

26. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden
25. März 2006

Der Einladung des Präsidenten und des Vizepräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur aktiven Teilnahme an der 26. Tagung war die Mehrzahl der Vorsitzenden, Mitglieder des Vorstandes, Mitarbeitern der Sächsischen Landesärztekammer und Gäste gefolgt.

Bericht des Vizepräsidenten der Sächsischen Landesärztekammer

„Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik“

Herr Dr. med. Stefan Windau berichtete zu Beginn der Sitzung ausführlich von der Außerordentlichen Kammer- und Vertreterversammlung. Er stellt die äußerst kritische Diskussion zum Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz mit der darin enthaltenen Bonus-Malus-Klausel in den Vordergrund seiner Ausführungen. Er wies darauf hin, dass sich nur noch schwer Änderungen in das Gesetz einbringen lassen. Vielmehr müsse das ganze Gesetz zurückgezogen werden. Nach Ansicht der Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) ist die Malus-Regelung juristisch nicht durchsetzbar, weil Einzelregresse juristischen Überprüfung nur stand halten, wenn die Voraussetzungen dafür rechtlich wasserdicht sind.

Der Vizepräsident wies darauf hin, dass die geplante Malus-Regelung schon jetzt zu angstgesteuerten Reaktionen der Ärzte führt. Die KVS will sämtliche juristische Möglichkeiten gegen die Malusregelung ausschöpfen. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hatte sich der Abstimmung im Bundesrat enthalten.

Die Ärzteproteste vom 18. Januar und 24. März 2006 in Berlin mit 20.000 bis 30.000 Teilnehmern sind nach Ansicht von Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, ein Alarmsignal in der deutschen Sozialgeschichte. Dr. med. Stefan Windau sieht als Auslöser der andauernden Protesten, den Frust der Ärzteschaft auf Grund eines jahrelangen politischen Budgetierungs- und Gängelungsprozesses. Die Streiks an Kliniken werden unterschiedlich wahrgenommen,

aber erhalten größtenteils Verständnis von den Patienten. Dass die Ärzte das Gesundheitswesen mit unbezahlten Überstunden und Mehrarbeit in Höhe von 12 Milliarden Euro maßgeblich stützen, ist nun auch dem Bürger bewusst geworden. Die Forderung nach 30 Prozent mehr Gehalt der Klinikärzte bezieht sich auf Verluste der letzten Jahre, stellte der Vizepräsident klar. Die SPD plant bei der Gesundheitsreform eine Kombination aus Bürgerversicherung und Kopfpauschale. Das Nebeneinander von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen soll in einen „Wettbewerb um die beste Versorgung“ umgewandelt werden. Dr. Windau analysierte ein Konzept der Gesundheitspolitikerin Gudrun Schaich-Walch. Dieses Konzept, so es denn kommt, sieht Folgendes vor:

- Verträge mit und ohne Kassenärztlichen Vereinigungen,
- Arbeitnehmersversicherung – Versicherungspflicht für alle, Wahlrecht entfällt, Abkopplung von Lohnkosten, Wahlmöglichkeiten,
- arztgruppenbezogene und arztbezogene Regelleistungsvolumina,
- neue Bedarfsplanung,
- Definition der „Unterversorgung“,
- Abbau der Ausnahmen bei DRG,
- keine doppelte Vorhaltung von Großgeräten stationär/ambulant,
- Verträge zur Integrierten Versorgung ohne Kassenärztliche Vereinigungen.

Dass die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt so großen Freiraum genießt, ist der Tatsache geschuldet, dass der CDU ein Gesundheitsprogramm und ein profilierter Gesundheitspolitiker fehlen.

Eine Begrenzung der Leistungsausgaben, um eine finanzielle Stabilisierung der GKV zu erreichen, ist nur zielführend, wenn eine breite gesellschaftliche Diskussion über die zu erbringenden Leistungen geführt und nicht den Ärzten die Schuld für ständig steigende Ausgaben zugeschoben wird.

Oftmals von Ärzten kritisiert wird die Bürokratie in der Praxis. Der Vorwurf, die Selbstverwaltung produziere die Bürokratie

selbst, ist nicht haltbar. Dennoch ist die Sächsische Landesärztekammer mit der Bundesärztekammer im Gespräch über ein mögliches Projekt zur Dokumentationsoptimierung. Dieses Projekt könnte auch Bestandteil der von der Bundesärztekammer initiierten Versorgungsforschung werden, um die Pauschalangriffe auf die Ärzteschaft und die Behauptung von Über-Unter-Fehlversorgung zu entkräften.

Übergeordnetes Ziel der Versorgungsforschung ist es, die Ärzteschaft in die Lage zu versetzen, auf wissenschaftlich evaluierten Daten als Politikberater in Zeiten knapper (Kranken-) Kassen tätig zu werden und damit die isoliert ökonomisierenden Betrachtungsweise mit fortschreitender Rationierung zu verhindern.

Über die Arbeit des „Bündnis Gesundheit 2000“ im Freistaat Sachsen berichtete Dr. Windau gemeinsam mit Frau Dr. med. Gisela Trübsbach. Das Bündnis unterstützt die Resolution der Außerordentlichen Kammer- und Vertreterversammlung und den Protesttag vom 24. März 2006.

Weiterhin plant es ein dringliches Gespräch von Vertretern des Bündnisses zur Situation der Heilberufe mit der Sächsischen Staatsministerin für Soziales, Frau Helma Orosz, sowie Patientenforen in Dresden, Chemnitz, Leipzig.

Dr. Windau informierte über weitere Vorhaben der Sächsischen Landesärztekammer. So konnte die Veranstaltungsreihe „Häusliche Gewalt“ in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hygiene-Museum mit 350 Teilnehmern abgeschlossen werden. In Vorbereitung ist eine Reihe unter dem Titel „Ethik und Verantwortung in der modernen Medizin“. Am 10. Mai 2006 ist eine gemeinsame Sitzung der Ausschussvorsitzenden der Sächsischen Landesärztekammer anberaumt.

Ein Aufruf zur aktiven Teilnahme der sächsischen Ärzteschaft an dem Ärzteprotest am 19. Mai 2006 in Berlin erfolgte durch Herrn Dr. Windau.

Mit Blick auf die Neuwahl von Vorstand und Kammerversammlung (2007/2011)

wies Dr. Windau darauf hin, dass die Wahlvorbereitungen jetzt beginnen und möglichst viele engagierte Ärzte für die vielfältigen Aufgaben der Sächsische Landesärztekammer gewonnen werden müssen. Die Gesundheitspolitik macht eine aktive Mitarbeit der Kammer notwendig. Die Sächsische Landesärztekammer braucht Ärzte, die konstruktiv mitarbeiten.

Gewalt gegen Kinder, Misshandlung Minderjähriger

*Frau PD Dr. med. Christine Erfurt
Technische Universität Dresden,
Medizinische Fakultät
Institut für Rechtsmedizin*

Die Misshandlung von Kindern steht im engen Kontext zur Gewalt durch den Partner eines Elternteiles im näheren und weiteren häuslichen Umfeld. In etwa 30 bis 60 Prozent der beobachteten Fälle kommt es zu einer Überschneidung zwischen häuslicher Gewalt und Kindesmisshandlung, wobei ca. 50 Prozent der Mütter von misshandelten Kindern ebenfalls von Gewalt betroffen sind. Hierbei sind die Erscheinungsbilder der Gewalt ganz unterschiedlich (körperliche, psychische, verbale, sexuelle und ökonomische Gewalt).

Die epidemiologischen Daten zum Ausmaß von Gewalttaten beruhen zum einen auf der Kriminalstatistik und zum anderen auf den Untersuchungszahlen der rechtsmedizinischen Institute. Es ist dabei besonders augenfällig, in welchem geringen Maße die Opfer von Gewaltstraftaten medizinisch begutachtet werden.

Jeder Arzt wird sicher in weit größerem Maße mit den Folgen von Gewalttaten konfrontiert sein als er es selbst wahrnimmt.

Die Mitglieder der Kommission „Gewalt gegen Kinder/Misshandlung Minderjähriger“ der Sächsischen Landesärztekammer und die Mitarbeiter der sächsischen Institute für Rechtsmedizin in Dresden und Leipzig sehen ihre Aufgabe in der Fortbildung der Ärzteschaft in der Erkennung von Verletzungen, die nicht unfallty-

pisch sind. Des Weiteren sind die beweissichere Befunddokumentation und das richtige juristische Vorgehen bei der Untersuchung von Gewaltopfern ein wichtiges Fortbildungsziel. Den Ärzten sollen weiterhin Informationen und Hilfsangebote zum weiteren Vorgehen nach Feststellung von Gewaltfolgen zur Verfügung gestellt werden.

Sowohl die Kommission als die rechtsmedizinischen Institute wenden sich an die Sächsische Landesärztekammer mit der Bitte, sie bei der Fortbildung der Ärzteschaft beim Erkennen und Befunden von Gewaltstraftaten und dem Handeln danach zu unterstützen. Es muss dringend vermieden werden, dass durch zum Beispiel eine möglicherweise unzureichende Befunddokumentation die Hilfe für Opfer von Gewalttaten nicht optimal oder gar unmöglich ist. Die Opfer haben oft keinen anderen Ansprechpartner als den Arzt.

Influenza-Pandemieplanung in Sachsen

*Dr. med. Rudolf Marx, Vorstandsmitglied,
Vertreter der Sächsischen Landesärztekammer in der Arbeitsgruppe Influenza des Landes Sachsen
Professor Dr. med. Siegwart Bigl
Vorsitzender des Ausschusses Hygiene und Umweltmedizin*

Zahlreiche Experten warnen derzeit vor einer drohenden Influenzapandemie.

Der genaue Zeitpunkt, die Schwere und der Subtyp des Erregers können allerdings nicht vorgesagt werden.

Erfahrungen aus den Pandemien des vergangenen Jahrhunderts und die gegenwärtige Ausbreitung der aviären Influenza A/H5N1 führen die Wissenschaftler zu der Aussage, dass eine Influenzapandemie jederzeit auftreten kann.

Für deren Entstehen gibt es folgende Möglichkeiten:

1. Es kommt zu einer Neuzusammensetzung (Reassortment) der Influenzavirus-Genomsegmente aus einem aviären Subtyp und einem der gegenwärtig zirkulierenden humanen Influenzavirus-Subtypen bei gleichzeitiger Infektion oder

2. ein tierpathogener Subtyp passt sich durch einzelne Punktmutationen (Antigen-drift) zum Beispiel vom Influenzavirus A/H5N1 allmählich an den Menschen an. Dieser Mechanismus wird für die Entstehung eines Pandemievirus aus dem derzeit epidemischen Geflügelpesterreger befürchtet.

Die Vorbereitung auf eine Influenzapandemie ist eine weltweite Aufgabe. Die WHO hat bereits 1999 dazu aufgerufen, nationale Pläne zu erstellen. In Deutschland verständigten sich Bund und Länder auf einen Nationalen Influenzapandemieplan. Zu dessen Umsetzung wurde ein sächsischer Maßnahmeplan erarbeitet. Auf der Grundlage dieses Papiers konstituierte sich unter Federführung des Sozialministeriums eine AG Influenza des Freistaates.

Zur Bewältigung der vielfältigen Aufgaben wurden zusätzlich folgende Unterarbeitsgruppen gebildet:

1. Surveillance

Der Surveillance kommt im Fall einer Pandemie eine Schlüsselstellung zu, da durch frühe Identifizierung des Virus der Verlauf hinsichtlich Morbidität und Mortalität günstig beeinflusst werden kann. Das bestehende sächsische Influenza-Sentinel muss in diesem Zusammenhang optimiert werden.

2. Impfungen/Impfstoffe

Es ist anzustreben, dass im Pandemiefall Impfstoff für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung steht.

3. Antivirale Arzneimittel

Antivirale Medikamente (Tamiflu, Relenza) können zur Therapie und Chemoprophylaxe der Influenza eingesetzt werden. Für den ersten Bevorratungsschritt wurde für den Freistaat Sachsen eine Erkrankungsrate von 15 Prozent zugrunde gelegt. Vor den Mitgliedern der AG steht eine Vielzahl von Aufgaben, die von der Lagerung der Medikamente, deren gebrauchsfertiger Herstellung, Verteilung usw. reicht.

4. Antiepidemische Maßnahmen

Durch Einsatz antiepidemischer Maßnah-

men in den Frühphasen einer Pandemie sollen Virusübertragungen vermindert/verhindert und die Pandemieentwicklung abgeschwächt werden. Hierunter fallen unter anderem die Schließung von Einrichtungen, Besuchsverbote und Verbote von Veranstaltungen.

5. Sicherstellung der medizinischen Versorgung

Die Landkreise und kreisfreien Städte stehen hier in besonderer Verantwortung. Die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung, die Betreuung der Alten- und Pflegeheime und die Krankenhaus-Notfallbehandlung müssen geplant und koordiniert werden. Zusätzliche Arbeitskräfte sind zu rekrutieren.

Sämtliche Arbeitsgruppen sind mit renommierten und kompetenten Fachvertretern zahlreicher Institutionen, Körperschaften, Verbänden und anderen besetzt.

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberufsausweises (HPC) ab 2007, Sachstandbericht

Dr. Günter Bartsch, Vorstandsmitglied

Frau Kornelia Keller,

Kaufmännische Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer

Die elektronische Gesundheitskarte wird zusammen mit dem elektronischen Heilberufsausweis die Abläufe im deutschen Gesundheitswesen und auch in den Praxen radikal verändern.

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Heilberufsausweises ist nicht aufzuhalten, da sie im § 291a SGB V gesetzlich verankert sind. Dies ist allerdings als ein mehrjähriger Prozess zu verstehen. Es ist drin-

gend geboten, dass langfristige Übergangsregelungen geschaffen werden. Der Gesamt-Rollout ist Ende des Jahres 2007/Anfang 2008 zu erwarten. Selbst dieser Zeitpunkt ist noch als optimistisch einzustufen.

Die Ärzteschaft hat bei der Gestaltung der Telematikinfrastruktur eine große Verantwortung, auch gegenüber ihren Patienten. Die Gegenfinanzierung der den Praxisinhabern entstehenden telematikbedingten Mehrkosten muss gesichert sein.

Die Kammern haben als Herausgeber des elektronischen Heilberufsausweises die Aufgabe, über die Spezifikation des elektronischen Heilberufsausweises die Interessen der Ärzteschaft wie Datensicherheit, Sicherung der ärztlichen Schweigepflicht und eine breite Anwendung der Karte im Rahmen der ärztlichen berufsbezogenen Anwendung über Erweiterungsmöglichkeiten zu gewährleisten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Aufgabe der Gestaltung der gesamten Telematikinfrastruktur im niedergelassenen Bereich und der Sicherung von reibungslosen Praxisabläufen in Kooperation mit den Praxissoftwareherstellern.

Der elektronische Heilberufsausweis wird der digitale Schlüssel zur medizinischen Telematikinfrastruktur sein. Der Ausgabeprozess des elektronischen Heilberufsausweises durch die Ärztekammern soll so unbürokratisch wie möglich gestaltet werden. Unumgänglich für den Start ist eine Unterschrift unter einen Papierantrag und die persönliche Identifizierung. Dabei wird die Sächsische Landesärztekammer mehrere Varianten von einer webbasierten Möglichkeit bis zur persönlichen Betreuung der Kammermitglieder in den Geschäftsstellen anbieten.

Die Region Löbau/Zittau ist als Testregion für den Freistaat Sachsen vom Bundesministerium für Gesundheit bestätigt worden. Damit besteht in Sachsen die

Möglichkeit, das Zusammenspiel von elektronischer Gesundheitskarte, elektronischem Heilberufsausweis, der technischen Komponenten und der Infrastruktur zu erproben. Wichtige Prämissen sind dabei die Prüfung der Funktionalität der Komponenten und des Zusammenspiels, Anwenderfreundlichkeit, Zuverlässigkeit, Praxistauglichkeit und Datensicherheit. Die Teilnehmer der Tagung fordern, dass die Veranlasser dieser Schlüsseltechnologie auch die Kosten tragen und dass Hast nicht ausgereifte Qualität ersetzen darf.

Vorbereitung der Wahl für die Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer in der Wahlperiode 2007 bis 2011

Die Vorsitzenden der Kreisärztekammern wurden vom Vizepräsident, Dr. med. Stefan Windau, gebeten, rechtzeitig für Kandidaten zur Kammerversammlung zu werben und insbesondere jüngere Kolleginnen und Kollegen für ehrenamtliche Tätigkeiten in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer zu gewinnen.

Frau Dr. Diefenbach, Landeswahlleiterin, informierte über den Rahmenzeitplan gemäß § 4 der Wahlordnung:

- Stichtag für die Aufnahme in die Wählerlisten: 31. 10. 2006
- Auflegung der Wählerlisten: 16. bis 27.11.2006
- Endzeitpunkt zur Einreichung der Wahlvorschläge beim Kreiswahlleiter: 13. 2. 2007
- Endzeitpunkt zur Ausübung des Wahlrechtes: 10. 4. 2007
- Konstituierende Kammerversammlung: 22./23. 6. 2007.

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