

36. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur 36. Tagung am 19. März 2011 waren die Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden der Kreisärztekammern, Mitglieder des Vorstandes, Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer und Gäste gefolgt. Die Teilnehmer gedachten mit einer Schweigeminute der Opfer des verheerenden Erdbebens und der Tsunami-Katastrophe in Japan.

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

Tätigkeit der Kreisärztekammern

Zu Beginn der Sitzung dankte der Präsident den Vorsitzenden der Kreisärztekammern für ihre Tätigkeit im vergangenen Jahr. „In den Tätigkeitsberichten wird deutlich, wie wichtig die Kreisärztekammern für den regionalen ärztlichen Austausch sind.“, so Prof. Dr. Schulze.

Die Vorsitzenden der Kreisärztekammern berichten, dass sich durch die abgeschlossene Kreisreform Synergieeffekte ergeben haben. So ist die Vorbereitung von regionalen Veranstaltungen effektiver geworden und die Teilnehmerzahlen sind deutlich gestiegen. Immer mehr Kreisärztekammern veranstalten inzwischen regionale Ärztebälle (Dresden, Mittelsachsen, Zwickau, Sächsische Schweiz/Ostsachsen). Schwierigkeiten sehen die Vorsitzenden bei dem



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Erik Bodendieck, Dipl.-Med. Petra Albrecht (v.l.)

Kontakt zu den Senioren, da deren Anteil weiter steigt. Eine persönliche Gratulation, die Überreichung eines Präsentes und/oder die Überbringung von Glückwünschen durch einen ehrenamtlichen Mitarbeiter ist wegen des extrem hohen Zeitaufwandes und der großen Fahrstrecken kaum noch zu bewältigen. Hier müssen für einige Kreisärztekammern andere Lösungen gefunden werden.

Aktuelle Gesundheits- und Berufspolitik

Versorgungsgesetz

Anschließend ging der Präsident auf das vom Bundesgesundheitsministerium geplante Versorgungsgesetz ein. Dieses sieht insbesondere neue Regelungen zu folgenden Punkten vor:

- Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch eine kleinräumige Bedarfsplanung,
- Medizinische Versorgungszentren,
- ambulante spezialärztliche Versorgung,
- innovative Behandlungsmethoden,
- Zuweisung gegen Entgelt.

Viele Ansätze in diesem Versorgungsgesetz werden von Sachsen mitgetragen. Die Bundesländer fordern zudem stärkere Planungskompetenzen und Mitwirkungsmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung ein. Auch die Sächsische Landesärztekammer will über eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe stärker in die gesetzgeberischen Aktivitäten einbezogen werden.

Krankenhaushygiene

Einen weiteren Schwerpunkt bildete das Thema Krankenhaushygiene. Aufgrund von Vorfällen in Krankenhäusern legte das Bundesgesundheitsministerium ein Konzept zur Überwachung der Krankenhaushygiene vor. Dieses sieht Änderungen im Infektionsschutzgesetz zur besseren Infektionskontrolle, eine Qualitätssicherung in der stationären Versorgung und in der ambulanten Versorgung vor. Auf Grundlage des Konzeptes ist ein Hygiene-Gesetz geplant. Prof. Dr. Schulze wies darauf hin, dass in den vergangenen Jahren die Kontrollmöglichkeiten durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst aus personellen und finanziellen Gründen immer weiter abgenommen haben. Auch ist die Anzahl und der fachliche Einfluss der Hygienebeauftragten zurückgegangen. Könnte man diese Entwicklung umkehren, so wäre ein solches Gesetz nicht notwendig. Aufgrund der Bedeutung des Themas und der historischen Wurzeln der Hygiene in Dresden, wird die Sächsische Landesärztekammer zusammen mit Partnern einen Hygienekongress vom 2. bis 3. Dezem-



Dr. med. Andreas Bartusch, Dr. med. Rainer Kobes, Dr. med. Matthias Cebulla (v.l.)

ber 2011 im Deutschen Hygiene-Museum Dresden durchführen. Dies wäre genau 100 Jahre nach der 1. Hygieneausstellung 1911 sowie zum 150. Geburtstag von Karl August Lingner ein bedeutender Höhepunkt.

Ärztmangel

Ein Dauerthema der letzten Jahre stand auch wieder zur Diskussion: der Ärztemangel. Laut Sächsischem Gesundheitsministerium fehlen bis 2020 rund 15.000 Absolventen in der Medizin (Nachwuchsbedarf 60.000, tatsächliche Abgänge 45.000). Hinzu kommt die Einführung des demografischen Faktors ab 1. März 2011. Dieser hat zur Folge, dass rund 500 Haus- und Fachärzte in Sachsen für die medizinische Versorgung mehr benötigt werden. Unklar ist und bleibt, woher die Ärzte kommen sollen. Trotz steigender Arztzahlen in Sachsen bleibt auch für die nächsten Jahre insbesondere ein Defizit bei den niedergelassenen Ärzten bestehen. Hier sind zu den existierenden Maßnahmen (Übersicht unter www.aerzte-fuer-sachsen.de) noch ergänzende Ideen notwendig, um Ärzte für den ländlichen Bereich zu gewinnen. Auch der Ausbau des Service rund um die ärztliche Weiterbildung (zum Beispiel zum Facharzt für Allgemeinmedizin) in Form von Weiterbildungsverbänden und Online-Suchmöglichkeiten nach freien Weiterbildungsmöglichkeiten in Sachsen gehört dazu. Zukünftig könnten

auch fünf bis zehn Prozent der Medizinstudenten von den Hochschulen nicht mehr über Numerus clausus sondern nach dem Wunsch einer Tätigkeit als Hausarzt oder Ähnliches ausgewählt werden. Zudem könnten bei entsprechender Finanzierung zehn Prozent mehr Studienplätze in Sachsen geschaffen werden, um mehr Absolventen zur Verfügung zu haben.

Netzwerk „Ärzte für Sachsen“

Flankiert werden müssen alle Maßnahmen mit einer entsprechenden Informationspolitik der Beteiligten. Denn nur wenn die einzelnen Fördermaßnahmen auch bei Studenten und Absolventen bekannt sind, wird es gelingen, diese in Sachsen zu halten. Dazu kann zum einen das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ mit seinen derzeit 132 Mitgliedern durch Workshops zu Fördermöglichkeiten für Bürgermeister und Landräte sowie (bundesweiten) Anzeigen beitragen. Auch die Präsentation in Gymnasien, bei den Fachschaftsräten der Medizin oder auf der Messe „Karriere Start“ sind dafür geeignet.

Web 2.0

Perspektivisch müssen verstärkt auch die sozialen Netzwerke Anwendung finden, da gerade Studenten und Absolventen diese Netzwerke zur Information und Kommunikation nutzen. Vor diesem Hintergrund stellte Knut Köhler M.A., Leiter



Dr. med. Katrin Pollack

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, den Gästen das neue Kommunikationskonzept der Sächsischen Landesärztekammer vor. Dieses beinhaltet unter anderem den Ausbau der Internetpräsenz der Sächsischen Landesärztekammer und des Netzwerkes „Ärzte für Sachsen“ sowie die jeweils eigenständige Präsentation auf der Netzwerkplattform Facebook. Hauptaugenmerk liegt dabei auf der zielgruppengerechten Ansprache von jungen Ärzten, denn 65 Prozent der 20 bis 29-Jährigen und 44 Prozent der 30 bis 39-Jährigen nutzen soziale Netzwerke im Internet zumeist täglich. Ärzte dieser Altersgruppe sind über eine statische Website, mit E-Mails oder einem gedruckten Ärzteblatt Sachsen schon heute nur noch schwer zu erreichen.

Das Konzept sieht auch die Nutzung des Nachrichtenkanals „Twitter“ für Pressemitteilungen sowie die Herstellung von zwei Imagefilmen, einmal

für den Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“ und einmal für die Tätigkeit als Arzt in ländlichen Regionen Sachsens, vor. Diese Imagefilme werden dann auf Videoportalen wie YouTube, bei Präsentationen, Veranstaltungen (auch bei den Netzwerkpartnern) zum Einsatz kommen.

Schwerpunkte der Diskussion Ärztlemangel/Weiterbildung

Die Gestaltung einer familienfreundlichen Weiterbildung mit geregelter Arbeitszeit ist wesentlich für die Motivation der jungen Ärzte und damit bedeutsam, dem Ärztemangel in Praxis und Klinik entgegenzuwirken. Nach den bisherigen Erfahrungen wird das Arbeitszeitgesetz nicht in allen Krankenhäusern eingehalten. Auf Initiative der Kreisärztekammer Görlitz soll ein Weiterbildungsverbund zwischen den einzelnen Krankenhäusern entstehen. Das Landratsamt unterstützt diesen Arbeitskreis für Ostsachsen, der sich

zunächst mit der Weiterbildung in den Fachrichtungen Chirurgie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin beschäftigt. Die Erstellung eines Weiterbildungsatlas ist geplant. Die Bürokratie belastet weiterhin und fast unverändert die ärztliche Tätigkeit.

Beschwerdeverfahren

Patientenbeschwerden, die eine vermutete fehlerhafte ärztliche Behandlung betreffen, sollen grundsätzlich an die Gutachterstelle für Arzthafungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer durch den Vorsitzenden der entsprechenden Kreisärztekammer weitergeleitet werden. Nur „niederschwellige“ Patientenbeschwerden über Ärzte und interärztliche Auseinandersetzungen werden von der Rechtsabteilung, nach Rücksprache mit dem Vorsitzenden des Ausschusses Berufsrecht, zum Zwecke der Vermittlung an den Vorsitzenden der jeweiligen Kreisärztekammer abgegeben und direkt in der Kreiskammer bearbeitet.



Dr. med. Einar Köhler

Aktuelle Fragen aus der ärztlichen Fortbildung

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorsitzender der Akademie für
ärztliche Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. Bach gab einen kurzen Bericht über die laufende Arbeit, aktuelle Tendenzen der Fortbildung und zukünftige Projekte. Zunächst wurde eine Übersicht über die gesamten Aufgaben des Referats Fortbildung gegeben, wobei besonders die Arbeit der hauptamtlichen Mitarbeiter im gesamten Service, der Referentenbetreuung, der Veranstaltungsorganisation und der Beratung der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen gewürdigt wurde. Vorgestellt wurden des Weiteren die Zertifizierungen der Veranstaltungen (über 17.000 im Jahr 2010) und einige Erklärungen zu der verschwindend geringen Anzahl zur Ablehnung von Punktevergaben gemacht. Dabei ging es in der Regel um zu hohe Zuwendungen der Veranstalter an



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach

die Teilnehmer oder um Veranstaltungen, die nicht durch die Weiterbildungsordnung abgedeckt wurden.

Ambulante Ethikberatung

Dr. med. Thomas Lipp,
Prof. Dr. med. Frank Oehmichen,
Mitglieder des Gesprächskreises Ethik
in der Medizin

Ein Antrag auf Errichtung einer ambulanten Ethikberatung wurde aus dem Gesprächskreis Ethik in der Medizin beim 112. Deutschen Ärztetag 2009 eingebracht und dort, wie auch anschließend beim Sächsischen Ärztetag, angenommen. Das war die Geburtsstunde der ambulanten Ethikberatung an der Sächsischen Landesärztekammer. Warum brauchen wir eine ambulante Ethikberatung? Dieser Frage widmete sich Dr. med. Lipp.

Hintergrund

Wenn Fragen nach dem Leben, nach subjektiver Lebensqualität und Selbstbestimmung relevant werden, kommt Ethik und Moral zwingend ins Spiel (Schwangerschaftsabbruch, Lebensende, der Umgang mit dem Sterben und Tod). Diese sind mit Unsicherheiten bezüglich des Umgangs mit ethischen und rechtlichen Grenzsituationen verbunden, weil ethische Einstellungen Normen sind, die idealen Maximen entsprechen, die aber nach eigenem Ermessen umgesetzt werden sollen. Auf das ärztliche Handeln bezogen heißt das, dass es zweifelsfrei der Normalfall sei, Leben zu bewahren und dem Patienten nicht zu schaden. Sterbende und Schwerstkranke können durch ärztliches Handeln und medizinischen Fortschritt zu Extrem- und Grenzfällen werden.

Das Problem verstärkt sich durch Individualisierung und durch Verlust von Autorität. Eine allgemein gültige Ethik findet sich durch eine wachsende Pluralität immer weniger. Eine ethische wie auch religiöse Bildung wird aus verschiedensten Gründen immer weniger gefordert, gefördert und gelebt, gleichwohl als Defizit von den meisten empfunden. Auch



Prof. Dr. med. Frank Oehmichen, Dr. med. Thomas Lipp

die Ärzteschaft zeichnet sich durch Heterogenität in moralischen und ethischen Fragen als Spiegelbild von Zeit und Gesellschaft aus. Damit ist der Einzelne immer mehr seinem eigenen Wertefühl überlassen.

In den fünfziger Jahren entstand die Intensivmedizin durch die technischen Möglichkeiten und erstmals wurde der Erhalt von Organen und Körperfunktionen über den Tod hinaus möglich. Bis dato gab es das Weiterleben und die Vervollkommnung des Lebens gegen Krankheit und Tod nur in Märchen wie im „Gevatter Tod“. Durch die Intensivmedizin wurde das „Bettumdrehen“ nahezu zur industriellen Norm. Heute entscheiden in diesem Bereich medizinische Maßnahmen, ob das Lebenslicht verlöscht. Notfallmaßnahmen sind schnell begonnen, aber wer

beantwortet die sich dann stellende Frage nach dem Aufhören? Die klassische Situation des Zaubelerhlers! In der Folge entwickelte sich aus der Dominanz des Lebenserhaltens und der Heiligkeit des Lebens die Dominanz der Lebensqualität und die frühere Dominanz der Paternalität entwickelte sich zur Dominanz des Patientenwillens.

Ethische Grenzfälle für niedergelassene Ärzte

Eine entscheidende Frage lautet auch: Ist künstliche Ernährung eine Therapie- oder eine Basisversorgung? Neben der Auffassung, dass die Ernährung und damit auch die künstliche Ernährung als minimales Mittel der Lebenserhaltung stets geboten ist, besteht auch die Position, dass künstliche Ernährung als Therapie einer entsprechenden Rechtfertigung

bedarf und auch beendet werden kann. Erst in der letzten Zeit ist der juristische Aspekt im Sinne Therapie erneut bestätigt worden. Fehlender Hunger oder fehlendes Durstgefühl sind bei Sterbenden oft zu beobachten, gleichwohl sind Hunger und Durst zu stillen. Ethisch und rechtlich ist es kein Unterschied, ob die Einstellung der Ernährung über die Verweigerung einer oralen oder enteralen Versorgung erfolgt.

Dissoziation der Behandlungskette

Verschärft werden ethische Fragestellungen durch die vom Gesetzgeber vorgegebenen finanziellen und wirtschaftlichen Zwänge, die sich in Budgets und der Definition im SGB V niederschlagen. Gleichwohl ist jede Verschwendung und Fehlallokation als solche unethisch, da diese Reserven denen, die sie brauchen, vorenthalten werden. Schon im Vorfeld von Einweisungen müssen deshalb die ethischen Fragen nach Indikation oder nach fehlender Indikation, geklärt werden, von Ärzten, die ihre Patienten kennen. Dies kann nicht allein dem Krankenhaus überlassen bleiben.

Eine häufige Ursache von Problemen ist die Dissoziation der ärztlichen Behandlungskette, das Rufen des Notarztes und das fehlende Beiwohnen des Hausarztes, also das oft zu schematische, nach formalen Regeln und Leitlinien definierte Handeln des Arztes, meist unter Zeitdruck.

Ambulante Ethikberatung

Warum also brauchen wir ethische Beratung für niedergelassene Ärzte? Wer eine Behandlung einstellt oder darauf verzichtet, muss gleichzeitig eine kompetente Palliativversorgung und die Organisation der Betreuung und Begleitung des Kranken, des Sterbenden und seiner Angehörigen sicherstellen. In der Klinik können diese Entscheidungen im Team gefällt werden.

Aber der niedergelassene Arzt ist bei vielen Grenzfragen der heutigen

medizinischen Versorgung und mit seinen ethischen und medizinischen Fragen allein. Die Messlatte für das richtige Entscheiden im kritischen Moment liegt sehr hoch und da es sich in der Regel um seltene Patientenfälle handelt, gelingt es dem niedergelassenen Arzt nicht, Sicherheit zu erlangen, er erstickt in der Routine, der Menge seiner Arbeit und ist regelmäßig nachvollziehbar überfordert bei den oben genannten Fragestellungen. Aus diesem Grunde ist die Installation einer ambulanten Ethikberatung, auch im Sinne des Patienten, zwingend erforderlich.

Ethikberatung könnte auch in Form einer Zweitmeinung oder Indikationsberatung erfolgen. Hausärzte sollten in die Lage versetzt werden, die eigene Indikationsstellung durch einen Kollegen verifizieren oder objektivieren zu lassen. Denn Indikation ist genau genommen nicht von ethischen oder moralischen Maßstäben abhängig, weshalb ein Patient etwas nicht Indiziertes nicht einfordern kann. Dies entbindet den Arzt nicht davon, dass er die tatsächliche Entscheidung am Ende selbst treffen muss, aber es könnte ihn bestärken, sicherer machen, schulen.

Im Anschluss an diese Ausführungen stellte Prof. Dr. med. Frank Oehmichen die ambulante Ethikberatung vor dem theoretischen Hintergrund und anhand eines Fallbeispiels dar.

Sächsisches Seniorentreffen

Dr. med. Ute Göbel
Vorsitzende des Ausschusses
Senioren der Sächsischen
Landesärztekammer
Dr. med. Michael Nitschke-Bertaud
Vorstandsmitglied

Frau Dr. Göbel gab einen Bericht zur Seniorenarbeit und zum Sächsischen Seniorentreffen nach der Übergabe der Verantwortung für die organisatorische Durchführung an den Reiseveranstalter „Muldental Reisen“. Das Reiseziel des diesjährigen 16. Sächsi-

sen Seniorentreffens im Herbst ist Annaberg-Buchholz. Wie in den vergangenen Jahren empfiehlt der Seniorenausschuss eine Stützung der Ausfahrtskosten durch die Kreisärztekammer. Während des 16. Seniorentreffens soll eine Befragung der Senioren über deren Vorstellungen, Vorschläge, Kritikpunkten zur weiteren Gestaltung der Ausfahrten und zur Seniorenarbeit erfolgen.

Personalia

Abschließend wies der Präsident darauf hin, dass Dr. med. Stefan Windau aus Leipzig, Mitglied der Kammerversammlung, am 11. März 2011 in



Dr. med. Stefan Windau

Berlin zum 1. stellvertretenden Vorsitzenden der KBV-Vertreterversammlung gewählt wurde. Er wünschte ihm für dieses nicht ganz einfache berufspolitische Amt alles Gute sowie Kraft und Zeit für die Umsetzung der anfallenden vielfältigen Aufgaben.

Terminhinweis:

Die 37. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern findet am 17. September 2011 in der Sächsischen Landesärztekammer statt.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit