ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

2. Hamburger Versorgungsforschungstag, Hamburg, 08. Februar 2017

Die Arbeitswelt in der vertragsärztlichen Versorgung - **Impulse aus einer qualitativen Befragung aller Arzt- und Psychotherapeutengenerationen in Hamburg**

Dr. Dominik von Stillfried, Thomas Czihal, Ayse Özkan

© Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Hintergrund

- **Auftrag der KV Hamburg an das Zi zur Durchführung einer Fokusgruppenbefragung im Vorfeld des 2. Hamburger Versorgungsforschungstages**
- **Im Zentrum der Studie steht die Wahrnehmung der derzeitigen Arbeitswelt von Ärzten und Psychotherapeuten**
  - und die Ableitung von Anforderungen an eine „Arbeitswelt 4.0“
- **Dazu wurden 69 Teilnehmer aus unterschiedlichen Generationen (von Medizinstudenten bis zu Ärzten / Psychotherapeuten am Ende ihrer beruflichen Laufbahn) in über 24 Stunden halbstrukturierten Fokusgruppeninterviews befragt***

* großer Dank an Frau Eva Schiffmann für wertvolle Hinweise bei der Konzeption sowie für die hervorragende organisatorische Unterstützung der Studie

- **Das Transkript umfasst rd. 700 Seiten. Daraus nun eine knappe Zusammenfassung.**

Teilnehmerauswahl und Vorgehen

- **KV HH hat eine repräsentative Auswahl von Adressaten generiert nach den Kriterien**
  - **Fachgruppe**
  - **Geschlecht**
  - **Dauer der Niederlassung**
  - **Angestelltenstatus**
- **Apobank hat Medizinstudenten rekrutiert**
- **Alle Interessenten (Reaktion auf Ansprache) wurden Teilnehmer.**
- **Es wurden 9 Termine angeboten, davon wurden 8 realisiert.**
- **Qualitative, halbstrukturierte, leitfadengestützte Interviews (gleiche Initialfragen in jeder Sitzung, freie Antworten / Diskussion), vollständige Tonaufzeichnung jeder Sitzung, Erstellung und Auswertung eines Transkripts**

Die Themenkomplexe

I. Aus/ Weiterbildung

II. Identität/ Verantwortung

III. Besitzformen

VI. Arbeitsalltag

V. Wirtschaftliche Situation

VI. Selbstverwaltung

I. Aus/ Weiterbildung

Welche Rolle spielte die ambulante Medizin in der Aus/ Weiterbildung?

„***Das kann ich ganz schnell sagen: Überhaupt gar keine.“***

I. Aus/ Weiterbildung

Welche Rolle spielte die ambulante Medizin in der Aus/ Weiterbildung?

„Ich habe vorher im KRH Altona gearbeitet mit Ausbildung als Gastroenterologe. **Bis ich das Krankenhaus verlassen hatte dachte ich noch, dass die Medizin im stationären Bereich stattfindet…**

Im Studium war es so, dass bis auf einen Praxisbesuch, den wir 1x gemacht haben, **die ambulante Medizin überhaupt gar nicht stattgefunden hat** und für mich war es großer Schritt damals in die Niederlassung zu machen, den ich nicht bereue, den ich ganz wunderbar fand bis **heute und jetzt stellt sich das für mich genau gegenteilig dar. Ich bin fest davon überzeugt, dass die ambulante Medizin sehr viel leisten kann – vielleicht manchmal mehr leisten kann als die stationäre Medizin**, die es natürlich für bestimmte Krankheitsbilder wichtig ist und man braucht den stationären Bereich, aber die ambulante Medizin habe ich nicht kennengelernt mit dem Studium.“

I. Aus/ Weiterbildung

Welche Rolle spielte die ambulante Medizin in der Aus/ Weiterbildung?

„In der Weiterbildung hat unser Chef sogar Praxisvertretung gefördert und dafür gesorgt, dass auch alle Assistenten den ambulanten Bereich kennenlernen.“

I. Aus/ Weiterbildung

„Ich muss z. B. sagen, ich habe mich **versucht, in Hamburg für eine ambulante Praxis für eine Famulatur zu bewerben** für Rheumatologie und Nephrologie und habe bei extrem vielen Praxen angerufen **und überall wurde mir gesagt, wir nehmen keine Famulanten, geht nicht. Und ich hätte es gerne gemacht, aber es wollte keiner**."

I. Aus/ Weiterbildung **(Zusammenfassung)**

- **Studium**: Mangelnder Einbezug der vertragsärztlichen Versorgung wird beklagt

- Vertragsärztliche Versorgung bleibt im Studium eine Black-Box

- **Weiterbildung**: Mit Ausnahme FA für Allgemeinmedizin ebenfalls mangelnder Einbezug der vertragsärztlichen Versorgung beklagt

- Stärkerer Einbezug könnte auch die stationäre Patientenversorgung verbessern (durch engeren Austausch mit ambulantem Bereich)

- Insbesondere zulassungsrechtliche, organisatorische und betriebswirtschaftliche Aspekte der vertragsärztlichen Versorgung bleiben in Aus- und Weiterbildung unklar

I. Aus/ Weiterbildung **(Zusammenfassung)**

- Strukturierter Kontakt der KV HH zur Zielgruppe Studenten und Weiterbildungsassistenten (Studenten- Weiterbildungsbeauftragter) gewünscht

- Fokus dabei auf Praxisführung und Spezifika der ambulanten Versorgung

- Hilfestellung (Leitfäden) für Praxen und Studenten zur Durchführung von Famulaturen und für eine ‚ambulante Episode' in der Weiterbildung gewünscht

II. Identität und Verantwortung **(Zusammenfassung)**

- Ärzte und Psychotherapeuten übernehmen mit Leidenschaft Fürsorge für die Patienten
- Enorme Identifizierung mit Patienten und deren Schicksalen (bis in den Feierabend hinein)
- Ärzte wollen nicht als bloße Anwender naturwissenschaftlicher Erkenntnisse betrachtet werden
- Sind sich besonderer Verantwortung z.B. in Bezug auf Gewährung von Leistungen bewusst (Problem: „nice to have“ → Prüfungen werden nicht grundsätzlich abgelehnt)
- Ressourcenknappheit kann Arzt-Patienten Verhältnis belasten
- Ökonomische Vorgaben – ohne Bezug oder im Widerspruch zu medizinischen Entscheidungen – werden sehr kritisch gesehen

II. Identität und Verantwortung

„Im Grunde genommen ist das ne andere Beschreibung für den Begriff der Freiberuflichkeit**. Ich hab mich immer als Arzt identifiziert und nicht als Krankenhaus X Y oder Firma X Y, sondern immer ich als Person und ich trage die Verantwortung für meine Entscheidungen in der Versorgung des Patienten.** Und das ist heute leider ein wenig in den Hintergrund getreten, deswegen kämpfen wir ja so für die Freiberuflichkeit auf allen Ebenen, die uns als freier Beruf die Möglichkeit gibt, eben **unabhängig von unserer disziplinarischen oder wirtschaftlichen Abhängigkeit in unserer beruflichen Tätigkeit als Arzt uns zu identifizieren** mit dem Beruf gegenüber dem Patienten und so verstehe ich diese beiden Begriffe.“

II. Identität und Verantwortung

„**Und zur Verantwortung gehört eben nicht nur, dass man alles erdenkliche macht, was dem Patienten nutzt, sondern dass man definitiv auch Sachen ausbremst, die ihm nicht nutzen würden bzw. ihm vielleicht sogar schaden würden.** Und das kriegt man eigentlich nur raus, wenn man einen Eindruck von einem Patienten hat, wenn man den nicht nur 2 Minuten sieht, sondern wenn man den immer wieder mal sieht und wenn man auch in der Karteikarte gucken kann, wie war es denn vor 10 Jahren und jetzt usw. **Diese Flut von apparativer Diagnostik**, wo die Augenheilkunde natürlich ganz weit vorne steht - gebe ich ja zu – ist, **damit verantwortungsbewusst umzugehen, halte ich für sehr wichtig. Das kann man aber nur, wenn man nicht den Kostendruck extrem im Nacken hat**, dann sind wir zwar theoretisch freiberuflich, aber nicht mehr frei in unseren Entscheidungen.“

II. Identität und Verantwortung

„Bei den Patientenwünschen, was denn so vorgetragen wird, da ist es dann allerdings so, dass ich da ganz rigide vorgehe und das spielt kommt hier überhaupt nicht in Frage. **Also der 2. Rollator oder - was weiß ich - solche Sachen kommen da überhaupt nicht in Frage und da gibt's lieber einen Arztwechsel**.“

II. Identität und Verantwortung **(Zusammenfassung)**

- Überwälzung gesellschaftlichen Drucks auf Arztpraxen wird beklagt; dies geschieht in der Wahrnehmung der Befragten aber immer häufiger
- Zunahme von Richtlinien mit Einschränkung des individuellen Entscheidungsspielraums wird beklagt
- Neue „Wirkstoffvereinbarung“ der KV HH adressiert Problem bereits

Gedankenmodell nach Siebolds (2014)

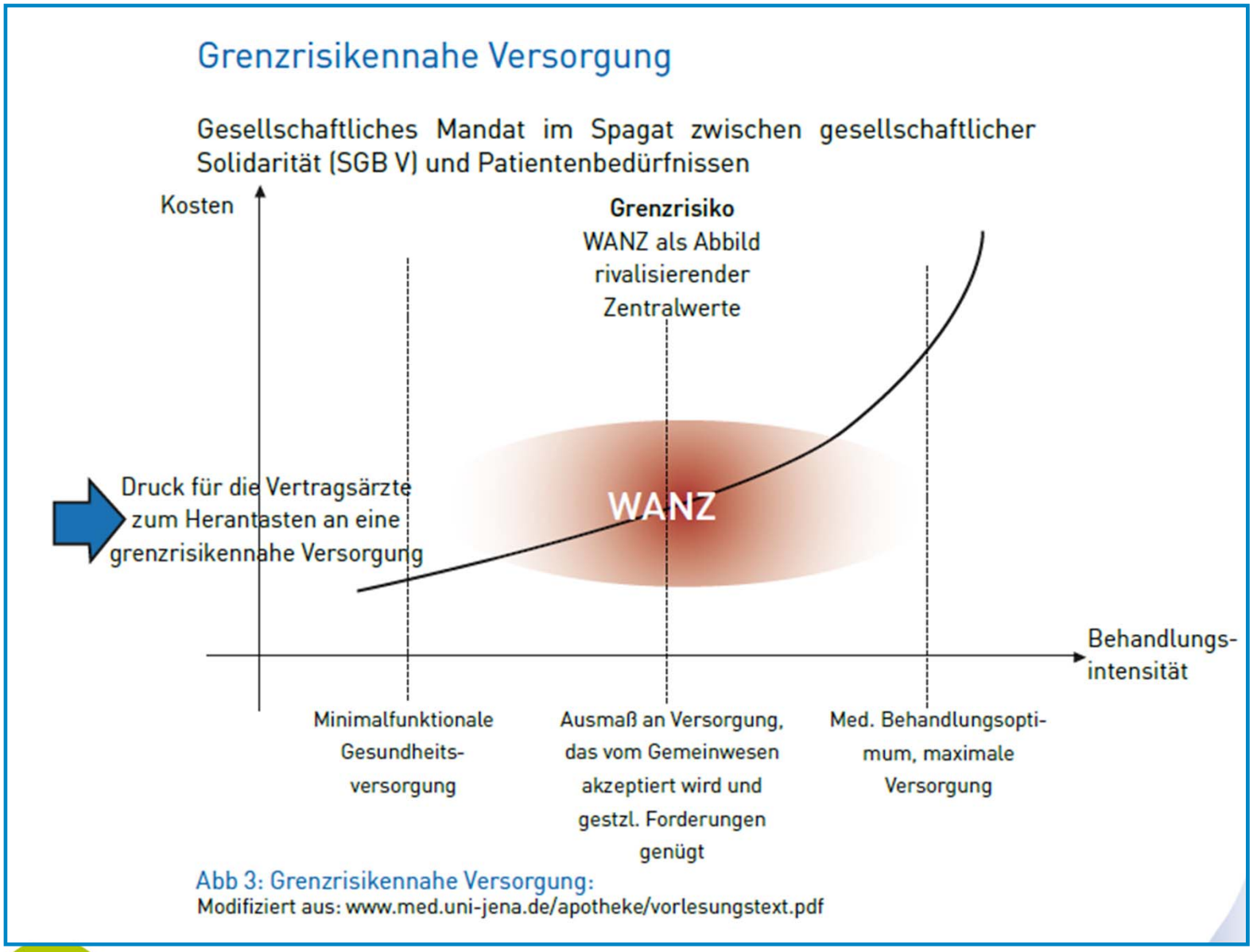


Abb 3: Grenzrisikennahe Versorgung:
Modifiziert aus: www.med.uni-jena.de/apotheke/vorlesungstext.pdf

III. Besitzformen

„Für mich wäre das Stichwort also **gestalterische Freiheit. Ich kann mir die Praxis so strukturieren, wie ich es gerne möchte**. Ich kann meinen Patienten gut selektieren. So wie ich ausgewählt werde, wähle auch ich die Patienten aus […]“

„Aber die **Kehrseite der Medaille** ist, **ich bin auch für alles alleine verantwortlich**. Ich kann nicht sagen, hey Paul, kannst du mal gucken, hab' ich das richtig gemacht. Ich muss es richtig machen. Alleine - **und das ist auch schon mal eine ganz schöne Bürde** manchmal.“

III. Besitzformen

„Ich muss das mal aus meiner Position als Angestellter sagen - ich kenne nun beide Seiten. Ich bin **heilfroh, dass ich am Tag nur 8 Stunden lang mit Medizin zu tun habe und am Feierabend nichts mehr machen muss**. Ich brauche mich um alles solche Sachen, **wenn eine Helferin krank ist, interessiert mich das nicht, wenn eine Helferin kündigt, schwanger wird, ist mir das vollkommen egal. Ich mache 8 Stunden Medizin.** Ich habe mit der Verwaltung relativ wenig zu tun. Den Kostendruck uns so was, das habe ich natürlich auch - klar, aber verglichen zur Selbstständigkeit in der Einzelpraxis ist das eine Sache, die ich nicht wieder machen würde.“

III. Besitzformen

„… Und die [Ärztinnen] **wollen eben geregelte Arbeitszeiten** haben. Die wollen sich eventuell auch eine Stelle teilen. Die wollen **kein wirtschaftliches Risiko eingehen**, weil sie wegen Schwangerschaft ausfallen. Die **wollen interessante Medizin machen**. **Und die sehen dann eben ihre Prioritäten anders** und sagen eher, lieber keine Besitzform mehr aber dafür eine interessante Medizin..“

„Aber ich denke schon, dass diese MVZ's werden zunehmen, weil die Prioritäten sich verschieben auch - ich meine es gar nicht negativ, sondern die sagen einfach **mehr Lebensqualität**. Wir wollen eben **nicht mehr bis 20:00 Uhr arbeiten oder nacharbeiten noch an Bürokratie** was wir machen müssen nach der Praxis. Sondern **die wollen dann echte Freizeit haben**. Und das wird kommen. Und da wird man sich auch KV-mäßig darauf einstellen müssen.“

III. Besitzformen **(Zusammenfassung)**

- Wichtiger als Besitzform: Vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung darf nicht durch externe (renditeorientierte oder staatliche/ politische) Einflussnahmen überlagert werden
- Relevanter Unterschied nicht zwischen „angestellt / selbständig“ sondern zwischen „primär patientenorientiert / primär renditeorientiert“
- Zwei Cluster von Anforderungen und Erwartungshaltungen:
  - Arzt/ Psychotherapeut legt großen Wert auf individuelle Freiheit und Gestaltungsmöglichkeiten
  - Arzt/ Psychotherapeut legt großen Wert auf Absicherung
- Erwartungshaltung an KV: Ärzte und Patientenversorgung vor vornehmlich renditeorientierten Kapitalgesellschaften schützen
- Erwartungshaltung an KV: Raum für Vernetzung und Austausch schaffen (digital und physisch)
- Rahmenbedingungen müssen bzgl. der Organisationsformen weitestgehend neutral bleiben und große Flexibilität zulassen

Gedankenmodell nach Siebolds (2014)

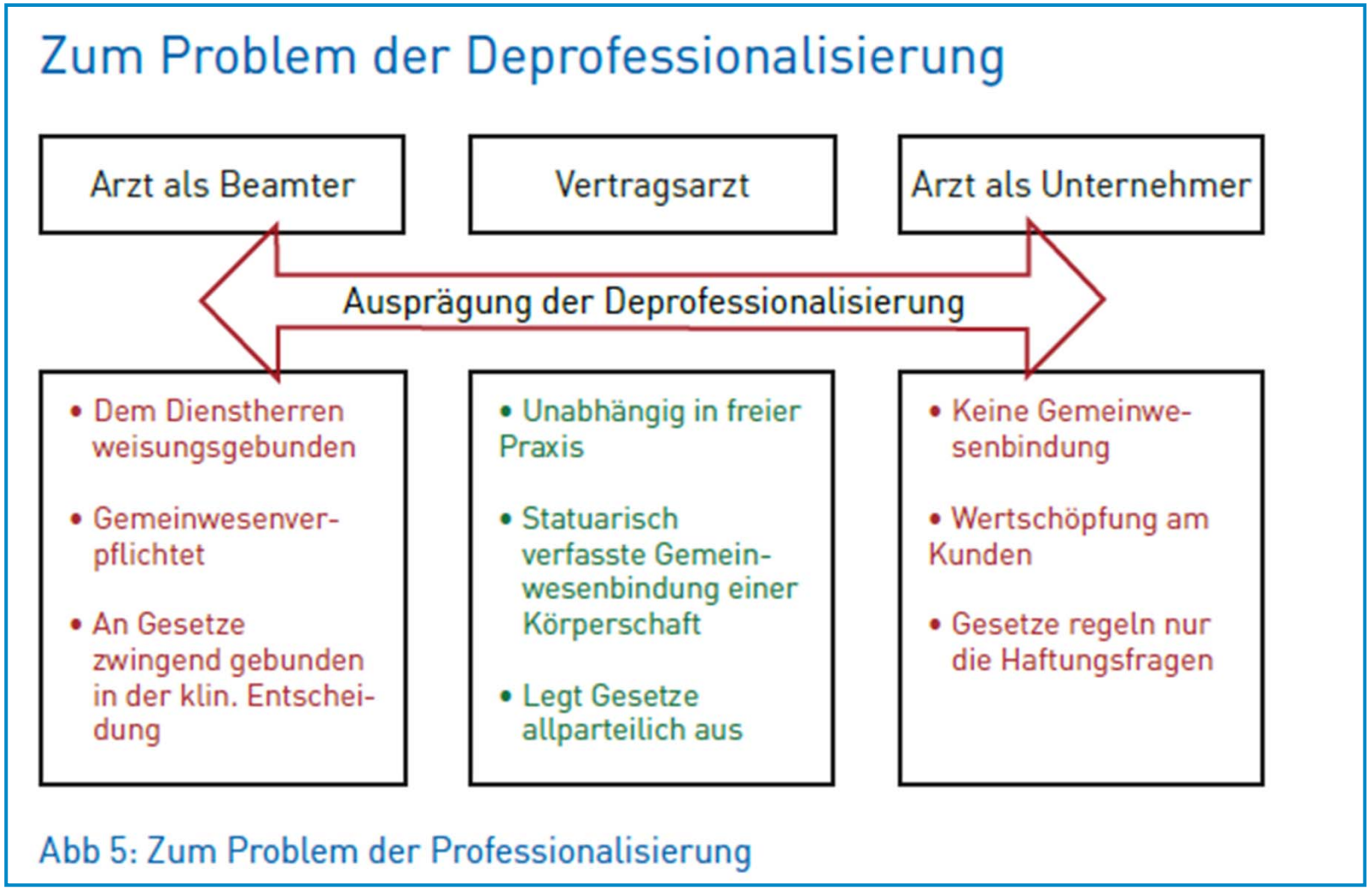


Abb 5: Zum Problem der Professionalisierung

IV. Arbeitsalltag

„Das geht ja um die Frage, was haben wir alles für Belastungen durch die Qualität, die man uns nicht glaubt, weil wir sie dann doch dokumentieren müssen. Das ist wieder ein gewisses Misstrauen. […]

Nur sie wird für uns nicht bezahlt, im Gegenteil: Wir machen die Qualität, wir müssen sie machen und als Dank dafür kriegen wir 20 % nicht bezahlt. Das ist so grotesk, dass man das von uns verlangt.

Wir z.B. machen ***trotzdem in unserer Praxis ein zusätzliches Qualitätsmanagement, sogar nach ISO 9001*** *mit Arbeitsschutz, ein ganz großer Aufwand. Wir machen es ja trotzdem und dadurch ist es jetzt aus meiner Sicht,* ***wenn man das macht, ist der Aufwand deutlich gewachsen. Einfach alles, was nicht medizinisch ist. Wir machen es deshalb, weil wir glauben, dass man intern trotzdem davon profitiert und es auch erfreulicher Weise die Mitarbeiter inspiriert, wenn man sich um Standards bemüht, Qualitätsstandards und Nachweisdokumentation. Aus meiner Sicht hat es zugenommen in dieser Zeit****.“*

IV. Arbeitsalltag (Zusammenfassung)

- Solange der Patient im Mittelpunkt stehen kann, haben die Ärzte/ Psychotherapeuten einen erfüllten Arbeitsalltag
- Überwiegend positives Feedback durch Patienten
- Ambulante Medizin ist im Alltag spannend und abwechslungsreich (ein Grund: Entwicklung von längerfristigen Beziehungen zu den Patienten)
- Manko: Erheblicher Zeitmangel für einzelne Patienten und für kollegialen Austausch
- QM/QS: Keine ist zu wenig; aber weniger ist manchmal mehr
- Jede potenziell vermeidbare Dokumentation muss vermieden werden → kontinuierliche Überprüfung der Formulare

IV. Arbeitsalltag (Zusammenfassung)

- Bürokratie jenseits der GKV (Ämter/ Gerichte/ RV) muss stärker in den Blick genommen werden
- Ärzte freuen sich, dass KV vor unnötiger Bürokratie schützt (auch im Fall einzelner Anfragen - was aber noch nicht allen Teilnehmern bekannt war)
- Wandel des Arbeitsalltags durch moderne IT-Technologie: Für die einen erleichternde Wirkungen, für die anderen überwiegend Zusatzbelastung die vom Patienten ablenkt
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie: Gut im Vergleich zu anderen Berufen / Tätigkeitsfeldern (gilt für Angestellte wie für Selbständige), Einschränkung: Belastung durch Dienste
- KV HH könnte Organisation kurzfristiger Vertretung unterstützen

V. Wirtschaftliche Situation

„Ich gucke nur, was unterm Strich steht. Das ist vollkommen in Ordnung. Also von der Höhe her. Was darüber steht kann doch kein Mensch verstehen oder nachvollziehen.“

V. Wirtschaftliche Situation

„Ob ich mehr verdiene als im Krankenhaus? Glaube schon. Jedenfalls solange ich noch ein paar Privatpatienten habe.“

„Definitiv nicht. Schon gar nicht, wenn man das pro Stunde betrachten würde. Von dem Risiko, das ich als Arbeitgeber habe, mal ganz zu schweigen.“

V. Wirtschaftliche Situation

- Unterm Strich sind die meisten Ärzte zufrieden (Note 3)
- Vergütungsgefälle zwischen technikbasierten und Gesprächsleistungen wird kritisch bewertet
- Honorarverteilung wird überwiegend als intransparent und ungerecht wahrgenommen (Ausnahme: Gremienvertreter)
- Quotierung beeinträchtigt ärztliches Selbstverständnis
- Externe Faktoren (Gesetzgeber/Krankenkassen) werden als Verursacher gesehen - aus Sicht einiger Teilnehmer sollte sich KV HH aber sichtbarer engagieren
- Honorarbericht der KV HH an die Mitglieder = exzellente Entscheidung; jedoch sollten die Inhalte stärker kommuniziert werden (auch vor Ort)
- Teilnehmer erkennen: Selbstverwaltung muss Spagat ausführen zwischen a) Schaffung von Gerechtigkeit & notwendigen Veränderungen und b) Konstanz/Planungssicherheit
- Mittel- und *lang*fristige Planungssicherheit wurde von den Teilnehmern als extrem wichtig beschrieben

VI. Selbstverwaltung

Ich wollte das noch ergänzen. Das ist ja auch gerade ein Thema: Hausärzte, Fachärzte und die Frage der Trennung oder marschiert man gemeinsam weiter oder getrennt. **Und ich denke die Selbstverwaltung, also unsere KV, aber auch andere, leisten auch einen Beitrag, dass die Brücken bleiben, dass wir uns alle als Ärzte verstehen und uns nicht aufteilen lassen**, denn das ist natürlich das, was Politik will und auch die Kassen natürlich. Sie wollen uns möglichst aufspalten, um uns besser beherrschen zu können. Und ich denke Selbstverwaltung hält auch die - sagen wir mal - die kampfbereite Truppe der Ärzte zumindest zusammen.

VI. Selbstverwaltung

„Meine persönliche Wahrnehmung ist, dass die KV keine ärztliche Interessensvertretung ist, sondern eine Behörde, um Gesetze irgendwo uns Ärzten aufzuerlegen.“

„… jeder ist total nett, wenn man bei der KV anruft, es wird sich gekümmert, und es ist immer sehr sehr freundlich, das muss man wirklich positiv hervorheben. Aber eingebunden fühle ich mich nicht. Wann wird denn mal vor Entscheidungen ein Meinungsbild der Basis eingeholt? Gar nicht. Oder fast nie.“

„Ich bin ja in vielen Gremien der KV tätig. Da fühle ich mich eigentlich fast immer richtig gut informiert. Man hat ja eher Probleme, die Masse an Informationen richtig einordnen zu können.“

VI. Selbstverwaltung

- Es lohnt sich, die Selbstverwaltung zu verteidigen
- Selbstverwaltung wird als Schutzschild des vertrauensvollen Arzt-Patienten Verhältnisses gewünscht
- KV wird als geeignete Institution angesehen, um auf „Augenhöhe“ mit anderen großen Playern zu verhandeln
- Aber: starkes Informationsgefälle zwischen Gremienmitgliedern und „normalen Mitgliedern“
- Mehr Transparenz wird gewünscht → dabei besteht insbesondere Erwartung an VV-Mitglieder (Info-Veranstaltungen vor Ort)
- Allerdings besteht auch der Wunsch, zielgruppenspezifisch informiert zu werden, um die Informationsflut bewältigen zu können

Ein geeignetes Schlusswort …

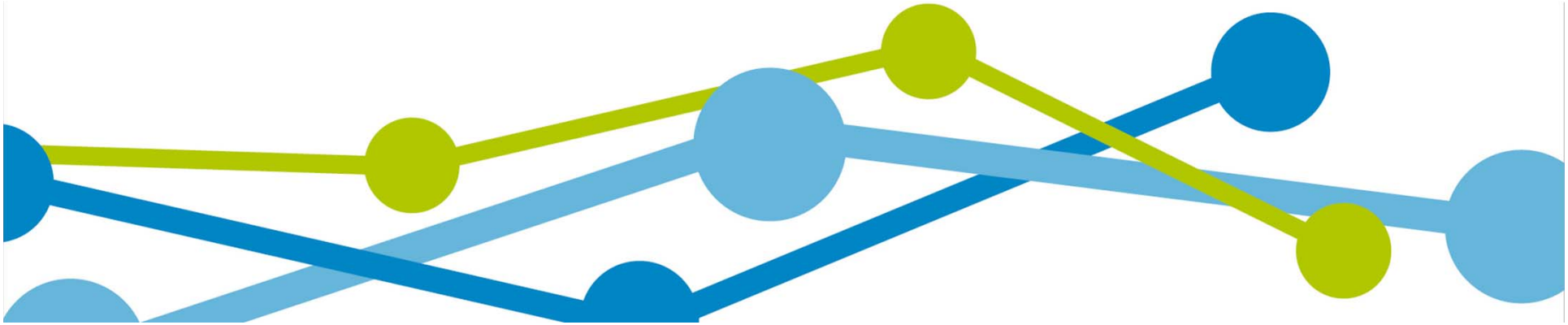
„Wenn es die KV nicht geben würde, müsste man sie dringend erfinden“

Licht ins Dunkel gebracht?

Foto: Hamburg bei Nacht, (Hadfield/www.Hamburg.de)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

www.zi.de

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450
Fax +49 30 4005 2490
zi@zi.de