



Neue Möglichkeiten internistischer Tätigkeiten an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Medizin

Ein gemeinsames Positionspapier vom Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI) und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

Präambel

Ziel dieses Positionspapiers ist es, Optionen internistischer Tätigkeit im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung darzustellen, die durch neue Gesetzgebungen möglich geworden sind. Die vorliegende Stellungnahme nimmt dabei Bezug auf das gemeinsame Positionspapier von BDI und DGIM zum Thema „Berufliche Perspektiven für Fachärztinnen und Fachärzte im oder am Krankenhaus“. Den Autoren erscheint diese weiterführende Stellungnahme wichtig, weil die Berufszufriedenheit vieler Internisten wesentlich von der Möglichkeit abhängt, medizinisch unabhängig

arbeiten und zumindest teilweise wirtschaftliche Eigenständigkeit entwickeln zu können. Vor dem Hintergrund eines erwartbaren Ärztemangels halten es BDI und DGIM deshalb für geboten, Lösungswege aufzuzeigen, die die Berufszufriedenheit verbessern und einem Mangel an internistischer Facharztkompetenz auf diese Weise entgegen wirken können. Die Gesellschaften sind auch der Ansicht, dass der Arzt nur in der beruflichen Unabhängigkeit genügend Freiheitsgrade hat, um eine individuelle Arzt-Patienten-Beziehung gestalten zu können wie es die ärztliche Berufsethik vorgibt. Diese ärztliche Ethik verpflichtet den Arzt in erster Linie gegenüber der konkre-

ten Person, die sich in seine Obhut begibt. Erst in zweiter Linie und nur soweit es seine Erstverpflichtung nicht konterkariert gibt es Pflichten gegenüber Dritten oder der Allgemeinheit.

Die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung ist seit Langem von mehreren Seiten bedroht. Um die Krankenversicherungsausgaben zu begrenzen, werden Effizienzsteigerung, Qualitätsverbesserungen und mehr Wettbewerb gefordert. Ambulant wie stationär soll die bisher individuelle ärztliche Vorgehensweise kritisch überprüft und standardisiert werden. Sowohl im klinischen wie auch im niedergelassenen Bereich haben deshalb bürokratische, nicht ärztliche Tätigkeiten, Dokumentationspflichten zur Qualitätssicherung, disease management Programme und vieles andere mehr die Zuwendungszeit am Patienten verringert und parallel hierzu die berufliche Zufriedenheit des Arztes vermindert. Der Sachverständigenrat hielt hierzu bereits in seinem Bericht 2003 hierzu fest: „Das eine patientenorientierte Gesprächsführung oft nicht oder unter zu hohem

Zeitdruck erfolgt, liegt auch an den organisatorischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen medizinischer Versorgung in Deutschland“. Eine Lockerung der ambulanten/stationären Versorgungsgrenzen könnte hierbei durchaus zu einer qualitativen Verbesserung der Patientenbetreuung führen. Denkbar wäre, dass ein Arzt im ambulanten wie stationären Bereich medizinisch unabhängig und dauerhaft für seine Patienten zuständig ist, Übergaben würden entfallen, Informationsverluste vermieden und Zeit gewonnen.

Die bisher scharfe Trennung zwischen ambulanter und stationärer Krankenversorgung trägt wesentlich zur beruflichen Unzufriedenheit bei, da es für den stationär tätigen Arzt kaum möglich ist, seinen Patienten ambulant weiter zu betreuen wie dies in gleicher Weise umgekehrt auch für die ambulant tätigen Kollegen gilt. Die Trennung ambulant / stationär ist zum Teil historisch gewachsen und wird derzeit ordnungspolitisch weniger aus medizinischen, sondern eher aus Finanzierungsvorgaben aufrechterhalten. Andere Gründe der beruflichen Unzufriedenheit sollen nicht unerwähnt bleiben. So sind im Krankenhaus aufgrund des hohen ökonomischen Druckes nicht genügend Stellen vorhanden, in denen erfahrene und spezialisierte Fachärzte medizinisch unabhängig arbeiten können. Die Vergütung ist den Positionen nicht angemessen, Nacht- und Wochenenddienste sind Belastungen, die Ärzte in anderen, nicht-klinischen Tätigkeiten der Gesundheitswirtschaft nicht auf sich nehmen müssen. Ähnlich sieht es für den niederlassungswilligen Arzt aus. Seine Zukunftsplanung ist erschwert, da seine finanziellen Risiken durch veränderte gesetzliche Regelungen in kurzen Abständen nur schwer kalkulierbar sind. Aufgrund der nachteilig veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen können viele Facharztpraxen andererseits nicht mehr ausreichend investieren. Sie sind am Ende der beruflichen Tätigkeit für ihre Praxisinhaber deshalb oft unverkäuflich und für junge Ärzte unattraktiv. Diese Themen müssen außerhalb dieses Positionspapiers kritisch diskutiert werden.

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass sich für den heutigen Internisten sein berufliches Ziel einer medizinisch unabhängigen Tätigkeit im Gesundheitssystem in Deutschland nur noch unzureichend abbildet.

Möglichkeiten internistischer Tätigkeit im ambulanten und stationären Versorgungsbereich

Durch das Vertragsarztänderungsgesetz hat der Gesetzgeber versucht, die scharfe Trennung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen aufzuweichen und eröffnet dem beruflichen Nachwuchs des Internisten damit neue Möglichkeiten. Diese Optionen geben ihm gleichzeitig die Chance, ärztliche Freiheitsgrade zurückzugewinnen und selbständig eine individuelle Patientenbetreuung gestalten zu können. BDI und DGIM unterstützen diese Absicht des Gesetzgebers grundsätzlich und erwarten weitere Regelungen, die das starre System der ambulanten / stationären Trennung auflösen können. Darüber hinaus halten sie eine Straffung der gesetzlichen Vorgaben für notwendig.

Die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden bereits an verschiedenen Stellen des Gesundheitssystems aufgehoben, wie die nachfolgende Auflistung zeigt. Es sind dies

- ▶ die ambulante Notfallversorgung,
- ▶ die Ermächtigungsambulanzen der KVen,
- ▶ die Hochschulambulanzen,
- ▶ die Spezialambulanzen nach § 116 b SGB V,
- ▶ die neuen Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes,
- ▶ die Facharztzentren an Krankenhäusern mit Belegarztrecht,
- ▶ die Medizinischen Versorgungszentren und
- ▶ die tagesklinischen Einrichtungen.

Viele dieser Strukturen beschränken sich auf die Sicherstellung einer notfallmedizinischen Betreuung oder auf ambulante Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit seltenen Erkrankungen deren Versorgung seitens der KV nicht gewährleistet werden kann. Nur die letztgenannten Organisationsstrukturen öffnen die ambulante / stationäre Versorgungsschnittstelle für den Allgemeinpatienten. Auf sie soll deshalb nachfolgend in besonderer Weise eingegangen werden.

1. Möglichkeiten der ambulanten-stationären Verzahnung nach Vertragsarztänderungsgesetz

Durch das neue Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird die gleichzeitige Tätigkeit eines Facharztes in Praxis und Krankenhaus ermöglicht. Die gesetzlichen Vorgaben sind so formuliert, dass die Kooperati-



onform individuell und regional unterschiedlich, je nach Versorgungsauftrag des Krankenhauses gestaltet werden kann. So ist es einem Krankenhaus einerseits möglich, einen ambulant tätigen Vertragsarzt in ein Angestelltenverhältnis zu übernehmen oder alternativ mit ihm einen Konsiliararztvertrag auf freiberuflicher Basis abzuschließen. Andererseits kann sich ein Krankenhausarzt auch ambulant niederlassen. Voraussetzung für diese Variante ist ein entsprechender Vertragsarztsitz. Auch können ganze Vertragsarztsitze geteilt werden, so dass mehrere Krankenhausärzte ambulant arbeiten können. Die derzeit restriktiven Vorgaben der KV-Zulassungsordnung machen die Übernahme von Vertragsärzten in eine krankenhauserärztliche Tätigkeit aber leichter als den Übergang eines Krankenhausarztes in die ambulante KV-Versorgung möglich.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Möglichkeit von Konsiliararztverträgen in Zukunft einen wichtigen Schlüssel für die Öffnung der bestehenden ambulanten/stationären Versorgungsgrenze darstellt. BDI und DGIM fordern deshalb die ambulant tätigen Internisten in der fachärztlichen Versorgungsebene auf, ggf. Kontakt mit ihrem örtlichen Krankenhaus aufzunehmen, um Kooperationsmöglichkeiten auszuloten. Gleichzeitig sollten die Krankenhäuser versuchen, auf die ambulant tätigen Ärzte zuzugehen, um durch Entwicklung von gemeinsamen Strukturen interessierten Krankenhausärzten eine ambulante Tätigkeit zu ermöglichen.

BDI und DGIM sind der Auffassung, dass die derzeitige restriktive KV-Zulassungsordnung revidiert werden muss. Eine derartige Korrektur wird auch von den ärztlichen Körperschaften gefordert, da die der Planung zugrunde liegenden Anhaltszahlen mit der medizinischen Versorgungsrealität nicht mehr übereinstimmen. Hier sollte den neuen Vorgaben des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes Rechnung getragen werden. Der zwischen den Versorgungsebenen heftig umstrittene §116b könnte durch offenere Regelungen bei der Zulassung von Krankenhausärzten entschärft werden.

Die Umsetzung eines Konsiliararztvertrages macht eine Umstrukturierung der Verantwortlichkeiten im Krankenhaus notwendig. Der Konsiliararzt sollte wie der Belegarzt medizinisch unabhängig im Krankenhaus arbeiten können. Für seine ärztliche Tätigkeit übernimmt somit nicht der Chefarzt die Verantwortung, sie wird vielmehr von dem behandelnden Facharzt selbst getragen. Diese Vorgabe führt zu mehr Selbstständigkeit in der ärztlichen Tätigkeit, was für die Reintegration von Vertragsärzten an das Krankenhaus und für die Vermehrung von selbständigen Stellen im Krankenhaus Voraussetzung ist. Davon unbenommen bleibt die Pflicht bestehen, in einem Krankenhaus gemeinsame Behandlungskonzepte zu erarbeiten und sich daran zu halten.

Eine derartige Öffnung soll nicht die krankenhaus-eigenen organisatorischen Strukturen betreffen. Die ärztlichen Direktoren und jeweiligen Abteilungsleiter sollen unverändert die volle Organisationsbefugnis im Hinblick auf die Besetzung der Stellenpläne, die Bereitschaftsdienstorganisation (mit Einbindung des Konsiliararztes), die Verantwortlichkeiten der Oberärzte, die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal u.a.m. behalten. Die Form der Zusammenarbeit mit dem Konsiliararzt wird nach Bedürfnissen und Größe des Krankenhauses unterschiedlich gestaltet werden müssen. Insgesamt wird so die ärztliche Struktur des Krankenhauses gegenüber dem Krankenhausträger definiert.

Die Aus- und Weiterbildung leidet derzeit ebenfalls unter der strengen Trennung in eine ambulante und eine stationäre Versorgung. Viele Krankheitsbilder werden in der modernen Medizin nur noch in Praxen betreut und können deshalb in Universitätsambulanzen nicht mehr in ausreichendem Maße gelehrt werden. Universitätskliniken mit ihren Spezialambulanzen müssen deshalb in diese Überlegungen mit einbezogen werden. Durch die hier angedachten Strukturen könnten diese Ambulanzen effektiver gestaltet und die ärztliche Aus- und Weiterbildung verbessert werden. Auch wäre es denkbar, die ambulante Medizin zukünftig vermehrt in wissenschaftliche Programme mit einzubeziehen und Fragen der Versorgungsforschung besser zu adressieren.

2. Belegarztsystem

Das Belegarztsystem soll nach Sozialgesetzbuch V gefördert werden. Belegärztliche Strukturen finden sich vorwiegend in den

alten Bundesländern und hier mehr im südlichen Teil der Bundesrepublik Deutschland. Je nach Fach werden bis zu 40% der Fälle belegärztlich im stationären Bereich abgebildet, durchschnittlich etwa 10% der Krankenhausbehandlungen in den alten Bundesländern. Die belegärztlichen Strukturen haben sich in den letzten Jahren neu geordnet, um die Qualität der Versorgung über eine sehr hohe Facharztdichte zu verbessern. Ziel muss es sein, die ärztliche Praxis am belegärztlich geführten Krankenhaus anzusiedeln. Bei spezialisierten und größeren Fachgebieten sollte dies nach Möglichkeit über Gemeinschaftspraxen passieren, um eine 24-h-Versorgung sicherstellen zu können. Dabei geht es nicht allein um die Grund- und Regelversorgung. Auch eine hoch spezialisierte Medizin lässt sich in einzelnen Fachgebieten darstellen. Der Vorteil des Belegarztsystems besteht in einer durchlässigen ambulanten/stationären Struktur. Wie der Konsiliararzt ist der Belegarzt gleichzeitig ambulant und stationär tätig. BDI und DGIM fordern den Gesetzgeber auf, diese Strukturen zu fördern und die ordnungspolitischen Defizite zu beseitigen. Diese liegen vor allem in der fehlerhaften Kalkulation der belegärztlichen DRG's für die Krankenhäuser einerseits und der unzureichenden Finanzierung der belegärztlichen Leistungen über den ambulant definierten EBM andererseits. Die Leistungskataloge im Krankenhaus und in der Praxis driften weiter auseinander, sodass sich die belegärztliche Leistung im DRG-System nicht mehr nachvollziehen lässt.

Im Hinblick auf die ärztliche Weiterbildung gelten ähnliche Überlegungen wie im vorangehenden Kapitel. Auch im Belegarztsystem erschließen sich breite Aspekte der ärztlichen Weiterbildung, die z.B. durch gemeinsame Lehrvisiten vermittelt werden können.

3. Medizinische Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind fachübergreifende Gemeinschaftspraxen in der Versorgungsstruktur. Sie unterscheiden sich von einer fachärztlichen Gemeinschaftspraxis durch die Gründerebene. Hier sind häufig Krankenhäuser als Träger der Einrichtungen präsent, die die MVZ auf oder in unmittelbarer Nähe des Krankenhausgeländes etabliert haben, mit dem Ziel ihre Wertschöpfungskette zu optimieren. Medizinische Versorgungszentren, die rein von Krankenhäusern geführt werden und nur mit angestellten Ärzten arbeiten, stehen deshalb zunehmend in der Kritik, da



befürchtet wird, dass die ökonomische Dominanz des Trägers über die Versorgungszentren auch auf die ambulante Versorgung übertragen werden könnte. Es ist deshalb sinnvoll, den ärztlichen Anteil in den medizinischen Versorgungszentren auch auf Gründerebene zu stärken. Enge Kooperationen mit der stationären Versorgungsebene sind zudem wünschenswert. Das MVZ stellt somit eine Form von ambulanter Medizin dar, die sich für eine enge organisatorische Verbindung mit stationären Einheiten gut eignet. Für Tätigkeiten in derartigen Einrichtungen werden sich Ärzte interessieren, die die bisherige vertragsärztliche "Rund-um-die-Uhr" Arbeitsweise nicht akzeptieren wollen. Gerade Teile der jüngeren Ärztegeneration wollen im Rahmen einer ausgewogenen work-life-balance Freizeit, Familie und Beruf in ein vernünftiges Verhältnis setzen und auch in der ambulanten Patientenversorgung angestellt sein. MVZ-Strukturen könnten einem derartig veränderten Berufsbild der Ärzte Rechnung tragen. In der ärztlichen Fort- und Weiterbildung weisen diese Strukturen gegenüber Facharztpraxen keine wesentlichen Vorteile auf, es sei denn es würde zwischen MVZ und Krankenhaus eine strukturierte Assistentenrotation vertraglich vereinbart.

Die aufgeführten Punkte gehen von den neuen gesetzlichen Regelungen aus und machen Vorschläge zur weiteren Verbesserung des ordnungspolitischen Ansatzes, die Grenze ambulant/stationär aufzuweichen. Sie fordern gleichzeitig das Bewusstsein bei den betroffenen Vertrags- und Krankenhausärzten, diese Strukturen mehr zu nutzen. Es werden mehr selbstständige Positionen im Gesundheitswesen geschaffen, dies stärkt die Position des Arztes und seine Freiberuflichkeit. Auf diesem Weg wird der jungen Generation von Internistinnen und Internisten wieder eine Zukunftsperspektive geboten.

im Oktober 2010

Dr. H.-F. Spies, Frankfurt am Main (BDI)

Dr. P. Schmied, Burgkunstadt (BDI)

Prof. Dr. M. Weber, Köln (DGIM)

Prof. Dr. B. Wiedenmann, Berlin (DGIM)