

34. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Zweimal im Jahr treffen sich die Kreiskammervorsitzenden zum gemeinsamen Gedankenaustausch über berufs-, gesundheits- und sozialpolitische Fragen mit den Mitgliedern des Vorstandes und den Geschäftsführerinnen der Sächsischen Landesärztekammer.

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur Teilnahme an der 34. Tagung waren am 20. März 2010 die neuen Vorsitzenden der Kreisärztekammern, ihre Stellvertreter und Gäste gefolgt.

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

In seinem Bericht zu den aktuellen Problemen der Gesundheits- und Berufspolitik ging der Präsident auf die Diskussionen zur Kopfpauschale und Gesundheitsprämie ein. Das Streitobjekt der CDU/CSU – FDP Koalition soll mithilfe einer Arbeitsgruppe aus Ministern bis zum Sommer Konturen erhalten. Bisher ist nur bekannt, dass wahrscheinlich eine Gesundheitsprämie von ca. 29 EUR/Monat ab 2011 geben und eine paritätische Finanzierung (Arbeitnehmer/Arbeitgeber) wieder eingeführt werden soll. Wie die Kombination mit dem Gesundheitsfonds aussehen könnte, ist unklar. Bei der Bildung einer Kopfpauschale sollen zukünftig

alle Einkünfte berücksichtigt werden. Die Bundeskanzlerin, Frau Dr. rer. nat. Angela Merkel, sieht bis 2013 keine revolutionären Änderungen und selbst der Bundesgesundheitsminister, Herr Dr. med. Philipp Rösler, möchte den Umbau auf eine Kopfpauschale in kleinen Schritten umsetzen.

Preisgestaltung bei Arzneimitteln

Sehr viel stärker möchte sich Dr. Rösler für eine Änderung bei der Preisgestaltung von Arzneimitteln einsetzen. Er will Einsparungen bei neuen Arzneimitteln gegenüber Pharmaindustrie und Krankenkassen durchsetzen, da die Arzneimittelpreise im europäischen Vergleich am Höchsten sind. Geplant ist eine Einschränkung des derzeit bestehenden Preismonopols der Hersteller. Diese können die Preise für innovative Medikamente in Deutschland frei festsetzen. Im Bereich des Festbetragsmarktes soll das Festbetragsystem erhalten bleiben und die Weiterentwicklung der Rabattverträge sichergestellt werden. Kurzfristige Maßnahmen wie Zwangsrabatte und ein Preismoratorium sind weiter in der Diskussion. Dr. Rösler sieht Einsparchancen von bis zu 2 Milliarden EUR. Eine Positivliste, wie in anderen Ländern, steht aber bisher nicht zur Diskussion.

Rationierung – Priorisierung

Dem von den Ärzten initiierten Thema der Priorisierung verschließen sich die Politiker aus wahltaktischen Gründen. Der Bundesgesundheitsminister betrachtet es sogar als ethisch

bedenklich, sich diesem Thema zu widmen. Aber genau genommen ist es ethisch bedenklich, sich dem Thema Priorisierung bei zunehmender politisch verursachter Rationierung zu verschließen. Deshalb müsse die Ärzteschaft weiterhin eine gesellschaftliche Diskussion dazu anregen, so Prof. Dr. Schulze.

Fort- und Weiterbildung

Im Bereich der Fort- und Weiterbildung stellte der Präsident aktuelle Zahlen aus dem noch nicht veröffentlichten Tätigkeitsbericht der Sächsischen Landesärztekammer vor. Danach wurden 2009 insgesamt 4.535 Fortbildungszertifikate ausgestellt, dies entspricht einer Zunahme von rund 100 Prozent im Vergleich zum Jahr 2008. Zudem wurden 17.043 Veranstaltungen anerkannt (Zunahme zu 2008: 2.440). Er verwies auch auf die Möglichkeit, für die Kreisärztekammern die Online-Anmeldung für Fortbildungsveranstaltungen zu nutzen.

Im Bereich der Weiterbildung wurden 618 Anerkennungen für Gebiete und Schwerpunkte 2009 erteilt, nur 32 Prüfungen wurden nicht bestanden. Es erfolgten 493 Anerkennungen für den Erwerb von Zusatzbezeichnungen. 713 Befugnisse für Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen sowie Weiterbildungsbefugnisse für Zusatz-Weiterbildungen wurden erteilt und die Zulassung von 43 Weiterbildungsstätten erfolgte im Jahr 2009 ebenfalls noch.

113. Deutscher Ärztetag 2010

Der Präsident lud die Vorsitzenden der Kreisärztekammern herzlich zu den Arbeitssitzungen des 113. Deutschen Ärztetages in Dresden ein und stellte die Themen, wie Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik, Versorgungsforschung sowie Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft, vor. Die Vorbereitungen für die von der Sächsischen Landesärztekammer zu organisierenden Rahmenveranstaltungen (Eröffnung in der Semperoper, Abschlussveranstaltung) sind im Zeitplan. Prof. Dr. Schulze bat auch noch einmal um Vorschläge für Beschlussanträge.



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dr. med. Andreas Prokop und Dipl.-Med. Petra Albrecht (v. l. n. r.)

Wahl der Kammerversammlung 2011/2015

Einen wichtigen Tagesordnungspunkt bildete die anstehende Wahl zur Kammerversammlung 2011. Die Vorbereitung für die Wahlen beginnt bereits 2010. Insbesondere die Gewinnung von Kandidaten für die ehrenamtliche Tätigkeit in der Kammerversammlung steht im Vordergrund. Die Vorsitzenden der Kreisärztekammern wurden vom Präsidenten gebeten, die bisherigen Mandatsträger im Wahlkreis und vor allem Nachwuchskandidaten aktiv anzusprechen. Zugleich müssen sie Vorschläge für die Kreiswahlausschüsse sowie den Ort der Auslegung der Wählerlisten bis zum 30. März 2010 vorlegen. Die erste Sitzung des Landwahlausschusses ist am 20. April 2010. Rückfragen zur Kammerwahl jeder Art können an Frau Burkhardt (0351 8267 414) gerichtet werden.

Neue Strukturen der Kreisärztekammern

Die Delegierten der Sächsischen Landesärztekammer hatten auf der 39. Tagung der Kammerversammlung am 8. November 2008 beschlossen, die Gliederung der Kreisärztekammern ab dem 1. Juli 2009 entsprechend der zum 1. August 2008 im Freistaat Sachsen in Kraft getretenen Kreisgebietsreform zu ändern. Nachdem die Wahlen der Vorstände der Kreisärztekammern (KÄK) abgeschlossen sind, berichteten die neu gewählten Vorsitzenden über Licht und Schatten an der berufspolitischen Basis, über die Verjüngung und heterogene Zusammensetzung der neuen Vorstände, über die häufig gute Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhausärzten, über die konstruktive Unterstützung der KÄK durch die Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer und über ihre bisherigen und weiteren für 2010 geplanten Aktivitäten.

Berufsrechtliche Vermittlungsverfahren der Kreisärztekammern

Dr. jur. Alexander Gruner
Leiter der Rechtsabteilung
Herr Dr. Gruner berichtet über die Grundsätze der Überwachung von



Dr. med. Andreas Prokop, Dr. jur. Alexander Gruner, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dr. med. Katrin Bräutigam (v. l. n. r.)

Berufspflichten durch die Sächsische Landesärztekammer. Die Mitglieder der Sächsischen Landesärztekammer sind gemäß § 16 Abs. 1 Sächsisches Heilberufekammergesetz (SächsHKaG) verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen im Zusammenhang mit ihrem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. In § 16 Abs. 2 SächsHKaG sind weitere Pflichten der Mitglieder geregelt, wie die Fortbildungspflicht, die Unterrichtungspflicht über die für die Berufsausübung geltenden Bestimmungen, die Dokumentationspflicht hinsichtlich der ärztlichen Behandlung, die ärztliche Schweigepflicht und die Teilnahme am Notfall- und Bereitschaftsdienst. Gemäß § 16 Abs. 3 Satz 1 SächsHKaG regelt das Nähere zu Absatz 2 die Berufsordnung. Die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung) enthält in Kapitel B, §§ 1 bis 35, allgemeine Regeln zur Berufsausübung. In Kapitel C Berufsordnung sind Verhaltensregeln im Sinne von Grundsätzen korrekter ärztlicher Berufsausübung enthalten. Ergänzende Bestimmungen zu einzelnen ärztlichen Berufspflichten, Pflichten bei grenzüberschreitender ärztlicher Tätigkeit und Pflichten in besonderen medizinischen Situationen sind in Kapitel D normiert. Als ein wesentlicher Grundsatz ärztlicher Berufsausübung wurde in die Berufsordnung die Einordnung des ärztlichen Berufes als ein freier Beruf aufgenommen. Neben den bereits in § 16 Abs. 2 SächsHKaG genannten Pflichten finden sich umfassende Regelungen zur Vereinbarkeit gewerblicher Tätigkeit,

Qualitätssicherung, gewissenhafter Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und zu Honorar- und Vergütungsab-sprachen. In dem Abschnitt zum beruflichen Verhalten wird die Organisation ärztlicher Berufsausübung beschrieben. Hierzu zählen die Vorschriften zur Niederlassung und der Ausübung der Praxis, zu beruflichen Kooperationen, der Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung und sonstigen Berufsausübungsgemeinschaften und Kooperationen. Es finden sich auch Normen zur beruflichen Kommunikation (Werbung). Zum Zwecke der Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten finden sich in den §§ 30 bis 35 der Berufsordnung, die sogenannten Antikorruptionsparagrafen.

Die Erfüllung der berufsrechtlichen und berufsethischen Pflichten der Mitglieder zu überwachen, ist gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 SächsHKaG Aufgabe der Sächsischen Landesärztekammer. Die Sächsische Landesärztekammer geht grundsätzlich jeder Beschwerde bei Nennung von „Ross und Reiter“ nach. Zunächst ist dabei der Sachverhalt zu ermitteln. Jeder Arzt hat hierbei die Möglichkeit, den Sachverhalt aus seiner Sicht zu schildern. Erst danach wird durch den Ausschuss Berufsrecht entschieden, ob ein Berufsrechtsverstoß gegeben ist und wie auf diesen eventuell reagiert werden muss. Berufsrechtsverstöße können mit der Erteilung einer Rüge nebst Erteilung eines Ordnungsgeldes in Höhe von bis zu 2.500,00 EUR

geahndet werden. Bei schwerwiegenden Verstößen kann ein Antrag an das Berufsgericht für die Heilberufe gestellt werden.

Dr. med. Andreas Prokop
Vorsitzender des Ausschusses
Berufsrecht

Die Sächsische Landesärztekammer hat als Selbstverwaltungskörperschaft vom Gesetzgeber unter anderem die Aufgabe übertragen bekommen, die Einhaltung der Berufspflichten ihrer Mitglieder zu überwachen. Die rechtlichen Grundlagen dazu finden sich im Sächsischen Heilberufekammergesetz. Die Kreisärztekammern sind als Vermittler entsprechend des § 39 Absatz 1 bestellt. Darüber hinaus hat die Kammerversammlung den Ausschuss Berufsrecht gewählt, der den Vorstand bei der Durchführung eines Rügeverfahrens oder bei der Beantragung eines berufsgerichtlichen Verfahrens unterstützt. Die Beilegung berufsbezogener Streitigkeiten sollte nach Möglichkeit „vor Ort“ im Rahmen eines Vermittlungsverfahrens durch die Kreisärztekammern erfolgen. Oftmals geht es um die Art und Weise, den „Tonfall“ des Mitgliedes, was in Patientenbeschwerden geäußert wird. Auch Differenzen zwischen den Mitgliedern können günstigerweise in kollegialen Gesprächen in der örtlichen Kammer ausgeräumt werden. Kompliziertere Sachverhalte, gegebenenfalls schon unter Beteiligung von Rechtsanwälten, sind besser an die Rechtsabteilung weiterzuleiten. Falls aus Beschwerden Haf-

tungsansprüche ableitbar sind, entzieht sich das gleichfalls einer Vermittlung durch die Kreisärztekammer.

Die Rechtsabteilung sowie der Vorsitzende des Ausschusses Berufsrecht stehen den Kreiskammervorsitzenden für Rückfragen jederzeit zur Verfügung.

Praktische Erfahrungen bei der Anwendung der Elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und des Elektronischen Heilberufeausweises (eHBA)

Ute Taube

Vorstandsmitglied

Im Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) ist die Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung bis spätestens zum 1. Januar 2006 vorgesehen gewesen. Die vom Bundesministerium für Gesundheit mit der bundesweiten Koordinierung und Überwachung der Umsetzung dieses Projektes beauftragte Gesellschaft für Telematik in der Medizin (Gematik) mit Sitz in Berlin formulierte ihren Anspruch an das Ergebnis dieses Prozesses wie folgt: „Es ist eine außerordentliche Leistung der Telematikinfrastruktur, dass sie die historisch gewachsene, komplexe institutionelle und technische Struktur des deutschen Gesundheitswesens berücksichtigt und trotzdem die bestehenden Informationsgrenzen zwischen den einzelnen Akteuren und Einrichtungen überwindet.“

Im Dezember 2006 startete die Testphase in der sächsischen Testregion Löbau-Zittau. Daran waren 25 Arztpraxen, 29 Apotheken und 1 Krankenhaus mit 2 Standorten beteiligt. Über die praktischen Erfahrungen im ärztlichen Arbeitsalltag und Resultate bis Herbst 2009 soll nachfolgend berichtet werden.

Die erste Testphase, der sogenannte Release 0, beinhaltete das ungeschützte Lesen von Versichertenstammdaten mithilfe neu installierter Kartenlesegeräte. Etwa 11.000 eGK wurden dafür von 10 Krankenkassen an die Versicherten ausgegeben. Im Ergebnis konnten Kompatibilitätsprobleme beim Einlesen der eGK beseitigt werden. Eine Beeinflussung der Patientenversorgung erfolgte dadurch nicht.

Im Juni 2007 startete die nächste Testphase, Release 1. Dabei wurden Anwendungen der eGK getestet, die den Einsatz des eHBA erforderten. Als notwendige Hardwarekomponenten wurden Konnektoren und wiederum neue Kartenterminals installiert. Das Lesen der eGK erfolgte nun verschlüsselt und die Anwendungen elektronisches Rezept (eRZP), Notfalldatensatz (NFD) und Signaturfunktionen mit PIN wurden erprobt. Im Zeitraum Januar 2008 bis Juni 2009 stellten die Testärzte parallel zum weiterhin abrechnungsrelevanten Papierrezept insgesamt 3.448 eRZP aus, von denen allerdings nur 1.793 dispensiert wurden. Gründe für diese Diskrepanz waren das Ver-

gessen der eGK durch die Patienten beim Gang zur Apotheke, die teilweise fehlende Integration der Testsysteme in den Apotheken in deren Echtssystem, sodass keine Testbereitschaft bestand und die fehlende Unterstützung dieser Anwendung durch einige Apotheken-Software-Anbieter über den gesamten Zeitraum der Anwendungserprobung hinweg. Ein Kernproblem bei der Nutzung des eRZP stellten jedoch die unterschiedlichen Arzneimittelkataloge in den Softwaresystemen von Ärzten und Apothekern dar. Falsche Pharmazentralnummer und Artikel, die außer Handel sind, erschwerten das Handling deutlich. Zudem erfolgen Updates der Systeme bei Ärzten und Apothekern mit einer großen zeitlichen Variabilität.

Aus ärztlicher Sicht ist die Erstellung des eRZP in der bisherigen Konzipierung zu zeitaufwendig.

Die zur Verfügung stehende Stapelsignatur erfordert das Signieren mittels eHBA jedes Rezeptes mit maximal drei Medikamentenverordnungen einzeln und es konnten im Test nur acht Medikamente bei einer Konsultation verordnet werden. In unseren Praxen mit hoher Patientenzahl und hoher Verordnungsdichte pro Patient wird der Praxisablauf enorm verzögert. Eine Komfortsignatur mit einmaliger PIN-Eingabe pro Arbeitstag für alle Signaturen, vom Systemanbieter gemanagt, wäre hier zielführend. Ein positiver Effekt auf die Patientenversorgung blieb daher bisher aus.

Ein mittels eGK gespeicherter NFD könnte dann einen solchen Effekt implizieren, wenn vor allem an den Schnittstellen medizinischer Behandlungspfade für die Akutversorgung der Patienten relevante Informationen für die Ärzte verfügbar wären. Bei der getesteten technischen Umsetzung dieser Anwendung musste in der Praxis eine umfangreiche PIN-Aktivierung und zusätzliche schriftliche Einwilligungserklärung des Pati-



Ute Taube

enten erfolgen, indem der Arzt ein entsprechendes Formular aufruft, signiert und abheftet. Dieser Prozess nahm bis zu 40 Minuten pro Patient in Anspruch und ist somit im Praxisalltag einfach unzumutbar. Auch eine inhaltliche Überarbeitung des NFD ist aus medizinischer Sicht erforderlich, um effizienter damit arbeiten zu können. Deshalb wurden in 1,5 Jahren Testdauer auch nur 144 NFD auf die eGK geschrieben, von denen fünf im Krankenhaus gelesen werden konnten. Die Akzeptanz dieses Prozesses beim Patienten war ebenfalls sehr verhalten und verunsicherte eher. Eine sechsstellige PIN ist für viele unserer Patienten einfach nicht handhabbar.

Erfolgreich und ohne wesentliche Probleme konnten im Rahmen der Teststufe Release 2 in zwei der Testpraxen als erste und bisher einzige Online-Anwendung im gesamten Projektverlauf Versichertenstammdaten mit einigen Krankenkassen aktualisiert werden. Dabei wurden Abläufe für Patienten, Ärzte und Krankenkassen vereinfacht und damit effizienter.

Der Workflow in der Praxis erfordert bekanntlich zwingend ein Zugriffsrecht auf medizinische Daten auch für nichtärztliche Mitarbeiter. Eigene HBA für diese Mitarbeiter sind nicht notwendig.

Die Verwendung einer Institutskarte hat sich in der praktischen Testung bewährt und gewährleistet die ärztliche Aufsicht über alle Anwendungen und Zugriffe auf Daten.

Aus ärztlicher Sicht wären weitere Anwendungen der Telematikinfrastruktur über die getesteten Anwendungen hinaus im Hinblick auf eine tatsächliche Verbesserung der Patientenversorgung zielführend und auch ohne eGK, aber mithilfe des eHBA unter Nutzung seiner Signatur- und Verschlüsselungsfunktion umsetzbar. Der elektronische Arztbrief und die elektronische Patientenakte sind hier unbedingt zu nennen. Eine effizientere innerärztliche Kommunikation und auch ein Bürokratieabbau könnten auf diese Weise erreicht werden. Allerdings birgt das unbedingt zu bewahrende Prinzip der Freiwilligkeit in Bezug auf die Nutzung dieser digitalen Optionen durch die Patienten das Risiko in sich, das nicht alle notwendigen medizinischen Informationen elektronisch verfügbar sind.

Das Gesamtprojekt zur Einführung der eGK wird gegenwärtig wie im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU – FDP vereinbart auf den Prüfstand gestellt. Auf Bundesebene fand dazu am 15. März 2010 ein Spitzengespräch im BMG statt, über dessen Ergebnis noch keinerlei Veröffentlichung erfolgte.

Es bleibt also spannend! Absolut unstrittig ist jedoch, dass die ärztliche Begleitung des Projektes unabdingbar ist, um Praktikabilität und Sinnhaftigkeit technischer Umsetzungen im Arbeitsalltag kritisch und konstruktiv zu prüfen.

Nach Abschluss der Beratungen dankte der Präsident allen Beteiligten für ihre aktive Teilnahme und konstruktiven Diskussionen.

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