

# **Dr. med. Gerd Sandvoß**

## **Neurochirurg**

D 49716 Meppen/Ems, Hölderlinstr. 20 , Tel.: 05931 / 16264  
Fax: 05931 / 912422 Handy: 0171 / 4760340  
eMail:sandvossgerddr@t-online.de www.sandvoss-  
neurochirurg.de

Version 5

## **Die Behinderung der ärztlichen Weiterbildung durch Politik und Verwaltung**

### **G. Sandvoß**

Dem Absatz 2 des Hippokratischen Eides folgend sind die erfahrenen Ärzte verpflichtet, die jungen, nachgeordneten Ärzte auf Wunsch kostenfrei weiter zu bilden. Aus dieser seit 2400 Jahren geltenden traditionellen Verpflichtung resultiert die Tatsache, dass die Weiterbildung durch die älteren Ärzte kostenfrei erfolgt und sich die Kostenträger bisher konsequent geweigert haben, Zuschläge z. B. zu den DRGs oder zu ambulanten Operationen nach § 115b SGB V für solche Fachärzte zu zahlen, die dieser traditionelle Weiterbildungspflicht nachkommen und die nachgeordneten Ärzte trainieren.

#### **Studiengebühren:**

Unter dieser traditionellen Verpflichtung zur kostenlosen Ausbildung und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses ist auch die neuerliche Entscheidung der Landesregierungen kritisch zu hinterfragen, wenn bei Studierenden der Medizin Studiengebühren erhoben werden sollen, weil dieses Studiengebühren mit den traditionellen Vorgaben des hippokratischen Eides nicht konform gehen. Deshalb bin ich - gebunden an die ärztliche Tradition - ein entschiedener Gegner von Studiengebühren in der Regelstudienzeit, wobei aber über Studiengebühren durchaus diskutiert werden kann, wenn die Regelstudienzeit deutlich überschritten wird.

#### **Lückenhafte Approbationsaordnung:**

Die Behinderung beginnt bereits bei der Ausbildung der nachrückenden Ärztegeneration, weil z.B. Herzchirurgie und Neurochirurgie nicht in die Ärztlichen Approbationsordnung aufgenommen wurden, obwohl die Neurochirurgie nachweislich das älteste medizinische Fach überhaupt darstellt. Es kann also jeder Arzt werden, selbst wenn er nie in Herzchirurgie oder Neurochirurgie unterrichtet

wurde. Im Aufschieben der Neufassung der Ärztlichen Approbationsordnung durch den Verordnungsgeber sehen wir einen Verstoß gegen die Vorgaben der gesetzlich festgeschriebenen Qualitätssicherung nach §§ 135a ff SGB V.

Stringentes Arbeitszeitgesetz:

Das Arbeitszeitgesetz mit seinen Folgen zwingt die Weiterbilder, die nachgeordneten Ärzte für die vorgeschriebenen Ruhezeiten nach Hause zu schicken, so daß die jungen Kollegen nach Bereitschaftsdiensten keine angebotene oder verfügbare Weiterbildung mehr in Anspruch nehmen können. Allein durch die gesetzlich verordnete Abwesenheit infolge des Arbeitszeitgesetzes hat sich die Weiterbildungszeit deutlich verlängert, die Dichte, die Intensität der Weiterbildung hat spürbar abgenommen.

Abstrafen der Weiterbilder nach der Ärzte-Zulassungsverordnung § 32a des GRG

Die Behinderung und Blockade der ärztlichen Weiterbildung durch die Verwaltung findet ihren Höhepunkt bzw. Exzess in der stringenten Auslegung des § 32a der Ärzte-ZV, der bei der umstrittenen Auslegung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen die „höchstpersönliche“ Leistungserbringung aller ärztlichen Leistungen im vertragsärztlichen Bereich durch den ermächtigten Facharzt gebietet und zwar in striktem Gegensatz zu zahlreichen anderen, die Medizin betreffenden Rechtskreisen, in deren Rahmen die Mitarbeit und Weiterbildung der nachgeordneten Kollegen nicht nur erwünscht, sondern auch gestattet ist.

Angeblich sei die Mitarbeit der nachgeordneten Ärzte in der Ermächtigungsambulanz der Chefärzte strikt untersagt und fällt unter den Straftatbestand des Abrechnungsbetruges nach § 263 StGB d.h. bei nachgewiesener Mitarbeit und Weiterbildung der Assistenten in der Ermächtigungsambulanz wird der ermächtigte Chefarzt strafrechtlich verfolgt und mit Honorarrückforderungsbescheiden überzogen, wobei sich z. B. die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen in juristischen Haarspaltereien ergeht und nicht nur im GKV-Bereich, d.h. im Bereich der BMÄ-Abrechnung die Mitarbeit der Assistenten unter Strafe stellen möchte, sondern auch im Bereich der Ersatzkassengebührenordnung (E-GO), obwohl die Abrechnungsvorgabe des EBM (Einheitlichen Bewertungsmaßstabes 1996 und 1999 § 1 Abs. 4a II der Allgemeinen Bestimmungen) für den E-GO-Bereich ausdrücklich die Mitarbeit der nachgeordneten Ärzte zulässt. Die Kassenärztliche Vereinigung argumentiert, dass die Ärzte-Zulassungsverordnung und damit § 32a Ärzte-ZV gesetzestechnisch im Rang eines formalen Gesetzes stehe und deshalb nicht durch eine untergesetzliche Norm im EBM modifiziert werden könne. Rechtsauslegung und juristische Spitzfindigkeiten belasten also die Kassenabrechnung bei unterschiedlicher Beurteilung der Rechtslage für BMÄ-Patienten bzw. E-GO-Patienten: die stringente Rechtsauslegung der lokalen Kassenärztlichen Vereinigungen steht in deutlichen Gegensatz zur den Publikationen der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung), die in ihrer untergesetzlichen Norm für den Ersatzkassenbereich die Mitarbeit der Assistenten zugelassen hat und im Streitfall ggf. auf Grund dieser möglicherweise irrigen Rechtsauffassung Schadensersatzpflichtig wird oder Gewohnheitsrecht anerkennen muß. Den die Kassenabrechnung durchführenden ermächtigten Facharzt ist nicht zuzumuten, diese filigranen juristischen Auslegungen zu kennen: Entsprechende Rechtsnormen,

wie sie die KBV im EBM seit Jahrzehnten festgelegt hat, müssen korrekt und für jedermann verständlich und nachvollziehbar sein.

Diese Klarheit und Nachvollziehbarkeit findet sich z. B. im § 407a ZPO, der festschreibt, dass bei der medizinischen Begutachtung im Zivilprozess nachgeordnetes Personal Aufgaben von untergeordneter Bedeutung übernehmen kann und darf, so lange der berufene Gerichtssachverständige die volle Verantwortung für den Inhalt des Gutachtens übernimmt. So auch § 5 (5) der GOÄ, der eine Liquidation ärztlicher Leistungen bei Privatpatienten auch dann erlaubt, wenn die Leistung durch einen nachgeordneten Arzt und nicht etwa durch den offiziellen Vertreter des Chefarztes erbracht wurde, allein der Steigerungssatz von 1,8 bzw. 2,3 darf nicht überschritten werden. Tatsache ist weiterhin, dass in der sogenannten „Institutsambulanz“ und in der „Poliklinik“ der Universitäten die nachgeordneten ärztlichen Mitarbeiter tätig werden und beschäftigt werden können, ohne dass strafrechtliche Sanktionen oder Honorarrückforderungen befürchtet werden müssen. Auch in „Medizinischen Versorgungszentren“ ist es völlig belanglos und dem Institutsleiter überlassen, ob neben den Fachärzten auch in Weiterbildung befindliche Assistenzärzte eingesetzt werden. Tatsache ist aber auch, dass in den letzten Jahrzehnten die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen systematisch und bewusst die beantragte Umwandlung von Ermächtigungsambulanzen in Institutsambulanzen boykottiert und verhindert haben zum Schaden insbesondere der Schmerzpatienten in unterversorgten Regionen, die die Einschränkung der Schmerzambulanzen auf nur wenige Patienten bei langen Wartezeiten in Kauf nehmen mussten. So hat z. B. der Zulassungsausschuss der KV Bezirksstelle Osnabrück die beantragten Institutsambulanzen für anästhesiologische Schmerztherapie am MHO in Osnabrück ebenso verhindert sowie eine schmerztherapeutisch geprägte neurochirurgische Institutsambulanz am Ludmillenstift in Meppen. Gerade in unterversorgten Gebieten bei fehlender Ausbildung bzw. Niederlassung von Schmerztherapeuten vor Ort wurde von Seiten der Verwaltung eindeutig § 100 SGB V missachtet und diese Unterversorgung den Kostenträgern nicht offiziell mitgeteilt noch eine entsprechende Ausschreibung von Kassenarztsitzen für Schmerztherapeuten bzw. Neurochirurgen veranlasst. Diese Maßnahmen wären jedoch nach § 100 SGB V erforderlich und geboten gewesen, um eine normale Versorgung der schmerzkranken Patienten auch in ländlichen Regionen sicher zu stellen und die Unterversorgung durch die Weiterbildung von Schmerztherapeuten/Neurochirurgen zu überwinden.

Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V nur durch Fachärzte:

§ 115b SGB V, der die ambulante Chirurgie und stationersetzende Leistungen regelt, hat einen umfassenden Katalog ambulant durchzuführender Operationen festgeschrieben, so dass heute bei stringenter Auslegung des § 32a Ärzte-ZV die nachgeordneten Ärzte nicht mehr ambulant operieren dürfen, noch eine qualifizierte Weiterbildung in der ambulanten Chirurgie und Neurochirurgie durchgeführt werden kann, weil der ermächtigte Facharzt mit strafrechtlicher Verfolgung wegen angeblichen Abrechnungsbetruges und mit Honorarrückforderungen rechnen muss, sofern er seine traditionelle Verpflichtung zur Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses wahrnimmt. In der Ermächtigungsambulanz sind also die Weiterbildungsassistenten von jeglicher ärztlicher Tätigkeit ausgeschlossen insbesondere auch von allen ambulanten Operationen nach § 115b SGB V. Diese Rechtskollisionen und Spätfolgen zu stringenter Rechtsauslegung hat offensichtlich

der Ordnungsgeber nicht bedacht und die Gremien der Selbstverwaltung haben erhebliche Probleme und Mühen unsinnige Rechtsvorgaben, die die ärztliche Weiterbildung behindern, in Grenzen zu halten: So hat der gemeinsame Bundesausschuss in seinem Beschluss zur „Mindestmengenvorgabe“ nach § 137 SGB V festgeschrieben, dass eben diese Mindestmengenvorgabe die ärztliche Weiterbildung nicht behindern darf und hierdurch dem Wunsch sowohl der Ärzteschaft als auch der Kostenträger Rechnung getragen, dass die kostenfreien Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses höher zu bewerten ist, als die Gesetzesvorgabe der Mindestmengenregelung und keine Hindernisse für die kostenlose ärztliche Weiterbildung aufgebaut werden dürfen. Hier hat der gemeinsame Bundesausschuss Ärzte-Krankenkasse Geschichte geschrieben und die Mindestmengenvorgabe des § 137 des SGB V derart modifiziert, dass sie nicht mit dem traditionellen Abs. 2 des Hippokratischen Eides kollidiert.

Vertragsarztrechtänderungsgesetz (VÄndG):

Die Welt der ärztlichen Weiterbildung an den zugelassenen Hauptabteilungen der Krankenhäuser und Universitätskliniken war vor Verabschiedung des Vertragsarztrechtänderungsgesetzes bis Ende 2006 noch weitgehend intakt. Die negativen Folgen des neuen Gesetzes zeichnen sich aber bereits ab, nachdem heute die „Bedarfsplanung“ der Bundesländer im Grunde entfallen ist. So sehr man die generelle Vertragsfreiheit der Leistungserbringer und Kostenträger begrüßen möchte, die negativen Folgen für die Weiterbildung der nachgeordneten Ärzte zeigen sich bereits kurz nach dem Inkrafttreten des Gesetzes:

So haben Krankenhäuser begonnen, in benachbarten Städten Arztpraxen systematisch aufzukaufen („feindliche Übernahme“) verbunden mit dem eindeutigen Ziel, die dort ambulant behandelten Patienten im Falle einer stationären Behandlung am örtlichen Krankenhaus vorbei ins eigene Krankenhaus/in den eigenen Krankenhausverbund umzuleiten, um schwächelnde Belegabteilungen (z.B. Gynäkologie und Geburtshilfe) auszulasten, Belegabteilungen, die sich längst von der Facharztweiterbildung verabschiedet haben.

In jeder Stadt und an jedem Krankenhaus werden heute Neurochirurgen bzw. Wirbelsäulenchirurgen gesucht und mit Konsiliararztverträgen angestellt, die dann in nicht im Bedarfsplan geführten Krankenhäusern neurochirurgische und wirbelsäulenchirurgische Leistungen erbringen, wobei die Patienten in orthopädischen, chirurgischen oder neurologischen Kliniken operiert werden, die eben nicht im Bedarfsplan ausgewiesen sind und keine Notfallversorgung durchführen. In derartigen „Facharztkliniken“ wird keine neurochirurgische Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses betrieben und auch kein qualifizierter Bereitschaftsdienst vorgehalten, so dass eben diese hoch vergüteten und hoch bewerteten Leistungen nach DRG höchst lukrativ sind und überbezahlt werden. Das stellt natürlich ein hoher Anreiz für die Krankenhäuser dar, auf eine qualifizierte neurochirurgische Hauptabteilung mit Weiterbildungsassistenten, Bereitschaftsdienst und Notfallversorgung zu verzichten, um eben Routineleistungen durch einzelne Fachärzte im Konsiliardienst sehr viel preiswerter einzukaufen, aber in vollem Umfang mit den Kostenträgern über DRG abzurechnen. So sprießen sogenannte „Spine-Center“ in jeder Stadt und an jedem Krankenhaus aus dem Boden, die alle leichteren und lukrativen Eingriffe primär abfischen, Eingriffe, die dann die weiterbildenden Hauptabteilungen nicht mehr zur Verfügung stellen können. Das

Krankengut der Hauptabteilungen, die im Bedarfsplan gelistet sind, wird derart ausgedünnt, dass normale neurochirurgische Kliniken ihren Weiterbildungsassistenten keine peripheren Nerven, keine Carpal-Tunnel und keine normalen Bandscheibenvorfälle mehr zum Zwecke der Weiterbildung zur Verfügung stellt, bzw. vorhalten können, da eben die ambulante Neurochirurgie nach § 115b SGB V durch den Katalog für das ambulante Operieren weggefallen ist und die normale kleinere und mittlere Wirbelsäulenchirurgie von den nicht weiterbildenden „Facharztkliniken“ abgefischt werden. Identisches zeichnet sich für die kleineren Schädel-Hirn-Operationen ab, wie für Metastasen, Konvexitätsmeningeome oder chronische Subduralhämatome, die in den ersten Jahren der Weiterbildung erlernt werden müssen.

Die Hauptabteilungen sind zwar prädestiniert, die großen und risikoreichen Eingriffe durchzuführen und die Notfallversorgung sicherzustellen, sie können aber die hierfür notwendigen nachgeordneten Ärzte weder aquirieren noch halten, wenn die Wirtschaftlichkeit dadurch gefährdet wird, dass nur noch teure Schwerstkranke für die wenigen Intensivbetten zugewiesen werden und leichtere „Weiterbildungsfälle/Normalfälle“ auf den Stationen nicht mehr zur Verfügung stehen.

Die grenzenlose Vertragsfreiheit nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat also auch ihren Preis mit Verlust an Weiterbildungsqualität und deutlicher Verlängerung der Weiterbildungszeiten, weil die kleine und mittlere Neurochirurgie von Seiten der Weiterbilder nicht mehr zur Verfügung gestellt werden kann. In den sogenannten „Facharztkliniken“ werden auch die Patienten operiert, die im Rahmen der integrierten Versorgung vom niedergelassenen Facharzt behandelt werden, so dass sowohl die integrierte Versorgung als auch die operative Konsiliararztstätigkeit als auch das ambulante Operieren nach § 115b SGB V und die traditionelle belegärztliche operative Tätigkeit zu einer gravierenden Ausdünnung des zur Verfügung stehenden Patientengutes führen, dass die unter dem Aspekt der Krankenhausplanung und Bedarfsplanung gegründeten Kliniken ihre Weiterbildungsaufgabe nicht mehr in vollem Umfang wahrnehmen und nicht mehr wirtschaftlich arbeiten können.

Das führt zu schwer nachvollziehbaren Auswüchsen, dass z.B. weiterbildende Hauptabteilungen ganz offiziell niedergelassene Ärzte (Zuweiser) durch finanzielle Zuwendungen ködern und an sich binden, wenn die niedergelassenen Kollegen die Nachsorge übernehmen. War doch seit jeher die „Zuweisung gegen Entgelt“ nach § 31 der Ärztlichen Berufsordnung (BO) verpönt und untersagt, wird aber jetzt unterlaufen und bleibt straffrei. Wer nicht selbst operiert, darf bei Einweisung mit finanziellen Zuwendungen des Krankenhauses rechnen.

Die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie und der Neurochirurgische Berufsverband BDNC sehen diese Entwicklung mit Sorge, eine Tendenz, die natürlich den frei praktizierenden, niedergelassenen Neurochirurgen eine gute finanzielle Basis zur Berufsausübung bereitet, aber mit einer Erschwernis oder Blockierung der Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses verbunden ist.

### **Wie kann man diesen Tendenzen entgegenwirken?**

1. Gründung eines MVZ an jeder weiterbildenden Klinik, ggf. durch Aufkaufen eines Kassenarztsitzes, wodurch dann die ambulanten neurochirurgischen bzw. schmerztherapeutischen Leistungen/Operationen wieder an die

Krankenhäuser und die weiterbildenden Hauptabteilungen zurückgeholt werden.

2. Durch die Verfügungsstellung von Krankenhausräumen, Betten und Personal für einen niederlassungswilligen Neurochirurgen, der als Niedergelassener konsiliarisch im Krankenhaus operiert unter der Voraussetzung, dass er zur Weiterbildung nachgeordneter Ärzte ermächtigt wird.
3. Verlängerung der Weiterbildungszeit z.B. in der Neurochirurgie auf 7 Jahre.
4. Begrenzung der klinischen Weiterbildungszeit im Fach Neurochirurgie auf 5 Jahre mit der Verpflichtung, dass der Aspirant zwei weitere Jahre in der ambulanten Neurochirurgie weitergebildet wird.
5. Weiterbildungsermächtigung für niedergelassene Fachärzte / Belegärzte / Konsiliarärzte für 3 Jahre.
6. Einrichtung von neurochirurgischen / schmerztherapeutischen Weiterbildungspraxen entsprechend den Vorgaben des § 32 Ärzte-ZV.
7. Weitere spürbare Abstufung der Fallpauschalenentgelte (DRGs) in „Weiterbildungs-DRGs“ (= höchste Kategorie), DRGs (normal ohne Weiterbildung) und Belegarzt – DRGs (ohne Weiterbildung und ohne Arztanteil). Aber auch ein kostenneutraler Abschlag/Zuschlag zu den heutigen DRGs für Facharztkliniken/Weiterbildungskrankenhäuser wäre denkbar.

#### Zusammenfassung:

Es sei daran erinnert, dass im Gegensatz zu anderen freien Berufen eine Facharztweiterbildung obligate Voraussetzung für eine selbständige Tätigkeit in freier Praxis bzw. für eine Niederlassung als Arzt darstellt. Auch eine Anstellung als Gutachter beim MdK oder als Amtsarzt ist zwingend an eine Facharztweiterbildung gebunden, wohingegen Juristen nach dem 2. Staatsexamen in den Beruf entlassen werden und ihre Fachweiterbildung durch kostenpflichtige Seminare, Prüfungen und Praxis nachträglich erwerben.

Entgegen den historischen Verpflichtungen des Hippokratischen Eides Absatz 2, der eine kostenlose Weiterbildung nachgeordneter Ärzte vorschreibt, werden bereits im Medizinstudium Gebühren erhoben. Das älteste Fach in der Medizin, die Neurochirurgie, wurde in der Ärztlichen Approbationsordnung nicht berücksichtigt und alle Gesetzesänderungen der letzten Jahre (GRG mit Änderung der Ärzte-ZV, Arbeitszeitgesetz, Verträge zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V und das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz) haben zu einer massiven Behinderung der Weiterbildung geführt bis hin zu Exzessen mit Abstrafung engagierter Weiterbilder selbst in unterversorgten Regionen.

Im Gegenzug wird die Gründung von weiterbildenden Medizinischen Versorgungszentren, von Weiterbildungspraxen an Krankenhäusern und eine Verlängerung der Weiterbildungszeit angeregt in Verbindung mit einem spürbaren

DRG Zuschlag für Weiterbilder/weiterbildende Kliniken, die zudem die Notfallversorgung sicherstellen.

## **Literaturverzeichnis:**

Scholz, K: Berufsrechtlicher Überhang/Neues aus dem Berufsrecht. Vortrag Mitgliederversammlung des BDNC. 1/2007

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Stand 1.7.1999. Dt. Ärzte-Verlag, S. 29

Der Hippokratische Eid: Arztrecht in Niedersachsen, 1990, S.1

Musterberufsordnung §31

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)>Krankenhausbehandlung>Vereinbarung zur QS gem. § 137 SGB V>Mindestmengen