



**Stellungnahmen der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.**

**Ärztliche Tätigkeit in Universitätsklinika
und Lehrkrankenhäusern –
Fokussierung ist nötig**

Ärztliche Tätigkeit in Universitätsklinik und Lehrkrankenhäusern - Fokussierung ist nötig

(Stellungnahme vom 30.04.2008)

Problembeschreibung

Kernkompetenz des Arztes ist die Betreuung von Patienten, und dies muss auch so bleiben. Die zunehmende computergestützte Kommunikation und Dokumentation beeinflussen derzeit den Alltag insbesondere junger Ärztinnen und Ärzte und erschweren die Konzentration auf die eigentliche Aufgabe, der Betreuung von Patienten. Ständig wechselnde Vorschriften und ausufernde Schreibtischaktivität mit unzähligen Formularen haben mittlerweile abschreckende Wirkung auf den medizinischen Nachwuchs. Ein Großteil der ärztlichen Arbeitszeit wird inzwischen am Computer und am Telefon verbracht - es komme zu einer „Entfremdung der ärztlichen Tätigkeit“. So hat eine Studie des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI) festgestellt, dass eine Stunde täglich an zusätzlicher Patientenbetreuung für jeden Krankenhausarzt freigesetzt werden könnte, wenn Dokumentationsaufgaben optimiert oder delegiert würden. Die Studie ergab, dass ein Internist täglich mit der Dokumentation 3,15 Stunden verbringt, 25% davon entfallen auf rein administrative Tätigkeiten. Die Erhebung basierte auf der Erfassung der Tätigkeit von 1010 Ärztinnen und Ärzten und bildet somit den aktuellen Klinikalltag ab (Deutsches Ärzteblatt 101: 22: B 1292 (2004)).

Die originär ärztlichen Tätigkeiten werden immer stärker verdichtet. Die Situation wird insbesondere dadurch noch verschärft, dass infolge der neuen Abrechnungsprinzipien die Verweildauer verkürzt und die Fallzahlen gesteigert werden, die Zeit für den direkten Patientenkontakt wird hingegen immer knapper. Dies steht im Gegensatz zu dem steigenden Beratungs- und Informationsbedürfnis unserer Patienten, dem wir vermehrt Rechnung tragen müssen und das eine ärztliche Kernaufgabe betrifft. Die zusätzlichen Aufgaben in der Lehre durch die neue Approbationsordnung (Blockpraktika, kleinere Gruppen, Anzahl und Personalintensität der Prüfungen) bedingen eine Mehrbelastung der ärztlichen Mitarbeiter an Universitätsklinik und Lehrkrankenhäusern. Die wichtige Zeit für Forschung bleibt kaum. Die Tatsache, dass klinische Studien wegen der notwendigen Beteiligung von Patienten in der Regel nur während der Kernarbeitszeiten durchgeführt werden können, bedingt einen Konflikt zwischen den Ansprüchen von Forschung und Krankenversorgung unter Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes.

Wenn keine nachhaltigen Lösungen für diese Probleme gefunden werden, ist in Deutschland mit einer generellen Abnahme der Zahl klinisch tätiger Ärzte zu rechnen, was zu Eng-

pässen in Krankenversorgung, Forschung und Lehre führen wird. Darüber hinaus wären gerade die wissenschaftlich interessierten Ärzte von dieser Entwicklung betroffen - mit der Folge einer Schwächung des Forschungsstandortes Deutschland.

Auf ärztliche Tätigkeiten fokussieren

Zu den Kernaufgaben ärztlicher Mitarbeiter in der Ausbildung an Universitätsklinik und akademischen Lehrkrankenhäusern gehören nach Auffassung der DGIM neben den Tätigkeiten im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung folgende Tätigkeiten:

In der Krankenversorgung auf Station / in der Ambulanz:

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Planung der Diagnostik, Aufklärung vor Eingriffen
- Wertung der Ergebnisse und Unterrichtung der Patienten und ihrer Angehörigen
- Planung, Durchführung und Dokumentation der Behandlung
- Durchführung kleiner diagnostischer und therapeutischer Eingriffe
- Überwachung der Behandlung und Unterrichtung der Patienten und ihrer Angehörigen

- Information von Kollegen sowie der Mitarbeiter im Pflegedienst und Applikation von komplexen Medikamenten und Blutprodukten
- Diskussion von Problemen mit Kollegen (Oberärzte, Konsile, Zuweiserkommunikation)
- Abschließender Arztbericht, Epikrise und Fallabschluss
- Abschließendes Gespräch mit Patienten und ggf. Angehörigen
- Ärztliches Qualitätsmanagement (Ergebnisqualität der Behandlung, Erfassung von Medikamentennebenwirkungen, Überwachung der Hygiene u.a.)
- Fort- und Weiterbildung, Konferenzen

In der Lehre:

- Unterricht am Krankenbett
- Studentenbetreuung im Blockpraktikum
- Beteiligung am Studentenunterricht im Praktischen Jahr
- Betreuung von Famuli und PJ-Studenten
- Prüfungen im Rahmen der Kleingruppenunterrichtsformen
- Regelmäßiges Literaturstudium

In der Forschung:

- Betreuung von klinischen Studien
- Grundlagenorientierte Forschung im Labor
- Arbeitsgruppenbetreuung, Mentoring
- Drittmittelwerbung, Publikationen

- Aktive Teilnahme an nationalen und internationalen wissenschaftlichen Tagungen,

Auslagerung von nicht ärztlichen Tätigkeiten

Um den Nachwuchsärztinnen und -ärzten an den Klinika die Möglichkeit zu geben, neben ihrer Weiterbildung den ernannten Aufgaben nachzukommen, ist es zwingend erforderlich, die ärztlichen Tätigkeiten auf die oben genannten zu fokussieren und eine Entlastung bezüglich der Vielzahl administrativer Aufgaben herbeizuführen. Dies ist unkritisch für Tätigkeiten, die auch auf der Basis anderer Ausbildungsgänge als dem Arztberuf erfüllt werden können. Dies impliziert eine Umverteilung von Tätigkeiten auf nichtärztliche Mitarbeiter, wobei teilweise Berufe bzw. Qualifikationen neu geschaffen werden müssen.

Auf vielen Ebenen wird derzeit versucht, dieses Problem anzugehen. So hat sich eine Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer zu diesem Zwecke konstituiert. Verschiedene Modelle werden erprobt, so beispielsweise das noch relativ neue Berufsbild des medizinischen Dokumentationsassistenten an der Charité (Krankenhausumschau 6/2002,488; Deutsches Ärzteblatt 100, A 2563 ff (2003)). Am Klinikum Ludwigshafen wurde eine entsprechende Initiative ergriffen und ein neues Curriculum „medizinische Dokumentation“ gemeinsam mit der Deutschen Industrie- und Handelskammer entwickelt

(Forum der Medizin - Dokumentation und Medizin - Informatik 2/2003: 46-49 (2003)). Ein weiteres Berufsbild wurde bereits an mehreren Stellen mit dem nicht-ärztlichen „Case Manager“ geschaffen (Halbjahresschrift für Angewandtes Management im Gesundheitswesen. 9/2003:1427). Dieser bietet eine organisatorische Betreuung der Patienten im Rahmen des Aufnahmemanagements und während des stationären Aufenthaltes, damit alle notwendigen Untersuchungen und Interventionen in möglichst effizienter Weise durchgeführt werden. Teilweise erstreckt sich die Tätigkeit bis hin zur Organisation und Kommunikation der nach-stationären Weiterversorgung.

Diagnosen- bzw. Prozedurdokumentation und Gruppierung (DRG):

Die Dokumentation der Behandlung sowie die DRG-gerechte Kodierung von OPS- und ICD-Schlüsseln erfordert entsprechend geschultes Personal (Dokumentäre bzw. Kodierer). Hier ist auch ein spezielles Berufsfeld für Mediziner denkbar, die sich hauptsächlich mit der Dokumentation, Verschlüsselung und Gruppierung von Behandlungsfällen sowie der Interaktion mit den Kostenträgern befassen. Alternativ ist diese Aufgabe durch spezifisch geschultes nichtärztliches Personal in Zusammenarbeit mit den Ärzten lösbar.



Administrative nicht ärztliche Tätigkeit (Anforderung von Untersuchungen, Organisation von Untersuchungsabläufen, Vorbereitung der Entlassungsdokumente):

Diese Aufgaben können durch speziell geschulte nicht ärztliche Mitarbeiter wie Stationssekretäre, Arzthelferin, Case-Manager etc. im Sinne einer Stationsassistentenz oder durch medizinische Dokumentationsassistenten übernommen werden.

Ärztliche Tätigkeiten mit geringem Komplikationspotential (z.B. Blutentnahme, Applikation wenig toxischer Medikamente):

In Anlehnung an die Aufgabenverteilung beispielsweise in der Schweiz und in den USA ist es durchaus möglich, speziell geschultes Personal (u.a. je nach lokaler Situation aus dem Bereich der Pflege oder der medizinisch-technischen Assistenten) in das Betreuungsteam zu übernehmen.

Machbarkeit ist erwiesen

Für alle genannten Maßnahmen ist bereits gezeigt worden, dass sie umsetzbar sind - entweder durch Modellprojekte im nationalen Rahmen oder Erfahrungen in anderen Ländern.

Vorschlag der DGIM

Die DGIM hält zur Abstellung der oben beschriebenen Probleme auf dem Boden der nationalen und international in Erprobung befindlichen, bereits erprobten oder bereits etablierten Maßnahmen folgende Schritte für dringend erforderlich:

- Im Rahmen der Universitätsklinika und Akademischen Lehrkrankenhäuser Schaffung strukturierter Freistellungszeiten für Patienten- und Grundlagen-orientierte Forschung durch zweckgerechte Verwendung der Landeszuführungsbeiträge.
- Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnungen, in die auch die Möglichkeit einer klinisch wissenschaftlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung implementiert werden muss (s. Positionspapier vom 6.4.2005).
- Integration der Lehrtätigkeit in die zeitliche Planung der Ärzte in Universitätsklinika und Lehrkrankenhäusern und Transparenz bzgl. der tatsächlichen Lehrzeiten.

- Entwicklung und Förderung des Berufsbildes der medizinischen Dokumentationsassistenten und Case-Manager, die auf den Stationen in Kooperation mit den ärztlichen Mitarbeitern, dem Pflegedienst und der Verwaltung die Organisation des stationären Aufenthaltes und die Dokumentationsanforderungen abdecken und gleichzeitig die Abläufe der Diagnostik sowie die Interaktion mit anderen Kliniken und Abteilungen entlasten.
- Fokussierung der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte auf die ärztlichen Kernkompetenzen und auf das Einüben der „lebenslangen Fortbildung“ durch zertifizierte Fortbildung, Literaturstudium und ärztlichen Informationsaustausch.

*Kommission Wissenschaft -
Nachwuchsförderung*

*Prof. Dr. med. Elisabeth Märker -
Hermann (Wiesbaden)*

*Prof. Dr. med. Jürgen Schölmerich
(Regensburg)*