

Inhalt

| | |
|--|----|
| 1. Kommerzialisierung begrenzen | 1 |
| 2. GKV im demographischen Wandel sichern..... | 3 |
| 3. Privatpatient:innen besser versichern..... | 4 |
| 4. Weiterbildung, die weiterbringt | 5 |
| 5. Bessere Arbeitsbedingungen | 6 |
| 6. Vereinbarkeit | 7 |
| 7. Unabhängige Fortbildung stärken | 8 |
| 8. Diskriminierung widerspricht ärztlicher Professionalität..... | 9 |
| 9. Sexualisierter Diskriminierung und Gewalt strukturiert entgegentreten | 9 |
| 10. Gute Medizin braucht Feminismus..... | 10 |
| 11. Gesunde Menschen gibt es nur auf einem gesunden Planeten | 12 |
| 12. Digitalisierung - Medizin im digitalen Zeitalter gestalten | 14 |
| 13. Die tägliche Scham: Kinderarmut | 15 |
| 14. Ambulante und stationäre Versorgung verbessern | 17 |
| 15. FÄ/FA für Klinische Notfallmedizin einführen..... | 19 |
| 16. Multiprofessionalität | 19 |
| 17. Psychosoziale Medizin | 20 |
| 18. Menschenrechtsausschuss | 21 |
| 19. Ärzteversorgung | 23 |
| Beschlüsse der Deutschen Ärztetage auf Antrag oder unter Mitwirkung der Fraktion Gesundheit: | 25 |

1. Kommerzialisierung begrenzen

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Ärztinnen und Ärzte haben das Privileg, an seiner Verwirklichung mitzuarbeiten.

Das Streben nach Effizienz hat in den letzten Jahrzehnten zu Eingriffen in unser Gesundheitswesen geführt, die überwiegend wirtschaftlichen Verwertungsinteressen dienen.

Finanzinvestoren bedrohen die niedergelassene Versorgung. Im stationären Sektor, wo Kapitalgesellschaften in einem chaotischen Verdrängungswettbewerb um knappe Ressourcen stehen, haben kaufmännische Hierarchien ärztliche Entscheidungsspielräume längst stark beschnitten.

Gesundheit ist keine Ware



Die ärztliche Werteorientierung geht verloren. Unser Beruf und seine Professionalität sind durch die Unterordnung ärztlichen Handelns unter wirtschaftliche Erwägungen bedroht.

Motivation und psychische Gesundheit der Ärzt:innen leiden. Aus- und Weiterbildung verschlechtern sich fortwährend, die Attraktivität des Berufes sinkt. In der Konsequenz sehen zu wenige Absolvent:innen des Medizinstudiums ihre berufliche Zukunft in der Patient:innenversorgung oder verlassen ganz den Beruf.

Wo medizinische Entscheidungen durch betriebswirtschaftliche Interessen dominiert werden, sind Über-, Unter- und Fehlversorgung der Patient:innen die Folge. Diese Fehlsteuerung wird heute allgemein gesehen. Große Reformen sind unausweichlich.

Die Fraktion Gesundheit wird in den bevorstehenden Umbrüchen auf die Integrität der ärztlichen Profession achten sowie für die Rückkehr zu ärztlichen Werten und für eine nachhaltige und menschliche Gesundheitsfürsorge kämpfen.

Wenn Ältere unter uns an ihre damalige Aus- und Weiterbildung zurückdenken, in der sie das Glück hatten, auf Weiterbilder:innen zu treffen, für die es noch eine Ehre war, ihr Wissen weiterzugeben und das mit der derzeitigen Weiterbildungssituation vergleichen, passiert nur eines mit uns: Es packt uns die Wut.

Wenn dann auch noch Kinder von uns, die diesen "Traumberuf" ausgewählt haben, bedingt durch die Kommerzialisierung des Krankenhausbetriebes, durch Arbeitsverdichtung, ständige Überstunden und Personalmangel an den Rand des Burnouts getrieben werden, dann wissen wir eines: Dies muss geändert werden!

Unsere ausführliche Kritik an den Empfehlungen der Regierungskommission zur grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung der Fraktion Gesundheit gemeinsam mit Twankenhaus e.V. finden Sie hier:

http://www.fraktiongesundheits.de/images/pdf/20230105_Anmerkungen%20Reformpapier%20Regierungskommission%20von%20TW%20und%20FG.pdf

2. GKV im demographischen Wandel sichern

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gewährt für einen einkommensabhängigen monatlichen Beitrag grundsätzlich den vollständigen und ungehinderten Zugang zu einem umfangreichen Katalog von Gesundheitsleistungen auf hohem Niveau.

Die Fraktion Gesundheit tritt dafür ein, die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten. Angesichts der demographischen Entwicklung und der steigenden Kosten medizinischer Leistungen muss die Finanzierung dieses Systems aber dringend angepasst werden.

Derzeit erfolgt die Berechnung der Beiträge in der Regel lediglich anhand der Höhe von Lohn oder Gehalt und dies nur bis zur Höhe einer Beitragsbemessungsgrenze von 4837,50€ im Monat (Stand 01.01.2023). Gehaltszahlungen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bleiben zur Berechnung der Krankenkassenbeiträge ebenso unberücksichtigt wie Einkommen etwa aus Kapital- oder Mieteinnahmen. Dabei machen Lohn und Gehalt seit Jahren einen immer kleineren Anteil des Gesamteinkommens der Bevölkerung aus. So ist es eine Ungerechtigkeit der Finanzierung der GKV, dass Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und andere Einkunftsarten vollständig unberücksichtigt bleiben.



Die Fraktion Gesundheit tritt schon immer für eine gerechte Finanzierung der Krankenversicherung ein. Durch eine adäquate Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Berücksichtigung aller Einkommensarten sowie die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die solidarische Finanzierung der GKV lassen sich langfristig das System stabilisieren und Leistungskürzungen vermeiden.

Bei weiterhin nur moderat steigenden Kosten für die Krankenversorgung wäre außerdem von einer Senkung des Beitragssatzes bei Umstellung der Finanzierung in der beschriebenen Form zu rechnen.

3. Privatpatient:innen besser versichern

Die Private Krankenversicherung (PKV) hat sich als alternative Versicherungsform in Deutschland etabliert. Etwa 10% der Bevölkerung sind in der PKV versichert, die Hälfte davon als Beamt:innen.

Die PKV steht bei vielen im Ruf, die qualitativ hochwertigere Krankenversicherung zu bieten. Für Beamt:innen bietet die PKV besonders günstige Tarife, da sie durch die Beihilfe aus allgemeinen Steuermitteln bis zu 70 % ihrer Krankheitskosten erstattet bekommen und deshalb lediglich die verbleibenden Kosten über die PKV versichern müssen.

Der in der Öffentlichkeit offensichtliche Vorteil der Privatversicherten liegt in deren eklatant besserem Zugang zu ambulanten Terminen bei Ärzt:innen. Diese Bevorzugung stellt für die Allgemeinheit ein großes Ärgernis dar. Ob die Krankenversorgung in der PKV jedoch grundsätzlich "besser" ist, wird von der Fraktion Gesundheit seit Jahren in Frage gestellt.

Als System der Einzelleistungsvergütung nach GOÄ¹ besteht in der PKV die Gefahr zur Leistungsausweitung. Dies führt systematisch zu Überdiagnostik und Übertherapie. Die Versorgung in der PKV ist nicht besser, sondern verursacht im Gegenteil häufig unnötige psychische und körperliche Belastungen bis hin zu Komplikationen vermeidbarer Prozeduren. Diese Gefahr wird durch die Tatsache verstärkt, dass die Leistungen im Bereich der PKV nicht gedeckelt (budgetiert) sind.

Die Leistungsausweitung macht angesichts der demographischen Entwicklung und den Kosten des medizinischen Fortschrittes das Risiko für die privaten Krankenversicherungsgesellschaften zunehmend schwerer kalkulierbar, so dass zahlreiche Versicherer aus dem Geschäft mit privaten Krankenversicherungen ausgestiegen sind.

Beim Renteneintritt halbiert sich das Einkommen der nicht verbeamteten Privatversicherten. Gleichzeitig verdoppelt sich ihr Beitrag zur PKV, da der bisherige Arbeitgeber:innenbeitrag wegfällt und von der Rentenversicherung nur ein kleiner Zuschuss² getragen wird. Somit stellt die PKV ab dem Renteneintritt ein erhebliches Armutsrisiko dar.

Die Fraktion Gesundheit tritt dafür ein, die private Vollversicherung und das Beihilfesystem zu überwinden und mit den freiwerdenden Mitteln das System der gesetzlichen solidarischen Krankenversicherung zu stärken. Eine Ungleichbehandlung von Patient:innen aufgrund ihres Versicherungsstatus lehnt die Fraktion Gesundheit ab.

¹ Gebührenordnung für Ärzte

² Der Zuschuss beträgt höchstens die Hälfte des GKV-Beitrages für Rentner:innen

4. Weiterbildung, die weiterbringt

Die neue Weiterbildungsordnung (WBO) 2021 löst die stark auf Einzelinhalte und Richtzahlen fokussierte alte WBO ab. Im Mittelpunkt stehen jetzt Kompetenzen, die in der Weiterbildung erworben, von den Weiterbildungsbefugten vermittelt und neu im elektronischen Logbuch attestiert werden müssen.



Die neue Weiterbildungsordnung muss in Berlin so ausgestaltet und umgesetzt werden, dass sich die Weiterbildung auch tatsächlich verbessert.

Eine gute kollegiale Zusammenarbeit ist wichtig, um die Umstellungsphase zu bewältigen und die Reformen der neuen WBO in die Praxis zu integrieren. Wir müssen darauf achten, dass die Vermittlung der fachlichen Kompetenz auch kommunikative und soziale Fähigkeiten umfasst.

Die Weiterbildungsbefugten müssen Pläne entwickeln, die eine gute Weiterbildung mit den erforderlichen Rotationen in einer angemessenen Zeit ermöglichen. In die Ausgestaltung müssen die Ärzt:innen in Weiterbildung und die Mentor:innen einbezogen werden.

Die Qualität der Weiterbildung hängt eng mit dem Engagement und dem didaktischen Wissen der Weiterbildungsbefugten zusammen. Die Fraktion Gesundheit tritt deshalb dafür ein, dass die bereits bestehenden Train-the-Trainer-Seminare der Ärztekammer für Neubefugte und Inhaber:innen bestehender Befugnisse verpflichtend werden. Diese Seminare sollen auch den mit der neuen Weiterbildungsordnung eingeführten Mentor:innen empfohlen und für diese angeboten werden.

Die Ärzt:innen in Weiterbildung sollen bei der Auswahl einer passenden Weiterbildungsstätte unterstützt werden, indem die strukturierten Weiterbildungsprogramme und die vermittelbaren Kompetenzen auf der Homepage der Ärztekammer Berlin transparent und gut nachvollziehbar veröffentlicht werden.

Wir fordern, dass die Weiterbildung einmal jährlich evaluiert wird. So sollen Defizite erkannt und behoben werden. Den Weiterzubildenden müssen die Evaluationsergebnisse in geeigneter

Form zur Verfügung gestellt werden, um damit auch die Auswahl der passenden Weiterbildungsstätte zu erleichtern.

Die ärztliche Weiterbildung ist sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich unzureichend finanziert. Der Kostendruck in den Kliniken engt die Möglichkeiten für eine gute Weiterbildung massiv ein. Statt Ärzt:innen in Weiterbildung zu sein, erfolgt eine 100% Beschäftigung als Assistenzärzt:innen. Das darf nicht sein!

Bei der Krankenhausreform muss die ärztliche Tätigkeit in Weiterbildung aus den Klinik-Fallpauschalen herausgelöst und gesondert finanziert werden. Gleichzeitig müssen analog zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auch in anderen Fachgebieten ambulante Weiterbildungsabschnitte in der Breite finanziell gefördert werden. Weil wichtige Weiterbildungsinhalte nur im ambulanten Bereich vermittelt werden, muss die Ärztekammer hier besonders aktiv werden. Konzepte, die stationäre und ambulante Weiterbildungsabschnitte integrieren, sollen besonders gefördert werden.

Die Fraktion tritt für eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Privatleben, Beruf und ärztlicher Weiterbildung ein. Abhängig von der konkreten Lebenssituation gibt es Phasen während der Weiterbildung, die nur eine reduzierte Wochenstundenzahl oder kürzere als die geforderten 6-monatigen Abschnitte zulassen. Diese kürzeren Zeiten müssen in Zukunft auch als Weiterbildung gewertet werden, sofern erforderliche Kompetenzen vermittelt und bestätigt werden.

5. Bessere Arbeitsbedingungen

Wir engagieren uns für die Gesundheit unserer Patient:innen. Wir wollen uns aber nicht zwischen den Bedürfnissen unserer Patient:innen und unserer eigenen Gesundheit oder den Bedürfnissen unserer Familie entscheiden müssen.

Permanenter Zeitdruck, Verzicht auf Pausen, Überlastung, undokumentierte Überstunden, Bereitschaftsdienste, in denen man kaum schläft, kurzfristiges Einspringen, die fehlende Planbarkeit des Privat- und Familienlebens – das kennen die meisten von uns. Dazu kommt dann noch das schlechte Gewissen, weil wir unseren eigenen Erwartungen und denen der Patient:innen gar nicht gerecht werden können. Das führt nicht nur zu Stress, sondern auch zu Beeinträchtigungen unserer psychischen und physischen Gesundheit und mindert die Qualität der Patient:innenversorgung.

Wir fordern daher:

- verbindliche Personalschlüssel für Ärzt:innen, damit

- wir unsere Patient:innen so behandeln können, wie sie und wir es brauchen
- genug Zeit und Raum für professionelle Entwicklung, Fortbildung und eine gute multiprofessionelle Zusammenarbeit ist
- wir wieder professionell selbstbestimmt unseren Beruf ausüben können
- eine gesetzliche Regelung zur manipulationsfreien Erfassung der ärztlichen Arbeitszeit
- wirksame Maßnahmen zur Einhaltung des geltenden Arbeitszeitgesetzes und Sanktionen bei organisationsbedingten Verstößen
- die Ausweitung der wöchentlichen Arbeitszeit durch „opt-out“ zu begrenzen

6. Vereinbarkeit

Die aktuellen Arbeits-, Weiterbildungs- und Karrierebedingungen machen vielen Ärzt:innen die Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben nahezu unmöglich.

Wir fordern eine Abkehr von der aktuell (informell) bestehenden Forderung nach ununterbrochener Vollzeitbeschäftigung sowie uneingeschränkter Einsetzbarkeit und Erreichbarkeit als Standard der medizinischen Karriere hin zu flexiblen Arbeitszeitmodellen.

Deshalb fordern wir und setzen uns ein für:

- Weiterbildung, die in Teilzeit und auch in kürzeren Abschnitten erfolgen kann
- Lösungen, um die Arbeitszeit in allen Karriereabschnitten von Weiterbildung bis Leitungspositionen zu flexibilisieren
- Durchsetzung des Rechts auf Teilzeit für alle
- Erarbeitung von Konzepten zur sicheren Beschäftigung von Schwangeren und Stillenden in allen Weiterbildungs- und Karriereabschnitten
- Kinderbetreuung, die sich an der beruflichen Realität orientiert:
 - Betriebskindergärten, deren Öffnungs- und Schließzeiten ärztlicher Arbeitsrealität inkl. Schichtdienstmodellen gerecht werden und eine ausreichende Anzahl von Betreuungsplätzen vorhalten.
 - Betreuungsnotdienste für Ärzt:innen mit Rufbereitschaft, insbesondere für Alleinerziehende



- Verträge über die volle Dauer der Weiterbildung bzw. über die Dauer der vorhandenen Weiterbildungsbefugnis, um ein „Auslaufen“ des Arbeitsvertrages in Schwangerschaft oder Elternzeit zu verhindern

7. Unabhängige Fortbildung stärken

Ärztliche Fortbildung begleitet uns während des ganzen Berufslebens und umfasst neben dem reinen Fachwissen (= continuous medical education) vor allem auch die Erweiterung unserer manuellen wie emotionalen Fertigkeiten und Fähigkeiten (= continuous professional development). Voraussetzung für das Gelingen unserer kontinuierlichen fachlichen und professionellen Weiterentwicklung ist eine stetige kritische Abwägung über die Unabhängigkeit der uns zur Verfügung stehenden Informationen.

Deshalb setzt sich die Fraktion Gesundheit für eine ärztliche Fortbildung ein, die unabhängig von der Beeinflussung durch Pharmafirmen, Geräteherstellende, Hilfsmittelproduzierende und auch durch Krankenkassen, Krankenhausverbände und deren Geldgeber oder politische Parteien ist.

Die Fraktion Gesundheit wirkt darauf hin, dass sich die Ärztekammer Berlin mit den die Zukunft beeinflussenden Themen wie „Klima und Gesundheit“, Digitalisierung und den rechtlichen Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns befasst und dazu Handlungsvorschläge konzipiert. Wie in den zurückliegenden 10 Jahren wird die Fraktion Gesundheit über den Fortbildungsausschuss auch die Fortbildung zu Themen der häuslichen und sexualisierten Gewalt gemäß den Vorgaben der Istanbul-Konvention von 2013 fortführen und die medizinische Versorgung der betroffenen Frauen und deren Kinder in den Mittelpunkt rücken. Selbstverständlich werden wir die gemeinsame Fortbildung von Ärzt:innen mit Pflegekräften, Medizinischen Fachangestellten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe intensivieren.

Wir wollen neben den etablierten hybriden Unterrichtsmethoden (online plus Präsenz) die Erprobung neuer didaktischer Unterrichtsmethoden, angelehnt an Slam-Poetry, interaktiven Formaten und solchen mit Modellpatient:innen stärker etablieren. Außerdem werden wir uns kritisch mit der Ausweitung und Anwendung neuer digitaler Techniken, insbesondere der künstlichen Intelligenz befassen. Alle diese Ziele sind eng verknüpft mit einer auf Verantwortungsethik begründeten ärztlichen Haltung, deren Umsetzung wir auch für alle Formen der ärztlichen Fortbildung einfordern.

8. Diskriminierung widerspricht ärztlicher Professionalität

Diskriminierungen aufgrund rassistischer Zuschreibungen, der geschlechtlichen oder sexuellen Identität, Alter, Behinderung, Religion oder des sozioökonomischen Status erschweren den Zugang zu unserem Gesundheitssystem und die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung. Sie schränken das Menschenrecht auf Gesundheit ein.

Sowohl diskriminierendes Verhalten der Gesundheitsberufe als auch institutionelle Praktiken führen in Deutschland zu ungleicher Behandlung bestimmter Gruppen.³

Diskriminierendes Verhalten widerspricht den ärztlichen Pflichten aus dem Genfer Gelöbnis als Teil unserer Berufsordnung.

Wir fordern, dass Patient:innen und Beschäftigte im Gesundheitswesen vor Diskriminierung jeglicher Art geschützt werden. Wir wollen Strukturen schaffen, die auf individueller und institutioneller Ebene Antidiskriminierung im Gesundheitswesen stärken. Dazu gehören die Einrichtung einer Antidiskriminierungsstelle bei der Ärztekammer Berlin und die Entwicklung konkreter Angebote für Betroffene.

Wir fordern außerdem professionelle Schulungen in Antidiskriminierung, damit Ärzt:innen sich Formen der Diskriminierung bewusstmachen, erkennen und sie verhindern können.

Weiterlesen:

Beim Ärztetag 2021 stimmten die Abgeordneten unserem Antrag (<https://125daet.baek.de/data/media/BI47.pdf>) zur Antidiskriminierungsarbeit durch Landes- und Bundesärztekammer und der Einrichtung von Antidiskriminierungsstellen zu; bisher ohne Konsequenz.

Die Fraktion Gesundheit hat im Oktober 2022 in Zusammenarbeit mit der Berliner Senatsverwaltung Justiz, Vielfalt und Antidiskriminierung ein Online-Panel zur Diskriminierung im Gesundheitswesen veranstaltet. Den YouTube-Mitschnitt findet Ihr hier: <https://www.youtube.com/watch?v=jv9XuLnVM3M>

9. Sexualisierter Diskriminierung und Gewalt strukturiert entgegentreten

Immer wieder zeigen Studien, wie häufig es im Gesundheitssystem zu sexualisierter Diskriminierung und Gewalt kommt – sowohl durch Mitarbeitende als auch durch Patient:innen und Angehörige.

³ Quelle/Link: Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen, Antidiskriminierungsstelle des Bundes, https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/forschungsprojekte/DE/Expertise_DiskrRisiken_DiskrSchutz_GesWesen.html;jsessionid=13FDCD33E37DED8E2B7E635FDD627087.intranet222?nn=304476

Trotzdem wird dieses Problem immer noch nicht ausreichend benannt, ernst genommen und strukturiert bekämpft.

Wir sehen Ärzt:innen in besonderer Verantwortung, Patient:innen und Mitarbeitende vor sexualisierter Diskriminierung und Gewalt zu schützen.

Daher fordern wir einen Kulturwandel innerhalb der Ärzt:innenschaft. Sexualisierte Diskriminierung und Gewalt müssen deutlich benannt und verhindert, Betroffene wahrgenommen und unterstützt werden.



Die Ärztekammer Berlin hat auf unsere Initiative hin 2021 die Resolution „Sexualisierter Diskriminierung und Gewalt im Gesundheitswesen strukturiert entgegnet“ verabschiedet: https://www.aekb.de/fileadmin/migration/pdf/0892_Resolution_sexualisierte_Gewalt.pdf

Im Arbeitskreis „Ethikkodex gegen sexualisierte Diskriminierung und Gewalt“ ist unter unserem Vorsitz ein solcher Verhaltenskodex entwickelt und 2023 von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin verabschiedet worden: [2023-04-26 AEKB Verhaltenskodex-sexualisierte-Diskriminierung-Gewalt.pdf](#).

10. Gute Medizin braucht Feminismus

Patriarchale Strukturen in Wissenschaft und Arbeitswelt führen dazu, dass unser medizinisches Wissen häufig auf Daten basiert, in denen Männer überrepräsentiert sind (gender data gap).

Fehlendes gendersensitives Wissen führt zu einer schlechteren medizinischen Versorgung von Frauen.

Gute genderspezifische und gendergerechte medizinische Versorgung erfordern:

- eine kritische Auseinandersetzung mit patriarchalen Strukturen in der Medizin
- Bewusstsein über die Häufigkeit von Gewalt gegen Frauen und deren gesundheitlichen Folgen
- angemessene Kenntnisse zu Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Geburt und Wechseljahren auch in der breiten ärztlichen Versorgung

- die Sicherstellung von reproduktiver Gesundheit, insbesondere die Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen sowie den sicheren Zugang zu diesen
- eine der Häufigkeit gynäkologischer Beratungsanlässe angemessene Forschungs- und Datengrundlage
- eine strukturierte Wissenschaftsförderung und Lehre zu Erkrankungen mit genderspezifischer Ausprägung wie z.B. Autoimmunerkrankungen, koronare Herzkrankheit, klimakterischen Störungen oder prämenstruellem Syndrom, aber auch zu Medikamentennebenwirkungen

Obwohl der Anteil der Ärztinnen immer weiter steigt, bleiben sie weiterhin in Führungspositionen von Forschung, Lehre und Klinik sowie berufspolitischen Gremien unterrepräsentiert.

Benachteiligung, Unterrepräsentation und fehlende Daten in der Medizin betreffen alle Menschen, die aufgrund von Sexualität, Geschlecht, Behinderung, rassistischer Zuschreibungen, sozioökonomischer Zugehörigkeit u.a. diskriminiert werden.

Wo Frauen in Entscheidungsstrukturen nicht gerecht repräsentiert sind, fehlen auch deren Lebensrealitäten, Erfahrungen und Problemlösungen. Dies gilt auch für marginalisierte Gruppen.



Die mangelnde Repräsentanz führt dazu, dass Entscheidungen aus traditionell männlicher Perspektive heraus getroffen werden. Anliegen, Probleme, Forschung und berufspolitische Themen, die vor allem Frauen betreffen oder interessieren, werden dadurch nicht ausreichend berücksichtigt.

Es braucht daher sowohl Geschlechterparität als auch angemessene Repräsentanz aller bisher marginalisierten und diskriminierten Gruppen.

Als Fraktion Gesundheit setzen wir uns für eine feministische Berufs- und Gesundheitspolitik ein. Wir fordern:

- eine gerechte und gute Gesundheitsversorgung für alle Menschen
- eine Erhöhung des Frauenanteils in berufspolitischen Gremien auf Landes- und Bundesebene sowie in ärztlichen Führungspositionen durch:
 - Anpassung der Arbeits- und Rahmenbedingungen (z.B. Online-Konferenzen, Kinderbetreuung, Teilzeittätigkeit)

- Programme zur strukturierten und breiten Förderung von Frauen
- paritätische Besetzung von Führungsgremien
- eine moderne Weiterbildungsordnung, nach der auch kürzere Weiterbildungsabschnitte und Teilzeitarbeit anerkannt werden, was aufgrund von Care-Arbeit, Schwangerschaft und Geburt vor allem Frauen unterstützt
- gendersensible Sprache auch in den Organen der ärztlichen Selbstverwaltung

11. Gesunde Menschen gibt es nur auf einem gesunden Planeten

Die Klimakrise ist die größte Herausforderung für die globale Gesundheit und zugleich ist Klimaschutz deren größte Chance. Von einem stabilen Klima und intakten Ökosystemen (Konzept der planetaren Gesundheit) hängen die Bewohnbarkeit unserer Erde, unsere Gesundheit und ein gutes Leben für alle ab. Ein ungebremster Klimawandel wird die Resilienz der Gesundheitssysteme selbst in reichen Ländern überfordern.

Die gesundheitlichen Auswirkungen der Klimakrise zeigen sich schon heute u.a. durch die Folgen von Extremwetterereignissen wie Hitzewellen und Luftverschmutzung. Gleichzeitig gehen die meisten Klima- und Umweltschutzmaßnahmen mit großen Vorteilen für die eigene Gesundheit einher wie saubere Luft, aktive Mobilität, gesunde fleischarme Ernährung, intakte Natur und Grünflächen.

Die Luftverschmutzung ist das größte umweltbedingte Gesundheitsrisiko und verkürzt die Lebenserwartung der EU-Bürger:innen im Schnitt um ein bis über zwei Jahre. Wesentliche Ursache dafür ist die Verbrennung fossiler Energieträger.



Der Weltärztebund bezeichnet die Eindämmung des Klimawandels als eine prioritäre Aufgabe für Ärzt:innen und Gesundheitsorganisationen. Er wie auch viele große nationale Ärzteverbände und Fachgesellschaften sprechen von einem Klima-, Gesundheits- bzw. ökologischen Notstand, der entsprechendes Handeln erfordert. Unsere Berufsordnung und Ethik verpflichten uns de facto auf „planetare Gesundheit“.

Auch im deutschen Gesundheitswesen ist dieses Thema angekommen. Der Deutsche

Ärztetag 2021 hat Wichtiges dazu beschlossen.

Die Fraktion Gesundheit hat die Dringlichkeit des Themas Klimawandel und Gesundheit schon früh erkannt und war maßgeblich daran beteiligt, dass sich die Berliner Ärztekammer und der Deutsche Ärztetag damit fortdauernd befassen.

Die Fraktion Gesundheit setzt sich ein für:

- **eine klimaneutrale, -angepasste und gesunde Stadt Berlin bis 2035**

Dies schließt einen klimaneutralen Gesundheitssektor und eine Berliner Stadtpolitik ein, die Gesundheits-, Klima- und Umweltschutz (Planetare Gesundheit) miteinander verbindet, sowie einen *“Gesundheit in allen Politikfeldern (HiAP, health in all policies)”*-Ansatz ein.

- **ein klimaresilientes Gesundheitswesen und eine zeitnahe Implementierung von Hitzeaktionsplänen in allen Lebensbereichen**
- **eine präventive Ausrichtung des Gesundheitswesens**

Die Reduktion von Krankheitslast und die Vermeidung von Überversorgung, Überdiagnostik und Übertherapie dienen der Gesundheit der Patient:innen, schonen Ressourcen und unterstützen den Klimaschutz und die Resilienz des Gesundheitssystems.

- **eine wesentliche Reduktion der Treibhausgasemissionen und Umweltverschmutzung durch das Gesundheitssystem selbst**

Nachhaltigkeit in medizinischen Versorgungseinrichtungen muss insbesondere Lieferketten, Müllvermeidung und -entsorgung sowie die Vermeidung von Einwegmaterialien adressieren.

- **eine klimaneutrale Kammer bis 2030**
- **Klimawandel und planetare Gesundheit als integralem Bestandteil der Aus- und Weiterbildung für Ärzt:innenschaft und Gesundheitsberufe**

Fortbildungen zu diesen Themen müssen gefördert werden. Dies wird die Angehörigen der Gesundheitsberufe befähigen, dringend benötigte, resiliente Strukturen angesichts der kommenden Krisen zu entwickeln und im Sinne von planetarer Gesundheit aktiv zu werden.

- **Berücksichtigung von Gesundheit und planetaren Belastungsgrenzen bei den Kapitalanlagen unseres Versorgungswerkes**

Damit werden auch die Risiken für die Kapitalanlagen langfristig reduziert und die Renten für die Mitglieder gesichert.

Die Klima- und Umweltkrise erfordert die Mobilisierung aller Kräfte und Fähigkeiten sowie eine berufs- und sektorübergreifende Zusammenarbeit.

12. Digitalisierung - Medizin im digitalen Zeitalter gestalten

In einer gelungenen Digitalisierung liegen erhebliche Chancen für Verbesserungen von Patient:innenversorgung und ärztlichen Arbeitsbedingungen.

Digitalisierungskonzepte müssen mit ärztlicher und informationstechnologischer Expertise strategisch konzipiert und qualifiziert umgesetzt werden.

Schneller digitaler Zugang zu allen relevanten medizinischen Informationen bedeutet:

- schnellere, fundierte und sichere Entscheidungen in Diagnostik und Therapie
- Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen
- Reduktion der Dokumentationsarbeit (Vorbefunde sichten, kodieren, Medikamentenpläne übertragen)
- Patient:innen durch die Nutzung selbst erhobener Gesundheitsdaten (Wearables, Apps etc.) intensiver in die Therapien einzubeziehen
- eine bessere Datengrundlage für Gesundheitsforschung und Versorgungsplanung
- Überwindung von Sektorengrenzen und eine bessere Kooperation zwischen Gesundheitsberufen (Heilmittelerbringer:innen, ambulanten Pflegediensten, Wundexpert:innen, Pflegeheimversorgung etc.)



Gleichzeitig stehen wir aber auch vor Risiken, deren Kontrolle nicht nur von der Umsetzung der Digitalisierung bestimmt wird und die uns Ärzt:innen mit in die Pflicht nehmen. Für zentrale Aspekte der Digitalisierung fehlt es noch immer an einer grundsätzlichen Positionierung sowie an ausgereiften Konzepten – von der technischen Umsetzung ganz zu schweigen.

- Der Umgang mit der Masse an medizinischen Informationen muss geregelt, besonders relevante Daten müssen priorisiert und Konzepte zum digitalen Vergessen und zur Datenlöschung entwickelt werden.
- Datensicherheit und Datenschutz müssen garantiert werden.
- Kliniken und Praxen müssen kontinuierlich mit vertretbarem Aufwand auf dem aktuellen technischen Stand gehalten werden.

- Die digitale Alphabetisierung und Kompetenz aller Gesundheitsberufe müssen hergestellt werden.
- Eine gelungene Digitalisierung bedeutet gerade nicht, analoge Prozesse in digitale umzuwandeln.
- Gesundheitsdaten müssen vor Verlust, Verfälschung oder Missbrauch zum Beispiel infolge von Extremwetterereignissen, Beschädigung von Infrastruktur oder Hackerangriffen geschützt werden. Zudem benötigt es Ausfallkonzepte für Situationen, in denen die digitalen Daten nicht zur Verfügung stehen.
- Die informationelle Selbstbestimmung muss universell gewährleistet sein. Die Digitalisierung darf nicht zu neuen Formen der Diskriminierung führen.
- Gesundheitsdaten müssen vor einem kommerziellen Missbrauch und vor den Interessen eines immer vielschichtigeren "Gesundheitsmarktes" geschützt werden.

Die Fraktion Gesundheit will die längst überfällige aktive Begleitung der Digitalisierung durch die Ärztekammern organisieren, um Datenschutz, Qualität und Patient:innensicherheit zu erreichen. Wir meinen: Die Ärztekammer Berlin muss einen Ausschuss „Digitalisierung und Telemedizin“ einrichten und mit der Politik in den Dialog treten, um Ärzt:innen eine aktive Rolle in der Ausgestaltung der Digitalisierung zu sichern.

13. Die tägliche Scham: Kinderarmut

Eigentlich müsste uns diese Scham jeden Tag ergreifen und aufrütteln, aber wir verstecken uns lieber hinter Phrasen wie: „Kinder sind unsere Zukunft.“ Dabei können wir spätestens seit der Veröffentlichung der KIGGS-Studie⁴ nicht mehr Unwissen vorschieben: Es gibt keinen Bereich des menschlichen Seins, der nicht durch Armut von Kindern und Jugendlichen dauerhaft beeinträchtigt wird. Damit berauben wir diese Kinder und Jugendlichen wichtiger Entwicklungschancen und versperren ihnen den Weg in eine erfolgreiche Zukunft. Wir werden schuldig, wollen davon besser nicht zu viel wissen und fühlen uns schlecht. Diskussionen über Kinderarmut sind immer belastet durch gefühlte Schuldzuweisungen und deren Abwehr. Kinderarmut, „die größte Ungerechtigkeit und eine unerträgliche Schande für das reiche Deutschland“ (Prof. Butterwegge, Armutsforscher), ist dabei kein neues Problem.

Jedes 5. Kind in Deutschland lebt unter Armutbedingungen. In Berlin betrifft dies sogar jedes 4. Kind: Berlin, Hauptstadt der Kinderarmut. In einer Großstadt, wie Berlin, kommen weitere erschwerende Faktoren für Kinder unter Armutbedingungen hinzu. Vor allem Familien mit Migrationsgeschichte sind hiervon betroffen. Arm zieht zu arm und reich zu reich. Durch den

⁴ Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, RKI; https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs_node.html

Gentrifizierungsprozess kommt es zu einer sozialen Segregation. Arme Familien werden in die Peripherie der Großstadt verdrängt, wie es schon seit Jahren in Berlin zu beobachten ist. Es droht die Gefahr der Entstehung von Banlieues, wie sie in Frankreich die soziale Spaltung schon seit Jahrzehnten dokumentieren.

Massive Investitionen in die Bildung wären nötig, um diesen Entwicklungen entgegenzutreten. Deutschland investiert aber nur 3-4% seines Bruttoinlandsproduktes in Bildung, während es in Ländern wie Finnland 7-8% des BIP sind, was sich auch in den Bildungserfolgen Finnlands im Vergleich beider Länder niederschlägt. Die Realität in Deutschland sind marode Schulen und fehlendes Lehrpersonal. Um hier frühzeitig gegenzusteuern, käme der frühkindlichen Bildung in Kitas eine besondere Bedeutung zu, aber der deutsche Kitaleitungskongress hat kürzlich verlauten lassen, dass durch Personalmangel in den Kitas die frühkindliche Bildung gefährdet ist und die Politik ihrer gesetzlichen Verantwortung nicht gerecht wird.

Kinderarmut macht krank



Die Kindergrundsicherung, verankert im Koalitionspapier der Ampel, soll es jetzt richten. Familienministerin Lisa Paus (Grüne) hat hierfür einen Bedarf von 12 Milliarden angekündigt.

Die Erhöhung materieller Mittel für arme Kinder ist die Basis, von der aus Kinderarmut angegangen werden muss, flankiert von Maßnahmen im stadtsoziologischen Bereich und im Bildungssystem. Die von der Ampel-Koalition jetzt beschlossene Erhöhung der finanziellen Mittel für Kinder ist vollständig unzureichend, wenn sie nicht als zynisch betrachtet werden muss. In Zukunft wird sich diese Ungerechtigkeit vielmehr absehbar durch die Folgen der Klimakrise verschärfen. Das Land Berlin hat mit dem Umweltgerechtigkeitsatlas⁵ hierzu schon heute eine gute Datengrundlage geschaffen. Umso wichtiger ist es, dementsprechend zielgerichtet und schnell zu handeln. Vulnerable Gruppen, und dazu gehören insbesondere auch Kinder aus belasteten Stadtbezirken, benötigen besonderen Schutz und Aufmerksamkeit im Kontext von Klimaanpassung.

Die Folgen von Armut, sei es Bildungsarmut durch unser schlechtes Bildungssystem oder finanzielle Armut durch unser dysfunktionales Sozialsystem, sehen wir tagtäglich in Praxen und

⁵ <https://www.berlin.de/sen/uvk/umwelt/nachhaltigkeit/umweltgerechtigkeit/>

Kliniken. Wir werden diese Fehlentwicklungen aus unserer Perspektive aufzeigen und von der Politik die entsprechenden Maßnahmen einfordern.

Nach den Ergebnissen der KIGGS sowie der Schuleingangsuntersuchungen zeigt sich, dass insbesondere in Bezirken mit geringerer Sprachkompetenz zum Einschulungszeitpunkt, die Teilnahme an den Vorsorgen im Vorschulalter (U8 und U9) sowie die Heilmittelverordnungen zur Sprachtherapie (Logopädie) besonders gering sind im Vergleich zu Stadtbezirken mit hoher Sprachkompetenz. Übersetzt bedeutet dies, dass ausgerechnet diejenigen, die es am meisten benötigen, keinen adäquaten Zugang zu unserem Gesundheitssystem haben. **Es darf nicht sein, dass Armut von Kindern und Familien dazu führt, dass der Zugang zu unserem Gesundheitssystem beeinträchtigt wird. Die Ungleichverteilung pädiatrischer Praxen im Stadtgebiet mit einer Unterversorgung in sozioökonomisch benachteiligten Bezirken muss dringend geändert werden.**

14. Ambulante und stationäre Versorgung verbessern

Wirtschaftlicher Erfolg einzelner Akteur:innen auf dem Gesundheitsmarkt ist nicht gleichbedeutend mit einer volkswirtschaftlich effizienten Gesundheitsfürsorge. Die oft dysfunktionale intersektorale Zusammenarbeit verschlechtert die Versorgung und belastet unseren Arbeitsalltag erheblich.

Wir brauchen eine bedürfnisorientierte integrierte Planung der Gesundheitsversorgung für alle Sektoren. Gute wohnortnahe Versorgung erfordert die kooperative und kollegiale Zusammenarbeit aller Fachgruppen, bei der sich Kolleg:innen der ambulanten, stationären Versorgung sowie des ÖGDs austauschen, unterstützen, aber auch interprofessionell vernetzen. Das deutsche Gesundheitssystem ist gekennzeichnet durch eine grundsätzlich hohe Verfügbarkeit ärztlicher Leistungen bei einem niederschweligen Zugang. Es bestehen jedoch regional teils Über- und Unterversorgungen, die es zu beheben gilt.

Um die ambulante und stationäre Versorgung zu verbessern, vertritt die Fraktion Gesundheit:

1. Ohne Ahnung kein Plan

Die Metropole Berlin ist durch ein kleinräumiges Nebeneinander unterschiedlichster Lebensverhältnisse gekennzeichnet. Wir wissen viel zu wenig über die Gesundheit der Bevölkerung. **Vernünftige intersektorale Zusammenarbeit braucht eine sozialräumliche Datengrundlage und Bedarfserhebung.** Die Effizienz intersektoraler Zusammenarbeit und die Qualität der medizinischen Versorgung müssen sich an bevölkerungsbezogenen Ergebnissen messen lassen.

2. Kooperatives Arbeiten ist Zukunft!

Eine kooperative und kollegiale Zusammenarbeit über die verschiedenen Fachgruppen hinweg dient einer guten wohnortnahen Versorgung.

Wir engagieren uns für Strukturen, in denen sich Kolleg:innen in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung miteinander austauschen und gegenseitig unterstützen. So kann das ärztliche Arbeitsleben mit beruflichen, privaten, sozialen und familiären Bedürfnissen, inklusive eventueller Kinderbetreuung in Einklang gebracht werden. Es gilt kooperative, familienfreundliche Modelle zu entwickeln und umzusetzen. Kollegiale Teamarbeit macht Freude und verbessert die Patient:innenversorgung!

3. Die ärztliche Weiterbildung, auch in der ambulanten Medizin, sichern und finanzieren

Ärztliche Leistungen werden zunehmend ambulant erbracht. Dem muss auch die Weiterbildung in allen Disziplinen Rechnung tragen. **Die Fraktion Gesundheit setzt sich dafür ein, mehr Weiterbildungsinhalte im ambulanten Bereich zu vermitteln und die dafür notwendige Finanzierung sicherzustellen.** Doch auch in den Kliniken muss die Weiterbildung finanziert und ausreichend Zeit für die Weiterbildung zur Verfügung gestellt werden.

4. Angestellt ambulant und stationär arbeiten

Viele junge Ärzt:innen arbeiten gern als Angestellte, sowohl in der Klinik als auch in der Praxis. Bereits heute ist jede:r fünfte ambulant Tätige angestellt. **Für die angestellten Ärzt:innen müssen gute Arbeitsbedingungen definiert und gerechte Tarife vereinbart werden. Ob selbstständig oder angestellt: Unverzichtbar ist die ärztliche Unabhängigkeit.** Ambulant angestellte tätige Kolleg:innen sollen Teil einer Versorgung sein, in denen die Sektoren überwunden und kollegiale Zusammenarbeit Arbeitsalltag sind.

5. Zusammenspiel der ambulanten und stationären Versorgung verbessern

Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Medizin muss verbessert werden. **Eine sinnvolle Vernetzung der Sektoren ist ökonomisch angezeigt, medizinisch effizienter und patient:innengerechter als die derzeit noch überwiegende strenge Trennung.** Zur Überwindung der Sektorengrenzen muss mittelfristig nicht nur die Patient:innenversorgung gehören, sondern diese muss sich auch in modernen Beschäftigungsverhältnissen abbilden.

6. Digitalisierung voranbringen

Digitalisierung, digitale Vernetzungen und Telemedizin müssen zum Ziel haben, unsere tägliche Arbeit mit den Patient:innen, den Informationsaustausch und die Kooperation untereinander zu unterstützen. Bisherige Umsetzungen dazu lassen eine intensive Einbeziehung medizinischen Sachverständes vermissen. Bei bereits eingeführten Prozessen sind massive Defizite zu erkennen.

7. Nachhaltigkeit in der Medizin beachten

Die ambulante Versorgung muss ökologisch nachhaltig strukturiert werden; zahlreiche Felder wie Medizinprodukte, Müllvermeidung und -entsorgung, Hitzeschutz, Medikation, Mobilität, Gebäudetechnik und Energieverbrauch und vieles mehr bedürfen einer Veränderung.

15. FÄ/FA für Klinische Notfallmedizin einführen

Wir möchten, dass die in Berlin vorhandenen Versorgungsstrukturen zu einem leistungsfähigen System der sektorenübergreifenden Notfallversorgung weiterentwickelt werden. Die Grenzen der Sektoren müssen gerade in diesem Bereich durchlässig gestaltet werden, um eine effiziente, kooperative und moderne Notfallversorgung zu ermöglichen.



Der Bereich der klinischen Notfallversorgung muss gemäß der in den Berliner Krankenhausplänen festgelegten Richtung weiterentwickelt und professionalisiert werden. Selbstständige Notfallabteilungen sind notwendig, um eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung zu gewährleisten.

Die Berliner Ärztekammer hat mit der Einführung der Zusatzbezeichnung Klinische Notfall- und Akutmedizin deutschlandweit Pionierarbeit geleistet. Die bisherige Erfahrung mit der Zusatzweiterbildung zeigt

aber, dass die geforderte interdisziplinäre Breite in der Weiterbildungszeit von zwei Jahren nicht erreicht werden kann.

Die derzeitige Weiterbildungsordnung entspricht nicht den Bedürfnissen vieler Kolleg:innen, die sich für das Fach Klinische Notfallmedizin in seiner ganzen Breite interessieren. Die Notwendigkeit, eine Fachärzt:innenbezeichnung zu erwerben, bevor die derzeitige Zusatzweiterbildung begonnen werden kann, verzögert die Weiterbildungszeit dieser dringend benötigten Notfallmediziner:innen.

Die Fraktion Gesundheit setzt sich deshalb für die Einführung eines/r FA/FÄ für Klinische Notfallmedizin ein.

16. Multiprofessionalität

Gute Patient:innenversorgung und gute Arbeitsbedingungen basieren auf guter multiprofessioneller Zusammenarbeit. Viele Herausforderungen des Gesundheitswesens betreffen keineswegs nur Ärzt:innen, sondern alle Gesundheitsberufe moralische Verletzung durch fortschreitende Ökonomisierung, eine zu geringe Personaldecke, schlechte Arbeitsbedingungen, unzureichende Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf, Zeitmangel,

häufig misslingende Digitalisierung, (sexualisierte) Diskriminierung, Anpassung an und Vermeidung der Klimakrise und viele andere mehr.

Umso wichtiger finden wir, dass die Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe für dringende Reformbedarfe im Gesundheitswesen gemeinsam eintreten und dort, wo wir Einfluss ausüben können, kooperativ an Lösungen arbeiten!

Gemeinsam mit allen Gesundheitsberufen will die Fraktion Gesundheit eine laute Stimme für bessere Arbeitsbedingungen in der Medizin und nachhaltig gute Patient:innenversorgung sein.



17. Psychosoziale Medizin

Die medizinische Versorgung im Bereich der psychosozialen Medizin ist unzureichend. Um die Qualität der psychosozialen Medizin zu steigern, die Zugänglichkeit zu verbessern und die Behandlungsergebnisse für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu optimieren, müssen die folgenden Aufgabenfelder bearbeitet werden:

- **Integration von psychosozialer Versorgung**
Es ist wichtig, die psychosoziale Versorgung im Gesundheitssystem zu stärken. Eine enge intersektorale Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe wird die Kontinuität der Behandlung verbessern und eine ganzheitliche Versorgung gewährleisten.
- **Ausbau von Frühinterventionsprogrammen**
Frühinterventionsprogramme bei psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie oder Depression tragen dazu bei, den Verlauf der Erkrankung zu mildern und die Prognose zu verbessern.
- **Förderung von Forschung und Innovation**
Die Förderung von Forschung in der psychosozialen Medizin kann zu neuen Erkenntnissen und innovativen Behandlungsansätzen führen. Eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Forschungseinrichtungen und klinischer Praxis kann die Entwicklung neuer Technologien, digitaler Lösungen und personalisierter Therapien vorantreiben.

- **Förderung von Psychoedukation**
Psychoedukation umfasst die Bereitstellung von Informationen über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten für Patient:innen und deren An- und Zugehörige. Eine verstärkte Aufklärungskampagne und die Integration von Psychoedukation in die Behandlung können das Verständnis für psychische Gesundheit verbessern, Stigmatisierung reduzieren und die Patient:innen dazu befähigen, aktiv an ihrer Genesung teilzuhaben.
- **mehr Ressourcen für die psychosoziale Versorgung**
Eine erhöhte finanzielle Unterstützung und eine angemessene Ressourcenausstattung sind notwendig, um eine qualitativ hochwertige psychosoziale Versorgung sicherzustellen. Dies beinhaltet die Bereitstellung von ausreichenden Kapazitäten für Psychotherapeut:innen und psychosozialen Fachkräften sowie die Investition in Fortbildungen und Weiterentwicklung von Behandlungsansätzen.

18. Menschenrechtsausschuss

Eine menschliche Medizin braucht auch in Zukunft eine starke Stimme in der Ärztekammer. Die "Allgemeinen Erklärungen der Menschenrechte" der Vereinten Nationen vom 10.12.1948 sollen seither jedem Menschen auf der Welt gleiche Rechte und Freiheit unabhängig von Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer Anschauung, sozialem Status, ethnischer und sozialer Herkunft gewährleisten. Dies ist eine wichtige Grundlage für Frieden, Gerechtigkeit und Freiheit auf der ganzen Welt. Trotz des 75. Jubiläums sind wir von der Umsetzung der Menschenrechtserklärung bislang auch in Deutschland noch viel zu weit entfernt. Diskriminierung erstreckt sich auf alle Bereiche unserer Gesellschaft und beeinträchtigt auch die Gesundheitsversorgung.

Für uns Ärzt:innen der Fraktion Gesundheit gehört der Einsatz für die Einhaltung der Menschenrechte, der Kampf gegen Kinderarmut und das entschlossene Eintreten gegen Diskriminierung zu unserer ärztlichen Haltung und unserem Verständnis von gesundheitspolitischem Engagement.

Die Fraktion Gesundheit war im Dezember 1995 unter dem damaligen Berliner Ärztekammerpräsidenten und Mitglied der Fraktion Gesundheit Dr. Ellis Huber mitbeteiligt, erstmals in der Bundesrepublik, einen Ausschuss für Menschenrechtsfragen in der Ärztekammer Berlin zu etablieren. Der Ausschuss befasst sich seither mit der Einhaltung der Menschenrechte vor allem im Gesundheitswesen und in der ärztlichen Profession. Daraufhin wurden in den darauffolgenden Jahren Menschenrechtsbeauftragte auch in den anderen deutschen Ärztekammern etabliert.

Ebenso wurde im Jahr 1995 der "Kongress Armut und Gesundheit" von der Fraktion Gesundheit mit initiiert. Seither wird jährlich ein öffentlicher Diskurs zu allen Themen der sozialen Gesundheit geführt.

Alle Menschen müssen unabhängig von ihrem sozialen und ökonomischen Status im Krankheitsfall einen unkomplizierten Zugang zu Gesundheitsleistungen auf dem Niveau der GKV erhalten. Leider ist beides bis heute keine Selbstverständlichkeit. Armut, Diskriminierungserfahrung sowie sprachliche und kulturelle Barrieren erschweren jeden Tag den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem.



Gesunderhaltung aller Menschen ist eine zentrale ärztliche Aufgabe. Gesundheit ist eng mit sozialer Herkunft, Armut und sozioökonomischem Status verknüpft. Wir Ärzt:innen der Fraktion Gesundheit engagieren uns daher für soziale Gerechtigkeit und gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Verbesserung von Lebensbedingungen, gerade von Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status.

Wir setzen uns für die Rechte und den barrierefreien Zugang zum Gesundheitswesen u.a. für Wohnungslose, Geflüchtete, Illegalisierte, Sexarbeiter:innen, Menschen mit Suchterkrankungen, Nicht-Krankenversicherte und LGBTIQ+ Personen ein, da diesen Menschen durch Diskriminierungserfahrungen oft eine adäquate medizinische Behandlung versagt bleibt. Aus der Berliner Delegiertenversammlung erfolgte, auch unter Beteiligung der Fraktion Gesundheit, eine Stellungnahme, dass die "Krankenversorgung ein Menschenrecht" ist und allen Menschen zugänglich sein muss.⁶

Die Arbeit des Menschenrechtsausschusses muss durch die Kammer noch mehr unterstützt werden. Gleichzeitig ist gerade Antidiskriminierungsarbeit ein Querschnittsthema für alle Kammerbereiche. Um Diskriminierung wirksam entgegenzutreten und die Verflechtung von Armut und Gesundheit zu lösen, ist seitens der Ärztekammer eine intensive Debatte mit politischen Entscheidungsträger:innen aber auch die Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen notwendig.

⁶ <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/berlin-berliner-aerzt-innen-fordern-krankenversorgung-fuer-alle-menschen>

19. Ärzteversorgung

Die Berliner Ärzteversorgung sichert seit 1966 die Renten der Berliner Ärzt:innen in einem kapitalgedeckten System, dessen Leistungen deutlich über den Zahlungen der gesetzlichen Rentenversicherung liegen.

Die Gründung der berufsständigen Versorgungswerke für Ärzt:innen wurde nach dem zweiten Weltkrieg erforderlich, da es selbständigen Ärzt:innen nicht möglich war, sich in der Deutschen Rentenversicherung (ehemals Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) zu versichern. Die während der Weiterbildung im Angestelltenverhältnis geleisteten Beiträge in die DRV wären somit für den Aufbau einer Rentenanwartschaft komplett verloren gegangen oder hätten nur zu einer sehr geringen monatlichen Rente geführt.

Nach vielen strukturellen Veränderungen (aufwendiges Controlling, Professionalisierung u. a.) zählt nun unser Versorgungswerk zu den effizientesten und bestorganisierten Deutschlands. Das gute Sicherheitsniveau der Anlagen mit anhaltender positiver Performance der Renditen beschert uns ein erheblich höheres Rentenniveau bei gleichen Beiträgen im Vergleich zur Deutschen Rentenversicherung.

Die Privilegien aus der erfolgreichen Entwicklung der Ärztlichen Versorgungswerke, besonders auch in Berlin, sind jedoch auch Verpflichtung, das erhebliche Vermögen der Ärzteversorgung nach ethisch korrekten und vor allem auch nachhaltigen Gesichtspunkten anzulegen.

Die Fraktion Gesundheit achtet in den Gremien der Berliner Ärzteversorgung und der Ärztekammer darauf, dass soziale und ökologische Prinzipien für die Geldanlage beachtet werden.

Wir unterstützen den aktuellen Beschluss des 127. Deutschen Ärztetages 2023⁷, der den "ärztlichen Versorgungswerke[,] [empfiehl]t jährlich eine Klimawirkungsanalyse der investierten Anlagen durchzuführen, um die Kompatibilität ihrer Portfolios mit dem Pariser Klimaschutzabkommen zu überprüfen und die Delegiertenversammlung hierüber zu informieren".

Gemeinsam mit vielen anderen (Gesundheits-)Organisationen haben wir als Fraktion Gesundheit 2023 den Fossil Fuel Non Proliferation Treaty⁸ gezeichnet, der von den politisch Verantwortlichen einen rechtlich verbindlichen Vertrag zum Ausstieg aus der Erschließung und Nutzung fossiler Brennstoffe fordert. Investitionen in fossile Energien stehen im Widerspruch

⁷ <https://127daet.baek.de/data/media/BVa16.pdf>

⁸ <https://fossilfuel treaty.org/health-letter/#signs>

zum ärztlichen Auftrag, die menschliche Gesundheit und unsere Lebensgrundlagen zu schützen.

Nur Investitionen, die die planetaren Grenzen respektieren, sind im eigentlichen Sinn nachhaltig. Fortgesetzte Investitionen in fossile Energieträger stellen auch ein finanzielles Risiko dar, da sie mittelfristig zu sog. "stranded assets" werden. Wir sind überzeugt, dass eine nachhaltige Anlagestrategie ohne wesentliche Auswirkungen auf die zu erzielenden Renditen möglich ist, um in Berlin auch in Zukunft ärztliche Renten zu sichern.

Auch in Zukunft werden wir auf eine kontinuierliche Anpassung der Anlagerichtlinien der Ärzteversorgung besonders unter Nachhaltigkeitsgesichtspunkten hinwirken.

Beschlüsse der Deutschen Ärztetage auf Antrag oder unter Mitwirkung der Fraktion Gesundheit:⁹

Kommerzialisierung / solidarisches Gesundheitssystem:

- <https://127daet.baek.de/data/media/Blc53.pdf>, Primat der Medizin, 2023
- <https://127daet.baek.de/data/media/Blc129.pdf>, Schwerpunktthema Kommerzialisierung, 2023
- <https://127daet.baek.de/data/media/Blc59.pdf>, Aktuelle Reformvorhaben – Gesundheitsversorgung 2040 im Blick haben, 2023 (Vorstandsüberweisung)
- <https://127daet.baek.de/data/media/BlI04.pdf>, Gesundheitsversorgung gerecht gestalten, 2023 (Vorstandsüberweisung)
- <https://125daet.baek.de/data/media/BlI22.pdf>, Selbstbestimmung der Gesundheitsberufe in Krankenhausleitungen, 2021
- <https://125daet.baek.de/data/media/BlI19.pdf> Solidarische Finanzierung der GKV, 2021
- <https://125daet.baek.de/data/media/BlI45.pdf>, DRG-System wird nicht grundsätzlich reformiert, 2021
- <https://125daet.baek.de/data/media/BlI19.pdf>, Solidarische Finanzierung der GKV, 2021 (Vorstandsüberweisung)
- <https://124daet.baek.de/data/media/BlI08.pdf>, In und nach der Coronapandemie: Stationäre Versorgung flächendeckend sicherstellen, 2021 (Vorstandsüberweisung)
- Ic-127, Sorge wegen der Industrialisierung ambulanter medizinischer Leistungen, 2018
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/Beschlussprotokoll_120_DAET.pdf, 2017
 - Ib-104, Kein Ausverkauf von Arztpraxen an gewinnorientierte Konzerne
 - IB-81, Ausreichende Finanzierung der Krankenhäuser
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/119.DAET/119DAETBeschlussprotokoll20160603.pdf, 2016
 - I-58, Das Gesundheitswesen darf nicht dem Freihandelsabkommen TTIP ausgeliefert werden
 - I-59, Das Freihandelsabkommen CETA darf nicht umgesetzt werden
- <https://www.bundesaerztekammer.de/arzt2013/media/Beschlussprotokoll.pdf>, 2013
 - I-30, Verlorenes Vertrauen wieder gewinnen (Vorstandsüberweisung)
 - I-50, Physicians Payment Sunshine Act
 - I-49, Politische Verantwortung für die Krankenhausfinanzierung

Aus- und Weiterbildung:

- <https://127daet.baek.de/data/media/BlVd02.pdf>, Finanzierung von ärztlicher Weiterbildung in allen Sektoren des Gesundheitswesens, 2023 (Vorstandsüberweisung)
- <https://127daet.baek.de/data/media/BlVa07.pdf> Weiterbildung in geringerer Teilzeit
- <https://126daet.baek.de/data/media/BlVc02.pdf> Evaluation der ärztlichen Weiterbildung (Vorstandsüberweisung)
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/122.DAET/Beschlussprotokoll_122_DAET_2019_Stand_20190627.pdf 2019
 - III-08, Regionale Besonderheiten zulassen

⁹ Viele weitere von uns eingebrachte Themen konnten leider keine Mehrheit unter den Delegierten finden und sind hier nicht aufgeführt. Vorstandsüberweisung bedeutet, dass die Anträge weder abgelehnt noch beschlossen wurden, sondern zunächst in den Gremien der BÄK weiter beraten und berücksichtigt werden sollen. Sollten sich in diese lange Liste Fehler eingeschlichen haben, bitten wir sehr um Entschuldigung und Verständnis.

- III-09, Evaluation
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf, 2018
 - Ic-39 Studienplatzterhöhung nur nach ausreichender Finanzierung der Studiengänge
 - Ic-133, Dringliche Modifizierung des Physician Assistant (Vorstandsüberweisung)
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/Beschlussprotokoll_120_DAET.pdf, 2017
 - Ib-45, Voraussetzungen für die erfolgreiche Etablierung des Physician Assistant, (Vorstandsüberweisung)
 - Ib-91, Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung,
 - VII-29, Anrechenbarkeit von Forschungszeiten, (Vorstandsüberweisung)
 - VII-33, Weiterbildung in Teilzeit, (Vorstandsüberweisung)
 - VII-21 Keine Begrenzung der Wiederholbarkeit von Facharztprüfungen, (Vorstandsüberweisung)
 - VII-45, CanMEDS für die Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten, (Vorstandsüberweisung)
 - VII-35, eLogbuch, (Vorstandsüberweisung)
 - VII-30, Kosten des eLogbuchs, (Vorstandsüberweisung)
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/119.DAET/119DAETBeschlussprotokoll20160603.pdf, III-16, Evaluation der Reformergebnisse der (Muster-)Weiterbildungsordnung, 2016 (Vorstandsüberweisung)
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/118.DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf, 2015
 - IV-29, Weiterbildungsabschnitte, (Vorstandsüberweisung)
 - IV-18, Weiterbildung Prävention und Gesundheitsförderung, (Vorstandsüberweisung)
 - IV-25, Abstimmung zwischen ärztlicher Aus- und Weiterbildung, (Vorstandsüberweisung)
 - IV-24, Definition von Kompetenzen, (Vorstandsüberweisung)
 - IV-30, Bedeutung von Richtzahlen in der Weiterbildung begrenzen, (Vorstandsüberweisung)
 - IV-27, Definition von Lernzielen, (Vorstandsüberweisung)
 - IV-26, Förderung der Entwicklung zur Arztpersönlichkeit, (Vorstandsüberweisung)
 - IV-22, Medizindidaktik (Vorstandsüberweisung)
 - IV-28, Nutzung von Simulationsprogrammen (Vorstandsüberweisung)
 - IV-19, Offene Diskussion der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten (Vorstandsüberweisung)
 - IV-23, Finanzierung der Weiterbildung (Vorstandsüberweisung)
 - IV-12, Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich (Vorstandsüberweisung)
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf, 2014
 - V-10, (Muster-)Weiterbildungsordnung - Kompetenzebene 1 - inhaltliche Konzeption von Aus- und Weiterbildung (Vorstandsüberweisung)
 - V-14 Kursangebote für fachübergreifende Kompetenzen (Vorstandsüberweisung)
 - V-08, (Muster-)Weiterbildungsordnung - Dokumentation und Bescheinigung erworbener Kompetenzen
 - V-09, (Muster-)Weiterbildungsordnung - longitudinale Prüfungsformate in der Weiterbildung (Vorstandsüberweisung)
 - V-07, (Muster-)Weiterbildungsordnung - Unterstützung der Weiterbildungsbefugten
 - V-05, (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) - Wiederholbarkeit der Prüfungen (Vorstandsüberweisung)
 - V-13, Finanzierung der Weiterbildung
- <https://www.bundesaerztekammer.de/arzt2013/media/Beschlussprotokoll.pdf>, 2013

- IV-20, Vertiefung der ärztlichen Kompetenz während der Weiterbildung (Vorstandsüberweisung)
- IV-21, Kompetenzbasierte Weiterbildung - Verzicht auf Level 4 (Vorstandsüberweisung)
- IV-14, Curriculum für die ärztliche Weiterbildung (Vorstandsüberweisung)
- IV-15, Dokumentation der Kompetenzen in der Weiterbildung (Vorstandsüberweisung)
- IV-18, Inhaltliche Ausrichtung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (Vorstandsüberweisung)
- IV-19, Inhaltliche Konzeption von Aus- und Weiterbildung (Vorstandsüberweisung)
- IV-25, Zusammenlegung der Fachärzte für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie (Vorstandsüberweisung)
- IV-17, Unterstützung der Weiterbildungsbefugten (Vorstandsüberweisung)
- IV-33, Ärztliche Weiterbildung - Fachübergreifende Kurse, (Vorstandsüberweisung)
- IV-22, Kompetenz zur Formulierung einer kompetenzbasierten Weiterbildung (Vorstandsüberweisung)
- IV-44, Leserecht für alle

Arbeitsbedingungen

- <https://126daet.baek.de/data/media/BIc96.pdf>, Anpassung der ärztlichen Stellenpläne in der Pandemie, 2022
- <https://126daet.baek.de/data/media/BIve09.pdf>, Beschleunigung der Anerkennung ausländischer ärztlicher Abschlüsse, 2022
- <https://125daet.baek.de/data/media/BI18.pdf> Verbesserung der Arbeitsbedingungen für mehr Behandlungssicherheit und gegen Personalmangel, 2021
- <https://125daet.baek.de/data/media/BI24.pdf>, Prävention stärken, Ressourcen schonen und Arbeitsbedingungen verbessern, 2021
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/122.DAET/Beschlussprotokoll_122_DAET_2019_Stand_20190627.pdf, 2019:
 - II-29, Manipulationsfreie Arbeitszeitdokumentation
 - II-19, Erschöpfung als Arbeitsunfähigkeit anerkennen
 - II-13, Niederschwellige Trauma-Hilfsangebote als Regel
 - II-16, Selbstfürsorge - Kranke Ärztinnen und Ärzte sollen nicht arbeiten gehen
 - II-17, Krankmachende Überforderung vermeiden
 - II-14, Personalmangel führt zu Überlastung
 - II-15, Lebensphasengerechtes Arbeiten
 - Ib-85, Mindestpersonalstärke auf allen peripheren Stationen von Akutkrankenhäusern (Vorstandsüberweisung)
 - II-18, Prävention chronischer Krankheiten in der Ärzteschaft
 - II-11, Ärztinnen und Ärzte und Sucht
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf, Ic-115, Qualitätsstandards für die Gleichwertigkeitsprüfung zur Erteilung der Approbation, 2018

Vereinbarkeit

- <https://127daet.baek.de/data/media/BIva07.pdf>, Kompetenzerwerb im Vordergrund der ärztlichen Weiterbildung, 2023 (Vorstandsüberweisung)
- <https://126daet.baek.de/data/media/BIIO4.pdf> Karriereperspektiven im stationären Bereich verbessern, 2022

- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/122.DAET/Beschlussprotokoll_122_DAET_2019_Stand_20190627.pdf, Ib - 75 Wiedereinstieg strukturieren, 2019
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/122.DAET/Beschlussprotokoll_122_DAET_2019_Stand_20190627.pdf, Ib - 76 Verbesserte Kinderbetreuungsmöglichkeiten, 2019
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/122.DAET/Beschlussprotokoll_122_DAET_2019_Stand_20190627.pdf, II-20 Vereinbarkeit bedeutet mehr als Kinderbetreuung, 2019
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf, V12, Anerkennung dreimonatiger Weiterbildungsabschnitte, 2014 (Vorstandsüberweisung)
- <https://www.bundesaerztekammer.de/arzt2013/media/Beschlussprotokoll.pdf>, 2013
 - IV-32, Einzelfallentscheidungen zur Anerkennung von Weiterbildungszeiten
 - VI-83 Arztberuf und Familie

Diskriminierung

- <https://125daet.baek.de/data/media/BI47.pdf>, Diskriminierungen im Gesundheitswesen erkennen und verhindern, 2021
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/122.DAET/Beschlussprotokoll_122_DAET_2019_Stand_20190627.pdf Ib81, Sexuelle Belästigung im Gesundheitswesen verhindern, 2019
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf, Ic-151, Keine Diskriminierung oder Diffamierung von behinderten Menschen und Geflüchteten, 2018

Menschenrechte

- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/122.DAET/Beschlussprotokoll_122_DAET_2019_Stand_20190627.pdf Ib-80, Beschlussfassung gegen die politische Verurteilung türkischer Ärztesfunktionäre, 2019
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf, Ic-100, Menschenrecht auf Gesundheit, 2018
- Ic-142, Standardisierte Fragebögen für qualifizierte ärztliche Bescheinigungen, 2018 (Vorstandsüberweisung)
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/Beschlussprotokoll_120_DAET.pdf, 2017
 - Ib-41, Menschenrechte/Medizinische Versorgung in Haftanstalten/Suchtmedizin
 - Ib-40, Substitutionstherapie Opiatabhängiger in Haftanstalten
 - Ib-105, Kostenübernahme bei der Versorgung von nichtversicherten ausländischen Patientinnen und Patienten
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/119.DAET/119DAETBeschlussprotokoll20160603.pdf, 2016
 - I-32, Asylpaket II schränkt Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit für Asylsuchende ein
 - I-31, Einsatz von qualifizierten Dolmetschern bei der Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern

- I-30, Asylpaket II: Qualifizierte Gutachter unbedingt erforderlich
- I-57, Ächtung der Behandlung von Gesundheitseinrichtungen als militärische Ziele in bewaffneten Konflikten
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/118.DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf, 2015
 - II-04, Ebola - mehr als eine Krankheit
 - II-03, Hilfe beim Wiederaufbau der Gesundheitssysteme in Westafrika
 - VI-141, Umsetzung der EU-Richtlinie 2013/33/EU für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge im asylrechtlichen Verfahren
 - VI-140, Einsatz von qualifizierten Gutachtern bei der Beurteilung von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und bei der Untersuchung vor geplanten Abschiebungen (Vorstandsüberweisung)
 - VI-138, Übernahme von Dolmetscherkosten bei der Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern (Vorstandsüberweisung)
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf, 2014
 - VII-65, Besonders schutzbedürftige Personen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren
 - VII-66, Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellter Ausländer
 - VII-67, Notfallbehandlung und Kostenerstattung für Migranten durch das Sozialamt unabhängig vom Aufenthaltsstatus
- <https://www.bundesaerztekammer.de/arzt2013/media/Beschlussprotokoll.pdf>, 2013
 - II-03, Gesundheitliche Chancengleichheit
 - VI-71, Handlungsbedarf bei der medizinischen Versorgung und Kostenerstattung nicht ausreichend krankenversicherter EU-Bürger
 - VI-68, Aufhebung der Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde, wenn Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Leistungen in Anspruch nehmen
 - VI-69, Für das Recht auf medizinische Gleichbehandlung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellten Ausländern mit regulär Krankenversicherten

Feminismus

- <https://127daet.baek.de/data/media/Blc78.pdf>, Vorschläge zur Bezeichnung der berufspolitischen Organisationen, 2023 (Vorstandsüberweisung)
- <https://126daet.baek.de/data/media/Blb04.pdf>, Streichung des § 219a StGB, 2022
- <https://126daet.baek.de/data/media/Blc48.pdf>, Sprachliche Repräsentation von Ärztinnen, 2022
- <https://126daet.baek.de/data/media/Blc46.pdf>, Gendersensible Sprache ermöglichen, 2022
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf, Ic-121, Umsetzung fachlicher Standards in der gesundheitlichen Versorgung von Betroffenen häuslicher und sexualisierter Gewalt, 2018 (Vorstandsüberweisung)
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/Beschlussprotokoll_120_DAET.pdf Ib-80, Erhöhung des Frauenanteils bei der Besetzung von Chefarztpositionen, 2017
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/118.DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf, 2015
 - VI-139, Ärztliche Mitteilungspflicht an Krankenkassen bei häuslicher und sexueller Gewalt abschaffen
 - VI-137, Umsetzung der WHO-Leitlinie "Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen" in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung,

- VI-127, Frauenanteil in leitenden Positionen (Vorstandsüberweisung)
- <https://www.bundesaerztekammer.de/arzt2013/media/Beschlussprotokoll.pdf>, VI-98, Ärztinnen in leitenden Positionen, 2013

Planetary Health

- <https://127daet.baek.de/data/media/BIII07.pdf>, Gesundheitsbildung muss Wissen über gesunde Ernährung umfassen, 2023
- <https://127daet.baek.de/data/media/BIII08.pdf>, Vom Wissen zum Handeln - gesundes Handeln fördern!, 2023
- <https://127daet.baek.de/data/media/BIII10.pdf>, Gesundheitskompetenz als Merkmal resilienter Organisationen, 2023
- <https://127daet.baek.de/data/media/BIII11.pdf>, „Anpassungsstrategien als Teil gesellschaftlicher Gesundheitskompetenz“, 2023
- <https://127daet.baek.de/data/media/BVa15.pdf>, Ärztliches Wissen vermitteln, um in Extremwetterlagen Patientinnen und Patienten adäquat beraten und behandeln zu können, 2023
- <https://127daet.baek.de/data/media/BVa20.pdf>, Klimaschutz und Nachhaltigkeit immer mitbedenken, 2023
- <https://126daet.baek.de/data/media/Blc140.pdf>, Fachspezifische Handlungsempfehlungen zum ärztlichen Umgang mit der Klimakrise, 2022
- <https://125daet.baek.de/data/media/BII11.pdf>, Vulnerable Gruppen vor den Auswirkungen der Klimakrise schützen, 2021
- <https://125daet.baek.de/data/media/BII22.pdf>, Gesundheitsschutz in der Klimakrise - Sensibilisierung der Gesundheitsberufe, 2021
- <https://125daet.baek.de/data/media/BII10.pdf>, Prävention für den Klimaschutz, 2021
- <https://125daet.baek.de/data/media/BII09.pdf>, Umweltfreundliche Versorgung mit medizinischen Bedarfsmaterialien, 2021
- <https://125daet.baek.de/data/media/BII26.pdf>, Global denken - lokal handeln - Klimaneutralität im Gesundheitssektor, 2021
- <https://125daet.baek.de/data/media/BII35.pdf>, Auch der Erhalt der Biodiversität ist eine Frage des Gesundheitsschutzes, 2021
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/122.DAET/Beschlussprotokoll_122_DAET_2019_Stand_20190627.pdf 2019:
 - Ib-22, Schwerpunktthema des nächsten Deutschen Ärztetages: Klimawandel und Gesundheit
 - Ib-24, Verantwortungsvoller Einsatz von Ressourcen im Gesundheitswesen
 - Ib-25, Umgang mit den Auswirkungen der Klimakrise auf die Gesundheit (Vorstandsüberweisung)
 - Ib-26, Klimawandel und Gesundheit in Aus- und Weiterbildung (Vorstandsüberweisung)
 - Ib-106, Mehr Öffentlichkeit für die gesundheitlichen Folgen der Klimakrise (Vorstandsüberweisung)
 - Ib-108, Die Gesundheit der Bevölkerung verlangt ein entschiedenes Eintreten für den Klimaschutz (Vorstandsüberweisung)
 - Ib-123, Nachhaltiges Investment der Ärztekammern und ärztlichen Versorgungswerke
 - Ib-101, Gesundheitliche Gefährdung durch die Zwischenlagerung von Atommüll (Vorstandsüberweisung)
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf, 2018

- Ic-102, Tagesordnungspunkt für kommenden Deutschen Ärztetag (an den Vorstand überwiesen)
- Ic-105, Declaration on Health and Climate Change, (Vorstandsüberweisung)
- Ic-124, Gesundheitliche Gefahren durch Plastikmüll und Mikroplastik untersuchen und vermindern, (Vorstandsüberweisung)
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/118.DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf, VI-82, Investitionen in Unternehmen fossiler Brennstoffgewinnung beenden, 2015 (Vorstandsüberweisung)

Kinder- und Jugendgesundheit

- <https://126daet.baek.de/data/media/BIII15.pdf>, Konkrete Lehren aus der Pandemie für eine bessere Teilhabe von Kindern und Jugendlichen, 2022
- <https://126daet.baek.de/data/media/BIII16.pdf>, Gesundheitliche Bedeutung der Bildungsgerechtigkeit für Kinder und Jugendliche, 2022
- <https://126daet.baek.de/data/media/BIII14.pdf>, Entschlossen gegen Kinderarmut, 2022
- <https://126daet.baek.de/data/media/BIII19.pdf>, Schutz vor sexueller, körperlicher und seelischer Gewalt gegen Kinder intensivieren, 2022
- <https://126daet.baek.de/data/media/BIII24.pdf>, Besondere Bedarfe von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen im Kontext der Corona-Pandemie, 2022

Multiprofessionalität

- <https://126daet.baek.de/data/media/Blc146.pdf>, Unterstützung der Initiative "Notaufnahmen Retten", 2022
- <https://125daet.baek.de/data/media/BI36.pdf>, Gute Medizin braucht gute Pflege, 2021
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/122.DAET/Beschlussprotokoll_122_DAET_2019_Stand_20190627.pdf Ib-95, MTRA- und MTLA-Ausbildungsplätze schaffen, 2019
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf, Ic-84, Tagesordnungspunkt für kommenden Deutschen Ärztetag, 2018 (Vorstandsüberweisung), 2018
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/Beschlussprotokoll_120_DAET.pdf Ib-92, Behebung des Fachkräftemangels nichtärztlicher Gesundheitsberufe, 2017
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/118.DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf, VI-134, Gesetzliche Mindeststandards für die Personalbemessung in der Pflege, 2015
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf, I-34, Verbindliche Mindestpersonalbemessung in der stationären Pflege, 2014

Gesundheitsversorgung / Divers

- <https://127daet.baek.de/data/media/BIII15.pdf>, Krankheitslast reduzieren - Gesundheitssystem stärken, 2023
- <https://126daet.baek.de/data/media/Blc118.pdf>, Versorgungsengpässe bei der Versorgung mit unverzichtbaren Medikamenten, 2022

- <https://126daet.baek.de/data/media/Blc142.pdf>, Versorgung mit Blutprodukten in der Bundesrepublik Deutschland sichern, 2022
- <https://124daet.baek.de/data/media/BI21.pdf>, Aus der Pandemie lernen, 2021
- <https://124daet.baek.de/data/media/BI13.pdf>, Gute Krisenkommunikation in die Breite der Gesellschaft, 2021
- <https://124daet.baek.de/data/media/BI16.pdf>, Coronaimpfstoffversorgung für Länder des globalen Süden, 2021
- <https://124daet.baek.de/data/media/BI30.pdf>, Intensivkapazitäten - stetige Auslastung führt zu Überlastung, 2021
- <https://124daet.baek.de/data/media/BI03.pdf>, Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln, 2021
- <https://124daet.baek.de/data/media/BIVa01.pdf>, Assistierter Suizid Sterbewilliger ohne schwere Erkrankung, 2021
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf, II-07, Keine Substitution indizierter psychotherapeutischer Behandlungen, 2018,
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/119.DAET/119DAETBeschlussprotokoll20160603.pdf, 2016
 - Ib-38, Postexpositionsprophylaxe für alle Patienten
 - Ib-106, Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens
 - Ib-39, Ernährungsberatung schon vor manifestem Diabetes mellitus Typ 2
 - Ib42, Umfassende Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen der Pränataldiagnostik
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf, 2014
 - II-11, Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung
 - II-05, Prävention und öffentliche Daseinsvorsorge
 - II-13, Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung (Vorstandsüberweisung)
- <https://www.bundesaerztekammer.de/arzt2013/media/Beschlussprotokoll.pdf>, 2013
 - I-28, Ärzteinitiative gegen Korruption (Vorstandsüberweisung)
 - VI-84, Registrierung und Offenlegung aller klinischen Studien
 - VI-44, Entwurf zu einem Präventionsgesetz der Bundesregierung (Vorstandsüberweisung)
 - VI-58, Sparauflagen der EU dürfen Gesundheitsversorgung in den Mitgliedsstaaten nicht gefährden