

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0274(16)
vom 19.09.03**

15. Wahlperiode

**Stellungnahme der AWMF zur Umsetzung des „Eckpunktepapiers“ der
Bundestagsfraktionen von SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen
zur Gesundheitsreform**

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) nimmt Stellung zu folgenden vorgesehenen gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung der „Eckpunkte zur Gesundheitsreform“, bezieht sich dabei jedoch nur auf die für die wissenschaftliche Medizin relevanten Sachverhalte:

zu „I. Ziele und Handlungsbedarf“

- Ziffer 4. „Stärkung der Prävention“

Die AWMF unterstützt alle Bemühungen zur Erhaltung der Gesundheit durch wissenschaftlich hinsichtlich ihres Nutzens gesicherte Maßnahmen der Prävention. Dabei sind alle Präventionsmaßnahmen sorgfältig zu unterscheiden in

- **Primärprävention**, der Vorbeugung gegen die Entstehung einer Krankheit,
- **Sekundärprävention**, der Begrenzung der Schwere einer bestehenden Krankheit und Verhinderung von Komplikationen und Folgeschäden.

zu „II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes“

- Ziffer 2. „Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung“:

Die Qualität der medizinischen Versorgung kann insbesondere durch die Umsetzung gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse verbessert werden. Die systematische Verbesse-

Die Sicherung der Qualität der Krankenversorgung ist deshalb auch eine ständige Aufgabe der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften.

Die AWMF begrüßt alle Maßnahmen, die eine zeitnahe Umsetzung neuer, gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse, die z.B. in den systematisch entwickelten, wissenschaftlich basierten Leitlinien der Fachgesellschaften in der AWMF zum Ausdruck kommen, in die Praxis der Krankenversorgung fördern.

Die AWMF geht davon aus, dass dieses Ziel nicht durch die Einrichtung eines „Zentralinstituts“ zu erreichen ist, wohl aber über die systematische Implementierung von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis im Zuge eines kontinuierlichen Qualitätsmanagements („Continuous Quality Improvement“). Herkömmliche Fortbildungsmaßnahmen haben sich bisher als allein wenig effektiv erwiesen, dieses Ziel zu erreichen. Die

AWMF schlägt daher vor, innovative Fortbildungsverfahren mit geeigneten Prüfmechanismen zum Kompetenzerhalt (Continuous Professional Development, „Rezertifizierung“) unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den USA, Kanada und anderen europäischen Ländern zu entwickeln und nach Prüfung ihrer Praktikabilität einzusetzen.

Stiftung und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen:

Die AWMF begrüßt, dass das Institut nicht mehr als staatliche Einrichtung konzipiert ist. Die jetzt vorgeschlagene Konstruktion ist jedoch eher als „*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung*“ zu bezeichnen.

Die AWMF kann nicht erkennen, dass das Institut in der geplanten Form eine wesentliche Rolle bei der Verbesserung der Versorgungsqualität spielen kann, insbesondere weil die medizinische Wissenschaft in diesem Institut nicht vertreten ist. Die AWMF wünscht dennoch, im Rahmen des Instituts mit zu arbeiten (z.B. in einem Kuratorium) und ist bereit, dort die Vertretung der Wissenschaft in der Medizin zu organisieren und das Institut bei der Formulierung der zu vergebenden Forschungsaufträge zu unterstützen. Für die im Gesetz vorgesehene Auftragsvergabe zu wissenschaftlichen Stellungnahmen an externe Sachverständige verstehen sich die in der AWMF vereinigten wissenschaftlichen Fachgesellschaften als wichtige Partner.

Bewertung von „evidenzbasierten“ Leitlinien:

Die AWMF begrüßt, dass das Institut keine eigenen Leitlinien erstellen soll. Die Erstellung von Leitlinien muss in der Hand der dafür kompetenten wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften bleiben. Das international angesehene Leitlinienkonzept der AWMF¹ fördert die systematische Erarbeitung von wissenschafts- und zugleich konsensbasierten Leitlinien. Die AWMF benutzt dafür bewusst nicht die falsche Übersetzung „evidenzbasiert“ (= auf Augenschein beruhend) für „evidence based“ (= auf wissenschaftlichen Aussagen und Belegen beruhend) und rät dringend dazu, den fehlerhaften Begriff in einem Gesetzestext nicht zu verwenden, auch wenn er derzeit in der wissenschafts- und gesundheitspolitischen Diskussion oft benutzt wird.

Das Konzept der „evidence based medicine“ benutzt die externe „evidence“ aus Recherchen in der wissenschaftlichen Literatur (z.B. Cochrane) als einen wichtigen, aber nicht alleinigen Pfeiler für die gemeinsame individuelle Entscheidungsfindung von Arzt und Patient.

Leitlinien bedürfen einer Evaluation in der Praxis (Versorgungsforschung) und einer periodischen Überarbeitung (Aktualisierung).

Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln:

Die AWMF begrüßt zwar den Wegfall der bisher vorgelegten „Positivliste“, bedauert jedoch, dass kein qualitativ besserer Ersatz geschaffen werden soll. Aus wissenschaftlicher Sicht ist es sinnvoll und möglich, eine Liste von Arzneimitteln mit wissenschaftlichem Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen zu erstellen². Dabei ist der Nutzen von Arzneimitteln nicht nur finanziell im Sinne der Wirtschaftlichkeit (Kosteneffektivität) zu bewerten, sondern auch an den von Patienten selbst erlebten Behandlungsergebnissen, z.B. der Ver-

¹ siehe: **Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ**. Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich (ZaeFQ) 95(2001) Suppl. I und **I. Kopp, A. Encke, W. Lorenz: Das Leitlinienprogramm der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF)** in: Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 45 (2002) 3, 223-233

² siehe: **Resolution der AWMF zur „Positivliste“** vom November 2001, <http://awmf.org/res/res-poli.htm>

besserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität („outcome“). Hierzu ist eine Verstärkung der klinischen Forschung unter besonderer Berücksichtigung von klinischen Studien im stationären **und** ambulanten Bereich unbedingt notwendig.

- Ziffer 3. „Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“:

Die AWMF begrüßt die Weiterentwicklung der „integrierten Versorgung“ und die teilweise Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Hierzu gehört auch die Möglichkeit, ambulante Behandlungszentren zu errichten, die in Form der bisherigen Schwerpunktpraxen zukunftssträftig erscheinen und von der AWMF begrüßt werden. Die Festlegung des Zulassungsbedarfs von Klinikambulanzen, insbesondere der Hochschulambulanzen, mit speziellen Aufgaben und Fragestellungen in Forschung, Lehre **und** Krankenversorgung bedarf einer größeren Flexibilität und Transparenz als bisher. In diesem Zusammenhang hält die AWMF die Begründung mit Begriffen wie „Unterversorgung“, „Übersversorgung“ oder „Fehlversorgung“ ebenso wie die Begriffe selbst für falsch. Die Einführung dieser Begriffe durch ein Gutachten des „Sachverständigenrats für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen“ hat zu irreführenden Interpretationen und zu falschen Konsequenzen geführt. Daher sollten diese Begriffe keinesfalls in einem Gesetzestext verwendet, sondern durch den Begriff der „angemessenen Krankenversorgung“ ersetzt werden.

Nur eine wissenschaftliche Versorgungsforschung kann Kriterien für die Beurteilung einer angemessenen Krankenversorgung (z.B. Steigerung der Transparenz durch Qualitätsindikatoren) entwickeln. Dieser Forschungsbereich ist aus Sicht der AWMF dringend auszubauen, auch um die Auswirkungen neuer Versorgungsstrukturen und von veränderten gesetzlichen Regelungen wissenschaftlich zu evaluieren.

Arbeitszeitproblematik:

Ohne eine Lösung dieses Problems, das durch den geplanten Wegfall der „Ärzte im Praktikum“ und das EuGH-Urteil vom 9. 9. 2003 noch erheblich verschärft wird, ist die Zukunft einer qualitativ hochwertigen (stationären) Krankenversorgung und der wissenschaftlichen klinischen Forschung in Deutschland nicht mehr gesichert. Eine Konzentration der ärztlichen Tätigkeit auf ärztliche Aufgaben, z.B. durch drastische Reduktion der administrativen Dokumentationsleistung durch Ärzte³, kann die Situation entschärfen, aber nicht lösen. Eine angemessene Krankenversorgung kann in Zukunft nur durch entsprechende Personalbemessung und Änderungen der Tarifstruktur bei angestellten Ärzten gewährleistet werden.

Nachdem aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen in Deutschland immer weniger voll ausgebildete Ärztinnen und Ärzte den Arztberuf im Rahmen der Krankenversorgung ergreifen, sind geeignete Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität dieser Aufgaben und Anreize für eigene wissenschaftliche Tätigkeit dringend notwendig. Hierzu gehören auch ein klares Bekenntnis zur Weiterbildungsverpflichtung der Krankenhäuser und die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhausärzte.

Das Präsidium der AWMF steht für eine detaillierte Erläuterung der Stellungnahme im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens und zur weiteren Zusammenarbeit zur Verfügung.

³ nach einer neuen Studie des Deutschen Krankenhausinstituts arbeitstäglich 40 Minuten pro Arzt bei einer Gesamtdokumentationszeit von 3 Stunden einschließlich patientenbezogener Dokumentation