



Foto: Michaela Kabon

Die Ärztekammern in Rheinland-Pfalz müssen eine zeitgemäße Restrukturierung erfahren

Um von vornherein klarzustellen und Missverständnissen vorzubeugen: die Selbstverwaltung der Freien Berufe – mithin die ärztliche Selbstverwaltung – sind nach gängigem Rechtsverständnis kein Relikt der Vergangenheit, sondern eine wesentliche Errungenschaft unserer freiheitlich-demokratischen Grundordnung. Niemand möchte deren Stellenwert herabsetzen. Im Gegenteil. Grundsätzlich ist die gesundheitspolitische Einbindung der Ärzteschaft „die Voraussetzung für eine medizinisch-wissenschaftliche, qualitativ hochwertige, auf ethischen Normen und Werten beruhende, verantwortliche und patientenorientierte Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung“, heißt es in der Essener Resolution des Deutschen Ärztetages 2023, welche von mir als damaligem Vizepräsidenten der Bundesärztekammer wesentlich mitverfasst und mitverantwortet wurde.

Weshalb also Restrukturierung der Ärztekammern in Rheinland-Pfalz? Hier lohnt ein Blick in die Historie. Die jetzigen administrativen Gegebenheiten resultieren aus der Zeit der französischen Besatzungszone nach dem Zweiten Weltkrieg. Beispiel Trier: im Juli 1945 gründete sich die „Ärztevereinigung für den Regierungsbezirk Trier“. Am 21.09.1945 konstituierte sich die Vertreterversammlung der Bezirksvereinigung Trier und es fand eine Vorstandswahl statt. Die Aufsicht hatten die Bezirksregierung und die französische Militärregierung. Ähnlich verhält es sich mit den anderen Bezirkskammern. Die Gründung der Landesärztekammer erfolgte erst 1949 auf der Grundlage des landeseigenen Kammergesetzes. Daneben blieb aber die Bezirkskammer Pfalz aufgrund einer Entscheidung der Militärregierung von 1946 Körperschaft des Öffentlichen Rechts. Das hatte zur Folge, dass letztlich fünf administrative Einheiten mit eigenem und teilweise unterschiedlichem Verwaltungshandeln und Zuständigkeiten im Land vorhanden waren und somit bis heute fünf Körperschaften des Öffentlichen Rechts im Lande unterwegs sind.

Die bestehenden Verwaltungsstrukturen stoßen angesichts der heutigen rechtlichen, technischen und organisatorischen Anforderungen zunehmend an ihre Grenzen.

Vor dem Hintergrund, dass eine unserer zentralen Forderungen an die Politik ein signifikanter und spürbarer Bürokratieabbau ist, sollten wir uns als Ärzteschaft im eigenen Beritt dieser Diskussion nicht entziehen. Wirtschaft und Verwaltung müs-

sen entlastet werden, um den Standort Deutschland zu stärken und Verfahren zu beschleunigen. Maßnahmen umfassen die Digitalisierung von Verwaltungsleistungen, die Reduzierung von Berichtspflichten und die Senkung des Erfüllungsaufwands. Das gilt auch für uns.

Wir halten fünf Vertreterversammlungen mit insgesamt circa 230 Delegierten vor. Dazu kommen deckungsgleiche entsprechend kleinteilige Ausschüsse. Das bedeutet, dass fünf Haushalte zu erstellen sind, die von unterschiedlichen Wirtschaftsprüfern testiert werden müssen und unterschiedlichen Behörden zur Genehmigung vorzulegen sind. Rechtsaufsicht des Landes und der Bezirke sind unterschiedlich verortet: hier das zuständige Ministerium, dort das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung. Die Aufgabenverteilung von Land und Bezirken ergibt sich häufig aus historisch gewachsenen Strukturen oder informellen Absprachen zwischen den Kammern. In einigen Bereichen bestehen Überschneidungen der Zuständigkeit. Teilweise wurden diese Abgrenzungen durch Vereinbarungen konkretisiert, jedoch selten verschriftlicht. Eine Übersicht aller bestehenden Absprachen liegt nicht vor. Die Hauptsatzungen der Landes- und Bezirkskammern sehen keine Regelungen zur kontinuierlichen Zusammenarbeit untereinander vor.

Zum Vergleich: Die Vertreterversammlung der Ärztekammer Nordrhein vertritt 72.000 Mitglieder, also dreimal so viele wie in Rheinland-Pfalz, und umfasst 121 Delegierte. Die Kammerversammlung in Niedersachsen mit 61 Delegierten vertritt 46.000 Mitglieder. Außerhalb der Vertreterversammlung im Land (mit 80 Delegierten auch nicht wenig) ist für mich aus den Vertreterversammlungen der Bezirke kein politischer Impetus im Sinne eines politischen Impulses nach außen spürbar. Die Vielzahl der Strukturen erschwert es zunehmend, gesundheitspolitische Positionen schnell, einheitlich und mit der notwendigen Durchschlagskraft in den politischen und medialen Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozess einzubringen und nach außen zu vertreten.

Wir leisten uns mehrstufige Konvergenzverfahren (zunächst Bezirk, danach Land, in der Regel mit demselben Ergebnis) zum Beispiel bei der Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis, weil ja fünf Weiterbildungsausschüsse am Start sind. Das verzögert den Bescheid für die Antragsteller signifikant. Dauer: mindestens sechs Monate, in der Regel neun Monate. Dadurch entsteht eine hohe Unzufriedenheit. Die überparteiliche Initia-

tive für einen handlungsfähigen Staat (*Julia Jäkel, Thomas de Maizière, Peer Steinbrück und Andreas Voßkuhle haben sich mit der Frage beschäftigt, welche Weichen gestellt werden müssen, damit Staat und Gesellschaft die notwendigen großen Veränderungen anstoßen und bewältigen können*) schlägt in diesem Kontext Genehmigungsfiktionen vor, wenn nicht binnen einer vorgegebenen Frist eine Entscheidung vorliegt.

Wir sind rechtlich an eine doppelte Beitragsveranlagung gebunden. Das bedeutet zwei getrennte Bescheide für Bezirk und Land. Für Ärztinnen und Ärzte, die aus anderen Bundesländern oder aus dem Ausland zu uns kommen, ist dieser Umstand kaum erklärbar. Wenigstens ist es nach mehreren Anläufen, die viele Jahre zurückreichen und regelmäßig scheiterten, gelungen, die Beitragserhebung zumindest teilweise zu harmonisieren. In drei von fünf Kammern existierte ein statusbezogener Kammerbeitrag, der ordnungspolitisch aus den 1950er Jahren stammte und als rückwärtsgewandtes Alleinstellungsmerkmal in der deutschen Kammerwelt galt.

Wir fordern mehrfaches Meldewesen: Beispielhaft macht ein Arzt aus Rheinhessen zusätzliche Notdienste in der Pfalz. Das bedeutet, dass er sich zusätzlich in der Pfalz anmelden muss, sonst droht ein Ordnungsgeld.

Wir sind mit doppelten Stellungnahmeverfahren im Berufsrecht und bei Patientenbeschwerden konfrontiert: Anhörung des Arztes zunächst im Bezirk, danach gleiche Prozedur im Land. Dauer in der Regel mindestens sechs Monate bis eine Entscheidung getroffen wird. Für anfragende Patientinnen und Patienten schwer vermittelbar.

Die einzelnen Kammern haben aufgrund der individuellen organisatorischen Anforderungen und unterschiedlichen Investitionszeitpunkten regional eigenständige Verwaltungssysteme aufgebaut. Diese heterogene Entwicklung hat eine umfassende technische Zusammenarbeit regelmäßig erschwert oder sogar verhindert. Durch die immer komplexer werdenden rechtlichen Anforderungen und das gewachsene Aufgabenspektrum wirken diese Modalitäten wie entkoppelt von der Realität und erschweren eine zeitgemäße Digitalisierung der Verwaltungsvorgänge und damit einhergehend ein konkludentes Verwaltungshandeln. Ein gemeinsamer IT-Dienst aller fünf Kammern existiert nicht. Den künftigen Anforderungen einer weiter aufwachsenden digitalen Welt können wir unter diesen Voraussetzungen nicht gerecht werden.

Die Ärzteschaft erwartet ein harmonisiertes und transparentes administratives Vorgehen

Nach den bestehenden Hauptsatzungen der Landes- und Bezirksärztekammern ist keine Regelung zur kontinuierlichen Zusammenarbeit vorgesehen. Im Rahmen des kodifizierten Aufgabenrahmens ist es den Kammern möglich nicht nur fachliche, sondern auch organisatorisch autonome Entscheidungen zu treffen. Ein Beispiel: Die Facharztprüfung kostet in der Pfalz 150 Euro, in Trier und Koblenz 200 Euro, in Rheinhessen dagegen 0 Euro. Für Betroffene ist das wenig nachvollziehbar. Noch deutlicher werden die regionalen Unterschiede im Rahmen der MFA-Ausbildung. Es gibt je nach Bezirk verschiedene Vertragsmuster und Formulare. Das Vorgehen bei Prüfungen ist disparat, Zulassungsvoraussetzungen und

deren Prüfmaßstab unterscheiden sich deutlich (Hospitationen, Fortbildungen, überbetriebliche Ausbildung). Es werden unterschiedliche Verwaltungsprogramme genutzt, es gibt verschiedene Außenauftritte mit abweichendem Inhalt.

Die Fachebene ist regelmäßig bemüht, sich an anderen Kammern zu orientieren. Sie scheitert aber regelmäßig mit ihren Bemühungen um einheitliche Prozessvorgaben an nicht ausräumbaren Unterschieden hinsichtlich Organisation, IT-Inkongruenz und erstarrten ehrenamtlichen Standpunkten.

Es gibt keine gemeinsame Webpräsenz. Damit wird für Außenstehende kein landesweit wirksamer ärztlich grundierter Corporate-Identity-Gedanke sichtbar. Jede Kammer hat einen eigenen Auftritt mit unterschiedlicher Optik und teilweise abweichenden Inhalten.

Durch die Vielzahl der gesetzlichen Vorschriften in den letzten beiden Dekaden sind die einzelnen Kammern zunehmend mit dem Problem konfrontiert, dass einzelne Projekte, die einen IT-Hintergrund mit kontinuierlicher Weiterentwicklung benötigen, nicht autonom in jeder Kammer aus den unterschiedlichsten Gründen zu realisieren sind. Dasselbe gilt für die Transposition von Gremienbeschlüssen der Bundesebene, die in einem volatilen gesundheitspolitischen Umfeld immer mehr an Bedeutung gewinnen und dadurch in Rheinland-Pfalz nur mit erheblichem zeitlichen Verzug umgesetzt werden können.

„Einfach machen – Selbstverwaltung der Zukunft“

So lautete das Thema der diesjährigen Dialogveranstaltung für junge Ärztinnen und Ärzte im Vorfeld des Deutschen Ärztetages. Unsere rheinland-pfälzischen Strukturen sind aber alles andere als einfach. Es geht auch um die Nachwuchsgewinnung für die ärztliche Selbstverwaltung. Um bei der Gestaltung des Gesundheitssystems und der Patientenversorgung weiterhin eine tragende Rolle zu spielen, muss die Selbstverwaltung zukunftsfest gemacht werden. Dazu ist es unerlässlich, die nächste Generation von Ärztinnen und Ärzten in unsere Strukturen einzubeziehen. Mit den sogenannten Generationen Y und Z rücken Ärztinnen und Ärzte mit den Geburtsjahren 1981 bis 1996 beziehungsweise 1997 bis 2012 in den Beruf. Wenn wir diesen Generationenwechsel nutzen und die jungen Ärztinnen und Ärzte für ein Engagement in den Gremien der Selbstverwaltung gewinnen wollen, müssen wir uns auch mit deren Erwartungen an die Selbstverwaltung auseinandersetzen. Denn ärztliche Selbstverwaltung ist weit mehr als Gremienarbeit – sie ist Ausdruck professioneller Verantwortung für die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit.

Wie könnte eine Neustrukturierung ausgestaltet werden?

Die Notwendigkeit einer umfassenden Verwaltungsreform im Land hat Rheinland-Pfalz vor mehr als 25 Jahren erkannt und umgesetzt. Am 1. Januar 2000 wurden die Regierungsbezirke aufgelöst. Die Verwaltungsaufgaben übernehmen seitdem die Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion (ADD) sowie die Struktur- und Genehmigungsdirektion Nord beziehungsweise Süd (SDG), um die Verwaltung zu modernisieren, effizienter zu gestalten und Kosten zu sparen. Die Auflösung der Mittelbehörden zielte darauf ab, Verwaltungswege zu verkürzen und Bürokratie abzubauen. Auch die Kassenärztliche Vereinigung

hat einen ähnlichen Reformprozess hinter sich. Aus vier Regional-KVen wurde am 01.01.2005 aufgrund des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) aus 2002 eine Institution, die der Gesetzgeber vorgegeben hatte. Diese Struktur hat sich bewährt und trotz Verschlankung genügend Freiräume für ehrenamtliches Engagement behalten. Die Ärztekammern sind somit in der Rolle eines Restanten, der irgendwann gesetzestechnisch ebenfalls eine Verwaltungsreform erfahren wird.

Natürlich wollen wir weiterhin regional unterwegs sein. Die bestehenden Verwaltungsstrukturen mit ihren verwaltungstechnischen Aufgaben sollten bestehen bleiben. Beispiel Weiterbildungsbefugnisse: Die Anträge würden regional vorbereitet, gehen nach Mainz und werden dort vom Weiterbildungsausschuss der Landesärztekammer ohne mehrstufige Konvergenz zeitnah entschieden. Die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Bezirken werden alle gebraucht. Darüber hinaus könnten die Bezirksstandorte in Kompetenzzentren umgewandelt werden, Stichwort Effizienzsteigerung. Wir hätten die Möglichkeit, Aufsichtsaufgaben, Aufgaben mit einem hohen Spezialisierungsgrad juristisch zu zentrieren. Denn an allen Standorten haben wir juristische Kompetenz.

Die heute bestehenden Strukturen wären ohne das außergewöhnliche Engagement der haupt- und ehrenamtlich Tätigen in den Bezirksärztekammern über Jahrzehnte hinweg nicht tragfähig gewesen. Dieses Engagement verdient ausdrücklichen Respekt und große Dankbarkeit. Die anstehende Neustrukturierung ist daher keine Kritik an den handelnden Personen oder ihrer Arbeit, sondern Ausdruck veränderter rechtlicher, technischer und organisatorischer Rahmenbedingungen. Die Strukturen der Bezirke sollten daher den Anforderungen an eine moderne Administration entsprechend überarbeitet und angepasst werden.

Und die nach wie vor vorhandene regionale Präsenz bedeutet natürlich auch, dass sich niemand, der in Trier weitergebildet wurde, nach Mainz zur Facharztprüfung auf den Weg machen muss. Dazu brauchen wir aber keine fünf Körperschaften mit den oben beschriebenen Problemen. Es reicht eine. Die ärztliche Selbstverwaltung muss dauerhaft in der Lage bleiben, ihre gesetzlichen Aufgaben effizient, rechtssicher, transparent und digital anschlussfähig wahrzunehmen.

Es würden meiner Meinung nach Bezirksstellen im Sinne von regionalen Verwaltungseinheiten wie zum Beispiel in Westfalen-Lippe oder Niedersachsen völlig ausreichen. Diese könnten ehrenamtlich von interessierten Kolleginnen und Kollegen begleitet werden. Die Organisation von Qualitätszirkeln oder Fortbildungen könnte ebenfalls regional erfolgen. Dafür braucht es keinen Behördenstatus.

Die Reform richtet sich ausdrücklich nicht gegen die regionale Verankerung ärztlicher Selbstverwaltung. Im Gegenteil: Die regionale Präsenz, die Nähe zu den Mitgliedern und das über Jahrzehnte gewachsene Engagement vor Ort bleiben unverzichtbarer Bestandteil der ärztlichen Selbstverwaltung in Rheinland-Pfalz.

Und die Versorgungseinrichtungen Koblenz und Trier?

Die Mitglieder der Bezirkskammern Pfalz und Rheinhessen sind per Staatsvertrag der Bayerischen Ärzteversorgung zuge-

ordnet. Aber wie verhält es sich mit den Versorgungseinrichtungen in Koblenz und Trier?

An deren Status würde sich nichts ändern. Im Gegenteil: parallel zur Kammerwahl könnten die Mitglieder der Hauptversammlungen gewählt werden. Das würde sogar dahin führen, dass sich nur solche Kolleginnen und Kollegen zur Wahl aufstellen lassen, die auch wirklich an der Entität Versorgungseinrichtung interessiert sind und im besten Falle über eine entsprechende Expertise verfügen. Das Narrativ, welches besagt, dass zum Erhalt der Versorgungseinrichtungen unbedingt der Körperschaftsstatus der Kammern Koblenz und Trier erforderlich ist, lässt sich nicht aufrechterhalten. Aber dazu verweise ich auf den Beitrag von Herrn Prof. Dr. Karsten Scholz, der als ehemaliger Leiter der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer als einer der kompetentesten Juristen in Fragen des Kammerrechts in Deutschland gilt.

Fazit:

Ich kann all diese Gedanken deshalb äußern, weil ich beide Perspektiven aus eigenem Erleben als ehemaliger Vorsitzender eines Bezirkes und als Präsident im Land gut kenne und daher beurteilen kann. Ich bin mit diesen Überlegungen auch nicht alleine. Viele Kolleginnen und Kollegen aus allen Versorgungsebenen in allen Bezirken teilen diese Auffassung. Lassen Sie uns zum Wohle unserer ärztlichen Selbstverwaltung gemeinsam neue Wege erkunden, die dann von uns entwickelt werden und unsere Handschrift tragen! Es geht um eine konstruktive und ergebnisoffene Diskussion. Gerade deshalb sollten wir die notwendigen Veränderungen aktiv und eigenverantwortlich gestalten, damit die zukünftigen Strukturen weiterhin die Handschrift der ärztlichen Selbstverwaltung in Rheinland-Pfalz tragen.

An dieser Stelle möchte ich betonen, dass es mir zum Ende meiner Amtszeit wichtig wäre, dass Sie sich an dieser Diskussion beteiligen. Leserbriefe oder Mails sind daher sehr willkommen.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Günther Matheis

Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Leserbriefe zu diesem und anderen Themen des Ärzteblatt Rheinland-Pfalz können Sie per E-Mail an presse@laek-rlp.de einreichen. Die Redaktion behält es sich zudem vor, Leserbriefe zu kürzen. Anonyme Zusendungen finden keine Beachtung. Bei Nennung des Namens gegenüber der Redaktion kann aber in Einzelfällen eine anonyme Veröffentlichung erfolgen.