

22. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden
27. März 2004

Die überwiegende Mehrzahl der Vorsitzenden der Kreisärztekammern des Freistaates Sachsen – 25 von 29 Vorsitzenden –, alle Mitglieder des Vorstandes und die Geschäftsführung der Sächsischen Landesärztekammer waren der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Ärzteschaft zur aktiven Teilnahme an der 22. Tagung gefolgt.

Schwerpunkthemen des Berichtes des Kammerpräsidenten, Herrn Professor Dr. Jan Schulze, und der sich anschließenden regen und konstruktiven Diskussion über die „**Aktuelle Gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Lage**“ waren die angestrebten Ziele, die allgemeinen Folgen und die Besonderheiten des **Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)**.

Ziele sind unter anderem die Krankenversicherungsbeiträge unter 13 Prozent zu senken, die versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen zu streichen, eine Kassengebühr zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenkassen einzuführen, das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigung aufzubrechen, medizinische Versorgungszentren einzurichten und durch DRG an Krankenhäusern und durch die Einführung von DMP das Gesundheitswesen nach ökonomischen Größen auszurichten.

Folgende negative Fakten dieser 6. Gesundheitsreform der letzten 12 Jahre zeichnen sich bereits jetzt eindeutig ab:

- Behinderung der freiberuflichen fachärztlichen Tätigkeit,
- Fremdbestimmungen ärztlicher Berufsausübung,
- Wartelisten für die Erstbehandlung in den ärztlichen Praxen und für die Durchführung von elektiven Operationen.

Eine geschlossene schlagkräftige Selbstverwaltung ist gerade jetzt von entscheidender Bedeutung. Wir kommen nicht darum, an der Gesundheitsreform mitzuarbeiten. Der Generaltrend diese Reform ist ein Weg in die richtige Richtung.

Die wichtigsten Aufgaben der Selbstverwaltung müssen bei der Umsetzung des GMG weiterhin sein:

- Ärzte müssen auch in Zukunft definieren, was gute Medizin ist.
- Jeder Patient muss weiterhin die Möglichkeit haben, an dem medizinischen Fortschritt teilhaben zu können.
- Sicherung einer von Vertrauen geprägten Arzt-Patienten-Beziehung zu erhalten.

- Aktivierung einer Versorgungsforschung unter Leitung der medizinischen Fachgesellschaften zu erzielen.
- Schulterchluss mit den Fachgesellschaften zu erreichen.

Durch den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer erfolgte erneut eine sehr kritische Einschätzung des **Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2**. Es besteht unverändert die Forderung nach Einbeziehung von bewährten Leitlinien als fachliche Basis regionaler Programme. Damit wird sichergestellt, dass bereits positiv evaluierte Versorgungsstrukturen erhalten bleiben. Für nicht eingeschriebene Patienten darf die bestehende Versorgung nicht infrage gestellt werden. Die auf Initiative der Fachkommissionen Diabetes der Länder Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen Ende 2003 durchgeführte Meinungsumfrage von 1569 Ärzten – 1193 Hausärzten, 94 Schwerpunkt-Diabetologen, 282 Hausärzten, die sich nicht am DMP Diabetes beteiligen – hat ergeben, dass nur vier Prozent der Hausärzte und zwei Prozent der Schwerpunkt-Diabetologen dieses Programm als hilfreich für die Patientenversorgung ansehen. 37 Prozent der Hausärzte und 54 Prozent der Schwerpunkt-Praxen bemerken eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung. 98 Prozent der Befragten fordern eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes. Fazit der erstellten **Berichte der Kreisärztekammern über ihre Tätigkeit im Jahr 2003**: Ein Ärztemangel wird in 80 Prozent aller Kreisärztekammern und das mangelnde Engagement an der Kammerarbeit vor allem von jüngeren Ärzten festgestellt. Die Organisation

des Bereitschaftsdienstes und des Rettungsdienstes erfolgt in den meisten Kreisärztekammern problemlos.

Novellierung der Weiterbildungsordnung

Professor Dr. Gunter Gruber,

Vorsitzender des Ausschusses Weiterbildung
Prof. Dr. Gunter Gruber stellte die strukturellen und inhaltlichen Neuerungen der (Muster-) Weiterbildungsordnung vor, die auf der nächsten Kammerversammlung in Sachsen angenommen und dann nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde in das Landesrecht umgesetzt werden soll. Sie könnte am 1. Januar 2005 in Kraft treten.

Herr Prof. Dr. Gruber ging dabei auch auf Probleme, die bei der Umsetzung zu erwarten sind sowie auf vorwiegend redaktionelle Änderungsvorschläge ein, die der Kammerversammlung zur Annahme vorgeschlagen werden.

Die Details zu dieser Thematik sind bereits im „*Ärzteblatt Sachsen*“, Heft 1/2004, auf den Seiten 13 bis 16 veröffentlicht worden.

Fortbildungspflicht – Pflichtfortbildung

Professor Dr. Otto Bach,

Vorsitzender der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz hat bezüglich der ärztlichen Fortbildung neue organisatorische Verhältnisse geschaffen. Ärzte müssen ihre Fortbildung zukünftig nachweisen. Fortbildung soll sowohl fachspezifische als auch interdisziplinäre und fachübergreifende Kenntnisse sowie die Einübung von klinisch-praktischen Fähigkeiten umfassen. Die ärztliche Fortbildung schließt außerdem Me-

thoden der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagements und der evidenzbasierten Medizin ein. Herr Professor Dr. Bach berichtete über die Maßnahmen, die sich für die Kammer aus dieser Entwicklung ergeben. Unter anderem muss die derzeit geltende Satzung des Sächsischen Fortbildungszertifikates modifiziert und den bundeseinheitlichen Standards angepasst werden. Dies soll auf der 31. Kammerversammlung im November 2004 geschehen. Das Fortbildungszertifikat ist nach Ansicht der Bundesärztekammer und auch nach Meinung des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammer der wichtigste Fortbildungsnachweis. Absprachen mit Fachakademien zur Transportierung dort erworbener CME-Punkte müssen erfolgen. In Gesprächen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen wird über ein koordiniertes Vorgehen beraten.

Probleme und Tendenzen der Qualitätssicherung (stationär/ambulant)

Dr. Maria Eberlein-Gonska,

Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie

In der Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung vom 4. Februar 2004 lautet die Überschrift „Deutschland bei Qualitätssicherung im Krankenhaus weltweit führend“. Dabei werden die Einführung eines Qualitätsberichtes ab dem Jahr 2005 sowie die Mindestmengenvereinbarung als besondere Meilensteine der Qualitätssicherung herausgestellt. Jedoch auch der niedergelassene Bereich bleibt nicht „verschont“; eine Konsequenz des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes ist die verpflichtende Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements auch für den vertragsärztlichen Bereich.

Damit „blüht“ das „Geschäft Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ und reicht von Angeboten zur Erarbeitung eines Qualitätsberichtes bis hin zur Zertifizierung von niedergelassenen Praxen. Demzufolge erhebt sich die grundsätzliche Frage, inwieweit der gesetzgeberische Auftrag das Grundanliegen von Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement unterstützt, welches vom Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wie folgt definiert wurde: *Qualitätssicherung muss an erster Stelle gesundheitlichen Nutzen stiften und Patienten vor vermeidbaren versorgungsbedingten Schäden bewahren.*

Wer sonst als die Ärzteschaft kann Klarheit in die Zielstellung und damit in die hierfür



Frau Dr. Maria Eberlein-Gonska

notwendigen Strukturen, Verfahren und Instrumente bringen und dies vor dem Hintergrund einer sektorübergreifenden Umsetzung?!

Qualitätssicherung vor dem Hintergrund sinkender Obduktionszahlen

Dozent Dr. habil. Roland Goertchen,

Mitglied des Ausschusses Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie

In den letzten 10 Jahren ist die Zahl der Leichenöffnungen an deutschen Krankenhäusern um die Hälfte zurückgegangen. Die durchschnittliche Sektionsfrequenz für Krankenhäuser in Sachsen ist mit 6 % ermittelt worden. Außerhalb der Einrichtungen sind Obduktionen eine Seltenheit und beschränken sich auf private Anträge der Angehörigen oder der Gesundheitsämter, letztere vorwiegend unter Berufung auf das Bundesseuchengesetz. Der Rückgang der Sektionen hat viele Ursachen, eine ist der Wandel in der Einstellung zur Krankheit, zum Tod und zur Leichenöffnung; einem Störfaktor eines auf Konsum eingestellten Lebens. Hinzu kommt eine unzureichende Gesetzgebung; so ist allein die Verab-



Dozent Dr. habil. Roland Goertchen

schiedung eines Transplantationsgesetzes ohne Bezug zu einem Obduktionsgesetz paradox. Unumstritten ist, dass nicht wenig von der Einstellung der Ärzte zur Obduktion abhängt. So werden allein in 30 % der Fälle keine Sektionsanträge gegenüber Angehörigen ausgesprochen. Das Angehörigen-Gespräch sollte nicht dem jüngsten Assistenzarzt überlassen werden. Hinzu kommt, dass 30 % von stationären Einrichtungen weder eine Letalitätsstatistik führen und zu 40 % gar nicht über einen Sektionssaal verfügen. Es bleibt bei der Forderung nach einer Sektionsfrequenz von 30 % als eine Säule der Qualitätssicherung. Die Obduktion ist die letzte ärztliche Handlung zu Gunsten des Patienten und der Allgemeinheit und damit eine Fortsetzung der Kontrolle über den Tod, als eine Angelegenheit menschlicher Würde.

Aktuelle Probleme der Qualitätssicherung nach der Röntgenverordnung und der Strahlenschutzverordnung

Diplomphysiker Klaus Böhme,

Ärztliche Stelle Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung

Die Umsetzung von europäischen Grundnormen in deutsches Recht erforderte die Novellierung der Röntgenverordnung (2002) und der Strahlenschutzverordnung (2001). Die neu gefassten Verordnungen enthalten auch eine Reihe von Änderungen, die den medizinischen Zweig betreffen. Im Bereich der Strahlenschutzverordnung werden Ärztliche Stellen für die Qualitätssicherung in der Nuklearmedizin und in der Strahlentherapie gefordert. Die Arbeit dieser Stellen begann in Freistaat Sachsen im Januar 2004. Aufträge und Ziele der Ärztlichen Stellen sind Qualitätskontrollen zur Sicherstellung, dass die medizinischen Standards eingehalten werden, die Anlagen zur Behandlung den Qualitätsstandards entsprechen und die Strahlenexposition so gering wie möglich gehalten wird. Für die bereits seit längerem etablierte Ärztliche Stelle nach Röntgenverordnung erweiterte sich der Aufgabenbereich insbesondere hinsichtlich der Kontrolle und Dokumentation der Einzel- und/oder Mittelwerte der Patientenexposition auf Einhaltung der vom Bundesamt für Strahlenschutz erstellten Diagnostischen Referenzwerte, der Überprüfung der rechtfertigenden Indikation sowie der Einbeziehung der Qualitätssicherung bei Röntgeneinrichtungen zur Behandlung von Menschen.

klug