

Weitergestalten mit Internet-Technologie



Dr. H. Hellmut **Koch** berichtete über die Punkte Tätigkeitsbericht, Aktuelles, Medien- und Öffentlichkeitsarbeit, Finanzen/Meldewesen, Fortbildung und Weiterbildung.

Tätigkeitbericht

Wir haben den Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) vorgelegt und daher möchte ich heute nicht aus der Vergangenheit berichten, sondern prospektiv in die Zukunft blicken.

Aktuelles

Hier greife ich nur einen Punkt heraus. Es geht um das Problem Bachelor- und Masterstudiengänge in der Medizin, ein hochaktuelles Thema. Vizepräsident Dr. Klaus Ottmann wird ausführlich in seinem Bericht auf dieses Problem eingehen (siehe Mittelteil Seite 8 ff.).

Medien- und Öffentlichkeitsarbeit

Pressestelle

Wir haben eine Agentur beauftragt, für die Kammer ein neues Corporate Design zu erarbeiten. Das heißt also nicht nur, dass die ganzen Formulare, die ganzen Berichte, das ganze Druckwesen in einem einheitlichen Bild erscheinen sollen, sondern dass es auch Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und das Einstimmen auf ein „Leitbild in der Kammer“ in Richtung Servicegedanken und -unternehmen, geben wird. Die ersten Reaktionen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hierzu sind sehr positiv. Was Sie ferner wissen sollten: Wir haben einen Vertrag mit „news aktuell“ abgeschlossen. Dies bedeutet, dass wir regelmäßig Pressemeldungen abgeben, die über „news aktuell“ laufen und über die Deutsche Presse-Agentur GmbH (dpa) verbreitet wer-

den. Sie haben das vielleicht schon bemerkt, dass viele Zeitungen in Deutschland – speziell in Bayern – diese Meldungen sehr gut abdrucken. So erscheinen wir jetzt viel häufiger, wenn auch manchmal nur in kleinen Berichten oder Notizen. Also ich denke, das hat sich sehr bewährt und wir werden „news aktuell“ weiterhin mit Pressemeldungen beliefern (Abbildung 1).

Bayerisches Ärzteblatt

Es war erforderlich den Druckvertrag zu erneuern. Wir haben zwischenzeitlich eine Auflage von weit über 67 000 Exemplaren erreicht und mussten daher das Druckverfahren überdenken und vom Bogen- in den Rollen-Offsetdruck wechseln. Die Druckerei, mit der wir derzeit arbeiten, kann dieses neue Verfahren nicht anbieten. Somit waren ein Druckereiwechsel und eine EU-weite Ausschreibung erforderlich. Wissen Sie was es bedeutet, EU-weit auszuschreiben? Dabei handelt es sich um ein genau geregeltes Verfahren, einen „Riesenaufwand“ und ich bin den Damen und Herren in unserem Hause, insbesondere in der Rechts- und in der Presseabteilung, sehr dankbar, dass dies so hervorragend funktioniert hat. Wir haben ausgeschrieben, wir haben zahlreiche Bewerber gehabt und eine Münchner Druckerei hat schließlich den Zuschlag erhalten. Ich kann Ihnen an dieser Stelle schon versprechen, dass Einsparungen pro Ausgabe zwischen 10 000 und 20 000 Euro zu erwarten sein werden.

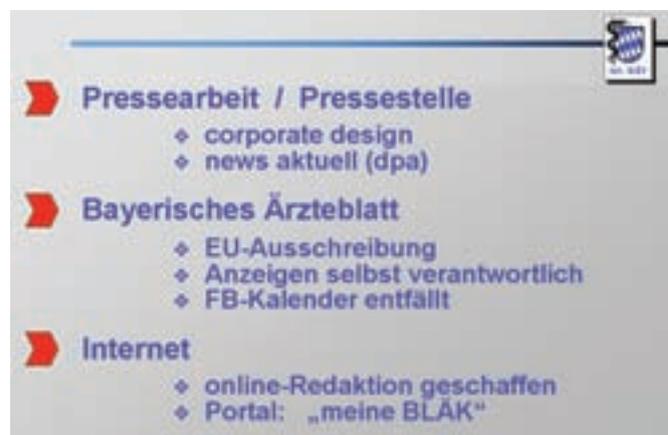
Wir werden auch die Bürokratie weiter abbauen. Bisher wurden alle Anzeigen von uns redigiert, zum Beispiel, ob auch der Dokortitel richtig geschrieben worden ist. Dies werden wir zukünftig nicht mehr vornehmen. Vielmehr werden wir klarstellen, dass auch im *Bayerischen Ärzteblatt*, jeder, für das, was er in eine Anzeige oder in einem Artikel schreibt, selbst verantwortlich ist. Das heißt also, wenn Titel falsch geschrieben sind, oder wenn falsche Angaben enthalten sind, dann ist derjenige selbst dafür verantwortlich. Wir werden diese Kontrollen auf ein Mindestmaß beschränken.

Die Zahl der Fortbildungen, die im *Bayerischen Ärzteblatt* abgedruckt werden, hat ein Maß erreicht, das es nahezu unmöglich macht, alles komplett abzdrukken. Bei genauer Betrachtung wären es 50 bis 60 Seiten nur Fortbildung. Wenn man rechnet, dass eine Seite so um die 1500 Euro kostet, ist dies so nicht mehr darstellbar. Eine Auswahl zu treffen, welche Veranstaltung nun im *Bayerischen Ärzteblatt* abgedruckt wird und welche nicht, wäre ganz zweischneidig und deswegen haben wir uns entschlossen, ab Januar 2006 den Fortbildungskalender nicht mehr im *Bayerischen Ärzteblatt* erscheinen zu lassen. Vielmehr werden die Veranstaltungen ausschließlich im Internet abrufbar sein. Dazu wird das Internet entsprechend neu aufbereitet, sodass man im Internet nach dem Datum, nach dem Gebiet, nach dem Referentennamen und nach dem Ort suchen kann. So kommt jeder zu den entsprechenden Fortbildungen, die zu diesem Suchbegriff passen. Dies alles wird gerade überarbeitet. Sicher, man kann jetzt auch schon suchen, allerdings noch nicht sehr komfortabel. Gleichzeitig sparen wir Geld im *Bayerischen Ärzteblatt*.

Internet

Wir haben eine eigene Online-Redaktion neu aufgestellt, die unter der Leitung der Pressestelle bzw. des *Bayerischen Ärzteblattes* steht. Diese wird das Ganze koordinieren. Die Fachabteilungen werden ihre fachspezifischen Inhalte mit einbringen und schließlich bekommen wir ein neues Layout. Durch diese Straffung werden wir ein sehr sinnvolles Internet-Angebot bieten können. Dieses wird auch ein Portal „meine BLÄK“ beinhalten, in dem sich ein Arzt auf „geschützte“ Seiten, die nur für Ärztinnen und Ärzte aus Bayern zugänglich sind, einloggen können wird. Es ist geplant, dass man hier natürlich auch durch Links auf andere Seiten kommt, zum Beispiel, dass man Fortbildungsveranstaltungen direkt online buchen kann. In einem weiteren Ausbau wird „meine BLÄK“ dafür da sein, die Fortbildungspunkte, die man erworben hat, abzufragen und sozusagen das Konto der Fortbildungspunkte einzusehen.

Abbildung 1: Medien- und Öffentlichkeitsarbeit.



60. Bayerischer Ärztetag

Finanzen/Meldewesen

Hier handelt es sich um die Beitragseinzüge für die ärztlichen Kreisverbände und über den versprochenen Personalabbau in der BLÄK.

Inzwischen nehmen 30 ärztliche Kreisverbände in Bayern an diesem Einzugsverfahren über die BLÄK teil, zehn weitere haben dies beschlossen, sodass wir dann ab dem kommenden Jahr insgesamt 40 Kreisverbände haben werden, die über die Kammer ihre Beiträge einziehen lassen. Da wir im Ganzen 63 Kreisverbände haben, fehlen also noch 23. Ich kann nur feststellen, dass diejenigen, die sich dem System nicht anschließen, offensichtlich zu viel Geld haben, denn man spart, wenn man die Beiträge über die Kammer einziehen lässt und es spart Ressourcen. Es kann sich wohl nur um Missverständnisse handeln, wenn ärztliche Kreisverbände sich dem System noch nicht angeschlossen haben. Zur Frage des prozentualen Beitragseinzuges: Sie wissen, der Bayerische Ärztetag hat vor zwei Jahren beschlossen, dass die Beiträge prozentual entsprechend dem Einkommen erhoben werden. Wir haben vor einem Jahr beschlossen, dass dies auch die ärztlichen Kreisverbände so handhaben können. So verfahren inzwischen zwei ärztliche Kreisverbände, weitere vier haben sich sehr interessiert und informiert und werden wohl nachziehen. Das heißt also, dass wir sowohl bei den ärztlichen Kreisverbänden als auch bei der Kammer eine prozentuale Beitragsfestlegung haben, die meiner Ansicht nach dann gerechter ist, als die Gruppeneinteilung.

Ein Wort noch zum Personalabbau im Meldewesen. Wir haben Ihnen zugesagt, dass wir dadurch, dass die ärztlichen Bezirksverbände mittlerweile die Meldungen vornehmen, die Ärztereistratur, die wir in der BLÄK stellen, abbauen können. Dies haben wir inzwischen komplett vollzogen. Es sind nurmehr vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Meldewesen tätig, sowie zwei im Archiv. Das heißt wir haben in der Abteilung Meldewesen das Personal um 50 % abbauen können (Abbildung 2).

Fortbildung

Wie Sie wissen, ist Fortbildung Pflicht, sowohl für Fachärzte im Krankenhaus als auch für niedergelassene Ärzte. Es gibt Printmedien, die Fragen publizieren, bei deren Beantwortung man Fortbildungspunkte erwerben kann. Dies wird momentan noch sehr unterschiedlich gehandhabt – in Deutschland können je Beitrag zwischen einem und drei Fortbildungspunkte erworben werden. Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung hat kürzlich entsprechende Richtlinien gefasst, die zu einer Bundeseinheitlichkeit führen. Auch wir in Bayern stellen derzeit die Verträge mit den Printmedien so um, dass wir auf eine einheitliche Punktzahl kommen. Einzige Ausnahme wird das *Deutsche Ärzteblatt* bleiben, das ja in Nordrhein beheimatet ist. Die Ärztekammer Nordrhein sieht nicht ganz ein, warum sie sich bundeseinheitlich verhalten soll. So wird das *Deutsche Ärzteblatt* mehr Punkte vergeben, als der „Rest der Welt“, was aber nicht am *Deutschen Ärzteblatt* liegt, sondern an der Ärztekammer Nordrhein.

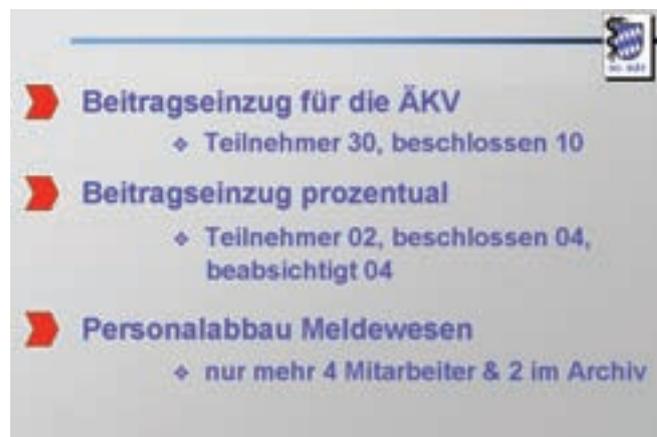


Abbildung 2: Finanzen/Meldewesen.

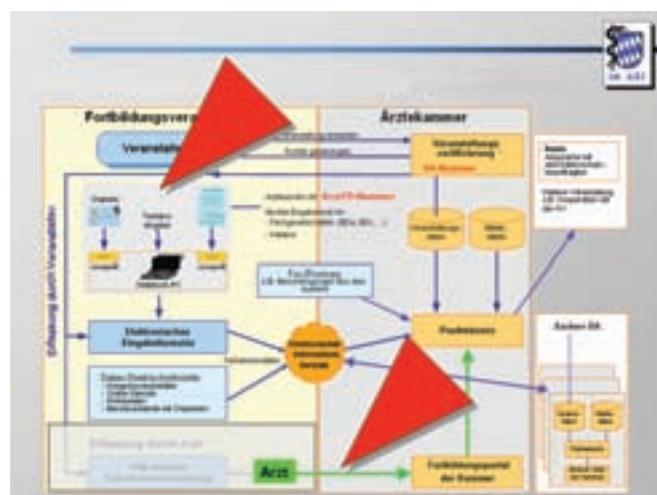


Abbildung 3: Elektronischer Informations-Verteiler.

Fortbildungspflicht

Die Fortbildungspflicht des V. Sozialgesetzbuchs (SGB V) ist klar, für Fachärzte im Krankenhaus nach § 137 Abs. 1 und für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nach § 95 d geregelt. Inzwischen haben Gespräche zwischen dem Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung und einem Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) stattgefunden, die geklärt haben, dass auch für die Fachärzte im Krankenhaus das Fortbildungszertifikat der Kammern das Ausschlaggebende ist und sie Punkte sammeln müssen. Für sie gilt auch die festgelegte Zahl von 250 Punkten bis zum 1. Juli 2009, genauso wie für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Wir haben das alles nahezu identisch geregelt. Allerdings ließ sich der G-BA nicht davon abbringen, festzustellen und in die Vereinbarung einzubringen, dass von den 250 Punkten 150 im Krankenhausbereich fachspezifisch sein müssen. Weil für jeden individuell „fachspezifisch“ etwas anderes bedeuten kann, kam man zu einer ganz sinnvollen Lösung: Was fachspezifisch ist, und ob diese 150 Punkte fachspezifisch sind, soll künftig der Ärztliche Direktor des jeweiligen Krankenhauses entscheiden.

Online-Anmeldung

Die Einführung der Online-Anmeldung war sehr sinnvoll. Die Statistik zeigt die Zahlen der Fortbildungsveranstaltungen, die zur Vergabe von Punkten bei der Kammer angemeldet werden. Im Januar 2005 waren es nahezu 3500, im Septem-

ber waren es bereits wieder über 3000. Dies alles wäre händisch oder mit Papier überhaupt nicht mehr realisierbar. Eine Bewältigung ist nur mit der Online-Anmeldung, also nur über das Internet, möglich. Sie sehen auch, wenn diese Zahlen so weitersteigen würden, würden wir irgendwann mit unserer personellen Kapazität – trotz „online“ und trotz Computer – an Grenzen gelangen. Wir müssen überlegen, wie wir das sinnvoll weitergestalten können, ohne weitere Mitarbeiter einstellen zu müssen.

Elektronische Punkteverwaltung

Die elektronische Punkteverwaltung wurde angegangen. Ich habe Ihnen bereits einmal ein Schaubild zur Funktionsweise des elektronischen Informationsverteilers (EIV) gezeigt, der inzwischen in Betrieb ist (Abbildung 3). Momentan steht er bei uns in München; er wird am 15. Januar 2006 an die Bundesärztekammer überstellt. Er funktioniert und hat Test-Crashes bestanden. Jedoch gilt es noch zwei Punkte zu bearbeiten.

Punkt 1: Wie kommen die Punkte ins System?

Punkt 2: Wie können die Ärztinnen und Ärzte ihren Punktestand abfragen?

Hier hat inzwischen in Sachsen-Anhalt ein Feldversuch zum Scannen und Handhaben der Barcode-Kärtchen stattgefunden. Alles hat reibungslos geklappt. Der EIV hat gute Arbeit geleistet, sodass wir dieses Verfahren auch in Bayern einführen

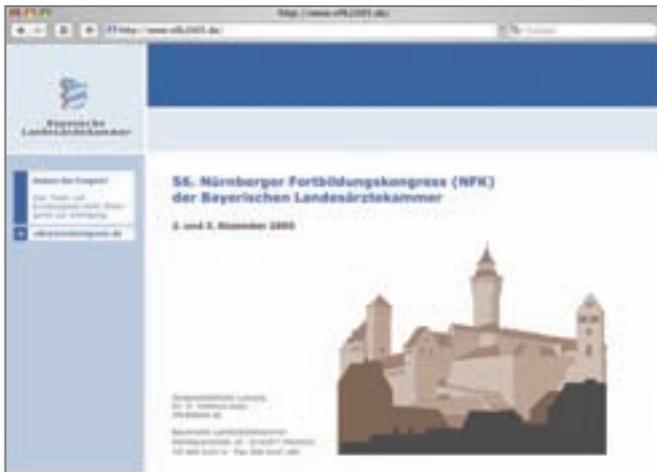


Abbildung 4: Der Nürnberger Fortbildungskongress 2005 findet erstmals im CongressCenter Nürnberg CCN Ost statt (www.nfk2005.de).

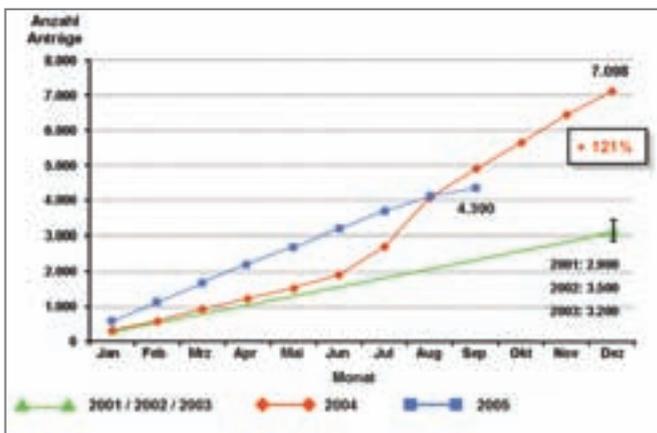


Abbildung 5: Weiterbildung – eingegangene Anträge (Facharzt, Schwerpunkt, fakultative Weiterbildung, Fachkunde, Zusatz-Weiterbildung) absolute Summenhäufigkeit.

werden. Sie werden alle in den nächsten Tagen einen Brief und Merkblätter erhalten. Auf diesem Brief ist rechts unten ein Fortbildungsausweis abtrennbar angebracht, der den Namen und die einheitliche Fortbildungsnummer enthält. Sie werden außerdem einige Bögen mit Etiketten erhalten, die mit dem Barcode versehen sind, die man auf Teilnahmelisten kleben kann, sodass auch ohne Scannertechnik die Punkte in das System kommen. Ein weiterer Punkt betrifft das Portal „meine BLÄK“; ein Portal, das in den nächsten Wochen freigeschaltet wird. Hier kann man sich mit einem Passwort einloggen, Adressenänderungen melden, das Fortbildungspunktekonto einsehen und weitere wichtige Informationen für den innerärztlichen Bereich abfragen. Schaut man sich so ein Fortbildungspunktekonto einmal an, dann sieht man, welche Fortbildung besucht wurde. Man kann alles nachvollziehen, kontrollieren und monieren.

Nürnberger Fortbildungskongress

Ein Wort noch zum Nürnberger Fortbildungskongress. Wir haben den Kongress auf neue Füße gestellt und eine externe Kongressorganisationsfirma mit der Organisation beauftragt. Der Kongress ist gestrafft, er wird an zwei Tagen stattfinden, am Freitag und Samstag. Die Eröffnungsveranstaltung am Donnerstag entfällt, dafür ist ein Festabend am Freitagabend vorgesehen. Der Kongress findet auch nicht mehr in der Meistersingerhalle in Nürnberg statt, sondern im CongressCenter Nürnberg CCN Ost, einem ganz mo-

dernen Gebäude mit allen technischen Möglichkeiten, die so ein Kongress heute braucht. Am Freitagabend haben wir einen Festvortrag im Programm. Ein renommierter Psychiater aus Hamburg wird zum Thema „Wahrnehmungsstörungen bei Gesunden und psychisch Erkrankten – wie wirklich ist unsere Wirklichkeit?“ sprechen. Sie können über die Internet-Seite www.nfk2005.de auf das gesamte Programm zugreifen. Ich bitte Sie um eine vorzeitige Anmeldung (Abbildung 4).

Weiterbildung

Zunächst zur Umsetzung der Weiterbildungsordnung. Auf Bundesebene meinen manche, sie müssten sich bei so „vielen Abweichlern von der Muster-Weiterbildungsordnung verirren“. Dies ist eine polemische Aussage und sie ist falsch! Jede Landesärztekammer hat die Muster-Weiterbildungsordnung bisher komplett übernommen. In über zehn Kammern ist sie schon Gesetz geworden, in den restlichen Kammern wird sie bis Januar, spätestens Februar 2006, auch Gesetz und von der Aufsichtsbehörde genehmigt sein. Jede Kammer hat also die Muster-Weiterbildungsordnung übernommen, es gibt allerdings fünf Kammern, die einen Zusatz geschaffen haben. Sie haben einen Facharzt für Innere Medizin, entweder als „neunte Säule“ oder, wie in Hessen, einzeln, mit fünf Jahren als zusätzliches Angebot an die Kolleginnen und Kollegen eingeführt. Die Frage nach der Sinnhaftigkeit, dass fünf Kammern so

verfahren, ist eine andere Problematik. Ich würde jedoch nicht von Abweichlern sprechen, sondern von jemandem, der etwas Zusätzliches gemacht hat.

Aber ich denke, wir sollten herausstellen, um zu verhindern, dass die Politik sich die Weiterbildungsordnung auch noch an sich reißt, dass alle Bundesländer es bundeseinheitlich übernehmen haben und manche eben etwas zusätzlich geschaffen haben. Wir werden uns auf der nächsten Ständigen Konferenz im Dezember noch einmal zu diesem Problem und dem Thema beschäftigen. Sie wissen auch, dass wir innerhalb Bayerns mit der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung gewisse Probleme hatten. Es ist die Zahl der Anträge, die bis 2003 eingegangen ist, so etwa 3200 bis 3500. Und es ist die Zahl der Anträge im Jahr 2004, die um 121 Prozent angestiegen ist (Abbildung 5). In manchen Bereichen, wie zum Beispiel bei bestimmten Zusatzweiterbildungen, waren über 250 Prozent Zunahme zu verzeichnen. Ich denke da an Notfallmedizin, Akupunktur, und vieles mehr. Dies führte zu einer nahezu logistischen Überforderung der Kammer, weil außer den zusätzlichen Anträgen auch tausende von Telefonaten eingingen, die die Mitarbeiter zusätzlich am Telefon hielten.

In diesem Jahr waren es bis September insgesamt bereits 4390 Anträge. Die Zahl steigt weiter an, ist aber von uns wieder einigermaßen bewältigt, da wir geeignete Maßnahmen der Gegensteuerung ergriffen haben. Dies ist uns gemeinsam gelungen und da möchte ich mich bei den Referaten Weiterbildung I und II für ihre Unterstützung sehr herzlich bedanken. Die Wartezeit, bis ein Antrag bearbeitet wird, ist wieder in einem „gelbgrünen Bereich“ zurückgeführt und wir sind guten Mutes, dass wir bis zum Ende des Jahres 2005 im grünen Bereich, also zwischen zwei und vier Wochen, landen werden. Die Wartezeit konnten wir von 20 Wochen auf sieben Wochen reduzieren. Die Wartezeiten werden weiter reduziert werden können, da bin ich ganz zuversichtlich.

Zusätzlich haben Sie seit einigen Wochen die Möglichkeit, Anträge zur Qualifikation, zu Facharztprüfungen und Schwerpunkten, Zusatzweiterbildungen „online“ zu stellen. Das Programm „WILMA“ ist bereits im Netz und wie gesagt, man kann dann entsprechend seine Daten eingeben. Dies hat den Vorteil, dass die Nutzer vom System geführt werden und dass nur komplette Anträge bei der Kammer eingehen. Viele Rückfragen werden somit vermieden. Also ich kann nur alle bitten, sich doch auch dieser elektronischen Form der Anträge zur Facharztprüfung zu bedienen.

Soviele in aller Kürze für das, was uns in naher Zukunft bevorsteht. Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit!

Es gilt das gesprochene Wort.

Hausarztmangel – eine gesamtdeutsche Herausforderung



Dr. Max **Kaplan** sprach über die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung, die Darstellung der Qualitätskriterien bei Weiterbildungsbefugnissen, Prävention und die hausärztliche Versorgung.

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Wie Sie vielleicht wissen, haben wir auf dem 58. Bayerischen Ärztetag in Memmingen beschlossen, den bisherigen Ausschuss Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung in eine Institution mit Statut überzuführen. Dies bedeutet, dass die jetzige Akademie Kammeraufgaben kompetent nach außen wahrnehmen kann, dies zum Beispiel in einer engen Zusammenarbeit mit den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden (ÄKBVen), was einen Schwerpunkt der Akademiearbeit darstellen wird. Des Weiteren auch in der Zusammenarbeit mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbänden, wobei ich nochmals darauf hinweisen möchte, dass wir mit diesen Verbänden nicht in Konkurrenz treten wollen, sondern intensiv mit diesen zusammenarbeiten, was letztendlich einer Koordinierung der Fortbildung dienen soll. Einer Koordinierung insofern, dass wir als Akademie Themen besetzen, die von anderen – sprich Berufsverbänden, medizinische Fachgesellschaften – nicht besetzt werden. Ich werde noch näher darauf eingehen.

Am 24. August dieses Jahres hat die konstituierende Sitzung des Beirates der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung und des Akademievorstandes stattgefunden. In dieser Sitzung wurde als Sprecher des Akademiebeirates Dr. Udo Reisp gewählt und als sein Stellvertreter Dr. Andreas Hellmann womit die enge Zusammen-

arbeit zwischen Kammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zum Ausdruck gebracht wird. Dem Akademievorstand gehören als Vertreter des Beirates Dr. Hartmut Stöckle an, der bisher Vorsitzender des Ausschusses war und der den jetzigen Zeitpunkt als den richtigen für einen Generationenwechsel angesehen hat und Dr. Kurt Reising als Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer (BLAK). Kollege Udo Reisp wurde in seiner Funktion als Sprecher des Akademiebeirates zum Stellvertretenden Vorsitzenden des Akademievorstandes gewählt. Als Vorsitzender wurde ich als Vertreter des Präsidiums und insbesondere des Präsidenten gewählt (Abbildung 1).

Von der Vielzahl der Aufgaben der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung möchte ich zwei darstellen: Das ist einmal, wie vorher schon erwähnt, die Identifizierung von noch offenem Fortbildungsbedarf und dessen Komplettierung. Das sind zum Beispiel ethische Themen oder Themen aus der Biomedizin wie pro und contra adulte und embryonale Stammzellentherapie, die Problematik der Präimplantationsdiagnostik, aber auch Themen aus Palliativmedizin und Geriatrie wie zum Beispiel die Patientenverfügungen. Diese Themen wollen wir als Akademie gemeinsam mit den ÄKBVen erarbeiten und diese bei der Wahrnehmung ihrer Fortbildungsveranstaltungen unterstützen.

Wie sich die ÄKBVs diese Unterstützung vorstellen, eruierten wir in einem Konsultativ-Gespräch mit den Vorsitzenden bzw. den Fortbildungsbeauftragten der ÄKBVs am 7. September 2005. Aus dem hier durchgeführten Brainstorming darf ich Ihnen einige Wünsche und Ideen, die an die Akademie herangetragen wurden, vorstellen:

Dies ist die Durchführung eines Clearing-Verfahrens für die Referenten-Auswahl sowohl bezüglich ihrer fachlichen Kompetenz als auch ihrer Hono-

raransprüche und Schaffung eines dann eben evaluierten Referentenpools, auf den die ÄKBVs zurückgreifen können.

Des Weiteren erwarten sich die ÄKBVs eine logistische Unterstützung bezüglich der Themenwahl und der Durchführung der Fortbildungsveranstaltungen. Hier darf ich beispielhaft auf das Arzt-Forum Bayreuth verweisen, welches Dr. Ulrich Megerle im Ärztlichen Kreisverband Bayreuth im September 2002 gegründet hat. In diesem Projekt wird dargestellt, wie sowohl die Medien, zum Beispiel in Form von Expertentelefonaktionen mit eingebunden werden, wie die breite Öffentlichkeit durch Informationsveranstaltungen und die Kolleginnen und Kollegen durch Fachvorträge mit einem Thema, wie zum Beispiel Osteoporose vertraut gemacht werden können. Solche Projekte haben Modellcharakter und können von jedem anderen ÄKBV umgesetzt werden. Hierin sehen wir auch die Aufgabe der Akademie als Informationsvermittler, als Moderator oder auch als Rückfallebene für die einzelnen ÄKBVs zu wirken.

Ein weiteres Thema war die Finanzierung dieser Veranstaltungen insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass ein Sponsoring durch die Pharmazie vermieden werden sollte. Von Seiten des Präsidiums haben der Präsident und ich in Aussicht gestellt, dass wir die Möglichkeit sehen, einmal im Jahr eine solche Veranstaltung, vor allem wenn sie von mehreren Kreisverbänden gemeinsam durchgeführt werden, in einer Höhe von 1000 Euro zu bezuschussen. Sicherlich ist damit das Finanzierungsproblem nicht gelöst, dies muss weiter diskutiert werden, vor allem auch unter dem Gesichtspunkt, dass, wenn sponsoringfrei, wir letztendlich nicht umhin kommen werden, die Teilnehmer in die Finanzierung mit einzubeziehen.

Eine höhere Finanzierung durch die Kammer könnte ja nur über den Kammerbeitrag durchgeführt werden und eine solche Lösung muss si-

Abbildung 1: Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung.

Organe	
Akademiebeirat	Akademievorstand
Sprecher: Dr. Udo Reisp	Vorsitzender: Dr. Max Kaplan
stv. Sprecher: Dr. Andreas Hellmann	stv. Vorsitzender: Dr. Udo Reisp
Dr. Max Kaplan	Dr. Kurt Reising
Dr. Maria E. Fick	Dr. Hartmut Stöckle
Dr. Markus Beck	Geschäftsführung
Dr. Ulrich Megerle	Dr. Johann-Wilhelm Weidinger
Dr. Michael Probst → Nachwahl	
Dr. Kurt Reising	
Dr. Florian Schuch	
Prof. Dr. Peter Seifrin	

cherlich hinterfragt und diskutiert werden. Ich darf Sie hier schon bitten, sich bei dieser Diskussion einzubringen.

Des Weiteren sollen unsere Kreisverbandsmitglieder durch die Akademie über die Fortentwicklung des Fortbildungszertifikates bezüglich Punktevergabe Anerkennung bestimmter Fortbildungsveranstaltungen und Überarbeitung der Kategorien regelmäßig informiert werden.

Auf Grund der positiven Resonanz und des starken Interesses der Teilnehmer an diesem ersten Konsultativ-Gespräch haben wir beschlossen, weitere solche Gespräche durchzuführen, und dies abwechselnd einmal im Norden und einmal im Süden Bayerns. Deshalb wurden als Folgetermine der 3. Dezember dieses Jahres im Rahmen des Nürnberger Fortbildungskongresses in Nürnberg und der 5. April 2006 in München festgehalten.

Als Plattform für die Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Akademie und ÄKBVen haben wir vorab das Internet gewählt und die Präsentationen im Rahmen des ersten Konsultativ-Gesprächs hier eingestellt. Wenn Sie auf unsere Homepage www.blaek.de gehen und dort Fortbildung, Präsentationen anklicken und das entsprechende Passwort eingeben, können Sie die bei der Veranstaltung vorgestellten Präsentationen abrufen und downloaden. Diese Art der Kommunikation wollen wir noch weiter ausbauen.

Qualitätssicherung in der Weiterbildung

Ich möchte Ihnen unsere Kriterien bei der Überprüfung der Weiterbildungsbefugnis darstellen, wie sie in der Weiterbildungsordnung und im Heilberufe-Kammergesetz in Artikel 31 Abs. 4 festgeschrieben sind:

Dies ist erstens, der Versorgungsauftrag, den eine Klinikabteilung oder eine Praxis erfüllt. Das sind die Anzahl sowie die Erkrankungs- und Verletzungsarten, das heißt wir legen hier die Diagnosestatistik zugrunde. Des Weiteren die Leistungsstatistik, das heißt die von einer Abteilung oder einer Praxis erbrachten Leistungen. Dies sind im operativen Bereich der Operationskatalog, im gastroenterologischen Bereich zum Bei-

spiel besondere Untersuchungsmethoden, wie Öffentlicher Gesundheitsdienst, Koloskopie, endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatographie oder im Praxisbereich gewisse Untersuchungsmethoden, wie EKG, Belastungs-EKG, 24-Stunden-Blutdruckmessung, Lungenfunktionsmessung usw.

Des Weiteren wird auch die personelle Ausstattung der Weiterbildungsstätte, das heißt die Anzahl der Fachärzte, der weiterzubildenden Ärzte und des Assistenzpersonals berücksichtigt. Hier fließt auch die apparative technische Ausstattung, welche auch einen Rückschluss über die Diagnostik und Therapiemöglichkeiten ergibt, mit ein.

In Zusammenarbeit mit den Fachberatern lassen wir diese Kriterien in einem Raster einfließen. Als Beispiel darf ich Ihnen hier das Raster „Allgemeinmedizin“ für eine zwölfmonatige Weiterbildungsbefugnis kurz vorstellen (Abbildung 2). Wie Sie sehen, sind wir mit der Erarbeitung der Beurteilungsraster für die einzelnen Weiterbildungsbefugnisse in den letzten Jahren gut vorangekommen, hatten wir 1999 lediglich in neun Qualifikationen ein Raster, so haben wir zum September 2005 für 43 Qualifikationen ein Raster erarbeitet. Wir hoffen, dass wir bis Ende des Jahres für 50 Prozent der Weiterbildungsbefugnisse ein Raster erarbeitet haben, mit dem Ziel, dass möglichst schnell alle Befugnisse über ein Raster verfügen.

Mit dem Raster versuchen wir eine einheitliche Beurteilung der Qualität Weiterbildung an den einzelnen Weiterbildungsstätten zu erreichen und machen hierdurch unsere Kriterien transparent – sowohl für den Weiterbilder als auch den Weiterzubildenden.

Prävention

In Sachen Präventionsaktivitäten möchte ich mich auf die Darstellung eines Modellprojektes beschränken, das wir in Zukunft jährlich mit einem anderen Thema durchführen wollen.

In diesem Jahr hatten wir das Thema „Haut“ gewählt und haben diese Präventionsinitiative im Rahmen einer Auftaktveranstaltung anlässlich der Bundesgartenschau in München am 10. Mai

2005 in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium und der Bayerischen Krebsgesellschaft eröffnet. Die Auftaktveranstaltung stand unter dem Motto „Ohne Schutz hat die Haut keine Chance“ bzw. „Sonne(n) mit Verstand – statt Sonnenbrand“ (Abbildung 3).

Im Anschluss daran baten wir die Bezirksverbände zusammen mit den Kreisverbänden regionale Veranstaltungen zu diesem Thema im Rahmen einer Aktionswoche (6. bis 10. Juni 2005) durchzuführen, entweder als Fachveranstaltung für Ärztinnen und Ärzte oder als öffentliche Veranstaltung für die Bürgerinnen und Bürger. Wie Sie der September-Ausgabe des *Bayerischen Arzteblattes* entnehmen konnten, haben sich alle Bezirksverbände daran beteiligt, wenn die Veranstaltung nicht direkt vom Bezirksverband durchgeführt wurde, haben dies die Kreisverbände übernommen.

Als Abschlussveranstaltung fand ein Fachvortrag von Professor Dr. Matthias Volkenandt am 20. Juli 2005 im Ärztehaus Bayern in München statt, mit dem Thema „Hautkrebs: Wie diagnostiziere ich richtig und therapiere ich erfolgreich?“ Die Resonanz war äußerst positiv, über 60 Teilnehmer haben daran teilgenommen und durch ihre engagierte Diskussion gezeigt, dass solche Veranstaltungen angenommen werden.

Auf Grund der positiven Resonanz sowohl der Medien, der Gesundheitspolitiker, der Patientinnen und Patienten als auch unserer Mitglieder möch-

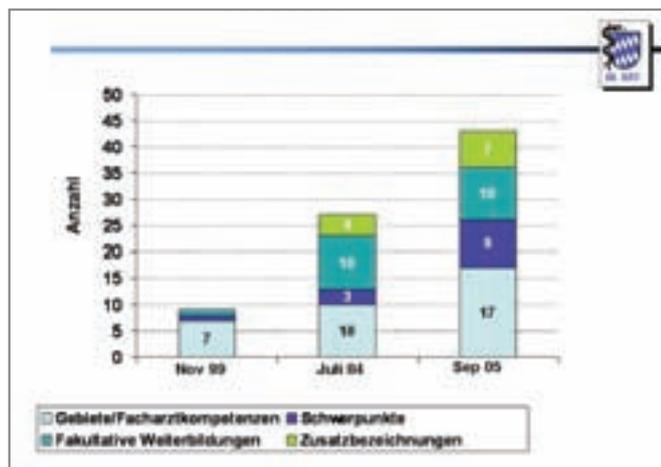


Abbildung 2: Beurteilungsraster für Weiterbildungsbefugnisse.



Abbildung 3: Flyer „Sonne(n) mit Verstand ... statt Sonnenbrand“.

60. Bayerischer Ärztetag

ten wir an diesem Projekt festhalten und haben vor, im nächsten Jahr das Thema „Essstörungen“, eventuell dies auch unter Einbeziehung des Suchtforums, aufzubereiten.

Um den Stellenwert der Prävention gerecht zu werden, hat am 22. September 2005 eine konstituierende Sitzung der Ständigen Konferenz (StäKo) „Prävention und Gesundheitsförderung“ der Bundesärztekammer stattgefunden. Als Aufgabe dieser StäKo wird gesehen:

- Nach Abstimmung mit den einzelnen Landesärztekammern mit einer Stimme gegenüber dem Gesetzgeber zu sprechen, dies insbesondere bezüglich der, so wie ich hoffe, baldmöglichsten Verabschiedung eines Präventionsgesetzes.
- Des Weiteren soll über die StäKo eine gegenseitige Information der Landesärztekammern über die dort stattfindenden Aktivitäten im Rahmen der Prävention durchgeführt werden und bereits erarbeitete Konzepte kommuniziert werden. Jeder braucht nicht alles neu zu erfinden.

Gerade bezüglich der Schularztdiskussion haben wir festgestellt, dass in einzelnen Landesärztekammern hier schon hervorragende Vorarbeit geleistet wurde, zum Beispiel unter dem Motto „Gesund macht Schule“, ein gemeinsames Projekt der AOK und der Landesärztekammer Nordrhein oder die Förderung des Schulsports, unter dem Motto „Fit for Pisa“. Es bleibt nur zu hoffen, dass nach der Konstitution diese Konferenz auch ihrem Namen „Ständige Konferenz“ gerecht wird und das Ganze mit Leben erfüllt wird.

Hausärztliche Versorgung

„Nachwuchsmediziner wollen nicht in Dörfern praktizieren“, mit dieser Aussage soll auf den sich überall abzeichnenden Ärztemangel hingewiesen werden, der dadurch hervorgerufen wird, dass immer mehr junge Kolleginnen und Kollegen nach Beendigung des Studiums aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit aussteigen.

In dem Zeitraum von 1993 bis 2002 ist die Zahl der erfolgreichen Absolventen des Studiums um rund 23 Prozent zurückgegangen (11 500 auf knapp 9000), während die Zahl der Studienanfänger annähernd gleich geblieben ist. Nach erfolgreich abgeschlossenem Studium steigen nochmals ca. 20 Prozent der weitergebildeten Ärztinnen und Ärzte aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit aus, sodass von den Studienanfängern letztendlich nur noch 60 Prozent (7200) in der Patientenversorgung tätig sind. Neben dieser allgemein abnehmenden Bereitschaft der jungen Ärztinnen und Ärzte ihren einmal erlernten Beruf auszuüben, leidet gerade der Beruf des Hausarztes insbesondere in ländlichen Regionen immer stärker unter einem Nachwuchsmangel.

Dies ist begründet in

- Längeren Arbeitszeiten durch die primär-ärztliche Versorgung mit einer 24-Stunden-Präsenz sowie Nacht- und Wochenenddiensten (Wochenarbeitszeit 55 bis 65 Stunden, 75 Notdienste pro Jahr).
- Geringeren Verdienstmöglichkeiten als andere Vertragsärzte insbesondere durch die unterschiedliche Honorierung von Sprechender- und Geräte-Medizin.
- Sich ständig verschlechternden Arbeitsbedingungen durch Listenmedizin, Bürokratismuswahn (Praxisgebühr, Disease-Management-Programme, Kassenanfragen, ICD-Verschlüsselung), unterschiedliche Versorgungsmodelle und Budgetdruck im Arznei- und Heilmittelbereich.
- Sinkende Lebensqualität und der damit immer geringeren Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch Mehrarbeit bei immer geringer werdender ärztlicher Versorgungsdichte (Abbildung 4).

Deshalb ist es dringend notwendig, darüber nachzudenken, wie dem Nachwuchsmangel durch Verschlechterung der Arbeitssituation und Überalterung bei den Hausärzten begegnet werden kann. Die Altersstruktur-Statistik zeigt deutlich, dass der Altersgipfel bei Hausärzten bei 55 Jah-

ren liegt, sodass in den nächsten zehn bis 15 Jahren die Hälfte aller Hausärzte ausscheiden werden. Besorgnis erregend ist dieser Trend vor allem deswegen, weil die Zahl der neu ausgestellten Anerkennungen im Fach Allgemeinmedizin von Jahr zu Jahr zurückgeht. Haben 1996 noch 331 Kolleginnen und Kollegen die Anerkennung zum Facharzt für Allgemeinmedizin erworben, belief sich deren Zahl 2004 auf 252. Das heißt, dass in Bayern in den nächsten 15 Jahren ca. 5200 Hausärzte in Ruhestand gehen, während bei Zugrundelegung der aktuellen Zahlen von 2004 lediglich 3780 Ärzte neu ins System kommen. Dies bedeutet ein Defizit von 1420 Hausärzten in 15 Jahren (oder 530 in zehn Jahren). Deshalb muss dringend die Attraktivität des Berufes Hausarzt gestärkt werden. Konkret bedeutet dies eine bundesweite Förderung der hausärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Dazu gehört bezüglich der Ausbildung:

- Die Etablierung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin mit entsprechender personeller und finanzieller Ausstattung sowie Entwicklung eines ausreichenden Lehrpraxisnetzes an allen medizinischen Fakultäten.
- Weiterer Ausbau der studentischen Lehre im Fach Allgemeinmedizin (ab der Vorklinik) und der Pflichtpraktika als Blockpraktika in ausgewählten hausärztlichen Praxen.
- Teilung des praktischen Jahres in vier Abschnitte à drei Monate, wobei das Fach Allgemeinmedizin Pflichtfach neben Innerer Medizin und Chirurgie wird.

Was die Weiterbildung betrifft, ist zu fordern, dass die neue Weiterbildungsordnung mit der fünfjährigen Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin schnellstens in allen Landesärztekammern umgesetzt wird und der neue Facharzt als Hausarzt notifiziert wird. Nur eine qualifizierte hausärztliche Weiterbildung ist ein Garant dafür, dass unser Nachwuchs nach einem sechsjährigen Medizinstudium bereit ist, diesen Beruf zu ergreifen. Gerade bei einer immer geringeren Hausarzttdichte ist der hoch qualifi-

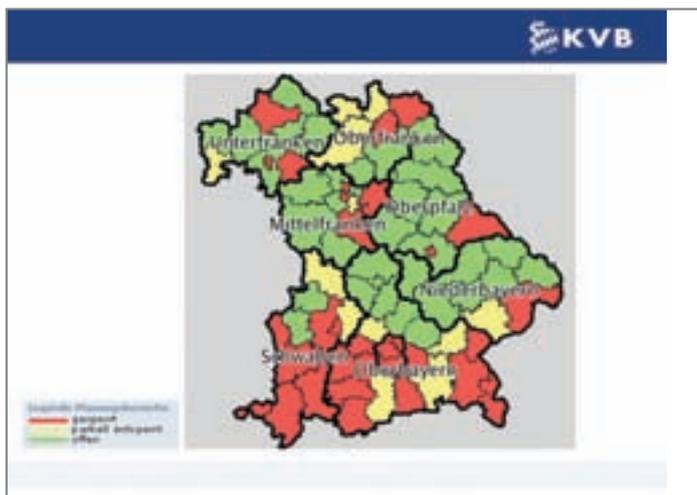


Abbildung 4: Bedarfsplanung Hausärzte – Stand: 18. August 2005



Abbildung 5: Vereinbarungen mit Krankenhäusern.

zierte Hausarzt für die Grundversorgung unserer Bevölkerung zu fordern, ein Barfußarzt, der gerade die Minimalforderungen der Europäischen Union erfüllt, kann diese Aufgabe in der Patientenversorgung nicht schultern. Die BLÄK hat deshalb bereits vor einem Jahr die Muster-Weiterbildungsordnung umgesetzt und engagiert sich seit Jahren für eine attraktive hausärztliche Weiterbildung mit qualitativ anspruchsvollen Kompaktkursen einschließlich des 80-stündigen Pädiatriekurses und der Schaffung von Rotationsstellen im stationären und ambulanten Bereich zusammen mit der KVB (Abbildung 5).

Des Weiteren fordern wir eine Fortführung des Initiativ-Programmes zur Förderung der Allgemeinmedizin vor allem auch im stationären und belegärztlichen Bereich über das Jahr 2006 hinaus möglichst unter der Koordination von BLÄK und KVB. Darüber hinaus bietet die BLÄK jährlich mindestens zwei Wiedereinstiegsseminare mit Kinderbetreuung an, um nach einer Familien-Auszeit den Einstieg in das Berufsleben zu erleichtern. Die Zahl der zurzeit in Bayern nicht berufstätigen 30 bis 35-jährigen Ärztinnen und Ärzte liegt bei 2750.

Mit einer zusätzlichen Qualifizierung unserer Mitarbeiterinnen durch entsprechende Fortbildungsmodule in Ernährungsmedizin, Prävention und Geriatrie könnte eine deutliche Arbeitsentlastung der in der hausärztlichen Versorgung verbleibenden Ärztinnen und Ärzte erreicht werden. Die Einführung solcher Kurse wurde auf dem Deutschen Ärztetag dieses Jahres diskutiert.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind aufgefordert, die Honorierung hausärztlicher Leistungen durch Überarbeitung des EBM insbesondere bezüglich Gesprächsleistungen, Hausbesuchen und Visiten, Versorgung in Alten- und Pflegeheimen, palliativmedizinischer Betreuung und der

Tätigkeit im Bereitschaftsdienst zu sichern (neue Vertragsgebührenordnung, hausärztliche Gebührenordnung für Ärzte mit festen Euro-Beträgen, eigenes Verhandlungsmandat in der Kassenärztlichen Vereinigung).

Der Berufsverband ist für die strukturierte hausärztliche Fortbildung und Kompetenzerhaltung zuständig. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Sicherung des hausärztlichen Honorars, die in geeigneter Weise durch die Einflussnahme auf die Ausgestaltung des EBM durch die hausärztlichen Fachausschüsse in erster Linie auf Bundesebene zu geschehen hat. Genauso wichtig ist aber die positive Positionierung des hausärztlichen Berufsbildes, sowohl in der ärztlichen, als auch in der gesamtgesellschaftlichen Öffentlichkeit. Diese Positionierung muss klar und deutlich sein, doch hat diese unter gegenseitiger Respektierung und Wertschätzung zu erfolgen und dies möglichst innerhalb und nur soweit als unumgänglich außerhalb der ärztlichen Körperschaften. Ansonsten schaffen wir ein Klima, das anstatt Kooperation und die Verfolgung gemeinsamer Ziele, Feindbilder schafft, was niemandem nützt. Dies gilt es zu verhindern – in diesem Sinne appelliere ich eindringlich an Sie.

Der Gesetzgeber ist aufgefordert, die gesetzlichen Voraussetzungen zur Umsetzung der beschlossenen Änderungen der Berufsordnung zu schaffen und die hausärztliche Versorgung durch entsprechende Änderungen des SGB V zu verbessern:

1. Änderung des § 101 Absatz 1 Ziffer 5 SGB V dergestalt, dass

a) in nicht überversorgten Gebieten, wobei Nachbargebiete mit zu berücksichtigen sind, die Anstellung von Ärzten nicht mit einer Leistungsbegrenzung einhergeht;

b) eine gleitende Praxisübergabe ermöglicht wird, bei der ein ruhestandswilliger Hausarzt einen potenziellen Nachfolger anstellen kann;

c) Teilzeitstellen auch im ambulanten Versorgungsbereich geschaffen werden, um gerade Ärztinnen nach Familien-Auszeit, den Einstieg in das Berufsleben zu ermöglichen (Anteil von Ärztinnen bei Studienanfängern 62,3 Prozent).

2. Ergänzung der Regelung in § 95 Absatz 5 SGB V und § 26 Ärztezulassungsverordnung, die das Ruhen der Zulassung eines Vertragsarztes regeln um folgende Vorschrift:

„Ein Hausarzt hat Anspruch auf das Ruhen der Zulassung für einen zusammenhängenden Zeitraum bis zu einem Jahr, sofern die Sicherstellung dadurch nicht gefährdet ist.“

Fazit

Der drohende Ärztemangel im Allgemeinen aber speziell der Hausärztemangel in ländlich geprägten Regionen zeigt, dass wir vor einer gesamtgesellschaftlichen und gesamtdeutschen Herausforderung stehen. Anstatt den ärztlichen Beruf schlecht zu reden, fordere ich für alle Ärztinnen und Ärzte eine adäquate Vergütung, angemessene Arbeitszeiten, eine gesicherte ärztliche Therapiefreiheit unter Berücksichtigung von Leitlinien sowie mehr Chancen für sinnvolle Kooperationen. Darüber darf nicht nur geredet werden, es muss endlich gehandelt werden.

Arzt sein muss wieder attraktiv sein!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Es gilt das gesprochene Wort.



MISEREOR  FÖRDERKREIS

Ein Freund ist wie eine sprudelnde Quelle,
auf die man am Rand des Weges plötzlich stößt.

Hilfe schenken, die zur sprudelnden Quelle wird – das können Sie als
MISEREOR-Fördermitglied. Machen Sie mit!

Mehr Infos: www.misereor.de
oder telefonisch 0241/442-578

MISEREOR
DAS HILFSWERK

 Ich möchte Fördermitglied bei MISEREOR werden!
Schicken Sie mir Unterlagen zum Förderkreis.

Vorname, Name Straße, Nr.

PLZ, Ort

Den Coupon bitte an: Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR e.V. · Mozartstr. 9 · 52064 Aachen

Keine Bachelor- und Masterstudiengänge in der Medizin



Dr. Klaus Ottmann referierte über seine Tätigkeitsfelder unter Berücksichtigung der knappen Redezeit.

Neue Berufsordnung

Sie werden es kaum glauben: Nach jahrelanger ständiger Novellierung steht kurzfristig keine neue Änderung an. Unsere wesentlich novellierte Berufsordnung wurde nach ergänzenden Beschlüssen des vergangenen Ärztetages von unserem Aufsichtsministerium genehmigt und trat am 1. Juni dieses Jahres in Kraft. Sie war übrigens Beilage in der September-Ausgabe unseres Bayerischen Ärzteblattes (Abbildung 1).

Als Antwort der Ärzteschaft auf die Einführung des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz zum 1. Januar 2004 haben wir wesentliche Liberalisierungen in der Berufsordnung beschlossen. Dies betrifft insbesondere neue Kooperationsformen oder die Möglichkeit, Ärzte auch in der ambulanten Medizin anstellen oder bis zu drei Praxen gleichzeitig führen zu können.

Offen blieb die juristische Form der GmbH für Praxisbetreiber, da das Heilberufe-Kammergesetz in Bayern dies ausdrücklich verbietet. Entsprechend Ihrem Ärztetagsbeschluss haben wir den Änderungswunsch selbstverständlich an unsere Aufsicht herangetragen, derzeit befinden wir uns im Prozess der Meinungsbildung mit dem Gesundheitsministerium. Viel wesentlicher ist aber die Tatsache, dass die vielen neuen Möglichkeiten der Berufsordnung bisher nur privatärztlich umsetzbar sind. Dies wurde bei den beiden vergangenen Ärztetagen ausführlich erläutert. In den übrigen Kammerbereichen wurde die Musterberufsordnung sehr unterschiedlich umgesetzt, sodass wir heute einen berufsrechtlichen „Flickerteppich“ in Deutschland haben.

Neue Kooperationsmöglichkeiten – auch für Vertragsärzte

Das Bundesgesundheitsministerium hat schon vor einem Jahr signalisiert auch das V. Sozialgesetzbuch (SGB V) in verschiedenen Bereichen ändern zu wollen, sodass für Vertragsärzte wenigstens annähernd gleiche Bedingungen wie für das MVZ entstehen sollten. Vor drei Wochen wurde der erste Arbeitsentwurf eines dementsprechenden Änderungsantrages des SGB V vorgelegt, eine erste Erörterung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist bereits erfolgt. Ohne dem endgültigen Gesetz vorgeifen zu wollen, ist aber bereits heute eine Tendenz zu erkennen. Auch Vertragsärzte können in Zukunft Ärzte in unbefristeter Zahl im Angestelltenverhältnis beschäftigen, natürlich nur, wenn keine Zulassungsbeschränkungen bestehen. Diese angestellten Ärzte sind Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung und werden bei Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt.

Die Zulassungsverordnung wird ebenfalls überarbeitet, allerdings bleiben die Vorgaben der Bedarfsplanung erhalten. Dies betrifft übrigens auch weiterhin das MVZ. Die Angestelltenstellen können in Zukunft sowohl „halbiert“, im MVZ sogar „geviertelt“ werden. Insbesondere für unsere Kolleginnen sind derartige Anstellungsverhältnisse hoch interessant, da dann Familie und Beruf wesentlich leichter zu vereinbaren sein werden. Ich darf darauf hinweisen, dass immerhin 62 Prozent der derzeitigen Medizinstudienanfänger dem weiblichen Geschlecht angehören.

Des Weiteren ist die Möglichkeit von Filialbildung vorgesehen. Erweiterte Kooperationsmöglichkeiten, wie Teilgemeinschaftspraxis oder überörtliche Partnerschaften sind ebenfalls Entwicklungsmöglichkeiten, auch im vertragsärztlichen Bereich. Sie sehen also, es tut sich etwas; wann die gesetzlichen Änderungen analog zur Berufsordnung in Kraft treten werden, kann heute, insbesondere bei den unklaren Kräfteverhältnissen in der Politik natürlich nicht vorausgesagt werden.

Medizinische Versorgungszentren

Zu diesem Themenbereich selbst gehört natürlich ebenso – wie mehrfach erwähnt – das MVZ. Die neuesten Zulassungszahlen habe ich dankenswerterweise von Kollegen Dr. Axel Munte (Abbildung 2).

Nach wie vor wurden die meisten MVZ in Bayern von Vertragsärzten gegründet. Häufig wurden bereits bestehende fachübergreifende Gemeinschaftspraxen umgewandelt, das heißt aber nicht, dass die Krankenhäuser mit dieser Versorgungsform nicht den Einstieg in die reguläre ambulante Versorgung versuchen werden. Meiner Information nach sind einige hundert MVZ, initiiert durch Kliniken, in Vorbereitung. Die Krankenhäuser lassen sich mehr Zeit in der Vertragsgestaltung und benötigen natürlich zunächst erst einmal Vertragsarztsitze in Regionen, in denen eine Zulassungssperre besteht.

Es ist bereits heute abzusehen, dass sich unsere Versorgungsstrukturen in den nächsten zehn Jahren gravierend ändern werden, nicht zuletzt auch

Kammer	in Kraft
Baden-Württemberg	Februar 2005
Bayern	Juni 2005
Berlin	Mai 2005
Brandenburg	beschlossen im Mai 2005 Genehmigung der Aufsichtsbehörde steht aus
Bremen	beschlossen im Juni 2005 Genehmigung der Aufsichtsbehörde steht aus
Hamburg	Mai 2005
Hessen	August 2005
Mecklenburg-Vorpommern	Juli 2005
Niedersachsen	Februar 2005
Noordrhein	Mai 2005
Oldenburg (Pfalz)	beschlossen im April 2005 Genehmigung der Aufsichtsbehörde steht noch aus
Saarland	Mai 2005
Sachsen	Januar 2005
Sachsen-Anhalt	Juni 2005
Schleswig-Holstein	Januar 2005
Thüringen	Februar 2005
Westfalen-Lippe	März 2005

Abbildung 1: Berufsordnung – Novellierung in den einzelnen Landesärztekammern.

durch den enormen Druck, der durch die Umstellung der Diagnosis related groups (DRG) auf die Krankenhäuser entstanden ist. Der politische Wunsch nach engerer Verzahnung des ambulanten und stationären Bereiches wird über die MVZ aber auch die neuen Kooperationsformen und natürlich auch die Integrationsversorgung auf den Weg gebracht.

Zusammenfassend ist nach gut 130 Tagen der neuen Berufsordnung festzustellen, dass die neuen Freiheiten, wie Filialpraxen, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften oder Anstellungsverhältnisse in Privatpraxen derzeit nur eine verhaltene Resonanz zeigen. Natürlich sind die fast 20 000 Vertragsärzte durch das SGB V und die Zulassungsverordnung bisher weitgehend daran gehindert. Bis heute sind übrigens 1930 Ärztinnen und Ärzte bei uns in Bayern gemeldet, die rein privatärztlich niedergelassenen sind. Aber auch in diesem Kreis tut sich bezüglich der neuen Möglichkeiten relativ wenig.

Durch die zunehmende Liberalisierung unseres Berufsrechtes entsteht aber auch bei vielen Ärzten eine kritische „Rückbesinnung auf das traditionelle Arztbild“. Freiheit ist, gewisse Freiheiten auch nicht zu nützen. Aus vielen Patientenbriefen, die die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) erreichen, ist unter anderem eines herauszulesen: Der Patient will nicht nur hervorragende medizinische Leistung sondern auch den Arzt als Mensch, der für ihn da ist und zuhört.

Man könnte aber ebenso formulieren, je mehr Freiheit, desto mehr Risiko. Dieses steigt natürlich nicht nur wirtschaftlich im Rahmen neuer Versorgungsformen. Jedenfalls kann auch die berufliche Unabhängigkeit durch vertragliche Abhängigkeiten eingeschränkt werden. Die Wahrung der freiberuflichen Stellung sollte dem Arzt ein permanentes Anliegen sein. Die Kammer berät aus diesem Grund bei Vertragsprüfungen nach § 24 Berufsordnung immer aus dem Blickwinkel des einzelnen Arztes. Was zum Beispiel bei Integrationsverträgen auf den ersten Blick verlockend sein kann, kann auf den zweiten Blick die ärztliche Unabhängigkeit gefährden oder erhebliche Haftungsrisiken in sich bergen.

Werbung

Hat schon die so genannte „Spezialistenentscheidung“ des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG), die die eigene persönliche Einschätzung des werbenden Arztes für zulässig erklärte, Aufsehen erregt, so hat ein kürzlich ergangenes weiteres Verfassungsgerichtsurteil, auch noch einen bayerischen Arzt betreffend, eine berufsgerichtliche Entscheidung als verfassungswidrig angesehen, die einer reinen Sympathie- und Imagewerbung entsprach. Die von uns beanstandete Werbung hatte keinerlei Sachinformation mehr, es handelte sich lediglich um eine die Emotion des Patienten direkt ansprechende Werbung.

Das BVerfG erklärte es ausdrücklich für zulässig, wenn der Arzt dem potenziellen Patienten darlegt, dass er sich nicht nur im medizinischen, sondern weit darüber hinaus auch im menschlichen Bereich, um seine Belange kümmert.

In diesem Sinne ist nunmehr eine personenbezogene und übertriebene Werbung nicht mehr angreifbar. Die Ärztlichen Bezirksverbände werden es mit der Berufsaufsicht bezüglich nicht erlaubter Werbung in Zukunft sehr schwer haben. Dem so genannten mündigen Bürger wird die Kompetenz zugetraut, eine weite Informationsfülle zu bewerten. Das heißt die Informationsmöglichkeit wird nicht nur sachlich sondern auch emotional über die Wettbewerbsbeschränkung gestellt.

Vielleicht überlegt sich die Gerichtsbarkeit, insbesondere das BVerfG, ob sie mit dieser Entscheidung den Rat und Heilung suchenden Patienten einen wirklichen Gefallen tut. Oder ob man wieder zur Sachinformation zurückkehrt und die offensichtliche Imagewerbung aus guten Gründen irgendwann einmal wieder untersagt.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Ebenfalls in den Bereich der ärztlichen Berufsordnung gehört unsere Ärztliche Gebührenordnung, die GOÄ. Wie desolat die Situation derzeit ist, habe ich schon mehrfach berichtet.

Der Gesetzgeber ist massiv im Handlungsverzug und eine zeitliche Vorausschau, wann eine aktualisierte GOÄ kommt, ist nicht abzugeben. Zurzeit wird über das Jahr 2009 spekuliert, dem Ende der DRG-Konvergenzphase. Uns bleibt weiterhin nichts anderes übrig, als über die Bundesärztekammer (BÄK) und insbesondere den zentralen Konsultationsausschuss mit den Partnern der Privaten Krankenversicherung (PKV), der Beihilfe und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Interpretationsauslegungen zu erarbeiten. Damit können wir dann als ihre ärztliche Berufsvertretung Hilfestellung bei Liquidationen geben.

Wie aus dem Ihnen schriftlich vorliegenden Tätigkeitsbericht unserer Kammer zu entnehmen ist, wurden neben zahlreichen telefonischen Anfragen zum Thema GOÄ über 600 Anfragen schriftlich bearbeitet. Gut ein Drittel kam von der PKV selbst. Zumeist sind dies schwierig zu beantwortende Anfragen, die auch die Einschaltung von Fachgutachtern verlangen. Natürlich können einige Probleme vor Ort von den Kreisverbänden oder den Bezirksverbänden gelöst werden. Wir wünschen uns allerdings eine einheitliche Auslegung der GOÄ, zumindest innerhalb unseres Kammerbereiches. Die BLÄK steht im regelmäßigen Austausch mit der BÄK, auch über ihre Datenbank, und wir regen auch die Klärung von gebührenrechtlichen Bewertungsfragen laufend an. Seit einigen Monaten bin ich Mitglied des GOÄ-Ausschusses der BÄK und sogar im Zentralen Konsultationsausschuss.

Wir Ärzte sehen uns zunehmend mit Weigerungen der PKV einzelne Leistungen zu erstatten, konfrontiert. Der Patient steht zwischen Versicherung und Arzt und versteht eigentlich die Situation nicht. Wir haben ein Patientenmerkblatt zur GOÄ auf unserer Homepage www.blaek.de eingestellt, das den rechtlichen Hintergrund der Problematik erklärt. Dieses Merkblatt sollte mit den Liquidationen versandt werden, es wird übrigens auch aus anderen Teilen der Bundesrepublik gut abgerufen (Abbildung 3).

Zum Thema GOÄ und insbesondere den Beanstandungen der Liquidationen durch die PKV ha-

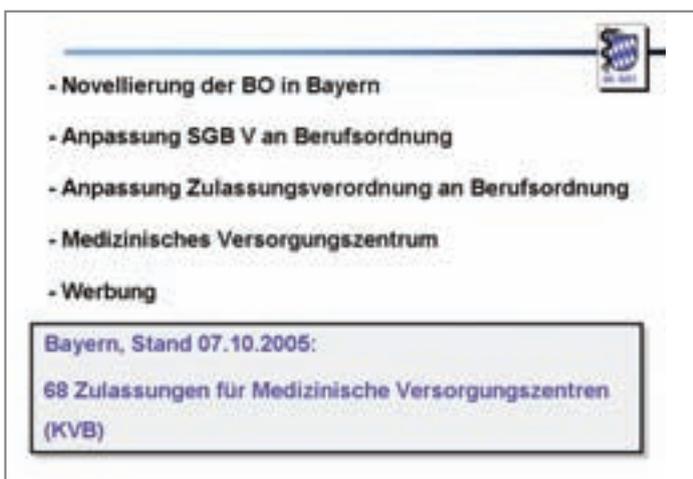


Abbildung 2: Berufsordnung.



Abbildung 3: Das Patientenmerkblatt steht unter www.blaek.de zum Download bereit.



Abbildung 4: Vorschlag – Kodex für IGEL.



Abbildung 5: 30 Jahre Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen.

ben wir in den vergangenen Monaten mehrfach intensive Gespräche sowohl mit der Allianz als auch der Beihilfe geführt. Vielleicht haben Sie schon bemerkt, dass der Partner unseres Gruppenversicherungsvertrages Allianz den von uns beanstandeten Umgang mit den Privatliquidationen deutlich geändert hat. Verschiedene Textbausteine wurden überarbeitet und Bagatellbeanstandungen völlig eingestellt. Wir hielten es für wenig kooperativ einerseits unser spezieller Partner des Gruppenversicherungsvertrages zu sein, und andererseits besondere Kleinlichkeit bei der Kostenerstattung an den Tag zu legen.

IGEL-Leistung

Die BÄK bemüht sich um eine grundsätzliche Systematik:

1. erforderliche Leistungen, die nicht von der GKV gezahlt werden,
2. ärztlich empfehlenswerte Leistungen (außerhalb des GKV-Systems),
3. von Patientinnen und Patienten initiativ gewünschte, ärztlich vertretbare Leistungen.

Ich halte eine derartige Gliederung für sinnvoll, sie schafft Transparenz für Patienten und Öffentlichkeit.

Wir würden übrigens statt IGEL-Leistungen den Begriff „individuelle Zusatz- oder Ergänzungsleistungen“ bevorzugen. Gerade in den letzten Wochen erfolgten verschiedene Attacken in der Presse gegen diese Zusatzleistungen. Eindeutig

klar ist, dass diese Leistungen nach der GOÄ abgerechnet werden müssen, sodass die Kammern und natürlich auch die BÄK an einer ordnungspolitischen Präzisierung dieser Leistungen interessiert sein muss. Ein Kodex soll diesbezüglich beschlossen werden, um das durchaus in der Öffentlichkeit inzwischen verzerrte Arztbild wieder ins rechte Licht zu rücken (Abbildung 4).

Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen

Zum 30-jährigen Bestehen dieser Einrichtung in der BLÄK haben wir ein Symposium mit großer Resonanz veranstaltet. Mit dem Symposium verfolgten wir das Ziel, Bilanz zu ziehen, aber auch anzusprechen in welchem schwierigen, medizinischen, juristischen Umfeld die Gutachterstelle ihre Arbeit verrichtet (Abbildung 5).

Über mangelnde Arbeit braucht sich die Gutachterstelle nicht zu beklagen. In den vergangenen fünf Jahren sind die Anträge auf Einleitung eines Verfahrens pro Jahr um ca. zwölf Prozent gestiegen. In über 85 Prozent der durch gutachterliche Stellungnahmen entschiedenen Verfahren akzeptierte der Arzt und der Patient die Entscheidungen der Gutachterstelle. Dies ist ein ausgezeichnetes Ergebnis, sodass eindeutig daraus geschlossen werden kann, dass die Gutachterstelle ihrem Ziel der außergerichtlichen Streitbeilegung gerecht wird.

Die Glaubwürdigkeit unserer Entscheidungen ist oberstes Ziel. Die Vorgänge nehmen kontinuierlich zu, sodass jetzt auch ein internistisches Kommissionsmitglied berufen wurde. Im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenkassen, die Pa-

tientenanfragen über eventuelle ärztliche Fehlleistungen geradezu forcieren, sind wir eher in der Lage, in den jeweiligen Problemfeldern hoch qualifizierte Gutachter den Patienten, Ärzten und Versicherungen zur Verfügung stellen zu können.

Qualitätsmanagementaktivitäten

Im Gegensatz zur bundesweit insgesamt deutlich rückläufigen Nachfrage nach Qualitätsmanagementseminarplätzen können wir einen absolut gegenläufigen Trend feststellen.

Neu eingeführt haben wir ein viertägiges Seminar zum Thema „Riskmanagement“, das bereits zweimal erfolgreich abgehalten wurde.

Eine Veranstaltung zum Thema Qualitätsbericht, der ja obligat jetzt von den Krankenhäusern und der Kassenärztlichen Vereinigung erstellt werden muss, wurde mit über 100 Teilnehmern aus ganz Deutschland und dem benachbarten deutschsprachigen Ausland hervorragend besucht.

Abschließend zu diesem Thema möchte ich auf ein Pilotseminar in Zusammenarbeit mit der BÄK hinweisen. Es dient der Erstellung eines Curriculum-Entwurfs für eine neue Seminarreihe „Ärztliche Führungsqualifikationen“. Es findet direkt im Anschluss an diesen Ärztetag statt. Auf Grund der Zeitbegrenzung kann ich heute nicht auf die sehr erfolgreiche Arbeit der externen stationären Qualitätssicherung im Rahmen unserer Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für stationäre Qualitätssicherung eingehen.

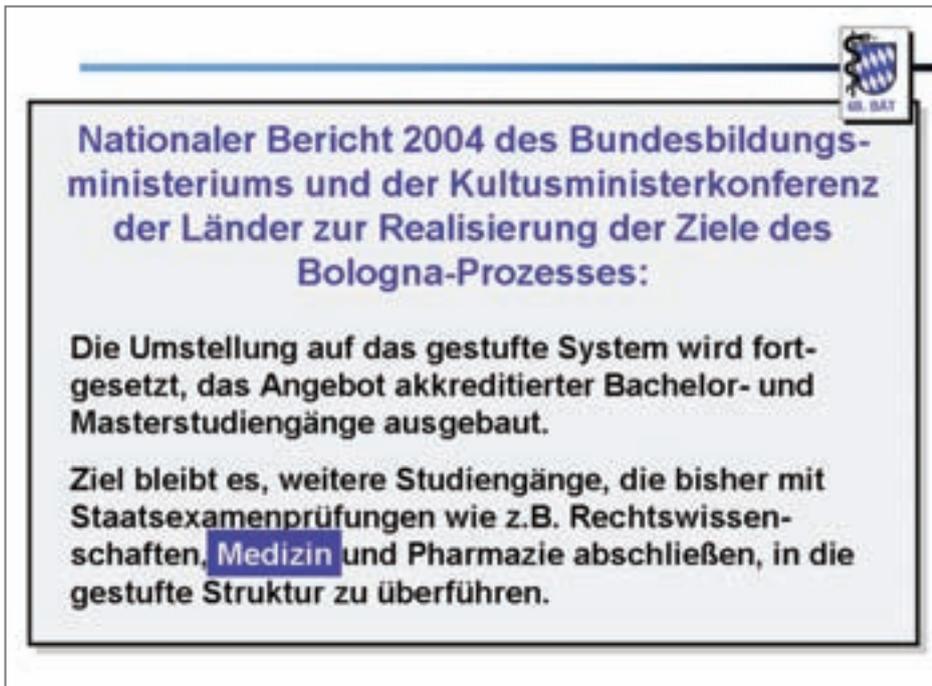


Abbildung 6: Bologna-Prozess.

Bologna-Prozess

Zum Schluss möchte ich das meines Erachtens zurzeit brisanteste Thema für die Ärzteschaft ansprechen. Dagegen sind die übrigen Probleme, über die wir berichtet haben, zweitrangig. Sie haben sicher schon das Stichwort „Bologna-Prozess“ gehört.

Der Kerninhalt dieses Prozesses ist die Schaffung eines einheitlichen Hochschulraumes mit Verkürzung der Studienzeiten mit den neuen Studienabschlüssen Bachelor und Master. Es soll ein höheres Maß an Berufsqualifizierung durch vermehrte Praxisorientierung, verbesserte Transparenz der Leistung durch entsprechende Kontrollen der Studierenden bei kontinuierlicher, international vergleichbarer Qualität der Studiengänge erreicht werden.

Ursprünglich sollten Juristen und die Heilberufe von diesem Umwandlungsprozess der Studiengänge ausgenommen werden. Zu unserer großen Überraschung haben wir jetzt vor einigen Wochen erfahren, dass das Medizinstudium von dieser Umstrukturierung genauso betroffen sein wird.

Am 29. Juli 2005 fand auf Vermittlung des Verbandes Freier Berufe ein Gespräch mit dem Bayerischen Wissenschaftsminister Dr. Thomas Goppel statt. Wir erfuhren dabei, dass zu Lasten

der bisherigen Studienplätze ein Teil in Master- und Bachelor-Studiengänge umgewidmet werden sollen.

Mit – ich möchte fast sagen – „Entsetzen“ nahmen wir die Pläne des Ministeriums zur Kenntnis. Im Vorfeld der Entscheidungen war keine Heilberufskammer in den Meinungsbildungsprozess eingebunden. Der Rechtsanwaltskammer ging es ebenso. Gemeinsam haben wir in diesem Gespräch derartige Studiengänge abgelehnt.

Welche Berufsaussichten der Bachelor oder Master der Medizin in Zukunft haben könnten, wurde uns nur vage erläutert. Jedenfalls werden diese Qualifikationen nicht mit einer Staatsprüfung abgeschlossen, geschweige denn, es erfolgt eine Approbation. Das heißt im Klartext, dass diese Neu-Qualifizierten für die kurative Medizin nicht tauglich sind. Die Entwicklung ist sogar kontraproduktiv, da einerseits der sich abzeichnende Ärztemangel nicht gemildert werden kann, andererseits durch die anteilige Reduzierung der Studienplätze sogar der Ärztemangel geradezu forciert wird.

Die Beschwichtigungen des Ministeriums, dass das reguläre Medizinstudium selbstverständlich wie bisher bestehen bleibt, ändern an der Problematik überhaupt nichts. Es werden minder qualifizierte Parallelberufe geschaffen, die derzeit nie-

mand braucht, die jedoch auf längere Sicht wahrscheinlich dem klassischen Arztberuf Wirkungsbereiche abnehmen werden.

Inzwischen fand ein erneutes Gespräch im Ministerium, dieses Mal ausschließlich im Kreis der Heilberufekammern statt, wobei die Situation uns nur umso klarer wurde. Alles ist bereits beschlossene Sache. Eine Anhörung zur entsprechenden Novellierung des Bayerischen Hochschulrechtsanwendungsgesetzes war offensichtlich auch nicht vorgesehen.

Die BÄK, der Marburger Bund und die Spitzenverbände der Hochschulmedizin lehnen die Einführung der Bachelor- und Masterstudiengänge in der Medizin kategorisch ab. Der hohe Qualitätsstandard der von der Gesellschaft von einem Medizinstudium erwartet wird, sei weder durch einen sechs- noch durch einen achtsemestrigen Bachelor-Studiengang zu gewährleisten. Wie weit die Angelegenheit inzwischen gediehen ist, zeigt der nationale Bericht 2004 des Bundesbildungsministeriums und der Kultusministerkonferenz der Länder zur Realisierung der Ziele des Bologna-Prozesses (Abbildung 6).

Wichtig ist, dass diese neuen Studiengänge nicht auf einem völkerrechtlichen Vertrag beruhen, sondern lediglich auf einer politischen Absichtserklärung. Sie erlauben jederzeit Ausnahmen. Der Präsident des Hochschulverbandes Professor Dr. Bernhard Kempen plädiert nachhaltig für eine dauerhafte Ausnahmeregelung für die Medizin. Die Heilberufekammern Bayerns haben bereits eine Presseerklärung gegen die Implementierung eines Bachelor- und Masterstudienganges in ihren Bereichen abgegeben.

Die politische Vorstellung, mit den neuen Studiengängen den Ärztemangel lindern zu können, verkennt völlig die Situation. Wir bilden in Deutschland nicht zu wenig Ärzte aus, die Berufsbedingungen sind nur so mäßig, dass sie abwandern. Hier muss der Hebel angesetzt werden. Ich hoffe nicht, dass Kollege Dr. Frank Ulrich Montgomery Recht behält, der sich sicher ist, dass diese „Schmalspurmediziner“ in den Krankenhäusern in Zukunft Verwendung finden werden. Ich halte einen Beschluss des Ärztetages, möglichst einstimmig gegen diese Entwicklung für dringend notwendig. Ein derartiger Beschluss wird uns helfen, die weiteren Gespräche mit der Politik zu führen.

Meine Schlussworte gelten den Mitarbeitern unserer Kammer und meinen beiden Kopräsidenten. Herzlichen Dank für die effektive und vertrauensvolle Zusammenarbeit. So kann es weitergehen!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Es gilt das gesprochene Wort.

Doch die Stimmung bleibt getrübt

Die aktuelle Entwicklung der Selbstständigen und Beschäftigten in den Freien Berufen sowie die Ergebnisse der Konjunkturumfrage des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB) kommentiert BFB-Hauptgeschäftsführer Arno Metzler: „Die Zahl der Selbstständigen in den Freien Berufen ist im Vergleich zum Vorjahr erneut um knapp fünf Prozent gestiegen. Mit nunmehr 857 000 haben die Freien Berufe fast gleichgezogen mit den selbstständigen Handwerksbetrieben. Dies bestätigt einmal mehr den Trend hin zur wissensbasierten Dienstleistungsgesellschaft“. Der Zuwachs der Selbstständigenzahlen ist

jedoch nicht nur Ausdruck von Prosperität, warnt Metzler. Vielfach handle es sich um Existenzgründungen „aus der Not heraus“. Darüber hinaus sei bei einer wachsenden Zahl von Selbstständigkeiten nicht mit einem spürbaren Beschäftigungszuwachs zu rechnen, da der Hauptzuwachs an Selbstständigen im künstlerischen und kulturellen Bereich er-

folgt und die Freiberufler dort in der Regel mit wenigen oder gar keinen Hilfskräften oder Auszubildenden auskommen. Eine aktuelle Trend- und Stimmungsumfrage des BFB hat zudem gezeigt, dass die wirtschaftlichen Erwartungen insbesondere der klassischen Freien Berufe überwiegend pessimistisch bleiben.

Im Internet sind unter www.freiberufe-bayern.de immer aktuell Nachrichten aus dem Verband Freier Berufe in Bayern e. V. und seinen Mitgliedsverbänden zu finden. Der Newsletter des Verbandes kann auch als E-Mail abonniert werden.



Entwicklung der Zahl der Selbstständigen in Freien Berufen in Deutschland (1978 bis 2005).