

## Tätigkeitsbericht der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM e.V.) 2017/2018

Die Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, einzige Regionalgesellschaft der DEGAM, sieht ihre Hauptaufgaben in der hausärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung und beteiligt sich als wissenschaftliche Gesellschaft an allgemeinmedizinischer Forschung.

### Allgemeinmedizinische Fortbildung

Die SGAM organisiert jährlich zwei pharmafreie wissenschaftliche Veranstaltungen. Der 27. Jahreskongress im Sommer dieses Jahres beschäftigte sich mit Themen aus den Bereichen der Geriatrie, Sexualmedizin, Gastroenterologie, des Datenschutzes, moderner Kommunikationsmittel sowie der Therapie mit Cannabisprodukten.

Auch die Vorstellung aktueller DEGAM-Leitlinien und Neues aus der SGAM-Forschung finden hier ihren Platz. Einen Höhepunkt unserer Kongresse stellt die Auszeichnung von sich besonders um die Allgemeinmedizin verdient gemachter Mediziner mit einem **Ehrenpreis** dar. In diesem Jahr erhielt Frau Dipl.-Med. Ingrid Dänschel, eine unermüdliche Streiterin für die Allgemeinmedizin, diese Auszeichnung für ihr jahrelanges Engagement. Der **Forschungspreis** ging an Frau Dr. rer. medic. Henna Riemenschneider für ihre Studie zum aktuellen Impfstatus bezüglich Masern bei Studierenden an der Technischen Universität Dresden.

Den Medizinischen Fachangestellten wurden im Rahmen des Kongresses in interaktiven Workshops und mithilfe vieler praktischer Übungen anwendungsfähige Fertigkeiten vermittelt.

Eine weitere hausärztliche Fortbildung wird traditionell im Januar als mehrtägiges Curriculum durchgeführt. Durch einen größeren zeitlichen Rahmen können hier interessante Themen besonders umfassend dargestellt und teilweise auch in Workshops interaktiv erlernt werden. Besonders positiv wird von den Teilnehmern die Möglichkeit eines umfangreichen kollegialen Austausches gewertet.

Für Ärzte\* in Weiterbildung wird in enger Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer eine bislang zweiwöchige Fortbildung angeboten, bei der für die Weiterbildung besonders relevante Themen diskutiert werden. Hausärztliche Dozenten und Fachspezialisten, diese jeweils mit einem Allgemeinmediziner als Co-Referent, gestalten diese Veranstaltung lebendig und prüfungsorientiert. Nach Gründung des Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Sachsen (KWASa; <https://allgemeinmedizin-sachsen.de/>) wird dieser Kurs umstrukturiert und als zusätzliche Fortbildungsoption angeboten.

Bis 2018 führte die SGAM, ebenfalls mit der Sächsischen Landesärztekammer, jährlich zwei Train-the-Trainer-Seminare durch.

### Zusammenarbeit mit dem KWASa

Die SGAM unterstützt seit der Gründung als kooperierender Partner aktiv die Arbeit des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin Sachsen. Sie hilft bei der Gestaltung von Seminartagen für Ärzte in Weiterbildung und Train-the-Trainer-Seminare für Weiterbilder sowie Mentoring-Programmen. Aktive Unterstützung finden auch die regional agierenden Weiterbildungsverbände. Nahezu jedes Präsidiumsmitglied steht als Hauptansprechpartner und Organisator eines Weiterbildungsverbundes in der Verantwortung.

### Peer Review Allgemeinmedizin

Seit 2014 beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe der SGAM mit den Möglichkeiten, das Peer-Review-Verfahren auch im ambulanten, allgemeinmedizinischen Bereich weiterzuentwickeln und zu etablieren. In enger Kooperation mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein und dem Institut für Allgemeinmedizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (Prof. Hanna Kaduszkiewicz) sowie der Sächsischen Landesärztekammer soll 2019



ein Peer-Review-Verfahren für die Allgemeinmedizin in Sachsen auf den Weg gebracht werden.

### Unterstützung der sächsischen Medizinischen Fakultäten

Viele SGAM-Mitglieder und insbesondere die Mitglieder des Präsidiums stehen als Lehrpraxis oder Seminarleiter für die medizinische Ausbildung zur Verfügung und unterstützen die Arbeit der Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den sächsischen Universitäten.

### Junge Allgemeinmedizin Sachsen (JASa; <http://ja-sa.net/>)

Eine weitere wichtige Aufgabe sieht die SGAM in der Förderung der allgemeinmedizinischen Nachwuchsgewinnung. Die SGAM unterstützt auf unterschiedliche Weise die JASa beispielsweise bei der jährlich stattfindenden Summerschool Allgemeinmedizin Sachsen. Im Gegenzug engagieren sich Mitglieder der JASa u.a. bei der Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten.

### Allgemeinmedizinische Forschung

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft fördert die SGAM aktiv die Forschungstätigkeit im allgemeinmedizinischen Bereich. Die seit 1996 sachsenweit als sogenannte **SESAM-Studien** durchgeführten Untersuchungen werden seit 2008 durch den Bereich Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden in Kooperation mit der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin konzipiert und ausgewertet.

\* Aus Platzgründen wird auf die zusätzliche Verwendung der weiblichen Form verzichtet.

### Tautewalder Erklärung

Die SGAM ist mit ihren Mitgliedern in den verschiedensten Gremien und Funktionen der Standes- und Berufspolitik vertreten. Ein qualifiziertes allgemeinmedizinisches Arbeiten setzt sichere und gute Arbeitsbedingungen voraus. Diese werden allerdings zunehmend als ein wichtiges Entscheidungskriterium für die (Nicht-)Wahl des Fachgebietes von jun-

gen Kolleginnen und Kollegen angegeben. Deshalb hat sich die SGAM nach einem langen internen Prozess zur Veröffentlichung eines eigenen Positionspapiers entschlossen. Die nach ihrem Entstehungsort benannte Tautewalder Erklärung umfasst fünf zentrale Forderungen, die für eine, auch in Zukunft hochqualifizierte allgemeinmedizinische Versorgung zwingend erforderlich gehalten werden (s. folgenden Text).

### Zusammenarbeit DEGAM

Die Zusammenarbeit der SGAM mit ihrer „Muttersgesellschaft“ DEGAM hat sich in den letzten Jahren auf allen Gebieten und zum gegenseitigen Nutzen verbessert. Diese positive Entwicklung soll künftig nicht nur fortgesetzt, sondern auch sichtbarer dargestellt werden.

## Tautewalder Erklärung der Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin

**1. Die Zukunft der medizinischen Grundversorgung liegt in einem konsequenten hausärztlichen Primärarztssystem. Behandlung, Betreuung und Koordination von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Primärversorgung erfolgen durch ein interprofessionelles Team unter hausärztlicher Leitung.**

Hausärztlich koordinierte Versorgung von Patientinnen und Patienten ist bereits in 15 von 28 europäischen Ländern gelebte Realität [1]. Weitere sieben EU-Länder versuchen mit einem Überweisungs- und Zuweisungssystem, den Zugang zu spezialfachärztlichen Versorgungsstufen zu organisieren. Studien untermauern die Kosteneffizienz eines gestuften Versorgungssystems, die mit steigendem Alter der Patientinnen und Patienten und bei psychosomatischen Erkrankungen besonders hoch ist [2]. Die Zunahme von Multimorbidität in der Bevölkerung und der steigende Anteil von Patientinnen und Patienten mit Polypharmazie erfordern hochqualifizierte Hausärztinnen und Hausärzte, die im Team diesen komplexen Anforderungen gewachsen sein müssen. Dies umfasst sowohl deren Koordinierungsfunktion als auch eigene Problemlösestrategien [3–4]. Vor dem Hintergrund einer zunehmend kleinteiliger werdenden Spezialisierungstendenz in vielen Fachrichtungen kommt einem Generalisten und seinem Team die entscheidende Rolle im Versorgungssystem zu [5–6]. Ein interprofessionelles Team in der Hausarztpraxis kann ressourcenorientiert besonders die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten optimieren.

**2. Überbordende Regulierung und ein nicht mehr zu bewältigender Verwaltungsaufwand gefährden die unmittelbare Patientenversorgung. Damit Patientinnen und Patienten wieder die notwendige Zeit und Aufmerksamkeit entgegengebracht werden kann, ist ein Bürokratieabbau zwingend erforderlich.**

Der Anteil der als entbehrlich eingestufteten Bürokratie in den Hausarztpraxen beträgt in verschiedenen Erhebungen im Mittel 57 Arbeitstage im Jahr. Diese Arztleistungen sind kaum delegierbar und fehlen in der unmittelbaren Patientenversorgung. Unter anderem umfasst diese „Bürokratiezeit“ Verordnungen und Bescheinigungen mit 38 %, Auskünfte an Kostenträger mit 20 % und das Ausstellen von Überweisungen 14 % [7]. Eine Entbürokratisierung und Beschränkung auf versorgungsrelevante Arbeitsinhalte ist dringend erforderlich [8]. Auf der Grundlage des diesjährigen Bürokratieindex hat die KBV Forderungen für einen bundesweiten Bürokratieabbau formuliert und betont, dass dieses Abbauziel von 25 % gesetzlich zu verankern sei. Überbordende Bürokratie führt auch zu hausärztlichen Nachwuchsproblemen. Sie ist ein zentraler Hindernisgrund für Studierende, sich für eine eigene Niederlassung zu entscheiden [9].

**3. Eine patientenzentrierte, evidenzbasierte und kostenbewusste Primärversorgung darf nicht von Regressen bedroht werden. Die verantwortungsvolle und individuelle Patientenbehandlung kann nicht länger von Angst vor persönlicher finanzieller Haftung beeinflusst werden.**

Für Hausärztinnen und Hausärzte besteht die Gefahr persönlicher Haftung durch Arzneimittel- und Heilmittelregresse unabhängig von einer wissenschaftlich fundierten und qualifizierten primärärztlichen Patientenbetreuung durch teilweise realitäts- und versorgungsferne Kriterien (z.B. Medikationskatalog der Kassenärztlichen Vereinigung [10]). Für den Regressfall werden regionale und arztindividuelle Besonderheiten der Versorgung nur ungenügend berücksichtigt, als Vergleich dient ein rein rechnerisch ermittelter Durchschnitt der hausärztlichen Fachgruppe innerhalb der KV (z.B. weniger verordnete Heilmittel durch die Vergleichsgruppe). Ein Mehrbedarf an Mitteln, gerade im ländlichen und unterversorgten Versorgungsbereichen wird somit nicht ausreichend abgebildet. Je geringer die Anzahl der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen vor Ort ist, desto größer ist die Gefahr eines Regresses, da die hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowohl eine viel geringere Arbeitsentlastung durch die gebietsärztlichen Kolleginnen und Kollegen als auch eine deutlich höhere Belastung des eigenen Arzneimittel- und Heilmittelbudgets durch medizinisch notwendige Verordnungen haben. Daraus resultiert eine „Doppelbestrafung“ der Kolleginnen und Kollegen, insbesondere in ländlichen und unterversorgten Bereichen. In der primärärztlichen Versorgung führt die drohende Regressgefahr zum Zwecke der Lastenverteilung zwischen Haus- und Gebietsärzten zu nicht notwendigen, aber zusätzliche Kosten verursachenden Überweisungen und Krankenhauseinweisungen. Für Patientinnen und Patienten bedeutet die Regressgefahr, dass ihnen unter Umständen

den notwendige medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungen vorenthalten werden. Für junge Ärztinnen und Ärzte ist die Regressgefahr ein wichtiger Grund, eine hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis, insbesondere in versorgungsschwachen Regionen mit hoher Arbeitsbelastung, abzulehnen [9].

**4. Die Mitgestaltung und Mitverantwortung der Patientinnen und Patienten am Behandlungs- und Heilungsprozess muss unter Berücksichtigung des Krankheitsgeschehens und der individuellen Möglichkeiten gefördert werden. Für eine ressourcenschonende und ihren Wert schätzende Inanspruchnahme des Gesundheitswesens ist eine finanzielle Eigenbeteiligung der Patientinnen und Patienten sinnvoll und notwendig.**

Die aktive Mitgestaltung und Mitverantwortung der Patientinnen und Patienten am Behandlungs- und Heilungsprozess muss unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsgeschehens und persönlicher Voraussetzungen gefördert werden. Dies bedeutet einerseits, Patientinnen und Patienten beim Verstehen seiner Krankheiten, notwendigen Diagnostiken und Therapien zu unterstützen [11], andererseits aber auch ein Bewusstsein für unnötige diagnostische und the-

rapeutische Verfahren und die damit verbundenen, vermeidbaren Kosten und Gefahren für Patientinnen und Patienten zu entwickeln. Eine angemessene finanzielle Beteiligung der Patientinnen und Patienten an den Kosten unnötiger oder überflüssiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen bzw. nicht indizierter Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens (z.B. von Notfallambulanzen) sollte durch die Kostenträger erfolgen, um gesundheitliche und finanzielle Folgen von Überversorgung zu vermeiden. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nur für ärztliche Behandlung (ohne Früherkennung, Impfung, Dialyseleistungen) stieg in den letzten Jahren von 28,74 Mrd. Euro (2012) auf 36,53 Mrd. Euro (2016). Dieser Trend ist zum großen Teil durch Fehlanspruchnahme zu erklären [12] und wäre bei einer adäquaten Eigenbeteiligung und höherer Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten umzukehren. Das Plus an Ausgaben wird eher von der steigenden Anzahl der niedergelassenen Fachspezialisten verursacht als von der seit 2005 im Anteil stabil und gleich bleibenden Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte (2005: 59,1 vs. 2016 61,3 Tsd., vgl. [13]). Die SGAM unterstützt ausdrücklich die Entwicklung und Verbreitung qualitativ hochwertiger und evidenzbasierter Patienteninformationen

für eine gemeinsame Entscheidungsfindung (*shared decision making*).

**5. Die Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin steht einer zunehmenden Digitalisierung und neuen Anwendungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Medizin aufgeschlossen gegenüber. Voraussetzungen sind die sinnvolle Ergänzung und Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten unter Beachtung von Patientensicherheit und Praktikabilität. Digitalisierung und Telemedizin ergänzen die hausärztliche Tätigkeit, können sie aber nicht ersetzen.**

Der Einsatz telemedizinischer Anwendungen kann zeitliche und räumliche Distanzen der Behandlung überwinden und die Hausarztpraxis entlasten (z.B. durch Monitoring klinischer Parameter wie Blutdruck, Blutzucker, O<sub>2</sub>-Sättigung u.a.). Telemedizin kann für die Teams der Hausarztpraxen und deren Patientinnen und Patienten mit Einsparung zeitlicher und personeller Ressourcen verbunden sein [14]. Interpretation und Validität der telemedizinischen Messwerte und die sich daraus ergebenden weiterführenden diagnostischen und therapeutischen Handlungen sowie die ganzheitliche Betreuung der Patientinnen und Patienten verbleiben im zentralen Aufgabenprofil der Hausärztinnen und Hausärzte.

## Literatur

1. OECD/EU (2016). Strengthening primary care systems. In: Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris 2016. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2016-5-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2016-5-en) (letzter Aufruf am 16.05.2018)
2. Schneider A, Donnache E, Tauscher M, et al. Vergleich der ambulanten Versorgungskosten bei Patienten mit und ohne hausärztliche Steuerung – Ergebnisse einer Routinedatenanalyse aus Bayern. *Z Allg Med* 2017; 93: 297–304
3. Homa L, Rose J, Hovmand PS, et al. A participatory model of the paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2015; 13: 456–465
4. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2009; 7: 293–299
5. DEGAM-Zukunftspositionen. [www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Zukunftspositionen.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf) (letzter Aufruf am 16.05.2018)
6. Independent commission for the Royal College of General Practitioners and the Health Foundation. Guiding patients through complexity: modern medical generalism. Health Foundation 2011. [www.health.org.uk/sites/health/files/GuidingPatientsThroughComplexityModernMedicalGeneralism.pdf](http://www.health.org.uk/sites/health/files/GuidingPatientsThroughComplexityModernMedicalGeneralism.pdf) (letzter Aufruf am 16.05.2018)
7. Bürokratieindex 2017: Belastung in den Arztpraxen leicht gestiegen. [www.kbv.de/html/1150\\_31650.php](http://www.kbv.de/html/1150_31650.php) (letzter Aufruf am 16.05.2018)
8. Offener Brief an den Ministerpräsidenten: Stopp dem Regulierungswahn! *Ärzteblatt Sachsen*: Ausgabe 5/2018, S. 178. [www.slaek.de/media/dokumente/04presse/aerzteblatt/archiv/2011-2020/2018/05/0518\\_178.pdf](http://www.slaek.de/media/dokumente/04presse/aerzteblatt/archiv/2011-2020/2018/05/0518_178.pdf) (letzter Aufruf am 16.05.2018)
9. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Berufsmonitor. <http://kbv.de/html/5724.php> (letzter Aufruf am 16.05.2018)
10. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Medikationskatalog. [www.kbv.de/html/medikationskatalog.php](http://www.kbv.de/html/medikationskatalog.php) (letzter Aufruf am 16.05.18)
11. Härter M, Dirmaier J, Scholl I, et al. The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2017; 123: 46–51
12. Spitzenverband der GKV. GKV-Kennzahlen. [www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/zahlen\\_und\\_grafiken/gkv\\_kennzahlen/gkv\\_kennzahlen.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp) (letzter Aufruf am 06.06.2018)
13. Verband der Ersatzkassen (VdEK). Daten zum Gesundheitswesen: Ärztliche Behandlung. [www.vdek.com/presse/daten/d\\_ausgaben\\_aerztliche\\_behandlung.html](http://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_aerztliche_behandlung.html) (letzter Aufruf am 06.06.2018)
14. van den Berg N, Meinke C, Heymann R, et al. AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106: 3–9