

**Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung**  
**Wortprotokoll**  
**61. Sitzung**

**Berlin, den 31.03.2004, 13:30 Uhr**  
**Sitzungsort: Reichstag, CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N001**

**Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB**  
**Wolfgang Zöllner, MdB**

**Öffentliche Anhörung**

**EINZIGER PUNKT DER TAGESORDNUNG:**

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze

BT-Drucksache 15/2350

Anlage  
Anwesenheitsliste  
Sprechregister

**Anwesenheitsliste\***

**Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

**SPD**

Dreßen, Peter  
Hovermann, Eike  
Kirschner, Klaus  
Kühn-Mengel, Helga  
Lewering, Eckhart  
Lohmann, Götz-Peter  
Lotz, Erika  
Mattheis, Hilde  
Ober, Erika, Dr.  
Schmidbauer, Horst  
Schmidt, Silvia  
Schönfeld, Karsten  
Schösser, Fritz  
Spielmann, Margrit, Dr.  
Stöckel, Rolf  
Volkmer, Marlies, Dr.  
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine  
Büttner, Hans  
Elser, Marga  
Friedrich, Lilo  
Gradistanac, Renate  
Haack, Karl-Hermann  
Heß, Petra  
Hoffmann, Walter  
Jäger, Renate  
Lehn, Waltraud  
Marks, Caren  
Mützenich, Rolf, Dr.  
Reimann, Carola, Dr.  
Roth, Karin  
Rupprecht, Marlene  
Schaich-Walch, Gudrun  
Zöllmer, Manfred Helmut

**CDU/CSU**

Bauer, Wolf, Dr.  
Brüning, Monika  
Butalikakis, Verena  
Faust, Hans Georg, Dr.  
Hennrich, Michael  
Hüppe, Hubert  
Lanzinger, Barbara  
Michalk, Maria  
Müller, Hildegard  
Sehling, Matthias  
Spahn, Jens  
Storm, Andreas  
Strebl, Matthäus  
Weiß, Gerald  
Widmann-Mauz, Annette  
Zöllner, Wolfgang

Bietmann, Rolf, Dr.  
Blumenthal, Antje  
Falk, Ilse  
Fischbach, Ingrid  
Fuchs, Michael, Dr.  
Grund, Manfred  
Kaupa, Gerlinde  
Laumann, Karl-Josef  
Luther, Michael, Dr.  
Meckelburg, Wolfgang  
Meyer, Doris  
Philipp, Beatrix  
Reiche, Katherina  
Seehofer, Horst  
Singhammer, Johannes  
Weiß, Peter

**B90/GRUENE**

Bender, Birgitt  
Deligöz, Ekin  
Kurth, Markus  
Selg, Petra

Höfken, Ulrike  
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

**FDP**

Bahr, Daniel  
Kolb, Heinrich L., Dr.  
Thomae, Dieter, Dr.

Kauch, Michael  
Lenke, Ina  
Parr, Detlef

\*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

<b>Sprechregister Abgeordnete</b>	<b>Seite/n</b>	<b>Sprechregister Sachverständige</b>	<b>Seite/n</b>
Abg. <b>Wolfgang Zöllner</b> (CDU/CSU)	5	SV <b>Dr. Frank U. Montgomery</b> (Marburger Bund)	5,6,7,8,10,11, 13
Abg. <b>Dr. Erika Ober</b> (SPD)	5,8	SV <b>Dr. med. Jens-Uwe Schreck</b> (Deutsche Krankenhausgesellschaft)	5,6,7,8,10,11
Abg. <b>Horst Schmidbauer</b> (Nürnberg) (SPD)	6	SV <b>Prof. Dr. Ingo Flenker</b> (Bundes- ärztekammer)	5,6,7,8,10,11, 12
Abg. <b>Erika Lotz</b> (SPD)	6	SV <b>Alexander L. Ungur</b> (Fachta- gung Medizin)	6,7
Abg. <b>Dr. Margrit Spielmann</b> (SPD)	6	SVe <b>Vanessa Wennekes</b> (Fachtagung Medizin)	6,12
Abg. <b>Dr. Marlies Volkmer</b> (SPD)	7	SV <b>Theo Riegel</b> (Vertreter der Spit- zenverbände der Krankenkassen)	8
Abg. <b>Silvia Schmidt</b> (Eisleben) SPD)	7	SV <b>Rüdiger Strehl</b> (Verband der Universitätsklinika Deutschlands)	9,12
Abg. <b>Dr. Hans-Georg Faust</b> (CDU/CSU)	8,10	SV <b>Prof. Dr. med. Dr. h. c. G. von</b> <b>Jagow</b> (Medizinischer Fakultätentag)	12
Abg. <b>Annette Widmann-Mauz</b> (CDU/CSU)	8		
Abg. <b>Andreas Storm</b> (CDU/CSU)	10		
Abg. <b>Petra Selg</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	11,12		
Abg. <b>Dr. Dieter Thomae</b> (FDP)	12		
Abg. <b>Klaus Kirschner</b> (SPD)	13		

## Tagesordnungspunkt

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze

BT-Drucksache 15/2350

Stellvertretender Vorsitzender, Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Ich begrüße Sie zu der Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung: Änderung der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze.

Abg. **Dr. Erika Ober** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Marburger Bund, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer und die Fachtagung Medizin e. V. Der Marburger Bund hat sich in seiner Stellungnahme dafür ausgesprochen, dass Ärzte im Praktikum (AiP-ler) nach dem 01.10.2004 ein Wahlrecht auf Erteilung der Vollapprobation durch die Landesprüfungsämter erhalten. Die Bundesärztekammer beschreibt dieses Modell in ihrer Stellungnahme als mögliche Option, bevorzugt aber die Abschaffung des Arztes im Praktikum. Bitte erläutern und kommentieren Sie diese beiden Möglichkeiten und schildern Sie dazu auch die rechtlichen Aspekte.

SV **Dr. Frank U. Montgomery** (Marburger Bund): Wenn die Bundesregierung erklärt, durch den Gesetzentwurf solle in die bestehenden Ausbildungsverträge der Ärzte im Praktikum nicht eingegriffen werden, kann der Marburger Bund dies rechtlich nachvollziehen. Dennoch geht der Marburger Bund davon aus, dass, wegen der 3.200 im Krankenhaus nicht besetzten Stellen und der Besserstellung der Ärzte im Praktikum gegenüber Assistenzärzten, niemand gegen eine derartige Regelung gerichtlich vorgehen wird. Der Marburger Bund schlägt eine Kompromisslösung in Form eines Optionsmodells vor. Danach kann der Arzt im Praktikum frei wählen, ob er die Vollapprobation beantragt. Der Marburger Bund geht davon aus, dass auch die Krankenhäuser

an klaren Verhältnissen mit vollapprobierten Assistenzärzten interessiert sind. Daher begrüßen wir die vollständige Abschaffung des AiPs zum 01.10.2004. Das Optionsmodell dient dazu, Übergangszeiten und juristische Probleme zu vermeiden. Nach unserer Auffassung würden juristische Probleme aber auch bei einer vollständigen Abschaffung faktisch nicht auftreten.

SV **Dr. med. Jens-Uwe Schreck** (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Der Optionsvorschlag des Marburger Bundes ist keine optimale Lösung. Wir plädieren für eine Stichtagsregelung mit Abschaffung des AiPs zum 01.10.2004, so dass danach keine AiP-ler mehr in den Krankenhäusern sind.

SV **Prof. Dr. Ingo Flenker** (Bundesärztekammer): Wir plädieren auch für eine vollständige Abschaffung des AiPs zum 01.10.2004. Herr Dr. Montgomery hat schon die wesentlichen Argumente dafür angeführt. Ein Nebeneinander von teilapprobierten Ärzten und approbierten Berufsanfängern nach dem 01.10.2004 ist nicht sinnvoll. Die unklare Verantwortlichkeitsverteilung kann sich negativ auf das Selbstwertgefühl der schon längere Zeit als AiP Arbeitenden gegenüber den am Stichtag vollapprobierten Ärzten auswirken, da viele Aufgaben von vollapprobierten, nicht aber von teilapprobierten Ärzten selbständig durchgeführt werden können. Ein teilapprobierter Arzt darf beispielsweise keine Todesbescheinigung ausstellen oder eine Röntgenuntersuchung anfordern. Das ist eine ungleiche Behandlung im Rahmen der Berufsausübung. Aus diesem Grunde plädiert die Bundesärztekammer für eine vollständige Abschaffung des AiPs zum 01.10.2004.

**SV Alexander L. Ungur** (Fachtagung Medizin): Bei dem Gesetzentwurf in der aktuellen Fassung besteht die Gefahr, dass Kliniken einen Teil des für die Bezahlung der AiP-ler zur Verfügung stehenden Geldes behalten. Es muss sichergestellt werden, dass die AiP-ler das für sie bestimmte Geld auch vollständig erhalten. Die optimale Lösung dafür ist, ihnen die Möglichkeit einzuräumen, die Vollapprobation zu beantragen.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Marburger Bund. Kann bei einer Stichtagsregelung tarifvertraglich der Schutz der betroffenen Ärztinnen und Ärzte im Praktikum, insbesondere derjenigen, die den geschlossenen Ausbildungsvertrag zu Ende führen wollen, ausreichend gewährleistet werden?

**SV Dr. med. Jens-Uwe Schreck** (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist nicht Tarifvertragspartei, so kann ich nicht beurteilen, ob ein Eingriff in die Tarifautonomie vorliegt.

**SV Dr. Frank U. Montgomery** (Marburger Bund): Das Problem ist nicht tarifrechtlich oder über einen Eingriff in die Tarifautonomie lösbar. Wir brauchen 3.200 neue Arbeitskräfte in den Krankenhäusern. Es ist ein theoretisches Problem.

Abg. **Erika Lotz** (SPD): Meine Frage geht an den Marburger Bund und die Fachtagung Medizin: Angehende Jungmediziner kritisieren, dass es nach dem 01.10.2004 ein Nebeneinander vollapprobierter Berufsneueinsteiger und teilapprobierter Ärzte im Praktikum geben wird. Wie beurteilen Sie den rechtlichen und den hierarchischen Unterschied?

**SV Dr. Frank U. Montgomery** (Marburger Bund): Einen Teil des rechtlichen Hintergrundes hat bereits Herr Prof. Dr. Ingo Flenker ausgeführt. In der vollständigen Abschaffung des AiPs zum 01.10.2004 sieht er eine große Chance für die Beseitigung vieler überflüssiger Hierarchiestufen im Krankenhaus. So könne es dazu kommen, dass ein AiP-ler am Ende seiner AiP-Phase seinen Nachfolger anlernt, und da-

bei nur ein Drittel verdient und formalrechtlich einen niedrigeren Kompetenzstatus hat. Wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft wollen wir derartige Kompetenzgeminde im Krankenhaus nicht.

**SVe Vanessa Wennekes** (Fachtagung Medizin): Die Fachtagung Medizin stimmt dem Marburger Bund voll zu.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Marburger Bund: Ist aus Ihrer Sicht sichergestellt, dass die von der Bundesregierung zur Verfügung gestellten Mittel zur Umstellung der AiP-Stellen auf BAT II-Stellen von den Krankenhäusern ohne bürokratische Hindernisse bei den Krankenkassen abgerufen werden können und den zu begünstigenden Ärzten in vollem Umfang zufließen?

**SV Prof. Dr. Ingo Flenker** (Bundesärztekammer): Aufgrund der bestehenden Arbeitsmarktsituation kann wahrscheinlich sichergestellt werden, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen die entsprechende Vergütung BAT II erhalten. Sichergestellt ist aber nicht, dass die Krankenhäuser in den Budgetverhandlungen eine entsprechende Refinanzierung erhalten. Im Rahmen von Budgetverhandlungen könnte eine Verrechnung mit anderen Budgetansprüchen der Kliniken erfolgen. Es sollte sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser die Gelder für die Finanzierung dieser Stellen direkt erhalten.

**SV Dr. med. Jens-Uwe Schreck** (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Die vom Gesetzgeber beabsichtigte, finanzierte Gleichstellung von AiP-lern und Assistenzärzten ist durch die Angleichung der Vergütung nicht gewährleistet. Krankenhäuser, die freiwillig eine höhere Vergütung für Assistenzärzte im Praktikum einführen, können nicht sicher sein, dass die Vergütung refinanziert wird. Die Refinanzierung erfolgt bei sehr komplexen Budget- und Pflegesatzverhandlungen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass im Rahmen dieser Verhandlungen von den Krankenkassen ausreichend Mittel gefordert werden können. Das geschieht im Rahmen eines nicht realen Automatismus. Die DKG hofft, dass die Refinanzie-

rung ohne Verfahren vor den Schiedsstellen erfolgen wird.

**SV Dr. Frank U. Montgomery** (Marburger Bund): Auch wenn die Bundesregierung gewährleisten will, dass das Geld auch bei denen ankommt, für die es bestimmt ist, teile ich die Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dass der vorgesehene Weg nicht durchsetzbar ist. Der AiP-Tarifvertrag ist Teil eines zwischen den Gewerkschaften und Arbeitgeberorganisationen in freien Verhandlungen ausgehandelten Ausbildungsvertragssystems. Der BAT ist im Gegensatz dazu Teil eines Arbeitsvertragssystems. Wir können nicht gewährleisten, dass derjenige, der weiter als AiP arbeitet, die Vergütung nach dem BAT bekommt und die Krankenkasse das akzeptiert. Es wäre eine rechtlich sehr schwierige Angelegenheit, wenn eine Krankenkasse bei einer Budgetverhandlung dem AiP nur einen Anspruch auf eine Ausbildungsvergütung zustehen würde und nicht eine Arbeitsvergütung. Deswegen plädiere ich nochmals für die vollständige Abschaffung des AiPs zum 01.10.2004.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Verband der Krankenhausdirektoren, den Marburger Bund und die Fachtagung Medizin. Stimmen die Aussagen darüber, dass Arbeitgeber mit Blick auf die neue Gesetzgebung und die Vollapprobation ab dem 01.10.2004, die den derzeit eingestellten AiPs nicht erteilt wird, nur noch wenige Ärzte im Praktikum einstellen? Ist es ferner richtig, dass die klinischen Einsatzmöglichkeiten für die nach dem 01.10.2004 eingestellten Ärzte größer sind als für die derzeit beschäftigten AiP-ler.

**SV Dr. med. Jens-Uwe Schreck** (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Die nach dem 01.10.2004 im Krankenhaus angestellten Ärzte besitzen eine Vollapprobation. Sie sind dann berechtigt, ihre Tätigkeiten ohne ärztliche Aufsicht auszuüben. Damit sind sie auch flexibler einsetzbar. Aus diesem Grund befürwortet die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Stichtagsregelung und die komplette Abschaffung des AiPs zum 01.10.2004.

**SV Prof. Dr. Ingo Flenker** (Bundesärztekammer, auch im Namen der Kassenärztliche Bundesvereinigung): Ich wiederhole noch einmal. Zur Zeit haben Krankenhäuser großes Interesse daran, vollapprobierte Ärzte einzustellen, da sie im Gegensatz zu teilapprobierten Ärzten im klinischen Alltag Tätigkeiten ohne Aufsicht verrichten können. Daher unser Appell, ab dem 01.10.2004 in Krankenhäusern keine teilapprobierten Ärzte mehr tätig werden zu lassen.

Stellvertretender Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöller** (CDU/CSU): Die Krankenhausdirektoren haben dazu eine schriftliche Stellungnahme eingereicht.

**SV Dr. Frank U. Montgomery** (Marburger Bund): Der Markt für AiP-ler und für Vollassistenten am Beginn ihrer Weiterbildung oder in mittleren Phasen ihrer Weiterbildung ist gegenwärtig leergefegt. Das ist ein Indiz dafür, dass sie, soweit es möglich ist, eingestellt werden. Dann ist es logisch sinnvoll, derzeit mehr AiP-ler einzustellen, die ab dem 01.10.2004 einen fast automatischen Selbstkostendeckungsanspruch auf zusätzliche 29.000 Euro außerhalb der Beitragssatzstabilität haben, wenn die AiP-ler als Assistenzarzt weiterbeschäftigt werden. Ich wiederhole, jeder AiP und jeder arbeitswillige Assistenzarzt wird gegenwärtig äußerst gerne in deutschen Krankenhäusern angestellt.

**SV Alexander L. Ungur** (Fachtagung Medizin): Wir können es nicht nachvollziehen, dass sich Kliniken weigern, AiP-ler einzustellen, obwohl sie auf dem Arbeitsmarkt zunehmend Probleme haben, Ärzte zu finden. Für die Kliniken ist es die letzte Möglichkeit, noch relativ kostengünstig, ärztliches Personal zu bekommen. Denn das Bundesministerium finanziert die AiP-ler derzeit mit.

**Abg. Silvia Schmidt** (Eisleben) (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer, an den Marburger Bund, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht eine Weiterentwicklung der gegenwärtigen bundeseinheitlichen Berufszulassung für Heilberufe vor. Insbesondere wird die

Richtlinie 201/19/EG umgesetzt. Wie bewerten Sie diesen Sachverhalt?

**SV Prof. Dr. Ingo Flenker** (Bundesärztekammer, auch im Namen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung): Wir begrüßen dies. Ich hatte das auch schon ausgeführt.

**SV Dr. Frank U. Montgomery** (Marburger Bund): Auch wir begrüßen es.

**SV Dr. med. Jens-Uwe Schreck** (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt die entsprechende Ausarbeitung.

**Abg. Dr. Erika Ober** (SPD): Ich frage die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Marburger Bund erneut nach der rechtlichen Situation bei einer vollständigen Abschaffung des AiPs zum 01.10.2004. Was geschieht, wenn nur einer der Betroffenen über die Auflösung seines Ausbildungsvertrags klagt.

**SV Theo Riegel** (Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen): Die detaillierten juristischen Auswirkungen kann ich nicht beurteilen. Wir teilen die in der Gesetzesbegründung angeführte Problembeschreibung insofern, dass der Eingriff in die bestehenden Ausbildungsverträge schwere juristische Probleme aufwirft. Auch würde die Stichtagsregelung mit einer vollständigen Abschaffung des AiPs Mehrkosten verursachen, wenn viele AiP-ler zu Assistenzärzten werden, die zusätzlich 29.000 Euro pro Stelle kosten. Wir gehen davon aus, dass die insgesamt prognostizierten 300 Mio. Euro nicht ausreichen werden, um die Kosten zu decken. Wir befürworten die von der Bundesregierung entworfene Stichtagsregelung und unterstützten ihre Bedenken hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen.

**SV Dr. Frank U. Montgomery** (Marburger Bund): Ich wiederhole, wir können die rechtlichen Bedenken der Bundesregierung nachvollziehen und verstehen. Aber weder das Krankenhaus noch der AiP-ler werden klagen, womit es faktisch keine Kläger geben wird. Das Krankenhaus würde unklug handeln, wenn es sich auf einen Streit einlasse, denn es würde

29.000 Euro riskieren. Wir akzeptieren und sehen, dass die rechtliche Situation problematisch ist. Aber es gibt leider keinen goldenen Weg ohne juristische Probleme.

**Abg. Dr. Hans-Georg Faust** (CDU/CSU): Wie kann verhindert werden, Herrn Dr. Montgomery, dass Krankenhäuser jetzt AiP-ler einstellen, um später 29.000 Euro zu erhalten. Wäre es sinnvoll, auch diesbezüglich eine Stichtagsregelung einzuführen, dass Krankenhäuser, die bisher nicht ausgebildet haben, keine Veränderungen mehr vornehmen dürfen, um später ein Vielfaches der Aufstockungssumme zu erhalten? Wäre es sinnvoll, um diese Gefahr einzuschränken, ab sofort keine Veränderungen mehr zuzulassen, oder einen Stichtag einzuführen?

**SV Dr. Frank U. Montgomery** (Marburger Bund): Was sie schildern, erscheint aus der Sicht des Krankenhauses als nicht sehr realistisch. Wenn das AiP abgeschafft wird, wird in absehbarer Zeit das Problem nicht mehr vorhanden sein. Es kann einige Krankenhäuser geben, die sich bereichern wollen. Aber in der Bundesrepublik gibt es 2.243 Krankenhäuser. Das wird eine vernachlässigbare Zahl sein. Eine weitere komplizierte Bürokratiestufe sollte nicht eingeführt werden, wenn wir gerade eine hierarchische Ebene abbauen.

**Abg. Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen: Können Sie uns erläutern, wie und nach welchen Kriterien die nach dem GMG bereitgestellten Mittel an die Krankenhäuser abgeführt werden? Wie soll der AiP-Zuschlag für das einzelne Krankenhaus gewährt werden? Wie bewerten Sie die Einschätzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dass bei Budgetverhandlungen die entsprechende tarifliche Entlohnung nicht anerkannt wird? Eine weitere Frage geht an den Verband der Universitätskliniken Deutschland. Gibt es für Universitätskliniken im Vergleich zu anderen Krankenhäusern in diesem Bereich besondere Probleme, Veränderungen oder Unterschiede?

**SV Theo Riegel** (Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen): Laut unserer Stellungnahme zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz

gehen wir von höheren Kosten als 300 Mio. Euro aus. Ein Fond mit einer Verteilung des Geldes nach Antragsverfahren ist nicht vorgesehen. Vielmehr sollen individuelle Budgetverhandlungen geführt werden, bei denen die Krankenhäuser ihre Ansprüche äußern, die von den Kostenträgern geprüft werden. Im Zweifel wird ein Verfahren bei der Schiedsstelle eingeleitet. Die Mehrkosten müssen errechnet werden. Bundesweit finden mehr als 2.100 Budgetverhandlungen statt, so können wir keine Details über den Verlauf der Budgetverhandlungen erörtern. Am 06.11.2003 haben wir Umsetzungshinweise für die über das Budget Verhandelnden herausgegeben, worin das Verfahren dezidiert erklärt wird. Durch die neue Situation wird eine Verbesserung der Versorgung erfolgen. Die Krankenhäuser müssen ihre Ansprüche anmelden, indem sie darlegen, wie viele AiP-ler im Krankenhaus beschäftigt sind und unter die vorgesehene Regelung fallen. Die Anzahl der Kräfte muss multipliziert werden mit den vorgegebenen 29.000 Euro Mehrkosten. Die Mehrkosten werden in Relation zum Erlösbudget gesetzt und der prozentuale Unterschied als Zuschlag an das Krankenhaus gezahlt. Aus meiner Sicht liegt der Verhandlungsschwerpunkt eindeutig in der Höhe der in den jeweiligen Krankenhäusern anerkannten AiP-ler. Wir haben den Verhandelnden empfohlen, sich auch nach dem Stichtag 01.10.2004 Zahlen über die Beschäftigten vorlegen zu lassen, um dokumentieren zu können, wie viele Stellen nach dem Stichtag tatsächlich besetzt worden sind, was im Rahmen der Budgetverhandlung anerkannt worden ist, und um mögliche Regressforderungen vorzubeugen. Um feststellen zu können, ob Krankenhäuser im Hinblick auf die Gesetzesänderung verstärkt AiP-ler einstellen, begrüßen wir die Legitimation einer Stichtagsabfrage im Vorfeld. Wir befürworten eine Stichtagsregelung, um die derzeit im Krankenhaus beschäftigten AiP-ler festzuhalten, damit nicht aufgrund der zu erwartenden Gesetzesänderung die Beschäftigungszahl erhöht wird.

**SV Rüdiger Strehl** (Verband der Universitätsklinika Deutschlands): Die Universitätsklinika werden keine Rekrutierungsprobleme haben, weil wir unsere ärztlichen Anfänger auch gleichzeitig als wissenschaftlichen Nachwuchs anwerben. Auch wenn der Zulauf nicht mehr wie früher ist, können wir immer noch auswählen. Wir betrachten diese Angelegenheit unter vier Aspekten. Wir waren nie

Anhänger des AiP-Modells. Insofern ist die Abschaffung sachgerecht. Es ändert aber nichts daran, dass berufsrechtlich Anfänger, auch im ärztlichen Beruf, Anfänger bleiben, d.h., sie sind berufs- und haftungsrechtlich nur eingeschränkt einsetzbar, und erst mit ihrem Wissens- und Erfahrungsfortschritt können wir sie voll einsetzen.

Zweitens: Arbeits- und tarifvertragsrechtlich werden wir die Dinge so umsetzen, wie sie vereinbart werden. Das kann noch zu den Problemen führen, die Herr Dr. Montgomery zu Recht dargestellt hat: wir bräuchten saubere arbeits- und tarifvertragsrechtliche Bedingungen. Ein dritter Aspekt ist weder in der Vorlage des Gesetzes noch hier in der Diskussion hinreichend beachtet worden: der personalwirtschaftliche Aspekt. Berufsanfänger sind gegenüber berufserfahrenen Fachärzten im Nachteil bezüglich des Leistungsgrades. Wir sind durch die Verschärfung des Disease-Management-Systems im nächsten Jahr gezwungen, immer weniger Berufsanfänger einzustellen, um unseren Leistungsgrad auf Facharztebene sehr hoch zu halten. Ich habe die Befürchtung insgesamt für die ärztlichen Berufsanfänger, dass die Krankenhäuser gezwungen sind, durch die verschärfte Budgetierung, auch wegen der Arbeitszeitregelung, weniger Berufsanfänger und zunehmend Fachärzte einzusetzen. Die Selbstverwaltung der Kassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben bisher die Frage einer möglichen Zuschlagsregelung für Ärzte in Weiterbildung ausgespart. Damit ergäbe sich ein automatischer Anreiz für die Krankenhäuser, wie in den USA erfolgreich praktiziert, auch Berufsanfänger einzustellen, obwohl es betriebswirtschaftlich kurzfristig ein Nachteil, mittelfristig aber sehr sinnvoll ist. Meine Befürchtungen sind, dass die Zahl der ärztlichen Stellen für Berufsanfänger mit dem neuen System reduziert wird.

Der vierte und letzte Aspekt beschäftigt sich mit der Frage, ob ein Krankenhaus oder ein Universitätsklinikum sicher davon ausgehen kann, die 29.000 Euro Mehrkosten pro Jahr und Position auch tatsächlich zu bekommen. Der § 4 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes formuliert die entsprechende Regelung als indikativen Anspruch des Krankenhauses. Warum dann noch eine Schiedsstellenregelung nötig ist, wenn anscheinend die ganze Umsetzung außerhalb des Erlösbudgets extra finanziert werden muss, stimmt uns misstrauisch.

Die Krankenhäuser sollten nicht in Streitereien mit den Kassen darüber geraten, dass diese Zusatzkosten ein weiterer Faktor sind. Es gilt festzustellen, wie viele Dienstverträge mit AiP-lern zum Stichtag bestanden. Wir könnten eine Regelung vorsehen, dass unsere Wirtschaftsprüfer dieses testieren, so dass wir eine eindeutige Zahl ohne Missverständnisse haben.

**Abg. Andreas Storm (CDU/CSU):** Ich möchte auf die Stichtagsregelung mit Fragen an den Marburger Bund, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zurück kommen: Möchte man die mit der Stichtagsregelung verbundenen Probleme vermeiden, dann kommen zwei Alternativen in Frage. Was wären die Vorteile einer völligen Abschaffung des AiP zum 01.10.2004? Alternativ: Worin sehen Sie die Vorteile einer Optionslösung mit Wahlrecht für die Studenten?

**SV Dr. Frank U. Montgomery (Marburger Bund):** Der größte Vorteil läge in der vollständigen Abschaffung des AiPs. Damit wäre die benachteiligte Gruppe, die von dieser Lösung betroffen wäre, relativ klein. Darüber hinaus hätte sie auch kein Interesse zu klagen, weil sie im Prinzip besser als vorher gestellt wäre. Dieser Vorteil wäre etwas reduziert bei der Optionslösung. Was jetzt vorgesehen ist, schafft eine Reihe von Problemen und Nachteilen. Die Optionslösung unterstellt eine Entscheidung des AiP-ler, dass es ihm freigestellt ist, ob er weiter als AiP arbeiten möchte oder nicht. Diese Freiwilligkeit bei der Entscheidungsfindung möchte ich, auch in meiner Position als Arbeitnehmervertreter in einem Betriebs- und Personalrat, hinterfragen. Das hat keinen freiwilligen Charakter, wenn man etwas unterschreibt und damit freiwillig auf Rechte verzichtet. Deswegen läge der größte Vorteil in der Abschaffung des AiP, womit die Hierarchie aufgehoben und die Finanzierung leichter zu regeln wäre, und damit fast nur Vorteile mit dieser Lösung entstünden.

**SV Prof. Dr. Ingo Flenker (Bundesärztekammer):** Die Stichtagsregelung hätte den Vorteil, dass ein Nebeneinander von teil- und vollapprobierten Ärzten in der Klinik mit den entsprechenden unklaren Verantwortlichkeiten nicht mehr existieren würde. Bei der Optionslösung hingegen ist fraglich, ob derjenige, der

optiert, diese Option wirklich immer in freier Entscheidung durchführt. Es könnte sein, dass jemand zu einer bestimmten Entscheidung gezwungen wird. Es ist sichergestellt, dass das Krankenhaus die 29.000 Euro pro Jahr als zusätzliches Budget erhält. Dieses Mehrentgelt käme dann aber eventuell den entsprechenden Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmern nicht zugute. Deshalb stelle ich mich gegen die Optionslösung.

Ich plädiere im Namen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nachhaltig für eine Abschaffung zum 01.10.2004.

**SV Dr. med. Jens-Uwe Schreck (Deutsche Krankenhausgesellschaft):** Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schließt sich der Bundesärztekammer an. Wir plädieren für die eindeutige Stichtagsregelung und Abschaffung des AiP zum 01.10.2004, insbesondere unter dem Aspekt, dass dadurch das Konfliktpotential, was im Krankenhaus beim Personal aufgebaut wird und bei Bundespflegesatz- und Budgetverhandlungen nicht existiert, minimiert würde. Ein Wahlrecht wird von uns nicht unterstützt.

**Abg. Dr. Hans-Georg Faust (CDU/CSU):** Eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, ob Sie mit den Regelungen in § 4 Krankenhausentgeltgesetz zufrieden sind und sie für ausreichend halten. Weitere Frage: Ob man sich eine Stichtagsregelung dennoch vorstellen kann, um einer nachträglichen Veränderung der AiP-Zahlen mit Auswirkungen auf das einzelne Krankenhaus zu begegnen? Die letzte Frage: Halten Sie es für sinnvoll, die Schiedsstellenlösung aus dem § 4 Krankenhausentgeltgesetz herauszunehmen, wenn es zu klaren Regelungen gekommen ist? Wenn die Regelungen klar sind, braucht man die Schiedsstellen nicht.

**SV Dr. med. Jens-Uwe Schreck (Deutsche Krankenhausgesellschaft):** Ich möchte auf die Formulierung in § 6 Abs. 1 Satz 3 Nr. 8 der Bundespflegesatzverordnung und den von Ihnen angesprochenen § 4 Abs. 14 des Krankenhausentgeltgesetzes eingehen. Diese zielen jeweils auf die Abschaffung des AiPs ab. Eine mögliche Situation in den Krankenhäusern könnte sein, dass manche Krankenhäuser ihren

AiP-lern vor dem 01.10.2004 ein Assistenzarztgehalt zugute kommen lassen möchten und damit möglicherweise nicht die Refinanzierung der Krankenkassen erhalten. Noch schlechter würde es aussehen bei den Krankenhäusern, die vor dem 01.10.2004 den AiP-lern ein Assistenzarztgehalt anbieten wollen, um sie zu halten. Dort liegt wahrscheinlich keine Möglichkeit für die Refinanzierung von Kassen-seite vor. Aus diesem Grund können wir nur noch einmal unterstreichen, dass wir die Stichtagsregelung und komplette Abschaffung des AiP zum 01.10.2004 befürworten. Wenn eine Klärung bedeutet, dass das AiP komplett abgeschafft würde, könnte man natürlich auch über die Notwendigkeit einer Schiedsstelle diskutieren. Es hat sich schon oft gezeigt, dass Schiedsstellen notwendig sind. Derjenige, der mit dem Schiedsstellenverfahren vertraut ist, hat auch immer wieder erfahren müssen, dass bei zwei beteiligten Parteien niemals eine Partei zu 100 % gewinnen wird. Es wird ein langwieriges Verfahren werden, was beiden Partnern nicht die volle Summe sichert.

**Abg. Petra Selg** (Bündnis 90/DIE GRÜNEN): Die erste Frage richte ich an den Marburger Bund, an die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wir haben die ganze Zeit gehört, dass man das AiP am besten zum 01.10.2004 vollständig abschaffen sollte. Welche Möglichkeit stehen für Studentinnen oder Studenten bereit, die nach bereits absolviertem dritten Staatsexamen erst nach dem 01.10.2004 eine AiP-Stelle antreten können, wie z.B. Mütter oder Väter nach der Erziehungszeit?

**SV Dr. Frank U. Montgomery** (Marburger Bund): Wenn das AiP zum 01.10.2004 abgeschafft wäre, bräuchte eine nach dem 3. Staatsexamen nicht in die Ärztetätigkeit einmündende Person überhaupt kein AiP mehr abzuleisten. Sie könnte sofort als vollapprobierter Arzt/Ärztin in abhängiger, nachrangiger Beschäftigung tätig sein. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Abschaffung des AiPs nicht zur direkten Niederlassung führt. Als Ersatz für das AiP gibt es die Pflichtweiterbildung, die beinhaltet, dass man sich nur als Facharzt niederlassen kann, womit eine ausreichende Sicherheitsbarriere vor einer unzureichend qualifizierten ärztlichen Tätigkeit geschaffen wurde. Damit hätte eine Frau im Mutterschutz den Vorteil, dass sie sofort

dem Arbeitsmarkt als Assistenzärztin zur Verfügung stünde.

**SV Prof. Dr. Ingo Flenker** (Bundesärztekammer): Ich kann mich den Äußerungen von Herrn Montgomery vollständig anschließen.

**SV Dr. med. Jens-Uwe Schreck** (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Ich verweise noch auf ein spezielles Problem: Wenn eine entsprechende Studentin ihr drittes Examen abgelegt hat und dann in den Erziehungsurlaub geht, so könnte es eventuell passieren, dass bis zum Jahr 2009 noch Ärztinnen im Praktikum, die unter diese besondere Situation fallen, in den Krankenhäusern arbeiten. Deshalb fordern wir die echte Stichtagsregelung mit kompletter Abschaffung des AiP zum 01.10.2004.

**Abg. Petra Selg** (Bündnis 90/DIE GRÜNEN): Die zweite Frage geht an die Bundesärztekammer und den Medizinischen Fakultätentag: Insbesondere von Studentinnen oder Studenten im höheren Semester wurde die novellierte Übergangsregelung in § 43 der Ärzteapprobationsordnung kritisiert, wie z.B. von den studentischen Interessensgemeinschaften die Übergangsregelung. Dort heißt es, dass die sich derzeit im siebten bis zehnten Fachsemester befindlichen Studentinnen und Studenten das flexibel terminierbare erste Staatsexamen nicht mehr vor dem Stichtag 01.10.2004 absolvieren können und nun nach der neuen Ärzteapprobationsordnung das Studium beenden müssen. Worin liegt die wesentliche Ursache, dass die Betroffenen sich nicht rechtzeitig auf die kommenden Änderungen einstellen konnten? Wie könnte das Problem vom Bundesgesetzgeber gelöst werden, ohne den rechtlichen Vertrauensschutz derjenigen zu verletzen, die das Studium an die Änderung der Ärzteapprobationsordnung angepasst haben? Es gibt Studentinnen und Studenten, die sich derzeit im fünften und sechsten Fachsemester befinden. Diese haben zumindest nach dem ersten Staatsexamen keine Option zwischen alter und neuer Ärzteapprobationsordnung und befürchten nun, dass mit dem zweiten Staatsexamen Leistungen zu erbringen sind, die das Studium verlängern könnten. Wie schätzen Sie diese Problemlage ein, und wird die Möglichkeit zur Anrechnung der Leistung problemlos umgesetzt werden können?

**SV Prof. Dr. Ingo Flenker** (Bundesärztekammer): Manche Universitäten haben es teilweise aufgrund der kurzen Zeitspanne nicht geschafft, hier entsprechend ihre Studienangebote zu verändern. Es ist sicherlich zutreffend, dass es für einige Semester entsprechende Härtefälle geben kann. Aus Sicht der Bundesärztekammer sehe ich keine Möglichkeit, wie man dieses im Augenblick beseitigen könnte.

**SV Prof. Dr. med. Dr. h. c. G. von Jagow** (Medizinischer Fakultätentag): Wir sehen das nicht als ein Versäumnis der medizinischen Fakultäten an, die mit großer Vehemenz die neue Approbationsordnung umsetzen, sondern als einen Webfehler im Gesetz. Wenn im § 43 die Option offen gehalten worden wäre, dass die Studierenden, die „M1 alt“ noch nicht abgelegt haben, das noch dürfen und damit weiter studieren könnten nach „M2, M3 alt“, wäre das die Lösung aller Probleme. Wir haben eine Residualkommission, die am 16.02. getagt hat. Wir haben uns gefragt, ob es zumutbar ist, dass diese Kohorte von Studierenden, die große Zeitverluste hinnehmen musste, nach alter Studienordnung weiter studiere. Wir müssen es über mehrere Jahre doppelt anbieten. Im Moment haben wir große Probleme mit der Übergangsregelung für diese Kohorte, die M1 noch nicht gemacht hat. Wir verlieren Vertrauen bei den Studierenden und haben Schwierigkeiten mit den Landesprüfungsämtern. Die Äquivalenzbescheinigung der Scheine bedeutet einen großen Aufwand, den man vermeiden könnte, wenn die Studierenden noch nach alter Regel studieren dürften. Wir schließen uns der Interessengemeinschaft der Studierenden an, dass am § 43 eine Novellierung vorzunehmen ist und dass damit das Problem gelöst wäre.

**Abg. Petra Selg** (Bündnis 90/DIE GRÜNEN): Dazu möchte ich die Fachtagung Medizin fragen, ob Sie sich den Ausführungen anschließen könnten.

**Sve Vanessa Wenekes** (Fachtagung Medizin): Es ist so, dass nach der alten Studienordnung das Physikum und das zweite Staatsexamen die Fixpunkte des Medizinstudiums sind. Der Zeitpunkt des ersten Staatsexamens konnte zwischen zwei Semestern nach dem Physikum und ein Semester vor dem zweiten Staatsexamen beliebig gewählt werden, ohne die Re-

gelstudienzeit zu überschreiten. Es hatte keine Auswirkung auf die Regelstudienzeit. Der § 43 der neuen Approbationsordnung geht davon aus, dass das erste Staatsexamen nach dem sechsten Semester absolviert werden muss, um in der Regelstudienzeit zu bleiben. Darin liegt der Denkfehler. Den Gesetzesänderungsvorschlag zu § 43, den wir, die Fachtagung Medizin, die Interessengemeinschaftübergangsregelung und auch der Medizinische Fakultätentag eingereicht haben, ist für alle Beteiligten kostenneutral und bringt keinerlei Nachteile, weder für die Studierenden, die dann weiterhin studieren dürfen und nicht blockiert würden, noch für die Landesprüfungsämter, noch für das IMPP, das die Prüfung ohnehin anbieten muss, noch für die Fakultäten.

**Abg. Dr. Dieter Thomae** (FDP): Hier ist außer den Krankenkassen kein Vertreter, der die Stichtagsregelung ablehnt. Meine zweite Frage würde ich gern der Bundesärztekammer stellen: In Ihrer Stellungnahme plädieren Sie dafür, die Approbationsordnung für Ärzte an das Behindertengleichstellungsgesetz anzupassen. Welche Regelungen sind erforderlich, um dies zu realisieren?

**SV Prof. Dr. Ingo Flenker** (Bundesärztekammer): Die Frage nach den notwendigen Änderungen für eine Gleichstellung kann ich ad hoc nicht beantworten. Dafür ist mir das Behindertengesetz nicht ausreichend bekannt.

**Abg. Dr. Dieter Thomae** (FDP): Ich plädiere dafür, dass der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung das schriftlich bekommt.

Im Grunde genommen sind alle entscheidenden Fragen besprochen. Eine weitere Frage geht an Herrn Strehl bezüglich der Kostenseite der Ausbildung der jungen Mediziner an den Universitäten. Können Sie das ein bisschen präzisieren?

**SV Rüdiger Strehl** (Verband der Universitätsklinika Deutschlands): Die Reform im Gesundheitswesen weicht diese strikte Auftrennung stationärer Vertragsärzte entscheidend auf. Es wird neue Segmente nicht-stationärer Art im Krankenhaus geben, die von den Zulassungsbedingungen her Facharztstandard voraussetzen und streng unter ökonomischen Ge-

sichtspunkten geführt werden. Zunehmend bieten sich Chirurgen im Sinne einer „Medizinerfabrik“ für nur wenige Eingriffe an. Dadurch wird das Gesundheitsmodernisierungsgesetz zwar betriebswirtschaftlich optimiert, aber zu Lasten des ärztlichen Nachwuchses gehandelt, da es dann keinen Anreiz mehr gibt, Weiterbildungsaufgaben zu erfüllen. Ein ähnlich geartetes Problem gibt es in Amerika: Dort ist der Anreiz, in den stark ökonomisch arbeitenden Krankenhäusern Berufsanfänger einzusetzen, nur über einen 5 %- bis 8 %-igen Zuschlag erreicht worden. Davor hat man über vier, fünf Jahre das Problem gehabt, dass sich keiner mehr der Aufgabe zur Weiterbildung stellen wollte. Es ist ein Fehler der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, weder für Ausbildungsstätten noch für Tumorzentren, bisher eine Zu- oder Abschlagsregelung für Ärzte in der Weiterbildung zustande zu haben. Die Häuser mit einem hohen Anteil an Weiterbildungsassistenten müssten einen finanziellen Anreiz bekommen. Sonst wird das System irgendwann darunter leiden, dass es nicht ausreichend Anfängerstellen gibt und als Folge dann auch keine ausgebildeten Anfänger mehr.

**SV Dr. Frank U. Montgomery** (Marburger Bund): Laut Statistiken findet eine Verschiebung hin zu weitergebildeten Ärzten statt, während es zunehmend schwierig ist, ärztliche Berufsanfänger zu finden. In der Vergangenheit standen 12.000 Berufsanfänger dem Markt zur Verfügung und heute sind nur noch zwischen 6.000 und 7.000 bereit, eine kurative Tätigkeit aufzunehmen. Das hat sicherlich etwas mit finanziellen Anreizen zu tun. Es ist ganz entscheidend, dass diese finanziellen Anreize nicht bei den Krankenhäusern verbleiben, sondern bei den jungen Ärzten im Sinne einer dramatischen Einkommensverbesserung ankommen.

Vorsitzender **Klaus Kirschner** (SPD): Könnten Sie sich vorstellen, dass ein Teil des finanziellen Anreizes die jungen Ärzte bekommen, während der andere Teil bei den weiterbildenden Krankenhäusern verbleibt? Diese Frage müsste genau geprüft werden.

Ende der Sitzung: 14.25 Uhr