

DEUTSCHER ÄRZTETAG

Kooperative Versorgungsstrukturen: „Packen wir’s an!“

Dtsch Arztebl 2012; 109(22-23): A-1136 / B-976 / C-968

Meißner, Marc; Rieser, Sabine

Die Zusammenarbeit von Ärzten untereinander sowie mit anderen Berufsgruppen ist anspruchsvoll und lohnend – so das Fazit der Diskussion.

Eines ist bei jedem Ärztetag sicher: Die Delegierten erteilen dem Vorstand der Bundesärztekammer stets zahlreiche Arbeitsaufträge, und zwar in Form von Entschlüssen sowie Vorstandsüberweisungen von Anträgen. Dr. med. Max Kaplan, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vizepräsident der Bundesärztekammer (BÄK), drehte den Spieß bei der Einführung in den Tagesordnungspunkt III um. „Bitte machen Sie sich Gedanken, wie die Gesundheitsversorgung in Ihrer Region in den nächsten zehn Jahren ausschauen soll“, forderte er die Delegierten auf. Ein „Weiter so“ sei ausgeschlossen, Ärztinnen und Ärzte müssten untereinander und mit anderen Berufsgruppen kooperieren oder zumindest die Basis dafür legen: „Das System muss auf Synergien und Arbeitsteilung ausgerichtet werden.“

Zur Begründung verwies Kaplan auf den demografischen Wandel, der einen erhöhten und geänderten Versorgungsbedarf nach sich ziehe. Der Bedarf werde auch steigen, weil in Ballungsräumen mehr Alleinstehende lebten als früher. Gleichzeitig stelle die junge Arztgeneration andere Ansprüche an ihre Work-Life Balance. Die Ressourcen seien begrenzt, darauf müsse man Rücksicht nehmen: „Wir müssen uns auf kooperative Strukturen ausrichten.“

Kooperationen können nach Kaplans Ansicht viele Vorteile für Ärztinnen und Ärzte bringen. Dazu zählen eine größere Berufszufriedenheit durch bessere Patientenversorgung und mehr Kollegialität, mehr Gestaltungsoptionen in einem größeren Team und eventuell eine bessere Wirtschaftlichkeit.

Die Delegierten diskutierten den umfassenden Entschlüssenantrag, den der Vorstand der Bundesärztekammer formuliert hatte, sowie weitere Anträge aus den eigenen Reihen nicht ohne kritische Hinweise auf Gefahren für die ärztliche Tätigkeit durch mehr Kooperation. Gleichwohl stimmten sie dem Antrag des Vorstands mit großer Mehrheit zu. Innovative Formen der Zusammenarbeit sowohl zwischen Ärzten als auch mit anderen Berufsgruppen sollen demnach in Zukunft stärker gefördert werden.

„Zwar wird sicherlich sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung



Mit gutem Beispiel voran: Das Belegarztwesen ist älter, aber gut. Martina Wenker fand: „Das ist integrierte Versorgung schlechthin.“

Anzeige

Safari-Energiesparmodus
Hier klicken, um das Flash-Plug-In zu starten
Im Normal Leben Fetter

zukünftig weiterhin auch in Einzelpraxen stattfinden. Insgesamt wird aber das Spektrum möglicher Kooperations- und Berufsausübungsformen deutlich breiter und vielfältiger werden“, heißt es in dem beschlossenen großen Antrag. Dazu gehörten Gemeinschaftspraxen, fachärztliche Satellitenpraxen, Ärztelhäuser, Praxisnetze, Kooperationen von Ärzten mit Pflegekräften in Heimen oder mit ambulanten Pflegediensten, ambulante Rehazentren verschiedener Berufsgruppen.

Der Ärztetag forderte Landesärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und Berufsverbände auf, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Fragen der Umsetzung von Kooperationsmöglichkeiten zu beraten, um ihnen Rechtssicherheit zu bieten. Die Delegierten verlangten, die Bundesärztekammer solle klare Kriterien für kooperative Versorgungsstrukturen erarbeiten und dann ihre Anwendung prüfen, damit der Patientennutzen und nicht eine etwaige Gewinnoptimierung Priorität bei Kooperationsvorhaben erhalte.



Damit sich der Ärztetag ein Bild von den Chancen machen konnte, die Kooperationen bieten, hatte der Vorstand der Bundesärztekammer drei Kollegen eingeladen, über ihre gewählte Form der Zusammenarbeit zu berichten. Neben Dr. med. Veit Wambach, Vorsitzender des Gesundheitsnetzes Qualität und Effizienz (QuE) Nürnberg, referierten Dr. med. Kilian Rödder und Dr. med. Andreas W. Schneider. Sie arbeiten in einer urologischen Gemeinschaftspraxis in Winsen an der Luhe und sind als Belegärzte am nahe gelegenen Salzhausener Krankenhaus tätig; außerdem versorgen sie zwei Kliniken konsiliarisch mit.



QuE, gegründet 2005 als Ableger des Praxisnetzes Nürnberg-Nord (PNN), das seit 1997 besteht, ist eines der bekanntesten Netze. Derzeit besteht QuE aus 67 Mitgliedspraxen und 113 Mitgliedern, darunter 47 Hausärzte. Geleitet wird es durch einen ärztlichen Vorstand und Aufsichtsrat, es gibt ein zertifiziertes Netzmanagement, regelmäßige Qualitäts- und Effizienzrunden, ein netzeigenes Fast-Fehler-Meldesystem. Wambach verwies darauf, dass die hohe Verbindlichkeit der Abläufe im Netz wichtig sei – ebenso aber die Zufriedenheit der Ärzte und ihrer Teams.



Einzelkämpfer nur beim Vortrag: Andreas W. Schneider und Kilian Rödder (oben, Mitte) arbeiten in einer urologischen Gemeinschaftspraxis, Veit Wambach kooperiert in einem Nürnberger Ärztenetz.

Kooperationspartner in der Region kennen den Bedarf

Der Nürnberger Allgemeinmediziner gab noch mehr Einblicke in die Leistungen

von QuE, erläuterte aber auch, warum derartige Netzstrukturen für die Versorgung in einer Region wichtig sind und was die Kollegen dazu bewegt, sich in einem Ärztenetz zu engagieren. Die meisten treibe dazu nicht das Geld, das man durch entsprechende Verträge zusätzlich verdienen könne, „sondern die Frage einer positiven Zukunftsperspektive“, betonte Wambach. Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit seien die drei Pfeiler erfolgreicher Netzarbeit. Wird einer nicht berücksichtigt, dann gerät das Ganze nach Wambachs Meinung in eine Schiefelage.

Er plädierte dafür, angesichts erheblicher regionaler Versorgungsunterschiede in Deutschland die Angebotsstruktur der medizinischen Versorgung noch viel stärker auf den lokalen Bedarf abzustimmen. Dies sei die Aufgabe kooperativer Strukturen: „Nur regionale Kooperationen kennen den lokalen Bedarf so, dass sie auf Versorgungsunterschiede eingehen können.“

Als Beispiel führte er eine Untersuchung des Gesundheitsamts Nürnberg an. Danach

gehen Bürger mit einem Migrationshintergrund zwar seltener für die sogenannten U-Untersuchungen zum Kinderarzt. Doch die Durchimpfung ihrer Kinder ist in Nürnberg höher als im Durchschnitt der Bevölkerung. Diese und andere Erkenntnisse könnten lokale Kooperationspartner aufnehmen und sich kümmern, schlug Wambach vor.

Ein Netz-, zwei Belegärzte: zufrieden mit ihrer Arbeit

Gewürdigt wurde auch das Belegarztwesen, weil es bereits seit langem eine Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich ermögliche. „Die sektorübergreifende Tätigkeit von Belegärzten ist integrierte Versorgung schlechthin“, betonte Dr. med. Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen und Vizepräsidentin der BÄK. Sie forderte, diese Kooperationsform zu stärken. Circa fünf Prozent aller Krankenhausbetten werden derzeit durch Belegärzte betreut. Knapp 6 000 Mediziner sind als Belegärzte tätig.



Kooperation im Saal: Die Besprechung vor der Abstimmung gehört bei vielen dazu.

Trotzdem spielten sie in den aktuellen Gesetzgebungsverfahren kaum eine Rolle, kritisierte Wenker. Sie hält das im Hinblick auf die Wünsche der künftigen Ärztegeneration für einen Fehler: „Wenn überhaupt ambulant, dann mit sektorübergreifender Tätigkeit, festen Arbeitszeiten und kollegialem Austausch“, verwies sie auf einschlägige Befragungsergebnisse. Daraus leitete Wenker nicht nur eine Aufgabe für die Politik im Hinblick auf kooperative Strukturen ab: „Wir sind damit aufgefordert, das auszugestalten.“ Wenker appellierte damit an die Kammern, die KVen, aber auch an die ärztlichen Verbände.

Der angenommene Entschließungsantrag der BÄK setzt sich ausführlich mit dem Belegarztwesen auseinander: „Der 115. Deutsche Ärztetag begrüßt, dass gemäß der Koalitionsvereinbarung aus dem Jahr 2009 die Regierungskoalition das Belegarztwesen in seiner jetzigen Form beibehalten und stärken will. Hierbei muss der individuelle Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt erhalten, die freiberufliche Ausprägung der belegärztlichen Tätigkeit in wirtschaftlicher Selbstständigkeit bewahrt und deren Vergütung den hohen Leistungsanforderungen entsprechend ausgestaltet werden.“ Auch müsse für innovative stationäre Behandlungen der Verbotsvorbehalt wie in Krankenhaus-Hauptabteilungen gelten.

Doch ist eine Tätigkeit als Belegarzt wirklich reizvoll? Ja, berichtete der Urologe Dr. med. Kilian Rödder (38): „Ich hatte eine gute Ausbildung genossen, auch operativ, und mir gewisse Schwerpunkte im onkologischen Bereich angeeignet. Ich war also ein gut ausgebildeter Facharzt mit der Frage: Was macht man damit?“ Denkbar waren für ihn ein Wechsel an ein Universitätsklinikum mit dem Ziel zu habilitieren, eine Karriere als Leitender Oberarzt und später Chefarzt oder eine Niederlassung als Vertragsarzt.

Abrechnungen für Belegärzte sind teilweise kompliziert

„Ich habe mich daran erinnert, dass Urologen während meiner Weiterbildung bei uns Belegärzte waren“, erzählte Rödder. Die Vorteile dieser Arbeitsform lagen für ihn auf der Hand: Man könne sich verwirklichen in der Selbstständigkeit, sei als Vertragsarzt aber durch die Tätigkeit im Krankenhaus finanziell abgesichert. 2011 übernahm Rödder einen Sitz in der urologischen Belegarztpraxis, wo er heute tätig ist. Dort habe er Unterstützung durch seine Seniorpartner und die Möglichkeit zum kollegialen Austausch.

Als schwierig empfindet der junge Arzt jedoch das Abrechnungssystem: „Abrechnungen im Krankenhaus laufen über das DRG-System, Belegärzte rechnen jedoch über die KV ab, was schon recht kompliziert ist.“ Dennoch fällt sein Fazit positiv aus: „Ich bin weiter klinisch und operativ tätig. Meine Tätigkeit ist variabel; ich mache in der Praxis eine

andere Medizin als in der Klinik. Ich bin auf Augenhöhe mit meinen alten Kollegen, das war mir sehr wichtig. Ich bin selbstständig und gleichzeitig in einem Team tätig und lebe integrierte Versorgung.“

Sein Partner, Dr. med. Andreas W. Schneider, Vorsitzender des Arbeitskreises Belegärzte im Berufsverband der Deutschen Urologen, verwies ebenfalls auf die Vorteile ihrer Berufsausübungsform. Die etwa 16 Kilometer vom Krankenhaus Salzhausen entfernte Gemeinschaftspraxis versorgt die dortigen urologischen Patienten und betreut darüber hinaus zwei weitere Krankenhäuser im Landkreis Harburg konsiliarisch. Ihr Schwerpunkt ist die uroonkologische Versorgung.

Hierin sieht er auch eine große Stärke des Belegarztwesens: „Es ist ideal für die Versorgung onkologischer Patienten, da die Übergänge zwischen ambulant und stationär für den Patienten problemloser verlaufen.“ Dadurch sei nicht nur der Informationsfluss besser, sondern es würden auch lästige Doppeluntersuchungen reduziert. Die Wirtschaftlichkeit eines solchen Vorgehens sei erwiesen, betonte Schneider mit Verweis auf entsprechende Berechnungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

Nachteile sieht er hauptsächlich bei den gesetzlichen Regelungen und der Abrechnung. „Die Anlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), nach der die Belegärzte abrechnen, ist veraltet“, kritisierte er. „Hier müssen dringend neue Leistungen aufgenommen werden.“ Darüber hinaus gebe es Probleme, weil Krankenhäuser Honorarärzte teilweise konkurrierend zu Belegärzten einsetzen.

Die Delegierten nahmen einen Antrag aus den Reihen der Bayerischen Landesärztekammer an, in dem die Selbstverwaltung von Ärzten und Kassen aufgefordert wird, belegärztliche Leistungen besser zu honorieren. Bei einer Weiterentwicklung der Vergütung müssten sämtliche belegärztlichen Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bezahlt werden. Insbesondere das Kapitel 36 des EBM müsse weiterentwickelt werden.

In der Diskussion warnten mehrere Ärzte vor Kooperationsrisiken und unerwünschten Effekten. Netze seien eine typische Versorgungsform in Ballungszentren, gab Dr. med. Wolfgang Kromholz, Bayern, zu bedenken. „Wir brauchen auch Modelle, die auf dem Land funktionieren.“ Sein Landsmann Markus Beier warb für Standards, um die ärztliche Unabhängigkeit in Kooperationen zu wahren und sich nicht den Interessen von Kapitalgebern anzuliefern.

Delegierte verlangen Modelle auch fürs Land

„Ich spüre hier im Raum ganz viel Skepsis, ganz viel Sorge“, merkte Dr. med. Gisbert Voigt an, Niedersachsen. Er vermisse „so etwas wie Aufbruchstimmung: Wir wollen das machen, wir müssen das machen“. Am Ende war die Mehrheit überzeugt: Kooperation und Vernetzung werden gewünscht und sollen gefördert werden. „Packen wir's an“, fasste Kaplan die Beschlüsse zusammen.

Dr. rer. nat. Marc Meißner, Sabine Rieser

FAZIT

TOP III: Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

- Zur Sicherstellung der Versorgung müssen innovative kooperative Versorgungskonzepte gefördert werden.
- Die Ankündigung der Koalition, das Belegarztwesen zu stärken, gehört umgesetzt. Das Honorar muss besser werden.
- Kammern, KVen und Berufsverbände sollten kooperationswillige Ärzte beraten, um Rechtssicherheit zu schaffen.