

6. Ärztliche Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung

Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten

Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ unter dem Vorsitz von Herrn Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, und dem 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“ trat zum 01.10.2003 in Kraft.

Stellungnahmen, u. a. der Bundesärztekammer, der Deutschen Ärztetage und des Medizinischen Fakultätentages, hatten Eingang in diesen Gesetzentwurf gefunden. In mehreren mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen hatte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. Hoppe, die Öffentlichkeit und die Politik 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 den Reformbedarf hinzuweisen und einen untragbaren Kompromiss zwischen Reform des Medizinstudiums und kontraproduktiver Anpassung der Kapazitätsverordnungen der Länder zu verhindern.

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
- Abschaffung der AIP-Phase.

Weitere Details sind den Tätigkeitsberichten der vergangenen Jahre zu entnehmen.

Abschaffung der AiP-Phase zum 01.10.2004

Die seit langem von der Ärzteschaft geforderte Abschaffung der AiP-Phase wurde im Rahmen der Gesetze zur Änderung der Bundesärzteordnung zum 01.10.2004 wirksam.

Die Bundesärztekammer hatte gemeinsam mit dem Marburger Bund 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.

Der Befürchtung, dass die Abschaffung der AIP-Phase wegen der kritischen Finanzlage vieler Kliniken zu zahlreichen arbeitslosen Ärzten führen würde, konnte durch eine zwischen dem Marburger Bund und den Spitzenverbänden der Krankenkassen getroffenen bundesweiten Vereinbarung entgegengewirkt werden.

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. Drittmitelfinanzierte 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 mussten.

Im Ergebnis zeigte eine Aufstellung der Landesärztekammern im Jahr 2005, dass keine vermehrten Kündigungen, sondern eine reibungslose Übernahme von AIP'lern in den Assistenzarztstatus zu registrieren war.

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 beschritten. Die meisten Universitäten haben mittlerweile neue Studienordnungen verabschiedet. Dabei sollen universitäre Prüfungen nicht von einem Multiple-Choice-System geprägt sein. Stattdessen werden praktische und mündliche Prüfungsformen bevorzugt.

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 aufgrund von Kooperationen mit medizinischen Fakultäten anderer Länder und des Studenten- und Tutorenaustauschs gemachten Erfahrungen sollen in die modernen Studienkonzepte integriert werden.

Grundsätzlich ist der Mut zu neuen Wegen in der Medizinerbildung 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.

Allerdings bleibt festzustellen, dass für die Auswertung von Modellstudiengängen keine Kontrollgruppen zu verzeichnen sind. Prof. Dr. Hoppe hat gegenüber der Kultusministerkonferenz den Beschluss des Deutschen Ärztetages 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.

Hochschulranking

Trotz des hohen organisatorischen Aufwandes haben sich die Medizinischen Fakultäten – u. a. auch wegen der zunehmenden Wettbewerbssituation – um eine möglichst zeitnahe Umsetzung der neuen Studienreform bemüht.

Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer hat sich in diesem Zusammenhang mit dem Vorhaben des Medizinischen Fakultätentages befasst, dass in den nächsten zwei bis drei Jahren ein Hochschulranking in Form einer „Landkarte der Hochschulmedizin“ und einer definierten „Lehreevaluation“ etabliert werden soll. Dieses Hochschulranking soll nicht als „Gesamtergebnis“ veröffentlicht, sondern in unterschiedlichen Kategorien vorgenommen werden, da ein „Absolut“-Ranking je nach Gewichtung der Kriterien nur ein subjektives Ergebnis liefern kann. Da eine Forschungslandkarte in Papierform einen zu großen Umfang hätte, ist vom Medizinischen Fakultätentag geplant, diese elektronisch zu gestalten. Mit diesem Projekt hat sich auch der Außerordentliche Fakultätentag im November 2005 befasst und wird sich schwerpunktmäßig in seiner zukünftigen Arbeit mit der Ausgestaltung der Forschungslandkarte befassen.

Zugangsberechtigung zum Medizinstudium

Das Auswahlverfahren für die Zugangsberechtigung zum Medizinstudium soll zukünftig in dem Sinne optimiert werden, 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 der Länder soll Parameter zur Auswahl geeigneter Kandidaten erarbeiten, was allerdings sowohl ein finanzielles als auch bürokratisches Problem mit sich bringt.

Die Bundesärztekammer wird diese Entwicklung weiterhin kritisch verfolgen.

Studiengebühren

Die Einführung von Studiengebühren wird den Zugang zum Medizinstudium beeinflussen. Von Seiten der Ärzteschaft wird eine Studiengebühr – trotz der wachsenden Anforderungen an die Ausbildung und gleichzeitiger Mittelknappheit – wie bereits in der Vergangenheit abgelehnt.

Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ hat die Einführung von Studiengebühren aus mehreren Gründen kritisch gesehen.

Zum einen werden die zu erwartenden Einnahmen als verhältnismäßig gering erachtet und können das Defizit in den öffentlichen Haushalten nicht auffangen. Zum anderen wird der freie Hochschulzugang als ein wichtiger Grundpfeiler unserer Gesellschaft gesehen. Hierbei steht primär die Politik mit den öffentlichen Haushalten in der Verantwortung, Strukturen zu schaffen, die den Universitäten mehr finanzielle Mittel für eine gute Lehre zur Verfügung stellen soll.

Die Diskussion des Ausschusses mündete in einen Antrag für den 108. Deutschen Ärztetag 2005, welcher vom Vorstand der Bundesärztekammer eingebracht und vom Ärztetag mit großer Mehrheit beschlossen wurde – mit folgendem Wortlaut:

„Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist das im Bundesrecht geregelte Verbot der Erhebung von Studiengebühren – da Angelegenheit der Länder – nichtig. Daraufhin soll in einigen Ländern kurzfristig die Einführung von Studiengebühren erfolgen. Es ist bisher nicht ersichtlich, ob die Einführung von Studiengebühren wirklich zu verbesserten Studienbedingungen führen wird. Vielmehr wird befürchtet, dass die Zuwendungen aus Landesmitteln entsprechend gekürzt werden. Es gibt bisher keinerlei verbindliche Regelungen hierzu.“

Vor diesem Hintergrund lehnt die Deutsche Ärzteschaft die Einführung von Studiengebühren zumindest für das Erst-Studium bei Einhaltung der durchschnittlichen Studiendauer ab. Die finanziellen Mittel für Bildung müssen weiterhin vom Staat zur Verfügung gestellt werden.

Die politisch Verantwortlichen werden aufgefordert, ein globales Konzept zur Verbesserung der Situation an den medizinischen Fakultäten deutscher Universitäten zu entwickeln, um

- *die Qualität von Lehre, Forschung und Krankenversorgung zu verbessern,*
- *den Zugang zum Studium allen sozialen Schichten gleichermaßen zu ermöglichen,*
- *die Anzahl an Studienabbrechern zu senken,*
- *die Studiendauer zu optimieren etc.*

Hierbei sollen auch Modelle einbezogen werden, bei welchen u. a. Wirtschaft und Industrie einen finanziellen Beitrag für Forschung und Lehre leisten.“

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. Mittlerweile sind 45 – auch nicht EU-Mitgliedstaaten – dem Prozess beigetreten.

Die im Rahmen des europäischen Hochschulraums formulierte Idee einer europäischen Harmonisierung in der medizinischen Ausbildung ist zunächst grundsätzlich nicht abzulehnen, da dies einer Öffnung des Wissenstransfers innerhalb Europas Vor-schub 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.

Demgegenüber hat die Bundesärztekammer die mit diesem Prozess verbundene Vorstellung über eine Teilung der Ausbildung in ein zweigestuftes Qualifikationsmodell mit den berufsqualifizierenden Abschlüssen als „Bachelor“ und „Master“ für das Medizinstudiums strikt abgelehnt. Der wesentliche Grund für die Absage konzentriert sich auf die von der Ärzteschaft nicht tragbare Trennung der medizinischen Ausbildung in zwei unterschiedliche Abschlüsse für die Medizin, indem vor einem qualitativ minderwertigen Ausbildungsstandard in der zukünftigen medizinischen Versorgung gewarnt wird. Es wurde für notwendig empfunden, die Öffentlichkeit zu diesem Thema gezielt zu informieren.

Am 25. August 2005 fand gemeinsam mit dem Marburger Bund und dem Deutschen Hochschulverband in der Bundespressekonferenz in Berlin ein Presseseminar „Arzt mit Bachelor? Die Irrwege des Bologna-Prozesses“ statt. In dessen Vorbereitung haben Bundesärztekammer, Deutscher Hochschulverband, Marburger Bund, Medizinischer Fakultätentag, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und andere Hochschulverbände folgende gemeinsame 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 Bachelor-Studiengänge 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.“

Der Stellungnahme liegen folgende Argumente bezüglich einer Nichteignung des zweistufigen Modells für die Medizin zugrunde:

Konterkarierung der neuen Approbationsordnung

Die Umstellung in ein zweistufiges Studiensystem fußt auf dem Verständnis, dass man ein berufsfeldbezogenes und ein wissenschaftliches Studium nacheinander absolvieren kann. Das mag für eine Reihe von geisteswissenschaftlichen, technischen und evtl. auch naturwissenschaftlichen Berufen gelten. Die Situation in der Medizin stellt sich aber anders dar. Die Besonderheit in der Medizin zeichnet sich durch eine enge Verknüpfung der wissenschaftlichen Lehre und der Krankenversorgung an den Hochschulen aus. Genau darauf zielt die erst im Oktober 2003 in Kraft getretene Reform des Medizinstudiums ab, in welcher eine ab dem ersten Semester greifende Verzahnung und Integration von theoretischen Grundlagen und klinischer Anwendung mit entsprechendem Praxisbezug eingeführt wurde. Diese Studienreform, welcher ein breiter politischer Konsens der Bundesländer zugrunde lag, würde durch die Forderung eines zweistufigen Abschlusses konterkariert.

Verschlechterung der Qualität der Ausbildung – und damit der Krankenversorgung

Eine nicht sachgerechte Interpretation der Bologna-Deklaration der Kultusministerkonferenz, insofern als der Bachelor-Abschluss als Regelabschluss zu verstehen wäre, führte zu 10 Thesen über die Bachelor- und Master-Struktur in Deutschland. Die Politiker

erhoffen sich vom Bologna-Prozess u. a. auch eine Verkürzung der Studienzeiten. Die Absolventen eines derartigen Kurzzeitstudiums, das lediglich eine Art Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten darstellen kann, würden dem Arbeitsmarkt zwar als vergleichsweise billige, weil geringer qualifizierte Bachelor-Absolventen für die ärztliche Versorgung zur Verfügung stehen, deren Qualität aber zugleich auf ein bedenkliches Maß reduziert würde. Die Langzeitauswirkungen auf den Gesundheitssektor – sowohl in medizinischer wie auch in ökonomischer Hinsicht – sind derzeit noch nicht abzusehen. Es wird als unmöglich erachtet, in einem circa dreijährigen Basisstudium sowohl eine solide wissenschaftlich-medizinische Grundausbildung als auch eine spezifisch ärztliche Berufsbefähigung zu vermitteln.

Fehlendes ärztliches Berufsfeld für Bachelor-Absolventen

Laut Bologna-Deklaration soll der Bachelor-Abschluss zu einer „für den europäischen Arbeitsmarkt relevanten Qualifikation“ führen. Dieser Arbeitsmarkt existiert im ärztlichen Berufsbild nicht für einen Bachelor-Absolventen und sollte auch nicht künstlich geschaffen werden. Davon unbenommen sind selbstverständlich bereits etablierte Studiengänge im nicht ärztlichen Bereich wie zum Beispiel der Bachelor-Abschluss in Pflegeberufen.

Politische Intention zur Etablierung eines preiswerten Basisarztes

Die politische Überlegung, dass u. a. präventive Aufgaben, die in Deutschland bislang nur von Ärzten wahrgenommen werden, zukünftig an Bachelor-Absolventen delegiert werden sollen, könnte die eigentliche, mittelfristige Intention der Befürworter des Bologna-Prozesses sein. Die Einführung dieses qualitativ schlechter ausgebildeten „Basisarztes“ bringt unweigerlich auch eine Verschlechterung der bisher hohen Qualität in der medizinischen Versorgung, gerade auch in der Primärversorgung, mit sich.

Der Master als Flaschenhals

Der Bologna-Prozess darf nicht als Hebel für neue Sparmaßnahmen an den Universitäten benutzt werden. Bereits jetzt ist ein eingeschränkter Zugang zum Master-Studium vorgesehen. Bei vorherrschendem Ärztemangel in Deutschland ist es dringend erforderlich, den Medizinstudierenden, die den Arztberuf anstreben, das Weiterstudium zu ermöglichen. Zum Beispiel soll gemäß eines Erlasses des Düsseldorfer Wissenschaftsministeriums aus kapazitären Gründen nur die Hälfte der Absolventen eines Bachelor-Studiengangs die Möglichkeiten zum Weiterstudium erhalten.

Verstärkte Ökonomisierung im Bildungsbereich

Immer wiederholte Ziele des Bologna-Prozesses sind „Förderung arbeitsmarktrelevanter Qualifikationen“ und „Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit“. Dieses Primat der Ökonomie durchläuft alle Erklärungen des Bologna-Prozesses. In den Analysen, Berichten und Konferenzen wird beschrieben, wie das Hochschulsystem den Anforderungen des globalen Marktes gerecht werden soll. An keiner Stelle wird thematisiert, wie das Hochschulsystem den Anforderungen der modernen Wissenschaft und dem Versorgungsauftrag für die Bürger am besten gerecht wird. Die politische Zielrichtung des Bologna-Prozesses liegt also nicht in der besseren Vermittlung von Lehrinhalten, sondern auf der ökonomischen Wettbewerbsfähigkeit Europas beim zukünftigen Export

kostenpflichtiger Bildung. Bildung ist aber kein privates Gut, für welches der Markt nach seinen Gesetzen die Nachfrage decken kann, sondern ein öffentliches Gut, dessen Qualität staatlich gewährleistet werden muss.

Finanzielle Mehrbelastung der Studierenden

Durch die beabsichtigte Limitierung des Normalstudienganges auf den Bachelor-Abschluss besteht die Gefahr, dass auch die bisherige finanzielle staatliche Unterstützung, Stipendien und andere Förderungen auf den Zeitraum des Bachelor-Studienganges begrenzt werden. Darüber hinaus scheint beabsichtigt zu sein, dass das Masterstudium kostenpflichtig wird. Beide Entwicklungen widersprechen den aktuellen politischen Äußerungen, dass wir in Deutschland den Hochschulzugang und Abschluss allen begabten jungen Menschen ermöglichen wollen – unabhängig von sozialer Herkunft und wirtschaftlichen Voraussetzungen.

Inkompatibilität mit der Richtlinie 93/16/EWG zur Berufsankennung

Die Mindestanforderungen für das Medizinstudium der Richtlinie 93/16/EWG ist mit mindestens 5500 Stunden verbindlich für alle 25 EU-Staaten festgelegt. Durch die Novellierung des Hochschulrahmengesetzes 1998 wurde in Deutschland die Regelstudienzeit in Bachelor-Studiengängen auf mindestens drei, höchstens vier Jahre, die Regelstudienzeit in Master-Studiengängen auf mindestens ein und höchstens zwei Jahre festgelegt. Diese Vorgaben erfüllen nicht die Mindeststandards der europäischen Richtlinie und sind somit nicht EU-kompatibel.

Negative Erfahrungen aus dem Ausland: Inkompatibilitäten

In Dänemark und den Niederlanden liegt die Prüfungskompetenz, das heißt der staatlich anerkannte Abschluss, bei den Hochschulen. Das hat dazu geführt, dass undergraduate Abschlüsse der einzelnen Hochschulen untereinander nicht mehr anerkannt werden. Bisher hat in Deutschland das Staatsexamen für einen bundesweit einheitlichen Standard gesorgt. Dies droht mit dem Bologna-Prozess verloren zu gehen. Die bundes-einheitliche Zulassung zum Arztberuf, die Approbation, muss aber erhalten bleiben.

Einführung eines Leistungspunktesystems/European Credit Point System (ECTS)

Zwar ist die gegenseitige Anerkennung von Studienabschlüssen in der Medizin in Europa durch die Richtlinie 93/16/EWG geregelt, ein Studienortwechsel ist jedoch derzeit aufgrund der fehlenden Anrechenbarkeit von Studienabschnitten ohne Zeitverlust schwer möglich. Aus diesem Grund müssen die bisherigen Bemühungen zur Einführung und verstärkten Anwendung eines gemeinsamen, gegenseitig anerkannten Leistungspunktesystems – wie im Bologna-Prozess angedacht – positiv beurteilt werden. Eine Anerkennung nur aufgrund der Punktezahl ohne Berücksichtigung der Inhalte ist allerdings nicht ausreichend. Der Ausschuss der Bundesärztekammer hat sich dafür ausgesprochen, dass auch in Zukunft nicht nur die Anzahl der Credit Points, sondern nach wie vor die Leistungsqualifikation im Vordergrund der gegenseitigen Anerkennungen stehen muss.

Zukunft der klinischen Forschung in Deutschland

Im Mai 2005 fand zur Zukunft der klinischen Forschung in Deutschland ein Workshop statt, welcher gemeinsam vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, der Deutschen Forschungsgemeinschaft und dem Wissenschaftsrat ausgetragen wurde.

Zu den dabei aufgestellten Kernforderungen hat die „Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin“ des Deutschen Hochschulverbands unter Einbeziehung der Bundesärztekammer den Entwurf einer Stellungnahme erarbeitet. Dieser Entwurf muss im Frühjahr 2006 unter verschiedenen Aspekten noch überarbeitet werden, so dass unter Beteiligung weiterer Hochschulverbände daraus ein Grundsatz-Papier resultiert.

Folgende Aspekte sollen dabei aufgegriffen werden:

- Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung,
- Profilbildung der Medizinischen Fakultäten,
- Größenordnung der leistungsorientierten Mittelverteilung (LOM),
- Professionalisierung der Fakultätsleitung,
- Wissenschaftlichkeit des Medizinstudiums,
- Trennung der medizinischen Laufbahn in wissenschaftlichen und klinischen Zweig,
- Erhöhung des Gemeinkostenanteils (Overheads),
- Förderung der klinischen Forschung durch große Förderungsorganisationen.

Der 108. Deutsche Ärztetag 2005 hatte sich ausdrücklich für die Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung, aber eine strikte Trennung deren Haushaltsführung ausgesprochen, um einer weiteren Quersubventionierung der Krankenversorgung durch Forschungsgelder an den Universitätskliniken Einhalt zu gebieten.

Der Ausschuss „Ausbildung zum Arzt, Hochschule und Medizinische Fakultäten“ der Bundesärztekammer wird diesen Antrag zusammen mit den oben angeführten Themen aufgreifen und die Argumente der Bundesärztekammer für das genannte Grundsatz-Papier zur Verfügung stellen.

Stärkung der Allgemeinmedizin im Rahmen der Ausbildung

Bereits der 107. Deutsche Ärztetages 2004 in Bremen hatte sich dafür ausgesprochen, in der Hochschullehre vermehrte Anstrengungen für das Fach Allgemeinmedizin vorzunehmen.

Der 108. Deutsche Ärztetag 2005 hat dieses Anliegen fortgeschrieben und gefordert, den allgemeinmedizinischen Belangen an den Hochschulen und Universitäten durch die Anwendung moderner Lehrmethoden, einer adäquaten Ausstattung und eigener Lehrbereiche sowie Lehrpraxen für die Allgemeinmedizin gerecht zu werden. Diese Maßnahmen sollen helfen, einem weiteren Nachwuchsschwund an Hausärzten zu begegnen und die Studierenden frühestmöglich zu motivieren, später im hausärztlichen Bereich tätig zu werden.

Ärztliche Weiterbildung

Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Die Arbeiten der Weiterbildungs-gremien unter Leitung von Dr. H. Hellmut Koch, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender der Weiterbildungs-gremien der Bundesärztekammer, standen auch im Jahr 2005 weiterhin unter dem Zeichen der Novellierungen der Weiterbildungsordnungen in den Landesärztekammern, nachdem der 106. Deutsche Ärztetag im Jahr 2003 die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) beschlossen hatte.

Bezüglich der Entwicklung und der neuen Grundzüge der (Muster-)Weiterbildungsordnung wird auf die Tätigkeitsberichte der vergangenen Jahre verwiesen.

Der 107. Deutsche Ärztetag 2004 ergänzte die Novelle um die zwischenzeitlich ausgearbeitete Zusatz-Weiterbildung „Betriebsmedizin“ sowie um die weiteren Zusatzbezeichnungen „Ärztliches Qualitätsmanagement“ und „Suchtmedizinische Grundversorgung“.

Im Berichtszeitraum 2005 hat der Deutsche Ärztetag am Konzept der (Muster-)Weiterbildungsordnung lediglich die Facharzt-Bezeichnung „Plastische Chirurgie“ in „Plastische und Ästhetische Chirurgie“ umgewandelt.

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 allen Landesärztekammern nur im Ausnahmefall Veränderungen an der Musterempfehlung vorgenommen werden. Daher erfolgte auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 im Wesentlichen nur eine Berichterstattung zum Stand der Umsetzung in den Ländern.

Aus der intensiven Gremienarbeit erwuchs eine grundsätzlich große Akzeptanz für die Neuerungen in den Landesärztekammern, so dass sich auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 in Berlin die Anzahl an Änderungsanträgen in Grenzen hielt. Der größte Teil der Anträge wurde zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen. Bezüglich der Beratungsergebnisse wird auf Kapitel 13 verwiesen.

Einige redaktionelle Änderungen sowie Änderungsvorschläge an den Weiterbildungsinhalten wurden unterjährig durch die Weiterbildungs-gremien vorgenommen, die Anfang 2006 dem Vorstand der Bundesärztekammer noch zur weiteren Beratung vorgelegt werden müssen.

Die aktuelle Fassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung wird jeweils unter www.bundesaerztekammer.de / Themen A-Z / Weiterbildung / Neue (Muster-)Weiterbildungsordnung im Internet eingestellt.

Die Diskussionen über die Auswirkungen der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung haben die Sitzungen des Arbeitsausschusses und der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ nach wie vor auch im Jahr 2005 dominiert.

In Nachbereitung der Novellierung und in Vorbereitung der Umsetzung auf Landesebene wurde ein Vielzahl von Einzelthemen beraten, um eine möglichst einheitliche Handhabung in der „Interpretation“ und in den Ermessensspielräumen zu erreichen.

Außerdem gab es Verständnisfragen und weiteren Aufklärungsbedarf sowohl in den Kammern als auch bei den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden, so dass in einer Anzahl von Gesprächen und Terminen die Umsetzung der Novelle von Seiten der Bundesärztekammer eng begleitet werden musste.

Unter Beachtung der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages verständigten sich die Weiterbildungsgremien gemäß Anregung des Ärztetages darauf, an der durch den 106. Deutschen Ärztetag 2003 novellierten Fassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung weitestgehend festzuhalten und grundlegende Änderungsanträge zunächst zurückzustellen. Dies gilt unter anderem auch für das Bestreben, die Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ in die Bezeichnung „Plastische und Ästhetische Operationen“ umzuwandeln. Diesbezüglich fand unter Moderation von Dr. H. H. Koch im Oktober 2005 eine Anhörung aller betroffenen Fachgesellschaften und Berufsverbände statt, deren Ergebnis in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ beraten wurde. Ein weiterer relativ kurzfristiger Handlungsbedarf wird insbesondere für das Gebiet „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ gesehen, mit deren Vertretern die Bundesärztekammer Anfang 2006 erneute Gespräche führen wird. Ein zeitlich nicht so drängender, aber von den Fachvertretern erbetener Beratungsbedarf wird in diesem Zusammenhang auch von den Augenärzten gesehen. Die weiteren Entwicklungen sind abzuwarten.

Ein erneuter Antrag zur Diskussion über das Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ wurde vom Deutschen Ärztetag in diesem Jahr nicht gestellt. 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 Ur-Version wollten die Ärztekammern grundsätzlich nicht abweichen.

Zum Jahresende 2005 stellte sich der Stand der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnungen in den Ländern folgendermaßen dar:

Landesärztekammern	Kammer-versammlung	von Aufsicht genehmigt	Datum des Inkrafttretens
Baden-Württemberg	2. Juli 2004	im Genehmigungsverfahren	
Bayern	24. April 2004	05. Mai 2004	1. August 2004
Berlin	18. Februar 2004	im Genehmigungsverfahren	
Brandenburg	13. März 2004	10. September 2005	9. Dezember 2005
Bremen	28. Juni 2004	17. Februar 2005	1. April 2005
Hamburg	8. Dezember 2003	18. Mai 2005	11. Juni 2005
Hessen	2. Juli 2005	22. Juli 2005	1. November 2005
Mecklenburg-Vorpommern	6. November 2004	20. Juni 2005	4. Juli 2005
Niedersachsen	27. November 2004	02. März 2005	1. Mai 2005
Nordrhein	20. März 2004	08. August 2005	1. Oktober 2005
Rheinland-Pfalz	5. Mai 2004	24. November 2005	2. Januar 2006
Saarland	27. Oktober 2004	10. Februar 2005	1. April 2005

Fortsetzung

Landesärztekammern	Kammer-versammlung	von Aufsicht genehmigt	Datum des Inkrafttretens
Sachsen	25./26. Juni 2004	25. November 2005	1. Januar 2006
Sachsen-Anhalt	16. April 2005	08. Dezember 2005	1. Januar 2006
Schleswig-Holstein	16. Juni 2004	15. Juni 2005	30. August 2005
Thüringen	5. März 2005	29. März 2005	1. Juli 2005
Westfalen-Lippe	9. April 2005	26. Juli 2005	23. September 2005

Vertragsverletzungsverfahren

Den gesamten innerärztlichen Beratungsprozess begleitend, wurde seitens der Bundesärztekammer der Kontakt mit der Arbeitsgruppe „Berufe des Gesundheitswesens“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden weiterhin gepflegt und die für die Aufsichtsbehörden der Länder relevanten Änderungen in der Novelle erörtert. Vor allem die Europa-rechtlichen 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 Konflikte 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) notifizierten Mitteilung über den Ersatz der bisherigen Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ zu führen.“

Nachdem die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2004 letztmalig von der EU-Kommission aufgefordert worden war, bis spätestens April 2005 in allen 16 Bundesländern Deutschlands die einheitliche Umsetzung der Richtlinie 93/16/EWG bezüglich des Titels IV „Spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin“ in die Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ nachzuvollziehen, konnte nunmehr endgültig die drohende Verurteilung vor dem Europäischen Gerichtshof abgewendet werden. Mit Schreiben vom 29.11.2005 teilte die Generaldirektion Binnenmarkt und Dienstleistungen mit, dass die Europäische Kommission in ihrer Sitzung am 12. Oktober 2005 formell beschlossen hat, das Vertragsverletzungsverfahren 1999/2065 gegen die Bundesrepublik Deutschland einzustellen.

(Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung

Bereits im Verlauf des Jahres 2003 wurden ergänzend zur neuen Weiterbildung die (Muster-)Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung gemeinsam mit den Landesärztekammern und in Rückkoppelung mit den Medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden erstellt. Darin sind die zahlenmäßigen Anforderungen für die Weiterbildungsinhalte in den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der einzelnen Bildungsgänge festgelegt. Ziel war es, die (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung für die im Laufe der Jahre 2004 und 2005 in den Ärztekammern einzuführenden neuen Weiterbildungsordnungen zeitnah zur Verfügung zu stellen.

Obwohl die neue Weiterbildungsordnung in den meisten Ländern erst in der zweiten Hälfte des Jahres 2005 in Kraft getreten ist, wurden der Bundesärztekammer im Berichtszeitraum eine Reihe von Anträgen zur Änderung der Höhe der Richtzahlen vorgelegt, die auf der Basis von Beschlüssen der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ mit dem Argument abgewehrt werden konnten, dass zunächst mit den erst im Jahr 2004 neu festgelegten Richtzahlen genügend Erfahrung gesammelt werden müsse, bevor bereits zum jetzigen Zeitpunkt Änderungen an den Richtlinien vorgenommen werden könnten.

Aufgrund verschiedener Anträge des 108. Deutschen Ärztetages 2005 über die Gestaltung der Zusatz-Weiterbildung „Magnetresonanztomographie - fachgebunden -“, welche u. a. an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen wurden, haben sich die Weiterbildungsgremien auch mehrfach mit der Erstellung von Richtzahlen für diese Zusatz-Weiterbildung befasst. Unter Leitung von Dr. H. H. Koch fand im Herbst 2005 ein erweitertes Gespräch mit allen betroffenen Fachgesellschaften statt, welches an die bereits in den vergangenen Jahren von der Bundesärztekammer moderierten bilateralen Gespräche zwischen den Radiologen und Kardiologen anknüpfte. Ziel ist es, im Spannungsfeld der Gebietsgrenzen einerseits, aber auch dem Qualitätsanspruch und dem durchschnittlichen Leistungsgeschehen in Klinik und Praxis andererseits für die zahlenmäßigen Anforderungen der Weiterbildungsinhalte die angemessene Höhe festzulegen. Dieser Aufgabe werden sich die Weiterbildungsgremien im Jahr 2006 weiterhin widmen müssen.

Logbücher

Nachdem die Fachgesellschaften seit 2003 auf der Basis der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung umfangreiche und in der Konzeption sehr unterschiedliche Logbücher entwickelt haben, sollte auf Bundesebene ein Muster-Logbuch der Ärztekammern entworfen werden, welches in seinem Umfang nur das Notwendigste enthält, was zur Bearbeitung in den Ärztekammern zwingend erforderlich ist. Unter der Leitung von Dr. Bartmann – Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Mitglied im Vorstand und den Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer – konzipierte eine Arbeitsgruppe einen Vorschlag, welcher in der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ am 15.12.2005 vertiefend erörtert wurde und Anfang 2006 zur weiteren Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer ansteht.

Der Entwurf soll als einheitliches Muster für alle Ärztekammern und für alle Fachgebiete gleichermaßen dienen und folgenden Anforderungen gerecht werden:

Als Grundgerüst für die Einzelnachweise im Logbuch dienen die *Muster-Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung*. Die Dokumentation von darüber hinausgehenden weiteren Differenzierungen ist ausdrücklich nicht bezweckt; dies kann allerdings ggf. in einem Anhang erfolgen. Ziel der Gestaltung der Logbücher ist eine Vereinfachung der Dokumentation von Weiterbildungsnachweisen. Jede Gestaltung des Logbuches, welche zu einer höheren Bürokratie führen könnte, soll verhindert werden. Die Beschränkung auf die wesentlichen Inhalte der Weiterbildung bedeutet auch, dass keine zusätzlichen Ergänzungen, wie z. B. die Erlangung der Fachkunde im Rettungsdienst oder die Erlangung der Fachkunde im Strahlenschutz, enthalten sein sollten. Auch dies kann ggf. in einem Anhang gesondert ausgewiesen werden. Des Weiteren sind auch keine sonstigen „informativen“ Aussagen über Auslandsaufenthalte, Stipendien, wissenschaftliche Tätigkeiten, Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen etc. erforderlich.

Eine subjektive Wertung des Weiterbildungsbefugten über persönliche Qualitäten des/der Weiterzubildenden soll nicht im Logbuch dokumentiert werden, sondern im davon getrennt anzufertigenden Zeugnis zur Feststellung der Facharztstufe. Im Logbuch sollen lediglich objektive Aussagen zur Herstellung der Transparenz des Weiterbildungsgeschehens niedergelegt werden.

Die Möglichkeit zur papierlosen Datenübermittlung stellt derzeit kein grundsätzliches Problem mehr dar. Es fehlt jedoch noch die Möglichkeit der elektronischen Signatur, um die Authentizität des Dokuments gegenüber der Ärztekammer belegen zu können. Daher wurde das Logbuch derzeit noch als Papierversion konzipiert, so dass die Formblätter derzeit noch in Papierform dem Weiterbildungsbefugten zur Unterzeichnung vorgelegt werden müssen.

Die von den Ärztekammern verabschiedeten Logbücher müssen nicht identisch mit Weiterbildungsbüchern von Verbänden, Fachgesellschaften, Krankenhausträgern oder sonstigen Organisatoren sein. Es ist lediglich wünschenswert und zielbringend, wenn die Seiten, die als Muster-Logbuch von den Ärztekammern verbindlich festgelegt werden, als Kerninhalt für die Weiterbildungsbücher von anderen Autoren aufgegriffen werden, da diese Logbücher unter anderem auch als obligater Bestandteil für den Antrag zur Zulassung zur Facharztprüfung dienen. Nur wenn eine Kompatibilität der Kerninhalte zwischen den verschiedenen Logbüchern und dem Muster-Logbuch hergestellt ist, wird dies zu einer Vereinfachung und einem geringeren Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten führen.

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 Vereinheitli-

chung der theoretischen Weiterbildungskurse gewidmet. Je nach Fachbereich gestaltet sich diese Arbeit mehr oder minder aufwendig. So liegen bereits weit fortgeschrittene Kurs-Konzepte für die Notfallmedizin, die Akupunktur und die Homöopathie vor, welche Anfang 2006 dem Vorstand der Bundesärztekammer zur abschließenden Beratung vorgelegt werden sollen. Die Kursbücher für die Zusatz-Weiterbildungen „Naturheilverfahren“ und „Manuelle Medizin/Chirotherapie“ wurden am 25.04.2005 verabschiedet und den Landesärztekammern zur Übernahme empfohlen. In anderen Bereichen sind in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften weitere Entwürfe erstellt worden, die aber noch vertiefend bearbeitet werden müssen.

Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“

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 der Ausgangspunkt 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 sowohl für die hausärztliche Versorgung als auch 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 im Oktober 2002 zunächst 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 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 2003 mit großer Mehrheit als Musterempfehlung für die Landesärztekammern beschlossen.

Dennoch ist im Rahmen der Beschlussfassungen in 5 Ärztekammern die Implementierung einer zusätzlichen „Säule“ mit unterschiedlichen Bezeichnungen im Sinne eines „Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Allgemeine Innere Medizin“ ergänzend im Jahr 2005 erfolgt bzw. für 2006 beabsichtigt. Da keine einheitliche Struktur, weder zeitlicher noch inhaltlicher Art, vorliegt, bleibt abzuwarten, inwieweit sich diese Konzepte durchsetzen werden. Die Thematik wird die Weiterbildungsghremien auch im Jahr 2006 noch weiter beschäftigen.

Zukunft der hausärztlichen Versorgung / 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 den jeweiligen Vereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einerseits und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) andererseits 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 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 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 Einzelverträgen zwischen den Vertragspartnern 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 Verlängerungsvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Deutscher Krankenhausgesellschaft konnte für den stationären Bereich zwar unbefristet fortgesetzt werden, für den ambulanten Sektor wurde die Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung allerdings zunächst nur bis zum 31.12.2006 beschlossen.

Das Initiativprogramm zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung hat bislang nur bedingt zum gewollten Erfolg geführt. Die mangelnde Ausschöpfung (ca. 60% in beiden Sektoren) liegt u. a. daran, dass die Antragstellung zu bürokratisch ausgestaltet ist und die Fördermittel zwischen den Ländern bzw. zwischen ambulantem und stationärem Bereich nicht ausgeglichen werden können.

Der Fristablauf sowie die Verbesserungsbedürftigkeit des Initiativprogramms waren Anlass, im Spätsommer 2005 mit der KBV und der DKG jeweils getrennte Gespräche zu führen. Hierbei hat sich gezeigt, dass die DKG an keiner Änderung ihrer Vereinbarung interessiert ist, während das Gespräch mit der KBV ergeben hat, dass man gemeinsam über weitere Wege nachdenken will, welche Anreize für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin erfolversprechend gesetzt werden können.

Aufgrund des zunehmenden Ärztemangels und insbesondere der nicht mehr flächendeckend zu gewährleistenden Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, hatte die 74. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2003 eine Länder-Unterarbeitsgruppe eingesetzt, die für die Frühjahrssitzung 2005 der GMK einen Bericht zur „Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin“ erstellen sollte. 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.

In dem zwischenzeitlich erstellten Bericht wurden die Rahmenbedingungen der Aus- und Weiterbildung sowie des Berufsbildes und der Berufstätigkeit in der Allgemeinmedizin dargestellt und der notwendige Weiterentwicklungsbedarf mit dem Ziel der langfristigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung bewertet. Im Einzelnen wurden folgende Themenschwerpunkte unter maßgeblicher Beteiligung der Bundesärztekammer bearbeitet:

- Einschätzung der gegenwärtigen Situation der allgemeinmedizinischen Versorgung in Deutschland
- Rahmenbedingungen für eine allgemeinmedizinische Lehre und Forschung an den Universitäten
- Umsetzung der neuen Approbationsordnung an den Medizinischen Fakultäten und Hochschulen im Hinblick auf die Allgemeinmedizin
- Weiterbildung und Fortbildung in der Allgemeinmedizin / Probleme und mögliche Verbesserung
- Werbung / Motivation für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
- Perspektive für die Berufsausübung in der Allgemeinmedizin
- Notwendige gesetzliche Änderungen zur Umsetzung der Empfehlungen

Die Gesundheitsministerkonferenz hat diesen Bericht im Frühjahr 2005 einstimmig beschlossen und festgestellt, dass in den zahlreichen Verbesserungsvorschlägen die Chance zu einer Optimierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und hausärztlichen Versorgung in Deutschland gesehen wird. Zugleich hat die GMK alle Beteiligten und insbesondere die Bundesregierung gebeten, an der Umsetzung der Empfehlungen mitzuwirken und die notwendigen gesetzgeberischen Vorschläge zu verwirklichen.

Der vollständige Bericht kann unter <http://www.gmkonline.de> abgerufen werden.

Einzelanfragen

Neben den grundsätzlichen Beratungen zur Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung wurden noch zahlreiche Einzelanfragen von Ärzten und Ärztinnen aus In- und Ausland, von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Ministerien, aus den Landesärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und sonstigen Organisationen bearbeitet.

Ein Großteil der Anfragen betrifft die Klärung der Gebietszugehörigkeit bestimmter ärztlicher Leistungen. Aber 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 Arbeit in der Bundesärztekammer dar.

Ärztliche Fortbildung

Nachdem das Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zur Änderung des V. Sozialgesetzbuches (SGB V) zum 01.01.2004 in Kraft getreten ist, der 107. Deutsche Ärztetag die (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat verabschiedet und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Regelung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte (§ 95 SGB V) im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer beschlossen hat, hat nun auch der Gemeinsame Bundesausschuss eine Vereinbarung zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus (gemäß § 137 SGB V) getroffen, die zum 01.01.2006 in Kraft tritt.

Auch wenn es von Anfang an Ziel der Bundesärztekammer war, eine praxisnahe Lösung für die Fachärzte ohne überbordenden Bürokratismus zu finden, stellt sich die Frage, ob durch diese gesetzgeberischen Maßnahmen nicht die Gefahr besteht, dass sich Fortbildung verselbständigt und sich letztendlich von der Patientenversorgung löst. Daher standen im Berichtsjahr folgende Fragen im Mittelpunkt der Beratungen des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung:

Welchen Einfluss hat ärztliche Fortbildung auf die Qualität der Patientenversorgung?

Wie kann man ärztliche Kompetenz messen?

Wie werden richtige Anreize gesetzt?

Mit welchen didaktischen Mitteln lässt sich ärztliche Kompetenz am besten fördern?

Verfolgen wir mit der Punktevergabe das richtige Ziel?

Multiplikatorenfortbildung

Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

Das Interdisziplinäre Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ ist die zentrale Fortbildungsveranstaltung der Bundesärztekammer und 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. So sollen neue Erkenntnisse und Methoden schneller Eingang in die ärztliche Praxis finden. Es soll jedoch auch Verfahren, die schon längere Zeit genutzt werden, einer kritischen Würdigung unterziehen.

Diese Fortbildungstagung 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 29. Interdisziplinären Forum 2005 fand erstmals in Berlin statt und stieß auch hier auf großes Interesse. 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.

Folgende Themen wurden auf dem 29. Interdisziplinären Forum 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

34. Interdisziplinärer Zentralkongress für die Fachberufe im Gesundheitswesen in Augsburg

Am 22. und 23.10.2005 fand unter der wissenschaftlichen Leitung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und unter einem Dach mit dem Augsburger Fortbildungskongress für praktische Medizin der 34. Interdisziplinäre Zentralkongress für die Fachberufe im Gesundheitswesen statt. Dieser Kongress zeichnet sich dadurch aus, dass Fachberufe gemeinsam Veranstaltungen 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. In diesem Jahr lag der Schwerpunkt bei den interdisziplinären Veranstaltungen „Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern – Setting Kindergarten“ und „Integrierte Versorgung am Beispiel des apoplektischen Insults“.

Arbeit des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung

Das medizinische Wissen vermehrt sich immer schneller, die Anforderungen an die „gute ärztliche Praxis“ werden ständig größer, somit ist kontinuierliche Fortbildung wichtiger denn je. Fortbildung ist ein wesentliches Instrument der Fortentwicklung ärztlicher Kompetenz und zur Ausübung des ärztlichen Berufes notwendig. Die Frage ist, wie müssen Fortbildungsmaßnahmen konzipiert sein, um sich positiv auf die Qualität der Patientenversorgung auszuwirken und wie findet ein Arzt die für ihn optimale Fortbildungsmaßnahme. Fragen, mit denen sich nicht nur der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Eckel, Präsident der Ärztekammer Niedersachsen, befasste, sondern auch andere europäische Gremien wie die UEMS und die Arbeitsgruppe „Weiter- und Fortbildung“ der Konsultativtagung deutschsprachiger Ärzteorganisationen. Im Rahmen der letztgenannten Sitzung wurde dieser Problematik eine solche Bedeutung beigemessen, dass diese Diskussion in einer Sitzung am 24.09.2005 in der Ärztekammer Nordrhein fortgeführt wurde mit dem Ziel ein gemeinsames Positionspapier zu entwickeln.

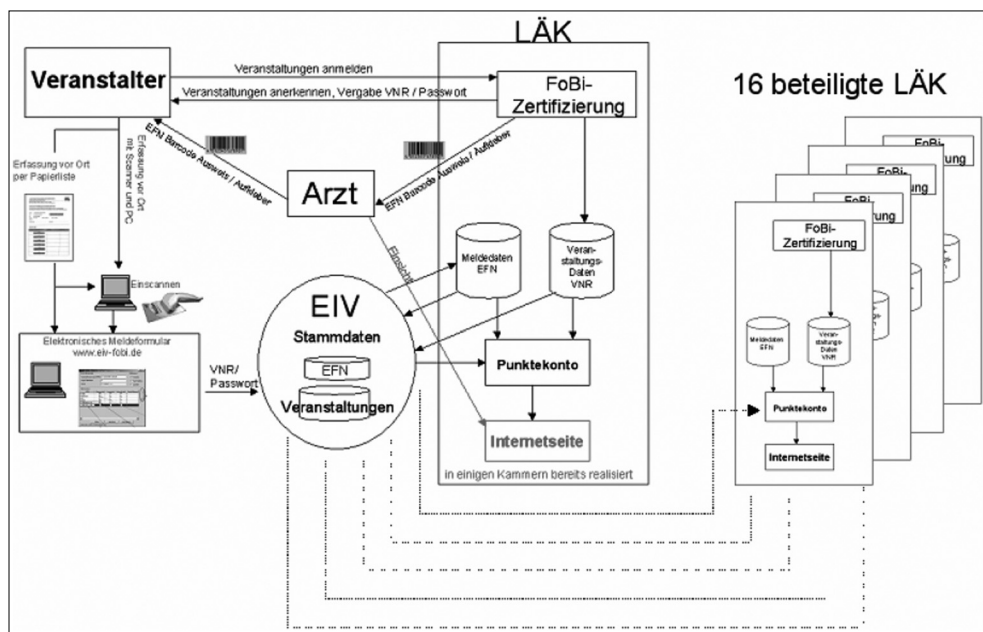
Bei der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen für das Fortbildungszertifikat kommt es immer wieder zu Situationen, in denen eine Anerkennung, z. B. aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Grundlage der Fortbildungsinhalte oder der fehlenden Produktneutralität, strittig ist, oder neue Fortbildungsmethoden bzw. -inhalte vorgelegt werden. 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 Fragen der ärztlichen Kompetenzerhaltung und Kompetenzentwicklung wird sich der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung in Zukunft verstärkt mit neuen Lernformen befassen.

Der Elektronische Informationsverteiler (EIV)

Eine Projektgruppe bestehend aus Vertretern der Landesärztekammern hat den EIV – ein Verfahren zur elektronischen Erfassung und Verteilung von Fortbildungspunkten – entwickelt und im Herbst 2005 den Pilotbetrieb gestartet.

Abbildung: EIV-Verfahren



Für den Elektronischen Informationsverteiler erhält jeder Arzt von seiner zuständigen (Landes-)Ärztzekammer eine so genannte Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) in Form eines Barcodes. Darüber hinaus erhält jede anerkannte Fortbildungsveranstaltung eine einheitliche Veranstaltungsnummer (VNR).

Zukünftig lesen die Fortbildungsveranstalter mit einem Barcode-Scanner die EFN der teilnehmenden Ärzte einer Veranstaltung vor Ort oder später (von einer Liste) ein und

übermitteln diese zusammen mit der VNR an einen zentralen Server, der nach erfolgreichem Pilotbetrieb in der Bayerischen Landesärztekammer bei der Bundesärztekammer installiert werden soll. Dieser Server übernimmt die Verteilung der Meldungen auf die einzelnen Landesärztekammern. Einige Landesärztekammern werden (Barcode-) Teilnehmer-Listen auch direkt entgegennehmen.

Sobald die gemeldeten Informationen in den Kammern elektronisch zur Verfügung stehen, können daraus im nächsten Schritt elektronische Punktekonten generiert werden. Einige Kammern planen, den Ärzten diese Konten über gesicherte Internetverbindungen zugänglich zu machen. Dem einzelnen Arzt bleibt es damit erspart, seine Punkte selbst zu verwalten. Darüber hinaus erhält er einen verbindlichen Überblick über seinen geprüften und anerkannten Punktestand. Nur das Punktekonto bei seiner Landesärztekammer kann dem Arzt die Sicherheit geben, dass die dort gebuchten Punkte zum Stichtag auch auf den vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Nachweis angerechnet werden.

Ziel des neuen elektronischen Verfahren ist es, den Aufwand bei der Registrierung von Fortbildungspunkten zu minimieren, Buchungsstoßzeiten zum Ende eines Fünf-Jahres-Zyklus zu entzerren und Kosten zu sparen, die sonst durch zusätzliche Mitarbeiter und Infrastruktur für Papierablage entstehen würden.

Im Wesentlichen geht es darum, dass die elektronische Punktemeldung möglichst zeitnah am Ende einer Fortbildungsmaßnahme vom Veranstalter vorgenommen wird.

Bis auf die Landesärztekammer Baden-Württemberg und die Bezirksärztekammer Koblenz beteiligen sich alle Ärztekammern an dem Verfahren. Die praktische Umsetzung in den Kammern hat begonnen. In immer mehr Kammernbereichen haben die Ärzte ihre Barcodes erhalten. Die von den Veranstaltern benötigte Software zur Punkte-registrierung und Punktemeldung ist im Internet unter www.punkte.eiv-fobi.de verfügbar. Allgemeine Informationen sind unter www.eiv-fobi.de zu finden.

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 Allgemeinmedizin, 3. komplett überarbeitete Auflage 1999
- Kursbuch Umweltmedizin, 2. Auflage 2006
- Curriculum für ein Fortbildungsseminar in Geriatrie, 2. Auflage 1998
- Curriculum Ernährungsmedizin, 1. Auflage 1998, 2. Auflage 2006
- 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
- Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“, 2005
- 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

Sitzung am 07.07.2005 siehe Kapitel „Auslandsbeziehungen“

Sitzung am 24.09.2005 siehe Kapitel „Arbeit des Dt. Senats für ärztliche Fortbildung“

Tagung der EACCME der UEMS

Am 26.11.2005 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 von Vertretern der Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischen Gesellschaften sowie der Ärztekammern. Im Mittelpunkt der Beratungen steht der Wunsch nach einem europaweit einheitlichen Vorgehen bei der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen. 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.

