

Der Arzt zwischen Halbgott und Partner

Stellungnahme zum Schreiben des Kollegen Herrn Dr. med. Michael Schäfer zum Thema „Vom Halbgott zum Volltrottel oder ab jetzt wird zurückgelächelt“

Sehr geehrter Herr Kollege Schäfer, in meiner Funktion als Vorsitzende des Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ bei der Sächsischen Landesärztekammer, als Vollblutpathologin und als Qualitätsbeauftragte des Universitätsklinikums Dresden danke ich Ihnen für den Mut, Ihre Meinung zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in niedergelassenen Praxen offen zu äußern. So fehlt es oft an der Bereitschaft, eine ganz persönliche Auffassung zu vertreten und sich gegebenenfalls mit anderen Kollegen zu verbünden, um gemeinsam für diese Position einzutreten. Sie beziehen sich in ihrem Leserbrief ganz eindeutig auf die seit 1. Januar 2006 gültige „Richtlinie des

Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren“ (Fassung vom 18.10.2005). Seien Sie versichert, auch die Mitglieder des Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ beobachten mit Sorge die zunehmend „zentralistische“ Entwicklung qualitätsrelevanter Themen, und mehrfach haben wir deshalb versucht, durch Positionspapiere, Veröffentlichungen zum Beispiel im „Ärzteblatt Sachsen“ und Stellungnahmen für Beschlussfassungen bei der Bundesärztekammer Einfluss zu nehmen. Gleichwohl, die Bemühung um Qualität und auch die diesbezügliche Anforderung ist nicht neu, so hat Billroth im Jahr 1860 bereits in Zürich gefordert:

„Bald wird die Zeit kommen, wo auch unsere Kollegen und Schüler strengere Anforderungen an uns und unser handeln

legen, wo man sich nicht mehr mit allgemeinen Bemerkungen über die Erfolge dieser oder jener Operation begnügen wird, sondern jeden Arzt für einen Charlatan hält, der nicht imstande ist, seine Erfahrungen in Zahlen auszudrücken.“

Auch vor der Einführung von Prozessmanagement, der Erarbeitung klinischer Pfade, der Diskussion um Standards und Leitlinien, Durchführung von Audits und Assessments belegen die schon seit vielen Jahren von Ärzten der verschiedenen Fachdisziplinen durchgeführten Mortalitätskonferenzen, die Erfassung von Komplikationen und Nebenwirkungen bis hin zur regelmäßigen Durchführung von Fallkonferenzen die Wirksamkeit etablierter Instrumente der Qualitätssicherung. Hierfür gibt es auch klare Forderungen, die in der Berufsordnung der jeweiligen Landesärztekammern festgelegt sind; so habe ich mir einmal die Mühe gemacht, die relevanten Anforderungen aus der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer von Juni 1998 auszugswise darzustellen:

B - Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

§ 2 Allgemeine Berufspflichten

(2) Der Arzt ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit seinem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

(3) Zur gewissenhaften Berufsausübung gehören auch die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung in Kapitel C.

§ 5 Qualitätssicherung

Der Arzt ist verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 10 Dokumentationspflichten

(1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu fertigen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstütze für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

§ 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichtet sich der Arzt dem Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

C. Verhaltensregeln (Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung)

Nr. 2 Behandlungsgrundsätze

Übernahme und Durchführung der Behandlung erfordern die gewissenhafte Ausführung der gebotenen medizinischen Maßnahmen nach den Regeln der ärztlichen Kunst.

Es besteht damit kein Zweifel, dass das Bemühen um Qualität keine neue „Erfindung“ des Qualitätsmanagements und des ausgehenden 20. Jahrhunderts ist, sondern vielmehr integraler Bestandteil des Arztberufes bleibt und auf eine Jahrhunderte lange Tradition zurückblickt. Natürlich ist in den vergangenen 10 Jahren das Gesundheitswesen neuen Herausforderungen ausgesetzt, und hier hat sich der Gesetzgeber, aber auch die Gesellschaft oder die Patienten und ihre Angehörigen das Thema „Qualität auf die Fahne geschrieben“. Inwieweit deshalb in der Berufsordnung verankerte Regelungen einer weiteren Fixierung in einer Richtlinie seitens des gemeinsamen Bundesausschusses bedürfen, ist kritisch zu hinterfragen. Gleichwohl behaupte ich, wer seine Praxis gut aufgestellt hat, hat mit den Anforderungen im vertragsärztlichen Bereich keine Probleme. Die Forderungen betreffen die Patientenversorgung mit ihrer Ausrichtung an fachlichen Standards und Leitlinien bis hin zur Strukturierung von Behandlungsabläufen. Hinsichtlich der Praxisführung sollen Verantwortlichkeiten geregelt sein und bezüglich einer Mitarbeiterorientierung zum Beispiel die Anforderungen des Arbeitsschutzes bis hin zur Gewährleistung von Fort- und Weiterbildungen sowie die Sicherstellung des Datenschutzes gewährleistet sein. Neu und ungewohnt mögen Anforderungen wie die Definition von Qualitätszielen, nicht aber regelmäßige Teambesprechungen innerhalb der Praxis, Festlegungen zum Umgang mit Beschwerden und darüber hinaus zum Risiko- und Notfallmanagement sein. Neu ist sicher das Korsett eines Zeitrahmens, so soll inner-

halb von zwei Jahren eine Selbstbewertung der Praxis durchgeführt werden mit Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen, die dokumentiert und damit nachweisbar werden sollen. Inwieweit es hierfür bei den KV-en Qualitätskommissionen mit Stichprobenprüfungen braucht, ist eine ganz andere Frage. Immerhin ist die Anforderung an eine Zertifizierung zum jetzigen Zeitpunkt bzw. bis zum Jahr 2011 offen, da innerhalb dieses Zeitraumes der Gemeinsame Bundesausschuss die weitere Entwicklung beobachten bzw. evaluieren will.

Sehr geehrter Herr Kollege Schäfer, Ihre dargelegte Position ist leidenschaftlich und entspricht ganz meinem leidenschaftlichen Engagement für die Verbesserung der Qualität im Dienst und zum Wohl unserer Patienten. Die Ärzte, gemeinsam mit den weiteren Gesundheitsberufen, sollten dies allerdings selbst in der Hand haben und halten können und sich hierfür nicht nur leidenschaftlich, sondern auch mit Zahlen und Fakten einsetzen. Nur wenn wir im Sinne Billroths harte Zahlen für die geleistete Arbeit sowohl im niedergelassenen, als auch im stationären Bereich vorweisen können, besteht unter Umständen die Möglichkeit, auf weitere zentralistische Vorgaben der Gesundheitspolitik einwirken zu können. In diesem Sinne hoffe ich auf Ihre Verbundenheit und Unterstützung.

Dr. med. Maria Eberlein-Gonska
Vorsitzende des Ausschusses
Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie