



Berufsverband Niedergelassener Chirurgen

KONGRESSTICKER

9. Bundeskongress der niedergelassenen Chirurgen vom 2. bis 4. März 2007 in Nürnberg

Podiumsdiskussion: 1.070 Teilnehmer staunten über die Einigkeit der Parteien

Die ungeliebte Reform ist angeblich besser als ihr Ruf – und trotzdem noch lange kein gutes Gesetz

Fehlermanagement: Auffallend niedrige Fehlerquote beim ambulanten Operieren

Offene und respektvolle Kommunikation mit dem Patienten kann den Gang vor's Gericht vermeiden

Chronische Wunden: Fast 250 Teilnehmer beim ersten interdisziplinären Wundtag

Fotodokumentation von Wunden sichert eigene Qualität – und die Position gegenüber dem MDK



Präsentierten sich fast unisono in kritischer Distanz zum GKV-WSG: Dr. Andreas Werner (BNC), Eike Hovermann (SPD), Wolfgang Zöller (CDU/CSU), Daniel Bahr (FDP) und Dr. Dieter Haack (BNC)

CDU/CSU: Das neue Gesetz ist besser als sein erster Entwurf

Es war eine gute Idee der BNC-Kongresskommission, die politische Podiumsdiskussion auf den Samstag zu verlegen: Am Vormittag drängten sich die meisten der inzwischen 1.070 Kongressteilnehmer im Plenum um mit den Vertretern dreier Parteien über die aktuelle Gesundheitspolitik zu diskutieren. Wolfgang Zöller (CDU/CSU) ließ eine Weile auf sich warten, doch löste er sein christliches Versprechen vom Vorjahr ein und sprach über seine Haltung zur aktuellen Gesundheitspolitik.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sei besser als sein Ruf und unterscheide sich in vielen Punkten vom ersten Entwurf, über den in der Öffentlichkeit so viel diskutiert wurde, erklärte Zöller. "Die Große Koalition ist kein Wunschkonzert, aber ich bin keinen Kompromiss eingegangen, der nicht revidierbar wäre."

Der CSU-Gesundheitsexperte verteidigte das GKV-WSG, weil es durch die anteilige Steuerfinanzierung sowie die möglichen Zusatzbeiträge der gesetzlichen Kassen erst-

mals schrittweise die Gesundheitskosten von der Grundlohnentwicklung entkoppelte: "Ein erster Schritt hin zu einer nachhaltigen Finanzierung." Zöller widersprach einer Fortsetzung von Budgetierung und Punktehonoren durch das Gesetz: "Es enthält durchaus ein paar Punkte, die zu mehr Planungssicherheit bei den Ärzten beitragen."

Referent: Wolfgang Zöller, CDU/CSU

SPD: Wir müssen einen Katalog der Grundsicherung definieren

Weniger Sympathie für eine stärkere Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems zeigte Eike Hovermann (SPD), der im Vorfeld der Bundestagsabstimmung durch sein klares Nein zum GKV-WSG für Schlagzeilen gesorgt hatte. Das Steueraufkommen für die kommenden Jahre sei schwer prognostizierbar, es sei daher unseriös, dem Gesundheitswesen für die Zukunft kalkulierbare Steuerzuschüsse zu versprechen. "Wir kommen nicht darum herum, den Leistungskatalog einer solidarisch finanzierten Grundsiche-

rung zu definieren, denn nur die ist nachhaltig finanzierbar", sagte Hovermann.

Das Bundesgesundheitsministerium verschließe weiter die Augen vor der Tatsache, dass das Versorgungsniveau in Deutschland regional unterschiedlich sei und auch durch staatlich festgelegte Einheitsbeiträge nicht überall gleichgeschaltet werden könne. "Die Schere zwischen dem Versprechen einer medizinisch bestmöglichen Versorgung für alle und der Koppelung der Gesamtvergütung an die Grundlohnentwicklung lässt sich längst nicht mehr schließen", meinte der SPD-Politiker, "denn die Grundlohnsumme wird 2007 voraussichtlich um etwa 0,3 Prozent wachsen, während die Ausgaben der Krankenhäuser im selben Zeitraum um 2,5 bis drei Prozent steigen." Statt des GKV-WSG wünsche er sich ein echtes Reformgesetz mit mindestens zehn Jahre Haltbarkeitszeit, schloss Hovermann.

Referent: Eike Hovermann, SPD

FDP: Vom Fonds ist es nicht mehr weit zur Staatsmedizin

Mit Blick auf die kritische Haltung seines Vorredners Hovermann zum GKV-WSG witzelte der FDP-Gesundheitsexperte Daniel Bahr: "Man hat das Gefühl, die SPD macht nicht nur Regierungsarbeit, sondern Opposition gleich mit." Skeptisch äußerte sich Bahr aber auch zu Zöllers Kompromissbereitschaft in der Großen Koalition: "Wenn ein Moloch wie der Gesundheitsfonds oder der Spitzenverband aller Kassen erst einmal existiert, dann ist das kaum revidierbar und es ist nur noch ein kleiner Schritt in Richtung Einheitskasse und Staatsmedizin."

Bahr äußerte die Vermutung, dass das Bundesgesundheitsministerium Schritt für Schritt auch die Selbstverwaltung in eine staatliche Behörde überführen wolle: Das BMG bombardiere die KVen mit immer mehr Vorgaben, Aufgaben und Reglementierung, die sie mit immer weniger Geld

Alle Texte des Kongress-Tickers
finden Sie auch online
unter www.bncev.de



Was tun, wenn die chirurgische Behandlung schief läuft und der Patient klagt? Fragen an das Podium mit Dr. Frieder Kleinschmidt, Dr. Ricarda Arnold und Dr. Britta Konradt

erfüllen sollten – nur um ihnen Versagen vorzuwerfen und die Verantwortung für die Honorarverteilung am Ende einer staatlichen Institution zu übertragen.

Referent: Daniel Bahr, FDP

Auf eine Million ambulante OPs nur sechs Behandlungsfehler

Nicht jede misslungene ärztliche Behandlung ist gleich ein schuldhafter Behandlungsfehler. Darauf wies Dr. Ricarda Arnold in ihrem Referat über die ärztlichen Aspekte des Fehlermanagements hin: „Der Patient hat einen Anspruch auf eine sorgfältige und sachgerechte, nicht aber auf eine erfolgreiche Behandlung.“ Chirurgen würden zwar erfahrungsgemäß häufiger wegen vermeintlicher Behandlungsfehler verklagt, dies liege jedoch nicht an einer besonders hohen Fehlerquote in dieser Fachgruppe: „Vielmehr sind die Ergebnisse chirurgischer Tätigkeit für Laien scheinbar leichter zu beurteilen als bei anderen Fachgruppen“, erklärte Arnold. Immerhin habe eine Recherche bei der Gutachterkommission Thüringen ergeben, dass auf eine Million ambulanter chirurgischer Eingriffe gerade einmal sechs echte Behandlungsfehler entfallen.

Die häufigsten Behandlungsfehler seien ein verspäteter Therapiebeginn, übersehene Frakturen, mangelnde Diagnostik (insbesondere Röntgen) sowie Komplikationen, beispielsweise Wundinfektionen. Behandlungsfehler ließen sich weitgehend vermeiden durch gute Organisationsstrukturen, enge Indikationsstellung gemäß der eigenen chirurgischen Qualifikation, standardisierte Arbeitsanweisungen an das Personal, eine adäquate Überwachung sowie die intensive und respektvolle Kommunikation mit dem Patienten.

Referentin: Dr. Ricarda Arnold, Jena

Definition: Ein Fehler ist jede Abweichung vom Soll-Verlauf

Um jegliche positive oder negative Bewertung zu vermeiden, definierte die Rechtsanwältin Dr. Britta Konradt den Begriff „Fehler“ als jede Abweichung vom Soll-Verlauf einer Behandlung. Ein fachlicher Fehler sei recht schwer nachweisbar, denn er setze voraus, dass dem Patienten tatsächlich ein Schaden entstanden ist, der mit einer Wahrscheinlichkeit von über 90 Prozent auch in einem kausalen Zusammenhang mit dem Behandlungsfehler steht.

Die meisten haftungsrechtlichen Prozesse würden daher zum Nachweis von Aufklärungsfehlern geführt, erklärte Konradt. Zudem gebe es für den Ablauf der Aufklärung keine klaren Vorgaben, man bewege sich also auf juristisch unsicherem Terrain. „Klar ist nur, dass die Aufklärung den Patienten befähigen muss, sein Recht auf Selbstbestimmung wahrzunehmen.“ Die Aufklärung müsse rechtzeitig und mündlich erfolgen, verständlich sein sowie mögliche Komplikationen und Alternativmethoden konkret benennen. „Je riskanter der Eingriff und je weniger klar die medizinische Indikation, desto frühzeitiger sollte die Aufklärung erfolgen“, riet Konradt. Aufklärungsbögen könnten helfen, die erfolgte mündliche Aufklärung juristisch möglichst eindeutig zu dokumentieren.

Referentin: Dr. Britta Konradt, Berlin

Wundtag: Fotodokumentation erleichtert Qualitätssicherung

Vernetzung und Qualitätssicherung waren zwei zentrale Themen des ersten interdisziplinären BNC-Wundtages, der mit insgesamt knapp 250 Teilnehmern sehr gut angenommen wurde. Dr. Walter Wetzel-Roth berichtete über die Möglichkeiten der Quali-

tätssicherung mittels digitaler Fotodokumentation chronischer Wunden: „In unserer Praxis kombinieren wir bei der Dokumentation Fotos und Textelemente.“ Bilder und Texte würden in der digitalen Patientenakte gespeichert, auf diese Weise lasse sich die Fotodokumentation auch in Arztbriefe und in Schreiben an Kostenträger oder den Medizinischen Dienst integrieren.

Aber auch für die eigene Kontrolle des Heilungsverlaufs und zur Evaluation sei die digitale Fotodokumentation ideal. Sie lasse sich überdies für den fachlichen Austausch mit Kollegen nutzen, wenn die Fotos – aus Datenschutzgründen am besten verschlüsselt – per E-Mail verschickt werden. Wetzel-Roth beklagte allerdings, dass es innerhalb der vielen Wundnetze bislang noch keinen Standard für die Fotodokumentation gibt: „Hier fehlt eine einheitliche Norm.“

Referent: Dr. Walter Wetzel-Roth, Buchloe

Längst nicht mehr exotisch: Ambulante Portimplantation

Weil die Zahl der Krebskranken steige und Onkologen vermehrt die Kooperation mit Chirurgen im vertragsärztlichen Bereich suchten, sei die Implantation von Ports längst keine exotische Nische mehr für niedergelassene Chirurgen, erklärte Dr. Herbert A. Hofmann. Während sich im Krankenhaus für diesen Eingriff häufig bis zu acht Personen im OP versammelten, könne der niedergelassene Chirurg mit nur einer OP-Schwester und einem klaren OP-Algorithmus innerhalb von etwa 15 bis 20 Minuten einen Port implantieren.

Referent: Dr. Herbert A. Hofmann, Berlin

Impressum

Herausgeber:
Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen Deutschland e.V.

Geschäftsstelle, Wulfsdorfer Weg 7

22359 Hamburg

Tel.: 040/60329110

Fax: 040/60329118

E-Mail: info@bncev.de

Internet: www.bncev.de

Redaktion:

Antje Soleimanian, Medizinjournalistin, Hamburg

Tel.: 040/53050398

E-Mail: antje.soleimanian@bncev.de

Internet: www.soleimanian.de

Layout:

Behrendt Büro Pressearbeit Mediendesign, Hamburg

Tel.: 040/4220550

E-Mail: stefan.behrendt@bbpm.de