

Eine Reform des Gesundheitswesens „mit Augenmaß und Perspektive“ hat der Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, bei der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 27. Oktober in Köln gefordert. Derzeit finde – im Getümmel des Vorwahlkampfes für die nächste Bundestagswahl – eine hektische gesundheitspolitische Diskussion statt. Bei allen Unterschieden sei dabei den großen Volksparteien „der starre Blick auf die Beitragssatzstabilität“ gemeinsam.

Der Kammerpräsident vertrat dagegen die Ansicht, dass es keineswegs den Wirtschaftsstandort Deutschland gefährden würde, wenn die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung um durchschnittlich 0,2 Prozentpunkte auf 13,85 Prozent steigen würden wie von den führenden wirtschaftswissenschaftlichen Forschungsinstituten vorhergesagt. Hier sei er einer Meinung mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, berichtete Hoppe. Die Ministerin hatte am 26. Oktober an einer Vorstandssitzung der Bundesärztekammer teilgenommen.

Größter Arbeitgeber in NRW

Schließlich sei das Gesundheitswesen selbst ein wichtiger und vor allem hochinnovativer Wirtschaftszweig, der über vier Millionen Menschen beschäftigt.

In Nordrhein-Westfalen ist es sogar der größte Arbeitgeber mit rund einer Million Beschäftigten – das sind deutlich mehr als im Baugewerbe, dem Bergbau und in der Energiewirtschaft zusammen. Die deutsche Wirtschaft befinde sich am Rande einer Rezession, die Arbeitslosigkeit sei bedrohlich hoch: „Da wäre es doch geradezu abenteuerlich, die Jobmaschine Gesundheitswesen abzuwürgen!“, sagte der Präsident.

„Dennoch tun manche Politiker immer noch so, als drohe bei einer moderaten Erhöhung der Beiträge der Untergang

Hoppe verlangt eine Reform mit Perspektive

Bei der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 27. Oktober in Köln wendet sich der Kammerpräsident gegen den hektischen Aktionismus im Gesundheitswesen.

von Horst Schumacher



Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer: Kollektive Bewusstseinsbildung der Ärzteschaft in einer Art Urabstimmung. Foto: Erdmenger/ÄkNo

des Abendlandes“, kritisierte Hoppe. Er verlangte „eine ehrliche gesellschaftliche Debatte“ über die Finanzierung der Krankenversicherung: „Gute medizinische Versorgung hat ihren Preis. Da hilft auch kein Wahlkampfpoker, da müssen die Karten offen auf den Tisch.“

Die objektiven Herausforderungen an unser Gesundheitssystem seien seit langem bekannt: Strukturelle Arbeitslosigkeit, Erosion der Beitragsgrundlagen, sozialpolitische Verschiebepunkte und versicherungsfremde Leistungen. Hoppe: „Aber die Konsequenzen zieht einfach niemand. Doch irgendwann –

und viele glauben, bereits nach der nächsten Bundestagswahl – wird kein Weg mehr darum herum führen, eine Reform mit Augenmaß und Perspektive auf den Weg zu bringen, die endlich stabile Verhältnisse für einen längeren Zeitraum schafft!“

Arzt muss für Medikation verantwortlich bleiben

Derzeit laufe jedoch das Programm „Hektik und Aktionismus“. Ein Beispiel sei der Vorschlag, eine „Autidem-Regelung“ einzuführen. Um Einsparungen zu erzielen, sei dieser „Ladenhüter“ aus der Schublade gezogen worden. Hoppe verlangte, dass die Verantwortung für die Arzneimitteltherapie allein beim behandelnden Arzt bleibt. Der Patient brauche die Klarheit, dass ausschließlich sein Arzt für die Medikation verantwortlich ist. „Niemals darf der Eindruck entstehen, dass der Arzt Diagnosen macht und der Apotheker therapiert – und das wäre die Spätfolge“, warnte Hoppe.

Auch würde durch eine generelle Autidem-Regelung dem einzelnen Arzt die zeitnahe Steuerung und Kontrolle von Verordnungen entzogen – gleichwohl behielte er die ungeteilte medizinische, wirtschaftliche und auch haftungsrechtliche Verantwortung für die durch den Apotheker ausgesuchten und abgegebenen Arzneimittel. Ein akzeptabler Kompromiss könnte nach Hoppe

Entschließung der Kammerversammlung

Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) – Einführung eines Disease-Managements

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein appelliert eindringlich an die Mitglieder des Bundesrates, der im Gesetzentwurf zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) enthaltenen Einführung eines Disease-Managements in der jetzt vorliegenden Form nicht zuzustimmen mit dem Ziel, dass die Beteiligung der verfassten Ärzteschaft und ihrer Verbände abgesichert wird.

pes Worten sein, dass der Arzt auf dem Rezeptblock ankreuzt, ob er eine Aut-idem-Substitution will oder ob er sie nicht will – damit fälle der Arzt eine bewusste Entscheidung, die ärztliche Verantwortung sei damit sichergestellt. „Ich würde den völligen Verzicht auf eine Aut-idem-Regelung begrüßen“, sagte Hoppe. Sie macht seines Erachtens auch deswegen wenig Sinn, weil der erhoffte Einspareffekt fraglich ist.

Disease-Management-Programme nur mit der Ärzteschaft

Gefahren liegen nach Hoppes Meinung auch in den sogenannten Disease-Management-Programmen, die im Rahmen der geplanten Neuordnung des Risikostrukturausgleichs eingeführt werden sollen. „Nicht mehr die Patient-Arzt-Interaktionen sollen die ärztliche Versorgung steuern, sondern Vorgaben der Krankenkassen“, kritisierte der Kammerpräsident. Die von den Koalitionsfraktionen eingebrachten Entwürfe sähen die Ärztinnen und Ärzte nicht mehr als originäre Akteure, sondern als Erfüllungsgehilfen von Vorschriften, die Krankenkassen im Rahmen dieser Programme machen. Ein solcher „Systembruch“, mit dem die gemeinsame Selbstverwaltung kurzerhand ausgehebelt werde, treffe auf den entschiedenen Widerstand der Ärzteschaft.

Dabei sei es unbestritten, dass qualifizierte und strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch

Kranke zu erheblichen Qualitätsverbesserungen führen können. Das bewiesen eindrucksvoll die von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit den Krankenkassen entwickelten Diabetes-Strukturverträge. Nicht zuletzt aufgrund dieser Erfahrungen forderte Hoppe, dass Disease-Management-Programme nur unter Einbeziehung der Ärzteschaft entwickelt und in Kraft gesetzt werden dürfen.

„Damit das völlig klar ist: Wir sind nicht gegen Disease-Management-Programme. Wir sind nur dagegen, dass sie einseitig diktiert werden“, sagte der Präsident. Ministerin Schmidt habe bereits signalisiert, „dass sie diese Botschaft verstanden hat.“ Es bestehe die realistische Chance, dass die Ärzteschaft beteiligt werde.

Dennoch sei die generelle Tendenz nicht zu übersehen, den Kassen mehr Steuerungsmacht im Gesundheitswesen auch im Durchgriff auf die individuelle Patient-Arzt-Beziehung zu geben. Eine „Entmachtung“ der angeblichen Monopole der „Anbieterkartelle“ gehöre mittlerweile bei SPD und Union zum guten Ton. Der Deutsche Gewerkschaftsbund fordere gar, die Integrationsversorgung gesetzlich als Regelversorgung vorzuschreiben und den Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag zu übertragen. Die Ärzteschaft werde sich gegen die Durchlöcherung des Sicherstellungsauftrages und die Machtverschiebung hin zu den Kassen zu wehren wissen, sagte der Präsident.

Entschließung der Kammerversammlung

Kammerversammlung fordert Korrektur des Entwurfes zum Fallpauschalengesetz

Die bevorstehende Einführung des Fallpauschalen-Abrechnungssystems für Krankenhausbehandlungen in Gestalt der „Diagnosis Related Groups“ (DRGs) ist eine fundamentale Veränderung im Finanzierungssystem für Krankenhäuser in Deutschland. Die Krankenhäuser, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Patientinnen und Patienten haben Anspruch darauf, dass die Politik den damit verbundenen Entscheidungen die gebotene Sorgfalt widmet.

Zur Zeit bleiben bei der Festsetzung der Krankenhausbudgets viele Leistungen außer Betracht. Die Krankenhausärztinnen und -ärzte leisten mehr als 50 Millionen Überstunden – der größte Teil davon ohne Freizeitausgleich und ohne Bezahlung. Dies kommt einer Subvention für die Krankenkassen von mindestens 2 Milliarden DM pro Jahr gleich.

Deshalb fordert die Kammerversammlung für das DRG-Einführungsgesetz: Im Rahmen der Kalkulationen dürfen nicht nur die derzeitigen „Ist-Kosten“ des Personaleinsatzes erfasst werden, sondern es müssen auch der tatsächliche ärztliche Arbeitseinsatz, der sich aus den geleisteten Arbeitsstunden unter Berücksichtigung des EuGH-Urteils ergebende Mehrbedarf an Stellen und die in Verbindung mit dem DRG-System zusätzlich entstehenden Dokumentationsaufgaben einbezogen werden.

Geschieht das nicht, werden die künftigen Erlöse aus DRG-Pauschalen bei weitem nicht ausreichen, um den notwendigen Personalbedarf zu finanzieren. Unter solchen Rahmenbedingungen ist eine geordnete Patientenversorgung nicht mehr zu gewährleisten.

Im Fallpauschalensystem ist weiterhin eine Deckelung der Krankenhausbudgets vorgesehen. Die Möglichkeit der Absenkung des durchschnittlichen Basisfallwertes für Leistungen hat zwangsläufig zur Folge, dass bei steigender Leistungszahl und konstanter Geldmenge für die Vergütung dieser Leistungen die Vergütung für einzelne Leistungen sinkt. Die mit einem „floatenden Punktwert“ zusammenhängenden negativen Begleiterscheinungen sind hinlänglich aus der ambulanten Versorgung bekannt.

Aufgrund der pauschalierten Vergütungen wird die Verweildauer in den Krankenhäusern erheblich reduziert und Patienten werden früher, unter Umständen noch mit blutigen Wunden und vielfach womöglich verfrüht entlassen und müssen dann ambulant weiterversorgt werden. Solange die Honorare und insbesondere die verordenbaren Ressourcen der niedergelassenen Ärzte budgetiert bleiben, wird es nicht selten zu erneuten Einweisungen der Patienten ins Krankenhaus kommen müssen. Das zeigen jedenfalls statistische Zahlen aus Österreich. Eine solche Entwicklung würde eine Spirale in Gang setzen, bei der letztlich die qualitativ hochwertige medizinische Versorgung des Patienten auf der Strecke bliebe.

Im Interesse der Patienten und Versicherten fordert die Kammerversammlung die Bundesregierung daher dazu auf, die Budgetierung im stationären Sektor und im ambulanten Bereich zu beenden.

Das Risiko, ein neues Vergütungssystem aus politischen Gründen „mit der Brechstange“ einzuführen, ist vor dem Hintergrund von jährlich 16,5 Millionen Krankenhausbehandlungsfällen und 1,1 Millionen Mitarbeitern nicht tragbar. Die Kammerversammlung fordert daher die Entzerrung des Einführungsfahrplans der DRG's.

Kollektive Bewusstseinsbildung durch „Urabstimmung“

Wenn jedoch der Staat den Sicherstellungsauftrag beschneiden oder aufheben will, muss die Ärzteschaft nach Hoppes Meinung darüber nachdenken, wo ihr Platz im System ist – und ob sie den staatlichen Fürsorgeauftrag im Gesundheitswesen dann noch wahrnehmen kann. Die permanente Kostendämpfungspolitik habe in der Ärzteschaft eine große Unsicherheit darüber hervorgerufen, wie die ärztliche Berufsausübung aussehen sollte.

Viele wollten weiter als Freiberufler tätig sein, was in dem kassenärztlichen System aber heute schon kaum mehr möglich sei. Andere wollten lieber angestellt sein. Wieder andere bevorzugten es, sich aus dem korporatistischen System zu verabschieden und sich dem freien Wettbewerb zu stellen. Weil die Vorstellungen sehr stark differieren, sei die Ärzteschaft derzeit zu leicht zu spalten. Nach Hoppes Auffassung sollte sich die Kollegenschaft hier klar und eindeutig positionieren.

Entschließung der Kammerversammlung ■

Öffentliche Bekanntgabe der erteilten Weiterbildungsbezugnis

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein spricht sich weiterhin dafür aus, zur Weiterbildung qualifizierten Ärztinnen und Ärzten einen zusätzlichen Anreiz zur Wahrnehmung ihrer Aufgabe zu geben, indem ihnen gestattet wird, ihre von der Ärztekammer anerkannte Kompetenz zur Weiterbildung öffentlich bekannt zu geben.

Der kollektiven Bewusstseinsbildung in dieser Frage könnte nach Ansicht des Präsidenten eine Abstimmung der Basis dienen. Eine „Urabstimmung“ im Sinne einer wohl vorbereiteten und breit angelegten Befragung – „unter subtilster Aufklärung unserer Kolleginnen und Kollegen“ – soll nach Hoppes Vorschlag das aktuelle Meinungsbild in der Ärzteschaft zeigen. So könne man auch in der Öffentlichkeit klar machen, dass sich die Ärzteschaft nicht in die Ecke treiben lässt, sondern ihrerseits aktiv wird. Und Hoppe ist sich sicher: Auch wenn die korporatistischen Formen keine Mehrheit mehr finden, wird die Ärzteschaft in einem neuen System einen größtmöglichen Organisationsgrad erreichen. „Denn die Solidarität unter den Ärztinnen und Ärzten ist viel größer als gemeinhin unterstellt“, sagte der Präsident.

Neuer Druck im Kliniksektor durch DRG

Auch im Krankenhaus-Sektor präge hektischer Aktionismus das Bild, monierte der Kammerpräsident. Der Gesetzentwurf zur Einführung des neuen, pauschalierten Krankenhaus-Entgeltsystems auf der Basis der Diagnosis Related Groups (DRG) löse erheblichen Zeitdruck aus. Die obligatorische Einführung ist für Anfang 2004 vorgesehen. Eine Umsetzung in diesem Tempo müsse zum Chaos führen, warnte Hoppe. Den Ent-

scheidungsträgern sei nicht ausreichend bewusst, dass sie eine regelrechte Revolution durchsetzen wollen.

Auch die Ärzteschaft trete im Prinzip für mehr Transparenz des Leistungsgeschehens und eine leistungsbezogene Vergütung ein. Doch zu viele problematische Details machen die geplante Umstellung der Klinikfinanzierung nach Hoppes Worten gefährlich. „Zum Beispiel muss man sich von der Illusion verabschieden, dass alle Krankenhausleistungen zu 100 Prozent durch diagnosebezogene Fallpauschalen abgebildet werden können. Das ist in keinem anderen Land der Welt gelungen“, so der Präsident.

Zu Problemen führen werde auch der ökonomische Anreiz, den Patienten im neuen Entgeltsystem mit möglichst geringem Aufwand zu behandeln. „Als Ärztinnen und Ärzte müssen wir darauf achten, dass das nicht zu Unterversorgung führt“, sagte Hoppe, „wenn das System uns aber dazu geradezu zwingt, wenn die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung über den Umfang der zu erbringenden Leistungen gefährdet ist, wäre es unverantwortlich, wenn wir nicht Alarm schlagen.“

Auch müsse in die Kalkulation der DRGs die tatsächlich geleistete Arbeitszeit im Krankenhaus einfließen. „Zur Zeit fallen rund 50 Millionen Überstunden bundesweit pro Jahr einfach unter den Tisch, mit denen die Klinikärztinnen und -ärzte das System subventionieren“, sagte Hoppe. Er kündigte an, die systematische Verletzung des Arbeitszeitrechts in den Kliniken so lange weiter öffentlich anzuprangern, bis dies endlich aufhöre.

Kahlschlagpolitik der Kassen in NRW gescheitert

Auf Landesebene haben die Krankenkassen nach Hoppes Worten versucht, eine Kahlschlagpolitik durchzusetzen. Auf der Basis eines Gutachtens für den Landesteil Westfalen-Lippe forderten dort die Spitzenverbände der Krankenkassen, 38 Kliniken mit mehr als 4.500 Betten und 70 Fachabteilungen mit rund 2.000 Betten ersatzlos wegzulassen. Ähnlich radikale Schließungspläne wären für Nordrhein zu befürchten gewesen, wenn die westfälischen Kassen mit ihren Forderungen Erfolg gehabt hätten.

Das konnte verhindert werden, so Hoppe. Dazu haben nach seinen Worten die beiden Ärztekammern im Lande gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft

Entschließung der Kammerversammlung ■

Persönliche Eignung zur Weiterbildung – Arbeitszeitgesetz

Wer als verantwortlicher Arzt Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz anordnet, zulässt oder duldet ist nach Überzeugung der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein als Weiterbilder persönlich ungeeignet. Er darf deshalb keine Befugnis zur Weiterbildung mehr erhalten. Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein bekräftigt, dass dies auch in Fällen von Manipulationen bei der manuellen oder automatischen Zeiterfassung gelten muss.

Die Kammerversammlung bittet den Kammer Vorstand, auf die Umsetzung dieses Beschlusses hinzuwirken.

(KGNW) einen wichtigen Beitrag geleistet. Eine Studie der Kammern und der KGNW hat nämlich ergeben, dass die derzeitige Krankenhaus-Kapazität im Lande grundsätzlich angemessen ist. Auch in den einzelnen Regionen fanden sich nach der Aussage des Gutachtens zweier renommierter Institute keine Anzeichen von Überversorgung in Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Als „Unsinn“ bezeichnete Hoppe die Forderung von Landesgesundheitsministerin Birgit Fischer nach einer regelmäßigen Rezertifizierung von Facharztanerkennungen. Dahinter stehe ein Konzept der Bürokratisierung und Kontrolle. Die Fortbildungsaktivitäten der Ärztinnen und Ärzte sind nach Hoppes Worten heute bereits enorm, wie zum Beispiel der Modellversuch zum freiwilligen Fortbildungszertifikat zeige.

„Exerzierplatz der Krankenkassen und der Politik“

In der Diskussion zum Lagebericht des Präsidenten sprach sich Dr. Erhard Stähler (Köln) für eine Aut-idem-Regelung aus. Die Vertragsärzteschaft sei dann von Kürzungen und Regressen entlastet, die Verantwortung für Budgetüberschreitungen trage die Politik. „Ich will persönlich diese Finanzierungslast nicht mehr tragen“, sagte Dr. Dirk Mecking (Duisburg). Eine gewisse „Bedrückung der Basis“ angesichts der von Stähler und Mecking angesprochenen Problematik hat auch Dr. Leonhard Hansen (Alsdorf) festgestellt.

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo) und stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sprach sich dennoch für die von Hoppe vertretene „klare und puris-



Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein: Klares Bekenntnis zu Therapiefreiheit und Therapieverantwortung. Foto: Erdmenger/ÄkNo

in der Gesetzlichen Krankenversicherung gestoppt werde. Doch seien die derzeit vorliegenden Gesetzespläne „unausgegoren“. Hansen kritisierte zum Beispiel, „dass auf diese Art und Weise nicht eine Mark zusätzlich ins System kommt“. So sei vorherzusehen, dass die Programme auf eine „Behandlungsoptimierung zu Lasten Dritter“ hinausliefen. Dr. Helmut Gudat (Düsseldorf) befürchtet, dass die Disease-Management-Programme bis zu 70 Prozent der Budgetanteile verbrauchen und so kaum mehr ein Drittel für die restliche Versorgung übrig bleibt.

Hansen meint, dass die Risikoselektion geradezu institutionalisiert wird durch Disease-Management-Programme, die zu Zwecken des Kassenwettbewerbs benutzt werden. Der KVNo-Vorsitzende forderte einheitliche, kollektivvertragliche Regelungen unter Einbeziehung der Ärzteschaft. „Wir fordern die Mitwirkung der verfassten Ärzteschaft“, unterstrich Angelika Haus (Köln). Rudolf Henke MdL (Eschweiler) bezeichnete es als „Aberwitz“, die Regeln für Disease-Management-Programme von Institutionen des Staates oder der Krankenkassen setzen zu lassen. Ärztinnen und Ärzte dürften nicht zu „Erfüllungsgehilfen auf dem Exerzierplatz der Krankenkassen oder der Politik“ gemacht werden. Daher sei auch Hoppes Vorschlag einer „Urabstimmung“ richtig.

Novelle der Weiterbildungsordnung

Über die Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) auf Bundesebene berichtete der Vorsitzende der Weiterbildungsgruppen der ÄkNo, Dr. Dieter Mitrenga. Der 101. Deutsche Ärztetag habe einen Auftrag zur Novellierung der MWBO erteilt. Als Ziele wurden definiert: Mehr Transparenz, Flexibilität und Zeugnissehrlichkeit, die Ermöglichung berufsbegleitender Weiterbildung, die Überprüfung der Regelungsdichte und EU-Kompatibilität.

Finanzen weiter stabil

Haushalt 2001 verabschiedet

Auch im Jahr 2002 bleiben die Kammerbeiträge unverändert – abgesehen von der Umstellung auf den Euro. Das sagte der Verbindungsmann des Vorstandes zum Finanzausschuss, Dr. Leonhard Hansen (Alsdorf), vor der Kammerversammlung. Der Haushalt werde auf dem seit mehr als 10 Jahre festliegenden Niveau fortgeschrieben, die Beitragsstabilität auch durch die Finanzierung des Neubauprojekts „Haus der Ärzteschaft“ nicht unterbrochen. Gewisse Unsicherheiten resultierten aus Gesetzesänderungen im Bereich der Qualitätssicherung. Das Engagement in der Qualitätssicherung solle jedoch aus politischen Gründen aufrecht erhalten werden. Die Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein bringen den Kammerbeitrag weiter „in hoher Solidarität“ und „unprätentiös“ auf – nämlich ohne obligatorische Vorlage eines Steuerbescheides, wie Hansen berichtete.

Den vom Vorstand vorgelegten Haushaltsentwurf 2002 für Ärztekammer und Nordrheinische Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung verabschiedete die Kammerversammlung einstimmig. Auf Antrag des Vorsitzenden des Finanzausschusses, Fritz Stagge (Essen), nahmen die Delegierten darüber hinaus den Jahresabschluss der Ärztekammer Nordrhein für das Haushaltsjahr 1999 entgegen und entlasteten einstimmig den Kammervorstand für das Haushaltsjahr 1999.

RhÄ



*Dr. Dieter Mitrenga,
Vorsitzender der
Weiterbildungsgremien
der Ärztekammer
Nordrhein:
Harte Arbeit an der
Weiterbildungsnovelle.
Foto: Erdmenger/ÄkNo*

Der 103. Deutsche Ärztetag einigte sich nach Mitrengas Worten auf die Qualifikationsebenen Facharzt, Schwerpunkt und Bereich, die es auch bisher schon gibt. Neu wird der Befähigungsnachweis sein, der parallel zur Weiterbildung oder berufsbegleitend erworben werden kann. „Die berufsbegleitende Weiterbildung war ein besonderes Anliegen unserer Kammer“, betonte Mitrenga. Wegfallen werden künftig fakultative Weiterbildung und Fachkunden. Die Zusatzbezeichnungen sollen nach einem sogenannten „Menü-Modell“ neu geordnet werden: Die Inhalte werden gegliedert

in Basiskenntnisse und einzelnen Gebieten zugeordnete Kenntnisse; zum Erwerb einer Zusatzbezeichnung müssen gebietsfremde Kenntnisse dann nicht mehr erlernt werden müssen.

Ein Kernelement der künftigen MWBO ist das neue Verständnis der „Facharztkompetenz“. Die Gebiete werden weiterhin mit allen dazu gehörenden Kompetenzen abschließend definiert sein. Die „Facharztkompetenz“ wird in Zukunft jedoch lediglich eine – wenn auch wesentliche – Teilmenge des Gebietes sein und obligatorische Kenntnisse für alle Ärztinnen und Ärzte dieser Fachgruppe beschreiben. Darüber hinaus können innerhalb der Gebietsgrenzen ergänzend bestimmte Kompetenzen individuell erworben werden (zum Beispiel in Schwerpunkten oder Bereichen). Bestimmte spezielle Inhalte müssen dagegen nicht mehr alle Ärztinnen und Ärzte der Fachgruppe im Laufe der Regelweiterbildung erlernen (siehe hierzu auch *Rheinisches Ärzteblatt Juni 2000, Seite 16, im Internet abzurufen unter [www.aekno.de/Rheinisches Ärzteblatt/ArzteblattArchiv](http://www.aekno.de/Rheinisches_Arzteblatt/ArzteblattArchiv)*).

Der 104. Deutsche Ärztetag hat in diesem Jahr den sogenannten Paragraphenteil einer neuen MWBO verabschiedet. Die im Jahr zuvor verabschiedete Grundstruktur ist von den Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer konkretisiert und im Paragraphenteil (Abschnitt A) formuliert worden. Damit ist die Basis vorhanden, um die Details der einzelnen Weiterbildungsgänge zu erarbeiten (Abschnitte B und C). Diese Arbeit läuft zur Zeit in den Weiterbildungsgremien auf Bundes- und Landesebene. Aktuell werde zum Beispiel über die Inhalte von 31 Gebieten diskutiert, berichtete Mitrenga. Die komplette MWBO wird voraussichtlich auf dem übernächsten Ärztetag im Jahr 2003 verabschiedet werden.

Im Rahmen der Weiterbildungsnovelle auf Bundesebene soll nach einem Beschluss der Kammerversammlung auch die Facharztbezeichnung „Fachärztin/Fach-

arzt für Kinderheilkunde oder Kinderärztin/Kinderarzt“ geändert werden in „Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinder- und Jugendärztin/Kinder- und Jugendarzt“.

Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“

Die Kammerversammlung verabschiedete auch eine Erweiterung der aktuellen nordrheinischen Weiterbildungsordnung. Die Mehrheit entschied sich nach ausführlicher und kontroverser Diskussion für die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ entsprechend der MWBO. Mitrenga betonte die enorme berufspolitische Bedeutung der allgemeinen und der speziellen Schmerztherapie „insbesondere auch im Hinblick auf den breiten Raum, den die Diskussion um Sterbebegleitung einnimmt“. Die Medizin besitze heute hervorragende Möglichkeiten auf dem Gebiet der Schmerztherapie. Da erscheine es paradox, dass der Ruf nach aktiver Sterbehilfe nicht verstumme und mit unerträglichen Schmerzen und deren Nicht-Beherrschbarkeit begründet werde. Darüber hinaus spiele die Schmerztherapie – die allgemeine wie die spezielle – eine wichtige Rolle in der Palliativmedizin und in der Hospizbewegung.

Die Qualifikation der speziellen Schmerztherapie sei erforderlich als „zweite Säule der Schmerztherapie“ für eine vergleichsweise kleine Zahl von Patienten, bei denen die allgemeine Schmerztherapie nicht ausreicht. „Bei der speziellen Schmerztherapie handelt es sich um ein Paradebeispiel multidisziplinärer Kooperation“, sagte Mitrenga. So seien in einer Schmerzkonferenz Ärztinnen und Ärzte vertreten, in deren Gebiet die Grunderkrankung fällt, sowie Anästhesisten, Psychosomatische Mediziner, Psychologen, Neurologen, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Onkologen, Strahlentherapeuten et cetera. In diesem Weiterbildungsgang lernt man die vielfältigen Möglichkeiten der „Speziellen Schmerztherapie“. Anhand ihrer Richtlinien wird deutlich, dass es sich um andere Inhalte als bei der allgemeinen Schmerztherapie handelt.

Änderung der Berufsordnung

Die Kammerversammlung verabschiedete einstimmig eine Änderung der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte. Es ging dabei vor allem um die Themen Werbung, Praxisverbund und die Richtlinie zur Durchführung der assistierten Re-



*Dr. Arnold Schüller,
Vizepräsident der Ärztekammer
Nordrhein:
Die nächste Novelle der
Berufsordnung wird bereits
vorbereitet. Foto:
Erdmenger/ÄkNo*

produktion, wie der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Arnold Schüller, den Delegierten erläuterte.

Die Änderungen zur Werbung und zum Praxisverbund entsprechen nach Schüllers Worten den Beschlüssen des 103. Deutschen Ärztetages (siehe dazu *Rheinisches Ärzteblatt Juli 2000, Seite 15, abzurufen auch im Internet unter [www.aekno.de/Rheinisches Ärzteblatt/ArztblattArchiv](http://www.aekno.de/Rheinisches_Arztblatt/ArztblattArchiv)*). Die Vorschriften seien auf dem Ärztetag intensiv diskutiert worden. Heute würden sie – nicht zuletzt aufgrund der Rechtsprechung – auf Bundesebene bereits wieder überarbeitet. Hinsichtlich der Werbevorschriften sei eine Tendenz von Bundesgerichtshof und Bundesverfassungsgericht erkennbar, dem Informationsinteresse der Öffentlichkeit eine zunehmende Bedeutung beizumessen. „Wir können davon ausgehen, dass wir schon bald ganz neue Vorschriften zu beschließen haben werden“, sagte Schüller.

Auch der Berufsordnungsausschuss der Kammer beschäftigte sich bereits mit der nächsten Novelle der Berufsordnung. Zunächst seien dennoch die Beschlüsse des Ärztetages umzusetzen, um eine kontinuierliche und bundesweit einheitliche Fortentwicklung der Berufsordnung zu gewährleisten. Die (Muster-)Berufsordnung sieht unter anderem vor, dass die Angabe „hausärztliche Praxis“ auf dem Praxisschild stehen darf. Der Antrag, abweichend von der Bundes-Regelung auch „fachärztliche Praxis“ auf das Praxisschild schrei-

ben zu dürfen, wurde an den Vorstand überwiesen. Die geänderte Berufsordnung wird in einer späteren Ausgabe des *Rheinischen Ärzteblattes* im Wortlaut veröffentlicht werden.

Änderung der Notfalldienstordnung

Nach ausführlicher Diskussion verabschiedete die Kammerversammlung bei nur einer Gegenstimme die Neufassung der Gemeinsamen Notfalldienstordnung von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein. Als Vorsitzender des Ausschusses „Ärztlicher Notfalldienst“ der Ärztekammer Nordrhein erläuterte Dr. Dietrich Rohde die wesentlichen Neuerungen.

Im Interesse einer guten Qualität der Patientenversorgung müssten gut weiter- und fortgebildete und besonders erfahrene Ärzte den Notdienst verrichten. Denn bei dieser Tätigkeit sind nach Rohdes Worten ungleich schwierigere Situationen zu bewältigen als in Praxis oder Klinik mit all den dort vorhandenen Möglichkeiten. Deshalb sind die Qualitätsvoraussetzungen für die Antragsteller zur Aufnahme in das Vertreterverzeichnis erhöht worden.

Gefordert werden jetzt drei Jahre praktische klinische Tätigkeit als Arzt unter Aufsicht eines zur Weiterbildung befugten Arztes und ausreichende deutsche Sprachkenntnisse; zur Teilnahme an einem fachgebietsbezogenen Notfalldienst ist eine mindestens dreijährige Weiterbildung im jeweiligen Fachgebiet erforderlich. Ins Vertreterverzeichnis wird künftig auch nur eingetragen, wer den Kurs „Arzt im Rettungsdienst“ (nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 der Richtlinie der Ärztekammer Nordrhein über die Eignungsvoraussetzungen für die im Rettungsdienst mitwirkenden Ärztinnen und Ärzte) nachweist.

Eine weitere wichtige Neuerung ist die Einführung des ärztlichen Notfalldienstes am Freitagnachmittag ab 13 Uhr. Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer halten das aus Sicherstellungsgründen für erforderlich. Die vom NRW-Gesundheitsministerium geäußerten Bedenken dürften nach Rohdes Worten auf dem Missverständnis beruhen, dass die Vertragsärzte eine Leistungseinschränkung beabsichtigen. Das Gegenteil sei der Fall: „Es wird künftig für die Bürger leichter sein, am Freitagnachmittag einen Arzt zu finden“, sagte Rohde.

Die neue Notfalldienstordnung soll am 1. Januar 2002 in Kraft treten. Voraussetzung ist die Zustimmung der Vertreterversammlung der KVNo Ende November.



Dr. Dietrich Rohde, Vorsitzender des Ausschusses „Ärztlicher Notfalldienst“ der Ärztekammer Nordrhein: Für eine hohe Qualität des ärztlichen Notfalldienstes.

Foto: Erdmenger/ÄkNo

An den Vorstand überwiesen wurde der Antrag, bei der Bundesärztekammer folgenden Beschluss zu beantragen: „Das Deutsche Ärzteblatt soll ab dem 1.1.2002 sämtliche medizinisch-inhaltlichen Artikel einem Peer-Review-Verfahren unterziehen.“

Der Bericht der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler für die Zeit vom 1. Oktober 2000 bis zum 30. September 2001, der bei der Kammerversammlung vorgelegt wurde, wird in einem späterem Heft zu lesen sein.

Die **Rentenbemessungsgrundlage** der Nordrheinischen Ärzteversorgung für das Geschäftsjahr 2002 und die **Versorgungsabgaben** werden in unserem Januar-Heft unter „Amtliche Bekanntmachungen“ veröffentlicht.

Änderungen der **Gebührenordnung** und von **Entschädigungsordnungen** dienen der Umstellung auf den Euro.

Die Einführung von **Gebühren für die Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen** und für Zertifikate lehnte die Kammerversammlung ab.

Die Delegierten der Kammerversammlung nahmen einen Bericht von Kammer-Verwaltungsdirektor Klaus Schumacher über den aktuellen Stand des Projektes „Haus der Ärzteschaft“ entgegen, das die Kammer gemeinsam mit Kassenärztlicher Vereinigung, Ärzteversorgung und Fortbildungsakademie errichtet.

Die Kammerversammlung wählte die **Delegierten und Ersatzdelegierten der Ärztekammer Nordrhein für den 105. Deutschen Ärztetag**, der vom 28. bis 31. Mai 2001 in Rostock stattfinden wird.

RhÄ