

# Bericht über die 14. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden, 8. April 2000

Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, eröffnete pünktlich 9 Uhr die zweite in der Legislaturperiode 1999/2003 turnusmäßig einberufene Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern des Freistaates Sachsen im Max-Bürger-Saal des Kammergebäudes.

Der Präsident begrüßte sehr herzlich die aus dem schönen Sachsenland angereisten Vorsitzenden der Kreisärztekammern und bedankte sich für die termingerechte Zuarbeit für die „Berichte der Kreisärztekammern über ihre Tätigkeit 1999“.

Die Berichte waren nach Einschätzung



Am Präsidiumstisch hatten Platz genommen: Dr. Lutz Liebscher, Frau Kornelia Kuhn, Frau Dr. Gisela Trübsbach, Frau Dr. Verena Diefenbach, Prof. Dr. Jan Schulze, Dr. Günter Bartsch, Prof. Dr. Otto Bach, Prof. Dr. Gunter Gruber (v. l. n. r.)

des Präsidenten teils erfreulich, teils frustrierend. Im Großen und Ganzen läuft die Arbeit in den Kreisärztekammern in Sachsen gut und vollständig. Nach Einschätzung des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer sind die Fortbildungsveranstaltungen in den Kreisen gut besucht, mit vielfältigen Themen und von fachlich hoher Qualität.

### **Aktuelle gesundheits- und berufspolitische Lage – Vorstellungen und Reformansätze für Umstrukturierungen und Prozessveränderungen im Gesundheitswesen**

*Bericht des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer*

Wenn es auch Dank des Widerstandes der Ärzteschaft im „Bündnis Gesundheit 2000“ mit einer großen Zahl nichtärztlicher Berufsgruppen gelungen ist, die Gesundheitsreform zu kippen – so bleiben auch mit dem Torso-Gesetz die „Daumenschrauben fest angezogen“. Es ist zwar gelungen, unser beitragsfinanziertes Gesundheitssystem zu erhalten und vor einer reinen „Zuteilungsmedizin“ zu bewahren – doch es entwickelt sich schon auf dem Hintergrund von Budgets und drohenden Regressen eine de-facto-Rationierung.

Es bleibt zu hoffen, dass die auf vielen Ebenen in Gang gekommene gesundheitspolitische Diskussion unter wesentlicher Mitwirkung der „Bündnisse Gesundheit 2000“ zu einer parteiübergreifenden Debatte zur Zukunft unseres Gesundheitswesens führen wird!

Die Papiere und die Diskussionen des sächsischen Bündnisses „Gesundheit 2000“ haben nicht nur in Sachsen, sondern auch auf Bundesebene ein lebhaftes Echo gefunden. Jetzt geht es um substantielle Arbeit und substantielle Vorschläge, um unseren ärztlichen Sachverstand in die Debatten zur echten Gesundheitsreform einzubringen.

Die Neuregelungen der GKV-Gesundheitsreform ab 1. Januar 2000 sind:

- Risikostrukturausgleich

- sektorale Budgets
- pauschalisiertes Entgeldsystem
- Verzahnung/integrierte Versorgung
- Neuregelung zu Qualitätsmanagement in Praxis und Klinik

Die Wertung der Neuregelungen der Gesundheitsreform durch den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer lautet:

„Viel Dirigismus – wenig Wettbewerb – viel zu Lasten der Leistungserbringer“. Nachdenkenswertes Ansätze des Gesetzesvorhabens sind aus der Sicht des „Bündnis Gesundheit 2000“:

- Förderung der Prävention/Rehabilitation
- Stärkung der Hausarztfunktion
- Verzahnung von mehreren Versorgungsebenen
- Diskussionen von Leitlinien und gegebenenfalls von Positivlisten

Herr Prof. Dr. Jan Schulze diskutierte mit den Teilnehmern der Tagung die Prämissen und Vorschläge für Reformen des „Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000“, die im „Ärztblatt Sachsen“ Heft 2/2000 publiziert sind. Anschließend stellte der Präsident die Konzeption des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer zum Reformziel „Beibehaltung des Solidarprinzips, aber notwendige Neustrukturierung“ vor, die Thesen zur gegenwärtigen Situation der Krankenversicherung, Vorschläge zur Erschließung medizinischer und finanzieller Ressourcen, Lösungsansätze und Forderungen an Politik und Krankenkassen beinhalten. Am 17. Mai 2000 werden diese Thesen während der nächsten Sitzung des „Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000“ den 31 Partnern dargestellt und nach Annahme im *Ärztblatt Sachsen* veröffentlicht.

Inhalte der sich anschließenden lebhaften und sachlichen Diskussion waren:

- In den neuen Bundesländern ist die Allgemeinärztliche Valenz schwach und in den nächsten 5 bis 10 Jahren mit weiterer abfallender Tendenz prognostisch einzuschätzen, da eine Überalterung der Kollegenschaft vorliegt und der Nachwuchs defizitär ist. Zurzeit sind in

Sachsen 25 Allgemeinmedizinische Praxen nicht besetzt, im nächsten Jahr gehen weiter 30 Hausärzte/Allgemeinmediziner in den Altersruhestand.

■ Dieses Problem wurde durch die Umstrukturierung des Gesundheitssystems im Jahre 1991 hervorgerufen. Die finanzierte Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist durch den Untergang der Polikliniken weggefallen.

■ Die Umwandlung von klinischen Stellen (Rotationsstellen) in Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin, war und ist sehr eingeschränkt.

■ Für den Weiterbildungsgang im niedergelassenen Bereich (Weiterbildungspraxen) ist die Kassenärztliche Vereinigung, für den stationären Bereich die Deutsche Krankenhausgesellschaft zuständig.

■ Die Sächsische Landesärztekammer bemüht sich um die Neuschaffung von Weiterbildungsstellen zum Facharzt für Allgemeinmedizin in den Kliniken und Krankenhäusern.

■ Die Attraktivität der Allgemeinmedizin muss erhöht werden.

■ Die Nachwuchsgewinnung für die Allgemeinmedizin muss bereits während des Medizinstudiums beginnen. Die Einrichtung eines eigenständigen Lehrstuhles für Allgemeinmedizin an den Universitäten und praxisorientierte Studiengänge sind von ausschlaggebender Bedeutung. Die Universität Leipzig hat seit 1999 einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin.

### **Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung durch die Bundesärztekammer**

*Bericht: Prof. Dr. Günter Gruber, Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung*

Von Herrn Prof. Dr. Gunter Gruber wurde das von der Bundesärztekammer vorgelegte Konzept über die Grundzüge der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung detailliert vorgetragen und erläutert.

Nach Abwägung aller erkennbaren Vor-

und Nachteile sind Herr Prof. Gruber, die Mitglieder des Ausschusses Weiterbildung und der Vorstand der Sächsische Landesärztekammer zu der Überzeugung gelangt, dass diese „Neugliederung“ der Weiterbildungsordnung keine überzeugenden Fortschritte im Sinne der Deregulierung der Weiterbildungsordnung bringen wird. Das als wesentliche Verbesserung beschriebene „veränderte Verständnis der Gebietsgrenzen“ ist nicht erkennbar. Zusätzlich würde die Einführung dieser neuen Strukturen einen enormen unüberschaubaren Verwaltungsaufwand bedeuten.

Möglich ist eine grundsätzliche Änderung der Struktur der Weiterbildungsordnung auch nur, wenn diese in allen Bundesländern gleichzeitig eingeführt werden könnte. Auch das sieht der Vorstand und der Ausschuss Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer als praktisch unrealisierbar an, allein schon deshalb, weil wahrscheinlich in allen Ländern die Heilberufekammergesetze dazu geändert werden müssten.

Die Sächsische Landesärztekammer vertritt gegenüber der Bundesärztekammer die Meinung, dass die bestehende (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten bleiben soll, aber eine Überprüfung über die Möglichkeit der Reduzierung von Arztbezeichnungen (Gebiet, Schwerpunkt, fakultative Weiterbildung, Fachkunde, Zusatzbezeichnung) dringend empfohlen wird.

Der Vorstand stimmte dem Ausschuss Weiterbildung zu und lehnte die Novellierung der Grundzüge der (Muster-)Weiterbildungsordnung ab.

Auf dem 103. Deutschen Ärztetag in Köln - 9. bis 12. Mai 2000 - werden die Eckpunkte zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung auf gesamtdeutscher Ebene ausführlich weiter diskutiert. Nach Ansicht von Prof. Dr. Gruber wird vor dem Jahr 2003/2004 keine Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung in Kraft treten. Herr Prof. Dr. Gruber wird die sächsischen Ärzte über die Ergebnisse der Verhandlung auf

dem 103. Ärztetag über diese Thematik im „Ärzteblatt Sachsen“ informieren.

### **Ergebnisse aus der Auswertung des Fragebogens der AG „Junge Ärzte“ der Sächsischen Landesärztekammer für Ärzte in Aus- und Weiterbildung**

*Bericht: Frau Kornelia Kuhn,  
Vorsitzende des Ausschusses  
Junge Ärzte*

Die interessanten und aufschlussreichen Ergebnisse der Auswertung werden im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 6/2000 veröffentlicht. Die sorgfältig erarbeiteten Analysen werden alle ärztlichen Ausbilder zum Nachdenken und zu Veränderungen in der Aus- und Weiterbildung anregen.

### **Information zur Einführung des Elektronischen Arztausweises**

*Bericht: Dr. Günter Bartsch  
Vizepräsident der  
Sächsischen Landesärztekammer*

In den nächsten Jahren soll nach den Vorstellungen der Bundesärztekammer der jetzige von den Kammern ausgegebene Arztausweis durch den elektronischen Arztausweis, einer HPC (health professional card) ersetzt werden, deren Merkmale von der Bundesärztekammer und dem ZI (Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung) gemeinsam erarbeitet wurden. Gegenwärtig haben wir Ärzte einen reinen Sichtausweis. Der elektronische Arztausweis wird ein Zwitter zwischen Sicht- und elektronischem Ausweis sein. Die HPC ist eine Prozessorchipkarte mit Bild, Name, Registriernummer und Gültigkeitsdauer als wesentliche Inhalte, die sichtbar sind. Unsichtbar sind im Chip die neuen Funktionen enthalten:

- eindeutige Identifikation in elektronischen Medien (Authentifizierung),
  - die Funktion zur Verschlüsselung von Nachrichten während des Transports,
  - die elektronische Unterschrift (Signatur), eventuell mit Zusätzen (Attributen).
- Bisher sind dies vier: Gebietsbezeichnung, Schwerpunkt, Zusatzbezeichnung

(alles von der Kammer zu bestätigen) sowie das Zertifikat „Genehmigungen“, das von der Kassenärztlichen Vereinigung vergeben wird. Der Chip enthält also drei asymmetrische Schlüsselpaare, die sich durch eine PIN des Nutzers der Karte von diesem aktivieren lassen – für jede der genannten neuen Funktionen eines. Hieraus wird die zusätzliche Funktion des Arztausweises ersichtlich – die Absicherung sensibler Inhalte von elektronischen Dokumenten während des Transports (oder Lagerung) in elektronischen Medien. Mit der elektronischen Signatur werden darüber hinaus elektronische Dokumente nach Maßgabe des deutschen Signaturgesetzes rechtssicher unterschrieben. Die Identifikationsfunktion erlaubt zusätzlich bei Berechtigung Zugriffe auf bestimmte Inhalte von Intranets oder lokalen Netzwerken, aber auch im Internet.

### **Wie weit ist die Entwicklung?**

Die Version 1.1. wurde kürzlich von den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften abgesegnet und zur Erprobung freigegeben. Für die Erprobung haben sich drei Landesärztekammern zur Verfügung gestellt: Bayern, Niedersachsen und Westfalen-Lippe, die jeweils konkrete Projekte begleiten.

Das Problem ist zurzeit, dass die Kammern eine Infrastruktur für die Einführung der HPC aufbauen müssen, um beispielsweise die Annahme von Anträgen und die Ausgabe der HPC zu regeln. Außerdem müssen sogenannte Trust-Center die Schlüsselpaare generieren und verwalten. Der Modus der Zusammenarbeit zwischen Kammern und dem von ihnen beauftragten Trust-Center muss noch geklärt werden. Nach neuen Informationen wird der elektronische Arztausweis erst in etwa drei bis vier Jahren den traditionellen ersetzen, weil erst dann die Erprobungsphase abgeschlossen ist. Angedacht ist auch, die HPC für andere, nichtärztliche Gesundheitsberufe zu verwenden, wie Pflegedienste, Physiotherapeuten und Hebammen.

Der elektronische Arztausweis ist also ein wesentlicher Teil des Vorhabens HPC.

**Technische Voraussetzungen und Kosten**

Ein multifunktionales Kartenlesegerät ist neue erforderliche Hardware neben dem vorhandenen PC mit Internetanschluss. Diese Geräte werden schon ab etwa 300,- DM angeboten und sollten bei Neuanschaffungen oder notwendigem Ersatz eines verschlissenen Kartenlesegerätes gekauft werden. Auch die bisherigen Lesegeräte haben diese Preislage. Der Preis der HPC steht noch nicht fest, es werden ganz unterschiedliche Summen zwischen 20,- und 300,- DM genannt.

Die Investition lohnt sich jedoch erst, wenn die Software-Firmen in den Kliniken und Praxen eine gemeinsam nutzbare Schnittstelle für den Datenaustausch zur Verfügung stellen, woran zurzeit gearbeitet wird. Es gibt bisher nur Insellösungen des verschlüsselten Datenaustausches für bestimmte Nutzergruppen.

Wenn also in nächster Zeit die standardisierte Schnittstelle angeboten wird, haben wir Ärzte die Möglichkeit des sicheren Datenaustausches, des Transportes, der Lagerung (Archivierung) und der ständigen Verfügbarkeit dieser Daten.

Im Endeffekt werden Ärzte mit hochkomplizierten Verfahren für eine Zukunft in einem Netz virtueller Beziehungen fit gemacht, der „Elektronische Arztausweis“ ist die Eintrittskarte dazu.

**Alternative Medizin – medizinische Alternativen?**

*Bericht: Prof. Dr. Otto Bach  
Vorstandsmitglied der  
Sächsischen Landesärztekammer*

Mit Begriffen wie Alternativmedizin, komplementäre Medizin, Naturheilkunde werden sehr verwaschen und unklar therapeutische Interventionen umschrieben, die ein weites Spektrum des Vorgehens von einerseits schulmedizinischen Behandlungsmethoden über Außensei-

termethoden bis hin zur Scharlatanerie beschreiben.

Die moderne Medizin muss sich mit Fragen dieser naturheilkundlichen, aber auch den irrationalen Vorgehensweisen auseinandersetzen, weil die Öffentlichkeit mit allen möglichen Heilmethoden konfrontiert wird und von daher klare Stellungnahmen der Ärzteschaft erwartet werden.

Die untenstehende Abbildung versucht eine Gliederung einiger therapeutischer und pseudotherapeutischer Vorgehensweisen vorzunehmen.

Zu den in die Schulmedizin integrierten Verfahrensweisen gehören vorwiegend naturheilkundliche Verfahren, die ganzheitlichen Aspekten gerecht werden, Reiz-Reaktionsprinzipien gehorchen und die Selbstaktivierung der Patienten fördern.

In diesem Sinne gehören Hydrotherapie, Bewegungstherapie, Ernährungstherapie, Phytotherapie und Ordnungstherapie (Arbeits-, Sozio-, Sport-Therapie) zu den in der Schulmedizin alltäglich genutzten Verfahren.

Die Abgrenzung von medizinischen (ärztlich verordneten) Therapien von anderen (durchaus auch – oft suggestiv – wirkenden) Behandlungsmethoden wird

nach folgenden Kriterien vorgenommen:

■ Medizin ist wissenschaftlich überprüfbare Heilkunde, die an Universitäten gelehrt wird.

■ Zuverlässige wissenschaftliche Belege (nachprüfbare Untersuchungsergebnisse) sind die Voraussetzung, dass eine Heilmethode in den Katalog ärztlicher Leistungen aufgenommen wird.

■ In der Hand des Arztes können auch Außenseitermethoden sinnvoll sein, wenn sie in ein diagnostisches und (psycho-, suggestiv-) therapeutisches Konzept eingepasst sind.

Eine strenge Abgrenzung von paramedizinischen Praktiken ist erforderlich. Sie gefährden gegebenenfalls den Patienten, täuschen ihn durch griffige und scheinwissenschaftliche Begriffe und führen durch die oft dahinterstehenden pekuniären Interessen zu unverhältnismäßiger Belastung.

Nach dem fundierten und exzellenten Vortrag folgte eine lebhafte Diskussion über die Inhalte, den Sinn und die ärztliche Wertung der Alternativen zur Medizin.

15.35 Uhr verabschiedete der Kammerpräsident die Teilnehmer der 14. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern.  
klug

Schulmedizin	Unkonventionelle Methoden	Irrationale Methoden
<b>Somatische Therapie</b>	– wissenschaftlich nicht anerkannt, diagnostisch problematisch – in Anwendung ggf. sinnvoll – mehr oder wenig akzeptiert auch von Kassen  z. B. – Akupunktur – Yoga – anthroposophische Medizin – Homöopathien	– keine Theorie bzw. Rückzug auf fremde Kulturen – Risiko – auf Intuition eines Guro bezogen  z. B. – Sauerstoff-Mehrschritttherapie – Bach-Blütentherapie – Spagyrik – Neuraltherapie – Ozontherapie – Irisdiagnose – Pendeln – Radiästhetiker
<b>Psychotherapie</b>		
<b>Naturheilverfahren klassisch</b>		
– Reiztherapien (Kneipp, Wärme, Klima, Moor) – Massagen – Ernährung – Licht – Bewegungstherapie – Atemtherapie – Phytotherapie – Chirotherapie		