

# Lasst uns unsere Kollegen wieder kennenlernen

Patienten, Ärzte, Krankenkassenvertreter und Politiker, alle wünschen sich eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Klinik und Praxis. Da dieses Thema immer wieder und seit vielen Jahren auf der Tagesordnung steht, muss man sich fragen: „Warum ist das so schwierig?“ und „Wie hat die Kommunikation früher funktioniert?“

Rückblickend kann ich sagen: Praxisinhaber und Chefarzte haben miteinander telefoniert. Kontinuität bei Chefarzten und Praxisinhabern, also überschaubare Hierarchie im ambulanten Sektor und wenig Fluktuation in den Kliniken war ein Garant für über Jahre und Jahrzehnte gelebtes gegenseitiges Vertrauen als Basis für eine konstruktive Zusammenarbeit.

Was hat sich verändert?

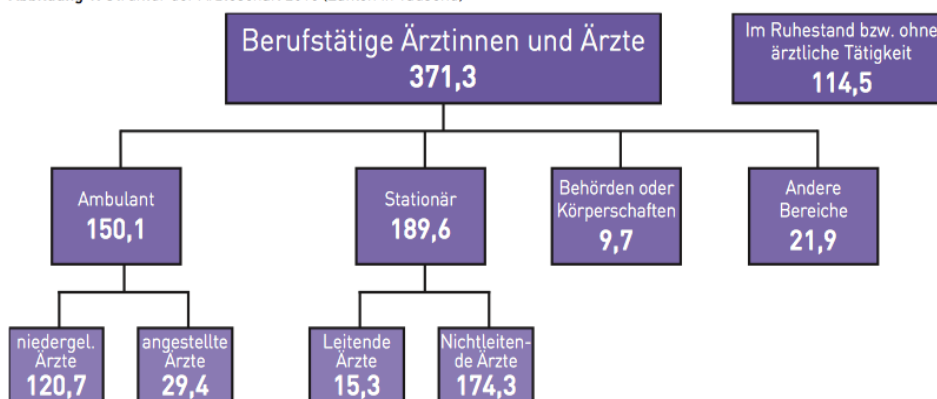
## In der Praxis

Seit der wirtschaftlichen Abwertung der Arztleistungen (bis zu 30%) in Form von Budgetierung, der Verpflichtung zur ICD 10-Kodierung, der Einführung einer PVS-Pflicht, der jährlichen Weiterbildungsverpflichtung von Fachärzten und der beständig drohenden Regresse, kamen statt ersehnter Entbürokratisierung weitere Pflichten zur Hygiene, Qualität und Kooperation (Antikorruption) hinzu. Unabhängig davon steigen Gehälter für MFA, Ausgaben für Mieten, Strom und Softwarefolgekosten. Der wirtschaftliche Druck führt teils zu Praxisschließungen oder zur Gründung von Kooperationen (BAG, MVZ). An der Basis erlahmt der Wunsch nach Vernetzung oft durch die hohe Belastung im Praxisalltag und mit Sorge um ein erneutes Ansteigen der Kosten.

Die Anstellung eines Arztes in Weiterbildung gestaltet sich schwieriger als vor 20 Jahren, da seinerzeit ab dem 5. Weiterbildungsjahr Urlaubsvertretung möglich war, bzw. eine sechsmonatige Anstellung verpflichtend war. Heute entfällt das schrittweise Kennenlernen verschiedener Praxen.

Darum ist das Potential zur Niederlassung in der Einzelpraxis erheblich gesunken. Lediglich die Zahl der flexiblen Teilzeitangebote für angestellte Ärzte in einer Praxis ist kompetent gestiegen von 1.600 Ärzten im Jahr 1996 auf 29.400 Ärzte im Jahr 2015.

Abbildung 1: Struktur der Ärzteschaft 2015 (Zahlen in Tausend)



Quelle: Statistik der BÄK

Wer sich „früher“ aus der Klinik heraus niederließ, war über die Klinikstrukturen noch einige Jahre bestens informiert. Zugleich war er als Praxisinhaber allein für die Therapie seiner Patienten ein Entscheidungsträger.

An diese Stelle des Entscheidungsträgers tritt nun vermehrt die Geschäftsleitung der MVZ. Im ambulanten Sektor findet somit auch der in den Kliniken festzustellende Wandel von einer ehemals freien Therapieentscheidung auf Basis medizinischer Erkenntnisse durch den behandelnden Arzt hin zum betriebswirtschaftlich getriggerten Korsett eines ambulanten Versorgungsunternehmens statt.

## **Im Krankenhaus**

Früher ausschließlich ärztlich geführt und wissenschaftlichen Belangen unterstellt, änderten die Kommunen durch allgemeinen Kostendruck in den 90iger Jahren dies durch eine kaufmännische Leitung. In unzähligen Einzelschritten wurden zahlreiche Gesetze beschlossen, die eine wirtschaftliche Ausrichtung von therapeutischen Entscheidungen zur Folge hatte. Ausbleibende Instandhaltungsunterstützung der Länder, unregelmäßige Investitionsplanung sowie das DRG-System der Krankenkassen sind Beispiele für Systementscheidungen, die dazu führen, dass eine saubere Trennung der „dualen“ Finanzierung kaum noch umgesetzt werden kann.

Ständig anwachsende Dokumentationsanforderungen (z. B. zu Hygiene- und Qualitätsstandards, Diagnose-Kodierung) binden die Aufmerksamkeit der Klinikärzte. In der Weiterbildung junger Ärzte wird zunächst praktisch vermittelt, welche Ziffern codiert werden dürfen und welche Kennzahlen das Krankenhaus noch erreichen muss.

Waren es 2001 noch 31.000 angestellte Ärzte, verzeichnete man im Jahr 2011 bereits 54.000 angestellte Ärzte und zwar in insgesamt weniger Kliniken. Fallzahlerhöhung und die wirtschaftlich begründete Zusammenlegung von Stationen sind Beispiele von Versuchen durch das Gesundheitsmanagement der Kliniken, die wirtschaftlichen Bilanzen zu retten.

Wechselnde Trägerschaften, Entstehung von Klinik-Verbänden, 5 Jahres-Pläne ständig wechselnder Klinikdirektoren verhindern eine konziliante Klinikführung. Zielvereinbarungsverträge für Chefärzte, Liegezeitenverkürzungen und anderes führen zu fließbandartig umgesetzten Behandlungsabläufen.

## **Die intersektorale Kommunikation ist versiegt**

Praxen und Krankenhäuser, jeder Sektor ist zunehmend mit sich selbst beschäftigt bzw. überfordert. An der Grenze zwischen den Sektoren entbrennt ein Kampf um den Patienten als Wirtschaftsfaktor. Klinikärzte und niedergelassene Ärzte sind ggf. Konkurrenten. Dies erschwert den intersektoralen Informationsaustausch, sodass auch die gegenseitige Wertschätzung ausbleibt. In der Krise wird nur zu gern auf die „andere Seite“ gezeigt.

Die Herausforderung, sich zu vernetzen und auszutauschen wird zur Gestaltungskrise der gesamten Ärzteschaft.

## **Welche Optionen gibt es?**

1. Netzwerke mit unterschiedlichen Zielvereinbarungen (erfordert Idealismus)  
(z. B. Palliativversorgung/Wundversorgung)
2. Portalpraxen (INZ/GZ) und Notdienst (braucht Weiterbildungskonzepte)
3. Verbundweiterbildung (schwierige Realisierung)
4. spezialärztliche ambulante Versorgung ASV (hohe Auflagen)

Alle Optionen erfordern den Aufbau neuer Strukturen und eine gründliche Reform der Entgeltsystematiken für ärztliche Leistungen. In zahlreichen Ärzteverbänden wird bisher erfolglos

mit der Politik gerungen, die unerlässliche Reform der Sektorengrenze nachhaltig umzusetzen. An dieser Stelle sind intelligente IT-Lösungen zur strukturellen Unterstützung gefragt.

In Niedersachsen gibt es bereits einige Netzwerke, die eine sektorenübergreifende Versorgung anbieten, z. B. ELAN (südlich der Elbe) und PLEXXON im Raum Oldenburg-Ammerland mit Unterstützung der Ärztegenossenschaft Niedersachsen Bremen (ÄGNW).

### **Neue Austauschformate sind gefragt**

Gemeinsam müssen wir Ärzte dafür eintreten, dass die Förderung von Ärztenetzen entbürokratisiert und kommunal gefördert wird, denn die Zeit und die finanziellen Mittel, welche Ärzte neben ihrem Praxisbetrieb dafür aufbringen können, ist endlich. In Zeiten von TSVG, DVG und Partikularismus braucht es neue Instrumente, den nötigen Gestaltungsspielraum zulassen.

Aus diesem Grund ist es unerlässlich, dass Verbände, wie der Virchowbund, die als fachübergreifende Organisation aller niedergelassenen Ärzte in Deutschland auftreten, kontinuierlich daran arbeiten, Trennendes zu beseitigen. Die Ärzteschaft schadet sich durch Vorurteile gegenüber den eigenen Kollegen im anderen Sektor. Lassen Sie uns gemeinsam aus Klinik- und Praxisbereich über Austausch-Formate nachdenken. Die Verbände brauchen einen gemeinsamen regionalen runden Tisch für eine Konsensbildung mit Blick auf Ziele der gesamten Ärzteschaft.

Auch schlage ich vor, die regionale Bereitschafts- und Notdienstregelungen als Diskussionsplattform zu nutzen, um in diesem Rahmen wieder eine durchlässige Weiterbildung und ein gegenseitiges Kennenlernen zu ermöglichen.

Dr. med. Frauke Wulf-Homilius  
Landesgruppenvorsitzende Niedersachsen/Bremen