

Chancengleiche und qualitative Patientenversorgung



Präsident Dr. H. Hellmut Koch bei seinem Arbeitsbericht.

Aktuelles

Ärztewanderungen

Wie schaut es derzeit mit dem ärztlichen Nachwuchs aus? Waren es 1991 noch 3,2 Abiturienten, die sich für einen Studienplatz beworben haben, so ist diese Zahl inzwischen nun auf 2,7 abgesunken. Vor 30 Jahren waren es noch 6,7. Damals war der Arztberuf attraktiver. Das Interesse am Medizinstudium hat in den letzten Jahren deutlich abgenommen, doch es sind immer noch mehr Bewerber vorhanden, als Studienplätze zur Verfügung stehen. Das Hauptproblem ist, das zeigen uns die Zahlen, wie viele von den 11 550 Erstsemestern in der Humanmedizin dann letztendlich als Arzt im Praktikum in Klinik und Praxis auftauchen. Diese Zahl hat in den letzten Jahren laufend weiter abgenommen. Immer mehr Kollegen beginnen das Medizinstudium, aber immer mehr entscheiden sich nicht mehr für die kurative Medizin.

Also nur etwas mehr als die Hälfte aller Studienanfänger in der Humanmedizin beginnt dann auch die Tätigkeit in Praxis und Klinik, um ihre Approbation zu erhalten. Ein sehr alarmierendes Zeichen. Ausdruck dieser Situation ist zum Beispiel eine Anzeige im *Deutschen Ärzteblatt* vor etwa einem Jahr: „33 Tage Urlaub, freie Unterkunft für ein Jahr, zehn Tage bezahlte Fortbildung, Dienstwagen, zwei Heimflüge mit Familie gratis.“ Wenn man dies liest, denkt man heutzutage automatisch an die Saudiarabische Welt. Man denkt an Dubai oder Ähnliches. Aber mitnichten! Es ist eine Annonce des britischen National Health-Service, der Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland sucht. Es ist klar, dass ein Arzt, der die Annonce liest, sich zweimal überlegt, ob er unter den schlechten Arbeitsbedingungen in Deutschland in der Klinik oder in der Praxis arbeiten will und dieses Angebot nicht wahrnimmt, noch dazu, wenn man weiß, dass die Bezahlung dort im Prinzip höher liegt, als bei uns. Wir haben also eine Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten aus Bayern in das Ausland. Die Zahlen von 2003 sind der Abbildung 1 zu entnehmen.

Die meisten gehen in die Schweiz, USA, Großbritannien, Frankreich, Italien und in die nordischen Länder. Im Jahr 2003 waren es insgesamt 403 Kolleginnen und Kollegen, die Bayern verlassen haben. Wir versuchen, den Fehlbedarf durch ausländische Ärzte wiederum zu decken. Abbildung 2 zeigt die Zahl derjenigen Ärzte, die im Jahr 2003 hier gearbeitet haben. Dadurch entsteht im Osten ein Ärztemangel. Unsere östlichen Nachbarn werden dann weiter aus dem Osten Ärzte rekrutieren und ich bin auf den Tag gespannt, an dem Wladiwostok dann keine Ärzte mehr hat, weil der Osten dort zu Ende ist. Ich denke, wir müssen dem Einhalt gebieten und wir müssen dafür sorgen, dass die Arbeitsbedingungen in Deutschland für den ärztlichen Nachwuchs wieder so werden, dass er hier bleibt und dass hier auch ein attraktives Arbeiten möglich ist. Mit dem Studium, der neuen Approbationsordnung, haben wir schon einen ersten Schritt getan. Wir hoffen nun inständig, dass die Universitäten hier bald zurande kommen und diese neue Approbationsordnung auch komplett umsetzen, sodass wir dann in spätestens vier bis fünf Jahren zumindest einen Erfolg zu verzeichnen haben.

Noch einmal kurz einen Blick auf die freien Planstellen und nicht besetzbaren Kassenarztsitze in Bayern. Es sind derzeit in bayerischen Krankenhäusern etwa 620 Stellen nicht besetzbar. Das betrifft nicht nur die Krankenhäuser auf dem Land und kleine Krankenhäuser der Versorgungsstufe I oder II. Es betrifft inzwischen auch große Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe. Es sind 336 Hausarztsitze in Bayern nicht besetzbar und es sind 113 Facharztsitze derzeit in Bayern vakant. Schauen wir uns die Facharztsitze einmal genauer an: Hauptsächlich in Unter-, Ober- und Mittelfranken tritt der Mangel auf. Aber was für mich das Beunruhigende dabei ist: zum ersten Mal zeigt eine Statistik auf, dass selbst in München-Stadt fünf Facharztsitze im vertragsärztlichen Bereich derzeit vakant sind. Das ist sicher kein Versorgungsproblem, aber es zeigt meiner Ansicht nach, dass die Entwicklung in diese Richtung weitergeht und dass die Schere zwischen den Kollegen, die in Pension gehen und denen, die wir als Nachwuchs haben, immer mehr aufgeht.

Entbürokratisierung

Es laufen derzeit verschiedenste Maßnahmen, um das Problem Entbürokratisierung in den Griff zu bekommen. Eine große statistische Arbeit zeigt, dass sich zum Beispiel in der Inneren Medizin im stationären Bereich ein Assistenzarzt knapp 200 Minuten täglich – das sind drei Stunden und 20 Minuten – mit Verwaltungsarbeit beschäftigen muss. Das ist Zeit, die dem Patienten abgeht. Es ist klar, wenn ich über die Hälfte meiner Arbeitszeit nicht mit bzw. am Patienten arbeite, sondern vor dem Computer sitze und Diagnosis Related Groups (DRG) eingebe, Fragen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) beantworte, dass ich dann sage, dass ich gleich in die Industrie gehen kann, wo ich eine Fünftagewoche habe, gute Bezahlung, keinen Nachtdienst, keinen Oberarzt und Chef, der mich „drangsaliert“. Leider ist mir eine solche Studie aus dem niedergelassenen Bereich nicht bekannt, aber einige Erhebungen, die wir durchgeführt haben, zeigen, dass die Verwaltungsarbeit auch im niedergelassenen Bereich derzeit etwa bei 40 Prozent liegt. Das ist natürlich viel zu viel. Noch etwas zu dem Thema „Dokumentationsaufwand“. Man glaubt so allgemein, es gäbe eine di-



Abbildung 1: Abwanderung von Ärzten ins Ausland 2003.



Abbildung 2: Ausländische Ärzte in Bayern 2003.

rekte Beziehung zwischen Aufwand und Nutzen bei der Dokumentation. Das ist aber nicht der Fall. Denn je höher der Aufwand, desto weniger wird der Nutzen, der herauskommt. Wir befinden uns derzeit an der Kippstelle zwischen noch einem gewissen Nutzen und einem absinkenden Nutzen. Es ist jetzt also fünf vor zwölf, um hier entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

Dazu gibt es, wie gesagt, verschiedenste Arbeitsgruppen: eine Arbeitsgruppe bei der Kassenzentralen Bundesvereinigung (KBV), eine bei der Bundesärztekammer (BAK), der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und beim Gesundheitsministerium in Bayern. Staatsminister Dr. Werner Schnappauf hat darauf hingewiesen. Es geht darum, bürokratischen Abbau herbeizuführen. Die meisten Änderungswünsche betreffen den Bereich Formulare und Vordrucke und es gibt Ideen zur Vereinfachung von DRG-Programmen, der Praxisgebühr und der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Kritisiert werden vor allem neue Heilmittel-Richtlinien, der Krankentransportschein, zu umfangreiche Aufklärungsbögen und Einverständniserklärungen. Wir haben festgestellt, dass sich viele Formulare durch die Gesundheitsreform in ihrem Umfang verdoppelt haben. Unterschiede gibt es auch zum Beispiel bei Kuranträgen. Bei der einen Krankenkasse reicht es, wenn man ein einseitiges Formular ausfüllt, die andere verlangt ein Vierseitiges. Auch hier wäre es hilfreich, wenn man dieses Vorgehen standardisieren könnte. Im Krankenhaus ist natürlich die DRG-Kodierung und -Abrechnung ein großes Problem. Hier muss man sinnvolle Regelungen für die Zukunft finden. Praktisch bei jedem zweiten oder dritten Patienten gibt es Anfragen des MDK. Auch hier haben wir Gespräche mit dem MDK geführt und vorbereitet. Denn es macht noch viel mehr Arbeit, als die eigentliche Kodierung, die Unterlagen herauszusuchen, Begründungen zu schreiben oder die Originalunterlagen zu versenden. Wir werden diese Gespräche weiter führen, um zu einem besseren Ergebnis zu kommen. Hauptübel der ganzen Bürokratisierung ist natürlich das Misstrauen der Politik und das Misstrauen der Krankenkassen gegen uns. Wie gesagt, die GMK der Länder hat sich auch mit dem Problem befasst. Sie hält es für notwendig, „das medizinische Personal von nicht zwingend notwendigen Dokumentationspflichten zu entlasten, um die vorhandenen Ressourcen besser für die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten nutzen zu können“. Sie erwartet bis zu ihrer nächsten Sitzung Mitte 2005 Vorschläge der verschiedenen Länder, wie hier ein Bürokratisierungsabbau durchgeführt werden kann. Wir werden mitarbeiten, federführend ist die Sächsische Landesärztekammer und das Land Sachsen. Wie heißt es doch so schön: „Alle im Gesundheitswesen verantwortliche Institutionen werden aufgefordert, ihre Dokumentationsansprüche und Pflichten kritisch zu hinterfragen und einer Sinnprüfung zu unterziehen“. Diesen Anspruch hat sich auch der Deutsche Ärztetag in Bremen zu Eigen gemacht und eine entsprechende Resolution verfasst. Ferner haben wir noch ein bayerisches Problem, wenn es um Entbürokratisierung geht. Das ist die Verwaltungsreform. Es gibt eine Verwaltungsreform Stufe II, die jetzt vorgestellt worden ist, in der das Gesundheitswesen nicht thematisiert wird. Ich sage „Gott sei Dank“. Denn Sie wissen ja, Verwaltungsreform bedeutet: der Staat verschlankt und stößt manche Dinge ab. Aus der Erfahrung der letzten Jah-

Medienresonanz am 58. Bayerischen Ärztetag.



re heraus müssen wir hier unsere Stimme erheben, weil wir verhindern müssen, dass in einer zukünftigen Verwaltungsreform Dinge aus dem staatlich finanzierten Bereich in den beitragsfinanzierten Bereich herübergeschoben werden. Der Staat ist dann entschuldet, er hat die Aufgaben nicht mehr und spart Steuern. Aber dann müssen wir, die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK), diese Aufgaben übernehmen, weil sie natürlich nicht verzichtbar sind. Wir müssen dies aus unseren Beiträgen finanzieren und das kann und darf nicht sein! Staatsminister Dr. Werner Schnappauf hat mir zugesichert, dass derzeit so etwas nicht geplant sei. Falls etwas von der Staatskanzlei in dieser Richtung käme, würde er sofort Kontakt mit uns aufnehmen. Ich hoffe also, dass wir das vorerst zumindest verhindern konnten.

„Gesetz zur Überwachung von Arztpraxen“
Im Juni dieses Jahres haben wir eine Pressemeldung herausgegeben, da die Bundesjustizministerin Brigitte Zypries einen Gesetzentwurf eingebracht hat, der vorsah, auch das Abhören von Patientengesprächen in Arztpraxen zu erlauben. Es geht dabei nicht um das Abhören, weil ein Arzt unter Überwachung steht, sondern ein Patient. Aus diesem Grund sollte auch in Arztpraxen Abhören erlaubt sein. Wir haben auf Bundes- und auf Landesebene massiv dagegen protestiert und dagegen Stimmung gemacht. Wir hatten damit Erfolg. Das Abhören von Ärzten bleibt tabu. Dies ist in dem neuen Entwurf nicht mehr enthalten. Die Bundesjustizministerin hat den Lausangriff in Arztpraxen zu den Akten gelegt.

Ethik-Kommission

Unsere Ethik-Kommission befasst sich mit der ethischen Prüfung von Studien. Sie muss hier Genehmigungen erteilen, wie auch die Ethik-Kommissionen der Universitäten. Aufgrund von geänderten Bundesgesetzen tauchen nun Probleme auf. Unsere Ethik-Kommission in Bayern bearbeitet von den 52 öffentlich-rechtlichen Ethik-Kommissionen im Bundesgebiet das größte Pensum aller unter das Arzneimittelgesetz (AMG) fallenden Anträge. Sie hat sich in den vergangenen Jahren unter dem Vorsitzenden Professor Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, später Professor Dr. Dr. h. c. mult. Dieter Adam und nunmehr Professor Dr. Joerg Hasford einen hervorragenden Ruf in dieser gesamten Forschungsszene erworben, was die Konsistenz ihrer Voten angeht, die

Geschwindigkeit ihrer Bearbeitung und den Stil des Umgangs mit den Antragstellern. Sie wissen, dass diese Ethik-Kommission in der BLÄK errichtet und in der Satzung der BLÄK im § 13 a festgelegt ist. Ich möchte meinen Dank für ihr großes Engagement, das sie in den letzten Jahren und bis heute bewiesen haben, den bisherigen Vorsitzenden und Joerg Hasford sowie den Mitgliedern der Ethik-Kommission aussprechen.

Aber es gibt auch eine aktuelle Entwicklung, die dazu führen könnte, dass wir irgendwann keine Ethik-Kommission mehr haben. Es geht um die Indienstnahme der Ethik-Kommission durch die zwölfte Novelle zum AMG. Durch diese wird die Kommission faktisch zu einer Genehmigungsbehörde neben der zuständigen Bundesoberbehörde. Man mag diese Entwicklung beklagen, sie kommt nicht unvermutet, denn sie geht auf eine EU-Richtlinie zurück. Die EU-Richtlinie wurde schon im Jahr 2001 erlassen und ich habe bereits im Januar 2002 deswegen den Präsidenten der BAK und die Kolleginnen und Kollegen Präsidenten aller (Landes-)Ärztekammern angeschrieben und diese darauf aufmerksam gemacht und gebeten, darüber nachzudenken, ob die Kammern nach wie vor Träger von Ethik-Kommissionen sein können und sein wollen. Leider ist mein Aufruf vom Januar 2002 verhallt, wie vieles auf der Bundesebene verhallt. Nun plötzlich wurde hektisch vor wenigen Monaten festgestellt, dass es da ja Handlungsbedarf gebe. Das Problem ist, dass ein Haftungsanspruch bzw. ein Haftungsrisiko besteht, wenn unsere Ethik-Kommission für eine „Art Bundesbehörde“ tätig wird. Solche Haftungsansprüche können unter Umständen in den „Millionen-Milliarden-Bereich“ gehen. Wenn eine Studie abgelehnt wird, kann die entsprechende Pharmaindustrie natürlich Forderungen stellen, was der Ruin für die BLÄK wäre. Andere Kammern befürchten, dass dort, wo die Ärzteversorgung direkt an der Kammer hängt, durchaus auch Gelder der Ärzteversorgung mit in Haft genommen werden. Die Haftungsfrage ist also das Problem. Wir haben gegenüber dem Bayerischen Gesundheitsministerium deutlich gemacht, dass wir zur weiteren Trägerschaft für die Ethik-Kommission bereit sind, jedoch nur unter der Bedingung, dass der Staat erklärt, dafür die Haftung zu übernehmen. Wir haben zwar noch keine definitive Antwort, aber doch einige Signale in diese Richtung, sodass ich im Moment davon ausgehe, dass wir diese Aufgabe, die für die for-

schen bayerischen Ärztinnen und Ärzte und dem Forschungsstandort Bayern gleichermaßen wichtig ist, auch weiterhin wahrnehmen werden. Es sind auch andere Konstruktionen denkbar. Beispielsweise, dass wir zusammen mit den Ethik-Kommissionen der Universitäten eine gemeinsame Basis bilden. Das muss aber die Diskussion in den nächsten Monaten noch ergeben. Wenn der Staat die Haftung nicht übernimmt, werden wir gezwungen sein, die Ethik-Kommission bei der BLÄK in der bisherigen Form aufzulösen, weil wir das Haftungsrisiko nicht eingehen können.

„Elektronische Gesundheitskarte“ „Elektronischer Arztausweis“

Technisch spielt der elektronische Arztausweis eine Schlüsselrolle. In der aktuellen politischen Diskussion allerdings eine nur ganz marginale Rolle. Technisch ist der elektronische Arztausweis, also die „Health-Professional-Card“ (HPC), die Voraussetzung dafür, dass sich eine Ärztin oder ein Arzt als Arzt auf elektronischem Wege authentifizieren kann und dann lesend und schreibend auf die Gesundheitskarte zugreifen kann. Das Konzept des elektronischen Arztausweises ist technisch sehr weit gediehen. Es gibt auch eine auf der Bundesebene konzipierte Spezifikation. Die Gesundheitskarte dagegen – und das haben Sie sicher der Presse in den letzten Wochen entnommen –, befindet sich demgegenüber konzeptionell in den Kinderschuhen. Hier sind die Vertragspartner nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) gefordert. Es wird für die elektronische Gesundheitskarte, die zum 1. Januar 2006 eingeführt werden soll, derzeit ein Pflichten- und Lastenheft entwickelt und das Ministerium hatte den 30. September als Termin gesetzt. Anderenfalls würde eine Ersatzvornahme vorgenommen. Nun gibt es hier einen erheblichen Dissens. Alle Fachleute der AOK, der BÄK, der KBV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) haben am 30. September festgestellt, dass das, was in dem Pflichtenheft steht, in sich nicht konsistent ist. Das hat dazu geführt, dass KBV, BÄK und DKG erklärt haben, sie könnten diesen Vertrag über dieses Pflichtenheft zunächst noch nicht unterschreiben. Erst müssten die strittigen Punkte geklärt werden. Die Vorstände der Krankenkassen haben dennoch unterschrieben. Die Krankenkassen sind der Meinung: „BMGS – wir machen das trotzdem so wie Du willst“. Nun sind wir Ärzte wieder „die Bösen“. Sie haben die Presseveröffentlichungen vielleicht gelesen, nach denen sich die Leistungsanbieter bei der elektronischen Gesundheitskarte verweigern würden. Mitnichten ist dies so. Aber wir können elementaren Mängeln nicht zustimmen. So fordern die Krankenkassen zum Beispiel, dass die bundeseinheitliche Arztnummer auf allen Rezepten steht und ihnen mitgeteilt wird, damit sie nicht nur einen gläsernen Patienten, sondern auch einen gläsernen Arzt herstellen können. Sie fordern, dass alle Daten nicht auf der Chipkarte gespeichert werden, sondern auf einem zentralen bundeseinheitlichen Server, wo sie laufend Zugriff hätten. Das sind Dinge, die natürlich nicht gehen. Also besteht erheblicher Diskurs und ich bin gespannt auf die Reaktion des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Eine gewisse Rückzugstendenz von Ulla Schmidt kann man erkennen. Sie spricht in letzter Zeit nicht mehr davon, dass am 1. Januar 2006 diese Karte eingeführt werden muss, so wie es im Gesetz steht, sondern dass am 1. Januar 2006 erst einmal „Feldversuche“ stattfinden könnten. Sie ken-

nen auch den Ausspruch, dass sich hier ein „Toll-Collect II“ anbahnt. Deswegen werden wir Ärzte bei der elektronischen Gesundheitskarte zwar unser Know-how mit einbringen, aber keinen Cent investieren.

Gesundheitspolitik

„Wir müssen der Politik Fragen stellen“, weil augenscheinlich die Zeit der pauschalen Schuldzuweisungen an die Adresse der deutschen Ärzteschaft vorbei ist. Zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Gründe hierfür mag es sehr viele geben, beispielsweise das Thema der Bürgerversicherung versus Kopfpauschale/Gesundheitsprämie, die sich scheinbar „eingespielte“ Praxisgebühr oder die sich offenbar leicht erholende Finanzsituation bei den gesetzlichen Krankenkassen. Auch muss offensichtlich das deutsche Gesundheitswesen nicht mehr schlecht geredet und schlecht begutachtet werden, mit angeblicher flächendeckender Über-, Unter- und Fehlversorgung. Offensichtlich ist das politische Umfeld für ideologisch motivierte Systemveränderungen und Umsteuerungen nicht mehr so ganz relevant. Wir haben aber, denke ich, allen Anlass, angesichts der nunmehr zehn Monate alten Gesundheitsreform, einen analysierten Blick auf die ersten erkennbaren Effekte dieses GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zu werfen und nach den Perspektiven für die ärztliche Versorgung der Patienten und der versorgungspolitischen Dimension der neuen Situation zu forschen. Es ist längst an der Zeit, dass wir der Politik auf Bundesebene in aller Deutlichkeit Fragen stellen. Bei jedem Kontakt mit Politikern müssen immer wieder diese Fragen kommen. Ob wir auch auf alle Fragen eine Antwort erhalten, sei dahingestellt. Aber wir müssen zumindest unsere Meinung zu Gehör bringen. Wir sollten uns nur ganz kurz noch einmal ins Gedächtnis rufen, dass die medizinische Versorgung derzeit vertragssystematisch durch zwei Grundmodelle möglich wird. Das eine ist die kollektiv vertragsrechtlich gesteuerte sektorale Versorgung des ambulanten Bereiches mit den Strukturverträgen nach § 73 a SGB V, dem Hausarztprinzip nach § 73 b SGB V und den speziellen Versorgungsaufträgen nach § 73 c SGB V. Das zweite Grundmodell ist die individualvertragsrechtlich zu gestaltende Integrationsversorgung nach § 114 a bis d. Das sollte eine transsektorale Vernetzung von Versorgungsstrukturen ermöglichen. Der Sicherstellungsauftrag liegt hier bei den Kassen, da eine solche transsektorale Vernetzung allein von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) angeblich nicht leistbar wäre. Bei den Strukturen nach § 73 liegt der Sicherstellungsauftrag nach wie vor bei der KV. Hinzu kommen noch die medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V. Dazu fällt mir einiges ein, zum Beispiel zur Abgrenzung der vertragsärztlichen Versorgung zu der im Krankenhaus. Wir müssen die Politik fragen: Wie soll die Positionierung der Krankenhäuser aussehen? Wie soll das Krankenhaus künftig vertraglich neben dem Vertragsarzt eingeordnet werden? Was sollen wir damit bewirken? Wie soll damit umgegangen werden? Welche Belege gibt es denn, dass hierdurch eine effizientere Ressourcen-Allokation, eine Senkung der Ausgaben für die Versorgung, erreicht wird? Alles Dinge, die uns im Moment vollkommen unklar sind. Es müssen klare Abgrenzungen geschaffen werden, die vermeiden, dass die gleiche Leistung unter verschiedenen Paragraphen unterschiedlich vergütet wird. Wir müssen fragen: Wer darf ambulante Leistungen erbringen? Wie soll das Zulas-

sungsverfahren geregelt werden? Wie sollen Krankenhäuser zukünftig in die zunehmend differenzierte Vertragssystematik eingeordnet werden? Wie lange sollen Krankenhausbudgets wirklich bestehen bleiben? Es gibt natürlich auch genauso viele Fragen, die die Rolle der KV und den niedergelassenen Bereich betreffen. Zum Beispiel: Wie gedenkt die Politik einen fairen Wettbewerb hinsichtlich der im GMG angelegten Versorgungsstrukturmodelle zu gewährleisten? Ein Punkt, der letztendlich nur über den Gesetzgeber gelöst werden kann und nicht allein durch unsere Berufsordnung. Haben denn die Kassen überhaupt Spielraum? Die Versorgung von Versicherten, die im Rahmen von Integrationsverträgen versorgt werden, einzuteilen in diejenigen Leistungen nach § 140 SGB V und den Leistungen, die dem Sicherstellungsauftrag der KV überantwortet werden – geht dies überhaupt? Und natürlich gibt es die Frage nach der Nachhaltigkeit zukünftiger Finanzierungsreformen der GKV. Das sind die Fragen, die wir im Rahmen der Diskussion über eine neue Krankenversicherungsform und -struktur diskutieren müssen. Die Ausgabenanstiege im Zuge der Alterung der Bevölkerung können nicht – und das ist mein Resümee – durch Einsparungen in anderen Leistungsbereichen kompensiert werden. Das ist es, was die Politik derzeit versucht. Diese Fortschrittalterungsspirale ist nicht das Problem. Wir haben keine Ressourcen woanders, die wir hin- und herschieben können!

Finanzierung der GKV

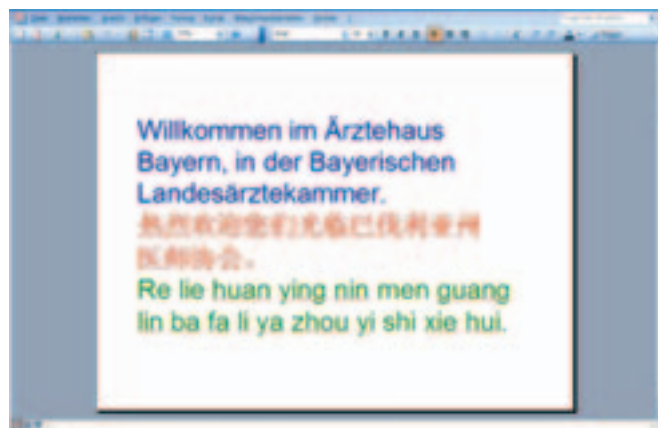
Jeder von uns mag eine persönliche Meinung dazu haben, ob die so genannte Bürgerversicherung nach Lesart der SPD, die sie wieder in die Schublade gelegt hat, oder nach Lesart der Grünen, die sie ja wieder groß herausgeholt hat, die Richtige ist. Wir als Ärzteschaft sollten uns derzeit aus der Diskussion heraushalten. Dazu konnte sich auch der Vorstand der BÄK durchringen. Er hat Kriterien der deutschen Ärzteschaft zur Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung aufgestellt. Das heißt, wir müssen die Eckpunkte für eine zukünftige Krankenversicherung definieren, die aus ärztlicher Sicht erfüllt sein müssen. Wie diese dann im Einzelnen aussieht, ist nicht mehr unsere Aufgabe. Aber wir müssen dafür sorgen, dass wir unseren ärztlichen Auftrag an den Patientinnen und Patienten erfüllen können. Ein zentraler Punkt heißt: Die Finanzierungstechnik kann nur Mittel zum Zweck, zur Sicherung einer im Zugang chancengleichen und qualitativ hochstehenden Patientenversorgung sein. Wir haben verschiedenste Kriterien aufgestellt.

- Auf der Individualebene: Arztwahl, Freiheit für den Patienten, Therapiefreiheit für den Arzt und Verantwortung für die Patienten.
- Auf der strukturellen Ebene: Chancengleichheit der Heilbehandlung, räumlich nahe hausärztliche und fachärztliche Versorgung. Auf der Versorgungsebene: Definitionskompetenz der Ärzte für die notwendige medizinische Versorgung und für die Erstellung von Leitlinien.
- Auf der Vertragsebene: Wettbewerbsgleichheit für Ärzte und Instrumente zum Ausschluss von Marktmacht der Krankenkassen im niedergelassenen Bereich.

- Ferner müssen Flexibilität und Reaktionsfähigkeit – Möglichkeiten für modellhaftes Vorgehen, Steuerungsfunktion, Teilnahme am Fortschritt und demographische Herausforderungen – gewährleistet sein.

Wir haben diese Punkte alle in einem Papier zusammengefasst. Wir sind uns über zwei Eckpunkte einig: Es muss eine Abkoppelung vom Lohnbezug stattfinden und es muss der Weg von der jetzigen Pflichtversicherung hin zu einer Art „Pflichtzuversicherung“ oder Versicherungspflicht stattfinden. Sonst lassen sich diese Punkte nicht erreichen. Ich kann also Jörg-Dietrich Hoppe nicht ganz zustimmen, wenn er sagt, „lassen wir alles so wie es ist, es hat sich ja bewährt“, weil dies nicht ausreicht, unser System weiter zu finanzieren.

Abbildung 3: Besuch
der Delegation
des Chinesischen
Gesundheitsministeriums.



Medien und Öffentlichkeitsarbeit

Zur Information der innerärztlichen und auch der breiten allgemeinen Öffentlichkeit über ihre Arbeit und ihre Projekte stehen der BLÄK im Prinzip drei Kommunikationswege zur Verfügung. Die Pressestelle, das *Bayerische Ärzteblatt* und das Internet. Wobei das *Bayerische Ärzteblatt* natürlich nicht nur ein Mitgliedermagazin ist, sondern auch ein amtliches Mitteilungsblatt und das sollten wir immer wieder im Hinterkopf haben.

Die Pressestelle beantwortet alle Medienfragen bei uns in der BLÄK, vermittelt Gesprächspartner zu aktuellen gesundheitspolitischen und medizinischen Themen. Aber ich denke, es ist sehr sinnvoll und notwendig, dass wir hier unsere Präsenz in der Öffentlichkeit, in der politischen Öffentlichkeit und in den Medien in den letzten Jahren deutlich verbessern und intensivieren konnten. Wir nehmen all das, was die Pressestelle uns anbietet und vermittelt gerne auf. Wichtige Instrumente dabei sind vor allem auch persönliche Hintergrund- und Exklusivgespräche, die dann ich alleine oder gemeinsam mit den beiden Vizepräsidenten mit den Medien und Politikvertretern führe. Außerdem führen wir Gespräche mit ausländischen Delegationen, zum Beispiel kürzlich mit einer chinesischen Delegation (Abbildung 3) und mit Politikern [Hintergrund-Gespräch mit Horst Seehofer, siehe Heft 10, Seite 574 (Anm. d. Red.)].

Kammer-Xtra

Manche von Ihnen kennen und nutzen dieses Instrument der dezentralen Pressearbeit. Es handelt sich um einen internen Artikeldienst, der sich an alle Vorsitzenden bzw. Medienbeauftragten der Ärztlichen Kreisverbände (ÄKV) richtet. Es gibt eine ganze Reihe von ÄKV, die ganz interessiert sind und den Mediendienst hervorragend einsetzen. Aber leider gibt es auch einige ÄKV, die mit dem Ganzen nichts zu tun haben wollen. Das finde ich sehr schade. Wir können nur über die Medien etwas bewirken und nur dann, wenn wir auf allen Ebenen die Medien gleich ansprechen. Also mein Appell an die ÄKV: Arbeiten Sie auch an diesem Kammer-Xtra mit. Nehmen Sie es in Ihr Repertoire auf.

Bayerisches Ärzteblatt

Das *Bayerische Ärzteblatt* ist ein wichtiges Kommunikationsmedium, es erscheint elfmal im Jahr, so um den 10. des Monats. Berufs- und Gesundheitspolitik und ärztliche Fortbildung sind die Themenschwerpunkte. Und ich bin natürlich etwas

erstaunt, dass – obwohl es ein amtliches Mitteilungsblatt ist – viele Kolleginnen und Kollegen dieses nicht lesen. Wie komme ich darauf? Nachdem die Weiterbildungsordnung (WO) verschickt worden war, beigelegt dem *Bayerischen Ärzteblatt*, haben wir zahlreiche Anrufer gehabt, die gebeten haben, ihnen eine neue WO zuzuschicken. Diese Kollegen gaben dann zu, das *Bayerische Ärzteblatt* ungeöffnet und ungelesen weggeworfen zu haben. Das kann fatal ausgehen, da dort auch amtliche Mitteilungen enthalten sind, die sie befolgen müssen! Ich kann allen nur dringend empfehlen, das *Ärzteblatt* zu lesen.

Internet

Darüber hinaus verfügen wir mit dem Internetauftritt über ein schnelles Medium zur umfassenden tagesaktuellen Information. Auf der Homepage der BLÄK (www.blæk.de) sind auch Pressestelle und *Bayerisches Ärzteblatt* präsent. Online betreut wird das Intranet- und Internet-Angebot durch eine Internet-Redaktion.

Noch kurz zwei Worte zum aktuellen Medienecho. Ich denke, das Thema „Ärzte verlassen Deutschland“ muss ich nicht mehr näher erwähnen. Ein weiteres Thema war die Schönheitschirurgie bzw. die negativen Beispiele der Schönheitschirurgie. Ich habe, wie bereits in der Tagesschau gesagt, gewisse ethische Probleme, wenn man es zu weit treibt. Wenn Minderjährige so „schönheitsoperiert“ werden, dass sie ihrem Idol gleichkommen, frage ich mich, ob dies noch ethisch verantwortbar ist.

Finanzen

Die Neufassung des Heilberufe-Kammergesetzes (HKaG) ist seit Februar 2002 in Kraft. In den vergangenen zwei Jahren haben sich die in Bayern existierenden acht Bezirksverbände (ÄBV) intensiv darum bemüht, die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen. Ich persönlich habe dabei den Eindruck gewonnen, dass es sich um eine ähnlich komplexe Aufgabe handelt, wie sie der damalige Innenminister Dr. Bruno Merk bei der Gebietsreform in Bayern erlebt und durchlitten hat.

Bei manchen Diskussionen, insbesondere mit verschiedenen ÄKV, konnte man den Eindruck gewinnen, dass es im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung vollkommen unerheblich ist, wenn zwar die gesamte Staatsverwaltung gestrafft und kon-

zentriert wird, bei uns im ärztlichen Bereich aber alles so bleiben kann, wie es war. Um es einmal klar und eindeutig zu formulieren: Der ÄKV als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist im Hinblick auf seine Aufgaben und die mit diesem Zusammenhang fließenden Beiträge seiner Mitglieder in erster Linie seinen Mitgliedern verpflichtet und erst in zweiter Linie seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ich weiß, dass solche Aussagen nicht überall Freude bereiten. Ich kann aber nur feststellen, dass bei vielen, das heißt bei der Mehrzahl der ÄKV, die Dinge vernünftig, konsequent und zielführend umgesetzt wurden. Das Motto „Geld muss der Leistung folgen“ wurde hier entsprechend umgesetzt. Als Ärzte kennen wir die Diskussion zur Genüge, wenn es dabei um Verteilung von ambulanter und stationärer Versorgung geht und diese Forderung im Raum steht. Ich bitte Sie alle, dazu beizutragen, dass das Verhältnis zwischen den ÄKV und ÄBV effektiv und konstruktiv gestaltet wird. Es gibt in Bayern Beispiele, die zeigen, dass es funktioniert, wenn alle den guten Willen zeigen. Die sieben ÄBV – den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München können wir hier ausklammern – haben inzwischen ihre Leistungsfähigkeit im Hinblick auf die ihnen zugewiesenen Aufgaben im Meldewesen der Berufsaufsicht bewiesen. Im HKaG ist vorgegeben, dass die Mitgliedschaft des Arztes beim ÄKV die Verpflichtung zur Beitragsleistung beinhaltet und der ÄKV verpflichtet ist, seinen ÄBV entsprechend finanziell auszustatten, damit dann dieser die ihm übertragenen Aufgaben für jeden Regierungsbezirk leisten kann. Die BLÄK hat in diesem Zusammenhang ihre Hausaufgaben gemacht und ich kann feststellen, dass zum Beispiel allein im Bereich des Meldewesens mit der Einsparung von dreieinhalb Stellen aus heutiger Sicht das maximal Erreichbare geschafft wurde. Ich habe damit meine Zusage eingelöst, dass bei der BLÄK entsprechende Einsparungen vorgenommen werden, wenn die Leistungen – hier die Erfassung der Meldedaten – durch die ÄBV übernommen werden. An dieser Stelle muss ich aber darauf hinweisen, dass sich dies nur auf die Aufgaben zum jeweiligen Zeitpunkt beziehen kann. Für ÄKV, ÄBV und BLÄK gilt natürlich, dass bei neuen Tätigkeiten, wie zum Beispiel bei einer noch intensiveren Begleitung des elektronischen Arztbesuches, ein zusätzlicher Personalaufwand generiert werden könnte und damit unter Umständen zusätzliche Kosten übernommen und aufgebracht werden müssten.

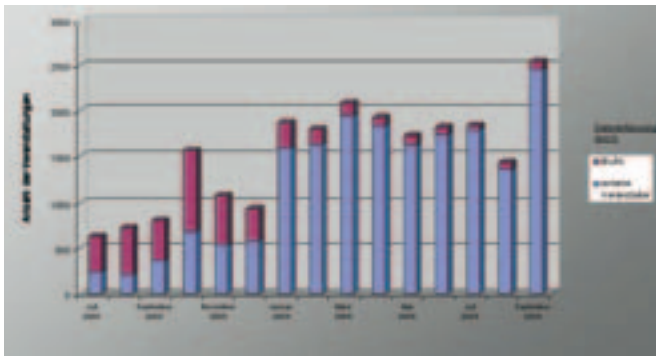


Abbildung 4: Zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen (Erfassungszeitraum 1. Juli 2003 bis 30. September 2004).

Das Problem bei einigen ÄKV bleibt die Verteilung der Aufgaben zwischen den ÄKV und ÄBV. Ich appelliere an alle Beteiligten, konstruktiv mitzuwirken und nicht starrsinnig an Aufgaben festhalten zu wollen, die sinnvoller schon von den ÄBV durchgeführt werden oder dort viel sinnvoller durchgeführt werden könnten. Wir können uns eine Verschwendung von Ressourcen nicht leisten.

An dieser Stelle darf ich vielleicht auch noch die vom Gesetzgeber vorgegebene Möglichkeit ansprechen, nach der die BLÄK die Beiträge für die ÄKV einziehen kann. Wir müssen bei der Muster-Beitragsordnung für ÄKV noch einmal darüber intensiv diskutieren. Anhand der Daten der Mitglieder des ÄKV kann berechnet werden, in welcher Höhe entsprechende Beiträge zu erheben sind. Je mehr ÄKV sich diesem System anschließen, umso größer werden die Einsparungsmöglichkeiten für die bayerischen Ärztinnen und Ärzte und für die ÄKV sein. Bisher nimmt etwa die Hälfte der ÄKV an diesem System teil, die außerordentlich zufrieden waren. Nach der Senkung des Kammerbeitrages und einer durchschnittlichen Beitragssatzsenkung um knapp 20 Prozent, werden wir die Beiträge der ÄKV auch auf dieses prozentuale System umstellen. Dann haben wir einen Beitrag von etwa 0,38 Prozent für BLÄK und ÄKV gemeinsam und ÄBV zusätzlich. Mit diesem Prozentsatz sind wir Deutschlands preiswerteste ärztliche Selbstverwaltung! Ich sage dies

vor dem Hintergrund einer Vielzahl von Vorwürfen, die im Zusammenhang mit der Beitragsdiskussion im letzten Jahr vorgebracht wurden. Ich weiß natürlich, dass wir als größte Kammer Vorteile aus der großen Zahl der Ärzte ziehen und dass wir gleichzeitig jedoch mit der Dreistufigkeit der Selbstverwaltung als flächenmäßig größtes Bundesland zusätzlichen Aufwand betreiben müssen. Der niedrigste Beitragssatz bei anderen Landesärztkammern liegt bei 0,48 Prozent. Das Spektrum reicht von 0,42 Prozent (BLÄK) bis 0,70 %. Es gibt Kammern, deren niedrigster Beitrag nicht unter 500 Euro liegt. Davon sind wir noch weit entfernt. Wir haben zur Beitragsordnung jedoch viele Briefe bekommen – mit Beschwerden, Lamentieren und Jammern, ohne Sinn und Verstand. Es waren viele Briefe darunter, die für uns nicht nachvollziehbar waren.

Fortbildung

SGB V

In den §§ 95 d und 137 (1) ist sowohl für den Vertragsarzt als auch für den Facharzt im Krankenhaus die Fortbildungspflicht im SGB V festgeschrieben. Im SGB V ist nur für den Vertragsarzt eine Sanktion ausgewiesen. Doch es wird auch für den Krankenhausbereich, für den Facharzt im Krankenhaus, Sanktionen geben. Zuständig ist dafür ein Unterausschuss des Gemeinsamen

Bundesausschusses (GEMBA), geleitet von Dr. Michael J. Polonius, dem Präsidenten des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC). Mit ihm haben wir schon Gespräche geführt. Eines ist klar, auch für die Krankenhausärzte gilt unser Fortbildungszertifikat und unser Punktesystem, da kann es keine Unterschiede geben. Es könnte durchaus so aussehen, dass der Krankenhausträger einen Abzug auf sein Budget erhält, wenn die Fachärzte im Krankenhaus sich nicht entsprechend fortbilden und dem Träger den Fortbildungsnachweis vorlegen. Ob und wie der Träger sich an dem Arzt schadlos halten kann, der sich nicht fortbildet und kein Zertifikat vorlegt, ist eine andere Ebene. Denkbar wäre natürlich schon, dass an den „Pool“ herangegangen wird. Was wir auf keinen Fall dürfen, ist das System der Niedergelassenen auf den Krankenhausbereich zu übertragen. Mir schwebt etwas ganz anderes vor: Ich möchte gerne im Krankenhaus andere „Sanktionen“ festlegen und anschließend wieder mit der Politik verhandeln, dass diese Regelungen ebenso für den niedergelassenen Bereich gelten und so die Sanktion des Entzugs der Kassenzulassung beseitigt werden kann.

Online-Anmeldung und Punkteverwaltung

Wir haben seit einem Jahr etwas Neues, eine elektronische Anmeldung zur Zertifizierung von Fortbildungen zur Vergabe von Fortbildungspunkten und zur Anerkennung einer Veranstaltung. Die meisten haben sich wunderbar daran gehalten und wickeln das Ganze online ab. Es gibt eine Anmeldeseite (von insgesamt acht), um eine Veranstaltung mit Punkten zu versehen und zertifizieren zu lassen. Dies hat den Vorteil, dass es nahezu keine Rückfragen mehr gibt, weil das System in sich logisch ist und selber rückfragt, wenn eine Eingabe nicht stimmen kann. Dass dies für alle Beteiligten viel einfacher wurde, zeigt die Praxis. Im September 2003 hatten wir rund 750 Anträge und 2500 Anträge auf Anerkennung einer Fortbildungsveranstaltung im September 2004 (Abbildung 4). Diesen ungeheuren Boom hätten wir, wenn wir weiter bei der Papierform geblieben wären, nur mit mehr Personal abwickeln können. Wir gehen davon aus, dass sowohl die Zahl der Fortbildungen zunimmt als auch die Zahl der Fortbildungen, die mit Punkten versehen sind, sodass wir nur über das elektronische System die Lösung erreichen können.

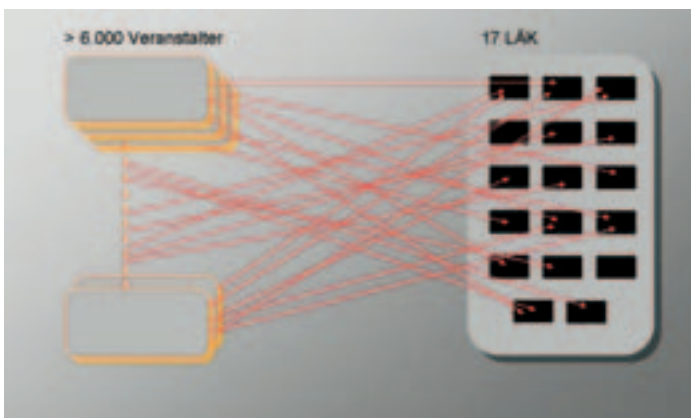
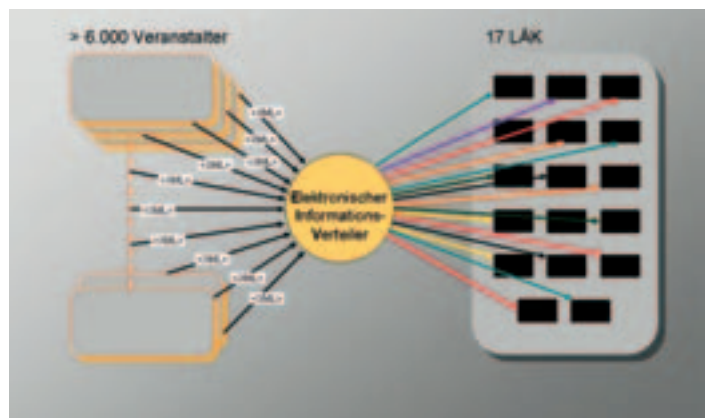


Abbildung 5 und 6: Das Online-Punktekonto ohne ...



... und mit dem Elektronischen Informations-Verteiler.

Alle Kammern haben sich darauf geeinigt, dass sie die Punkteverwaltung durchführen, damit niemand „irgendwelche Zettel in Schuhkartons aufheben muss“ und diese dann eventuell nicht mehr findet. Es geht schließlich unter Umständen um die Existenz. Hier muss eine 100-prozentige Garantie gegeben sein, dass zum 1. Juli 2009 der KV die Punkte nachgewiesen werden können. Deswegen wird die Kammer ein Online-Punktekonto führen.

Wir haben einerseits etwa 6000 Veranstalter in Deutschland, die Fortbildungsveranstaltungen durchführen und andererseits 17 (Landes-)Ärztekammern. Wenn nun jeder dieser 6000 Veranstalter die Punkte, die bei einer Fortbildung anfallen, der entsprechenden Kammer, der der Arzt angehört, mitteilt, dann entsteht Chaos. Was wir brauchen, ist ein Kommunikationssystem, einen sogenannten „Elektronischen Informations-Verteiler“. Hier laufen die Punkte der Fortbildungsveranstaltungen über eine XML-Schnittstelle auf (Abbildungen 5 und 6). Sie werden aufbereitet nach den Vorgaben der Kammern, werden dann gezielt an die jeweiligen Landesärztekammern weitergeleitet und dort in einem Punktekonto gespeichert.

Warum muss man das so machen? Die aktuelle Situation beim Fortbildungszertifikat: Der Gesetzgeber zwingt uns dazu (zumindest jetzt schon für die Vertragsärzte) und wir Kammern müssen es bewältigen. Das geht bei einer Zahl von 2500 Anmeldungen monatlich nur elektronisch. Eine Verknüpfung mit der HPC wurde diskutiert, jedoch verworfen, da es noch einige Zeit dauert, bis sie kommt. Die HPC muss man im Prinzip mit versehen, aber sie wird nicht die Lösung sein, um die Fortbildungsaktivitäten zu dokumentieren. Daher ist eine Clearing-Stelle notwendig, wie dieser Elektronische Informations-Verteiler. Die Kammer wird die Punkte im eigenen Online-Konto verwalten. Es muss gewährleistet sein, dass die Punkte natürlich mit dem Arzt von einer Kammer in eine andere Kammer „mitwandern“. Der Arzt selbst muss Information über seinen Punktestand haben und die Verwaltung der Punkte muss nachvollziehbar sein, weil das Ganze justizabel geworden ist. Das heißt auch, dass wir mit Datenschützern und Juristen verhandeln müssen, damit das alles sicher wird.

Was sind die Ziele der Kammern bei der Punkteverwaltung? Wir wollen möglichst geringe Zusatzkosten – dies ist das Wesentliche –, eine zeitnahe Bearbeitung und eine Vermeidung von Spitzenlasten (gerade 2009). Wir müssen das Prozedere nachvollziehbar machen und wir brauchen eine möglichst geringe Kosten-Arbeitsbelastung für die teilnehmenden Ärzte. Wir müssen die ÄKV, die für die ärztliche Fortbildung zuständig sind, unterstützen, dass dies auch in den ÄKV ohne großen Aufwand abgewickelt wird und wir müssen auch von großen Kongressen die Punktedaten ohne Schwierigkeiten übernehmen können. Ohne Informationstechnologie entstünden bis 2009, also dem 1. Stichtag des Nachweises gegenüber der KV, bundesweit ungefähr 6,5 Millionen Bescheinigungen für das Fortbildungszertifikat. Das heißt für Bayern, bei 60 000 Ärzten bräuchten wir zwölf Stellen zusätzlich, um dies alles händisch abarbeiten zu können und müssten am Ärztehaus Bayern anbauen, um die ganzen Aktenschränke unterzubringen. Das Ganze kann also nur mit der Informationstechnologie funktionieren. Wir haben auf der einen Seite die Fortbil-

dungsveranstaltungen, auf der anderen Seite beispielsweise die BLAK. Wir haben als erstes das Problem, dass der Veranstalter eine Veranstaltungszertifizierung durchführen lassen will, dies geht mit unserem Programm Interkurs online. Hier wird nun in Zukunft eine Veranstaltungsnummer vergeben werden, eine bundeseinheitlich gleiche Veranstaltungsnummer, die inzwischen kreiert ist und aus der hervorgeht, um welche Art der Veranstaltung es sich handelt, zu welcher Kammer sie gehört und wie viele Punkte sie hat. Die andere Seite stellt die Punkteerfassung vor Ort dar. Dies bereitet uns ein gewisses logistisches Problem, da es verschiedene Möglichkeiten (Chipkarte, Tastatureingaben, Barcodes einlesen) gibt. In Bayern müssen wir verschiedene Systeme vorhalten, weil eine Großveranstaltung in München natürlich anders gehandhabt werden muss, als die im „Golden Ochsen“ in Entenhäusen. Auch an die „alte“ Teilnahmebescheinigung muss man weiter denken, diese einscannen und dann in die Datenbank übernehmen.

Noch ein paar Worte zur Arztnummer. Wir dachten immer, dass man die bundeseinheitliche Arztnummer verwenden kann, wovon wir aber aus verschiedenen Gründen Abstand genommen haben: Erstens aus datenschutzrechtlichen Problemen und zweitens, weil die AOK diese bundeseinheitliche Arztnummer auch haben möchte, zum Beispiel auf dem elektronischen Arztausweis, um den gläsernen Arzt herzustellen. Folglich haben wir entschieden, diese Variante nicht zu verwenden, da sie sonst unter Umständen zum politischen Spielball auf anderer Ebene wird. Außerdem beinhaltet sie nicht, ob es sich zum Beispiel um einen deutschen Arzt und nicht um einen deutschen Psychotherapeuten oder einen österreichischen Arzt handelt. Dies sieht die HPC nicht vor. Man hätte sie durch Zusatzkriterien ergänzen müssen. Schließlich hat man sich dazu entschlossen, gleich eine neue Nummer zu kreieren, die wir Arztfortbildungsnummer nennen und aus der alles hervorgeht. Man hantiert nun in Zukunft mit zwei Nummern, der Veranstaltungsnummer und der Arztfortbildungsnummer. Beide sorgen für Klarheit – auch im europäischen Kontext. Selbstverständlich kommt an dieser Stelle der Elektronische Informations-Verteiler ins Spiel. Von der Fortbildungsveranstaltung selbst werden entweder online oder per Diskette bzw. über irgendeine Verbindung die Daten an den Elektronischen Informations-Verteiler übermittelt. Dieser gibt die Daten bei der entsprechenden Kammer an das

entsprechende Punktekonto weiter. Wir haben dieses System vor einigen Wochen in Düsseldorf mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften, die von diesem System ganz begeistert waren, diskutiert. Natürlich gehen von dem zentralen Server die Punkte auch an die anderen Kammern und Länder, unter anderem zum Beispiel nach Österreich. Gerade in Bayern – mit der bayerisch-österreichischen Grenze von Lindau bis Passau und mit den vielen Veranstaltungen über die Grenzen hinweg – können die Punkte dann direkt auch zu unserem Server geschickt werden. Egal welche Fortbildungsveranstaltung besucht wird, die Punkte landen immer auf dem Konto bei der BLAK. Zusätzlich wird weiterhin eine Teilnahmebescheinigung in Papierform herausgegeben, zur Nachkontrolle und als Steuernachweis. Ferner werden wir in den nächsten Monaten ein Fortbildungsportal einrichten, über das man seine Punkte abfragen kann. Dies ist aber nur das „Abfallprodukt“ dieses Fortbildungsportals. Vielmehr sollte über dieses Fortbildungsportal die Möglichkeit gegeben werden, mit einem Account – uns schwebt ohne Zahlung vor – auf alle Online-Fortbildungsangebote, die es im deutschen Raum gibt, zugreifen zu können. Ich habe gehört, dass auch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns so etwas plant. Ich halte es für sinnvoll, wenn wir nicht zwei solche Systeme vorhalten würden. Das wäre sicher eine gewisse Ressourcenvergeudung. Wir sollten uns zusammensetzen und ein gemeinsames Portal schaffen.

Österreich

Die Österreichischen Landesärztekammern und die Österreichische Ärztekammer haben einen Verein gegründet, die „Österreichische Akademie der Ärzte“ und diesem Verein alle Aufgaben bezüglich Weiter- und Fortbildung übertragen. Das heißt, diese Österreichische Akademie der Ärzte kümmert sich um die ganzen Weiterbildungsfragen. Es werden alle Prüfungen zentral in Wien abgehalten und sie ist für die gesamte Fortbildungszertifizierung und -durchführung zuständig. Ich wurde in diesen Beirat dieser Österreichischen Akademie der Ärzte gewählt, daher der gute Kontakt. Viele der Probleme, die wir in Deutschland haben, gibt es in Österreich nicht. Gerade die Datenschutzprobleme sind dort nicht so relevant. Das „Spiel“ mit dem elektronischen Server können sich die Österreicher sparen, weil sie eine zentrale Datenbank aller Ärztinnen und Ärzte bei dieser Österreichischen Akademie der Ärzte haben. Dort läuft alles zusammen und IT-Technolo-

Abbildung 7: Weiterbildungsordnung und Richtlinien bald auch auf CD-ROM.



gie ist nur bedingt erforderlich. Dort, wo sie erforderlich ist, möchten die Kolleginnen und Kollegen aus Österreich ganz eng mit uns zusammenarbeiten und wir werden sie demnächst auch in unsere entsprechenden Arbeitskreise mit aufnehmen. Das hat natürlich auch Konsequenzen für den Rest der Bundesrepublik, denn wenn wir in Bayern einen Vertrag mit Österreich abschließen, gilt dieser auch für den Rest der Bundesrepublik.

CD-ROM

Darauf habe ich im letzten Jahr schon hingewiesen. Warum dieses Jahr nun noch einmal? Es kam eine neue CD-ROM hinzu: Varicellen – Fortbildung interaktiv. Sie ist im Lehmanns-Verlag erschienen und – wie alle anderen CD – mit CME-Fortbildungspunkten versehen, die man erreichen kann, wenn man eine bestimmte Menge der CD durchgearbeitet hat. Ich möchte auch noch einmal auf unsere Internet-Seite www.fortbildung-aktiv.de hinweisen, auf der Aktualisierungen zu den CD-ROM abgelegt sind.

Nürnberger Fortbildungskongress

Vom 2. bis 5. Dezember 2004 findet der diesjährige Nürnberger Fortbildungskongress der BLÄK statt. Die Themen sind: Internistische Neurologie häufig fehlinterpretiert – Bewusstseinsgetrübter Patient – Hormone in der täglichen Praxis – Leichenschau – Reanimation und vieles mehr. Ich denke, dass wir ganz interessante Themen ausgesucht haben und gleichzeitig gibt es wieder viele Symposien und Begleitveranstaltungen. Ich lade Sie also ganz herzlich zu dem Nürnberger Fortbildungskongress ein.

Weiterbildung

Bei der Umsetzung der WO auf Bundesebene gibt es gewisse Probleme bei der Genehmigung der WO durch die Aufsichtsbehörden. Dies deshalb, weil immer das EU-Vertragsverletzungsverfahren, das wir in Deutschland haben, mit der neuen WO in Zusammenhang gebracht wird, was jedoch überhaupt nicht zutrifft. Ich war vor einigen Tagen beim Berufsausschuss der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Dort haben wir nochmals darüber diskutiert. Wir hoffen, dass eine gewisse Klarheit in das ganze Geschehen hingebracht wurde und die WO von den anderen Aufsichtsbehörden „peu à peu“ genehmigt werden. Wie sieht es in Bayern aus? Wir haben die WO in einem Spezialheft I und

die Richtlinien in einem Spezialheft II veröffentlicht. Nach den Beschlüssen dieses Ärztetages zur WO werden wir eine CD-ROM anfertigen, die dann angefordert werden kann (Abbildung 7).

Wir sind konfrontiert mit einer Flut von Anträgen nach der neuen WO, nicht nur was Zusatzweiterbildungen sondern auch, was die Befugnisse nach der neuen WO angeht. Man kann sagen, die neue WO ist so attraktiv, dass jeder sie haben will. Bleiben wir einmal bei den Zusatzbezeichnungen. Die Anzahl von Anträgen vor und seit dem 1. August 2004 ist immens groß. Dazu kamen Anfragen und Rückfragen (Abbildung 8). Eine reguläre Abarbeitung ist letztlich gar nicht mehr möglich, weil wir mit Anfragen und Telefonaten zu der neuen WO in der BLÄK regelrecht ersticken. Ein Wort noch zu den Anträgen auf Facharztprüfungen. Auch hier werden wir mit entsprechenden Antragsmöglichkeiten Anfang des Jahres 2005 online gehen, sodass das Ganze schneller abgearbeitet werden kann. Es wird dann auf der Homepage der BLÄK eine Antragsseite für Facharztbezeichnungen zur Prüfung geben, auf der man seine Daten eingibt. Man kann anschließend in der BLÄK entsprechend elektronisch weiterarbeiten. Die Anträge können ganz zeitnah bearbeitet werden, die langen Wartezeiten von sechs bis acht Wochen werden deutlich schrumpfen, wobei wir momentan bei etwa vier Wochen liegen. Dies werden wir weiter verkürzen können.

Arzt im Praktikum

Sie wissen, dass es seit 1. Oktober 2004 keinen Arzt im Praktikum (AiP) mehr gibt. Ist die Umsetzung der AiP-Abschaffung gelungen? Es ist offensichtlich so, dass in den bayerischen Krankenhäusern und Universitätskliniken jeder ehemalige AiP einen Vertrag, zumindest über die weitere Laufzeit seiner eigentlichen AiP-Zeit als Assistenzarzt, angeboten bekam. Hier besteht offensichtlich kein akuter Handlungsbedarf. Bei der Frage der Finanzierung gibt es jedoch erhebliche Probleme. Die Krankenkassen scheinen für die Jahre 2004, 2005 und 2006 in Bayern den Differenzbetrag zwischen AiP-Gehalt und Assistenzarzt-Gehalt an die Krankenhausträger zu bezahlen. Wir haben inzwischen mehrere Male bei dem Vorstandsvorsitzenden der AOK-Bayern mündlich und schriftlich nachgefragt, ohne eine konkrete Aussage erhalten zu haben. Aber nach den Informationen aus den Krankenhäusern scheint es so

zu sein. Es gibt dabei allerdings ein Problem, denn die Kassen zahlen – man kann auch nichts anderes von ihnen verlangen – nur den Differenzbetrag zwischen AiP-Gehalt und BAT IIa. Den Trägern jedoch kostet ein Arzt natürlich mehr als das reine IIa-Gehalt. So schlagen die Träger diese Differenz auf die Klinikbudgets um. Sie erhalten also für einen AiP keinen Assistenzarzt finanziert, sondern nur 0,8 – obwohl die Krankenkassen ihren gesetzlichen Auftrag erfüllt haben.

Probleme bei der Finanzierung gibt es in zwei großen Bereichen: Der Reha-Bereich wurde nicht mit erfasst. Dort gibt es diese „Zuzahlung“ nicht, ebenso wenig wie im niedergelassenen Bereich. Ich kann mir vorstellen, dass es in der einen oder anderen Praxis nicht möglich ist, anstatt eines AiP-Gehalts plötzlich BAT IIa zu bezahlen. Bei der Allgemeinmedizin lässt es sich vielleicht realisieren, weil es dort einen Zuschuss von der KV und den Kassen gibt. Ein weiteres Problem sind natürlich die „Drittmittelstellen“. Das heißt, von einer gewissen Summe Geld wurde bisher ein AiP eingestellt und diese Summe reicht jetzt für einen Assistenten nicht mehr aus. Hier muss man an die Drittmittelgeber herantreten und nachverhandeln. Probleme bereiten auch die Kolleginnen und Kollegen, die nicht EU-Bürger sind, weil sie im Regelfall eine Aufenthaltsgenehmigung, die mit Ende der AiP-Zeit erlischt, besitzen. Sie stehen, wenn es hart auf hart geht, seit 1. Oktober vor dem Aus in Deutschland.

Schlusswort

Ein bekannter Gesundheitspolitiker hat mir jüngst in einem Gespräch gesagt: „Ich kann Sie eigentlich nicht verstehen. Wenn Sie als Ärztinnen und Ärzte alle zusammenhalten und an einem Strick ziehen würden, dann wären Sie eine Macht, von der die Politik nicht mehr weichen könnte. Wenn Sie aber so weitermachen wie bisher, dann werden wir Sie weiter auseinander dividieren und Sie werden keinen Fuß auf den Boden bekommen.“ Wir Ärzte im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung, als Hausärzte oder Fachärzte, sind gerade dabei, bei den Diskussionen um die KV-Wahlen in Bayern unsere ureigensten berufsspezifischen Ordnungen zu zerstören. Dies, obwohl wir sie eigentlich anpassen sollten an die neuen Gegebenheiten und an die veränderten gesetzlichen Bedingungen. Ich kann nur appellieren: wir müssen dieses Gegeneinander, diese öffentlichen Streitereien zwischen Hausärzten und Fachärzten, zwischen Niedergelassenen und Klinikärzten, beenden! Wir müssen zu einem gemeinsamen Standpunkt, zu einem gemeinsamen Ziel nach außen kommen, damit wir endlich eine Macht gegenüber der Politik darstellen, damit diese uns nicht in Einzelteile zergliedern kann. Nur gemeinsam sind wir stark bei den Problemen, die in der nächsten Zeit noch auf uns zukommen werden!

Mit diesem Appell möchte ich schließen. Mit dem Dank an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BLÄK – und hier insbesondere an die beiden Hauptgeschäftsführer Dr. Enzo Amarotico und Dr. Horst Frenzel.

Es gilt das gesprochene Wort.

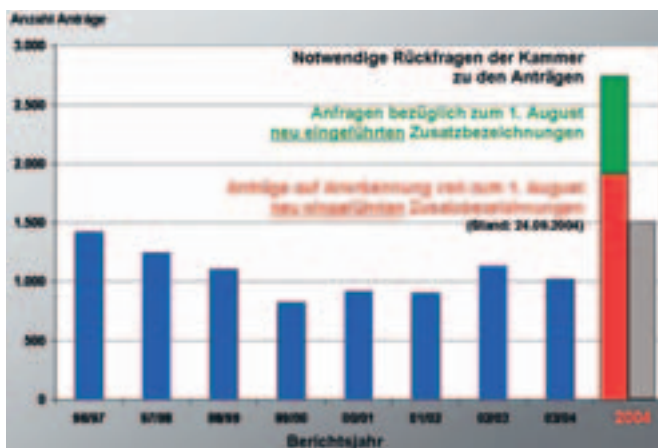


Abbildung 8: Anträge auf Anerkennung von Zusatzbezeichnungen.

Die Regelungswut abstellen!



Vizepräsident Dr. Max Kaplan, berichtet über ein arbeitsreiches Jahr.

Fortbildung

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) hat in seiner Sitzung am 20. März dieses Jahres die Fortschreibung des am 1. Januar 2001 eingeführten Fortbildungszertifikates beschlossen und dieses bezüglich Bepunktung und Kategorien aktualisiert. Der Deutsche Senat befürwortet die Absicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dass alle Fortbildungspunkte, die seit dem 1. Januar 2002 erworben wurden, für den Nachweis der Fortbildung anerkannt werden. Dies bedeutet für Bayern, dass bei Fortführung des freiwilligen Fortbildungszertifikates der Fortbildungspflicht nachgekommen wird.

Die curriculäre Fortbildung muss berufsbegleitend durch Absolvierung praxisorientierter Module absolviert werden können. Der Kursumfang

soll höchstens 80 Stunden betragen, als Abschluss ist eine Erfolgskontrolle angedacht. Da die erworbene Qualifikation führbar ist, müssen die Kurse von einer Ärztekammer anerkannt sein. Folgende curriculäre Fortbildungskurse werden in Kürze eingeführt:

- Reisemedizinische Gesundheitsberatung (32 Stunden),
- Qualifikation zur Durchführung von Raucherentwöhnungskursen (20 Stunden) und
- Umweltmedizin (80 Stunden).

Fortbildungsmaßnahmen im Ausland werden anerkannt:

- Der Besuch von Fortbildungsveranstaltungen, die im Ausland von den dortigen Ärztekammern oder Berufsverbänden durchgeführt werden, können im Nachhinein zertifiziert werden.
- Veranstaltungen im Ausland, die von einem deutschen Veranstalter durchgeführt werden, müssen vorher genehmigt werden.
- Die Österreichischen und die Deutschen Ärztekammern erkennen gegenseitig die Fortbildungsveranstaltungen an.

Fortbildungs-Vereinbarung BLÄK/KVB

Für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen wird eine vertragliche Vereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der BLÄK zur Begutachtung anderer, nicht von der Landesärztekammer ausgestellter Fortbildungszertifikate und sonstiger Nachweise gemäß § 95 d SGB V entwickelt. In diesem Vertrag wird festgehalten, dass der Nachweis erfolgter Fortbildung nach § 95 d SGB V primär durch ein Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer erbracht wird. Andere Fortbildungszertifikate oder sonstige Nachweise müssen auf die von den Ärztekammern festgelegten Kriterien im Einzelnen überprüft werden. Die KVB beauftragt die BLÄK zur Begutachtung der Fortbildungsnachweise, die nicht von einer Ärztekammer ausgestellt wurden. Für die Begutachtung dieser Nachweise fallen Kosten in Höhe von 30 bis 90 Euro an.

Nach endgültiger Ausformulierung des Vertrages ist beabsichtigt, diesen bis spätestens Ende des Jahres zu unterzeichnen.

Den Vergleich zweites Halbjahr 2002/erstes Halbjahr 2003 mit zweitem Halbjahr 2003/erstem Halbjahr 2004 Interkurs-Statistik der Fortbildungsveranstaltungen der BLÄK zeigen die Abbildungen 1 und 2.

Es bestehen 23 Kooperationsverträge mit Print-Medien und Online-Diensten und 62 Akkreditierungsverträge mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden.

Weiterbildung

Weiterbildungsbefugnis nach der Novellierung der Weiterbildungsordnung

Durch das In-Kraft-Treten der neuen Weiterbildungsordnung (WO) zum 1. August 2004 wird für eine Übergangszeit teilweise nach der alten WO 1993 und teilweise nach der neuen WO 2004 weitergebildet. Inwieweit sich das auf die gegenwärtigen Befugnisse auswirkt, besteht im Augenblick bei den weiterbildenden Ärztinnen und Ärzten eine gewisse Unsicherheit. Eine Weiterbildungsbefugnis nach der neuen WO kann nur auf Antrag erteilt werden. Ich möchte unsere Kriterien bei der Überprüfung der Weiterbildungsbefugnisse nach der neuen WO kurz skizzieren:

1. Die nach der WO vom 1. Oktober 1993 erteilten Befugnisse bleiben – wenn keine Änderungen vor Ort sind – für den nach der neuen WO für die Bezeichnung bestimmten Übergangszeitraum bestehen.
2. Neuanträge auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis ab 1. August 2004 werden sowohl nach der WO 1993 als auch nach der WO 2004 geprüft.
3. Bei bisher bereits bestehender voller Weiterbildungsbefugnis erhält der Antragsteller einen Auszug der Richtlinien, die sich in fast allen Qualifikationen geändert haben, mit der

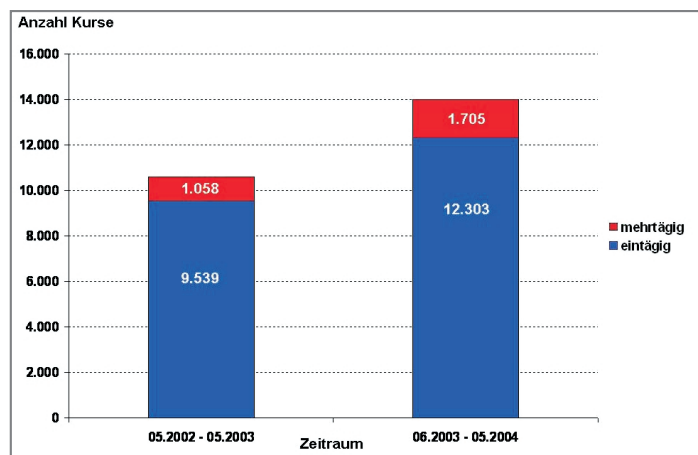


Abbildung 1: Fortbildungsveranstaltungen der BLÄK – Kurse.

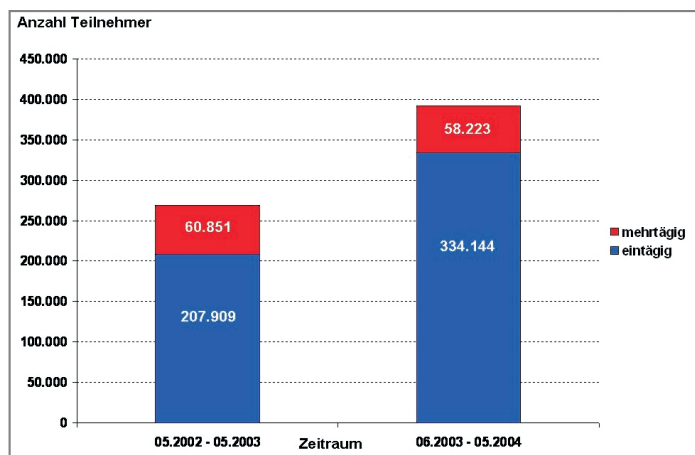


Abbildung 2: Fortbildungsveranstaltungen der BLÄK – Teilnehmer.

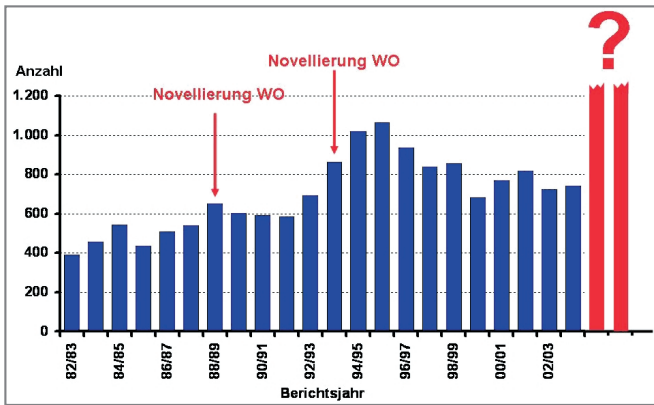


Abbildung 3: Weiterbildungsbefugnisse, Neu- und Erweiterungsanträge.

Bitte um Rückmeldung, ob diese Weiterbildungsinhalte vermittelt werden können. Im positiven Fall kann die Weiterbildungsbefugnis nach WO 2004 in der Regel ebenfalls erteilt werden, auch unabhängig davon, ob sich die Gesamtweiterbildungszeit verändert hat.

4. Bei zeitlich eingeschränkter Weiterbildungsbefugnis kann bei, nach der neuen WO gleichen oder verlängerten Weiterbildungszeiten, ohne umfangreiche Prüfung der bisherige Umfang der Weiterbildungsbefugnis bestätigt werden. Bei Verkürzung der Weiterbildungszeit ist die Beurteilung nur nach Vorlage aktueller Leistungsstatistiken möglich. Dies gilt auch bei Anträgen auf Erhöhung der Weiterbildungsbefugnis.
5. Beim Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin wird nach der neuen WO für jede Facharztkompetenz eine 36-monatige Weiterbildung in der stationären internistischen Patientenversorgung gefordert. Diese sollte bei einem für mindestens drei Jahre nach bisheriger WO befugten Weiterbilder, der die Weiterbildungsinhalte bestätigt, abgeleistet werden.
 - a) Bei Fachärzten für Innere Medizin und einem Schwerpunkt wird bezüglich der Schwerpunktweiterbildung verfahren wie bei Punkt 3 (längere Weiterbildungszeit). Das heißt eine volle Weiterbildungsbefugnis kann nach Abfrage in längerem Umfang bestätigt werden. Eine bisher eingeschränkte Befugnis kann ohne Prüfung von Inhalten bestätigt werden und eine Erhöhung ist nur nach Überprüfung einer aktuellen Leistungsstatistik möglich.
 - b) Der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin fordert eine 24-monatige Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung. Diese kann Fachärzten für Allgemeinmedizin und Innere Medizin nach altem Recht erteilt werden, sofern sie die bisherigen Kriterien der Weiterbildungsbefugnis in der Allgemeinmedizin uneingeschränkt erfüllen. Bei bisheriger voller Befugnis ohne Auflage bedeutet dies eine 24-monatige Weiterbildungsbefugnis nach der neuen WO. Für eine bisherige volle Befugnis mit Auflage ist nach der WO 2004 eine 24-monatige Weiterbildungsbefugnis möglich. Für eine zwölfmonatige Weiterbildungsbefugnis kann diese auch nach der neuen WO aufrechterhalten werden. Bei einer vollen (= 24-monatigen) Weiterbildungsbefugnis gelten die Inhalte der kleinen Chirurgie als K.-o.-Kriterien.
6. Im Gebiet Chirurgie wird für jede Facharztkompetenz eine 24-monatige Basisweiterbil-

dung (sechs Monate Notfallaufnahme, sechs Monate Intensiv und zwölf Monate Chirurgie) gefordert. Diese ist bei bisheriger voller Weiterbildungsbefugnis im Gebiet Chirurgie gegeben, bei eingeschränkter Weiterbildungsbefugnis müssen die geforderten Inhalte überprüft werden. Bei den einzelnen Facharztkompetenzen mit ihrer jeweils 48-monatigen schwerpunktmäßigen Weiterbildung kann, da es sich hier ebenfalls um eine Verlängerung um ein Jahr im Vergleich zu den bisherigen Schwerpunkten der Inneren Medizin verfahren werden.

Wir wollen die Probleme möglichst unbürokratisch unter Einbeziehung der weiterbildenden Ärztinnen und Ärzten lösen. Eine Mindest-Qualitätssicherung ist jedoch unabdingbar (Abbildung 3).

Qualitätssicherung der Weiterbildung

Grundlage sind die Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung, beschlossen vom Vorstand am 9./10. Juli 2004. Da die Qualitätssicherung der Weiterbildung eine zentrale Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung darstellt, hat sich die Widerspruchskommission neben ihrer Aufgabe, sich mit Widersprüchen gegen Bescheide zu Anerkennung von Facharztbezeichnungen nach der WO und Weiterbildungsbefugnisse zu befassen, auch intensiv mit der Qualitätssicherung der Weiterbildung auseinandergesetzt. Die vom Vorstand beschlossenen Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung stellen die Grundlage für ein Weiterbildungsbuch dar, in dem die Dokumentation der Weiterbildungsinhalte durch den Weiterzubildenden erfolgen muss. Der Nachweis der geforderten Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten ist jeweils von dem Weiterbilder zur bestätigen. Außerdem hat der Weiterbildungsbefugte mindestens einmal jährlich ein Gespräch mit dem in Weiterbildung Befindlichen zu führen, in dem der Stand der Weiterbildung sowie eventuelle Mängel und Verbesserungsmöglichkeiten (auf beiden Seiten) zu erörtern sind. Dieses Weiterbildungsbuch ist so konzipiert, dass eine entsprechende Dokumentation mit möglichst geringem Verwaltungsaufwand ermöglicht wird.

Fragebogen anlässlich der Facharztprüfung

Die BLÄK hat bereits in den vergangenen Jahren jeweils im Zusammenhang mit den Facharztprüfungen nicht personenbezogener Bewertungen der Prüflinge über die Qualität ihrer Weiterbildung eingeholt und ausgewertet. Erfreulicherweise

zeigt es sich, dass die Weiterbildung in mehr als der Hälfte der Fälle verantwortungsvoll und gründlich (Note eins bis drei) vermittelt wurde. Es wurden jedoch auch Mängel aufgezeigt, in wenigen Fällen (ca. zwei Prozent) auch erhebliche Mängel (Note fünf). Dies betraf insbesondere die ungenügende Anleitung durch die Weiterbilder, die ungenügende Rotationsmöglichkeiten oder unzureichende Fortbildungsmöglichkeiten.

Diese bisherige Befragung der Prüflinge über die Qualität ihrer Weiterbildung möchte die BLÄK künftig als personenbezogene Evaluation durchführen. Die Widerspruchskommission hat hierfür einen übersichtlichen und knappen Erhebungsbogen verfasst, der den Prüflingen mit Versendung der Prüfungsunterlagen gesandt werden soll.

Die BLÄK setzt in diesen Fällen auf eine Beratung und möchte eine Hilfestellung zur Verbesserung der Durchführung der Weiterbildung geben. Es ist angedacht, dass die Widerspruchskommission sich in Zukunft verstärkt um die Qualität der Weiterbildung kümmert und bei Fragen der Weiterbildung hierbei auf Mitglieder des Ausschusses „Angestellte und beamtete Ärzte“, des Ausschusses „Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte“ und des Hochschulausschusses zurückgreift.

Ausschüsse und Kommissionen

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung – Satzung

Die Schwerpunktthemen waren:

- die Umsetzung der Fortbildungspflicht nach § 95 d und § 137 SGB V,
- die Umsetzung der web-basierten Fortbildung am Beispiel der von Professor Dr. John Parboosingh, Kanada, vorgestellten IT-Plattform im Rahmen eines in der BLÄK durchgeführten Workshops unter dem Motto „CPD-IT-Plattform“,
- die Überarbeitung und Neustrukturierung der von der BLÄK zertifizierten Fortbildung unter Berücksichtigung der Muster-Fortbildungssatzung der Bundesärztekammer (BAK) und
- das Konzept „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

Ausschuss Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Der Ausschuss befasste sich mit den Punkten:

- Konsequenzen aus dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG),
- Auswirkung der Einführung der *Diagnosis Related Groups* auf die ambulante Versorgung und
- Umsetzung des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) sowie mit den Konsequenzen aus dem GMG.

Eingehend diskutierte der Ausschuss die im Gesetz vorgegebenen neuen Versorgungsstrukturen. Wir stellten fest, dass es parteiübergreifender politischer Wille war, nicht mehr nur eine Lösung vorzugeben, sondern Gestaltungsoptionen zu schaffen, die Ärzten, Krankenhäusern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen die Möglichkeit geben – wohlgemerkt: unter staatlicher Aufsicht –, durch eine differenzierte Vertragspolitik neue Wege zu erproben und so

schrittweise die Regelversorgung umzuwandeln. Darin sahen wir einerseits eine gewisse Chance, andererseits aber natürlich auch ein Risiko.

§ 73 b – Hausarztzentrierte Versorgung

In der hausarztzentrierten Versorgung besteht die Möglichkeit, nach festgeschriebenen Qualitätskriterien die Patientinnen und Patienten in der ärztlichen Diagnostik und Therapie zu begleiten und bestimmte Pfade vorzugeben. Kritisch gesehen wird dadurch eine Einschränkung der freien Arztwahl vorgenommen. Auch wurde die inner-ärztliche Auseinandersetzung hausarztzentrierte Versorgung contra facharztzentrierte Versorgung diskutiert.

§ 140 b SGB V – Integrierte Versorgung

Mit der integrierten Versorgung versucht der Gesetzgeber, die festgefahrenen Sektoren hausärztlich – fachärztlich, ambulant – stationär zu überwinden und erhofft sich durch die Möglichkeit für die Kassen, an allen Schnittstellen Einzelverträge abzuschließen, Rationalisierungsreserven erschließen zu können. Der Ausschuss sieht ein Problem darin, dass durch die uneingeschränkte Versichertenkarte die Patienten sowohl an der integrierten als auch an der Regelversorgung teilnehmen können und die zusätzlichen Kosten die Vertragsärzteschaft zu tragen hat.

§ 116 a und b

In der Öffnung der Krankenhäuser ist zwar eine Förderung der Verzahnung stationär und ambulant zu sehen. Bei ungleicher Honorierung aber besteht die Gefahr, dass die ambulante fachärztliche Versorgung weiter ausgedünnt wird.

§ 95 – Medizinische Versorgungszentren

Die Errichtung medizinischer Versorgungszentren schafft zwar die Möglichkeit, dass Ärztinnen und Ärzte ohne das wirtschaftliche Risiko einer Praxisgründung ärztlich tätig sein können, dass aber durch den Angestelltenstatus eine Abhängigkeit entsteht und somit die Freiberuflichkeit in Gefahr gerät. Auch wird hier ein Wettbewerbsnachteil für Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften gesehen. → Änderung der BO

Einführung der DRG

Durch die Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich wird es zu einer deutlichen Verkürzung der Verweildauer in den Krankenhäusern kommen, sodass ein Teil der bis jetzt stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert wird, ohne dass das hierfür notwendige Honorar für den ambulanten Bereich zur Verfügung gestellt wird.

Bei all diesen Diskussionen stellen die Ausschussmitglieder fest, dass nur bei solidarischem Auftreten der Ärzteschaft und bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Interessenlagen die neuen Versorgungsstrukturen eine Chance bieten. Ansonsten besteht die Gefahr, dass einzelne Gruppen aus der Versorgung verdrängt werden und eine wohnortnahe Versorgung unserer Patientinnen und Patienten nicht mehr gewährleistet ist.

Gemeinsame Präventionskommission von BLÄK und KVB

Die Kommission beauftragte eine Arbeitsgruppe, das Programm für einen Jugendgesundheitstag in Bayern, der voraussichtlich im nächsten Jahr veranstaltet werden soll, auszuarbeiten. Des Weiteren ist vorgesehen, sich dem Thema Haut unter

den Gesichtspunkten der Primär- und Sekundärprävention anzunehmen. Hierbei ist eine enge Zusammenarbeit mit der Bayerischen Krebsgesellschaft, dem Bayerischen Verband der Dermatologen und dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz vorgesehen.

Medizinische Assistenzberufe

Die Ausbildung der Arzthelferin wird gegenwärtig überarbeitet, das heißt, dass die seit 1986 bestehende Ausbildungsverordnung zum 1. August 2005 durch eine neue Verordnung ersetzt wird. Dies ist sicher auch im Sinne der Arbeitgeber, da sich die Anforderungen an den Beruf der Arzthelferin, gerade im kommunikativen und EDV-Bereich, in den letzten zwanzig Jahren wesentlich geändert haben. Was wird sich ab dem nächsten Ausbildungsjahr ändern? Die Berufsbezeichnung. Wie schon bei den Zahnarzthelferinnen wird die offizielle Berufsbezeichnung ab August 2005 „Medizinische Fachangestellte“ oder kurz „MFA“ lauten.

Die inhaltlichen Forderungen der Arbeitgeber an die Ausbildung konnten voll eingebracht werden. Dies waren die Bereiche „Kommunikation“ und „Kooperation“ sowie „Information und Dokumentation“. Neu aufgenommen wurden die Ausbildungsinhalte „Marketing“ sowie „Qualitäts- und Zeitmanagement“. Kaum Änderungen gibt es in den medizinischen Fächern, erwähnenswert ist hier lediglich die Anpassung der Laborausbildung an den tatsächlichen Bedarf. Die gegenwärtig 16 Positionen des Berufsbildes wurden auf zehn Bereiche zusammengeführt. Die Abschlussprüfung bekommt einen neuen Schwerpunkt in der praktischen Prüfung und wird insoweit erschwert, dass nur noch in einem der vier Prüfungsgebiete die Note „mangelhaft“ für das Bestehen der Prüfung möglich ist. Die praktische Prüfung muss mindestens mit der Note „ausreichend“ abgeschlossen werden. In den beruflichen Abschlussprüfungen wird künftig verstärkt die Berufsfähigkeit geprüft.

Positionierung gegenüber der Politik

- Gespräch mit Dr. Dieter Thomae (FDP) MdB am 26. August 2003. Thematisiert wurden vor allem die Ablehnung einer Entwicklung zur Staats- oder Kassenmedizin und die Verhinderung der Gewerbesteuer für freie Berufe.
- Gespräch in der Bayerischen Staatskanzlei am 27. Juli 2004. Die Gesprächsrunde diente als vertrauensbildende Maßnahme. Die Heilberufe konnten sich als Sachverständige bei gesundheitspolitischen Fragen ins Gespräch bringen und darauf aufmerksam machen, dass es sinnvoll wäre, diese zeitgerecht bei anstehenden Entscheidungen mit einzubeziehen. Es wurde klar, dass MdB Horst Seehofer eine Liberalisierung des Gesundheitswesens unter marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten befürwortet, zum Beispiel die Kostenerstattung als wesentliches Element neben dem Sachleistungsprinzip einführen möchte, es für notwendig erachtet, den Bürgerinnen und Bürgern mehr Eigenverantwortung zuzumuten und die Kassenärztlichen Vereinigungen hierbei als Hindernis sieht. Die Bayerische Sozialministerin

Christa Stewens dagegen wies darauf hin, dass gerade für die Sicherstellung die KVB eine wichtige Aufgabe habe und sie es sich wünschen würde, dass diese sich konstruktiv in die Gesundheitspolitik einbringe.

- Gespräch mit Horst Seehofer (CSU), MdB, am 17. September 2004. Siehe dazu den Beitrag in der Oktober-Ausgabe des Bayerischen Ärzteblattes, Seite 574.

Engagement in der öffentlichen Gesundheitspflege

- „Tabakabhängigkeit: Prävention, Abhängigkeit, Entwöhnung“ – mit diesem Thema befasste sich am 31. März 2004 das Suchtforum, das gemeinsam von der BLÄK, der Bayerischen Landesapothekerkammer und der Bayerischen Akademie für Suchtfragen 2004 zum dritten Mal veranstaltet wurde (Abbildung 4). Vor einem vollen Großen Saal im Ärztehaus Bayern konnten bei dieser Fortbildungsveranstaltung mehrere Aspekte der Tabakabhängigkeit thematisiert werden, aber auch die verschiedenen Phasen der Entwöhnung und der damit verbundenen Angst vor Entzugerscheinungen. Zur Pressekonferenz konnten wir eine zehnte Realschulklasse einladen, die das Nichtraucherprogramm „be smart – don't start“ vorstellte. Hierbei wurde klar, dass das Schlüsselereignis bezüglich einer Raucheraufbahn im Alter zwischen 14 und 15 Jahren stattfindet.
- Im April 2002 wurde zur bayernweiten Vernetzung der Selbsthilfe im Sozial- und Gesundheitsbereich die Selbsthilfekoordination Bayern (SeKo) mit Sitz in Würzburg gegründet. 11 000 Selbsthilfegruppen sind in Bayern schätzungsweise aktiv. Zu über 800 Themen,



Abbildung 4: 3. Suchtforum „Tabakabhängigkeit – Prävention, Abhängigkeit, Entwöhnung“.

von Adoption bis Zystitis, bieten sie Betroffenen Informations- und Erfahrungsaustausch an. Um die SeKo zu unterstützen, startete ich im Mai eine Informationskampagne. Diese bestand in der Zusendung der Informationsbrochure „Selbsthilfeunterstützung in Bayern – Ein Wegweiser“ an alle Ärztlichen Bezirksverbände sowie in zwei Veröffentlichungen im *Bayerischen Ärzteblatt* (Selbsthilfekoordinations Bayern, Heft 7-8/2004 und Selbsthilfekontaktstellen Bayern, Heft 9/2004). Unser Ziel ist es, die Zusammenarbeit von Ärzten und Selbsthilfegruppen auf regionaler Ebene zu intensivieren und sowohl die Selbsthilfegruppen als auch deren Selbsthilfeunterstützungsstellen in Bayern besser bekannt zu machen.

- Des Weiteren hat sich die BLÄK im Expertenkreis Palliativmedizin und Hospizarbeit beim Bayerischen Sozialministerium eingebracht. In diesem sind alle Organisationen und Initiativen, die sich mit der Begleitung Schwerkranker und Sterbender befassen, vertreten. Dazu zählen beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, der Bayerische Hospizverband, die Bayerische Krebsgesellschaft, die Bayerische Krankenhausgesellschaft, die KVB und die BLÄK. Ziel ist es, eine bedarfsgerechte, flächendeckende stationäre und ambulante palliativmedizinische Versorgung in Bayern sicherzustellen, wobei der Schwerpunkt auf der ambulanten Versorgung liegt. Hierfür soll ein flächendeckender palliativmedizinischer Konsiliardienst eingerichtet werden. KVB und BLÄK stellen sicher, dass sowohl Weiterbildung als auch Fortbildung sowie die vertragsärztlichen Strukturen eine qualifizierte palliativmedizinische Versorgung sicherstellen. Sowohl die neue WO als auch die strukturierte Fortbildung im hausärztlichen Bereich sichern die Vermittlung palliativmedizinischer Inhalte und deren Aktualisierung.

Ärztlemangel im stationären und ambulanten Versorgungsbereich

Hausärztliche Versorgung – Nachwuchsmangel abwendbar?

Der sich immer deutlich abzeichnende Ärztemangel alarmiert erstmals auch die Politik – Regierungskoalition und Opposition. SPD und Grüne suchen bereits nach Rezepten gegen den Ärzteschwund. Sie fordern in einem in den Bundestag eingebrachten Antrag, dass Ärzte leichter in Ver-

tragsarztpraxen eingestellt werden können und mehr Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit erhalten. Die Ursache für den Ärztemangel sehen wir Ärzte in erster Linie in dem hohen Arbeitspensum, dem enormen bürokratischen Aufwand in Praxen und Krankenhäusern und der aus einem tiefen Misstrauen erwachsenen Regelungswut der Politik. Die Zahlen sprechen eine klare Sprache: Immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte, die das Studium absolviert haben, entscheiden sich für die Patientenversorgung. Die Statistik über die Neuzugänge von Ärztinnen/Ärzten im Praktikum bei den Ärztekammern zeigt dies deutlich: Die Anzahl der Neuzugänge im Jahre 1998 mit 7862 sank bis zum Jahre 2002 auf 6675 Neuzugänge ab. Dies sind in vier Jahren 15 Prozent weniger Ärztinnen und Ärzte, die für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Ein weiterer Grund für die Ärzteknappeheit in Deutschland besteht in der Abwanderung junger Ärztinnen und Ärzte in andere Berufe und ins Ausland. Das dadurch entstandene Defizit im stationären Bereich macht sich bereits im ambulanten Bereich bemerkbar.

Im hausärztlichen Bereich lässt sich jetzt bereits voraussagen, dass bis zum Jahre 2011 bundesweit etwa 23 000 Hausärzte (ohne Kinderärzte) aus dem System ausscheiden, dies ist knapp die Hälfte der derzeit in Deutschland tätigen Hausärzte. Daraus resultiert ein durchschnittlicher Ersatzbedarf in Höhe von 2200 Hausärzten pro Jahr. Dem stehen 1884 Anerkennungen zum Facharzt für Allgemeinmedizin im Jahre 2001, 1917 Anerkennungen im Jahre 2002 und 1686 im Jahre 2003 gegenüber. Dies bedeutet allein im Jahre 2003 ein Defizit von 514 Allgemeinärzten.

In Bayern stellt sich die Situation folgendermaßen dar: Vergleicht man die Altersstruktur im fachärztlichen Bereich mit der Altersstruktur im hausärztlichen Bereich, dann sieht man, dass das Nachwuchsproblem sich insbesondere im hausärztlichen Bereich entwickeln wird. Die Verteilung der Hausärzte nach Altersgruppen zeigt, dass 57 Prozent, das sind 5460 Hausärzte von 9622, über 50 Jahre alt sind. Diese Hausärzte stehen in zehn bis 15 Jahren der hausärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung nicht mehr zur Verfügung. Und dies bei sinkender Zahl der sich neu niederlassenden Hausärzte. Wie man der Abbildung 5 entnehmen kann, sind in Bayern mittlerweile nur noch wenige Planungsbereiche für Hausärzte gesperrt (rot). Die Zahl dieser Planungsbereiche ist stark rückläufig und schon heute sind auch in Bayern die hausärztlichen Praxen besonders auf dem Land zum Teil nicht mehr verkäuflich. Nach der neuesten Statistik der KVB mit Stand Juni 2004 sind insgesamt in Bayern 336

Hausarztsitze und 113 Facharztsitze nicht besetzt. Die offenen Hausarztsitze sind ebenfalls der Abbildung 5 zu entnehmen.

Dies bedeutet im Augenblick noch keine akute Unterversorgung, diese lässt sich jedoch prognostizieren. Wie kann dem begegnet werden? Unter der Überschrift: „Hausärztliche Versorgung – Nachwuchsmangel abwendbar?“ veröffentlichte das *Deutsche Ärzteblatt*, Heft 7, im Februar dieses Jahres eine Befragung von Studierenden im fünften klinischen Semester, die im Zeitraum von 1995 bis 2003 durchgeführt wurde. Diese belegt, dass zwischen 25 und 30 Prozent der Befragten es sich gut bis sehr gut vorstellen können, Hausärztin oder Hausarzt zu werden.

Im Vergleich zu früheren Umfragen Ende der Sechziger- und Siebzigerjahre ist dies ein deutlicher Anstieg, nämlich von damals neun Prozent auf heute eben diese 25 bis 30 Prozent. Dies bedeutet, dass in der klinischen Ausbildungsphase ein großes Potenzial für die hausärztliche Tätigkeit vorhanden ist. Der Nachwuchsmangel in der hausärztlichen Versorgung ist also nicht auf eine prinzipielle Abneigung der Medizinstudierenden gegen die hausärztliche Tätigkeit zurückzuführen. Beide Qualifizierungsabschnitte, also Ausbildung und Weiterbildung, müssen so ausgerichtet sein, dass sie den Nachwuchs für die hausärztliche Tätigkeit möglichst fördern.

Auf der Ebene der ärztlichen Ausbildung kann man von einem gewissen Durchbruch der Allgemeinmedizin sprechen. Die künftigen allgemeinmedizinischen Pflichtbausteine im Unterrichtsangebot, Pflichtvorlesung und Blockpraktikum, zeigen, dass die Allgemeinmedizin in der Approbationsordnung in den Stand eines Hauptfaches erhoben wurde. Jetzt sind jedoch die Länder und die Fakultäten aufgerufen, dafür zu sorgen, dass dieser Unterrichtsbedarf an den einzelnen Fakultäten auch qualifiziert abgedeckt werden kann. Ohne zusätzliche Investitionen wird dies nicht zu bewerkstelligen sein. Deshalb sind Kultusministerium und Fakultäten aufgerufen, hier ihrer Pflicht nachzukommen und die Lehrbeauftragten sowohl mit finanziellen als auch mit personellen Mitteln auszustatten (Abbildung 6). Dies ist nicht nur ein Gebot der Sicherstellung der Versorgung, sondern, der Umfrage nach, auch der Wunsch eines beträchtlichen Anteils der Studierenden. Ebenso ist es notwendig, dass die BLÄK in Zusammenarbeit mit den Lehrbeauftragten in die Universitäten geht und die Studentinnen und Studenten über dieses interessante Berufsbild informiert. Die neue WO, die ja durch Verschmelzung des bisherigen hausärztlichen Facharztes für Innere Medi-

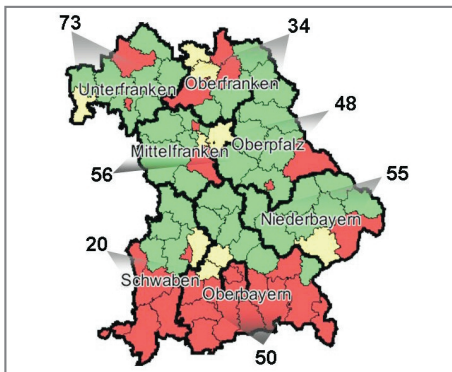


Abbildung 5: Hausärztliche Versorgung – offene Hausarztsitze.

Standort	Abteilung	C 4	C 3	C 1	BAT I	BAT II	Sekretärin/ Studynurse	Hon- Prof.	Lehraufträge Bezahlte Unbez.
Ulm	Abteilung	0,5		1		1,5	1		159
Erlangen	Lehrauftr.								5
München LMU	Lehrauftr.						0,5	1	4 108
München TU	Lehrauftr.							1	6 0
Regensburg	Projekt								3
Würzburg	Lehrauftr.					1/3			3
Berlin BenFr	Abteilung	1		1					45
Berlin Charité	Institut		2x0,5			5x0,5	1,25		185

Abbildung 6: Hausärztliche Versorgung – Personelle Ausstattung der Allgemeinmedizin an medizinischen Fachbereichen/Fakultäten in Deutschland.

zin und des Facharztes für Allgemeinmedizin zum neuen Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin die Voraussetzung für ein einheitliches hausärztliches Berufsbild geschaffen hat, trägt sicherlich dazu bei, dass die Attraktivität durch eine eigenständige hausärztliche Identität gesteigert wird. Für die Vereinheitlichung der Übergangsbestimmungen für den Erwerb des „neuen“ Facharztes „Innere und Allgemeinmedizin“ werden wir uns innerhalb des nächsten Jahres in den zuständigen Gremien und der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der BÄK Gedanken machen müssen, um möglichst bald eine bundesweit einheitliche Regelung, in der auch die praktischen Ärzte berücksichtigt werden, zu finden. Aber auch bei der Weiterbildung ist die Situation nach wie vor nicht zufriedenstellend. Für die Weiterzubildenden ist der Wechsel von einer Disziplin zur nächsten in der Regel ein Stellenwechsel, wenn nicht ein Wechsel des Arbeitgebers oder gar des Ortes hiermit verbunden sind. Umso notwendiger ist es, dass an den Weiterbildungsstellen Verbundlösungen und in den einzelnen Krankenhäusern Rotationsmodelle entwickelt werden, die eine möglichst reibungslose Absolvierung der Weiterbildung erlauben. Hier sei das Konzept des Weiterbildungsstellenpools erwähnt, das auf Initiative von Kollege Dieter Geis bei der Bezirksstelle Unterfranken der KVB entwickelt und inzwischen auch bereits erfolgreich in die Tat umgesetzt wurde. In einer dreiseitigen Vereinbarung zwischen KVB, dem Krankenhaus und dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband wurde hier eine Kooperation innerhalb der verschiedenen Abteilungen der Krankenhäuser und den niedergelassenen Ärzten vereinbart. Ich halte es für notwendig, dass dieses Pilotprojekt bayernweit um-

gesetzt wird und habe deshalb bereits einen Gesprächstermin mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft vereinbart. Zu einem weiteren Beitrag unsererseits zur Beseitigung des Ärztemangels im Allgemeinen und dadurch auch des Hausärztemangels im Besonderen, zählt die Intensivierung der Wiedereinstiegsseminare, die von der BLAK durchgeführt werden. In einer einmaligen Aktion haben wir 2752 bayerische Ärztinnen und Ärzte im Alter zwischen 30 und 45 Jahren angeschrieben, die entweder arbeitslos sind oder sich eine Elternzeit bzw. Familienzeit genommen haben. Die Resonanz war so positiv, dass wir bereits für das kommende Jahr drei weitere Wiedereinstiegsseminare planen. Das letzte Seminar führten wir mit großem Erfolg am 1./2. Oktober 2004 mit 24 Teilnehmern durch. Die hierbei am stärksten vertretenen Facharztrichtungen sind Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Anästhesie, Gynäkologie, Neurologie und Chirurgie. All diese Maßnahmen können jedoch nur dann fruchten, wenn die politischen Rahmenbedingungen stimmen. Hier ist die Politik aufgerufen, den enormen bürokratischen Aufwand in Praxen und Krankenhäusern abzubauen und die Ausbeutung junger Ärztinnen und Ärzten zu beenden.

Wir müssen wieder wegkommen von der Rationierung ärztlicher Leistungen, den staatlich verordneten „Chronikerprogrammen“ mit dem damit verbundenen Dokumentationswahnsinn und von überzogenen Qualifikationsanforderungen wie der zuletzt getroffenen Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.



Kaplan: „Nachwuchsmangel abwendbar?“

Uns Ärztinnen und Ärzten muss es wieder ermöglicht werden, unseren eigentlichen Beruf, nämlich die optimale Versorgung unserer Patientinnen und Patienten, gerecht werden zu können.

Ich darf mit einem Zitat des Präsidenten der BÄK, welches einen Appell an die Politiker darstellt, enden: „Stoppen Sie die Überreglementierung und beenden Sie die Kultur des Misstrauens. Lassen Sie uns endlich wieder Ärzte sein und die Patienten in ärztlicher Unabhängigkeit behandeln.“

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Es gilt das gesprochene Wort.

Aktuelle Aspekte zu GOÄ und Gutachterstelle



Bericht von Dr. Klaus Ottmann, Vizepräsident.

Gebührenordnung (GOÄ)

Eigentlich sollte man einen Bericht nicht mit dem Thema „Geld“ beginnen, aber Geld spielt bei dem Thema GOÄ natürlich eine wesentliche Rolle. In der Bundesrepublik haben ca. zehn Prozent unserer Bevölkerung eine private Kranken-Vollversicherung und davon sind über die Hälfte, das sind insgesamt ca. acht Millionen Einwohner, beihilferechtigt. In den Arztpraxen spiegelt sich dieses Verhältnis natürlich wider; ca. zehn Prozent der Patienten sind Privatpatienten. Diese zehn Prozent der ambulanten Patienten bringen ungefähr ein Viertel des Praxisumsatzes. Dies zeigt klar die große wirtschaftliche Bedeutung der GOÄ für uns Ärzte, natürlich auch im stationären Bereich.

Umso unverständlicher sind manche Bestrebungen, auch in ärztlichen Kreisen, das Nebeneinander von zwei Gebührenordnungen, Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) und GOÄ, doch endlich abzuschaffen. Ein prominenter Meinungsbildner im Gesundheitswesen sieht diese beiden Ge-

bührenordnungen als Ausdruck einer so genannten Zweiklassenmedizin. Er hält eine Konvergenz von EBM und GOÄ für sinnvoll, wobei dann natürlich von der GOÄ nicht mehr viel übrig bleibt. Das Problem haben wir übrigens schon heute, da im Rahmen der „Kostenerstattung“ die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Leistung nach EBM vergütet, die Rechnungslegung jedoch nach GOÄ, mit Zuzahlung der Patienten, derzeit erfolgen muss.

Reformstau der GOÄ

Die GOÄ wurde letztmals 1983 umfassend novelliert. Seit dieser Zeit sind nur geringe Änderungen vorgenommen worden, insbesondere wurde die GOÄ im operativen Bereich nicht dem aktuellen operativen Standard angepasst. Bei zunehmender Differenzierung der operativen Verfahren und der Einführung neuer Methoden sind in den letzten Jahren verständlicherweise Probleme mit den GOÄ-Abrechnungsmöglichkeiten entstanden. Es entwickeln sich überall massive Auseinandersetzungen zwischen den Liquidationsberechtigten

GOÄ-Datenbank (Nummern)

➤ zu GOÄ-Datenbank-Suche
➤ zu GOÄ-Paragrafen

B. Grundleistungen und Allgemeine Leistungen (Nrn. 1 bis 107)		
1	Beratung neben Sonderleistungen	30.09.2003
3	Nr. 3 neben Leistungen	30.09.2003
20	Diabetikerschulung	30.09.2003
29	Abrechnung durch Dermatologen	25.11.2003
30	Keine Zusatzbezeichnung notwendig	30.09.2003
50	Notarzt/Blaulichteinsätze - Überschreitung des Regelsatzes	07.10.2003
60	Konsil	04.12.2003
70	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	30.09.2003
80	Beurteilung von Fremdaufnahmen - analoge Bewertung	30.09.2003
85	Gutachten gegenüber Versicherungsgesellschaften	07.10.2003
100	Leichenschau	30.09.2003

Abbildung 1: GOÄ-Internet-Portal der BLÄK (www.blaek.de).

und den in der PKV versicherten Patienten bzw. mit ihren entsprechenden Versicherungen. Einige Versicherungen, besonders muss ich hier die Allianz outen, brüsten sich sogar damit, wie viele Millionen Euro sie an Liquidationsansprüchen reduzieren konnten, in dem sie sich immer wieder auf völlig überholte Leistungsbeschreibungen der GOÄ zurückziehen.

Liquidationsprobleme

Der Patient versteht die Welt nicht mehr, hat erhebliche Zuzahlungen an die behandelnden Ärzte zu leisten und zweifelt natürlich auch an der Redlichkeit des Liquidationsberechtigten. Die zivilrechtlichen, aber auch strafrechtlichen Verfahren rund um die GOÄ nehmen extrem zu. Die Anfragen an die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) wachsen zu Aktenbergen. Wir sind aber auch der Meinung, dass wir, die BLÄK, der richtige Adressat zur Beantwortung sind. Die Bundesärztekammer (BÄK) ist zwar der Verhandlungspartner mit dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS), den Bundesländern und der PKV, aber Auskünfte erteilen bzw. die Rechtsinterpretationen müssen von den einzelnen Landesärztekammern erfolgen. Verständlicherweise haben sich längst völlig unterschiedliche Meinungen entwickelt, sodass bei Streitigkeiten die unterschiedlichen Stellungnahmen der Landesärztekammern, zum Beispiel Sachsen oder Baden-Württemberg gegenüber Bayern, häufig ins Feld geführt werden. Dies ist natürlich keine sinnvolle Entwicklung und trägt nicht zur Glaubwürdigkeit der Ärzteschaft bei. Da die Entwicklung der Medizin selbstverständlich weiter geht, diese in der zwanzig Jahre alten GOÄ nicht abbildbar ist, bleiben aber häufig nur analoge Bewertungen mit einem breiten Raum für unterschiedliche Interpretationen übrig.

Interpretationsprobleme

Die PKV begann mit einem gefährlichen Spiel, in dem sie einerseits äußerst kleinlich die Rechnungen überprüfte, eigene Modelle für Pauschalverordnungen (zum Beispiel Managed care) in die Diskussion einbrachte und Versicherungspakete auf niedrigstem Niveau anbot. Da ist der Weg dann zum EBM oder zu Einkaufsmodellen bei integrierter Versorgung und Pauschalen auch für

Privatpatienten nicht mehr weit. Verständlich sind derartige Aktivitäten, da die Kostensteigerungen pro Patient in den vergangenen sechs Jahren fast dreimal so hoch wie in der GKV waren, aber die war ja budgetiert!

Jetzt wurde es den PKV-Vertretern mulmig, da sie einerseits die Unterstützung der Ärzte langsam verlieren und andererseits die Existenznotwendigkeit einer PKV von politischer Seite durchaus in Frage gestellt wird. In mehreren Gesprächen mit leitenden PKV-Vertretern wurde gebeten, doch dringend politische Unterstützung zur Erhaltung der PKV zu leisten. Es wird jetzt also eine Solidarität der Ärzteschaft mit der PKV in gesundheitspolitischen Fragen der Honorarpolitik eingefordert.

GOÄ und DRG

Ich komme zu einem weiteren sehr kritischen Punkt. Die Diagnosis Related Groups (DRG) sind eine diagnosebezogene Pauschalvergütung. Das BMGS will immer noch für die Privatpatienten im Krankenhaus einen einfachen prozentualen Zuschlag zum DRG, zum Beispiel zehn oder fünfzehn Prozent als zusätzlichen Liquidationsanspruch bei Privatpatienten, installieren. Wir und die BÄK müssen dies strikt ablehnen, da wir dann im Privatversicherungsbereich zwei völlig voneinander unterschiedliche Vergütungssysteme hätten: Ambulant ohne Einzelleistungsvergütung und im Krankenhaus eine Pauschale, die von DRG abhängig ist. Auch das würde die Existenz der GOÄ gefährden. Das Liquidationsrecht des einzelnen Wahlarztes im Krankenhaus ist sowieso schon zunehmend an den Krankenhausträger abgetreten. Noch erfolgen bisher, selbst wenn das Krankenhaus die Privatrechnung stellt, die Liquidationen für den jeweiligen Chefarzt als Einzelleistungsvergütung. Für das BMGS steht jedenfalls derzeit das Einzelleistungsprinzip im Krankenhaus bei Wahlleistungen zur Disposition.

Vernachlässigung der GOÄ

Von seiten der Bundesregierung ist mit einer Novellierung der GOÄ in nächster Zeit nicht zu rechnen. Sie hätte zunächst keine Kapazitäten frei, da sie gegenwärtig die zahnärztliche Gebührenordnung überarbeiten muss. Andererseits weiß na-

türlich das BMGS, dass die Zukunft der GOÄ aus den aufgezeigten Gründen ungewiss ist, warum sollte man sich mit einem eventuellen Auslaufmodell noch so viel Arbeit machen. Wir brauchen aber natürlich das BMGS, da es die GOÄ als Rechtsverordnung erlassen muss. Ich möchte in diesem Zusammenhang klar feststellen, dass der Verordnungsgeber durch Vernachlässigung der Aktualisierung des Leistungsverzeichnisses maßgeblich zur gereizten Atmosphäre im Privatliquidationssektor beigetragen hat.

Zurück zur Praxis. Auch die PKV hat bereits Pauschalvergütungsverträge mit einzelnen Krankenhausträgern abgeschlossen. Für eine Pauschale erhält der Privatpatient eine Voruntersuchung, Operation, stationären Aufenthalt, Nachbetreuung und Rehabilitation. Sogar Erfolgsgarantien werden schon angeboten. Für diese Leistung braucht dann niemand mehr eine GOÄ für seine Privatpatienten.

Die BÄK, aber auch der Deutsche Ärztetag präferieren eine so genannte Vorschlagsregelung, die GOÄ mit der PKV selbstständig zu reformieren, sodass das BMGS diese neue GOÄ dann nur noch als Rechtsverordnung umsetzen müsste. Dazu braucht es aber natürlich die Verhandlungspartner der PKV und der Beihilfe, aber die blockieren zurzeit die paritätisch besetzten Verhandlungsbänke. Die Weiterentwicklung der GOÄ ist damit gegenwärtig festgefahren.

Wir müssen wenigstens versuchen, die Landesärztekammern zu einzelnen Abrechnungsfragen einigermaßen zu koordinieren. Wir Bayern sind in den Arbeitsgremien zur GOÄ auf Bundesebene präsent und versuchen, das Arbeitstempo zu forcieren. Im GOÄ-Ausschuss wird in Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbänden oder einzelnen Protagonisten neuer Methoden eine Abrechnungsempfehlung erarbeitet und mit den Fachberatern konsentiert. Diese Empfehlung geht dann in den zentralen Konsultationsausschuss, in dem die Verhandlung mit der PKV und den Bundesländern erfolgt. Eine Konsensbildung gestaltet sich, nicht zuletzt auch aus finanziellen Gründen, außerordentlich schwierig. Falls eine Einigung erfolgt, werden die Ergebnisse im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlicht, sie sollen dann verbindlich für die PKV und die Beihilfe, aber auch für uns Ärzte sein. Falls keine Einigung zeitnah erfolgt, halte ich es für notwendig, die im GOÄ-Ausschuss erarbeiteten Empfehlungen dennoch zu veröffentlichen, mit der Bemerkung, dass dies die ärztliche Position wiedergibt. An diese sollten sich die Landesärztekammern bei Anfragen halten, aber die Partner, das heißt die PKV und die Beihilfe, sind leider nicht unbedingt verpflichtet, entsprechende Liquidationen zu vergüten.

Dieses Vorgehen ist deshalb so wichtig, da wir dann wenigstens vor den Gerichten und bei sonstigen Streitigkeiten eine konsentiert ärztliche Position haben. Diese Ergebnisse sollten auch jeweils im Internet eingestellt werden. Wir haben ein entsprechendes GOÄ-Internet-Portal der BLÄK eingerichtet (Abbildung 1).

Auf diesem Feld ist sogar ein Wettbewerbsnachteil der PKV spürbar. Ein entsprechender Antrag von Dr. Axel Munte, Dr. Wolfgang Hoppenthaler und Dr. Heinz-Michael Mörlein am 56. Bayerischen Ärztetag hat sich dieses Problems angenommen, dass die privatärztlich erbrachten Leis-

tungen eigentlich nur sehr geringgradig Qualitätsprüfungen unterliegen, außer der externen Qualitätssicherung im stationären Bereich. Zur Konkretisierung einer Verbesserung der Qualitätssicherung in der privatärztlichen Versorgung wurde eine Arbeitsgruppe mit der PKV auf Bundesebene eingerichtet. Klar ist, dass wir keinesfalls im privatärztlichen Bereich Regularien der Kassenärztlichen Vereinigungen direkt übernehmen wollen, bzw. uns an den § 135 und § 136 des SGB V anlehnen möchten.

Wenn die PKV aus eigenem Antrieb eine Annäherung der Vergütungssysteme GOÄ und EBM betreibt, sägt sie an ihrem eigenen Ast. Dabei werden das Eigenprofil der privatärztlichen Behandlung und die freie Arztwahl auf der Strecke bleiben. Aber sie sägt natürlich auch an unserem finanziellen Ast in Klinik und Praxis. Wir von der Ärztekammer werden jedenfalls der Politik keine Steilvorlage geben, um das privatärztliche Abrechnungssystem in Frage stellen zu können.

Bürgergutachten für „Gesundheit“

Im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz wurde ein „Bürgergutachten für Gesundheit“ durchgeführt. Nicht wenige Delegierte haben sich als Referenten für die „befragten Bürger“ zur Verfügung gestellt. Ohne die engagierte Unterstützung der BLÄK und der Bezirks- und Kreisverbände wäre es nicht möglich gewesen, an acht verschiedenen Orten den Bürgern eine solche Anzahl qualifizierter Referenten zu den entsprechenden Themen zur Verfügung zu stellen. Das Gutachten ist inzwischen veröffentlicht und steht jedem zur Verfügung.

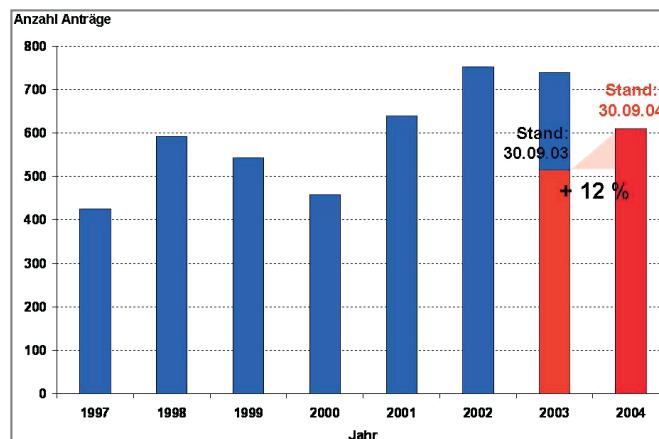
Berufsordnung

Die Berufsordnung ist eine Dauerbaustelle und wird es wahrscheinlich auf Jahre hinaus auch bleiben. Im Jahre 2002 wurde eine wesentliche Liberalisierung der Anündigungsmöglichkeiten ärztlicher Tätigkeiten beschlossen. Dies hat deutlich zu einer Reduzierung von beanstandeter Werbung geführt. Die Möglichkeit, auch selbst ernannte Qualifikationen bzw. Schwerpunkte ärztlicher Tätigkeiten anzukündigen zu können, hat unsere Patienten nicht verwirrt. Ebenso haben die permanenten Ärgernisse mit Inseraten oder der Schilderordnung deutlich abgenommen. Ich halte dies für ein gutes Zeichen, sind wir doch auf dem richtigen Weg der Deregulierung und Konzentrierung unserer Berufsordnung. Eine Patientenschädigung oder Verunsicherung konnte zumindest auch diesbezüglich nicht festgestellt werden.

Am Ärztetag vergangenen Jahres haben wir richtungsweisende Beschlüsse zum Industriesponsoring in der Berufsordnung umgesetzt. Mit diesen Beschlüssen und dem selbst auferlegten Kodex der Pharmaindustrie konnte meines Erachtens die Transparenz und Glaubwürdigkeit der pharmagestützten Veranstaltungen und Studien wesentlich verbessert werden.

Es muss einen schon verwundern, dass dieses Jahr wirklich grundlegende Änderungen in unserer Berufsordnung zur Beschlussfassung am Ärztetag vorliegen. Aber die Berufsordnung ist eben kein statisches Regelwerk, sondern muss den Ent-

Abbildung 2: Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen – Anträge.



wicklungen im Gesundheitswesen auch angepasst werden. Gerade das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) etablierte völlig neue ärztliche Kooperationsformen, in die meine die medizinischen Versorgungszentren, auf die reagiert werden muss.

Auch die integrierte Versorgung und Disease Management Programme (DMP) beinhalten fachübergreifende Organisationsstrukturen, die mit unserer geltenden Berufsordnung nur schwer vereinbar sind. Natürlich müssen die Wettbewerbsverzerrungen der Vertragsärzte mit den medizinischen Versorgungszentren behoben werden.

Gutachterstelle bei der BLÄK

Die BLÄK war die erste Kammer in der Bundesrepublik, die eine derartige Gutachterstelle vor dreißig Jahren eingerichtet hat, um Belastungen aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis zu reduzieren und fragliche medizinische Sachverhalte klären zu lassen. Aus der Formulierung „bei der Bayerischen Landesärztekammer“ können Sie entnehmen, dass es sich nicht um eine weisungsgebundene Tätigkeit von Kammermitarbeitern handelt, sondern seit Gründung dieser Einrichtung durch Professor Dr. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering im April 1975 sind es in der Regel aus dem Berufsleben ausgeschiedene, erfahrene Kollegen und Juristen, die im Auftrag der BLÄK sich mit den Fällen befassen, die entweder von Patienten oder auch von Ärzten aufgegriffen werden, weil Vorwürfe im Sinne einer kunstfehlerhaften Behandlung im Raum stehen.

Die ursprüngliche Bezeichnung als Schlichtungsstelle wurde nach einer Neuformulierung der Geschäftsordnung aufgegeben, weil das Ergebnis der Begutachtung der Vorgehensweise des Arztes bzw. des Krankenhauses nicht dazu führt, dass von der Gutachterstelle ein Vorschlag bezüglich der Schadenshöhe in der Regel des Schmerzensgeldes vorgenommen wird. Dies muss den Verfahrensbeteiligten bzw. den Gerichten überlassen bleiben. Wesentlich Beteiligter im Verfahren ist selbstverständlich die Haftpflichtversicherung des einzelnen Arztes bzw. des Krankenhauses und es ist ein Grundsatz, der in Bayern beispielgebend für die Bundesrepublik formuliert wurde, dass bei jedem Schritt des Verfahrens der Gutachterstelle die Information und die Zustimmung aller Beteiligten das Verfahren begleitet.

Im vergangenen Jahr wurde ein eigenes EDV-Programm erarbeitet, das die gesamte Erfassung der Daten sicherstellt und damit zukünftig auch Auswertungen und Rückschlüsse auf die Ergebnisse der Gutachterstelle zulässt.

Im Jahr 2003 wurden 736 Anträge an die Gutachterstelle gestellt, 503 Anträge konnten im selben Zeitraum entschieden werden. Sie sehen also eine kontinuierliche Zunahme der Inanspruchnahme unserer Gutachterstelle. Auch das Jahr 2004 zeigt in den ersten drei Quartalen Mehreingänge von 18 Prozent. Etwa 65 Prozent der gestellten Anträge münden in ein konkretes vollständiges Gutachterverfahren. Die anerkannte Behandlungsfehlerquote liegt in Analogie zu den Ergebnissen der übrigen Gutachterstellen der Bundesrepublik bei ca. 25 bis 30 Prozent (Abbildung 2).

Die Politik hat zwischenzeitlich die gesetzlichen Krankenkassen beauftragt, Kunstfehler ebenfalls zu begutachten und entsprechende Kosten für die Behandlung dieser eventuell fehlerhaften Behandlung von den Haftpflichtversicherungen zurückzufordern. Hier geht es um erhebliche Beträge in Millionenhöhe. Wir sehen diese Parallelaktivitäten der GKV zu denen der BLÄK keinesfalls als störend an.

Vor dem Hintergrund eines gewachsenen Selbstbewusstseins unserer Patienten und einer entsprechenden Anspruchshaltung zeigen die zunehmenden Verfahrenszahlen, wie wichtig und richtig das Engagement der Ärzteschaft ist. Unser Gewicht liegt darauf, im Fall einer Auseinandersetzung bezüglich der Behandlung bzw. der Folgen einer Behandlung eine Bewertung, Begutachtung und Erläuterung auf höchstem fachlichem Niveau herbeizuführen. Auch wenn immer wieder hier die „Krähentheorie“ angeführt wird, können wir doch nachdrücklich für uns in Anspruch nehmen, dass wir ausschließlich an einer sachgerechten, qualifizierten Darlegung des Sachverhaltes interessiert sind.

Dies belegt die uneingeschränkte Akzeptanz unserer Ergebnisse bei den Haftpflichtversicherungen; aber auch bei den Gerichten. Der geringe Prozentsatz der im Anschluss an die Einschaltung der Gutachterstelle geführten Gerichtsverfahren macht deutlich, dass nur in ganz wenigen Einzelfällen das Ergebnis der Begutachtung nicht akzeptiert wurde. Gerade dann versuchen wir, in

über 120.000 „Freiberufler“

**mit – ca. 435.000 versicherungspflichtigen
Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern**

– ca. 26.000 Auszubildenden

**Die Freien Berufe erwirtschaften ca. 10 % des
Bruttosozialproduktes!**

Abbildung 3: Verband der freien Berufe. Über 120 000 Freiberufler in Bayern.

Verbindung mit den Haftpflichtversicherungen, rückwirkend unsere Verfahren genauer zu untersuchen und zu analysieren.

Kritisch müssen wir allerdings gelegentlich das Auftreten einzelner Ärzte hinterfragen, wenn der gewünschte Behandlungserfolg nicht in dem Umfang eingetreten ist, wie wir und der Patient es sich vorgestellt haben.

Risk-Management-Seminar

Bei eingetretenen Komplikationen ist der Umgang mit den Patienten verständlicherweise nicht ganz einfach. Hier appelliere ich aber nachdrücklich an die Ärzte, sich gerade in solchen Fällen kollegialen Rat zu holen oder die Gutachterstelle bei der BLÄK einzuschalten. Wir können erfreulicherweise feststellen, dass die Bereitschaft zur Mitwirkung der Kolleginnen und Kollegen grundsätzlich uneingeschränkt gegeben ist. Auch die Krankenhäuser sind regelmäßig bereit, mitzuarbeiten. Lediglich die Universitätskliniken haben hier noch gewisse Probleme, die sich aber in der Zukunft sicherlich mehr und mehr auflösen werden. In diesem Jahr haben wir ein Risk-Management-Seminar durchgeführt, das großen Zuspruch, aber auch dringend den Aufklärungsbedarf bestätigte. Eine Wiederholung erfolgte bereits Ende September in Regensburg.

Ausblick

Wir haben die bisherigen rechtlichen Einschränkungen der Berufsordnung im Auftreten der Ärzte in der Öffentlichkeit weitgehend liberalisiert. Von der Politik und der Öffentlichkeit kommt aber nun wieder die Forderung, Ärzte, die im Bereich zum Beispiel der ästhetischen Chirurgie bzw. so genannter Schönheitsoperationen tätig sind, in ihrer Öffentlichkeitswirkung einzuschränken. Der von unseren Politikern immer wieder im Munde geführte „mündige Bürger“ will aber diese Ärzte als „Dienstleister“ einsetzen, um seinen Vorstellungen von Jugend, Schönheit und Ästhetik zu entsprechen. Den Vorstellungen von Kollegen, die seriös und gewissenhaft auf diesem Sektor tätig sind, gewisse Missbrauchstatbestände aus ihrer Sicht abzustellen, konnte leider nicht entsprochen werden. Juristen haben uns, bei den sicher sehr hohen Streitwerten und den nicht ausreichend gesicherten Berufsrechtspositionen, von berufsrechtlichen und wettbewerbsrechtlichen Verfahren abgeraten. Es ist aber davon auszugehen, dass gerade diese Aktivitäten im Bereich der Schönheitschirurgie dazu führen werden,

dass vermehrt Fälle an die Gutachterstelle herangetragen werden, um die Ergebnisse zu bewerten. Sie können sicher nachvollziehen, dass dies ein nicht ganz einfaches und äußerst komplexes Verfahren darstellen wird.

Die Bayerische Staatsregierung hat bereits über den Bundesrat eine Initiative zur Eindämmung dieser unerfreulichen Entwicklung eingeleitet und sie sollte von uns unterstützt werden.

Wir unterstützen die hohen Ansprüche an unsere Gutachterstelle und artikulieren dies auch deutlich gegenüber der Politik. Wir lassen uns aber bei unserem Bemühen um sachgerechte Bewertung nicht verunglimpfen, wie dies immer wieder von einigen Patientenverbänden versucht wird. Diese unterstellen uns, dass wir fehlerhaftes Vorgehen der Ärzte bei der Behandlung kaschieren und „unter den Teppich kehren“ wollen. Wir können selbstbewusst und transparent die entsprechende Vorgehensweise unserer Gutachterstelle darstellen. Sie ist ein taugliches Instrument, um das Arzt-Patienten-Verhältnis von ungerechtfertigten Vorwürfen freizuhalten.

Verband der freien Berufe in Bayern

Wir Ärzte sind die größte Gruppierung unter den Freiberuflern und sind durch mich als Vizepräsident in diesem Verband vertreten. Die Aktivitäten waren sehr vielseitig, wobei wiederholt der Bayerischen Staatsregierung die Bedeutung der freien Berufe erläutert werden konnte.

Im Verband der freien Berufe (VfB) in Bayern sind über 120 000 Freiberufler mit etwa 435 000 versicherungspflichtigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und 26 000 Auszubildenden organisiert. Die freien Berufe erwirtschaften ca. zehn Prozent des Bruttosozialproduktes. Diese Zahlen haben die Bayerische Staatsregierung doch beeindruckt, sodass kontinuierliche Gespräche mit den verschiedenen Ministerien vereinbart wurden und stattfanden (Abbildung 3).

Die Abwehr der Gewerbesteuer für die freien Berufe im letzten Jahr war ein Ergebnis dieser erfolgreichen Gespräche.

Das Präsidium des VfB hat mich in den sozialpolitischen Arbeitskreis des Verbandes der Bayerischen Wirtschaft entsandt, wo der Schwerpunkt

in diesem Jahr auf der Entwicklung eines eigenen Modells zur Reform der GKV gelegt wurde, dem so genannten „Knappe-Modell“ – eine Variante des bekannten Gesundheitsprämienmodells. Dieser sozialpolitische Arbeitskreis hat zu den wesentlichen Themen der Sozial- und Wirtschaftspolitik Grundsätze erarbeitet, die die Basis für den Gedankenaustausch mit der Politik sind.

In wenigen Tagen findet die Mitgliederversammlung des VfB statt. Das Präsidium, das um zwei Mitglieder erweitert werden soll, stellt sich personell unverändert zur Wahl. Wir sehen es als unsere Aufgabe an, die Bedeutung der freien Berufe der Politik und der Öffentlichkeit permanent darzulegen. Die verschiedensten Gesetzesinitiativen bedürfen kritischer Begleitung, zum Beispiel die in Bayern gerade zurückgezogene Änderung des Polizeiaufgabengesetzes und auf der Bundesebene das Gesetz zur Intensivierung der Überwachung. Dabei war die Vertrauensebene zwischen Arzt und Patient, wie überhaupt bei allen anderen der Schweigepflicht unterliegenden Berufen, absolut gefährdet. Unsere Mitarbeit im VfB ist für das Selbstverständnis des Arztes als freier Beruf essenziell.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Der Schwerpunkt unserer Aktivitäten lag im Bereich der Qualitätsmanagementseminare, die im Gegensatz zu rückläufigen Teilnehmerzahlen anderer Ärztekammern und deren Akademien sich weiter großer Nachfrage erfreuen.

Sogar die Bundeswehr hat sich entschieden, ihre Ärztinnen und Ärzte des Sanitätsdienstes bei uns zu Qualitätsmanagementseminaren anzumelden, da wir unter allen Seminaranbietern das beste Preis-/Leistungsverhältnis hätten. Besonders erwähnenswert ist eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Qualitätsberichterstattung“, die wir im Juli dieses Jahres durchgeführt haben. Gut 100 Experten aus ganz Deutschland, Österreich und der Schweiz hat dieses doch dem ersten Anschein nach so trockene Thema nach München gelockt (siehe *Bayerisches Ärzteblatt* Heft 9/2004, Seite 540).

Mit den bereits erwähnten Riskmanagementseminaren haben wir in Deutschland eine Art Vorreiterrolle übernommen. Unser Konzept wurde inzwischen von der Ärztekammer Hamburg übernommen, in Berlin ist ein ähnliches Vorgehen geplant.

Erfreulicherweise findet weiter eine Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) bei der Fortschreibung der Qualitätszirkel statt. Sehr förderlich ist dabei die Mitarbeit von zwei Mitgliedern des Vorstandes der KVB als kooptierte Mitglieder in unserer Qualitätssicherungskommission.

Gespannt warten wir nun alle auf die Verlautbarungen des gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung. Dieser Ausschuss hat einen klaren gesetzlichen Auftrag: Anforderungen und Vorstellungen an das Qualitätsmanagement im deutschen Gesundheitswesen zu erarbeiten. Erst dann kann eigentlich an Entwicklungen von Zukunftsperspektiven gegangen werden. Die Ausführungsanweisung soll dann das neue Institut für Qualität im Gesundheitswesen vorgeben.

Stufe 1: Festlegung, welchen Auffälligkeiten und Indikatoren nachgegangen werden soll

Stufe 2: Bitte um schriftliche Aufklärung gewisser Auffälligkeiten

Stufe 3: Identifikation einzelner Patientendokumentationen und gezielte Nachfrage

Stufe 4: Ortstermin der Fachkommission mit ltd. Ärzten und Krankenhausverwaltung

Abbildung 4: Externe stationäre Qualitätssicherung – Analysestufen des strukturierten Dialoges.

ersten Stufe der Analyse fest, welchen Auffälligkeiten und Indikatoren nachgegangen werden soll. In der zweiten Stufe des so genannten strukturierten Dialoges werden die Krankenhäuser bzw. die speziellen Abteilungen um Aufklärung gewisser Auffälligkeiten gebeten. Diese Stellungnahmen erfolgen patientenanonym. In der dritten Stufe des Dialogs, falls die Auskünfte nicht befriedigend sind, werden einzelne Patientendokumentationen identifiziert und die spezifischen Verläufe nachgefragt. In allen Schreiben hat der kollegiale Rat absolute Priorität. Die Krankenhäuser werden zu diesem Zeitpunkt nicht mit ihren Auffälligkeiten „geoutet“. In einer vierten Stufe werden auch Ortstermine durch die Fachkommission mit Beratungsgesprächen mit den leitenden Ärzten und der Krankenhausverwaltung durchgeführt (Abbildung 4). In der Regel hat das bisherige Prozedere einerseits zur Aufklärung gewisser Auffälligkeiten geführt, andererseits konnten aber auch im kollegialen Gespräch Strukturmängel bzw. auch ungewöhnliche medizinische Gegebenheiten geklärt bzw. abgestellt werden. Eine Stufe fünf musste bisher noch nicht in Anspruch genommen werden. Dies wäre dann die Aufhebung der Anonymität gegenüber den Vertragspartnern, wobei die Konsequenzen derzeit noch nicht diskutiert wurden. Alle Aktivitäten sind anonym. Das heißt selbst im Kuratorium wird nicht über die Identität der Beanstandungen bzw. der Krankenhäuser informiert.

Ich habe dies so ausführlich dargelegt, damit die Sinnhaftigkeit der externen Qualitätssicherung durch die von unserer BAQ getroffenen Konsequenzen auch belegt werden kann. Ich weiß, dass in nicht wenigen anderen Bundesländern eine derartige konsequente Umsetzung der Ergebnisse gerade nicht durchgeführt wird.

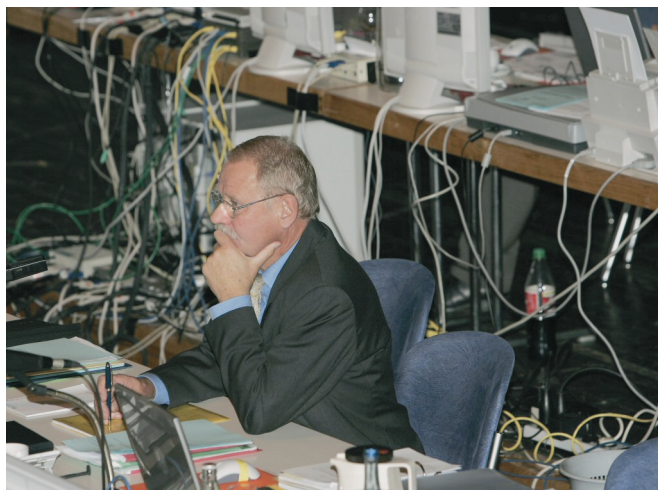
Ambulante Operationen

Erfreulich haben sich die Verhandlungen mit der KVB zur neuen Organisationsstruktur der Qualitätssicherung im Bereich des ambulanten Operierens in Umsetzung des § 115 entwickelt. So, wie der Stand derzeit ist, wird es gelingen, gleiche operative Eingriffe im ambulanten und stationären Bereich gemeinsam unter dem Dach der BAQ auswerten zu können. Das Know-how und die Infrastruktur der seit Jahren ausgezeichnet laufenden externen stationären Qualitätssicherung kann somit sinnvoll genutzt werden, wobei die Trägerschaft ein dreiseitiges Kuratorium entsprechend der Vertragslage sein wird.

Ich persönlich habe mich ganz besonders intensiv darum bemüht, gemeinsame Strukturen für ambulante und stationäre Operationen im Bereich der Qualitätssicherung zu entwickeln. Seit Jahren vertrete ich das Dogma, dass es nur eine Qualität bei gleichen Leistungen im Krankenhaus und in der Praxis geben darf.

Anfang Oktober wurde der BLÄK der diesjährige „Deutsche Qualitätspreis im Gesundheitswesen“ verliehen. Der Beirat der Zeitschrift „Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis“ hat uns den Preis für unsere vielfältigen Aktivitäten, ganz besonders für die hervorragende Qualität unserer Qualitätsmanagementschulungen, zuerkannt (siehe Beitrag Seite 716 in diesem Heft).

Es gilt das gesprochene Wort.



Ottmann: „Der Patient versteht die Welt nicht mehr.“

Ärztliche Stellen Nuklearmedizin und Strahlentherapie

Ich konnte 2003 berichten, dass die BLÄK zwei neue Ärztliche Stellen für Nuklearmedizin und Strahlentherapie gemäß § 83 der Strahlenschutzverordnung einrichtet. Diese Ärztlichen Stellen sind für ganz Bayern, sowohl für ambulante als auch stationäre Einrichtungen, zuständig. Damit ist nach einheitlichen Kriterien eine Bewertung aller bayerischen Installationen möglich. Sowohl räumlich wie organisatorisch konnten die vorbereitenden Arbeiten abgeschlossen werden. Die neuen Ärztlichen Stellen haben bereits ihre Arbeit aufgenommen. Mit erheblichem Engagement haben sich die ärztlichen Leiter, ihre Stellvertreter und die Medizinphysiker in der Aufbauphase eingebracht. Die Prüfungsmodalitäten sind festgelegt, eine Geschäftsordnung befindet sich derzeit im Abstimmungsverfahren. Auch die Kostenberechnungen sind für die Anlaufphase abgeschlossen, die Ärztlichen Stellen sollen sich finanziell selbst tragen, das heißt, die Kosten müssen auf die Betreiber umgelegt werden. Inzwischen sind bereits 27 Überprüfungen bei Nuklearmedizinern und vier Überprüfungen bei Strahlentherapeuten erfolgt, sodass wir jetzt die Aufbauphase als abgeschlossen ansehen können.

Ärztliche Stelle Röntgen

Die Röntgenverordnung wurde im letzten Jahr novelliert, wobei die Ärztlichen Stellen mit erheblichen zusätzlichen Prüfungsaufgaben betraut

wurden. Es muss jetzt auch die so genannte „rechtfertigende Indikation“ zur Strahlenexposition überprüft werden. Diese Indikation muss auch bei Mitbenutzern von Röntgeneinrichtungen kontrolliert werden, sodass die zu prüfenden Anwender deutlich an Zahl zunehmen. Des Weiteren richten wir gerade eine Kommission für die qualitätssichernde Überprüfung der Strahlentherapie mit Röntgenröhren ein. Durch den „K.-o.-Katalog“ der KVB wurden über 100 Röntgeninstallationen als weiter privat betriebene Einheiten zusätzlich zur Überprüfung der Ärztlichen Stelle der BLÄK zugeführt. Außerdem nimmt die Digitalisierung der Röntgendiagnostik derart zu, sodass wir auch die technische Ausrüstung unserer Ärztlichen Stelle nachrüsten mussten.

Stationäre Qualitätssicherung

Zur stationären Qualitätssicherung ist festzustellen, dass die Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ), deren Kuratoriumsvorsitzender ich turnusmäßig gegenwärtig bin, unter der Leitung von Professor Dr. Peter Hermanek ausgezeichnet läuft.

Die Dokumentationen werden keinesfalls als „Datenfriedhof“ gesammelt, sondern sind für die ca. 236 Akutkrankenhäuser in Bayern ein klarer Spiegel ihrer Qualität. Die jeweiligen Fachkommissionen legen nach Aufarbeitung der Daten in einer