

## 37. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern



Vizepräsident Erik Bodendieck, Dipl.-Med. Petra Albrecht

Am 17. September 2011 trafen sich zum zweiten Mal in diesem Jahr Vorstandsmitglieder und die Geschäftsführer der Sächsischen Landesärztekammer, die Vorsitzenden und ihre Stellvertreter der sächsischen Kreisärztekammern zum gemeinsamen Gedankenaustausch über berufs-, gesundheits- und sozialpolitische Fragen. Die Leitung der Tagung hatte der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck.

### Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik

Erik Bodendieck  
Vizepräsident

### Versorgungsstrukturgesetz

Das Bundeskabinett hat am 3.8.2011 den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen. Die 1. Lesung erfolgte am 23.9.2011 im Bundes-

tag. Das Gesetz soll im Wesentlichen am 1. Januar 2012 in Kraft treten. Die Politik erkennt zum ersten Mal einen Ärztemangel in Deutschland an. Das Gesetz sieht Maßnahmen für eine gute ärztliche Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten vor. Es soll sichergestellt werden, dass in allen Regionen Deutschlands genügend Ärzte für eine wohnortnahe, flächendeckende medizinische Versorgung arbeiten. Eine bessere Verzahnung zwischen Krankenhausärzten und niedergelassenen Fachärzten ermöglicht Menschen mit schweren oder seltenen Erkrankungen eine bestmögliche Behandlung.

### Einige Elemente des Gesetzes:

- Das Recht der Versicherten, eine Kasse frei zu wählen, wird gestärkt. Bei unrechtmäßigen Abweisungen durch einzelne Krankenkassen werden die Rechtsfolgen des Eingreifens der Aufsichtsbehörden deutlich verschärft. Auch wird geregelt, dass im Falle von Kassenschließungen ein reibungsloser Übergang sichergestellt wird.
- Es wird ein rascher und gezielter Zugang von Innovationen in die medizinische Versorgung gesichert, indem dem Gemeinsamen Bundesausschuss ein neues Instrument zur Erprobung nichtmedikamentöser Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gegeben wird.
- Der Sicherung einer wohnortnahen, flächendeckenden medizinischen Versorgung dienen:
  - Eine flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten für die Länder.
  - Planungsbereiche müssen künftig nicht mehr wie bisher den Stadt- und Landkreisen entsprechen.
  - Anreize im Vergütungssystem, indem Ärzte in unterversorgten Gebieten von Maßnahmen der Mengenbegrenzung ausgenommen werden.
  - Die Förderung mobiler Versorgungskonzepte.
  - Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
  - Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigenrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen und Möglichkeit zum Betrieb von Eigenrichtungen durch kommunale Träger.
  - Ausbau der Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen und der Telemedizin.
- Die vertragsärztliche Vergütung wird flexibilisiert und regionalisiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei der Honorarverteilung. Kassen und Ärzte auf regionaler Ebene haben mehr Eigenständigkeit bei der Vereinbarung der Vergütung.
- Mit der ambulanten spezialärztlichen Versorgung erhalten Menschen mit bestimmten Erkrankungen wie HIV/Aids, Krebs, Multiple Sklerose und anderen schweren oder seltenen Erkrankungen eine reibungslose interdisziplinäre Behandlung.
- Ambulante Rehabilitationseinrichtungen werden den stationären gleichgestellt, indem einheitliche Versorgungsverträge geschlossen werden.



Dipl.-Med. Andreas Koch, Dr. med. Einar Köhler, Dr. med. Uwe Strahler (v.l.)

### Forderungen der Landesärztekammern zum Versorgungsstrukturgesetz sind:

- sektorspezifische Bedarfsplanung um sektorenübergreifende Perspektive ergänzen,
- sektorenübergreifendes Landesgremium unter direkter Einbeziehung der Landesärztekammern einrichten,

- Beteiligung der Bundesärztekammer am Gemeinsamen Bundesausschuss ist erforderlich; nur die Kammern haben Weiterbildungs-kompetenz und die Fortbildungshoheit,
- der materielle Anreiz, sich als Arzt auf dem „Land“ niederzulassen, sollte nicht durch Abschlüsse für Ärzte in den sogenannten über-versorgten Gebieten kompensiert werden. Dadurch würden inner-ärztliche Auseinandersetzungen provoziert. Die Ärzteschaft muss auch nach außen geeint sein.

### Lange Wartezeiten/Arbeitszeit der Vertragsärzte

Der neue AOK-Bundesvorstand monierte die angeblich zu geringe Arbeitszeit der Vertragsärzte. Die Idee des Bundesministerium für Gesundheit ist, bei zu langen Wartezeiten eine Behandlung im Krankenhaus zuzulassen und Kosten über Kassenärztlichen Vereinigungen abzurechnen.

Der Bundesgesundheitsminister will die Selbstverwaltung von Ärzten und die Krankenkassen dazu verpflichten, für Facharzttermine akzeptable Wartezeiten zu definieren. Auch über mögliche Sanktionen soll die Selbstverwaltung entscheiden.

Mit deutlicher Kritik haben die Bundesärztekammer und die Präsidenten der Landesärztekammern auf die jüngsten Ankündigungen von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr reagiert, auf niedergelassene Ärzte noch mehr Druck ausüben zu wollen. Die Ärzteschaft fordert daher den Bundes-Gesetzgeber auf, Ärzten endlich die Wertschätzung entgegenzubringen, die sie für ihre sehr gute Arbeit in Praxen und Krankenhäusern auch verdienen.

Der Vorschlag (Ärzte mit Honorarabzug zu bestrafen, wenn es in Praxen zu vermeidbaren Wartezeiten komme) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit zurückgezogen.

### Ärztemangel

Der demografische Faktor in der Bedarfsplanung ist seit 1. März 2011 in Kraft.

In Sachsen werden rein statistisch ca. 500 Haus- und Fachärzte zusätzlich benötigt.

Derzeit fehlen in sächsischen Kliniken und Praxen laut Kassenärztlicher Vereinigung Sachsen (KVS) und Krankenhausgesellschaft Sachsen (KGS) insbesondere:

- 394 Fachärzte für Allgemeinmedizin,
- 88 Fachärzte für Chirurgie
- 86 Fachärzte für Anästhesie
- 83 Fachärzte für Innere Medizin
- 55 Fachärzte für Augenheilkunde,
- 45 Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie
- 16 Fachärzte für Urologie
- 11 Fachärzte für Orthopädie
- 10 Fachärzte für Nervenheilkunde
- 5 Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 3 Fachärzte für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.

Eine Überversorgung in sächsischen Großstädten ist nicht vorhanden. Ab 1.9.2011 erhalten Ärzte 60.000 EUR Investitionskostenzuschuss bei Niederlassung in Sachsen. Im hausärztlichen Bereich werden Ärzte im Mittleren Erzgebirgskreis und in Torgau-Oschatz, Augenärzte im Mittleren Erzgebirgskreis, HNO-Ärzte in Annaberg und Nervenärzte in Stollberg finanziell unterstützt. Die Gründung einer Zweigpraxis wird mit bis zu 6.000 EUR gefördert.

### Aktuelle Fragen der ärztlichen Ausbildung – Schnittstelle zur Weiterbildung

Dr. med. Anke Graupner  
Studiendekanat der Medizinischen Fakultät der TU Dresden  
Prof. Dr. med. habil.  
Antje Bergmann

Bereich Allgemeinmedizin,  
Universitätsklinikum Carl Gustav  
Carus Dresden  
Frau cand. med. L. Zühlke  
Studentin der Medizinischen  
Fakultät der TU Dresden

Zum Thema berichtete Frau Dr. Graupner über die Veränderungen im Medizinstudium an der Medizinischen Fakultät Dresden bezogen auf die letzten fünf Jahre.

Auf der Grundlage der seit 2003 geltenden Approbationsordnung lag ein Schwerpunkt in der Verbesserung der praktischen Ausbildung der Studierenden. Mit der Etablierung

a) eines Skills-Labs, in welchem standardisiert manuelle Fertigkeiten geübt werden (zunächst ohne, dann mit Patienten),  
b) eines longitudinalen Übungsprogramms zur Gesprächsführung mit „Standardisierten Patienten“ (Schauspielpatienten),



Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann, Dr. med. Anke Graupner, cand. med. L. Zühlke (v.r.)



Dr. med. Steffen Liebscher, Richter Peter Thieme (v.l.)

c) Implementierung von e-learning-Modulen zur Vor- und Nachbereitung klinischer Praktika, welche zunächst in der Neurologie und für das kommende Semester im kompletten klinischen Untersuchungskurs genutzt werden, soll die ausschließliche Abhängigkeit praktischer Ausbildungsinhalte vom Lehrenden minimiert werden.

Der Entwicklung der Studierenden entsprechend nehmen Komplexität und Berufsorientierung praktischer Lehrsituationen im Studienverlauf zu. Bereits im 7. bis 9. Semester haben die Studierenden unter Anleitung eines Mentors im Rahmen des Praxistages die Möglichkeit, einmal pro Woche auf einer Station als Team-Mitglied Verantwortung zu übernehmen.

Dieser Praxistag kann von den Studierenden außerdem genutzt werden, um eigene Schwerpunkte im Studium zu setzen, zum Beispiel um wissenschaftlich zu arbeiten und an Doktorandenseminaren teilzunehmen oder als Stipendiaten des Patenprogramms für zukünftige Allgemeinmediziner in der Patenpraxis tätig zu sein, in Gremien mitzuarbeiten oder ein weiteres Wahlfach zu

belegen. Im 10. Semester finden fast ausschließlich klinische Praktika statt. Insgesamt werden im klinischen Studienabschnitt Kenntnisse in 40 Fächern und Querschnittsbereichen, sowie Blockpraktika erworben. Jüngster Querschnittsbereich ist die Palliativmedizin, die bereits seit dem Studienjahr 2010/11 als eigenes Modul in Dresden gelehrt wird.

Das Curriculum bewegt sich in einem Spannungsfeld, welches standardisierte Lernziele sicherstellt und Gestaltungsspielräume anbietet. So soll es den Studierenden gelingen, die notwendigen mit den persönlichen Ausbildungszielen zu verbinden.

Bereits im Studium können allgemeinmedizinische oder wissenschaftliche Schwerpunkte in konsekutiven Programmen (Engagiert studieren-Modell-Projekt Hausarzt-Track; MD-Programm) selbständig gesetzt werden.

Dringend benötigte Ärzte berufsnahe auszubilden und ihnen mögliche Weiterbildungswege, aber auch Lebenswege aufzuzeigen, ist jedoch nicht allein Aufgabe der Hochschule, sondern aller im Berufsfeld agierenden Interessengruppen, die insbesondere während der Famulaturen und im Praktischen Jahr die Studierenden für sich gewinnen können.

Frau cand. med. L. Zühlke zeigte aus studentischer Sicht auf, wie heutige Studierende durch gut strukturierte, am Wissensstand orientierte Famulaturen für das eigene Arbeitsfeld interessiert werden können. Häufig sind es die Menschen, die authentisch begeistert, als berufliche und menschliche Rollenvorbilder studentische Entscheidungen beeinflussen.

Frau Prof. Dr. Antje Bergmann berichtete anhand von Daten des Berufsmonitorings der Universität Trier sowie Daten der Erhebung der Dresdner Kreisärztekammer über die beruflichen Vorstellungen, welche bundesweit aktuell im Studium befindliche zukünftigen Ärzte äußern und wie sie ihre eigene Lebensentwürfe auf diese abstimmen würden (abrufbar unter <http://www.kbv.de/publikationen/37141.html>).

Anhand dieser Daten wird deutlich, welche Erwartungen existieren, in welche Richtung geeignete Tätigkeitsmodelle für die Weiterbildung und Berufsausübung entwickelt werden sollten, sodass man die zukünftigen Ärzte nicht nur aus den sächsischen Ausbildungsstätten in unserer Versorgungsregion binden kann.

Am Beispiel des Weiterbildungsverbundes Carus Consilium Sachsen, des ersten sächsischen Weiterbildungsverbundes seiner Art, berichtet Prof. Dr. Bergmann über erste Erfahrungen mit einem praxistauglichen Modell. Aktuell sind elf hoch motivierte Weiterbildungsassistenten auf dem Weg zum Facharzt für Allgemeinmedizin angestellt. Diese Ärzte bringen ihre Erfahrungen ein, sodass dieser Verbund möglichst zeitnah als Modell für andere Regionen in Sachsen dienen kann und so hilft, dem Hausärztemangel zu begegnen.

### Vermittlungsverfahren in den Kreisärztekammern Konfliktlösung durch Mediation

Peter Thieme

Richter am Landgericht Leipzig

– Mediator –

Das Vermittlungsverfahren nach § 39 SächsHKaG zeigt entscheidende Parallelen zum Mediationsverfahren. Deshalb können Struktur, Methodik und Regeln der Mediation durchaus auf das Verfahren vor den Kreisärztekammern übertragen werden. Das Vermittlungsverfahren ist seinem zugewiesenen Gegenstand nach begrenzt. Insbesondere gehören Sachverhalte, die die Einleitung eines berufsrechtlichen Verfahrens gebieten, nicht vor die Vermittlungsstelle. In der Mehrzahl werden die Vermittlungsstellen wegen Vorwürfen von

Patienten, Ärzte hätten Hilfe unterlassen oder sie falsch behandelt, angerufen. Die Vermittlungsstellen verzeichnen dabei, dass die Konflikte zunehmend im schärferen Ton geführt werden, sowohl auf Patientenseite als auch auf Arztseite.

Gegenstand des Mediationsverfahrens sind hingegen Konfliktfälle aller Art. Wie die Praxis der gerichtsinternen Mediation an zahlreichen Gerichten (auch in Sachsen) zeigt, wünschen die Parteien die Mediation selbst dann, wenn schon gerichtliche Verfahren anhängig sind, demnach auch, wenn der Streit schon auf einer „höheren Stufe“ angekommen ist.

### Was ist eigentlich „Mediation“?

„Mediation“ bedeutet wörtlich übersetzt Vermittlung. Gemeint ist die Vermittlung in Streitfällen durch einen unparteiischen Dritten, der von allen Konfliktparteien akzeptiert wird. Dazu muss der Mediator neutral und allparteilich sein. Für den Vermittler im Vermittlungsverfahren setzt das voraus, dass er bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unabhängig, nicht weisungsgebunden und nur seinem Gewissen und seiner fachlichen Überzeugung unterworfen ist.

Mediatoren vermitteln einfache und komplexe streitige Sachverhalte. Dabei treffen sie im Erstgespräch regelmäßig auf eine Stimmungslage der Konfliktparteien, die Wut, Angst und Trauer zeigt, aber auch Hoffnung. Die Parteien wieder ins Gespräch zu bringen und dabei für eine konstruktive Gesprächsatmosphäre sowie einen fairen Umgang miteinander zu sorgen, ist die vorrangige Aufgabe des Mediators. Das ist nicht leicht und damit das Gelingt, ist das Mediationsverfahren streng strukturiert. Auch bedient sich der Mediator einer bestimmten Gesprächstechnik, die die Kommunikation fördert und so Bewegung in festgefahrene Konflikte bringt.

Wenn die Parteien ihre subjektive, häufig völlig unjuristische Sicht der Dinge darlegen und die Befindlichkeiten der anderen Seite erfahren, stellt sich nicht selten heraus, dass der Streitstoff nicht der eigentliche Kern des Konfliktes ist. Dahinter ste-

hen regelmäßig bislang nicht hinreichend beachtete Bedürfnisse und Interessen.

Wichtig für das Mediationsverfahren ist, dass nicht der Mediator selbst Lösungsvorschläge unterbreitet, sondern dass diese von den Parteien mit Unterstützung des Mediators erarbeitet werden. Nicht selten ist der Mediator völlig überrascht, welchen Lösungsweg die Streitenden als den für sie besten finden.

Wenn beide Seiten daran mitarbeiten, eine für alle tragfähige Lösung zu finden, dann sind sie auch viel kompromissbereiter. Ihr Blick richtet sich nicht mehr auf den Streit in der Vergangenheit, sondern auf eine vernünftige Lösung für die Zukunft.

Das Vermittlungsverfahren vor den Kreisärztekammern wird überwiegend schriftlich geführt. Das Mediationsverfahren hingegen stellt generell auf die mündliche Verhandlung ab. Warum ist das mündliche Verhandeln so wichtig? Hier sei nur auf zwei Gesichtspunkte verwiesen. Zum Ersten baut jede erfolgreiche Mediation auf dem Verstehensprozess der Streitenden auf. Eine Streitschlichtung gelingt dann am Besten, wenn die Streitparteien ihre eigenen Bedürfnisse und Interessen und die des Gegenüber besser verstehen, das heißt warum es für sie oder die andere Seite so wichtig ist, eine bestimmte Position im Konflikt zu vertreten. Zum Zweiten soll nicht der Vermittler Lösungsoptionen vorgeben. Ziel ist vielmehr die in der Verhandlung gemeinsam von den Par-

teien erarbeitete Lösung. Diese genießt regelmäßig eine deutlich höhere Akzeptanz.

Die Sachverhalte im Vermittlungsverfahren sind allerdings häufig einfach, sodass die schriftliche Vermittlung durchaus ihre Berechtigung hat. Dennoch sollten die Kreisärztekammern einen realistischen und machbaren Wandel, bei dem der Grundsatz der mündlichen Verhandlung mehr nach vorn gerückt wird, im Blick behalten.

Gelingt eine Lösung, so gibt es eigentlich nur Gewinner. Die Parteien sind mit dem von ihnen einvernehmlich erzielten Ergebnis naturgemäß zufrieden. Sie haben in dem Mediationsverfahren ihre wirklichen Bedürfnisse und Interessen einander vermitteln können. Und ganz wichtig: sie sprechen wieder miteinander. Statt eines gerichtlichen Verfahrens, in dem Kampf, Eskalation, Gewinner und Verlierer, strategisches Verhalten und Zwang zur Teilnahme vorherrscht, wird in der Mediation auf Deeskalation, Freiwilligkeit, Verstehen, Eigenverantwortung, Konsens und Akzeptanz und Ringen um die beste Lösung gesetzt.

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

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug  
Vorsitzender des Redaktionskollegiums  
„Ärzteblatt Sachsen“