

Pressemitteilung

Institute gehen bereits von Ärztemangel aus

Der Fachärztemangel kommt

Es gibt den Facharztmangel, jetzt und nicht irgendwann. Zwei statistische Auswertungen bestätigen die frühen Hinweise des Deutschen Facharztverbandes (DFV). Die Fakten stammen von zwei Instituten, die es besser wissen als so manche in der Politik (Bundesagentur für Arbeit und Deutsches Wirtschaftsinstitut).

Die Situation der Patientenversorgung kann sich zuspitzen: „Die Nachfrage nach ambulanten fachärztlichen Leistungen wird bis 2030 ansteigen, uns geht aber der fachärztliche Nachwuchs aus. Um die Patientenversorgung langfristig zu sichern, müssen sich Politik, Fachärzte und Kassen an einen Tisch setzen“, fordert Dr. Thomas Scharmann, Bundesvorsitzender des DFV. Die wachsende Nachfrage nach Leistungen niedergelassener Fachärzte hat der DFV mit dem aktuellen Gutachten durch Prof. Dr. Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, nachgewiesen: Bis zum Jahr 2030 wird die Nachfrage nach fachärztlichen Leistungen deutlich ansteigen, und dies trotz des Bevölkerungsrückgangs. Der Morbiditätsanstieg ist der treibende Motor hinter dieser Entwicklung. Wir Fachärzte werden je nach Fachgebiet einen Anstieg der Leistungsnachfrage bis zu 25 Prozent zu verzeichnen haben, fasst Scharmann zusammen.

Aber: Das hohe Durchschnittsalter der Fachärzte droht große Lücken in die Versorgung zu reißen. Auch das bestätigt das Wille-Gutachten. Deshalb teilt der DFV den Optimismus des Generalsekretärs des Medizinischen Fakultätentages, Dr. Volker Hildebrandt, nicht unbedingt. Dieser sieht jetzt und in

der Zukunft keinen Ärztemangel - bereits das gegenwärtige Ausbildungsniveau deckt den Bedarf. Auch die Folgen von Abwanderungen ins Ausland seien nicht gravierend (Ärzte Zeitung, 17.11.2010). Doch nach Ansicht des DFV werden die steigende, morbiditätsbedingte Leistungsnachfrage und der hohe Alterspeak unter Deutschlands Ärzten sich spürbar auswirken. Schon jetzt, so auch Hildebrandt, seien 3.600 Facharztstühle nicht besetzt „auf einem Fleck wäre das quasi eine Stadt ohne Ärzte“.

Keine Strafböden für Stadtpraxen – Stadt hilft Land

Hinzu kommt die Bevölkerungsverschiebung mit ihren Folgen. Bundesweit immer weniger Menschen insgesamt, und immer mehr Zuzug in einige wenige Ballungsräume. Die Bedeutung der Stadtpraxis wird steigen. Hier wird der Umsatz gemacht, der es den Stadtpraxen z.B. über Filialpraxen, ermöglicht, die Versorgung auf dem Land zu unterstützen oder gar zu sichern. Von einer reinen Landpraxis allein wird in manchen Regionen kaum ein Facharzt noch leben können. Deshalb darf die Politik die Stadtpraxen der Fachärzte nicht schwächen, sondern muss sie ebenfalls stärken. Nur so wird auch in Zukunft eine breite fachärztliche Versorgung auf dem Land möglich sein, erläutert Scharmann.

Zitat aus „Spiegel online“, 16.11.2010: „DIW-Experten bezweifeln Mangel an Fachkräften“...„Aus der Arbeitsmarktstatistik leiten andere Wissenschaftler allerdings auch den Beweis dafür ab, dass das Angebot an Facharbeitern tatsächlich knapp ist.

So kommen die Arbeitsmarktexperten der Bundesagentur für Arbeit nach einer internen Befragung der 176 Arbeitsagenturen zu dem Schluss, dass der Mangel in einigen Regionen bereits deutlich spürbar ist: Zwei Drittel berichten von erheblichen Engpässen in vielen Bereichen. Das Papier listet 16 Berufsgruppen auf - von Installateuren über Ingenieure bis hin zu Ärzten.

Echter Fachkräftemangel nur bei Ärzten

Einen empfindlichen Mangel an medizinischem Fachpersonal konstatieren auch die DIW-Experten. Und auch, dass regional große Unterschiede bestehen. Speziell in Ostdeutschland sei nach dem Wegzug vieler gut ausgebildeter junger Leute oft keine geeignete Fachkraft mehr zu finden.

Der Deutsche Facharztverband (DFV) setzt sich für den Erhalt der Gesundheitsversorgung durch die ambulante Facharztmedizin in den Facharztpraxen ein. Rund 60.000 niedergelassene Fachärzte stellen zusammen mit ihren rund 180.000 Arzthelferinnen die fachärztliche Grund- und Spezialversorgung sicher (Wirtschafts- und Arbeitsplatzfaktor). Auf 1.000 Einwohner kommen in Deutschland 0,9 Fachärzte an Kliniken und 0,7 in den Facharztpraxen. Mit zusammen 1,6 Fachärzten auf 1.000 Einwohner liegt Deutschland sogar nur im unteren europäischen Mittelfeld. Von einer doppelten Versorgung kann keine Rede sein.

Verantwortlich:

Dr. med. Thomas Scharmann
DFV-Bundesvorsitzender –
Steinstraße 85, 81667 München

Qualitätsmanagement für die urologische Praxis – Stand heute

Ausgangssituation

Bis 2005 war vielen Vertragsärzten in Deutschland der Begriff „Qualitätsmanagement“ nur aus einigen mehr oder weniger „exotischen“ Publikationen bekannt und wurde – altbewährten preußischen Tugenden folgend – kopfschüttelnd als lästige „neue“ Idee der politischen Klasse, der Kostenträger und der ärztlichen Selbstverwaltung eingeordnet, Ärzte in ihrem Arbeitsalltag erneut zu stören, indem sie mit weiteren bürokratischen Forderungen von ihrer originären Aufgabe – der Patientenversorgung – abgehalten werden. Daraus sprach die ebenso deutsche Haltung, bei jeder Art von Neuerung erst einmal das berühmte Haar in der Suppe zu suchen, anstatt zunächst der Suppe ihre Chance zu geben, sich als wohl-

schmeckendes, noch dazu zur Sättigung beitragendes Lebensmittel zu erweisen.

Selbstverständlich war allerdings auch für dieselben Ärzte, von Dienstleistern und Produzenten gute und reproduzierbare Qualität zu erhalten – niemand will beim Friseur trotz eines vereinbarten Termins zwei Stunden warten, um dann mit blauen statt gewünscht graumelierten Haaren den Salon zu verlassen, jeder hält es für selbstverständlich, ein Auto zu fahren, dessen Sicherheitseinrichtungen wie Bremsen, Lenkung und Rückhaltesysteme jederzeit optimal funktionieren, ebenso soll der Rotwein beim Genuss genau den Geschmack aufweisen, der aus den Hinweisen im Etikett oder bereits früheren Selbsterfahrungen zu erwarten ist. Dem gegenüber wird es immer noch zumindest billi-

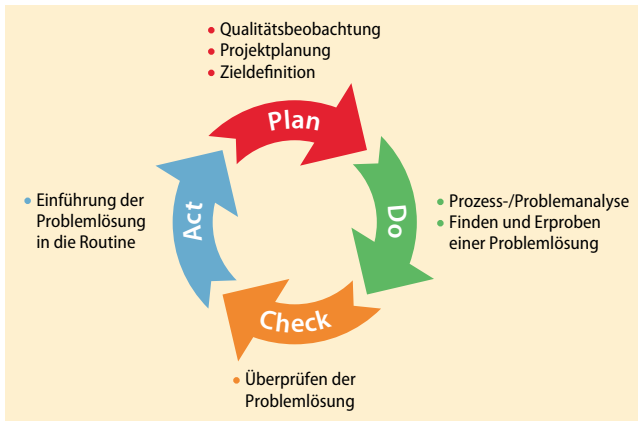


Abb. 1 ▲ Zyklus der Qualitätssicherung. PDCA-Zyklus nach Deming

Infobox 1

A. Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements:

Patientenversorgung: Ausrichtung an fachlichen Standards und Leitlinien, Patientenorientierung, -sicherheit, -mitwirkung, -information und -beratung, Strukturierung von Behandlungsabläufen
 Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation: Regelung von Verantwortlichkeiten, Mitarbeiterorientierung (Arbeitsschutz, Fortbildung); Praxismanagement (Terminplanung, Datenschutz, Hygiene, Fluchtplan), Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung; Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne Qualitätsmanagement

B. Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements:

Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die Praxis, Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen, systematische Überprüfung der Zielerreichung und erforderlichenfalls Anpassung der Massnahmen
 Regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen
 Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen
 Patientenbefragungen, nach Möglichkeit mit validen Instrumenten
 Beschwerdemanagement
 Organigramm, Checklisten
 Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen
 Notfallmanagement
 Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Beratung
 Qualitätsbezogene Dokumentation (Qualitätsziele, Umsetzungsmassnahmen, Überprüfung der Zielerreichung (anhand von Indikatoren) und der erforderlichen Anpassung der Massnahmen

gend akzeptiert, wenn Patienten Stunden ihrer Lebenszeit demütig und sinnfrei in Wartezimmern zubringen, weil unser Berufsstand – hoffentlich nur aus Gedankenlosigkeit – es vermeidet, seinen niedrigen, zumindest aber deutlich verbesserungsfähigen organisatorischen Entwicklungsstand auf das gleiche Niveau zu heben wie die Qualität in Diagnostik und Therapie. Jeder, auch unsere Patienten, sollte ein Recht haben, bezüglich Dienstleistungen oder Konsumgütern, die er

in Anspruch nimmt oder erwirbt, hinsichtlich der Qualität reproduzierbare Verlässlichkeit statt Willkür oder Beliebigkeit erwarten zu können.

Wenn das – und davon ist auszugehen – unbestritten ist, sind wir bereits mitten im Qualitätsmanagement: da wir selbst diese nachweisbare Qualität von Dienstleistern und Produzenten erwarten, ist es doch nicht grundsätzlich unbillig, wenn Patienten und Kostenträger als „Nutzer“ und „Bezahler“ unserer Leis-

tungen ebensolche Erwartungen haben. Hätten wir uns dem nicht über Jahrzehnte verschlossen, sondern dies bereits – wie Industrie und andere Dienstleister seit etwa sechzig Jahren – zunehmend aktiv gelebt, wäre vermutlich keinerlei Regulierungsbedarf entstanden, der uns jetzt erzürnt.

Was bedeutet Qualitätsmanagement?

Mehr Zeit, mehr Geld, mehr Zufriedenheit – durch Analyse eventuell verbesserungsfähiger Praxisabläufe, damit deutliche Reduzierung ungenutzter Zeit- und Kostenressourcen und Steigerung der Zufriedenheit von Patienten und Team, also richtig angewendet ein echter Gewinn für alle Beteiligten.

– „Qualitätsmanagement ist ein systematischer Weg zur Sicherstellung, dass Aktivitäten so stattfinden, wie sie geplant sind“

so hat es Crosby als ein international renommierter „Qualitäts“ bereits 1979 formuliert. Das ist einsichtig, und das tun wir doch alle – jede Praxis betreibt bereits Qualitätsmanagement, sonst wäre sie nicht existenzfähig. Trotzdem gibt es – ganz überwiegend im organisatorischen Bereich – bei ehrlicher Selbstanalyse Verbesserungspotentiale wie den Klassiker „Wartezeit“ oder auch Zeitressourcen bei Untersuchungsabläufen, Notfallmanagement, Terminvergabe, beim Umgang mit Beschwerden oder Fehlern, Datenschutz und anderen Prozessen.

Wenn jedes Praxisteam durch regelmäßige, zeit- und problemorientierte Teambesprechungen die verbesserungsfähigen Abläufe gemeinsam analysiert und optimiert (alles, was gut läuft, sollte natürlich belassen werden), werden sich bereits nach wenigen Monaten messbare Effekte zugunsten eingesparter Warte- und Arbeitszeit sowie gestiegener Zufriedenheit einstellen – die Dokumentation dieser gemeinsam gestalteten Abläufe bildet dann das

Qualitätsmanagement-Handbuch als reproduzierbare Anleitung für alle Eventualitäten wie Personalwechsel, Krankheitsausfall, Schwangerschaftsvertretung und Ausbildungshilfe für neue MitarbeiterInnen.

Systematisch erfolgt dieses am leichtesten nach dem sogenannten PDCA-Zyklus, der bereits 1949 von dem amerikanischen Wirtschaftswissenschaftler William Deming entwickelt wurde – „plan“ bedeutet „Ziel setzen“, „do“ entspricht der Umsetzung, „check“ die Überprüfung, ob die Erwartungen sich erfüllen und „act“ Einführung in die Routine bzw. erneute Änderung/Verbesserung; damit lassen sich alle Prozesse einer Praxis leicht prüfen und optimieren (► Abb. 1).

Die daraus folgenden, spürbaren Verbesserungen stellen die beste, weil selbst entwickelte und erfahrene Motivation für ständige Weiterentwicklung dar – viel besser als die extern geforderten Normen, die als lästige Pflicht empfunden werden, zumindest zum Teil aber als Folge mangelnder solidarischer Selbstdarstellung von uns Ärzten selbst zu verantworten sind.

Was fordert der Gesetzgeber?

Als sozusagen „verlängerter Arm“ des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss 2005 den Auftrag bekommen, Richtlinien für Qualitätsmanagement zu entwickeln, das seit 1.1.2004 durch den § 135 a SGB V für alle Vertragsärzte und Krankenhäuser verpflichtend ist. Seit 1.1.2006 ist die Richtlinie in Kraft, dass jede Praxis innerhalb von vier Jahren ein praxiseigenes QM-System zu entwickeln (also bis Ende 2009) und im fünften Jahr (also bis Ende 2010) eine Selbstbewertung hinsichtlich der Einführung der Grundelemente und Instrumente einschließlich der Zielerreichung vorzunehmen hat (► Infobox 1).

Es besteht keine Pflicht zur Zertifizierung nach einem QM-System.

Tab. 1 Eingesetzte QM-Systeme

QEP	51 %
ISO 9001	36 %
KTQ	1,6 %
KPQM	1,6 %
EPA	1,5 %
EFQM	1,1 %
Sonstige	7,2 %

Bereits 28790 Teilnehmer besuchten ein QEP-Einführungseminar und empfahlen es zu 86% uneingeschränkt weiter – 420 Praxen sind bis heute zertifiziert; die Stiftung Waren-test (11/2009 test Journal Gesundheit S.86-89) hat aus den vier häufigsten Systemen QEP als Testsieger qualifiziert.

Quelle: KBV 2010 aus 774 Praxen

Darlegung: Die KVen haben Kommissionen eingerichtet, die seit 1.1.2009 jährlich 2,5% zufällig ausgewählter Vertragsärzte zu einer schriftlichen Darlegung ihres QM-Entwicklungsstandes auffordern, ggf. kann der Vertragsarzt auch zu einer mündlichen Darlegung eingeladen werden.

Laut Stichprobe der KVen bei 3029 Praxen in 2009 hinsichtlich des Entwicklungsstandes von QM haben lediglich 5,5% noch nicht mit QM begonnen oder sind in Planung (Selbstbewertung, Fortbildungskurs), also nicht richtlinienkonform, 51,2% sind in der Phase Umsetzung (nach Analyse konkrete Umsetzungsmaßnahmen, alle Grundelemente und Instrumente eingeführt), also richtlinienkonform) und 43,3% in der Phase „Überprüfung“ (Selbstbewertung und Zielerreichung überprüft, Nachweise erbracht und Messungen der Prozess- und Ergebnisqualität durchgeführt, Patienten befragt, Beschwerden und Fehler erfasst und ausgewertet) und „Weiterentwicklung“ (jährliche Selbstbewertung und Überprüfung der Zielerreichung), also weiter als die QM-Richtlinie fordert.

Die Vertragsärzte haben also ihre anfängliche Skepsis erfolgreich überwunden und set-

zen QM bereits zu 94,5% um – in fünf Jahren eine bemerkenswerte Entwicklung!

Was bietet der BDU e.V.?

Wer nicht sein eigenes QM-System entwickeln und/oder sich externer Unterstützung bedienen möchte, kann auf Angebote des BDU e.V. in Kooperation mit dem Bund der Urologen e.G. zurückgreifen.

Nach Analyse der am meisten verbreiteten QM-Systeme (QEP, DIN ISO 9001, KTQ; KPGM; EPA; EFQM) (Tab. 1) hat der Berufsverband sich für die Empfehlung des QEP-Systems entschieden, das von der KBV in Zusammenarbeit mit 60 Pilotpraxen (davon zwei urologische: Dr. Buck, Dr. Bühmann) entwickelt und über ein Jahr praxiserprobt wurde; der BDU-Ausschuss für Innovation und Qualitätsmanagement hat nach Ausbildung von sieben Kollegen zu QEP-Trainern und Entwicklung eines „Urologen-QEP“ mit Akkreditierung durch die KBV seit 2005 bereits über 800 urologische Praxisteams in Einführungsseminaren auf QM vorbereitet und den selbständigen Einstieg ermöglicht, seit 2008 werden auch Kompaktseminare zur praktischen Einführung mit Dokumentenlenkung angeboten – damit liegen die Urologen fachgruppenspezifisch an der Spitze aller Disziplinen. Mit dem Seminar, in dem bereits mehrere Qualitätsziele interaktiv erarbeitet werden, und den Arbeitsmaterialien Qualitätszielkatalog sowie Muster-CD mit Formularen und Arbeitsanweisungen können die Teams nach Abschluss QM sofort in ihren Arbeitsalltag integrieren. Auch in 2011 sind wieder Seminare von BDU/BUND geplant, Termine und Einzelheiten sind über die Geschäftsstellen zu erfahren (www.urologenportal.de, www.bdu-eg.de).

Fazit

Nach anfänglicher Skepsis hat die Mehrheit der Vertragsärzte

– einschließlich der Urologen – die Sinnhaftigkeit der Einführung von Qualitätsmanagement erkannt und mit der Umsetzung begonnen, wobei die intrinsische Motivation durch Eigennutz (Optimierung von Praxisabläufen mit dem Ziel des Zeitgewinns, Kostenreduktion und Steigerung der Zufriedenheit von Patienten und Teams) eindeutig die extrinsische Motivation (Notwendigkeit durch Erfüllung gesetzlicher Normen) dominiert. BDU und Bund der Urologen bieten durch Seminare und Arbeitsmaterialien eine qualitätsgesicherte und richtlinienkonforme Unterstützung zur ressourcenschonenden Einführung von Qualitätsma-

agement in die urologische Praxis an – die Bewertungen zeigen, dass es der ganz überwiegenden Mehrheit der Teilnehmer sogar Freude bereitet, ihre Arbeitsweise transparenter zu strukturieren.

„Fürchte nicht das Chaos, denn im Chaos wird das Neue geboren.“ (C.G.Jung)

Dr. W. Bühmann

Facharzt für Urologie – Andrologie
Med.Tumorthherapie – Qualitätsmanagement –
Vorsitzender des Ausschusses für Innovation und Qualitätsmanagement im BDU e.V.
www.urologie-sylt.de

Pressemitteilung 29.11.2010

Allianz Deutscher Ärzteverbände kündigt vehementen Widerstand gegen Öffnungsklausel an

Die Allianz Deutscher Ärzteverbände (AÄ) spricht sich strikt gegen die von der PKV geforderte Öffnungsklausel in der neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aus.

„Selektivverträge zwischen Privatversicherern und Ärzten gefährden mittelbar die medizinische Versorgung unserer Patientinnen und Patienten. Der durch die Öffnungsklausel entstehende Kostendruck und damit einhergehende ruinöse Preiswettbewerb würde zwangsläufig Konzentrationsprozesse zu Lasten einer flächendeckenden medizinischen Versorgung in Deutschland auslösen“, sagte der amtierende Vorsitzende der Allianz, der Hartmannbund-Vorsitzende, Prof. Dr. Kuno Winn. Eine Öffnungsklausel leiste damit einer

weiteren Demotivierung der Ärzteschaft und dem sich abzeichnenden Ärztemangel Vorschub.

Winn sieht zudem ganz grundsätzliche Rechte von Ärzten und Patienten in Gefahr. „Durch die Öffnungsklausel würden die Patienten auf Vertragsärzte ihrer Krankenversicherung festgelegt und könnten den Arzt ihres Vertrauens nicht mehr frei wählen. Die Allianz der Ärzte setze sich dagegen nachdrücklich für den Erhalt der wohnortnahen ambulanten Versorgung mit freier Arztwahl ein.“

Die Allianz der Ärzte tritt für den Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit zum Schutz des individuellen Arzt-Patienten-Verhältnisses ein und fordert die Abkehr von einer ausschließlich ökonomischen Betrachtungsweise des Gesundheitswesens.