



Bericht des Vorstandes der Ärztekammer Westfalen-Lippe 2012

Vorgelegt durch den Präsidenten, Dr. Windhorst, auf
der 12. Sitzung der Kammerversammlung der Ärzte-
kammer Westfalen-Lippe der 15. Legislaturperiode
am 16.03.2013

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5 - 6
Berufspolitischer Überblick	7 - 37
Weiterbildung	38 - 53
Ausbildung Medizinische/r Fachangestellte/r	54 - 67
Fortbildung	68 - 88
Qualitätssicherung	89 - 98
Kompetente berufsrechtliche Beratung	99 - 112
Überwachung der ärztlichen Berufspflichten – Berufsgerichtsbarkeit	113 - 124
Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen	125 - 134
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	135 - 138
Patientenberatung	139 - 142
Ethik-Kommission	143 - 149
Statistiken	150 - 194

Vorwort

Der ärztliche Berufsstand genießt hierzulande hohes Ansehen. Aktuelle Studien belegen das große Vertrauen der Bevölkerung in ihre Ärztinnen und Ärzte ebenso wie in die Qualität der medizinischen Versorgung. Die Patientinnen und Patienten vertrauen mit Recht darauf, dass bei all unseren Entscheidungen und Handlungen ihr Wohl im Vordergrund steht. Nur so werden wir unserem ärztlichen Anspruch und Auftrag als Heiler und Helfer gerecht.

Dieser Vertrauensbonus ist in Gefahr. Denn in der Rückschau auf das Jahr 2012 bleiben vor allem die bekanntgewordenen Fälle von Manipulationen an Patientendaten bei Organtransplantationen in unangenehmer Erinnerung. Das Fehlverhalten einzelner Ärzte hat das Vertrauen der Menschen in die Organspende erschüttert und die Transplantationsmedizin insgesamt in Misskredit gebracht. Verlorengegangenes Vertrauen gerade in diesem hochsensiblen Bereich der Organspende zurückzugewinnen, ist eine der wichtigsten Aufgaben, vor der wir in den nächsten Monaten stehen: Durch wirksame Kontrollmechanismen, Transparenz und Information.

Der Organvermittlungsskandal hat zudem eine Debatte um Fehlentwicklungen in der Patientenversorgung durch ökonomische Anreize beispielsweise in Form von Bonusvereinbarungen in Chefarztverträgen entfacht. Aus meiner Sicht haben ökonomisch begründete Zielvereinbarungen oder finanzielle Anreize in Verträgen mit Ärzten nichts zu suchen. Selbstverständlich ist medizinische Versorgung ohne ökonomische Verantwortung nicht denkbar. Aber ein Primat der Ökonomie darf es in unserem Gesundheitswesen nicht geben. Wenn medizinische Notwendigkeiten hinter finanzielle Erwägungen zurücktreten, wird die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung auf Dauer beschädigt. Zielvereinbarungen zu Mengensteigerungen sind Ausdruck eines Anreizsystems, das auf den Prüfstand gehört. Gegen Vereinbarungen, die etwa die Steigerung von Qualitätsstandards zum Ziel haben oder die auf die Verbesserung von Organisationsstrukturen zielen, ist sicherlich nichts einzuwenden. Es darf jedoch keineswegs nur um rein ökonomische Ziele für die Arbeit einer Klinikabteilung geben.

Wie sich das neue Patientenrechtegesetz auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirken wird, muss sehr genau beobachtet werden. Ich habe die Sorge, dass dieses Gesetz die ärztliche Arbeit und die Patientenversorgung deutlich erschweren wird. Es geht weit über eine bloße Neukodifizierung geltenden Richterrechts hinaus. Im Ergebnis führt das Gesetz zu einer Dokumentationsflut, zu einer wachsenden Verrechtlichung und Bürokratisierung der Medizin. Eine solche Reglementierung, ja geradezu Überregulierung ärztlicher Tätigkeit ist jedoch der Attraktivität des Berufsbildes

nicht zuträglich. Sehen so die Rahmenbedingungen aus, die sich der Ärztenachwuchs für seine Arbeit wünscht? Sicherlich nicht!

Nachwuchsförderung bleibt indes eine der vordringlichen Herausforderungen für Ärzteschaft und Gesundheitspolitik. Die Reform der ärztlichen Ausbildung, etwa die Abschaffung des „Hammerexamens“ oder mehr Mobilität im Praktischen Jahr, geht in die richtige Richtung. Wir als Ärztekammer kümmern uns intensiv um nachhaltige Verbesserungen in der Weiterbildung – beispielhaft seien hier nur die Evaluation oder unsere Koordinierungsstelle Aus- und Weiterbildung genannt. Die Anstrengungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Kliniken und Praxen, etwa was Wertschätzung ärztlicher Arbeit, Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf, Entlastung von medizinfremden Aufgaben oder weiterer Bürokratieabbau angeht, müssen jedoch mit allem Nachdruck fortgesetzt werden.

Der vorliegende Jahresbericht 2012 gibt einen umfassenden Überblick über Aufgabenfelder und Schwerpunktthemen sowie über Positionen und Projekte der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Das Gesundheitswesen verändert sich rasch, und gerade auch im gesundheitspolitisch ausgesprochen spannenden Jahr 2013 sind entscheidende Weichenstellungen zu erwarten. Als Vorstand werden wir uns auch weiterhin kritisch, konstruktiv und engagiert an der Diskussion um die Gestaltung und Fortentwicklung der medizinischen Versorgungsstrukturen im Interesse von Patienten und Ärzten beteiligen.



Dr. med. Theodor Windhorst

Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Berufspolitische Überblick

Kammervorstand befürchtet mehr Defensivmedizin durch Patientenrechtegesetz

Das für 2013 geplante Patientenrechtegesetz und die damit verbundenen Regelungen im BGB waren im Berichtszeitraum immer wieder Gegenstand der kritischen Auseinandersetzung und kammerseitigen Positionierung. Zwar ist die Stärkung der Patientenrechte vom Grundsatz her selbstverständlich positiv zu bewerten. So schafft das Gesetz Transparenz über bestehende Gesetze auf dem Gebiet des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts und bezieht insbesondere die durch Richterrecht entwickelten rechtlichen Standards systematisch mit ein. Andererseits muss etwa bei den Anforderungen an die ärztliche Aufklärung und insbesondere mit Blick auf die Aufklärungstiefe berücksichtigt werden, dass dies zu einer erhöhten zeitlichen Belastung für die in der kurativen Medizin Tätigen führen wird. Angesichts des bereits bestehenden und sich zusehends verschärfenden Ärztemangels erweist es sich als problematisch, Kolleginnen und Kollegen immer stärker mit Bürokratie und Dokumentation zu belasten und damit ihren eigentlichen ärztlichen Aufgaben zu entziehen. Hinzu kommt das Problem, dass die zunehmende Belastung mit Dokumentationsaufgaben und die fortschreitende Verrechtlichung des Arzt-Patientenverhältnisses auch den ärztlichen Nachwuchs abschrecken können.

Immerhin hat die Ärztekammer Westfalen-Lippe mit großem Engagement und Briefen an die politisch Verantwortlichen auf Landes- und Bundesebene insbesondere bei den Formulierungen des Gesetzestextes zu den Modalitäten der Patientenaufklärung noch ungünstigere Regelungen verhindern können.

Nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes müssen die tatsächlichen Folgen und Auswirkungen auf die praktische ärztliche Berufsausübung sehr genau beobachtet und analysiert werden. Die für die Aufklärung von Patienten vorgesehenen Dokumentationspflichten und -voraussetzungen sind eher juristisch als medizinisch zu begründen, erfordern aber in jedem Fall zusätzlichen administrativen und bürokratischen Aufwand. Nur was schriftlich vorliegt, gilt als erbracht – sich entsprechend abzusichern, wird Ärztinnen und Ärzte erneut Arbeitszeit am Patienten kosten und zu einer Defensivmedizin beitragen. Ob sich das neue, aufwändige Procedere am Ende auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient positiv auswirkt oder eher für Verunsicherung sorgt, ist noch nicht abzusehen.

Landesgesundheitskonferenz tagte im Ärztehaus

Die seit über 20 Jahren als ein wichtiges Gestaltungsinstrument der Landesgesundheitspolitik etablierte Landesgesundheitskonferenz fand in diesem Jahr in den Räumen der Ärztekammer Westfalen-Lippe statt. Thema der auf dieser Landesgesundheitskonferenz verabschiedeten EntschlieÙung war „Arzneimitteltherapiesicherheit als elementarer Baustein einer guten und sicheren gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in NRW“.

Dabei wurde deutlich gemacht, dass die Ursachen für unerwünschte Arzneimittelereignisse vielfältig sind und im gesamten Medikationsprozess, bei der Verordnung, der Abgabe oder Anwendung entstehen. Dabei bedarf es der gemeinsamen Anstrengung aller am Medikationsprozess Beteiligten, Risiken zu erkennen und zu minimieren.

Bis zu fünf Prozent der Krankenhauseinweisungen sind Folge unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Gerade bei älteren Menschen besteht angesichts häufiger Polymedikation die Gefahr von Wechselwirkungen mehrerer Medikamente. Eines der wichtigsten Themen bei der Umsetzung der EntschlieÙung wird sein, wie die vielen Informationen zu den Patienten in einem multiprofessionellen Team verarbeitet werden können.

Die Ärztekammer unterstützt die EntschlieÙung nachhaltig und wird sich aktiv an der Umsetzung beteiligen.

Westfälischer Ärztetag diskutierte innovative Arbeits- und Weiterbildungsmodelle

Der Westfälische Ärztetag, der sich als allen Kammerangehörigen offen stehendes Diskussionsforum für berufs- und gesundheitspolitische Fragen versteht, fand einmal mehr große Resonanz. Am 15. Juni 2012 diskutierten rund 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehr differenziert und engagiert über das Tagungsthema „Arztberuf mit Zukunft: innovative Arbeits- und Weiterbildungsmodelle“. Anhand von vielen Anregungen und Modellen „gelebter Wirklichkeit“ machten die Referenten anschaulich, wie der Arztberuf für junge, aber auch bereits berufserfahrene Ärztinnen und Ärzte attraktiver gestaltet werden kann.

Der 5. Westfälische Ärztetag richtete den Blick auf die besonderen Anforderungen, die junge Ärztinnen und Ärzte an Arbeitsplatz und Arbeitsgestaltung stellen. Unter anderem ging er der Frage

nach, wie Kliniken heute ihre Strukturen und Angebote auf die Bedürfnisse ärztlicher Mitarbeiter ausrichten und wie ihnen Mitarbeiterakquise und –bindung gelingen. Es wurde deutlich, dass es im Wettbewerb um Ärztinnen und Ärzte vor allem auf eine veränderte Unternehmenskultur im Krankenhaus ankommt, in der Respekt und Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitern eine entscheidende Rolle spielen.

In einem weiteren Themenblock befasste sich der Ärztetag unter dem Stichwort „familienfreundliche Praxis“ mit den Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der ambulanten Versorgung. Außerdem wurden mit der Arbeitsmedizin und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zwei interessante Alternativen zu Klinik und Praxis vorgestellt.

Auch verschiedenen Aspekten der ärztlichen Weiterbildung als Kernkompetenz der Ärztekammern bot die Veranstaltung breiten Raum und diskutierte entlang der Frage, wie ärztliche Weiterbildung für junge Ärztinnen und Ärzte auf hohem Niveau leistbar und darstellbar bleiben kann, neue Wege der Strukturierung und Organisation.

Eine Podiumsdiskussion zum Thema „Arztberuf 2030 – Positionen, Perspektiven, Prognosen rundete den 5. Westfälischen Ärztetag ab. Mit vielen neuen Ideen und Impulsen für einen „Arztberuf mit Zukunft“ erwies sich auch dieser Ärztetag als für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewinnbringende und ergebnisreiche Tagung.

Medizin und Ethik

Weil sich die Grenzen des „Machbaren“ immer weiter ausdehnen, beschäftigen ethische Grenzfragen in der Medizin nicht nur Ärztinnen und Ärzte immer öfter. Wie weit sich der Bogen dieser Fragen spannt, machte das fünfte Ethikforum der ÄKWL deutlich. Ärzte, Juristen und Patientenvertreter gaben beispielhafte Einblicke in die aktuellen, komplexen ethischen Fragen, die sich in allen Bereichen der Medizin von der Versorgung Frühgeborener bis hin zur Begleitung Sterbender täglich neu und oftmals ganz unvermittelt stellen.

Immer wieder gerät die moderne Medizin an Grenzen – Grenzen rechtlicher, aber auch ethischer Art. Immer wieder sind Entscheidungen zu treffen, in denen „das Recht“ häufig nur unzureichende Antworten auf die sich stellenden Fragen liefern kann.

Der medizinische Fortschritt hat ohne Frage zu einer deutlichen Verbesserung der Lebenschancen und der Lebensqualität geführt. Neue diagnostische Möglichkeiten und Therapieverfahren

werden in geradezu atemberaubendem Tempo entwickelt. Dieser medizinisch-technische Fortschritt eröffnet vielfältige neue Chancen für die Patientenbehandlung und Bekämpfung von Krankheiten. Er ist der Einstieg in das Zeitalter des langen Lebens mit guter Lebensqualität.

Doch dieser Fortschritt stellt viele Ärztinnen und Ärzte auch vor ethisch-moralische Grenzfragen, für die sie keine Erklärung finden. Und im medizinischen Alltag bleibt häufig keine Zeit, sich mit diesen ethischen Grenzfragen zu beschäftigen. Daher wurde auf dem Ethikforum die Möglichkeit geboten, sich Professionen übergreifend zu diesen Themen auszutauschen.

Intensivierung der Arbeiten zum neuen Landeskrankenhausplan

Das zuständige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) hat die im Vorjahr wieder aufgenommenen Beratungen zur Erstellung eines neuen Krankenhausplans 2012 intensiviert. Dabei standen zum einen die Erarbeitung quantitativer Eckwerte – also Aussagen zu den zukünftig notwendigen Kapazitäten – und zum anderen die Entwicklung von Strukturkonzepten zu vier vom MGEPA festgelegten Schwerpunktthemen im Vordergrund. Zu diesen Schwerpunktthemen zählen die Ausgestaltung der geriatrischen Versorgung, das krankenhausesplanerische Verhältnis der beiden Gebiete Psychiatrie und Psychotherapie, die Neustrukturierung der perinatalen Versorgung sowie – als zentraler Kern des neuen Krankenhausplans – eine an Qualitätskriterien orientierte Strukturplanung.

Im Hinblick auf die Erarbeitung der quantitativen Eckwerte hat das MGEPA die Ärztekammern im Sommer 2012 gebeten, bei den jeweiligen Fachgesellschaften Stellungnahmen zur zukünftigen Entwicklung der Leistungsparameter einzuholen, diese zu strukturieren und zu bewerten. Ein entsprechender Abschlussbericht wurde dem MGEPA von der ÄKWL gemeinsam mit der ÄKNO vorgelegt.

Darüber hinaus wurden zu den vier Schwerpunktthemen Stellungnahmen beider Ärztekammern abgegeben, zu denen auf Seiten der ÄKWL maßgeblich der Arbeitskreis „Krankenhausplanung“ beigetragen hat. Im Grundtenor dieser Stellungnahmen wurde von beiden Ärztekammern der Ansatz einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung ausdrücklich begrüßt. Gerade angesichts verschärfter Wettbewerbsbedingungen in der Krankenhausversorgung und des Wegfalls der sogenannten „Teilgebieteplanung“ mit der Novellierung der Krankenhausgestaltungsgesetzes ist aus Sicht der Ärztekammern eine Steuerung über Qualitätsvorgaben erforderlich, die sich dabei vor allem auf Vorgaben zur Strukturqualität konzentrieren muss. Denn nur so lässt sich eine flächen-

deckende, sinnvoll gestufte und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherstellen. Der fachärztlichen Qualifikation und Verfügbarkeit kommt dabei eine Schlüsselstellung zu.

In der letzten Woche des Jahres 2012 hat das MGEPA dem Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags NRW den Entwurf des Krankenhausplans 2015 vorgelegt. Eine Anhörung in diesem Ausschuss, bei der auch die Ärztekammern als Sachverständige geladen werden, ist für März 2013 angesetzt.

Im April 2012 hat das MGEPA darüber hinaus die ÄKWL als Mitglied des Landesausschusses für Krankenhausplanung um eine Bewertung des Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG NRW) aus dem Jahr 2007 gebeten. Grundlage ist die in § 38 KHGG NRW normierte Berichtspflicht der Landesregierung gegenüber dem Landtag bis zum 31. Dezember 2012 über die Erfahrungen mit diesem Gesetz.

Die beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern haben dazu ebenfalls eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben. In dieser Stellungnahme wurde zwar kein grundsätzlicher Änderungsbedarf des KHGG NRW, aber durchaus die Notwendigkeit zu Änderungen in einzelnen Punkten gesehen. Die Empfehlungen der Ärztekammern zielten dabei im Wesentlichen darauf, die Steuerungskompetenz des Landes zur Vermeidung von Fehlentwicklungen und zur Sicherung der Versorgungsqualität in den gesetzlichen Formulierungen noch klarer zum Ausdruck kommen zu lassen.

Förderung der hausärztlichen Versorgung

Der demographische Wandel mit einer steigenden Anzahl älterer Menschen und einer Zunahme chronischer Erkrankungen stellt eine wesentliche Herausforderung an die künftige ärztliche Versorgung dar. Eine zentrale Rolle kommt dabei – neben anderen kurativ tätigen Fächern – den Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin zu, die für ihre Patientinnen und Patienten wohnortnah erreichbar sein müssen. Hier drohen leider inzwischen vielerorts Versorgungsdefizite. Schon heute betrifft der Ärztemangel in ländlichen Regionen vor allem das Gebiet Allgemeinmedizin und damit die hausärztliche Versorgung. Vor diesem Hintergrund muss der Förderung der hausärztlichen Versorgung besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Aber auch andere ärztliche Fachgebiete sind inzwischen vom Nachwuchsmangel betroffen.

Nach Berechnung der Kassenärztlichen Vereinigung fehlen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung in Westfalen-Lippe bereits heute 220 Ärzte. Das im Jahr 2009 gestartete Hausarzt-

Aktionsprogramm des Landes NRW wurde vor dem Hintergrund dieser Zahl bis zum 31.12.2016 verlängert. Auch sind die finanziellen Mittel hierfür von jährlich 1,5 Millionen Euro auf 2,5 Millionen Euro aufgestockt worden. Ärztinnen und Ärzte, die sich für zehn Jahre in einer Stadt niederlassen, in der ein Ärztemangel droht, werden weiterhin vom Land mit bis zu 50.000 Euro bezuschusst. Bis zu 25.000 Euro erhält, wer die Niederlassung in einer Gemeinde wählt, in der die hausärztliche Versorgung auf mittlere Sicht gefährdet scheint. Die Gründung oder Übernahme einer Zweigpraxis in einer Gemeinde, in der die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht, wird mit bis zu 10.000 Euro gefördert. Darüber hinaus unterstützt das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Weiterbildungsassistentinnen und –assistenten in Praxen mit einer monatlichen Zuwendung von 775 Euro, sofern sie in einer entsprechenden Förderregion tätig sind.

Die bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe angesiedelte Koordinierungsstelle Aus- und Weiterbildung (KoStA) unterstützt Weiterbildungsassistenten und soll die Schaffung von Weiterbildungsverbünden und optimierte Abläufe in der Weiterbildung sicherstellen. Gegründet wurde die KoStA der Ärztekammer Westfalen-Lippe Mitte 2009 in der Absicht, mit Hilfe von Weiterbildungsverbünden den Assistenten in Weiterbildung eine kontinuierliche Weiterbildung in der Regelweiterbildungsdauer zu gewährleisten und somit auch dem drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken.

Um dem drohenden Mangel an Hausärzten zu begegnen, soll „Quereinsteigern“ der Weg in die Allgemeinmedizin erleichtert werden. Stationäre Weiterbildungszeiten, die Ärztinnen und Ärzte in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet haben, können sie nun auch auf die für das Gebiet Allgemeinmedizin in der Weiterbildungsordnung geforderten 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung anrechnen lassen. Das sieht ein Beschluss des Deutschen Ärztetages aus Jahr 2011 vor. Im Berichtsjahr hat der Vorstand beschlossen, die Empfehlungen für den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin auch in Westfalen-Lippe umzusetzen.

Die Möglichkeit des Quereinstiegs in die Weiterbildung „Allgemeinmedizin“ ist zunächst befristet. Das heißt, dass die oben beschriebene Anerkennungspraxis auf alle Kammerangehörigen Anwendung finden kann, die ihre Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung nachweislich noch vor dem 31.12.2015 beginnen werden. Diese Maßnahme soll auf kurz- bis mittelfristige Sicht dazu beitragen, die derzeitige Hausarztversorgung sicherzustellen. Obligate Kursweiterbildungen von zusätzlich 80 Stunden Dauer, wie sie in Westfalen-Lippe 2012 erstmalig im Rahmen der Fort- und Weiterbildungswoche auf Borkum angeboten wurden, sollen in diesem Zusammenhang notwendige theoretische Kenntnisse vermitteln und damit den alternativen Einstieg in die Allgemeinmedizin unterstützen. Langfristig soll jedoch weiterhin der konventionelle Weg der Facharztweiterbildung beschritten werden.

Die Förderung der hausärztlichen Versorgung muss jedoch bereits in der universitären Ausbildung ansetzen: Deshalb fordert der Kammervorstand, dass kurzfristig an allen medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen ordentliche Lehrstühle und Institute für Allgemeinmedizin eingerichtet werden. Diese Lehrstühle sollen finanziell und personell entsprechend ihrer Bedeutung im Versorgungsalltag ausgestattet sein. Schon frühzeitig im Studium soll ein Bezug zur Allgemeinmedizin etwa durch Famulaturen in der Hausarztpraxis hergestellt werden. Die Verlängerung des allgemeinmedizinischen Blockpraktikums ist ein Schritt in die richtige Richtung. Außerdem soll das Fach Allgemeinmedizin als Wahlfach im Praktischen Jahr besonders unterstützt werden. Insoweit ist die Änderung der Approbationsordnung, mit der die Universitäten verpflichtet werden, Studierenden stufenweise mehr Kapazitäten für die Ableistung des Wahlterials in der Allgemeinmedizin zur Verfügung zu stellen, uneingeschränkt zu begrüßen.

Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen

Gegen die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliche Berufsgruppen hat sich der Vorstand der ÄKWL mehrfach ausgesprochen. Der Vorstand sieht die berechtigte Sorge, dass die Übertragung ärztlichen Handelns zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde auf Angehörige nicht-ärztlicher Berufe zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung führt.

Der Weg dahin wurde bereitet durch die Genehmigung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Modellversuchen zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde von Berufsangehörigen der Alten- und Krankenpflege durch das Bundesministerium für Gesundheit. Mit diesem Beschluss wird es möglich sein, dass eine originär ärztliche Tätigkeit nun durch nichtärztliche Leistungserbringer durchgeführt wird.

Der Patient muss jedoch auch in Zukunft ein Anrecht darauf haben, bei Krankheit auf dem Niveau des Facharztstandards behandelt zu werden. Die Bestrebungen, in der Pflege eine akademisierte Zwischenebene hin zu einem pflegerischen Management einzurichten, werden vom Vorstand skeptisch gesehen. Zielführender wäre eine Verbesserung und Weiterentwicklung der bisherigen Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen.

Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass mit einer weiteren Versorgungsebene neben der ärztlichen Versorgung weder die Versorgungsqualität gesteigert, noch Einsparungen erzielt werden konnten. Der Vorstand lehnt es auch ab, ärztliche Tätigkeiten aus rein wirtschaftlichen Gründen auf andere Gesundheitsberufe abzuschieben.

Die Ärzteschaft ist bereit, über die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an entsprechend qualifizierte Mitarbeiter unter Verantwortung des Arztes zu sprechen und wünscht sich eine teamorientierte Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Pflegeberufe. Daher unterstützt die ÄKWL auch weiter die Qualifizierung für arztentlastende Tätigkeiten.

Qualitätssicherung braucht Kompetenz der Ärztekammern

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen haben ihre Behandlungsqualität in den vergangenen Jahren im Interesse der Patienten kontinuierlich verbessert und die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren einer breiten Öffentlichkeit transparent vorgestellt. Um diesen Prozess weiter zu befördern, wurden ambitionierte Ziele für ausgewählte medizinische Versorgungsbereiche formuliert. Dies waren die zentralen Ergebnisse der 10. Ergebniskonferenz zur externen stationären Qualitätssicherung NRW in Düsseldorf, die der Lenkungsausschuss Qualitätssicherung NRW (qs-nrw) am 19. September 2012 ausrichtete.

Auf der Jubiläumsveranstaltung, die unter Beteiligung der nordrhein-westfälischen Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, Barbara Steffens, stattfand, wurden im Rückblick auf zehn Jahre Qualitätssicherung in NRW die dynamischen Entwicklungen in den Krankenhäusern in diesem Bereich dargestellt. Experten der Krankenkassen, der Ärzteschaft, der Patientenvertretungen und der Krankenhäuser diskutierten über die Erkenntnisse aus der externen Qualitätssicherung. Daneben wurden aktuelle Entwicklungen und Perspektiven für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im Krankenhaus aufgezeigt. Gesundheitsministerin Barbara Steffens hob die Bedeutung der Qualitätssicherung für die über vier Millionen Patientinnen und Patienten, die in den NRW-Kliniken jährlich behandelt werden, hervor: Informationen über die Qualität der Behandlung seien eine der wichtigsten Voraussetzungen für Patientinnen und Patienten, eine fundierte und informierte Entscheidung über den Ort zu treffen, an dem man behandelt werden möchte. Alle verfügbaren Informationen sollten daher für alle Patientinnen und Patienten auf einfache Weise zugänglich gemacht werden.

Nach einem bundeseinheitlichen Verfahren wurden im Jahr 2011 in 371 Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen rund 994.000 Behandlungsfälle in 30 Leistungsbereichen mit über 430 Qualitätsindikatoren dokumentiert und von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung ausgewertet.

Aus Sicht des Vorstandes ist es vor allem wichtig, dass die bisherigen Qualitätsstandards im stationären Bereich beibehalten werden. Hier hat sich die Verantwortung der Ärztekammern bewährt, bei denen die Landesgeschäftsstelle der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung NRW

angesiedelt ist und die ihre Kompetenz in Sachen Qualitätssicherung für den Patienten in die gemeinsame Arbeit mit einbringen. Somit leisten die Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein einen unverzichtbaren fachlichen und organisatorischen Beitrag zum Erfolg des akzeptierten Verfahrens.

Zukunft der ärztlichen Weiterbildung

Auch im Berichtsjahr hat die Ärztekammer Westfalen-Lippe die Gestaltung und Fortentwicklung der ärztlichen Weiterbildung im Sinne des Grundsatzes „Qualität durch Qualifikation“ als eine ihrer Kernaufgaben wahrgenommen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Strukturqualität des Gesundheitswesens geleistet.

Beim zweiten Forum für Weiterbildungsbefugte der Ärztekammer Westfalen-Lippe informierten sich Ende März rund 100 Teilnehmer nicht nur über die jüngsten Änderungen der Weiterbildungsordnung, sondern auch über die 2011 abgeschlossene Evaluation der Weiterbildung und künftige Entwicklungen. Denn ärztliche Weiterbildung muss immer wieder nicht nur dem aktuellen medizinischen Stand und Versorgungsgeschehen angepasst werden, sondern auch an die Arbeits- und Lebensrealität der Berufsstarter. Insoweit tragen auch die Befugten eine weitreichende Verantwortung.

Nicht zuletzt gilt es, die Rahmenbedingungen in den Kliniken zu verbessern und attraktiver zu gestalten: Ein Krankenhaus, das dank guter Arbeitsorganisation seinen Ärztinnen und Ärzten Entlastung von bürokratischen Aufgaben bieten kann, hat einen handfesten Standortvorteil. Dort haben Kolleginnen und Kollegen nicht nur mehr Zeit am Krankenbett. Die Entlastung von Ärzten durch Dokumentationsassistenten und Kodierfachkräfte hält zudem Arbeitszeit zugunsten von Weiterbildungsinhalten frei.

Erste Vorbereitungen für eine Reform des Weiterbildungsrechts wurden im Berichtsjahr getroffen. Grundzüge der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, die für 2014 geplant ist, deuten sich bereits jetzt an: Die Struktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung mit den Abschnitten A, B und C bleibt erhalten. Aufgenommen werden sollen Kompetenz- und Lernziele, auch Elemente wie Skill-Labs und Simulatoren könnten in die Weiterbildungsordnung Aufnahme finden. Die Höhe der Richtzahlen soll der Versorgungsrealität und -notwendigkeit angepasst werden. Die ambulante Weiterbildung soll gestärkt werden, weitere Themen sind die Schaffung zusätzlicher Weiterbildungsverbünde und die Darstellung von Weiterbildungsinhalten über Kompetenzblöcke. Darüber hinaus soll die Möglichkeit der berufsbegleitenden Weiterbildung eröffnet werden. Fachgesell-

schaften, Berufsverbände und Ärztekammern haben die Möglichkeit, sich bei der Vorbereitung dieser Novellierung einzubringen.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe setzt sich nicht nur entschieden dafür ein, dass die Weiterbildungsordnung von einer reinen Bildungsordnung hin zu einer „Berufsausübungsordnung“ weiterentwickelt wird. Sie fordert zudem, dass mit dem Abschluss der ärztlichen Weiterbildung auch wirklich ärztliche Arbeit möglich sein muss – ohne endlose Nachqualifikationen und immer wieder neue Leistungsnachweise. Sie überwacht aber nicht zuletzt auch die Qualität der Weiterbildung in den Weiterbildungsstätten.

Ganz entscheidend ist aber, dass die Zukunft der Weiterbildung auf neue Möglichkeiten der Finanzierung angewiesen ist. Gute Weiterbildung bedeutet Aufwand für die Krankenhäuser, doch die Kliniken haben bedingt durch Entgeltsystem, Leistungsabschläge und die starre Bindung an die Grundlohnsummenentwicklung bei den Budgets kaum noch Raum für Gestaltung. Deshalb ist ein Strukturfonds für Weiterbildung erforderlich. Bereits Ende 2011 angestoßene Überlegungen, wie die finanzielle Förderung den Berufseinstieg junger Ärzte erleichtern kann, wurden im Berichtsjahr diskutiert. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hat zugesagt, einen entsprechenden Modellversuch aus Fördermitteln des Bundesministeriums für Gesundheit zu unterstützen. Die Durchführung dieses Modellversuchs ist nicht nur in Münster, sondern auch am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein geplant.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe unterstützt aktiv die Strukturen der ärztlichen Weiterbildung im Kammerbereich. Sie hat mit ihrer Koordinierungsstelle Aus- und Weiterbildung einen zentralen Anlaufpunkt geschaffen, der nicht nur Weiterbildungsassistenten und Weiterbildungsbefugte unterstützt, sondern auch die mittlerweile fast überall in Westfalen-Lippe eingerichteten Weiterbildungsverbünde begleitet. Diese Verbünde geben jungen Ärztinnen und Ärzten Planungssicherheit und erleichtern die Organisation der Weiterbildungszeit.

Ärztemangel und Förderung des ärztlichen Nachwuchses

Das Problem unbesetzter Arztstellen in den Krankenhäusern und Praxen insbesondere in den ländlichen Regionen in Westfalen-Lippe lässt sich nach Auffassung des Kammervorstandes nicht mehr wegdiskutieren und erfordert energisches Gegensteuern. Von mancher Seite vorgebrachten Einwänden, der Ärztemangel sei lediglich ein Verteilungsproblem, muss mit Nachdruck entgegengetreten werden. In den letzten Jahren ist vielmehr eine Diskrepanz zwischen Ausbildungsstellen und ärztlichem Bedarf entstanden. Die Ausbildungskapazität in Deutschland wurde in den letzten

Jahren nicht erhöht, die Nachfrage nach ärztlicher Arbeitskraft ist aber deutlich gestiegen. Zudem lässt sich aus Prognosen der Ärztekammer Westfalen-Lippe absehen, dass mit der gleichen Zahl nachwachsender Ärztinnen und Ärzte immer weniger Vollzeitstellen abgedeckt werden können. Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die in Teilzeit arbeiten, wird größer. Einer der Gründe für die Nachfrage nach Teilzeitstellen ist der wachsende Anteil der Ärztinnen in der Patientenversorgung. Ärztinnen sind oft auf Teilzeitarbeit angewiesen, um Familie und Beruf vereinbaren zu können. In Westfalen-Lippe arbeitet gegenwärtig jede vierte Ärztin im Krankenhausbereich auf einer Teilzeitstelle. Doch auch männliche Kollegen nutzen verstärkt Kindererziehungszeiten und Teilzeitbeschäftigung. Die veränderte Lebens- und Berufsplanung, vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben und die Abwanderung in alternative Berufsfelder haben Auswirkungen auf den Personalbedarf in der Patientenversorgung.

Mit derzeit nur drei Medizinischen Fakultäten im Landesteil Westfalen-Lippe sind die Voraussetzungen, um medizinischen Nachwuchs aus der Region für die Region zu generieren, leider derzeit ungünstig. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wäre es aus Sicht des Vorstandes sinnvoll, zusätzliche medizinische Ausbildungskapazitäten für die ärztliche Versorgung in Ostwestfalen-Lippe zu schaffen. Die Ärztekammer befürwortet deshalb unverändert Überlegungen, einen Kooperationsverbund der Medizinischen Fakultät in Bochum, der Universität Bielefeld und Kliniken und Praxen in Ostwestfalen-Lippe zu schließen.

Es gilt, durch eine strukturierte Aus- und Weiterbildung mit frühzeitigem Patientenbezug Studierende und Berufsanfänger nachhaltig für den Arztberuf zu motivieren und diejenigen zu halten, die derzeit in Aus- und Weiterbildung für eine kurative Tätigkeit verloren gehen. Weiteres Potenzial besteht bei denjenigen Ärztinnen und Ärzten, die vorübergehend ihren Beruf nicht ausüben. Insofern bieten die seit Jahren über die Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe erfolgreich durchgeführten Wiedereinsteigerseminare für Ärztinnen und Ärzte eine hervorragende Hilfe und Grundlage dafür, die Hemmschwelle für die Rückkehr in die ärztliche Tätigkeit zu überwinden.

Berufliche Orientierung speziell für Medizinstudierende in höheren Fachsemestern und im Praktischen Jahr bot die Ärztekammer Westfalen-Lippe im Berichtsjahr sowohl in Bochum als auch in Münster an. Bei einem „Tag der Ärztekammer“ hatten Medizinstudierende dort Gelegenheit, sich über den ärztlichen Arbeitsmarkt, die Weiterbildung und das Berufsrecht zu informieren. Nicht zuletzt eröffneten diese Informationsveranstaltungen auch die Möglichkeit, mit erfahrenen Vertretern ärztlicher Fachgebiete über Weiterbildungsmöglichkeiten und Fragen der beruflichen Praxis ins Gespräch zu kommen und sich aus erster Hand zu informieren.

Die inzwischen erfolgte Änderung der Approbationsordnung für Ärzte wird vom Vorstand als konstruktiver Beitrag zur Nachwuchsförderung begrüßt. Das sogenannte „Hammerexamen“ am Ende des Medizinstudiums entfällt künftig. Der schriftliche Teil des 2. Abschnitts der ärztlichen Prüfung wird wieder vor das Praktische Jahr gelegt, der praktische Teil an das Ende des PJ. Außerdem wird Studierenden eine größere Mobilität im PJ ermöglicht. Sie können das Praktische Jahr jetzt an jedem Universitätskrankenhaus in Deutschland und deren Lehrkrankenhäusern durchzuführen. Sehr zu begrüßen sind auch die Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Studium. Die Möglichkeit, das PJ in Teilzeittätigkeit mit 50 oder 75 Prozent der wöchentlichen Ausbildungszeit abzuleisten, und die Erhöhung der anrechnungsfähigen Fehltage von bisher 20 auf künftig 30 verbessern die Rahmenbedingungen für das Medizinstudium. Das gilt auch für die Berechnung der Aufwandsentschädigung im PJ. War mit der Approbationsordnungsänderung zunächst die Höchstgrenze bei 373 Euro für die monatlichen Ausbildungspauschalen im Praktischen Jahr festgeschrieben worden, ist mit dem nun festgelegten Höchstbetrag von 597 Euro für Geld- und Sachleistungen eine angemessene Entschädigung möglich. Für PJ-Abschnitte in der EU und der Schweiz soll diese Obergrenze zudem um die BAföG-Zuschläge zur Deckung von Studiengebühren und Reisekosten steigen.

Nicht zuletzt werden mit der neuen Approbationsordnung auch sinnvolle Maßnahmen zur Stärkung der Allgemeinmedizin auf den Weg gebracht. In diesem Zusammenhang begrüßt der Vorstand es sehr, dass der Bundesrat die unter anderem auch von Nordrhein-Westfalen unterstützte Forderung nach Einführung eines Pflichttertials in der Allgemeinmedizin abgelehnt hat. Sowohl gegen die Einführung eines Pflichttertials als auch eine Aufteilung des Praktischen Jahres (PJ) in Quartale hatte sich die Ärztekammer Westfalen-Lippe im Vorfeld der Bundesratsentscheidung mit Nachdruck ausgesprochen.

Zu Beginn der Legislaturperiode hatte der Vorstand den Arbeitskreis „Hochschule, Ärztliche Ausbildung“ beauftragt, sich nicht zuletzt vor dem Hintergrund des fortschreitenden Ärztemangels mit den Themen Entwicklung von „Prüfsteinen“ für die „Berufsfertigkeit“ ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte, Analyse der Praxisrelevanz der Prüfungen nach dem 1. und 2. Studienabschnitt, Zugangskriterien zum Medizinstudium und Bewertung des Bologna-Prozesses / Bachelor-Master Studium zu befassen. Ein vom Arbeitskreis entwickeltes Papier, das die wesentlichen Positionen zu diesen Fragestellungen bündelt, hat der Vorstand im Berichtszeitraum beschlossen.

Internationaler Austausch verfestigt und ausgebaut

An der im Vorjahr begonnenen Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) wurde erfolgreich angeknüpft. Kammerpräsident Dr. Windhorst referierte im Rahmen des „4. Symposiums der ÖÄK mit ihren Kooperationspartnern“ über die soziale Kompetenz der Ärzte. Er hob dabei hervor, dass die fortschreitende Ökonomisierung des Gesundheitswesens die Ärzte in Konflikt zu ihrem Berufsverständnis und ihren berufsrechtlichen Verpflichtungen bringe und warnte, dass mit dieser Ökonomisierung die Empathie des Arztes und damit auch die Nähe zum Patienten verloren gingen. Es gelte, diese falschen Weichenstellungen zu beheben, um die soziale Kompetenz und Verantwortungsbereitschaft der Ärzte nicht zu schwächen. Ärztinnen und Ärzte dürften zudem nicht den Versuchungen einer angebotsorientierten Gesundheitswirtschaft erliegen.

Im Mai 2012 fanden Jobmessen in Innsbruck, Graz und Wien zum zweiten Mal unter nordrhein-westfälischer Beteiligung statt. Die ÖÄK als Veranstalterin der Jobmessen hatte in diesem Jahr intensiv beim ärztlichen Nachwuchs an den Fakultäten geworben und großes Interesse wecken können. Nach wie vor bestehen in Österreich Engpässe im Bereich der fachärztlichen Weiterbildung, während in Nordrhein-Westfalen qualifizierte Ärztinnen und Ärzte gesucht werden. Mit rund 600 Besucherinnen und Besuchern – überwiegend Studierende in höheren Semestern, junge Absolventen sowie Ärztinnen und Ärzte im sogenannten Turnus – wurde das gute Ergebnis des Vorjahres noch übertroffen.

Rege in Anspruch genommen wurde auch in diesem Jahr wieder der nordrhein-westfälische Gemeinschaftsstand, der von der Projektgemeinschaft aus Gesundheitsministerium, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, beiden Ärztekammern und Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen getragen wurde. Die jungen Ärztinnen und Ärzte konnten sich hier Detailfragen zur Weiterbildung oder zum Arbeiten in Nordrhein-Westfalen beantworten lassen, die über die Bewerbung bei einem einzelnen Krankenhaus hinausgingen. Die ÄKWL hat sich auch in diesem Jahr wieder maßgeblich bei der Organisation des nordrhein-westfälischen Gemeinschaftsauftritts eingebracht.

Auch das Weiterbildungsportal www.docjobs-nrw.de, bei dem in diesem Jahr neben freien Stellen in Krankenhäusern erstmals auch Weiterbildungsangebote von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten angezeigt werden konnten, wurde am Gemeinschaftsstand offensiv beworben.

2012 wurde die Zusammenarbeit zwischen Nordgriechenland – der Region um Thessaloniki – und Nordrhein-Westfalen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens begonnen. Ausgangspunkt für diese Initiative waren erste Kontakte zwischen dem Präsidenten der Ärztekammer Thessaloniki und

dem Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe Ende April 2012, in denen von griechischer Seite ein sehr hohes Interesse an einer engeren Zusammenarbeit bekundet wurde. Auf dieser Grundlage wurde eine Einladung an politische und institutionelle Vertreter aus Nordrhein-Westfalen zu einer Delegationsreise nach Thessaloniki ausgesprochen, in der eine erste Sondierung von Möglichkeiten einer zukünftigen Zusammenarbeit stattfinden sollte.

Unter Leitung der Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, Marlis Bredehorst, die von Vertretern beider Ärztekammern sowie weiteren Repräsentanten des Gesundheitswesens aus Nordrhein-Westfalen begleitet wurde, fand am 1. und 2. November 2012 ein erster Besuch in Thessaloniki statt.

Im Rahmen eines intensiven Austauschs wurden die positiven Perspektiven einer Kooperation insbesondere im Bereich der fachärztlichen Weiterbildung hervorgehoben, die zu einer Win-Win-Situation führen: Junge Ärztinnen und Ärzte haben – gerade vor dem Hintergrund der aktuellen wirtschaftlichen Krise – eine Möglichkeit, kurzfristig eine Weiterbildung zum Facharzt anzutreten, auf die sie ansonsten bis zu acht Jahre warten müssten. Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen können freie Stellen besetzen und so dem gravierenden Ärztemangel entgegenwirken. Da – wie bisher – auch zukünftig ein großer Teil griechischer Ärztinnen und Ärzte nach einer Facharztweiterbildung nach Griechenland zurückkehren wird, ist langfristig ein Transfer von Wissen und Know-how gegeben, von dem man in Thessaloniki profitieren wird. Allein in der Region Thessaloniki gibt es 800 arbeitslose Ärzte. Diesen kann mit der Zusammenarbeit eine Perspektive geboten werden.

Neben der ärztlichen Weiterbildung werden weitere Möglichkeiten zur Kooperation vor allem im universitären Bereich, bei kommunalen Gesundheitsfragen und im Bereich des Kur- und Rehabilitationswesens gesehen.

Parallel zur Delegationsreise fand während beider Tage eine Informations- und Jobmesse statt, bei der junge Ärztinnen und Ärzte aus Thessaloniki und Umgebung Weiterbildungsangebote nordrhein-westfälischer Krankenhäuser und das Weiterbildungs- und Informationsportal www.docjobs-nrw.de kennen lernen konnten.

Sprachqualifikationsangebot für ausländische Ärzte etabliert

Knapp die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte, die sich in den Jahren 2011 und 2012 im Krankenhausbereich neu bei der ÄKWL angemeldet haben, besitzt keine deutsche Staatsbürgerschaft. Ärztin-

nen und Ärzte aus dem Ausland leisten also einen bedeutenden Beitrag zur Patientenversorgung. Sie sind neben ihrer fachlichen Kompetenz zusätzlich gefordert, sich sprachlich zu qualifizieren. Denn eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung setzt eine ungestörte Kommunikation voraus.

So kann nur derjenige ärztlich tätig werden, der mindestens die Grundvoraussetzung – die Kompetenzstufe B2 des Europäischen Referenzrahmens für Sprachen und fachsprachliche Kenntnisse – erfüllt. Aber selbst wer diese formelle Hürde genommen hat, hat mit Recht nicht selten den Wunsch, sich im beruflichen Alltag noch reibungsloser verständigen zu können und möchte seinen Kenntnisstand ergänzen oder auffrischen.

In einer gemeinsamen Initiative koordinieren – unter maßgeblicher konzeptioneller und organisatorischer Vorarbeit der ÄKWL – das Gesundheits- und das Wissenschaftsministerium, das Landeszentrum Gesundheit, die beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen auf ausländische Ärztinnen und Ärzte berufsbezogen zugeschnittene Sprachkurse. Dieses Sprachqualifikationsprogramm wurde am 4. Oktober 2012 im Kongresszentrum der St. Vincenz Gruppe Ruhr in Herne vorgestellt.

Die Kurse können inhaltlich und zeitlich flexibel gestaltet und jeweils auf die Erfordernisse der Teilnehmenden zugeschnitten werden. Die Landesinitiative koordiniert das Kursangebot und führt Interessenten aus verschiedenen Krankenhäusern regional zusammen.

Die Landesinitiative setzt dabei auf das vom Europäischen Sozialfonds geförderte Programm des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (ESF-BAMF-Programm) zur berufsbezogenen Deutsch-Förderung. Die angebotenen Sprachkurse sind für die Teilnehmenden kostenfrei. Eine Ko-Finanzierung erfolgt über die Freistellung durch den Arbeitgeber unter Fortzahlung der Bezüge. Für Ärztinnen und Ärzte, die erst noch den für die Erteilung der deutschen Approbation notwendigen Sprachstand erreichen müssen, sind Hospitationsverträge möglich.

Ein erstes Pilotprojekt ist im Herbst 2012 am dortigen Krankenhaus angelaufen. In diesem Pilotprojekt wird besonderer Wert auf einen handlungsorientierten, kommunikativen Präsenzunterricht sowie auf Gruppen- und Einzelübungen zur Simulation praxisorientierter Situationen aus dem Krankenhausalltag gelegt. Über ein Teamteaching, das gemeinsam von Sprach- und ärztlichem Fachdozent durchgeführt wird, wird eine enge Verzahnung unterschiedlicher Sprachebenen (Alltags- und Berufssprache) gewährleistet. Das Pilotprojekt wurde ebenfalls auf der Veranstaltung vorgestellt.

Patientensicherheit

Die ÄKWL misst dem Thema Patientensicherheit als originärem Thema der Ärzteschaft einen hohen Stellenwert bei. Patientensicherheit wird in der ÄKWL als Querschnittsaufgabe wahrgenommen, berücksichtigt und bearbeitet.

Die ÄKWL ist weiterhin als aktives Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) in verschiedenen Arbeitsgruppen vertreten und beteiligt sich dort u. a. an der Entwicklung von Handlungsempfehlungen.

Nach fast vierjähriger Laufzeit wurde das in Kooperation mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) als kostenfreies anonymes Berichts- und Lernsystem durch die ÄKWL eingeführte CIRSmedical-WL (Critical Incident Reporting System for medical care Westfalen-Lippe), zum 1. November 2012 in das CIRS-NRW überführt. Der offizielle Start des CIRS-NRW fand im Rahmen einer gemeinsamen Veranstaltung der beteiligten Akteure am 30.10.2012 in Düsseldorf statt

CIRS-NRW wurde seitens der ÄKWL gemeinsam mit der KGNW und der ÄKNO in bewährter Kooperation mit dem ÄZQ vor dem Hintergrund einer gemeinsam durchgeführten Befragung entwickelt. Die ÄKWL und die weiteren Partner wollen damit die Vernetzung der verschiedenen CIRS Aktivitäten in NRW fördern und unterstützen. CIRS-NRW bietet eine große regionale Plattform für gemeinsames Lernen und Handeln und ist damit derzeit in dieser Form bundesweit einzigartig. Die ÄKWL liefert mit ihrer Beteiligung an CIRS-NRW einen aktiven Beitrag zur Entwicklung der Risiko- und Sicherheitskultur im Gesundheitswesen.

Neben aktiven krankenhausinternen Berichts- und Lernsystemen kann ein regionales CIRS wie das CIRS-NRW eine sinnvolle Ergänzung und ein wichtiges Instrument des Fehler- und Risikomanagements sein. Dieser Aspekt wird in Zukunft mit der Einrichtung der CIRS-NRW Gruppe, die aus entsprechenden Fachleuten mit Erfahrungen aus der Praxis gebildet wird, aktiv unterstützt. Dabei wird insbesondere die Förderung des gemeinsamen Lernens im Mittelpunkt stehen. Vor diesem Hintergrund ist es besonders zu begrüßen, dass ab 2013 die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe als Partner an CIRS-NRW beteiligt sind



Informationen zu CIRS-NRW und das Berichtsformular stehen auf der Homepage der ÄKWL www.aekwl.de sowie unter www.cirs-nrw.de bereit.



Patientensicherheit gemeinsam fördern!



Die beiden Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen haben ein gemeinsames Ziel: Wir wollen die Patientensicherheit in Nordrhein-Westfalen stärken und die Weiterentwicklung einer Fehler- und Sicherheitskultur im Gesundheitswesen fördern. Gemeinsam mit dem ÄZQ stellen wir Ärzten und Ärztinnen, Pflegekräften und anderen im Gesundheitswesen Tätigen mit CIRS-NRW nun dieses Portal zur Meldung von kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden zur Verfügung. Mit dem Portal CIRS-NRW sowie begleitenden Veranstaltungen liefern wir ein konkretes Instrument und Unterstützung zur Entwicklung einer fachgruppenübergreifenden Sicherheitskultur.

Sie können sich darauf verlassen: CIRS-NRW ist anonym und sicher. Ereignisberichte, Kommentare und Lösungsvorschläge schaffen die Basis für gegenseitiges und gemeinsames Lernen aus Beinahe-Schäden und kritischen Ereignissen in NRW. Wir freuen uns, wenn Sie mitmachen und CIRS-NRW durch intensive Nutzung auch zu "Ihrem" Portal machen!

Berichten & Lernen

Interessante Fälle anderer CIRS-Systeme finden Sie beim Krankenhaus-CIRS-Netz-Deutschland unter "Fälle des Monats" sowie auf www.cirs-berlin.de unter dem Reiter "Der Fall des Monats".

Quick-Alerts sind Warnhinweise mit Verbesserungsempfehlungen zu allgemein relevanten, konkreten und gut eingrenzenden Problemfeldern der Patientensicherheit. Sie können sie auf der Internetseite der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz aufrufen.

Weitere Informationen zu anderen CIRS, Literatur, Veranstaltungen, FAQs und ein Glossar finden Sie auf der Internetseite Patientensicherheit Online. Außerdem können Sie sich für den Informationsdienst CIRSmedical.de-info anmelden.

Bereitstellung: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Organisation: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Technik/Software/Server: ProtecData AG, CH

[Impressum](#) | [Disclaimer](#)

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Das Forum Kinderschutz ist eine mittlerweile etablierte Plattform zum multiprofessionellen und disziplinenübergreifenden Austausch aller am Kinderschutz Beteiligten. Kinderschutz muss aus Sicht des Vorstandes als Querschnittsaufgabe begriffen werden und ein flächendeckendes Netzwerk früher Hilfestrukturen entwickelt werden, um Familien in Problemlagen rechtzeitig zu identifizieren und in die entsprechenden Hilfsangebote zu vermitteln.

Jedes vierte bis fünfte Mädchen und jeder achte bis neunte Junge wird nach aktuellen Schätzungen im Laufe der Kindheit einmal Opfer von sexueller Gewalt. In der Regel muss ein Kind bis zu sieben Anläufe unternehmen, bevor seine Signale von einem Erwachsenen verstanden werden. Kindesmisshandlung, Vernachlässigung oder sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen kommen mittlerweile so häufig vor, dass jeder Arzt, der regelmäßig Kinder behandelt, davon aus-

gehen muss, hiermit konfrontiert zu werden. Daher hat sich das Forum Kinderschutz 2012 schwerpunktmäßig mit dem Thema „Schutz vor sexuellem Missbrauch“ beschäftigt.

Ärztinnen und Ärzte nehmen bei der Erkennung von Misshandlung und Missbrauch von Kindern und Jugendlichen eine ganz zentrale Rolle ein, die sie umso besser wahrnehmen können, je intensiver sie sich mit anderen Institutionen wie Schulen, Jugendämter, Polizei vernetzten. Glücklicherweise gibt das zum 1. Januar in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz nun endlich eine bundeseinheitliche Rechtsgrundlage für die Ärzte, wonach sie befugt sind, das Jugendamt bei akuter Kindeswohlgefährdung zu informieren. Das wird den rechtzeitigen Austausch über mögliche Missbrauchsfälle entscheidend verbessern.

Die Diagnose von Kindesmisshandlung und - in noch größerem Maße - sexueller Misshandlung erweist sich in der Praxis oft als sehr komplex. Denn die Diagnose umfasst nie nur medizinische, sondern auch Aspekte der Familie und der persönlichen bzw. sozialen Situation. Die Diagnose ist oft nicht eindeutig und kann oft nicht allein vom niedergelassenen Arzt oder von den Krankenhausärzten aus gestellt werden. Erst die Informationen von Kindergärten, Schulen und anderen Institutionen ergeben dann ein vollständiges Bild.

In dieser Situation brauchen Ärztinnen und Ärzte Ansprechpartner, mit denen sie sich über mögliche Verdachtsmomente bei Misshandlungen austauschen können. Hier setzt hat das Forum Kinderschutz eine gute Möglichkeit geboten, alle am Kinderschutz Beteiligten ins Gespräch zu bringen.

Mit dem seit dem 01.01.2012 geltenden neuen Bundeskinderschutzgesetz sollen Kinder und Jugendliche in Deutschland noch umfassender geschützt werden. Entscheidend für das zukünftige Handeln von Ärztinnen und Ärzten ist die nun bundesweit einheitliche Regelung zur Informationsweitergabe. Das Gesetz bietet eine klare Regelung, die einerseits die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient schützt, andererseits aber auch die Weitergabe wichtiger Informationen an das Jugendamt ermöglicht.

In einem mehrstufigen Verfahren werden die Eltern zunächst beraten und für die Inanspruchnahme geeigneter Hilfen motiviert. Erst dann können und sollen Ärzte bei einem begründeten Verdacht das Jugendamt informieren. Eine Meldepflicht besteht nicht.

Mehr als 350.000 Kinder und Jugendliche leiden in Deutschland an chronischen Schmerzen. Mit der Gründung des Deutschen Kinderschmerzentrums an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln wird Kindern, Jugendlichen und ihren Familien Hilfe geboten auf dem Weg zurück in

ein schmerzfreies Leben. Als Mitglied im Beirat des Deutschen Kinderschmerzentrums betont der Präsident der ÄKWL, Dr. Windhorst, dass das Kinderschmerzzentrum ein neues Signal in der Gesellschaft setzen und die Versorgungssituation dieser wichtigen und schutzbedürftigen Zielgruppe verbessern kann. Neben der Versorgung schmerzkranker Kinder und Jugendlicher wird ein Schwerpunkt des Deutschen Kinderschmerzentrums die Forschung und Qualitätssicherung der Therapie sein.

Palliativmedizinische Versorgung beispielhaft organisiert

Im Bereich der palliativmedizinischen Versorgung in Westfalen-Lippe hat die Ärzteschaft inzwischen ein beispielhaft funktionierendes Netz geschaffen. Der westfälisch-lippische Ansatz setzt auf eine Verschränkung von Allgemeiner Ambulanter Palliativversorgung (AAPV) mit der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Die in Westfalen-Lippe mittlerweile fast flächendeckend realisierte Vernetzung von Ärzten und Pflegediensten in der Palliativmedizin ermöglicht schwerstkranken Patienten eine Versorgung und auch Sterben in vertrauter Umgebung. Die Versorgung palliativmedizinischer Patienten stützt sich auf die Kooperation von Hausärzten und Konsiliardiensten, die die Betreuung gemeinsam mit Palliativmedizinern und –pflegekräften organisieren.

Für in der Palliativversorgung engagierte Ärzte ist es insbesondere in akuten Krisensituationen außerhalb der regulären Apothekenöffnungszeiten wichtig, schnell an Arzneimittel zu gelangen, die zum Beispiel angstlösend oder schmerzlindernd wirken. Ärzte und Apotheker im Kammerbereich wollen deshalb die ambulante Versorgung sterbenskranker Patienten in Westfalen-Lippe weiter verbessern. Im September 2012 haben die Apothekerkammer und die Ärztekammer Westfalen-Lippe in Abstimmung mit den Palliativverbänden eine Notfall-Liste von Medikamenten erarbeitet, die es Palliativärzten und Hausärzten ermöglicht, ihre Patienten in kritischen Situationen gut zu versorgen. Die in der Liste aufgeführten Arzneimittel sollen in allen 2.165 Apotheken des Landesteils rund um die Uhr verfügbar sein.

Derzeit nehmen rund 2.700 Hausärztinnen und Hausärzte am Palliativvertrag in Westfalen-Lippe teil, 160 Palliativmediziner sind in Konsiliardiensten tätig. Sie betreuten 2011 rund 7.500 Palliativpatienten. In einzelnen Städten und Kreisen gab es bereits Modellvorhaben, in denen Palliativmediziner mit Apothekern kooperieren, um eine schnelle Versorgung auch im Nacht- und Notdienst sicherzustellen. Aus Sicht der Apothekerkammer wird mit rascher Umsetzung der Bevorratungsempfehlung in den Apotheken gerechnet, da für die einzelne Apotheke die Zusatzkosten für das Vorhalten der Medikamente überschaubar seien. Für die palliativmedizinische Versorgung in Not-

fällen ist ebenfalls wichtig, dass die Apotheken-Betriebsordnung bereits seit Juni 2012 vorschreibt, dass in jeder Apotheke Opiode in oraler, transdermaler und transmucosaler Darreichungsform zur Verfügung stehen müssen.

Neben der Apothekerkammer und der Ärztekammer Westfalen-Lippe sind der Berufsverband der Palliativmediziner in Westfalen-Lippe e. V., die Landesvertretung NRW der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und alle 30 in Westfalen-Lippe bestehenden Palliativmedizinischen Konsiliardienste (PK) an dem Pilotprojekt beteiligt. Nach Auffassung der Projektpartner ist es wichtig, dass die von den Palliativärzten geschilderten Schwierigkeiten im Dialog der Heilberufe gelöst wurden. Dieses Projekt kann zudem auch Vorbildcharakter für das ganze Bundesgebiet haben.

Förderung der Organspende

Durch die Manipulation und Fälschung von Patientendaten an mehreren Transplantationszentren hat das Vertrauen in die gesamte Organspende erheblich gelitten. Nur durch Transparenz, Ehrlichkeit und Qualitätssicherung als vertrauensbildende Maßnahmen können die rückläufigen Organspendezahlen wieder erhöht werden. Im Jahr 2012 ist bundesweit die Zahl der Organspenden um fast 13 Prozent gesunken und hat damit den niedrigsten Stand seit 2002 erreicht. Lediglich 1.046 Menschen haben 3.508 Organe gespendet – im Jahr zuvor waren es noch 1.200 Spender und 3.917 Organe.

In einer gemeinsamen Erklärung von Prüfungskommission und Überwachungskommission, Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband wurde das Mehraugenprinzip bei der Anmeldung von Wartelisten-Patienten in den Transplantationsrichtlinien gefordert. Voraussetzung dazu soll die verpflichtende Einrichtung von interdisziplinären Transplantationskonferenzen in den Transplantationszentren vor der Anmeldung von Patienten sein. Bei nachgewiesenem schwerem ärztlichem Fehlverhalten ist das Ruhen oder der Entzug der Approbation von den jeweils zuständigen Institutionen anzuordnen. Als letzte Konsequenz muß im Falle von Fehlverhalten auch die vorübergehende oder dauerhafte Schließung von Transplantationsprogrammen möglich sein.

Mit der Durchführung eines erstmals durchgeführten Expertentelefons hat sich die ÄKWL für mehr Vertrauen in das System der Organspende eingesetzt. Den zum Teil auch überregionalen Anrufern standen sechs Experten der ÄKWL sowie des Universitätsklinikums Münster zu den Themenbereichen Organspende und Transplantation Rede und Antwort.

Auch von dem im November in Kraft getretenen neuen Transplantationsgesetz erhofft sich der Vorstand ein wieder steigendes Vertrauen in das System der Organspende. Wesentliche Neuerungen sind die Einführung der Entscheidungslösung sowie das flächendeckende Einsetzen von Transplantationsbeauftragten. Bei der Entscheidungslösung sollen die Krankenkassen ihre Mitglieder über 16 Jahre alle zwei Jahre mit schriftlichem Material über die Organspende informieren und zu einer persönlichen Erklärung auffordern, ob sie zu einer Organspende bereit sind. Eine Pflicht zur Erklärung besteht nicht. Bedauerlicherweise wurde die Ärzteschaft bei der Information über die Organspende nicht mit eingebunden, obwohl sie die eigentlichen fachlich qualifizierten Ansprechpartner bei Fragen der Organspende sind. Neu ist auch die Verpflichtung für die Krankenhäuser, mindestens einen fachlich qualifizierten Transplantationsbeauftragten zu bestellen, der unmittelbar der ärztlichen Leitung unterstellt sein soll. Die erforderliche Qualifikation, die organisationsrechtliche Stellung sowie die Freistellung von Transplantations-Beauftragten sollen durch Landesrecht bestimmt werden.

Präventionsprojekte der ÄKWL

Auch wenn auf Bundesebene die Umsetzung einer „Nationalen Präventionsstrategie“ nur schleppend vorankommt, setzt die Ärztekammer Westfalen-Lippe ihre Bemühungen fort, Präventionsprojekte innerhalb Westfalen-Lippes zu fördern. Sehr begrüßt wurden von dem Vorstand die mehrfachen Verlautbarungen aus dem Bundesministerium für Gesundheit, die Multiplikatorenfunktion der Ärztinnen und Ärzte bei der Prävention zu stärken.

Eine gute Möglichkeit, Patienten zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil anzuhalten, hat der Arzt mit dem „Rezept für Bewegung“, das gemeinsam von den beiden Ärztekammern, den Sportärztebünden und dem Landessportbund umgesetzt wird. Mit dem Rezept für Bewegung, einem regionalen Angebotsverzeichnis der zertifizierten gesundheitsorientierten Sportangebote, Wartezimmerplakaten und Informationsflyern kann der mündlichen Empfehlung „Sie sollten sich mehr bewegen“ mehr Nachdruck verliehen werden.

Das Rezept für Bewegung kann im bekannten Format über den Praxisdrucker ausgestellt werden. Es ist nicht mit üblichen Rezepten vergleichbar und nicht zur Abrechnung vorgesehen. Die auf dem Rezept vermerkten Empfehlungen für eine geeignete Sportgruppe sollen dem Patienten helfen, geeignete Angebote mit dem Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ zu finden.

Sportvereine, die für ihre Angebote das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ erwerben wollen, müssen dabei einen ganzen Katalog von Qualitätskriterien erfüllen. So müssen die Sportangebote

einem der Bereiche Herz-Kreislauf, Muskel-Skelettsystem, Entspannung/Stressbewältigung oder allgemeiner Präventionssport zugeordnet werden können. Die Übungsleiter müssen über die Ausbildung „Sport in der Prävention“ verfügen.

Vor dem Hintergrund eines deutlichen Anstiegs der Masern-Erkrankungen hat der Vorstand wiederholt in der Öffentlichkeit vor einer neuerlichen Ausbreitung von Infektionskrankheiten gewarnt. Dabei wurde an die Eigenverantwortung der Patienten appelliert, um die bestehenden Impflücken vor allem bei jungen Erwachsenen zu schließen. Durch gezielte Informationen müssen irrationale Ängste, etwa über mögliche Nebenwirkungen von Impfstoffen, abgebaut und das Impfbewußtsein wieder gestärkt werden. Dabei sollte jeder Arztbesuch genutzt werden, auch als Erwachsener seinen Impfstatus zu überprüfen. Impfungen gegen Masern, Mumps oder Röteln sind die wichtigsten, wirkungsvollsten und wirtschaftlichsten Präventionsmaßnahmen in der Gesundheitsvorsorge und können zuverlässig Krankheiten verhindern.

Als eine von wenigen Ärztekammern bundesweit setzt die Ärztekammer Westfalen-Lippe regelmäßig das Bundesärztekammer-Curriculum „Gesundheitsförderung“ um. In 24 Stunden werden die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten für eine erfolgreiche Tätigkeit in der Gesundheitsförderung in der Praxis vermittelt. Schwerpunkte sind die Prävention von Sucht und Stress sowie von Störungen im Bewegungs- und Ernährungsverhalten in den verschiedenen Lebensaltergruppen.

Gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Nichtraucher und der Deutschen Krebshilfe hat sich die Ärztekammer Westfalen-Lippe für eine Änderung des Nichtrauchergesetzes in Nordrhein-Westfalen eingesetzt. Das Anfang 2012 geltende Nichtraucherschutzgesetz in Nordrhein-Westfalen war unzureichend und ließ bundesweit die meisten Ausnahmen zu. Dabei ist hinlänglich bekannt, dass Rauchen und Passivrauchen schwere chronische Krankheiten wie Krebs, Atemwegs- und Herz-Kreislauferkrankungen verursachen können. Die Ärztekammer begrüßt daher sehr, dass der nordrhein-westfälische Landtag Ende November 2012 das Nichtraucherschutzgesetz geändert hat und sich für eine Verschärfung der gesetzlichen Regelungen ausgesprochen hat.

„Sucht und Drogen“ – Beratung, Fortbildung und Information

Das umfassende Beratungs- und Informationsangebot der Beratungskommission „Sucht und Drogen“ und des Referats „Sucht und Drogen“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe steht Ärztinnen und Ärzte und allen weiteren Berufsgruppen und Institutionen, die an der Behandlung und Versorgung suchtkranker Menschen beteiligt sind, zur Verfügung. Die Mitglieder der Beratungskommission

„Sucht und Drogen“ und ihre Geschäftsstelle bearbeiteten regelmäßig Anfragen zum Thema „Sucht und Drogen“, führen zum Teil umfangreiche Recherchen durch und geben entsprechende Auskünfte bzw. Stellungnahmen ab.

Die Beratungskommission „Sucht und Drogen“ ist eine etablierte und geschätzte Institution, die zeigt sich nicht zuletzt an den ungezählten Einzelkontakten und Konsultationen in allen – auch praktischen – Fragen hinsichtlich der Durchführung einer qualifizierten Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger sowie bei generellen Fragestellungen zur Behandlung suchtkranker Patienten und Patientinnen. Die Mitglieder der Kommission und die hauptamtliche Mitarbeiterin werden zu regionalen und überregionalen Veranstaltungen und Kongressen im Bereich „Sucht und Drogen“/Suchtmedizin als Dozenten oder Sachverständige eingeladen. Darüber hinaus vertreten sie die Ärztekammer Westfalen-Lippe in diversen Gremien und Arbeitsgruppen des Aufgabenfeldes sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene.

Die ÄKWL engagiert sich aktiv bei der Erarbeitung des Aktionsplans zur Umsetzung des gemeinsam mit anderen Akteuren und unter Moderation des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter entwickelten Landeskonzpts gegen Sucht, das 2012 durch das Landeskabinett verabschiedet wurde. Ziel ist, zur Entstigmatisierung der chronischen Erkrankung „Sucht“ und den damit einhergehenden komplexen Krankheitsbildern einen Beitrag zu leisten. Der Suchmedizin und den in diesem Bereich tätigen Ärzten und Ärztinnen soll der ihnen angemessene Stellenwert verschafft werden, damit auch in NRW die qualifizierte Versorgung der suchtkranken Patienten und Patientinnen gewährleistet werden kann.

Die ÄKWL ist Partnerin und Mitglied der Lenkungsgruppe der Landesinitiative „Leben ohne Qualm“ (www.loq.de), die bereits seit 10 Jahren erfolgreich Aktivitäten zum Nichtraucherschutz und zur Tabakabstinenz insbesondere im Hinblick auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen initiiert. Besonders erfolgreich und bei der Zielgruppe angekommen ist der HipHop-Wettbewerb. Alle Kinder- und Jugendmediziner und -medizinerinnen in Westfalen-Lippe werden dazu jährlich informiert und mit Material für die Zielgruppe ausgestattet.

Ein Schwerpunkt in der suchtspezifischen Fortbildung ist der berufsgruppenübergreifende Ansatz. So initiiert die Beratungskommission regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen mit entsprechenden Kooperationspartnern. Vor diesem Hintergrund ist die ÄKWL als eine Partnerin wieder aktiv an der Planung, Umsetzung und Organisation des Kooperationstags „Sucht und Drogen“ NRW, der am 13. März 2013 zum 7. Mal stattfinden wird, beteiligt.

Darüber hinaus sichert die ÄKWL durch finanzielle Unterstützung die Durchführung suchtmedizinischer Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Ärztinnen sowie Medizinische Fachangestellte ab und leistet damit einen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung suchtkranker Patienten und Patientinnen in Westfalen-Lippe sowie zur Entstigmatisierung eines anspruchsvollen medizinischen Tätigkeitsfeldes.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe hat mit dem Handbuch zur Qualitätssicherung in der ambulanten Substitutionstherapie Opiatabhängiger (ASTO-Handbuch) bundesweit einen Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung der Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten und Patientinnen geleistet. Gemeinsam mit der Bundesärztekammer soll die Überarbeitung und Weiterentwicklung des Handbuchs vorangetrieben werden. Dazu wurde eine Nutzerbefragung konzipiert, die im Jahr 2013 durchgeführt werden soll.

Die Beratungskommission hat mit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes die Themen Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung im Kontext suchtkranker Eltern aufgegriffen und auch mit externen Experten intensiv diskutiert. Auf der Grundlage der Diskussionsergebnisse werden u. a. Informationsmaterialien für suchtmedizinisch tätige Ärzte und Ärztinnen erstellt, die 2013 veröffentlicht werden sollen.

Die ÄKWL bietet suchtkranken Kollegen und Kolleginnen ein strukturiertes Interventionskonzept zur Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Erkrankung an. Dafür stehen die Suchtbeauftragten der Verwaltungsbezirke sowie die Mitglieder der Beratungskommission „Sucht und Drogen“ bzw. die Geschäftsstelle als Ansprechpartner zur Verfügung. Sie stehen in einem regelmäßigen Austausch, um u. a. die kontinuierliche Weiterentwicklung des Interventionskonzepts sicherzustellen.

Die ÄKWL war auch 2012 eine wichtige Akteurin der medizinischen Versorgung suchtkranker Patienten und Patientinnen in Nordrhein-Westfalen sowie eine akzeptierte und verlässliche Partnerin der Sucht- und Drogenhilfe und wird dies auch in Zukunft sein.

Projekt WeB-Reha

Rehabilitation – in Verbindung mit Prävention, betrieblichem Eingliederungsmanagement und gut vernetzter Nachsorge ist ein Mittel, die Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer zu stützen und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. In Zukunft müssen Betriebe ältere

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter länger einsetzen, die Erfahrung gerade älterer Arbeitnehmer/innen wird eine wichtige Ressource werden.

Aus diesem Grunde setzen sich die Deutsche Rentenversicherung Westfalen und die Ärztekammer Westfalen-Lippe für eine verstärkte Kooperation zwischen Rehabilitationsbereich (Rentenversicherung, Rehabilitationseinrichtungen) und Betrieben ein. Wichtig dabei ist eine aktive Rolle der Arbeitsmediziner bzw. Betriebsärzte.

Mit dem 2008 gestarteten Projekt „WeB-Reha“ sollen sektorübergreifend Betriebsärzte, Reha-Leistungsträger, stationäre und ambulante Reha-Einrichtungen und Hausärzte vernetzt werden. Ziel des Konzeptes ist eine enge Zusammenarbeit aller am Verfahren Beteiligten bei der Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs, der inhaltlichen Gestaltung der Rehabilitationsleistungen und der (Wieder-) Eingliederung in den Arbeitsprozess. Die ÄKWL koordiniert dabei die Schnittstelle zwischen Werks- und Betriebsärzten sowie der Deutschen Rentenversicherung Westfalen.

In der Praxis sieht das so aus: Der Betriebsarzt erkennt die Reha-Bedürftigkeit des Arbeitnehmers und kann gemeinsam mit ihm ein Reha-Antragsverfahren einleiten. Ein Anforderungsprofil zum aktuellen Arbeitsplatz hilft den Fachärzten in der Reha-Klinik dabei, die Reha arbeitsplatzbezogen zu gestalten. Bei der betrieblichen Wiedereingliederung des Arbeitnehmers wird der Betriebsarzt erneut mit einbezogen. Grundsätzlich ist das Projekt WeB-Reha für alle Betriebe geeignet, egal, ob Groß-, Mittel- oder Kleinbetrieb. Ziel ist es, allen Arbeitnehmern den notwendigen Zugang zur Reha zu vereinfachen.

Betriebsärztlicher und sicherheitstechnische Betreuung

Jeder Arbeitgeber muss, sobald ein oder mehrere Arbeitnehmer beschäftigt werden, diese betriebsärztlich und sicherheitstechnisch betreuen lassen. Dabei sind unterschiedliche Betreuungsformen möglich, die sich am Bedarf des Unternehmers orientieren. Für welche Form der Betreuung man sich entscheidet, hängt nicht zuletzt von der betrieblichen Situation und Interessenlage ab.

Mit der Berufsgenossenschaftlichen Vorschrift Allgemeine Vorschrift 2 (BGV A2, seit 01.01.2011 DGUV Vorschrift 2) besteht für Arztpraxen die Möglichkeit, zwischen der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Regelbetreuung (Grundbetreuung und anlassbezogene Betreuung bei Arztpraxen bis 10 Mitarbeiter, regelmäßige Betreuung mit festen Einsatzzeiten bei Praxen mit

mehr als 10 und weniger als 51 Beschäftigten) und der „Alternativen bedarfsorientierten Betreuung“ (bis 50 Mitarbeiter) zu wählen.

Die „Alternative bedarfsorientierte Betreuung“ ermöglicht Unternehmen wesentlich mehr Handlungsspielraum. Im Unterschied zu der Regelbetreuung muss die Praxis keinen Betriebsarzt und keine Fachkraft für Arbeitssicherheit für die Grundbetreuung mehr verpflichten. Stattdessen kann man sich einer Betreuung anschließen, die von den Dach- und Standesorganisationen angeboten wird. Der Vorstand der Ärztekammer Westfalen-Lippe hat beschlossen, seinen Mitgliedern diese „Alternative bedarfsorientierte Betreuung“ über entsprechende Kurse zu ermöglichen.

Das Konzept „Betriebsärztlicher und Sicherheitstechnischer Dienst“ (BuS-Dienst) der Ärztekammer Westfalen-Lippe wendet sich an den Arzt in seiner Funktion als Sicherheitsverantwortlicher. Voraussetzung für die Alternative Betreuung ist der Besuch einer Einführungsveranstaltung (6 Unterrichtseinheiten), in der die theoretischen Grundlagen vermittelt werden. Themenschwerpunkte sind u.a. Einführung in die rechtlichen Grundlagen, Gefährdungsanalyse-/beurteilung sowie Interpretation von ausgewählten Arbeitsschutzsachverhalten.

Nach dieser Schulungsveranstaltung erhält jeder Teilnehmer ein Handbuch, das anhand von Checklisten und Handlungsanweisungen die Umsetzung der sicherheitstechnischen und betriebsärztlichen Betreuung in der Praxis unterstützt. Darüber hinaus steht den Teilnehmern an der „Alternativen bedarfsorientierten Betreuung“ eine Hotline zur Verfügung.

Durch die Schulung wird der Praxisinhaber in die Lage versetzt, die Gefährdungsbeurteilung in der Praxis selber durchzuführen, die Schutzmaßnahmen festzulegen und zu entscheiden, wann ein Betriebsarzt oder eine Fachkraft für Arbeitssicherheit benötigt wird. Nur bei zusätzlichem Bedarf oder wichtigen Veränderungen in der Praxis muss ein Betriebsarzt oder eine Fachkraft für Arbeitssicherheit hinzugezogen werden.

Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen

Das modifizierte Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW, das mit Wirkung vom 01.01.2011 in Kraft trat, wurde auch 2012 aktiv durch die ÄKWL begleitet. Kommunen, Trägern und weiteren Interessierten steht sie für Fragen, Informationen und Beratung zum Konzept zur Verfügung. Nachgefragt wurde insbesondere die Präsentation der Ergebnisse der Evaluation, die durch die ÄKWL durchgeführt wurde. So konnte das Konzept u. a. im

Rahmen einer bundesweiten Fachtagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. präsentiert werden.

Gemeinsam mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen ist die ÄKWL auch in Zukunft aktiv an der Umsetzung und Weiterentwicklung des Konzeptes beteiligt. So wird sie in Absprache mit dem zuständigen Ministerium und der Lenkungsgruppe eine evaluative Untersuchung zur Inanspruchnahme des Konzeptes sowie weiterhin das Monitoring der beteiligten Mobilen Dienste durchführen. Ziel für die Zukunft des Konzeptes wird es sein, weitere Träger und Kommunen zur Nutzung dieser bisher bundesweit einmaligen Möglichkeit zu motivieren.

Den eArztausweis light erfolgreich auf den Weg gebracht

Auch im Berichtsjahr 2012 haben die vom Vorstand in den Ärztlichen Beirat zum Aufbau einer Telematikinfrastruktur in NRW entsandten Kammerangehörigen ihre engagierte Arbeit weiter fortgeführt. Dieser Ärztliche Beirat besteht aus Mitgliedern der ärztlichen und zahnärztlichen Körperschaften des Landes sowie der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten NRW. Aufgabe des Beirats ist die Begleitung der Testmaßnahmen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) insbesondere im Hinblick auf die Sicherheit, die Praktikabilität der Anwendung aber auch die Kompatibilität zu bereits in Netzen bestehenden telematischen Systemen und Anwendungen. So ist es nicht zuletzt diesem Beirat zu verdanken, dass in den Ausschreibungen zu den Testmaßnahmen neben der von der Ärzteschaft geforderten Stand-Alone-Lösung und der Schaffung entsprechender Infrastruktur für den Heilberufsausweis (HBA) auch sogenannte Bestandsnetze mit ihren bereits geübten Telematikanwendungen berücksichtigt und ausdrücklich in die Tests mit einbezogen werden.

Der HBA ist für die Ärzteschaft nach wie vor das sicherste Werkzeug, nicht nur für den geschützten Zugang zur oben genannten Telematikinfrastruktur (TI), sondern vor allem für vertrauliche ärztliche/medizinische Anwendungen, wie zum Beispiel den elektronischen Arztbrief und den Notfalldatensatz. Darüber hinaus können mit dem HBA in Anwendungen wie Zuweiserportalen, Online-Abrechnungen und im künftigen Portal der Kammer sichere Authentifizierungen, das heißt Anmeldungen durchgeführt werden.

Bis die medizinischen Anwendungen jedoch in der TI praxisrelevant werden und sich die vergleichsweise hohen Kosten für einen HBA für Ärzte durch ihren Nutzen rechnen, reicht in vielen Fällen eine einfachere und wesentlich preiswertere Variante einer sogenannten SmartCard voll-

kommen aus. Dies sowie ein Beschluss der Bundesärztekammer, den Papier-Arztausweis durch eine Plastikkarte im Scheckkarten-Format zu ersetzen, hat die ÄKWL gemeinsam mit der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNO) dazu bewogen, mit dem eArzttausweis light (eA-light) eine kostengünstige Vorstufe zum vollwertigen, das heißt TI-kompatiblen HBA selber in der Meldestelle herzustellen und ab 2013 an seine Angehörigen auf Antrag auszugeben. Der eA-light zeigt, dass die ÄKWL beim Thema Telematik auch die praktische Umsetzung im Blick behält. Sie setzt weiter auf die Technik des elektronischen Arzttausweises (eA) und stellt ihren Angehörigen damit die im Moment notwendigen Funktionen rasch zur Verfügung, damit die Ärztinnen und Ärzte in Westfalen-Lippe bereits verfügbare Anwendungen jetzt schon nutzen können.

Ärzteversorgung Westfalen-Lippe – Verlässlicher Partner auf sicherem Kurs

Die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe (ÄVWL) gehört mit fast 38.000 Mitgliedern und rund 13.000 Rentenbeziehern zu den größten Versorgungswerken in Deutschland. Seit über 50 Jahren übernimmt sie für die Angehörigen der Ärztekammer Westfalen-Lippe die Alters- und Hinterbliebenenversorgung.

Das Versorgungswerk der Ärztekammer Westfalen-Lippe verfolgt als wichtigstes Ziel die Sicherung einer soliden und seriösen Altersversorgung für die Mitglieder und deren Hinterbliebene. Dank einer umsichtigen Anlagestrategie, die auf stabilen Säulen ruht sowie langfristig und konservativ ausgerichtet ist, liegt die Nettoverzinsung der Kapitalanlagen im Zehnjahresdurchschnitt deutlich über dem Rechnungszins von 4,0 Prozent.

Angesichts der Krisensituationen in Europa und an den Kapitalmärkten weltweit stand bei der Ergebnisverwendung im Berichtsjahr die Sicherheit und Stabilität des Versorgungswerks an oberster Stelle. Die Stärkung der offenen Rücklagen hatte Priorität. Deshalb beschloss die Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe auf ihrer Sitzung am 23. Juni 2012, die laufenden Renten und Rentenanwartschaften zum 01.01.2013 nicht zu erhöhen. Doch auch ohne eine Dynamisierung im Jahr 2013 werden sich die Rentenanwartschaften und Renten der ÄVWL weiterhin auf einem hohen Niveau befinden.

Zu Recht genießt das ärztliche Versorgungswerk das Vertrauen seiner Mitglieder. Immer mehr niedergelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte schöpfen die Beitragsmöglichkeiten voll aus. Auch die Zahl der Teilnehmer an der Freiwilligen Zusatzversorgung nimmt ständig zu.

Die Kapitalanlage des westfälisch-lippischen Versorgungswerks ist gut aufgestellt und diversifiziert. Ein wichtiger Schritt zu noch mehr Beständigkeit und Stabilität war die Investition in Infrastrukturprojekte und hier insbesondere die Beteiligung am Höchstspannungsnetzbetreiber Ampri-on. Bei dieser Investition handelt es sich um eine renditestarke, stabile und nahezu inflationssichere Anlage, die nur geringen Marktschwankungen unterworfen ist und sich somit besonders in Krisenzeiten für die Kapitalanlage eignet. Mit dieser Investition leistet die ÄVWL zudem einen Beitrag zur Energiewende in Deutschland.

Die ÄVWL wurde in der Vergangenheit bereits mehrfach für ihre Strategie und ihr Ergebnis im Rahmen der Immobilienanlagen ausgezeichnet. Auch bei den letztjährigen „Investment and Pensions Europe“ (IPE) Awards konnte sich die Ärzteversorgung im internationalen Vergleich gegen viele hochkarätige Mitbewerber durchsetzen und erhielt Ende November 2012 die Auszeichnung als bester Immobilieninvestor Europas. Bereits im Mai des Berichtsjahres hatte das Fachmagazin „Portfolio institutionell“ die westfälisch-lippische Ärzteversorgung als bestes Versorgungswerk 2012 ausgezeichnet und sogar als Einrichtung mit Leuchtturmcharakter für andere Versorgungswerke gewürdigt.

Gebührenordnung für Ärzte

Den Schwerpunkt der Arbeit der Ärztekammer Westfalen-Lippe im Bereich „Gebührenordnung“ stellt die Beurteilung von Privatrechnungen dar, die von Patienten, Beihilfestellen und/oder Versicherungen aber auch Ärzten zur Überprüfung eingereicht werden. Durch das Referat „Gebührenordnung“ wurden im Jahr 2012 449 Honorarbeschwerden bzgl. konkreter Honorarnoten bearbeitet. Zu einem großen Teil sind Auslegungsfragen zur Berechnung von operativen Eingriffen und die Bewertung von analog gewählten Gebührenpositionen nach § 6 Abs. 2 GOÄ Gegenstand der Nachfragen. Darüber hinaus gibt zum einen die unzureichend vergütete Leichenschau immer wieder Anlass zu Honorarstreitigkeiten und zum anderen stellt die medizinische Notwendigkeit erbrachter Leistungen eine sehr häufige Fragestellung dar.

Um eine bundesweit einheitliche Berechnung neuerer Behandlungsmethoden nach GOÄ mit daraus resultierender höherer Akzeptanz bei den Privatversicherungen und Beihilfestellen zu erreichen, werden Fragen mit grundsätzlichem Charakter gemeinsam mit der Bundesärztekammer und/oder mit anderen Landesärztekammern erörtert. In den vom Referat „Gebührenordnung“ geführten Schlichtungsverfahren werden die betroffenen Ärzte um Stellungnahme zu den aufgeworfenen Fragen gebeten und zur weiteren Sachverhaltsaufklärung die Patientendokumentation eingesehen. Erst im Anschluss wird auf Grundlage der Aussagen der Betroffenen und der vorgeleg-

ten Patientendokumentation eine Stellungnahme zur Angemessenheit der Honorarforderung abgegeben. Nach Vorbereitung im Referat „Gebührenordnung“ wurden im Jahr 2012 37 Fälle im Ausschuss „Gebührenordnung“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe beraten. In zwei Fällen wurden die betroffenen Ärzte zur weiteren Sachverhaltsaufklärung zu einem Gespräch in die Ärztekammer Westfalen-Lippe gebeten.

Auch die Mitglieder der Ärztekammer Westfalen-Lippe haben und nutzen die Möglichkeit, bei Auseinandersetzungen mit Patienten/Privatversicherungen und/oder Beihilfestellen oder bei allgemeinen Fragen zum Umgang mit der GOÄ sich direkt an die Ärztekammer Westfalen-Lippe zu wenden und um Stellungnahme zu bitten. Die Zahl von 260 Anfragen zum Umgang mit der Gebührenordnung, denen keine konkrete Honorarforderung zu Grunde lag, zeigt einen Anstieg von 7,44 % im Vergleich zum Vorjahr. Ein größerer Anstieg von 10,6 % ist jedoch bei der Anzahl der Honorarbeschwerden (449) im Vergleich zum Vorjahr (406 Honorarbeschwerden) zu verzeichnen. Der Aufwärtstrend bei den Nachfragen bestätigt den bekanntermaßen dringenden Novellierungsbedarf der GOÄ.

Mitgliederbefragung: Aktiv Zukunftsaufgaben gestalten

Der Vorstand der ÄKWL hat Ende 2012 eine Mitgliederbefragung veranlasst, deren Ergebnisse dazu dienen sollen, die Arbeit der Kammer auch zukünftig optimal auf die Bedürfnisse und Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte auszurichten und den Blick schon jetzt auf die anstehenden gesundheits- und berufspolitischen Zukunftsaufgaben zu richten.

Denn das Gesundheitswesen unterliegt einem strukturellen Veränderungsprozess, der die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit maßgeblich berührt. Unverkennbar kennzeichnen Zentralisierungstendenzen, die Europäisierung des Rechtsrahmens sowie eine fortschreitende Ökonomisierung der medizinischen Versorgung diesen Prozess.

Aber auch die Ärzteschaft als solches wandelt sich in ihrer Struktur zusehends. In den kommenden Jahren werden deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte aus der Berufstätigkeit ausscheiden als nachrücken. Zugleich bringt der ärztliche Nachwuchs ein verändertes Berufsbild mit, bei dem einer ausgeglichenen Work-life-balance eine wesentlich stärkere Bedeutung zukommt und bei dem auch die Formen ärztlicher Tätigkeit vielfältiger werden.

Dies alles bleibt nicht ohne Einfluss auf das Selbstverständnis einer Ärztekammer. Im Gegenteil: Entscheidend wird die Frage, wie eine Ärztekammer unter veränderten Rahmenbedingungen bei

der Erfüllung der ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben den Erwartungen einer sich wandelnden Ärzteschaft gerecht wird. Wie macht sie sich also – organisatorisch und inhaltlich – zukunftsfähig?

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe sieht sich in ihrem Selbstverständnis in einer aktiven, gestaltenden und an den Belangen ihrer Mitglieder orientierten Rolle – als starkes Organ ärztlicher Selbstverwaltung. Dabei hängt diese Stärke maßgeblich davon ab, wie sich die Ärztinnen und Ärzte mit ihrer Kammer identifizieren und wie sie ihre Anliegen, Interessen und Erwartungen in der Arbeit der Kammer widergespiegelt sehen.

Vor diesem Hintergrund wurde die Befragung unter wissenschaftlicher Begleitung als repräsentative Stichprobe, die jedes vierte der aktuell rund 40.000 Mitglieder der ÄKWL umfasste, konzipiert. In die Befragung integriert wird auch ein vom Arbeitskreis „Junge Ärztinnen und Ärzte“ der ÄKWL erarbeitetes Befragungskonzept. Der Arbeitskreis will Informations- und Beratungsangebote der ÄKWL gezielt im Hinblick auf die veränderten Bedürfnisse und Inanspruchnahmegewohnheiten junger Ärztinnen und Ärzte weiterentwickeln. Sie sollen damit eine passgenauere Information bei beruflichen Anliegen erhalten.

Die Ergebnisse der Befragung werden im Frühjahr 2013 vorliegen.

Weiterbildung

Ärztliche Weiterbildung

Neben der Bearbeitung von Anträgen auf Anerkennung einer Facharztbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Zusatz-Weiterbildung war im Bereich der ärztlichen Weiterbildung im Berichtsjahr 2012 die Auswertung der Evaluationsergebnisse einer der Themenschwerpunkte.

Evaluation der Weiterbildung in Deutschland (EVA)

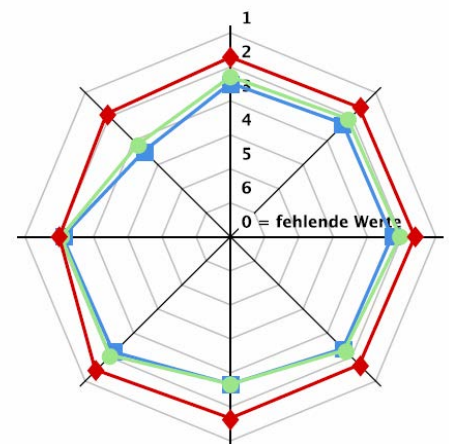


Bereits Ende 2011 lagen die Ergebnisse des Projektes „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“ vor. Seitdem sind diese sowohl auf Bundesebene als auch auf der Homepage der Ärztekammer Westfalen-Lippe (www.aekwl.de) abrufbar.

Unabhängig davon hat die Ärztekammer alle vorliegenden Befugtenberichte gesichtet und zusammen mit dem Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ das weitere Vorgehen beraten. Das vom Ausschuss erarbeitete Ablaufschema bei auffälligen Ergebnissen wurde seitens des Vorstandes einstimmig genehmigt.

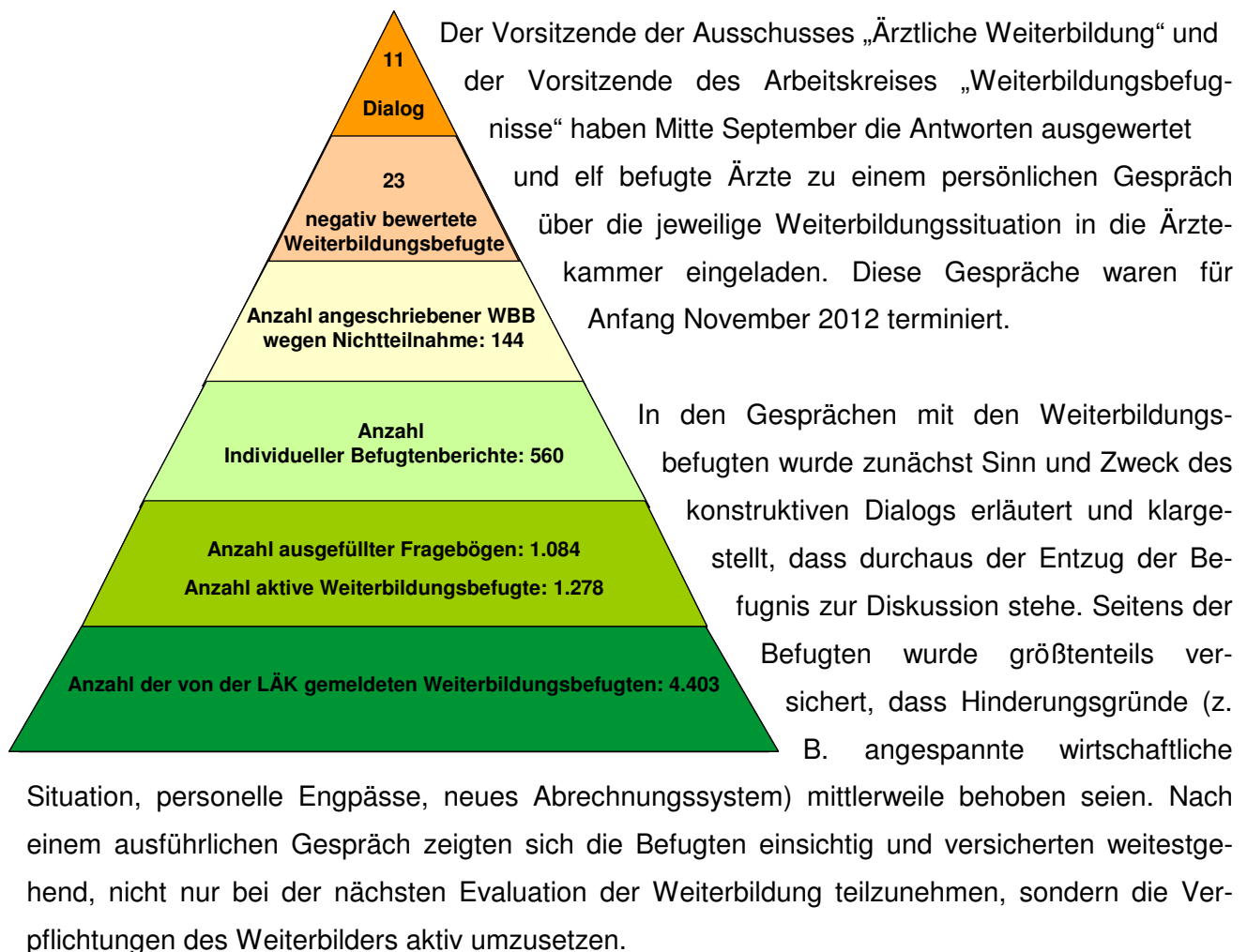
Hauptaugenmerk wurde insbesondere auf die 144 befugten Ärztinnen und Ärzte gelegt, die sich nicht an dem Projekt beteiligt hatten. Diese wurden Anfang April 2012 aufgefordert, die Gründe ihrer fehlenden Teilnahme näher zu erläutern.

Darüber hinaus wurden die Weiterbildungsbefugten angeschrieben, die durch eine negative Bewertung aufgefallen sind. Als „negativ“ wurden die Ergebnisse eingestuft, die in den Fragenkomplexen: „Vermittlung von Fachkompetenz“, „Lernkultur“, „Entscheidungskultur“ und „Betriebskultur“ mit „4“ oder schlechter bzw. in der Globalbeurteilung mit „5“ oder schlechter bewertet wurden. Dieses traf auf 23 Befugte zu, die ebenfalls Anfang April 2012 angeschrieben



und um Mitteilung gebeten worden sind, wie mit den Ergebnissen umgegangen werde und welche Schritte zur Verbesserung in der Zukunft unternommen werden.

Anfang Juli wurden die Antwortschreiben vom Ausschuss „Ärztliche Weiterbildung“ gesichtet und ausgewertet. Von den 144 angeschriebenen Weiterbildungsbefugten, die nicht an dem Projekt teilgenommen haben, haben 89 geantwortet. Als Hauptursache für eine Nichtteilnahme wurden einerseits technische Probleme angegeben, andererseits Überlastung/Umstrukturierung der Abteilung. Darüber hinaus wurde die Verpflichtung zur Teilnahme an der Evaluation nicht gesehen. [§ 5 Abs. 6 WO der ÄKWL vom 01.01.2012: „Der von der Ärztekammer zur Weiterbildung befugte Arzt ist verpflichtet, an Evaluationen und Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammer zur ärztlichen Weiterbildung teilzunehmen und sich mit dem Inhalt der Weiterbildungsordnung vertraut zu machen.“] Bei 17 Ärztinnen und Ärzten wurde seitens des Ausschusses noch einmal hinterfragt.



Ein befugter Arzt, dessen Weiterbildungsstätte schlecht bewertet worden ist, erklärte, dass die Assistenzärzte eine Teilnahme an der Evaluation abgelehnt hätten; lediglich ein Assistenzarzt habe die Weiterbildungsstätte schlecht bewertet, dieser habe die Klinik mittlerweile verlassen. Dar-

über hinaus herrsche in seiner Klinik eine angespannte Situation mit einem der Oberärzte. Dieses Problem sei erkannt und werde angegangen. Eine Teilnahme an der nächsten Evaluation werde als verpflichtend angesehen.

Bei zwei Weiterbildungsstätten, in denen sich die Weiterbilder wenig kooperativ zeigten, wurde das Gespräch mit den Weiterbildungsassistenten (WBA) gesucht. Im ersten Gespräch versicherten die Weiterbildungsassistenten, dass eine gute Weiterbildung unter der Leitung ihres Befugten stattfinde.

Im zweiten Gespräch wurden der Klinik wegen der Vielzahl an Aufgaben in Schwerpunkten und Zusatzqualifikationen sehr gute Möglichkeiten des Wissenserwerbs beschieden. Die Verpflichtung des Weiterbilders, die Weiterbildung persönlich zu leiten, wäre nicht optimal realisiert. Das schlechte Evaluationsergebnis habe zwar eine gewisse Veränderung im Verhalten zu den Mitarbeitern ergeben, nicht jedoch zu einer Verbesserung der vermittelten Weiterbildung geführt. Darüber hinaus werde seitens der Geschäftsführung der Klinik hinsichtlich ICD-Zahlen und Über- bzw. Unterbesetzung von Stellenplänen Druck auf die Ärzteschaft ausgeübt. Den Assistenzärzten wurde versichert, dass die Ärztekammer sowohl auf die Geschäftsführung als auch auf den Weiterbildungsleiter zugehen werde, um die notwendigen Verbesserungen für die Durchführung einer ordnungsgemäßen Weiterbildung zu erreichen. Die Auswertung der nachträglich eingereichten Evaluationsbögen habe bereits zu einer besseren Bewertung der Weiterbildungsstätte geführt.

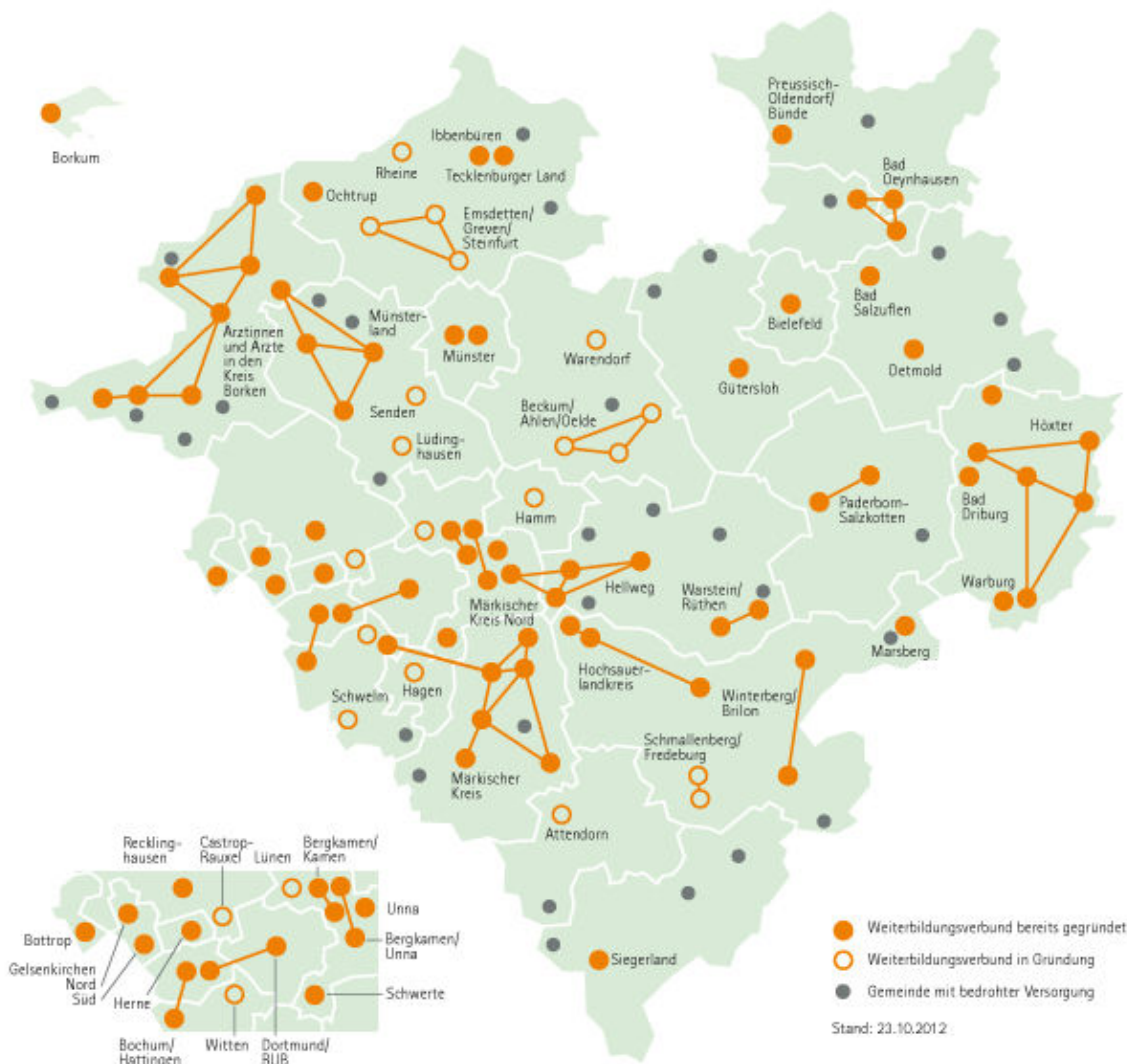


Die Koordinierungsstelle Aus- und Weiterbildung (KoStA) ist seit dem 01.07.2009 bei der Ärztekammer Westfalen (ÄKWL) als zentrale Anlaufstelle für Studierende, Absolventen, Ärztinnen und Ärzte, Weiterbildungsbefugte und Weiterbildungsstätten, die an einer Weiterbildung zum Facharzt interessiert sind, eingerichtet. Die KoStA hat es sich zur Aufgabe gemacht, durch die Schaffung von Weiterbildungsverbünden (Ärztennetze) die ambulante ärztliche Versorgung langfristig zu verbessern und sicherzustellen.

Weiterbildungsverbünde

Die Zahl der Weiterbildungsverbünde wächst. 2009 arbeiteten drei Weiterbildungsverbünde funktionell und sieben weitere befanden sich in der Gründungsphase. 2010 waren bereits über 36 Verbünde aktiv, Ende 2011 wurden exakt 50 Weiterbildungsverbünde gezählt. Inzwischen haben sich bereits 54 Weiterbildungsverbünde in Westfalen-Lippe etabliert (siehe Abbildung). Eine Aufstellung der bis zum Jahresende 2012 etablierten Weiterbildungsverbünde finden Sie im statistischen Anhang. Alle Verbünde haben die Möglichkeit, sich auf der Internetseite der ÄKWL zu präsentieren.

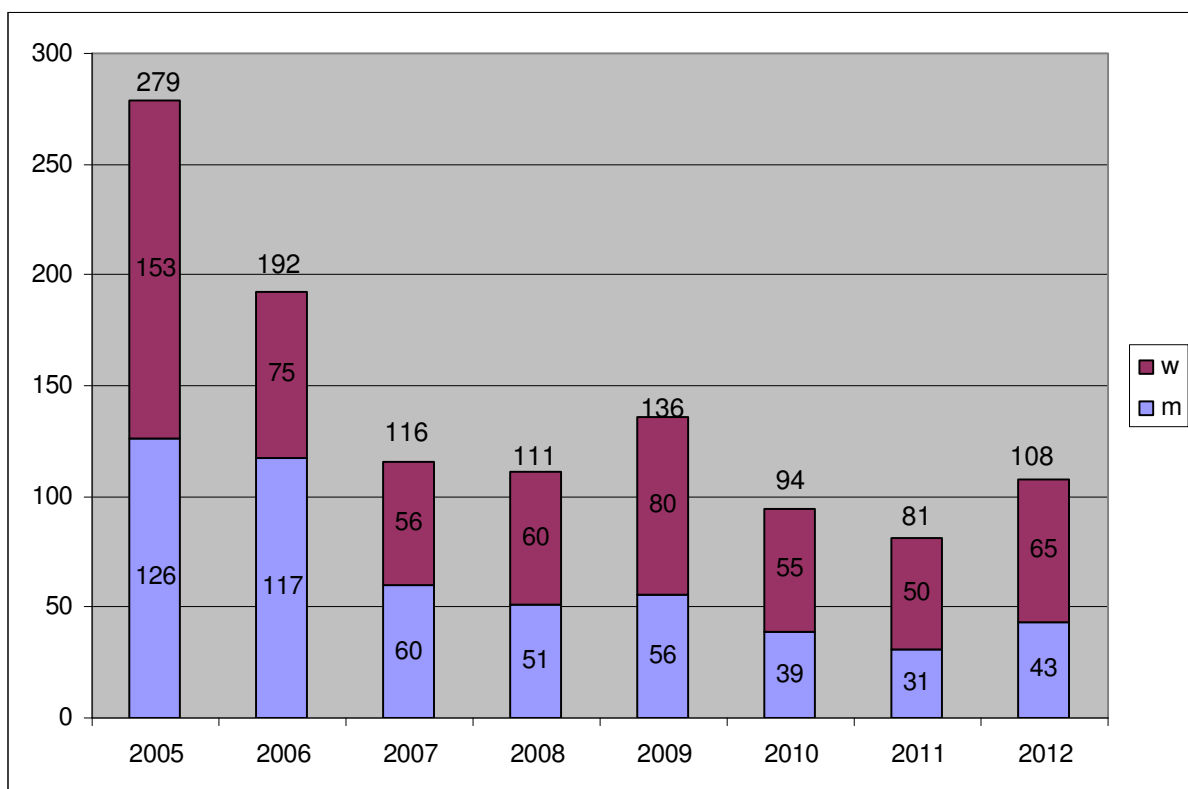
Weiterbildungsverbünde in Westfalen-Lippe



Facharztanerkennungen Allgemeinmedizin

Besonders in der Allgemeinmedizin spiegelt sich der Trend wider, dass nur eine geringe bzw. stark zurückgehende Anzahl an Weiterbildungsassistenten die Facharztanerkennung anstrebt. Lag die Zahl der Anerkennungen 2006 noch bei 192, so waren es 2010 nur noch 94 Weiterbildungsassistenten, die ihre Weiterbildungen in den Fachgebieten „Allgemeinmedizin“ sowie „Innere und Allgemeinmedizin“ abschlossen. 2011 wurden nur noch 81 Anerkennungen in o. g. Fachgebieten gezählt. Nicht zuletzt die Rückführung der Facharztkompetenz „Innere und Allgemeinmedizin“ in das Gebiet „Allgemeinmedizin“ zum 01.01.2012 lässt jedoch hoffen; 2012 konnten bereits 108 Anerkennungen in o. g. Fachgebieten gezählt werden (d. h., 27 mehr als im Vorjahr) (vgl. hierzu auch Abbildung).

Statistik der in Westfalen-Lippe bestandenen Prüfungen im Gebiet Allgemeinmedizin (ohne EU-Umschreibungen)



Quereinstieg

Um den jährlichen Bedarf an neuen Allgemeinmedizinerinnen adäquat zu decken, wurden die Empfehlungen der Bundesärztekammer für den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin in Anlehnung an die Vorschläge der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) im Januar 2012 durch einen Vorstandsbeschluss auch in Westfalen-Lippe umgesetzt. Demnach soll, um dem drohenden Mangel an Hausärzten zu begegnen, den sogenannten „Quereinsteigern“ der Weg in die Allgemeinmedizin erleichtert werden. Stationäre Weiterbildungszeiten, die Ärztinnen und Ärzte in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung, wie z. B. Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Chirurgie u. a., abgeleistet haben, können nun im Einzelfall auf die insgesamt geforderten 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung Anrechnung finden. Seit Anfang 2012 begleitet die KoStA 53 Antragsverfahren. In den oben genannten 108 Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin sind zudem 4 Quereinsteiger aus den Fachgebieten Herzchirurgie, Innere Medizin (2x) und Strahlentherapie eingeschlossen.

Die Möglichkeit des Quereinstiegs ist zunächst befristet. Das heißt, dass die oben beschriebene Anerkennungspraxis auf alle Kammerangehörigen Anwendung finden kann, die ihre Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung noch vor dem 31.12.2015 beginnen. Obligate Kursweiterbildungen von zusätzlich 80 Stunden Dauer sollen in diesem Zusammenhang notwendige theoretische Kenntnisse vermitteln und damit den alternativen Einstieg in die Allgemeinmedizin unterstützen. Im Rahmen der Fort- und Weiterbildungswoche auf Borkum werden entsprechende Kurse angeboten.

Anträge Allgemeinmedizin

Die KoStA zählte 195 Anfragen in Bezug auf anrechenbare Weiterbildungszeiten (gerechnet ohne den Quereinstieg). Zusätzlich zu den oben beschriebenen 108 Facharztanerkennungen in den Gebieten „Innere und Allgemeinmedizin“ bzw. „Allgemeinmedizin“ wurden 5 Umschreibungen aus dem Europäischen Ausland gezählt, sodass insgesamt 113 Anerkennungen Allgemeinmedizin erteilt worden sind.

Folgende Veranstaltungen hat die KoStA 2012 mit Informationsständen unterstützt bzw. organisiert:

Praxisbörsentag der KVWL in Dortmund (10.03.2012)

Forum für Weiterbildungsbefugte der ÄKWL in Münster (28.03.2012)

Tag der Ärztekammer („PJ - Day“) in Bochum (09.05.2012) und Münster (09.11.2012)

Jobmesse in Österreich (21. bis 25.05.2012)

Westfälischer Ärztetag in Münster (15.06.2012).

Weitere 4 Veranstaltungen hat die KoStA 2012 besucht: 1. Fachtagung zur Verbundweiterbildung plus in Baden-Württemberg – Wirksame Rezepte gegen den drohenden Hausärztemangel (28.02.2012), 2. Tag der Allgemeinmedizin in Essen (24.10.2012), 3. Treffen des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin NRW an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (07.11.2012) und 4. Informations- und Erfahrungsaustausch zur Umsetzung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in Berlin (22.11.2012).

2. Forum für Weiterbildungsbefugte

Beim zweiten Forum für Weiterbildungsbefugte der Ärztekammer Westfalen-Lippe informierten sich Ende März rund 100 Teilnehmer nicht nur über aktuelle Änderungen der Weiterbildungsordnung, sondern auch über die im vergangenen Jahr abgeschlossene Evaluation der Weiterbildung und deren Auswirkungen auf die Weiterbildungsbefugnisse und die Gewinnung von Assistenten. Denn ärztliche Weiterbildung muss immer wieder nicht nur dem aktuellen medizinischen Stand und Versorgungsgeschehen angepasst werden, sondern auch an die Arbeits- und Lebensrealität der Berufsstarter.

Weiterbildung im Ausland

Die Bemühungen der Ärztekammer, dem Ärztemangel im Kammerbereich entgegenzuwirken, machten sich im Berichtsjahr auch im Volumen der Beratung ausländischer Ärzte aus Europa und den Drittstaaten bemerkbar. Viele wandten sich zunächst telefonisch oder per E-Mail aus dem In- und Ausland ratsuchend an die Ärztekammer; rund 1/3 dieser Anfragen betrafen die Anerkennung von Berufsqualifikationen und Weiterbildung im Ausland.

Die künftige Anerkennung von Berufsqualifikationen aus sogenannten „Drittländern“ außerhalb der EU konnte mit Hinweis auf das noch nicht verabschiedete Anerkennungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen nur vorläufig beantwortet werden. Den Bewerbern mit einem Europäischen Ausbildungsnachweis als Facharzt konnte dagegen umfänglich geholfen werden. Allein in Westfalen-Lippe hat sich durch diese Entwicklung bereits im zurückliegenden Jahr die Zahl der Anerkennungen der EU-Diplome verdoppelt.

Im Berichtszeitraum haben 58 Fachärzte aus anderen europäischen Staaten den ärztlichen Beruf im Kammerbereich aufgenommen. In 44 Fällen sind inzwischen die vorgelegten Ausbildungsnachweise als Facharzt von der Ärztekammer anerkannt worden. Diese sind ausgestellt worden von folgenden europäischen Staaten (siehe Tabelle). In 14 Fällen sind die Unterlagen noch nicht vollständig, sodass die automatische Anerkennung noch nicht vorgenommen werden konnte.

Anträge auf Anerkennung gleichwertiger Weiterbildung	
	2012
Belgien	1
Bulgarien	6
Estland	1
Finnland	1
Griechenland	7
Italien	1
Niederlande	1
Norwegen	1
Österreich	3
Polen	2
Rumänien	14
Spanien	2
Tschechien	1
Ungarn	3
Gesamt:	44 (2011: 21)

Zudem haben 130 Ärzte/Fachärzte die Anerkennung einer in einem Drittstaat absolvierten Weiterbildung beantragt. In 60 Fällen konnte die vollständige oder teilweise Anerkennung bereits bestätigt werden. In 70 Fällen liegen noch keine ausführlichen Nachweise vor, um die Gleichwertigkeit feststellen zu können.

Insgesamt hat sich auch die Zahl der Ärzte mit Vorweiterbildung in Drittstaaten um rund 30 % erhöht. Die Entwicklung im Zuge der anstehenden neuen Gesetzgebung (BQFG NRW) bleibt abzuwarten.

Zudem haben 8 Kammerangehörige eine Konformitätsbescheinigung zur Vorlage in einem anderen Mitgliedsstaat erhalten, um dort die von der Ärztekammer Westfalen-Lippe erteilte Facharztbezeichnung anerkannt zu bekommen.

Anerkennungsanträge						
	2012			2011		
	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w
Anerkennung von WB-Abschnitten (in EU-Mitgliedsstaaten)	95	42	53	63	28	35
Anerkennungen von WB-Abschnitten (außerhalb EU-Mitgliedsstaaten)	130	77	53	98	64	34
EU-Konformitätsbescheinigung	8	3	5	13	8	5
Summe	233	122	111	174	100	74

Weiterbildungsbefugnisse und Zulassung von Weiterbildungsstätten

Im Berichtsjahr ist die Zahl der Anträge stark angestiegen: Insgesamt wurden 2.459 (2011: 1.796) Erweiterungs- und Neuanträge auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis gestellt, davon 928 in Facharztkompetenzen (Gebieten), 44 in Schwerpunkten, 395 in Zusatzweiterbildungen (Bereichen), 16 Bausteinweiterbildungen, 152 Anerkennungen von Weiterbildungskursen und deren Leiter, 53 Anträge auf Zertifizierung von Veranstaltungen, 601 Anträge auf Zulassung von Weiterbildungsstätten sowie 29 sonstige Anträge (Differenzierung unten).

Der höhere Antragseingang ist unter anderem auf die zum 01.01.2012 in Kraft getretene Änderung der Weiterbildungsordnung zurückzuführen. So wurden beispielsweise die Mindestinhalte der Facharztkompetenz Viszeralchirurgie novelliert; Inhalte höherer und höchster Schwierigkeitsgrade sind der neuen Zusatzweiterbildung „Spezielle Viszeralchirurgie“ zugeordnet worden und daher in der Facharztkompetenz „Viszeralchirurgie“ entfallen. Die Weiterbildungsbefugnisse und Zulassungen als Weiterbildungsstätte wurden entsprechend angepasst und für die „Spezielle Viszeralchirurgie“ neu erteilt.

Darüber hinaus sind durch die Änderung der Weiterbildungsordnung die ambulanten Weiterbildungszeiten in dem Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, im Schwerpunkt Neuropädiatrie, in der Facharztkompetenz Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie und der Facharztkompetenz Physikalische und Rehabilitative Medizin novelliert worden; dies erforderte eine Anpassung bei der Befugniserteilung.

Die gestiegene Zahl der Anträge auf Zulassung zur Weiterbildungsstätte ist auf eine Änderung im Antragsverfahren zurückzuführen. Bislang wurden nur Krankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren als Weiterbildungsstätten erfasst; dieses Procedere wurde im Berichtsjahr auch auf Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte ausgeweitet. Ein gesondertes Antragsverfahren war für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hierbei nicht erforderlich.

Die Anträge verteilen sich im Einzelnen wie folgt:

	2012			2011		
	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w
Befugnis zur Weiterbildung im Gebiet	928	735	193	747	634	113
Befugnis in zur Weiterbildung im Schwerpunkt	44	38	6	39	34	5
Befugnis in Zusatz-Weiterbildungen	395	339	56	316	274	42
Befugnis in Basisweiterbildung	207	187	20	178	163	15
Befugnis zur Weiterbildung in einem best. Gebiet für eine oder mehrere Personen	16	13	3	22	19	3
Befugnis in Bausteinen	34	16	18	25	11	14
Anerkennung von Weiterbildungskursen und dessen Leiters	152			170		
Akkreditierung von Fort- und Weiterbildungskursen	53			20		
Zulassung von Weiterbildungsstätten	601			255		
Sonstige Anträge	29			24		
Summe	2459			1796		

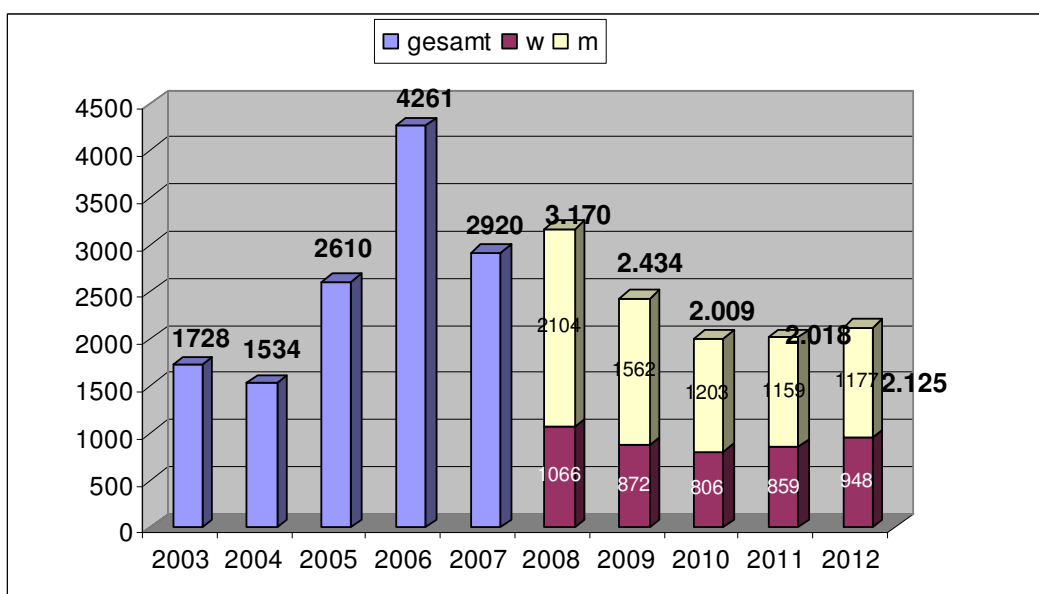
Prüfungen

Die Ärztekammer hat für alle Facharztkompetenzen (Gebiete), Schwerpunkte und Zusatz-Weiterbildungen (Bereiche) Prüfungsausschüsse mit mindestens 3 Kollegen berufen und hierfür über Tausend Prüfer bestellt. An 36 Prüfungstagen (samstags) stellten sich in 2012 insgesamt 2.125 (2011: 2.018) Antragsteller dem Fachgespräch, davon: 1.213 Gebiets-, 185 Schwerpunkt-, 721 Zusatz-Weiterbildungen (Bereichsprüfungen), 6 Prüfungen nach Strahlenschutzverordnung/Röntgenverordnung. Nach wie vor wird für jede Qualifikation (Gebiet, Schwerpunkt, Zusatz-Weiterbildung) ein Prüfungstermin im Monat angeboten. Im Durchschnitt waren pro Monat 177 (2011: 168) Teilnehmer zu prüfen.

Im Berichtszeitraum konnte ein moderater Anstieg der Prüfungszahlen verzeichnet werden. Ursächlich hierfür ist, dass mit dem 22. September 2012 die Möglichkeit, Gebiete und Schwerpunkte nach der Weiterbildungsordnung 1993 – mit Ausnahme des Gebietes Orthopädie und des Schwerpunktes Unfallchirurgie – abzuschließen, nicht mehr gegeben ist; die Übergangsfristen sind abgelaufen. Bis zum 22.09. mussten Inhalte und Zeiten erfüllt und ein entsprechender Antrag auf Prüfung bei der Ärztekammer eingereicht sein.

Besonders auffällig ist der stetig steigende Frauenanteil bei den abgelegten Prüfungen. Lag der Gesamtanteil der Ärztinnen im Jahr 2008 noch bei 33 %, ist dieser kontinuierlich angestiegen. Im Berichtsjahr konnte die Ärztekammer bereits einen Frauenanteil von 45 % verzeichnen.

Durchgeführte Prüfungen in den Jahren 2003 – 2012:



Bei 115 (5,4 %) – Vorjahr: 113 (5,6 %) – Antragstellern konnten die Prüfungsausschüsse die Anerkennungsvoraussetzungen nicht feststellen und verlängerte die vorgeschriebene Weiterbildung bzw. stellte besondere Anforderungen an die Weiterbildung. Die erteilten Auflagen bewegten sich in der Regel zwischen 3 und 6 Monaten zusätzlicher Weiterbildung.

Prüfungen										
	2012			2011			2012			2011
	Ge- samt	m	w	Ge- samt	m	w	Bestan- den	nicht be- standen		nicht be- standen
Gebiete	1.213	626	587	1.081	556	525	1.141	72	5,9 %	6,2 %
Schwerpunkte	185	100	85	135	80	55	174	11	5,9 %	2,2 %
Zusatz-Weiterbildung	721	446	275	790	517	273	689	32	4,4 %	5,2 %
Fachkunden nach StrlSchV/RÖV	6	5	1	12	6	6	6	0	0 %	20 %
Gesamt	2.125	1177	948	2.018	1.159	859	2.010	115	5,4 %	5,6 %

Zusatz-Weiterbildungen

Bei den Zusatz-Weiterbildungen wurden im Berichtsjahr 2012 etwa 2.600 Anträge verzeichnet.

Festgestellt werden konnte, dass einige Zusatz-Weiterbildungen rückläufig sind, so ist beispielsweise die Nachfrage zur „Medikamentösen Tumorthherapie“ und „Physikalischen Therapie und Balneologie“ weiter gesunken.

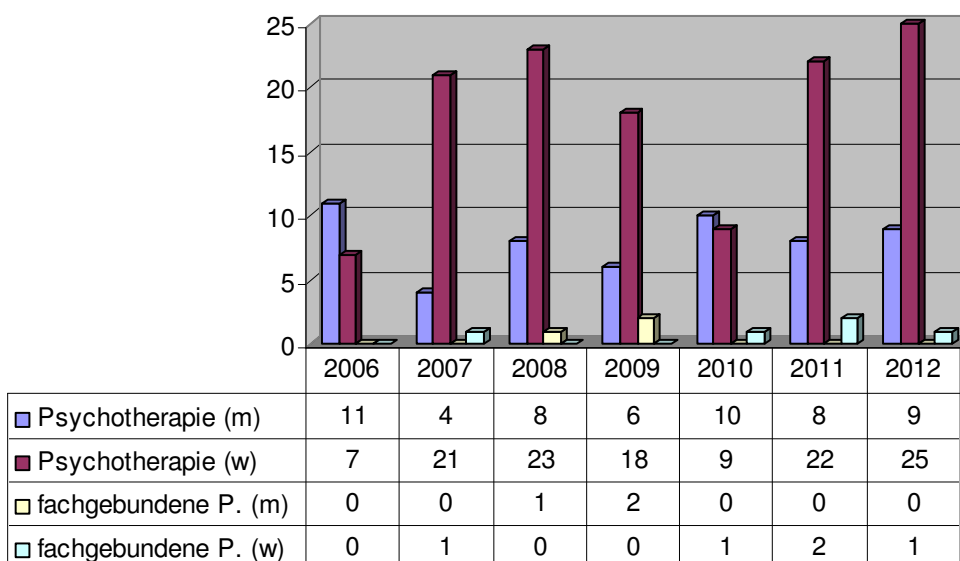
Auf der anderen Seite waren die Zusatz-Weiterbildungen „Palliativmedizin“, „Notfallmedizin“ und „Intensivmedizin“ nach wie vor sehr gefragt; auch das Interesse am Erwerb der Fachkunde „Arzt im Rettungsdienst“ ist weiterhin ungebrochen. Die Möglichkeit, zunächst die Fachkunde zu erwerben, damit eine selbstständige Notarztstätigkeit aufgenommen werden kann, um dann fehlende Voraussetzungen für die Zusatzbezeichnung zu vervollständigen, wird gern genutzt.

Ein Anstieg der Anerkennungszahlen ist bei der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu verzeichnen. Dieses könnte daraus resultieren, dass mit Änderung der Weiterbildungsordnung Eingangsvoraussetzung nicht mehr der Erwerb einer Facharztanerkennung ist. Hier ist neben der spezifischen Zusatz-Weiterbildung nur noch eine 24-monatige Weiterbildung bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gem. § 5 Abs. 1 WO zu absolvieren.

Die für Westfalen-Lippe beschlossene Beibehaltung der „alten“ Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ gem. WO vom 30.01.1993 stieß auf positive Resonanz. Die am 24.03.2012 von der Kammerversammlung beschlossene Änderung der Weiterbildungsordnung (WO) wurde am 23.04.2012 ministeriell genehmigt. Nach Veröffentlichung im Ministerialblatt des Landes NRW am 15.06.2012 ist die Änderung der Weiterbildungsordnung am 01.07.2012 in Kraft getreten.

Dies spiegelt sich darin wider, dass im Berichtsjahr 2012 die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie - fachgebunden“ lediglich einmal erteilt wurde; in der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ hingegen wurden insgesamt 34 Prüfungen abgelegt. Ein Grund hierfür ist sicherlich, dass die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie - fachgebunden“ durch den Zusatz „fachgebunden“ die psychotherapeutische Tätigkeit eingeschränkt und eine Niederlassung als ausschließlicher „Ärztlicher Psychotherapeut“ nicht möglich ist.

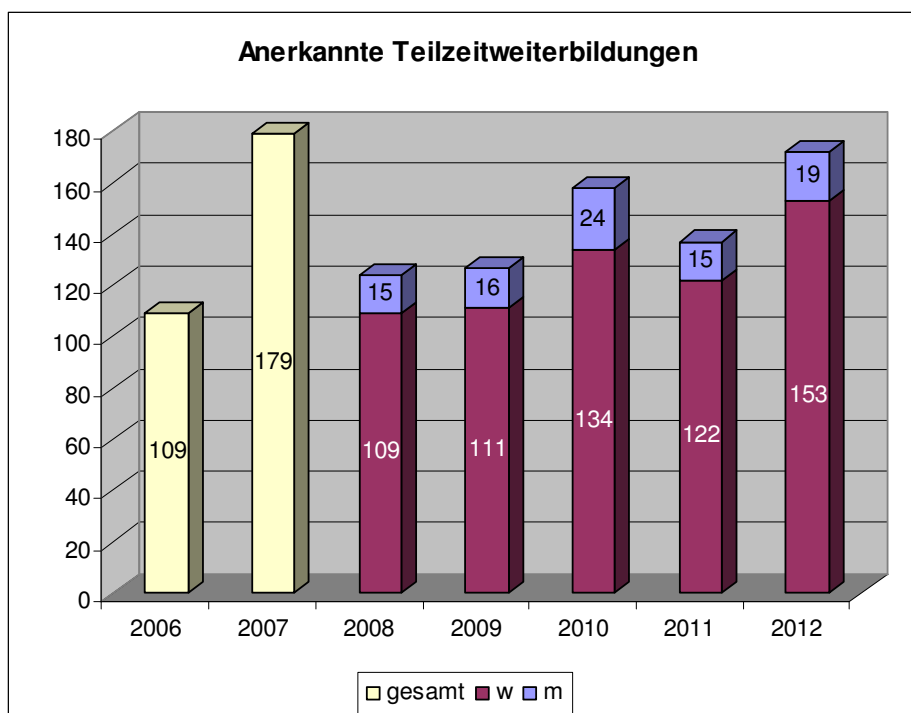
Anerkennung Psychotherapie/Psychotherapie - fachgebunden



Sonstige Anträge

Weiterbildung in Teilzeit

Die Möglichkeit, Weiterbildung in Teilzeit zu absolvieren, wird mehr und mehr in Anspruch genommen. Waren es früher fast ausschließlich Frauen, die ihre Weiterbildung zumeist nach der Elternzeit in Teilzeit fortsetzten, wurden im Berichtsjahr 19 Anträge auf Teilzeit von Ärzten anerkannt.



Sonstige Anerkennungsanträge						
	2012			2011		
	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w
Sonstige Bescheinigungen	108	79	29	111	76	35
Akupunktur (Zertifizierung 350 Std.)	5	4	1	10	7	3
Anträge auf Ausfertigung einer Zweitausfertigung einer Urkunde	27	16	11	30	21	9
Anträge/Amtshilfe für andere Ärztekammern	17	14	3	18	11	7
Sonstige Anerkennungsanträge	1.204	645	559	1.215	675	540
Anerkennung abgeleistetes WB-Abschnitte	1.115	495	620	1.207	564	643

und/oder –kurse/-bausteine						
Maßregelvollzug	3	2	1	2	1	1
Strukturiert Curriculäre Fortbildungen	27	14	13	38	25	13
Anerkennung einer beabsichtig- ten/abgeleisteten Teilzeittätigkeit	172	19	153	137	15	122
Qualifikation zur fachgebundenen geneti- schen Beratung	1	1	0	0	0	0
Summe	2.679	1289	1390	2.768	1395	1373

Zertifizierung von Kursen gem. RöV/StrSchV

Im Berichtsjahr konnten die nachstehend näher differenzierten Kurse gem. Röntgenverordnung/Strahlenschutzverordnung anerkannt werden.

Insbesondere bei den Anerkennungen von Fachkunden im Strahlenschutz nach der Röntgenverordnung kann ein erheblicher Anstieg der Anträge auf 1.721 zum Vorjahr mit 1.418 verzeichnet werden. Dies lässt sich insbesondere auf verstärkt durchgeführte Kontrollen der Bezirksregierungen in den Krankenhäuser zurückführen.

	2012	2011
8stündiger Aktualisierungskurs gem. RöV	66	80
8stündiger Aktualisierungskurs gem. StrlSchV	2	1
12stündiger kombinierter Aktualisierungskurs gem. RöV/StrlSchV	32	32
Aktualisierungskurs für Ermächtigte Ärzte gem. RöV/StrlSchV	3	1
4stündiger Aktualisierungskurs für OP-Personal gem. RöV	13	14
Unterweisungskurs für Ärzte gem. RöV	36	22
Grundkurs für Ärzte gem. RöV	21	12
20stündiger Spezialkurs für Ärzte gem. RöV	14	9
4stündiger Spezialkurs Computertomographie für Ärzte gem. RöV	4	3
4stündiger Spezialkurs Interventionsradiologie für Ärzte gem. RöV	5	6
20stündiger Strahlenschutzkurs für OP-Personal gem. RöV	15	18
90stündiger Strahlenschutzkurs für sonst. Med. Personal gem. RöV	11	8
24stündiger Kenntniskurs gem. StrlSchV	2	5
8stündiger Teleradiologiekurs gem. RöV	1	2
Gesamt	225	213

Erteilte Nachweise im Strahlenschutz				
	2012			2011
	Gesamt	m	w	Gesamt
Anerkennung Fachkunde im Strahlenschutz RöV	1.165	695	470	866
Wiedererwerb der Fachkunde im Strahlenschutz RöV	21	15	6	17
Anerkennung Fachkunde im Strahlenschutz StrlSchV	10	4	6	15
Bescheinigung über Strahlenschutzkenntnisse für medizinische Hilfskräfte	525	45	480	520
Summe:	1.721	759	962	1418

Antragseingänge					
	2012			2011	in 2012 positiv beschiedene Anträge (inkl. Überhänge aus Vorjahr)
	Gesamt	m	w	Gesamt	Gesamt
Ermächtigte Ärzte im Strahlenschutz gem. RöV/StrlSchV	7	2	5	5	9
Bescheinigung Strahlenschutzkenntnisse für medizinische Hilfskräfte gem. RöV	447	36	411	493	393
Kenntnisbescheinigung im Strahlenschutz in der Nuklearmedizin/Strahlentherapie für medizinische Hilfskräfte	11	0	11	9	12
Kenntnisbescheinigung im Strahlenschutz in der Nuklearmedizin/Strahlentherapie für Ärzte	1	1	0	15	0
Kenntnisbescheinigung gem. RöV für Ärzte	517	274	243	378	492
Kursgenehmigungen gem. RöV/StrlSchV	89			108	98
Summe	1072			1008	1004

Ausbildung Medizinische/r Fachangestellte/r

Berufsbildung – nicht nur eine gesetzliche Aufgabe

Nach dem Berufsbildungsgesetz ist die Ärztekammer die zuständige Stelle für die Berufsbildung der Medizinischen Fachangestellten (kurz: MFA). Die Berufsbildung umfasst die Berufsausbildung, die berufliche Fortbildung sowie die berufliche Umschulung. Dabei überwacht sie die ordnungsgemäße Durchführung der Ausbildung und organisiert das gesamte Prüfungswesen eigenverantwortlich. Die Ärztekammer versteht sich als verlässliche Partnerin für die an der Berufsbildung Beteiligten. Im Berichtszeitraum waren dies insgesamt: 4.689 Auszubildende, 3.360 ausbildende Ärzte, 36 Berufskollegs mit 227 Fachklassen und 262 Prüfungsausschüsse.

Für die Aufstiegsfortbildung zum/zur Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung wurden vier Fortbildungsstandorte mit 136 Fortbildungsteilnehmern, 20 Dozenten und 3 Prüfungsausschüssen betreut.

Der Kampf um „kluge Köpfe“ hat bereits begonnen:

Seit 1992 sind die Ausbildungszahlen aller Ausbildungsberufe insgesamt um 26 % zurückgegangen, der Gesamtbestand und die Neuabschlüsse lagen laut Berufsbildungsstatistik zum 31.12.2011 des Statistischen Bundesamtes unter dem Niveau von 2007.

Der Ausbildungsberuf MFA liegt mit einem Anteil von 6,2 % an allen weiblichen Auszubildenden bundesweit auf Rang 4 der beliebtesten Berufe für Frauen. Im Berichtsjahr befanden sich 477 Männer in der Ausbildung.

Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse MFA ist im gesamten Bundesgebiet zum 30.09.12 gesunken (- 2,18 %). Vor allem in den östlichen Bundesländern ist ein relativ starker Rückgang zu verzeichnen (- 6,6 %). Noch zeigt sich die Ausbildungssituation in Westfalen-Lippe (- 1,6 %) entspannt.

Stichtag 31.12.2012	Neuverträge MFA (Vorjahr)	Gesamtzahl Auszubildende MFA (Vorjahr)	Umschüler
Anzahl	1.699 (1.726)	4.689 (4.799)	12
Veränderung zum Vorjahr	- 1,6 %	- 2,3 %	+ 10,9 %
davon männlich (Vorjahr)	16 (11)	33 (33)	0

Vorausdenken und
Zukunft gestalten.
Wir bilden aus!



Ab 2013 stellt die Ärztekammer diesen Aufkleber allen Ausbildungsstätten zur Verfügung, um sich als solcher in der Öffentlichkeit erkennbar zu machen.

Mit
Unterstützung der



Ausbildungsbörsen/-messen

Die Ärztekammer hat das Berufsbild MFA im Rahmen von 27 Ausbildungsbörsen, die von Arbeitsagenturen, Kommunen und Schulen organisiert werden, vorgestellt. Hierbei informierten sich Schülerinnen und Schüler der unterschiedlichen Schulformen über die Ausbildung und berufliche Perspektiven. Die Veranstaltungen sollen den Jugendlichen die Berufswahl und den Übergang von der Schule in die Berufsausbildung erleichtern.

Einstiegsqualifizierung und Qualifizierungsbausteine

Die Unterstützung von Jugendlichen bei der Berufswahl und die Berufsvorbereitung ist eine geeignete Strategie, um Auszubildende für den Beruf der MFA zu gewinnen und dem prognostizierten Fachkräftemangel zu begegnen.

Jungen Menschen, insbesondere sozial benachteiligten und lernschwachen Jugendlichen, soll der Einstieg in eine Ausbildung erleichtert werden. Instrumente der Berufsvorbereitung sind Einstiegsqualifizierungen und „Qualifizierungsbausteine“. Absolventen einer berufsvorbereitenden Maßnahme können für den Ausbildungsberuf MFA keine Ausbildungszeitverkürzung beantragen.

Einstiegsqualifizierungen (EQ) werden als gesetzliche Regelleistungen des SGB III gefördert. Diese Bildungsmaßnahme hat eine Dauer von mindestens 6 Monaten und ist zeitlich begrenzt auf maximal 12 Monate. 115 EQ-Verträge wurden im Berichtszeitraum bei der Ärztekammer eingetragen. Davon mündeten 60 Einstiegsqualifizierungen in ein reguläres Ausbildungsverhältnis. Sechs Verträge wurden vor Ablauf der EQ-Maßnahme beendet.

Als sozialpädagogisch orientiertes Angebot zur Berufsvorbereitung werden „Qualifizierungsbausteine“ bei Bildungsträgern durchgeführt. Mit Hilfe sogenannter „Qualifizierungsbausteine“ soll der gezielte Erwerb von fachbezogenen Basisqualifikationen gesichert werden. Die Lerninhalte der vom Bildungsträger entwickelten „Qualifizierungsbausteine“ basieren zeitlich und inhaltlich auf der jeweiligen Ausbildungsverordnung. Die zuständige Kammer prüft und bestätigt dann die Inhalte. Im Berichtszeitraum wurde die Maßnahme von zwei Bildungsträgern beantragt.

Ausbildung:

Zusatzqualifikation „Qualitätsmanagement“

Das im Jahr 2010 gestartete Pilotprojekt „Qualitätsmanagement in der Erstausbildung“, an dem sich 10 Berufskollegs im Kammerbereich Westfalen-Lippe beteiligt hatten, wurde im Berichtszeitraum erfolgreich beendet. Nach bestandener, zentral gestellter Abschlussklausur konnten 180 Absolventen ihr Zertifikat über die insgesamt 100-stündige Qualifizierungsmaßnahme entgegennehmen. Elf weitere Berufskollegs haben sich im Berichtszeitraum dazu entschieden, diese Zusatzqualifikation in ihr Beschulungsangebot für MFAs mit aufzunehmen. Das Angebot war entstanden, um leistungsstarken Auszubildenden über die Ausbildung hinaus den Weg zur Anerkennung zur/zum Qualitätsmanagementbeauftragten in der Praxis zu ebnen. Für die Befähigung können die Absolventen ab 2013 an einem 40-stündigen abschließenden Fortbildungsangebot der Kammer teilnehmen.

Besuch von Berufsschulklassen

Auch im Berichtsjahr wurde die Ärztekammer wieder von unterschiedlichen MFA-Berufsschulklassen besucht. 207 Schülerinnen aus 10 Klassen informierten sich in einer gut zweistündigen Veranstaltung über die Aufgaben der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung, ihre beruflichen Perspektiven, die Aufgaben der Patientenberatung, Qualitätsmanagement in der Praxis sowie EBM-Abrechnung.

Teilzeitausbildung

Für junge Mütter, die die Ausbildung und ihre Betreuungspflichten erfüllen und vereinbaren müssen, eröffnet das Berufsbildungsgesetz die Möglichkeit der Teilzeitausbildung. Im Berichtszeitraum haben sich 19 Auszubildende für die Berufsausbildung in Teilzeit entschieden. Schwangere Auszubildende und deren ausbildende Ärzte werden über die Option und die Umsetzung informiert. Für eine übersichtliche und schnelle Information wurde im Berichtszeitraum zu diesem Thema ein Flyer erstellt.

Ausbilderbefragung

Die Ärztekammer hat evaluiert, wie Ausbilder die Serviceleistungen der Kammer beurteilen und nutzen. Den dazu erstellten Antwortbogen hatte der Arbeitskreis „Medizinische Assistenzberufe“ in seiner Aprilsitzung beschlossen, sodass der Bogen zusammen mit den Zwischenprüfungsergebnissen an 1.512 Ausbilder versandt wurde. Die gute Rücklaufquote von 32 % und das ausgewertete Ergebnis sind erfreulich. Ausbilderseitig (301 Stimmen) wird als zusätzliche Serviceleistung der Ärztekammer eine Online-Stellenbörse für examinierte MFA als sehr wichtig bzw. wichtig eingestuft. Die Ärztekammer wird 2013 die Umsetzung prüfen. Eine Online-Ausbildungsplatzbörse ist seit 2006 auf der Kammerhomepage etabliert.

Projekt CoSMed

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekt CoSMed (Kompetenzdiagnostik durch Simulation und adaptives Testen für Medizinische Fachberufe) betrachtet typische Abläufe und Handlungsanforderungen des Berufes MFA und bildet diese in Form einer Simulation ab. Dabei sollen die Fähigkeiten angehender MFAs computerunterstützt erfasst und getestet

werden. Als Mitglied im Projektbeirat hat die Ärztekammer sich am Expertenworkshop beteiligt. Hier wurden die Arbeitsplatzanforderungen, typische Handlungsabläufe und erforderliche Kompetenzen im sozial-kommunikativen Arbeitskontext der MFA erarbeitet. Das Projekt hat eine Laufzeit bis 2014.

Fortbildung:

„Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“

Diese Aufstiegsfortbildung nach §§ 1 Abs. 4 und 54 Berufsbildungsgesetz erfährt zunehmende Beliebtheit. 59 Fortbildungswillige hatten sich für die berufsbegleitende, 300-stündige Fortbildung im Pflichtteil an den Fortbildungsstandorten Soest und Bünde entschieden.

13 Angehörige der Bundeswehr (examinierte Medizinische Fachangestellte, die im ganzen Bundesgebiet als Unteroffiziere in Sanitätszentren tätig sind) absolvieren das Curriculum erstmalig ganztägig am neuen Fortbildungsstandort in Hamm. Die Ärztekammer freut sich insbesondere über die Möglichkeit, die Fortbildung zukünftig auch als Ganztagskurs regelmäßig anbieten zu können.

Auch die Anreize der unterschiedlichen Förderungen (auf Landes- und Bundesebene) werden von den Kursteilnehmern in Anspruch genommen. Im Berichtszeitraum nahm die Ärztekammer entgegen: 12 Prämiengutscheine, 11 Bildungsschecks, 1 Meister-BAföG. 6 angehende Fachwirte werden mit einem Stipendium der Begabtenförderung unterstützt.

Drei Kursdurchgänge endeten für 77 Teilnehmer im Berichtszeitraum durch Fortbildungsprüfung, davon in 76 Fällen mit einem positiven Prüfungsergebnis.

Stiftung Begabtenförderung berufliche Bildung – Weiterbildungsstipendium – Förderprogramm des Bundesministeriums für Bildung und Forschung

Das Weiterbildungsstipendium ist ein berufsbegleitendes Förderprogramm des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Es unterstützt besonders talentierte und motivierte Berufseinsteiger, sich in ihrem Beruf zu entwickeln, neue Kompetenzen und Fertigkeiten aufzubauen aber auch mit fachübergreifenden Weiterbildungen den Horizont zu erweitern. Das Stipendium kann über die

Ärzttekammer Westfalen-Lippe beantragt werden. Die Beratung und Information erfolgt im Vorfeld. Per Rundschreiben werden besonders gute Absolventen aus der Abschlussprüfung MFA des Jahres auf das Weiterbildungsstipendium aufmerksam gemacht. Für maximal drei Jahre stehen pro Stipendiat bis zu 6.000 € für anspruchsvolle Weiterbildungen zur Verfügung. Im Berichtszeitraum konnten 21 Bewerberinnen in die Begabtenförderung neu aufgenommen werden. Insgesamt hatten im Berichtszeitraum 54 Stipendiaten Anspruch auf Fördermittel. Gefördert wurden im Jahr 2012 Fortbildungen zum/zur Fachwirt/in ambulante medizinische Versorgung (Pflichtteil), Fachwirt/in im Sozial- und Gesundheitswesen, Ernährungsmedizin, Ernährungsberatung, Ernährungscoach, Häufige Krankheitsbilder in der hausärztlichen Praxis, Reise- und Tropenmedizin, Arzneimittelversorgung – Grundlagen Arzneimitteltherapie, Applikations- u. Darreichungsformen -, Notfallmanagement, Onkologie, Patientenbegleitung und Koordination – Casemanagement, Praktische Psychologie, Praxisorganisationsmanager/-in, Sedierung in der gastro-intestinalen Endoskopie, Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, Kommunikation und Gesprächsführung – Wahrnehmung und Motivation, Datenschutz in der Arztpraxis, Betriebswirt/in (VWA). Ausbildung der Ausbilder.

Für in der Onkologie tätige MFAs - Kursanerkennungen externer Anbieter

In der novellierten Fassung der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten „Onkologievereinbarung“ ist die kontinuierliche interne und externe Fortbildung des Praxispersonals vorgeschrieben. Dabei muss die MFA jährlich mindestens an einer onkologischen Fortbildungsveranstaltung teilnehmen, die von der Ärztekammer anerkannt ist. Von externen Kursveranstaltern wurden fünf unterschiedliche Auffrischungsfortbildungen anerkannt.

Neukonzeption Betriebswirt/in im Gesundheitswesen

Die in 2011 begonnenen Arbeiten an einer bundeseinheitlichen Regelung „Betriebswirt/in im Gesundheitswesen“ wurden im Berichtszeitraum fortgeführt. Konkreter Anstoß für die Überarbeitung der bestehenden Regelung war, dass durch eine neue Fortbildungsverordnung auf Bundesebene „Geprüfte/r Fachwirt/in im Gesundheits- und Sozialwesen“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung vom 04.08.2011 die beiden Betriebswirte-Regelungen der Ärztekammer Schleswig-Holstein und der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe bis 2015 außer Kraft treten.

Die Betriebswirtin soll auf der betriebswirtschaftlichen und der Managementebene eingesetzt werden. Sie soll diejenigen Ärzte unterstützen, die neben ihren ärztlichen Kernaufgaben zusätzlich

große Ressourcen in Organisation und Verwaltung investieren und ggf. auch Einrichtungs- und Versorgungsstrukturen optimieren wollen. Insbesondere in größeren ambulanten Einrichtungen und kooperativen Versorgungsformen, z. B. regionalen Versorgungszentren, primären Versorgungspraxen, Praxisverbünden oder Ärztenetzen benötigen Ärzte zukünftig verstärkt qualifiziertes Fachpersonal, das sie von Verwaltungs-, Organisations- und Managementaufgaben entlastet.

In der ersten Phase des Projektes von August 2011 bis März 2012 lag die Geschäftsführung bei der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe. In dieser Phase wurden das Berufsbild und das Tätigkeitsspektrum erarbeitet, Umfang und Struktur der Fortbildung sowie die Prüfungsregelung festgelegt. In der noch bis Frühjahr 2013 laufende zweiten Projektphase werden unter gemeinsamer Geschäftsführung von Bundesärztekammer und Ärztekammer Schleswig-Holstein die Musterfortbildungs- und –prüfungsordnung sowie ein detailliertes Curriculum/Stoffkatalog erarbeitet.

Dabei erfolgt die inhaltliche Ausgestaltung der acht Module durch die beteiligten Ärztekammern. Ergänzend werden noch einheitliche Anrechnungsmodalitäten für die Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung auf die Betriebswirtin konsentiert.

Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen für den Beruf der Medizinischen Fachangestellten

Seit dem 1. April 2012 haben alle Personen mit einem im Ausland erworbenen Berufsabschluss einen Anspruch auf Überprüfung der Gleichwertigkeit ihrer im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen mit einem deutschen Berufsabschluss.

Personen, denen die volle Gleichwertigkeit ihrer Auslandsqualifikation bescheinigt wird, haben die gleichen Rechte wie Personen mit einem deutschen Prüfungszeugnis. Es wird ihnen allerdings kein deutsches Prüfungszeugnis erteilt, sondern ein Gleichwertigkeitsbescheid.

Die Bescheinigung der Gleichwertigkeit ist für die Ausübung des Berufs „Medizinische Fachangestellte“ keine zwingende Voraussetzung, das heißt, man kann sich auch ohne eine formale Gleichwertigkeitsbescheinigung auf dem Arbeitsmarkt bewerben. Eine Gleichwertigkeitsfeststellung macht die im Ausland erworbene Qualifikation jedoch transparent. Damit ist die Qualifikation für einen Arbeitgeber besser einzuschätzen.

Den Anspruch auf das Anerkennungsverfahren regelt das Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (Berufsqualifikationenfeststellungsgesetz, kurz BQFG Bund).

Die Ärztekammern sind zuständige Stelle für die Durchführung des Verfahrens nach BQFG mit dem deutschen Berufsabschluss „Medizinische Fachangestellte“. Das Gesetz räumt den zuständigen Stellen die Möglichkeit ein, diese Aufgabe anderen zuständigen Stellen zu übertragen.

Die nachfolgenden 12 (Landes-)Ärztekammern haben bzw. werden die Aufgabe nach dem BQFG mit Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde an die Ärztekammer Westfalen-Lippe übertragen: Die (Landes-)Ärztekammern Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen. Mit der Ärztekammer Brandenburg wurde eine Vereinbarung über die Begutachtung der Anträge geschlossen.

Im Berichtszeitraum erreichten die Ärztekammer Westfalen-Lippe 23 schriftliche Anfragen zur Gleichwertigkeitsfeststellung. In 16 Fällen konnte als Referenzberuf die „Medizinische Fachangestellte“ ausgemacht werden. Die Berufsabschlüsse wurden in folgenden Ländern erworben: Russland (6), Weißrussland (3), Aserbaidschan (2), USA (2), Rumänien (1), Schweiz (1) und Ukraine (1).

In zwei Fällen lag ein wesentlicher Unterschied des ausländischen Abschlusses im Vergleich mit dem Referenzberuf MFA in der Dauer der Ausbildungszeit. Daher wurde empfohlen, die Ausbildung zur MFA in gekürzter Zeit (unter zeitlicher Anrechnung der ausländischen Bildung) zu absolvieren oder auf die Erfüllung der Zulassungskriterien zur Abschlussprüfung als sogenannte Externe (ohne Ausbildungsverhältnis, nach nachgewiesener 4 ½-jähriger Berufstätigkeit) hinzuarbeiten.

Vier Anträge wurden aufgrund eines anderen Referenzberufes an andere zuständige Stellen weitergeleitet. Dies betraf die Berufe „Gesundheits- und Krankenpflegerin“, „Medizinisch-Technische Laboratoriumsassistentin“, „Altenpflegerin“ und „Physiotherapeut“. Eine Anfrage ließ keine Antragstellung zu. In diesem Fall wurde lediglich ein Fortbildungszertifikat (75 UE) im Ausland erworben. Für das Verfahren ist ein Abschluss einer im Ausland erfolgreich absolvierten Berufsausbildung erforderlich.

Auszeichnungen / Ehrungen

Seit 2005 erhalten Ausbildungsstätten für langjährig engagierte Ausbildung eine Urkunde als Anerkennung ihrer Ausbildungsleistung. Die für diese Auszeichnung definierten Kriterien – Ausbildung seit 20 Jahren und mindestens 6 Ausbildungsverhältnisse mit Erfolg zu Ende geführt sowie

einen geringeren Anteil als 33 % der wieder gelösten Verträge – traf im Berichtszeitraum auf 111 Praxen zu.

Für die Ehrung von langjährig tätigen MFAs stellt die Ärztekammer dem Arzt als Arbeitgeber als besonderes Serviceangebot eine Urkunde mit Brosche kostenlos zur Verfügung. Ehrungskriterium ist, dass die Mitarbeiterin examiniert ist und entweder mindestens 10 Jahre in derselben Praxis oder insgesamt 20 Jahre in verschiedenen Praxen tätig gewesen ist. Im Berichtszeitraum wurden 81 Urkunden für langjährig tätige MFAs ausgestellt.

In Anerkennung seiner langjährigen Tätigkeit als Ausbildungsberater hat die Ärztekammer Westfalen-Lippe Dr. Peter Bennemann mit der Silbernen Ehrennadel der Kammer ausgezeichnet. Fast 30 Jahre war der Allgemeinmediziner aus Bochum engagiert für die Ärztekammer tätig.

Ausbildung in Zahlen:

1. Ausbildungssituation im Berichtszeitraum

Eingetragene Berufsausbildungsverträge inkl. Umschulungsverträge

Die Zahl der eingetragenen Berufsausbildungsverträge hat sich im Berichtszeitraum (1.699) im Vergleich zum Vorjahr (1.726) um 1,6 % (= 27 Verträge) verringert. Wieder gelöscht wurden 189 Verträge. Somit kam es zu 25,2 % (= 38 Verträge) mehr Auflösungen als im Vorjahr.

In dem sonst typischen Frauenberuf haben sich im Berichtszeitraum 16 Männer neu für die Ausbildung zum Medizinischen Fachangestellten entschieden. Insgesamt stehen 33 Männer im Ausbildungsverhältnis.

Eingangsqualifikation der Auszubildenden

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der im Berichtszeitraum eingetragenen und noch bestehenden Berufsausbildungsverhältnissen ist bei 110 Auszubildenden = 7,3 % die Hochschulreife. 291 Auszubildende = 19,3 % haben die Fachhochschulreife, 925 Auszubildende = 61,3 % haben den Realschulabschluss bzw. die Fachoberschulreife, 175 Auszubildende = 11,6 % den

Hauptschulabschluss. 9 Auszubildende = 0,6 % weisen einen sonstigen Schulabschluss (ausländischer Abschluss o. ä.) nach.

Anträge auf Verlängerung der Ausbildungszeit

Im Berichtszeitraum wurden insgesamt 159 Berufsausbildungsverhältnisse verlängert; im Vorjahr waren dies noch 135 Verlängerungen. 22 Anträgen nach § 8 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz wurde stattgegeben, da die Verlängerung erforderlich war, um das Ausbildungsziel zu erreichen (Vorjahr 17). 36 Berufsausbildungsverhältnisse wurden verlängert aufgrund der Inanspruchnahme von Elternzeit nach Mutterschutzgesetz/Bundeserziehungsgeldgesetz (Vorjahr 25), 101 Berufsausbildungsverhältnisse aufgrund der nicht bestandenen Abschlussprüfung Sommer 2012 und Winter 2011/12 nach § 21 Abs. 3 Berufsbildungsgesetz.

2. Prüfungen

Zwischenprüfung MFA 2012

An der Zwischenprüfung nahmen insgesamt 1.512 MFA-Auszubildende teil. Der Kammerdurchschnitt liegt für den medizinischen Bereich bei 67 % (Vorjahr: 72 %). Im kaufmännischen Bereich wurden durchschnittlich 69 % (Vorjahr: 78 %) erreicht. Durchschnittsergebnisse der fünf Prüfungsbereiche: Arbeits- und Praxishygiene 62 %, Schutz vor Infektionskrankheiten 52 %, Untersuchungen und Behandlungen vorbereiten 76 %, Verwaltungsarbeiten 69 %, Datenschutz und Datensicherheit 71 %.

Anträge auf Zulassung zur Abschlussprüfung

Vorzeitig zur Abschlussprüfung Winter und Sommer konnten 94 Prüfungsbewerber nach § 45 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz zugelassen werden. In zwei Fällen konnte dem Antrag nicht entsprochen werden. Hier waren die erforderlichen Voraussetzungen nicht gegeben. 11 Antragstellerinnen wurden nach § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz extern zur Prüfung zugelassen.

Der Prüfungsausschuss hatte im Weiteren nach § 46 Abs. 1 über 21 Anträge auf Zulassung zur Abschlussprüfung wegen nicht unerheblicher Fehlzeiten während der dreijährigen Ausbildungszeit zu entscheiden.

Abschlussprüfung Winter 2011/12

Die Prüfung der „Medizinischen Fachangestellten“ fand im Kammerbereich an den vier Winter-Prüfungsorten Bad Oeynhausen, Castrop-Rauxel, Dortmund und Münster statt. Der schriftliche Teil der Abschlussprüfung erfolgte am 22. und 23. November. Der praktische Teil wurde in der zweiten Januarhälfte 2012 vor den Prüfungsausschüssen der Ärztekammer durchgeführt.

An der Abschlussprüfung haben 216 Prüflinge teilgenommen, von denen 35 = 16,2 % die Prüfung nicht bestanden hatten. 10 davon scheiterten am praktischen Teil der Prüfung mit nicht ausreichenden Leistungen, die zum Nichtbestehen der Gesamtprüfung führten.

56 nahmen als Erstprüflinge mit regulärer Ausbildungszeit teil. 75 wurden vorzeitig zur Abschlussprüfung zugelassen. 85 wiederholten die MFA-Prüfung. 38 erreichten die Note „gut“, 77 die Note „befriedigend“ und 66 die Note „ausreichend“.

Abschlussprüfung Sommer 2012

Die Prüfung zur Medizinischen Fachangestellten fand an allen 36 Berufskollegs mit Fachklassen für Medizinische Fachangestellte im Kammerbereich statt. Der schriftliche Teil der Prüfung erfolgte am 23. und 24. April 2012. Der praktische Teil der Prüfung fand im Zeitraum Mai/Juni 2012 statt.

Es haben 1.413 Prüflinge an der Abschlussprüfung MFA Sommer 2012 teilgenommen. Davon haben 1.313 = 92,9 % die Prüfung bestanden. Nicht bestanden wurde die Prüfung von 100 Prüflingen = 7,1 %. Von den 1.313 erreichten 21 die Note „sehr gut“, 355 die Note „gut“, 636 die Note „befriedigend“ und 301 die Note „ausreichend“.

Prüfungsbeste

Am 2. Juli 2012 lud die Ärztekammer die Prüfungsbesten der Abschlussprüfung Sommer 2012 und ihre Ausbilder nach Münster ein und zeichnete sie für ihre besonderen Leistungen mit Urkunden und Buchpräsenten aus. Die 21 Prüfungsbesten, die von 15 der 36 Prüfungsorte gemeldet

wurden, erreichten mindestens 92 von 100 Punkten. Von den 21 Prüfungsbesten hatte 5 den Realschulabschluss/die Fachoberschulreife, 7 die Fachhochschulreife und 9 die Hochschulreife als höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss.

Fortbildungsprüfung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“

Der Pflichtteil der Fortbildung wurde im Berichtszeitraum durch Fortbildungsprüfung nach § 54 BBiG an drei Fortbildungsstandorten (Bünde, Gelsenkirchen und Soest) zu unterschiedlichen Prüfungsterminen beendet.

Insgesamt wurden 77 Fortbildungsteilnehmer geprüft. Davon hatte eine Teilnehmerin die Prüfung nicht bestanden (1,3 %), für eine Teilnehmerin wurde aufgrund der Nichtteilnahme die Prüfung als „nicht abgelegt“ gewertet. Entsprechend der Erwartungen wurden wieder sehr gute bis gute Ergebnisse erreicht: 10 Teilnehmer (13 %) Note „sehr gut“, 38 Teilnehmer (49,4 %) Note „gut“. Befriedigende Leistungen wurden von 22 Teilnehmern (28,6 %) erreicht. Die Note „ausreichend“ wurde 5 mal (6,5 %) vergeben.

Die volle Anerkennung als Fachwirt/in konnte im Berichtszeitraum 35 Kursteilnehmern ausgesprochen werden. Dafür ist neben Absolvierung der Fortbildungsprüfung im Pflichtteil ein mindestens 120-stündiger absolvierter Wahlteil erforderlich. Hierfür kann die angehende Fachwirtin je nach Praxisschwerpunkt und Interessenlage unter verschiedenen Themen mit medizinischer Schwerpunktsetzung auswählen. Ein Fortbildungskurs des Wahlteils muss mindestens 40 Stunden umfassen.

3. (Ausbildungs-)Berater

Die 31 nach § 76 Berufsbildungsgesetz berufenen ehrenamtlichen Berater wurden im Berichtszeitraum in fünf Fällen eingeschaltet.

In einem Fall wurde ein Antrag auf Ausnahmegenehmigung zur Einstellung und Beschäftigung von zwei Auszubildenden gestellt, wobei der Antragsteller keine examinierte MFA beschäftigte. Nach kritischer Prüfung vor Ort kam der eingesetzte Ausbildungsberater zu der Empfehlung, die Ausnahmegenehmigung unter der Voraussetzung zu erteilen, dass zusätzlich eine MFA auf 400-Euro-Basis eingestellt wird.

In einem Fall hat die von der Kammer eingesetzte Ausbildungsberaterin bewirkt, dass die erforderlichen Unterlagen zur Eintragung in das Verzeichnis der Kammer vollständig vorliegen und das Ausbildungsverhältnis eingetragen werden konnte.

In einem weiteren Fall, in dem der Ausbildungsberater vermittelnd eingesetzt wurde, gab es Streitigkeiten im Ausbildungsverhältnis. Wegen unüberbrückbarer Differenzen hatte der Ausbildungsberater der Auszubildenden zwei Bewerbungskontakte geliefert. Die Auszubildende hatte sich dann aber entschieden, die Ausbildung als MFA aufzugeben.

In einem anderen Fall äußerte eine Auszubildende den Verdacht, ihr Ausbilder würde seine Patientinnen mit versteckten Kameras im Behandlungszimmer filmen. Die Auszubildende wurde von der Ausbildungsberaterin bei der Strafanzeigenstellung begleitet. Die Staatsanwaltschaft ermittelt, die Approbation des Arztes ruht.

In einem weiteren Fall hat sich ein Arzt hilfesuchend an die Kammer gewandt. Er befürchtete, seine Auszubildende könne die Ausbildung aus gesundheitlichen und familiären Gründen nicht beenden. Die eingeschaltete Ausbildungsberaterin konnte in einem ausführlichen Gespräch mit dem Ausbilder seine Bedenken ausräumen. Das Ausbildungsverhältnis besteht weiter.

Die Ausbildungsberater werden oftmals direkt von Ratsuchenden kontaktiert.

4. Schlichtungsausschuss

Der bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe nach § 111 Arbeitsgerichtsgesetz eingerichtete Schlichtungsausschuss zur Beilegung von Streitigkeiten zwischen Ausbildenden und Auszubildenden wurde im Berichtszeitraum in 18 Fällen angerufen. Gründe für die Antragstellung durch den Arbeitgeber: Verletzung der Schweigepflicht (1) und Urkundenfälschung bei Entschuldigungen für das Berufskolleg und Privatrezepten (1). In 16 Fällen erfolgte die Antragstellung durch die Auszubildende: Kündigung durch den Arbeitgeber (9), Ausstehen der Ausbildungsvergütung (5), Vorwurf der Nötigung zur Einwilligung der einvernehmlichen Auflösung (1) sowie Vorwurf des Diebstahls (3).

Im Berichtszeitraum wurden vier Schlichtungsverhandlungen durchgeführt, da in 10 Fällen eine Einigung vorab erzielt wurde und zwei Anträge mangels Zuständigkeit abgewiesen wurden (das

Ausbildungsverhältnis war bereits beendet worden). Zwei Schlichtungsverhandlungen werden für 2013 terminiert.

Von den durchgeführten Schlichtungsverhandlungen konnte zweimal eine Einigung erzielt werden, die weiteren zwei scheiterten – da keine Einigung möglich war.

Fortbildung

Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung der ÄKWL

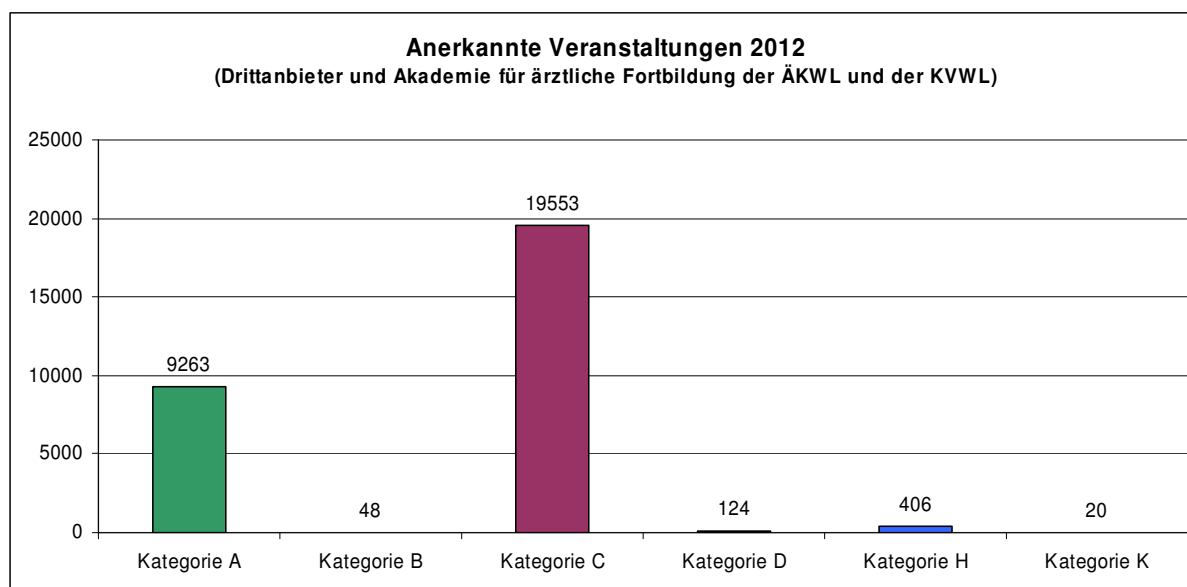
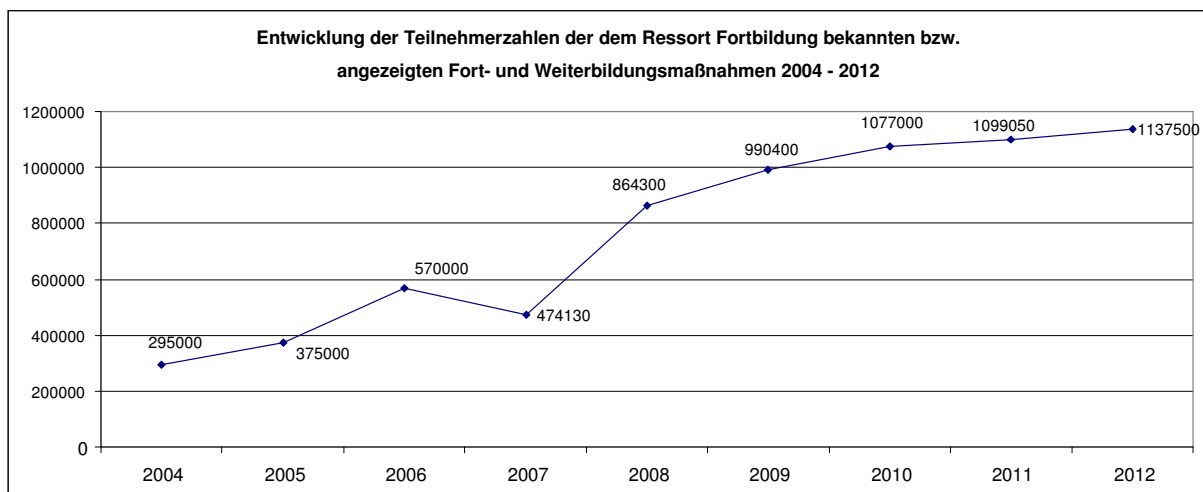
Anerkennung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

Die Anzahl der im Jahr 2012 von der Ärztekammer Westfalen-Lippe anerkannten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen von Drittanbietern ist im Vergleich zu 2011 wiederum gestiegen. Von Januar bis Dezember 2012 wurden insgesamt 28.935 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen von externen Veranstaltern anerkannt (ohne anerkannte Qualitätszirkel). Das kommt einer Steigerung von 3,42 % gegenüber dem Vorjahr gleich. Dies ist die höchste Anzahl von anerkannten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen seit Einführung der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung im Jahr 1999.

Die Anzahl der im Jahr 2012 anerkannten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL beträgt 514 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Zum Ende des Berichtsjahres waren darüber hinaus 1.658 Qualitätszirkel im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung anerkannt, von denen 70 Qualitätszirkel im Berichtszeitraum anerkannt wurden. Ausgehend von etwa 6 Treffen jährlich je Qualitätszirkel fanden damit über 9.948 weitere Fortbildungen innerhalb der Qualitätszirkel statt.

Ca. 1.137.500 Teilnehmer/innen besuchten 2012 die der Kammer bekannten Fortbildungsmaßnahmen. Dies bedeutet im Vergleich zu 2011 eine Steigerung um 3,50 %.



Kategorie A: Vortrag und Diskussion

Kategorie B: Mehrtägige Kongresse im In- und Ausland

Kategorie C: Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers

Kategorie D: Strukturierte interaktive Fortbildung über Printmedien, Online-Medien und audiovisuelle Medien mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform

Kategorie H: Curriculär vermittelte Inhalte, z. B. in Form von curriculären Fortbildungsmaßnahmen, Weiterbildungskurse, Zusatzstudiengänge

Kategorie K: Blended-Learning-Fortbildungsmaßnahme: inhaltlich und didaktisch miteinander verzahnte Kombination aus tutoriell unterstützten Online-Lernmodulen und Präsenzveranstaltungen

Anerkannte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen 2012	
Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und KVWL	514
Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen externer Anbieter	28.830
Qualitätszirkel	70
Fortbildungsmaßnahmen nach § 10 anerkannter Veranstalter	105

Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern gemäß § 10 der Satzung „Fortbildung und Fortbildungszertifikat“ der ÄKWL

Mit Inkrafttreten der Satzung „Fortbildung und Fortbildungszertifikat“ der ÄKWL wurde 2005 die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern gemäß § 10 der Satzung eingeführt. Im Verlauf der seither vergangenen Jahre beantragten tendenziell immer weniger Fortbildungsveranstalter eine Anerkennung gemäß § 10 der Satzung „Fortbildung und Fortbildungszertifikat“. Im Jahr 2012 gab es sechs von der Ärztekammer Westfalen-Lippe anerkannte Veranstalter. Insgesamt wurden von ihnen im Berichtszeitraum 105 Fortbildungsmaßnahmen eigenständig im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung anerkannt. Sie gliedern sich in 83 Vortrags- und 20 Seminarveranstaltungen (Kategorie A und C). Hinzu kamen 2 Hospitationen (Kategorie G).

Das Fortbildungszertifikat

Nachdem nahezu alle Ärzte/innen den Nachweis über ihre erfüllte Fortbildungspflicht spätestens zu den beiden ersten Stichtagen – 30.06.2009 für Vertragsärzte/innen und 31.12.2010 für Fachärzte/innen im Krankenhaus – durch ein Fortbildungszertifikat erbracht haben, beantragten zahlreiche Ärzte/innen, die inzwischen wiederum mindestens 250 Fortbildungspunkte gesammelt haben, ein aktuelles Fortbildungszertifikat. Der Fortbildungsnachweis wurde im Jahr 2012 2.906-mal für westfälisch-lippische Ärzte/innen ausgestellt. Insgesamt waren somit 21.289 Ärzte/innen am 31.12.2012 im Besitz dieser Urkunde.

Stichprobenverfahren zur Produktneutralität bei gesponserten Fortbildungsmaßnahmen

Im Jahr 2009 hat die Ärztekammer Westfalen-Lippe im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung eine stichprobenartige retrospektive Befragung der Teilnehmer an gesponserten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Hinblick auf die wirtschaftliche Unabhängigkeit und Produktneutralität der vermittelten Fortbildungsinhalte eingeführt. Die standardisierte, IT-gestützte monatliche Befragung ausgewählter Teilnehmer nach dem Zufallsprinzip ist ein wichtiges Element im Hinblick auf die Qualitätssicherung bei der Bewertung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung. Die Befragung ist in der Ärzteschaft auf eine gute Akzeptanz gestoßen. Im Jahresdurchschnitt haben 2012 73,89 % aller angeschriebenen Teilnehmer den Fragebogen an die Ärztekammer Westfalen-Lippe zurückgeschickt. Das entspricht etwa der Rücklaufquote vom vergangenen Jahr (78,13 %).

Im Berichtsjahr bestanden bei keiner von den insgesamt 360 einer Stichprobe unterzogenen Fortbildungsveranstaltungen Zweifel an der Produktneutralität.

eÄKWL – Online-Antragstellung / -Antragsbearbeitung zur Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung der ÄKWL

Im Rahmen des Projektes eÄKWL ist als 1. Fachanwendung die Online-Antragstellung und Online-Antragsbearbeitung zur Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung vorgesehen. Die Ansprüche an den elektronischen Prozess sind neben einer hohen Effizienz eine einfache und anwenderfreundliche Bedienbarkeit, um schnellstmöglich eine große Akzeptanz bei den Antragstellern zu schaffen und die Arbeitsabläufe innerhalb des Ressorts/Sachgebietes zu optimieren.

Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL

Lebenslanges Lernen – Wissen managen mit der Akademie für ärztliche Fortbildung –

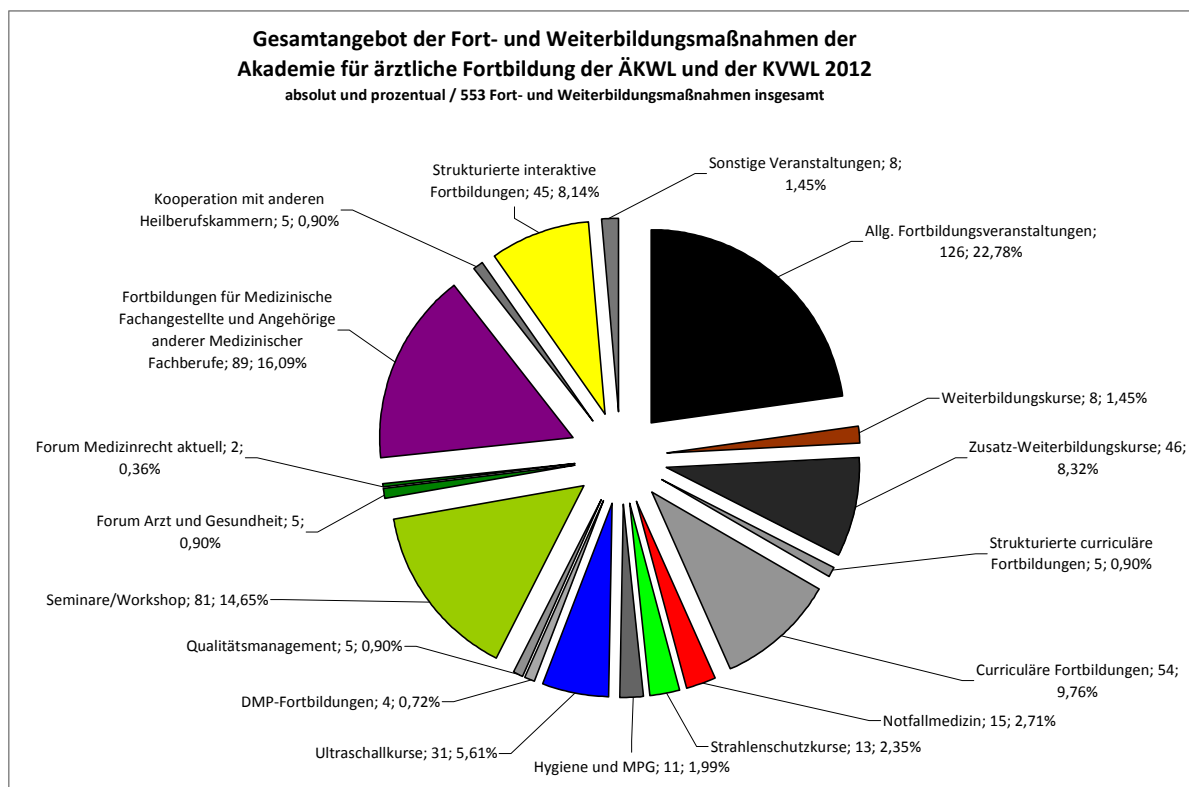
Die berufsbegleitende Aktualisierung des Wissens und die kontinuierliche Erweiterung der fachlichen Kompetenz gehören seit jeher zum ärztlichen Selbstverständnis. Die Förderung der beruflichen Fortbildung hat für die Ärztekammer Westfalen-Lippe einen hohen Stellenwert. Ärztinnen und Ärzte und auch Angehörige anderer Medizinischer Fachberufe, hier in erster Linie die Medizinischen Fachangestellten, finden in Westfalen-Lippe im Rahmen der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL ein umfassendes Fort- und Weiterbildungsangebot.

Ziel der Fortbildung ist die permanente Verbesserung der Behandlungsqualität und somit die Gewährleistung einer hohen Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten. Sie vermittelt unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse und neuer medizinischer Verfahren das zum Erhalt und zur Fortentwicklung notwendige Wissen in der Medizin und der medizinischen Technologie. Fortbildung soll sowohl die Vermittlung fachspezifischer als auch interdisziplinärer fachübergreifender Kenntnisse, die Einübung von klinisch-praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Verbesserung kommunikativer und sozialer Kompetenzen umfassen.

Fortbildung ist dann erfolgreich, wenn sie einerseits objektive Wissens- und Handlungslücken schließt und andererseits das subjektive, individuell empfundene Fortbildungsbedürfnis abdeckt. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe nimmt ihre in § 6 Abs. 4 des Heilberufsgesetzes NW geregelte Aufgabe sehr engagiert wahr, die berufliche Fortbildung der Kammerangehörigen zu fördern und dazu beizutragen, dass die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten für das gesamte Berufsleben dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Praxis entsprechen. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe unterstützte auch 2012 die kontinuierlichen Bemühungen ihrer Mitglieder um Qualitätssicherung und -verbesserung in der Patientenversorgung durch formale und inhaltliche Empfehlungen zur Durchführung von Fortbildungen und qualitativ hochwertige eigene Veranstaltungsangebote im Rahmen ihrer Fortbildungsakademie.

Ärztinnen und Ärzte in Westfalen-Lippe unternahmen auch im Jahr 2012 intensive Anstrengungen, um auf dem aktuellen Stand der medizinischen Entwicklung und fachlich kompetent zu sein, mit dem Ziel, die Qualität ärztlicher Leistung ständig zu verbessern und die Patientenversorgung weiter zu optimieren.

Die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL registrierte in ihren 553 eigenen im Berichtsjahr 2012 durchgeführten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen 25.257 Teilnehmer/innen.



Die Anzahl der von der Akademie für ärztliche Fortbildung durchgeführten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen weicht von der im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung anerkannten Maßnahmen ab, da die Anerkennung und Durchführung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in unterschiedlichen Berichtsjahren erfolgen kann. Zudem ist in dem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass nicht alle Fortbildungsmaßnahmen eine Anerkennung im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung erfahren. Dies gilt insbesondere für die Fort- und Spezialisierungsangebote für Medizinische Fachangestellte und Angehörige anderer Medizinischer Fachberufe sowie für Veranstaltungen, die aufgrund ihrer Inhalte nicht Gegenstand der Zertifizierung sind.

Kooperationen mit anderen Heilberufskammern

Im Berichtsjahr 2012 hat die Ärztekammer Westfalen-Lippe über die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL die Kooperationen mit den anderen Heilberufskammern weiter fortgeführt. Mit der Apothekerkammer Westfalen-Lippe sowie mit der Akademie für Fortbildung der

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe fanden Veranstaltungen an unterschiedlichen Standorten im Kammergebiet statt. Ziel der gemeinsamen Aktivitäten im Bereich Fortbildung ist es, den Dialog zwischen den verschiedenen Heilberufen im Sinne einer optimierten Patientenversorgung zu fördern.

Themen / Inhalte:

Gendiagnostik/Genomanalyse – Möglichkeiten und Grenzen

Medikamentenmanagement – Polypharmazie aus der Sicht des Arztes und des Apothekers

Viren, Bakterien, Pilze, multiresistente Keime und Co.

Off-Label-Use und Aut-Idem

Behandlung von Patienten mit Migrationsvorgeschichte – Kulturfallen im ärztlichen Alltag

Spezialisierungsqualifikationen für Medizinische Fachangestellte

Auch im Berichtsjahr setzte die Ärztekammer Westfalen-Lippe sich sehr engagiert für die Qualifizierung von nichtärztlichen Mitarbeitern/innen in Arztpraxen sowie im stationären Bereich ein und wirkt maßgeblich auch auf Bundesebene mit.

Die Bundesärztekammer entwickelte gemeinsam mit der Ständigen Konferenz Medizinischer Fachberufe spezielle Fortbildungscurricula für Medizinische Fachangestellte, mit dem Ziel, die ambulante Versorgung in Deutschland durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit hoch qualifiziertem Personal zu fördern.



Mit Unterstützung einiger Landesärztekammern, u. a. auch der Ärztekammer Westfalen-Lippe, gaben die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Informationsbroschüre für Medizinische Fachangestellte „Weiter geht's – fortbilden und durchstarten“ heraus, die umfassend und übersichtlich über alle Aufstiegs- und Spezialisierungsqualifikationen für MFA informiert. Die erweiterten Tätigkeitsfelder für MFA machen eine qualitativ hochwertige Fortbildung unerlässlich. Zunehmend

unterstützen Medizinische Fachangestellte Ärztinnen und Ärzte nicht nur bei komplexen und sich verändernden Versorgungsaufgaben: Sie entlasten Ärztinnen und Ärzte auch mehr und mehr, indem sie von Ärzten delegierte medizinische Aufgaben in Praxen und bei Hausbesuchen übernehmen.

Die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL bot im Berichtsjahr wiederum nachfolgend genannte Spezialisierungsqualifikationen für Medizinische Fachangestellte und Angehörige anderer Medizinischer Fachberufe an.

Spezialisierungsqualifikationen gemäß Curriculum der BÄK:

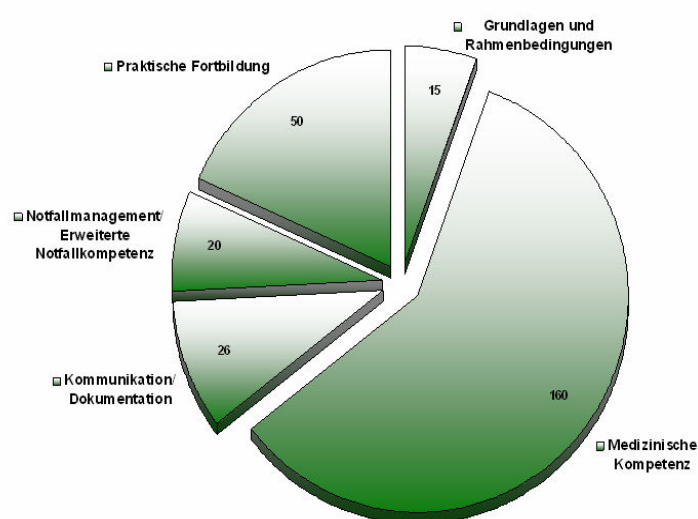
Ambulantes Operieren, Ambulante Versorgung älterer Menschen, Ernährungsmedizin, Gastroenterologische Endoskopie, Onkologie, Patientenbegleitung und Koordination, Prävention im Kindes- und Jugendalter

Delegation ärztlicher Aufgaben – Entlastende Versorgungsassistentin EVA und EVA-NP

Die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe führten im Jahr 2009 die Spezialisierungsqualifikation „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA) ein. Der Inhalt und Umfang des Curriculums entspricht dem von der Bundesärztekammer eingeführten Fortbildungscurriculum „Nichtärztliche

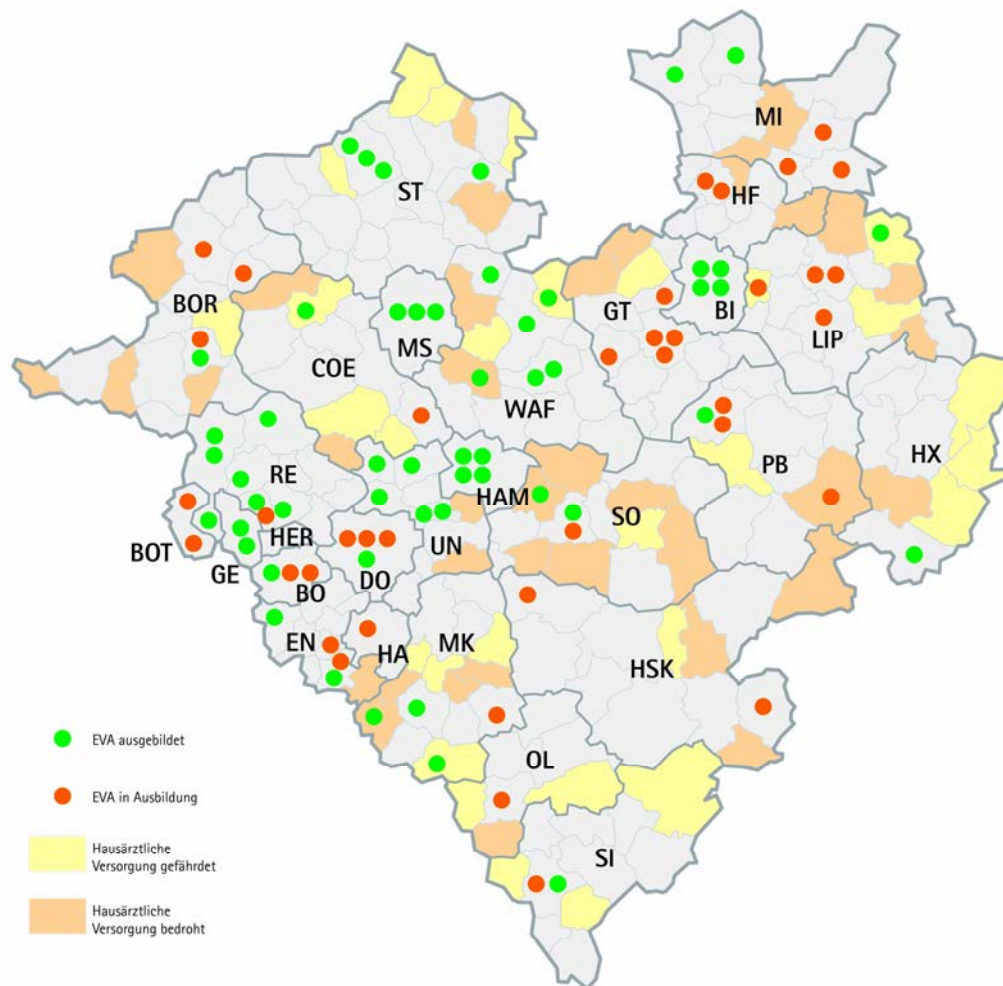
Praxisassistentin“ gemäß § 87 Abs. 2 b Satz 5 SGB V und sieht eine gezielte Qualifizierung von Medizinischen Fachangestellten in hausärztlichen Praxen vor. Entsprechend qualifizierte MFA übernehmen delegationsfähige Aufgaben und tragen somit kompetent und effizient zur Arztentlastung im Sinne einer verbesserten Patientenbetreuung und -versorgung bei.

Nicht-ärztliche Praxisassistentin (EVA)

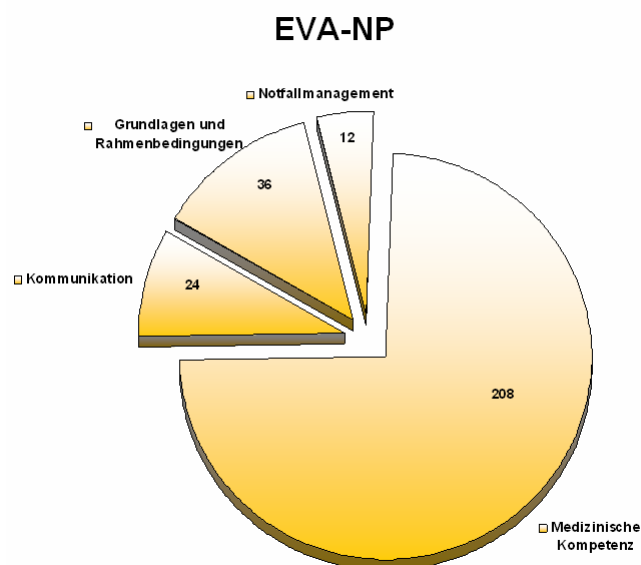


Inhaltliche Strukturierung der Spezialisierungsqualifikation „Entlastende Versorgungsassistentin für den hausärztlichen Bereich“ (EVA)

Bis zum Ende des Berichtsjahres 2012 schlossen 54 Medizinische Fachangestellte die Spezialisierungsqualifikation „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA) erfolgreich ab. Aktuell befinden sich weitere 40 MFA in dieser Qualifizierungsmaßnahme.



Darüber hinaus entwickelte die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL in Kooperation mit dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) eine weitere Spezialisierungsqualifikation für Medizinische Fachangestellte, die Entlastende Versorgungsassistentin EVA-NP. Speziell für MFA in nervenärztlichen, neurologischen und/oder psychiatrischen Praxen entstand ein Fortbildungscurriculum, das Medizinische Fachangestellte dazu befähigen soll, eine arztentlastende Rolle in den Praxen einzunehmen.



**Inhaltliche Strukturierung der Spezialisierungsqualifikation
„Entlastende Versorgungsassistentin für den Bereich Neurologie/Nervenheilkunde/Psychiatrie“ (EVA-NP)**

Die als EVA-NP besonders qualifizierte MFA erwirbt die Kompetenz, in ihrer Praxis eine geschulte Ansprechpartnerin für die besondere Klientel neurologisch-psychiatrischer Patienten zu sein, den Arzt/die Ärztin im Rahmen delegierbarer Tätigkeiten effizient zu entlasten und eine vertiefte Beziehung zu den Patienten in ihrem Arbeitsalltag zu erfahren.



Die arztentlastend tätig werdende EVA-NP kann Situationen zusammenhängend und im Kontext komplexer neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen einordnen und gilt damit dem Arzt wie auch dem Patienten als eine verlässliche und kompetente Ansprechpartnerin. Ebenso soll sie Haus- und Heimbesuche im Auftrag des Arztes qualifiziert und verantwortungsvoll durchführen.

Die Qualifikation zur EVA-NP bietet die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL im Jahr 2013 in Kooperation mit dem Berufsverband

Deutscher Nervenärzte und der Staatlichen Hochschule Hamm-Lippstadt erstmalig an.

Die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL führte darüber hinaus zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen für Medizinische Fachangestellte und Angehörige anderer Medizinischer Fachberufe zu verschiedenen Themenbereichen durch.

Medizinisch fachliche Fortbildungen: Arzneimittelversorgung, Ernährungsmedizin, Häufige Krankheitsbilder in der hausärztlichen Praxis, Häufige Untersuchungsverfahren in der Praxis, Impfen, Injektions- und Infusionstechniken, Onkologie, Psychosomatische und psychosoziale Patientenversorgung, Strahlenschutz **Notfallmedizin:** Notfallmanagement, Notfälle in der Praxis - Kardiopulmonale Reanimation **Hygiene und MPG:** Hygiene und Desinfektion, Medizinproduktegesetz **Kompetenztraining:** Kommunikation und Gesprächsführung, Kommunikation mit Englisch sprechenden Patienten, Wahrnehmung und Motivation, Moderation, Supervision, Personalmanagement **DMP-Fortbildungen:** Diabetes, Asthma bronchiale, COPD **Abrechnungsseminare:** Privatliquidation – Grundlagen der GOÄ, Grundlagen der Vertragsärztlichen Abrechnung **Sonstige Fortbildungen:** KPQM 2006, Sozialrecht und Demografie, DRG – Kodierung und Dokumentation, Datenschutz/Datensicherheit in der ambulanten Praxis

Forum Arzt und Gesundheit

Im Rahmen des Forums „Arzt und Gesundheit“ bot die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL eine Reihe von Veranstaltungen an.

Wie vermeide ich Stress, welche Anzeichen deuten auf ein Burnout hin und wie lässt sich dieses verhindern, welche Entspannungstechniken helfen, die Alltagslast erträglicher zu machen? All diese Fragen wurden in den verschiedenen Fortbildungsangeboten der Akademie behandelt. Die Resonanz auf Fortbildungsveranstaltungen zur Arztgesundheit ist groß, so dass die Akademie diesen Sektor auch zukünftig bearbeiten wird.

Themen/Inhalte:

Motivation, Selbstmotivation, Mentale Stärke & Flow, Stressbewältigung durch Achtsamkeit – Eine Einführung in die Mindfulness-Based-Stress-Reduction (MBSR)

Curriculäre bzw. Strukturierte curriculäre Fortbildungen

Die von der Bundesärztekammer auf Empfehlung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung eingeführten „Strukturierten curriculären Fortbildungen“ werden in Westfalen-Lippe angeboten. Das Veranstaltungsportfolio der Akademie umfasste darüber hinaus zahlreiche Curriculäre Fortbildungen auf der Grundlage von Bundesärztekammer-Curricula bzw. anderen gesetzlichen/vertraglichen Vorgaben.

Im Berichtszeitraum entwickelte die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. ein 54-U.-Std. umfassendes Fortbildungscurriculum „Ärztliche Wundtherapie“. Die Fortbildung verfolgt das Ziel, eine unter Arztvorbehalt systematisch aufeinander abgestimmte Qualifizierung aller Akteure im Bereich der Wundheilung und Wundbehandlung zu erreichen. Die curriculäre Fortbildung „Ärztliche Wundtherapie“ schließt mit einem Zertifikat der Ärztekammer Westfalen-Lippe ab und ist für Kammerangehörige führungsfähig. Für die ab 2013 erstmals angebotene Fortbildungsmaßnahme zeichnete sich bereits im Berichtsjahr eine sehr hohe Nachfrage ab.

Unter maßgeblicher Mitwirkung der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL erarbeitete der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung im Berichtszeitraum die Strukturierte curriculäre Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“. Das Curriculum basiert im Wesentlichen auf dem in Westfalen-Lippe entwickelten Fortbildungscurriculum „Hausärztliche Geriatrie“, das ab 2013 durch die Strukturierte curriculäre Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ abgelöst wird. Mit der Ausarbeitung eines entsprechenden Fortbildungscurriculums wurde u. a. dem Antrag des 115. Deutschen Ärztetages 2012 entsprochen, eine praxisnahe, bedarfsorientierte Fortbildung in Modulform für Ärzte/innen, die schwerpunktmäßig pflegebedürftige, multimorbide Patienten hausärztlich oder in Pflegeheimen betreuen, zu entwickeln.

Strukturierte curriculäre Fortbildungen gemäß Curricula der BÄK:

Ernährungsmedizin – 100 U.-Std., Gesundheitsförderung und Prävention – 24 U.-Std., Gesundheitsförderung und Prävention für Arbeits- und Betriebsmediziner – 24 U.-Std., Hygienebeauftragter Arzt – 40 U.-Std., Reisemedizinische Gesundheitsberatung – 32 U.-Std.

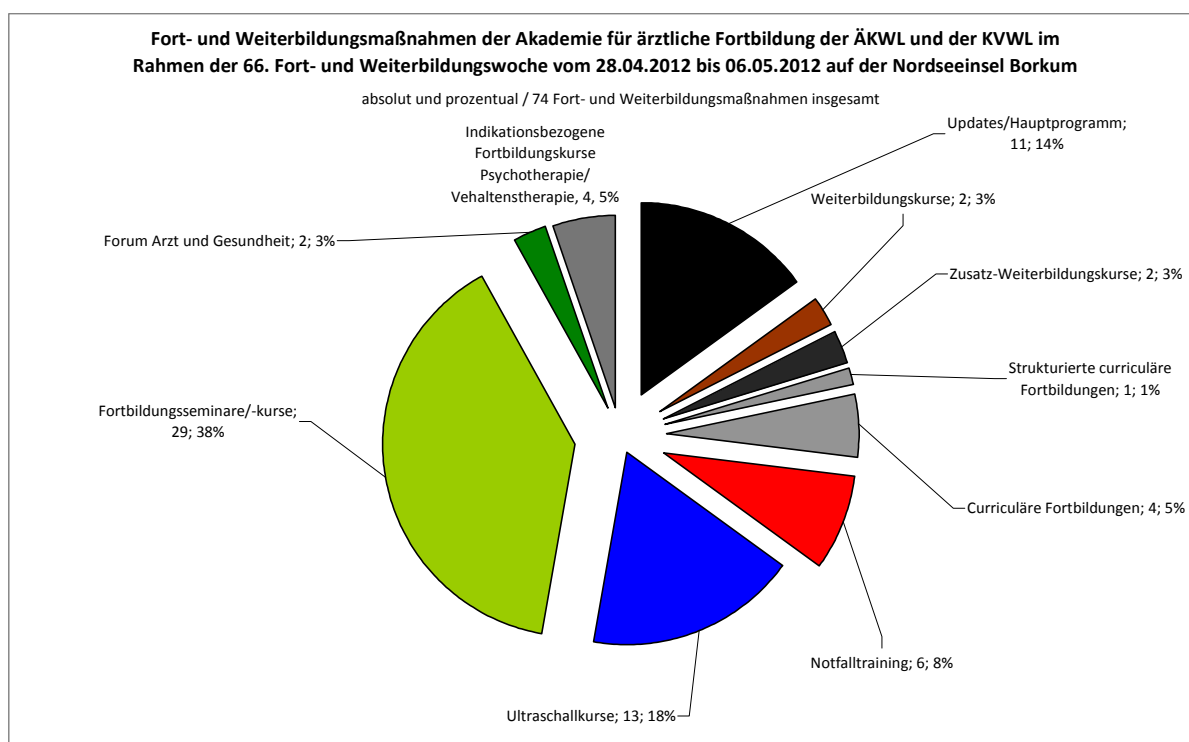
Curriculäre Fortbildungen:

Grundlagen der medizinischen Begutachtung – 40 U.-Std., Hausärztliche Geriatrie – 60 U.-Std., Hautkrebs-Screening – 8 U.-Std., Impfseminar – 16 U.-Std., Klinische Transfusionsmedizin – 16 U.-Std., Management Organspende – 40 U.-Std., Prüfarztkurs – 16 U.-Std., Psychosomatische Grundversorgung – 50 U.-Std., Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – 16 U.-Std., Stillen – Evidenz basiertes Wissen für Klinik und Praxis – 46 U.-Std., Stressmedizin - Diagnostik und Therapie stressbedingter Erkrankungen – 32 U.-Std., Studienleiterkurs – 24 U.-Std., Qualifikation Tabakentwöhnung – 20 U.-Std., Verkehrsmedizinische Begutachtung – 16 U.-Std., Wundmanagement – 24 U.-Std.

66. Fort- und Weiterbildungswoche auf der Nordseeinsel Borkum

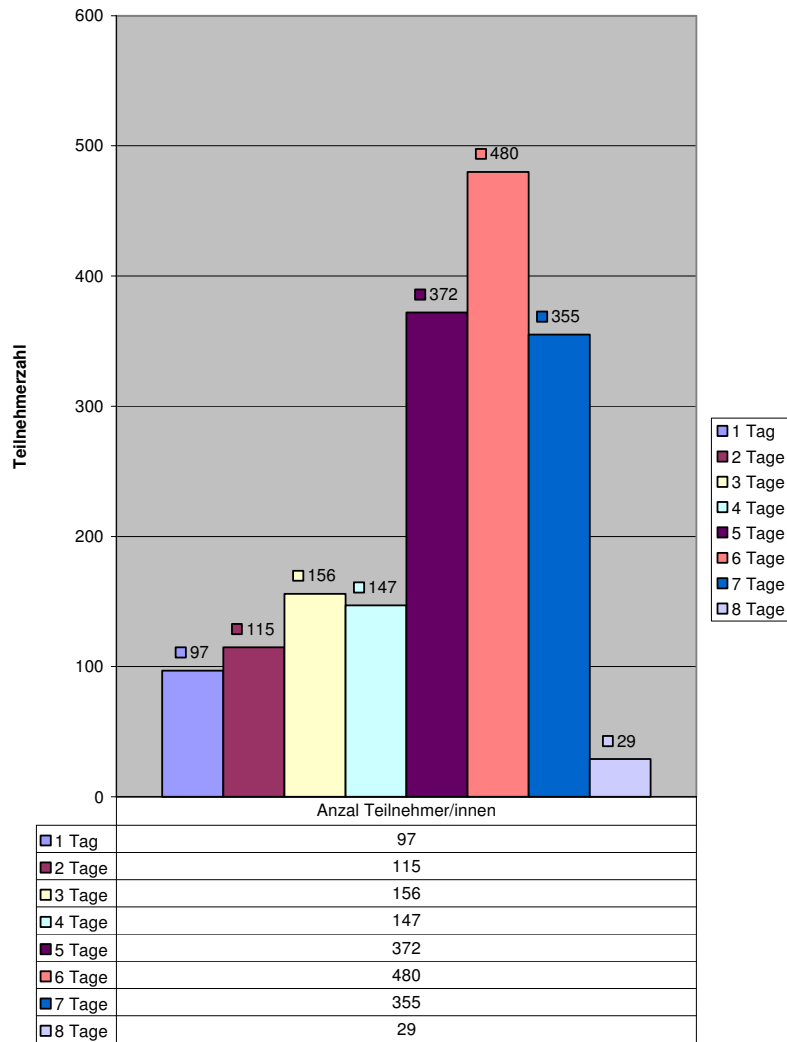
Die 66. Fort- und Weiterbildungswoche der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL präsentierte sich auch im Berichtsjahr erneut als Erfolgsgeschichte. Borkum 2012 hat wieder einmal belegt, dass ärztliche Fortbildung lebendig, dynamisch und aktiv gestaltet werden kann. Die Borkumer Fort- und Weiterbildungswoche ist ein beachtliches „Flaggschiff“, das sich zu einem

der größten Fortbildungskongresse seiner Art in Deutschland entwickelt hat. Die Borkumwoche genießt weit über die Grenzen des Kammerbereiches hinaus einen exzellenten Ruf. Über 200 Kursleiter und Referenten gestalteten die 74 Einzelveranstaltungen. 1.751 Teilnehmer/innen besuchten im Berichtsjahr die Borkumer Fortbildungs- und Weiterbildungswoche. Die folgende Grafik gibt einen Überblick über das Veranstaltungsangebot der Borkumwoche 2012.

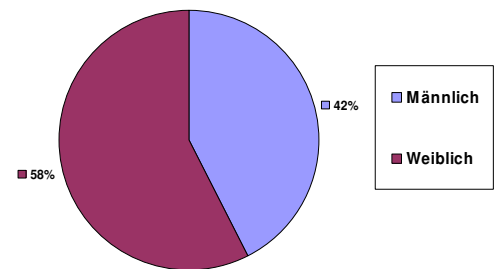


Die Borkumwoche ist und bleibt ein Erfolg. Interdisziplinär angelegte Fortbildungsangebote, qualitativ hochwertige Veranstaltungen, qualifizierte Referenten und ein von kommerziellen Interessen unabhängiges Programm garantieren Jahr für Jahr eine äußerst positive Resonanz. Das Fort- und Weiterbildungsangebot auf Borkum ist medizinisch-fachlich hochaktuell und orientiert sich an den Bedürfnissen der alltäglichen Praxis für Ärztinnen und Ärzten.

Teilnahmestatistik der 66. Fort- und Weiterbildungswoche vom
28.04.2012 bis 06.05.2012 auf der Nordseeinsel Borkum



1751



Fortbildungskurse/Seminare/Workshops

Die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL bot im Berichtsjahr erneut ein breites Portfolio an Fortbildungskursen, Seminaren und Workshops zu unterschiedlichen Themengebieten an.

Medizinisch fachliche Kurse/Seminare/Workshops:

ADHS, Ärztliche Leichenschau, Atem- und Stimmtherapie, Balint-Gruppe, Begabung und Hochbegabung bei Kindern, Burn-out Prävention, Chirurgie in der Hausarztpraxis, Coloskopie/Gastroskopie, Depression, DMP-Fortbildungen (Diabetes, COPD, Asthma bronchiale, KHK, Brustkrebs), EKG, Endosonographie, Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Hypnose, PMR), Gastroenterologie, Gewebe- und Wundverschluss, Gynäkologische Krebsvorsorge-Zytologie, Hauterkrankungen, Herzschrittmachertherapie, Immuntherapie, Indikationsbezogene Fortbildungskurse tiefenpsychologisch / verhaltenstherapeutisch, Klinische Tests an Knochen und Gelenken, Muskeln und Nerven, Kinderorthopädie, Motivierende Gesprächsführung, Mukoviszidose, Naturheilverfahren, Nephrologie, Neuraltherapie, Neuropädiatrie, Notfallmedizin, OP-Workshops, Orthopädie, Pharmakotherapie bei Multimorbidität, Psychopharmaka, Psychosomatik, Psychotherapeutische Verfahren, Raucherentwöhnung, Schmerzbehandlung, Spezielle Aspekte der medizinischen Begutachtung, Strahlenschutz, Suchtmedizin, Ultraschall, Wiedereinsteigerseminar – Was gibt es Neues in der Medizin? und weitere medizinisch-fachliche Inhalte

Sonstige Seminare:

Deutsch für fremdsprachige Ärzte/innen, Kommunikations- und Moderationstechniken, Motivations- und Informationsschulung – BuS, Personalmanagement in der Arztpraxis, QM-Schulungen, Abrechnungsseminare (EBM, GOÄ), Telemedizin, KV-Seminare

Forum Medizinrecht aktuell:

Chefarztrecht, Off-Label-Use und Aut-Idem

Sonstige Veranstaltungen:

Ethikforum, Forum Kinderschutz, Jahrestagung der CAQS, Intensivkurs „Humanmedizin“, KVWL-Jahreskongress, Tag der Ärztekammer, Westfälischer Ärztetag, 8. Bund-Länder-Konferenz Chirurgie

Weiterbildungskurse/Zusatz-Weiterbildungskurse

Im Jahr 2012 war ein weiterer Rückgang der Nachfrage nach Kursen zur Erlangung einer Gebiets- oder Zusatz-Weiterbildung gemäß Weiterbildungsordnung der ÄKWL zu verzeichnen. Bereits seit einigen Jahren ist ein rückläufiger Trend bei den Weiterbildungskursen zu beobachten, der sich nicht umzukehren scheint. Weiterbildungskurse zur Erlangung der Zusatz-Weiterbildungen „Ärztliches Qualitätsmanagement“, „Chirotherapie/Manuelle Medizin“, „Homöopathie“ und „Naturheilverfahren“ wurden im Berichtsjahr wegen zu geringer Teilnehmerzahlen abgesagt bzw. auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Im Berichtsjahr fanden noch Restmodule der Zusatz-Weiterbildungen „Ärztliches Qualitätsmanagement“ und „Chirotherapie/Manuelle Medizin“ bereits in 2011 begonnener Kursreihen statt.

Nachfolgend genannte Weiter- bzw. Zusatz-Weiterbildungskurse wurden in 2012 durchgeführt:

Weiterbildungskurse:

Arbeitsmedizin, Psychotherapie – tiefenpsychologisch fundiert / verhaltenstherapeutisch

Zusatz-Weiterbildungskurse:

Akupunktur, Notfallmedizin, Palliativmedizin, Sozialmedizin/Rehawesen, Spezielle Schmerztherapie, Sportmedizin, Suchtmedizinische Grundversorgung

Umsetzung des Gendiagnostikgesetzes (GenDG)

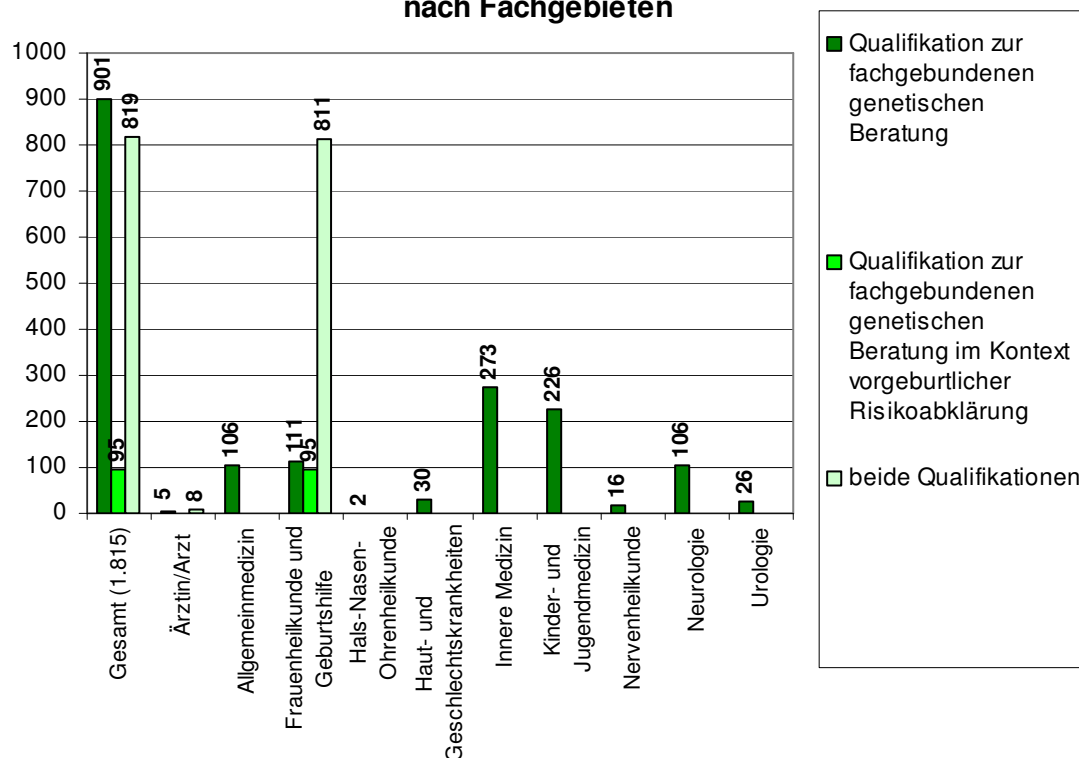
Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

Insbesondere in der ersten Jahreshälfte des Berichtszeitraumes stellte die Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten zur fachgebundenen genetischen Beratung bzw. zur fachgebundenen genetischen Beratung im Kontext vorgeburtlicher Risikoabklärung gemäß Richtlinie der Gendiagnostikkommission (GEKO) über die Anforderung an die Qualifikation zur und die Inhalte der genetischen Beratung gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 2a und § 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG einen Schwerpunkt in der Akademiearbeit dar. Im Rahmen einer Übergangsfrist von fünf Jahren können ausgewählte Facharztgruppen die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung durch die direkte Teilnahme an einer Wissensprüfung, die insgesamt 20 Multiple-Choice-Fragen umfasst (15 Fragen aus dem Gebiet der Humangenetik/5 fachspezifische Fragen), erwerben. Viele Ärztinnen und Ärzte aus Westfalen-Lippe und auch aus anderen Kammergebieten nutzten diese Möglichkeit des Qualifikationserwerbs und nahmen an den Wissensprüfungen, die in Westfalen-Lippe online im Rahmen der elektronischen Lernplattform ILIAS angeboten wurden, teil. Ärztinnen und Ärzte erhielten nach erfolgreich bestandener Prüfung eine offizielle Bescheinigung über den Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung. Gleichfalls wurde die Qualifikation bei Kammerangehörigen in den Mitglieder-Stammdaten erfasst.

In 2012 haben insgesamt 1.815 Ärzte/innen die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung erworben, 877 Ärzte/innen erwarben die Qualifikation durch eine direkte Teilnahme an der Wissensprüfung. 938 Ärzte/innen bereiteten sich durch Teilnahme an einem Refresherkurs auf die Online-Wissensprüfung vor.

Der nachfolgenden Graphik ist die Anzahl der in der jeweiligen Facharztgruppe qualifizierten Ärzte/innen zu entnehmen.

In 2012 erworbene Qualifikationen nach GenDG nach Fachgebieten



Qualifikation zum Krankenhaushygieniker

Im Berichtszeitraum erarbeitete die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL ein abgestimmtes Umsetzungskonzept der 200-stündigen Strukturierten curriculären Fortbildung „Krankenhaushygiene“, die gemeinsam von der Bundesärztekammer in Abstimmung mit den zuständigen Fachgesellschaften und der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) konzipiert wurde. Die Fortbildungseinrichtungen der Landesärztekammern Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein und Westfalen-Lippe setzten das Fortbildungscurriculum im Verbund gemeinsam um. Für den norddeutschen Bereich ist Hamburg Veranstaltungsort für die sechs Fortbildungsmodulen, in der niedersächsischen und nordrhein-westfälischen Region werden die einzelnen Module an verschiedenen Standorten (Düsseldorf, Hannover, Köln und Münster) angeboten. Das Modul III – Grundlagen der Mikrobiologie – findet unter der Leitung der verantwortlichen Krankenhaushygieniker des Instituts für Hygiene am Universitätsklinikum Münster unter der administrativen Verantwortung der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL statt. Die Fortbildungsmaßnahme startet im Jahr 2013.

Arzneimitteltherapiesicherheit und Pharmakotherapiemanagement

Die Entschlieung der 21. Landesgesundheitskonferenz NRW befasst sich mit der Arzneimitteltherapiesicherheit. Die Sicherheit der Therapie mit Arzneimitteln ist elementarer Baustein einer guten und sicheren gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen und fordert alle Gesundheitsberufe zu einer Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit auf. Als wichtig wurde erachtet, das Thema in einem angemessenen Umfang in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe zu verankern und dabei ein teamorientiertes Rollenverständnis und eine klare Aufgabenteilung zwischen Ärzten, Apothekern und Pflegekräften zu entwickeln.

Die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL führte 2012 nachfolgend genannte Veranstaltungen zu den Themen Arzneimitteltherapiesicherheit und Pharmakotherapiemanagement/Polymedikation durch:

Themen/Inhalte:

Curriculäre Fortbildung „Hausärztliche Geriatrie“ – Arzneimitteltherapie im Alter, „Pharmakotherapie bei Multimorbidität“ – Weniger ist mehr – Weglassen gegen Leitlinien?, „Medikationsmanagement“ – Polypharmazie aus Sicht des Arztes und des Apothekers, „Arzneimittelversorgung“ – Besonderheiten der Arzneimitteltherapie bei älteren Menschen – Wissenswertes für die MFA

Fortbildung der Zukunft – Moderne Medien in der Fort- und Weiterbildung

Im Jahr 2012 weitete die Akademie ihr Fortbildungsangebot im Bereich eLearning/Blended Learning, das über die akademieeigene elektronische Lernplattform ILIAS angeboten wird, kontinuierlich weiter aus. Das Integrierte Lern-, Informations- und Arbeitskooperations-System ILIAS bietet ausgezeichnete Möglichkeiten eLearning und Blended-Learning auf hohem Niveau auf der Grundlage der Qualitätskriterien eLearning der Bundesrzttekammer anzubieten.

Die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL geht bewusst den Weg der Einbindung moderner Medien in die ärztliche Fort- und Weiterbildung. Eine intensive Beschäftigung mit dem Thema eLearning verdeutlicht, dass insbesondere das sogenannte Blended-Learning – die inhaltlich miteinander verzahnte Kombination aus tutoriell unterstütztem Online-Lernen in Form von Selbststudium und der Teilnahme an Präsenzveranstaltungen – eine vielversprechende Lernform für die ärztliche Fort- und Weiterbildung ist, die es weiter auszubauen gilt.

Im Berichtsjahr 2012 konzipierte die Akademie nachfolgend genannte Fort- bzw. Weiterbildungskurse als Blended-Learning-Maßnahmen bzw. führte diese durch:

Blended-Learning-Maßnahmen:

Weiterbildungskurs „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ (52 U.-Std. Präsenz/8 U.-Std. Telelernen)
 Zusatz-Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ (160 U.-Std. Präsenz/40 U.-Std. Telelernen)
 Strukturierte curriculäre Fortbildung „Ernährungsmedizin“ (80 U.-Std. Präsenz/20 U.-Std. Telelernen)
 Curriculäre Fortbildung „Ärztliche Wundtherapie“ (28 U.-Std. Präsenz/26 U.-Std. Telelernen)
 Curriculäre Fortbildung „Wundmanagement“ (16 U.-Std. Präsenz/8 U.-Std. Telelernen)
 Curriculäre Fortbildung „Stillen – Evidenz-basiertes Wissen aus Klinik und Praxis“ (46 U.-Std. Präsenz/44 U.-Std. Telelernen)
 Curriculäre Fortbildung „Qualifikation Tabakentwöhnung“ (12 U.-Std. Präsenz/8 U.-Std. Telelernen)
 Fortbildungsseminar „Ärztliche Leichenschau“ mit virtuellen Leichenschauen (6 U.-Std. Präsenz/bis 6 U.-Std. Telelernen)
 Fortbildungsseminar „Schlafbezogene Atmungsstörungen – BUB-Kurs“ (14 U.-Std. Präsenz/12 U.-Std. Telelernen/4 U.-Std. Hospitation)
 Fortbildungsseminar für MFA „Datenschutz/Datensicherheit in der ambulanten Praxis“ (12 U.-Std. Präsenz/8 U.-Std. Telelernen)
 Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung (Gendiagnostik) (5 U.-Std. Präsenz/1 U.-Std. Telelernen)
 Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung (RÖV)“ (4,5 U.-Std. Präsenz/4 U.-Std. Telelernen)

eKursbuch „PRAKTIiSCHER ULTRASCHALL“



eKursbuch
 „PRAKTIiSCHER ULTRASCHALL“

Sonographie
 Abdomen/Retroperitoneum einschl.
 Nieren/Harnblase/Thorax/Schilddrüse



Im Berichtsjahr befasste sich die Akademie für ärztliche Fortbildung intensiv mit der Weiterentwicklung des eKursbuchs „PRAKTIiSCHER ULTRASCHALL“ für den Bereich der „Sonographie – Abdomen/Retroperitoneum einschl. Nieren, Harnblase, Thorax und Schilddrüse“. Es handelt sich hierbei um eine Strukturierte interaktive Fortbildung, die als innovatives Projekt aus dem Kreis der Ultraschallkurse der Akademie verantwortlich sind, entstand. Die wissenschaftlichen Herausgeber sind ausschließlich qualifizierte und ultraschallerefarene Mediziner und DEGUM-Seminarleiter der Stufe 3.

Das eKursbuch „PRAKTIiSCHER ULTRASCHALL“ ist ein elektronischer Leitfaden und Atlas, der neben hochwertigem Bildmaterial anschauliche Videosequenzen enthält. Additives Bildmaterial verschie-

dener Autoren unter Verwendung unterschiedlicher Ultraschallgeräte dient der besseren Veranschaulichung und ebenso dem persönlichen Lernerfolg. Zahlreiche Videosequenzen visualisieren die handwerkliche Erarbeitung eines aussagefähigen Bildes. Entscheidende Informationen sind darüber hinaus über hochwertige Schemazeichnungen illustriert. Zum Ende des Berichtsjahres war das eKursbuch „PRAKTI^TSCHER ULTRASCHALL“ in Form eines Grund- und Aufbaukurses verfügbar. Der Refresherkurs wird ab Anfang 2013 zur Verfügung stehen.

Das eKursbuch wird kontinuierlich aktualisiert, ergänzt und weiter optimiert. Der Nutzer hat Zugriff auf die jeweils aktuelle Version.

Der Zugang zum eKursbuch „PRAKTI^TSCHER ULTRASCHALL“ erfolgt ausschließlich über die Lernplattform ILIAS der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL.



Über das Deutsche Patent- und Markenamt (DPMA) ist das eKursbuch „PRAKTI^TSCHER ULTRASCHALL“ zwischenzeitlich als „Bild/ Wortmarke“ anerkannt.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL informierte im Berichtsjahr in folgenden Medien über ihr Veranstaltungsangebot:

- Persönlicher Einladungsversand
- Westfälisches Ärzteblatt (Gelbe Seiten)
- E-Mail-Newsletter
- Fortbildungs-App
- Online-Fortbildungskatalog
- KVWL-Fortbildungsplus
- KVWL-Pluspunkt
- KVWL-Standpunkt
- Online-Kalender BÄK
- Online-Kalender HELIOS

In den o. g. Medien werden die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen angezeigt. Besonders aktuelle Fort- und Weiterbildungsangebote bzw. Themen werden im redaktionellen Teil der Printmedien ausführlich aufbereitet und dargestellt.



Im Berichtsjahr bot die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL wieder eine schnelle und zeitgemäße Alternative zum persönlichen Einladungsversand per Post – in Form des E-Mail-Newsletters – an. Dieser enthält alle für den Adressaten relevanten Veranstaltungen als Übersichtstabelle. Themen und Inhalte der Veranstaltungen können mit nur einem Mausklick aufgerufen werden. Auch eine direkte Online-

Anmeldung zu den Veranstaltungen ist möglich – ein praktischer Service, den gut ein Drittel der berufstätigen Kammerangehörigen nutzen.



Im Berichtsjahr ging die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL als erste der Akademien im Bundesgebiet mit ihrer Fortbildungs-App an den Start. Mit der kostenlosen App, die für die beiden größten Smartphone-Systeme (iOS und Android) zur Verfügung steht, hat man Zugriff auf den Fortbildungskatalog der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL mit Informationen zu allen Veranstaltungen. Die App ermöglicht eine direkte Anmeldung zur Veranstaltung. Neu ist, dass über die App jetzt auch die Akademie-Mitgliedschaft beantragt werden

kann.

Im Berichtszeitraum wurde die APP insgesamt 2.398-mal heruntergeladen.

Evaluation

Die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL evaluierte im Berichtsjahr erneut alle Fort- bzw. Weiterbildungsmaßnahmen nach einem einheitlichen Standard.

Erneut konnten somit im Berichtsjahr spezielle anlassbezogene Auswertungen von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen durchgeführt werden, die zusätzliche relevante Informationen für die Arbeit im Bereich der Tagungsentwicklung und -organisation lieferten.

Zudem wurden die Blended-Learning-Maßnahmen der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL mit einer standardisierten, speziellen Online-Befragung im Rahmen der Lernplattform ILIAS evaluiert. Hiermit waren Prä- und Postmessungen (vor bzw. nach der Durchführung einer Fort- bzw. Weiterbildungsmaßnahme) möglich, die Aufschlüsse über den Erfolg der Maßnahme gaben. Der subjektiv wahrgenommene Wissenszuwachs bei den Teilnehmer/innen von Blended-Learning-Maßnahmen wurde im Vergleich zu reinen Präsenzveranstaltungen grundsätzlich als höher bewertet.

Qualitätssicherung

Die Ärztekammer verfügt über Kompetenz in allen Fragen der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagements, der Zertifizierung ärztlich geleiteter Einrichtungen und der Fortbildung im Qualitätsmanagement. Zu den Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gehören die Ärztlichen Stellen und die Externe vergleichende Qualitätssicherung im Krankenhaus mit der QS Hämotherapie und der Zertifizierungsstelle ÄKzert. Nicht zuletzt werden auch neue QS-Verfahren auf den Weg gebracht. So wurde 2012 gemeinsam mit anderen Ärztekammern im Auftrag des Vorstandes der Bundesärztekammer ein neues Qualitätssicherungsverfahren für die Reproduktionsmedizin entwickelt, das kurz vor der Umsetzungsreife steht. Die zukünftige Qualitätssicherung wird Teile des Datensatzes des Deutschen IVF-Registers nutzen und damit der Forderung der Ärzteschaft nach datensparsamen QS-Verfahren vollumfänglich gerecht.

Ärztliche Stelle Westfalen-Lippe

Die Ärztliche Stelle Westfalen-Lippe (ÄST) ist auf der Grundlage von § 17a Röntgenverordnung (RöV) und § 83 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) in drei Teilstellen tätig: als ÄST RöV, als ÄST Strahlentherapie und als ÄST Nuklearmedizin. Sie führt alle nach diesen Richtlinien verpflichtenden Prüfungen durch und steht den radiologisch, nuklearmedizinisch und radioonkologisch tätigen Ärzten auch als kompetente Beratungsstelle zur Seite. Die Beratungstätigkeit wird vornehmlich durch die in der ÄST beschäftigten Radiologen und die Medizinisch-Technischen Radiologieassistentinnen durchgeführt. Überprüfungen der Radioonkologie werden immer vor Ort durch erfahrene Radioonkologen und Medizinphysikexperten durchgeführt. Die hauptamtlich tätigen Ärzte sind fachlich qualifiziert und in der Qualitätssicherung erfahren.

Für Ergebnisse der Überprüfung der Ärztlichen Stellen kann ein Zertifikat vergeben werden.

Seit der Neufassung der RöV und StrlSchV sowie der nun angepassten Richtlinien haben die ÄSTen eine Fülle zusätzlicher Aufgaben zugewiesen bekommen. Hierbei seien exemplarisch die Überprüfung der „rechtfertigenden Indikation“ in allen Fachgebieten sowie die Einhaltung der veröffentlichten Diagnostischen Referenzwerte in der RöV und Nuklearmedizin genannt.

Für die Akzeptanz Ärztlicher Stellen ist es wichtig, deren Entscheidungen für jeden transparent und nachvollziehbar zu machen. Unter der Führung Westfalen-Lippes wurde im Rahmen des Zentralen Erfahrungsaustausches der ÄSTen (ZÄS) ein einheitliches Bewertungssystem entwickelt und verabschiedet. Dieses wurde allen ÄSTen durch die jeweilige Aufsichtsbehörde als ver-

bindlich angewiesen. (www.zaes.info > [ZÄS](#) > [Einheitliches Bewertungssystem](#)). Der ZÄS hat auch die Orientierungshilfe Zeichenlegung in der Röntgendiagnostik entwickelt und verabschiedet (www.zaes.info > [ZÄS](#) > [Veröffentlichungen Ärztlicher Stellen / ZÄS](#)). Die Ärztliche Stelle Westfalen-Lippe stellt auch weiterhin den Sprecher sowie den stellvertretenden Sprecher Nuklearmedizin des ZÄS.

Ärztliche Stelle RÖV

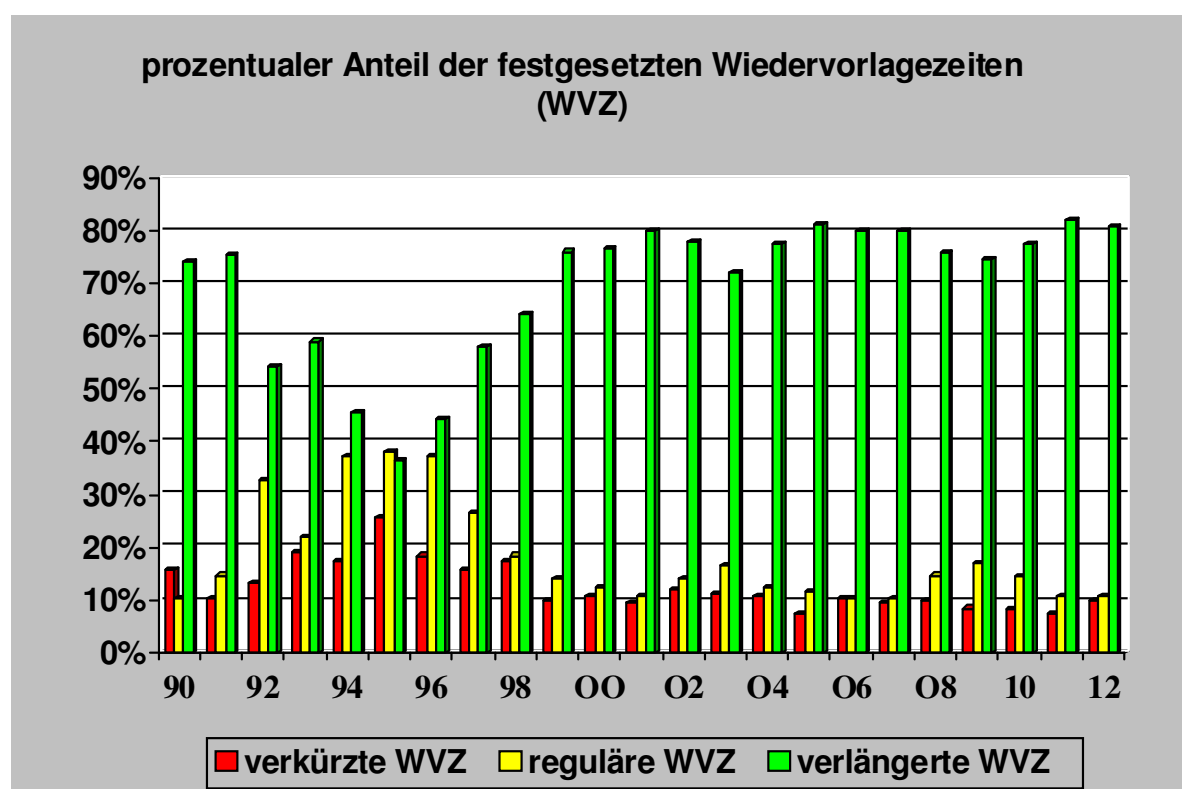


Abbildung: prozentualer Anteil der durch die ÄST RÖV festgelegten Wiedervorlagezeiten (1990 - 2012)

Die Anzahl der durch die Ärztliche Stelle Westfalen-Lippe zu überprüfenden Geräte beträgt derzeit 3.528. Im Jahr 2012 wurden 1.812 Prüfungen von Röntgeneinheiten durchgeführt. Neben der Prüfung der Einstelltechnik wurde ein zunehmendes Augenmerk auf die Überprüfung der rechtfertigenden Indikation und des Befundes gelegt. Die Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen der Strahlenschutzkommission von 2008 ist dabei eine verlässliche Grundlage.

Ärztliche Stelle Strahlentherapie

Die Ärztliche Stelle Strahlentherapie betreut konstant 50 Standorte. Hinzu kommen 19 Standorte mit ausschließlicher Röntgentherapie (IntraBeam bzw. Rö-Therapie).

Alle vorgesehenen 21 Prüfungen wurden fristgerecht durchgeführt. Eine kontinuierliche Verbesserung ist weiterhin zu beobachten.

Das vom Zentralen Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen 2009 verabschiedete bundeseinheitliche Bewertungssystem wurde eingeführt und die entsprechenden Checklisten in der Internet-Präsentation eingestellt. (www.aekwl.de/aest > Prüfungen nach §83 StrlSchV > Strahlentherapie / Radioonkologie nach § 83 inkl. Röntgentherapie nach §17a > Bewertungskriterien (StrlTh))

Ärztliche Stelle Nuklearmedizin

Die Anzahl der von der Ärztlichen Stelle Nuklearmedizin betreuten Betreiber beträgt derzeit 127. Im Jahr 2012 wurden 74 Prüfungen durchgeführt.

Dabei wurde auch hier unter Berücksichtigung der Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen der Strahlenschutzkommission von 2008 verstärkt auf die Rechtfertigende Indikation geachtet. Darüber hinaus wurden die Einhaltung der Diagnostischen Referenzwerte und die Befundung berücksichtigt. Insgesamt zeigen sich hier deutliche Verbesserungen.

Die Ärztliche Stelle Nuklearmedizin stellt weiterhin den stellvertretenden Sprecher Nuklearmedizin des Zentralen Erfahrungsaustausches.

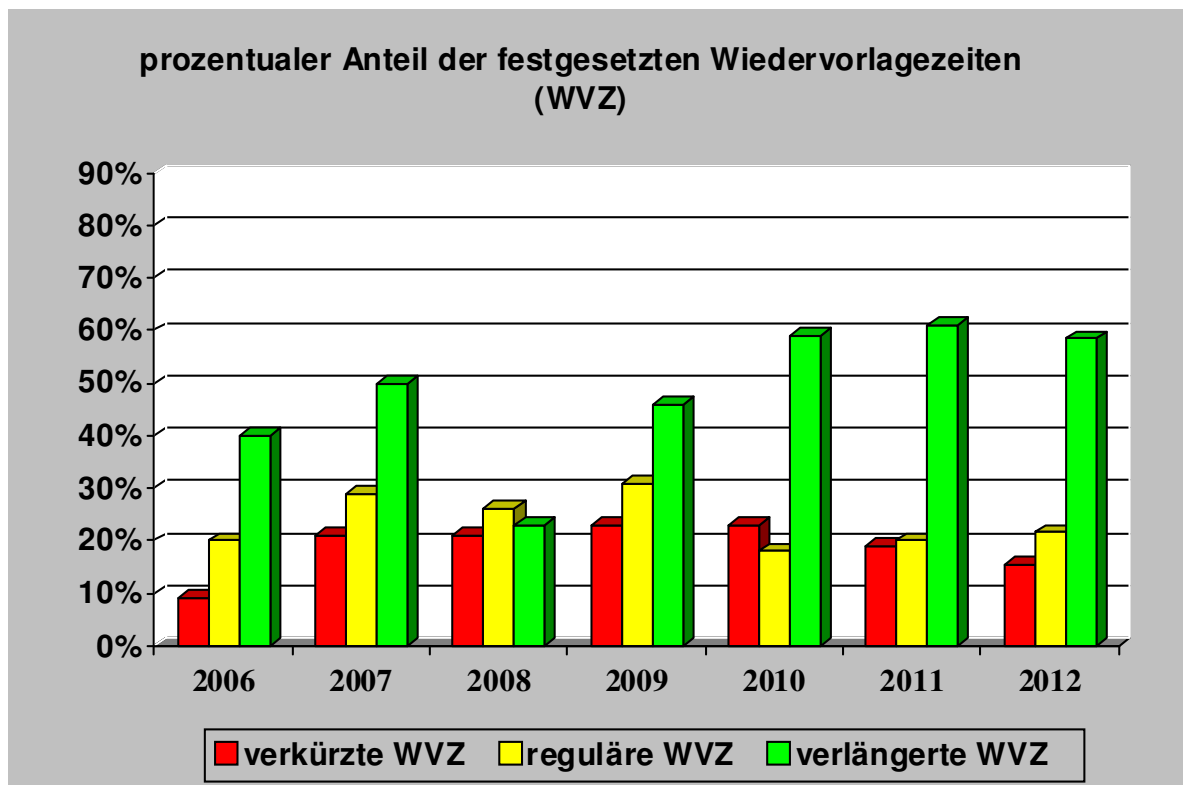


Abbildung: prozentualer Anteil der durch die ÄST Nuklearmedizin festgelegten Wiedervorlagezeiten (2006 – 2012)

Geschäftsstelle Qualitätssicherung NRW

Die Geschäftsstelle qs-nrw – Regionalvertretung Westfalen-Lippe – erfüllt die Aufgaben aus der Externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V in Westfalen-Lippe. Das breite Tätigkeitsfeld der Geschäftsstelle hat sich auch im Jahr 2012 wieder ausgeweitet.

Module und Patienten

2012 wurden 237 Einrichtungen in insgesamt 21 Modulen von der Geschäftsstelle betreut. Die Zahl der erfassten Therapien ist um 2 % auf knapp 920.000 gestiegen. Den beteiligten Kliniken wurden 4300 Statistiken zur Verfügung gestellt.

Qualitätsindikatoren

Das AQUA-Institut ist die für die Verfahrensentwicklung bestimmte Institution nach § 137a SGB V. AQUA hat für das Verfahrensjahr 2012 bei den Qualitätsindikatoren inhaltlich nur geringfügige Änderungen und Umstrukturierungen vorgenommen, die Menge der Indikatoren aber deutlich auf 321 erhöht. So wurden in das Modul 10/2 Karotis-Rekonstruktion neben den operativen Verfahren nun auch interventionelle / kathetergestützte Eingriffe einbezogen, womit weitere Fachdisziplinen in die Dokumentationspflicht eingebunden worden sind. Folgerichtig wurde das Modul in „Karotis-Revaskularisation“ umbenannt. Des Weiteren wurden Änderungen des Eingangsdatensatzes für das Modul Neonatologie vorgenommen. Dies erforderte Programmieraufwand, damit die Geschäftsstelle mit ihren Arbeitsgruppen einen Vergleich zu den Vorjahren herstellen konnte. Umfassenden Informations- und Erklärungsbedarf für die Krankenhäuser gab es bei den Indikatoren mit der Angabe „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)“. Dieses Verhältnis ist ein wichtiges Maß bei der Risikoadjustierung.

Datenvalidierung

Zur Überprüfung der Datenqualität wurden weiterhin das Stichprobenverfahren und die statistische Basisprüfung eingesetzt. Im Berichtsjahr wurden dazu in 19 Kliniken in NRW QS-Daten zur Neonatologie und Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel mit Krankenakten abgeglichen.

Parallel dazu wurde eine statistische Basisprüfung für alle Kliniken durchgeführt. Dabei wird mit statistischen Verfahren geprüft, ob die Struktur der dokumentierten Daten inhaltlich in sich plausibel ist. Weiterhin erfolgen Prüfungen zur Über- und Unterdokumentation, sowie zur Verstetigung, das heißt, dass Auffälligkeitskriterien nicht jährlich mit den für die Stichprobe gewählten Modulen wechseln, sondern kontinuierlich erfasst werden. Das erfordert die Bewertung von 19 weiteren Indikatoren.

Neu eingeführt wurde ein Indikator für Minimaldatensätze. Dieser soll laut AQUA-Institut dem Anreiz zum Anlegen eines Minimaldatensatzes entgegenwirken und wird in fast allen Leistungsbereichen erhoben.

Qualitätsinitiative fortgeführt

Im Rahmen der intensiven Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern wurde die Qualitätsinitiative fortgeführt, vor allem bestärkt durch erste positive Ergebnisse und Rückmeldungen. In der Qualitätsinitiative werden für den Strukturierten Dialog Schwerpunktbereiche ausgewählt, die besonders intensiv bearbeitet werden.

Es wurden Themen aus der ersten Staffel der Qualitätsinitiative fortgeführt, aber auch neue Indikatoren mit besonderem Verbesserungsbedarf hervorgehoben und bearbeitet. Das umfasste besondere Formen des Strukturierten Dialogs, aber auch Sonderauswertungen, deren Ergebnisse mit den Kliniken intensiv besprochen wurden. Es sollten aber auch neue Wege beschritten werden. Als Beispiel soll der Versuch einer e-Learning-Anwendung genannt werden. Die positiven Effekte haben sich 2012 fortgesetzt.

Strukturierter Dialog

In Westfalen-Lippe wurden über 321 (2011 231) Qualitätsindikatoren insgesamt 2.095 Strukturierte Dialoge mit 169 Kliniken in 20 Modulen geführt. Das bedeutet eine Steigerung der Dialoge um 16 % und der Indikatoren um 39 % (ohne Berücksichtigung der Indikatoren zur Datenvalidierung). Dies zeigt auch eine steigende Belastung für die Kliniken. Die Qualität der Versorgung ist generell als gut zu bezeichnen. Im Zuge der Verbesserungsarbeit wurden 69 Zielvereinbarungen mit wiederholt auffälligen Kliniken geschlossen und es fanden in 18 Fällen von der Geschäftsstelle vorbereitete und moderierte Gespräche mit Leitern auffälliger Abteilungen statt. Die Ergebnisse der Verbesserungsarbeit sind regelhaft in den Folgejahren zu beobachten.

Ergebniskonferenz in Düsseldorf

Die Geschäftsstelle hat 2012 die 10. Ergebniskonferenz Qualitätssicherung für das Land NRW in Düsseldorf ausgerichtet. Für die Jubiläumsveranstaltung konnte die Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, Barbara Steffens als Rednerin gewonnen werden.

Traditionell fand am Vormittag der politische Teil mit Statements und Diskussion von Vertretern des Landes, der Vertragspartner, der Patienten sowie der Geschäftsstelle qs-nrw statt. Der Nachmittag war dem intensiven Austausch in verschiedenen fachlichen Workshops gewidmet. Die

Ergebniskonferenz 2012 war mit ca. 280 Teilnehmern gut besucht und fand auch im Nachgang positive Resonanz.

Follow-up-Verfahren

Zum ersten Mal wurde ein Verfahren getestet, um Daten aus verschiedenen Modulen zusammenzuführen, ein wichtiger Schritt zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Dieses sogenannte „Follow-up-Verfahren“ bedient sich der eindeutigen Patientenidentifizierenden Nummer (PID), die jeder Patient von seiner Krankenkasse erhält. Dabei durchlaufen die Daten eines Patienten aus verschiedenen Krankenhäusern / Krankenhausaufenthalten die Stationen Datenannahme der Landesgeschäftsstelle und Vertrauensstelle, um am Ende in der Bundesauswertungsstelle anhand der PID zusammengeführt zu werden. Erprobt wird das Verfahren an sechs Modulen, aus denen sich drei Paare ergeben.

- Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation und Hüft-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel
- Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation und Knie-TEP-Wechsel und –komponentenwechsel
- Geburtshilfe und Neonatologie

Es zeigten sich noch Schnittstellenprobleme sowohl im Bereich der Software und Softwareanbieter als auch am Übergang zwischen den beteiligten Stellen.

Im Jahr 2013 wird das Verfahren fortgeführt.

Turnusgemäß lag 2012 die Verantwortung für die Außenvertretung der Geschäftsstelle in der Regionalvertretung Nordrhein in Düsseldorf.

Qualitätssicherung Hämotherapie

Die Überwachung des Qualitätssicherungssystems zur Hämotherapie obliegt nach Nr. 1.6 der Richtlinien zur Hämotherapie der Ärzteschaft und wird von den Ärztekammern wahrgenommen.

Bericht des Qualitätsbeauftragten Arztes

Der in den aktuellen Richtlinien geforderte jährliche „Qualitätsbericht des Qualitätsbeauftragten Arztes“ ist für den Landesteil Westfalen-Lippe weiterhin in den „Dokumentationsbogen des Internen Audits“ integriert und wird nicht gesondert angefordert. Im Berichtsjahr 2011 haben 284 Krankenhäuser, Praxen und Labore am Qualitätssicherungsverfahren in Westfalen-Lippe teilgenommen. Darunter sind 44 Einrichtungen mit niedrigem Transfusionsaufkommen, für die nach der Richtlinie eine Kleinmengenregelung gilt. Derzeit gibt es in Westfalen-Lippe 1.020 Abteilungen mit Transfusionsaufkommen.

Die Einrichtungen werden gegenüber Dritten – auch dem AK Transfusionsmedizin – nicht offenbart und es werden keine Daten veröffentlicht, die einen Rückschluss auf einzelne Einrichtungen zulassen. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt weiterhin in fast allen Bereichen gute bzw. sehr gute Ergebnisse, einige Bereiche weisen Verbesserungspotenziale auf.

Für das Berichtsjahr 2011 haben die Krankenhäuser eine ausführliche Rückmeldung über ihre Angaben im Auditbogen bekommen und wurden ggf. auf Bereiche mit Verbesserungspotenzialen hingewiesen. Sie wurden gebeten, ihr Qualitätssicherungssystem noch einmal kritisch zu prüfen und mögliche Defizite zum nächsten Jahresbericht zu beseitigen. Der Arbeitskreis entwickelt ein Konzept zu einem strukturierten Umgang mit länger bestehenden Defiziten.

Darüber hinaus gab es im Erfassungszeitraum 2011 erstmals detaillierte Fragen zum Bereich Blutmanagement. Der Arbeitskreis wird sich mit diesem Thema weiterhin intensiv beschäftigen.

Jährlicher Erfahrungsaustausch

Gemeinsam mit dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein, der in der Ärztekammer Nordrhein zuständigen Einrichtung, wurde der dritte Erfahrungsaustausch Hämotherapie für Qualitätsbeauftragte und Transfusionsverantwortliche Ärzte aus NRW in Münster veranstaltet. Um die Qualitätsbeauftragten und Transfusionsverantwortlichen bei ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen, wurden beim diesjährigen Erfahrungsaustausch Inhalte für Schulungen neuer und erfahrener Mitarbeiter erarbeitet und Umsetzungsfragen diskutiert, die nun weiter genutzt werden sollen. Perspektivisch soll allen Einrichtungen ein Baukastensystem für den einrichtungsspezifischen Schulungsbedarf zur Verfügung gestellt werden. Es ist vorgesehen, dieses System über das Fortbildungsportal der Ärztekammer abzubilden.

Einige Krankenhäuser haben zwischenzeitlich Schulungsmaterial aus ihren Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Die notwendige Bearbeitung übernimmt ein Redaktionsteam, das die Inhalte in Abstimmung mit dem Arbeitskreis Transfusionsmedizin bewertet.

Kooperation mit anderen Bundesländern weiterhin fortgesetzt

Die Kooperation mit anderen Bundesländern wurde weiter fortgeführt. Mittlerweile nehmen sechs Bundesländer an den jährlichen gemeinsamen Treffen bei der Ärztekammer Hessen teil, um sich über die Umsetzung der Hämotherapie-Richtlinie in den einzelnen Ärztekammern auszutauschen. Der Berichtsbogen ist im Pflichtteil vereinheitlicht worden und für das nächste Berichtsjahr ist eine gemeinsame Auswertung geplant. Alle sechs Länder geben Rückmeldungen oder nutzen ein etabliertes Mahnverfahren. Die Kooperation der Ärztekammern soll weiter intensiviert werden – auch auf der Ebene der Ständigen Kommission QS bei der Bundesärztekammer.

ÄKzert - Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Das Land NRW hat im Rahmen der Krankenhausplanung 51 Brustzentren ausgewiesen und verpflichtet, sich einem Zertifizierungsverfahren zu unterziehen. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe ist vom Land NRW mit der Zertifizierung der Brustzentren beauftragt. Die Umsetzung erfolgt über die Zertifizierungsstelle der ÄKWL ÄKzert.

Im Jahr 2012 hat ÄKzert die auftragsgemäße Zertifizierung der Brustzentren in NRW erfolgreich weitergeführt. Es wurden insgesamt 31 Rezertifizierungs- und 13 Überwachungsaudits durchgeführt. Zwei Kliniken musste aufgrund einer mehrfachen Unterschreitung der vom normsetzenden Aufsichtsministerium vorgegebenen Mindestfallzahl das Zertifikat entzogen werden. Die Entscheidung über das weitere Bestehen dieser Standorte wird im Rahmen der Krankenhausplanung getroffen werden. Alle anderen Zertifizierungen des Jahres 2012 konnten erfreulicherweise erfolgreich zu Ende geführt werden.

Die Änderungen des Anforderungskataloges durch das Gesundheitsministerium betrafen im vergangenen Jahr vorwiegend Vereinfachungen und Streichungen inzwischen vollständig implementierter Vorgehensweisen. Für die Psychoonkologische Betreuung der Frauen wurde auf Wunsch vieler Kliniken alternativ zum standardisierten Screening mit dem HADS-Bogen auch die persönli-

che Evaluation jeder Patientin durch einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten ermöglicht.

Das Verfahren der freiwilligen Zertifizierung von Perinatalzentren hat sich im Kammerbereich etabliert. Inzwischen wurden neun Kliniken in Westfalen-Lippe erfolgreich auditiert. Die Evaluation dieses Verfahrens wird zurzeit durchgeführt.

Alle betreuten Kliniken werden regelmäßig über das Audit und die Auditoren befragt. Die Auswertung des Jahres 2012 zeigt eine hohe Zufriedenheit mit den Leistungen der Zertifizierungsstelle:



Zu diesem erfreulichen Ergebnis trägt auch der regelmäßige Erfahrungsaustausch der Auditoren mit der Zertifizierungsstelle bei, an dem alle für ÄKzert tätigen Auditoren verpflichtend teilnehmen.

Die Tätigkeit von ÄKzert findet auch über Westfalen-Lippe hinaus Beachtung. So haben inzwischen Kliniken aus anderen Kammerbereichen angefragt, ob eine Zertifizierung durch die Zertifizierungsstelle der ÄKWL bei ihnen möglich sei.

Qualitätsmanagementkurs

In bewährter Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung gestalten Ärzte des Ressorts den Qualitätsmanagementkurs. 2011 wurde das Konzept komplett umgestellt. Der im Herbst 2011 begonnene Kurs wurde 2012 planmäßig fortgeführt.

Kompetente berufsrechtliche Beratung

Insgesamt große Resonanz

Schon seit Jahren ist festzustellen: Die Ärztekammer Westfalen-Lippe wird in erheblichem Umfang in berufsbezogenen Fragen - nicht zuletzt in berufsrechtlichen Fragestellungen - um Rat gebeten. Diese Entwicklung hat sich im Jahre 2012 fortgesetzt. Die den Anfragen zugrunde liegenden Sachverhalte stellen sich in der Regel als höchst komplex und differenziert dar. Die große, ständig steigende Zahl der Anfragen beweist die hohe Akzeptanz der Beratungstätigkeit.

Vielfältige Informationen im Internet

Erfreulich war die erneut starke Nutzung des Internetangebotes der Kammer (www.aekwl.de). Auch und gerade das Ressort Recht hat im Jahr 2012 wieder eine Fülle wichtiger Informationen für den Arzt ins Internet eingestellt und den Beratungsservice auf diese Weise weiter ausgebaut.

Erweiterte Niederlassungs- und Kooperationsmöglichkeiten

Bemerkenswert war nicht nur die Zahl derjenigen, die sich nach den Möglichkeiten und Voraussetzungen für eine rein privatärztliche Tätigkeit (Niederlassung bzw. auch – nach § 30 Gewerbeordnung zu konzessionierende – Privatklinik) erkundigten. Erwartet groß war erneut die Nachfrage nach den berufs- wie vertragsarztrechtlich zulässigen erweiterten Niederlassungs- und Kooperationsmöglichkeiten.

Viele Anfragende interessierten sich für die Möglichkeit, (bis zu zwei) „Filialen“ betreiben zu können sowie für die überörtliche Gemeinschaftspraxis. Auch die Kooperation für nur ganz bestimmte Teile des Leistungsspektrums (systematisch organisiert und auf Dauer angelegt) z. B. in Form von „Teil-Berufsausübungsgemeinschaften“ („Teil-Gemeinschaftspraxen“) wurde von vielen Kolleginnen und Kollegen angefragt. Der Vorstand weist in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf folgendes hin: Es stellt keine „Teil-Berufsausübungsgemeinschaft“ dar, wenn die Kooperation darin bestehen sollte, sich wechselseitig oder auch nur einseitig Patienten zuzuweisen und sich das gemeinsame Tun auf die Teilung des Honorars beschränken würde. Derartiges ist nicht nur keine

„Teil-Berufsausübungsgemeinschaft“. Dem steht überdies unverändert das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 Berufsordnung) entgegen. Die Informationsbroschüre der Kammer hierzu („Niederlassung und berufliche Kooperation – neue Möglichkeiten“) wurde stark nachgefragt, nicht nur von Kolleginnen und Kollegen, sondern auch von den rechts- und steuerberatenden Berufen.

Vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitswesen erkundigten sich Kolleginnen und Kollegen auch nach denkbaren Kooperationsmodellen mit „Nichtärzten“. Die Beteiligung „Dritter“ und damit solcher Berufsgruppen/Personen, die keine medizinische oder heilberufliche Tätigkeit ausüben, ist nicht unproblematisch und löste deshalb Informations- und Beratungsbedarf aus.

Großes Interesse bestand daneben erneut an Informationen über die Möglichkeiten der Kooperation mit Krankenhäusern z. B. durch eine Niederlassung im/am Krankenhaus bzw. auch nur durch Nutzung von Geräten. Auch das Thema „Honorararzt“ und die damit verbundenen vielfältigen Fragestellungen spielten eine große Rolle.

Reges Interesse bestand an Informationen betriebswirtschaftlicher Art, z. B. zu notwendigen Umstrukturierungen als Folge rückläufiger Patienten- und Umsatzzahlen oder zur Nutzung von Synergieeffekten bei Kooperationen. In Einzelfällen waren sogar Insolvenzen bzw. Wege zu deren Abwendung Thema.

Praxisübergabe-, („Job-Sharing“) Gemeinschaftspraxis- und Anstellungsverträge etc.

Bei der Beratung von Praxisübergebern/-übernehmern spielte verständlicherweise die Praxiswertberechnung (insbesondere des „Goodwill“) eine große Rolle. Natürlich kommt es auch dabei immer auf den Einzelfall an. Dennoch orientiert man sich in der Regel an den hierzu existierenden Hinweisen und Empfehlungen des Vorstandes der Bundesärztekammer. Die vor vier Jahren überarbeitete Neufassung („Deutsches Ärzteblatt“ 2008, S. 2778 f.) hat den reinen Bezug zum Umsatz aufgegeben. An dessen Stelle ist eine in die Zukunft gerichtete, ertragswertorientierte Methode getreten, die die Kosten mit berücksichtigt.

Beratungsbedarf bestand daneben zu den Modalitäten und Auswirkungen des nach § 103 Abs. 4 SGB V unverändert einzuhaltenden Auswahlverfahrens bei einer Praxisübergabe in einem überversorgten und damit gesperrten Gebiet. Auch die Möglichkeiten und Grenzen von Konkurrenzschutzklauseln in Praxisübergabe-, Assistenten- oder Gemeinschaftspraxisverträgen wurden stark

nachgefragt. Auffällig war die Zahl derjenigen, die vorwiegend in ländlichen Bereichen keinen Nachfolger für die Praxis fanden und deshalb vor offenen Fragen (z. B. Aufbewahrung der Patientenkartei, Beendigung der Arbeitsverhältnisse mit den Mitarbeiterinnen) standen. Häufiger als je zuvor wandten sich Kolleginnen und Kollegen, die eine Gemeinschaftspraxis gründen bzw. erweitern wollten, an die Ärztekammer, vielfach angestoßen durch die Möglichkeit der Kooperation unter „Job-sharing“-Bedingungen selbst in gesperrten Gebieten. Aber auch das (drohende) Scheitern von Gemeinschaftspraxen war Gegenstand umfangreicher Beratungsgespräche. Über die Möglichkeiten einer Kooperation in Form einer „Partnerschaft“ nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz wollten Kolleginnen und Kollegen nicht mehr so häufig wie in den Vorjahren beraten werden.

Nennenswert waren demgegenüber unverändert Fragen zur Zusammenarbeit/Kooperation innerhalb von Gemeinschaftspraxen („Job-sharing“) und von („Job-sharing“)Anstellungsverhältnissen unter erleichterten Bedingungen. Rege Nachfrage herrschte auch nach den für eine Kooperation mit Nichtärzten (z. B. Krankengymnast, Hebamme) bestehenden Möglichkeiten. Hierfür steht neben der Partnerschaftsgesellschaft die Konstruktion der „Praxisgemeinschaft“ (mit einem gemeinsamen Eingang und gemeinsamer Organisation des Empfangsbereichs) als Organisationsgemeinschaft zur Verfügung. Allerdings müssen die Beteiligten darauf achten, dass die räumliche und funktionale Trennung der jeweiligen Berufsausübung sichergestellt ist.

Arzt und gesellschaftsrechtliche Beteiligung – „Zweites Standbein“

Groß war z. B. die Nachfrage nach den Möglichkeiten und Grenzen von (wirtschaftlich u. U. interessanten) Aktivitäten außerhalb/neben der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit. Derartige Aktivitäten wie z. B. die gesellschaftsrechtliche Beteiligung an einem ambulanten Pflegedienst oder das Betreiben eines selbstständigen Gewerbes (u. a. „Kosmetik-Institut“, „Beauty-Center“, „Vital-Shop“) sind zwar berufsrechtlich nicht per se unzulässig. Es sind jedoch bei der praktischen Umsetzung im Einzelfall spezielle Gesichtspunkte zu beachten, die schon den Anschein einer unzulässigen Verquickung zwischen der ärztlichen Tätigkeit und dem außerberuflichen Engagement erst gar nicht entstehen lassen. Im Idealfall sollte beim Betreiben eines Gewerbes der genannten Art auf eine räumliche, organisatorische und steuerliche Trennung geachtet werden. Allerdings hat es der Bundesgerichtshof in einer Grundsatzentscheidung vom 29.05.2008 (Az: 1 ZR 75/05) anders als noch die Vorinstanzen für berufsrechtskonform und zulässig gehalten, wenn z. B. der Verkauf von Gesundheitsprodukten (Nahrungsergänzungsmittel etc.) vom eigentlichen Praxisbetrieb getrennt erst nach Ende der Sprechstunde und damit außerhalb der Sprechstundenzeiten erfolgt. Zu Recht stellt auch die Rechtsprechung immer wieder heraus, dass der Heilauftrag des Arztes von mer-

kantilen Gesichtspunkten zu trennen ist und getrennt bleiben muss. Dies schließt unternehmerisches Denken des Arztes und die Notwendigkeit hierzu nicht aus.

Ganz grundsätzlich gilt: Dem Arzt ist es nicht verboten, sich an einem Unternehmen „Dritter“ gesellschaftsrechtlich zu beteiligen. Auch gegen die Beteiligung an einer Kapitalgesellschaft ist im Prinzip nichts einzuwenden. Mit dem Berufsrecht unvereinbar ist allerdings ein mit der Gesellschafterstellung korrespondierendes (Verordnungs-)Verhalten des Arztes. Man wird heute nicht mehr sagen können, dass eine durch die – lediglich dem Gesellschaftsanteil entsprechende – Beteiligung erzielte Teilhabe am Gesamtgewinn einer Gesellschaft ohne Weiteres rechtlich unbedenklich ist. Vielmehr ist nicht nur durch die Neuregelung in § 128 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 5 SGB V für den Vertragsarzt klargestellt, sondern auch berufsrechtlich klar, dass auch Einkünfte aus solchen Beteiligungen unzulässige Zuwendungen sind, deren Höhe durch das Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten von Ärzten selbst maßgeblich beeinflusst werden kann. Anknüpfungspunkt ist nämlich bereits die potenzielle Gefahr bzw. Möglichkeit der Beeinflussung der Einkünfte aus solchen Beteiligungen. Mit Urteil vom 13.01.2011 (Az.: 1 ZR 111/08) hat der Bundesgerichtshof klargestellt, dass auch „mittelbare Beteiligungen“ – insbesondere allgemeine Gewinnausschüttungen nach den Gesellschaftsanteilen – „Vorteile“ im Sinne des § 31 Berufsordnung sein können. Dies ist dann nicht der Fall, wenn „bei objektiver Betrachtung ein spürbarer Einfluss der Patienten-zuführung des einzelnen Arztes auf seinen Ertrag aus der Beteiligung ausgeschlossen erscheint.“ Ob dies der Fall ist, hängt grundsätzlich vom Gesamtumsatz des Unternehmens, dem Anteil der Verweisungen des Arztes an das Unternehmen und der Höhe seiner Beteiligung ab. Die Unzulässigkeit der Beteiligung kann sich auch schon aus der Gesamthöhe der dem Arzt aus ihr zufließenden Vorteile ergeben, sofern dies in spürbarer Weise von seinem eigenen Verweisungsverhalten beeinflusst wird.

Individuelle Gesundheitsleistungen („IGeL“)

Wie schon im Vorjahr wurden auch 2012 die Möglichkeiten und Grenzen privatärztlicher Liquidation bei gesetzlich krankenversicherten Patienten (u. a. „IGeL“-Leistungen) häufig erfragt. Als hilfreich haben sich dabei unverändert die ausgewogenen Beschlüsse des 109. Deutschen Ärztetages 2006 und die darin vor allem mit Blick auf das ärztliche Berufsrecht niedergelegten Grundsätze „Zum Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen“ erwiesen. Die auf dieser Grundlage im Berichtszeitraum von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung erarbeitete und gemeinsam aufgelegte neue Broschüre (Ratgeber: „Selbst zahlen?“) fand in Westfalen-Lippe reißenden Absatz.

Chefarztverträge - Mitarbeiterbeteiligung

Weiterhin hoch war die Zahl der Beratungen von Kolleginnen und Kollegen im Zusammenhang mit dem Abschluss von Chefarzt(dienst)verträgen. Trotz der sicher berechtigten Kritik an Teilen des Muster-Chefarztvertrages der Deutschen Krankenhausgesellschaft (8. geänderte Auflage, 2007) muss man feststellen, dass die auf der Grundlage dieses Musters heutzutage fast überall gemachten Vertragsangebote mittlerweile von vielen Kolleginnen und Kollegen akzeptiert werden.

Allerdings gab es im Berichtszeitraum berechtigte Diskussionen über einen im Mustervertrag der DKG bislang noch enthaltenen variablen Vergütungsbestandteil („erfolgsabhängige Bonuszahlung“). In diesem Zusammenhang konnte kammerseits das schon seit 2007 existierende, von den Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer beschlossene Papier [„Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit - Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens; Hinweise und Erläuterungen“ („Deutsches Ärzteblatt“ 2007, S. 1607 ff.)] eingebracht werden. Darin ist im Einzelnen abgehandelt, inwieweit finanzielle Anreize im Rahmen von Vergütungsregelungen in Chefarztverträgen zulässig bzw. unzulässig sind. Kurz gefasst: Zulässig und auch sogar begrüßenswert sind Bonuszahlungen, die nicht an das Erreichen von ökonomischen, sondern von leistungsbezogenen Zielen im ärztlich-medizinischen Bereich anknüpfen. So kann eine Bonuszahlung in nicht zu beanstandender Weise vor allem an medizinisch-qualitativen Kriterien (z. B. Einführung von Qualitätskennzahlen bzw. Patientensicherheitssystemen, Aufgaben der Aus- und Weiterbildung/Mitarbeiterzufriedenheit etc.) ausgerichtet werden.

Im Krankenhausbereich standen daneben erneut Fragen der in § 29 Abs. 3 Berufsordnung prinzipiell abgesicherten Mitarbeiterbeteiligung im Vordergrund. Dabei musste vielfach mit Blick auf das an den Krankenhausträger abgegebene Liquidationsrecht und die stattdessen vereinbarte „Beteiligungsvergütung“ festgestellt werden, dass sich in den konkreten Fällen eine Verpflichtung zur Mitarbeiterbeteiligung nicht mehr konstruieren ließ, jedenfalls nicht aus der früheren Fassung der Berufsordnung unmittelbar. Jedem Chefarzt ohne Liquidationsrecht aber mit „Beteiligungsvergütung“ ist dringend zu raten, durch eindeutige Absprachen mit dem Krankenhausträger die Beteiligung seiner Mitarbeiter an den Einnahmen aus privater stationärer Tätigkeit sicherzustellen. Derjenige, der so verfährt, würde auf diese Weise den im Jahr 2011 geänderten Vorgaben der Berufsordnung (vgl. § 29 Abs. 3 neu) genügen.

Auch das „Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung“ löste wie in den Vorjahren viele Anfragen aus. Hierzu gehörten insbesondere Fragen nach der Zulässigkeit des Umfangs der Befristung sowie die Auswirkungen des Mutterschutzes und der Elternzeit auf die Vertragsbefristung.

Arzt und Industrie

Auffällig, aber mit Blick auf die durch die richtungsweisende Entscheidung des Großen Strafsenats des Bundesgerichtshofs vom 29.03.2012 (Az: GSSt 2/11 – „Vertragsarzt ist kein Amtsträger und auch kein Beauftragter der Krankenkassen“) ausgelöste Diskussion über Verschärfungen des Strafrechts (Vorteilsannahme, Bestechlichkeit etc.) verständlich war der zunehmende Beratungsbedarf zu den auch berufsrechtlichen Implikationen einer wie auch immer gearteten Zusammenarbeit mit der Industrie (z. B. „Fortbildungs-Sponsoring“).

Man kann nicht oft genug wiederholen: Die Annahme von Sponsorengeldern zur Durchführung von Veranstaltungen ist ausschließlich für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms ärztlicher Veranstaltungen und nur in angemessenem Umfang erlaubt. Ein Sponsor darf keinen Einfluss auf Inhalt und Form der von ihm unterstützen Fortbildungsveranstaltung haben und muss als Sponsor kenntlich gemacht werden. Gelder/Beiträge für begleitende Unterhaltungsprogramme dürfen nicht angenommen werden. Auch dies scheint nicht überall bekannt zu sein: Das Sponsoring, dessen Bedingungen und Umfang sind nicht nur bei der Ankündigung der Veranstaltung, sondern auch bei der Veranstaltung selbst offenzulegen (§ 32 Abs. 3 Berufsordnung).

Wer es bisher noch nicht wusste, muss sich sagen lassen: Eine wie auch immer geartete finanzielle Unterstützung von z. B. Dienstjubiläumsfeiern, Betriebsausflügen, Weihnachts- und Geburtstagsfeiern oder das Ausrichten eines „Tags der offenen Tür“ durch die (pharmazeutische) Industrie ist unzulässig.

Nicht unzulässig ist es nach wie vor, für die Teilnahme an wissenschaftlichen oder berufsbezogenen Fortbildungsveranstaltungen von Herstellern von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie von Medizinprodukten „geldwerte Vorteile“ anzunehmen, wenn deren Höhe angemessen ist. Der Vorteil ist unangemessen, wenn er über die notwendigen Reisekosten und Tagungsgebühren hinausgeht (§ 32 Abs. 2 Berufsordnung). Dies bedeutet: Zulässig ist es z. B., wenn ein Bahnticket oder ein Flugticket (Economy-Class) übernommen wird. Auch die Erstattung sonstiger Reisekosten (z. B. öffentliche Verkehrsmittel, Taxifahrten) ist erlaubt. Die Erstattung von Übernachtungskosten ist auf die für die Teilnahme an der Veranstaltung notwendigen Kosten (kein „Luxushotel“) begrenzt. Kosten für „Verlängerungstage“ dürfen ebenso wenig angenommen werden wie Reisekosten für Begleitpersonen. Teilnahmegebühren darf man sich bezahlen bzw. erstatten lassen.

Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens - „Zuweiserentgelte“

Erneut war es notwendig, sich auch außerhalb der vorstehend bereits beschriebenen Chefarztvertragsproblematik mit der Frage der berufsrechtlichen (Un-)Zulässigkeit von Bonusregelungen, Motivations- und Einweisungspauschalen zu befassen, deren gemeinsames Merkmal es ist, Ärzten finanzielle Anreize für ein bestimmtes Behandlungs- oder Ordnungsverhalten zu bieten. Die hierzu 2007 von den Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer beschlossene Papier [(„Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit – Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens; Hinweise und Erläuterungen, („Deutsches Ärzteblatt“ 2007, S. 1607 ff.)] wurde auch im Berichtszeitraum diesbezüglich um Rat bittenden Kolleginnen und Kollegen in einer Vielzahl von Fällen für deren Entscheidung zur Verfügung gestellt. Sie betonen die Bedeutung der ärztlichen Unabhängigkeit für eine allein am Wohl und den Interessen der Patienten ausgerichtete Behandlung. Andererseits akzeptieren sie zu Recht, dass unter den gegenwärtigen finanziellen Rahmenbedingungen insbesondere in der GKV auch ein wirtschaftliches Verhalten des Arztes erforderlich ist, um die Leistungsfähigkeit, den Umfang und die Qualität der medizinischen Versorgung auf Dauer auf dem derzeit hohen Niveau zu erhalten. Dieses Ziel verfolgende finanzielle Anreize können durchaus zulässig sein. Natürlich kommt es auf den Einzelfall an.

Nicht so häufig wie zu Jahresbeginn vermutet war die Ärztekammer mit der Beurteilung von Kooperationsverträgen zwischen Krankenhausträgern und niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen befasst, die deren Beauftragung zur Durchführung prä- und poststationärer Leistungen zum Inhalt hatten bzw. in denen Krankenhäuser Vertragsärzten für die Durchführung solcher Leistungen ein Entgelt angeboten hatten. Sofern diese Verträge berufsrechtlichen Bedenken begegneten – insbesondere mit Blick auf das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 Berufsordnung) – wurde den Kolleginnen und Kollegen dringend davon abgeraten, die Angebote anzunehmen.

In diesem Zusammenhang ist noch immer das Aufsehen erregende und in der Sache eindeutige Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 01.09.2009 hervorzuheben. Danach ist die an Patienten gegebene Empfehlung eines Arztes für ein bestimmtes Krankenhaus, die auch darauf beruht, dass ihm – dem Arzt – ein Vorteil zufließt, mit dem Grundsatz einer allein nach ärztlichen Gesichtspunkten zu treffenden Entscheidung nicht zu vereinbaren. Das OLG Düsseldorf hat klargestellt, dass der Berufsrechts- bzw. Wettbewerbswidrigkeit eines Vertrages über die „Sektorenübergreifende Versorgung“ nicht entgegengehalten werden kann, dass der niedergelassene Kollege bei der Empfehlung des Krankenhauses nicht von vornherein sicher damit rechnen kann, mit der Durchführung von prä- und poststationären Leistungen auch tatsächlich beauftragt zu werden.

Das OLG Düsseldorf lässt vielmehr bereits die realistische Möglichkeit der Beauftragung genügen, um einen Rechtsverstoß anzunehmen. Jeder Kollege ist deshalb gut beraten, darauf zu achten, dass (s)eine Beauftragung mit prä- und poststationären Leistungen vollständig von einer auf die Einweisung in das Krankenhaus abzielenden Empfehlung entkoppelt wird. Auch ist darauf zu achten, dass es sich nicht um Leistungen handelt, die man als niedergelassener Vertragsarzt nicht auch erbringen müsste und mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen könnte. Es ist völlig klar: Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die das Ziel haben, aus monetären Gründen Patientenströme zu lenken, dürfen nicht gegründet werden.

Regelungen für die Zusammenarbeit mit Heil- und Hilfsmittelerbringern

– § 128 SGB V

Seit 01.04.2009 gibt es in § 128 SGB V gesetzliche Bestimmungen für die Zusammenarbeit insbesondere mit Hilfsmittelerbringern. Die Verbotsregelungen, die sich nicht nur auf die jetzt unzulässige Abgabe von Hilfsmitteln aus bei Ärzten unterhaltenen Depots – Ausnahme „Notfalldépot – beschränken, sind auf die Arzneimittelversorgung ausgedehnt worden. Die Neuerungen lösten bei den insoweit betroffenen vertragsärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen erheblichen Beratungsbedarf aus. Eine Reihe von z. B. mit Sanitätshäusern abgeschlossenen bzw. mit diesen beabsichtigten Verträgen stand auf dem Prüfstand. Es ist klar: Durch die Neufassung des Gesetzes sollen ganz generell die – so die Gesetzesbegründung – „ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteile“ unterbunden werden, die ein Hilfsmittelerbringer durch das Unterhalten eines Depots in der Vertragsarztpraxis erhält. Dies bedeutet: Auch Vereinbarungen zwischen Vertragsärzten und Hilfsmittelerbringern über das Abhalten von Sprechstunden des Hilfsmittelerbringers in der Praxis sind vom Willen des Gesetzgebers nicht mehr gedeckt. Dies gilt auch für Vereinbarungen über die Vermietung von Praxisräumen zur Abgabe von (verordneten) Hilfsmitteln bzw. für die Beratung von gesetzlich krankenversicherten Patienten bei der Anpassung und dem Gebrauch von Hilfsmitteln.

Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen

Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichen Merkmale der freiberuflichen Tätigkeit. Sie prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage einer besonderen Vertrauensbeziehung erbringt. Persön-

liche Leistungserbringung bedeutet nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Arzt aber immer, dass er bei Inanspruchnahme nichtärztlicher oder ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Der Arzt kann daher, anders als der gewerbliche Unternehmer, den Leistungsumfang seiner Praxis durch Anstellung von Mitarbeitern nicht beliebig vermehren. Dennoch: In einigen Sachverhaltskonstellationen und unter bestimmten Voraussetzungen können und dürfen Leistungen durchaus in zulässiger Weise delegiert werden. Dies gilt sowohl für den ambulanten wie für den stationären Bereich. Die hierzu existierenden Grundsätze hat die Bundesärztekammer unter Mitwirkung der Ärztekammer Westfalen-Lippe erst vor einigen Jahren noch neu gefasst („Deutsches Ärzteblatt“, 2008, S. 2173 ff.). Vielen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe auch im Berichtszeitraum wieder nach Rat Suchenden konnte unter Hinweis auf die Grundsätze der Bundesärztekammer geholfen werden.

„Arzt - Werbung - Öffentlichkeit“

Die große Nachfrage nach den Möglichkeiten und Grenzen einer zulässigen Akquisition und Information von/der Patienten über Besonderheiten des eigenen Leistungsspektrums hielt auch im Berichtszeitraum an.

Die Berufsordnung hat dem Arzt vor dem Hintergrund mehrerer Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts im Laufe der Zeit neue und zusätzliche Möglichkeiten der Information eröffnet: Nicht nur die nach der Weiterbildungsordnung erworbenen Bezeichnungen sowie die Qualifikationen, die von einer Ärztekammer verliehen wurden (z. B. Fortbildungszertifikate wie „Ernährungsmedizin“) dürfen auf dem Praxisschild, auf Briefbögen, in Zeitungsanzeigen etc. angekündigt werden. Auch nach „sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen“ und damit solche Qualifikationen, die sich in Genehmigungen der Kassenärztlichen Vereinigung ausdrücken (wie z. B. „Schlafapnoe“ oder „Arthroskopische Leistungen“), sind ebenso ankündigungsfähig wie „bis zu drei“, als solche zu kennzeichnende Tätigkeitsschwerpunkte. Die Größe des Praxisschildes ist schon lange nicht mehr eingeschränkt, die Anzahl nicht mehr begrenzt. Gleiches gilt für Zeitungsanzeigen, die im Übrigen nicht mehr nur aus ganz bestimmten Anlässen erlaubt sind. Für alle öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten von Kolleginnen und Kollegen gilt allerdings weiterhin, dass diese nicht anpreisend, nicht irreführend und nicht vergleichend sein dürfen (vgl. § 27 Berufsordnung). Die Informationsbroschüre „Arzt - Werbung - Öffentlichkeit“ und die diversen Publikationen des Kammerjustizars hierzu erfahren nach wie vor großen Zuspruch nicht nur bei Kolleginnen und Kollegen, sondern auch bei Krankenhausverwaltungen und Journalisten.

Auch 2012 setzte sich bei niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen der Trend fort, der Praxis einen möglichst prägnanten und werbewirksamen Namen geben zu wollen. Besonders der Begriff „Zentrum“ stand dabei im Mittelpunkt des Interesses. In der Regel genügt eine so bezeichnete Praxis nicht den Vorstellungen, die Patienten bzw. potenzielle Patienten mit dem Begriff „Zentrum“ bei vernünftiger Betrachtungsweise verbinden. Die Rechtsprechung der Zivilgerichte hat(te) in der Vergangenheit deshalb auch zu Recht auf die Größe und Bedeutung der so bezeichneten Einrichtung abgestellt und die Bezeichnung „Zentrum“ nur dann als nicht „irreführend“ und damit zulässig angesehen, wenn die Praxis tatsächlich absolut gesehen eine beträchtliche Größe aufwies und ihr relativ betrachtet im Vergleich zu Konkurrenten eine deutlich überragende Bedeutung zukam. Ungeachtet einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, das 2005 in einem wenige Sätze umfassenden „Nichtannahmebeschluss“ festgestellt hatte, dass der Begriff des Zentrums „im Zusammenhang mit der Bezeichnung von Dienstleistungslokalitäten einen Bedeutungswandel erfahren“ hat, „der auch der Öffentlichkeit nicht verborgen geblieben sein kann“, hat der Bundesgerichtshof im Berichtszeitraum mit Urteil vom 18.01.2012 (Az: I ZR 104/10) in bemerkenswerter Deutlichkeit – jetzt in einem „Krankenhausfall“ – die frühere Auffassung verschiedener Zivilgerichte bestätigt: Der Begriff „Zentrum“ weist auf die besondere Bedeutung und Größe eines „Unternehmens“ hin. Er unterliegt – so der BGH – keinem Bedeutungswandel wie der Begriff „Center“.

Nicht unerwähnt bleiben sollen die im Berichtszeitraum in Kraft getretenen Veränderungen des Heilmittelwerberechts. Bisher war es unzulässig, mit „Gutachten, Zeugnissen, wissenschaftlichen oder fachlichen Veröffentlichungen“ zu werben. Dieses Verbot ist aufgehoben. Auch die bisherige Regelung, wonach die „bildliche Darstellung von Personen in der Berufskleidung oder bei der Ausübung der Tätigkeit von Angehörigen der Heilberufe“ unzulässig war, ist ersatzlos gestrichen. Die Werbung mit bildlichen Darstellungen von „Krankheiten, Leiden oder Körperschäden“, die wegen ihrer suggestiven Wirkung auf den Angesprochenen grundsätzlich unzulässig war, ist jetzt nur noch dann verboten, wenn dies in „missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise erfolgt.“ Das Verbot von „Vorher-Nachher-Bildern“ ist geblieben. Insoweit heißt es jetzt explizit auch für operativ plastisch-chirurgische Eingriffe, dass für diese nicht mit „vergleichenden Darstellungen des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff geworben werden darf.“

Internet (Foren/Plattformen etc.) – „Social Media“

Häufig wurde die Frage nach der Zulässigkeit von Internetforen gestellt, in denen Patientinnen und Patienten ihre Meinung über die sie behandelnden Ärztinnen und Ärzte äußern (können). In diesen Foren sind nicht immer nur positive, sondern manchmal auch negative Kritiken zu lesen. Meinungsäußerungen in Internetforen sind prinzipiell erlaubt, und zwar auch dann, wenn sie für den

betroffenen Arzt unangenehm sind. Tatsachenbehauptungen müssen der Wahrheit entsprechen. Beiträge dieser Art im Internet dürfen jedoch keine „Schmähekritik“ beinhalten und nicht ehrverletzend sein. Dies hat der Bundesgerichtshof erstmals schon 2007 so entschieden und mit Urteil vom 25.10.2011 (Az.: VI ZIR 93/10) wiederholt. Betroffene Kolleginnen und Kollegen haben also einen Anspruch darauf, dass ehrverletzende Aussagen gelöscht werden. Nicht unerwähnt bleiben soll ein Beschluss des Landgerichts Nürnberg vom 08.05.2012 (Az.: 11 O 2608/12). Das Gericht hat per einstweiliger Verfügung den Betreiber eines Arztbewertungsportals verpflichtet, das Verbreiten einer negativen Bewertung auf Verlangen des Arztes zu unterlassen, da er sich von dem bewertenden Patienten keinen Nachweis für die Negativbewertung hatte vorlegen lassen.

Auch im Berichtsjahr erhielten zahlreiche Kolleginnen und Kollegen wieder Angebote, sich in Adress- und/oder Onlineverzeichnisse eintragen zu lassen. Solche dubiosen Offerten werden per Fax und zunehmend auch per E-Mail verschickt. Suggestiert wird dabei, dass das Fax oder die E-Mail nur der Überprüfung oder Korrektur eines bereits vorhandenen Eintrags dient. Eine bereits bestehende Geschäftsbeziehung wird vorgetäuscht. Die Ärztekammer hat auch im Berichtszeitraum Kolleginnen und Kollegen in Fällen derartigen Offertenschwindels beraten und die Angebote zur wettbewerbsrechtlichen Überprüfung an den Deutschen Schutzverband gegen Wirtschaftskriminalität e. V. weitergeleitet. Das Problem für die Kammerangehörigen besteht darin, dass sie als Selbstständige den Vertrag mit den Firmen nicht einfach widerrufen können, da sie als Unternehmer und nicht als Verbraucher gelten und ihnen daher gesetzlich kein Widerrufsrecht zusteht. Den Betroffenen kann nur empfohlen werden, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten und dann zunächst abzuwarten.

Verstärkt wurden nicht nur von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen die aus berufsrechtlicher Sicht bestehenden Möglichkeiten und Grenzen eines „Auftritts“ bei z. B. „facebook“ nachgefragt. Allen, die sich mit dem Thema beschäftigen, scheint klar zu sein: Soziale Medien haben neben Vorteilen erhebliche, nicht zu unterschätzende Risiken. Dies gilt für Ärzte und Patienten gleichermaßen. Als äußerst hilfreich sind in diesem Zusammenhang die vom 115. Deutschen Ärztetag 2012 beschlossenen „Empfehlungen für den Umgang mit sozialen Netzwerken“ zu bezeichnen. Jeder, der sich als Arzt/Ärztin mit dem Thema beschäftigt, muss wissen, dass auf die z. B. in „facebook“ enthaltenen bzw. dort eingestellten Informationen nicht nur derjenige Zugriff hat, der als Patient über „facebook“ online korrespondiert. Auch andere haben Zugriff. Man muss also unbedingt darauf achten und verhindern, dass im Zusammenhang mit dem „Auftritt“ bei z. B. „facebook“ Informationen erscheinen und Daten lesbar sind, die der Schweigepflicht unterliegen. Hinzu kommt: Die ärztliche Berufsordnung gibt in § 7 Abs. 4 eindeutig vor, dass „individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, weder ausschließlich brieflich noch in Zeitungen, noch in Zeitschriften noch ausschließlich über Kommunikationsmedien oder Computerkommunikations-

netze durchgeführt werden“ darf. Auch diese berufsrechtliche Vorgabe setzt Überlegungen klare Grenzen. Ohnehin gilt: Bevor man auf sozialen Internetplattformen aktiv wird, muss man sich über den Schutz der Privatsphäre auf den Internetseiten sorgfältig informieren und die eigene Internetpräsenz routinemäßig überprüfen. Nicht ohne Grund enthält das vom 115. Deutschen Ärztetag 2012 beschlossene Papier die Empfehlung, ein von einem evtl. vorhandenen privaten Profil getrenntes, professionelles Profil einzusetzen.

Eine besondere Problematik ergab sich im Berichtszeitraum im Zusammenhang mit „Online-Beratungsangeboten“ (z. B. „www.vorsicht-operation.de“, „www.justanswer.de“). Die Grenzen des bei solchen Angeboten berufsrechtlich Zulässigen bzw. Unzulässigen sind nicht immer einfach zu ziehen. Nicht immer liegt ein Verstoß gegen das bereits vorstehend zitierte „Fernbehandlungsverbot“ (§ 7 Abs. 4 BO) vor. So ist die reine Begutachtung eines Erstbefundes auf Grundlage der vom Internetnutzer/„Patienten“ zugesandten medizinischen Unterlagen – als Zweitmeinung bzw. Zweitbegutachtung, d. h. ohne eigene bzw. erneute Untersuchung des „Patienten“ – nicht zu beanstanden. Etwas anderes gilt allerdings dann, wenn das „Online-Angebot“ bzw. die damit verbundene Leistung als individuelle Beratung zu bezeichnen ist. Der entsprechende Leitsatz eines im Berichtszeitraum ergangenen Urteils des Ärztlichen Berufsgerichts Niedersachsen (Urteil vom 07.03.2012, Az.: BG 6/11) lautet: „Stellt ein Nutzer eines Internetforums eine speziell auf seinen Gesundheitszustand bezogene Frage und beantwortet der ärztliche Experte diese Frage speziell bezogen auf den Gesundheitszustand des Anfragenden, liegt eine in dieser Form berufsrechtlich unzulässige individuelle ärztliche Beratung vor.“

Nicht erfasst werden von dem „Fernbehandlungsverbot“ sachliche, allgemein gehaltene medizinische Informationen für Nutzer von Print- und Kommunikationsmedien, wie Zeitschriften und Zeitungen, Telefon und Telefax, E-Mail, Internet und andere Netze.

Auch 2012 war die Ärztekammer wiederholt mit Internetplattformen (wie z.B. „www.groupon.de“) befasst, auf denen für ärztliche Behandlungen geworben und gleichzeitig ein Rabatt für die jeweilige Behandlung in einer zum Teil erheblichen Größenordnung ausgelobt wurde. Die Rabattierung erfolgte dabei in der Weise, dass online durch den Internetdienst Rabattgutscheine verkauft wurden, die dann eingelöst werden konnten. Nach § 12 Abs. 1 Berufsordnung müssen Ärzte ein „angemessenes Honorar“ berechnen, wobei Grundlage der Berechnung die Gebührenordnungen sind. Mit diesen Vorgaben soll einerseits der Patient vor ungerechtfertigten Honoraren geschützt werden, andererseits soll aber ein Mindesthonorar auch die gleichbleibende Qualität der ärztlichen Leistung und ein auskömmliches Einkommen sichern. Rabatte oder Pauschalpreise sind deshalb gerade nicht erlaubt, und daher berufswidrig. Die Ärztekammer ist in diesen Fällen tätig geworden. Die Betroffenen wurden auf Unterlassung in Anspruch genommen.

Ärztliche Schweigepflicht – Datenschutz in der Arztpraxis

Wie schon in den Vorjahren gab es viele Fragen zur Schweigepflicht. Dabei ging es den Ratsuchenden u. a. um eine Antwort auf die Frage, ob und inwieweit unterschiedlichsten Stellen wie z. B. Behörden, Gerichten, Privaten Krankenversicherungen sowie Sozialversicherungsträgern, einschließlich des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Auskünfte zu erteilen sind. Unzählige Anfragen betrafen die Umstellung von der schriftlichen auf die elektronische Dokumentation. Der Vorstand weist auch an dieser Stelle noch einmal auf § 10 Abs. 5 Berufsordnung hin. Danach bedürfen Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Um eine beweissichere elektronische Dokumentation zu erreichen, muss das Dokument mit einer qualifizierten elektronischen Signatur des Arztes versehen werden, wenn man auf die herkömmliche schriftliche Dokumentation verzichten will.

Auffallend häufig wurden aber auch zu den Möglichkeiten bzw. Grenzen externer elektronischer Kommunikation Fragen gestellt. Als besonders hilfreich haben sich die äußerst praxisnahen „Empfehlungen“ der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung „zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ („Deutsches Ärzteblatt“, 2008, S. 1027 ff.) erwiesen. Nicht zuletzt deren „Technische Anlage“ enthält wichtige Informationen. Die Empfehlungen stehen zur Überarbeitung an.

Ärztliche Sterbebegleitung – Patientenverfügung

Erheblichen Beratungsbedarf löste auch im Berichtszeitraum das 2009 vom Deutschen Bundestag verabschiedete neue Betreuungsrecht aus. Auch wenn damit die Diskussion um die Frage der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen beendet und insoweit Rechtssicherheit eingetreten ist, ergaben sich auch nach den ersten Erfahrungen Nachfragen im Zusammenhang mit der Bindungswirkung einer Patientenverfügung, z. B. wenn das in der Patientenverfügung beschriebene Krankheitsbild nicht (zwangsläufig) zum Tode führt. Die gesetzliche Neuregelung hat insbesondere in Bezug auf Verfahrensfragen – nämlich hinsichtlich Form, Reichweite und gerichtlicher Kontrolle – Klärung gebracht. Auch deshalb konnten Kolleginnen und Kollegen in einer Vielzahl von Fällen – nicht nur in Einzelgesprächen, sondern auch in Informationsveranstaltungen, – kompetent und mit eindeutigen Antworten beraten werden. Bei der Beratung konnte nach wie vor auf die sich unverändert als unverzichtbar erweisenden Handreichungen der Bundesärztekammer für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen ebenso zurückgegriffen werden wie auf die eigene, im

Berichtszeitraum erneut aktualisierte Broschüre der Kammer („Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht – Leitfaden für Patienten und Angehörige“ – Stand: Februar 2012). Diese fand auch in der Bevölkerung reißenden Absatz und liegt nun in der 3. Auflage vor.

Patientenrechtegesetz

Erst gegen Jahresende häuften sich im Zusammenhang mit der die politischen Beratungen in Berlin und anderswo fast täglich begleitenden Presseberichterstattung Anfragen derjenigen Kolleginnen und Kollegen, die in Krankenhaus und Praxis bereits mit ersten konkreten Fragestellungen befasst waren. In der Tat hatte der Deutsche Bundestag Ende November 2012 nach kontroverser Debatte das lang angekündigte „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ beschlossen. In Kraft getreten sind die im Bürgerlichen Gesetzbuch (§§ 630 a – 630 h) platzierten Regelungen allerdings im Berichtszeitraum noch nicht. Grund hierfür war die noch ausstehende Beratung im Bundesrat. Die berechtigten Fragen danach, ob das Gesetz wirklich Neues (was genau?) bringt und ob es z. B. noch mehr Bürokratie nach sich zieht, konnten deshalb noch nicht beantwortet werden, jedenfalls nicht abschließend oder gar verbindlich.

Ein Detail sei dennoch schon jetzt erwähnt: Aus nachvollziehbaren Gründen erkundigten sich Kolleginnen und Kollegen besonders nach einer Neuerung, die darauf hinausläuft, Patientinnen und Patienten über Behandlungsfehler (auch über eigene!) informieren zu müssen, wenn auch nur unter bestimmten Voraussetzungen. Mit Änderungen an dem Wortlaut von § 630 c Abs. 2 Satz 2 BGB: „Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren“ durch den Bundesrat ist nicht zu rechnen. Man kann damit sagen: Nicht nur dann, wenn der Patient ausdrücklich danach fragt, besteht demnächst diese Pflicht. Auch dann, wenn man selbst Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler hat, muss der Patient informiert werden. Insoweit wird lediglich eine fachliche Einschätzung (keine Recherche!) und erst recht keine juristische Bewertung erwartet. Dennoch: Man sollte es sich sehr genau überlegen, ob die „Umstände“ – seriös betrachtet – tatsächlich die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen. Damit keine Missverständnisse aufkommen: Es ist nicht unkollegial, wenn man Behandlungsfehler beim Namen nennt. Wie so häufig macht auch in diesem Zusammenhang der „Ton die Musik“. Anders ausgedrückt: Sachlich geäußerte Kritik war auch nach der Berufsordnung nie verboten. Hieran ändert sich durch das Patientenrechtegesetz nichts. Berufswidrig sind und bleiben „unsachliche Kritik an der Behandlungsweise einer Ärztin oder Arztes sowie herabsetzende personenbezogene Äußerungen“ (vgl. § 29 Abs. 1 Satz 3 Berufsordnung).

Überwachung der ärztlichen Berufspflichten - Berufsgerichtsbarkeit

Der Ärztekammer obliegt die ihr gesetzlich zugewiesene Aufgabe, für die Erhaltung eines hochstehenden Berufsstandes zu sorgen und die Erfüllung der Berufspflichten der Kammerangehörigen zu überwachen (§ 6 Abs. 1 Nr. 5 Heilberufsgesetz NW). Hieraus folgt das Recht und die Pflicht, bei Berufspflichtverletzungen berufsaufsichtsrechtliche Maßnahmen zu ergreifen. Die Ärztekammer hat sich auch im Jahr 2012 durch eine konsequente Verfolgung ihr zugetragener Berufspflichtverletzungen erfolgreich um die weitere Verbesserung der Patientensicherheit in Westfalen-Lippe gekümmert. So wie im Vorjahr sah sich der Vorstand auch im Berichtszeitraum in einer ganzen Reihe von Fällen veranlasst, berufsaufsichtsrechtliche Schritte gegen Kolleginnen und Kollegen einzuleiten. Ergänzend wurde wiederum mehrfach bei bestimmten Berufspflichtverletzungen die „Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e.V.“ in Bad Homburg eingeschaltet, deren Mitglied die Ärztekammer ist. Der Vorstand erinnert bei dieser Gelegenheit an die in der Berufsordnung (BO) normierten grundlegenden Berufspflichten. Diese erstrecken sich nicht nur auf das Verhältnis zum Patienten, sondern auch auf das Verhältnis zum Arztkollegen und zu nichtärztlichen Mitarbeitern. Die ärztliche Berufsordnung ist und bleibt die unverzichtbare Leitlinie für ein gedeihliches kollegiales Miteinander. Jede Kollegin und jeder Kollege ist nicht nur verpflichtet, die an sich selbstverständlichen Vorgaben der Berufsordnung zu beachten. Überdies besteht auch die Verpflichtung, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten (§ 2 Abs. 5 BO).

Weniger Patientenbeschwerden - Kollegenbeschwerden konstant niedrig

Die Zahl der gegen Kolleginnen und Kollegen erhobenen Beschwerden lag im Berichtszeitraum mit insgesamt 1.583 geringfügig unter der des Vorjahres (1.694). Bei den Beschwerden handelte es sich nicht nur, aber doch in erster Linie um Patientenbeschwerden. Diese bewegen sich mit 1.056 unter Vorjahresniveau (1.103). Im Berichtszeitraum (78 Fälle) beschwerten sich – wie schon in 2011 (128 Fälle) – nur wenige Kollegen über Kollegen. Kollegenbeschwerden machen 4,9 % aller Fälle aus. Gegenstand solcher Beschwerden waren nicht nur z. B. Verstöße gegen das Verbot berufswidriger Werbung (§ 27 BO), sondern auch und vor allem Verstöße gegen die Verpflichtung zu kollegialem Verhalten (§ 29 BO). Honorarbeschwerden (449) und damit solche Beschwer-

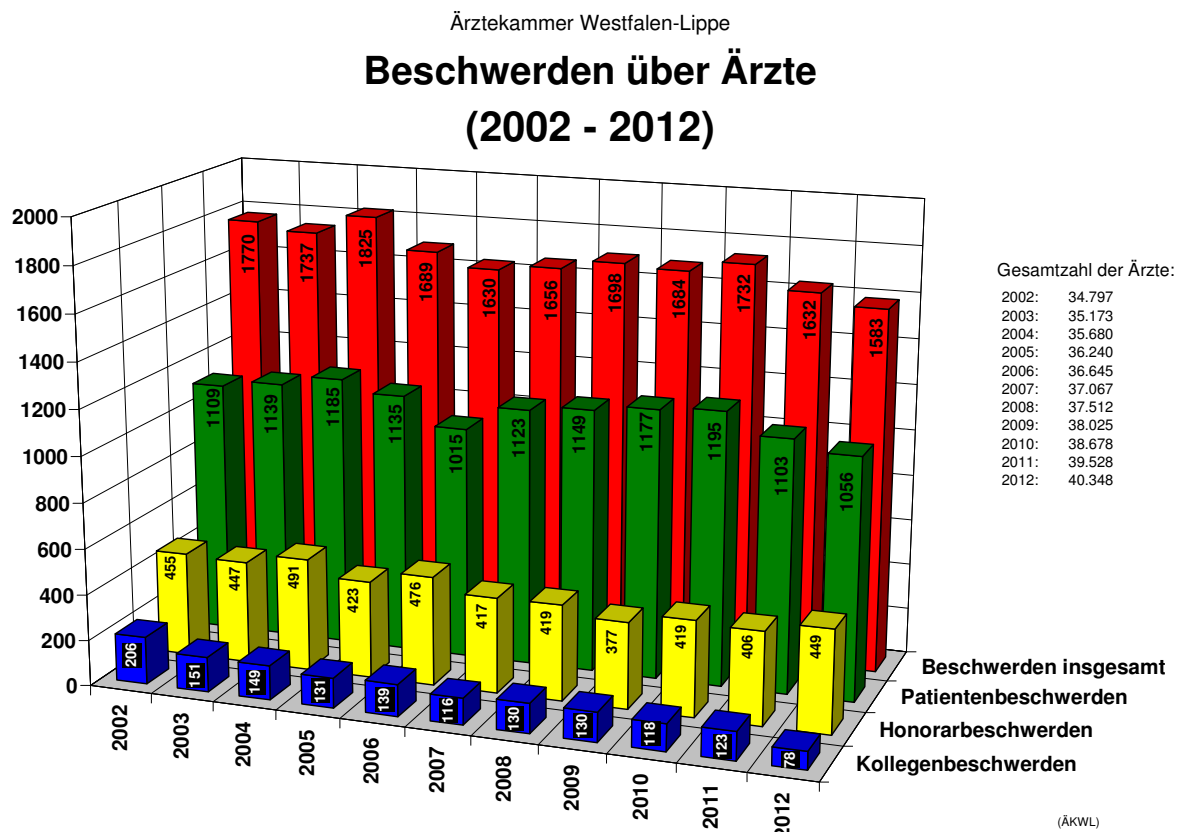
den, die die (Privat-)Honorargestaltung zum Gegenstand hatten, sind leicht angestiegen (2011: 406).

Etwas über 10 % der Patientenbeschwerden betrafen Krankenhausärzte. Die meisten Beschwerden richteten sich gegen niedergelassene Kolleginnen und Kollegen. Gemessen an der Fülle täglicher Arzt-Patienten-Kontakte befindet sich die Gesamtzahl der Beschwerden auf einem nach wie vor niedrigen Stand. Nur 3,9 % der Kolleginnen und Kollegen sind betroffen. In der – bei mittlerweile etwas über 40.000 Kammerangehörigen – tolerablen Zahl auch und gerade der Patientenbeschwerden sieht die Ärztekammer den Beweis, dass die Ärzteschaft zu Recht und unverändert hohes Ansehen genießt. Die Beschwerden über unkollegiale Verhaltensweisen verfolgt der Vorstand nach wie vor mit Sorge. Dies deshalb, weil die den Beschwerden regelmäßig zugrundeliegenden kollegialen Auseinandersetzungen in vielen Fällen „heftig“ sind. Der Vorstand ist wie schon in der Vergangenheit nicht bereit, tatenlos zuzusehen. Abgesehen von im Einzelfall notwendig gewordenen Maßnahmen erinnert der Vorstand auf diesem Wege noch einmal an die klaren Vorgaben des § 29 Berufsordnung zum kollegialen Verhalten und den darin niedergelegten Grundsatz, sich Kollegen gegenüber korrekt zu verhalten. Unverändert ist es berufsunwürdig, unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen eines Kollegen zu üben. Genauso berufsunwürdig ist es, Äußerungen zu tätigen, die einen Kollegen herabsetzen oder gar dessen Person verunglimpfen. Sachliche Kritik ist erlaubt. Nicht überall bekannt zu sein scheint, dass es eine Berufspflichtverletzung darstellt, wenn man die ärztliche Tätigkeit eines Kollegen in Gegenwart des Patienten oder auch anderer Personen beanstandet, vor allem dann, wenn damit zurechtweisende Belehrungen verbunden sind. Vielfach unbekannt ist überdies, dass man Patienten nur unter bestimmten Voraussetzungen kostenlos behandeln kann: Das Honorar darf man nur „Verwandten, Kolleginnen und Kollegen, deren Angehörigen und mittellosen Patientinnen und Patienten ganz oder teilweise erlassen“ (§ 12 Abs. 2 Berufsordnung).

Im Zusammenhang mit der Abwicklung kollegialer Auseinandersetzungen gelang es in einer Reihe von Fällen, den Streit in persönlichen Gesprächen – nicht zuletzt auch unter Einschaltung der bei den Verwaltungsbezirken angesiedelten Schlichtungsausschüsse – zu beenden und auf diese Weise die Grundlage für ein zukünftig gedeihliches kollegiales Verhältnis zu legen.

Der ganz überwiegende Teil der Patientenbeschwerden gab keinen Anlass zu berufsrechtlichen Maßnahmen. Die(se) Beschwerden hatten häufig ihre alleinige Ursache in einem gestörten Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Nicht selten drückten sich in den Beschwerden überzogene Erwartungshaltungen aus. In den meisten Fällen, in denen ein Verstoß gegen die Berufsordnung bejaht werden musste und in denen nicht eine Rüge gem. § 58 a Heilberufsgesetz bzw. in denen nicht zwingend die Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens beim Berufsgericht für

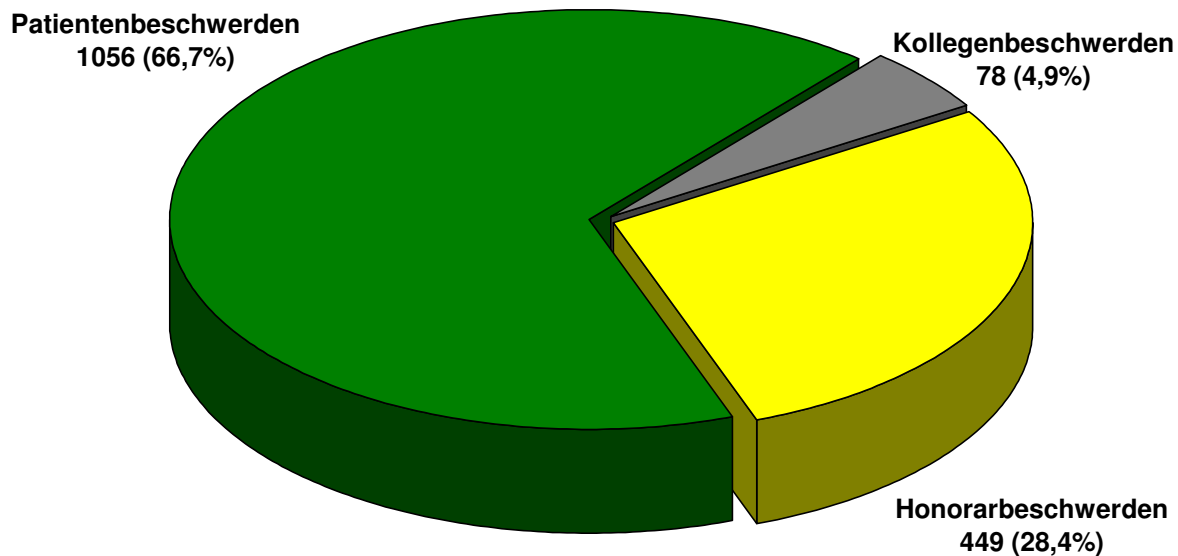
Heilberufe geboten war, konnte die Sache mit einem ermahnenen und auf die Berufspflichten hinweisenden Schreiben des Präsidenten abgeschlossen werden. Es ist im Berichtszeitraum kein Fall bekannt geworden, in dem eine solche Ermahnung nicht den erwünschten Erfolg gezeitigt hätte.



Ärzttekammer Westfalen-Lippe

Beschwerden über Ärzte (2012)

(1583)



(ÄKWL)

Erklärung zum Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung

Nachdem im Vorjahr zahlreiche Kolleginnen und Kollegen deswegen auffällig geworden waren, weil sie die jeder Kollegin und Kollegen von der Ärztekammer turnusmäßig zugesandte „Erklärung über einen ausreichenden Deckungsschutz aus bestehender Berufshaftpflichtversicherung“ nicht abgegeben hatten, sind nach entsprechendem Tätigwerden der Ärztekammer mittlerweile die meisten der betroffenen Kolleginnen und Kollegen, wenn auch teilweise erst nach mehrfachen Aufforderungen oder Zwangsgeldfestsetzungen, ihrer Berufspflicht nachgekommen. Gegen die wenigen die Aufforderungen der Ärztekammer weiter ignorierenden Kolleginnen und Kollegen sind im Berichtszeitraum konsequenterweise Anträge auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens gestellt worden.

Staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren konstant niedrig

Die Zahl staatsanwaltschaftlicher Ermittlungsverfahren gegen Ärzte gab wie schon im Vorjahr auch im Berichtszeitraum keinen Anlass zur Besorgnis. Im Gegenteil: In nur 49 Fällen erfolgten Mitteilungen der Staatsanwaltschaften des Kammerbereiches an die Ärztekammer Westfalen-Lippe gemäß Nr. 26 MiStra über Strafverfahren gegen Kolleginnen und Kollegen. Damit bewegen sich Strafverfahren gegen westfälisch-lippische Ärzte auf dem seit Jahren festzustellenden gleichbleibend niedrigen Niveau. In der genannten Zahl sind reine Straßenverkehrsdelikte mit enthalten.

Abmahnungen, Rügerecht und Berufsgerichtsbarkeit

Die auf der Grundlage des Heilberufsgesetzes NRW von der Kammerversammlung beschlossene Berufsordnung in der Fassung vom 26.11.2011 stellt ausweislich ihrer Präambel die Überzeugung der Kammerangehörigen zum Verhalten gegenüber Patientinnen und Patienten, den Kolleginnen und Kollegen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Mit der Festlegung von Berufspflichten in der Berufsordnung dient diese zugleich dem Ziel, das Vertrauen im Arzt-Patienten-Verhältnis zu erhalten und zu fördern, die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen, die Freiheit und das Ansehen des Arztberufs zu wahren sowie berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern. Um dies zu gewährleisten, ist der Ärztekammer nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 HeilBerG im Rahmen der Berufsaufsicht die Aufgabe zugewiesen, für die „Erhaltung eines hochstehenden Berufsstandes zu sorgen“ und die „Erfüllung der Berufspflichten der Kammerangehörigen zu überwachen sowie die notwendigen Maßnahmen zur Beseitigung berufsrechtswidriger Zustände zu treffen“. Die Ärztekammer ist insoweit beispielsweise verpflichtet, Beschwerden von Patienten, Kollegen oder Dritten über vermeintliche Berufspflichtverletzungen konsequent nachzugehen, es sei denn, diese erweisen sich schon auf den ersten Blick als völlig haltlos. Mit dieser Aufgabenzuweisung hat die Ärztekammer einerseits das öffentliche Interesse daran zu wahren, dass Verstöße von Kammerangehörigen gegen die Berufsordnung durch den Kammerpräsidenten abgemahnt (§ 58 a Abs. 5 HeilBerG), durch den Vorstand gerügt (§ 58 a HeilBerG) oder durch das Berufsgericht für Heilberufe im Rahmen eines berufsgerichtlichen Verfahrens (§§ 59 ff. HeilBerG) überprüft und ggf. geahndet werden. Die Ärztekammer nimmt hierbei andererseits aber auch die beruflichen Belange der betroffenen Kolleginnen und Kollegen wahr und versucht, diese vor unbegründeten Anschuldigungen und Vorwürfen zu schützen.

Sanktionsmöglichkeiten bei Berufspflichtverletzungen

Die Regelungen im fünften und sechsten Abschnitt des Heilberufsgesetzes NRW sehen unterschiedliche Möglichkeiten zur berufsaufsichtsrechtlichen Ahndung von Berufspflichtverletzungen vor.

Führt die Beurteilung eines berufsrechtswidrigen Verhaltens zu dem Ergebnis, dass dieses zwar nicht ohne eine Reaktion der Ärztekammer hingenommen werden kann, jedoch weder die Schuld der betroffenen Kolleginnen oder des Kollegen noch der Grad der Verletzung des geschützten Rechtsgutes eine schärfere Maßnahme verlangen, kann der Kammerpräsident als mildestes Mittel den Kammerangehörigen „abmahnen“ und ihn zur Einhaltung der Berufspflichten anhalten (§ 58 a Abs. 5 HeilBerG). Ist die Berufspflichtverletzung jedoch von einigem Gewicht, aber die Schuld des Kammerangehörigen insgesamt noch als gering zu bewerten, kann sich der Vorstand darauf beschränken, eine „Rüge“ zu erteilen (§ 58 a Abs. 1 HeilBerG). Diese kann zudem nach § 58 a Abs. 3 HeilBerG mit einem Ordnungsgeld von bis zu 5.000,-- € verbunden werden, wenn die konkrete Berufspflichtverletzung dies erfordert. Sowohl die Rüge als auch die Verbindung der Rüge mit einem Ordnungsgeld ist einer berufsgerichtlichen Nachprüfung zugänglich (§ 58 a Abs. 4 HeilBerG). Verlangt schließlich die Intensität der Pflichtverletzung und/oder die nicht unerhebliche Schuld des Kammerangehörigen im Interesse der Erhaltung eines hoch stehenden ärztlichen Berufsstandes eine über die Rüge (mit Ordnungsgeld) hinausgehende Sanktion, beschließt der Vorstand den „Antrag auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens“ bei dem insoweit zuständigen Berufsgericht für Heilberufe beim Verwaltungsgericht Münster (§§ 71 Abs. 1, 75 Abs. 1 HeilBerG).

Abhängig von der Schwere der Berufspflichtverletzung, insbesondere dem vorwerfbaren Verhalten des Kammerangehörigen sowie den weiteren Umständen des Einzelfalles, sieht § 60 HeilBerG folgenden Maßnahmenkatalog vor:

- Warnung
- Verweis
- Entziehung des passiven Berufswahlrechts
- Geldbuße bis zu 50.000,-- €
- Feststellung der Unwürdigkeit zur Ausübung des Berufes.

Das Berufsgericht kann in besonderen Fällen zusätzlich auf Veröffentlichung seiner Entscheidung erkennen (§ 60 Abs. 3 HeilBerG).

Im Rahmen eines bereits eröffneten Berufsgerichtsverfahren besteht schließlich die prozessuale Möglichkeit, das Verfahren – etwa wegen geringer Schuld oder weil die Schwere der Berufspflichtverletzung dem nicht entgegensteht – ohne eine Auflage oder in geeigneten Fällen mit einer Auflage einzustellen. Als Auflage wurde von dem Berufsgericht bisher in der Regel die Zahlung eines Geldbetrages an eine gemeinnützige Institution vorgesehen.

Durch den Maßnahmenkatalog sowie die Möglichkeiten der Verfahrenseinstellung steht dem Berufsgericht insgesamt ein breiter Rahmen zur Verfügung, innerhalb dessen im Einzelfall auf ein nachgewiesenes berufsrechtswidriges Verhalten angemessen reagiert werden kann. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass auch dann, wenn im konkreten Fall mehrere, zeitlich voneinander getrennte Berufspflichtverletzungen vorliegen, diese vom Berufsgericht nur einheitlich in ihrer Gesamtheit betrachtet und als ein einziger Berufspflichtenverstoß geahndet werden können, wenn das zu ahndende Gesamtverhalten als eine Verfehlung erscheint, wie z. B. die fehlerhafte Abrechnung ärztlicher Leistungen über einen längeren Zeitraum (sog. Grundsatz der Einheitlichkeit des Berufsvergehens). Dieser Grundsatz verfolgt den Zweck der einheitlichen Würdigung des Fehlverhaltens eines Kollegen, so dass es grundsätzlich nicht zulässig ist, eine Einzelverfehlung aus der Gesamtbeurteilung herauszunehmen und einer gesonderten berufsrechtlichen Maßnahme zuzuführen. Eine einzelne von mehreren bekannten Verfehlungen kann demnach nur dann gesondert verfolgt werden, wenn hierfür besondere sachliche Gründe bestehen.

Gegen ein Urteil des Berufsgerichts kann sowohl der Kammerangehörige als auch die Ärztekammer Berufung einlegen (§§ 98 ff. HeilBerG). Über die Berufung entscheidet das Landesberufsgericht für Heilberufe beim Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen in Münster. Eine weitere Instanz sieht die Berufsgerichtsbarkeit nicht vor.

Sechs Anträge auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens

Der Vorstand beschloss im Berichtszeitraum in **sechs Fällen**, wegen des hinreichenden Tatverdachtes einer Berufspflichtverletzung den Antrag auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens beim Berufsgericht für Heilberufe zu stellen.

Anders als im Vorjahr musste der Vorstand im Berichtszeitraum wieder einen Fall einer Berufspflichtverletzung im Kernbereich des Heilens und Helfens feststellen, der zu einem Antrag auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens führen musste. Ein Behandlungsfehler stellt nach der ständigen berufsgerichtlichen Rechtsprechung nur dann eine berufsaufsichtsrechtlich relevante Verletzung der Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung dar, wenn ein grobes Fehlverhalten

vorliegt, das aus objektiver ärztlicher Sicht bei Anlegung des für einen Arzt geltenden Ausbildungs- und Wissensmaßstabes nicht mehr verständlich und verantwortbar erscheint, weil ein solcher Fehler dem behandelnden Kollegen schlechterdings nicht unterlaufen darf und der Fehler geeignet ist, einen entsprechenden Schaden herbeizuführen. Diese Voraussetzungen lagen nach Ansicht des Vorstands im maßgeblichen Fall vor. Eine niedergelassene Kollegin hatte die klinischen Standards der Anästhesiologie bei der Durchführung einer Narkose gänzlich außer Acht gelassen und damit dauerhafte gesundheitliche Schäden bei einem Patienten verursacht.

Den fünf weiteren Anträgen an das Berufsgericht lagen Berufspflichtenverstöße aus dem Randbereich des ärztlichen Pflichtenspektrums zu Grunde, wenn auch einige schwerwiegende Berufspflichtverletzungen zu beurteilen waren.

In einem Fall ist ein Kollege hinreichend verdächtig, gegen die Pflicht, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen, verstoßen zu haben (§ 29 Abs. 1 HeilBerG, § 2 Abs. 2 Berufsordnung). Nach § 2 Abs. 3 Berufsordnung (alter Fassung) gehören zur gewissenhaften Berufsausübung auch die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung im Sinne des Kapitel C der BO – Verhaltensregeln (Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung) –. Diese sehen unter Nr. 1 („Umgang mit Patientinnen und Patienten“) vor, dass Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit Patientinnen und Patienten u. a. deren Würde und Selbstbestimmung respektieren und deren Privatsphäre achten müssen. Dem Kollegen wird vorgeworfen, diese berufsrechtlichen Vorgaben in gröblicher Weise missachtet zu haben, indem er eine Patientin während der Behandlung unsittlich berührte.

Einem weiterem Kollegen wird ebenfalls ein Verstoß gegen § 29 Abs. 1 HeilBerG, § 2 Abs. 2 BO vorgeworfen, da er hinreichend verdächtig ist, sich seiner Praktikantin sexuell genähert zu haben. Nach Kapitel C Nr. 3 („Umgang mit nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern“) verlangt eine korrekte ärztliche Berufsausübung auch, bei der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht zu diskriminieren.

In einem weiteren Fall wird einer Kollegin vorgeworfen, die von ihr als Arbeitgeberin zu begleitenden, fälligen Arbeitnehmeranteile zur Sozialversicherung für von ihr beschäftigte Mitarbeiter nicht bzw. nicht fristgerecht an die zuständige Stelle abgeführt zu haben. Mit diesem Fehlverhalten hat die Kollegin gegen den Grundsatz der gewissenhaften Berufsausübung nach § 2 Abs. 2 Berufsordnung verstoßen, da hierzu auch die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung in Kapitel C der Berufsordnung (alter Fassung) gehören. Die Regelung in Kapitel C Nr. 3 Berufsordnung verlangt auch, „die arbeitsrechtlichen Bestimmungen zu beachten“. Aus den arbeitsrechtli-

chen Bestimmungen folgt, dass jeder Kammerangehörige als Arbeitgeber auch verpflichtet ist, die Gesamtsozialversicherungsbeiträge für die bei ihm beschäftigten Mitarbeiter ordnungsgemäß und fristgerecht (§ 23 SGB IV) abzuführen.

In den zwei weiteren Fällen war Anlass für den Eröffnungsantrag folgender Sachverhalt: Nach § 5 Abs. 2 Nr. 5 HeilBerG NW sind Kammerangehörige verpflichtet, gegenüber der Kammer eine Erklärung über einen ausreichenden Deckungsschutz aus bestehender Berufshaftpflichtversicherung abzugeben, weil sie nach § 30 Nr. 4 HeilBerG NW, § 21 Berufsordnung verpflichtet sind, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern. Gegen diese Verpflichtung haben zwei Kolleginnen in eklatanter Weise verstoßen, indem sie trotz zahlreicher schriftlicher und fernmündlicher Aufforderungen sowie trotz mehrfach festgesetzter Zwangsgelder die Erklärung nicht abgegeben haben.

Eine Rüge

Der Vorstand sah sich in **einem Fall** veranlasst, eine Rüge nach § 58 a Abs. 1 HeilBerG zu erteilen. Anlass hierzu bestand, weil eine Kollegin gegen die Pflicht, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihr im Zusammenhang mit dem ärztlichen Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen, verstoßen hatte, indem ihr als Assistenzärztin am Krankenhaus ein Fehler bei der Verwendung einer Blutkonserve im Rahmen einer Transfusion unterlaufen war. Besonderheiten des Einzelfalles führten in diesem Fall nicht zu einem Antrag auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens.

Sechs Rügen mit Ordnungsgeld

In weiteren **sechs Fällen** hat der Vorstand eine Rüge erteilt und diese nach § 58 a Abs. 3 HeilBerG mit einem Ordnungsgeld verbunden.

In einem dieser Fälle, in dem die Höhe des Ordnungsgeldes mit 1.000,-- € bemessen wurde, war Anlass der Rüge, dass ein Kollege nicht bzw. nicht leistungslegendengerecht erbrachte Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe abgerechnet hatte. Die Abrechnung nicht bzw. nicht leistungslegendengerecht erbrachter vertragsärztlicher Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. den Krankenkassen stellt insoweit nach der maßgeblichen Rechtsprechung eine Verletzung der Gewissenhaftigkeitspflicht eines jeden Arztes dar.

In einem weiteren Fall hat der Vorstand die Rüge mit einem Ordnungsgeld in Höhe von 2.000,-- € verbunden, weil sich ein Kollege wegen unerlaubtem gewerbsmäßigem Handeltreiben mit Betäubungsmitteln strafbar gemacht hatte. Eine weitere Rüge mit Ordnungsgeld in Höhe von 500,-- € war gerechtfertigt, weil ein Kollege die von ihm als Arbeitgeber zu begleichenden, fälligen Arbeitnehmeranteile zur Sozialversicherung für von ihm beschäftigte Mitarbeiter nicht bzw. nicht fristgerecht an die zuständige Stelle abgeführt. Drei Rügen wurden schließlich mit dem höchsten Ordnungsgeld in Höhe von 5.000,-- € verbunden. Dem ersten Fall lag eine strafrechtliche Verurteilung eines Kollegen wegen vertragsärztlichem Abrechnungsbetrug zu Grunde. In dem zweiten Fall hat der Kollege gegen den Grundsatz der gewissenhaften Berufsausübung nach § 2 Abs. 2, Abs. 3 i. V. m. Kapitel C Nr. 1 BO verstoßen, in dem er das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin durch das Führen einer intimen Beziehung mit sexuellen Kontakten während des bestehenden Behandlungsverhältnisses in erheblicher Weise verletzt hat. In dem letzten Fall hatte ein Kollege ohne jegliche Einwilligung einer demenzerkrankten und ihm als Oberarzt am Krankenhaus zur Behandlung anvertrauten Patientin Filmmaterial gefertigt und dieses anschließend unter seinem Profil in dem sozialen Netzwerk „facebook“ veröffentlicht. Hiermit hat der Kollege die Verpflichtung, beim Umgang mit Patientinnen und Patienten deren Würde und Selbstbestimmungsrecht zu respektieren, deren Privatsphäre zu beachten sowie Rücksicht auf die Patientensituation zu nehmen, in eklatanter Weise missachtet.

Zehn Abmahnungen

Im Berichtszeitraum ist zudem in **zehn Angelegenheiten** zwar ein berufsrechtswidriges Verhalten festgestellt worden. Die Bewertung des konkreten Verstoßes hat jedoch zu dem Ergebnis geführt, dass aufgrund geringer Schuld oder wegen des geringen Grades der Verletzung des geschützten Rechtsgutes eine Abmahnung des Kammerpräsidenten nach § 58 a Abs. 5 HeilBerG als ausreichende und angemessene berufsaufsichtsrechtliche Sanktion anzusehen gewesen ist.

Fünf berufsgerichtliche Entscheidungen

Der Vorstand nahm im Berichtszeitraum insgesamt **fünf berufsgerichtliche Entscheidungen** durch Urteil oder Beschluss zur Kenntnis. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Entscheidungen des Berufsgerichts für Heilberufe in erster Instanz.

In einem Fall wurde einem Kollegen durch Urteil das passive Berufswahlrecht entzogen und ihm eine Geldbuße in Höhe von 2.000,-- € auferlegt, weil er bei einer Patientin unter Verstoß gegen § 218 Strafgesetzbuch (StGB) eine Schwangerschaft abgebrochen und damit auch gegen die Berufspflicht nach § 14 Abs. 1 Satz 1 BO verstoßen hat, das ungeborene Leben zu erhalten (Az.: 14 K 2167/10.T).

In einem weiteren Fall wurde einem Kollegen durch Beschluss ein Verweis erteilt und ihm eine Geldbuße in Höhe von 2.000,-- € auferlegt (Az.: 14 K 2233/11.T). Der Kammerangehörige hatte die Pflicht missachtet, die erforderlichen Aufzeichnungen über die in Ausübung des Berufes gemachten Feststellungen und Maßnahmen zu machen (§ 10 Abs. 1 Berufsordnung), indem er in mehreren Fällen als verantwortlicher Operateur Operationsberichte nicht erstellt hatte.

Das Berufsgericht erteilte außerdem einem Kollegen einen Verweis und verhängte eine Geldbuße in Höhe von 2.000,-- €, weil er dadurch gegen den Grundsatz der gewissenhaften Berufsausübung verstoßen hat, dass er ein mit einem ärztlichen Vertreter vereinbartes Honorar für eine durchgeführte Vertretung nicht gezahlt hatte (Az.: 16 K 1239/10.T). Ferner hatte der Kollege auch angestelltes Praxispersonal nicht vertragsgerecht entlohnt sowie es unterlassen, die von ihm als Arbeitgeber zu begleichenden fälligen Arbeitnehmeranteile zur Sozialversicherung für eine von ihm beschäftigte Mitarbeiterin fristgerecht an die zuständige Einzugsstelle abzuführen.

Einer weiteren Verurteilung im Beschlusswege, bei dem das Berufsgericht dem beschuldigten Kollegen einen Verweis und eine Geldbuße in Höhe von 1.000,-- € verhängte, lag der Berufspflichtenverstoß zu Grunde, bestimmte vertragsärztliche Leistungen in zwei Quartalen nicht oder zumindest nicht leistungslegengerecht erbracht zu haben, wodurch es zu Überzahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in Höhe von 917,07 € kam (Az.: 16 K 2291/11.T).

Eine beachtliche Geldbuße in Höhe von 8.000,-- € wurde einem Kammerangehörigen schließlich zusammen mit einem Verweis in einem langjährigen Verfahren auferlegt (Az.: 16 K 791/10.T). Der Kollege hatte mehrfach gegen die Pflicht, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen, verstoßen. Der Kollege hatte u. a. den von ehemaligen Patienten erbetenen Abschluss- und Befundbericht trotz mehrfacher Aufforderung nicht erstellt, Behandlungsunterlagen von ehemaligen Patienten trotz mehrfacher Aufforderung nicht herausgegeben und seiner ehemaligen Arzthelferin nicht das ihr zustehende Arbeitszeugnis erteilt. Außerdem hatte er es unterlassen, den mit einer seiner ehemaligen Auszubildenden abzuschließenden Berufsausbildungsvertrag an die Ärztekammer zu übersenden und nach Beendigung des Ausbildungsverhältnisses die Lohnsteuer- und Sozialversicherungsunterlagen zurückzugeben. Im Rahmen weiterer Ausbildungsverhältnisse hatte er es u. a.

versäumt, einen schriftlichen Ausbildungsvertrag abzuschließen, einen Antrag auf Eintragung des Ausbildungsverhältnisses in das Berufsausbildungsverzeichnis bei der Ärztekammer zu stellen sowie einigen ehemaligen Auszubildenden die ihnen jeweils zustehende Ausbildungsvergütung zu zahlen. Ferner hatte der Kollege auf einige der in den jeweiligen Angelegenheiten versandten Aufforderungen zur Stellungnahme – teilweise trotz Zwangsgeldfestsetzung – überhaupt nicht reagiert und damit zudem gegen die Berufspflicht verstoßen, auf Anfragen der Kammer, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben der Berufsaufsicht an einen Kammerangehörigen richtet, in angemessener Frist zu antworten (§ 2 Abs. 6 Berufsordnung). Wegen der zahlreichen dem Kollegen vorgeworfenen Berufspflichtverstöße hatte auch – soweit ersichtlich – erstmals die Bezirksregierung Münster als zuständige Approbationsbehörde an den Terminen zur mündlichen Verhandlung teilgenommen.

Wenngleich das Berufsgericht bei den im Berichtszeitraum ergangenen Entscheidungen den zur Verfügung stehenden Rahmen bei der Auferlegung einer Geldbuße, die bis zu 50.000,-- € betragen kann, nach Ansicht des Vorstandes weiterhin nicht ansatzweise ausreichend ausschöpft, sind durch die fünf auferlegten Geldbußen in Höhe von einmal 1.000,-- €, drei mal 2.000,-- € und einmal 8.000,-- € zumindest Geldbußen nicht nur im untersten Bereich verhängt worden.

Schwerwiegende Berufspflichtverstöße bilden jedoch weiterhin – ausgehend von den auferlegten Maßnahmen – die Ausnahme. Im Berichtszeitraum hat sich insbesondere kein Fall ereignet, der Anlass gegeben hätte, die höchste Maßnahme auszusprechen und einen Kollegen für „berufsunwürdig“ zu erklären.

Bemühen um den Erhalt eines hoch stehenden Berufsstandes bestätigt

Zusammengefasst sieht sich der Vorstand angesichts der im Rahmen der Überwachung der Einhaltung der Berufspflichten ergangenen Entscheidungen insgesamt in seinem anhaltenden Bemühen bestätigt, für die Erhaltung eines hoch stehenden ärztlichen Berufsstandes zu sorgen. Die auch im Berichtszeitraum geringe Anzahl von Verstößen gegen die Berufsordnung bestätigt den Vorstand in seiner festen Überzeugung, dass die überwiegende Zahl der Kolleginnen und Kollegen ihre Berufspflichten ernst nimmt und gewissenhaft erfüllt.

Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen

Wenn Patienten den Verdacht haben, bei ihnen könnte es zu einer fehlerhaften Behandlung mit gesundheitlichen Nachteilen gekommen sein, können sie sich an die Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe wenden. Dies schon seit mittlerweile 35 Jahren. Im Berichtszeitraum machten 1.541 Patienten von dieser Möglichkeit Gebrauch nicht zuletzt deshalb, um eine außergerichtliche Klärung des sie beschäftigenden Vorwurfs herbeizuführen.

Neues im Jahr 2012

Um die Aufgaben noch besser als bisher erfüllen zu können, wurden im Berichtszeitraum einige für Patientinnen und Patienten wie für Kolleginnen und Kollegen gleichermaßen hilfreiche Neuerungen erarbeitet.

Informationsbroschüre

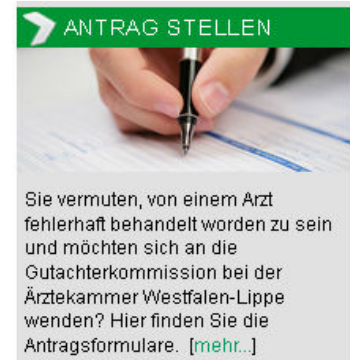
Im September 2012 stellte die Gutachterkommission in einer Pressekonferenz eine neue Informationsbroschüre vor. Sie erklärt und erleichtert den Beschwerdeweg für Patienten, die einen ärztlichen Behandlungsfehler reklamieren wollen und erläutert im Einzelnen die Voraussetzungen und Schritte zur Überprüfung eines vermeintlichen Behandlungsfehlers. Die Broschüre wird auf Wunsch Interessierten zugeschickt, kann aber auch im Internet als PDF-Dokument heruntergeladen werden.



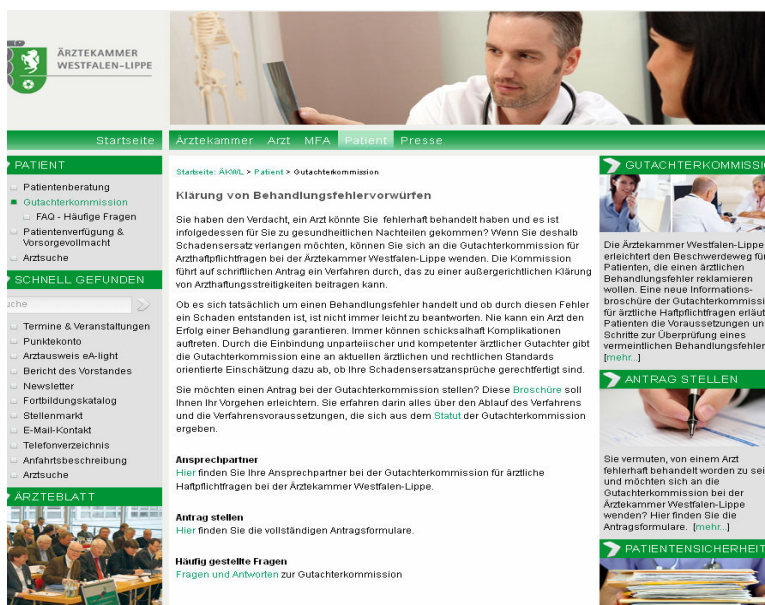
Gutachterkommission für
ärztliche Haftpflichtfragen bei der
Ärztekammer Westfalen-Lippe

Neu gestaltet: Antragsformulare und Internetseite

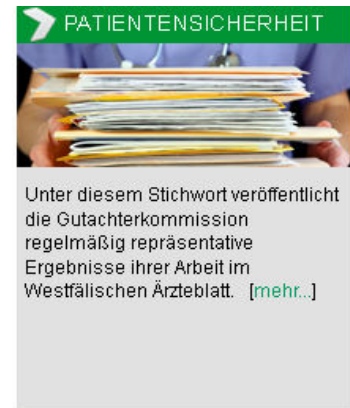
Um ein Verfahren zu beantragen, finden Patienten nun auch ein überarbeitetes Antragsformular im Internet, das komfortabel am Computer ausgefüllt werden kann. Auch Formulare zur Schweigepflichtentbindung und Vollmachtformulare sind vorbereitet. Selbstverständlich werden diese neuen Antragsformulare Patienten auch auf Anfrage zugeschickt.



Auch die Internetseite der Gutachterkommission wurde überarbeitet. Sie bietet Kolleginnen und Kollegen aber auch Patientinnen und Patienten weitere Informationen zum Verfahren. Interessierte können sich durch ausgewählte Teaserboxen leicht orientieren und erhalten Antworten auf die häufigsten Fragen.



Wichtige Entscheidungen der Gutachterkommission werden in redaktionellen Beiträgen für das Westfälische Ärzteblatt publiziert. Dies ist auch im Berichtszeitraum geschehen. Der auf diese Weise praktizierte offene Umgang mit Behandlungsfehlern soll zur Fehlervermeidung beitragen. Gleichzeitig wird auf diese Weise ein wichtiger Beitrag zur Patientensicherheit geleistet. Die Artikel sind daneben auch im Internet allen Kolleginnen und Kollegen sowie interessierten Patientinnen und Patienten auf den Seiten der Gutachterkommission leicht zugänglich.

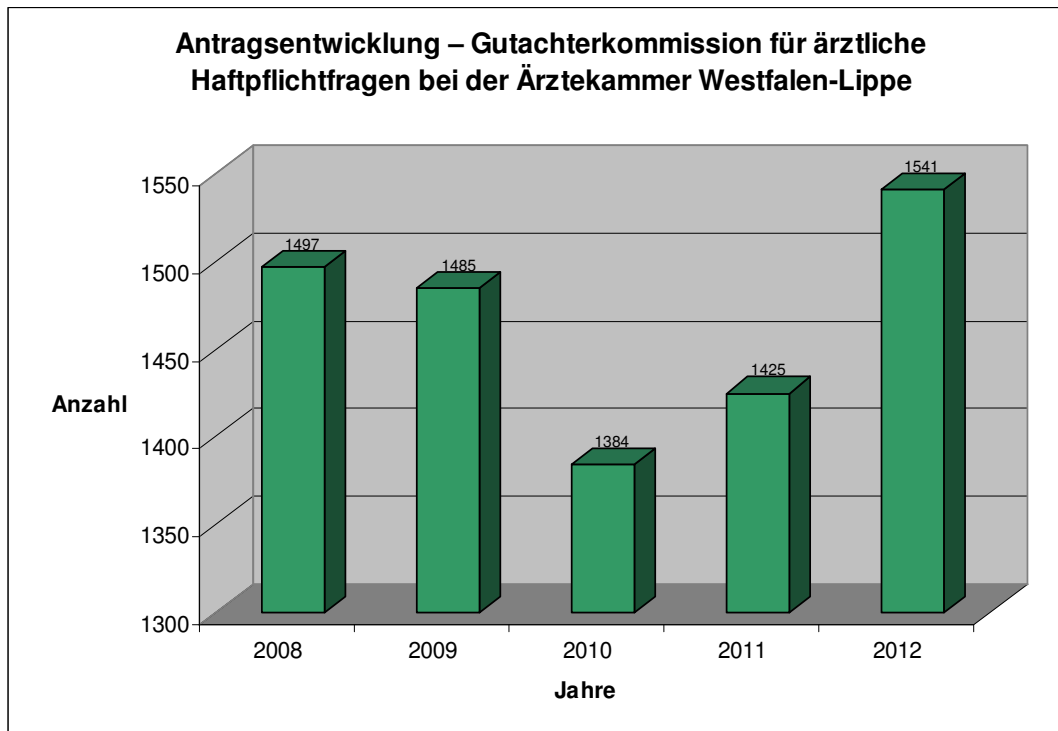


Anträge und Verfahren

MERS – Medical Error Reporting System – heißt die bundesweite Behandlungsfehlerstatistik, in die auch die Arbeitsergebnisse der westfälisch-lippischen Gutachterkommission einfließen. Diese Daten liegen der nachstehenden Auswertung zugrunde.

Antragseingänge

Im Jahre 2012 gingen 1.541 Anträge bei der Gutachterkommission ein – 116 Anträge mehr als im Vorjahr. In den letzten fünf Jahren lag die Zahl zum Teil deutlich darunter. 680 der Antragsteller waren anwaltlich vertreten.



Sachentscheidungen

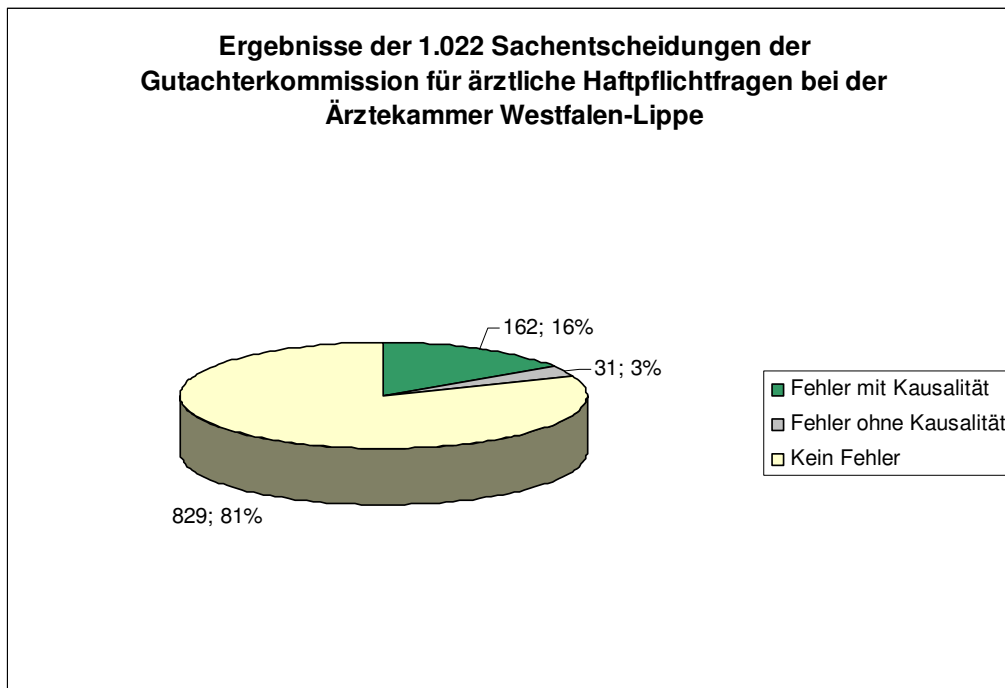
Die Teilnahme an einem Verfahren der Gutachterkommission ist freiwillig. Der Arzt, gegen den sich der Behandlungsfehlervorwurf richtet, muss dem Verfahren nicht zustimmen. In 155 Fällen wurde deshalb nach einer Antragstellung kein Verfahren durchgeführt, weil der Antragsgegner dem Verfahren widersprach. Auch andere Gründe können dazu führen, dass ein Antrag nicht zu einem Verfahren führt: z. B., wenn der betroffene Kollege nicht Kammermitglied in Westfalen-Lippe ist oder die beanstandete Behandlung länger als fünf Jahre zurückliegt.

Insgesamt 1.022 Verfahren wurden im Berichtszeitraum mit einer inhaltlichen Entscheidung abgeschlossen. In jedem dieser 1.022 Verfahren wurden zwei ärztliche Gutachten eingeholt, die die Grundlage für die Entscheidung bildeten.

In 162 (16 %) Fällen wurde von zwei Gutachtern ein Behandlungsfehler mit einem kausal darauf zurückzuführenden Gesundheitsschaden festgestellt. In weiteren 31 (3 %) Fällen wurde zwar ein Behandlungsfehler festgestellt, dieser hatte jedoch nach Ansicht der Gutachterkommission kausal nicht zu einem Schaden geführt.

In 829 (81 %) Fällen wurde kein Behandlungsfehler festgestellt. Unter diesen 829 Fällen finden sich auch jene 68 (7 %), in denen die beiden ärztlichen Gutachter in ihrer Einschätzung bezüglich

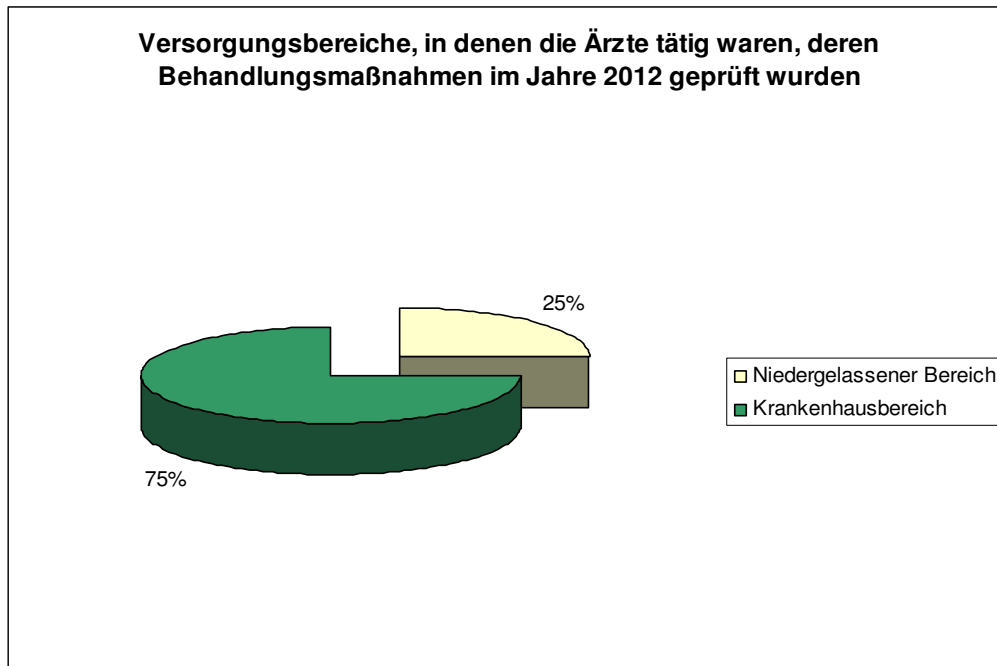
des Behandlungsfehlers voneinander abwichen. In diesen Verfahren kam die Gutachterkommission zu einer ergebnisoffenen Entscheidung: ein Behandlungsfehler war in diesen Verfahren nicht mit der erforderlichen Sicherheit festzustellen. Statistisch gesehen wird kein Behandlungsfehler festgestellt.



Versorgungsebenen und Fachgebiete

In einigen Verfahren wird mehreren Ärzten ein Behandlungsfehlervorwurf gemacht und es gibt deshalb in diesen Verfahren mehrere Antragsgegner. Unter Umständen kann es sein, dass dabei auch verschiedene Versorgungsebenen betroffen sind. So auch im Berichtszeitraum.

Bei den insgesamt 1.022 Entscheidungen in 2012 gab es 1.176 Antragsgegner. Davon waren 882 im Krankenhaus und 294 als niedergelassene Ärzte tätig. Das bedeutet, dass Behandlungsfehlervorwürfe in Westfalen-Lippe im Jahr 2012 in 25 Prozent der Fälle niedergelassene Ärzte und in 75 Prozent der Fälle Ärzte im Krankenhaus betrafen. Im Krankenhaussektor wurden Behandlungsfehler prozentual annähernd mit der gleichen Häufigkeit festgestellt wie in den Praxen niedergelassener Kolleginnen und Kollegen.



Unter den zehn häufigsten von Behandlungsfehlervorwürfen betroffenen Fachgebieten standen chirurgische Fächer in Krankenhäusern an der Spitze.

Fachgebiete der Antragsgegner			
Praxis (von gesamt 294)		Krankenhaus (von gesamt 882)	
Orthopädie	50	Allgemeinchirurgie	179
Innere Medizin	43	Unfallchirurgie	148
Hausärztlich tätiger Arzt	35	Orthopädie	137
Allgemeinchirurgie	35	Innere Medizin	131
Augenheilkunde	32	Frauenheilkunde	44
Frauenheilkunde	15	Neurochirurgie	35
Geburtshilfe	14	Anästhesiologie u. Intensivmedizin	30
Radiologie	13	Neurologie	23
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	12	HNO Heilkunde	21
Kinder- und Jugendmedizin	9	Urologie	19

Die häufigsten Erkrankungen, die zu einer Antragstellung führten, waren Gonarthrose, Unterarmfraktur und Koxarthrose.

Die häufigsten Erkrankungen, die zu einer Antragstellung führten		
Sachentscheidungen gesamt: 1022		
häufigste Diagnosen	Anzahl	in Prozent
Gonarthrose	44	4,3%
Unterarmfraktur	32	3,1%
Koxarthrose	27	2,6%
Unterschenkel- u. Sprunggelenkfraktur	26	2,5%
Bösartige Neubildung Mamma	24	2,3%
Rückenschmerzen	21	2,1%
Femurfraktur	20	2,0%
Schulter- u. Oberarmfraktur	19	1,9%
Spondylopathien, sonst.	18	1,8%
Kniebinnenschaden (degenerativ)	15	1,5%

Im stationären Bereich waren die am häufigsten fehl behandelten Krankheiten auch die Gonarthrose sowie die Unterarmfrakturen. Bei niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen war das Mammakarzinom die am häufigsten fehl behandelte Krankheit.

Die häufigsten fehlbehandelten Krankheiten (in Prozent)			
Praxis		Krankenhaus	
Bösartige Neubildung Mamma	7,4%	Gonarthrose	4,5 %
sonst. Spirochäteninfektionen	5,6%	Hand- u. Handgelenksfraktur	3,8 %
Bösartige Neubildung Harnblase	3,7%	Unterarmfraktur	3,8%
Oberflächliche Verletzung, n.n.b.	3,7%	Femurfraktur	3,2%

Achillessehnen-Verletzung	3,7%	Unterschenkel- u. Sprunggelenksfraktur	3,2%
Unterarmfraktur	3,7%	Schulter- u. Oberarmfraktur	2,6%
Lymphknotenvergrößerung	3,7%	Arthrose, sonst.	2,6%
Myokardinfarkt, akut	1,9%	Cholelithiasis	2,6%
Bluthochdruck	1,9%	Uterus myomatosus	1,9%
Krankheiten der Herzklappen	1,9%	Deformität, Zehen/Finger	1,9%

Die Antwort auf die Frage, welche Behandlungsfehler von der Gutachterkommission am häufigsten festgestellt wurden, differierte auch im Berichtszeitraum wieder nach stationärer und ambulanter Versorgungsebene. Die meisten Behandlungsfehler traten im ambulanten Sektor im Bereich der Diagnostik mit bildgebenden Verfahren auf. Im stationären Bereich waren es Fehler bei der Durchführung einer Operation.

Die häufigsten Fehlerarten (in Prozent)			
Praxis		Krankenhaus	
Diagnostik: Bildgebende Verfahren	5,1 %	Therapie operativ: Durchführung der Operation	6,3 %
Diagnostik: allgemein	4,1 %	Diagnostik: Bildgebende Verfahren	3,5 %
Therapie: Pharmaka	1,7 %	Diagnostik: allgemein	2,7 %
Diagnostik, Anamnese/Untersuchung	1,7 %	Therapie operativ: postoperative Maßnahmen	2,2 %
Indikation	1,7 %	Indikation	1,9 %
Kommunikation: Arzt/Patient	1,4 %	Diagnostik: Labor/Zusatzuntersuchungen	1,2 %
Diagnostik: Labor, Zusatzuntersuchungen	1,0 %	Diagnostik: Anamnese, Untersuchung	1,0 %
Therapie: postoperative Maßnahmen	1,0 %	Therapie: Pharmaka	0,9 %

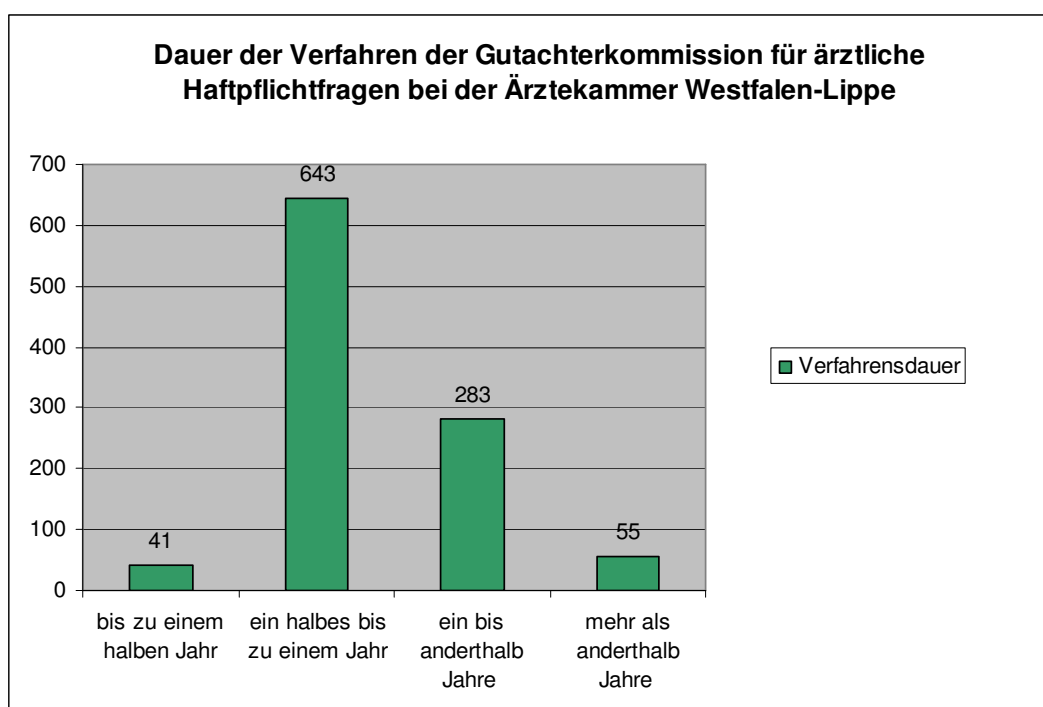
Therapie operativ: Durchführung	1,0 %	Therapie: konservativ	0,9 %
Überweisung, Facharztkonsil	1,0 %	Therapie operativ: Verfahrenswahl	0,9 %

Gesundheitliche Schäden, die kausal auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen waren

Aufgrund eines vermeidbaren Behandlungsfehlers verstarben im Berichtszeitraum 9 Patienten. 10 Patienten erlitten bleibende, schwere Schäden, bei 60 Patienten verblieben leichte Schäden. Bei weiteren 88 Patienten erkannte die Kommission vorübergehende Schäden mittlerer bis schwerer Stärke infolge eines Behandlungsfehlers an.

Dauer der Verfahren

Den Entscheidungen des Jahres 2012 gingen in ca. zwei Drittel der Fälle (684) Verfahren voraus, die nicht länger als ein Jahr gedauert hatten. Nur in 55 Fällen war die Verfahrensdauer länger als zwei Jahre. Grund für eine lange Verfahrensdauer sind häufig schwere, sehr komplexe Krankheitsverläufe mit mehreren Antragsgegnern.



Ausblick

In den nächsten Jahren steht (auch) die Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe vor neuen Herausforderungen. Darüber sind sich alle Beteiligten im Klaren. Die ersten Schritte zur Optimierung der Arbeit sind bereits eingeleitet. Dies alles vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass sich auch und gerade in der öffentlichen Wahrnehmung das Bewusstsein für Behandlungsfehler in den nächsten Jahren kontinuierlich weiter entwickeln wird.

Man muss feststellen: Patienten verlassen zunehmend die traditionelle Rolle desjenigen, der sich „passiv behandeln“ lässt. Sie wünschen heute mehr denn je Informationen über ihre Krankheit und deren Prognose und über Chancen und Nebenwirkungen von Therapien. Hieraus resultiert nicht nur eine aktivere Beteiligung des Patienten an seiner Behandlung und Genesung, sondern auch ein zunehmendes Bewusstsein für vermutete Behandlungsfehler. Das neue Patientenrechtegesetz wird dieses Bewusstsein für mögliche Behandlungsfehler weiter stärken. Es steht zu erwarten, dass die Zahl der Anträge bei allen von den Landesärztekammern getragenen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland und damit auch bei der westfälisch-lippischen Gutachterkommission steigen wird.

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Im Dialog mit allen Beteiligten – Politik, Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung, Verbänden und Organisationen – engagiert sich die Ärztekammer Westfalen-Lippe für ein zukunftsfestes Gesundheitswesen und setzt sich für eine langfristig gesicherte und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung ein. Im Rahmen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist sie nicht nur Sprachrohr für die Standpunkte und Forderungen der westfälisch-lippischen Ärzteschaft, sie steuert zudem den Informationsfluss zu den verschiedenen Zielgruppen.

Westfälisches Ärzteblatt

Das Westfälische Ärzteblatt ist das offizielle Mitteilungsblatt der Ärztekammer Westfalen-Lippe, das die rund 40.000 Kammermitglieder jeweils zum Monatsbeginn über Aktivitäten und Standpunkte ihrer Körperschaft informiert. Inhaltlicher Schwerpunkt ist die ärztliche Berufspolitik. Zudem werden Beschlüsse der Kammerversammlungen, amtliche Bekanntmachungen und berufsrechtliche Änderungen veröffentlicht und die Fort- und Weiterbildungsangebote der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL angekündigt.

Presseanfragen

Sicherheit von Medizinprodukten, Kritik an Chefarzt-Boni, Skandale um die Organtransplantationen, die Diskussion um die Praxisgebühr und die Stärkung der Patientenrechte waren 2012 zentrale Themen in den Medien, die sich auch in den mehr als 450 Presseanfragen an die Kammer widerspiegeln. Die Kammer lieferte zudem Auskünfte und Statements zu den Themen ärztlich begleiteter Suizid, ausländische Ärzte in Westfalen-Lippe, Honorarverhandlungen, Delegation ärztlicher Leistungen, Behandlungsfehler, „Fangprämien“ und Ärztekorrption. Während des ganzen Jahres bestand zudem ein großes Interesse an der Entwicklung der Arztzahlen in Westfalen-Lippe.

Bei der Suche nach kompetenten Gesprächs- und Interviewpartnern für die Medien hat die Ärztekammer ebenso weitergeholfen. Dieser Service wurde verstärkt bei medizinischen Themen genutzt. Hierfür wird ein „Experten-Pool“ von Ärztinnen und Ärzten gepflegt, die sich je nach Thema und Fachgebiet den Fragen der Journalisten stellen.

Tagesspiegel

Damit die Ärztekammer Westfalen-Lippe rasch über das Mediengeschehen, die öffentliche Meinung und auch die eigene Medienresonanz informiert ist, muss sie jederzeit auf systematisch aufbereitete Informationen zugreifen können. Hierfür werden täglich regionale und überregionale Tageszeitungen, verschiedene ärztliche Fachzeitschriften und Pressemeldungen aus Berufsverbänden, Ministerien und gesundheitspolitischen Newslettern ausgewertet. Im elektronischen Tagesspiegel werden die wichtigsten Informationen zusammengestellt.

Pressekonferenzen, Mediengespräch und Expertentelefon

Die Ärztekammer sucht den unmittelbaren Austausch mit Journalisten und schafft Transparenz über ihre Arbeit. 2012 lenkten zehn Pressekonferenzen immer wieder das Interesse der Öffentlichkeit auf die Anliegen der Ärzteschaft. Hervorzuheben waren die Pressekonferenzen zum 5. Forum Kinderschutz, zum 5. Westfälischen Ärztetag sowie zum Pilotprojekt „Notfall-Liste von Medikamenten in der Palliativmedizin“. Alle Pressekonferenzen hatten ein weit reichendes Medien-echo.

Die Möglichkeit zum direkten Dialog mit Journalisten gab es auch beim Medien-Sommergespräch, zu dem die Ärztekammer bereits zum vierten Mal einlud. Das informelle Treffen von Medienvertretern und Kammerpräsidenten schaffte Gelegenheit, sich über aktuelle gesundheitspolitische Themen in persönlicher Atmosphäre auszutauschen.

Während des ganzen Jahres war es der Kammer ein besonderes Anliegen, die Organspendebereitschaft der Bevölkerung zu steigern. Für mehr Vertrauen in das System hat sich die Kammer zudem mit ihrem ersten „Expertentelefon“ zu diesem Thema eingesetzt, bei dem sechs Experten den Anrufern einen Nachmittag lang Rede und Antwort standen.

Pressemitteilungen

In 44 Pressemitteilungen informierte die Ärztekammer Westfalen-Lippe Medien und Öffentlichkeit über ihre Standpunkte zu gesundheitspolitischen Themen. Dabei war es auch wichtig, gegebenenfalls konkurrierende Positionen und Einschätzungen zu verdeutlichen. Die Kammer meldete sich u. a. zu den Themen Steigerung der Organspende, Bürokratieabbau in Krankenhäusern und Arzt-

praxen, Patientenrechtegesetz, Honorarverhandlungen für niedergelassene Ärzte, beabsichtigte Kürzungen der Krankenkassen in der Patientenversorgung sowie drohender Ärztemangel in NRW zu Wort.

Kompass

Als politische Quartalsschrift greift der Kompass gesundheitspolitische Themen auf und stellt die Aktivitäten und Standpunkte der Ärztekammer Westfalen-Lippe dar. Mit einer Auflage von 700 Exemplaren pro Ausgabe richtet er sich an politische Entscheidungsträger in Bund, Land und Kommunen sowie Vertreter von Verbänden aus dem Gesundheitswesen und Selbsthilfegruppen.

Neuer Internet-Auftritt

Der Jahreswechsel war zugleich der Startschuss für einen neuen, nutzerfreundlichen Internet-Auftritt der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die sich seitdem übersichtlich und modern unter www.aekwl.de präsentiert. Die überarbeitete Internetseite zeichnet sich neben einem freundlichen und optisch ansprechenden Layout durch klare Informationsstrukturen aus und orientiert sich nun an ihren Zielgruppen: Ärzte, Medizinische Fachangestellte, Bürger und Medien.

Newsletter

Die Ärztekammer versendet jeden Monat ihren elektronischen Newsletter mit Beiträgen zu aktuellen gesundheits- und berufspolitischen Themenfeldern. 2012 erreichte der Newsletter regelmäßig zwischen 1.500 und 1.700 Abonnenten im Monat.

Broschüren, Informationsmaterialien, Faltblätter

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit entwickelt und aktualisiert die Kammer stetig ihre Broschüren, Informationsmaterialien und Faltblätter. Besonders hervorzuheben war 2012 die Herausgabe einer neuen Informationsbroschüre der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die Patienten die Voraussetzungen und Schritte zur Überprüfung eines vermeintlichen Behandlungsfehlers aufzeigt.

Kunstaussstellungen

Im zweimonatlichen Rhythmus hatten Künstlerinnen und Künstler die Möglichkeit, ihre Werke im Foyer und in den Sitzungsräumen der Ärztekammer auszustellen. Die Ausstellungen wurden jeweils im Westfälischen Ärzteblatt und in der lokalen Tagespresse angekündigt.

Patientenberatung

Als Einrichtung der ärztlichen Körperschaften steht die Patientenberatung Westfalen-Lippe sowohl Patienten, Angehörigen und Interessierten als auch den Ärzten in der Region Westfalen-Lippe als qualifizierter Ansprechpartner zur Verfügung.

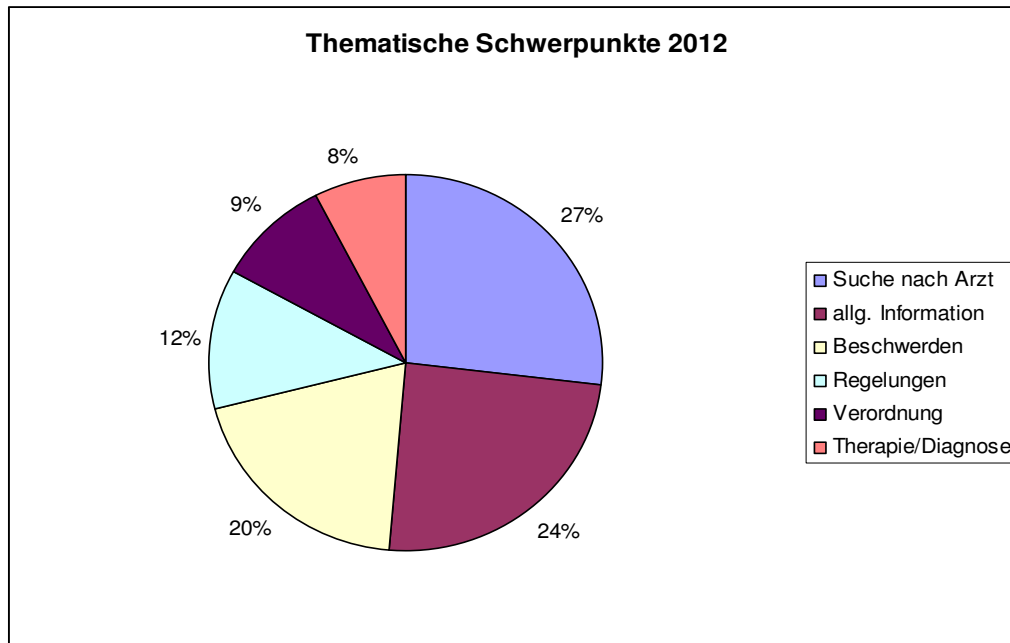
Die Anfragen

Das Beratungsangebot stößt weiterhin auf große Resonanz. Wie schon in den vergangenen Jahren wandten sich jährlich annähernd 14.000 Ratsuchende an die Einrichtung, im Jahr 2012 waren es 13.711 Anfragen. In den meisten Fällen erfolgt die Kontaktaufnahme per Telefon, allerdings nimmt die Zahl der Anfragenden zu, die sich per E-Mail an die Patientenberatung wenden. Wie schon in den Jahren zuvor waren im Jahr 2012 die Arztsuche bezüglich besonderer Qualifikationen oder Genehmigungen sowie die Auskunft über Tätigkeitsschwerpunkte von Krankenhausärzten neben allgemeinen Anfragen die häufigsten Anliegen. Anhand der zur Verfügung stehenden Datenbanken beider Körperschaften konnten hierzu gesicherte Informationen gegeben werden, wobei in der Regel der Ratsuchende innerhalb eines Tages eine Antwort auf seine Anfrage erhält.

Die Anzahl der Beschwerden und die Anfragen zu Regelungen im Gesundheitswesen sind im Vergleich zum Vorjahr unverändert geblieben. Lange Wartezeiten und Probleme bei der Terminvergabe geben ebenso Anlass zur Verärgerung wie auch bestimmte Regelungen im vertragsärztlichen Bereich. Zunehmend wird in einigen ländlichen Regionen die mangelnde Sicherstellung insbesondere bei der fachärztlichen Versorgung beklagt. Weitere Beschwerden richten sich gegen (zum Teil vom Patienten empfundenen) ärztliches Fehlverhalten, wobei der Umgang mit sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ein relevantes Thema darstellt.

Zu verzeichnen ist eine deutliche Verlagerung zu komplexeren Fragestellungen von teils kritischem, teils forderndem Charakter. Als Ursache lässt sich in vielen Fällen eine medizinische Vorinformation von unterschiedlicher Qualität feststellen, auch scheinen Medienberichte die Anspruchshaltung von Patienten und Angehörigen nicht unbeeinflusst zu lassen. Praxisgebühr- und Überweisungsregelungen sowie die Frage nach der Umsetzung der nunmehr gesetzlich vorgegebenen Möglichkeit der Langzeitgenehmigung von Heilmittelverordnungen sind ebenfalls Anlass für Beschwerden.

Zunehmend wird die Patientenberatung von Ratsuchenden in Anspruch genommen, die von ihrer (Gesetzlichen) Krankenkasse an die gemeinsame Beratungseinrichtung der ärztlichen Körperschaften weitergeleitet werden.



Öffentlichkeitsarbeit

Das individuelle Beratungsangebot der Patientenberatung für Ärzte und Patienten in Westfalen-Lippe wird durch eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit ergänzt, die in Form von Publikationen, Medienbeiträgen und Veranstaltungen das Leistungsspektrum einer von beiden ärztlichen Körperschaften getragenen Beratungseinrichtung repräsentiert. Dieses umfasst neben der individuellen Beratung die Erstellung von schriftlichem Informationsmaterial für Patienten, regelmäßige Vortragstätigkeiten sowie die Pflege der eigenen Internetseite. Neu herausgegeben wurden Flyer zu den Themen „Notrufnummern“, „Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen“ sowie eine „Checkliste für den Krankenhausaufenthalt“.



Ärztliche Fortbildungen sowie Vorträge für Hospizvereine, Selbsthilfegruppen und andere Interessenten sind ebenso Bestandteil der Öffentlichkeitsarbeit wie auch die Teilnahme an diversen Veranstaltungen im Bereich der Patienteninformation. Große Resonanz in der Öffentlichkeit findet die „KVWL-Sprechstunde“, eine Reihe von Informationsveranstaltungen für Patienten im Hause der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in Dortmund zu verschiedenen Themen wie z. B. Diabetes, Übergewicht oder Rückenerkrankungen. Diese erfolgreich im Jahr 2012 begonnene und seitens der Patientenberatung moderierte Veranstaltungsreihe wird im Jahr 2013 fortgesetzt.

Der Informationsbedarf zur Patientenverfügung ist seit Inkrafttreten des sogenannten Patientenverfügungsgesetzes im September 2009 stetig gewachsen. Der in Westfalen-Lippe bereits etablierte „Leitfaden zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht für Patienten und Angehörige“ wurde überarbeitet und ergänzt in seiner mittlerweile 3. Auflage das Beratungs- und Vortragsangebot für Ärzte und Interessierte.

Eine weitere an die ärztliche Selbstverwaltung gerichtete Aufgabe ergibt sich aus zunehmend an die Patientenberatung gerichteten medizinethischen und -rechtlichen Fragestellungen rund um das Transplantationsgeschehen in Deutschland, auf welche die Patientenberatung mittels individueller Information und Beratung sowie in Vorträgen eingeht.

Vernetzung

Die Patientenberatung der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe arbeitet im Verbund mit verschiedenen Partnern und steht Kooperationen offen gegenüber. Durch gemeinsame Projektarbeit mit anderen Akteuren im Bereich Patientenberatung und Patientensicherheit ist die Einrichtung gut vernetzt.

Wesentliche Voraussetzungen einer für Ärzte und Patienten auch in Zukunft erfolgreichen Arbeit der Patientenberatung Westfalen-Lippe sind Austausch und Zusammenarbeit mit Beratungseinrichtungen anderer Träger. Genannt seien hier ärztliche Körperschaften auf Landesebene in gemeinsamer (z. B. Patientenberatung Hamburg) oder getrennter (z. B. Patientenberatung der Ärztekammer Nordrhein) Trägerschaft sowie auf Bundesebene (BÄK, KBV) und weitere Ansprechpartner, so z. B. die Patientenbeauftragten der Bundesregierung und des Landes NRW, die Unabhängige Patientenberatung Deutschland sowie Einrichtungen der Selbsthilfe.

Aufgrund eigener Fort- und Weiterbildung, kontinuierlicher Pflege und Ergänzung bestehender Kontakte und der zur Verfügung stehenden Daten ist die gemeinsame Patientenberatung von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Westfalen-Lippe gut aufgestellt, um Veränderungen

durch gesetzliche Neuregelungen (z. B. Patientenrechtegesetz, Langzeitgenehmigung von Heilmittelverordnungen) zu begegnen und sich auf einen ständig wandelnden Informationsbedarf zeitnah einstellen zu können.

Ethik-Kommission

Hintergrund

Die 1978 gegründete Ethik-Kommission ist eine gemeinschaftliche Einrichtung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Nach § 15 Berufsordnung ist der Arzt vor der Durchführung eines biomedizinischen Forschungsvorhabens am Menschen verpflichtet, sich über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen durch eine bei der Ärztekammer oder bei einer Medizinischen Fakultät gebildeten Ethik-Kommission beraten zu lassen. Die Ethik-Kommission ist zuständig für alle von Kammerangehörigen durchgeführten medizinischen Forschungsvorhaben und klinischen Prüfungen am Menschen. Die Ethik-Kommission wird auf schriftlichen Antrag tätig; für ihre Tätigkeit erhebt die Ärztekammer Gebühren.

Die Ethik-Kommission ist beim Bundesamt für Strahlenschutz in Salzgitter registriert. Ferner ist sie in den USA beim Office for Human Research Protections (OHRP) akkreditiert. Sie arbeitet in der bei der Bundesärztekammer angesiedelten Ständigen Konferenz der Geschäftsführungen und der Vorsitzenden der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern („Ständige Konferenz“) mit.

Neben der gemeinsamen Ethik-Kommission von Kammer und Medizinischer Fakultät der WWU Münster sind im Kammerbereich für ihren jeweiligen Hochschulbereich die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum, die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum Sitz Bad Oeynhausen (Herz- und Diabetes-Zentrum NRW) und die Ethik-Kommission der Universität Witten/Herdecke zuständig. Sie alle sind Mitglieder im Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland („Arbeitskreis“), der auch Schulungsseminare für Mitglieder der Ethik-Kommissionen anbietet.

Die Kommission dient wie in ihren Anfängen vorwiegend dem Schutz des Patienten, des Probanden und des Forschers vor ethisch nicht vertretbaren und rechtlich unzulässigen Handlungen bei der Durchführung der notwendigen biomedizinischen Forschung. Sie schützt und erhält in ihrer interdisziplinären Besetzung mit medizinischen Experten, Juristen, Theologen und Philosophen, Patientenvertretern, Pharmazeuten und anderen ehrenamtlichen Mitgliedern zugleich die wissenschaftliche Qualität dieser Forschung und fördert die Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit.

Die 12. bis 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) und die dazu erlassene Verordnung über die Anwendung der Guten Klinischen Praxis (GCP-Verordnung) aus den Jahren 2004 bis 2009 brachten für klinische Prüfungen von Arzneimitteln weit reichende Änderungen in Rolle, Verantwortung und Verfahrensweise aller Ethik-Kommissionen in Deutschland. Die Rolle der Ethik-Kommissionen hat sich in diesem Bereich zu einer Patientenschutzorganisation mit Behördencharakter gewandelt. Die damit verbundenen inhaltlichen und verfahrenstechnischen Änderungen wurden durch die 4. Novelle des Medizinproduktegesetzes (MPG) im Jahr 2010 auf klinische Prüfungen von Medizinprodukten ausgeweitet. Die zugehörigen Verordnungen DIMDIV und MPKPV sehen die rein elektronische Antragseinreichung und Bearbeitung durch die Ethik-Kommissionen in einer Datenbank beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vor. Letztere ist weiterhin in Überarbeitung, da noch nicht alle notwendigen Anwendungen durchführbar sind.

Für klinische Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten erfolgt die Beratung federführend von der für den Leiter der klinischen Prüfung zuständigen öffentlich-rechtlichen Ethik-Kommission im Benehmen mit den beteiligten Ethik-Kommissionen innerhalb fester Fristen.

Besonderheiten 2012: Wesentliche Neuerungen für Prüfer und Ethik-Kommissionen

Das „Zweite Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ ist am 26. Oktober 2012 in Kraft getreten. Im Bereich der klinischen Prüfungen von Arzneimitteln sind insbesondere die Definition und Verantwortung des Prüfers und seines Stellvertreters neu gefasst worden. Neu ist, dass die Ethik-Kommission nur noch einen verantwortlichen Prüfer pro Prüfstelle sowie dessen Stellvertreter persönlich bewertet. Das schafft in Arzneimittelstudien eine **Verfahrensvereinfachung** vor allem für Prüfstellen mit hoher Personalfluktuations, denn die An- und Abmeldung weiterer Ärzte entfällt. Zugleich steht der leitende **Prüfer stärker in der Pflicht**: Er ist sowohl gegenüber dem Sponsor als auch gegenüber Behörden für die Auswahl, Anleitung und Überwachung ärztlicher und nichtärztlicher Mitarbeiter verantwortlich. Hinweise für geeignete **Schulungen** veröffentlicht die Bundesärztekammer voraussichtlich im Frühjahr 2013.

Im Bereich der Arzneimittelforschung steht eine weitere grundlegende Neuerung bevor. Die EU-Kommission hat im Juli 2012 einen Entwurf für eine **EU-Verordnung über klinische Prüfungen** mit Humanarzneimitteln vorgelegt, die die Richtlinie 2001/20/EG ablösen soll. Mit dieser Verordnung sollen bisher nicht ausreichend harmonisierte Regelungen der Mitgliedstaaten für klinische

Prüfungen vereinheitlicht sowie die Genehmigungsverfahren vereinfacht und beschleunigt werden. Die Nutzen-Risiko-Abwägung trifft künftig ein vom Sponsor der klinischen Prüfung ausgewählter Mitgliedstaat, an dessen Bewertung alle beteiligten Staaten gebunden sind. Selbst wenn ein Mitgliedstaat Bedenken hinsichtlich der ärztlichen Vertretbarkeit der Studie hat, kann er von der Bewertung nicht abweichen. Eine Beteiligung unabhängiger Ethik-Kommissionen, wie sie die Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki fordert, ist anders als noch in der Richtlinie 2001/20/EG nicht mehr vorgesehen. Hierzu müssten nationale Regelungen getroffen werden.

Die Standards, die in Deutschland beispielsweise zum Schutz von Minderjährigen oder Notfallpatienten gelten, werden abgesenkt. Besonders problematisch ist die Einführung sehr kurzer Prüfungsfristen (teils von wenigen Kalendertagen), innerhalb derer eine sorgfältige Prüfung komplexer Studienprotokolle kaum noch möglich erscheint. Den kurzen Bearbeitungsfristen werden nicht nur die Genehmigungsbehörden, sondern auch Antragsteller unterworfen. Insbesondere Forscher ohne entsprechende Personalausstattung stellt das vor besondere Herausforderungen.

Der Verordnungsentwurf ist in Deutschland auf **scharfe Kritik** gestoßen (vgl. Dtsch Ärztebl 2012; 109 (38): A-1847/B-1499/C-1471). Die Bundesärztekammer fordert

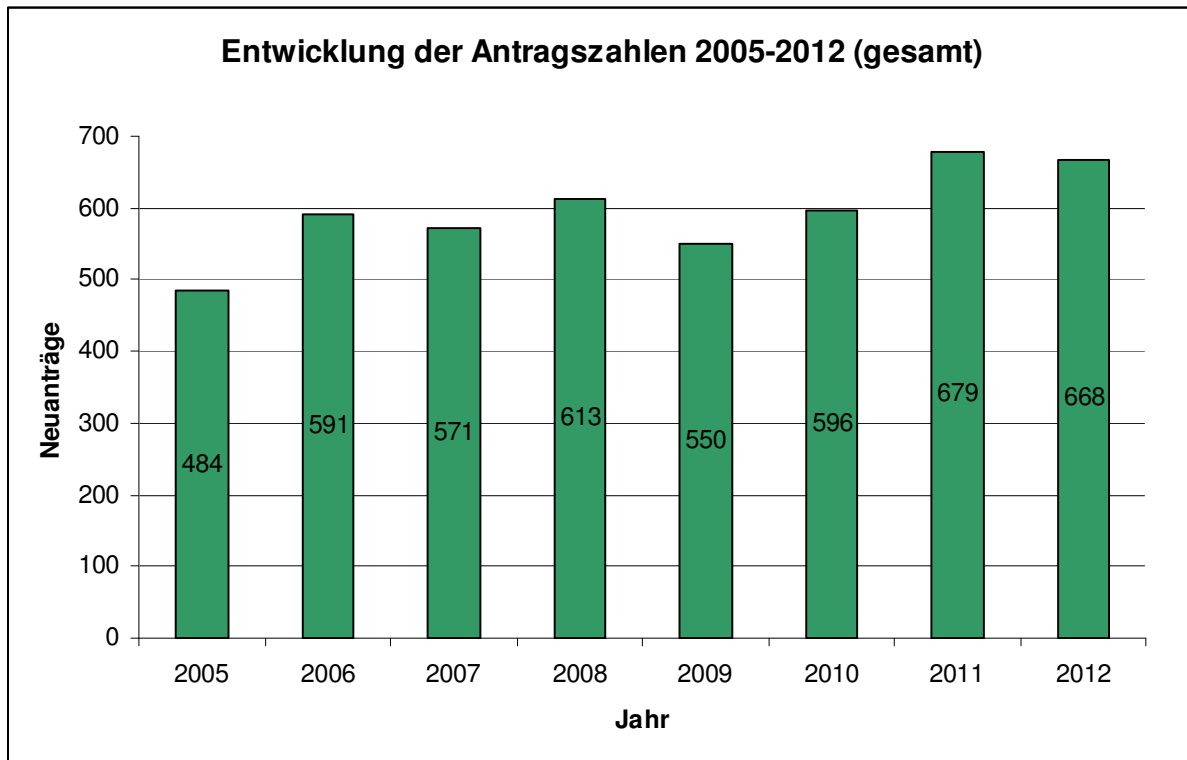
- eine effektive Beteiligung der betroffenen Mitgliedstaaten an der Nutzen-Risiko-Bewertung,
- die ausdrückliche Einbindung unabhängiger Ethik-Kommissionen im Sinne der Deklaration von Helsinki,
- die Sicherstellung, dass eine ablehnende Entscheidung der Ethik-Kommission zu einer Versagung der Genehmigung führt, sowie
- eine Öffnungsklausel für die Einführung höherer Schutzstandards für vulnerable Gruppen durch die Mitgliedstaaten.

Das europäische Gesetzgebungsverfahren läuft, die Neuregelung soll 2016 in Kraft treten.

Die Ethik-Kommission Münster beteiligt sich in der Bundesärztekammer und im Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland intensiv an den Beratungen und setzt sich dafür ein, dass bei den notwendigen Verfahrenserleichterungen für klinische Forschung der Patientenschutz und die wissenschaftliche Qualität klinischer Prüfungen nicht auf der Strecke bleiben. Sie bemüht sich besonders darum, dass bei aller Harmonisierung die Interessen der Patientinnen und Patienten wie auch der Ärztinnen und Ärzte aus dem Raum Westfalen-Lippe ausreichend berücksichtigt werden.

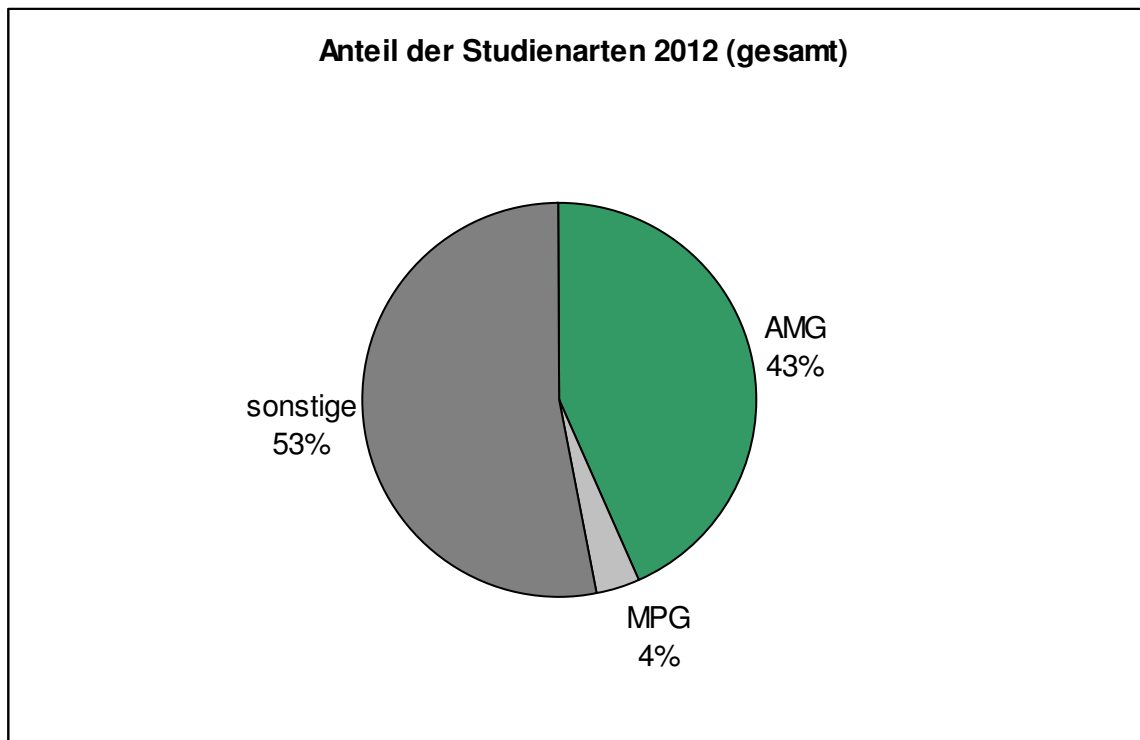
Zahlen und Fakten

Insgesamt hat die Ethik-Kommission im Berichtszeitraum 668 Neuanträge bearbeitet (2011: n=679, 2010: n=596, 2009: n=550, 2008: n=613, 2007: n=571, 2006: n=591, 2005: n=484), also nahezu ebenso viele wie im Vorjahr.



Bei fast 40 % (n=264) dieser Anträge war die Ethik-Kommission federführend für Studien, deren hauptverantwortlicher Studienleiter bzw. Leiter der klinischen Prüfung seinen Sitz im Kammerbereich hat. Davon wiederum waren 79 Studien multizentrisch angelegt. In den übrigen 404 Fällen hat sie als beteiligte Ethik-Kommission eine Stellungnahme für kammer- oder fakultätsangehörige Ärzte in multizentrischen Studien abgegeben, die unter auswärtiger Leitung stehen. Außerdem hat die Ethik-Kommission 436 Amendments (Änderungen des Prüfplans) als beteiligte Kommission mitberaten und 44 Amendments als federführende Kommission begutachtet.

Obwohl allgemein der Trend zu multizentrischen Studien und Verbundforschungsprojekten geht, erhöhte sich der Anteil der monozentrisch, also nur in einer Einrichtung durchgeführten Studien nochmals leicht (26 %, 2011: 23 %, 2010: 19 %).



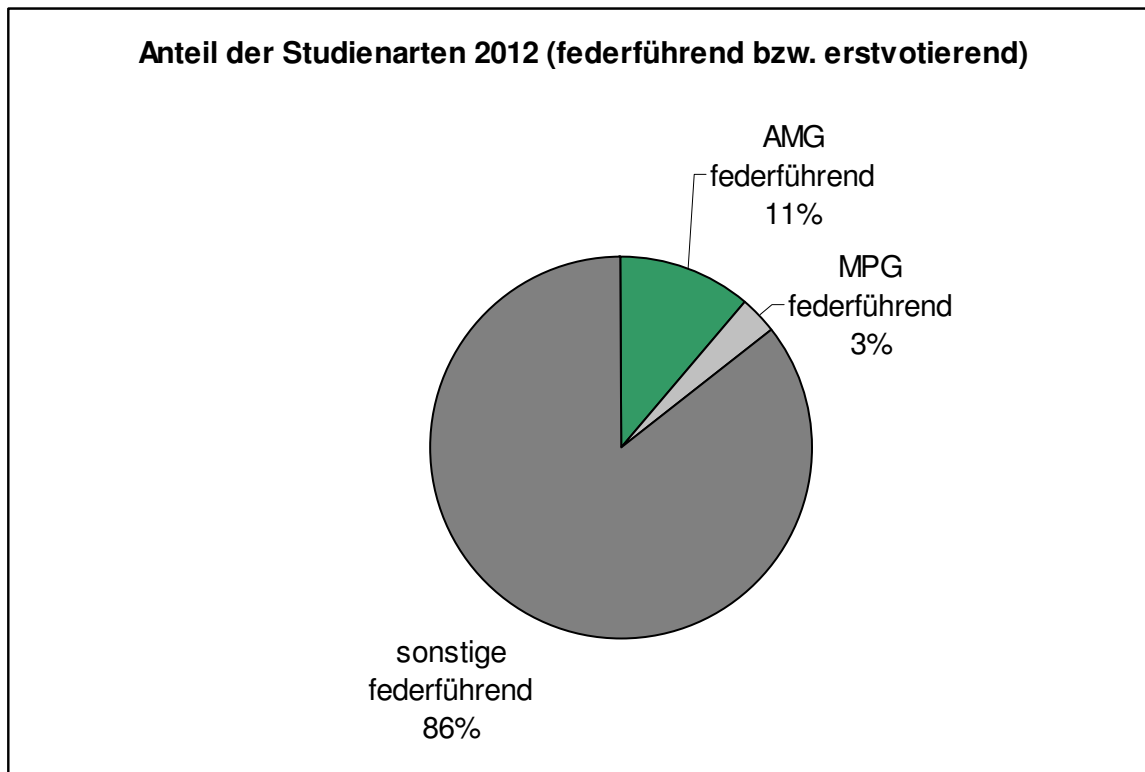
Gleichzeitig ist ein Rückgang der nach dem AMG beratenen klinischen Prüfungen zu verzeichnen. 30 (11 %) (2011: 14 %, n=32; 2010: 16 %, n=37; 2009: 15 %, n=24; 2008: 21 %, n=47) der federführend bearbeiteten Anträgen und 259 (64 %) (2011: n= 328, 84 %; 2010: n=269, 75 %) der als beteiligte Kommission bearbeiteten Anträge waren Arzneimittelstudien. Eine solche Abnahme wird aus der gesamten Europäischen Union berichtet.

Neben weiteren 3 % Medizinproduktstudien (n=8) machen sonstige Vorhaben der biomedizinischen (z. T. Grundlagen-) Forschung, die zum größten Teil aus dem Universitätsklinikum Münster oder anderen universitären Einrichtungen stammt, mit 200 der federführend bzw. erstvotierend bearbeiteten Anträge unverändert den wesentlichen Teil der Forschung im Kammerbereich aus. Hier bewährt sich die Verbindung von Kammer und Medizinischer Fakultät in der Ethik-Kommission.

Die Zahl der Anträge zu sonstigen biowissenschaftlichen Forschungsvorhaben steigt insbesondere aufgrund der Forderungen der Zeitschriften an die Forscher, für jegliche Forschung am Menschen eine vorherige Beratung durch die Ethik-Kommission einzuholen und die Studie öffentlich zu registrieren.

In 26 Fällen konnte die Ethik-Kommission bestätigen, dass ein Antrag nicht nötig ist, weil es sich z. B. um reine Qualitätssicherungsmaßnahmen oder die retrospektive Auswertung vorhandener

Routinedaten durch den Arzt selber handelte. Auch für individuelle Heilversuche ist die Forschungsethik-Kommission nicht zuständig.



Über Neuanträge für Arzneimittel- und Medizinproduktstudien sowie neuartige oder komplexe sonstige Fragestellungen berät die Kommission grundsätzlich im Plenum in ihren Sitzungen. Je Sitzung werden auch 4 bis 6 Antragsteller zur persönlichen Erörterung ihrer Studien eingeladen, während die übrigen Anträge ohne Vorstellung durch die Forscher bearbeitet werden können. Die Kommission ist im Berichtszeitraum zu 17 Sitzungen zusammengetreten und hat im Plenum neben 215 Neuanträgen (2011: n=185, 2010: n=164, 2009: n=111, 2008: n=149, 2007: n=122) auch über zahlreiche Änderungen, Ergänzungen und Wiedervorlagen zu existierenden Forschungsvorhaben beraten. Über sehr einfache Anträge hat sie durch Ausschüsse federführend für 23 Neuanträge (2011: n=39, 2010: n=31, 2009: n=50, 2008: n=72, 2007: n=75) sowie über Wiedervorlagen und Amendments entschieden. Zu beinahe allen Anträgen hatte die Kommission Empfehlungen, Hinweise und Auflagen, die vor Erteilung der abschließenden Stellungnahme von den Antragstellern zu berücksichtigen waren und entweder nochmals (auch mehrfach) auf einer Sitzung oder aber in einem Ausschuss geprüft wurden. Insgesamt steigt damit der Arbeitsaufwand wie der Umfang an Dokumenten auch für den einzelnen Antrag stetig an.

Die Kommission hat die Antragsbearbeitung auf eine rein elektronische Form umgestellt. Die Unterlagen werden in der Geschäftsstelle aufbereitet und auf einem Server zum Herunterladen zur Verfügung gestellt. Zusätzlich verbleibt in der Geschäftsstelle eine Papier-Akte, die bisher als Originaldokument bis zu 30 Jahre lang aufbewahrt wird. Gleichzeitig wird angestrebt, digitale Arbeitskopien von allen Studienanträgen vorzuhalten.

Statistik - Weiterbildung

Antragseingänge/Anerkennungen 2012

Nach Weiterbildungsordnung 2005 erteilte Befugnisse

1. Gebiet/Facharztkompetenz/Schwerpunkt

	2012					WB- Stätten	2011	
	Befugnisse				Befugnisse		WB- Stätten	
	Gesamt	Praxis	KHS	Sons- tige	Gesamt		Gesamt	
Allgemeinmedizin	27	27	0	0	16	0	0	
Innere und Allgemein- medizin (Hausarzt)	142	142	0	0	33	225	4	
Anästhesiologie	39	4	35	0	8	39	4	
Arbeitsmedizin	13	2	0	11	5	15	7	
Augenheilkunde	26	17	9	0	6	23	4	
Allgemeinchirurgie	47	7	40	0	32	24	9	
Gefäßchirurgie	12	0	12	0	5	13	4	
Orthopädie und Unfall- chirurgie	50	19	30	1	16	54	12	
Thoraxchirurgie	6	0	6	0	3	9	2	
Viszeralchirurgie	88	0	87	0	68	27	12	
Basisweiterbildung Chirurgie	84	9	74	0	1	91	1	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	44	28	16	0	5	45	7	
Gynäkologische Endo- krinologie und Repro- duktionsmedizin	7	6	1	0	1	8	1	
Gynäkologische Onko- logie	10	0	10	0	1	8	4	
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	11	1	10	0	4	9	5	

	2012					2011	
	Befugnisse				WB- Stätten	Befugnisse	WB- Stätten
	Gesamt	Praxis	KHS	Sons- tige	Gesamt	Gesamt	Gesamt
Hals-Nasen- Ohrenheilkunde	4	1	3	0	2	9	3
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	2	0	2	0	1	2	0
Basisweiterbildung	6	1	5	0	0	7	0
Hals-Nasen- Ohrenheilkunde							
Haut- und Ge- schlechtskrankheiten	19	17	2	0	6	16	2
Herzchirurgie	5	0	5	0	2	1	0
Hygiene und Umwelt- medizin	3	1	1	1	1	1	0
Innere Medizin	20	0	20	0	6	36	15
Innere Medizin und Angiologie	5	1	4	0	2	2	2
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	3	2	1	0	1	2	1
Innere Medizin und Gastroenterologie	31	4	27	0	6	22	8
Innere Medizin und Hämatologie und On- kologie	13	6	7	0	1	10	6
Innere Medizin und Kardiologie	24	2	22	0	9	19	3
Innere Medizin und Nephrologie	9	8	1	0	1	15	2
Innere Medizin und Pneumologie	15	4	11	0	7	9	2
Innere Medizin und Rheumatologie	3	0	3	0	0	4	3

	2012					2011	
	Befugnisse				WB- Stätten	Befugnisse	WB- Stätten
	Gesamt	Praxis	KHS	Sons- tige	Gesamt	Gesamt	Gesamt
Basisweiterbildung	117	27	89	1	1	120	2
Innere Medizin und Allgemeinmedizin							
Kinderchirurgie	0	0	0	0	0	3	1
Kinder- und Jugend- medizin	18	11	5	2	6	17	1
Kinderkardiologie	3	1	2	0	2	1	0
Neonatologie	3	0	3	0	1	7	0
Kinder-Hämatologie und -Onkologie	1	0	1	0	1	1	0
Neuropädiatrie	2	0	2	0	1	9	2
Kinder- und Jugend- psychiatrie und – psychotherapie	31	25	6	0	2	10	3
Laboratoriumsmedizin	2	1	1	0	1	3	1
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepid- emiologie	2	1	1	0	3	2	1
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	2	1	1	0	0	1	1
Neurochirurgie	9	3	6	0	4	5	1
Neurologie	25	7	18	0	10	21	5
Nuklearmedizin	5	1	4	0	3	6	6
Öffentliches Gesund- heitswesen	4	0	0	4	2	6	5
Pathologie	0	0	0	0	0	6	0
Basisweiterbildung Pathologie	0	0	0	0	0	5	0
Physikalische und Re- habilitative Medizin	5	1	4	0	4	9	6
Plastische und Ästheti- sche Chirurgie	6	1	5	0	2	0	1

	2012					2011	
	Befugnisse				WB-Stätten	Befugnisse	WB-Stätten
	Gesamt	Praxis	KHS	Sonstige	Gesamt	Gesamt	Gesamt
Psychiatrie und Psychotherapie	23	2	19	2	9	31	11
Forensische Psychiatrie	2	0	2	0	1	2	1
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	3	2	1	0	1	14	5
Radiologie	49	30	19	0	7	45	9
Kinderradiologie	0	0	0	0	0	1	0
Neuroradiologie	5	0	5	0	2	7	2
Rechtsmedizin	0	0	0	0	0	1	0
Strahlentherapie	5	2	3	0	4	10	2
Urologie	10	1	9	0	4	24	10
Summe	97	37	58	2	28	135	40

Nach Weiterbildungsordnung 2005 erteilte Befugnisse

2. Zusatz-Weiterbildungen

	2012					2011	
	Befugnisse				WB-Stätte	Befugnisse	WB-Stätten
	Gesamt	Praxis	KHS	Sonstige	Gesamt	Gesamt	Gesamt
Allergologie	26	19	7	0	8	28	3
Akupunktur	3	3	0	0	0	5	0
Andrologie	4	1	3	0	2	4	3
Betriebsmedizin	5	3	0	2	2	1	0
Dermahistologie	2	2	0	0	0	2	1
Diabetologie	13	10	3	0	2	27	10
Geriatric	14	1	13	0	6	24	15

	2012				WB- Stätte Gesamt	2011	
	Befugnisse					Befugnisse	WB- Stätten
	Gesamt	Praxis	KHS	Sons- tige		Gesamt	Gesamt
Gynäkologische Exfoli- ativ-Zytologie	2	2	0	0	1	0	0
Hämostaseologie	1	0	1	0	1	0	0
Handchirurgie	9	0	9	0	4	8	3
Homöopathie	7	7	0	0	2	4	0
Infektiologie	3	1	2	0	0	3	2
Intensivmedizin	47	0	47	0	15	46	19
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	2	0	2	0	2	4	1
Kinder- Gastroenterologie	0	0	0	0	0	1	0
Kinder-Nephrologie	0	0	0	0	0	0	0
Kinder-Orthopädie	1	0	1	0	0	0	0
Kinder-Pneumologie	4	0	4	0	2	4	0
Labordiagnostik - fach- gebunden	2	1	1	0	0	4	3
Magnetresonanztomo- graphie - fachgebun- den	0	0	0	0	0	1	0
Medikamentöse Tu- morthherapie	11	6	5	0	5	17	8
Naturheilverfahren	14	13	1	0	5	21	3
Notfallmedizin	22	0	22	0	7	13	4
Orthopädische Rheu- matologie	0	0	0	0	1	2	1
Palliativmedizin	9	4	5	0	3	21	6
Phlebologie	14	10	4	0	6	19	3
Physikalische Therapie und Balneologie	13	3	10	0	8	15	15
Plastische Operationen	2	0	2	0	1	2	4
Proktologie	17	5	12	0	8	15	10
Psychoanalyse	0	0	0	0	1	0	0

	2012					2011	
	Befugnisse				WB- Stätte	Befugnisse	WB- Stätten
	Gesamt	Praxis	KHS	Son- tige	Gesamt	Gesamt	Gesamt
Psychotherapie - fach- gebunden	0	0	0	0	0	2	0
Rehabilitationswesen	1	0	1	0	1	9	8
Röntgendiagnostik - fachgebunden	13	1	12	0	7	11	9
Schlafmedizin	7	2	5	0	3	10	5
Sozialmedizin	7	0	4	3	6	22	14
Spezielle Schmerzthe- rapie	16	3	13	0	8	14	9
Spezielle Orthopädi- sche Chirurgie	6	0	6	0	3	9	3
Spezielle Unfallchirur- gie	10	0	10	0	4	7	2
Spezielle Viszeralchi- rurgie	61	0	61	0	60		
Sportmedizin	3	0	3	0	0	11	2
Summe	124	6	115	3	92	11	2

Anzahl befugter Ärztinnen und Ärzte in Westfalen-Lippe zum 31.12.2012**1. Gebiet/Facharztkompetenz/Schwerpunkt**

	Volle Befugnis	Teilbefugnis	Verbund- WB 2012
	2012	2012	
Allgemeinmedizin	19	5	
Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	806	260	3
Anästhesiologie	57	109	45
Arbeitsmedizin	50	6	
Augenheilkunde	5	116	29
Allgemeinchirurgie	1	90	
Gefäßchirurgie	23	18	
Orthopädie und Unfallchirurgie	4	274	65
Orthopädie	24	141	
Unfallchirurgie	18	38	
Thoraxchirurgie	3	7	
Viszeralchirurgie	31	47	
Basisweiterbildung Chirurgie	286	100	1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	63	179	1
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	1	22	
Gynäkologische Onkologie	23	20	
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	20	12	
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	11	39	1
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	3	9	
Basisweiterbildung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	13	39	
Haut- und Geschlechtskrankheiten	10	88	
Herzchirurgie	6	0	
Humangenetik	3	0	
Hygiene und Umweltmedizin	3	1	
Innere Medizin	1	81	2
Innere Medizin und Angiologie	6	11	
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	7	3	

	Volle Befugnis	Teilbefugnis	Verbund- WB 2012
	2012	2012	
Innere Medizin und Gastroenterologie	61	47	
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	19	30	
Innere Medizin und Kardiologie	36	82	8
Innere Medizin und Nephrologie	18	47	4
Innere Medizin und Pneumologie	28	40	2
Innere Medizin und Rheumatologie	7	10	
Basisweiterbildung Innere Medizin und Allgemeinmedizin	282	192	18
Kinderchirurgie	6	4	
Kinder- und Jugendmedizin	30	139	
Kinderkardiologie	1	7	
Neonatologie	1	7	
Kinder-Hämatologie und –Onkologie	4	2	
Neuropädiatrie	10	15	
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	10	29	
Klinische Pharmakologie	1	0	
Laboratoriumsmedizin	18	6	
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	6	1	
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	7	23	
Neurochirurgie	10	9	2
Neurologie	30	58	3
Neuropathologie	1	0	
Nuklearmedizin	2	32	
Öffentliches Gesundheitswesen	16	2	
Pathologie	6	12	
Basisweiterbildung Pathologie	10	11	
Pharmakologie und Toxikologie	1	0	
Basisweiterbildung Pharmakologie und Toxikologie	1	1	
Physikalische und Rehabilitative Medizin	9	9	

	Volle Befugnis	Teilbefugnis	Verbund- WB 2012
	2012	2012	
Plastische und Ästhetische Chirurgie	7	11	1
Psychiatrie und Psychotherapie	44	41	5
Forensische Psychiatrie	2	4	
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	14	14	
Radiologie	42	130	15
Kinderradiologie	4	0	1
Neuroradiologie	7	14	1
Rechtsmedizin	1	0	
Strahlentherapie	13	11	3
Transfusionsmedizin	4	1	
Urologie	30	43	2
Summe	2180	2281	

Anzahl befugter Ärztinnen und Ärzte in Westfalen-Lippe zum 31.12.2012

2. Zusatz-Weiterbildungen

	volle Befugnis	Teilbefugnis	Verbund
	2012	2012	
Allergologie	52	101	4
Akupunktur	23	0	
Andrologie	5	13	
Betriebsmedizin	19	0	
Dermahistologie	8	0	
Diabetologie	38	48	5
Flugmedizin	2	0	
Geriatric	53	11	
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	10	0	
Hämostaseologie	3	1	
Handchirurgie	18	18	
Homöopathie	34	0	
Infektiologie	13	2	

	volle Befugnis	Teilbefugnis	Ver- bund
	2012	2012	
Intensivmedizin	130	71	10
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	5	3	
Kinder-Gastroenterologie	1	4	
Kinder-Nephrologie	1	1	
Kinder-Orthopädie	5	1	
Kinder-Pneumologie	6	17	
Kinder-Rheumatologie	2	0	
Labordiagnostik - fachgebunden	4	0	
Magnetresonanztomographie - fachgebunden	0	0	
Medikamentöse Tumorthherapie	63	4	
Naturheilverfahren	1	147	
Notfallmedizin	67	0	1
Orthopädische Rheumatologie	5	4	
Palliativmedizin	37	5	
Phlebologie	39	29	
Physikalische Therapie und Balneologie	55	6	
Plastische Operationen	18	6	
Proktologie	32	16	
Psychoanalyse	445	0	
Psychotherapie - fachgebunden	178	0	
Rehabilitationswesen	18	2	
Röntgendiagnostik - fachgebunden	20	3	2
Schlafmedizin	24	18	
Sozialmedizin	51	11	
Spezielle Schmerztherapie	44	6	3
Spezielle Orthopädische Chirurgie	25	10	
Spezielle Unfallchirurgie	30	40	
Spezielle Viszeralchirurgie	29	32	
Sportmedizin	9	1	
Summe:	3356	2449	

Anerkennungsanträge

	2012			2011		
	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w
Anerkennung von Facharztbezeichnungen	1.360	712	648	1.114	577	537
Anerkennung von Schwerpunktbezeichnungen	180	100	80	142	86	56
Anerkennung von Zusatz-Weiterbildungen	741	447	294	746	480	266
Anerkennung der Fachkunde Rettungsdienst	267	143	124	290	174	116
Widerspruch Anerkennung	1	1	0	6	4	2
Summe	2.549	1403	1146	2.298	1321	977

Erteilte Anerkennungen von Arztbezeichnungen

	2012	m	w	2011	m	w
Allgemeinmedizin	63	22	41	33	8	25
Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	45	21	24	48	23	25
Anästhesiologie	111	59	52	105	48	57
Arbeitsmedizin	11	6	5	5	1	4
Augenheilkunde	17	12	5	21	9	12
FA Allgemeinchirurgie	28	21	7	6	5	1
Chirurgie nach WO 1993	33	18	15	38	23	15
FA Gefäßchirurgie	19	13	6	14	11	3
SP Herzchirurgie nach WO 1993	0	0	0	3	3	0
FA Kinderchirurgie	4	1	3	3	3	0
FA Orthopädie und Unfallchirurgie	86	73	13	70	64	6
Orthopädie	3	0	3	15	14	1
SP Rheumatologie	0	0	0	1	0	1
FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	16	12	4	8	6	2
- SP Plastische Chirurgie nach WO 1993	1	1	0	0	0	0
FA Thoraxchirurgie	7	7	0	2	1	1
FA Visceralchirurgie	36	28	8	24	19	5
SP Unfallchirurgie nach WO 1993	12	9	3	16	11	5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	68	10	58	52	10	42
SP Gynäkol. Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	2	1	1	4	2	2
SP Gynäkologische Onkologie	5	3	2	7	5	2

	2012	m	w	2011	m	w
SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	11	0	11	9	3	6
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	15	10	5	13	9	4
FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	1	0	1	1	1	0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	22	6	16	18	4	14
Humangenetik	2	1	1	0	0	0
Hygiene und Umweltmedizin	2	2	0	0	0	0
FA Innere Medizin nach WO 1993 (6 Jahre)	99	39	60	143	70	73
FA Innere Medizin nach WO 2005 (5 Jahre)	118	48	70	57	21	36
FA Innere Medizin und Angiologie	3	2	1	1	1	0
Angiologie nach WO 1993	2	1	1	1	1	0
FA Innere Medizin und Endokrinologie u. Diabetologie	1	1	0	5	4	1
Endokrinologie nach WO 1993	6	3	3	2	0	2
FA Innere Medizin und Gastroenterologie	18	13	5	12	8	4
Gastroenterologie nach WO 1993	36	23	13	18	14	4
FA Innere Medizin und Hämatologie u. Onkologie	9	3	6	6	5	1
Hämatologie und Internistische Onkologie nach WO 1993	19	9	10	3	1	2
FA Innere Medizin und Kardiologie	22	16	6	22	13	9
Kardiologie nach WO 1993	36	21	15	26	14	12
FA Innere Medizin und Nephrologie	14	7	7	9	8	1
Nephrologie nach WO 1993	3	0	3	8	4	4
FA Innere Medizin und Pneumologie	14	9	5	9	6	3
Pneumologie nach WO 1993	10	8	2	7	5	2
FA Innere Medizin und Rheumatologie	3	2	1	2	2	0
Rheumatologie nach WO 1993	5	1	4	4	2	2
Kinder- und Jugendmedizin	56	15	41	62	16	46
SP Kinder-Hämatologie und Onkologie	1	0	1	0	0	0
SP Kinderkardiologie	4	1	3	5	3	2
SP Neonatologie	14	8	6	5	2	3
SP Neuropädiatrie	2	1	1	5	2	3

	2012	m	w	2011	m	w
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	12	5	7	19	2	17
Laboratoriumsmedizin	1	0	1	2	0	2
Mikrobiologie, Virologie u. Infektionsepidemio- logie	4	0	4	0	0	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3	2	1	3	3	0
Nervenheilkunde	11	8	3	3	2	1
Neurochirurgie	10	8	2	9	7	2
Neurologie	46	23	23	42	15	27
Nuklearmedizin	3	3	0	3	2	1
Öffentliches Gesundheitswesen	2	1	1	2	0	2
FA Pathologie	3	2	1	2	0	2
Physikalische und Rehabilitative Medizin	10	8	2	6	4	2
Psychiatrie und Psychotherapie	55	26	29	65	28	37
SP Forensische Psychiatrie	2	2	0	1	0	1
Psychotherapeutische Medizin	1	1	0	1	1	0
Psychosomatische Medizin und Psychothera- pie	9	1	8	8	4	4
Diagnostische Radiologie	6	5	1	5	3	2
Radiologie	24	16	8	26	20	6
SP Kinderradiologie	0	0	0	3	1	2
SP Neuroradiologie	1	1	0	5	5	0
Rechtsmedizin	1	0	1	0	0	0
Strahlentherapie	1	1	0	4	1	3
Transfusionsmedizin	5	1	4	1	0	1
Urologie	25	20	5	25	19	6
Summe	2247	134	101	2246	117	118

Erteilte Anerkennungen von Zusatz-Weiterbildungen

	2012	m	w	2011	m	w
Ärztliches Qualitätsmanagement	13	11	2	5	3	2
Akupunktur	27	21	6	48	31	17
Allergologie	15	5	10	14	9	5
Andrologie	3	3	0	9	7	2

	2012	m	w	2011	m	w
Betriebsmedizin	1	1	0	1	1	0
Dermatohistologie	1	0	1	0	0	0
Diabetologie	9	6	3	13	9	4
Geriatrie	24	10	14	31	15	16
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	1	0	1	1	0	1
Hämostaseologie	0	0	0	2	1	1
Handchirurgie	4	1	3	10	10	0
Homöopathie	3	0	3	12	6	6
Infektiologie	1	1	0	6	4	2
Intensivmedizin	111	64	47	79	59	20
Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie	2	2	0	3	0	3
Kinder-Gastroenterologie	0	0	0	3	0	3
Kinder-Nephrologie	1	1	0	0	0	0
Kinder-Orthopädie	1	1	0	4	4	0
Kinder-Pneumologie	1	1	0	2	1	1
Labordiagnostik – fachgebunden	0	0	0	7	6	1
Magnetresonanztomographie – fachgebunden	1	1	0	1	1	0
Manuelle Medizin und Chirotherapie	31	24	7	32	26	6
Medikamentöse Tumorthherapie	20	15	5	31	25	6
Medizinische Informatik	0	0	0	2	2	0
Naturheilverfahren	15	9	6	17	10	7
Notfallmedizin	126	74	52	106	64	42
Orthopädische Rheumatologie	3	3	0	4	4	0
Palliativmedizin	85	48	37	102	59	43
Phlebologie	7	3	4	10	6	4
Physikalische Therapie	0	0	0	2	1	1
Physikalische Therapie und Balneologie	10	9	1	9	7	2
Plastische Operationen	3	2	1	10	8	2
Proktologie	13	12	1	14	13	1
Psychoanalyse	0	0	0	3	3	0
Psychotherapie	34	9	25	30	8	22
Psychotherapie – fachgebunden -	1	0	1	2	0	2
Rehabilitationswesen	0	0	0	5	2	3
Röntgendiagnostik – fachgebunden	3	3	0	17	17	0
Schlafmedizin	6	3	3	7	5	2

	2012	m	w	2011	m	w
Sozialmedizin	18	12	6	15	4	11
Spezielle Orthopädische Chirurgie	11	11	0	11	11	0
Spezielle Schmerztherapie	18	8	10	18	14	4
Spezielle Unfallchirurgie	17	14	3	17	15	2
Spezielle Viszeralchirurgie	3	3	0	0	0	0
Sportmedizin	16	10	6	11	6	5
Suchtmedizinische Grundversorgung	23	11	12	20	9	11
Summe	6718	69	37	6779	59	33

Erteilte Fachkunden						
	2012			2011		
	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w
Rettungsdienst	269	147	122	303	180	123
Summe	269			303		

Weiterbildungsverbünde in Westfalen-Lippe

Gegründete Weiterbildungsverbünde

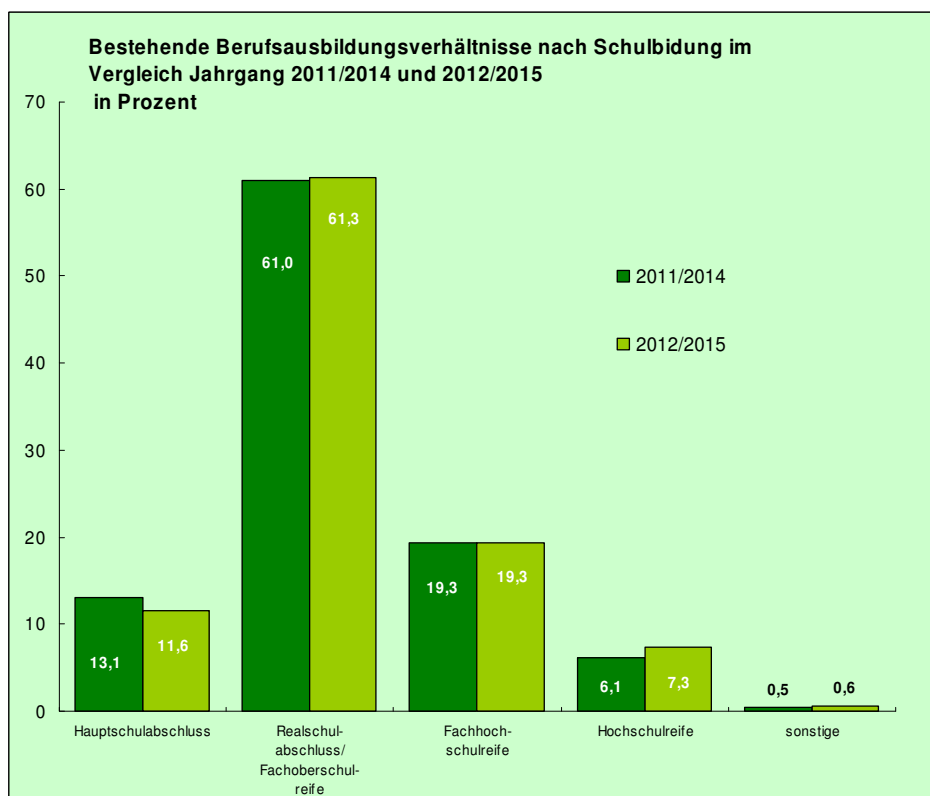
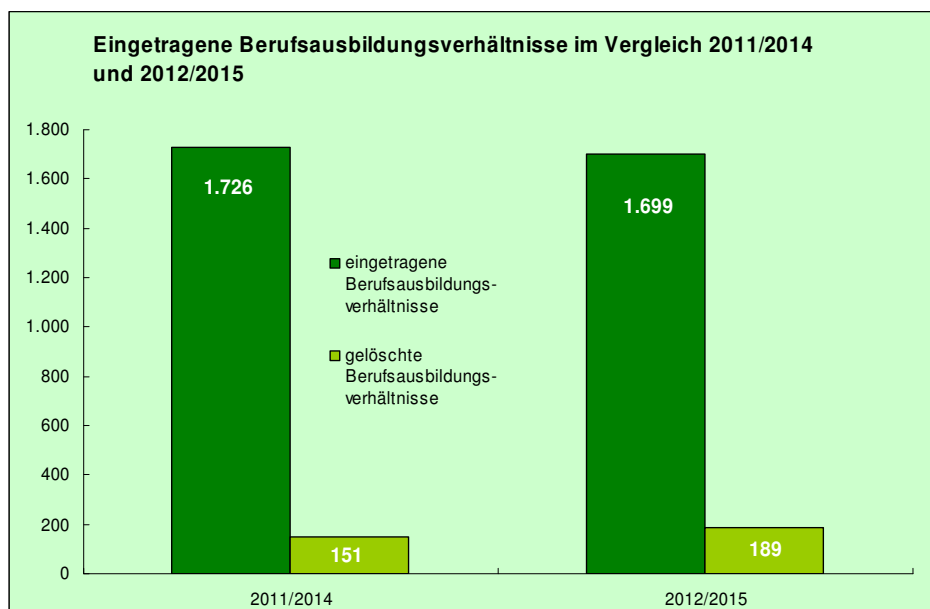
Nr.	Weiterbildaungsverbünde Allgemeinmedizin	KHS	Praxis			Beginn	Bemerkungen
			EP	GP	MVZ		
1.	Ärzte und Ärztinnen in den Kreis Borken	7	11	9		01.11.2010	
2.	Bad Driburg	7	3	1		20.06.2012	
3.	Bad Oeynhausen	2				17.05.2011	hier: Basisweiterbildung
4.	Bad Salzuflen	2	1			01.06.2011	
5.	Bergkamen/Kamen	1	3			09.11.2010	
6.	Bergkamen/Unna	2	1			25.08.2010	
7.	Bielefeld	2	8	15		23.11.2011	
8.	Bochum/Hattingen	2	22	6		01.08.2011	
9.	Bochum	3	25	8		24.03.2010	weiterer Verbundpartner: Ruhr-Universität Bochum
10.	Borkum	2	1			17.05.2011	kammerübergreifend (hier: Niedersachsen)
11.	Detmold (Kreis Lippe)	1	2	2		17.05.2011	
12.	Dortmund/Ruhr-Universität Bochum	3	2	1		01.08.2011	
13.	Gelsenkirchen Nord	2	22	19		10.03.2011	
14.	Gelsenkirchen Süd	1	22	19		01.09.2012	
15.	Herne	3	13			09.02.2011	
16.	Hochsauerlandkreis e. V.	13	13	2	2	24.03.2009	
17.	Kamen	1	8	2		01.01.2008	
18.	Kreis Gütersloh	4	10	5		28.10.2010	
19.	Höxter	4	11	3		28.03.2011	
20.	Märkischer Kreis	9	19	1		11.05.2011	
21.	Märkischer Kreis Nord	2	1			01.06.2010	
22.	Marsberg	2	4			24.04.2012	
23.	Münster	6	6	8		07.10.2010	

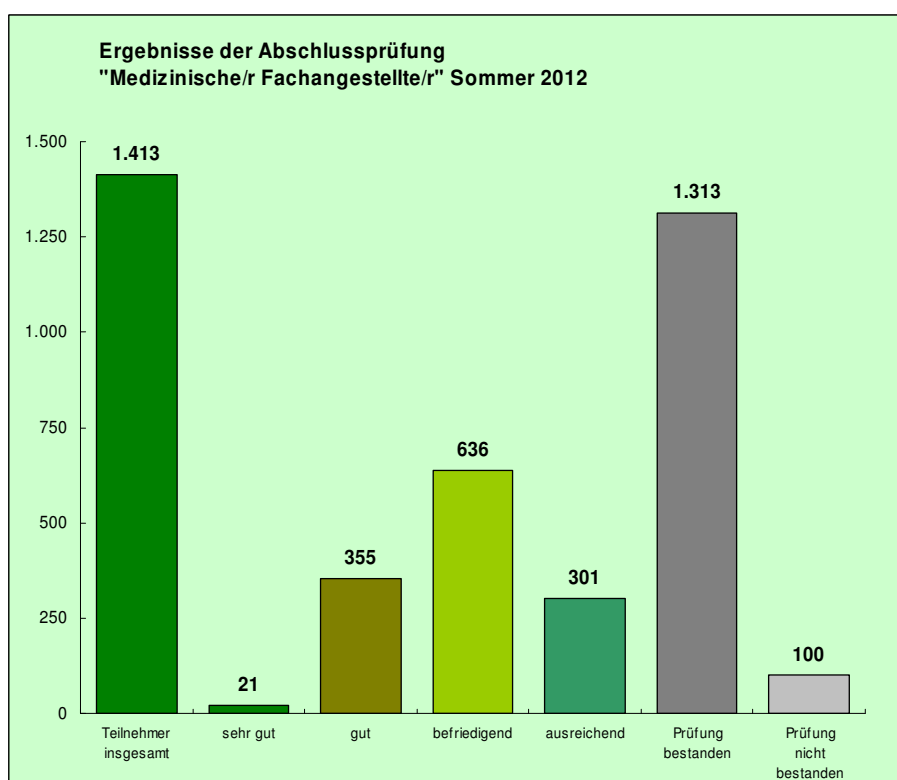
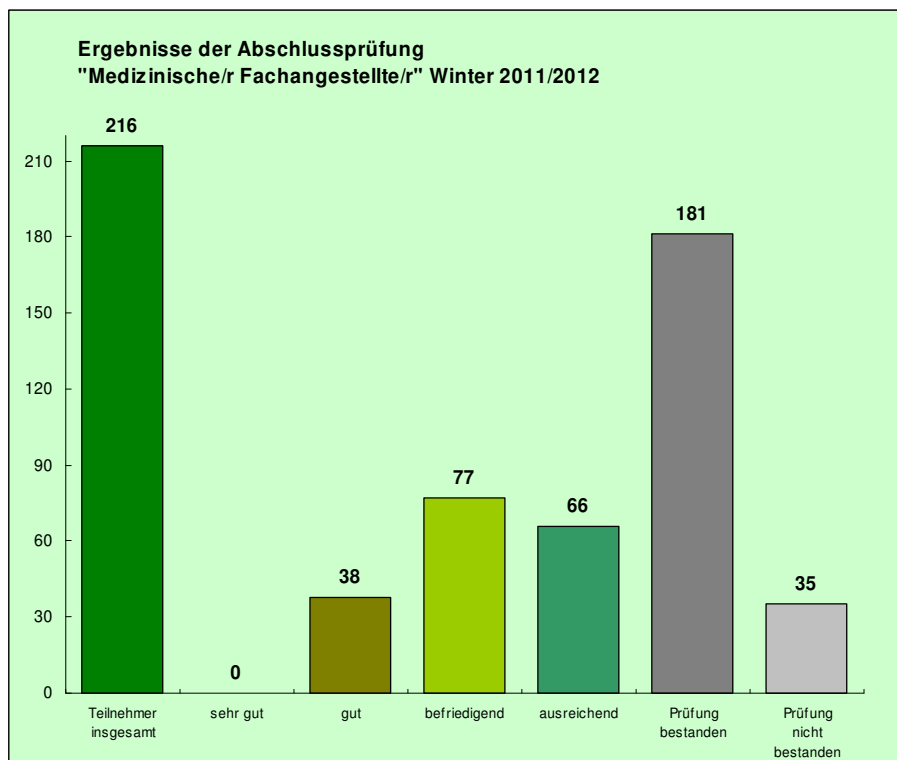
Nr.	Weiterbundsverbünde Allgemeinmedizin	KHS	Praxis			Beginn	Bemerkungen
			EP	GP	MVZ		
24.	Hausärztliches Zentrum Münster	1		1		01.11.2010	
25.	Münsterland	1		3		30.05.2009	
26.	Prof. Gesenhues und Partner Ochtrup	3	1			10.06.2011	
27.	Paderborn/Salzhausen	1		1		09.04.2010	
28.	Schwerte	1	3	1		15.09.2011	
29.	Siegerland	3	13	15	2	01.06.2010	
30.	Soest	5	4	6		09.07.2010	
31.	Tecklenburger Land	1	1	1		28.07.2010	
32.	Preussisch Oldendorf/Bünde	1		1		10.07.2012	
33.	Recklinghausen	1	3			05.08.2010	
34.	Rheine	2	1			10.06.2011	
35.	Rheine/Ochtrup	2	1			17.10.2012	
36.	Warburg	1	3	1		22.08.2012	
37.	Warstein/Rüthen	1		1		22.10.2010	
38.	Winterberg/Brilon	2	2			01.07.2011	
	Summe	107	240	132	4		

In Gründung befindliche Weiterbundsverbünde

Weiterbundsverbünde Allgemeinmedizin	
Attendorn	Schmalenberg/Fredeburg
Bad Laasphe	Schwelm
Beckum/Ahlen/Oelde	Senden
Castrop-Rauxel	Südwestfalen
Emsdetten	Kreis Steinfurt
Hagen	Warendorf
Hamm	Witten
Lüdinghausen	
Lünen	

Statistik – Ausbildung Medizinische/r Fachangestellte/r



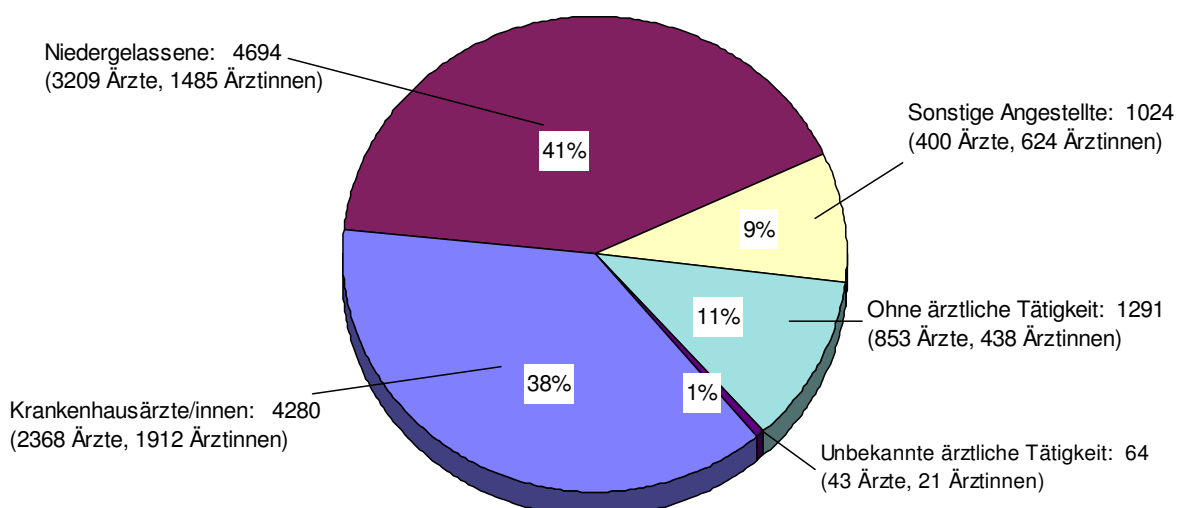


Statistik – Fortbildung

Mitgliederzahlen der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL

Die Mitgliederzahl der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL hat sich im Berichtszeitraum um 0,94 % leicht nach oben entwickelt. Im Vergleich zu 2011 ist ausschließlich der weibliche Anteil an Akademiemitgliedern gestiegen. 11.353 Ärztinnen und Ärzte waren mit Stand vom 31.12.2012 Mitglied in der Akademie für ärztliche Fortbildung. Ausgehend von den am 31.12.2012 berufstätigen Kammerangehörigen (31.979 Ärzte/innen) gehören 35,50 % der Ärztinnen und Ärzte in Westfalen-Lippe der gemeinsamen Fortbildungseinrichtung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe als Mitglied an. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Anzahl der Akademiemitglieder sich nicht proportional zu der Zahl der berufstätigen Kammermitglieder entwickelt. Mit Blick auf 2011 ist das Verhältnis der Anzahl berufstätiger Kammermitglieder zu Mitgliedern der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL um 0,41 % rückläufig. Ausführliche Hinweise über die Mitgliederentwicklung in den Jahren 2011/2012 der Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL sind den jeweiligen Diagrammen und Graphiken zu entnehmen.

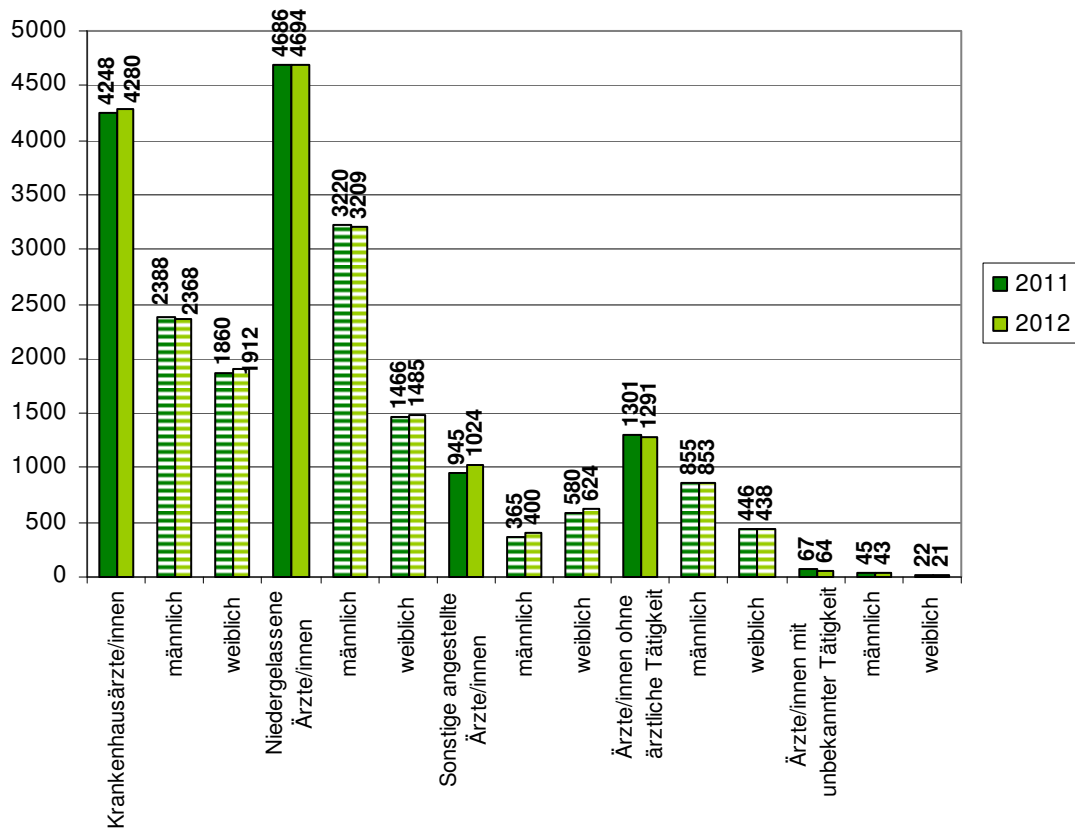
Gesamtzahl aller Akademiemitglieder 11.353 Ärzte/innen (6.873 Ärzte, 4.480 Ärztinnen)



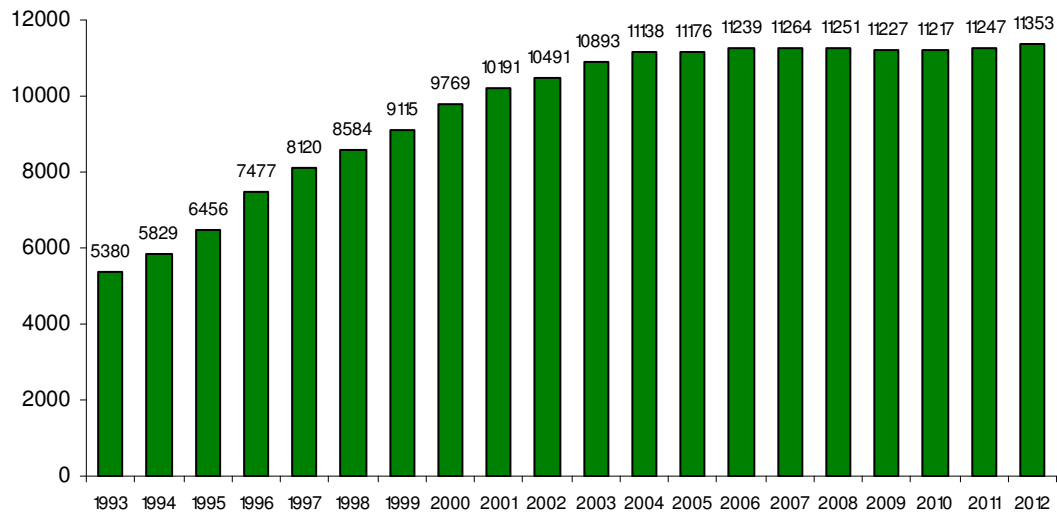
Akademienmitglieder nach Tätigkeiten und Geschlecht

Tätigkeit	Anzahl	weiblich	männlich
Niedergelassener Arzt	4694	1485	3209
Angestellter Arzt	512	338	174
Komm. Leitender Arzt / Chefarzt	4	1	3
Leitender Arzt / Chefarzt	504	34	470
Ärztlicher Direktor	73	7	66
Oberarzt	865	269	596
Assistenzarzt (Wiss. Mitarbeiter)	2789	1584	1205
Medizin-Controller	4	2	2
Gastarzt	10	3	7
Sonstige Tätigkeit im Krankenhaus	35	14	21
Beamter	29	13	16
Angestellter	168	112	56
Sanitätsoffizier	13	5	8
Sonstige Tätigkeit in Behörden	2	0	2
Praxisvertreter	34	22	12
Gutachter	29	10	19
Medizinjournalist	1	1	0
Notararzt	1	0	1
Angestellter - Pharmazie	5	3	2
Angestellter - Arbeitsmedizin	109	57	52
Honorararzt	46	24	22
Sonstige ärztliche Tätigkeit	71	37	34
Ruhestand	975	187	788
Haushalt	50	50	0
Berufsfremd	8	2	6
Arbeitslos	114	80	34
Elternzeit	99	98	1
Berufsunfähig	21	11	10
Passive Altersteilzeit	7	2	5
Sonstiger Grund	17	8	9
Tätigkeit unbekannt	64	21	43
Summe	11353	4480	6873

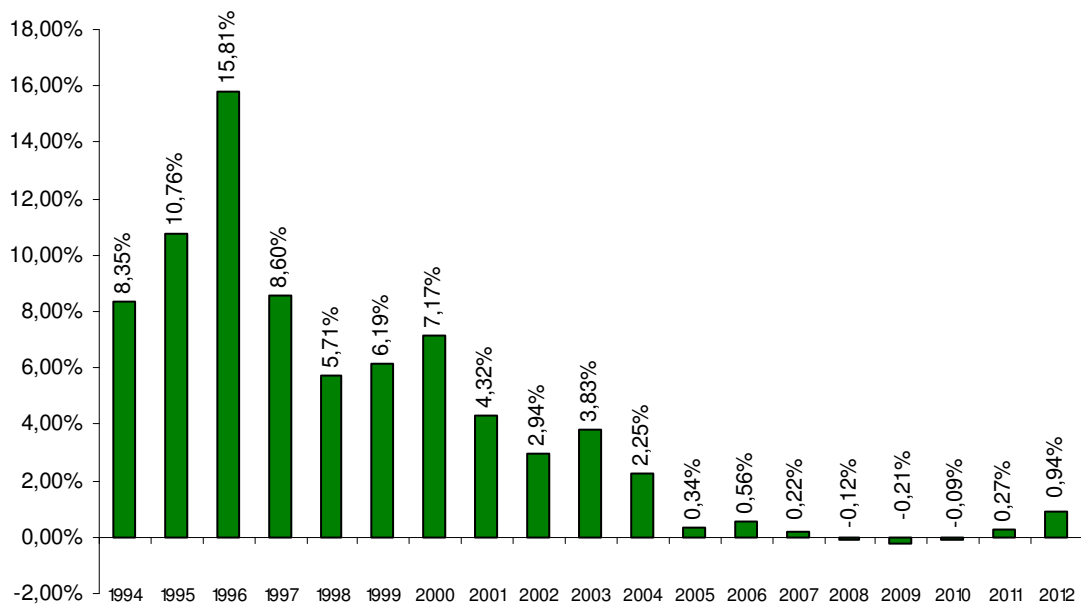
Akademikemitglieder nach Tätigkeiten und Geschlecht



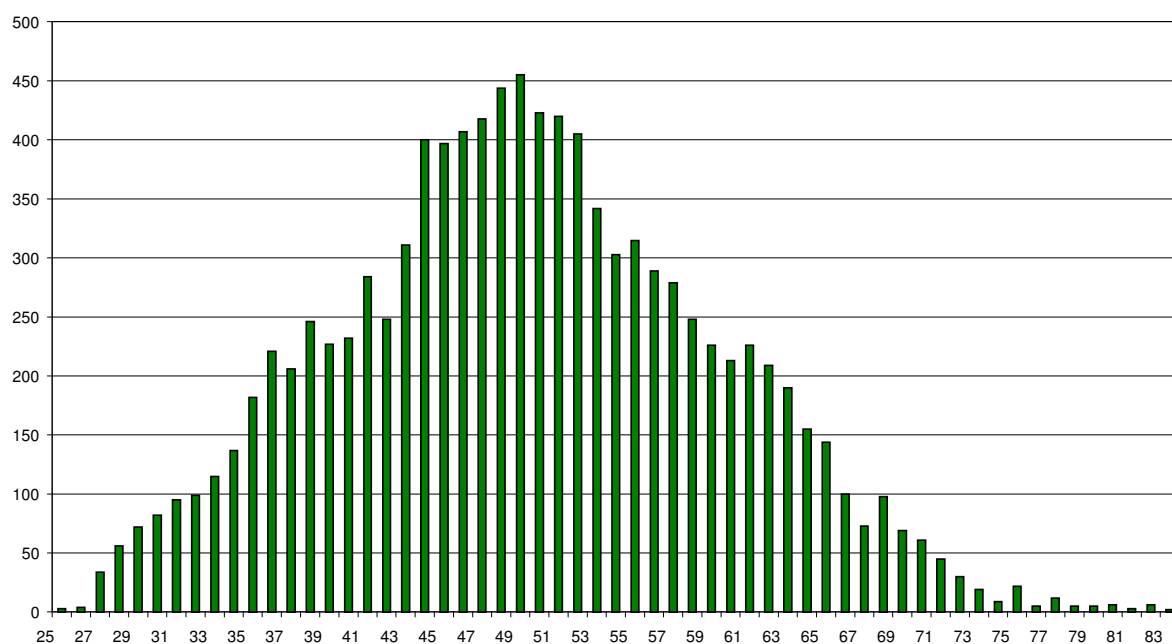
**Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL
Entwicklung der Mitgliederzahlen im Zeitraum 1993 - 2012**



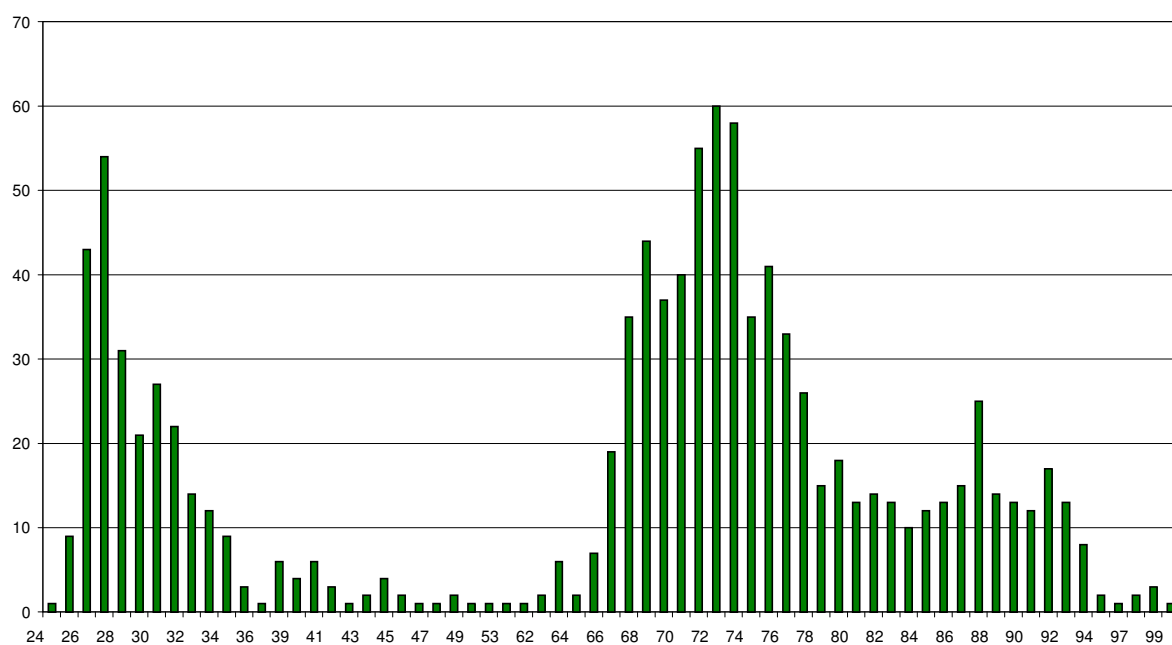
**Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL
Entwicklung der Mitgliederzahlen in % im Zeitraum 1994 - 2012**



Zahlende Akademiemitglieder nach Alter



Beitragsfreie Akademiemitglieder nach Alter



Statistik - Entwicklung der Arztzahlen

1. Anzahl der Kammerangehörigen

Der konstante Anstieg der westfälisch-lippischen Arztzahlen setzte sich im Berichtszeitraum fort; die Jahresstatistik der ÄKWL weist zum 31.12.2012 eine Gesamtzahl von 40.348 Kammerangehörigen aus, ein Netto-Zuwachs von 820 Ärzten/Ärztinnen (+ 2,1 %). Von den insgesamt 40.348 Kammerangehörigen waren 31.979 berufstätig und 8.369 ohne ärztliche Tätigkeit. Die regionale Verteilung auf die 12 Verwaltungsbezirke ist in Abb. 1 dargestellt.

Insgesamt wurden 2.537 Neuzugänge verzeichnet, davon 1.179 Erstmeldungen (EU = 329 und übriges Ausland = 256). 1.224 Ärzte/Ärztinnen zogen aus anderen Kammerbereichen zu, 66 (davon EU = 28) meldeten sich aus dem Ausland. Von Westfalen-Lippe wechselten 1.269 Ärzte/Ärztinnen in andere Kammerbereiche und 160 ins Ausland (davon EU = 54).

Die Zahl der Krankenhausärzte/-ärztinnen stieg 2012 um 483 (212 m/271 w) (+ 2,9 %) auf 17.147 (= 42,5 %). Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen ist um 67 (- 104 m/+ 37 w) (- 0,6 %) auf 11.252 (= 27,9 %) gesunken, davon sind 423 Ärzte/Ärztinnen eigenverantwortlich in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) ärztlich tätig. Die Zahl der Kammerangehörigen, die eine sonstige ärztliche Tätigkeit, beispielsweise beim öffentlichen Gesundheitsdienst, der pharmazeutischen Industrie, als Angestellte in einer Praxis und Praxisvertreter ausüben, stieg um 247 (+ 7,4 %) auf 3.580 (= 8,9 %).

Einen Anstieg von 157 (+ 1,9 %) auf 8.369 (= 20,7 %) gab es bei den nicht (mehr) ärztlich tätigen Kammerangehörigen. Die Zahl der arbeitslos gemeldeten Ärzte/Ärztinnen stieg um 51 (+ 5,8 %) und zwar von 882 (Vorjahr) auf 933 (= 2,3 %).

Der Anteil ausländischer Kammerangehöriger in Westfalen-Lippe ist um 638 (+ 16,2 %) auf 4570 (= 11,3 %) gestiegen. Die Anzahl der Ärzte/Ärztinnen aus den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union erhöhte sich um 339 (+ 19,0 %) auf 2.125 (= 5,3 %). Die Zahl der eingebürgerten Kammerangehörigen stieg um 36 (+ 1,1 %) auf 3.395 (= 8,4 %).

Kammergebiet Westfalen-Lippe unterteilt nach Verwaltungsbezirken



Abb.1

Anzahl der Kammerangehörigen

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
VB (01) Lüdenscheid	1.612	2.525	2.888	3.022	3.258	3.374	3.429	3.449
VB (02) Arnberg	1.105	1.722	2.048	2.204	2.315	2.368	2.438	2.468
VB (03) Hagen	1.182	1.762	2.105	2.362	2.445	2.614	2.635	2.690
VB (04) Bochum	1.464	2.241	2.617	2.853	3.052	3.255	3.326	3.408
VB (05) Dortmund	2.576	3.734	4.376	4.805	5.179	5.469	5.557	5.630
VB (06) Gelsenkirchen	821	1.250	1.422	1.460	1.604	1.722	1.747	1.780

VB (07) Recklinghausen	1.154	1.815	2.127	2.372	2.546	2.685	2.796	2.869
VB (08) Münster	3.520	4.966	5.971	6.781	7.329	8.140	8.307	8.523
VB (09) Bielefeld	1.352	2.101	2.472	2.767	2.906	3.126	3.203	3.318
VB (10) Paderborn	799	1.304	1.508	1.665	1.748	1.864	1.940	1.995
VB (11) Detmold	663	1.177	1.272	1.291	1.361	1.418	1.432	1.440
VB (12) Minden	1.093	1.838	2.188	2.298	2.497	2.643	2.718	2.778
Gesamt	17.341	26.435	30.994	33.880	36.240	38.678	39.528	40.348

2. Haupttätigkeitsbereiche

Ausgehend von der Gesamtzahl der Kammerangehörigen (40.348) gliedern sich die Haupttätigkeitsbereiche wie folgt (Abb. 2):

- Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen *) 11.252 (7.725 m/3.527 w) = 27,9 %
- Krankenhausärzte/-ärztinnen 17.147 (9.734 m/7.413 w) = 42,5 %
- Sonstige ärztliche Tätigkeit 3.580 (1.581 m/1.999 w) = 8,9 %
- Ohne ärztliche Tätigkeit **) 8.369 (4.929 m/3.440 w) = 20,7 %

*) davon: 423 (284 m/139 w) Ärzte/Ärztinnen eigenverantwortlich in einem MVZ ärztlich tätig.

		Gesamt	Ärzte	Ärztinnen
**)	davon			
	Ruhestand	5.747	4.195	1.552
	Haushalt	606	8	598
	Berufsfremd	181	122	59
	Arbeitslos	933	361	572
	Elternzeit	453	8	445
	Berufsunfähig	185	96	89
	Altersteilzeit	74	53	21
	Sonstiger Grund	190	86	104

Haupttätigkeitsbereiche Ärzte/Ärztinnen

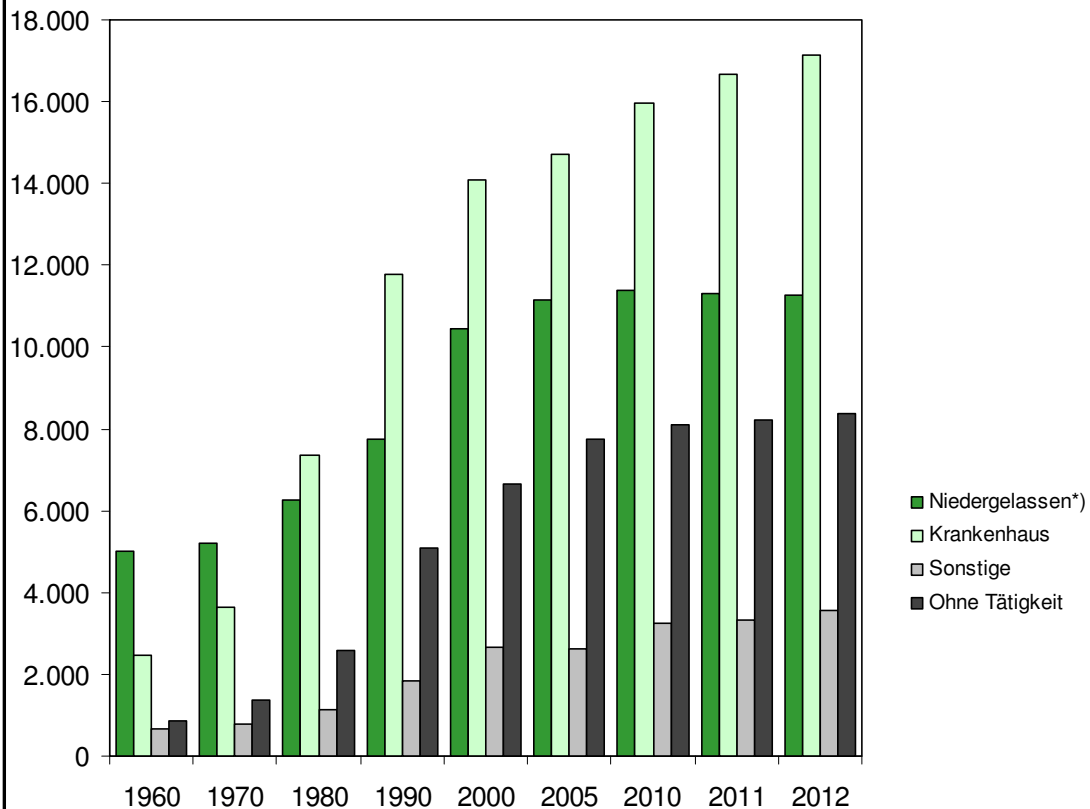


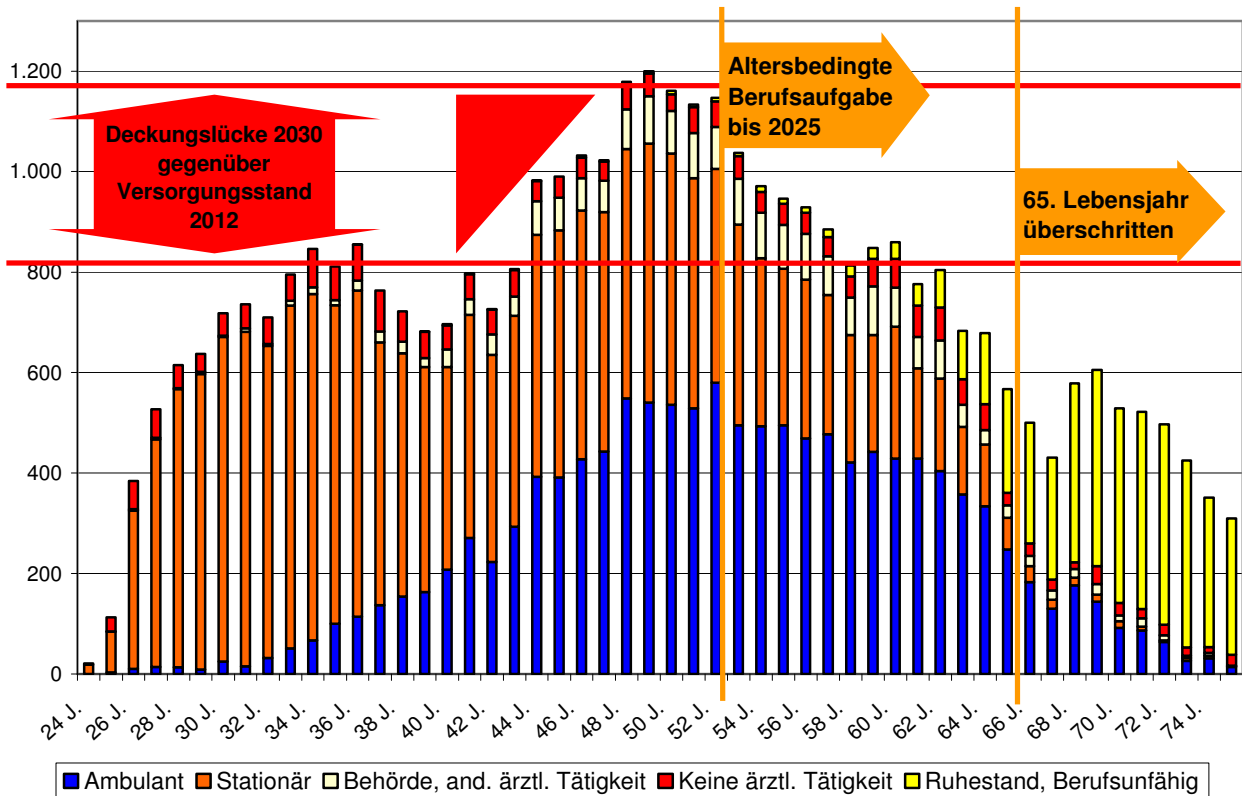
Abb.2

Stand 31.12.2012

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2011	2012
Niedergelassen*)	4.990	5.194	6.254	7.738	10.452	11.141	11.376	11.319	11.252
Krankenhaus	2.460	3.630	7.361	11.759	14.094	14.719	15.975	16.664	17.147
Sonstige	679	779	1.130	1.847	2.665	2.638	3.231	3.333	3.580
Ohne Tätigkeit	844	1.354	2.596	5.091	6.669	7.742	8.096	8.212	8.369
Gesamt	8.973	10.957	17.341	26.435	33.880	36.240	38.678	39.528	40.348

*) Ab 2006 einschließlich eigenverantwortlich tätig in einem MVZ

Ärztinnen und Ärzte in Westfalen-Lippe nach Alter und Haupttätigkeit (Entwicklungsphasen)



Quelle: Melderegister der ÄKWL, Stand Januar 2013

3. Ausländische/EU-Ärzte/Ärztinnen

2012 betrug die Anzahl der ausländischen Ärzte/Ärztinnen 4.570 (2.836 m/1.734 w) (+ 638) (+ 16,2 %), davon EU-Angehörige 2.125 (+ 339) (+ 19,0 %) und Angehörige sonstiger Staaten 2.445 (+ 299) (+ 13,9 %) (Abb. 3).

Gegliedert nach den Haupttätigkeitsbereichen verteilen sie sich wie folgt:

• 3.373	Krankenhausärzte/-ärztinnen	davon EU:	1.629
• 487	Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen		211
• 202	Sonstige ärztliche Tätigkeit		107
• 508	Ohne ärztliche Tätigkeit		178

Die Zahl der eingebürgerten Kammerangehörigen betrug 2012 = 3.395 (1.964 m/1.431 w) (+ 36) (+ 1,1 %).

Eingebürgerte; EU-Angehörige; Sonstige Staaten

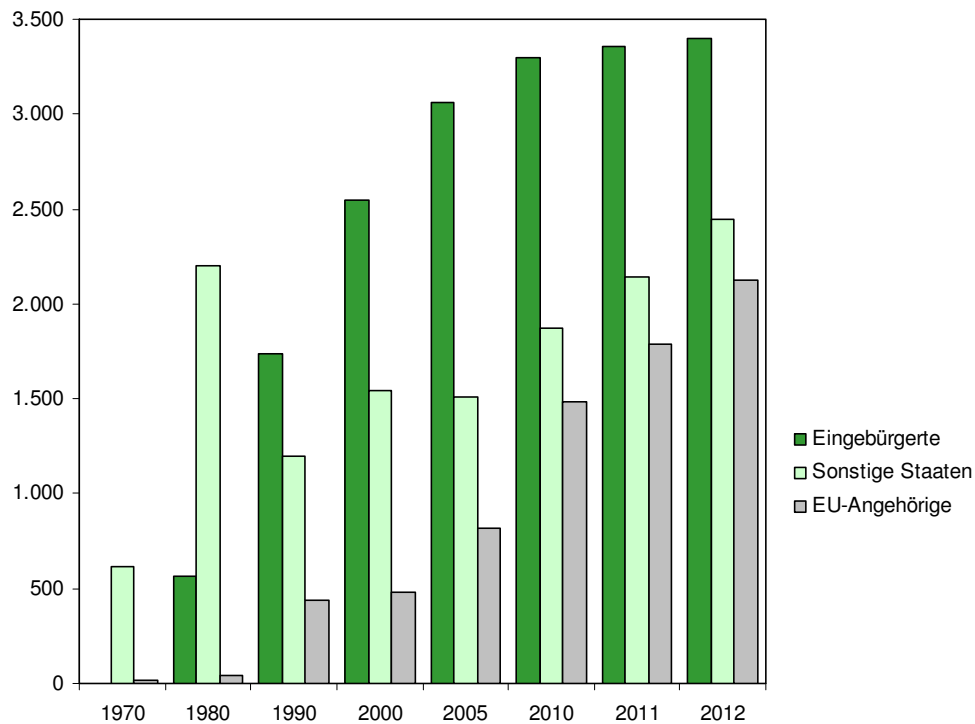


Abb.3

Stand 31.12.2012

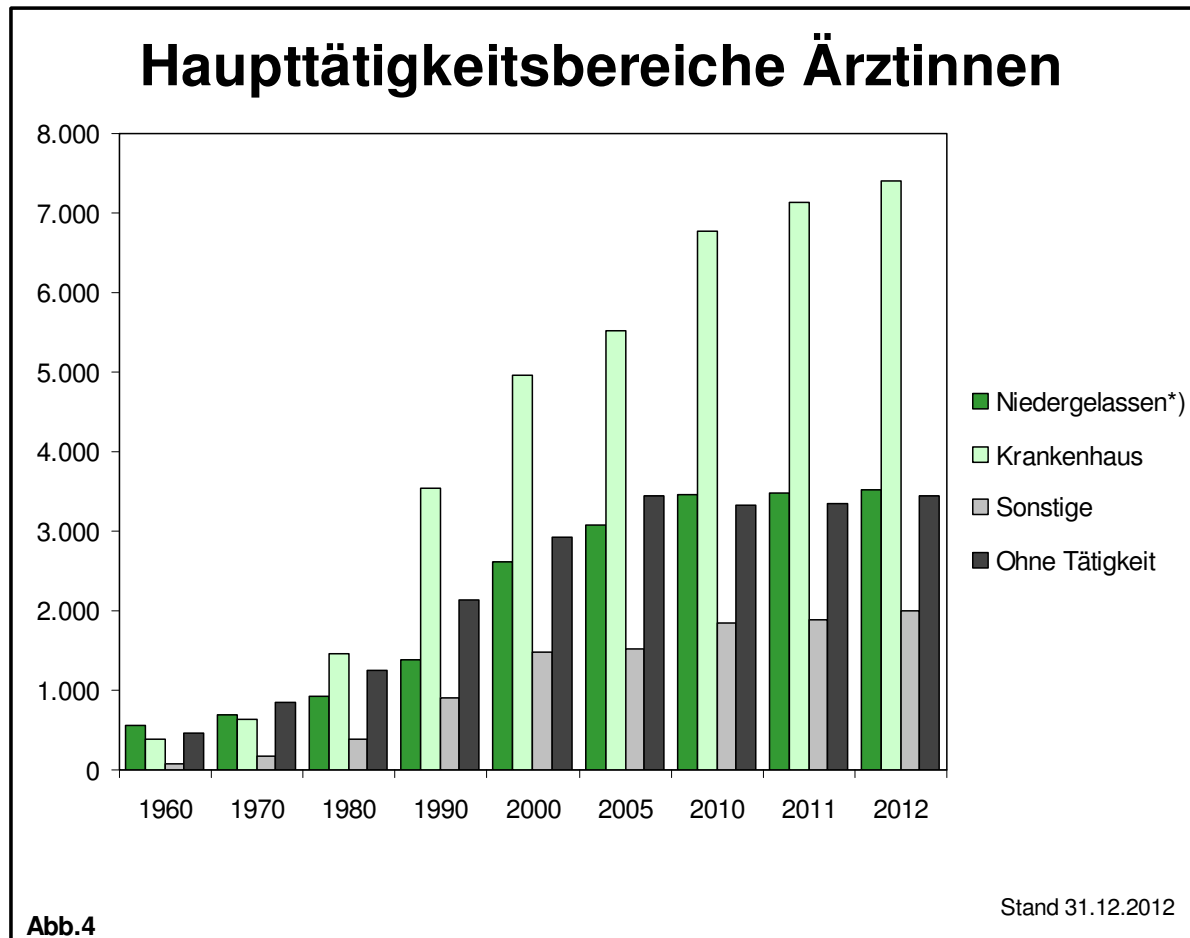
	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2011	2012
Eingebürgerte	0	568	1.736	2.546	3.060	3.298	3.359	3.395
EU-Angehörige	17	44	441	483	816	1.483	1.786	2.125
Sonstige Staaten	616	2.201	1.196	1.540	1.511	1.871	2.146	2.445
Gesamt	633	2.813	3.373	4.569	5.387	6.652	7.291	7.965

4. Ärztinnen

Von den 40.348 Kammerangehörigen waren 16.379 Ärztinnen (+ 506) (= 40,6 %) gemeldet (Abb. 4).

- Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen betrug 3.527 *) (+ 37) (= 31,3 % der Gesamtzahl der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen);
- im Krankenhaus waren 7.413 Ärztinnen beschäftigt (+ 271) (= 43,2 % der Gesamtzahl der Krankenhausärzte/-ärztinnen);
- die Zahl der Ärztinnen mit sonstiger ärztlicher Tätigkeit ist auf 1.999 angestiegen (+ 111) (= 55,8 % der Gesamtzahl der Ärzte/Ärztinnen mit sonstiger ärztlicher Tätigkeit);
- die Zahl der Ärztinnen ohne ärztliche Tätigkeit betrug 3.440 (+ 87) (= 41,1 % der Gesamtzahl der Ärzte/Ärztinnen ohne ärztliche Tätigkeit).

*) davon: 139 Ärztinnen (+ 17) eigenverantwortlich in einem MVZ ärztlich tätig.



	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2011	2012
Niedergelassen*)	562	697	917	1.386	2.611	3.084	3.454	3.490	3.527
Krankenhaus	376	643	1.465	3.542	4.959	5.522	6.773	7.142	7.413
Sonstige	68	182	389	908	1.477	1.523	1.841	1.888	1.999
Ohne Tätigkeit	470	841	1.259	2.132	2.929	3.434	3.326	3.353	3.440
Gesamt	1.476	2.363	4.030	7.968	11.976	13.563	15.394	15.873	16.379

*) Ab 2006 einschließlich eigenverantwortlich tätig in einem MVZ

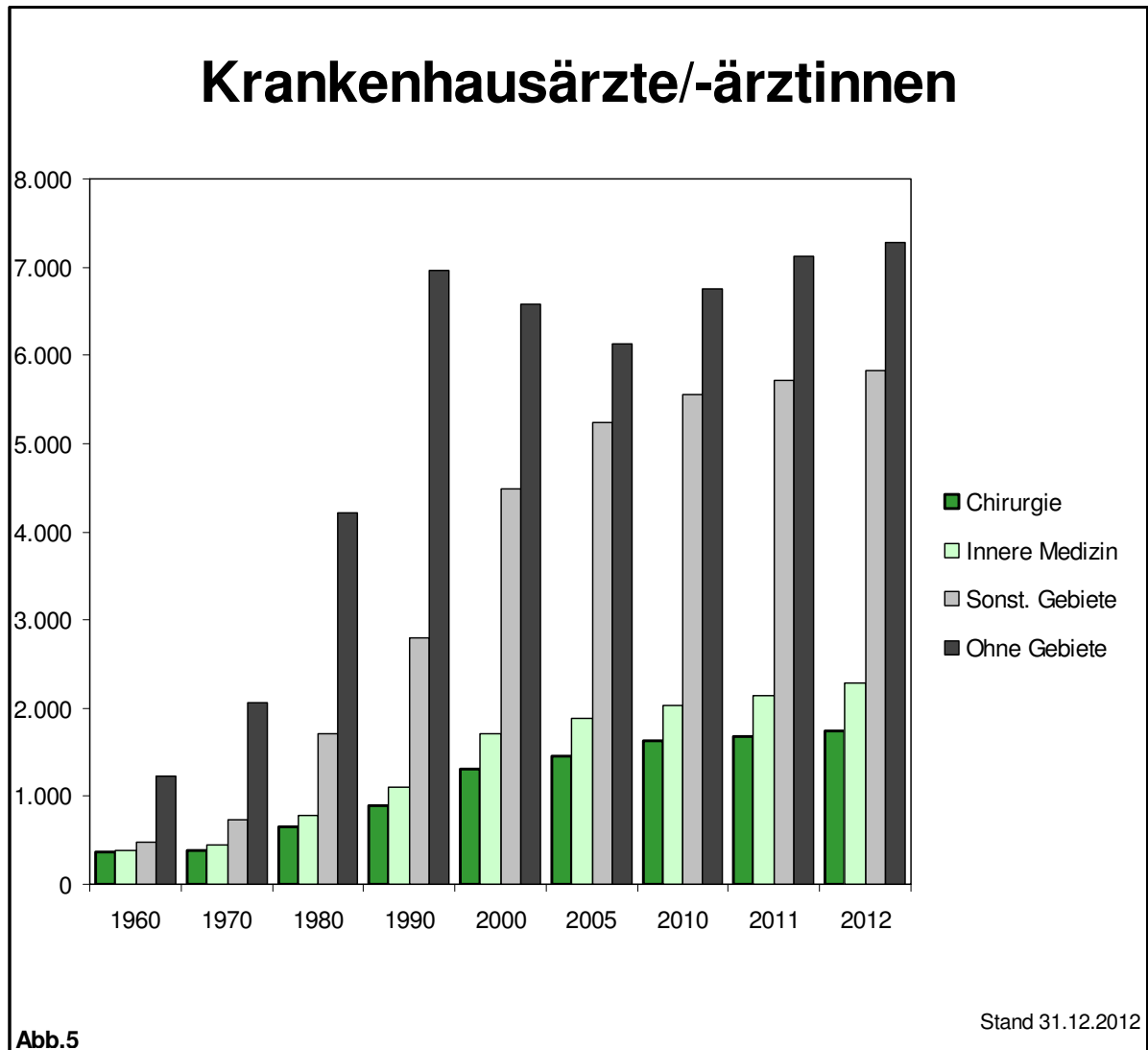
5. Krankenhausärzte/-ärztinnen

Die Gesamtzahl der Krankenhausärzte/-ärztinnen stieg um 483 auf 17.147 (Abb. 5) (= 42,5 %) (9.734 m/7.413 w). 9.860 (= 57,5 %) (Vorjahr 9.536) aller Krankenhausärzte/-ärztinnen sind Fachärzte/-ärztinnen (6.347 m/3.513 w).

Aufgliederung der Fachrichtungen nach Geschlecht:

	männlich	weiblich
Ohne Gebiete	3.387	3.900
Chirurgie	1.408	335
Innere Medizin	1.499	787
Sonstige Gebiete	3.440	2.391
davon:		
Anästhesiologie	972	638
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	234	324
Kinder- und Jugendmedizin	239	263
Orthopädie	186	25
Psychiatrie und Psychotherapie	322	262
Urologie	222	41

Die Zahl der Leitenden Krankenhausärzte/-ärztinnen erhöhte sich um 12 auf 1.486 (1.373 m/113 w).



	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2011	2012
Chirurgie	364	391	649	902	1.306	1.447	1.635	1.677	1.743
Innere Medizin	378	445	786	1.107	1.715	1.890	2.031	2.147	2.286
Sonst. Gebiete	483	737	1.704	2.792	4.495	5.243	5.551	5.712	5.831
Ohne Gebiete	1.235	2.057	4.222	6.958	6.578	6.139	6.758	7.128	7.287
Gesamt	2.460	3.630	7.361	11.759	14.094	14.719	15.975	16.664	17.147
Ausländeran- teil	7	633	1.930	956	915	1.320	2.275	2.802	3.373

6. Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Die Gesamtzahl der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen (incl. MVZ) (Abb. 6) reduzierte sich 2012 um 67 Ärzte/Ärztinnen auf 11.252 (= 27,9 %) (Vorjahr 11.319).

Aufgliederung der vertrags- und privatärztlich tätigen Ärzte/Ärztinnen wie folgt:

niedergelassene Ärzte

Gebiet	Vertragsärzte			davon MVZ			Privatärzte		
	m	w	Gesamt	m	w	Gesamt	m	w	Gesamt
0100 Ohne Gebiete	37	52	89	0	0	0	28	58	86
0200 Prakt. Ärzte/-innen	228	110	338	0	0	0	16	16	32
0300 Allgemeinmediziner	2.025	970	2.995	12	19	31	57	55	112
2000 Internisten	1.501	395	1.896	80	31	111	72	23	95
Sonstige Gebiete	3.553	1.719	5.272	192	89	281	208	129	337
Summe	7.344	3.246	10.590	284	139	423	381	281	662

407 niedergelassene Ärzte/Ärztinnen (358 m/49 w) waren gleichzeitig belegärztlich im Krankenhaus tätig.

Im Berichtszeitraum waren außerdem 1.532 Praxisassistenten/-assistentinnen und angestellte Ärzte/Ärztinnen (582 m/950 w) in Praxen von Vertragsärzten tätig (davon 164 (90 m/74 w) im MVZ).

Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

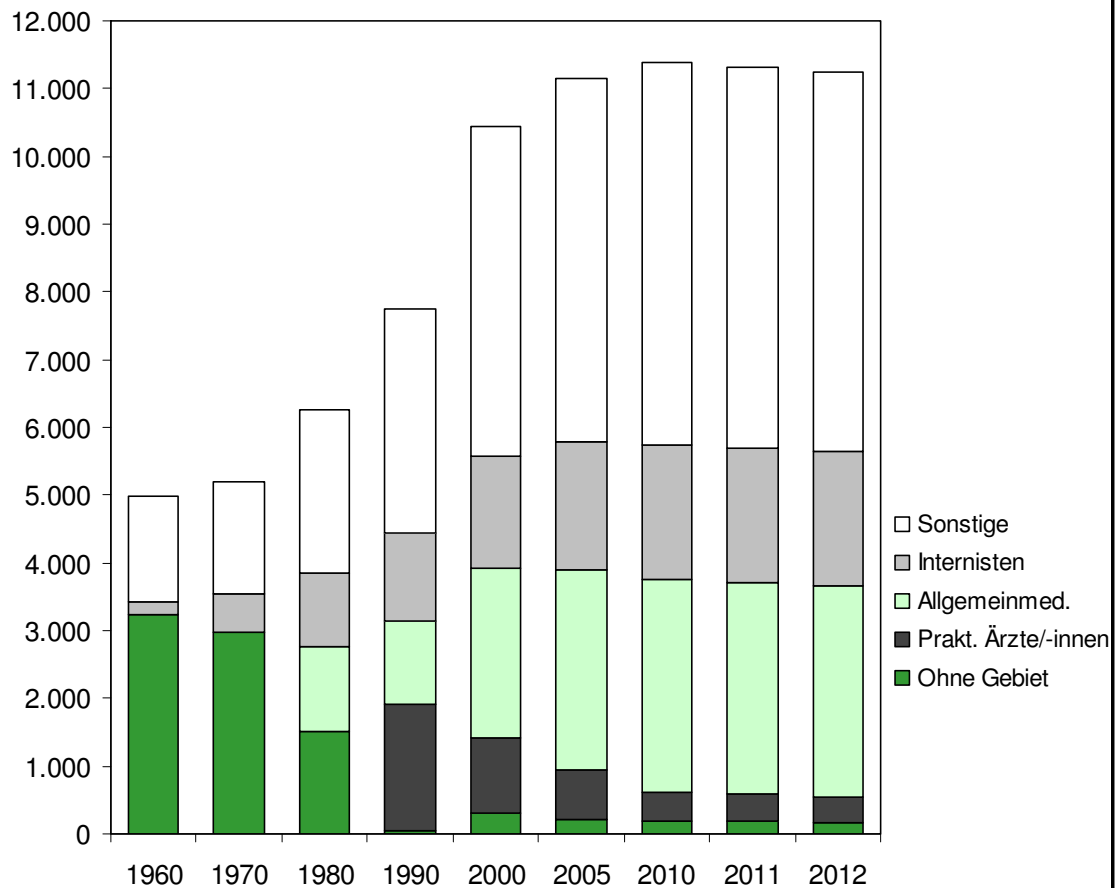


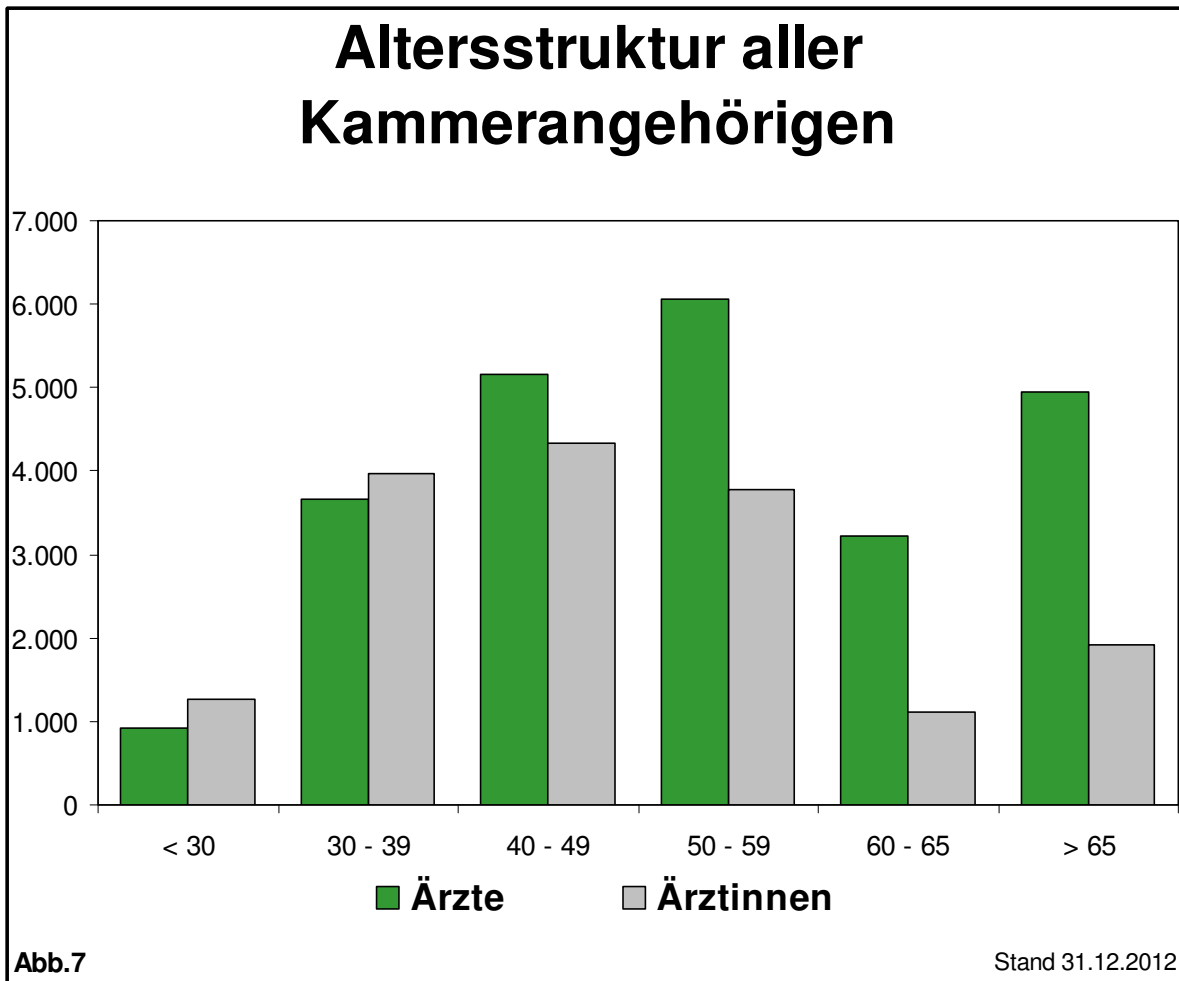
Abb.6

Stand 31.12.2012

	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2011	2012
Ohne Gebiet	3.240	2.968	1.502	43	302	213	194	187	175
Prakt. Ärzte/-innen	0	0	0	1.867	1.116	738	427	393	370
Allgemeinmed.	0	0	1.250	1.226	2.492	2.940	3.146	3.118	3.107
Internisten	186	585	1.110	1.295	1.661	1.907	1.983	1.993	1.991
Sonstige	1.564	1.641	2.392	3.307	4.881	5.343	5.626	5.628	5.609
Gesamt	4.990	5.194	6.254	7.738	10.452	11.141	11.376	11.319	11.252

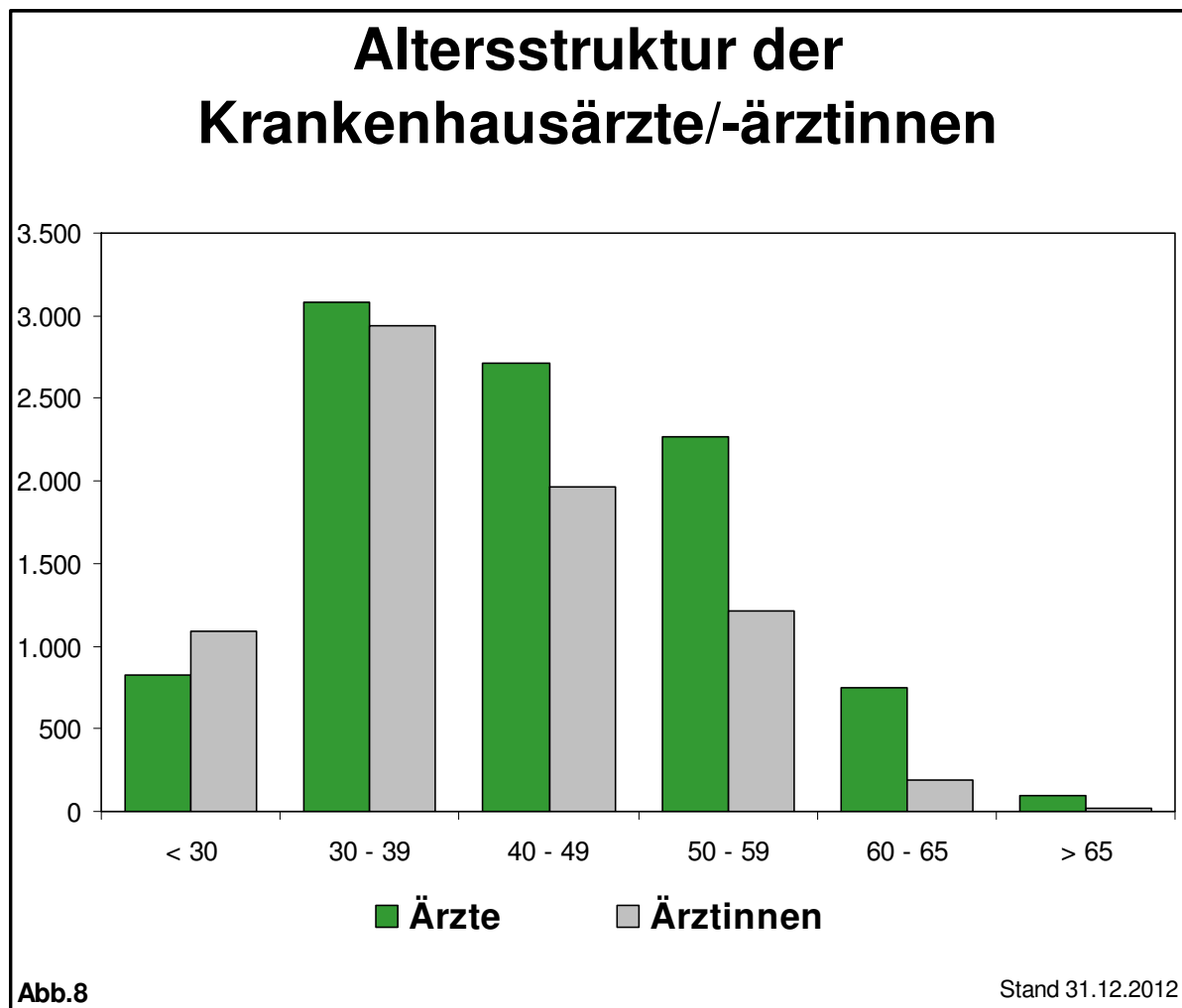
Ab 2006 einschließlich eigenverantwortlich tätig in einem MVZ

7. Altersstruktur aller Kammerangehörigen



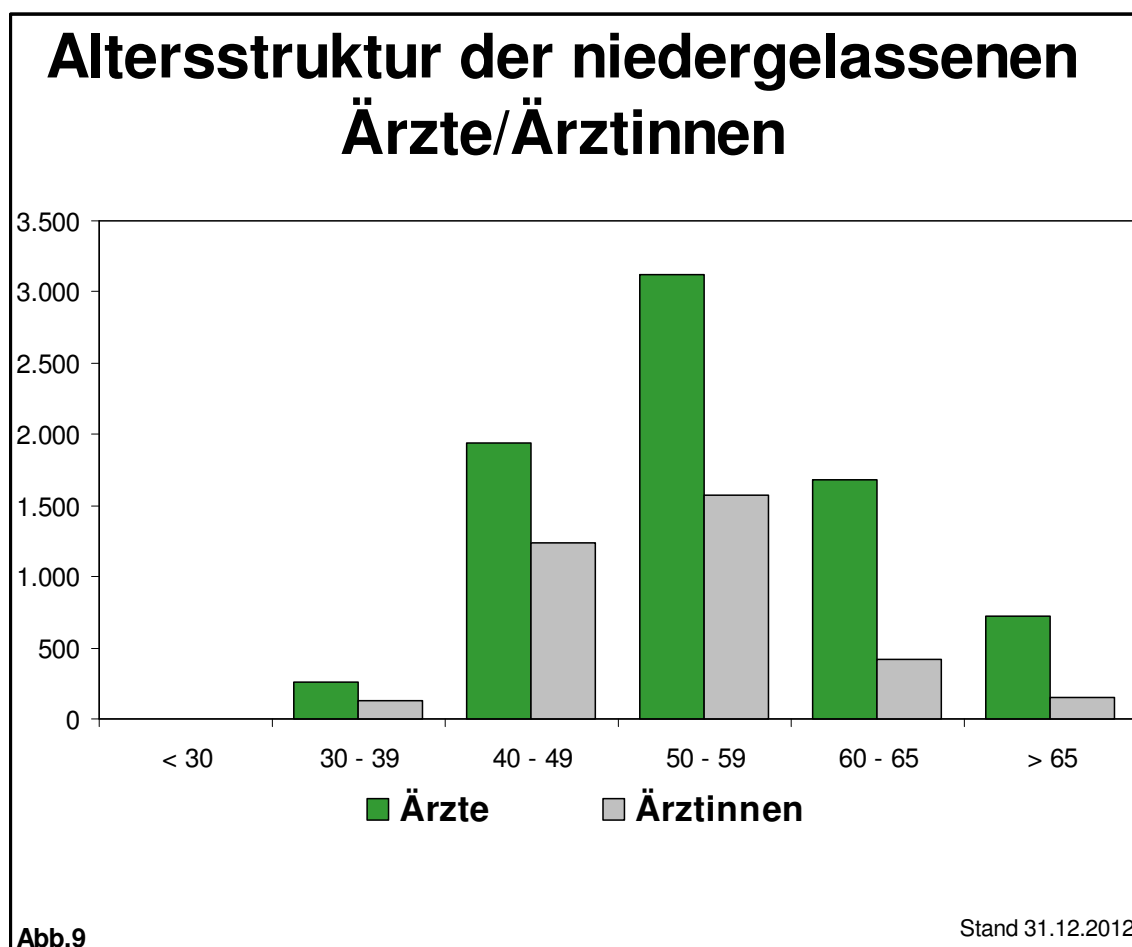
	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Männer ges.	13.311	18.467	20.675	21.904	22.677	23.284	23.655	23.969
< 30	0	1.100	822	601	680	654	822	918
30 - 39	5.263	5.802	6.134	5.623	4.098	3.514	3.552	3.660
40 - 49	2.762	5.169	5.735	6.090	6.441	5.754	5.467	5.157
50 - 59	1.921	2.724	4.220	4.986	5.497	5.952	6.032	6.065
60 - 65	1.487	881	1.023	1.888	2.651	2.828	3.023	3.224
> 65	1.878	2.791	2.741	2.716	3.310	4.582	4.759	4.945
Frauen ges.	4.030	7.968	10.319	11.976	13.563	15.394	15.873	16.379
< 30	0	1.115	948	766	943	1.136	1.235	1.271
30 - 39	1.578	3.083	4.299	4.406	3.713	3.648	3.746	3.966
40 - 49	878	1.594	2.242	3.415	4.464	4.564	4.460	4.328
50 - 59	803	901	1.455	1.620	2.201	3.348	3.564	3.783
60 - 65	333	297	324	666	910	899	1.007	1.111
> 65	438	978	1.051	1.103	1.332	1.799	1.861	1.920

8. Altersstruktur der Krankenhausärzte/-ärztinnen



	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Männer ges.	5.896	8.217	8.954	9.135	9.197	9.202	9.522	9.734
< 30	0	940	704	493	587	569	728	821
30 - 39	3.733	4.130	4.463	4.145	3.200	2.875	2.966	3.083
40 - 49	1.234	2.005	2.159	2.527	3.101	2.971	2.878	2.712
50 - 59	657	886	1.334	1.482	1.713	2.116	2.211	2.271
60 - 65	236	227	269	464	562	610	667	753
> 65	36	29	25	24	34	61	72	94
Frauen ges.	1.465	3.542	4.541	4.959	5.522	6.773	7.142	7.413
< 30	0	952	810	627	796	971	1.089	1.088
30 - 39	981	1.878	2.679	2.786	2.325	2.622	2.744	2.941
40 - 49	282	478	678	1.122	1.760	2.023	2.024	1.964
50 - 59	159	201	315	333	528	1.003	1.117	1.213
60 - 65	35	31	55	86	107	135	151	185
> 65	8	2	4	5	6	19	17	22

9. Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen



	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Männer ges.	5.337	6.352	7.474	7.841	8.057	7.922	7.829	7.725
< 30	0	2	0	0	0	0	0	0
30 - 39	1.116	1.021	1.046	799	511	324	278	258
40 - 49	1.414	2.766	3.020	2.904	2.772	2.276	2.109	1.936
50 - 59	1.060	1.628	2.531	3.008	3.160	3.181	3.154	3.127
60 - 65	911	419	498	933	1.305	1.503	1.620	1.678
> 65	836	516	379	197	309	638	668	726
Frauen ges.	917	1.386	2.097	2.611	3.084	3.454	3.490	3.527
< 30	0	3	1	0	1	0	0	0
30 - 39	176	304	516	427	298	166	142	132
40 - 49	250	550	822	1.215	1.440	1.381	1.336	1.242
50 - 59	253	345	593	713	992	1.442	1.479	1.575
60 - 65	131	66	81	207	280	333	389	424
> 65	107	118	84	49	73	132	144	154

Ab 2006 einschließlich eigenverantwortlich tätig in einem MVZ

10. Altersstruktur "ohne ärztliche Tätigkeit"

Von den 8.369 Ärzten/Ärztinnen (4.929 m/3.440 w) „ohne ärztliche Tätigkeit“ waren zum Stichtag 31.12.2012 insgesamt 933 Kammerangehörige (361 m/572 w) arbeitslos gemeldet.

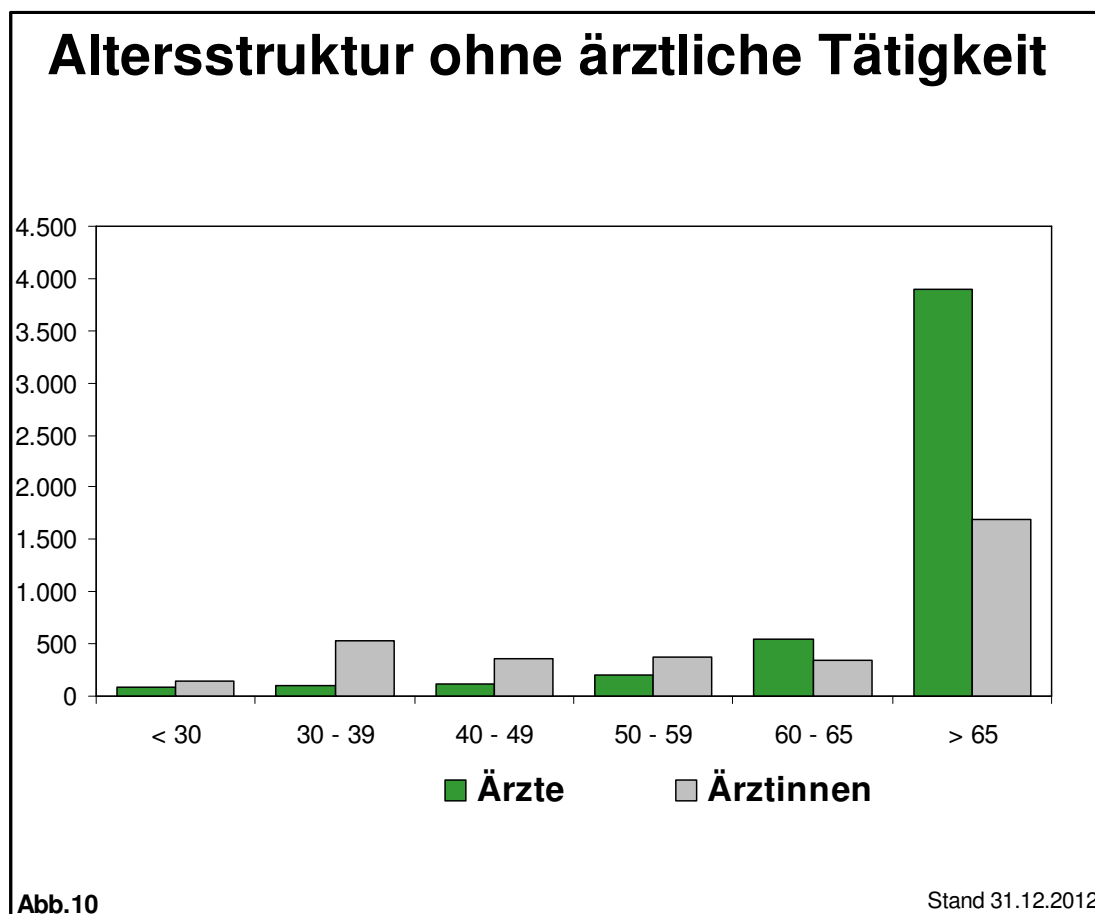


Abb.10

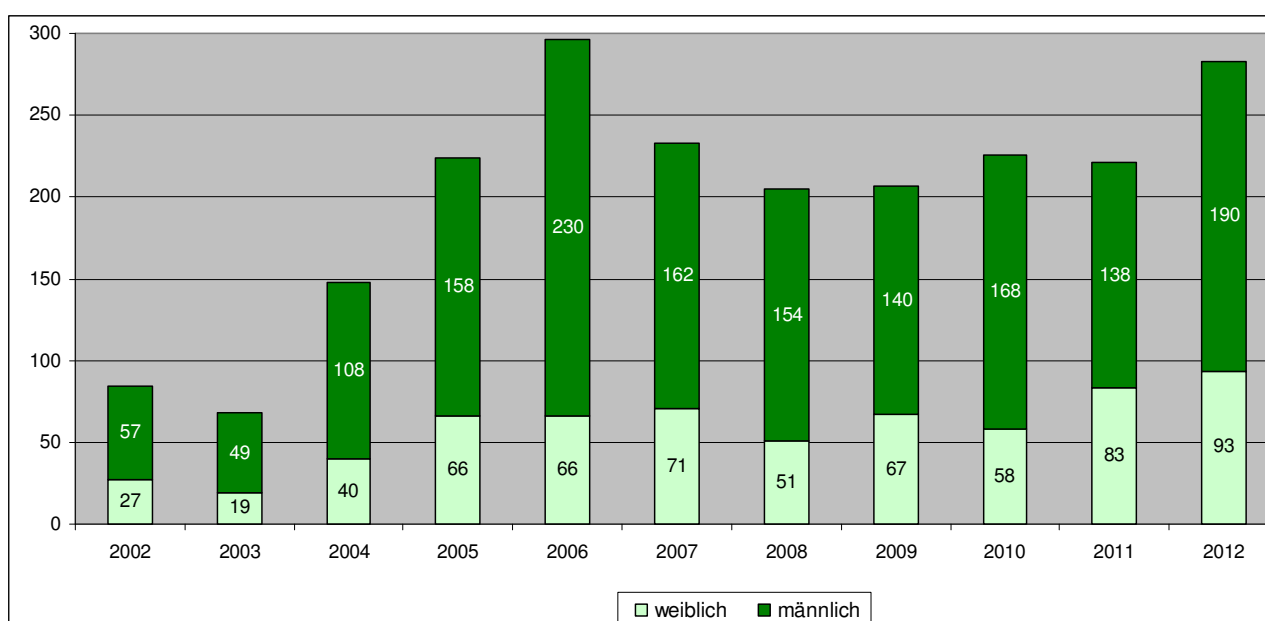
Stand 31.12.2012

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Männer ges.	1.337	2.959	3.188	3.740	4.308	4.770	4.859	4.929
< 30	0	52	60	91	81	71	76	80
30 - 39	120	233	232	246	127	100	86	96
40 - 49	35	162	195	238	193	132	129	117
50 - 59	51	103	182	261	280	215	208	194
60 - 65	177	197	209	431	693	535	530	538
> 65	954	2.212	2.310	2.473	2.934	3.717	3.830	3.904
Frauen ges.	1.259	2.132	2.403	2.929	3.434	3.326	3.353	3.440
< 30	0	91	79	115	124	142	121	142
30 - 39	337	506	610	671	724	512	503	526
40 - 49	231	319	351	528	622	407	365	364
50 - 59	252	196	269	284	304	361	369	369
60 - 65	126	169	144	291	423	308	332	341
> 65	313	851	950	1.040	1.237	1.596	1.663	1.698

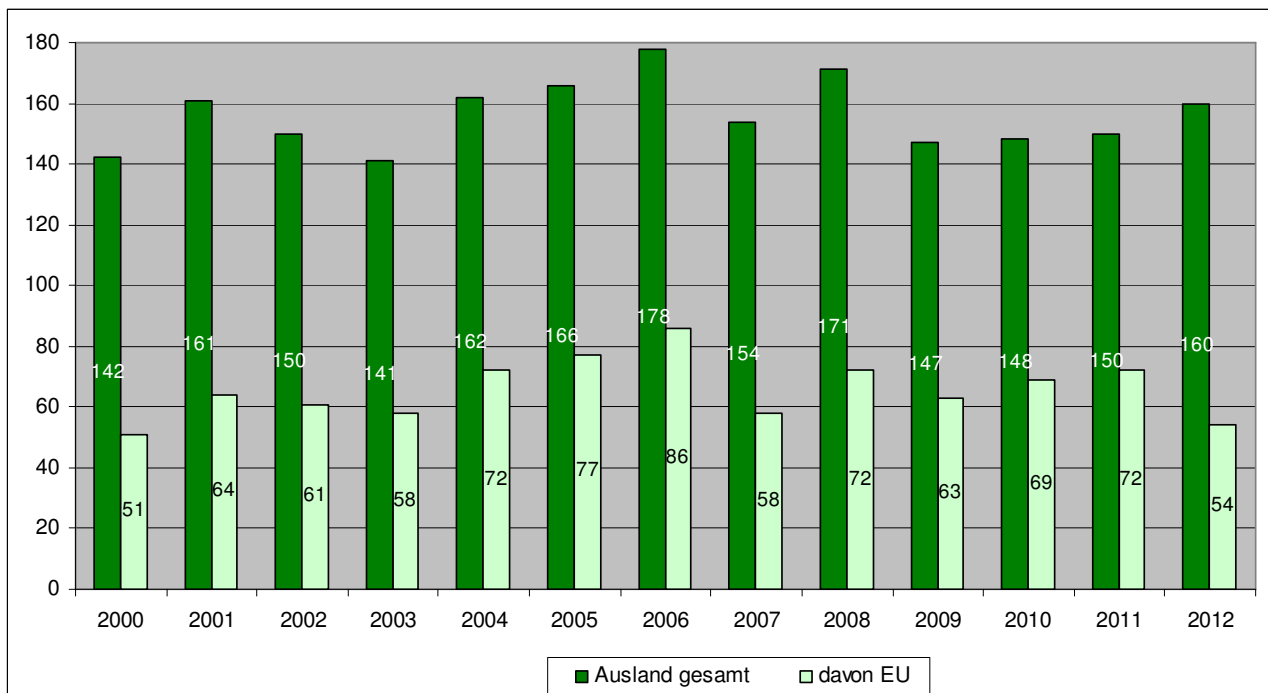
11. Unbedenklichkeitsbescheinigungen

Bei Auslandstätigkeiten benötigen Ärzte/Ärztinnen für einige Länder ein sogenanntes „Certificate of good Standing“ oder „Letter of good Standing“. Diese Bescheinigung wird von der zuständigen Bezirksregierung erteilt. Hierfür benötigt die Bezirksregierung wiederum von der Ärztin oder dem Arzt eine Unbedenklichkeitsbescheinigung der Ärztekammer.

2012 wurden 283 (190 m/93 w) Unbedenklichkeitsbescheinigungen ausgestellt.



12. Abgänge ins Ausland in den Jahren 2000 – 2012



	Ausland gesamt	männlich	weiblich	davon EU	männlich	weiblich
2000	142	92	50	51	35	16
2001	161	98	63	64	38	26
2002	150	88	62	61	30	31
2003	141	86	55	58	36	22
2004	162	93	69	72	44	28
2005	166	110	56	77	46	31
2006	178	106	72	86	49	37
2007	154	90	64	58	36	22
2008	171	96	75	72	42	30
2009	147	83	64	63	38	25
2010	148	88	60	69	42	27
2011	150	76	74	72	37	35
2012	160	85	75	54	29	25

13. Freiwillige Kammerangehörige

Kammerangehörige, die ihre heilberufliche Tätigkeit ins Ausland verlegen oder dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt nehmen, ohne ihren Beruf auszuüben, können freiwillig Kammerangehörige bleiben. Geregelt ist die freiwillige Kammerzugehörigkeit im Heilberufsgesetz Nordrhein Westfalen und in der Satzung der ÄKWL.

2012 betrug die Gesamtzahl der freiwilligen Kammerangehörigen 13 (8 m/5 w).

Statistik – Haushalt und Finanzen

§ 13 der Satzung der Ärztekammer Westfalen Lippe legt fest, dass zur Beratung der Kammerversammlung und des Kammervorstandes in Finanzangelegenheiten, bei Aufstellung eines Haushaltsplanes sowie bei der Prüfung der Rechnungslegung ein Finanzausschuss gebildet wird.

Der Finanzausschuss besteht aus 7 Kammerangehörigen, die nicht Mitglied des Vorstandes sein dürfen. Der Kammervorstand benennt ein Vorstandsmitglied, das zu den Sitzungen des Finanzausschusses mit beratender Stimme einzuladen ist.

Der Vorsitzende des Finanzausschusses erstattet der Kammerversammlung bei der jährlichen Haushaltsberatung seinen Tätigkeitsbericht.

Der Finanzausschuss beriet in seiner Sitzung am 12. September 2012 den Jahresabschluss 2011, den Zwischenbericht des Jahres 2012 sowie den Haushaltsplan für das Geschäftsjahr 2013, dessen Votum sich der Vorstand zu eigen machte, sodass der Vorsitzende des Finanzausschusses Dr. med. Peter Czeschinski die Jahresrechnung 2011 sowie den Tätigkeitsbericht in der Kammerversammlung am 1. Dezember 2012 und der Vizepräsident Dr. med. Klaus Reinhardt den Haushaltsentwurf 2013 ebenfalls in der Kammerversammlung vorstellen konnte.

Sowohl die Jahresrechnung 2011 als auch der Haushaltsvoranschlag 2013 wurden von der Kammerversammlung einstimmig beschlossen und dem Vorstand Entlastung für das Rechnungsjahr 2011 erteilt.

Die finanzielle Entwicklung der Ärztekammer Westfalen-Lippe kann in der nachfolgenden Tabelle ersehen werden.

Die Jahresrechnung 2011 wurde vom Revisionsverband Ärztlicher Organisationen aus Münster in Kooperation mit der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Rölfs RP AG aus Düsseldorf in den Monaten Mai/Juni 2012 geprüft. Es wurden die Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit festgestellt und dem Jahresabschluss zum 31.12.2011 und der Erfolgsrechnung für die Zeit vom 1.1.2011 bis 31.12.2011 der Ärztekammer Westfalen-Lippe, unter dem Datum vom 29. Juni 2012 der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk erteilt.

Aufwands- und Ertragsentwicklung

	2013 TEUR Haushalt	2012 TEUR Haushalt	2011 TEUR Jahresrg	2010 TEUR Jahresrg	2009 TEUR Jahresrg	2008 TEUR Jahresrg
Erträge zur Deckung der lfd. Aufwendungen aus der Kammertätigkeit						
Kammerbeiträge	14.020	13.500	13.484	10.605	9.971	9.578
Gebührensatzung	2.150	2.100	1.943	1.883	2.070	2.080
Geb. Aus-, Weiter- und Fortbildung MfA,	378	387	404	384	364	371
Fortbildungsveranstaltungen	3.850	3.800	3.616	3.845	4.049	4.227
Sonstige Erträge	1.764	1.729	1.846	1.653	1.260	1.466
Summe Erträge	22.162	21.516	21.293	18.370	17.714	17.722
Aufwendungen aus der Kammertätigkeit						
Satzungsbeingte Aufwendungen	4.535	4.774	4.252	4.532	4.653	4.564
Erstattung Verwaltungsausgaben	1.240	1.220	1.183	1.170	1.154	1.104
Personalaufwendungen	12.517	11.781	12.021	10.833	10.434	9.909
Allg. Verwaltungskosten	4.589	4.460	4.543	4.119	3.518	3.440
Summe Aufwendungen	22.881	22.235	21.999	20.654	19.759	19.017
Laufendes Ergebnis	-719	-719	-706	-2.284	-2.045	-1.295
Finanzergebnis	440	460	481	535	792	1.283
Ergebnis aus Vermietung von Gebäuden	0	0	-52	-11	1	0
Zusatzergebnis	440	460	429	524	793	1.283
Ergebnis vor Rücklagen	-279	-259	-277	-1.760	-1.252	-12
Zuführung Rücklagen	101	91	64	0	0	35
Entnahme Rücklagen	380	350	341	1.760	1.252	47
Jahresergebnis	0	0	0	0	0	0

Ärztammer Westfalen-Lippe

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Gartenstraße 210 - 214
48147 Münster

Tel.: 02 51/9 29-0
Fax: 02 51/9 29-29 99
Internet: www.aekwl.de
E-Mail: posteingang@aekwl.de

Vorstand

Präsident	Dr. med. Theodor Windhorst, Bielefeld
Vizepräsident	Dr. med. (I) Klaus Reinhardt, Bielefeld
Beisitzer im Vorstand	Dr. med. Ulrike Beiteke, Dortmund Dr. med. Dr. phil. Hans-Jürgen Bickmann, Siegen Dr. med. Joachim Dehnst, Hagen Dr. med. Horst Feyerabend, Hagen Dr. med. Hans-Albert Gehle, Gelsenkirchen Dr. med. Rudolf Kaiser, Münster Dr. med. Friedel Lienert, Wetter Prof. Dr. med. Dietrich Paravicini, Bielefeld Dr. med. Hans-Ulrich Schröder, Gütersloh

Geschäftsführung und Justiziar

Hauptgeschäftsführer	Dr. phil. Michael Schwarzenau
Geschäftsführender Arzt	Dr. med. Markus Wenning
Justiziar	Assessor Bertram F. Koch