Krankenhausversorgung erhöhen

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die öffentlich zugänglichen Untersuchungsberichte^(1, 2, 3) zu dem Skandal um das Klinikum Stafford (GB) auf folgende Fragestellungen hin zu untersuchen und die Ergebnisse der Untersuchung binnen eines Jahres zu veröffentlichen:

1. Sind Fehlermuster erkennbar, die auch in Deutschland denkbar wären?
2. Können bzw. müssen die im Berwick-Report⁽¹⁾ erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen – für das deutsche Gesundheitssystem adaptiert – auch hierzulande implementiert werden?

Hintergrund:

Anfang der 2000er Jahre kamen im NHS-Klinikum Stafford, dessen Träger unter erheblichem finanziellem Druck stand, etliche Patienten zu Schaden, weil sie nicht nach dem gebotenen medizinischen Standard behandelt wurden. Das lange Leugnen der Missstände durch den Träger führte zu einem öffentlichen Skandal, der eine parlamentarische Unter-

suchung nach sich zog. Die Untersuchungsberichte sind öffentlich einsehbar. Zitate aus dem Abschlussbericht⁽³⁾:

„Der Bericht hat zahllose Warnzeichen identifiziert, die als Gesamtheit bzw. in einigen Fällen auch alleine das System hätten alarmieren können und müssen, dass der Trust [Träger der Klinikums Stafford] eine problematische Entwicklung durchmachte. Dass das nicht der Fall war, hat mehrere Ursachen, darunter:

- Eine Kultur, die auf die Bedürfnisse des Systems ausgerichtet war und nicht auf die der Patienten.
- Eine Unternehmenskultur, die positiven Nachrichten über die Leistungen mehr Gewicht gab als Informationen, die Anlass zur Besorgnis hätten geben können.
- Standards und Methoden zur Leistungsbewertung, die nicht auf den Effekt auf die Patientenversorgung abzielten.
- Eine zu große Toleranz gegenüber unzulänglichen Standards und Risiken für Patienten.
- Das Fehlen einer effektiven Kommunikation zwischen den vielen Bereichen, die ihr Wissen um Probleme hätten teilen müssen.
- Die Annahme, dass Überwachung, Leistungskontrolle oder Interventionen in der Verantwortung anderer läge.
- Die Unfähigkeit, sich der Herausforderung zu stellen, eine positive Kultur aufzubauen, besonders in der Pflege, aber auch innerhalb der Ärzteschaft.
- Die Unfähigkeit, bis in jüngste Vergangenheit das Risiko zu bedenken, dass die wiederholten Reorganisationen auf allen Ebenen einen zerstörerischen Verlust der Unternehmenstradition und der Unternehmensziele zur Folge haben könnten“.

¹ Berwick D (August 2013): *A promise to learn – a commitment to act. Improving the Safety of Patients in England. National Advisory Group on the Safety of Patients in England*

² Francis R (2010) *Independent inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust January 2005 – March 2009; Volume I+II; ISBN: 9780102964394*

³ Francis R (2013) *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Executive summary; ISBN: 9780102981476*

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffspublicinquiry.com/sites/default/files/report/Executive%20summary.pdf>

Beschluss Nr. 18 Organisationsverantwortliche von Kliniken auch strafrechtlich in die Verantwortung nehmen

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert die Bundesregierung auf, die Tütereigenschaft im Strafrecht auf Institutionen auszudehnen, die Gesundheitsleistungen im eigenen Namen anbieten und erbringen lassen. Als Vorbild kann der „Corporate Manslaughter Act“ dienen, der 2008 in Großbritannien in Kraft trat und alle Unternehmen betrifft, auf deren Tätigkeit britisches Recht Anwendung findet. Danach können Unternehmen strafrechtlich belangt werden, wenn grobe Organisationsfehler zu einem tödlichen Ausgang führen. Vorgesehen sind drei Sanktionsarten:

1. Geldstrafe (nach oben offen)
2. Verpflichtung zur Veröffentlichung von Verschulden und Strafe
3. Verpflichtung zur Implementierung von Compliance-Maßnahmen.

Beschluss Nr. 19 Methodische Kompetenz fördern

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die konsequente und flächendeckende Integration von methodisch orientierten Lehrveranstaltungen in das Medizinstudium.

Die Integration soll ohne eine Erhöhung der Gesamtstundenzahl erfolgen, um eine Mehrbelastung der Studierenden zu vermeiden. Ziel ist es, die Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens zu vermitteln. Diese sollte möglichst früh erfolgen, um anhand klinischer Praxis im Laufe des Studiums vertieft werden zu können.

Die adäquate Einordnung von externer Evidenz in den klinischen Entscheidungsprozess setzt nicht nur klinische Erfahrung, sondern auch eine hinreichende methodische Kompetenz voraus. Hier zeigen sich im Alltag der Fortbildungspraxis und auch in der jungen Medizinergeneration deutliche Lücken. Dieses Problem wird immer dann noch verschärft, wenn Medizinstudierende sehr frühzeitig im Rahmen des Medizinstudiums mit diagnostischen und therapeutischen Konzepten konfrontiert werden, ohne das notwendige methodologische Rüstzeug gelernt zu haben. Die Lehrinhalte sollten sich dabei am Nationalen Kompetenz-basierenden Lernzielkatalog (NKLM) orientieren.

Beschluss Nr. 20 Famulaturen in allen Institutionen und Fachdisziplinen ermöglichen

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Das Ableisten von Famulaturen soll in allen klinischen Institutionen möglich sein.

Beschluss Nr. 21 Strahlenschutzkurse ins Medizinstudium integrieren

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund appelliert an das Bundesministerium für Gesundheit, die Fachkurse für Strahlenschutz soweit als möglich in das Studium der Humanmedizin als verpflichtenden Lerninhalt in die Approbationsordnung aufzunehmen.

Beschluss Nr. 22 Einstellung von Lehrmaterialien in das Intranet an Hochschulen nach § 52a UrhG – Pauschalvergütung statt nutzungsbezogener Einzelabrechnung

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Kultusministerkonferenz (KMK) der Länder und die VG Wort auf, in dem künftigen Gesamtvertrag über die Vergütung der Nutzungen gemäß § 52a Urheberrechtsgesetz (UrhG) an Hochschulen keine Abrechnung auf Basis einer Einzelerfassung und -meldung vorzusehen, sondern weiterhin eine Pauschalvergütung zu vereinbaren.

Beschluss Nr. 23 Kommunikation gehört zum lebenslangen Lernen

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient gehört zur ärztlichen Tätigkeit. Gute Kommunikation muss fortlaufend trainiert und reflektiert werden. Deshalb sollten Kommunikationstrainings in der Aus-, Weiter- und Fortbildung verpflichtend verankert werden. Die Grundlagen der ärztlichen Kommunikation müssen bereits in der Ausbildung erworben werden und insbesondere Gesundheitsberatung, motivierende Gesprächsführung, sprachliche Kompetenzen, interkulturelle Sensibilität und allgemeine in allen Gebieten vorkommende Gesprächsführung umfassen. Der Marburger Bund begrüßt daher die Verstärkung des Trainings in der ärztlichen Kommunikation und ärztlichen Gesprächsführung im Rahmen der ärztlichen Ausbildung, die der nationale kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) vorsieht.

Der Marburger Bund spricht sich dafür aus, den Erwerb der gebietsspezifischen Kommunikationskompetenz in die ärztliche Weiterbildungsordnung im allgemeinen Kompetenzblock ausdrücklich aufzunehmen.

Ziel der Weiterbildung ist der geregelte Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für definierte ärztliche Tätigkeiten nach Abschluss der Berufsausbildung. Die Kommunikation hat je nach Gebiet teilweise eine besondere Spezifität und sollte auch im Gebiet innerhalb der Weiterbildung geübt werden. Aufbauend auf die in der Ausbildung vermittelten Kernkompetenzen soll die ärztliche Gesprächsführung und Kommunikation in der Weiterbildung inhaltlich an die gebietsspezifische Kommunikationskompetenz orientiert und integriert in die jeweilige Weiterbildung von den befugten Ärztinnen und Ärzten vermittelt werden. Ein extraklinischer Kurs kann die Anleitung der ärztlichen Kommunikation von einem erfahrenen befugten Arzt in dem jeweiligen Gebiet nicht ersetzen.

Beschluss Nr. 24 Klare Regeln für ergänzende Weiterbildungsmöglichkeiten

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern auf, Definition und Voraussetzungen von ergänzenden Weiterbildungsmöglichkeiten im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) klarzustellen:

1. Theoretische Weiterbildungsmöglichkeiten können die Erreichung von Weiterbildungszielen immer nur ergänzen, aber die praktische Weiterbildung am Patienten nicht ersetzen.
2. Voraussetzungen für die Teilnahme an ergänzenden Weiterbildungsmöglichkeiten sind Freiwilligkeit, Zertifizierung durch die Ärztekammer und Durchführung von einem Weiterbildungsbefugten im Sinne der Weiterbildungsordnung.
3. Als Bestandteil der Weiterbildung setzen ergänzende Weiterbildungsmöglichkeiten die Sicherstellung des freien Zugangs und der Finanzierung für alle sich weiterbildende Ärztinnen und Ärzte voraus.

Beschluss Nr. 25 Mindestweiterbildungszeiten

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Bundesärztekammer auf, in der (Muster-)Weiterbildungsordnung zeitnah vorzusehen, dass die Weiterbildungsabschnitte von 3 Monaten angerechnet werden können und eine Weiterbildung in Teilzeit auch mit mindestens 12 Wochenstunden, wenn diese nicht die Hälfte der Gesamtweiterbildungszeit überschreitet, ermöglicht wird.

Beschluss Nr. 26 Digitale Bibliotheken als Zulassungsvoraussetzung für Weiterbildungsstätten

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Bundesärztekammer auf, in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) vorzusehen, dass für eine Zulassung als Weiterbildungsstätte Voraussetzung ist, eine Präsenzbibliothek oder eine digitale medizinische Bibliothek mindestens für die Weiterzubildenden vorzuhalten. Für alle Weiterbildungsbereiche müssen dabei mindestens allgemein anerkannte digitale Fachzeitschriften und ein Zugang zur Cochrane Library vorgehalten werden.

Beschluss Nr. 27 Anerkennung von Weiterbildungsgängen und -abschnitten im Ausland

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, zur Erleichterung der Bearbeitung von Anfragen von Ärzten aus dem Ausland nach der Anerkennung von Weiterbildungsgängen und -abschnitten und zur Vermeidung der Befassung mehrerer Landesärztekammern mit derselben Anfrage ein pseudonymisiertes Register der Antragsteller einzuführen. Vorbild dafür könnte das Substitutionsregister des BfArM darstellen.

In einer zweiten Ausbaustufe sollte dieses Register in systematisierter Weise auch die Kernpunkte des Antrags und der betroffenen Entscheidung aufnehmen.

Beschluss Nr. 28 Interessenskonflikte von Organisationen offen legen

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert die Bundesärztekammer auf, Umfang und Inhalt der nach der Fortbildungsordnung geforderten Offenlegung von Interessenskonflikten von „Veranstaltern“ umgehend zu definieren.

Beschluss Nr. 29 Zertifizierte Fortbildung ist keine Beratertätigkeit für den Sponsor

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Mit Berufung auf den Transparenzkodex der Pharmaindustrie werden im Rahmen von zertifizierter Fortbildung anfallende Referentenhonorare von Pharmafirmen unter „Dienstleistungs- und Beraterhonorare“ („fees for service and consultancy“) auf der Internetseite des Sponsors veröffentlicht. Weiterhin wird auch immer wieder versucht, eine ausschließlich

passive Teilnahme an einer zertifizierten Fortbildungsmaßnahme als nur im Rahmen eines Vertragsverhältnisses zwischen Sponsor und Teilnehmer legitim erscheinen zu lassen.

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes stellt daher klar, dass nach der (Muster-)Fortbildungsordnung und „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ der Bundesärztekammer Sponsoring die Unterstützung einer Fortbildungsmaßnahme beschreibt, bei der der Sponsor aber anderweitig keinerlei Einfluss auf die Auswahl von Themen, Referenten sowie Inhalten der Fortbildung und deren Präsentation haben darf. Schon gar nicht wird durch das Sponsoring eine Leistungsvereinbarung zwischen dem Sponsor und den aktiven sowie passiven Teilnehmern der Fortbildungsmaßnahme geschlossen.

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bund verwehrt sich daher auch dagegen, dass die Unterstützung von zertifizierter Fortbildung in der Außendarstellung der Sponsoren als Dienstleistung bzw. Beratungstätigkeit für den Sponsor umgedeutet wird. Sollte diese Praxis fortgesetzt werden, betreibt die Industrie selbst das Ende der Zertifizierungsfähigkeit gesponserter Fortbildung.

Beschluss Nr. 30 Arztkittel sind im Krankenhaus auch weiterhin unverzichtbar

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund fordert Asklepios auf, die Abschaffung der Arztkittel zurückzunehmen und vielmehr folgende Regelung anzuwenden: Im direkten Patientenkontakt und bei invasiven Maßnahmen gilt die BBE-Vorgehensweise, ansonsten hat die Ärztin/der Arzt die freie Wahl einen Kittel zu tragen, der dann vom Krankenhausträger gestellt werden muss.

Beschluss Nr. 31 Mit Magnus-Hirschfeld-Sonderbriefmarke ein weitreichendes Zeichen setzen

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Der Marburger Bund unterstützt ausdrücklich die Initiative der Magnus-Hirschfeld-Stiftung, dass die Deutsche Post im Jahr 2018 eine Sonderbriefmarke zum 150. Geburtstag von Magnus Hirschfeld auflegen soll.

Beschluss Nr. 32 Satzungsänderung

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

§ 10 Abs. 1 Satz 1 der Satzung des Marburger Bundes wird wie folgt geändert:

„(1) Der Vorstand besteht aus dem 1. und 2. Vorsitzenden und 7 Beisitzern“.

Zusätzlich wird ein neuer Satz 2 eingefügt:

„Dem Vorstand müssen mindestens 3 Frauen und 3 Männer angehören.“

Beschluss Nr. 33 Sitzungstermine des Sprecherrates der Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung in engen Ausnahmefällen auch samstags ermöglichen

Die 129. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Die Vorsitzenden und Geschäftsführungen der Gremien des Bundesverbandes sind angehalten, möglichst vielen Gremienmitgliedern eine persönliche Sitzungsteilnahme zu ermöglichen. Hierzu sollen die Sitzungen grundsätzlich mit möglichst großem zeitlichem Vorlauf terminiert werden. Sitzungstage sind grundsätzlich die Tage Montag bis Freitag, sofern nicht bisher schon andere Sitzungstage üblich sind (z. B. Hauptversammlung, Beirat). Sofern der Mehrheit der Mitglieder des Sprecherrates der Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung wegen der besonderen Situation in der Weiterbildung eine Teilnahme an diesen Tagen nicht möglich sein sollte, ist ihnen ausnahmsweise eine Sitzung an einem Samstag zu ermöglichen.

Hamburg, 21./22.05.2016