

6. Ärztliche Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung

Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten

Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ unter Vorsitz von Herrn Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, und stellvertretendem Vorsitz von Herrn Prof. Dr. Eggert Beleites, Präsident der Landesärztekammer Thüringen, versteht sich als ein Gremium für die Beziehungspflege und Abstimmung zwischen den verfassten Organen der Hochschulkliniken und der Ärzteschaft. Außerdem werden Inhalte und Möglichkeiten der ärztlichen Ausbildung fortlaufend kritisch begleitet und ggf. Änderungsbedarf daraus abgeleitet.

Obwohl ein Entwurf zur Novelle der „Approbationsordnung für Ärzte“ dem Bundesrat bereits seit seiner Verabschiedung durch das Bundeskabinett im Jahr 1997 zur Abstimmung vorlag, gelang es erst am 27.06.2002 die längst überfällige Novelle zu verabschieden. Stellungnahmen, u. a. der Bundesärztekammer und des Medizinischen Fakultätentages, hatten Eingang in diesen Gesetzentwurf gefunden. In mehrfachen mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen hatte Prof. Dr. Hoppe als Präsident der Bundesärztekammer die Öffentlichkeit und die jeweils amtierende Bundesgesundheitsministerin auf den drängenden Reformbedarf in der ärztlichen Ausbildung hingewiesen. Auch Prof. Dr. Schulze hatte wiederholt sowohl mit der Kultusministerkonferenz als auch mit der amtierenden Bundesgesundheitsministerin Kontakt aufgenommen, um auf die Dringlichkeit des Reformbedarfs hinzuweisen und einen untragbaren Kompromiss zwischen einer Reform des Medizinstudiums und kontraproduktiver Anpassung der Kapazitätsverordnungen zu verhindern. Am 01.10.2003 trat endlich eine neue Approbationsordnung in Kraft. Es ist somit erst im Jahr 2009 mit den ersten Ärztinnen und Ärzten zu rechnen, die die neue Ausbildung komplett durchlaufen haben. Die wesentlichen Charakteristika der Reform sind:

- Ausweitung und Verbesserung des praxisbezogenen Unterrichts insbesondere auch bei der Untersuchung von und Demonstration am Patienten
- die Möglichkeit, fächerübergreifend problemorientiert am Lehrgegenstand den Unterricht auszurichten sowie
- Einführung von Blockpraktika
- Einführung von Wahlfächern
- Straffung und Neuausrichtung des Prüfungswesens
- Einführung der Allgemeinmedizin als obligatorisches Lehrgebiet und ihre Einführung als mögliches Wahlfach im Praktischen Jahr
- stärkere Einbeziehung außeruniversitärer Einrichtungen.

Für den Unterricht in Form der Patientendemonstration ist künftig eine Gruppengröße von höchstens 6 Studierenden und für die direkte Untersuchung eines Patienten von höchstens 3 Studierenden vorgesehen. Für die Umsetzung dieser Vorgaben ist eine Reduzierung der Ausbildungskapazitäten von knapp 10 % vorzusehen. Die medizinischen Fakultäten erarbeiten derzeit kompetitive Lehrprofile im engen gegenseitigen Kontakt. Dabei werden assistiert durch die vom Medizinischen Fakultätentag gegründete „Präsidialkommission Hochschuldidaktik“ neue Wege sowohl in der Didaktik der Hochschulmedizin als auch in der Evaluation der Lehre beschritten. In zahlreichen Universitäten sind bereits neue Studienordnungen verabschiedet worden. Dabei ist ausdrücklich beabsichtigt, universitäre Prüfungen nicht von einem Multiple-Choice-System prägen und ausgestalten zu lassen, sondern praktische und mündliche Prüfungsformen zu bevorzugen.

Es ist zu erwarten, dass vergleichende Untersuchungen der Lehre an unterschiedlichen Hochschulstandorten und daraus abgeleitete Rankinglisten den Konkurrenzkampf zwischen den Hochschulstandorten erhöhen und zu Konzentrationen und Charakterisierungen, wie z. B. einer besonderen Praxisorientierung oder der Schaffung von Freiräumen für Forschungstätigkeiten, führen werden. Die neue Approbationsordnung stellt aber sicher, dass die Wechselmöglichkeiten auch zwischen unterschiedlichen Studienmodellen gesichert bleiben.

Zwar wurde seitens des Gesetzgebers eingeräumt, dass die Beibehaltung der AiP-Phase beim verbesserten Studium nach neuer Approbationsordnung entbehrlich sei. Die tatsächliche Abschaffung der AiP-Phase, wie sie von der verfassten Ärzteschaft gefordert wird, ist aber auch in diesem Reformschritt nicht enthalten gewesen. Durch die zunehmend bessere Verzahnung von theoretischen und praktischen Unterrichtsanteilen und die faktische Abschaffung der Niederlassungsmöglichkeit direkt nach dem Universitätsstudium durch die seit 1991 für eine KV-Zulassung erforderliche Facharztqualifikation muss aus Sicht der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages unverzüglich die notwendige Änderung der Bundesärzteordnung erfolgen, um die AiP-Phase abzuschaffen. Der Gesetzgeber plant nun, die AiP-Phase für Ärztinnen und Ärzte, die ihr Studium nach dem 1. Oktober 2004 beenden, abzuschaffen. Wer das Studium im Frühjahr 2004 abschließt, muss die AiP-Phase noch ableisten und zwar unabhängig davon, wann die berufliche Tätigkeit aufgenommen wird. Für diese Berufsanfänger sollen aber Finanzmittel, die in einer ebenfalls erst geplanten Spezialregelung des Krankenhausentgeltgesetzes festgelegt werden sollen, zur Verfügung gestellt werden. Diesen soll damit trotz AiP-Status die gleiche Vergütung ermöglicht werden wie Absolventen nach dem Stichtag 1. Oktober 2004. In bestehende AiP-Ausbildungsverträge kann seitens des Gesetzgebers aus tariflichen Gründen nicht eingegriffen werden, so dass alle bestehenden über den 1. Oktober 2004 hinausreichenden AiP-Verträge voraussichtlich ihre Gültigkeit behalten. Ein dementsprechender Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze ist am 16.6.2003 vorgelegt worden. Die tatsächliche Änderung der Bundesärzteordnung steht Mitte des Jahres 2004 in Aussicht. Insbesondere wegen der Besorgnis erregenden Entwicklung aktueller Ärztestatistiken mit einem bereits versorgungsrelevanten Rückgang der Arztzahlen, vor allem in den ostdeutschen Bundesländern, ist eine verbesserte Ausbildung und ein Berufseinstieg mit existenzsichernden Konditionen unbedingt erforderlich. Die Bundesärztekammer hat gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Marburger Bund in einer Stellungnahme zum Ausdruck gebracht, dass die Stichtagsregelung mit sofortiger Wirkung für alle medizinischen Studentinnen und Studenten gelten muss und

es nur damit nicht zu einem Nebeneinander von bereits berufserfahrenen AiPlern und noch ganz am Berufsanfang stehenden Assistenzärzten kommt. Außerdem werden eindeutige Regelungen zur Refinanzierung der entstehenden Personalmehrkosten auf der Grundlage vorgelegter Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft bezüglich der Kostenauswirkung durch die Abschaffung der AiP-Phase gefordert. Zum jetzigen Zeitpunkt ist noch unklar, in welcher Form und Höhe staatlich angekündigte Finanzausschüsse fließen werden. Zu den aus den neuen Rahmenbedingungen der ärztlichen Approbationsordnung und der in Aussicht stehenden Abschaffung des AiPs abzuleitenden Konsequenzen für den Berufseinstieg der jungen Ärztinnen und Ärzte hat Prof. Dr. Schulze auf dem 12. Außerordentlichen Medizinischen Fakultätentag am 22.11.2003 referiert und auf die Chance hingewiesen, dass die bisher eher vernachlässigte Lehre mit einem praxisrelevanten Medizinstudium mehr Gewicht erhalten könne. Gleichzeitig muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass eine Reglementierung, Bürokratisierung und Diffamierung des ärztlichen Berufsstandes zu zunehmenden Motivationsverlusten mit Abwanderungstendenzen bereits bei jungen Ärztinnen und Ärzten führen. Die Attraktivität des Arztberufes in Praxis und Klinik muss in ideeller und materieller Hinsicht verbessert werden.

Im März 2002 wurde im Rahmen einer Vorstands-Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer zur Arztzahlentwicklung Handlungsbedarf in zweierlei Hinsicht gesehen. Als kurzfristige Strategie wurde herausgestellt, dass offensichtlich der Arztberuf derzeit unterbewertet ist und daher an Attraktivität verloren hat. Diese Situation muss in der politischen Auseinandersetzung deutlich dargelegt und akute Lösungen für bessere Rahmenbedingungen – z. B. über arbeits- und tarifrechtliche Wege – gefunden werden, so dass weniger Ärzte in andere Berufe abwandern bzw. frühzeitig aus diesem Beruf aussteigen. Des Weiteren wird es notwendig sein, längerfristige Aspekte im Auge zu behalten. Die statistische Erfassung von Daten muss verbessert werden, um für die Zukunft spezifische Daten vorhalten zu können, die auch Subanalysen zulassen, in deren Folge dann weitere Handlungskonzepte formuliert werden. Weitere Quellen für die Datenerhebung sind zu erschließen, insbesondere bezüglich der akut angestiegenen Anzahl an Studienabbrechern und der Abwanderung in alternative Berufsfelder.

Am 24.08.1998 trat das 4. Gesetz zur Änderung des Hochschulrahmengesetzes in Kraft. In den Tätigkeitsberichten der letzten Jahre wurden die Überlegungen zur Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin der Kultusministerkonferenz sowie Stellungnahmen des Wissenschaftsrates zur Entwicklung der Hochschulmedizin und die Neuregelungen des Hochschulrahmengesetzes ausführlich dargelegt. Die vom Wissenschaftsrat im Juli 1999 öffentlich formulierten Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin wurden im Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ erörtert. Der Ausschuss hat sich ausführlich mit der geplanten Trennung der Mittelströme für Forschung und Krankenversorgung durch Änderung der Universitätsgesetze befasst. Insbesondere unter den Restriktionen sektoraler Budgets im Gesundheitswesen ist zu befürchten, dass die schon bestehende Tendenz weiter zunehmen wird und dass die Hochschulklinika vermehrt aufwändige und teure Krankenversorgungen übernehmen müssen, ohne hierfür angemessene Ausgleichszahlungen zu erhalten. Manche moderne Therapieverfahren werden derzeit nur durch drittmittelgestützte klinische Forschungsvorhaben den Patienten zugänglich. Die Universitätsambulanzen sind sowohl für die Krankenversorgung als auch für die Forschung und Lehre in der Medizin unentbehrlich.

Daneben hat das nunmehr ab Februar 2002 in Kraft befindliche 5. Gesetz zur Änderung des Hochschulrahmengesetzes und insbesondere die darin verankerte Möglichkeit einer Junior-Professur zu einer Meinungsbildung im Ausschuss geführt. Demnach ist für Mediziner eine Alternative zur Junior-Professur notwendig, da die damit verbundene wesentliche wissenschaftliche Vorleistung und das Auswahlverfahren mit interner Ausschreibung und externer Begutachtung für Mediziner parallel zu einer klinischen Tätigkeit praktisch kaum erfolgreich abzuleisten ist. Geplante Zwischenevaluationen sind für die Verlängerung der Junior-Professur existenziell wichtig und greifen praktisch sämtliche Ressourcen der Kandidaten ab, so dass es einer ausschließlichen Konzentration auf die Forschung bedarf.

Es ist festzustellen, dass das jetzige Habilitationsverfahren ergänzender Überlegungen bedarf, da 4/5 aller Habilitierten in die klinische Versorgung gehen und damit ein enormes wissenschaftliches Leistungspotenzial nicht weiter ausgeschöpft wird.

Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer hat sich mit Reformideen für das Medizinstudium, insbesondere aber auch mit der Qualität der Lehre beschäftigt. Die Bedeutung von „evidence based medicine“ für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung wurden ebenso erörtert wie die Sinnhaftigkeit Multiple-Choice-gestützter Prüfungsverfahren.

Außerdem wurde nach entsprechender Beratung der Vorschlag, den Titel „Hausärztliche Lehrpraxis“ auf dem Praxisschild ankündigungsfähig werden zu lassen, an die Berufsordnungsgremien herangetragen, die in diesem Anliegen – auch auf Grund der neuen Rechtsprechung – kein Problem sehen. Das für neue Ärztegenerationen notwendige Wissen in der Allgemeinmedizin halten die Hochschulen alleine nicht vor. Daher wird die fortgesetzte Einbindung von Lehrkrankenhäusern und künftig auch von Lehrpraxen als wichtig angesehen.

Für die Meldung zur Ärztlichen Prüfung reicht neben dem Zeugnis über die Allgemeine Hochschulreife seit einigen Jahren auch „der Nachweis der Hochschulzugangsberechtigung“ aus. In einzelnen Bundesländern ist die Hochschulzugangsberechtigung, für die das Abitur nicht unbedingt erforderlich ist, bereits seit geraumer Zeit als Voraussetzung für die Zulassung zum Medizinstudium definiert. Bisher ist festzustellen, dass diese Möglichkeit zur Zulassung zum Medizinstudium quantitativ eine sehr untergeordnete Rolle spielt und die entsprechenden Bestimmungen in vielen Bundesländern noch vage und uneinheitlich sind. Der Ausschuss wird weiterhin kritisch diese Entwicklung verfolgen.

Im Rahmen der fortgesetzten Befassung mit Modellstudiengängen wurde deutlich, dass bisher nur wenige Medizinische Fakultäten die mit der 8. Änderungsverordnung der Approbationsordnung für Ärzte im Februar 1999 geschaffene Zulassungsmöglichkeit für Modellstudiengänge als Reformweg gewählt haben. Zahlreiche andere Fakultäten haben unabhängig von der Modellklausel Reformen durchgeführt. Eine Übertragbarkeit der in Reformstudiengängen verfolgten Konzepte auf die ganze Breite der studentischen Ausbildung ist auf Grund der mangelnden Bereitstellung dafür erforderlicher zusätzlicher Finanzmittel nur eingeschränkt möglich. In Seminaren, Übungen und problemorientierten Lerngruppen findet ein anwendungsbezogenes Lernen mit im Verlauf der Ausbildung zunehmendem Praxisbezug statt. Von der Einbindung hausärztlicher Lehrpraxen in die studentische Ausbildung sind sehr positive Erfahrungen zu berichten. Die bereits breiten und guten Erfahrungen des Studenten- und Tutorenaustauschs im Rahmen von Kooperationen

mit medizinischen Fakultäten anderer Länder gilt es in modernen Studienkonzepten zu integrieren.

Grundsätzlich ist der Mut zu neuen Wegen in der Medizinerbildung zu begrüßen und der hohe Stellenwert einer begleitenden Evaluationsforschung zu unterstreichen.

Dabei ist festzustellen, dass für die Auswertung von Modellstudiengängen keine Kontrollgruppen zu verzeichnen sind. Somit bleibt derzeit nur die Erfassung und der Vergleich über die das Studium abschließende Prüfung. Dieser Parameter dürfte allerdings wesentlich weniger aussagekräftig sein als eine Endpunktuntersuchung 5 Jahre nach Studienabgang. Zur Zeit ist lediglich die Evaluation von Zwischenständen (z. B. die Lernmotivation der Studenten oder die Einstellung des Lehrpersonals) möglich. Prof. Dr. Dr. Hoppe hat gegenüber der Präsidentin der Kultusministerkonferenz Karin Wolff den Beschluss des 106. Deutschen Ärztetages 2003 bekräftigt, wonach die Qualität der ärztlichen Ausbildung nach standardisierten Kriterien begleitet werden muss. Der Deutsche Ärztetag empfiehlt daher der Kultusministerkonferenz, eine verpflichtende Evaluation der Lehre nach bundeseinheitlichen Kriterien zu gestalten, um eine reale Bewertung der akademischen Lehre und eine durchgängige Transparenz ihrer Leistungsbewertung in der Bundesrepublik Deutschland sicherzustellen.

Die Bundesärztekammer wird, wie bisher, die weiteren hochschulpolitischen Entwicklungen sorgfältig beobachten und dafür Sorge tragen, dass neben Forschung und Lehre – den Kernbereichen von Hochschulen – weiterhin die Krankenversorgung als integrativer Teil der ärztlich-medizinischen Aufgaben an Universitätskliniken eingebunden bleibt.

Ärztliche Weiterbildung

Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Nachdem die Delegierten des 103. Deutschen Ärztetages im Jahr 2000 die Vorgaben für eine neue (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) beschlossen hatten, wurde nach Rückkopplung mit den Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie unter Einbeziehung zahlreicher Anregungen aus den Landesärztekammern dem 104. Deutschen Ärztetag im Mai 2001 ein neues Grundkonzept zur Diskussion gestellt. In diesem Zusammenhang stellte Dr. H. Hellmut Koch, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, den Delegierten den Abschnitt A – „Paragraphenteil“ – der zu novellierenden (Muster-)Weiterbildungsordnung als Grundlage für die weiteren Arbeiten vor, um auf dieser Basis die Abschnitte B (Definition und Festlegung der Gebiete, Facharzt und Schwerpunktkompetenzen) und C (Definition und Festlegung der zusätzlichen Weiterbildungsgänge) auszuarbeiten. Durch die große Zustimmung der Delegierten wurde somit die Grundlage für die Weiterarbeit in den Gremien der Ärztekammern geschaffen.

Mit der Neustrukturierung des Paragraphenteils der (Muster-)Weiterbildungsordnung wurden Begriffe und Definitionen im Weiterbildungsrecht klarer und eindeutiger abgegrenzt. Kernelement ist das Verständnis über die „Gebietsdefinition“ und die „Facharztkompetenz“. Bisher ging man davon aus, dass alles, was ein Gebiet auch an speziellen Inhalten aufweist, abgebildet und im Laufe der Mindestweiterbildungszeit tatsächlich vermittelt werden kann. Es lassen sich jedoch nicht alle Inhalte eines Gebietes in der Weiterbildungsordnung darstellen und in einer vorgegebenen Mindestweiterbildungszeit zum Facharzt erlernen. Auch ist es sinnvoll, spezielle Inhalte eines Gebietes nicht von jeder Ärztin / jedem Arzt obligatorisch im Rahmen der Weiterbildung zu verlangen. Dies würde Engpässe in der Weiterbildung hervorrufen und eine mangelnde Ausrichtung auf die Notwendigkeiten der medizinischen Versorgung bedeuten. Nunmehr werden die Gebietsgrenzen arbeitsteilig definiert und die darin erwerbbaaren Kompetenzen festgelegt. Damit sind dann auch Hochspezialisierungen und Innovationen, die nicht oder noch nicht in einem Weiterbildungsgang beschrieben sind, zuzuordnen. Nachdem auf Beschluss des 104. Deutschen Ärztetages 2001 die Begriffe „Fakultative Weiterbildung“ und „Fachkunde“ entfallen sind, werden alle im Weiterbildungsrecht zu regelnden Inhalte in eine neue Systematik integriert und finden sich entweder in einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildung wieder. Alle im Weiterbildungsrecht erworbenen Bezeichnungen sind künftig mit einer Prüfung belegt und ankündigungsfähig.

Die Diskussionen und Ausarbeitungen zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung haben die Sitzungen des Arbeitsausschusses und die teilweise mehrtägigen Sitzungen der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ in den letzten Jahren stets dominiert. Aus der intensiven Gremienarbeit erwuchs ein vorbereitender Entwurf auch für die weiteren Abschnitte B und C der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Der Rohentwurf wurde im September 2001 an die betroffenen Fachgesellschaften und Berufsverbände ausgesandt. Die schriftlichen Rückläufe und die zahlreichen Gespräche, unter anderem im Rahmen von

mehreren Anhörungsrunden, weiteren fachbezogenen Zusammentreffen und vielen oftmals telefonischen Unterredungen mit den Fachvertretern, flossen in die Beratungen der Weiterbildungsgremien ein.

Auf dem 105. Deutschen Ärztetag 2002 erstattete Dr. Koch einen Zwischenbericht zum Stand der Novellierungsvorbereitungen für die MWBO. Im Rahmen des weiteren Beratungs- und Kommentierungsverfahrens wurde ein erster „Gesamt-Entwurf“ der (Muster-)Weiterbildungsordnung für die Abschnitte B und C auf der Basis der Beschlüsse der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ vom 18./19.09.2002 an die Landesärztekammern und die betroffenen Fachgesellschaften und Berufsverbände mit der Bitte um Änderungsvorschläge, Ergänzungen und Richtigstellungen versandt. Die Rückläufe wurden auf- und eingearbeitet und von der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ in einer zweitägigen Sitzung Mitte Dezember 2002 sowie am 10.01.2003 erneut einer kritischen Betrachtung unterzogen. Auf dem Boden dieser Vorarbeiten hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer am 23.01.2003 mit dem aktualisierten Entwurf zur (Muster-)Weiterbildungsordnung detailliert auseinander gesetzt und eine weiter entwickelte Entwurfsfassung als Diskussionsgrundlage verabschiedet. Das Ergebnis wurde am 07.02.2003 ins Internet eingestellt. Die neuerlichen Rückläufe wurden noch einmal für die Beratungen in den Weiterbildungsgremien und im Vorstand der Bundesärztekammer bis Ende März aufgearbeitet, um daraus Anfang April 2003 eine Entwurfsfassung zum Versand an die Delegierten für den 106. Deutschen Ärztetag zu erstellen. Auf dem 106. Deutschen Ärztetag 2003 stand somit eine komplett überarbeitete Weiterbildungsordnung zur Diskussion und wurde schließlich mit der großen Mehrheit der Delegierten verabschiedet. Einige Änderungsanträge zu einzelnen Weiterbildungsgängen waren von den Delegierten zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen worden. Auf dem Boden der Empfehlungen der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ zur Berücksichtigung der Beschlüsse des 106. Deutschen Ärztetages hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 18.07.2003 in Köln erneut mit der (Muster-) Weiterbildungsordnung beschäftigt und die an ihn überwiesenen Anträge abschließend abgearbeitet. Das Resultat dieser Einarbeitungen auf dem Boden der Beschlüsse des 106. Deutschen Ärztetages stellt nunmehr seit dem 18.07.2003 die gültige Fassung der Weiterbildungsordnung dar und wird somit den einzelnen Landesärztekammern zur Übernahme empfohlen (www.bundesaerztekammer.de, Themen A-Z, Weiterbildung, MWBO 2003). Ergänzend dazu werden derzeit Richtlinien zur (Muster-)Weiterbildungsordnung gemeinsam mit den Landesärztekammern und in Rückkoppelung mit den medizinischen Fachgesellschaften erstellt und in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ beraten. Darin werden die zahlenmäßigen Anforderungen für die Weiterbildungsinhalte in den Kapiteln Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der einzelnen Bildungsgänge im Spannungsfeld zwischen Qualifikationsanspruch und durchschnittlichem Leistungsgeschehen in den Kliniken und Praxen festgelegt. Ziel ist es, diese Richtlinien für die im Laufe des Jahres 2004 in den einzelnen Landesärztekammern stattfindende Einführung der novellierten Weiterbildungsordnung in das jeweilige Landesrecht zeitnah zur Verfügung zu stellen. Die Ärztekammer Hamburg hat die Übernahme des neuen Weiterbildungsrechts bereits im Dezember 2003 auf ihrer Delegiertenversammlung beschlossen.

Den gesamten innerärztlichen Beratungsprozess begleitend, wurde seitens der Bundesärztekammer der Kontakt mit der Arbeitsgruppe „Berufe des Gesundheitswesens“ der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden gepflegt und die für die

Aufsichtsbehörden der Länder relevanten Änderungen in der Novelle erörtert. Auch die europarechtlichen Gesichtspunkte wurden in den gesamten Beratungsprozess einschließlich direkter Kontakte mit der Generaldirektion Binnenmarkt beachtet und eingebunden.

Wenngleich Einigkeit darüber besteht, dass das Weiterbildungsrecht einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess unterliegt und damit auch einen steten Überarbeitungsbedarf aufweist, sollen bis zur Umsetzung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung in das jeweilige Landesärztekammerrecht nur im Ausnahmefall Veränderungen an der Musterempfehlung vorgenommen werden. Daher ist auf dem 107. Deutschen Ärztetag im Wesentlichen eine Berichterstattung zum Stand dieser Umsetzung in den einzelnen Landesärztekammern vorgesehen. Insgesamt wird mit der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung ein anspruchsvolles und gleichzeitig realistisches sowie angemessenes differenziertes Bildungsrecht etabliert, dass bei vertretbarem administrativen Aufwand für die Landesärztekammern eine grundlegende Strukturqualität sowohl für die Breitenversorgung als auch für die Spitzenversorgung gewährleistet.

Neben den Beratungen zur Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung wurden noch zahlreiche Anfragen aus den Landesärztekammern zur Gebietszugehörigkeit bestimmter ärztlicher Tätigkeiten bzw. Leistungskomplexe bearbeitet.

Auch in diesem Berichtszeitraum sind mehr als 40 Empfehlungen zur Anerkennung von Weiterbildungszeiten im Ausland sowie zahlreiche andere schriftliche Einzelanfragen sowohl über die Landesärztekammern zugeleitet als auch unmittelbar an die Bundesärztekammer herangetragen worden. Daneben stellt die telefonische Verständigung zwischen Mitarbeitern der Geschäftsführung der Bundesärztekammer und Mitarbeitern der Landesärztekammern sowie mit Vertretern der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände aber auch die unmittelbare Teilnahme an deren Ausschusssitzungen und Treffen zu Weiterbildungsthemen einen erheblichen Teil der kooperierenden und koordinierenden Arbeit in der Bundesärztekammer dar.

Zukunft der hausärztlichen Versorgung

Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte in seiner Sitzung am 29.06.2001 angesichts der rechtlichen und berufspolitischen Situation in Bezug auf die Wahrnehmung der hausärztlichen Versorgung durch Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztliche Internisten eine Arbeitsgruppe „Zukunft der hausärztlichen Versorgung“ eingesetzt. Nachdem man sich in einem ersten Treffen darauf verständigt hatte, eine Zusammenführung von Allgemeinmedizinern, Internisten und hausärztlichen Internisten in einem einheitlichen Weiterbildungsgang für die hausärztliche Versorgung anzustreben, fanden weitere Sitzungen unter Einbeziehung der Vertreter aus den Fachgesellschaften und Berufsverbänden der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin statt. In diesen Gesprächen konnte zunächst eine Grundvereinbarung darüber herbeigeführt werden, dass ein zweistufiges Modell mit einem gemeinsamen Qualifikationsgang für die hausärztliche Versorgung neben der fachärztlich spezialistischen Versorgung die Grundlage für weitere Erörterungen bilden sollte. Die Strukturmodelle zur Erlangung der Weiterbildungsziele blieben zwischen den Vertretern der unterschiedlichen Fachgruppen jedoch strittig, so dass die Bundesärztekammer dem Auftrag des 104. Deutschen Ärztetages 2001 folgend zur Überwindung des Nebeneinanders von Allgemeinmedizin und Innere Medizin in der hausärztlichen Versorgung ein zweigliedriges Strukturmodell auf dem 105. Deutschen Ärztetag 2002 zur Diskussion

stellte. Das Modell, das ein gemeinsames Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin mit darin enthaltenen Kompetenzen für die hausärztliche Versorgung und für die spezialisierte internistische Versorgung vorsieht, fand mit deutlicher Mehrheit die Zustimmung des Deutschen Ärztetages. Die Bundesärztekammer hat auf der Basis dieser Vorgaben in mehreren Zusammentreffen mit den betroffenen Fachvertretern einen Lösungsvorschlag zu Struktur und Inhalt der Weiterbildungsmöglichkeiten für ein künftiges gemeinsames Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin erörtert. Es gelang zunächst im Oktober 2002 in gutem Einvernehmen zwischen den Vertretern der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin, eine Einigung über die inhaltlich-fachlichen Erfordernisse zu erzielen. Eine beständige und breite Zustimmung, insbesondere zu den strukturellen Vorgaben des Deutschen Ärztetages, konnte jedoch nicht bei allen Beteiligten erreicht werden, auch wenn die Arbeiten der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer stets auf dem Boden eindeutiger Mehrheitsbeschlüsse des Deutschen Ärztetages 2002 stattfanden. Sämtliche dreigliedrige Überlegungen mit Erhalt eines eigenständigen unspezialisierten Internisten neben einem Allgemeinmediziner und den Schwerpunktinternisten entsprachen nicht dem Auftrag des Deutschen Ärztetages. Daher wird im Musterweiterbildungsrecht das dem 106. Deutschen Ärztetag zur Diskussion und Beschlussfassung vorlag, ein Konzept vertreten, das den Status quo mit dem Nebeneinander von Allgemeinärzten, Hausärzten, Internisten, fachärztlichen Internisten und Schwerpunktinternisten ablöst und zukünftig eine zweigliedrige Struktur mit allgemeinmedizinisch-internistisch geprägten Hausärzten und Fachinternisten mit zusätzlicher Schwerpunktbezeichnung vorsieht. Hierbei wird berücksichtigt, dass für die Versorgung der Bevölkerung zukünftig 5-jährig weitergebildete Hausärzte mit flexiblen Bildungsmöglichkeiten und soliden Mindestqualifikationen in den beiden Grundfächern Innere Medizin und Allgemeinmedizin gebraucht werden. Zudem soll nicht jeder Facharztinternist verpflichtet werden, das für angehende Hausärzte vorgesehene Bildungspaket einer 2-jährigen Praxisphase inklusive Chirurgie und verpflichtendem Weiterbildungskurs absolvieren zu müssen. Die vorgesehenen Regelungen erlauben es den nachwachsenden Ärztinnen und Ärzten, nach einer mehrjährigen Tätigkeit in der stationären internistischen Medizin eine Richtungsentscheidung hin zur hausärztlichen Medizin oder zur spezialisierten internistischen Medizin zu treffen. Dabei durchflechten die gemeinsam formulierten Weiterbildungsinhalte beide beruflichen Ausrichtungen über die gesamte Weiterbildungszeit von 5 bzw. 6 Jahren. Insofern ist zukünftig nicht daran gedacht, die Tätigkeit eines Internisten mit Schwerpunkt nur auf seine Subspezialität zu beschränken. Diese weiterbildungsrechtlichen Regelungen orientieren sich an den gewachsenen Strukturen des Versorgungs- und Bildungssystems und wurden von den Delegierten des 106. Deutschen Ärztetages als Bestandteil der Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung mit großer Mehrheit als Musterempfehlung für die Landesärztekammern beschlossen. Die Vertragspartner haben sich verpflichtet, nach Ablauf eines Jahres zu überprüfen, ob eine Aufnahme von Steuerungselementen zur Erhöhung des Wirkungsgrades der Förderung notwendig ist. Auch soll begleitend die Weiterentwicklung des Weiterbildungsrechts mit der Einführung der neuen Hausarztqualifikation geprüft und, falls erforderlich, eine vertragliche Anpassung daran vorgenommen werden.

Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Mit Inkrafttreten des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes zum 01.01.1999 wurden die rechtlichen Grundlagen für die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin geschaffen. In jeweiligen Vereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit einerseits der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und andererseits der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) werden der Umfang und die Durchführung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen am Förderprogramm festgelegt. Demnach förderten die Krankenkassen zunächst im Zeitraum vom 01.01.1999 bis zum 31.12.2000 Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich durch einen Zuschuss je Stelle in Höhe von 1.020 Euro. Die Anzahl der maximal zu fördernden Weiterbildungsstellen betrug im Jahre 1999 insgesamt 3.000 und ab dem Jahre 2000 insgesamt 6.000 Stellen. Die Förderung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte wird nur dann gewährt, wenn die Kassenärztliche Vereinigung einen mindestens gleich hohen Betrag finanziert. In den Krankenhäusern können nur bereits bestehende und in eigenständige Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin umgewandelte Stellen bezuschusst werden.

Das zunächst auf zwei Jahre befristete Initiativprogramm erhielt durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 eine unbefristete Verlängerung, so dass die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ab dem 01.01.2001 fortgesetzt werden konnte. Eine wesentliche Änderung der Grundlagen besteht seit diesem Zeitpunkt darin, dass die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen und die Anzahl der geförderten Weiterbildungsstellen nicht mehr gesetzlich geregelt wird, sondern in Verträgen im einzelnen auszuhandeln sind. Die seit dem 01.01.2001 neu geltenden Bestimmungen konnten im Wesentlichen zu denselben Bedingungen der Vorgaben des Solidaritätsstärkungsgesetzes fortgesetzt werden. Kleinere Umschichtungen der Kontingente wurden zu Gunsten derjenigen Bundesländer erreicht, die bereits in der Vergangenheit ihre Mittel voll ausgeschöpft hatten. Die erste Vereinbarung dieser Art hatte eine Laufzeit vom 01.01.2001 bis 31.12.2003. Die Verlängerungsvereinbarungen, nun zunächst bis zum 31.12.2006, befinden sich derzeit im Unterschriftenverfahren.

Als neues Element wird darin zusätzlich zur eigentlichen Förderung ein einmaliger Zuschuss in Höhe von bis zu 300 Euro für diejenigen Weiterbildungsassistenten ermöglicht, die Kenntnisse und Fertigkeiten, die in bisherigen Weiterbildungsabschnitten nicht erworben wurden, in anerkannten Kursen oder ähnlichen Qualifikationsmaßnahmen in drei der neuen Fächer bzw. Arbeitsfelder Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie, Psychiatrie, Schmerzbehandlung und Palliativmedizin erwerben.

Insbesondere durch Initiative der Bundesärztekammer konnte zwischenzeitlich erreicht werden, dass auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich in einer Teilzeitweiterbildung befinden bzw. die eine Weiterbildungspause einlegen, von der Förderung nicht ausgeschlossen werden.

Nach einem anfänglich verzögerten Einstieg der Fördermaßnahmen zeigten sich auch in der folgenden Zeit weiterhin grundsätzliche Probleme bei der Umsetzung des Initiativprogramms. Während die zur Verfügung gestellten Weiterbildungsstellen in den Ost-Ländern

voll ausgeschöpft werden und sich sogar ein Bedarf für weitere Stellen ergibt, können in den West-Ländern nach wie vor die Kapazitäten nicht voll in Anspruch genommen werden. Trotz vertraglicher Vereinbarungen sind die Krankenkassen noch immer nicht bereit, einen generellen bundesweiten Ausgleich zu ermöglichen, um die vorhandenen Finanzmittel von einer Landesärztekammer bzw. Kassenärztlichen Vereinigung in die andere zu übertragen. Auch waren die Krankenkassen zunächst nicht bereit, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in das Förderprogramm aufzunehmen und haben diesbezüglich ein gemeinsames Anliegen von Bundesärztekammer und Deutscher Krankenhausgesellschaft abgelehnt. Nicht zuletzt aufgrund des Beschlusses der 74. Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2001 in Bremen konnte nach vielen Bemühungen durch eine Ergänzungsvereinbarung im stationären Bereich erreicht werden, dass auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V haben, in die Förderung einbezogen werden.

In der aktuellen Verlängerungsvereinbarung wird immerhin festgelegt, dass die Ausschreibung der Stellen auf verschiedene Kassenärztliche Vereinigungen in Bezug auf den Nachbesetzungsbedarf zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen ist.

Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgelegten Zahlen weisen Ende 2003 bezogen auf das Förderkontingent von 3.000 Stellen im stationären Bereich eine Ausschöpfung durch registrierte Maßnahmen von 68 % auf, während in 2001 die bundesweite Ausschöpfung noch 61 % und bereits 2002 vergleichbare 69 % betrug. Die den Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit zur Verfügung gestellten Fördermittel wurden im Jahr 2000 zu 47,5 % in Anspruch genommen, die Höhe der abgerufenen Mittel stieg im Jahr 2001 auf 56,5 % und 2002 auf 58,1 % an.

Die Ärztestatistik wies zum 31.12.2002 1.917 neu erteilte Facharzt-Anerkennungen für die abgeschlossene Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf, Ende 2003 konnte eine weitere Zunahme von 1.686 registriert werden.

Ärztliche Fortbildung

In den letzten Jahren haben die Ärzte – besonders nach der Einführung des freiwilligen Fortbildungszertifikats der Ärztekammern – eindrucksvoll unter Beweis gestellt, dass ärztliche Fortbildung selbstverständlicher Bestandteil ärztlicher Tätigkeit zum Wohl der Patientenversorgung ist. Mit den Konzepten zur ärztlichen Kompetenzerhaltung und -entwicklung haben die Vertreter der Ärzteschaft darüber hinaus dokumentiert, dass ein Wandel von lebenslangem Lernen (CME = Continuing Medical Education) im Sinne der Vermittlung und des Erwerbs kognitiven Wissens hin zu ärztlicher Kompetenzerhaltung und -entwicklung (CPD = Continuing Professional Development) stattfindet und neben dem lebenslangen Lernen auch Wissen, ethische Einstellung, Patientenorientierung, Management und Qualitätssicherungsaspekte beinhaltet. Ziel dieser Bemühungen ist die Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung. Ungeachtet dieser Entwicklungen beinhaltet das Gesundheitsmodernisierungsgesetz zur Änderung des V. Buches Sozialgesetzbuch (GMG) von Anfang an in § 95 d eine Pflicht zur fachlichen Fortbildung sowohl für den Vertragsarzt als auch für den Facharzt im Krankenhaus (§ 137). Sahen die ersten Entwürfe noch vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bundesverbände der Krankenkassen, Bundesknappschaft, Verbände der Ersatzkassen) ohne Hinzuziehung der Ärztekammern Inhalt und zeitlichen Umfang der Fortbildung festlegen sollte, konnte im weiteren Verlauf erwirkt werden, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer auf Bundesebene den angemessenen Umfang der im 5-Jahres-Zeitraum notwendigen Fortbildung für Vertragsärzte definiert. Die Festlegung der in § 137 genannten Kriterien für die Mindestanforderungen an die Strukturqualität einschließlich einer Fortbildungspflicht der Fachärzte im Krankenhaus soll vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit Beteiligung der Bundesärztekammer erfolgen. Zurzeit werden entsprechende Vorarbeiten von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geleistet. Grundlage des angemessenen Umfangs und Inhalts der Fortbildung sind die Fortbildungszertifikate der Ärztekammern mit ihren auf dem 106. Deutschen Ärztetag (Mai 2003) beschlossenen einheitlichen Bewertungskriterien (s. Dokumentationskapitel). Ziel des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung war es, ein Konzept zu entwickeln, das keine neuen Hürden für den Arzt aufbaut, sondern die Möglichkeiten einer praxisnahen, individuellen und damit effektiven Fortbildung aufzeigt, bei dem auch wichtige Aspekte der Erwachsenenbildung Berücksichtigung finden.

Fortbildungsdatenbank

Um einen raschen Austausch zwischen den Landesärztekammern zu ermöglichen, wurde eine Fortbildungsdatenbank eingerichtet. Sie bietet den Mitarbeitern der Landesärztekammern auf einer internen Plattform die Bearbeitung von Fortbildungsveranstaltungen zur Anerkennung für das Fortbildungszertifikat. Die Zugangsberechtigten Mitarbeiter der Landesärztekammern können sich über den jeweiligen Stand der Bearbeitung und den Ausgang der Überprüfung anderer Ärztekammern informieren („Veranstaltung angenommen/abgelehnt“). Alle überregionalen Veranstaltungen, die für das freiwillige Fortbildungs-

zertifikat anerkannt sind, werden zentral über die Bundesärztekammer in eine Fortbildungsdatenbank eingestellt, die über das Internet (<http://www.bundesaerztekammer.de> unter Themen A-Z > Fortbildung > Fortbildungskalender) von jedem Arzt eingesehen werden kann.

Multiplikatorenfortbildung

Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

Das Interdisziplinäre Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ hat die Aufgabe neue Erkenntnisse in der medizinischen Forschung zu vermitteln, die so weit als gesichert gelten, dass sie im Krankenhaus und in der Praxis angewandt werden können. Es soll jedoch auch Verfahren, die schon längere Zeit genutzt werden, einer kritischen Würdigung unterziehen.

Die zentrale Fortbildungstagung der Bundesärztekammer wird in Abstimmung mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft durchgeführt.

Die Themen werden von den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, den Fortbildungsbeauftragten der Ärztekammern, den Gutachter- und Schlichtungsstellen sowie den Qualitätssicherungsgremien vorgeschlagen und vom Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer ausgewählt.

Die überregionalen, regionalen und lokalen Fortbildungsbeauftragten – die „Multiplikatoren“ – sollen die beim Interdisziplinären Forum behandelten Themen in ihren Programmen zur ärztlichen Fortbildung berücksichtigen.

Das Forum wird darüber hinaus von vielen Medizinjournalisten besucht, die während der gesamten Veranstaltung von der Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft betreut werden.

Namhafte Wissenschaftler können für das Forum gewonnen werden, die über neue Erkenntnisse und Methoden in der Medizin berichten. Neben dem Vortrag wird der Diskussion ein großer Stellenwert eingeräumt. Diese Diskussion findet mit dem Plenum und eingeladenen Vertretern verschiedener Disziplinen statt. Insbesondere sind nachfolgende Zielfragen zu beantworten, die – obwohl sie bereits mehr als zwanzig Jahre alt sind – nichts von ihrer Aktualität eingebüßt haben:

1. Was ist neu?
2. Was ist hiervon für die praktische Medizin wichtig?
3. Ist Prävention möglich?
4. Welche Methoden sind diagnostisch/therapeutisch obsolet?
5. Welche alten Methoden sind zu unrecht vergessen?
6. Welche Fehler werden erfahrungsgemäß häufig gemacht?
7. Möglichkeiten (Stand) der Qualitätssicherung?
8. Über welche nicht-praxisrelevanten neuen Entwicklungen muss der niedergelassene Arzt trotzdem informiert werden?
9. Wie ist das Kosten-/Nutzenverhältnis der empfohlenen beziehungsweise verglichenen Diagnostik- und Therapieverfahren?
10. Was muss dringend über die Fortbildung weitergegeben werden?

Das Interesse am 28. Interdisziplinären Forum 2004 war sehr groß. Dies zeigte sich an der großen Zahl der Teilnehmer und Journalisten sowie der engagierten Diskussion des Plenums mit den Referenten und Moderatoren.

Die Referate des Interdisziplinären Forums werden von der Bundesärztekammer zu einem Kompendium zusammengefasst und so allen Ärzten zugänglich gemacht, damit sie sich über den neuesten Stand praktisch anwendbarer Forschungsergebnisse informieren können.

Die Themen des 28. Interdisziplinären Forums (08. bis 10.01.2004 in Köln):

- Neuromuskuläre Erkrankungen (Moderator: Prof. Dr. med. Dieter Pongratz, München)
- Schlafmedizin (Moderator: Prof. Dr. med. Göran Hajak, Regensburg)
- Leichenschau (Moderator: Prof. Dr. med. Klaus-Steffen Saternus, Göttingen)
- Neuerungen in der Reanimation (Moderator: Prof. Dr. med. Peter Sefrin, Würzburg)
- Der alte Mensch und sein Bewegungsapparat (Moderator: Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp, Berlin/Greifswald)
- Allergien (Moderator: Prof. Dr. med. Alexander Kapp, Hannover)
- Moderne Wege zu einer individualisierten Arzneitherapie (Veranstaltung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft unter Vorsitz von Prof. Dr. Müller-Oerlinghausen, Berlin).

Der Abendvortrag stand unter dem Thema „... und sehe, dass wir nichts wissen können! Das will mir das Herz verbrennen.“ – Vom Umgang mit Nichtwissen im Lauf der Geschichte der Medizin – referiert von Prof. Dr. med. Ulrich Tröhler, Ph.D., FRCP Edin, Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.

Für das 29. Interdisziplinäre Forum (13. bis 15.01.2005 in Berlin) sind folgende Themen vorgesehen:

- Demenzerkrankungen
- Neuerungen in der Behandlung der Varikose
- Das chronisch kranke Kind – am Beispiel von Lungenerkrankungen
- Primäre und sekundäre Prävention in der Frauenheilkunde
- Akne: Krankheit und Leiden nicht nur in der Pubertät
- Rehabilitation bzw. Rehabilitationsmedizin
- „Prävention“ als Themenschwerpunkt der Veranstaltung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Koordination der Kursweiterbildung „Allgemeinmedizin“ der Landesärztekammern

Das Treffen der Kursleiter Allgemeinmedizin dient dem gegenseitigen Austausch über die Situation in den Bundesländern und der Diskussion inhaltlicher und didaktischer Fragen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Das diesjährige Treffen stand v. a. unter dem Eindruck der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, die mit ihrer Schaffung eines Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin auch gravierende Auswirkungen auf die Kursweiterbildung hat: Zukünftig wird nur noch eine 80-stündige Kursweiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung erforderlich sein, während die frühere 3-jährige Facharztausbildung noch eine 240-stündige, die anschließende 5-jährige Ausbildung dann

eine 80-stündige Kursweiterbildung in der Allgemeinmedizin vorschrieb. Da die nun geplante Kursweiterbildung sich ausschließlich auf psychosomatische Inhalte beschränken wird, versuchte der Arbeitskreis neuen Antworten zu finden, wie allgemeinmedizinspezifische Inhalte weiterhin in Seminarform an die angehenden Fachärzte vermittelt werden können.

Interdisziplinäre Fortbildungskongresse

10. Fortbildungsseminar der Bundesärztekammer in Würzburg

Unter der wissenschaftlichen Leitung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung fand in der Zeit vom 05. bis 13.09.2003 das 10. Fortbildungsseminar der Bundesärztekammer statt. Ziel der Veranstaltung ist die Vermittlung/Erprobung neuer relevanter Fortbildungsinhalte und -methoden. Schwerpunkt des Fortbildungsseminars sind Veranstaltungen mit interdisziplinärem Charakter.

Neben den bewährten Seminaren und dem Fachkundekurs „Kompaktkurs Arzt im Rettungsdienst“ sind besonders Seminare zum Thema „Notfall in der Praxis – Reanimation in Theorie und Praxis“, „Begutachtung psychotraumatisierter Flüchtlinge – kulturspezifische Besonderheiten und Probleme“ und „Palliativmedizin im ambulanten und stationären Bereich“ hervorzuheben.

32. Interdisziplinärer Zentralkongress für die Fachberufe im Gesundheitswesen in Augsburg

Am 18. und 19.10.2003 fand unter der wissenschaftlichen Leitung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und unter einem Dach mit dem Augsburger Fortbildungskongress für praktische Medizin der 32. Interdisziplinäre Zentralkongress für die Fachberufe im Gesundheitswesen statt. Dieser Kongress zeichnet sich dadurch aus, dass Fachberufe gemeinsam eine Veranstaltung mit fachspezifischen aber auch interdisziplinären Seminaren und Workshops zu aktuellen medizinischen Themen anbieten. Am Kongress beteiligte Organisationen: Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen, Landesverband Bayern; Deutscher Bundesverband der Diätassistenten; Deutscher Verband der Ergotherapeuten; Deutscher Bundesverband für Logopädie; Berufsverband der Orthoptistinnen Deutschlands und Deutscher Verband für Physiotherapie. Schwerpunkte der interdisziplinären Veranstaltungen auf dem diesjährigen Kongress waren: „Das hyperaktive Kind“ und „Palliativ Care und Hospizarbeit“.

Arbeit des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung

Das freiwillige Fortbildungszertifikat der Ärztekammern stand im Berichtsjahr im Mittelpunkt der Beratungen des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Eckel, Präsident der Ärztekammer Niedersachsen. Aufgrund der gemachten Erfahrungen im Rahmen des Modellprojektes zum Erwerb des freiwilligen Fortbildungszertifikats wurden „Einheitliche Bewertungskriterien“ erarbeitet, die auf dem

106. Deutschen Ärztetag 2003 in Köln mit einer überwältigenden Mehrheit angenommen wurden (s. Dokumentationskapitel). Bei den neu formulierten Bewertungskriterien werden weitere Formen der ärztlichen Fortbildung mit einbezogen: z. B. das Selbststudium mit Lernerfolgskontrolle bzw. Hospitationen. Darüber hinaus soll Fortbildung nicht nur den aktuellen medizinischen Kenntnisstand vermitteln, sondern auch Themen zur Kompetenzerhaltung.

Die gemeinsame Sitzung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und der „Deutschen Akademie der Gebietsärzte“ mit Vertretern der „Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin“, der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und der ärztlichen Berufsverbände am 05.09.2003 in Würzburg stand unter dem Thema „Von CME zu CPD“. Hier stellten Vertreter von Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften ihr fachspezifisches Konzept zum Kompetenzerhalt vor.

Darüber hinaus stieß das vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedete Curriculum „Grundlagen der ärztlichen Begutachtung“ (s. Dokumentationsteil) auf eine außerordentlich positive Resonanz. Das Curriculum besteht insgesamt aus 4 Modulen, wobei die ersten drei Module fachübergreifend vermittelt werden können. Die Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften wurden gebeten, für das Modul „Berufskrankheiten/Fachspezifische Fragen“ entsprechende Konzepte zu entwickeln.

Pflicht zur fachlichen Fortbildung

Trotz des eindrucksvollen Engagements der Berufsverbände, medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Ärztekammern zum Kompetenzerhalt verankerte das GKV-Modernisierungsgesetz vom 19.11.2003 in § 95 d die „Pflicht zur fachlichen Fortbildung für den Vertragsarzt“ und in § 137 für Fachärzte im Krankenhaus. Der § 95 d sieht vor, dass der Vertragsarzt sich verpflichtet, sich in dem Umfang fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Inhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und frei von wirtschaftlichen Interessen sein. Ein Vertragsarzt hat alle 5 Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden 5-Jahres-Zeitraum seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist. Der Nachweis ist erstmals bis zum 30.06.2009 zu erbringen. Erfolgt der Nachweis nicht zeitgerecht, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, das zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale, die auf den 5-Jahres-Zeitraum folgen, um 10 von 100 zu kürzen; ab dem darauf folgenden Quartal um 25 von 100. Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht spätestens 2 Jahre nach Ablauf des 5-Jahres-Zeitraums soll die Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen. Dies heißt, dass die bisher ausschließlich berufsrechtlich geregelte Fortbildungspflicht nunmehr auch zu einem Bestandteil des Zulassungsrechts wird.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat jedoch im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer verbindlich den angemessenen Umfang der ärztlichen Fortbildung zu regeln. In der Regel sind die Fortbildungszertifikate der Landesärztekammern zu Grunde zu legen.

§ 137 sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Maßnahmen der Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser definiert. Dabei sind auch Mindestanforderungen an die Strukturqualität einschließlich im Abstand von 5 Jahren zu erfüllende Fortbildungspflichten der Fachärzte festzulegen. Auch hierbei ist die Bundesärztekammer zu beteiligen.

Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung

Die „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ wurden überarbeitet und in der zweiten Auflage im Juli 2003 auf den Internetseiten der Bundesärztekammer veröffentlicht. Diese sehen nun auch ein Kapitel zur Gestaltung und Anwendung von elektronischen Medien in der ärztlichen Fortbildung sowie eine Handhabung zur kommerziellen Unterstützung ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen vor.

Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung, die unter der Federführung des bzw. gemeinsam mit dem Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung entwickelt wurden:

- Fortbildungskompendium „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ („Forumband“) (erscheint 1 x jährlich)
- Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung, 2. überarbeitete Auflage 2003
- Kursbuch „Spezielle Schmerztherapie“, 2. überarbeitete Auflage 1997
- Kursbuch Umweltmedizin, 2. überarbeitete Auflage 2000
- Kursbuch Allgemeinmedizin, 3. komplett überarbeitete Auflage 1999
- Curriculum für ein Fortbildungsseminar in Geriatrie, 2. Auflage 1998
- Curriculum Ernährungsmedizin, 1. Auflage 1998
- Curriculum Gesundheitsförderung, Strategien und Techniken der ärztlichen Gesundheitsförderung, Grundkurs, 2. überarbeitete Auflage 1997
- Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“, 1. Auflage 1999
- Curriculum „Praxis der Herzschrittmachertherapie“, 1. Auflage 2000
- Fortbildungsprogramm „Frei von Tabak“, Stufenprogramm zur Raucherberatung und Rauchertherapie in der Arztpraxis, 3. überarbeitete Auflage 2001
- Fortbildungsprogramm „Gesund essen“, Leitlinien für die ärztliche Ernährungsberatung und Ernährungstherapie, 3. überarbeitete Auflage 2002
- Fortbildungsprogramm „Vor Infektionen schützen“, Repetitorium zum Impfen, 4. überarbeitete Auflage 2002
- Skript „Klinische Arzneimittelprüfung in der Praxis des niedergelassenen Arztes“, 1. Auflage 1997
- Konzept „Problem der Misshandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht (Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten)“, 2. Auflage 1998
- Bericht „Gesundheit im Alter“, 2. Auflage 1998
- Bericht „Verletzungen und deren Folgen – Prävention als ärztliche Aufgabe“, 1. Auflage 2001
- Maßnahmenets der Ärztlichen Präventionstage 1998: „Berufsberatung bei allergischer Disposition“, „Fitness – Bewegung/Entspannung und Ernährung“, „Suchtprävention“, „Unfallverhütung im Kindesalter“

Ständige Arbeitsgruppe „Weiter- und Fortbildung“ der deutschsprachigen Ärzteorganisationen

Im Rahmen der Konsultativtagung der deutschsprachigen Ärzteorganisationen fand am 10.07.2003 in Graz und am 01.11.2003 in Düsseldorf je eine Sitzung der Ständigen Arbeitsgruppe „Weiter- und Fortbildung“ statt. Auch in diesem Jahr standen die Bemühungen zur gegenseitigen Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen für die jeweiligen Fortbildungszertifikate in den deutschsprachigen Ländern im Diskussionsmittelpunkt. Hier zeigte sich, dass es zwar in allen Ländern (Schweiz, Österreich, Italien, Deutschland) eine Fortbildungspflicht gibt, die Nicht-Einhaltung jedoch nur in Deutschland in solch massiver Art sanktioniert wird.