

Abschaffung des AiP

Auswirkungen und Konsequenzen aus der Novellierung der Approbationsordnung

Der Status „Arzt im Praktikum“ (AiP) wurde zum 1. Oktober 2004 abgeschafft. Die entsprechende Änderung der Bundesärzterordnung (BÄO) war am 6. Mai 2004 im Bundestag beschlossen worden und hatte am 11. Juni 2004 den Bundesrat passiert.

Einführung und Abschaffung des „Arztes im Praktikum“ (AiP) demonstrieren, wie der Gesetzgeber die jeweilige ärztliche Ausbildungssituation als ökonomisches Steuerungsinstrument genutzt hat.

Die AiP-Phase (Dauer anfangs 24 Monate, später 18 Monate) war zum 1. Juli 1988 mit dem Ziel eingeführt worden, die praktischen Fähigkeiten junger Ärzte zu verbessern (offizielle Begründung). Sie diente aber vor allem dazu, die damalige „Ärztenschwemme“ zu kanalisieren. Da sich inzwischen in vielen Bereichen ein Ärztemangel andeutet (unter anderem durch Abwanderung von Absolventen in andere Berufsfelder oder ins Ausland), war dies politisch nicht mehr notwendig. Außerdem wurde argumentiert, dass die ärztliche Ausbildung inzwischen u. a. durch die neue Approbationsordnung (am 1. Oktober 2003 in Kraft getreten) modernisiert worden sei und die Ausbildung mehr praktische Belange berücksichtige. Die jetzigen Absolventen haben von diesen Verbesserungen aber während ihres Studiums noch nicht profitieren können.

Das Bundesgesundheitsministerium teilte am 11. Juni 2004 mit: „Die Medizinstudenten erhalten künftig ihre Approbation unmittelbar nach Beendigung ihres Studiums und können dann sofort mit der Weiterbildung zum Facharzt beginnen.“

Für alle Absolventen, die ihr AiP vor dem 1. Oktober 2004 begonnen haben, endet das Praktikum zum Stichtag. Danach sind sie automatisch Assistenzärztinnen und Assistenzärzte mit entsprechender Vergütung. Die Abwicklung bestehender Arzt-im-Praktikum-Verträge sollten die betroffenen Ärztinnen und Ärzte mit ihren Arbeitgebern klären.“

„Aufgrund der Neuregelung werden die rund 13 300 Jungmediziner in Deutschland künftig wie Assistenzärzte bezahlt, ihr monatliches Bruttoeinkommen steigt von 1000 auf 2500 bis 3000 Euro.“ (FAZ, 8. 5. 2004). Daraus



Prof. Dr. Peter Wunderlich

wurden Mehrkosten von 300 Millionen Euro jährlich für die Krankenhäuser errechnet. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt betonte, die Abschaffung des AiP verbessere das Einkommen der Berufseinsteiger und erhöhe dadurch die Attraktivität des Arztberufes. Durch die Bereitstellung von jährlich 300 Millionen Euro sowie 75 Millionen Euro mit der Gesundheitsreform noch im Jahre 2004 ist sichergestellt, dass die Krankenhäuser junge Ärzte künftig angemessen vergüten können.

Grundsätzlich haben alle bisherigen Absolventen des Medizinstudiums – unabhängig vom Zeitpunkt des 3. Staatsexamens – den Anspruch auf Erteilung einer Ärztlichen Approbation zum 1. Oktober 2004. Damit haben sie zugleich Anspruch auf eine Beschäftigung als Assistenzärzte. Die **rechtlichen Folgen** sind im Deutschen Ärzteblatt vom 2. Juli 2004 (Seite C 1608) erörtert worden.

Konsequenzen für Medizinstudenten

In Zukunft werden sowohl der klinische Studienabschnitt als auch das „Praktische Jahr“ (das 6. Studienjahr) an Bedeutung gewinnen. Die praktischen Fähigkeiten müssen schon in dem klinischen Studienabschnitt gelehrt, geübt und auch geprüft werden, womit den Universitätskliniken, den Akademischen Lehrkrankenhäusern und Lehrpraxen die Hauptverantwortung zukommt. Für das „Praktische Jahr“ bedeutet dies zugleich erhöhte Verpflichtungen für die Universitätskliniken, Akademischen Lehrkrankenhäuser

und Lehrpraxen, der Vermittlung dieser Fertigkeiten und der Kontrolle ihres Erwerbs, erhöhte Aufmerksamkeit zu geben.

Konsequenzen für junge Ärzte

Es ist erfreulich, dass es in Zukunft keine jungen Ärzte mehr geben wird, die in einer unklaren Position – kein Student mehr, aber noch kein Arzt – für eine geringe Vergütung untergeordnete, unselbständige Tätigkeiten im Krankenhaus oder der Arztpraxis ausführen. Bisher hatten die AiP nur eine beschränkte, das heißt befristete Erlaubnis nach § 10 Abs. 4 der BÄO. Sie sollten unter der Aufsicht von Ärzten im Sinne einer kollegialen Supervision tätig werden. Das bedeutete zwar nicht, dass bei jeder ihrer Tätigkeiten der ausbildende Arzt anwesend sein musste. Den AiP durften Tätigkeiten zur eigenverantwortlichen Ausübung übertragen werden, die sie nach dem Stand ihrer Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen ordnungsgemäß verrichten konnten. Aber davon musste sich der aufsichtsführende Arzt zuvor überzeugen.

Es war aber vielfach gängige Praxis, dass AiP als vollwertige Arbeitskräfte eingesetzt wurden. Mit der Erteilung der Approbation sind junge Ärzte in Zukunft unmittelbar nach dem Studium von Anfang an „richtige“ Ärztinnen bzw. Ärzte mit allen sich daraus ergebenden Verpflichtungen, vor allem mit einer vollen Verantwortung für ihre Entscheidungen und ihr Handeln. Von ihnen kann künftig auch sofort eine volle Leistung erwartet werden. Sie werden unter Umständen nach nur kurzer Einarbeitung unter fachärztlicher Supervision

- Bereitschafts- und Nachtdienste,
- Tätigkeiten als Stationsärzte oder die
- Leitung einer Ambulanz

übernehmen müssen. Sie müssen sich eigenverantwortlich darum bemühen, dass sie diesen erhöhten Anforderungen auch genügen können.

Anrechnung von Weiterbildungszeiten

Die Approbation legitimiert den Arzt zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit, unabhängig davon, ob dies zum Zwecke der Weiterbildung oder im Rahmen einer Erwerbstätigkeit geschieht. Insoweit ist also die Beschäftigung des „im Weiterbildungssinne sachgrundlosen Assistenzarztes“, also des Assistenzarztes, der weder in Weiterbildung befindlich noch Facharzt ist, in vollem Umfang möglich.

Entscheidend für die Anrechnung von ärztlicher Tätigkeit für die Weiterbildung ist, ob während der Tätigkeit des approbierten Arztes Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte gem. § 4 Abs. 1, 4 i. V. m. Anlage 1 und 2 der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer erfüllt werden oder nicht. Es ist insoweit nicht entscheidend, ob der Arzt zum Zwecke der Weiterbildung eingestellt wird, sondern ob diese Tätigkeit unter verantwortlicher Leitung der hierzu befugten Ärzte an einer Weiterbildungsstätte die Qualifikationsinhalte der Weiterbildung erfüllt.

Sicherlich sollte die Anstellung als Assistenzarzt zum Zwecke der Weiterbildung das primäre Ziel des „frisch“ approbierten Arztes sein. Jedoch hat der approbierte Arzt selbst Sorge dafür zu tragen, dass seine ärztliche Tätigkeit den Anforderungen der Weiterbildungsordnung genügt, wenn er eine Facharztanerkennung begehrt.

Konsequenzen für Arbeitgeber/Klinikleitungen

Bei der Einstellung von Absolventen unmittelbar nach der Approbation muss in Zukunft berücksichtigt werden, dass diesen nun die Erfahrungen der bisherigen 18 Monate AiP-Zeit fehlen werden. Deshalb sollten die Klinikleitungen allen Absolventen für wenigstens die ersten drei bis sechs Monate eine klar strukturierte klinikinterne Einarbeitung ermöglichen, um ihnen den Übergang in die ärztliche Tätigkeit zu erleichtern. Außerdem sollte jeder Absolvent einem bestimmten erfahrenen Kollegen (Facharzt, Oberarzt) zu geordnet werden, der ihm Anleitung und Unterstützung geben kann.

Finanzierung der Mehrkosten

Mit Erhalt der Approbation sind die Assistenzärzte nach BAT-Ost oder entsprechenden Haustarifverträgen als Assistenzärzte zu entlohnen. Die dadurch entstehenden Mehrkosten werden von den Krankenkassen zusätzlich bereitgestellt und müssen von den Krankenhäusern bei den Krankenkassen angefordert werden.

Die Finanzierung der Mehrkosten durch Abschaffung der AiP-Phase wurde bereits im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003 (Artikel 14

Nr. 1 Buchstabe b, Artikel 15 Nr. 2 Buchstabe b und Nr. 5) durch Regelungen in der Bundespflegesatzverordnung und des Krankenhausentgeltgesetzes gesichert. Krankenhausträger können aus dieser Regelung gegenüber den Kostenträgern Budgetzuschläge beanspruchen, um AiP-Stellen in Assistenzarztstellen mit entsprechender Vergütung umzuwandeln.

Dem Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. Seite 1461) wurde im § 4 Absatz 14 angefügt:

„(14) Mehrkosten im Falle der Abschaffung des Arztes im Praktikum werden in den Jahren 2004 bis 2006 außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 finanziert. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Vomhundertsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der Mehrkosten einerseits sowie der Summe aus Erlösbudget und Erlössumme nach § 6 Abs. 3 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Der Zuschlag ist in der Rechnung des Krankenhauses mit dem Zuschlag nach Absatz 13 zusammenzufassen.“

Die Finanzierung über das Jahr 2006 hinaus ist in dem, dem § 10 angefügten Absatz 7, geregelt:

„(7) in den ab dem 1. Januar 2007 geltenden Basisfallwert sind Mehrkosten im Falle der Abschaffung des Arztes im Praktikum in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 14 insgesamt abgerechneten Zuschläge einzurechnen. Absatz 4 gilt insoweit nicht.“

Bei Einhaltung und Ausschöpfung dieser gesetzlichen Möglichkeiten dürfte die Abschaffung des AiP in geordneter Bahn verlaufen. Der Sächsischen Landesärztekammer sind bisher auch keine gravierenden Verstöße oder Schwierigkeiten bekannt geworden.

Prof. Dr. Peter Wunderlich
Vorsitzender des Ausschusses
„Ärztliche Ausbildung“