

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
Braunschweig	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
Nordrhein	Mai 2005
Nordrhein-Westfalen	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-

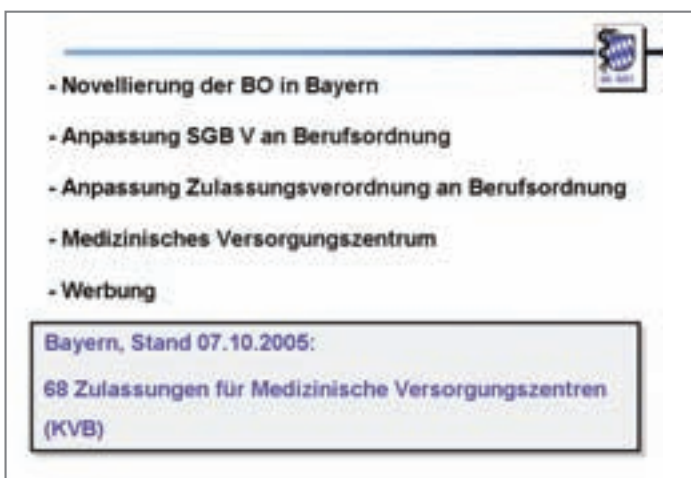


Abbildung 2: Berufsordnung.



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

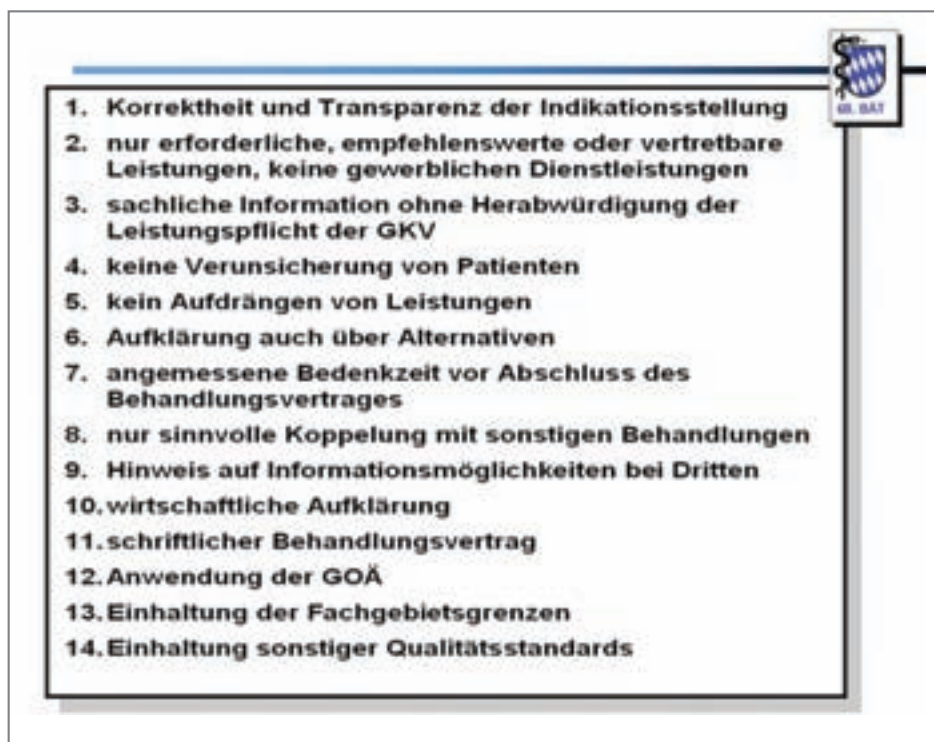


Abbildung 4: Vorschlag – Kodex für IGEL.



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.

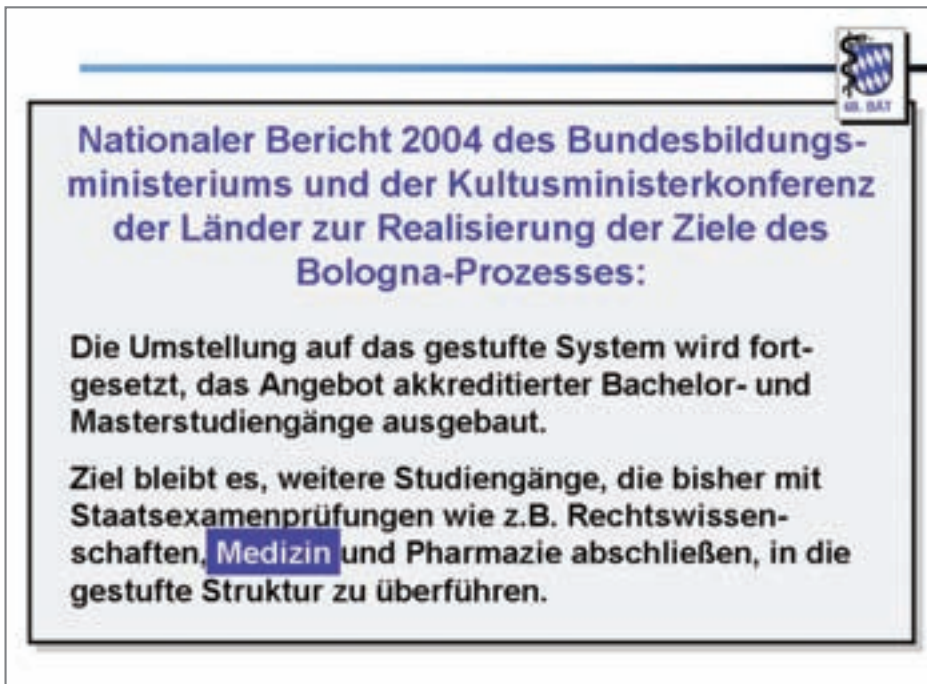


Abbildung 6: Bologna-Prozess.

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.