



Positionspapier der Bundesärztekammer

„Patientenversorgung unter Druck“

*Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer auf Vorschlag
der AG „Wettbewerb im Gesundheitswesen“*

Stand: 26.05.2019

Präambel

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich intensiv mit der zunehmenden Kommerzialisierung und der daraus resultierenden Fehlsteuerung insbesondere für die Patientenversorgung auseinandergesetzt. Aus diesem Anlass hat das Deutsche Ärzteblatt das Thema „Kommerzialisierung“ als Schwerpunkt aufgegriffen: Es wurden Ärztetagsabgeordnete auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 interviewt, diverse Artikel zum Thema veröffentlicht sowie die Leserinnen und Leser des Deutschen Ärzteblatts zu ihren Alltagserfahrungen befragt. Im Herbst 2018 hat die Bundesärztekammer darüber hinaus in der Veranstaltung "BÄK im Dialog" aktuelle Entwicklungen der Kommerzialisierung, vor allem auch durch internationale Investoren, aufgegriffen und verschiedene Lösungswege diskutiert.

Den zunehmenden Druck in der Patientenversorgung, der in den Rückmeldungen von Ärztinnen und Ärzten zu ihren Alltagserfahrungen beschrieben wird, sieht die Bundesärztekammer mit großer Sorge. Die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens hat zugenommen und bestimmt die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, wie auch für andere Gesundheitsberufe. Um auch in Zukunft eine verantwortungsvolle Patientenversorgung mit akzeptablen Arbeitsbedingungen sicherzustellen, sieht die Bundesärztekammer folgenden Reformbedarf:

Mehr Zeit für die Patientenversorgung

Die medizinische Indikationsstellung ist Kernelement ärztlicher Tätigkeit. Sie basiert auf fundierter Anamnese, körperlicher Untersuchung und Diagnose. Sie bedarf darüber hinaus oft der interdisziplinären und interprofessionellen Abstimmung. Dafür muss ausreichend Arztzeit einkalkuliert werden. Steigende Dokumentationsanforderungen sowie umfängliche sozialrechtliche und wirtschaftliche Vorgaben verursachen immer mehr Bürokratie und kosten Zeit. Dies geht vor allem zu Lasten des notwendigen Gesprächs mit den Patientinnen und Patienten. Diese empfinden den Zeitdruck zu Recht als Qualitätsverlust ihrer Behandlung. Notwendig sind deshalb eine nachhaltige Aufwertung des ärztlichen Patientenge-

sprächs in der Versorgungsstruktur sowie endlich eine ausreichende Bereitstellung von Personal.

Die Bundesärztekammer fordert die Bundesregierung auf, die im Koalitionsvertrag festgehaltene Ausweitung von Personalvorgaben für alle maßgeblich an der Patientenversorgung Beteiligten im stationären Bereich und der Notfallversorgung zügig umzusetzen. Die Personalvorgaben müssen dabei den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten und die Aufgabenbereiche der am Patienten Tätigen abbilden. Dabei darf es nicht zu Verschiebungen von Personal aus anderen Versorgungsbereichen kommen. Um dem bereits bestehenden Ärztemangel mittelfristig entgegenzuwirken, fordert die Bundesärztekammer die Länder erneut auf, umgehend die Anzahl der Medizinstudienplätze zu erhöhen. Nur so kann dem Versorgungsengpass auch in der ambulanten Versorgung nachhaltig begegnet werden.

Ferner fordert die Bundesärztekammer die gemeinsame Selbstverwaltung auf, Leistungen der Kommunikation und interdisziplinären Patientenversorgung im stationären und ambulanten Bereich ausreichend zu finanzieren.

Maßnahmen zur Steuerung von Akutpatienten

Für einen wirtschaftlichen Umgang mit den begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen ist eine sinnvolle Patientensteuerung notwendig. Die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vorgesehene Ausweitung des Services der Terminservicestellen sowie die Einführung der zentralen Rufnummer 116117 für die Vermittlung von Terminen an Fach-, Haus- und Kinderärzte und insbesondere zur Akutversorgung macht nur Sinn, wenn die Patientensteuerung auf ärztlicher Expertise beruht.

Die Bundesärztekammer fordert daher die konsequente Umsetzung der mit dem TSVG angestoßenen Entwicklung und Evaluation eines einheitlichen, sektorenübergreifenden Instruments zur Ersteinschätzung der medizinischen Dringlichkeit und Ermittlung der adäquaten Versorgungsebene auf der Grundlage medizinischer Kriterien. Zusätzlich muss die Bevölkerung besser über verfügbare Versorgungsstrukturen insbesondere der originären haus- und fachärztlichen Versorgung informiert werden.

Arbeitspensum von Ärzten an Regelarbeitszeit annähern

Viele Ärztinnen und Ärzte leisten weit mehr Arbeitsstunden als die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit vorsieht. Studien zeigen, dass der Arbeitsdruck über die Jahre sogar weiter zugenommen hat. Die hohe Arbeitsbelastung führt dazu, dass mehr und mehr Ärztinnen und Ärzte ihre individuelle Gesamtarbeitszeit durch Teilzeitarbeit reduzieren. Dies verschärft den Mangel an ärztlicher Arbeitszeit. Kritisch ist, dass Ärzten in Weiterbildung häufig in der regulären Arbeitszeit keine ausreichende Zeit für die fachliche Weiterqualifizierung zur Verfügung steht und die notwendige Anleitung durch Weiterbilder nicht in die Abläufe einkalkuliert wird.

Die Bundesärztekammer fordert die Arbeitgeber auf, Dienstpläne für Ärztinnen und Ärzte verlässlich zu gestalten, die geleistete Arbeitszeit korrekt nach der Arbeitszeitrichtlinie zu erfassen und Arbeitszeiten inkl. der Bereitschaftsdienste mit Blick auf die Patientensicherheit zu gestalten. Ebenso müssen für Weiterbilder und weiterzubildende Ärztinnen und Ärzte ausreichend Ressourcen für die Nachwuchsqualifikation zur Verfügung stehen. Junge Ärztinnen und Ärzte müssen auch eine ihren Arbeitszeiten entsprechende Kinderbetreuung vorfinden.

Abbau bürokratischer Lasten in der Patientenversorgung

Die Bundesärztekammer sieht nach wie vor dringenden Handlungsbedarf beim Abbau der Bürokratielast im Gesundheitswesen. Im ambulanten Bereich wenden Ärztinnen und Ärzte fast einen Arbeitstag pro Woche für Informationspflichten zu Lasten der Patientenversorgung auf. Im Zusammenhang mit der Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) und der damit verbundenen nahezu zeitgleichen Einführung verschiedener neuer sogenannter Qualitätssicherungsverfahren und -instrumente ist zu befürchten, dass sich für die betroffenen Krankenhaus- und Vertragsärzte eine massive Zunahme der Berichts- und Dokumentationspflichten ergibt. Gleichzeitig fehlt weiterhin der Nachweis der Wirksamkeit für den größten Teil der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Ärztinnen und Ärzte stehen dem zunehmenden Fokus auf eine Kontrollbürokratie und Kostenkontrolle in der Qualitätssicherung kritisch gegenüber.

Die Bundesärztekammer fordert den Gesetzgeber sowie die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene auf, verbindliche Entlastungsziele und konkrete Vereinfachungsmaßnahmen zum Abbau von Bürokratielasten im ambulanten wie stationären Bereich zu ver-

einbaren. Dabei reicht es nicht aus, analoge Prozesse zu digitalisieren. Ohne eine Verbesserung der Interoperabilität führt die Digitalisierung zu keiner relevanten Entlastung.

Der Gesetzgeber muss sicherstellen, dass Informationspflichten nur entstehen, wenn die Daten der direkten Patientenversorgung nutzen. Die Ärztekammern stehen, entsprechend ihres gesetzlichen Auftrags, bei der Entwicklung von für die Patientenversorgung sinnvollen Qualitätsmaßnahmen zur Verfügung.

Weiterentwicklung der stationären Versorgung

Die DRG-Vergütungsstruktur mit ihrer Preis- und Produktivitätszentrierung bietet auch nach Jahren der Weiterentwicklung keine Lösung für die medizinische Versorgung. Im Gegenteil: Der Personalmangel hat sich verschärft, Zeitressourcen für den direkten Patientenkontakt und die Arbeitszufriedenheit unter allen Berufsgruppen haben abgenommen. Die Einflussnahme der Klinikgeschäftsführungen auf die ärztliche Tätigkeit und Entscheidungshoheit hat sich erhöht. Gleichzeitig führt der systembedingte Konkurrenzkampf der Krankenhäuser untereinander zu einer permanenten ökonomischen Wachstumsstrategie bei gleichzeitigem Kostensenkungswettbewerb zu Lasten der Patienten und Beschäftigten.

Die Bundesärztekammer fordert die Verantwortlichen auf Bundes- und Landesebene auf, die stationäre Versorgung wieder stärker an der Daseinsvorsorge auszurichten. Dazu gehört die Bereitstellung ausreichender und bedarfsgerechter Investitionsmittel durch die Bundesländer. Die Kosten der aus ärztlicher Sicht notwendigen Versorgung der Patienten sowie eine ausreichende Personalausstattung und Finanzierung von u. a. Vorhaltekosten, Tarifsteigerungen, Qualifizierung von medizinischem Personal und Personalentwicklung müssen gedeckt werden.

Hohe Renditeerwartungen von Investoren sind in einem solidarisch finanzierten System unangebracht. Daher müssen Gewinne überwiegend in die stationäre Versorgung reinvestiert werden.

Ferner muss Krankenhausplanung die Daseinsvorsorge und Fürsorge für Patienten gerade bei einer alternden Gesellschaft durch Strukturvorgaben in Abhängigkeit vom angestrebten Versorgungsauftrag in den Fokus nehmen: Sicherstellen einer nach Qualifikation und Anzahl ausreichenden ärztlichen und pflegerischen Besetzung und auch einer durchgehenden Versorgung, insbesondere wenn (Spezial-)Gebiete ausgewiesen werden sollen.

Werteorientiertes Management im Krankenhaus

Ein wirtschaftlicher Umgang mit den begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen ist ethisch geboten. Ethik und Ökonomie dürfen dabei nicht in Opposition gebracht werden. Ein Übergewicht der Ökonomie bedroht die ärztliche Profession in ihrer Autonomie und geht zu Lasten der Patienten und Bedürftigen. Das Gesundheitswesen mutiert so zu einem Service für Gesunde.

Die Bundesärztekammer fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf, bei ihren Mitgliedern darauf hinzuwirken, dass verbindliche Vorgaben für die Entwicklung einer werteorientierten Führungskultur in den Krankenhäusern im Rahmen des Risiko- und Qualitätsmanagements wie auch in der Mitarbeiterförderung und Personalentwicklung gemacht werden. Regelmäßig durchgeführte Mitarbeiterbefragungen sind dabei essentiell, um Problemfelder zu erkennen und Lösungsvorschläge der in der Praxis Betroffenen aufzugreifen. Ferner sind die verantwortlichen Fachärztinnen und -ärzte in Managemententscheidungen einzubinden und deren ärztliche Unabhängigkeit zu achten.

Darüber hinaus fordert die Bundesärztekammer den Gesetzgeber auf, § 135c SGB V (Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten) erneut zu überprüfen und die Zielsetzung stringenter durchzusetzen. Nichtbefolgung muss mit Sanktionen bei der Krankenhausplanung verbunden werden.

Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

Die medizinische Versorgung hat sich zunehmend in den ambulanten Bereich verlagert. Gleichzeitig hat der Versorgungsbedarf aufgrund der demographischen Entwicklung zugenommen. Durch die begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen ist es auch in der ambulanten Versorgung zu einer enormen Arbeitsverdichtung gekommen. Verstärkte Eingriffe in die vertragsärztliche Berufsausübung führen gerade bei jungen Ärztinnen und Ärzten zur Abnahme der Berufszufriedenheit und der Bereitschaft zur Niederlassung.

Die Bundesärztekammer fordert sowohl die in Verantwortung stehenden Gesundheitspolitiker als auch die Krankenkassenvertreter auf, den Vertragsärztinnen und -ärzten den nötigen Spielraum für die notwendigen unternehmerischen Entscheidungen zu gewähren. Zukunftsorientierte Versorgungsformen im Sinne von interprofessionellen und interdisziplinären Kooperationen geben den Ärztinnen und Ärzten eine positive berufliche Perspektive und stellen dadurch die medizinische Versorgung sicher.

Kommerzialisierung auch in der ambulanten Versorgung verhindern

Die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens nimmt in allen Versorgungsbereichen zu. Jüngste Übernahmen von ambulanten Gesundheitseinrichtungen durch z. B. Private-Equity-Gesellschaften im ambulanten Bereich werden mit Sorge wahrgenommen. Die Bundesärztekammer begrüßt die im TSVG enthaltenen Neuregelungen zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie die ergänzenden Bestimmungen als wichtige Schritte in die richtige Richtung. Sie sieht aber weiteren Handlungsbedarf. So muss die Beschränkung der Gründungsbefugnis zahnärztlicher MVZ von Krankenhäusern in Abhängigkeit vom Versorgungsgrad im Planungsbereich erweitert werden und allgemein für Medizinische Versorgungszentren gelten. Zudem muss die Transparenz über die Eignerschaft eines Medizinischen Versorgungszentrums sowohl für Patienten (freie Arztwahl) als auch für Ärzte (Wahl eines möglichen Arbeitgebers) und andere an der Versorgung Beteiligte erkennbar sein. Ferner darf es zu keiner Fokussierung auf lukrative Leistungsbereiche kommen. Auch müssen sinnvolle Vorgaben zur Größe von MVZ gemacht werden. Darüber hinaus müssen Fehlentwicklungen korrigiert werden, die sich aus Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen und aus mangelnder Transparenz über die finanziellen Konditionen beim Übergang von Vertragsarztsitzen ergeben können.