

Sächsische Akzente vom 108. Deutschen Ärztetag

Berlin
3. bis 6. Mai 2005



Berliner Fernsehturm und Museumsinsel

Als in Berlin der 108. Deutsche Ärztetag begann, waren auch wieder zahlreiche Politiker zugegen. Neben der obligatorischen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, SPD, Vertreter von CDU, FDP und Bündnis 90/Grüne. Doch wie erwartet, hatte Frau Schmidt nicht viel Neues zu berichten. Im Gegenteil: Altbekannte Phrasen vermittelten den Eindruck von Ziellosigkeit in der Gesundheitspolitik. Und trotz größter Zurückhaltung der Ministerin wurde in ihren lockeren Sätzen deutlich was sie von der Ärzteschaft hält. In Bezug auf die Kritik gegen das Präventionsgesetz äußerte sie, dass doch „die Ärzte mit im Gesetz stehen“. Das heißt aber noch lange nicht, dass Ärzte an Prävention und deren Zielstellungen beteiligt sind. Und eine Lösung für den Ärztemangel hat sie auch nicht. Aber es müsse unbedingt etwas dagegen getan werden. Die Bundesgesundheitsministerin erntete an diesem Eröffnungstag viele Buh-Rufe. Ausführliche Berichte von dieser Eröffnung sowie von den anderen Sitzungstagen des 108. Deutschen Ärztetages waren im Deutschen Ärzteblatt 2005, Heft 18 bis 20, nachzulesen.

Die sächsischen Delegierten äußerten in der nachfolgenden Aussprache ihre Kritik an der aktuellen Gesundheitspolitik. Dr. Thomas

Lipp machte deutlich, dass diese Politik langfristig auch zu einem Ärztemangel in den alten Bundesländern führen wird, weil die jungen Ärzte nicht mehr im Beruf bleiben. Die Erhaltung der ärztlichen Freiberuflichkeit forderte Herr Erik Bodendieck in einem Entschließungsantrag. Dem schlossen sich die Delegierten mit großer Mehrheit an.

Paracelsus-Medaille für Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich

Ein Höhepunkt der Eröffnungsveranstaltung war die Verleihung der Paracelsus Medaille an drei deutsche Ärzte. Unter ihnen der Ehrenpräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich. Er erhielt die höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft insbesondere für seine Verdienste als Berufs- und Gesundheitspolitiker und seine berufspolitischen Leistungen beim Aufbau der Selbstverwaltung in Sachsen nach der politischen Wende sowie als Hochschullehrer. Die ausführliche Laudatio konnte man im Deutschen Ärzteblatt, Heft 18, nachlesen.



Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jörg-Dietrich Hoppe, überreichte die Paracelsus-Medaille an Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Heinz Pichlmaier, Prof. Dr. med. Jürgen Hammerstein und Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich



Dr. med. Stefan Windau

Fehlermanagement

Bei der Thematik ärztliches Fehlermanagement forderten die Delegierten einen offenen Umgang mit ärztlichen Fehlern und ein Umdenken bei der Ursachenforschung. Es darf nicht darum gehen, wer schuld ist, sondern was schuld war. Davon muss dann abgeleitet werden, welche Qualitätssicherungsmaßnahmen zukünftig ergriffen werden sollten. Als eine der Hauptursachen bei ärztlichen Fehlern wird das kommunikative Element genannt. In einem Entschließungsantrag der sächsischen Delegierten wurde deshalb die Implementation des Fehlermanagements in die universitäre Ausbildung gefordert, um die zukünftigen Ärzte mit Fragen ärztlicher Fehler vertraut zu machen. Gleichzeitig verwies Prof. Rolf Haupt nachdrücklich auf den hohen Stellenwert der Obduktion bei der ärztlichen Fehlerdiskussion. Eine Vernachlässigung von Obduktionen verhindert eine Ursachenforschung.

Versorgungsforschung

Besonders geprägt wurde der 108. Deutsche Ärztetag von zwei Themen: Versorgungsforschung und Entbürokratisierung. Die Einführungsvorträge von Prof. Dr. Jan Schulze wurden krankheitsbedingt vom Vizepräsidenten, Herrn Dr. Stefan Windau, vorgetragen.

Aus berufspolitischer Sicht ist die Versorgungsforschung eines der wichtigsten, leider bisher grob vernachlässigten, Instrumente zur zielgesteuerten Ausgestaltung des Gesundheitswesens in Deutschland und Europa. Neben der gut entwickelten Grundlagen- und klinischen Forschung in Deutschland fristet die wissenschaftliche Untersuchung der ärztlichen Versorgung unter Alltagsbedingungen zu Unrecht ein „Schattendasein“.

Die Gesundheitspolitik unterwirft das Gesundheitswesen fortlaufend grundlegenden strukturellen Änderungen. Die wesentlichen Akteure in dessen Mittelpunkt – nämlich die Ärztinnen und Ärzte – werden zu den geplanten Änderungen immer weniger gefragt und „par ordre de mufti“ mit den Konsequenzen konfrontiert.

Dr. Windau: „Unser Rat kommt häufig nicht mehr an, wird offensichtlich von politischer Seite nicht immer als zeitgemäß empfunden oder sogar wegen angeblichem Lobbyismus abgelehnt. Stattdessen sind zunehmend nichtärztliche Institutionen oder Personen als Politikberater gefragt, die oft sehr sach- und fachfremd, vordergründig ökonomisch intendiert, rein ärztlich-medizinische Strukturen und Prozesse ungeprüft denaturieren (Beispiel DMP)“.

Die Politik bedient sich des Instruments der Schuldzuweisung an die Leistungserbringer, insbesondere die Ärzteschaft, in dem sie ihr anhand pseudowissenschaftlicher Daten Fehlversorgung und mangelndes Qualitätsbewusstsein vorwirft. Bei einer soliden Aufarbeitung der entsprechenden Materie zeigt sich jedoch meist ein anderes Bild.

In der aktuellen Phase des Umbruchs ist es besonders wichtig, die Positionen der Ärzteschaft zum Ausdruck zu bringen. Nur bei einer hinreichenden Berücksichtigung der Erfahrungen der Ärzteschaft ist ein sinnvoller Umbau der Versorgungssysteme auf hohem qualitativem Niveau zu realisieren. Es erweist sich als nicht praktikabel, das Gesundheitssystem an der Arzt-Patientenbeziehung vorbei zu planen und „... die Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten nicht zu berücksichtigen“.



Dr. med. Thomas Lipp

Auf dem diesjährigen Ärztetag ging es nun darum, dass die Ärzteschaft durch die Entscheidung für eine Versorgungsforschung an dieser Entwicklung partizipiert und die sich bietende Chance nutzt, damit zukünftig der Blickwinkel der Ärzteschaft wieder mehr Einfluss in der Gesundheitspolitik – und dies auf der Basis solider und wissenschaftlich begründeter Aussagen – gewinnt. Mit Anspielung auf einen bekannten Politikberater argumentierte Dr. Stefan Windau, dass Versorgungsforschung „Lauter“ sein müsse, damit sie nicht den „Bach“ hinunter ginge.

Ein Mehrwert der Versorgungsforschung liegt in der bereichsübergreifenden Erforschung von Versorgungszusammenhängen – also im hausärztlichen und fachärztlichen Zusammenwirken. Das Rahmenkonzept ist so angelegt, dass die Ärzteschaft auch kurzfristig reagieren kann.

Doch das ist nicht zum Nulltarif zu haben. Rund 750.000 EUR soll der Jahresetat als Anschubfinanzierung für diese Aufgabe bei der Bundesärztekammer betragen. Die Delegierten führten genau um diesen Punkt eine lang anhaltende Diskussion. Von der Notwendigkeit einer Versorgungsforschung waren die meisten Delegierten überzeugt. Doch warum soll dies die Ärzteschaft bezahlen. Drei Euro pro Jahr und Arzt sind eben drei Euro zusätzlich. Nach einer ausführlichen Diskussion hat sich der 108. Deutsche Ärztetag in Berlin dennoch für eine Versorgungsforschung entschieden.

Entbürokratisierung

Auf dem 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen wurde anschaulich dargestellt, dass Ärztinnen und Ärzte bis zu 40 Prozent ihrer Arbeitszeit mit Dokumentation verbringen müssen – ohne dass man Arztbriefe hinzu-rechnet. Die Ursachen hierfür sind komplex:

Das für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung bewährte Sachleistungsprinzip geht als solches mit einem vergleichsweise hohen Aufwand an Begründungs- und Dokumentationspflichten einher, um eine gerechte Mittelverteilung zu gewährleisten. Dr. Stefan Windau forderte nun in Berlin eine weitere Auseinandersetzung mit dem Thema Entbürokratisierung. Nach seiner Darstellung haben die Regelung von Ausnahmetatbeständen, die neue Vertragsvielfalt durch Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen, integrierter Versorgung, hausarztzentrierter Versorgung etc., das auf medizinischen Diagnosen- und Prozedurenschlüsseln basierende neue DRG-Fallpauschalen-Entgeltsystem für stationäre Leistungen und vor allen Dingen die zunehmende Detailverliebtheit des Gesetzgebers zu einer unerträglichen Zunahme von Verwaltungsaufwand und Dokumentationspflichten geführt, unter dem nicht nur die behandelnden Ärzte leiden, sondern auch die Krankenkassen stöhnen.

„Der Regulierungsgrad im deutschen Gesundheitswesen grenzt inzwischen ans Groteske“, so Dr. Stefan Windau. Er fasste die unhaltbare Situation mit den Worten zusammen, dass alle diese verschiedenen Dokumentationsanforderungen im Kern und für sich betrachtet begründbar sind und wie im Falle der Qualitätssicherung oder der Gesundheitsberichterstattung sogar unbedingt unterstützenswert. Wegen fehlender Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Bedarfsträgern für medizinische und pflegerische Informationen kommt es aber zu einer Steigerung der ohnehin drückenden Dokumentationslast. Unterschiedliche Dokumentationsanforderungen werden derzeit nicht nur zwischen den Bedarfsträgern nicht abgestimmt, sondern selbst im Falle zufällig identischer Inhalte muss die Dokumentation mit unterschiedlichen Beschreibungen, Terminologien, Wertesystemen und Kodierungen erfolgen.

Nachhaltige Entbürokratisierungsmaßnahmen für das Gesundheitswesen können nicht beim Streichen oder Zusammenführen des einen oder anderen Formulars stehen bleiben, sondern bedürfen eines grundsätzlichen Umdenkens in der Datenerhebung und -verwaltung in Richtung auf eine stärkere Zielorientierung und Nutzenbewertung von Datenerfassungen und mehr Koordination. Leitgedanke von Datenerhebungen im Gesundheitswesen muss danach sein, Daten so sparsam wie möglich zu erheben und nicht umgekehrt!

Stets muss das kritische Motto lauten:

Was ist notwendig?

Was ist notwendig, aber zu aufwändig und kompliziert?

Was ist überflüssig?

Was ist doppelt?

Was gibt es schon?

Beispiel DMP

Ein beredtes Zeugnis für eine unterschiedliche Herangehensweise an die Dokumentation im Rahmen der Qualitätsverbesserung ist die ambulante Diabetikerversorgung im früheren sächsischen Betreuungsmodell und des aktuellen Disease-Management-Programms Diabetes.

Ausgangspunkt für die Entwicklung des Dokumentationsprozesses in Sachsen waren

- festgelegte Zielkriterien des Versorgungsmodells,
- ein darauf aufbauendes Evaluationskonzept,
- ein zielgerichtetes Qualitätssicherungskonzept für die beteiligten Praxen.

Fokussiert auf diese Zielstellungen wurde ein Dokumentationsbeleg mit **nur 13** Merkmalen



Erik Bodendieck

entwickelt, deren Erhebung unkompliziert per EDV erfolgen konnte. Die Einreichung der Dokumentation erfolgte parallel zum Abrechnungsprozess. Teure Portokosten konnten so vermieden werden. Demgegenüber steht die von vielen angeprangerte Bürokratie im Zusammenhang mit dem DMP Diabetes. Eine Vielzahl von Dokumentationsbögen mit Daten, die sich jeglicher Evaluation entziehen und deren Erfassung hohe Kosten verursachen.

Nun erwägt die Gesundheitsministerkonferenz die Verabschiedung eines Artikelgesetzes zur Verbesserung der medizinischen Versorgung durch Deregulierung. Noch ein Gesetz, noch mehr Bürokratie? Ein etwaiges neues Gesetz führt nur selten zu weniger Verwaltungsaufwand. Dennoch ist es zwingend, übergreifende Konzepte zu entwickeln, die in alle Rechtskreise und Regelungsbereiche, die die medizinische Versorgung berühren, mit folgenden Zielsetzungen hineinwirken:

- Entschlackung bestehender Vorschriften und Dokumentationsanforderungen durch Ausfilterung redundanter Regelungen.
- Verzicht des Gesetzgebers auf Detailregelungen.
- Vermeidung von Doppel-/Parallelstrukturen durch Rückgriff der gemeinsamen Selbstverwaltung im GKV-System auf bereits in Heilberufs- und Kammergesetzen vorhandene oder vorangetriebene Richtlinien (Weiterbildungsordnung, Fortbildungsordnung, Qualitätssicherungsrichtlinien).
- Verpflichtender Abgleich neuer Dokumentationsanforderungen mit bereits vorhandenen Datenerhebungen und Verpflichtung zu transparenter Begründung und Evaluation von Dokumentationsanforderungen.
- Förderung einer einrichtungs- und sektorübergreifenden Dokumentationsmethodik und gemeinsamen Dokumentationssprache.



Das Plenum des 108. Deutschen Ärztetages

Auf der Basis des Beschlusses des 107. Deutschen Ärztetags 2004 in Bremen entwickelt die Bundesärztekammer derzeit ein Konzept zur sektorübergreifenden Harmonisierung von medizinischen Dokumentationsanforderungen und prüft die Machbarkeit eines diesbezüglichen regionalen IT-gestützten Pilotprojekts.

Doch neben den Aktivitäten gegenüber dem Gesetzgeber müsse die Selbstverwaltung in den Spiegel schauen, forderte Dr. Windau, und sich fragen: Was können wir selbst an Bürokratie abbauen? Welche Daten lassen sich doppelt Nutzen und müssen nicht ständig wieder erhoben werden? Und wie kann Verwaltung zur Entlastung der Mitglieder effektiver und servicefreundlicher gestalten werden. „Das ist ein Auftrag, den wir uns selbst geben müssen, um glaubhaft zu sein“.

Die Delegierten reagierten mit großer Zustimmung und forderten mehr Aktivität in der Frage der Entbürokratisierung.

Plastische und Ästhetische Chirurgie

Der Ärztetag beschloss außerdem die Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Die Facharztbezeichnung „Plastische Chirurgie“ wurde um den Zusatz „Ästhetische“ erweitert, so dass die neue Bezeichnung „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ lautet. Damit soll eine bundesweit einheitliche Mindestqualifikation zur Ausübung plastisch-ästhetischer Operationen festgelegt werden. Die Bundesärztekammer hofft, so den Wildwuchs von selbsternannten „Schönheitschirurgen“ über die Berufsordnung beeinflussen zu können. Die Bezeichnung „Schönheitschirurg“ ist nicht geschützt. „Schönheits-

chirurg“ oder „kosmetischer Chirurg“ sind selbst gewählte Bezeichnungen und können von den Patienten irreführend verwechselt werden. Nur qualifizierte Fachärzte verfügen über eine von den Ärztekammern anerkannte 6-jährige Weiterbildung zum „Plastischen Chirurgen“. Mit der Erweiterung der Facharztbezeichnung soll deutlich werden, dass ästhetische Eingriffe Teil dieser Facharzt-Qualifikation sind. Der Zusatz „Ästhetische Chirurgie“ schafft Transparenz, so dass Patienten besser zwischen hochqualifizierten Fachärzten und selbst ernannten Schönheitschirurgen unterscheiden können.

Die neue Bezeichnung kann erst dann geführt werden, wenn die Landesärztekammern die Änderung in ihren Weiterbildungsordnungen nachvollzogen haben.

Weitere Entschließungsanträge der sächsischen Delegierten betrafen die Forderung nach einer Abschaffung des „Hammerexamens“ (2. Staatsexamen) und eine angemessene Vergütung des praktischen Jahres.

Prof. Dr. med. habil. Winfried Klug
Vorsitzender des Redaktionskollegiums
Knut Köhler M. A.

Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Pausengymnastik nach Musik während des Sitzungs-marathons