

23. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden
25. September 2004

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer waren 23 Vorsitzende der Sächsischen Kreisärztekammern, der Vorstand, die Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer und Gäste gefolgt.

Die Sitzung der Kreisärztekammervorsitzenden war von einer Themenvielfalt geprägt, welche von der aktuellen Politik über die Berufsordnung bis hin zum elektronischen Arztausweis reichte.

Gesundheitspolitik

Prof. Dr. Schulze erläuterte die aktuellen Entwicklungen und Erfahrungen nach dem Start der Gesundheitsreform. Spürbar sind die zurückgehenden Patientenzahlen in der Niederlassung. Gleichzeitig haben die Krankenkassen bis Juni 2004 2,42 Milliarden Euro Überschuss erzielt, ohne diesen an die Patienten in Form von Beitragsenkungen weiter zu geben. Die in der Gesundheitsreform vorgesehenen neuen Versorgungskonzepte kommen nur schleppend zur Umsetzung.

Abbau der Bürokratie

Unter dem Stichwort Bürokratie machte der Präsident die Intention der Sächsischen Landesärztekammer sehr deutlich, den eingeleiteten Prozess des Bürokratieabbaus in der ärztlichen Versorgung weiter voran zu bringen. Dazu diente auch die Zuarbeit an das Sächsische Staatsministerium für Soziales (SMS) Anfang August. Diesem wurde eine umfangreiche Sammlung an Dokumenten und Kritikpunkten übergeben, welche zuvor von Ärzten nach Aufforderung der Selbstverwaltung zugearbeitet worden sind. In einer Auflistung von besonders aufwendigen Dokumentationsverfahren sind die DRG genauso zu finden wie die DMP. Weiterhin wurden einzelne Formulare benannt, welche offensichtlich in Umfang und Nutzen nicht sinnvoll erscheinen.

Ärztemangel

Ein bestehender oder zu erwartender Ärztemangel wird von 80 Prozent der Kreisärztekammern signalisiert. Deshalb werden von der

Politik endlich Lösungskonzepte erwartet. Die Sächsische Landesärztekammer war in den letzten zwei Jahren an den drei Arbeitsgruppen des SMS beteiligt, welche Vorschläge erarbeiten sollten. Diese liegen seit geraumer Zeit auf dem Tisch, wurden aber nur im Ansatz umgesetzt. Zu nennen ist die Erhöhung der Weiterbildungsstellen Allgemeinmedizin auf 150 ab kommenden Jahr. Die Förderung übernehmen die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) und die Krankenkassen. Weiterhin ist eine Neuregelung der Anstellung von Ärzten in der Niederlassung geplant. Kritisiert wurde von den Kreisärztekammervorsitzenden die Einführung einer „Buschzulage“ für Ärzte, die eine unbesetzte Niederlassung übernehmen. Eine ungleiche Vergütung nach Ost- und Westniveau innerhalb eines Planungsbezirkes wirkt 15 Jahre nach der politischen Wende in Sachsen als ein Affront gegen die Ärzte, welche ihr Leben lang die Patientenversorgung unter schwierigen Bedingungen sicher gestellt haben.

Arbeitszeit im Krankenhaus

Eine EU-Kommission zur Überarbeitung der Arbeitszeitrichtlinie schlug vor kurzem eine Neuregelung des Bereitschaftsdienstes in Krankenhäusern vor. Geplant ist eine Teilung des Bereitschaftsdienstes in aktive und passive Phasen. Zur Arbeitszeit werden danach nur die aktiven Phasen gezählt und vergütet. Damit konterkariert sie ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes von 2003, welches von Deutschland erstritten wurde. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine ärztliche stationäre Tätigkeit steht in Frage, wenn der Vorschlag umgesetzt wird. Negative Auswirkungen sind für die ärztliche Nachwuchsentwicklung zu erwarten.

Aufgaben der Selbstverwaltung

Die Ärzteschaft muss auch in Zukunft definieren, was gute Medizin ist. Und in der Diskussion um die Reform der Krankenversicherung muss die Ärzteschaft das medizinisch Notwendige definieren, was durch die Versicherung abgedeckt werden soll.

Die Bundesärztekammer hat dazu zentrale Kriterien zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung entwickelt. Diese sind:

- Freie Arztwahl und Therapiefreiheit,
- Chancengleichheit beim Zugang zur Heilbehandlung,
- Definitionskompetenz der Ärzte für Qualität und Professionalität der medizinischen Versorgung,
- Wettbewerbsgleichheit der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser.

An Hand dieser Kriterien wird deutlich, dass weder Bürgerversicherung noch Kopfpause dem gerecht werden. Dagegen kann eine Weiterentwicklung des bestehenden gegliederten Krankenversicherungssystems durch Lösungsansätze für die Probleme der Zukunft bieten.

Diskussion

In der an das Referat sich anschließenden engagierten Diskussion wurde vor allem das Problem des Ärztemangels wiederholt angesprochen. PD Dr. habil. Peter Friedrich verwies auf sechs schließende Arztpraxen im Gebiet Torgau-Oschatz und die Schwierigkeit der verbliebenen Ärzte, eine Punktwert-erhöhung bei der KVS durchzusetzen. Negativ bewertet wurde von Herrn Dr. Gerhard Stollberg die Einführung des neuen EBM 2000+,



Prof. Dr. Jan Schulze, Präsident

weil dieser für ältere Kollegen erhebliche Probleme in der Anwendung mit sich bringe und zu mehr Bürokratie führe. Ein Vergleich zwischen einem Krankenhaus und einer Autowerkstatt durch den kaufmännischen Vorstand des Leipziger Universitätsklinikums wurde von allen Kreisärztekammervorsitzenden als patientenfeindlich abgelehnt. Menschen dürfen nicht zu Nummern in Regalen verkommen. Die Abschaffung der „Arzt im Praktikum“ (AiP) ist nach Meinung der meisten Kreisärztekammervorsitzenden scheinbar mit wenig Problemen verbunden. Die Vergütung der Assistenzarztstellen ist durch die Krankenkassen rückwirkend gesichert. Der Sächsischen Landesärztekammer sind bisher keine konkreten Fälle von AiP bekannt geworden, die keinen Anschlussvertrag erhalten haben. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bei etwaigen Problemfällen die KVS und die Krankenhausgesellschaft Sachsen als Ansprechpartner und Vermittler fungieren.

Herausbildung neuer Formen der medizinischen Versorgung nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

Dr. Stefan Windau, Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, stellte in seinem Referat die Entwicklung und den aktuellen Stand der neuen Formen in der medizinischen Versorgung vor. Ausgehend von dem politischen Prozess auf der Ebene der Europäischen Union, das Gesundheitswesen stärker als Markt und damit als wirtschaftlichen Raum zu begreifen, sind die Zielstellungen der neuen Formen mehr Wettbewerb, weniger Regulierungen und stärkerer wirtschaftlicher Druck. Ein solcher Wettbewerbsdruck wird nun zu-



Dr. Stefan Windau, Vizepräsident

sätzlich durch die deutsche Politik erzeugt, indem sie neben den bestehenden Versorgungsstrukturen neue Vertrags- und Versorgungsmodelle ausdrücklich zulässt. Diese stellen einen Angriff auf die Freiberuflichkeit des Arztes dar und drängen ihn in die Ebene des Gewerbetreibenden.

Medizinische Versorgungszentren

Die Bildung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist mittlerweile langsam in Gang gekommen. Das erste seiner Art ist in Schöneck im Vogtland an einer Klinik gebildet worden. In Rostock besteht ebenfalls ein großes Zentrum. Dieses gehört zu einem Großunternehmen, welches weitere Zentren in Deutschland gründen will. Dadurch entstehen mittelfristig „Versorgungsketten“ ähnlich wie bei Supermärkten. In Deutschland existieren heute 27 Versorgungszentren nach dem GMG, davon 19 allein in den alten Bundesländern. Der KVS liegen derzeit zehn konkrete Anträge und weitere zehn Anfragen für Sachsen vor.

Dass es in Ostdeutschland bisher so wenige MVZ gibt, ist dem Umstand geschuldet, dass viele Ärzte nicht in eine „Poliklinik“ wollen, weil sie diese Struktur kennen und nach der politischen Wende 1989 teilweise zwangsweise in die Niederlassung gedrängt wurden. Dennoch muss man immer wieder darauf hinweisen, dass die wirtschaftlichen und strukturellen Bedingungen für ein MVZ in Sachsen recht gut sind und es wichtig ist, dass Ärzte gegebenenfalls solche Zentren an geeigneten Standorten selbst bilden, damit nicht andere nichtärztliche Träger dem zuvor kommen.

Integrierte Versorgung

Die integrierte Versorgung war schon immer ein Bestandteil der kollegialen Zusammenarbeit. Der Gesetzgeber macht dagegen nun auch sektorenübergreifende Verträge möglich, die an der Selbstverwaltung vorbei geschlossen werden können. Das Risiko der Budgetverantwortung ist nur ein ungeklärter Punkt. Nach den ersten Erkenntnissen geht es den Krankenhäusern mit Interesse an Verträgen der integrierten Versorgung zuerst einmal um das eine Prozent der zusätzlichen Vergütung. Eine Qualitätsverbesserung ist nicht das vorrangige Ziel. In Sachsen gibt es gerade zwei Verträge.

Die Öffnung der Vertragsbeziehungen geschieht ganz bewusst und unter Relativierung oder Ausgrenzung der KVen. Dies führt mittelbar

zu mehr Einfluss der Berufsverbände. Die wiederum nur einige Arztgruppen vertreten. Diese Entwicklung wird mittelfristig Folgen für den Arzt als Freiberufler, aber auch für die körperschaftliche Struktur der verfassten Ärzteschaft haben. Andererseits ist es noch immer besser, wenn Berufsverbände Verträge schließen, statt der einzelne Arzt.

Ambulante Versorgung im Krankenhaus

Eine grundsätzliche Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung ist nach dem Willen des Bundesgesundheitsministeriums nicht möglich. Es dürfen nach dem Willen des Gesetzgebers nur Leistungen angeboten werden, die einen sehr speziellen Charakter haben oder wenn in der ambulanten Versorgung die Sicherstellung nicht gewährleistet werden kann.



Vorsitzende der Kreisärztekammern

In der Diskussion wurde noch einmal Bedeutung und Nutzen der Kassenärztlichen Vereinigungen betont. Die KVen dürfen nach Ansicht der Kreisärztekammervorsitzenden

nicht ausgehebelt werden. Die Vertragsärzte sollten sehr genau auf die Inhalte der Einzelvertragsangebote achten. Die Antworten der Selbstverwaltung auf die aktuellen Tendenzen müssen neben der Novellierung der Berufsordnung auch die Beratung der Ärzte vor Ort beinhalten. Zugleich muss eine langfristige Folgenabschätzung durch Sachverständige durchgeführt werden. Dafür läuft aber die Zeit davon. Eine Fremdbestimmung der Ärzteschaft ist schon heute spürbar.

Vorbereitung der Beschlussfassung über die Berufsordnung

Professor Dr. Wolfgang Saueremann, Vorsitzender des Ausschusses Satzungen
Die Liberalisierung der Vorschriften in der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer soll in Abstimmung mit allen deutschen Ärztekammern fortschreiten. Wir müssen uns dabei bewusst bleiben, dass wir bei der Gratwanderung zwischen Interessen des Arztes als „Unternehmer Arzt“ – Teilnehmer am Wettbewerb am „Gesundheitsmarkt“ auf der einen Seite – und dem „ärztlichen Berufsethos“ als individueller Diener am Patienten – damit Ablehnung eines Gewerbes des freien Arztberufs auf der anderen Seite – zunehmend als Berufsstand absturzgefährdet sind. Die zur Entscheidung anstehenden Änderungen der Berufsordnung betreffen zum einen Neuerungen zur Praxis, der Kooperationen und der Beschäftigungsart und zum anderen Regelungen, die den niedergelassenen Arzt im Wettbewerb mit den vom Gesetzgeber im SGB V vorgegebenen neuen Organisationsformen gleichstellen soll. Genauere Informationen können Sie unter den §§ 17, 18, 18a, 19, 23a, 23b, 23c und 23d der Berufsordnung [www.slaek.de] erhalten. Für die niedergelassenen Kollegen sicher viel, aber ein lohnender Aufwand.

Vorbereitung der Beschlussfassung über die Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat

Professor Dr. Otto Bach, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für Fort- und Weiterbildung
Fortbildung der Ärzte dient dem Erhalt und der kontinuierlichen Aktualisierung der fachlichen Kompetenz. Der § 95d des Gesundheitsreformgesetzes schreibt vor, dass Vertragsärzte alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen haben, dass sie dieser Fortbildungs-



Prof. Dr. Otto Bach

pflicht genügen. Aus dem § 137 SGB V leitet der Gemeinsame Bundesausschuss die Fortbildungsverpflichtungen auch für angestellte Ärzte ab. Der 31. Kammersammlung wird am 13. November 2004 eine neue Satzung für das Fortbildungszertifikat vorgelegt, die sich ganz an die Mustersatzung der Bundesärztekammer anlehnt. Das Zertifikat ist künftig die wesentliche Fortbildungsdokumentation, die der Arzt nach § 95d GMG vorlegen muss. Der Arzt ist in der Wahl der Art seiner Fortbildung frei. Ein Fortbildungszertifikat wird erteilt, wenn der Arzt innerhalb eines der Antragstellung vorausgehenden Zeitraums von fünf Jahren Fortbildungsmaßnahmen abgeschlossen hat, welche in ihrer Summe 250 Punkte erreichen. Ein Arzt, der bereits ein Fortbildungszertifikat über den Zeitraum von drei Jahren bis zum 31. Dezember 2004 beantragt hat, kann das damit erworbene Drei-Jahres-Fortbildungszertifikat bis spätestens 31. Dezember 2006 unter Nachweis von 100 weiteren Fortbildungspunkten in ein Fünf-Jahres-Fortbildungszertifikat umwandeln lassen.

Einführung des elektronischen Arztausweises (HPC)

Professor Dr. Hildebrand Kunath, Institut für Medizinische Informatik und Biometrie, Universitätsklinikum Dresden
Dr. Günter Bartsch, Vorstandsmitglied, Leiter der Arbeitsgruppe Multimedia in der Medizin
Im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte zum 1. Januar 2006 beschlossen. Diese Karte wird nicht nur die bisherige Krankenversichertenkarte der 1. Generation

ablösen. Durch ihre Gestaltung als aktiver Computer sollen zum Beispiel das elektronische Rezept, die Speicherung von Notfalldaten oder Inhalte der persönlichen Krankenakte ermöglicht werden. Diese Funktionen werden erst realisiert, wenn den Ärzten und Apothekern der elektronische Heilberufsausweis (Health Professional Card, HPC) und ihren Einrichtungen eine betriebsbezogene Institutskarte (Security Modul Card, SMC) bereitgestellt wird. Beide Kartensysteme bilden Schlüsselemente der zukünftigen Telematik-Infrastruktur im deutschen Gesundheitswesen. Die Landesärztekammern haben beschlossen, Verantwortung für die Einführung einer bundeseinheitlichen HPC bis zum 1. 1. 2006 zu übernehmen. Sachsen ist durch gewonnene Erfahrungen im Modellprojekt SaxTeleMed sowie durch die Beteiligung an einem Modellversuch hierfür relativ gut gerüstet. Die Sächsische Landesärztekammer hat zur Unterstützung der HPC-Einführung in Sachsen eine Projektgruppe gebildet. Diese wird die sächsische Ärzteschaft über Fortschritte und Lösungswege informieren.



Dr. Henrik Ullrich ist vom Nutzen einer HPC überzeugt

Die Aufgaben und Ziele der Projektgruppe der Sächsische Ärztekammer als Zertifizierungsdiensteanbieter sind:

- Mitgestaltung der telematischen Verfahrensabläufe und Infrastrukturen im Gesundheitswesen,
- Förderung der Corporate Identity zwischen der Ärztekammer und ihren Mitgliedern,
- Unabhängigkeit von Dienstleistungspartner
- Wahrung der Berufsaufsicht und
- Einflussnahme auf Kosten und deren Verrechnung.

Prof. Dr. Winfried Klug
Knut Köhler, M.A.