

(Muster-)Weiterbildungsordnung

# Ja zur Schmerztherapie, nein zur Rettungsmedizin

Einen ganzen Tag lang befaßte sich der Deutsche Ärztetag mit einer Handvoll Novellierungsvorschlägen der Bundesärztekammer zur (Muster-)Weiterbildungsordnung – und das, obwohl zahlreiche Detailanträge gleich am Anfang im Paket an den Vorstand der BÄK überwiesen wurden. Ergebnis der Arbeit: Der Weiterbildungsgang für das Gebiet der Allgemeinmedizin wird neu formuliert und von drei auf fünf Jahre verlängert (vgl. hierzu

auch den Leitartikel). In Zukunft sollen die Allgemeinärzte die hausärztliche Versorgung übernehmen, die Internisten dagegen rein spezialistisch tätig sein („Differenzierungsmodell“). Der Weiterbildungsgang „Öffentliches Gesundheitswesen“ wird neu geordnet. Die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ wird eingeführt, ebenso eine fakultative Weiterbildung „Spezielle Ophthalmologische Chirurgie“ im Gebiet Augenheilkunde.

**B**evor auf dem Deutschen Ärztetag über die einzelnen Vorschläge zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) diskutiert wurde, gab es erst einmal Debatten zu Grundsätzlichem. Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Vizepräsident der Bundesärztekammer und zuständiger Referent, hatte zwar darauf hingewiesen, daß es bei der Vorlage des BÄK-Vorstandes nur in zwei Punkten um wirklich materielle Änderungen der Weiterbildungsordnung gehe. Zudem sei das, was vorgelegt werde, bescheiden – gemessen an der Vielzahl der Änderungswünsche.

Teile der Delegierten sahen das aber anders. Sie kritisierten, vor gerade drei Jahren sei die MWBO umfassend novelliert worden. Nun bestehe angeblich schon wieder Handlungsbedarf. Dr. Peter Schwoerer, 2. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und als Delegierter der Landesärztekammer Baden-Württemberg beim Ärztetag, formulierte besonders harsch: „Der Wahnsinn der Zersplitterung wird langsam Methode.“ In der Praxis überblickten heute weder Ärzte noch Patienten das System.

Schwoerer beantragte, die vorgesehenen Zusatzbe-

zeichnungen „Rettungsmedizin“ und „Schmerztherapie“ wie auch die fakultative Weiterbildung im Bereich der Augenheilkunde abzulehnen. Statt dessen solle man vermehrt leistungsbezogene Fachkundenachweise einführen. Sein Antrag wurde abgelehnt, ebenso der von Prof. Dr. Dr. Dieter Adam (Bayerische Landesärz-

tekammer), der alle Details jenseits des „Paragraphenteils“ der Weiterbildungsordnung aus dem Plenum des Ärztetages heraushalten wollte. Wohl aber wurden die vielen Detailänderungswünsche an den Vorstand der Bundesärztekammer zur Prüfung und Berücksichtigung überwiesen.

Die Mehrheit der Delegierten war offenbar der Auffassung, die ein Arzt so formulierte: „Der Fortschritt der Medizin nimmt keine Rücksicht auf den Wunsch nach Einfachheit.“ Die Weiterbildungsordnung, das war mehrfach zu hören, werde sicherlich immer komplexer. Sie lasse sich aber „handeln“ und sei, so meinte beispielsweise Dr. Gerhard Dieter (Landesärztekammer Baden-Württemberg), das beste Instrument zur Qualitätssicherung.

## Weitergebildet nach altem Recht

Nicht durchsetzen konnte sich der BÄK-Vorstand mit einem Ergänzungsvorschlag zu § 23 der MWBO („Übergangsbestimmungen“), vor allem wohl wegen des zweiten Teils. Die Ergänzung sah vor, daß ein Facharzt alle Methoden weiter anwenden darf, für die er während seiner Weiterbil-



Vorzeichen an der Wand: Eine Auswahl an Wünschen zur Erweiterung der Weiterbildungsordnung; vorne: Referent Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

dungszeit die Qualifikation erworben hat – auch wenn später der Inhalt des Fachgebiets einmal so geändert wird, daß bestimmte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten entfallen. Teil zwei betraf die Zukunft: Für den Fall, daß neue Methoden aufgenommen werden, sollte ein Facharzt nach „alter“ Weiterbildung diese anwenden können, „wenn er der Ärztekammer binnen eines Zeitraums von zwei Jahren ... eine hierauf bezogene Weiterbildung oder Fortbildung nachweist“.

Privatdozent Dr. Holger Raidt (Ärztekammer Westfalen-Lippe), der zu dem Antrag Stellung nahm, begrüßte den Vorschlag. Er verlangte aber, die Zeitbegrenzung zu streichen: Um sich bestimmte Kenntnisse in der Radiologie, der minimal-invasiven Chirurgie oder den „Psychofächern“ anzueignen, seien zwei Jahre zu kurz. Andere Delegierte wandten ein, hier gehe es doch eher um ein Thema aus dem Bereich der Abrechnung und um ein Problem mit der Versicherungswirtschaft.

Manche privaten Krankenversicherungen kürzen ihren Kunden offenbar Arztrechnungen mit der Begründung, diese oder jene Qualifikation habe der Arzt nicht, daher könne die Leistung XY nicht abgerechnet werden. In diesem Fall reiche es oft anzugeben, meinten einige Delegierte, wann man seinen Facharzt gemacht habe und was man folglich nach der damals gültigen Weiterbildungsordnung dürfe. Ein Antrag des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hans Hege, fand schließlich die Mehrheit. Er ersetzt den Vorschlag der BÄK und klammert die Auflagen für die Zukunft aus: „Wird durch diese Weiterbildungsordnung der Inhalt der Weiterbildung ... verändert, so gilt grundsätzlich, daß die Qualifikation des Arztes gemäß der für den Abschluß seiner Weiterbildung gültigen Weiterbildungsordnung nachgewiesen ist.“

Ohne Debatten wurde ein Änderungsvorschlag zu Gebiets- und Teilgebietsbezeichnungen im Bereich der Chirurgie angenommen. Ebenfalls rasch akzeptiert wurde, mit wenigen sprachlichen Veränderungen, die Neuordnung des Weiterbildungsgangs „Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen“. Wesentliche Verände-

rung ist, daß der Inhalt der Weiterbildung nun von der ärztlichen Selbstverwaltung geregelt wird statt wie bisher von staatlicher Seite.

### Kein Votum für die Zusatzbezeichnung Rettungsmedizin

Mehr Zeit beanspruchte die Entscheidung, ob man einen Bereich und damit eine Zusatzbezeichnung „Rettungsmedizin“ einführen solle oder



Erläutert die Auffassung der Allgemeinärzte zum Thema „Hausarzt“: Dr. Klaus-Dieter Kossow

nicht. Der zuständige Dezernent der BÄK, Dr. Peter Knuth, verwies darauf, daß bislang für den Erwerb der Fachkunde vor allem theoretisches Wissen gefordert wird. Praktische Übungen seien kaum vorgesehen. Eine anonyme Befragung im Rettungsdienst tätiger Kollegen habe aber kürzlich ergeben, daß diese ihre eigenen Fähigkeiten als nicht ausreichend empfunden hätten. Deshalb schlug der BÄK-Vorstand nun vor, den praktischen Teil auszubauen und die Zusatzbezeichnung einzuführen.

In der folgenden Debatte wurde dies kritisiert. Dr. Ulrike Wahl, Delegierte der Landesärztekammer Baden-Württemberg und selbst Notfallmedizinerin, beantragte, die Zusatzbezeichnung nicht einzuführen. Schon bisher werde sehr wohl auch der Nachweis praktischer Fähigkeiten

verlangt. Der Entwurf der Kammer sei fast identisch mit der vorliegenden Fachkunde, nur mit dem Unterschied, daß nun zwei Jahre klinische Tätigkeit von jeweils sechs Monaten in den Gebieten Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin und Kinderheilkunde verlangt würden. „Bei der heutigen Stellensituation ist das ein Witz“, sagte Dr. Wahl unter dem Beifall der Delegierten. Eine höhere Qualifikation sei wünschenswert, aber nicht in dieser Form.

Dr. Volker Pickerodt, Delegierter der Ärztekammer Berlin, widersprach: „Wir brauchen die Zusatzbezeichnung!“ Mit 80 Stunden Theorie qualifiziere sich doch niemand sinnvoll. Die Kritiker setzten sich jedoch durch; viele hielten die Vorgabe einer zweijährigen klinischen Tätigkeit für nicht umsetzbar. Folglich wurde die Einführung der Zusatzbezeichnung abgelehnt.

### Mehrheit für spezielle Schmerztherapie

Mit 114:99 Stimmen wurde hingegen der Vorschlag des BÄK-Vorstandes angenommen, einen Bereich und damit eine Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ einzuführen. Eine Mehrheit fand aber ebenso der Antrag, die gebietsbezogene *allgemeine* Schmerztherapie in alle klinischen Gebiete aufzunehmen – analog zur Formulierung für die Anästhesiologie.

Die Befürworter der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ verwiesen vor allem darauf, daß es um ein spezielles Patientenkollektiv gehe, dem im Grunde nur mit besonderen Kenntnissen zu helfen sei. Dr. Ursula Auerswald, Präsidentin der Ärztekammer Bremen, betonte, es gehe auch nicht darum, Arztgruppen etwas wegzunehmen. Die spezielle Schmerztherapie sei zudem ein interdisziplinärer Vorgang. Dr. Jörg Zimmermann, Delegierter der Landesärztekammer Niedersachsen, griff ein Argument der Gegner einer Spezialisierung auf: Schmerztherapie solle doch jeder Arzt beherrschen. Hier gehe es aber um ein sehr spezielles Patientenkollektiv, um Schmerz als ein eigenständiges Krankheitsbild.

Manche Gegner einer Zusatzbezeichnung blieben dabei, daß die Behandlung wegen Schmerzen jeder Arzt beherrschen müsse. Würden hier eigene Qualifikationen eingeführt, müsse man diese nachweisen, sonst dürfe man vermutlich nicht mehr behandeln. Dr. Gerhard Dieter meinte zudem, man könne doch eine Qualifikation nicht nur einführen, um Defizite zu beseitigen. Dann sollten die Ärzte sich doch lieber fortbilden, um ihre Kenntnisse zu erweitern und damit den Patienten zu dienen.

Zum Schluß warb Prof. Dr. Hoppe noch einmal für die Vorlage. Eine Ablehnung wäre heikel, meinte er, da dann zum Beispiel Selbsthilfegruppen wieder politischen Druck machen würden. Ein Problem ist wohl auch, daß Ärzte mangels anderer Möglichkeiten Fortbildungen besuchen und sich dann wenig aussagekräftige Zertifikate in die Praxis hängen. In Zukunft können sie die Weiterbildungsmöglichkeiten nutzen: die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ wurde eingeführt. Sabine Dauth

meinte Dr. Ulrike Wahl (Landesärztekammer Baden-Württemberg), die Verlängerung der Weiterbildungszeit für Allgemeinmediziner von drei auf fünf Jahre bedeute eventuell eine Inländerdiskriminierung. Dem widersprach Dr. Dieter Everz (Landesärztekammer Rheinland-Pfalz): Schließlich gelte für in- wie ausländische Ärzte die Bedarfsplanung. Werde ein Kassenarztsitz vergeben, gehe es in erster Linie um die Qualifikation der Bewerber – die sich eben auch in einer längeren Weiterbildungszeit niederschläge. Das sei falsch, behauptete Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg: Die Zulassungsausschüsse dürften Ausländer nicht diskriminieren und deshalb deren niedrigere Weiterbildungszeit nicht anders bewerten als die längere der deutschen Ärzte. Schließlich stellte Prof. Dr. Hoppe klar: Ausbildungs- wie Weiterbildungszeiten und -inhalte spielen sehr wohl eine Rolle bei der Vergabe von Kassenarztsitzen.

## Hausärztliche Tätigkeit: Vorfahrt für die Allgemeinmediziner

Mehrere Stunden lang widmeten sich die Delegierten des Ärztetages auch einer Richtungsentscheidung im Komplex Weiterbildungsordnung: der über eine Neugliederung von Allgemeinmedizin und Innerer Medizin zur Lösung der Hausarzt/Facharzt-Problematik. Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe hatte betont, daß es hier zunächst nicht um eine Änderung der Weiterbildungsordnung gehe, sondern um ein Votum, in welche Richtung die Weiterbildungsgänge Allgemeinmedizin und Innere Medizin mit Blick auf die Zukunft modifiziert werden sollen.

Es gebe seit längerem heftige Diskussionen, „wo die guten Hausärzte sitzen“, meinte Hoppe in Anspielung auf die politischen Hintergründe – und teilweise klangen diese Debatten auch auf dem Ärztetag wieder an. So meinten einige Delegierte, richtiggehende Systemänderungen liefen den Wünschen der Patienten entgegen, die Spezialisten aufsuchten und von diesen auch hausärztlich betreut würden. Die Versicherten akzeptierten die hausärztliche Versorgung so, wie sie sei, äußerte auch Dr. Wolf-Rüdiger Rudat (Landesärztekammer Thüringen). Er habe Sorge, daß die allgemeine innere Medizin in Zukunft unter die Räder komme. Damit war er wohl nicht der einzige: Sein Y-Modell, daß eine Differenzierung

von Allgemein- und Innerer Medizin nach gemeinsamer dreijähriger Weiterbildung vorsah, scheiterte nur knapp mit 107:108 Stimmen.

Die meisten Rednerinnen und Redner befaßten sich jedoch mit den möglichen Folgen einer Änderung für junge Ärztinnen und Ärzte sowie mit der Konkurrenz durch kürzer weitergebildete Allgemeinmediziner aus den europäischen Nachbarstaaten. So

### Sechs Jahre für zwei Augen

Befürworter einer Verlängerung der Weiterbildung von drei auf fünf Jahre argumentierten, man könne doch nicht für Zusatzbezeichnungen



An diesem Thema höchst interessiert: Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Von rechts: Dres. Winfried Schorre, Peter Schwoerer, Lothar Wittek, Ulrich Oesingmann

umfangreiche Qualifikationen vorschreiben und gleichzeitig die Weiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin niedrig halten. So sagte Dr. Eckbert Finsterwalder (Ärzttekammer Hamburg) mit Anspielung auf die Augenhilfkunde, für ein Fach mit zwei Augen brauche man sechs Jahre, für die Allgemeinmedizin nur drei – „das ist absurd, das glaubt uns doch kein Mensch“.

Heftig diskutiert wurde auch über die Einrichtung von Rotationsstellen speziell für Allgemeinmediziner im Krankenhaus und über die Bezahlung. Etliche Delegierte meinten, Weiterbildungsstellen seien knapp und würden es ob des Bettenabbaus in immer stärkerem Maß. Wenn man nun Stellen speziell für Allgemeinmediziner abzweige, gebe man diesen



Legt den Standpunkt des Berufsverbandes der Internisten dar: Prof. Dr. Wolfgang Wildmeister

eine Chance – und den anderen jungen Ärzten? Andere Redner hielten dagegen: Heute trauten sich viele junge Ärztinnen und Ärzte doch gar nicht zu sagen, daß sie Allgemeinmediziner werden wollten, weil sie sonst gar keine Weiterbildungsstelle bekämen. Dr. Lothar Wittek (Bayerische Landesärztekammer) hob noch einen weiteren Punkt hervor: Stets betonten die Ärzte, wie wichtig Qualitätssicherung sei. Dann dürfe man Entscheidungen wie die anstehende doch nicht an Stellenproblemen scheitern lassen. Sabine Dauth

## Novellierung der (Muster-)berufsordnung

# Werbeverbot für Ärzte bleibt bestehen

Beim 100. Deutschen Ärztetag 1997 in Eisenach soll der Entwurf einer Novelle der (Muster-)Berufsordnung vorgelegt werden. Vorbereitend wurden auf dem diesjährigen Ärztetag in Köln „auf der Grundlage von Vorschlägen des Vorstandes Diskussions- und Beratungsergebnisse gesammelt“. Die Delegierten stimmten der geplanten Neugliederung der Berufsordnung zu. Eine Absage erteilten sie jedoch unter anderem der vorgesehenen Erweiterung der Ankündigungsmöglichkeiten von Qualifikationen zur fakultativen Weiterbildung und Fachkunde sowie von Tätigkeitsschwerpunkten.

**M**it großer Mehrheit angenommen wurden von den Delegierten des diesjährigen Ärztetages die allgemeinen Rahmenbedingungen für eine Novellierung der (Muster-)Berufsordnung (MBO). Diese vom Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) erarbeiteten Vorschläge seien lediglich Tendenzbeschlüsse, erklärte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar. Beim 100. Deutschen Ärztetag 1997 in Eisenach soll der Entwurf einer Novelle der (Muster-)Berufsordnung (MBO) vorgelegt werden.

Veränderungen in Anschauungen und Wertungen, aber auch Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung erforderten Folgerungen für die Berufsordnung, die prägende und zukunftsweisende Regeln enthält. Novellierungen seien daher unerlässlich und erwiesen die Fähigkeit der ärztlichen Selbstverwaltung, zeitnahe und realitätsgerechte Problemlösungen für die Bedingungen der ärztlichen Berufsausübung zu finden, heißt es in dem Beschluß. Erforderlich sei vor allem eine Überprüfung des „Patientenbezugs“ der Berufspflichten. Schließlich hätten sich durch den Fortschritt der medizinischen Forschung auch komplexe ethische Probleme ergeben, betonte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hans Hege, der den Entwurf vorstellte.

Insgesamt soll die (Muster-)Berufsordnung neu gliedert und ver-

ständlicher werden. Auch diesem Vorschlag des Vorstandes stimmten die Delegierten zu. Bestandteil der neustrukturierten MBO sollen die Allgemeinpflichten der Ärzte, die Pflichten der Ärzte gegenüber den Patienten, das berufliche Verhalten Ärzte untereinander, die Pflichten der Ärzte bei der Zusammenarbeit untereinander sowie mit anderen Berufen im Gesundheitswesen sein. Diese Gliederung hätte auch für den Arzt den Vorteil, daß die Berufsordnung besser lesbar würde.

### Kodex von Verhaltensregeln

Ein weiterer Teil solle, fußend auf der Generalpflichtenklausel, Ergänzungen zu Grundsätzen ordentlicher ärztlicher Berufsausübung (Patientenrechte) enthalten. Denn die MBO habe auch das Ziel, „der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient eine rechtliche Ordnung zu verleihen“. Deshalb soll ein Kodex von Verhaltensregeln aufgestellt werden. Sollten diese Regeln verletzt werden, müsse die „systematische Möglichkeit geschaffen werden, ein kollegiales Ermahnungsverfahren unter Beteiligung des Arztes – dieser sollte zur Teilnahme verpflichtet werden können – einzuleiten. Soweit es dafür gesetzlicher Grundlagen bedarf, werden die Landesgesetzgeber aufgefordert, sie zu schaffen“.

Einig waren sich Vorstand und Delegierte in der Frage der Werbung:

Das Verbot der Anpreisung soll auch künftig bestehen bleiben. „Die zunehmende Verbreitung medizinischer Informationen über neue elektronische Medien, beispielsweise per Internet, erfordert die Feststellung, daß auch in diesen Fällen die ärztliche Berufsordnung geltend ist“, ergänzte Dr. Michael Walz (Landesärztekammer Baden-Württemberg) in einem weiteren Antrag, der zur Beratung an den Vorstand überwiesen wurde.

Eine klare Absage erteilte der Ärztetag der vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgesehen Erweiterung der Ankündigungsmöglichkeiten von Qualifikationen zur fakultativen Weiterbildung und Fachkunde sowie von Tätigkeitsschwerpunkten. Dies hätte einer Gesetzesänderung bedurft, da die gegenwärtigen Regelungen in den Heilberufsgesetzen eine Führbarkeit von fakultativer Weiterbildung und Fachkunde ausschließen.

Der BÄK-Vorstand schlug vor, daß Tätigkeitsschwerpunkte etwa auf Praxisschildern, in Verzeichnissen und in sonstigen Informationsmedien ankündbar sein sollten. Mit Hilfe solcher Tätigkeitsschwerpunkte könnten Ärzte in von der Ärztekammer autorisierter Weise Patienten über die möglichen Tätigkeitsschwerpunkte Auskunft erteilen. Als Tätigkeitsschwerpunkte kämen beispielsweise Diabetesbehandlung, Dialysebehandlung, Ernährungsmedizin, Krebsbehandlung und Substitutionsbehandlung in Betracht, hieß es in dem Vorstandsantrag. Der Tätigkeitsschwerpunkt dürfe allerdings nur dann vom Arzt angekündigt und in Verzeichnissen angewendet werden, wenn dieser der Landesärztekammer gegenüber eine regelmäßige Fortbildung nachweise und an Qualitätssicherungsmaßnahmen mitwirke.

### **Unübersichtlicher „Schilderwald“**

Die Delegierten lehnten diesen Vorschlag ab. „Die Ankündigung von Schwerpunkten würde die Kammern unglaublich belasten“, meinte Dr. Arnold Schüller (Ärztekammer Nordrhein). „Bei der Ankündigung von Qualifikationen schaffen wir ein



Fordert eine Überprüfung des Patientenbezugs der Berufspflichten: Dr. Hans Hege

Zweiklassensystem von Ärzten mit und von Ärzten ohne Qualifikationen“, sagte Dr. Wolfgang Hornung (Landesärztekammer Baden-Württemberg). Und Dipl.-Med. Gustav Michaelis (Landesärztekammer Thüringen) befürchtete einen für den Patienten unübersichtlichen „Schilderwald“. Ebenfalls abgelehnt wurde

### Tätigkeitsbericht

## **Lebhafter Beifall für Vilmar**

Buchstäblich in letzter Minute kam ein Thema aufs Tapet, das in den Monaten zuvor die Öffentlichkeit und während des Ärztetages in der Lobby auch die Delegierten des längeren beschäftigt hatte: Die Vorkommnisse in der Ärztekammer Bremen, in die der frühere Kammer-Hauptgeschäftsführer verwickelt war und in die auch Dr. Karsten Vilmar hineingezogen wurde (zu den Details und zum Hintergrund vgl. den Kommentar „Verantwortungslose Kampagne“ in Heft 19 sowie die dazu in Heft 22 veröffentlichten Zuschriften). Zu dem Tagesordnungs-

die Ankündbarkeit der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung und die Mitwirkung in bestimmten Kooperationsformen, zum Beispiel Praxisnetze oder Hausarztmodelle. Schließlich soll auch die Teilnahme an fakultativen Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht angekündigt werden – selbst dann nicht, wenn darüber ein Zertifikat der Ärztekammer ausgestellt wurde, beschlossen die Delegierten.

### **„Inhaltliche Weiterentwicklung“**

Die Delegierten der Ärztekammer Nordrhein legten den Entwurf einer Neufassung der MBO vor, in dem es ihnen „vor allem auf Verständlichkeit und Klarheit des Aufbaus“ ankam. Dieser Antrag wurde an den Vorstand überwiesen.

Grundsätzlich geht der BÄK-Vorstand davon aus, daß eine Neufassung der geltenden Fassung der MBO nicht erforderlich sei. Vielmehr bedürfe es einer „inhaltlichen Weiterentwicklung, die teilweise Neuregelungen enthalten muß, allerdings auch Neubearbeitungen der Regelungen und redaktionell-systematische Überarbeitungen“. Gisela Klinkhammer

punkt „Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer“ reichten einige hessische Delegierte einen Antrag ein, mit dem Vilmar aufgefordert wurde, über die Bremer Vorkommnisse zu berichten.

Das war Antrag Nr. 42. Zuvor behandelte der Ärztetag kurz und knapp die weiteren zu diesem Tagesordnungspunkt vorliegenden Anträge, die so gut wie das gesamte Spektrum der ärztlichen Berufspolitik und der Gesundheitspolitik betreffen. Sie sind in der Dokumentation der Beschlüßfassungen dieses Ärztetages in diesem Heft wiedergegeben. Eine

ausgiebige Debatte gab es zu keinem der angeschnittenen Themen. Die Zeit reichte einfach nicht, die Redezeit war auf eine Minute pro Redner beschränkt.

Am Schluß des Ärztetages stand Vilmars Erklärung. Vilmar schilderte knapp und nüchtern den Sachverhalt, nämlich die Verfehlungen des früheren Hauptgeschäftsführers der Bremer Kammer und einen vor dem Arbeitsgericht geschlossenen Vergleich.



Nach seiner Erklärung zu den „Bremer Vorkommnissen“: Dr. Karsten Vilmar

Vilmar schloß: „Mir ist vielleicht vorzuwerfen, daß ich einem leitenden Mitarbeiter – er war lange Jahre der einzige leitende kaufmännische Mitarbeiter – vertraut habe. Ohne Vertrauen kann man aber eine derartige Position überhaupt nicht ausfüllen. Das geht auch in der Bundesärztekammer nicht. Man muß leitenden Mitarbeitern vertrauen. Das ist in größlicher Weise mißbraucht worden. Daß ich das zutiefst bedauere, liegt auf der Hand. Für die Bundesärztekammer und den Deutschen Ärztetag hat das aber sicher keinerlei Konsequenzen.“

Die Delegierten bedachten die Erklärung mit lebhaftem Beifall. Auf eine weitere Diskussion wurde verzichtet, nicht einmal die Antragsteller meldeten sich zu Wort. Die Bremer Affäre dürfte damit – jedenfalls was die „Bundesebene“ angeht – beendet sein.  
Norbert Jachertz

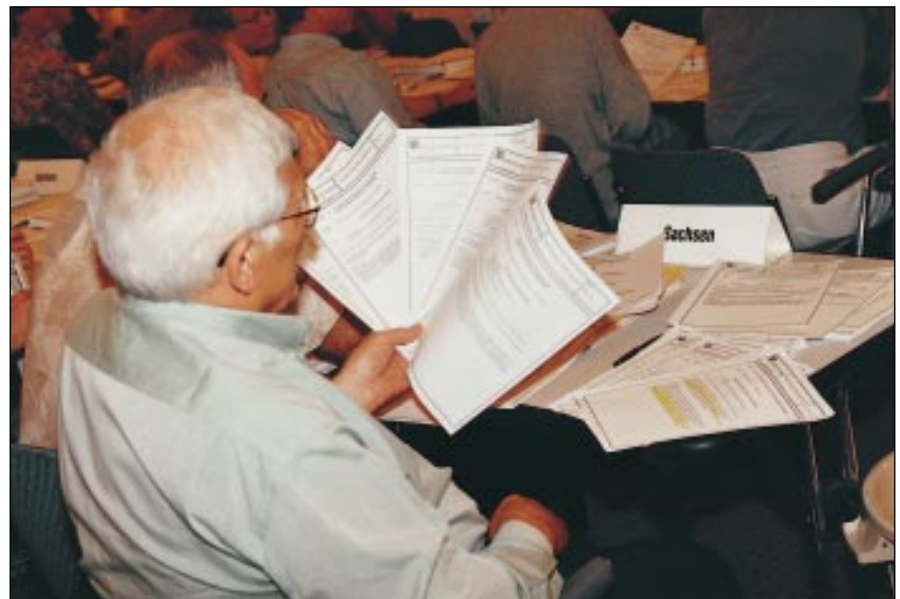
## Finanzen/Etat der Bundesärztekammer

# Sparkurs eingehalten, Finanzen im Lot

Der Finanzbericht der Bundesärztekammer für das Jahr 1994/95 wurde einstimmig (also mit den Stimmen aller 17 Landesärztekammern) gebilligt. Ebenso einstimmig ist dem Vorstand Entlastung erteilt worden. Die „grüne Karte“ wurde auch für den Haushaltsanschlag für das Rechnungsjahr 1996/97 (Volumen: 18 248 000 DM) gezeigt. Vorstand, Geschäftsführung und Finanzgremien der Bundesärztekammer versicherten vor den Delegierten des Deutschen Ärztetages, den Kurs der Wirtschaftlichkeit fortzusetzen. Die vor zwei Jahren reaktivierte mittelfristige Finanzplanung hat sich bewährt.

Die Mittel der Bundesärztekammer wurden im abgeschlossenen Rechnungsjahr 1994/95 (1. Juli 1994 bis 30. Juli 1995) ziel- und satzungsgerecht effektiv und nach den Grundsätzen einer soliden Wirtschaftsführung eingesetzt. Dank des konsequent eingehaltenen Sparhaushaltes mit einer mäßigen Steigerung von 2,21 Prozent – weit unter der damaligen Inflationsrate – wurde im Jahresabschluß 1994/95 der Bundesärztekammer eine „Punktlandung“ erreicht, wie der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Christoph Fuchs, den 123 Seiten starken Finanzbericht der Bundesärztekammer als

Referent zu diesem Tagesordnungspunkt kommentierte. Das beendete Geschäftsjahr war ein schwieriges Haushaltsjahr, doch konnten die zusätzlichen Belastungen und alle daraus resultierenden finanziellen Probleme mit den Etatmitteln bravourös bewältigt werden. Erstmals weist die aktuelle Rechnungslegung auf der Ertragsseite nicht verbrauchte Mittel in Höhe von 10 272 DM aus – nach Fehlbeträgen in den beiden vergangenen Jahren von 632 000 beziehungsweise 302 000 DM. Der Etat-Ansatz für das beginnende Haushaltsjahr 1996/97 ist von dem (kürzlich wiedergewählten) Vorsitzenden der Finanzkommission der Bunde-



Grand mit Vieren: Ein Delegierter aus Sachsen macht das beste aus der Antragsmenge, die seinen Tisch überflutet. Vor den Abstimmungen mußten die Anträge sorgfältig sortiert werden.

## Verbesserte Liquidität

Die Bilanzsumme per 30. Juni 1995 beträgt 28 756 780 DM. Sie ist gegenüber der Vorjahresbilanz um 364 890 DM gestiegen. Die Liquiditätslage hat sich weiter verbessert. Langfristigen Vermögenswerten in Höhe von 26,72 Millionen DM stehen langfristige Finanzmittel von 27,4 Millionen DM gegenüber. Die sogenannte goldene Bilanzregel wird damit eingehalten. Im kurzfristigen Bereich hat sich die Liquiditätssituation der BÄK gegenüber dem Vorjahr um rund 770 000 DM verbessert. Die langfristige Liquidität dagegen ist noch angespannt. Die Haushalts- und Kassenordnung der BÄK schreibt eine allgemeine Rücklage zur Sicherung der Liquidität vor, die ein Viertel des Jahreshaushaltes nicht überschreiten, aber mindestens so groß sein soll, daß der regelmäßige Bedarf an Betriebsmitteln für zwei Monate gedeckt ist. Gemäß § 2 Abs. 5 der Haushalts- und Kassenordnung müßte die Rücklage knapp drei Millionen DM betragen. Derzeitiger Stand: rund eine Million DM. Etatüberschreitungen gab es im Geschäftsjahr 1994/95 bei den Positionen „Satzungsbedingte Aufwendungen“, insbesondere für die Durchführung der Deutschen Ärztetage, aber auch bei den Etattiteln „Arzneimittelkommission“ und „Wissenschaftlicher Beirat der BÄK“. Die



Dr. Horst Buck-Gramcko: „Die Zwischenbilanz zum 31. März 1996 läßt vorsichtigen Optimismus aufkommen.“



In den Kulissen: 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren im Einsatz, um 187 Anträge und Referate, rund 360 000 Blatt Papier, unter's Volk zu bringen

särztekammer, Dr. Horst Buck-Gramcko, Hamburg, als nach kaufmännischen Grundsätzen solide und sparsam kalkuliert bezeichnet worden. Die Etatsteigerungsrate liegt bei fünf Prozent und damit über der derzeitigen Inflationsrate. Dieser Mitteleinsatz ist notwendig, um alle gestellten Aufgaben bewältigen zu können. Der Voranschlag für 1996/97 umfaßt ein Gesamtvolumen von 18 248 000 DM. Dies sind rund 500 000 DM mehr als die veranschlagten Gesamtaufwendungen in den einzelnen Kostenbereichen, weil nach der Haushalts- und Kassenordnung der BÄK auch außerordentliche Erträge zwar in der Erfolgsrechnung erfaßt werden sollen, aber vor allem der Betriebsmittelrücklage zugeführt werden. Nach dem Beschluß des Vorstandes von 1994 dürfen diese außerordentlichen Ertragsanteile nicht in den laufenden Etat eingestellt werden. Dieser soll vielmehr überwiegend aus den Umlagen der Landesärztekammern finanziert werden.

Die zunehmenden Aktivitäten vor allem im Zusammenhang mit der Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes und einer Vielzahl neuer Gesetzesinitiativen des Bundes und der Länder hatten bei der Bundesärztekammer und ihren Gremien kosten-trächtige Aktivitäten ausgelöst, zusätzlich zum politischen Tagesge-

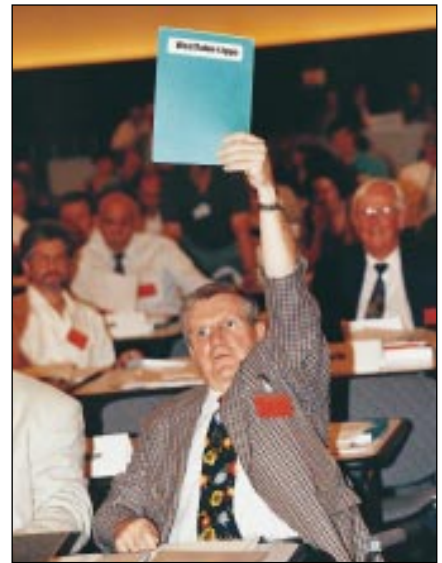
schäft und der Sacharbeit in den mehr als 40 Gremien (Ausschüsse, Akademien, Kommissionen und Ständige Konferenzen).

Die vor zwei Jahren eingesetzte Arbeitsgruppe „Mittelfristige Finanzplanung“ aus Experten der Geschäftsführungen der Landesärztekammern unter Vorsitz von Dr. Horst Buck-Gramcko hat sich bewährt. Es wird angestrebt, für die Bundesärztekammer mittel- und langfristig einen Finanzrahmen zu schaffen, der es auch im Hinblick auf gesetzgeberische Maßnahmen ermöglichen soll, auf die politischen Erfordernisse und Aktivitäten durch die Bereitstellung entsprechender Mittel schneller und effektiver zu reagieren, ohne die Kammern nachträglich zusätzlich zu belasten. Dank der weitreichenden Änderungsbeschlüsse von Vorstand und Finanzkommission gelang es, die Finanzen der Bundesärztekammer in ein „ruhigeres Fahrwasser“ zu bringen, betonte Buck-Gramcko. Durch die Einschaltung der Arbeitsgruppe „Vergütungstarif“ der BÄK-Finanzkommission unter Vorsitz von Dr. Joachim Koch, stellvertretender Vorsitzender der Finanzkommission, Pleidelsheim, sollen die Beratungen über Ergänzungen des Haustarifs und Entscheidungen über Personalplanungen auf eine breitere Basis gestellt werden.

Mehraufwendungen wurden allerdings durch Einsparungen bei anderen Titeln ausgeglichen.

Bei einem Gesamtvolumen für das Geschäftsjahr 1996/97 in Höhe von rund 18,25 Millionen DM steigen die Personalkosten auf Grund eines kaum veränderten Stellenplans im Rahmen der erwarteten tariflichen Erhöhung. Bei einzelnen Etattiteln werden wegen den vom Vorstand beschlossenen neuen Aufgaben und zusätzlicher Aktivitäten erhöhte Aufwendungen erwartet, insbesondere in den Gremien des Wissenschaftlichen Beirates, bei der Umlage des Beitrages zum Weltärztebund (infolge der durch die deutsche Vereinigung gestiegenen Arztzahlen) und auch durch den weiteren Ausbau des Zentralen Dokumentations- und Informationssystems bei der Bundesärztekammer. Die neuen zusammen mit der KBV getragene „Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung in Köln“ ist mit einem Grundetat von

390 000 DM ausgestattet, was den Etat für 1996/97 allein mit 2,3 Prozent beansprucht (zu deren Aufgaben vgl. Deutsches Ärzteblatt Heft 24/1996 „Bekanntgaben“). Die Zentralstelle QS soll unter anderem Standards und Leitlinien für die Berufsausübung entwickeln und intensiv mit den Fachgesellschaften kooperieren. Die übrigen Etatsansätze orientieren sich an den Aufwendungen des Vorjahres. Bei den Verwaltungskosten wurden Rationalisierungsvorhaben mitberücksichtigt. Die Umstellung auf automatisierte Datenverarbeitung, Dokumentation und elektronische Informationsübermittlung ist im vergangenen Jahr weiter vorangetrieben worden. Die von den Landesärztekammern anfordernde Beitragsumlage an die BÄK stieg gegenüber dem Vorjahr um 5,63 Prozent (berechnet auf der Basis der Zahl der berufstätigen Ärzte zum 31. Dezember 1994). Der neue Haushalt wird zu 92,5 Prozent aus Beiträgen



Zustimmung zu „den Finanzen“: Dr. Hans-Jürgen Thomas zeigt die grüne Karte

der Ärztekammern finanziert. Beschlossen wurde, daß der Finanzbericht künftig in gestraffter Form vorgelegt werden soll, bei Beibehaltung der bisherigen Gliederung, Transparenz und der Möglichkeit der Delegierten, detailliert Auskünfte zu erhalten.

Überwiesen an den Vorstand wurde ein Antrag, initiiert von Dr. med. Udo Schagen (Berlin). Danach wird vorgeschlagen, die Herausgabe einer Buchpublikation zur Dokumentation des Nürnberger Ärzteprozesses auch finanziell zu unterstützen. Einen Antrag, einen Zuschuß in Höhe von rund 50 000 DM im Etatsansatz unterzubringen oder über einen Nachtragshaushalt zu finanzieren, wurde fallengelassen. Buck-Gramcko verwies auf die Erläuterungen von Prof. Dr. med. Dr. Klaus Dörner (Gütersloh) vor dem Ärztetag, die notwendigen finanziellen Mittel in Höhe von rund 400 000 DM für die Buchpublikation und die deutsche Übersetzung der Dokumentationsbände zum Nürnberger Ärzteprozeß könnten überwiegend durch Spenden aufgebracht werden. An die Landesärztekammern wurde appelliert, hier das Nötige zu unternehmen. Die Bundesärztekammer wolle zum gegebenen Zeitpunkt prüfen, wie eine eventuelle Finanzierungslücke bei dem beabsichtigten wichtigen Buchprojekt geschlossen werden kann. Dr. Harald Clade

## Ausländische Gäste

Prof. Dr. György Berentey, ehemaliger Präsident des Verbandes der Ungarischen Medizinischen Gesellschaften (MOTESZ)

Prof. Dr. Gábor Brooser, ehemaliger Präsident der Ungarischen Ärztekammer

Dr. Egidio Cepulic, Präsident der Kroatischen Ärztekammer

OMR Dr. Herbert Christ, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer

Dr. Eduard Eicher, Schriftführer des Zentralvorstandes der Verbindung Schweizer Ärzte

Dr. Ian T. Field, Generalsekretär des Weltärztebundes

Dr. Pierre Haehnel, Generalsekretär der Französischen Ärztekammer

Dr. R. G. P. Hagenouw, Mitglied der Niederländischen Ärzteorganisation

Dr. med. Arthur Jehle, Sekretär des Liechtensteinischen Ärztevereins

Dr. Erik Jylling, Mitglied des Internationalen Komitees der Dänischen Ärzteorganisation

Prim. Dr. K. Kancler, Präsident

der Slowenischen Ärztekammer

Dr. Carolyn Motzel, Generalsekretärin des Internationalen Ärztinnenbundes

Prof. MUDr. Jozef Pechán, ehemaliger Präsident der Slowakischen Ärzteorganisation

Dr. Andrejs Pozarnovs, Präsident der Lettischen Ärzteorganisation

Frau Dr. Mirjana Sabljarić-Matovinovic, Vizepräsidentin der Kommission für Medizinische Ethik, Ärztekammer Kroatien

Prof. Dr. med. Pekka Saukko, Mitglied des Ausbildungs-Ausschusses der Finnischen Ärzteorganisation

Dr. Tonis Siir, Ausschußmitglied der Estnischen Ärzteverbindung

Aina Skrible, Referentin des Lettischen Ärztevereins

Harry Martin Svabo, Generalsekretär der Norwegischen Ärzteorganisation

Jean Wolos, Botschaftsrat der Französischen Botschaft

Dr. André Wynen, Generalsekretär emeritus des Weltärztebundes