

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 verfassten Ärzteschaft. Außerdem werden Inhalte und Möglichkeiten der ärztlichen Ausbildung fortlaufend kritisch begleitet und ggf. Änderungsbedarf daraus abgeleitet.

Die in jahrelangem schwierigen Prozess erarbeitete Novelle der „Approbationsordnung für Ärzte“ aus dem Jahr 1997 wurde am 27.06.2002 mit Zustimmung des Bundesrates verabschiedet und trat mit Stichtag zum 01.10.2003 in Kraft. Stellungnahmen, u. a. der Bundesärztekammer, der Deutschen Ärzteschaft 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. Da die neue Approbationsordnung zum 1.10.2003 in Kraft getreten ist, können erst im Jahr 2009 die ersten Ärztinnen und Ärzte die neue Ausbildung komplett durchlaufen haben.

Die wesentlichen Charakteristika dieser 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 mögliches Wahlfach im Praktischen Jahr
- stärkere Einbeziehung außeruniversitärer Einrichtungen.

Eine Übergangsregelung in der neuen ÄappO sollte die baldige Umsetzung der neuen Prüfungsordnung gewährleisten. Nach Ländermeinung erwies sich dabei eine spezielle „Härtefall-Regelung“ als nicht notwendig, da nur eine sehr geringe Anzahl Studierender zu dieser Gruppe gehören.

Abschaffung der AiP-Phase zum 1.10.2004

Die seit langem von der Ärzteschaft geforderte Abschaffung der AiP-Phase wurde im Rahmen der Gesetze zur Änderung der Bundesärzteordnung zum 01.10.2004 umgesetzt. Die Abschaffung wurde insbesondere auch vor dem Hintergrund der Besorgnis erregenden Entwicklung aktueller Ärztestatistiken mit einem vor allem in den ostdeutschen Bundesländern bereits versorgungsrelevanten Rückgang der Arztzahlen dringend erforderlich.

Die Bundesärztekammer hat gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Marburger Bund in einer Stellungnahme die ersatzlose Streichung der AiP-Phase und den sofortigen Erhalt der Vollapprobation für alle Ärztinnen und Ärzte ab dem 01.10.2004 gefordert.

Mit dieser Regelung wurde ein Nebeneinander von bereits berufserfahrenen AiP'lern und noch ganz am Berufsanfang stehenden Assistenzärzten verhindert.

Trotz der gesetzlichen Regelung, dass die Krankenkassen die Finanzierung der Mehrkosten für die nunmehr voll approbierten Ärztinnen und Ärzte übernehmen müssen, weigerten sich diese, dem nachzukommen. Leider unterstützte diese Haltung die Deutsche Krankenhausgesellschaft, so dass Mitte des Jahres 2004 die jungen Ärztinnen und Ärzte in eine äußerst unsichere Situation zu geraten drohten.

Die Ärztekammern haben viel Energie darauf verwandt, die Rechtslage darzustellen und die politisch und aufsichtsrechtlich Verantwortlichen zu mobilisieren, um die Übergangsphase verwaltungstechnisch so unkompliziert wie möglich zu gestalten und den stationären Versorgungsauftrag bundesweit aufrecht erhalten zu können.

Erst eine zwischen dem Marburger Bund und den Spitzenverbänden der Krankenkassen getroffene bundesweite Vereinbarung, die mittels einer Pressekampagne weit gestreut wurde, konnte der Befürchtung entgegenwirken, dass die Abschaffung der AiP-Phase wegen der kritischen Finanzlage vieler Kliniken zu zahlreichen arbeitslosen Ärzten führen würde. Im Ergebnis zeigte eine Aufstellung in den Landesärztekammern, dass im letzten Quartal 2004 keine vermehrten Kündigungen zu registrieren waren, sondern ein reibungsloses gemeinsames Vorgehen der Kostenträger bezüglich der Übernahme von AiP'lern in den Assistenzarztstatus konstatiert werden konnte.

Zur verbesserten Information der Studierenden wurde von der Bundesärztekammer folgendes Merkblatt zur Abschaffung der AiP-Phase (Stand: Juli 2004) erstellt:

*Die Ausbildungsphase „Arzt im Praktikum“ wird zum **Stichtag 1. Oktober 2004** abgeschafft. Die AiP-Phase muss nach diesem Stichtag nicht mehr abgeleistet werden. Der Bundesrat hat dem Gesetz am 11. Juni 2004 zugestimmt, das nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in Kraft treten wird.*

Was bedeutet die Abschaffung des AiP konkret?

Statusrechtliche Situation

- Schließen Sie **nach dem 30. September 2004** das Medizinstudium mit Bestehen des Dritten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung nach bisherigem Recht oder des Zweiten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung nach der ÄAppO vom 27.06.2002 ab, erhalten Sie - sofern Sie die sonstigen persönlichen Voraussetzungen dazu erfüllen - **auf Antrag die Approbation** als Arzt oder Ärztin.
- Haben Sie das Medizinstudium **vor dem 1. Oktober 2004** mit dem 3. Staatsexamen abgeschlossen, können Sie auf Antrag noch bis einschließlich 30. September 2004 die Berufserlaubnis gem. § 10 Abs. 4 BÄO erhalten. Ab dem 1. Oktober 2004 haben Sie dann ebenfalls einen Approbationsanspruch, sofern die übrigen formalen Voraussetzungen dazu erfüllt sind. Dabei ist es unerheblich, ob Sie sich bereits in der AiP-Phase befinden, diese unterbrochen oder möglicherweise noch gar nicht begonnen haben.

Beachten Sie bitte:

In den Bundesländern existieren unterschiedliche Auslegungen des Gesetzes bezüglich der Möglichkeit, die einmal erteilte Berufserlaubnis gemäß § 10 Abs. 4 BÄO (alt) für die befristete Zeit der AiP-Phase zu Ende führen zu können, z. B.:

- werden in Nordrhein-Westfalen alle AiP-Erlaubnisse mit Ablauf des 30. September 2004 nach Auffassung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW unwirksam. Die Ausübung der Heilkunde ist Ihnen danach nur nach Erteilung der Approbation gestattet,

während

- in Bayern keinem Arzt/keiner Ärztin die Berufserlaubnis gemäß § 10 Abs. 4 BÄO (alt) abgesprochen wird, sofern die Betroffenen nicht selbst einen Widerruf einreichen.

Die Bundesärztekammer empfiehlt jedem Arzt/jeder Ärztin dringend, sich mit der zuständigen Approbationsbehörde (siehe Anlage: Verzeichnis der zuständigen Approbationsbehörden inkl. Adressen und Kontaktmöglichkeiten) baldmöglichst in Verbindung zu setzen, um die Modalitäten zur Erteilung der Approbation in Erfahrung zu bringen.

Die Beantragung der Approbation als Ärztin/Arzt erfolgt bei der Approbationsbehörde, in deren Bezirk die Ärztliche Prüfung abgelegt wurde. Wegen der großen Anzahl der zu erwartenden Approbationsanträge zum 1. Oktober empfiehlt es sich, die Approbationserteilung so bald als möglich zu beantragen.

Dem Antrag auf Erteilung der Approbation sind beizufügen:

- ein kurz gefasster Lebenslauf (mit Datum und Unterschrift versehen)
- Personenstandsurkunde
- amtliches Führungszeugnis, es darf nicht früher als einen Monat vor Antragstellung ausgestellt sein und ist zur Vorlage bei einer Behörde mit dem Verwendungszweck „Approbation“ bei der zuständigen Meldebehörde zu beantragen
- Nachweis über die Staatsangehörigkeit
- Erklärung darüber, ob ein/kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren gegen Sie anhängig ist - versehen mit Datum und Unterschrift

- eine ärztliche Bescheinigung, die nicht älter als einen Monat sein darf, aus der hervorgeht, dass Sie nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet sind
- das Zeugnis über die Ärztliche Prüfung

Die Ärztekammer ist nicht zuständig für die Approbation.

Die Approbationsbehörde erwartet keine Nachweise über Ihre AiP-Tätigkeit und die AiP-Ausbildungsveranstaltungen.

Arbeitsrechtliche Situation für ÄiP nach dem 01.10.2004

a) im Krankenhaus:

- Arbeiten Sie in einem Bundesland, in welchem die Auffassung vertreten wird, dass mit Ablauf des 30. September 2004 die AiP-Erlaubnis unwirksam wird (siehe „Statusrechtliche Situation“), ändert sich hierdurch für ein bestehendes AiP-Ausbildungsverhältnis die Geschäftsgrundlage. Aus § 313 BGB („Störung der Geschäftsgrundlage“) können Sie eine Anpassung des Vertrages, das heißt eine Weiterbeschäftigung als approbierte(r) Assistenzärztin/-arzt verlangen, soweit dies für den Arbeitgeber zumutbar ist.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist eine Vertragsanpassung als Assistenzärztin/-arzt zumutbar, wenn der Arbeitgeber mit Blick auf die Umwandlung einer AiP-Stelle in eine Assistenzarztstelle einen gesetzlichen Finanzierungsanspruch gegenüber den Kostenträgern geltend machen kann. Dies gilt in der Regel, ist doch der überwiegende Teil der ÄiP im Krankenhaus beschäftigt.

Sie sollten rechtzeitig mit Ihrem Arbeitgeber über die Vertragsanpassung sprechen und sich beispielsweise eine schriftliche Zusage geben lassen.

- In allen anderen Bundesländern wird die Umwandlung des AiP-Vertrages in ein Assistentenverhältnis erst dann vorgenommen werden können, wenn bei der Approbationsbehörde der Antrag auf Erteilung der Approbation gestellt wird. Ob bei fehlendem Widerruf der AiP-Erlaubnis das Arbeitsverhältnis (bis zum Ende der Befristung) auf Verlangen des Arztes fortbestehen kann, ist fraglich. Wenn der AiP keinen Antrag auf Approbation gestellt hat, dies aber auch nicht tun will, ist es fraglich, ob dem Krankenhaussträger bei fehlender Bereitschaft ein Festhalten an dem bisherigen Vertrag zugemutet werden kann, dessen Zweck, nämlich die Ausbildung, entfällt. Dem Krankenhaus könnte in einem solchen Fall ein Sonderkündigungsrecht wegen Wegfalls der Geschäftsgrundlage zustehen (Unmöglichkeit und Unzumutbarkeit der Anpassung im Sinne des § 313 Abs. 3 BGB).

b) in der Vertragsarztpraxis:

- Für Ärzte im Praktikum in der Vertragsarztpraxis ist die rechtliche Situation dadurch bestimmt, dass die AiP-Beschäftigung für den Praxisinhaber eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraussetzt, welche zu widerrufen ist, wenn die Voraussetzungen dafür entfallen sind. Eine Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses ist daher nicht ohne weiteres möglich.

Der Kreis der in der Arztpraxis des Vertragsarztes zu beschäftigenden Assistenten ist nach der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eingeschränkt. Es kommen – neben den künftig nicht mehr möglichen Ausbildungsassistenten – Weiterbildungs- und

Sicherstellungsassistenten in Betracht. Ferner kann der Vertragsarzt einen anderen Facharzt beschäftigen; ein solcher Fall liegt in der Person des frisch approbierten Arztes nicht vor. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird in Kürze die Kassenärztlichen Vereinigungen über die rechtliche Situation in der Vertragsarztpraxis unterrichten. Die Bundesärztekammer empfiehlt daher, dass Sie sich, sofern Sie als AiP in einer Vertragsarztpraxis beschäftigt sind, mit dem Praxisinhaber über das weitere Vorgehen verständigen und gegebenenfalls zusammen mit ihm an die Kassenärztliche Vereinigung herantreten.

c) in sonstigen Vertragsverhältnissen:

- *Für die bei anderen Arbeitgebern tätigen AiP oder bei Drittmittel finanzierten Arbeitsverhältnissen empfiehlt es sich, gerade diese nur individuell zu beurteilende Frage der Vertragsanpassung frühzeitig zu klären, bestehen doch bei diesen keine unmittelbaren Refinanzierungsgegebenheiten.*

Finanzierung der Umwandlung von AiP-Stellen im Krankenhaus

Die Finanzierung der Mehrkosten durch Abschaffung der AiP-Phase wurde bereits im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003 (Artikel 14 Nr. 1 Buchstabe b, Artikel 15 Nr. 2 Buchstabe b und Nr. 5) durch Regelungen in der Bundespflegesatzverordnung und des Krankenhausentgeltgesetzes gesichert. Krankenhausträger können aus dieser Regelung gegenüber den Kostenträgern Budgetzuschläge beanspruchen, um AiP-Stellen in Assistenzarztstellen mit entsprechender Vergütung umzuwandeln. Der 107. Deutsche Ärztetag 2004 hat in einer einstimmig gefassten Entschließung an die Krankenhausträger und Krankenkassen appelliert, die von der Politik gesetzlich verankerten Finanzmittel ohne bürokratische Hindernisse in die Haushalte der Kliniken einzustellen und die Budgets bereits für das letzte Quartal 2004 entsprechend anzupassen.

Die Finanzierung der Mehrkosten durch die AiP-Abschaffung wurde im GKV-Modernisierungsgesetz durch Regelungen in der Bundespflegesatzverordnung und des Krankenhausentgeltgesetzes ausschließlich für den stationären Bereich festgesetzt. Drittmittelfinanzierte AiP-Stellen wurden nicht berücksichtigt und müssen als versicherungsfremde Leistungen im Rahmen von Forschung und Lehre selbst kompensiert werden. Auch für die AiP'ler im niedergelassenen Bereich wurde keine Regelung im Gesetz vorgenommen, so dass die anfallenden Mehrkosten aus dem Gesamt-Budget für den ambulanten Sektor finanziert werden müssen.

Neue Lehr- und Lern-Pläne an den Medizinischen Fakultäten

Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer hat sich nicht nur mit den Auswirkungen der neuen Reformideen für das Medizinstudium, sondern insbesondere auch mit der Qualität der Lehre beschäftigt.

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. 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 beschrift-

ten. 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.

Im Rahmen der neuen Approbation haben die Medizinischen Fakultäten neue Lehr- und Lern-Curricula erarbeitet.

In Seminaren, Übungen und problemorientierten Lerngruppen findet nun häufig 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 moderne Studienkonzepte zu integrieren.

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

Es ist zu erwarten, dass vergleichende Untersuchungen der Lehre an unterschiedlichen Hochschulstandorten und daraus abgeleitete Rankinglisten das Konkurrenzstreben 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.

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. Hoppe hat gegenüber der Präsidentin der Kultusministerkonferenz Karin Wolf 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.

In diesem Zusammenhang hat der Ausschuss nicht nur die Bedeutung von „evidence based medicine“ für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung erörtert, sondern ebenso die Sinnhaftigkeit der im Rahmen der neuen ÄApO modifizierten Multiple-Choice-gestützten Prüfungsverfahren kritisch hinterfragt.

Zugangsberechtigung zum Medizinstudium

Das Auswahlverfahren für die Zugangsberechtigung zum Medizinstudium soll zukünftig optimiert werden in dem Sinne, dass bei bis zu 60% der Studienplätze die Auswahl geeigneter Studienbewerber durch die Fakultäten selbst erfolgen soll. Die genauen Auswahlmodalitäten stehen noch nicht fest, lediglich die Abiturnote gilt weiterhin als ein wesentliches Kriterium.

Für die Meldung zur Ärztlichen Prüfung reicht neben dem Zeugnis über die allgemeine Hochschulreife seit einigen Jahren auch „der Nachweis der Hochschulzugangsberechtigung“ aus, für die das Abitur nicht unbedingt erforderlich ist. Bisher ist festzustellen, dass diese Möglichkeit quantitativ eine sehr untergeordnete Rolle spielt und die entsprechenden Bestimmungen in vielen Bundesländern noch vage und uneinheitlich sind. Eine eigens zu diesem Zweck zusammengesetzte Arbeitsgruppe soll demnächst Parameter zur Auswahl geeigneter Kandidaten erarbeiten, was allerdings sowohl ein finanzielles als auch bürokratisches Problem mit sich bringt. Der Ausschuss wird diese Entwicklung weiterhin kritisch verfolgen.

Dabei wird die Einführung von Studiengebühren von Seiten der Ärzteschaft trotz der wachsenden Anforderungen an die Ausbildung und gleichzeitiger Mittelknappheit abgelehnt, da die dadurch zu erwartenden Einnahmen als verhältnismäßig gering und lediglich als ‚Tropfen auf den heißen Stein‘ gesehen werden.

Bologna-Deklaration

Die Bologna-Erklärung wurde im Juni 1999 von 29 europäischen Bildungsministern unterschrieben und dient der Schaffung eines „Europäischen Hochschulraums“ bis zum Jahre 2010 im Sinne einer Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit Europas als Bildungsstandort.

Die im Rahmen des europäischen Hochschulraums formulierte Grundidee einer europäischen Harmonisierung in der medizinischen Ausbildung ist zunächst zu befürworten, da dies einer Öffnung eines Wissenstransfers innerhalb Europas Vorschub leistet. Auch das im Ausland bereits etablierte Credit-Point-System, welches in Deutschland bisher wenig praktiziert wurde, könnte mit Hilfe der Bologna-Deklaration weiter ausgebaut werden.

Aber die mit diesem Prozess verbundene Vorstellung über eine Teilung der Ausbildung in ein zweigestuftes Qualifikationsmodell Bachelor und Master hat der Vorstand der Bundesärztekammer in Bezug auf das Medizinstudium strikt abgelehnt.

In einer gemeinschaftlichen Aktion haben sich der Deutsche Hochschulverband zusammen mit der Bundesärztekammer, dem Marburger Bund, dem Medizinischen Fakultätentag, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zu einer Öffentlichkeitskampagne zusammen geschlossen und folgende Resolution verfasst:

Bachelor für Arztberuf nicht berufsqualifizierend

Die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin begrüßt den Bologna-Prozess. Die Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen kann geeignet sein, die Mobilität der Studierenden zu fördern und die Vergleichbarkeit von Studienabschlüssen zu erleichtern. Nach Auffassung der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin lassen die Qualitätsanforderungen an den Beruf des Arztes die Einführung von konsekutiven Bachelor- und Masterstudiengängen in der Medizin jedoch nicht zu. Ein dreijähriges grundständiges Bachelor-Studium findet in der Medizin kein Berufsfeld. Der hohe Qualitätsstandard, der von der Gesellschaft zu Recht von einem zum Beruf des Arztes ausbildenden Medizinstudium erwartet wird, ist weder durch einen sechs- noch durch einen achtsemestrigen Bachelorstudiengang zu gewährleisten. Allenfalls sind Bachelorstudiengänge für nicht medizinische Berufe und Tätigkeiten denkbar. Die erst im Jahr 2003 umgesetzte neue Approbationsordnung für Ärzte sieht nicht ohne Grund eine Regelstudienzeit von sechs Jahren und drei Monaten vor. Insofern ist sogar zu

bezweifeln, ob ein Masterabschluss nach insgesamt fünf Jahren als berufsqualifizierend im Sinne der Approbationsordnung gelten kann.

Im weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen in der Medizin die durch die neue ärztliche Ausbildungsordnung intendierte horizontale und vertikale Verzahnung und Integration von medizinischer Theorie und Praxis konterkarieren würde. Die Richtlinie 93/16/EWG des Rates der Europäischen Union regelt bereits abschließend die Freizügigkeit für Ärzte innerhalb der EU und die gegenseitige Anerkennung der Studienabschlüsse. Damit ist nach Auffassung der Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin eines der Hauptanliegen der Bologna-Erklärung in der Medizin bereits jetzt erfüllt.

Die wesentliche Aussage dieser Resolution konzentriert sich auf die von der Ärzteschaft nicht tragbare Trennung der medizinischen Ausbildung in zwei unterschiedliche Abschlüsse für die Medizin und warnt vor qualitativ minderwertigen Ausbildungsstandards in der zukünftigen medizinischen Versorgung. Um die notwendige Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit zu erreichen, haben die genannten Organisationen diese Resolution zum ‚Bologna-Prozess‘ erarbeitet und planen diesbezüglich ein Presseseminar im Mai 2005.

Attraktivität des Arztberufes

Bereits im März 2002 wurde in einer Vorstands-Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer zur Arztzahrentwicklung auf die offensichtliche Unterbewertung des Arztberufes hingewiesen. Diese Situation wurde in den politischen Darstellungen immer wieder betont und akute Lösungen für bessere Rahmenbedingungen - z. B. über arbeits- und tarifrechtliche Wege - eingefordert, damit weniger Ärzte in andere Berufe abwandern bzw. frühzeitig aus diesem Beruf aussteigen. Die Umwandlung der AIP-Stellen in Assistenzarztstellen soll diesbezüglich bewirken, dass die Abbruchrate beim Einstieg in die ärztliche Berufstätigkeit zukünftig sinken wird.

Ein ähnlicher Effekt ist von der endgültigen Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie zu erwarten, die trotz bestehender gesetzlicher Vorgaben bisher noch kaum Eingang in den ärztlichen Alltag gefunden hat. Dies hängt auch mit den tradierten Verhältnissen und eingefahrenen Arbeitsabläufen und oft mangelnder Flexibilität im Krankenhausmanagement zusammen.

Es wird weiterhin notwendig sein, längerfristig diese Aspekte im Auge zu behalten, um den Abwanderungstendenzen der Ärzte vorzubeugen. Zwecks einer besseren Ist-Analyse sollte die statistische Erfassung von Daten verbessert werden, um in der Zukunft spezifische Auswertungen vornehmen zu können, die auch Subanalysen zulassen, in deren Folge dann weitere Handlungskonzepte formuliert werden. Hierfür sind u.a. weitere Quellen für die Datenerhebung zu erschließen.

Hochschulfinanzierung

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. Der Ausschuss „Ausbildung, Hochschule und medizinische Fakultäten“ hat sich ausführlich mit der geplanten Trennung

der Finanzmittel für Forschung, Klinik und Lehre durch Änderung der Universitätsgesetze befasst, da im Rahmen der Quersubventionierung eine Verschiebung der finanziellen Ressourcen in die Patientenversorgung der Polikliniken zu Lasten von Ausbildung und Lehre stattgefunden hat. Dem gilt es gegenzusteuern.

Insbesondere unter den Restriktionen sektoraler Budgets im Gesundheitswesen ist zu befürchten, dass diese schon bestehende Tendenz weiter zunehmen wird und dass die Hochschulklinika vermehrt aufwändige und teure Krankenversorgungen übernehmen müssen, ohne hierfür angemessene Ausgleichszahlungen gerade auch nach Einführung des DRG Abrechnungssystems zu erhalten. Manche moderne Therapieverfahren werden derzeit nur durch drittmittelgestützte klinische Forschungsvorhaben den Patienten zugänglich. Die Universitätsambulanz sind sowohl für die Krankenversorgung als auch für die Forschung und Lehre in der Medizin unentbehrlich. Deren gravierende Unterfinanzierung muss auch aus Mitteln der GKV angemessen ausgeglichen werden.

Junior-Professur

Das seit Februar 2002 in Kraft befindliche 5. Gesetz zur Änderung des Hochschulrahmengesetzes und die damit gesetzlich verankerte Möglichkeit einer Junior-Professur wurde in einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 27.07.2004 aus formalen Gründen für nichtig erklärt und damit die vorgesehene verbindliche Einführung von Junior-Professuren als Qualifizierungsweg zur Professur oder zum Hochschullehrerberuf in Frage gestellt. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung erarbeitet zur Zeit eine Novelle zur Wiederherstellung der Rechtssicherheit für die Junior-Professuren. Bislang stellt dieser Weg zur Habilitation nur eine Alternative zum herkömmlichen Verfahren dar. Nach ersten anfänglichen Erfahrungen ist derzeit durch das Gerichtsurteil eine allgemeine Zurückhaltung zu registrieren. Weitere Entwicklungen diesbezüglich müssen weiter beobachtet werden, bevor eine aussagekräftige Bewertung eines neuen Qualifizierungsverfahrens zum Professor vorgenommen werden kann.

Stärkung der Allgemeinmedizin im Rahmen der Ausbildung

Unter anderem befasste sich ein Beschluss des 107. Deutschen Ärztetages in Bremen 2004 mit der eindeutigen Regelung der Anerkennung von Studienleistungen, die unter der alten Approbationsordnung abgeleistet wurden. Auch wurde einem Antrag statt gegeben, angehenden Ärzten die Möglichkeit zu eröffnen, einen speziellen Schwerpunkt in der Ausbildung in Vorbereitung auf eine spätere Tätigkeit als Haus- und Familienarzt zu setzen.

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 der 106. Deutsche Ärztetag im Jahr 2003 die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) beschlossen hat, stand die Arbeit der Weiterbildungs-gremien unter Leitung von Dr. H. Hellmut Koch, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender der Weiterbildungs-gremien der Bundesärztekammer, im Jahr 2004 unter dem Zeichen der Nachbereitung und Umsetzung der Novellierung in den Landesärztekammern.

Der 107. Deutsche Ärztetag 2004 ergänzte die Novelle um die ausgearbeitete Zusatz-Weiterbildung „Betriebsmedizin“ sowie um die weiteren Zusatzbezeichnungen „Ärztliches Qualitätsmanagement“ und „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Die aktuelle Fassung wird jeweils unter [www.bundesaerztekammer.de / Themen A-Z / Weiterbildung / Neue \(Muster-\) Weiterbildungsordnung](http://www.bundesaerztekammer.de/Themen-A-Z/Weiterbildung/Neue(Muster-)Weiterbildungsordnung) im Internet eingestellt.

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 Landesrecht nur im Ausnahmefall Veränderungen an der Musterempfehlung vorgenommen werden. Daher erfolgte auf dem 107. Deutschen Ärztetag im Wesentlichen eine Berichterstattung zum Stand dieser Umsetzung in den einzelnen Landesärztekammern. Hier wurde nochmals verdeutlicht, dass global gesehen mit der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung ein anspruchsvolles und gleichzeitig realistisches sowie angemessenes differenziertes Bildungsrecht etabliert wurde, das bei vertretbarem administrativen Aufwand für die Landesärztekammern eine grundlegende Strukturqualität sowohl für die Breitenversorgung als auch für die Spitzenversorgung gewährleistet.

Mit der Neustrukturierung des Paragraphenteils der (Muster-)Weiterbildungsordnung wurden Begriffe und Definitionen im Weiterbildungsrecht klarer und eindeutiger abgegrenzt.

Die neue (M)WBO gliedert sich in 3 Abschnitte: Abschnitt A (Paragraphenteil), Abschnitt B (Definition und Festlegung der Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen) und Abschnitt C (Definition und Festlegung der Zusatz-Weiterbildungen).

Kernelement ist das Verständnis über die „Gebietsdefinition“ und die „Facharzt-kompetenz“. 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 als Teilmenge enthaltenen „Kompetenzen“ durch die während der zeitlich festgelegten Weiterbildungsdauer zu erwerbenden Inhalte definiert. Daraus ergibt sich die Möglichkeit,

auch Hochspezialisierungen und Innovationen, die nicht oder noch nicht in einem Weiterbildungsgang beschrieben sind, den Gebieten zuzuordnen. Nachdem auf Beschluss des Deutschen Ärztetages 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 eine grundsätzlich große Akzeptanz für die Neuerungen in den Landesärztekammern. Andererseits gab es einen erheblichen Aufklärungsbedarf sowohl in den Kammern als auch bei den Verbänden, so dass in einer Vielzahl weiterer Gespräche und Termine die Umsetzung der Novellierung von Seiten der Bundesärztekammer begleitet wurde.

Trotz des erheblichen initialen Aufwandes im Rahmen der Novellierung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung gingen auch auf dem 107. Deutschen Ärztetag vom 18. bis 21. Mai 2004 in Bremen zahlreiche Änderungsanträge ein, die zu einem Teil zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen wurden.

Unter Beachtung der Beschlüsse des 106. und 107. Deutschen Ärztetages hat sich die Bundesärztekammer im laufenden Geschäftsjahr in ihren Sitzungen erneut mit vielen Teilbereichen der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung beschäftigt und die an den Vorstand überwiesenen Anträge beraten. Insbesondere verständigten sich die Weiterbildungsgremien gemäß Anregung des Ärztetages darauf, an der durch den 106. Deutschen Ärztetag novellierten Fassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung festzuhalten und grundlegende Änderungsanträge zur erneuten Beratung erst nach einer vorbereitenden Beratung in den Weiterbildungsgremien in den Ärztetag einzubringen. Einem Ärztetagsantrag, der ein derartiges Verfahren auch auf die von den Delegierten einzubringenden Anträge vorsieht, konnten sich die Weiterbildungsgremien nicht anschließen, da es hierzu einer Satzungsänderung des Deutschen Ärztetages bedürfte.

Ein erneuter Antrag zur Diskussion über das Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ wurde vom Deutschen Ärztetag mit eindeutigen Votum mit Nichtbefassung beschieden. Einige Ärztekammern hatten zu diesem Zeitpunkt bereits die Novellierung ihrer Weiterbildungsordnungen durch die Kammerversammlungen beschlossen, andere Kammerversammlungen standen kurz davor. Von der im Jahr 2003 beschlossenen Version wollte man nicht abweichen.

Die Ärztekammer Hamburg hatte die Übernahme des neuen Weiterbildungsrechts bereits im Dezember 2003 auf ihrer Delegiertenversammlung beschlossen, jedoch war Bayern das erste Bundesland, in welchem die neue Weiterbildungsordnung zum 01.08.2004 in Kraft trat. In den übrigen Kammerbereichen wurde eine Umsetzung bis spätestens Ende des 2. Quartals 2005 in Aussicht gestellt. Die zeitliche Verzögerung begründet sich dabei auf befürchtete Schwierigkeiten im Vertragsverletzungsverfahren der EU-Kommission gegen die Bundesrepublik Deutschland in Sachen „Spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin“ und der darauf beruhenden, nur schleppenden Durchführung der Genehmigungsverfahren durch die Aufsichtsbehörden der einzelnen Kammerbereiche.

Zum Jahresende stellte sich der Stand der Umsetzung in den Ländern folgendermaßen dar:

Folgende Landesärztekammern haben die (Muster-)Weiterbildungsordnung in ihren Kammerversammlungen bereits beschlossen			
Kammer-Versammlung	Landesärztekammer	von Aufsicht¹ genehmigt	Datum des Inkrafttretens
08. Dezember 2003	Hamburg	noch im Genehmigungsverfahren	
18. Februar 2004	Berlin	noch im Genehmigungsverfahren	
20. März 2004	Nordrhein	noch im Genehmigungsverfahren	
24. April 2004	Bayern	ja	seit 1.8.04 in Kraft
01. Mai 2004	Mecklenburg-Vorpommern	ca. 1. Quartal 2005	
05. Mai 2004	Rheinland-Pfalz	noch im Genehmigungsverfahren	
16. Juni 2004	Schleswig-Holstein	ca. 1. Quartal 2005	
25./26. Juni 2004	Sachsen	noch im Genehmigungsverfahren	
28. Juni 2004	Brandenburg	noch im Genehmigungsverfahren	
28. Juni 2004	Bremen	noch im Genehmigungsverfahren	
02. Juli 2004	Baden-Württemberg	noch im Genehmigungsverfahren	
27. Oktober 2004	Saarland	noch im Genehmigungsverfahren	

Folgende Landesärztekammern werden in den nächsten Monaten die (Muster-)Weiterbildungsordnung in den Kammerversammlungen beraten und beschließen			
Kammer-Versammlung	Landesärztekammer	von Aufsicht genehmigt	Datum des Inkrafttretens
02. Februar 2005	Sachsen-Anhalt	./.	./.
05. März 2005	Thüringen	./.	./.
09. April 2005	Hessen	./.	./.
09. April 2005	Westfalen-Lippe	./.	./.

¹ Aufsicht = Oberste Landesgesundheitsbehörden

Vertragsverletzungsverfahren

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. Vor allem die Europarechtlichen Gesichtspunkte wurden im gesamten weiteren Beratungsprozess beachtet sowie unter Einbeziehung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung ein regelmäßiger direkter Austausch mit der Generaldirektion Binnenmarkt der EU-Kommission gesucht. Im Rahmen dieser Gespräche wurden wichtige Klarstellungen zur EU-Kompatibilität der novellierten Weiterbildungsordnung – insbesondere des Gebietes „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ vorgenommen. Ergebnis war, dass zwecks einer dynamischen Klausel in den Heilberufsgesetzen folgende Formulierung in alle Weiterbildungsordnungen der Länder aufgenommen werden sollte, um dem jetzigen Vertragsverletzungsverfahren zu begegnen und diesbezüglich zukünftige zu vermeiden:

„Die Facharztbezeichnung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ darf nur in der Form „Facharzt für Allgemeinmedizin“ geführt werden. Die Bezeichnung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ ist ab dem Tag nach der Veröffentlichung einer von der Bundesrepublik Deutschland gemäß Titel IV der Richtlinie 93/16/EWG vom 05.04.1993 (ABl EG Nr. L 165 S. 1) geändert durch die Richtlinie 2001/19/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 14.05.2001 (ABl EG Nr. L 206 S. 1) notifizierte Mitteilung über den Ersatz der bisherigen Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ zu führen.“

Außerdem wurde von Seiten der EU-Kommission die Bundesrepublik Deutschland letztmalig aufgefordert, bis spätestens April 2005 in allen 16 Bundesländern Deutschlands die einheitliche Umsetzung der Richtlinie 93/16/EWG, hier des Titels IV „Spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin“ in die vorab notifizierte Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ vollzogen zu haben, um eine nunmehr endgültig drohende Verurteilung vor dem Europäischen Gerichtshof abzuwenden. Deutschland wurde darauf hingewiesen, dass wenn auch nur ein einziges Bundesland dieser Aufforderung nicht zeitgerecht nachkäme, Deutschland noch im laufenden Jahr mit einem Bußgeld in Höhe eines sechsstelligen Euro-Betrages zu rechnen habe.

(Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung

Ergänzend zur neuen Weiterbildung wurden bereits im Jahr 2003 die (Muster-)Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung gemeinsam mit den Landesärztekammern und in Rückkopplung mit den Medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden erstellt. Darin wurden die zahlenmäßigen Anforderungen für die Weiterbildungsinhalte in den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der einzelnen Bildungsgänge im Spannungsfeld zwischen Qualifikationsanspruch und durchschnittlichem Leistungsgeschehen in den Kliniken und Praxen festgelegt. Ziel war es, diese Richtlinien für die im Laufe des Jahres 2004 in den einzelnen Landesärztekammern stattfindende Einführung der novellierten Weiterbildungsordnung für das jeweilige Landesrecht zeitnah zur Verfügung zu stellen.

Erstellung von Kursbüchern

Flexibilität und Mobilität sind unter anderem zwei der Ziele, die mit der neuen (Muster-) Weiterbildung unter dem Motto der Bundeseinheitlichkeit angestrebt werden. Auch innerhalb Deutschlands muss gewährleistet sein, dass in einem anderen Bundesland erbrachte Anteile

der Weiterbildung in den anderen Ärztekammern anerkannt werden. Um dies zu verwirklichen, haben sich die Weiterbildungsgremien der Vereinheitlichung der theoretischen Weiterbildungskurse gewidmet. Je nach Fachbereich gestaltet sich diese Arbeit mehr oder minder aufwendig. So liegt bereits ein weit fortgeschrittenes Konzept für die Notfallmedizin, die Naturheilverfahren und die Manuelle Medizin vor. Andere Bereiche haben schon Entwürfe erstellt, die aber noch weiter beraten und bearbeitet werden müssen. Besonders aufwendig stellt sich die Gestaltung des Kurses für Homöopathie dar, weil sich die Fachvertreter nicht gegenseitig und untereinander beraten, aber auch weil den Fachvertretern das vom Deutschen Ärztetag beschlossene Konzept in seinem Umfang nicht genehm ist. Eine derartige Haltung ist sicherlich nicht förderlich, um eine angemessene Akzeptanz für die Absolvierung dieser Zusatz-Weiterbildung zu erlangen.

Datenbank

Nachdem die Finanzierung für die Erstellung der Weiterbildungsdatenbank im Haushaltsjahr 2004/2005 eingestellt ist, konnte das von den Gremien erstellte und den Landesärztekammern zur Überprüfung vorgelegte „Inhaltliche Aufgabenheft“ zur Erstellung eines ausdifferenzierten EDV-technisch unterlegten Gestaltungsplans an eine sachverständige Auftragnehmerin zur Erstellung eines Gesamt-Projektplans vergeben werden. Dieser Auftrag ist Ende Dezember ergangen und wird in 2005 intensiv weiter verfolgt werden. Ziel ist es, zumindest zeitgleich mit dem Inkrafttreten der meisten Weiterbildungsordnungen in den Ländern diese Datenbank zur Verfügung stellen zu können. Insbesondere bei den anfänglichen Schwierigkeiten im Umgang mit der Umsetzung der neuen Weiterbildung kann eine derartige technische Hilfe die Arbeit sowohl für die Landes- als auch für die Bundesärztekammer erleichtern.

Einzel-Anfragen

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

Auch in diesem Berichtszeitraum sind 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 sowie die Referententätigkeit in Kammerversammlungen und auf Fachtagungen 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 zur Überwindung des Nebeneinanders von Allgemeinmedizin und Innere Medizin in der hausärztlichen Versorgung dem Auftrag des 104. Deutschen Ärztetages 2001 folgend 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 erörterte 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“. 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 Weiterbildungs-gremien der Bundesärztekammer stets auf dem Boden eindeutiger Mehrheitsbeschlüsse des Deutschen Ärztetages 2002 stattfanden. Sämtliche dreigliedrigen 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 2003 zur Diskussion und Beschlussfassung vorlag und von diesem novelliert wurde, 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.

Dennoch ist abweichend von dieser Beschlussfassung in einzelnen Kammerbereichen die Implementierung einer sogenannten 9. Säule mit unterschiedlichen Bezeichnungen im Sinne eines „Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Allgemeine Innere Medizin“ erfolgt bzw. beabsichtigt. Da keine einheitliche Struktur zeitlicher oder inhaltlicher Art vorliegt, bleibt abzuwarten, inwieweit dieses Konzept umgesetzt werden kann. Sehr wahrscheinlich wird diese Thematik die Weiterbildungsghremien auch in Zukunft noch weiter beschäftigen.

Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Mit Inkrafttreten des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes zum 1.1.1999 wurden die rechtlichen Grundlagen für die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin geschaffen. In den 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 1.1.1999 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 1020 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 1.1.2001 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 1.1.2001 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 1.1.2001 bis 31.12.2003. Die Verlängerungsvereinbarungen, nun zunächst bis zum 31.12.2006, konnten 2004 von allen Vertragspartnern wieder unterzeichnet werden.

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.

Im Rahmen der Vereinbarung für den ambulanten Bereich wurde als neues Element zusätzlich zur eigentlichen Förderung ein einmaliger Zuschuss in Höhe von bis zu 300 Euro für diejenigen Weiterbildungsassistenten ermöglicht, die in anerkannten Kursen oder ähnlichen Qualifikationsmaßnahmen in dreien der Arbeitsfelder Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie, Psychiatrie, Schmerzbehandlung bzw. Palliativmedizin weitere Kenntnisse erwerben.

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 anfänglich voll ausgeschöpft wurden und sich sogar ein Bedarf für weitere Stellen ergab, konnten in den West-Ländern von Anfang an die Kapazitäten nicht voll in Anspruch genommen werden. Aufgrund der Entwicklung auf dem ärztlichen Stellenmarkt zeigt sich eine abnehmende Tendenz hinsichtlich der Inanspruchnahme der bereitgestellten Weiterbildungsstellen sowohl im Bereich der alten als auch neuen Bundesländer.

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 2004 bezogen auf das Förderkontingent von 3000 Stellen im stationären Bereich eine Ausschöpfung durch registrierte Maßnahmen von 70 % (2114 registrierte Maßnahmen) auf, während in 2001 die bundesweite Ausschöpfung noch 61 % und bereits 2002 vergleichbare 69 % und 2003 68 % 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 und lag im Jahr 2003 bei 61 %.

Zum 31.12.2002 wies die Ärztestatistik 1917 neu erteilte Facharzt-Anerkennungen für die abgeschlossene Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf, Ende 2003 konnte eine Abnahme auf 1686 neu erteilte Facharzt-Anerkennungen im Gebiet Allgemeinmedizin registriert werden. Trendmäßig ist für das Jahr 2004 ein weiterer zahlenmäßiger Rückgang zu erwarten, was das Problem der hausärztlichen Versorgung verschärfen wird.

Die Überprüfung, ob eine Aufnahme von Steuerungselementen zur Erhöhung des Wirkungsgrades der Förderung notwendig ist, zu der sich die Vertragspartner verpflichtet hatten, zeigte dass das zur Verfügung stehende Fördervolumen in vielen Kammerbereichen nicht ausgeschöpft wird. Eine sorgfältige Beobachtung der Situation wird auch künftig erfolgen. Perspektivisch soll weiterhin begleitend die Weiterentwicklung des Weiterbildungsrechts mit der Einführung der neuen Hausarztqualifikation geprüft und, falls erforderlich, eine vertragliche Anpassung daran vorgenommen werden.

In einer Länder-Unter-Arbeitsgruppe, die für die Frühjahrssitzung 2005 der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) ein Papier zur „Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin“ erstel-

len soll, wurden alle oben genannten Aspekte in mehreren Sitzungen zusammengetragen. Neben Vertretern der Ländergesundheitsministerien nahmen an der Erarbeitung des Papiers auch Vertreter von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Bundesgesundheitsministerium, Krankenkassen, Kultusministerium der Länder sowie Hochschulvertreter und niedergelassene Allgemeinmediziner teil. Anlass für den Auftrag der GMK ist der drohende Ärztemangel und insbesondere die Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung vor dem Hintergrund eines zumindest regionalen Ärztemangels an qualifizierten Allgemeinmedizinern, praktischen Ärzten und hausärztlich tätigen Internisten.

Ärztliche Fortbildung

Nach Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zur Änderung des V. Sozialgesetzbuches (SGB V) stand im Mittelpunkt der Arbeit des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung im Berichtsjahr die Ausführungen zu § 95 d SGB V und § 137 zur Pflicht der ärztlichen Fortbildung bei Vertragsärzten bzw. Fachärzten in Krankenhäusern (s. auch Tätigkeitsbericht 2003/2004). Von Anfang an arbeiteten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung eng zusammen. Ziel war eine praxisnahe Lösung für die Vertragsärzte ohne überbordenden Bürokratismus. Im Rahmen des 107. Deutschen Ärztetags im Mai 2004 wurde die (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat verabschiedet, einschließlich den einheitlichen Bewertungskriterien für Fortbildungsmaßnahmen (s. Dokumentationskapitel). Im Herbst des Jahres wurde dann die Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer beschlossen. Eine Regelung für Fachärzte an Krankenhäusern, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer erarbeitet werden soll, steht noch aus.

Um Ärzten den Gang mit dem „Schuhkarton“ voller Teilnahmebescheinigungen zu ersparen, werden die Ärztekammern in Kürze Fortbildungspunktekonten für ihre Mitglieder einrichten und führen. So kann der Arzt jeder Zeit seinen Kontostand abfragen, mögliche Fragen zum Inhalt und Umfang können direkt geklärt werden. Somit hat der Arzt von Anfang des Fortbildungszyklus an Sicherheit über seinen Fortbildungspunktestand. In Zukunft werden die Anmeldungen von Fortbildungsmaßnahmen und die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zunehmend elektronisch erfolgen. Die Vorarbeiten hierfür werden in der Projektgruppe „Elektronischer Informationsverteiler“ unter der Federführung von Dr. J. Weidringer (Bayerische Landesärztekammer) geleistet.

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 einen großen 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 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 Saturnus, 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..

Das 29. Interdisziplinäre Forum fand erstmalig in Berlin (vom 06. bis 08.01.2005) statt. Trotz des Ortswechsels nach 28 Jahren war das Interesse bei den Teilnehmern und Medizinjournalisten an der Veranstaltung ungebrochen. Folgende Themen wurden behandelt:

- Demenzerkrankungen
- Neuerungen in der Behandlung der Varikose
- Das chronisch kranke Kind – am Beispiel von Lungenerkrankungen
- Akute Gastroenteritis im Säuglings- und Kleinkindesalter
- Primäre und sekundäre Prävention in der Frauenheilkunde
- Rehabilitationsmedizin
- Risikoevaluation und arzneitherapeutische Optionen in der kardiovaskulären Prävention – eine Veranstaltung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Der Abendvortrag lautete: „Wahrnehmungsstörungen bei Gesunden und bei psychisch Erkrankten. Wie wirklich ist unsere Wirklichkeit?“. Als Referent konnte Prof. Dr. med. F. Hohagen, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinikum Lübeck, gewonnen werden.

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. Derzeitige Themen sind insbesondere die Umstellung auf die 80-stündige Kursweiterbildung und deren inhaltliche Ausgestaltung sowie die Vermittlung theoretischer Inhalte neben der psychosomatischen Grundversorgung.

Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen

33. Interdisziplinärer Zentralkongress für die Fachberufe im Gesundheitswesen in Augsburg

Am 23. und 24.10.2004 fand unter der wissenschaftlichen Leitung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und unter einem Dach mit dem Augsburger Fortbildungskongress für praktische Medizin der 33. 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 Prävention und Gesundheitsförderung.

Gemeinsame Tagung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung mit Vertretern der Deutschen Akademie der Gebietsärzte und der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin

Seit Jahren besteht eine enge Zusammenarbeit mit Vertretern der Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften in Fragen der Fortbildung. Neben der Fortbildung stehen zunehmend Fragen und Konzepte zum Kompetenzerhalt im Vordergrund der Diskussion. Die Tagung fand am 1.10.2004 in Düsseldorf statt.

Arbeit des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung

Die Pflicht zur Dokumentation ärztlicher Fortbildung (§ 95 d und § 137 SGB V) 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 wurde auf dem 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen die (Muster-) Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat einschließlich einheitlicher Bewertungskriterien verabschiedet (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 ist selbst ein Modul zur Kompetenzerhaltung und wird zunehmend in einen breiteren Kontext gestellt.

Bei der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen für das Fortbildungszertifikat kommt es immer wieder zu Situationen, in denen eine Anerkennung, z. B. aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Grundlage der Fortbildungsinhalte oder der fehlenden Produktneutralität, strittig ist. Um in diesen Fällen ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, hat sich aus den Mitgliedern des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung eine Clearingstelle gebildet, die sich mit diesen Themen befasst.

Neben der Vermittlung und dem Erwerb kognitiven Wissens wird sich der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung in Zukunft verstärkt mit Fragen der ärztlichen Kompetenzerhaltung und Kompetenzentwicklung befassen.

Die strukturierte curriculäre Fortbildung

Bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung wurde festgelegt, dass Kenntnisse, die ausschließlich im Rahmen eines theoretischen Kurses vermittelt werden, aus der (Muster-)Weiterbildungsordnung ausgegliedert und im Rahmen der Fortbildung vermittelt werden sollen. Inhalt und Umfang dieser vom Vorstand der Bundesärztekammer festgelegten interdisziplinären Fortbildungsmaßnahmen werden in einem strukturierten Fortbildungscurriculum festgelegt.

Somit ist die strukturierte curriculäre Fortbildung eine neue dritte Säule zwischen Weiterbildung und Fortbildung. Die strukturierte curriculäre Fortbildung entspricht dem früheren Befähigungsnachweis. Die Themen sind interdisziplinär angelegt. Es handelt sich um eine Qualifikationsmaßnahme, die im Rahmen eines theoretischen Kurses (evtl. ergänzt um einen Praxisanteil) vermittelt wird. Das Kursbuch legt Lernziele und Inhalte (Themen, die in dem Kurs vermittelt werden sollen) und den zeitlichen Umfang fest und enthält Empfehlungen für die methodisch didaktische Vorgehensweise.

Bisher wurden folgende Curricula vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet:

- Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“
- Curriculum „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“

www.leitlinien.wissen.de – Eine nationale Online-Plattform zur interaktiven Fortbildung

Die Universität Witten/Herdecke (Dr. Butzlaff) hat gemeinsam mit der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) eine Fortbildungsplattform „www.leitlinien-wissen.de“ erstellt. Diese ermöglicht es Ärzten, sich online über ein medizinisch relevantes Thema evidenzbasiert fortzubilden. Die Fortbildungsmodule basieren auf den nationalen Versorgungsleitlinien. Bislang stehen Lernmodule zu den Themen „Diabetes mellitus“, „COPD“ und „Hypertonie“ bereit; die Themen „Depression“ und „Rückenschmerz“ sind in Vorbereitung. Jedes Lernmodul umfasst neben der Versorgungsleitlinien 10 medizinische Fragestellungen, die über ein Multiple-Choice-Format zu beantworten sind. Jedes Lernmodul ist von der Ärztekammer Westfalen-Lippe zertifiziert, so dass bei richtiger Beantwortung von 70 % der gestellten Fragen ein Fortbildungspunkt erworben werden kann.

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. Die Empfehlungen werden kontinuierlich fortgeschrieben.

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
- Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“, 2003
- Curriculum „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“, 2004
- 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
- Maßnahmensets 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 08.07.2004 in Düsseldorf 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.

Tagung der EACCME der UEMS

Am 27.11.2004 tagte die EACCME (European Accreditation Council for Continuing Medical Education), eine Arbeitsgruppe der UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes), in Brüssel. Es handelt sich hierbei um eine Arbeitsgruppe, die sich ausschließlich mit Fragen der ärztlichen Fortbildung und des Kompetenzerhaltes befasst. Hierbei steht der Wunsch im Mittelpunkt, ein europaweit einheitliches Vorgehen bei der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen zu erreichen. Nahmen in den vergangenen Jahren hauptsächlich Vertreter der Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischen Gesellschaften – entsprechend den Mitgliedern der UEMS – an den Sitzungen teil, war in diesem Jahr der sprunghafte Anstieg von Ärztekammervetretern augenfällig. Auch hier zeigte sich, dass es in vielen europäischen Ländern eine Fortbildungspflicht gibt, die Nicht-Einhaltung jedoch nur in Deutschland und der Slowakei sanktioniert wird. In der Sitzung wurde betont, dass die EACCME Antragsteller für die Anerkennung von Fortbildungspunkten immer zunächst an die „nationalen Autoritäten“ verweist und nur in dem Fall von sich aus direkt aktiv wird, wenn in einem europäischen Land keine Fortbildungspflicht besteht. Ein europaweit einheitliches Vorgehen ist u. a. dadurch erschwert, dass in vielen Ländern Umfang und Inhalt der Fortbildungsmaßnahmen von den jeweiligen Fachgesellschaften festgelegt werden und es hier zu deutlichen Unterschieden kommen kann, die dann zum Teil nicht nur von Fachgesellschaft zu Fachgesellschaft, sondern darüber hinaus auch noch von Provinz zu Provinz abweichen können