

Neues Fortbildungskonzept

Hausärzte sollen voneinander lernen

Seit dem Jahr 2004 gilt für Kassenärzte in Deutschland die Pflicht zur CME-Fortbildung. Mit einer neuen Initiative möchte die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) nun langfristig das CME-Fortbildungssystem ergänzen oder sogar ablösen. Das DEGAM-Konzept sieht dafür hausärztliche Hospitationen, Mentoring und sanktionsfreie Rezertifizierungen vor. Die DEGAM will damit einen Anstoß zu einer neuen Fortbildungskultur geben.



Foto: Jia

Vorbild für die DEGAM-Initiative sind die Niederlande. Dort gibt es seit vielen Jahren das sogenannte Visitatie-Programm, bei dem sich Hausärzte gegenseitig besuchen, um in einer kollegialen Atmosphäre voneinander zu lernen. In Holland sind diese „Peer-

Hospitationen“ inzwischen verpflichtender Bestandteil der Rezertifizierung geworden.

Eingefahrenes Verhalten überprüfen

Von solch einer Verpflichtung zur Hospitation spricht die DEGAM in ihrem Positionspapier nicht. Der Fachgesellschaft geht es vielmehr auch um eine bessere Herausbildung einer eigenen beruflichen Identität der Hausärzte.

Die DEGAM sieht zudem die Gefahr, dass Hausärzte in einer Einzelpraxis die Fähigkeit zur Selbstkritik einbüßen, dass eingefahrene Verhaltensweisen zu „blinden Flecken“ führen und die Kooperationsfähigkeit verloren geht. Die Idee der Hospitation solle somit der Tatsache entgegenwirken, dass sich in der Hausarztpraxis leichter Defizite in der Arbeit einstellen können. Das gegenseitige Feedback bei der Hospitation betrachtet die DEGAM daher als Gewinn für beide Seiten, den Hospitierten und den Hospitierenden.



HOSPITATIONS PRAXIS

Benimmregeln für Hospitationen

Hospitationen – bei denen im Übrigen nicht nur Hausärzte von Hausärzten besucht werden, sondern auch Medizinische Fachangestellte (MFA) sich gegenseitig hospitieren – sollen eine freiwillige Angelegenheit sein, so die DEGAM. Vorschriften möchte man auf das unbedingt Notwendige beschränken, schließlich gehe es in erster Linie um den kollegialen Austausch. In ihrem Positionspapier listet die allgemeinärztliche Fachgesellschaft folgende Empfehlungen bzw. „Benimm-Regeln“ auf:

- Die Auswahl von Hospitierendem und Hospitiertem ist freiwillig.

Praxishospitation bei

am: von bis Uhr durch: (Arztin/Arzt)

Mein erster Eindruck von der Praxis	
Praxisorganisation	
Was empfinde ich als Stärken der Praxis?	
Was empfinde ich als Schwächen der Praxis?	
Was empfinde ich, vorrangig zu ändern?	
Sprechstunde	
Womit hat mich der Arzt/die Ärztin beeindruckt?	
Hier sehe ich noch Verbesserungsmöglichkeiten:	

Hospitations-Checkliste der DEGAM

- Im Unterschied zu Visitationen beispielsweise im Rahmen einer QM-Zertifizierung liegt der Schwerpunkt hausärztlicher Hospitationen eher auf der Beobachtung der Konsultationen bzw. der Tätigkeit der MFA, wobei auch organisatorische Aspekte der Praxis eine Rolle spielen können und sollen.
- Während ein Visitor den Visitierten beurteilt, tut dies der Hospitierende nicht, sondern er gibt ein Feedback – und dies auch nur, wenn er danach gefragt wird.
- Selbstverständlich muss der Hospitierende den Patienten vorgestellt werden, und die Patienten müssen mit der zusätzlichen Person im Raum einverstanden sein.
- Der Hospitierende greift nicht in das Arzt-Patienten-Gespräch ein, sondern äußert sich nur, wenn er vom Hospitierten explizit gefragt wird.
- Der Hospitierende verpflichtet sich, sich nach der beobachteten Sprechstunde bzw. dem Arbeitstag genügend Zeit für ein Feedback in einer ruhigen Atmosphäre mit dem Hospitierten zu nehmen.
- Wenn ein Feedback gegeben wird, soll es auf wertschätzende Weise erfolgen. Hierbei soll vorrangig an die Stärken der besuchten Praxis angeknüpft werden. Für subjektiv empfundene Schwächen der besuchten Praxis sollen konstruktive Lösungswege vorgeschlagen werden.

Auch in den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung wird die Hospitation als ein mögliches Fortbildungsformat bereits aufgeführt:

„Hospitationen werden in anderen Kliniken, Praxen, Instituten oder Abteilungen absolviert. Sie dienen der Aneignung neuen Fachwissens oder der Vertiefung und Vervollkommnung von Wissen und Fähigkeiten, der Verbesserung und Reflexion der eigenen Arbeit und der Förderung des gegenseitigen Verständnisses und des Respekts durch Kennenlernen anderer Organisationsformen und Arbeitsweisen.“

- Der Hospitierende sollte in engem zeitlichem Zusammenhang reflektieren, welche Anregungen er für sein eigenes Praxisteam mitbringt.
- Dabei können beide Seiten übereinkommen, welche konkreten Lern- und Veränderungsziele sie sich vornehmen.
- Hospitationen sind grundsätzlich für beide Seiten kostenfrei.

Bereicherung für die tägliche Arbeit

Nach dem Willen der DEGAM sollen Hospitationen Spaß machen und die eigene tägliche Arbeit bereichern. Für die Erstellung eines strukturierten Feedbacks wurden spezielle Checklisten erarbeitet, die die Hospitierenden nutzen können, wenn sie dies wollen. Darüber hinaus will sich die DEGAM bei den Landesärztekammern dafür einsetzen, dass sowohl der Hospitierende als auch der Hospitierte Fortbildungspunkte der

Kategorie G erhalten (für Hospitationen ein Punkt pro Stunde, höchstens acht Punkte pro Tag).

Die DEGAM ruft nun alle interessierten Hausärztinnen und Hausärzte dazu auf, sich an der DEGAM-Hospitations-Kampagne zu beteiligen. Für die Bereitschaft, die oben genannten Regeln bei der Hospitation einzuhalten, vergibt die DEGAM das Label „DEGAM-Hospitationspraxis“. Voraussetzung für die Vergabe des Labels ist die Mitgliedschaft in der DEGAM (<http://degam.de/index.php?id=mitgliedwerden>).

Dr. med. Günther Egidi und Dr. Ingolf Dürr



Das vollständige DEGAM-Positions-papier findet man im Internet unter www.degam.de/index.php?id=links2.

Bericht des Bundesversicherungsamts

Krankenkassen wollten Diagnosen beeinflussen

Ein Punkt aus dem aktuellen Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamts (BVA) für das Jahr 2011 hat unter Ärzten besondere Aufmerksamkeit erregt. So hat das BVA festgestellt, dass einzelne Krankenkassen versucht hatten, Diagnosen und ärztliches Kodierverhalten nachträglich zu beeinflussen.

So hat das BVA im ambulanten Bereich moniert, dass eine Kasse einen Arzt aufgefordert hatte, Diagnosen unmittelbar an die Krankenkasse zu melden. Die Kasse berief sich dabei darauf, dass bestimmte Arzneimittelverordnungen keine Diagnosen zugrunde gelegt hätten. Die Kasse wies dabei auf mögliche Prüfungen nach §§ 106, 106a SGB V hin. Eine unmittelbare Erhebung von Diagnosedaten durch Kassen bei Ärzten ist aber datenschutzrechtlich nicht zulässig, machte das BVA hierzu deutlich. Der Verweis auf mögliche Prüfungen dürfe nicht das Ziel verfolgen, Nachmeldungen von Diagnosen, die ohnehin nicht Folge solcher Prüfungen sind, unmittelbar an die Krankenkasse zu erwirken. In einem weiteren Fall hatte eine Krankenkasse einer Kassenärztlichen Vereinigung sogenannte „Korrekturfragebögen“ zur Weiterleitung an Ärzte übermittelt. Diese Bögen enthielten Sozial- und Abrechnungsdaten vorangegangener Quartale, mittels derer die Plausibilität ausgewählter Diagnosen erschüttert werden sollte. Das Bundesversicherungsamt hat dieses Vorhaben allerdings unterbunden und somit nachträgliche Datenmeldungen verhindert, die die Datenbasis für den Risikostrukturausgleich hätten verfälschen können. Diese Erfahrungen zeigten, so das BVA, dass es unerlässlich sei, auf korrekte Diagnosen und richtiges Kodieren hinzuwirken und dieses durch eine unabhängige staatliche Behörde zu kontrollieren.