

Die Kammern als koordinierende Kraft – Gleiche Standards in Klinik und Praxis



Dr. Klaus Ottmann, Vizepräsident der BLÄK, gibt seinen Bericht ab.

In dieser neuen Amtsperiode war es für mich nicht schwer, innerhalb des Präsidiums entsprechend unserer vereinbarten Ressortverteilung dort weiterzuarbeiten, wofür ich auch in den letzten Jahren verantwortlich war. Meine Arbeitsbereiche sind wieder die Berufsordnung, die Gutachterstelle, das Bayerische Krebsregister, die stationäre und ambulante Qualitätssicherung bzw. das Qualitätsmanagement mit den ärztlichen Stellen und die amtliche Gebührenordnung. Außerdem vertrete ich die bayerische Ärzteschaft im Präsidium des Verbandes Freier Berufe.

Sehr hilfreich sind mir dabei auch gewisse Funktionen auf der Bundesebene, wie zum Beispiel die Mitgliedschaft in der Konferenz

für Berufsordnung, der Qualitätssicherung oder meine Vorstandstätigkeit in der Akademie der Gebietsärzte und die kürzlich erfolgte Berufung in den Ausschuss zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Seit 1. Juli hat die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) auch den Vorsitz im Kuratorium unserer Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ), wobei ich auch diese Aufgabe wahrnehme.

Aus diesen Verantwortungsbereichen innerhalb unserer BLÄK möchte ich einige wesentliche Punkte ansprechen, die neue Entwicklungen aufzeigen oder Entscheidungen innerhalb der BLÄK oder des Vorstandes benötigen. Ich werde heute nicht über die Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) reflektieren oder rasonieren, da ich diese Eindrücke unserem Vizepräsidenten, Kollegen Max Kaplan, überlasse. Insgesamt sind wir wirklich froh, ihn als Bindeglied zur KVB zu haben, da damit manch kleiner Dienstweg leichter fällt.

Berufsordnung

Im letzten Jahr hat der Bayerische Ärztetag eine wesentliche Liberalisierung der ärztlichen Informationsmöglichkeiten beschlossen, sodass jetzt – das kann eindeutig festgestellt werden – weniger Probleme, zum Beispiel mit der Schilderordnung oder den Zeitungsanzeigen, auftreten. Es bestehen jedoch weiter Abgrenzungsprobleme zum unerlaubten Wettbewerb oder zur aufgedrängten Werbung.

Rechtzeitig zu diesem Ärztetag konnte ein Erläuterungsheft der geltenden Berufsordnung für diesen Bereich mit reichlichen Beispielen fertiggestellt werden. Diese Broschüre, in gelb gedruckt, soll Ihnen die Arbeit in den Kreis- und Bezirksverbänden erleichtern.

Des Weiteren haben wir im letzten Jahr beschlossen, dass ankündigungsfähige Qualifikationen, die entsprechend der geltenden Weiterbildungsordnung von der BLÄK oder anderen Kammern erteilt wurden, mit einem so genannten Logo zusätzlich markiert werden können. Dieses Zeichen steht jetzt zur Verfügung und kann als Aufkleber verwendet werden (Abbildung 1). Dieses Logo ist übrigens patentrechtlich geschützt. Wie eine Ankündigung der Leistungsbereiche einer Praxis aussehen kann, ist aus Abbildung 2 ersichtlich. Auf das Thema Ankündigungsvielfalt komme ich am Schluss meines Berichtes noch einmal zurück.

Die auch in diesem Jahr notwendigen Ergänzungen unserer Berufsordnung, die vorwiegend Klarheit in das Industriesponsoring bringen sollen, werden im Dezember-Heft des *Bayerischen Ärzteblattes* abgedruckt.

Wie schon öfters erwähnt, ist unsere Berufsordnung eine Dauerbaustelle, da die aktuelle Rechtsprechung, aber insbesondere neue gesetzliche Vorgaben, jeweils eine Anpassung nach sich ziehen müssen. Wir brauchen in der Zusammenarbeit der Ärzte, aber auch mit anderen Heilberufen, neue Rechtsformen, wie das übrigens auch schon im Antrag beim Deutschen Ärztetag von Dr. Axel Munte, Dr.



Abbildung 1: Aufkleber „Zur Führung berechtigt – Bayerische Landesärztekammer“.



Abbildung 2: Muster eines Praxisschildes mit Ankündigung der Leistungsbereiche.

Irmgard Pfaffinger und Dr. Wolfgang Hoppenhaller gefordert wurde. Dies sind zum Beispiel neue Formen der Berufsausübungsgemeinschaften, Managementgesellschaften, Kooperationsmöglichkeiten und liberalere Strukturen überörtlicher Praxismöglichkeiten.

Die Berufsordnungsgremien haben sich natürlich mit der Thematik bereits beschäftigt, kamen aber noch zu keinem abschließenden Ergebnis. Die jetzt mit der aktuellen Gesetzgebung verbundenen Neuerungen, zum Beispiel die medizinischen Versorgungszentren, die Förderung der Strukturverträge nach § 140 Sozialgesetzbuch V (SGB), die Konsequenzen der Fallpauschalen im Krankenhaus mit Kooperationszwängen bei Vor- und Nachsorge und vieles mehr, müssen selbstverständlich berücksichtigt werden. Diese Baustelle unserer Muster-Berufsordnung ist in Betrieb, das Richtfest aber noch nicht in Sicht.

Es ist klar, dass dies gegenwärtig ein weites Feld der Rechtsinterpretation ist, wobei auch europarechtliche Konsequenzen berücksichtigt werden müssen.

Auch die Trennung von gewerblicher und ärztlicher Tätigkeit bereitet zunehmend Probleme, wobei wir in Bezug auf die drohende Gewerbesteuerpflicht immer unsere Freiberuflichkeit beachten sollten. Insgesamt musste natürlich das aktuelle Gesetzgebungsverfahren mit seinen neuen Strukturen abgewartet werden, um die Berufsordnung aktualisieren zu können.

Seit 1. Januar 2002 sind für unsere Berufsaufsicht die Ärztlichen Bezirksverbände zuständig. Die Kompetenzen müssen teilweise personell aber auch sachlich entwickelt werden, sodass zurzeit noch reichlich Hilfestellung durch unsere Rechtsabteilung benötigt wird. Aber das war auch so erwartet und wird mit großem Engagement von unseren Mitarbeitern erledigt.

Gebührenordnung (GOÄ)

Nicht weit entfernt von der Berufsordnung sind die Probleme mit unserer GOÄ. Diese Gebührenordnung ist 20 Jahre alt, wobei sie weder der medizinischen Entwicklung noch der Kostenstruktur heute entspricht.

Die analogen Bewertungen sind absolut notwendig, wobei diese wiederum von den Versicherungen hinterfragt werden. Die Interpretationsprobleme nehmen exzessiv zu, da viele private Krankenversicherungen, aber auch die Beihilfestellen eine zunehmend restriktive Haltung einnehmen. Leidtragender ist der Patient, der auf der einen Seite eine Liquidation des Arztes erhält, sie aber auf der anderen Seite nur zum Teil von seiner Versicherung erstattet bekommt. Die BLÄK muss in



Abbildung 3: GOÄ-Datenbank.

vielen Fällen vermittelnd tätig werden, wobei wir uns fachgebietskonformer Berater bedienen. Einen für beide Seiten befriedigenden Konsensus zu erreichen, ist außerordentlich schwierig, gelingt uns aber dennoch relativ oft.

Zu nicht wenigen Gebührenordnungspositionen werden im *Deutschen Ärzteblatt* Empfehlungen oder Abrechnungsinterpretationen veröffentlicht, die häufig aber nicht zur Kenntnis genommen werden. Ich habe im letzten Jahr aus diesem Grund den Aufbau einer Datenbank angekündigt, die jetzt von den bayerischen Ärzten in Anspruch genommen werden kann (Abbildung 3).

Zunächst wurden nur Veröffentlichungen der Gebührenordnungsgremien im *Deutschen Ärzteblatt* aufgenommen, zum Beispiel Ergebnisse des zentralen Konsultationsausschusses der Bundesärztekammer (BÄK), aber auch Beschlüsse des Gebührenordnungsausschusses der BÄK. Diese Datenbank wird weiterhin ausgebaut und kann unter unseren Internetseiten www.blaek.de abgerufen werden. Wir gehen davon aus, über diesen Weg die vielen Anfragen reduzieren zu können.

Insgesamt ist eine Überarbeitung der Rechtsverordnung unserer amtlichen GOÄ durch die Bundesregierung seit Jahren überfällig. Etwa die Hälfte der Privatversicherten sind wahrscheinlich beihilfeberechtigt, sodass das Hinauszögern dieser Reform aus finanziellen Gründen von Seiten des Staates durchaus nachvollziehbar ist. Jede Neuerung der GOÄ durch eine Anpassung an den aktuellen medizinischen Stand – und insbesondere die Kosten – wird zu einer Mehrbelastung der Finanzen führen. Verschiedene Vorstöße, besonders auf Bundesebene, sind selbstverständlich erfolgt, das Problem wird vertagt bzw. ausgesessen.

Ich kann mich des Eindrucks nicht verwehren, dass dieses Aussitzen Zeit gewinnen soll, um schließlich grundlegende Systemveränderungen durch die Politik abzuwarten.

Gutachterstelle

Ein zunehmendes Problem unserer BLÄK ist die ständig steigende Zahl der Inanspruchnahme unserer Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen. Anhand der Abbildung 4 kön-

Jahrgang	Anträge
1999	563
2000	521
2001	610
2002	739
2003 (Stand: 01.10.)	522

Abbildung 4: Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen – Entwicklung.

nen Sie die Entwicklung gut verfolgen, die auch in diesem Jahr wieder eine deutliche Steigerung der Anträge erwarten lässt. Ich glaube nicht, dass die Qualität unserer ärztlichen Leistungen, speziell auch operativer Eingriffe, immer schlechter wird und somit die Beanstandungen eventuell gerechtfertigt sind. Die aufgezeigte Entwicklung ist eine Folge unserer Informationsgesellschaft oder Ausdruck des doch so viel beschworenen „mündigen Bürgers“ und natürlich damit auch „mündigen Patienten“. Der Prozentsatz des durch unsere Gutachterstelle festgestellten Fehlverhaltens ist mit ca. 30 % der geprüften Fällen seit Jahren gleich und deckt sich mit den Auswertungen anderer Ärztekammern. Ohne Zweifel sind aber die modernen hochkomplexen Behandlungsverfahren, die zu einer Schädigung der Patienten führen können, anfälliger. Die deshalb intensiver zu gestaltende Aufklärung der Patienten hat mit dieser Entwicklung leider nicht Schritt gehalten. Grundsätzlich ist die Gutachterstelle bereit, die Sachverhalte durch anerkannte Fachleute auf dem dafür notwendigen Wissenstand aufzuklären, um damit dem geschädigten Patienten die Möglichkeit zu geben, seine entsprechenden Ansprüche entweder über die Haftpflichtversicherung direkt oder auch über zivilgerichtliche Entscheidungen durchzusetzen.

Krebsregister

Zum Bayerischen Krebsregister kann ich mitteilen, dass ein gemeinsamer Informationsflyer für Ärzte und Patienten überarbeitet und neu aufgelegt wurde (Abbildung 5). Wir werden ein Exemplar in einem der nächsten Ärzteblätter beilegen. Gleichzeitig ist dann ein Artikel von Professor Dr. Peter Wunsch, der hier auch als Delegierter anwesend ist, über den derzeitigen Stand der bayerischen Krebsregistrierung im *Bayerischen Ärzteblatt* vorgesehen.

Der Situation der Melderaten an das Bayerische Krebsregister will ich aus diesem Grund nicht vorgeifen. In diesem Zusammenhang möchte ich ausdrücklich betonen, dass im Vergleich mit anderen Krebsregistern der



Abbildung 5: Krebsregister – Informationsfaltblatt.

Bundesrepublik Deutschland die bayerische gesetzliche Regelung der Widerspruchslösung und die übrigen organisatorischen Bedingungen eine wesentlich günstigere Ausgangsposition sind, um zu guten Ergebnissen zu kommen. Jedenfalls kann ich feststellen, dass die BLÄK engagiert das bayerische Krebsregister unterstützt.

Tumornachsorgekalender

Dazu sei erwähnt, dass der Tumornachsorgekalender in großer Stückzahl von uns neu aufgelegt wurde (Abbildung 6). Die Finanzierung konnte zwischen allen gesetzlichen Krankenkassen, der KVB und der BLÄK paritätisch aufgeteilt werden. Der Kalender erfreut sich nach wie vor hoher Akzeptanz, wobei die gesetzlichen Krankenkassen im vertragsärztlichen Bereich für die Pflege dieses Kalenders die ursprüngliche Tumornachsorgedokumentationsgebühr zur Verfügung stellen.

Qualitätssicherung

Damit komme ich zum Thema Qualitätssicherung und zunächst zum stationären Bereich.



Abbildung 6: Tumornachsorgekalender.

Seit 1995 ist die BLÄK Mitglied im Kuratorium der BAQ. Ich habe in den letzten Jahren regelmäßig über den Stand der stationären externen Qualitätssicherung berichtet. Nach jahrelanger, erfolgreicher Arbeit unserer bayerischen Projektgeschäftsstelle wurden im Jahr 2001 verbindliche, bundeseinheitliche, neue externe Dokumentationen der verschiedenen Tracerdiagnosen vorgeschrieben. Durch wiederholte Änderungen der zu erfassenden Items und durch massive Softwareprobleme wurde die stationäre externe Qualitätssicherung erheblich im Vergleich zu früheren Jahren zurückgeworfen. Zusätzlich erfolgten noch, entsprechend der Rechtslage, Sanktionsandrohungen, falls eine vollständige Dokumentation der Krankenhäuser nicht erfolgt.

Im Jahr 2002 wurden 17 neue Leistungsbe- reiche zur Pflichtdokumentation eingeführt. Ich habe beim letzten Bayerischen Ärztetag darüber berichtet. Man kann es kaum glau-

ben, jetzt in diesem Jahr im Sommer be- schloss das Kuratorium neun dieser Leis- tungsbereiche und zwei aus dem Jahr 2001 von der Dokumentationsverpflichtung für das Jahr 2004 wieder auszusetzen (Abbildung 7).

Selbst wenn finanzielle Gesichtspunkte sicher nicht außer Acht gelassen werden dürfen, kann man so mit den Krankenhäusern nicht umgehen. Kaum dass die Infrastruktur instal- liert war, erfolgte die Aufhebung dieser Vor- gaben. Verblieben ist allerdings die Sank- tionsandrohung gegenüber den Kranken- häusern bei Nichtbeteiligung an den zwi- schenzeitlich bereits schon wieder ausgesetz- ten Qualitätssicherungsverfahren.

Dies konterkariert die Situation, sodass ich wirklich am guten Willen der Entschei- dungsgremien der stationären Qualitätssi- cherung zweifeln muss. Auch die einzelnen Mitglieder der Fachgebietskommissionen, die davon betroffen sind, konnten nur den Kopf schüt- teln. Zum Beispiel ist die Auswertung der Prostataoperationsdokumentation schon wie- der ausgesetzt worden, bevor die entspre- chende Fachgruppe überhaupt von den Er- gebnissen Kenntnis erhalten konnte.

Ich habe daraufhin mein äußerstes Missfallen gegenüber der BÄK zum Ausdruck gebracht, wobei es sich bei weiteren Recherchen ergab, dass an dieser entscheidenden Kuratoriums- sitzung die Delegierten der BÄK überhaupt nicht teilgenommen haben. Von der Außen- wirkung des Aufkündigens der stationären externen Qualitätssicherung zahlreicher ope- rativer Eingriffe ganz zu schweigen, ist die ganze Aktion für mich nicht nachvollziehbar.

Lediglich in einem Bereich, nämlich den sta- tionären Dokumentationsverpflichtungen von operativen Eingriffen, die zu 80 % meist am- bulant erfolgen, konnte ich von der Ausset- zung der Dokumentationsverpflichtung über- zeugt werden. Seit Jahren verlange ich in allen Gremien identische Qualitätssi- cherung – Dokumentations- verpflichtung.

QS FP/SE Stufe 1 ab 2001	Stufe 2 ab 1.1.2002	Stufe 3 Aussetzung ab 2004
Cholezystektomie	Garpaltunnelsyndrom	Gynäkolog. OP
Appendektomie	Ulnararinnensyndrom	Umstellungsosteotomie
Hernienoperation	Kataraktoperation	Knie-TEP
Geburtshilfe	Nasensehoidewandkorr.	Knie-Schlitzenarthrose
Schenkelhalsfraktur	Tonsillektomie	Knie-TEP-Wechsel
TEP bei Coxarthrose	SM-Erstimplantation	Mammachirurgie
Hüft-TEP-Wechsel	SM-Aggregatwechsel	PTA
PTCA	SM-Revision/Explant.	
Coronarangiographie	Venenexstrose	
Carotis-TEA	Proctataresektion	

Abbildung 7: Qualitätssi- cherung – Dokumentations- verpflichtung.

rungsmaßnahmen für den gleichen Eingriff im ambulanten wie stationären Bereich. Durch die Neugestaltung des § 115 b ist hier jetzt ein Neuanfang möglich, wobei in dem abgeschlossenen Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Zentralstelle für die bisherige stationäre Qualitätssicherung (BQS in Düsseldorf) auch für die Auswertung der ambulanten Operationen zuständig sein soll.

Der bisherige Dokumentationsbogen für ambulante Operationen entsprechend dem § 115 b wurde ausgesetzt. Es ist vorgesehen, in Zukunft fachspezifische Dokumentationen durchzuführen, ambulant und stationär identisch. Offen ist gegenwärtig, wer auf Landesebene die dazu notwendige Projektgeschäftsstelle betreibt. Die Partner dazu sind die KVB, die bayerischen gesetzlichen Krankenkassen und die bayerische Krankenhausgesell-

schaft. Es bietet sich unsere bayerische Projektgeschäftsstelle der bisherigen stationären Qualitätssicherung an, da dort auch schon die Infrastruktur, das Know-how und bisher ausgezeichnete Arbeitsergebnisse vorliegen. Immerhin wurden bei der BAQ im Jahr 2002 500 000 Datensätze der externen Qualitätssicherung für Fallpauschalen und Sonderentgelte in Bayern bearbeitet. Entsprechende Verhandlungen mit der KVB sind noch notwendig, jedoch derzeit nicht dringend, da die zukünftigen einzelnen Qualitätssicherungsmaßnahmen der ambulanten Operationen und stationsersetzenden Leistungen entsprechend dem § 115 b auf Bundesebene noch nicht konsentiert sind.

Als eigenes Projekt läuft seit zwei Jahren die statistische Auswertung der akuten Schlaganfallbehandlungen in Bayern, insbesondere auch in den etablierten Stroke-Units. Es konnten ca. 30 % der Akutbehandlungen erfasst werden. Die aktuelle Auswertung steht noch aus.

Auch die Erfassung der Geburtshilfe läuft in der BAQ reibungslos. Acht von 16 Bundesländern lassen ihre Daten bei unserer BAQ bearbeiten und damit werden derzeit ca. 70 % aller Geburten bundesweit in München ausgewertet, das sind ungefähr 500 000. Die Ergebnisse werden dieses Jahr erneut auf einem Symposium im Spätherbst vorgestellt, zu dem die BLÄK eingeladen hat. Eine Zusammenfassung der stationären Qualitätssicherungsaktivitäten und Ergebnisse können Sie dem Qualitätssicherungsbericht der BAQ für das Jahr 2001 und 2002 entnehmen (Abbildung 8). Der neue Bericht dieses Jahres erscheint im Spätherbst und kann bei der BAQ jederzeit bezogen werden.

Ärztliche Stellen

In Umsetzung des novellierten Strahlenschutzgesetzes wurde die BLÄK vom bayerischen Ministerrat beauftragt, zwei neue Ärztliche Stellen für die externe Qualitätssicherung der Strahlentherapie und nuklearmedizinischer Untersuchungen einzurichten (Abbildung 9).

Wir haben bereits die Ärztliche Stelle zur Qualitätssicherung Radiologie im stationären und privatärztlichen Bereich in unserem Haus, sodass damit nun insgesamt drei Ärztliche Stellen etabliert werden.

Sehr erfreulich ist der Konsens mit der KVB, dass diese neuen Ärztlichen Stellen für alle Leistungserbringer zuständig sein werden, das heißt sowohl ambulante wie stationäre Leistungen werden in einer Ärztlichen Stelle überprüft. Selbstverständlich werden die Prüfungskommissionen sowohl mit Vertragsärzten als auch mit Klinikärzten paritätisch besetzt. Die Vorsitzenden und die stellvertretenden Vorsitzenden der jeweiligen Ärztlichen Stellen wurden vom Vorstand in seiner letzten Sitzung auf Empfehlung der Berufsverbände bereits berufen.

Organisatorisch sollen die drei Ärztlichen Stellen innerhalb unseres Hauses zusammengefasst werden. Sowohl der Raumbedarf als auch die personelle Besetzung der neuen Ärztlichen Stellen wurden inzwischen festgelegt.

Der Bürobeginn ist für den 1. November dieses Jahres vorgesehen. Das Bayerische Landesamt für Umweltschutz wird in den nächsten Tagen sämtliche Anwender von Bestrahlungseinheiten und nuklearmedizinischen Installationen auffordern, über ein Anmeldeformular sich bei den zukünftigen Ärztlichen Stellen in unserem Haus anzumelden.

Die Prüfverfahren wurden von den Berufsverbänden bereits konzipiert, wobei sich herausstellt, dass die Strahlentherapie vorwiegend vor Ort, die nuklearmedizinischen Leistungen hauptsächlich innerhalb der Ärztlichen Stelle in München überprüft werden. Insgesamt ist der Organisationsaufbau so weit fortgeschritten, dass wir glauben, zum 1. Januar 2004 die Prüftätigkeit aufnehmen zu können.

Alle Ärztlichen Stellen müssen kostendeckend für die BLÄK arbeiten. Ein wahrscheinlicher Kostenrahmen für die neuen Ärztlichen Stellen wurde von uns erstellt. Erfreulicherweise wird das Bayerische Landesamt für Umweltschutz den Kostenrahmen auf unseren Vorschlag hin erlassen, sodass Einzelverträge mit den Betreibern nicht notwendig werden.

Zusammenfassend möchte ich meiner Genugtuung Ausdruck verleihen, dass es gelang, bayerineinheitlich Qualitätsüberprüfungen ärztlicher Leistungen zu installieren. In diesem Zusammenhang kann ich Ihnen auch mitteilen, dass entgegen meinen früheren Bestandungen bei den bisherigen Ärztlichen Stellen für Röntgendiagnostik jetzt einheitliche Beurteilungskriterien in KVB und BLÄK festgelegt sind. Ich kann es schon auf mein



Abbildung 8: Der Qualitätsbericht kann bei der Geschäftsstelle der BAQ, Westenriederstraße 19, 80331 München, Fax 089 211 590-20, kostenfrei angefordert werden.

Einrichtungen in Bayern	
Strahlentherapie	43
Nuklearmedizin	227

Abbildung 9: Einrichtung Ärztlicher Stellen gemäß § 83 Strahlenschutzverordnung.

persönliches permanentes Insistieren zurückführen, dass diese positive Entwicklung, für die bayerische Ärzteschaft im stationären und ambulanten Bereich einheitliche Qualitätskriterien zu haben, eingetreten ist.

Qualitätsmanagement

Auch intern haben wir unsere Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung beziehungsweise des Qualitätsmanagements (QM) weiter ausgebaut.

Im Geschäftsberichtszeitraum hatten wir in insgesamt sechs Basisseminaren auf der Grundlage des Curriculums „Qualitätssicherung der BÄK“ insgesamt 137 Teilnehmerinnen und Teilnehmer und an fünf Qualitätsmanagement-Aufbau-Seminaren insgesamt 127 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Beim jährlichen QM-Forum im Rahmen des letzten Nürnberger Fortbildungskongresses waren 103 Teilnehmerinnen und Teilnehmer anwesend. Eine sehr positive Resonanz fand die über drei Wochenenden stattfindende QM-Seminar-Sequenz speziell für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie deren Arzthelferinnen. Derzeit findet eine weitere QM-Praxen-Seminar-Sequenz mit etwa 60 Stunden Dauer statt, die auch für die Qualifizierung zur Arztfachhelferin angerechnet werden kann.

Bundesweit haben wir unter den Ärztekammern Neuland betreten, mit einem stark nachgefragten Risk-Management-Seminar. Haftpflichtversicherer für den stationären Bereich, aber auch die zunehmend geforderte Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit fordern die Etablierung von Risk-Management-Verfahren. Auch in diesem Bereich liegen bereits wieder Nachfragen zu einem Folge-seminar vor, die wir trotz nur schwierig verfügbarer personeller Ressourcen sehr wahrscheinlich erneut durchführen werden.

Insgesamt muss sich die BLÄK die Frage stellen, wo ihre Position ist, wenn die Forderung nach zunehmender Qualität unserer ärztlichen Leistungen sich derzeit durch die aktuelle Gesetzgebung vorwiegend auf die vertragsärztliche Tätigkeit bezieht. Inwieweit der neue Bundesausschuss kreative Vorgaben für das jetzt auch für Vertragsärzte verbindliche interne QM vorgeben wird, muss abgewartet werden.

Im vertragsärztlichen Bereich, wo die KVB mit Sicherheit ein gewisser Vorreiter ist, kann bei einzelnen Leistungen durch optimale Qualität eventuell eine bessere Vergütung durch Strukturverträge erreicht werden. Insgesamt ist aber derzeit noch nicht abzusehen,

wo die im Bundesausschuss dominierenden Krankenkassen eigentlich hin wollen. Wird die Ökonomie dominierender Faktor von Qualitätsanforderungen werden? Schafft es die Ärzteschaft eigenständig einheitliche Qualitätsstandards in Klinik und Praxis zu definieren und auch einzufordern? Dies ist umso mehr notwendig, da die politischen Weichen für eine Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten fachärztlichen Versorgung bereits gestellt sind. Identische Leistungen werden in Zukunft in Praxis und Krankenhausambulanz erbracht, wobei es mit Sicherheit die Aufgabe der Kammern sein wird, hier als koordinierende Kraft ein gemeinsames Konzept zu entwickeln.

Die politische Forderung, die beiden Versorgungsebenen in einem Qualitätswettbewerb im Interesse der Patienten gegeneinander laufen zu lassen, halte ich für ein falsches Spiel. Gute Qualität hat auch ihren Preis und in Zeiten anhaltender Budgetierung kann von einem freien Wettbewerb nicht die Rede sein.

Ich möchte ausdrücklich an die KVB appellieren, sowohl das QM als auch die Qualitätssicherung einzelner Leistungen mit der Kammer zu koordinieren, da ich den von der Politik und den Krankenkassen herbeigewünschten Wettbewerb für uns Ärzte als ein außerordentlich glattes Parkett ansehe.

Patientenverbände

Bereits im letzten Jahr hat das Gesundheitsministerium zu einem Forum mit vielen Beteiligten unseres Gesundheitswesens eingeladen, um über Patientenrechte mit den Patientenverbänden zu diskutieren. Ich habe aktiv an diesem Forum teilgenommen.

Auch in diesem Jahr fanden wieder zwei Veranstaltungen im Ministerium statt, wobei es erneut um die Transparenz unserer ärztlichen Tätigkeit, Probleme der Aufklärungspflichten, rechtliche Grundlagen für die Herausgabe von Patientenunterlagen und insgesamt um die Zusammenarbeit mit den Patientenvertretern ging.

Die Atmosphäre war gut bis vertrauensvoll. Verschiedene Regularien unserer Berufsordnung konnten im Forum verständlich gemacht werden. Besonders interessant war für mich, dass die im letzten Jahr vom Ärztetag beschlossenen geänderten Möglichkeiten, zusätzliche Qualifikationen der Ärzte ankündigen zu können, durchaus bei den Patientenvertretern auf skeptische Bewertung stießen. Die Schwerpunkts-Selbsteinschätzungen der Ärzte erfordern vom mündigen Patienten auch eine gewisse kritische Bewertung. Die von den Patientenvertretern gewünschte

Überprüfung dieser Selbsteinschätzungen von Schwerpunkten der Praxistätigkeit durch die Landesärztekammer wurde von uns zurückgewiesen.

Wenn ich auf der einen Seite immer den mündigen, verantwortungsbewussten Patienten herausstelle, muss ich auch eine gewisse Kritikfähigkeit einfordern können. Es wird sich in den nächsten Jahren zeigen, ob die jetzt liberalisierte Werbeordnung zu mehr Transparenz der Versorgung und Information der Bürger oder aber zu mehr Verwirrung geführt hat.

Verband Freie Berufe

Präsident und Vizepräsidenten haben im Rahmen unserer Wahl eine vermehrte Öffentlichkeitsarbeit der Landesärztekammer eingefordert und wir selbst haben dies auch als persönliche Verpflichtung aufgefasst. Die Kammer hat alle Möglichkeiten wahrgenommen, in den verschiedensten Medien und gesellschaftlichen Gruppierungen unsere ärztlichen Standpunkte, aber auch unsere Sachkenntnisse in Einzelfragen zur Verfügung zu stellen. Durch meine Tätigkeit im Präsidium des Verbandes der Freien Berufe konnte ich mehrfach Stellungnahmen abgeben, in denen es um die Einbeziehung der Ärzte in die Gewerbesteuer ging. Ein ausgiebiger Schriftwechsel mit der Bayerischen Staatsregierung und persönliche Gespräche mit Regierungsmitgliedern sind selbstverständlich ebenfalls erfolgt.

Nicht zuletzt haben Kollegin Irmgard Pfaffinger für die KVB und ich für die BLÄK an einem Meinungsaustausch mit dem bayerischen Finanzminister teilgenommen, der uns definitiv die Freiberuflichkeit der Ärzte bestätigte und die massive politische Unterstützung gegen eine Einbeziehung der freien Berufe in die Gewerbesteuer versicherte. Nach den letzten politischen Stellungnahmen, auch nach der bayerischen Landtagswahl, scheinen unsere verschiedenen Aktivitäten in diesem Bereich eventuell erfolgreich gewesen zu sein.

Wir lehnen definitiv eine Gewerbesteuer-Veranlagung ab, auch wenn diese Steuer den neuen Namen „Gemeindewirtschaftssteuer“ trägt. Ich darf dazu unseren § 1 der Berufsordnung zitieren: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Es gilt das gesprochene Wort.