

Pressespiegel

Inhalt | Ausgabe 05/2021

Der Facharzt für Infektiologie ist überfällig

Ärzte Zeitung – 04. Mai 2021

Ärztlich assistierter Suizid „Das Streichen eines Satzes in der Berufsordnung reicht nicht“

Ärzte Zeitung – 04. Mai 2021

Ärztetag gibt grünes Licht für Facharzt für Infektiologie

Ärzte Zeitung – 05. Mai 2021

Ärztetag ringt um Sichtbarkeit von Ärztinnen

Deutsches Ärzteblatt – 05. Mai 2021

🔒 Interview mit BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck Der Facharzt für Infektiologie ist überfällig

Klimawandel und Globalisierung erfordern einen ganz neuen Blick auf die Infektionsmedizin, sagt BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck. Mit dem Facharzt für Infektiologie sollen aber die bisherigen Zusatzweiterbildungen nicht entfallen. Kritisch sieht sie die Idee der ÖGD-Quote.

Von  Rebekka Höhl (/Nachrichten/Rebekka-Hoehl-au128.html)

Veröffentlicht: 04.05.2021, 12:30 Uhr



Christine Neumann-Grutzeck ist seit 2020 Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI).

© privat

Ärzte Zeitung: Frau Neumann-Grutzeck, seit September 2020 stehen Sie an der Spitze des BDI. Ein Amtsantritt mitten in der Pandemie. Was waren in den ersten Monaten Ihre größten Herausforderungen?

Christine Neumann-Grutzeck: Ein solches Amt zu übernehmen, ist immer eine Herausforderung. Natürlich wünscht man sich eine kurze Zeit der Einarbeitung. In der Pandemie, die ja an sich schon eine große Herausforderung für das Gesundheitswesen ist, war dafür aber keine wirkliche Zeit. Es fehlte insbesondere die Möglichkeit, der persönlichen Face-to-Face-Kontakte.

Und wir alle kennen ja Jens Spahn und das Tempo seiner Gesetzentwürfe. Auch die erste Klausurtagung unseres neu gewählten Vorstands als zweitägige Videokonferenz abzuhalten, war noch einmal eine zusätzliche Herausforderung. Ich habe aber das große Glück, mit meinen beiden Vizepräsidenten sehr, sehr gut zusammenzuarbeiten und beim BDI ein tolles Team hinter mir stehen zu haben.

Fehlende Schutzausrüstung, ein überlasteter ÖGD sowie ächzende Pflegekräfte und Ärzte: Sind das wirklich pandemie-bedingte Probleme, oder legt die Coronakrise nur sehr deutlich die schon lange vorhandenen Schwachstellen unseres Gesundheitssystems offen?

Wahrscheinlich liegt die Wahrheit wie immer in der Mitte. Auch schon vor der Pandemie haben wir einen deutlichen Mangel an Pflegekräften gehabt. Nicht umsonst wurden die Pflegekosten aus den DRG ausgegliedert. Es gab Mindestbesetzungsquoten auf bestimmten Stationen. Ähnlich sieht es im ärztlichen Bereich aus.

Ich erinnere da an die Umfrage unter den Ärzten in Weiterbildungen, die gemeinsam mit den Berufsgenossenschaften durchgeführt wurde. 70 Prozent der jungen Kolleginnen und Kollegen zeigten Anzeichen eines Burn-outs. Durch die Pandemie haben sich die Probleme noch einmal verstärkt und sie sind nach außen sichtbarer geworden.

Aber auch der öffentliche Gesundheitsdienst hat schon lange Probleme, offene Stellen zu besetzen. Hier spielt sicherlich eine große Rolle, dass die Bezahlung deutlich geringer ist als in den Kliniken. Die vielen Aufgaben in der Pandemie wären aber auch mit einer normalen Besetzung nicht zu schaffen. Dennoch ist es wichtig, dass der ÖGD für den Nachwuchs attraktiver wird. Den politischen Versuch, den Mangel durch eine ÖGD-Quote bei den Medizinstudenten zu beseitigen, sehen wir aber genauso kritisch wie die Landarztquote.

Anstatt zu quotieren und die Ausbildung von Ärzten an den Versorgungsengpässen auszurichten, sollten wir lieber attraktive Arbeitsbedingungen schaffen. Die neue Approbationsordnung, sofern sie denn bald umgesetzt wird, soll es ja auch ermöglichen, den ÖGD im Studium über die Wahl-Quartale im PJ besser kennenzulernen.

Christine Neumann-Grutzeck

- **Berufspolitisches Engagement:** Seit September 2020 Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI), zuvor 1. Vizepräsidentin des BDI (Mai 2019 bis August 2020) und seit April 2016 Mitglied im BDI-Vorstand ; seit Dezember 2014 Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Hamburg
- **Ausbildung:** 1984-1991 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität zu Lübeck und der Universität Hamburg; 2009 Facharztprüfung Innere Medizin; seit 2017 Diabetologin DDG; 2018 Erlangung der Zusatzbezeichnung Diabetologie der Ärztekammer Hamburg
- **aktuell ärztlich tätig** in der Diabetologischen Schwerpunktpraxis Harburg in Hamburg

Bleiben wir bei der Pandemie: Der BDI fordert ja auch – und das schon länger -, den Facharzt für Infektiologie zu etablieren. Beim Ärztetag wird das Thema nun diskutiert. Wie würde das die Versorgung verbessern?

Dieser Facharzt für Innere und Infektiologie ist ja ein Facharzt, der die Kenntnisse der Infektiologie mit der Tiefe der Inneren Medizin verbindet. Er verbindet also Forschung, Diagnostik und Therapie in besonderer Weise. Es gab Zeiten, da dachten wir schon, Infektionskrankheiten seien bald ausgerottet.

Nicht erst die Corona-Pandemie belehrt uns eines Besseren: Es gibt neue Infektionskrankheiten, es gibt Resistenzen gegen Antibiotika, es gibt den Klimawandel, eine weltweite Mobilität. Hinzu kommen mehr ältere immunsupprimierte Patienten. Durch die Pandemie ist uns wieder bewusst geworden,

welche Relevanz eine Infektion für die Menschheit insgesamt haben kann. Die Erforschung und Behandlung von Infektionskrankheiten muss deshalb einen wesentlichen Stellenwert in der Medizin haben.

Wir würden uns natürlich sehr freuen, wenn die Delegierten auf dem Ärztetag diesem neuen Facharzt zustimmen (Anm. d. Red: bis Redaktionsschluss lag die Entscheidung des Ärztetages noch nicht vor). Da hat es im Vorfeld eine wirklich sehr gute Zusammenarbeit zwischen BDI, DGIM und DGI gegeben. Wir werden aber natürlich die anderen Fachbereiche, die die Zusatzweiterbildung Infektiologie haben, weiter unterstützen – auch bei Reformen. Wir stehen als Internisten hinter der Zusatzweiterbildung.

Eine Folge der Pandemie ist auch, dass das Bewusstsein für digitale Lösungen in der Versorgung langsam steigt. Müssten sich Ärzte hier nicht noch mehr engagieren? Immerhin zeichnet sich ab, dass gerade die K rankenk assen ein großes Interesse haben, vermehrt digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Versorgung zu bringen – auch am Arzt vorbei .

Digitale Lösungen in der Medizin sind sicherlich langfristig eine gute Ergänzung in der Versorgung. Sie müssen allerdings mit den gleichen Kriterien beurteilt werden wie andere Formen der Versorgung.

Eine DiGA ist primär nicht besser oder schlechter als eine andere Versorgungsform. Sie muss also ihren Nutzen beweisen. Und da liegt aus unserer Sicht aktuell das Problem: DiGA werden in die Versorgung gebracht, müssen aber erst im Nachhinein, nach einem Jahr ihren Nutzen belegen. Ein Schulungsprogramm in der Diabetologie zum Beispiel, muss evaluiert sein, bevor es von den Kassen erstattet wird.

Unterschätzen darf man auch nicht die persönliche Zuwendung des Arztes, der Ärztin bei der Behandlung. Das können DiGA nicht ersetzen. Entscheidend ist deswegen eine sinnvolle Kombination von beidem.

Noch einmal genauer muss man sich allerdings die Kostenverteilung anschauen. Wenn eine Kasse für eine neu entwickelte DiGA pro Quartal 600 Euro bezahlt, der Arzt erhält aber nur 2 Euro für die Verordnung pro Quartal, stimmt da was nicht.

Der Aufwand der Ärzte müsste also mehr im Fokus stehen?

Es ist ja nicht so, dass ich einem Patienten eine App verordne und dann ist er auf sich alleine gestellt. Er wird Fragen haben, Werte mit dem Arzt, der Ärztin besprechen wollen. Von den Kolleginnen und Kollegen wird hier viel erwartet – und das sollen sie dann einfach mal so nebenbei leisten.

Trotzdem fordern Sie, dass Ärzte ihre Digitalkompetenz ausbauen sollten. Damit machen Sie sich sicher nicht nur Freunde...

Das kann natürlich sein. Aber digitale Anwendungen – das betrifft nicht nur die DiGA – werden unsere Zukunft bestimmen. Als Ärztinnen und Ärzte können wir nur dann kompetent damit umgehen und die Entwicklung in unserem Sinne politisch und technisch mitgestalten, wenn wir diese Anwendungen auch verstehen. Wenn wir Anwendungen haben wollen, die anwenderfreundlich gestaltet sind und echten Nutzen in die Versorgung bringen, müssen wir unseren ärztlichen Sachverstand einbringen.

Als Verband sehen wir uns da in der Pflicht, unsere Mitglieder zu unterstützen und uns an den entsprechenden Stellen dafür einzusetzen, dass digitale Medizin, einen echten Nutzen stiftet.

Ein anderes wichtiges Zukunftsthema ist die Positionierung der Frauen in der Medizin. Mit Ihnen hat der BDI erstmals eine Präsidentin an der Spitze. Und der Blick in andere Berufsverbände zeigt leider, dass Sie damit eher die Ausnahme sind. Warum gibt es noch immer so wenig Frauen in leitenden berufspolitischen Positionen?

Das ist ein Thema, das viele gesellschaftspolitische Bereiche ebenso betrifft. In der Medizin wird es aber immer eklatanter, da der Anteil der Ärztinnen in der Versorgung stetig zunimmt. In meiner Ärztekammer hatten wir irgendwann den Breaking Point erreicht: Mittlerweile sind unter den Kammermitgliedern mehr Ärztinnen als Ärzte.

Es scheitert nicht daran, dass es nicht genügend kompetente Frauen gibt. Sondern es ist häufig eine Frage der Struktur in den Verbänden. Wie sind Sitzungsformen, -abläufe oder -zeiten gestaltet? Welche Möglichkeiten gibt es, vielleicht erst einmal nur projektbezogen mitzuarbeiten?

Die Frage ist aber auch, wie ein Verband nach außen wirkt. Wenn ein Verband nach außen – ich darf das mal überspitzt so sagen – als Verein alter weißer Männer wahrgenommen wird, fällt es Frauen schwerer, sich aktiv einzubringen. Für uns ein Grund, dass unser Vorstand und die Delegiertenversammlung beschlossen haben, dass wir unseren Verband in Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten umbenennen. Das ist zunächst natürlich nur ein Symbol. Das Entscheidende wird sein, dass wir die Veränderung auch innerverbandlich leben. Das werden wir aber tun.

Sie haben im BDI auch den Arbeitskreis Internistinnen gegründet. Der Zulauf ist groß. Brauchen wir mehr solcher Plattformen von Ärztinnen für Ärztinnen?

Ich denke schon, dass wir mehr davon brauchen. Dabei geht es ja um zweierlei: Zum einen, dass wir Themen ansprechen, die Ärztinnen besonders beschäftigen und interessieren. Zum anderen darum, dass man hier ein Netzwerk aufbaut. Der Zulauf hat mir gezeigt, dass wir da auf dem richtigen Weg sind. Thema der ersten Veranstaltung war ja berufliche Karriere und Mutterschutz. Hier hat sich als ganz wichtig erwiesen, nicht nur fachliche Informationen zu geben, sondern den Austausch über Best-Practice-Lösungen und persönliche Erfahrungen zu ermöglichen.

Wichtig ist mir auch: Wie wollen den Männern mit solchen Aktionen nichts wegnehmen, sondern das Angebot des Verbands erweitern.

Themenwechsel: In diesem Herbst steht die Bundestagswahl an. Welche Versorgungsthemen sollte eine neue Regierung zügig anpacken?

Was wir zügig angehen müssen, das sehen wir jetzt in der Pandemie, ist die Krankenhausfinanzierung und -planung. Weil die Länder ihrer Investitionspflicht nicht nachkommen, müssen die Kliniken die DRG zur Gegenfinanzierung nutzen. Das ist nicht im Sinne des Erfinders und führt genau zu dem, was wir anfangs besprochen haben: einem zunehmenden Druck auf das ärztliche und pflegerische Personal und schlechteren Arbeitsbedingungen.

Dann haben wir noch das Thema GOÄ: Vielleicht schafft es die neue Regierung ja endlich, diese umzusetzen, in dieser Legislaturperiode wird es wohl nichts mehr. Aber nach nunmehr 30 Jahren mit demselben Gebührenwerk, auf der anderen Seite aber viele Veränderungen in der Medizin, wäre es doch an der Zeit für eine neue GOÄ.

Außerdem muss die hausärztliche Versorgung weiter gestärkt werden. Dabei sollte die Politik aber im Blick behalten, dass hausärztliche Versorgung nicht nur durch die Allgemeinmedizin, sondern auch durch Internisten und Kinder- und Jugendärzte getragen wird. Wir haben hier einen Dreiklang in der Versorgung. Alle drei Fachgebiete sollten daher bei allen Formen der Förderung auch gleichberechtigt behandelt werden.

Und wir müssen endlich die intersektorale Versorgung angehen. Dem Patienten ist es letztlich egal, ob er von einem Klinik- oder niedergelassenen Arzt versorgt wird, er will einfach nur bestmöglich versorgt werden. Eine weitere Option die Versorgung zu verbessern wären Selektivverträge. Über kurz oder lang müssen wir aber an die Budgetierung ran.



Hören Sie das ganze Gespräch mit Christine Neumann-Grutzeck in unserem "ÄrzteTag".



„Anstatt zu quotieren, sollten wir lieber attraktive A...

BDI-Präsidentin Christine Neumann-Grutzeck über die ersten ...

00:00



1x



Abonnieren



Alle Episoden >

„ÄrzteTag“-Podcast

Ärztlich assistierter Suizid: „Das Streichen eines Satzes in der Berufsordnung reicht nicht“

Das strikte Verbot der Hilfe zur Selbsttötung für Ärzte ist Thema auf dem 124. Deutschen Ärztetag. Die Ärzte müssen sich dringend mit der Thematik beschäftigen, stellt der Hausarzt und Delegierte der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Ivo Grebe, klar. Ein digitaler Ärztetag sei dafür aber das falsche Forum. Im „ÄrzteTag“-Podcast erläutert er, warum.

Von  Rebekka Höhl (/Nachrichten/Rebekka-Hoehl-au128.html)

Veröffentlicht: 04.05.2021, 14:00 Uhr



Dr. Ivo Grebe ist Hausarzt und Delegierter der Ärztekammer Nordrhein.

© BDI

Offen über das Sterben zu sprechen, gehört für Dr. Ivo Grebe, der seit über 30 Jahren als hausärztlicher Internist tätig ist, ohne Frage zu den ärztlichen Aufgaben, genauso wie die Sterbebegleitung. Da gelte es auch, die jungen Kolleginnen und Kollegen besser an das Thema heranzuführen. Aber der ärztlich assistierte Suizid ist nach Meinung Grebes, der auch Mitglied im Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internistinnen und Internisten ist, ein zu komplexes und wichtiges Thema, als dass es auf einem digitalen Ärztetag abschließend geklärt werden könnte. Gerade auch wegen der Vergangenheit, die dieses Land habe – Stichwort Euthanasie im Dritten Reich, die auch mit ärztlicher Hilfe umgesetzt wurde. „Da fehlen mir die persönliche Diskussion und auch die Zwischentöne“, sagt er, die bekomme man im digitalen Diskurs nicht mit.



Was tun, wenn ein Patient um assistierten Suizid bittet?

Warum das Streichen eines Satzes in der Berufsordnung das Pro...

00:00



1x



Abonnieren



Alle Episoden >

Fest steht für ihn: „Das Streichen eines einzigen Satzes in der Berufsordnung reicht nicht aus, um diese wichtige Frage befriedigend für die Ärzte zu beantworten.“ Die Ärzte bräuchten auch eine Handreichung, wie sie anschließend mit dieser Aufgabe umgehen könnten. „Mir persönlich würde es wirklich schwer fallen, wenn ein Patient, den ich seit 20, 25 Jahren betreue, vor mir steht und mich um Suizidbeihilfe bittet“, gesteht er. „Das ist eine große Belastung.“

Im Podcast erläutert er aber auch, warum es so wichtig ist, sich ebenso mit der Frage der Tötung auf Verlangen differenziert auseinanderzusetzen.

Lesen Sie dazu auch

Weitere Links

[Jeder zweite Onkologe wurde auf Sterbehilfe angesprochen \(/Politik/Jeder-zweite-Onkologe-wurde-auf-Sterbehilfe-angesprochen-419181.html?StoryId=419338\)](#)

[Verbot für Ärzte zur Sterbehilfe steht in Frage \(/Politik/Verbot-fuer-Aerzte-zur-Sterbehilfe-steht-in-Frage-418937.html?StoryId=419338\)](#)

Ärztetag gibt grünes Licht für Facharzt für Infektiologie

Künftig soll es eine Facharzt-Weiterbildung für Innere Medizin und Infektiologie geben. Der 124. Deutsche Ärztetag zieht damit nicht nur die Lehren aus der Corona-Pandemie.

Veröffentlicht: 05.05.2021, 14:35 Uhr



Bislang gibt es nur die Zusatzweiterbildung Infektiologie, das soll sich ändern.

© Maridav/stock.adobe.com

Berlin. Außer einer Zusatz-Weiterbildung liegt in Deutschland bislang keine vertiefende klinische Facharztkompetenz in der Infektiologie vor. Das soll sich nun ändern: Der 124. Deutsche Ärztetag hat am Mittwochmittag die Einführung des Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie beschlossen. Er wird künftig in die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) aufgenommen.

In einer Kammerregion, nämlich Rheinland-Pfalz ist er sogar schon in der regionalen Weiterbildungsordnung etabliert, berichtete Professor Henrik Herrmann, Vorsitzender der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer.

Aber es braucht nicht nur wegen der aktuellen Corona-Pandemie eine Veränderung in der infektiologischen Versorgung. Es sei zu erwarten, dass Infektionskrankheiten weiter zunehmen, Stichworte Klimawandel und Globalisierung, hieß es auf dem Ärztetag. Und: „Schon seit 38 Jahren haben wir eine weltweite Pandemie, nämlich HIV“, gab Dr. Christian Messer von der Ärztekammer Berlin zu bedenken.

Zusatzweiterbildung bleibt erhalten

Laut dem Ärztetagsbeschluss besteht derzeit eine „strukturelle Unterversorgung insbesondere bei schweren und komplikativ verlaufenden Infektionskrankheiten“. Diese Lücke soll der Facharzt für Infektiologie schließen.

Mit Sorgen einzelner Delegierter, dass dadurch die Zusatzweiterbildung Infektiologie künftig untergehen könnte, räumte unter anderem Dr. Wolf Andreas Fach von der Landesärztekammer Hessen auf: Der Facharzt sei ein sinnvolles Add-on, „da wird niemandem etwas weggenommen.“ Gleichzeitig warnte er vor Sektorendenken.

Auch Kompetenzerwerb im ÖGD möglich

Dabei ist der Antrag, den Facharzt für Infektiologie einzuführen, kein ganz neuer. Bereits vor fünf, sechs Jahren habe es einen Antrag dazu gegeben, berichtete Herrmann. 2018 sei dann ein Neuantrag gestellt worden. „Den Entwurf haben wir eng mit den Fachgesellschaften und Berufsverbänden erarbeitet“, sagte er.

Die Weiterbildungszeit soll 72 Monate im Gebiet Innere Medizin betragen. Von den 36 Monaten, die in der Inneren und Infektiologie abgeleistet werden müssen, können bis zu sechs Monate in Hygiene- und Umweltmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie und/oder in Öffentlichem Gesundheitswesen angerechnet werden. *(reh)*

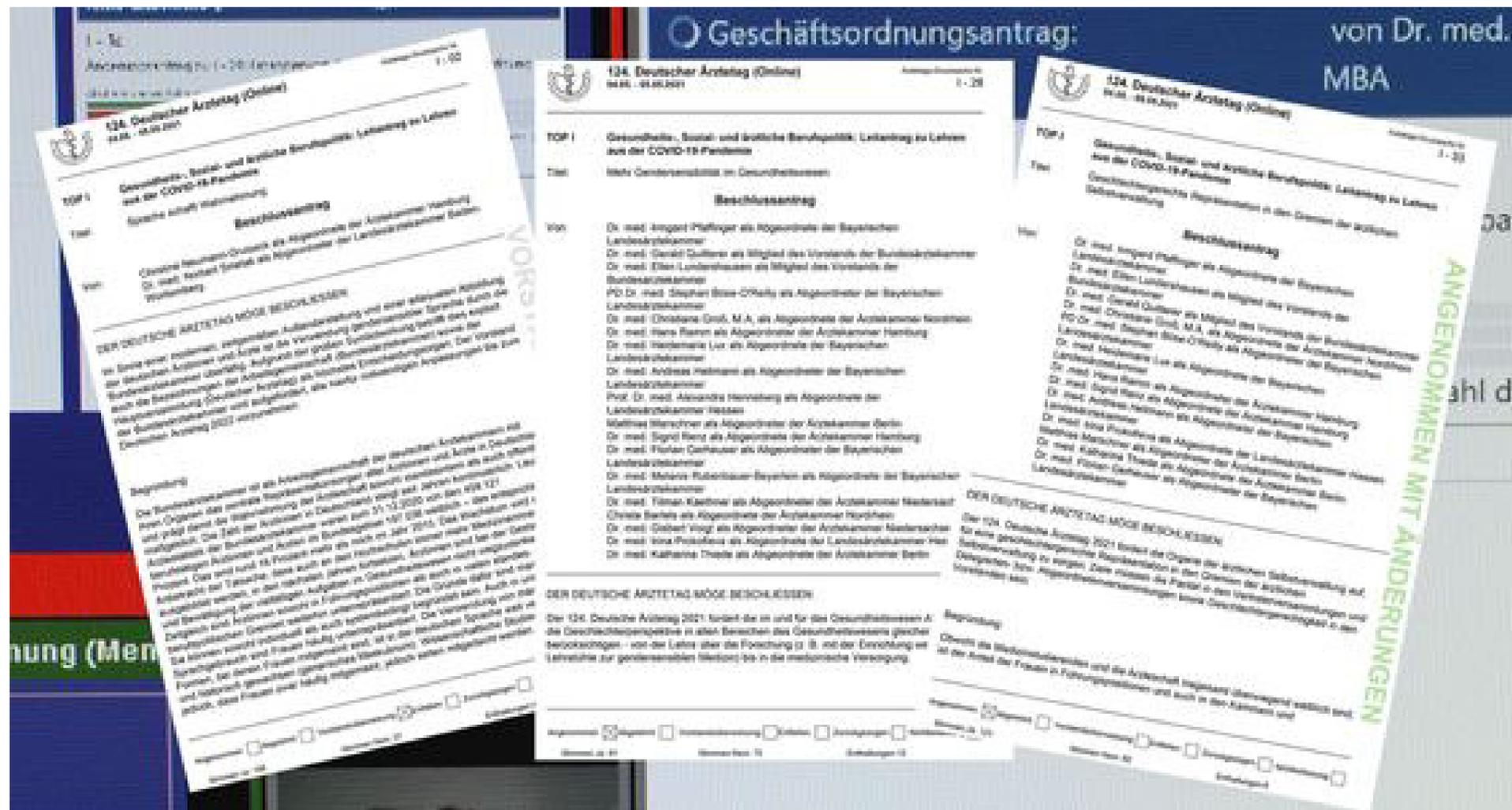
Lesen Sie auch

Mehr vom DÄT

Ärzterschaft

Ärztetag ringt um Sichtbarkeit von Ärztinnen

Mittwoch, 5. Mai 2021



/Hintergrund: Gebhardt, Collage DÄ

Berlin – Kampfabstimmungen um drei Anträge über mehr Gendersensibilität im Gesundheitswesen: In der allgemeinen Aussprache zum Leitantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (**BÄK**) zu den Lehren aus der Pandemie wurden auch drei Anträge debattiert, die sich für mehr Sichtbarkeit von Ärztinnen, geschlechtergerechte Sprache und mehr Gendersensibilität im Gesundheitswesen einsetzten.

So warb die Präsidentin des BDI, Christine Neumann-Grutzeck, für ihren Antrag, der Ärztetag und auch die Bundesärztekammer möge die Ärztinnen auch in der Kammerbezeichnung sowie auch beim Deutschen Ärztetag selbst besser berücksichtigen.

„Im Sinne einer modernen, zeitgemäßen Außendarstellung und einer adäquaten Abbildung der deutschen Ärztinnen und Ärzte ist die Verwendung gendersensibler Sprache durch die Bundesärztekammer überfällig“, heißt es dort. Damit soll die „wertschätzende Ansprache“ sowie auch die Gleichberechtigung von Frauen und Männern deutlich sichtbarer werden.

In einem weiteren Antrag forderten einige Delegierte – Frauen wie Männer – aus mehreren Kammern die ärztlichen Gremien auf, „für eine geschlechtergerechte Repräsentation in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung zu sorgen.“

Außerdem hieß es im Originalantrag: „Ziel müssen die Parität in den Vertreterversammlungen und Delegierten- bzw. Abgeordnetenversammlungen sowie Geschlechtergerechtigkeit in den Vorständen sein.“ Dieser Satz wurde mit einem Änderungsantrag, durch den statt „müssen“ nun „sollen“ steht, abgeschwächt.

Auch wurde ein Appell an Ärztinnen hinzugefügt, sich auch in den Gremien zu engagieren. In einem dritten Antrag werden „alle im und für das Gesundheitswesen Aktiven“ aufgefordert, die „Geschlechterperspektive in allen Bereichen des Gesundheitswesens gleichermaßen zu berücksichtigen.“ Dazu zähle auch die Männergesundheit oder mehr Professuren für geschlechtersensible Präventionsforschung.

Während in der Debatte vier Rednerinnen und Redner sich für die Anträge und zwei Delegierte dagegen aussprachen, wurde das Meinungsbild im Abstimmungsprozess deutlicher und glich zeitweise einem Kampfvotum.

Jeder der drei Anträge musste vor der Abstimmung in der Sache noch einmal durch die Abstimmungen von Geschäftsordnungsanträgen – sei es der Antrag auf „Nichtbefassung“ oder „Vorstandsüberweisung.“ Dabei hatten die jeweiligen Anträge regelmäßig eine Ablehnungsbasis rund 70 bis 89 Stimmen, die sich offenbar gegen alle Anträge wendeten.

Nichtbefassungen oder Vorstandsüberweisungen wurden aber von der Mehrheit abgelehnt. Bei der Forderung nach mehr Gendersensibilität im Gesundheitswesen, der auch Männergesundheit mit einschließt, war das Ergebnis besonders knapp: So stimmten 91 Delegierte für den Antrag, 72 dagegen. Für das Streben nach Parität oder mehr Engagement von Ärztinnen in den Gremien votierten 123 Delegierte, 82 lehnten das ab.

Ein noch komplizierteres Prozedere erlebte der Antrag zur gendersensiblen Sprache: In der Abstimmung am späten Mittwochnachmittag wurde er ebenfalls nach Geschäftsordnungsanträgen zur Nichtbefassung (126 Nein-Stimmen, 77 Ja-Stimmen) sowie Vorstandsüberweisungen (118 Nein-Stimmen sowie 88 Ja-Stimmen) abgestimmt – und letztendlich abgelehnt: 88 Delegierte stimmten für mehr gendersensible Sprache, 117 Delegierte lehnten dies ab.

In nicht öffentlichen Chatforen der Delegierten sowie in öffentlichen Diskussionen bei Twitter äußerten viele ihre Verwunderung und Verärgerung über diese Abstimmung. Der Antrag ging heute Morgen in eine zweite Lesung – mit dem Antrag, den Vorstand mit dem Thema in den kommenden Monaten zu befassen.

Auch hier waren die Mehrheitsverhältnisse eng: So stimmten 126 Delegierte für eine zweite Lesung, 74 dagegen. Der erneute Antrag auf Nichtbefassung war nicht erfolgreich. Schließlich wurde der Antrag mit 158 Stimmen in den Vorstand überwiesen, 37 waren dagegen. © bee/aerzteblatt.de



[dr.med.thomas.g.schaetzler](#)

am Donnerstag, 6. Mai 2021, 09:02

Deutscher Ärztetag (m/w/d)

sollte es am besten heißen!

Mf+ KG, Ihr Dr. med. Thomas G. Schätzler, FAFAM Dortmund