

25. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden
24. September 2005

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur 25. Tagung waren die Mehrzahl der Kreisärztekammervorsitzenden, Mitglieder des Vorstandes, Mitarbeitern der Sächsischen Landesärztekammer und Gäste gefolgt.

Den Auftakt der Tagung bildete der Bericht „Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik“ des Vizepräsidenten, Herrn Dr. Stefan Windau. Zu den Schwerpunkten des Berichtes und der sich anschließenden Diskussion gehörten unter anderen die Bundestagswahl mit ihren Konsequenzen für die Gesundheitspolitik. Größter Streitpunkt dürfte je nach Koalition die zukünftige Krankenversicherung, also Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie, sein. Weniger Diskussion wird es zur Gesundheitsreform geben, weil diese auf einem Kompromiss zwischen der SPD und CDU beruht.

Interessant in diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse einer aktuellen Studie des Fritz Beske Institutes auf der Datengrundlage aus dem Jahr 2001. Danach hat das Gesundheitswesen in Deutschland unter 14 Ländern den umfassendsten Leistungskatalog, ist preiswert und überdurchschnittlich effizient.

Die Arztzahlentwicklung in Sachsen bildete einen weiteren Schwerpunkt, denn sie ist weiterhin rückläufig. Durch die finanziellen Lösungsansätze der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen für den Kreis Torgau-Oschatz konnten bisher fünf Ärzte für eine Niederlassung gewonnen werden. Weitere Gespräche zum Fortgang der Maßnahmen werden mit der Sächsischen Sozialministerin im Oktober und November 2005 stattfinden.

Diskutiert wurden auch die neuen Versorgungsformen (Integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren, Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung). Die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) entwickeln sich in Sachsen nur langsam. Bisher existieren 15 MVZ mit 36 Ärzten überwiegend in Städten, jedoch nicht auf dem Land. Diese Versorgungskonzepte sind damit keine Lösung für den Ärztemangel. Als nachteilig wird auch die Verdrängung von Fachärzten in eigener Niederlassung gesehen. Große Klinikketten gründen in ihrem weiten Umfeld MVZ um die dortigen Patienten in die eigene Einrichtung zu überweisen. Die Abschaffung der ambulanten fachärztlichen Versorgung ist offensichtlich ein Ziel der Gesundheitsreform.



Im Präsidium: Frau Dr. jur. Verena Diefenbach, Prof. Dr. med. Jan Schulze, Dr. med. Stefan Windau

In Bezug auf das Arbeitszeitgesetz konnte Dr. Windau nur auf den Stand vom Frühjahr 2005 verweisen, dennoch drängt die Zeit nach einer praktikablen Lösung, weil das neue Arbeitszeitgesetz ab 1. Januar 2006 verbindlich ist. In diesem Zusammenhang deutete Dr. Windau auch einen Konflikt bei der Besetzung der Notarzdienste an. Diese Nebentätigkeit wird wohl schon jetzt von Klinikketten nicht ohne weiteres mehr genehmigt. Das Europäische Parlament bleibt bei seinem Standpunkt: Bereitschaftszeit ist Arbeitszeit.

Abschließend verwies Dr. Windau auf die kommende Wahl der Kammerversammlung 2007, deren Vorbereitungen im nächsten Jahr beginnen. Er rief die Kreisärztekammervorsitzenden auf, junge Kollegen schon jetzt für die Mitarbeit in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer und für die Berufspolitik zu gewinnen. Die Entwicklung der Gesundheitspolitik macht eine engagierte Mitarbeit notwendig. Dazu bedarf es Ärzte, die aktiv und konstruktiv mitarbeiten.

Palliativmedizin – medizinische, ethische und rechtliche Aspekte

Palliativmedizinische Versorgung Schwerkranker im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

*Dr. med. habil. Heinrich Günther
Medizinische Klinik und Poliklinik I*

Eingang machte Herr Dr. Günther anhand der Inhalte dieses Fachgebiets – wie Symptomkontrolle, Kommunikation, Berücksichtigung psychosozialer Faktoren, Akzeptanz des Todes – deutlich, dass es sich um allgemeine medizinische Prinzipien im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden handelt; die Palliativmedizin ist trotzdem ein recht junges Fachgebiet (1983 erste Palliativstation), weil

sie sich als Reaktion auf ein einseitig naturwissenschaftliches Paradigma entwickelt hat. In der Onkologie muss darauf geachtet werden, dass aufgrund des verwandten Begriffes der Palliativ„therapie“ keine schwerwiegenden Missverständnisse seitens der Patienten entstehen, da Palliativ„medizin“ fast immer in direktem Zusammenhang mit Sterben und Tod verwendet werde.

Im universitären Bereich ist die Palliativmedizin in Deutschland mit drei Lehrstühlen und mit nur sechs der 107 Palliativstationen unterrepräsentiert. Im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus wird die palliativmedizinische Versorgung durch mehrere Fachgebiete wahrgenommen. Im Universitätsklinikum kooperieren unter Leitung der Anästhesiologie auch Orthopädie, Neurologie sowie Psychotherapie; seitens der Medizinischen Klinik I wird ein palliativmedizinischer Konsiliardienst vorgehalten, es gibt regelmäßige Symposien und intensive öffentlichkeitswirksame Aktivitäten – unter anderem Statements zum Betreuungsrecht oder Filme wie „Kann Glaube heilen?“ und „Streit am Krankenbett“. Die studentische Ausbildung mit einem Seminar zu Gesprächsführung, mit einer interaktiven Vorlesung und einem freiwilligen Seminar wird in Kooperation mit der Palliativstation am Krankenhaus St. Joseph-Stift, Dresden, durchgeführt. Herr Dr. Günther betonte, dass Kommunikation über das bevorstehende Lebensende, über Grenzen medizinischer Therapien oder über „last business“ eines hohen Einsatzes an Ausbildung, Arbeitszeit, Engagement und Empathie bedarf, dies jedoch in Medizin und Gesellschaft derzeit unterbewertet wird. Besonders wurde darauf hingewiesen, dass Palliativmedizin sich nicht auf wenige Stationen focussieren dürfe, sondern insbesondere die flächendeckenden sozialen Bedingungen erfassen müsse. So werde in vielen Privathaushalten hochwertige Sorge für Schwerkranken geleistet, die für die Stabilität des Gesundheitssystems und unserer Kultur im Umgang mit Sterben und Tod unentbehrlich ist. Dennoch ist dies zum Beispiel durch arbeitsmarktbedingte Migration der jungen Generation aus ganzen Landstrichen auch Sachsens gefährdet. Hier sei auch die Palliativmedizin aufgefordert, prospektiv und salutogenetisch den hohen Wert sozialer Strukturen für eine stabile Kultur und Gesellschaft und die schweren Folgen ihrer Zerstörung öffentlich bewusst zu machen. Eine weitere wichtige Funktion der Palliativmedizin könne

darin bestehen, ausgehend von der Akzeptanz des Todes, eine Rückbesinnung auf die weitgehend verdrängte fundamentale Bedeutung des uralten zyklischen Lebenswissens von Geburt und Tod einzuleiten und es wieder in Medizin, Politik und Gesellschaft zu integrieren.

Palliativmedizin an einem Versorgungs-krankenhaus

Dr. med. Christine Marmor

Malteserkrankenhaus St. Carolus, Görlitz

Die Patientenbetreuung kann entweder durch einen palliativmedizinischen Konsiliardienst oder auf einer speziell eingerichteten Palliativstation erfolgen. So stehen die vollen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Akutkrankenhauses zur Verfügung. Oberstes Therapieziel ist die Wiederherstellung oder Besserung der Lebensqualität des Patienten. Grundvoraussetzung dafür ist die konsequente und wirksame Behandlung quälender Krankheitssymptome. Häufige Aufnahme-gründe sind Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit und Erbrechen. Auch psychische oder soziale Probleme oder akute interkurrente Erkrankungen führen zur Einweisung. Diese erfolgt in der Regel nach einer telefonischen Kontaktaufnahme durch den Hausarzt. Das therapeutische Team versucht, den speziellen Bedürfnissen des Kranken und seiner Angehörigen ganzheitlich gerecht zu werden. Ihm gehören MitarbeiterInnen aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich, Physio- und Ergotherapeuten, Sozial- und Hospizdienst sowie Ehrenamtliche, SeelsorgerInnen und Psychologen an. Ein großzügiger Personalschlüssel und die besonders freundliche Gestaltung der Station bieten die erforderlichen Voraussetzungen für eine umfassende Betreuung im Sinne von „palliative care“. Neben Ein- und Zweibett-Patientenzimmer stehen ein Wohnzimmer sowie Koch- und Übernachtungsmöglichkeiten für begleitende Angehörige zur Verfügung.

Palliativmedizinische Betreuung im ambulanten Bereich

Dr. Jens Papke,

Facharzt für Innere Medizin in eigener Niederlassung Neustadt/Sachsen

Die von Dame Cicely Saunders (1918 bis 2005) formulierten Grundsätze palliativmedizinischer Betreuung beinhalten das Sterben an einem Ort eigener Wahl. Durch deutsche Untersuchungen wie auch Daten aus dem

internationalen Schrifttum ist zu belegen, dass sich etwa 80 Prozent aller Patienten mit einer inkurablen Erkrankung ihr Lebensende zu Hause wünschen. Tatsächlich aber können nur 20 bis 45 Prozent der Patienten zu Hause versterben. Durch qualifizierte palliativmedizinische ambulante ärztliche und pflegerische Krankenversorgung ist die Anhebung der häuslichen Sterberate auf etwa 70 Prozent möglich. Dies wurde punktuell im Rahmen verschiedener Modellprojekte demonstriert. Qualifizierte häusliche Palliativversorgung ist zudem deutlich kostensparender als eine stationäre Finalversorgung. Klinikaufenthalte werden verkürzt oder vermieden. Leider fehlt bislang zur flächendeckenden Umsetzung einer adäquaten Home Care-Versorgung das Engagement der Kostenträger, die breite palliativmedizinische Qualifizierung der Hausärzteschaft sowie der Pflegenden und die Sensibilisierung der Bevölkerung. Ein Interesse der Gesundheitspolitik an der Qualität palliativmedizinischer Versorgung ist in jüngster Zeit zu registrieren.

Rechtliche Aspekte der Palliativmedizin Patientenverfügung

Prof. Dr. jur. Bernd-Rüdiger Kern

Universität Leipzig

Juristenfakultät, Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Rechtsgeschichte und Arztrecht

Wie jeder medizinische Eingriff sonst auch, bedarf auch jede Behandlungsmaßnahme in der Palliativmedizin der Einwilligung des Patienten. Ohne Einwilligung ist die Behandlung grundsätzlich rechtswidrig und unerlaubt.

Stärker als sonst stellt sich das Problem, diese Einwilligung zu erhalten, weil es häufig – nicht immer – an der Einwilligungsfähigkeit fehlen wird. Eine Lösung dieses Problems ist die vorgezogene Einwilligung. Jeder kann zu Zeiten, in denen er noch einwilligungsfähig ist, eine Verfügung für den Fall treffen, in dem er es nicht mehr ist. Das kann in der Form der Vorsorgevollmacht oder als Patientenverfügung geschehen. Fehlt es daran, ist ein Betreuer zu bestellen. Notmaßnahmen sind durch die mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt.

Die Patientenverfügung gehört zu den in den letzten Jahren politisch, juristisch und publizistisch stark umstrittenen Rechtsfragen im Bereich „Sterbehilfe“. Ein insgesamt hilfreicher Gesetzesentwurf des BMJ, der den Status quo festgeschrieben hätte, wurde nicht

weiterverfolgt. Eine weniger erfreuliche Gesetzesinitiative der Länder, die nahe Angehörige zu gesetzlichen Vertretern machen wollte, wird nicht mehr weiter betrieben.

Große Verwirrung stiftete ein Beschluss des BGH vom 17. 3. 2003. Diese Verwirrung hat dasselbe Gericht nun durch einen neuen Beschluss vom 8. Juni 2005 weithin beseitigt und ist zu dem Zustand zurückgekehrt, wie er vor seinem ersten Beschluss bestanden hat. Demnach ist die Patientenverfügung zu beachten. Das Vormundschaftsgericht muss nicht eingeschaltet werden, wenn sich Arzt und Betreuer einig sind, lebensverlängernde Heilmaßnahmen nicht weiter anzuwenden.

Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen durch Kreisärztekammern

Online-Punkte-Konto für Kammermitglieder

Erik Bodendieck, Vorstandsmitglied, Mitglied der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Dipl.-Ing. Mathias Eckert, Informatiker

Göran Ziegler, Referat Fortbildung.

Herr Bodendieck, unterstützt durch Frau Rose und die Herren Ziegler und Eckert erläuterte nochmals die Kategorien der möglichen Fortbildungsveranstaltungen und deren „Punktwerte“. Es wurde darauf verwiesen, dass durch die Kreisärztekammern nur eigene Fortbildungsveranstaltungen selbst bepunktet werden können.

Im weiteren Verfolg der Ausführungen stand die EDV-technische Verwaltung und Verarbeitung des Fortbildungsgeschehens. Es wurde die Ausgabe der bundesweit zentralen Veranstaltungsnummer sowie die Ausgabe der als Barcode verschlüsselten persönlichen Fortbildungsnummer an jede Ärztin und Arzt angesprochen. Die konsequente Benutzung der Barcodeverschlüsselung kann zur deutlichen Verminderung des Registrierungsaufwandes in der Landesärztekammer sowie bei dem einzelnen Arzt beitragen. In der Diskussion wurde allerdings der dadurch steigende Aufwand für die Kreisärztekammervorsitzenden angemahnt. Hierbei verteilt sich die Last allerdings nun auf viele Schultern. Dadurch muss in diesem Bereich keine zusätzliche Mitarbeiterkapazität in der Hauptgeschäftsstelle geschaffen werden, denn es sind immerhin ca. 3,6 Millionen Fortbildungspunkte für die Sächsischen Ärztinnen und Ärzte innerhalb von fünf Jahren zu verwalten.

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberufeausweises (HPC), Sachstandbericht*Dr. Günter Bartsch, Vorstandsmitglied**Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller,**Kaufmännische Geschäftsführerin*

Die beiden Referenten berichteten über den aktuellen Stand bei Entwicklung und vorgesehener Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und des elektronischen Heilberufeausweises (eHBA). Die Betriebsgesellschaft „gematik“ hat den gesetzlichen Auftrag, den Rahmen einer Telematikinfrastruktur zu erstellen und eine Testplattform für das Zusammenspiel aller Komponenten und deren Hochsicherheitsanspruch zu entwickeln. Dieser Betriebsgesellschaft gehören die Selbstverwaltungskörperschaften des Gesundheitswesens als Gesellschafter an. Die

„gematik“ steuert die Entwicklung und Herausgabe der eGK und deren fakultativen weiteren Funktionen wie Notfalldatenverwaltung, Arzneimitteldokumentation, eArztbrief und eKarteikarte.

Testregionen sollten nach dem Willen des BMGS schon zu Beginn des Jahres 2005 die eGK in der Praxis erproben. Ein reellerer Termin ist das Frühjahr 2006. Für den endgültigen Start sichert die „gematik“ eine vertragliche Einführung (sauberere Migrationsstrategie) zu. So sollen für eine Übergangszeit neben der Pflichtkomponente elektronisches Rezept (eRezept) auch die gewohnten Papierformulare weiter gelten. Für Investitionen in Praxissoftware und Hardware wie multifunktionale Lesegeräte, moderne Rechner, Konnektor und VPN-Box (internes Netzwerk) ist es also noch viel zu früh, da drei Monate vor der

vorgesehenen Einführung noch nicht einmal die endgültigen Spezifikationen der eGK feststehen. Der Schlüssel zur eGK, der elektronische Arztausweis, ist an diese Spezifikationen der eGK gebunden. Seine Herausgabe durch die Ärztekammer wird ebenfalls verzögert. Aufzuhalten ist diese Entwicklung nicht, denn parteiübergreifend sieht die Politik in der eGK die Schlüsseltechnologie für eine Modernisierung des Gesundheitswesens.

Die Teilnehmer der Tagung forderten, dass die Veranlasser dieser Schlüsseltechnologie auch die Kosten tragen und übertriebene Eile nicht ausgereifte Qualität ersetzen darf.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Knut Köhler M.A.