

Zukunft der Fachärzte

(Vortrag **Dr. Thomas Scharmman**, Bundesvorsitzender DFV / Potsdamer Runde, gehalten anlässlich der „16. Bad Orber Gespräche“ in Berlin am 24.11.2011. Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

gerne entwickle ich Ihnen die zukünftige Situation der niedergelassenen Fachärzte zu – ich werde mir erlauben, bewusst einige Thesen zu zuspitzen und damit auch zu provozieren, um die Diskussion in Gang zu bringen.

In der medizinischen Versorgungslandschaft werden neue, weg- und damit hoffentlich zukunftsweisende Weichenstellungen getroffen. Das kommende Versorgungsstrukturgesetz setzt den entscheidenden Akzent durch den Angriff auf die Sektorschranke stationär-ambulant. Da ist zum einen ein Paradigmenwechsel, eingeleitet über den § 116 b. Das Gesetz erhält einen dezidiert fachärztlichen Anstrich: „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ wird es – nun hoffentlich und endgültig – heißen. Damit ist aus Sicht der niedergelassenen Fachärzte zweierlei erreicht:

1. Erstmals sind die Fachärzte explizit im Sozialgesetzbuch V namentlich benannt. Schauen Sie selbst: Bisher finden Sie Hausärzte und Ärzte – Fachärzte aber sind selbst im § 73 c nicht wirklich vorgesehen, und das auch nicht im restlichen SGB V. Der Facharzt, der niedergelassene allzumal, findet da nicht statt. Auch wenn täglich hundertausende Patienten-Facharztkontakte in Deutschland erfolgen, wenn ganz Bevölkerungsgruppen primär fachärztlich versorgt werden – der Gesetzgeber hat den Facharzt schlicht vergessen. *Honoi* qui mal y pense.
2. Ist der § 116 b derzeit auf hochspezialisierte Leistungen beschränkt, markiert er doch klar, wo künftig die Fortentwicklung der medizinisch-ärztlichen Versorgungsstruktur erfolgen wird – auf der ambulanten fachärztlichen Versorgungsebene im, hoffentlich, Zusammenspiel aus Facharztpraxis und Klinik. Um den größeren Einfluss, den besseren Startplatz wird immer gerungen werden; daran wird sich nichts ändern.

Im Folgenden werde ich die Entwicklungslinien aus Sicht der Facharztpraxis auf drei Ebenen beschreiben:

1. Ebene: Folgen der Entwicklungen innerhalb der Arztberufe als solche.
2. Ebene: Folgen der Entwicklung in den Sektoren ambulant – stationär
3. Ebene: Folgen der soziodemografischen Entwicklung

1. Ebene: Folgen aus Entwicklungen innerhalb der Arztberufe

Die eigentliche Diagnostiktiefe – oder härter formuliert: Die Diagnosen als solche – werden auf der fachärztlichen Ebene erreicht. Der Facharzt liefert die Diagnosen, ganz besonders im Zeitalter der ICD-Kodierung. Dies bedeutet, dass sehr viele der wirklich kranken Patienten – auch unselektiert! – notwendigerweise über kurz oder

lang beim Facharzt ankommen. Es sei denn, die Hausärzte überweisen direkt ins Krankenhaus, was teuer und unnötig ist.

Der Trend geht bereits heute weg vom Hausarzt hin zum Facharzt. Denn der Generalist wird in der Grundversorgung durch „Schwester Agnes“ ersetzt.

Die Akademisierung – und vielleicht sogar deren Verkammerung – der nichtärztlichen medizinischen Hilfsberufe trifft aus unserer Sicht vor allem die Hausärzte, werden doch so „Handgriffe“ der Grundversorgung abdelegiert. Die spezialisierte Medizin ist nicht delegierbar, und wenn, dann nur in Teilen. Und: Einige Facharztgruppen bilden bereits heute ihre Arzthelferinnen zu hochspezialisierten Arbeitskräften aus (Beispiel Pneumologen), die innerhalb der spezialisierten Medizin zuarbeiten, ohne den Facharzt ersetzen zu können oder zu wollen. So werden die knappen fachärztlichen Kapazitäten entlastet.

Die Vernetzung der Fachärzte in der Grundversorgung und der fachärztlichen Spezialisten innerhalb einer Facharztgruppe und der Facharztgruppen untereinander verbessert sich fortlaufend. Und das auch auf politischer Ebene.

Ein Beispiel: der Zusammenschluss der fachärztlichen Organfächer in der Potsdamer Runde. 16 fachärztliche Berufsverbände arbeiten hier politisch-strategisch zusammen. Es kommt damit nicht nur zu einer engeren Zusammenarbeit auf berufspolitischer, sondern auch auf fachlicher Ebene. Der Deutsche Facharztverband (DFV) ist die Stimme nach außen dieses Zusammenschlusses.

Die fachgruppenübergreifende Basisfacharztmedizin bildet nahezu komplett die unterschiedlichen Krankheiten ab. Sie könnten auf dieser Ebene – erinnert sei hier nur an die BAGs – bereits heute ohne Hausarztbene komplett versorgt werden. Die Weiterbehandlung (z.B. Ambulante Operationen) erfolgt dann ebenfalls auf der ambulanten, niedergelassenen Facharztbene. Nur bestimmte, hochspezialisierte Leistungen, die eine stationäre Aufnahme verlangen, kommen noch ins Krankenhaus. Die sinkende Zahl an Ärzten bei steigendem Versorgungsbedarf wird ein Überdenken der Mengenbegrenzung bei Fachärzten und des Systems aus Pauschalen bei den Hausärzten einleiten müssen. Ein Beispiel: Auf dem Land sollen jetzt schon die Mengengrenzen fallen.

Das Pauschalensystem führt gegenwärtig zu einer hohen Überweisungsquote in Richtung Fachärzte. Sinkt aber die Arztlzahl weiter, wird die Mengenbegrenzung zu einem Versorgungshemmnis. Werden infolgedessen die Mengenbegrenzung und das Pauschalensystem modifiziert – mehr Menge, weniger leistungsfeindliche Pauschale –, wird die Position der Fachärzte gestärkt. Denn die Fachärzte verfügen über mehr abbildbare, verifizierbare Leistungen gegenüber der eher sprechenden Hausarztmedizin. Und ihre Leistung lässt sich qualitativ besser bewerten (Outcome).

Die Bedarfsplanung wird den Blick auf den Facharztmangel nochmals schärfen. Die KBV hat es durchgerechnet:

Szenario 1: die Fortentwicklung der Bedarfsplanung auf den (veralteten) Zahlen von 1990 plus dem Demographischen Faktor. Das Ergebnis: Es gibt keine Überversorgung weder in der Stadt noch auf dem Land. In vielen Facharztgruppen müssten weitere Ärzte zugelassen werden. Aber: Wer bezahlt das?

Szenario 2: die Fortentwicklung der Bedarfsplanung auf Basis der aktuellen Arztlzahlen plus demografischer Faktor. Das Ergebnis: Auch hier, erst recht, löst sich die Überversorgung in Luft auf und es ergibt sich ein deutlicher Zusatzbedarf an Fachärzten. Aber: Wer bezahlt das?

Und: Der zusätzliche Bedarf trifft auf eine zunehmend überalterte Fachärzteschaft.

Also, es gibt allen Grund, den ambulanten Facharztberuf zu fördern, statt Medizinstudenten ständig zu verschrecken und zu verunsichern. Losungen, wie „es gibt zu viele Fachärzte“ treffen weder die Sache noch bilden sie die zukünftigen Bedürfnisse ab.

Es sind noch aus einem anderen Grund Anstrengungen nötig, die Arbeit in der Facharztpraxis attraktiver zu gestalten: Die Arbeitskapazität in den Arztpraxen (allgemein) ist gesunken. Darunter sind mindestens zwei Ursachen, die die Politik und die Kassen korrigieren können – gemeinsam mit den Ärzten.

Die Kapazität der Praxen hat sich zwischen 1993 und 2009 von 100 auf 62 Prozent reduziert. Darauf hat Prof. Häussler vom IGES-Institut vor Kurzem hingewiesen.

Die Gründe:

- a. Arbeitszeit-Modelle – Abnahme der Vollarbeitszeit (Abnahme zw. 1993 und 2009 um 25 Prozent) zugunsten einer Halbtagspraxis (plus 15 Prozent) oder weniger. Dies mindert die Kapazitäten der Praxen um 13 Prozent (Stichwort: Verweiblichung der Medizin/Familienmodelle).
- b. Angebot Arbeitszeit – Ausfalltage (ältere Ärzte), Urlaub, Budgetferien aufgrund knapper Regelleistungsvolumina mindern die Kapazität der Praxen um 11 Prozent.
- c. Bürokratie – die Belastung mit Bürokratie reduziert die Kapazitäten um 8 Prozent.
- d. Kapazität/Fall – steigende Fallzahlen (plus 36 Prozent) senken die Kapazitäten um 22 Prozent.

An mindestens zwei Stellschrauben können Politik und Kassen arbeiten: Diese sind die Honorierung und der Abbau von bürokratischen Hemmnissen. Den Fachärzten – und auch der Bevölkerung, zumindest den Teilen, ist nicht zu vermitteln, warum nicht mehr Geld nicht ins System kommen kann. Stichwort Fehlallokation. „Jedem Landrat sein Krankenhaus“ – dieser Satz und viele andere alte Zöpfe gehören dann abgeschnitten. Keine Frage, es ist dann umso dringender die kostengünstige Ebene der Facharztpraxen weiter zu fördern.

2. Ebene: Folgen der Entwicklung in den Sektoren ambulant – stationär

In ihrem ersten Gutachten „Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung“, erstellt von IGES in Zusammenarbeit mit den Professoren Häusler und Rürup, erschienen 2008 im Nomos-Verlag, belegten DFV / Potsdamer Runde, dass es keine Anhaltspunkte für eine „Doppelte Facharztschiene“ gibt. Seit dem ist dem Vorurteil, es gäbe eine doppelte Vorhaltung von Fachärzten stationär – ambulant, der Boden entzogen. Spielte dieses Vorurteil doch mehr oder weniger offen mit dem Gedanken der Abschaffung der niedergelassenen Facharztbene. Die entscheidende Zahl: 1,6 Fachärzte kommen auf 1.000 Einwohner: Davon sind 0,9 in der Klinik beschäftigt, 0,7 in Praxen niedergelassen. Damit nimmt Deutschland nur einen mittleren Platz im internationalen Vergleich ein. Würde die ambulante Praxisebene abgeschafft, würde schnell offensichtlich, dass die Kliniken deren Part nicht übernehmen könnten. Das kommende Versorgungsstrukturgesetz zeigt den Trend auf: Die künftige Fortentwicklung der medizinischen Versorgungsstruktur spielt sich zwischen der Klinik und den niedergelassenen Fachärzten ab (Stichwort: Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung).

Hausärzte können voraussichtlich auf dem Weg einer Überweisung steuernd eingreifen – dies könnte die Leistungserbringung eher verteuern, wenn dabei das Krankenhaus bevorzugt würde.

Die Verlagerungen von stationär nach ambulant gingen in der Vergangenheit auf den medizinischen Fortschritt zurück – dieser wird auch der Motor der künftigen Verlagerung sein, was ganz im Sinne unserer Patienten ist.

3. Ebene: Folgen der soziodemografischen Entwicklung

Ab einem Alter von 60 Jahren werden niedergelassene Fachärzte im Schnitt 3, 5mal häufiger in Anspruch genommen. Die Bevölkerung wird älter und entsprechend steigt der Bedarf an den Leistungen der Facharztpraxen. Bei Fachgruppen wie Urologen, Orthopäden, Augenärzten und Onkologen wird die Inanspruchnahme förmlich explodieren, sie steigt nach vorsichtigen Schätzungen auf den Faktor Neun!

Denn mehr ältere Menschen bei gleichzeitig steigender Morbidität führen zu einer höheren Nachfrage nach ambulanter Facharztmedizin – das ist eines der zentralen Ergebnisse des Gutachtens „Gesundheitsökonomischer Stellenwert einer flächendeckenden ambulanten Facharztversorgung“, das Prof. Wille in Zusammenarbeit mit Dipl. Volkswirt Daniel Erdmann für DFV / Potsdamer Runde erarbeitet hat. Es ist 2011 ebenfalls im renommierten Nomos-Verlag erschienen.

Bezieht man in die Bedarfsplanung den demographischen Faktor ein, steigt die Zahl der benötigten Fachärzte – in Rheinland-Pfalz werden plötzlich zusätzlich 130 Ärzte benötigt. Die gegenwärtige Bedarfsplanung beruht auf Zahlen des Jahres 1993 und bildet die Erfordernisse von heute nicht ab: Was auf dem Papier als überversorgt gilt, ist realer unterversorgt – und zwar nicht nur im ländlichen, sondern auch im städtischen Bereich. Generell muss mit einem deutlich höheren und zunehmenden Bedarf an fachärztlicher Leistung gerechnet werden.

Auch das hat das Gutachten festgestellt: Die Alterung und steigende Morbidität treffen auf einen Rückgang der Arztlizenzen in Kombination mit veränderten Ansprüchen an die Berufsausübung (Stichwort: hoher Frauenanteil) – das Gut Facharztmedizin wird also immer knapper.

Die Fachärzte müssen in Zukunft also eine steigende Morbidität bewältigen:

- Im Jahr 2050 werden noch 70 Mio. Menschen in Deutschland wohnen; davon ist jeder Dritte über 60 Jahre sein. Dies zieht zahlreiche Konsequenzen nach sich.
- Bevölkerungswachstum gibt es künftig nur noch in Großstädten und Ballungsräumen. Die Fortentwicklung der Infrastrukturmaßnahmen konzentriert sich auf diese Räume – sprich (Steuer)Gelder fließen vornehmlich dorthin.
- Dennoch werden Teile der strukturschwachen ländlichen Regionen früher oder später aufgegeben werden müssen, – Stichwort Bevölkerungsatlas des „Berlin-Instituts – in Frankreich lässt sich dieser dort in aller Stille schon länger abgelaufene Prozess gut studieren.
- In Gebieten mit Bevölkerungsschwund können Infrastruktureinrichtungen (u.a. Öffentlicher Nahverkehr) immer schlechter aufrechterhalten werden – die Chance auf Mobilität für Patienten sinkt. Hinzukommt, dass die Ausgaben der Kassen für Fahrtkosten werden steigen (DAK: von 2008 auf 2009 7,7 Prozent und 10 Prozent bei Mietwagen/Taxen).

Der Standort der Facharztmedizin wird auch in Zukunft vorwiegend, wie bisher, in verdichteten Räumen liegen. Das Prinzip der Wohnortnähe kann im ländlichen Raum nicht mehr mit festen Standorten der Praxen gewährleistet werden. Dazu werden künftig auf größeren Flächen zu wenig Menschen leben, was ebenfalls Mobilitätsbedarf auslösen wird (nicht nur das Pendeln in Ballungszentren, sondern auch auf dem Land selbst).

Deshalb werden die Fachärzte mit Konzepten

- der Filialpraxis,
- dem Gemeindepraxishaus (Gemeinden stellen die komplette Infrastruktur sowie eine Umsatzgarantie zur Verfügung für eine zeitlich begrenzte Facharztpräsenz wohnortnah)
- oder dem Prinzip der „Flying Doctors“

hier Versorgung organisieren.

Facharzt und Pflege: das Zukunftsthema schlechthin

Völlig ungelöst ist aus unserer Sicht das Thema Fachärzte und Pflege. So sieht der Bundesmantelvertrag eine fachärztliche Versorgung in den Senioren- und Pflegeheimen gar nicht vor. Die Potsdamer Runde und der DFV haben sich dazu klar positioniert: Fachärzte wollen, ja müssen, am Thema Pflege mitarbeiten in einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft. Man kann das am Beispiel der chronischen Wunde festmachen – ein absolut interdisziplinäres Thema vom Dermatologen bis zum Orthopäden. Genauso liegt die urologische, gynäkologische und ophthalmologische Versorgung in den Heimen darnieder. Hier schlagen wir z.B. entsprechende interdisziplinäre Fachkonferenzen auf den Stationen vor. Allerdings – das Thema Honorar darf dabei nicht ausgeklammert werden. Eine entsprechende Berücksichtigung in einem Pflegegesetz ist aus unserer Sicht unabdingbar.

Fazit und Schluss

1. Veränderungen innerhalb der Ärzteschaft (Frauen/Familienplanung/veränderte work-life-balance), Folgen der Honorierung (Budgetferien) und der zunehmenden Bürokratisierung führen zu einem verminderten Angebot an Praxiskapazität – Folge: Bedarf an mehr Fachärzten. 70 – 80 % der zukünftigen Ärzte werden Ärztinnen sein, die in Gruppenpraxen arbeiten werden und nicht für eine 60-Stunden-Woche zur Verfügung stehen.
2. Demographie/Morbidität – Folge: Bedarf an mehr Fachärzten
3. Gebiete mit einer hohen Überalterung und mit einer kontinuierlich abnehmenden, immobilen Bevölkerung, in denen Infrastruktur nicht mehr finanzierbar ist: Folge: Fachärzte müssen zum Patienten gebracht werden, d.h., Bedarf an flexibleren Strukturen
4. Erhalt des Kollektivvertrags mit Sicherstellungsauftrag – nicht noch mehr Bürokratie durch Selektivverträge; ein Selektivvertrag grenzt Ärzte aus, wo doch dringend mehr Ärzte gebraucht werden – Folge: Mehr übergreifende Versorgung (ähnlich der Integrierten Versorgung) statt Selektion unter rein ökonomischen Gesichtspunkten.
5. Thema ambulante Fachärzte und Pflege: Die Potsdamer Runde und der DFV stehen bereit, sich diesem wichtigen Thema anzunehmen. Die Politik anscheinend noch (immer) nicht.

Meine Damen und Herren! Ich komme zum Schluss. Ich hoffe, ich konnte Ihnen die Komplexität und vor allem die Bedeutung der ambulanten Fachärzte für die kommenden 30 Jahre verdeutlichen. Die alleinige Fokussierung auf die Hausärzte wird dem Interesse unserer immer älter werdenden Bevölkerung nicht mehr gerecht, der Facharzt wird eine Renaissance erleben.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.