

28. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer zur Tagung am 24. März 2007 waren die Vorsitzenden der Kreisärztekammern, Mitglieder des Vorstandes, Mitarbeiter der Sächsischen Landesärztekammer und Gäste gefolgt.

Der Präsident, Herr Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, begrüßte zu Beginn insbesondere Frau Dr. med. Ellen Maneck, Bautzen, Dr. med. Wilmar Hubel, Stollberg und Herrn Dipl.-Med. Edwin Lehmann, Niederschlesischer Oberlausitzkreis. Sie sind neu in die Funktion des Vorsitzenden einer Kreisärztekammer gewählt wurden. Anschließend ging Prof. Dr. Schulze auf die Schwerpunkte der Tätigkeitsberichte der Kreisärztekammern ein. In der Mehrzahl der Kreisärztekammern erfolgte 2006 eine verstärkte berufspolitische Arbeit zu den Themen: Gesundheitsreform, Tarif-

verträge oder Wahl zur Kammerversammlung. Einige Kreisärztekammern hatten aktiv zur Beteiligung an den Protestveranstaltungen der Ärzteschaft in Berlin aufgerufen und Mitfahrgelegenheiten organisiert. Zugleich gab es eigene Veranstaltungen vor Ort mit Vertretern der Kommunal- und Landespolitik und Gespräche mit Bundestags- und Landtagsabgeordneten zu den Defiziten der „Gesundheitsreform“. Viele Kreisärztekammern engagieren sich auch in gesellschaftlicher Hinsicht. Es gab Kontakte mit der Jugendhilfe, dem Ordnungsamt sowie Kreistagen und Oberbürgermeistern. Dort waren regionale Probleme der Anlass für die Arbeitstreffen. Genannt wurde insbesondere die verstärkte Frequentierung der Rettungsstellen, die Umwandlung von Klinikambulanzen in 24-Stunden-Sprechstunden sowie eine Zunahme von Beschwerden durch Patienten. In den meisten Fällen handelte es sich jedoch um Kommunikationsprobleme, welche durch direkte Gespräche geklärt werden konnten.

Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Nachfolge für Kreisärztekammern

Bevor der Präsident zur aktuellen Gesundheitspolitik übergehen konnte, musste er auf zwei Kreise aufmerksam machen, in denen es große Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung der Kreisärztekammern gibt. Dies sind die Kreisärztekammern Riesa-Großenhain und Chemnitzer Land. Trotz intensiver Bemühungen der Vorsitzenden ist es in der Vergangenheit immer seltener gelungen, die Ärzte für die Mitarbeit in der Kreisärztekammer zu gewinnen. Selbst das Interesse an berufspolitischen regionalen Veranstaltungen ging stetig zurück. Der ärztliche Zusammenhalt scheint in diesen Regionen kaum zu existieren. Besonders deutlich wurde dies auf einer Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Riesa-Großenhain. Von 350 eingeladenen Ärzten kamen nur 20, um über die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung zu diskutieren. Wenn sich in dieser Region keine Nachfolger für den Vorstand fin-



Podium: Dr. Eberhard Huschke, Dr. Katrin Bräutigam, Dr. Giesela Trübsbach, PD Dr. jur. Dietmar Boerner, Prof. Dr. Jan Schulze, Dr. Stefan Windau, Prof. Dr. Otto Bach (v.l.)

den, dann wird es ab dem 30. Juni 2007 keine Kreisärztekammer Riesa-Großenhain mehr geben und sich die Selbstverwaltung von unten demontieren. Die regionalen Fragen und Probleme können dann nur noch unzureichend bearbeitet werden. Hier sieht der Präsident dringenden Handlungsbedarf und bittet die sehr aktiven Vorsitzenden der Kreisärztekammern um Unterstützung, damit man nicht der Politik in die Hände spielt, die eine Abschaffung der Selbstverwaltung anstrebt.

Gesundheitsreform

Mit Blick auf den 1. April 2007, dem Inkrafttreten der Gesundheitsreform, verdeutlichte Prof. Dr. Schulze seine Ansicht der drohenden Staatsmedizin in Deutschland. Einheitlicher Beitragsatz, Implementierung eines Risikostrukturausgleiches und die Krankenkassen als Beitragseinzugsstelle zementieren den Einfluss des Staates auf die medizinische Versorgung. Von Selbstverwaltung könne bald keine Rede mehr sein, denn Ärzte werden ohne jeden Schutz in Einzelverträge getrieben werden. Staatliche Institute bereiten den Weg in die Billigmedizin vor. Wartelisten, Kapazitätsengpässe und immer längere Wege für die Patienten auf dem Land zum Arzt werden die Folgen sein. Die finanziellen Belastungen führen zu weiteren Einsparungen bei Personal und Sachkosten im Krankenhaus und zu einer weiteren Privatisierung öffentlicher Kliniken. Positiv an der Reform seien nur die Aufhebung des Vergütungsabschlages Ost seit 1. Januar 2007 und die geplante Pflichtversicherung.

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Neue Möglichkeiten der Berufsausübung in ambulanter Versorgung sollte das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz schaffen und in Sachsen den Ärztemangel lindern. Die Anstellung von

Ärzten in größerem Umfang und eine Tätigkeit an mehreren Orten – auch über Grenzen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) hinweg – ist durch das Gesetz möglich. Vertragsärzte können nun Filialen bilden und sich innerhalb oder außerhalb ihres KV-Bezirks in Berufsausübungsgemeinschaften zusammenschließen. Mit Teilzulassung können Ärzte halbtags im Krankenhaus oder im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) arbeiten, die sonstige Zeit dann freiberuflich in der eigenen Praxis. Die bisherigen Altersgrenzen für die Zulassung und das Ausscheiden aus Praxis entfallen bei einer ärztlichen Unterversorgung. Doch woher will man Ärzte nehmen, die bereit sind, sich nach dem 58. Lebensjahr in die eigene Praxis zu begeben oder die sich anstellen lassen? Und die Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte wollen vor dem 65. Lebensjahr in den Ruhestand gehen. Das Gesetz, so das Fazit des Präsidenten, löst das Problem des Ärztemangels in Sachsen nicht, weil es nicht gelingt, junge Ärzte hier zu halten.

Wahl zur Kammerversammlung

Prof. Dr. Schulze wies zum Abschluss seines Vortrages auf die Wahl zur Kammerversammlung hin. Es gibt insgesamt 143 Kandidaten für die 101 Sitze, sodass tatsächlich eine Wahlmöglichkeit für die Ärzte besteht. Von den Kandidaten sind 53 bereits Mandatsträger der Kammerversammlung. Es kandidieren 41 Frauen und 102 Männer um die Sitze. Davon sind 65 angestellte Ärzte und 64 in eigener Niederlassung sowie 10 im Ruhestand. Darunter befinden sich 37 Allgemeinmediziner, 38 FÄ für Innere Medizin, 12 Chirurgen und 10 Anästhesiologen. Der Präsident forderte die Ärzte auf, von ihrem Wahlrecht auch Gebrauch zu machen.

Stationäre und ambulante Versorgung unter DRG-Bedingungen

Dr. med. Stefan Windau, Vizepräsident
Dr. med. Eberhard Huschke, Vorsitzender Ausschuss Krankenhaus

Die Krankenhausfinanzierung wird bis 2009 von der pflegetagorientierten Bezahlung (Selbstkostendeckung) auf eine leistungsbezogene Vergütung umgestellt. Aus einer Finanzierungsfunktion (GKV hatte die Mittel aufzubringen, um den Ressourcenverbrauch der Krankenhäuser adäquat abzudecken) wird eine Steuerungsfunktion, bei der nicht mehr Kosten, sondern Leistungen im Mittelpunkt der Vergütung stehen (GKV vergütet die in DRG-Diagnosegruppen zusammengefassten Fälle).

Vier Jahre nach Einführung des G-DRG-Vergütungssystems ist zunächst ein immenser Mehraufwand an ärztlicher Arbeitszeit für die Kodierung zur leistungsgerechten Bezahlung der am Patienten erbrachten Leistung zu beklagen. Das betrifft zunächst die exakte Einordnung des „Falles“ in eine Diagnosegruppe (wenn ich etwas vergesse – wird es nicht bezahlt). Frustrierend ist die darüber hinaus die von den Kassen geforderte Rechtfertigung dieser Abrechnung in einem hohen Anteil (2004 1,5 Mio. MDK-Begutachtungsfälle).

Die Orientierung auf diagnosebezogene Bezahlung bedeutet natürlich auch ein Umdenken jedes Mitarbeiters in der Nutzung vorhandener Ressourcen.

Die unter der fallpauschalierten Vergütung erwartete Verkürzung der stationären Verweildauer hat zu einer stärkeren Nachfrage von vertragsärztlichen Leistungen geführt, ohne dass bisher eine adäquate Anpassung der Finanzierung erfolgt ist. Die „ambulante Öffnung“ der Krankenhäuser, die Einrichtung „Medizinischer Versorgungszentren“ und die integrierte Versorgung stehen im Fokus der Gesundheitsreformgesetzgebung und werden die Schnittstelle zwischen vertragsärztlicher Versorgung und Krankenhausbehandlung nachhaltig beeinflussen. Auch die Umstellung der vertragsärztlichen Vergütung, verbunden mit einer Reglementierung durch fachgebietsbezogene Regelleistungsvolumina, werden als Einflussgrößen auf die Versorgung zu wer-

ten sein. Die derzeitige Diskussion, ambulante Versorgung unter DRG-Bedingungen, findet jedoch vorwiegend noch auf der Ebene der nicht datengestützten Meinungsäußerung statt. Soll die Medizin zukünftig nicht vorwiegend ökonomisch dominiert werden („Preis- statt Qualitätswettbewerb“), müssen kurzfristig qualifizierte Untersuchungen zum Einfluss veränderter ökonomischer Rahmenbedingungen auf die Qualität und das Angebot der Versorgung durchgeführt werden.

Lebhafte Diskussion

Die DRG bedingte Verkürzung des stationären Aufenthaltes der Kranken führt zur Orientierung auf eine Behandlungsdiagnose und daraus folgende häufige Wiederaufnahme ins Krankenhaus, zur Verlagerung diagnostischer Maßnahmen in die Ambulanz, zur Verschiebung von Leistungen vom stationären zum Beispiel in den ambulanten Sektor mit Überlastung der Notfallaufnahmen und der Rettungsstellen der Krankenhäuser sowie zur Verlagerung einer gewissen bis 2002 von den Krankenhäusern wahrgenommenen Pflege(heim)funktion bei sozial schwieriger Situation des Patienten auf die Ambulanz. Die befürchtete „blutige Entlassung“ durch die Verweildauersenkung wird so umgangen. Es bedarf einer fundierten Versorgungsforschung, die mögliche Fehlentwicklungen und diesbezügliche Lösungsansätze anhand belastbarer Daten nachweisen und aufzeigen kann. Der Einfluss der Fallpauschalierung auf Art, Umfang und Qualität der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und diagnostischen Tiefe, auf die Versorgung chronisch kranker Patienten unter besonderer Berücksichtigung der sektorübergreifenden Behandlung muss untersucht werden. Aber auch unter Berücksichtigung der neu zu definierenden Schnittstelle zwischen Akutbehandlung (Krankenhaus) und der Vor- und Nachbehandlung (ambulante Behandlung, Rehabilitation), der Einfluss der geänderten Rahmenbedingungen auf das regionale Versorgungsangebot und die Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit, auf die ärztlichen Arbeitsbedingungen und auf die ärztliche Weiterbildung der Fallpauschalierung sollte wissenschaftlich abgeklärt werden.

Fortbildung und Sponsoring

Prof. Dr. med. habil. Otto Bach
Vorstandsmitglied, Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Fortbildung als lebenslanger Lernprozess ist eine ärztliche Berufspflicht. Bei der Erfüllung dieser Verpflichtung ist aufgrund der gewachsenen Strukturen eine Kooperation von Ärzteschaft und Dritten in vielen Bereichen notwendig. Diese Zusammenarbeit muss so gestaltet sein, dass die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit und das Patientenwohl als oberste Handlungsmaxime der medizinischen Versorgung in jedem Fall sichergestellt ist. Das bedeutet insbesondere, dass die Inhalte ärztlicher Fortbildung unabhängig von wirtschaftlichen Interessen Dritter und frei von kommerziellen Einflüssen auf Diagnostik und Therapie in Klinik und Praxis zu erhalten sind. Die gesetzlichen Rahmen sind die §§ 299, 331 bis 334 des Strafbuchgesetzes und die Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 24.6.1998 in der Fassung der Änderungssatzung vom 6.7.2006. Herr Prof. Dr. Bach wird diese bedeutsame Thematik „Fortbildung und Sponsoring“ der sächsischen Ärzteschaft in einem ausführlichen Beitrag in unserem Kammerorgan im zweiten Quartal 2007 darstellen.

Online-Anmeldung von Fortbildungsveranstaltungen

Frau Dr. med. Kathrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin
Eine ausführliche Darstellung der Online-Anmeldung von Fortbildungsveranstaltungen wird im Heft Mai 2007 des „Ärzteblatt Sachsen“ erfolgen.

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Arztausweises (HPC) ab 2007 – Sachstand

Dr. med. Günter Bartsch
Vorstandsmitglied
Frau Dipl.-Ök. Kornelia Keller, Kaufmännische Geschäftsführerin
Die Aktivitäten beschränken sich zurzeit vor allem auf zwei Testregionen in Deutschland: Schleswig-Holstein und Sachsen. Seit Ende September 2006 wurden in diesen Regionen die Voraussetzungen für den Beginn einer Testung durch Ausgabe der ersten elektro-

nischen Gesundheitskarte und neuer Kartenlesegeräte geschaffen. 25 Ärzte, 15 Apotheken und ein Krankenhaus sind in Sachsen in den Test einbezogen. Die geplante Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten an 10.000 Patienten wurde bis zum 16. 3. 2007 erreicht und in dieser Zeit auch schon über 2.700 mal in den Testpraxen bearbeitet. Eine Offline-Testung des elektronischen Rezeptes unter Einbeziehung des elektronischen Heilberufausweises ist ab Mitte des Jahres 2007 geplant. Online-Testungen sind frühestens Ende 2007 zu erwarten. Die Diskrepanz zu dem geplanten Termin der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ab 1.1. 2006 ist offensichtlich. Konkrete Maßnahmen ergeben sich bisher weder für Arztpraxen noch für Krankenhäuser.

Erstellung eigener Homepages der Kreisärztekammern

Dr. med. Lutz Pluta
Vorsitzender der AG Multimedia und Gesundheitstelematik
Die regionale Präsentation der Kreisärztekammern durch eigene Homepages ist zu begrüßen, weil sie in besonderer Weise die Beziehung zu den Ärzten vor Ort pflegen und regionale Informationen besser darstellen können. Damit wird ein Zusammenhalt der Ärzte in den kreisfreien Städten und Landkreisen des Freistaates Sachsen gefördert. Die Kreisärztekammern sind gemäß der Hauptsatzung der Sächsischen Landesärztekammer sowie der ihrer Tätigkeit zugrunde liegenden Geschäftsordnungen rechtlich unselbstständige Untergliederungen der Sächsischen Landesärztekammer und unterstehen deren Aufsicht. Da die Veröffentlichung von Internetseiten mit zivil- und strafrechtlichen Risiken verbunden ist, für deren Verletzung letztendlich der Präsident haftet, hatte der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer am 7. März 2007 verbindliche Regelungen für die Erstellung von Homepages der Kreisärztekammern beschlossen. Dr. Pluta stellte diese Regelungen zu den Inhalten, der Freigabe und der grafischen Gestaltung ausführlich vor.

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

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit