

Die Regierung der Großen Koalition hat in ihrer inneren Lähmung die Chance gründlich verpasst, das Gesundheitswesen in Deutschland zukunftsfest zu machen.“ – Das sagte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, in seinem „Bericht zur Lage“ bei der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 17. März in Düsseldorf. Die jüngste Gesundheitsreform sei ein weiterer Schritt zur Destabilisierung eines Systems der medizinischen Versorgung, um dessen Qualität Deutschland derzeit noch von vielen anderen auch europäischen Ländern beneidet werde. „Doch inzwischen ist unser freiheitliches System akut gefährdet durch den staatlichen Zentralismus und Dirigismus, der mit jeder Gesundheitsreform der vergangenen Jahre penetranter geworden ist“, sagte Hoppe. Das erklärte Ziel, für eine nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu sorgen, ist nach den Worten des Präsidenten aufgrund miteinander nicht zu vereinbarender Ansätze der Koalitionspartner „total verfehlt worden“. Hoppe: „So entsteht ein Gebilde wie der Gesundheitsfonds. Er ist ein reines Spiegelbild der gesundheitspolitischen Koalitionsstatik. Niemand weiß, ob er etwas nützen wird. Fest steht, dass ein bürokratisches Monstrum entsteht.“

Regulierung und Entmündigung

Hinter die Steuermittel für den Fonds, die das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vorsieht, sind nach Ansicht des Kammerpräsidenten „mehrere dicke Fragezeichen“ zu setzen. Er verwies auf die Streichung des erst kürzlich eingeführten Zuschusses aus der Tabaksteuer an die Gesetzliche Krankenversicherung, die zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen gedacht war, als Beispiel für die mangelnde Nachhaltigkeit der Gesundheitspolitik.

Das GKV-WSG werde auch nicht wie versprochen zu mehr Wettbewerb führen. „Denn wenn sich in dem Gesetz ein Motto erkennen lässt, dann heißt das nicht Wettbewerb und Freiheit, sondern Regulierung und Entmündigung der Selbstverwaltung, der Patienten und der Ärztinnen und Ärzte, oder kurz: Staatsmedizin“, sagte Hoppe.

Arztberuf unter Druck

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 17. März in Düsseldorf beschäftigte sich mit den Folgen der Gesundheitsreform und der politischen Diskussion über eine mögliche neue Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen.

von **Horst Schumacher**

Beispielsweise bedeute ein staatlich festgesetzter Einheitsbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen das Gegenteil von „Wettbewerbsstärkung. Mit der Zentralisierung der Kassen in einem „Spitzenverband Bund“ werde ein „Gigant“ entstehen, der darüber hinaus vom Gesetzgeber dazu ermuntert werde, im Rahmen selektiver Verträge Leistungen möglichst zu Dumpingpreisen einzukaufen. Hoppe: „Das wird die wohnortnahe ärztliche Versorgung ebenso wenig fördern wie der DRG-induzierte Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander.“

Demontage der Privaten Krankenversicherung

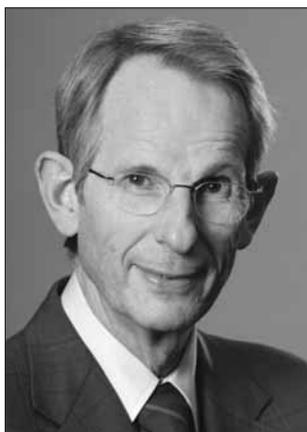
„Geradezu grotesk“ sei es, wenn nun das funktionierende Modell PKV Schritt für Schritt der GKV angeglichen wird. „Vergessen wir die Worthülse Wettbewerb. Die Wahrheit ist, dass das GKV-WSG den Weg in die Einheitsversicherung vorzeichnet. Und das bedeutet: Weitere Rationierung und Qualitätseinbußen. Da passt

Entschließung der Kammerversammlung ■ Schutz vor Passivrauchen

Die Ärztekammer Nordrhein fordert die Landesregierung NRW eindringlich auf, ein unmissverständliches Rauchverbot in allen öffentlichen Gebäuden und gastronomischen Betrieben zu erlassen. Passivrauchen ist eindeutig schwer gesundheitsschädlich. Nichtraucher müssen geschützt werden. Insbesondere die Beschäftigten in der Gastronomie haben einen Anspruch auf einen rauchfreien Arbeitsplatz.

es, dass der Gemeinsame Bundesausschuss, der die Rationierung umsetzen soll, immer strikter an die politische Kandare genommen wird“, sagte der Kammerpräsident. Für die PKV bestehe derzeit noch die Hoffnung, dass das Bundesverfassungsgericht die schädlichen Folgen der Regierungspolitik für die medizinische Versorgung in Deutschland abwenden könnte. In dem Basistarif sehen namhafte Staatsrechtler Verstöße gegen die Grundrechte der Versicherten und der Versicherungen.

Ungeachtet dessen sei die Kritik der Ärzteschaft und weiter Teile des Gesundheitswesens – begleitet von dem „Aufstand der Basis“, den Demonstrationen und öffentlichen Protesten des vergangenen Jahres – nicht ohne Wirkung geblieben. Hoppe: „Ich glaube, dass sich diese Anstrengungen gelohnt haben, auch wenn diesmal die Koalitionsräson gesiegt hat.“



Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer: Es wird keine Zeit gesundheitspolitischen Stillhaltens geben. Foto: Altengarten/ÄkNo

Korrekturen am Gesetz

Der Kammerpräsident verwies auf eine Reihe von Korrekturen am Gesetz, initiiert zum Teil von den Bundesländern und insbesondere von Nordrhein-Westfalen. Zum Beispiel ist der so genannte Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser um 300 Millionen Euro reduziert worden, das ist mehr als die Hälfte der zunächst vorgesehenen Summe. Dann gab es einige Vereinfachungen, damit der neue EBM bis Ende 2007 entwickelt werden kann.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hofft, dass ab dem Jahr 2009 die Vertragsärzte ein besseres Honorar für ihre Leistungen erwarten können. Die Bindung der vertragsärztlichen Vergütung an die Grundlohnsomme wird gelockert, allerdings ohne dass die Budgetierung vollständig aufgehoben wird. Damit wird die finanzielle Unterdeckung ärztlicher Leistungen aus der Vergangenheit zwar nicht behoben, aber immerhin reduziert. Hinzu kommt, dass das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übergehen wird.

Weiter werden die inhaltlichen Regelungen zum Fortbildungszertifikat der Krankenhausärzte zurückgenommen, der Gemeinsame Bundesausschuss legt nur noch ein Nachweisverfahren ohne inhaltliche Ausgestaltung der Fortbildung fest.

„An unserem Urteil über die verfehlte Grundausrichtung der Gesundheitspolitik ändert all dies nichts“, so Hoppe weiter, „wir können deshalb mit Inkrafttreten des Gesetzes nicht einfach zur Tagesordnung übergehen, es wird keine Zeit gesundheitspolitischen Stillhaltens geben.“ Bürger und Patienten werden nach seinen Worten auch künftig umfassend über die Folgen der Reform informiert, um so den notwendigen Druck auf die Politik aufrechterhalten zu können.

Elektronische Gesundheitskarte

Zur geplanten Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte verwies Hoppe auf die Beschlüsse der Kammerversammlung, insbesondere im November

**Entschließung der Kammerversammlung ■
Eingruppierung von Oberärzten und Weiterbildung**

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein kritisiert diejenigen öffentlichen Arbeitgeber, die die ordnungsgemäße Eingruppierung von Ärztinnen und Ärzten, insbesondere von Oberärzten verweigern. Die Eingruppierungsrichtlinien besagen klar, dass unter anderem Ärzte, denen die medizinische Verantwortung in Teilbereichen übertragen worden ist, als Oberärzte gelten. Dazu müssen nach Auffassung der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein auch die Anleitung der sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Weiterbildungsbefugnis des Abteilungs-/Klinikleiters gezählt werden. Wenn nunmehr durch die Arbeitgeber bestritten wird, dass Oberärzten diese Funktion übertragen worden ist, um das Krankenhaus quasi zur „oberarztfreien Zone“ zu erklären, gefährden die betreffenden Krankenhäuser sowohl die Weiterbildungsermächtigung des Abteilungs-/Klinikleiters als auch gegebenenfalls ihre Zulassung als Weiterbildungsstätte. Nur in einer ordnungsgemäß strukturierten und kollegial geführten Abteilung/Klinik ist die Weiterbildung der nachfolgenden Ärztegenerationen reibungslos und wirtschaftlich umsetzbar.

**Entschließung der Kammerversammlung ■
Regierungsentwurf für ein Gewebegesetz (BT-Drs. 16/3146)**

Die Ärztekammer Nordrhein weist auf die schon frühzeitig formulierten Bedenken gegen die im Gesetzentwurf (ausgehend von der EU-Geweberichtlinie) angelegte Kommerzialisierung der Gewebeerarbeitung, die drohende Bürokratisierung, die Verwerfungen zu Lasten der nicht-kommerziellen Organspende, insbesondere aber auch gegen die undifferenzierte Unterstellung der Gewebespende unter das Arzneimittelgesetz.

Die Ärztekammer Nordrhein sieht daher die Notwendigkeit, die Bundesärztekammer als Integrationsorgan der betroffenen medizinischen Fachkreise bei der Umsetzung der EU-Geweberichtlinie in nationales Recht maßgeblich zu beteiligen, um Einvernehmen der Ärzteschaft mit den zuständigen Bundes- und Landesbehörden gemäß dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zu erarbeiten.

Ausgehend von der Stellungnahme des Bundesrates werden hier zwei alternative Möglichkeiten zur Neustrukturierung der Umsetzung der Geweberichtlinie dargestellt:

A) Sachgerecht wäre – wie vom Bundesrat gefordert – die Umsetzung der Geweberichtlinie im Rahmen eines eigenständigen Gewebegesetzes und eines Fortpflanzungsmedizingesetzes mit klaren Regelungen für die Schnittstellen insbesondere zum TPG, AMG und TFG; bei Überschneidungen könnte jeweils auf Regelungen aus diesen Gesetzen verwiesen werden.

B) Soll die im Regierungsentwurf angelegte Umsetzung der Geweberichtlinie im Rahmen der bestehenden Gesetzgebung in Form eines Artikelgesetzes mit Änderungen im Wesentlichen des AMG, TFG und TPG beibehalten werden, müssten die bereits von der Bundesärztekammer formulierten kritischen Punkte überarbeitet werden.

2006 (siehe auch *Rheinisches Ärzteblatt* Dezember 2006, Seite 11, im Internet unter www.aekno.de). „Wir haben uns klar und eindeutig dazu bekannt, die Gestaltung der neuen Technik ärztlich und aus Sicht des Patienten eng zu begleiten“, so der Kammerpräsident. Die berechtigten Sorgen, die sich viele insbesondere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte machen, fänden sich in der Beschlusslage der Kammer wieder: Die Vertraulichkeit der Arzt-Patient-Beziehung müsse ebenso gewährleistet sein wie die Praktikabilität im Alltag. „Nicht zuletzt muss die Kostenfrage fair geregelt werden“, unterstrich Hoppe, „es kann nicht angehen, dass die Ärztinnen und Ärzte die Zahlmeister der Telematik werden, während andere profitieren.“

Als „empörende Vorgänge“ kritisierte Hoppe, dass öffentliche Arbeitgeber Ärztinnen und Ärzten vielfach die ordnungsgemäße Eingruppierung nach den neuen arzt-spezifischen Tarifverträgen verweigern, insbesondere Oberärzten. Dies sei „bezeichnend für den mangelnden Respekt vor den Leistungen und der Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte, der in Deutschland um sich greift.“

Im Wortlaut findet sich die Rede des Kammerpräsidenten im Internet unter www.aekno.de, Rubrik KammerArchiv. RhÄ

Neue Aufgabenteilung mit anderen Gesundheitsberufen?

Einen eigenen Tagesordnungspunkt hatte die Kammerversammlung dem Thema „Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen Gesundheitsberufen“ gewidmet. Referentin war die Allgemeinmedizinerin Professor Dr. Gisela Fischer, Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sie berichtete, dass der Rat

das Thema im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums bearbeitet. Die Beratungen sind derzeit noch nicht abgeschlossen. Aus dem Vortrag von Fischer wurde deutlich, dass die Sachverständigen das Thema in vielen Punkten kontrovers diskutieren. Fischer sprach daher überwiegend aus ihrer eigenen, ärztlich geprägten Perspektive. Für die Ärzteschaft sei die laufende Diskussion eine Chance, sich mit Fragen der Identität des Arztberufes zu beschäftigen und die eigenen Positionen auch nach außen hin wirkungsvoller darzustellen.

Instrument zur Kosteneinsparung

Die Politik geht nach Fischers Eindruck von der „etwas mechanistischen“ Vorstellung aus, dass eine Verlagerung von Aufgaben vom Arzt auf andere Gesundheitsberufe ein geeignetes Instrument zur Kosteneinsparung sei. Gleichzeitig verfolgten die Gesundheitsberufe zum Teil jedoch „ganz andere, sehr weit reichende Visionen“. Diese liefen weit überwiegend auf eine „Ausweitung der bisherigen Tätigkeiten und Kompetenzen“ und eine „Akademisierung“ dieser Berufe hinaus – etwa der Physiotherapie oder der Pflege. Solche Vorstellungen unterstellten überwiegend einen Versorgungsbedarf, der eine Ausweitung der derzeitigen Aufwendungen bedeute, ohne dass er sich durchgängig belegen ließe.

„Andererseits wird es bald eine große Zahl von akademisch gebildeten Vertretern der Gesundheitsberufe geben, dieses Rad werden wir nicht mehr zurückdrehen können“, sagte Fischer voraus. So spreche die Präsidentin des Deutschen Pflegerates, Marie-Luise Müller, von dem „schlafenden Löwen der Pflege, der also nun auf den Markt drängt“. Nach Fischers Ansicht sollte eine „bewährte Verteilung von Versorgungsaufgaben“ so lange aufrechterhalten werden, bis Alternativen nachweislich überlegen sind.

Abbau von Versorgungsdefiziten

Die Begründung einer neuen Aufgabenverteilung müsse sich herleiten lassen aus dem Abbau derzeitiger Versorgungsdefizite sowie besserer Qualität und Wirtschaftlichkeit – „und zwar mit Blick auf die gesamte Versorgungskette und nicht nur auf einzelne Maßnahmen“. Reformbedarf sieht Fischer bei der Ausrichtung der Versorgung auf akute Krankheiten, „während chronische Leiden das Krankheitsspektrum dominieren“. Auch sieht sie ein Defizit hinsichtlich Umfang und Anerkennung präventiver und rehabilitativer Leistungen – und dieses Problem potenziere sich durch die demographische Entwicklung. Defizitär sei nach wie vor auch die Versorgung an den strukturellen Schnittstellen. Schließlich wies Fischer darauf hin, dass sozioökonomisch besser gestellte Schichten auch in einem besseren Gesundheitszustand sind als schlechter gestellte Schichten.

Fischer forderte eine „kontinuierliche und kritische Auseinandersetzung mit dem Konzept der Bestimmung des Versorgungsbedarfs“. Nach ihren Worten fehlt weit überwiegend eine „belastbare empirische Basis“ für die Umsetzung neuer Kooperationsmodelle für die Gesundheitsberufe. Beispielsweise fordere die Pflege eine „strukturelle Aufbesserung ihres Status“, ohne hinreichend durchdachte Modelle anzubieten.

„Es kann keine Vorhut vor dem Arzt geben“

Aus Sicht der Ärzteschaft sieht Fischer auch positive Aspekte einer möglichen neuen Aufgabenverteilung mit anderen Gesundheitsberufen. Als Beispiel nannte sie technik-nahe Leistungen, hier ist der Anästhesieassistent in der Diskussion. Dann gehe es um die Übernahme von Verrichtungen im Stationsdienst und um

Entschließung der Kammerversammlung

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Die Kammerversammlung ist über das Verfahren der Gesetzgebung zum GKV-WSG entrüstet und lehnt das Ergebnis dieses Gesetzgebungsverfahrens trotz etlicher im einzelnen noch erreichter begrüßenswerter Änderungen gegenüber den ursprünglichen Entwürfen in der Gesamtbewertung weiterhin ab.

Die wichtigste Aufgabe für eine solche Gesetzgebung wäre gewesen, die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine der demographischen Entwicklung angemessene Basis zu stellen. Dieses Ziel ist immer noch in weiter Ferne. Die Kammerversammlung wird genau verfolgen, wie die Ankündigung eines jährlich um 1,5 Mrd. Euro steigenden Bundeszuschusses zu den Gesetzlichen Krankenkassen eingelöst wird.

Die Kammerversammlung kritisiert, dass das Gesetz den Raum für Bürgerentscheidungen im Gesundheitswesen zurückdrängt. Es stellt zahlreiche Weichen in Richtung Bevormundung und Staatsmedizin. Dafür sorgen unter anderem die Zentralisierung der Krankenkassen, die Herausnahme der Krankenkassen aus dem Kartellrecht mit dem Ergebnis dauerhaft geschwächten Wettbewerbs, der wenn auch abgebremste Umbau des Gemeinsamen Bundesausschusses in Richtung Behörde, zentralistisch verfügte Beitragssätze, Schwächung der PKV durch Einführung eines Basisstarifes und schematische Sparmaßnahmen wie die pauschalen Budgetkürzungen für die Krankenhäuser. Das Gesetzgebungsverfahren war eine Zumutung für frei gewählte Abgeordnete mit der Bereitschaft und Fähigkeit zu einem eigenen Urteil und darf sich in dieser Form nicht wiederholen. Machtanspruch und Koalitionsdisziplin haben sich in etlichen Fragen über fachliche Erwägungen in der Sache hinweggesetzt. Besonders empört ist die Kammerversammlung über die Abwertung vieler gut und sachlich begründeter Einwände als Lobbyismus. Sie sieht darin eine Geringschätzung demokratischen Engagements um das Gesundheitswesen besorgter Bürgerinnen und Bürger.

Die Kammerversammlung sieht eine wichtige Aufgabe der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung darin, der Ärzteschaft die notwendigen Informationen über die Auswirkungen der beschlossenen Regelungen zur Verfügung zu stellen, damit die Ärzte in Klinik und Praxis den besorgten Patienten Rede und Antwort stehen und sie korrekt informieren können.

Die Kammerversammlung bewertet die zahlreichen ärztlichen Proteste während des Gesetzgebungsverfahrens als ein ermutigendes Zeichen für die Einsatzbereitschaft und das Engagement der Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis. Es ist jetzt an der Zeit, zwischen Körperschaften und Freien Verbänden eine gemeinsame Strategie abzustimmen, damit die Sicht der Ärzteschaft in künftigen Gesetzgebungsverfahren nicht nur zu Gehör sondern stärker als bisher zur Wirkung gelangt und einen Katalog mit Maßnahmen zu erarbeiten, die geeignet sind, dem ärztlichen Protest nicht nur im Wort sondern auch in Taten angemessen und mit Erfolg Ausdruck zu verleihen.

Aufgaben, die in einem „ambulanten multiprofessionellen Team“ von anderen Gesundheitsberufen – etwa in ländlichen Gebieten von einer Gemeindeschwester – übernommen werden können.

Der Ärzteschaft empfiehlt Fischer, sich mit den neuen Entwicklungen intensiv auseinanderzusetzen und „unabdingbar ärztliche Aufgaben“ zu formulieren „mit dem Hinweis darauf, dass nur mit medizinischer Ausbildung angemessene Lösungen erfolgen können“. Als Beispiele nannte sie die „Erstkontakte“ mit Patienten in verschiedensten Situationen, etwa Notfallambulanzen. Dort sollte nach Fischers Plädoyer „nicht zugelassen werden, dass der Pfleger sozusagen schon mal die Anamnese erhebt“. Ein Grundsatz muss laut Fischer lauten: „Das erste Gespräch am Krankenbett mit dem neu Aufgenommenen in der Ambulanz, oder wo auch immer, muss der Arzt führen. Der erste Hausbesuch bei einer neuen Krankheitslage kann nicht an Schwester Agnes delegiert werden – meines Erachtens kann es in der Medizin keine Vorhut vor dem Arzt geben.“

Gleichzeitig sieht die Expertin Raum für die Delegation zusätzlicher Aufgaben an qualifizierte Gesundheitsberufe. Beispielsweise aufgrund der technologischen Entwicklung müssten bestimmte Aufgaben nicht mehr unbedingt vom Arzt erledigt werden, der so „kostbare Arbeitskapazitäten“ für den Patienten gewinnen könne. In der politischen Argumentation komme es darauf an, durch Delegation frei werdende Zeit für die ärztliche Arbeit am Patienten zu erhalten „und sie nicht in den Rationalisierungsbestrebungen untergehen zu lassen.“ Der Arzt könne so seine Rolle als Leitfigur des einzelnen Patienten im Dschungel der medizinischen Versorgung ausbauen.

Fischer betonte die große Bedeutung des individuellen Patientengesprächs und den Wert der medizinischen Indikation, was jedoch in der gesundheitspolitischen und möglicherweise auch in der gesellschaftlichen Wertung immer weniger gelte. Sie beobachtet „einen dramatischen Umbruch im Umgang mit medizinischem Lösungspotential“ bis hin zu einer Situation, in der „fast jede medizinische Maßnahme vor den Rationierungsbestrebungen des jeweiligen politischen Umfeldes gerechtfertigt werden muss.“ Ziel der Ärzteschaft müsse es sein, den „unmittelbaren Zugang zur Persönlichkeit des Kranken, zu seinen Vorstellungen und Erwartungen“ zu behalten. Dagegen warnte sie vor einem Konzept, das „sozusagen die hohe Technik dem Arzt lässt und die leidige Auseinandersetzung mit dem Patienten oder gar seinen Angehörigen anderen zuweist“.

Sand ins Getriebe streuen?

In der Diskussion zum Lagebericht des Präsidenten und dem Referat von Gisela Fischer sagte Dr. Lothar Rütz (Köln), durch den ärztlichen Widerstand sei der „Zug zur Staatsmedizin“ nur verlangsamt, aber nicht aufgehalten worden. Unterstützt von den ärztlichen Körperschaften sollen nach seiner Meinung Überlegungen angestellt wer-



„Unabdingbar ärztliche Aufgaben formulieren“ – Professor Dr. Gisela Fischer, Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Foto: Privat

den, wie sich „Sand ins Getriebe dieser Politik streuen“ lässt – „nicht nur durch starke Worte sondern unter Umständen durch starke Taten“. Rudolf Henke (Aachen) plädierte für „eine viel stärkere Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten in den Strukturen der Politik“. Die Ärzteschaft müsse als „Gestalter“ auftreten und der Politik Antworten geben, die auch aus deren Blickwinkel betrachtet Problemlösungen darstellen. Bei den Kolleginnen und Kollegen mahnte Henke verstärkte Dialogbereitschaft „mit anderen in der Gesellschaft vorhandenen Interessen“ an. Angesichts der harschen Kritik am GKV-WSG fragte Dr. Heinrich Antz (Köln) nach

einem besseren gesellschafts- und sozialpolitischen Konzept der Ärzteschaft. „Wer sich nicht mit seinen Visionen und Erfahrungen in die Diskussion einmischt, darf sich zumindest später nicht lauthals über das Ergebnis beklagen“, sagte Antz.

Angelika Haus (Köln) sagte, dass die ärztlichen Körperschaften und Verbände sehr wohl über visionäre wie auch konkrete gesundheitspolitische Vorstellungen verfügen und diese auch ins jüngste Gesetzgebungsverfahren eingebracht haben. „Die sind auch alle gehört, aber nicht umgesetzt worden. Wenn die Politik es nicht hören will, weil es nicht in ihr Konzept passt, dann können Sie sich anstrengen wie sie wollen“, sagte Haus. Eine differenziertere Argumentation seitens der Ärzteschaft wünscht sich Rainer Kötzle (Aachen): „Sie muss Alternativen und Konzepte vorlegen, die nicht nur den Ärzten gefallen, sondern die allen Beteiligten die Überzeugung geben, dass das der richtige Weg in der Versorgung ist.“ Kötzle warnte vor einer Protesthaltung, die unter einer großen Koalition aussichtslos sei. Er begrüßte, dass mit dem GKV-WSG der „freie Vertragswettbewerb außerhalb der Körperschaften“ gestärkt worden sei. Für eine große Arztgruppe wie die Hausärzte bedeute es „mehr Freiheit in der beruflichen Gestaltung“, wenn sie unabhängig von anderen Beteiligten kollektivvertraglich Verträge mit den Krankenkassen schließen könne. Dr. Carsten König (Düsseldorf) wies darauf hin, dass selektive Verträge den Kassen die Möglichkeit eröffnen könnten, Risikoselektion zu betreiben.

Einheitliche Normsetzung auf Bundesebene

Präsident Hoppe berichtete vor der Kammerversammlung, dass derzeit neue Wege der bundesweit einheitlichen Normsetzung im Satzungsrecht der Ärztekammern diskutiert werden, insbesondere im Hinblick auf das Berufsrecht und das Weiterbildungsrecht. So ha-

be der Gesetzgeber in der Begründung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bestimmte Regelungen damit begründet, dass das Berufsrecht in den Ländern unterschiedlich sei. Ein ähnliches Problem gibt es im Weiterbildungsrecht. Auch hier existieren Differenzen, die eine komplikationslose Wanderung innerhalb Deutschlands erschweren. So sehen einige Weiterbildungsordnungen in den Ländern das Fach Innere Medizin vor, während andere ausschließlich die Spezialisierungen der Inneren Medizin als Fächer kennen.

Hoppe äußerte die Sorge, dass eine fortschreitende Tendenz zur Heterogenität im Weiterbildungsrecht einen Kompetenzverlust der Ärztekammern nach sich ziehen könnte. Die Weiterbildung habe inzwischen dermaßen große Bedeutung für die ärztliche Qualifikation erlangt, dass der Bundesgesetzgeber sie möglicherweise als Bildungsrecht ansehen und damit die Gestaltungscompetenz für sich reklamieren könnte. Derzeit werde eine Vielzahl von Lösungsmöglichkeiten diskutiert, wie der Präsident berichtete. Sie reichen von intensiveren Appellen an die Landesärztekammern zur Übernahme der vom Deutschen Ärztetag verabschiedeten Mustersatzungen bis hin zur frühzeitigeren und engeren Einbeziehung der Ärztekammern bei der Erarbeitung der Satzungswerke. Auch eine einheitliche Abstimmung der einzelnen Ärztekammern auf dem Deutschen Ärztetag mit einem Stimmführer wie heute bereits bei der Verabschiedung des Haushaltes der Bundesärztekammer ist in der Diskussion.

Änderung der Berufsordnung

Eine Änderung der Berufsordnung erläuterte der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein und Vorsitzende des Ausschusses „Berufsordnung“, Dr. Arnold Schüller. Durch veränderte Vorschriften zu den in der jüngsten Berufsordnungsnovelle im § 18 zugelassenen Teilberufsausübungsgemeinschaften wurde klargestellt, dass auch diese an § 31 der Berufsordnung (Zuweisung gegen Entgelt) gebunden sind. Rein gewinnbezogene Teilberufsausübungsgemeinschaften, in denen zum Beispiel die Veranlassung von Laborleistungen und bildgebenden Diagnoseverfahren zu einer Gewinnbeteiligung der zuweisenden Ärzte führen, sollen mit der neuen Regelung unterbun-



Dr. Arnold Schüller, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, erläuterte eine Änderung der Berufsordnung. Foto: Altengarten/ÄkNo

den werden. Die neue Regelung wird nach Genehmigung durch das Aufsichtsministerium in einem der nächsten Ausgaben des *Rheinischen Ärzteblattes* unter „Amtliche Bekanntmachungen“ veröffentlicht.

Zentrenbildung und ärztliche Weiterbildung

Über die Auswirkungen der Zentrenbildung, etwa der zunehmenden Zahl von Brustzentren, auf die ärztliche Weiterbildung referierte der Geschäftsführende Arzt der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Robert Schäfer. Er warb dafür, dass bei der Entwicklung neuer Strukturen der Versorgung wie zum Beispiel der Zentren „ärztliche Weiterbildung als Kernreserve des Gesundheitswesens respektiert wird“. Andernfalls werde es mittel- und langfristig zu einem Mangel an qualifizierten Ärztinnen und Ärzten kommen, den zu beheben mehrere Jahre in Anspruch nehmen würde. Es gelte, einer solchen Mangelsituation rechtzeitig vorzubeugen – indem die Anforderungen der Weiterbildung in neuen Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden oder indem eine angepasste Weiterbildungsordnung neue Wege der Weiterbildung und neue ärztliche Berufsbilder erschließt.

Der Begriff des Zentrums sollte nach Schäfers Auffassung an nachvollziehbaren wissenschaftlichen Kriterien ausgerichtet sein. Derzeit verbergen sich hinter diesem Begriff höchst unterschiedliche Einrichtungen – vom Zentrum der Maximalversorgung bis hin zu Organisationsformen einfacher Grundversorgung. In der Bevölkerung verbinde sich mit dem Begriff die Erwartung einer besseren medizinischen Behandlung: „Einem Zentrum wird a priori eine höhere medizinische Kompetenz zugeschrieben.“ Schäfer sagte, dass in einer sich rasch wandelnden und immer stärker vernetzten Medizin für komplizierte Krankheitsbilder besondere Organisationsformen erforderlich sind, um eine dem aktuellen Wissensstand entsprechende Diagnostik und Therapie zu gewährleisten. Zentrenbildung erfolge aber häufig unter ökonomischen Aspekten. Um einen Missbrauch des Begriffs zu Werbezwecken in einem harten Verdrängungswettbewerb zu verhindern, müssten für Patienten wie zuweisende Ärzte verlässliche Entscheidungskriterien offen gelegt werden.



Dr. Robert Schäfer, Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein: Ärztliche Weiterbildung als Kernreserve des Gesundheitswesens respektieren. Foto: Altengarten/ÄkNo

Entschließung der Kammerversammlung ■ Zentrenbildung – Weiterbildung

Die Zentrenbildung in der Medizin basiert auf der Umsetzung medizinischer Leistungen durch qualifiziert weitergebildete Ärzte mit dem Ziel verbesserter Qualität sowohl der Patientenversorgung als auch organisatorischer Abläufe. Auch vor diesem Hintergrund darf Weiterbildung in Zentren nicht ökonomischen oder versorgungstechnischen Aspekten untergeordnet werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch zukünftig Ärzte im Rahmen des Versorgungsauftrages qualifiziert weitergebildet werden.

Die Ärztekammer Nordrhein fordert (gemeinsam mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe), dass bei der Zentrenbildung dem Aspekt der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten angemessen Rechnung getragen wird. Differenzierten Versorgungsaufträgen muss durch Verbund-Weiterbildungen im Interesse einer möglichst breit angelegten Weiterbildung Rechnung getragen werden.