



118. Deutscher Ärztetag

Beschlussprotokoll

Frankfurt am Main, 12. bis 15. Mai 2015



Stand: 15.05.2015

Hinweis:

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

Impressum

© Bundesärztekammer 2015

Herausgeber:

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

Redaktion:

Karin Brösicke (Leitung)
Jana Köppen
Angelika Regel
Markus Rudolphi
Dr. Johannes Schenkel
Petra Schnicke-Sasse

Titelfoto:

© PIA Stadt Frankfurt am Main, Karola Neder

Titelgrafik:

André Meinardus, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikrokopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.



Inhaltsverzeichnis thematisch

TOP I	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik	12
	<i>Freiheit und Verantwortung</i>	13
I - 01	Freiheit und Verantwortung	14
I - 02	Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit	17
I - 31	Begriff der Freiberuflichkeit zutreffend verwenden	19
I - 39	Gegen die Kommerzialisierung des Arztberufes	20
	<i>QS und Patientensicherheit</i>	21
I - 03	Qualitätssicherung praxisnah und patientenorientiert gestalten	22
I - 04	Förderung der Patientensicherheit	23
I - 29	Falsche Weichenstellung für die Versorgungsqualität	25
I - 41	Qualitätssicherung praxisnah gestalten und am Nutzen von Patientinnen und Patienten orientieren	26
	<i>Prävention/Präventionsgesetz</i>	27
I - 05	Stärkung der ärztlichen Prävention durch das Präventionsgesetz	28
I - 06	Schutzimpfungen konsequent fördern	30
I - 45	Vollständiger Impfschutz als Voraussetzung für den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche	32
I - 42	Prävention ohne Einbeziehung der Ärzteschaft ist ein Anachronismus	33
I - 17	Zehn-Punkte-Plan zur Bekämpfung von Infektionen	34
I - 35	Bekämpfung nosokomialer Infektionen erfordert eine bessere Personalbesetzung	36
I - 48	Personalmangel führt zu Qualitätsmängeln - auch bei der Hygiene	37
I - 43	Strengere Regeln für den Einsatz von Humanantibiotika in der Veterinärmedizin	38
I - 27	Verhinderung der intrauterinen und perinatalen Programmierung - Ergänzung zum Präventionsgesetz	39
	<i>Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen</i>	40
I - 07	Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen	41
I - 10	Korruptionsstrafrecht rechtssicher formulieren	44
I - 20	Strafrechtliche Bestimmungen müssen klar und transparent sein	46
I - 23	Referentenentwurf zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen nachbessern	48
I - 40	Korruption im Gesundheitswesen	50
	<i>GKV-VSG</i>	52
I - 08	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: keine weiteren staatlichen Eingriffe in die ärztliche Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung	53
I - 09	Kein Terminmanagement durch arztfremde, kommerzielle Anbieter - Datenschutz und Schweigepflicht gewährleisten	55

	Solidarsystems vor missbräuchlicher Inanspruchnahme und Effizienzverlusten	314
VI - 76	Gegenmaßnahmen zum Missbrauch der Notdienste	315
VI - 79	MDK-Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V	316
VI - 145	Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung	317
	<i>Sucht und Drogen</i>	318
VI - 09	Verbesserung der Rahmenbedingungen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	319
VI - 118	Mehr Therapie- und Rechtssicherheit bei der Behandlung von Opiatabhängigen	321
VI - 103	Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	322
VI - 148	Blankoformulardruck auch für BTM-Rezepte	323
VI - 164	Aufnahme von neuen synthetischen Derivaten von Cannabinoiden, Cathinonen, Amphetaminen und des Phencyclidins in die BtMÄV	324
	<i>Telematik/Telemedizin/E-Health</i>	326
VI - 18	Ablehnung des Online-Versichertenstammdatenmanagements in den Arztpraxen	327
VI - 135	Kritik am E-Health-Gesetz - Moderne, sichere Kommunikation in der Medizin ist nur auf der Grundlage von Freiheit und Freiwilligkeit für Patienten und Ärzte zu erreichen	328
VI - 90	Förderung der Telematikinfrastruktur durch Nutzung des vorhandenen Innovationswillens der Ärzteschaft	330
VI - 14	E-Health-Gesetz	332
VI - 07	Ärztliche Positionen zu Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung	334
VI - 142	Telemedizin in der GOÄ verankern	336
VI - 94	Notfalldaten auch für Privatversicherte	337
VI - 77	Impfinformationen auf der eGK	338
VI - 75	DMP-Informationen auf der eGK	339
VI - 35	Ausdehnung der elektronischen Gesundheitskarte auf alle Kostenträger der gesetzlichen Krankenversicherung	340
VI - 30	Einrichtung einer offenen Schnittstelle in Eigenverantwortung der KBV	341
VI - 26	Position der Ärzteschaft zum Einsatz von Apps in der Medizin	343
VI - 23	Gesundheit ist keine Bürgerpflicht	345
VI - 104	IT-Sicherheit	346
	<i>Versorgungswerke</i>	347
VI - 81	Soziale Verantwortung der Versorgungswerke wahrnehmen	348
VI - 84a	Lokalitätsprinzip in den ärztlichen Versorgungswerken abschaffen	349
VI - 84	Lokalitätsprinzip in den ärztlichen Versorgungswerken abschaffen	350
	<i>Weitere Themen</i>	351
VI - 19	Verbot und Vernichtung von Atomwaffen	352
VI - 106	Intensivierung der Forschung zu möglichen gesundheitlichen Auswirkungen bei Betrieb und Ausbau von Windenergieanlagen	353

VI - 82	Investitionen in Unternehmen fossiler Brennstoffgewinnung beenden	356
VI - 48	DRV-Prüfung gefährdet Notarztversorgung	359
VI - 49	Einrichtung einer Arbeitsgemeinschaft für Tarifverhandlungen angestellter Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	360
VI - 88	Tätigkeit von Vertretern ärztlicher Körperschaften und der Bundesärztekammer in Gremien der privaten Krankenversicherung	361
VI - 105	Bundesärztekammer bleibt eine Arbeitsgemeinschaft bürgerlichen Rechts - kein Körperschaftsstatus	362
VI - 74	Ärztliche Beratung bei der Erstellung von Patientenverfügungen	364
VI - 91	Gender- und geschlechtsspezifische Präventionsangebote	365
VI - 163	Lärmschutzprävention ermöglichen	366
VI - 110	Keine fachgebietsbezogene Einschränkung von Impfleistungen	369
VI - 127	Frauenanteil in leitenden Positionen	370
VI - 92	Gleichberechtigte Teilhabe von Männern und Frauen an den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung	371
TOP VII	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)	372
VII - 01	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)	373
TOP VIII	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)	374
VIII - 01	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 - 30.06.2014)	375
TOP IX	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)	376
	<i>Gremienstruktur</i>	377
IX - 02	Bericht zum Beschluss X - 04 des 117. Deutschen Ärztetages 2014 - Gremienstruktur	378
IX - 05	Einbeziehung aller Landesärztekammern in die Haushaltsplanung	381
IX - 06	Ausschuss "Sucht und Drogen"	382
IX - 07	Erhalt des Ausschusses "Ärzte im öffentlichen Dienst" der Bundesärztekammer	383
IX - 12	Ausschuss und Ständige Konferenz "Arbeitsmedizin" erhalten	384
	<i>BFB</i>	385
IX - 01	Mitgliedschaft der Bundesärztekammer im Bundesverband der Freien Berufe	386
	<i>Weiteres</i>	388
IX - 11	Einsparpotenziale bei der Ausrichtung des Deutschen Ärztetages evaluieren	389



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Freiheit und Verantwortung

QS und Patientensicherheit

Prävention/Präventionsgesetz

Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen

GKV-VSG

KHSG (Krankenhaus-Strukturgesetz)

Hospiz- und Palliativgesetz

Tarifeinheitsgesetz

Schweigepflicht



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Intensivierung der Forschung zu möglichen gesundheitlichen Auswirkungen bei Betrieb und Ausbau von Windenergieanlagen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Bernd Lücke (Drucksache VI - 106) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Windenergie als eine der erneuerbaren Energieformen wird künftig stärker genutzt werden. Dies ist nach dem im Sommer 2011 beschlossenen Atomausstieg gesellschaftlicher Konsens. Der Ausstieg aus der Atomenergie zeigt, dass problematische Teilaspekte der Nutzung in die Zukunft verschoben wurden; bis heute ist die Frage der Endlagerung der Brennstäbe nicht wirklich gelöst. Bei den erneuerbaren Energieformen sollte daher im Vorfeld der gesamte Lebenszyklus dieser Technologien von der initialen Rohstoffbereitstellung bis hin zur Entsorgung in die Planungen und Risikoabwägungen einbezogen werden. Dieses erfordert wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu möglichen gesundheitlichen Auswirkungen, um eine bewusste Abwägung von Nutzen und Zumutbarkeit von validen Beeinträchtigungen sowie Risiken vornehmen zu können. Insbesondere für die Immissionen im tieffrequenten und Infraschallbereich gibt es bisher keine belastbaren unabhängigen Studien, die mit für diesen Schallbereich geeigneter Messmethodik die Wirkungen auch unterhalb der Hörschwelle untersuchen. Somit ist eine gesundheitliche Unbedenklichkeit dieser Schallimmissionen derzeit nicht nachgewiesen.

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert daher die Bundesregierung auf, die Wissenslücken zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Infraschall und tieffrequentem Schall von Windenergieanlagen (WEA) durch wissenschaftliche Forschung zu schließen sowie offene Fragen im Bereich der Messmethoden zu klären und gegebenenfalls Regelwerke anzupassen, damit der Ausbau und der Betrieb von WEA mit Bedacht, Sorgfalt, ganzheitlicher Expertise, Nachhaltigkeit und gesamtgesellschaftlicher Verantwortung erfolgen kann.

Begründung:

Insbesondere bei den gesundheitlichen Auswirkungen von Infraschall (< 20 Hz) und tieffrequentem Schall (< 100 Hz) durch Immissionen und Emissionen von Windenergieanlagen bestehen noch offene Fragen, z. B. zur Wirkung von Schall unterhalb der Hörschwelle oder von tiefen Frequenzen bei steigender Expositionsdauer. Des Weiteren sollte ein Anpassungsbedarf bei Messmethoden und Regelwerken geprüft



werden, z. B. bei der Übertragbarkeit von Abstrahlungs- und Ausbreitungsmodellen für kleinere WEA auf große Anlagen sowie bei verbindlichen Regelungen von Messung und Beurteilung tiefer Frequenzen (0,1 bis 20 Hz).

Kernziele:

- Systematische, transparente, ergebnisoffene, empirische Erforschung des in den menschlichen Organismus eindringfähigen niedrigen Frequenzbereiches
- Vernetzung mit den im Ausland schon seit Langem auf diesem Gebiet forschenden Gruppen
- Kontinuierliche Veröffentlichung der Ergebnisse, der Untersuchungsmethodik
- Stopp eines zu nahen Ausbaus an Siedlungen, bis hinreichend belastbare Daten vorliegen, die eine Gefährdung sicher ausschließen.
- Bei den Abstandsproblemen, der Geräuschentwicklung und dem Schattenwurf sind neben der Anlagenhöhe ebenso die Windradpositionen zur Siedlung in Abhängigkeit von der topografischen Gegebenheit, der Hauptwind- und Sonnenstrahlenrichtung zu berücksichtigen. Steht beispielsweise ein Windradpark auf der wind- und sonnenzugewandten Seite vor einer Siedlung, so werden Schallausbreitung und Schattenwurf für die Siedlung störender sein, als wenn sich der Windpark hinter dieser Siedlung befindet.
- Eine reformbedürftige technische Anleitung zum Schutz gegen Lärm (TA-Lärm), die nur unzureichend schützt, kann nicht noch weiterhin als Schutzvorschrift gebraucht werden.
- Die dadurch initiierte Schallforschung spielt auf allen Ebenen der Schallbelastung eine gesundheitsschützende Rolle, also nicht nur bei Windenergieanlagen.
- Wichtig ist auch die Untersuchung von Körperschall (= tieffrequente Festkörpervibrationen von 100 Hz bis 0,1 Hz), welcher ebenso in gefährlicher Form von den modernen Windenergieanlagen ausgeht.
- Körperschall entsteht auch schon, wenn die Rotoren der WEA noch gar nicht laufen, allein bedingt durch die Biegeschwingungen der extrem hohen Türme der Anlagen. Er wird über die Fundamente in den Umgebungsboden übertragen. Je nach topologischer und geomorpher Situation (Bodenschichtungen) am Standort solcher Anlagen, kann der Körperschall ohne weiteres bis 10 km und weiter als Immission in die Wohnbebauung eingetragen werden. Den Infraschall (luftseitig) hier nur alleinig zu betrachten und zu untersuchen, ist somit nicht ausreichend, um erklärbare und brauchbare Erkenntnisse zu bringen.
- Daher müssten im Rahmen von Messungen zur Beurteilung der Gesundheitsgefahr zukünftig immer zusätzlich zu den Außenmessungen auch Innenmessungen in den Häusern durchgeführt werden (an Stelle der bisher hier üblichen Praxis von akustischen Berechnungen).
- Die Wechselwirkungen von Körperschall und Luftinfraschall können die Wahrnehmungsschwelle betroffener Personen deutlich nach unten versetzen. Gesundheitliche Probleme dieser Personen können daher schon bei sehr niedrigen



Pegeln auftreten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Lärmschutzprävention ermöglichen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Bernhard Lenhard, Dr. Joachim Calles und San. Rat Dr. Eckart Rolshoven (Drucksache VI - 163) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung und den Bundesrat auf, das Präventionsgesetz (PrävG) an zentralen Stellen zu korrigieren bzw. zu ergänzen, da den Bürgerinnen und Bürgern in Bezug auf relevante schädliche (Umwelt-)Faktoren, vor allem Lärm, weder eine Verhältnisprävention noch eine Verhaltensprävention möglich ist. Somit ist eine Prävention relevanter kardiovaskulärer Volkskrankheiten trotz Präventionsgesetz für viele Menschen nicht möglich.

Gerade in Bezug auf Lärmnoxen muss die Prävention durch den Schutz der Bevölkerung vorrangig sowohl durch medizinisch begründete Lärmgrenzwerte in den Gesetzen als auch durch einen massiv verbesserten aktiven Schallschutz erreicht werden, da passiver Schallschutz alleine nur zum Teil Wohngebäude oder Schulen, aber diese nicht ganz und erst recht nicht das Lebensumfeld der Menschen insgesamt schützen kann.

In Anbetracht einer anhaltenden und sich verschlimmernden Kostenproblematik im Gesundheitswesen muss es zu einem Paradigmenwechsel kommen. Die durch Lärm ausgelösten Gesundheitsrisiken müssen an der Quelle bekämpft werden, um so Krankheiten wirklich präventiv verhindern zu können, anstatt sie nach der Entstehung mühsam und kostenträchtig zu behandeln. Das PrävG kann sonst überhaupt nicht greifen und würde weitere beschränkte und budgetierte Ressourcen in der Gesundheitsversorgung vernichten.

Begründung:

Der Schwerpunkt des vorgelegten Entwurfs des PrävG liegt auf medizinischen Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention. Diese adressieren als Zielorte vorrangig die normale Lebenswelt, unter anderem Schulen, Arbeitsstätten oder Altenheime.

In großen und dicht bevölkerten Regionen in Deutschland (u. a. viele große Ballungsräume und so gut wie alle Großstädte), in denen es durch die verschiedenen



Verkehrsträger und die Industrie zu verschiedenen Schadstoff- und Lärmemissionen kommt, ist es Ärzten jedoch schlicht nicht möglich, Lärmkrankheiten wirksam zu verhindern. Lärmkrankheiten sind aber keine seltenen Erkrankungen, sondern u. a. Bluthochdruck, Herzinfarkte und Schlaganfälle sowie andere mehr.

Gerade für Verkehrslärm und insbesondere für Bahn- und Fluglärm besteht somit das unlösbare Problem, dass eine Prävention von Lärmkrankheiten gar nicht möglich ist, da die entsprechenden gesetzlichen Lärmschutzregeln viel zu kurz greifen und falsche Schutzvorgaben machen. Die Bürgerinnen und Bürger sind vor allem in den Wohngebieten Fluglärm und Bahnlärm nahezu schutzlos ausgeliefert. Kinder werden in Schulen - auch solchen mit verbautem Lärmschutz - so stark verlärm, dass das Lernen messbar gestört wird.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 hat in einer Entschließung bereits darauf hingewiesen, dass dem Versicherungssystem durch Lärmkrankheiten mehrere 100 Mio. Euro pro Jahr entzogen werden, weil vermeidbare Lärmkrankheiten wie Bluthochdruck und Schlaganfälle u. a. durch Fluglärm ausgelöst und aus Versicherungsbeiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezahlt werden.

Durch das PräVG wird dieses Finanzierungsproblem weiter vergrößert, da für die Prävention jetzt mehr als das Doppelte aus den Beiträgen entnommen werden soll. Der Gesetzesentwurf negiert vollständig das Problem, dass in Bezug auf Lärm- und Schadstoffemissionen die Ärzte weder die Verhältnisse, noch das Verhalten der Menschen wirksam beeinflussen können. Auch die geplante Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) kann hier nicht helfen, da durch Aufklärung der Lärm nicht minimiert werden kann.

Die vom Lärm betroffenen Menschen können nicht einfach umziehen. Sie können sich vor dem Lärm nicht schützen, auch dann nicht, wenn sie Schallschutzfenster haben, da das Leben der Menschen auch außerhalb ihrer Wohnungen stattfindet.

Die Ärzte werden durch das PräVG gezwungen, Geld aus den ohnehin knappen Budgets in Maßnahmen zu investieren, die nicht helfen können, weil der Lärm auch mit therapeutischen und zusätzlichen Präventionsmaßnahmen zu viel ist und nicht aufhört.

Wegen der Verdichtung der Verkehrsträger Straße, Schiene und Flugzeug, gerade in Ballungsräumen, wird damit eine Ungleichverteilung der Finanzmittel erreicht, die nicht zu rechtfertigen ist. In den Ballungsräumen werden über die Krankenversicherung die Kosten beglichen, welche die Verkehrsträger, allen voran Bahn- und Flugverkehr, zu schultern hätten.

Die Ärzte in den Ballungsräumen müssen somit Geld aus knappen Budgets für eigentlich vermeidbare, aber durch Prävention nicht zu beeinflussende Krankheiten investieren, das dann für andere Patienten fehlt.



Aus diesem Grund muss die Prävention konsequent bei der Vermeidung der Risiken ansetzen. Das PräVg muss durch eine Anpassung der Lärmschutzgesetze flankiert werden, damit es auch in diesem Bereich möglich wird zu wirken.