

Ärztliche Genossenschaft
seit 15 Jahren

Die Partnerschaft der Erfolgreichen

- Unser Ziel sind wirtschaftlich und qualitativ erfolgreiche Frauenarztpraxen!
- Gemeinsam mit unseren zahlreichen Kooperationspartnern bieten wir wirtschaftliche Vorteile, Sicherung der medizinischen Qualität, Basisberatung der Mitglieder in allen Praxisbereichen, tragfähige Zukunftskonzepte und berufspolitisches Engagement.
- Unsere Gemeinschaft steht gynäkologischen Praxen aus ganz Deutschland offen. Wir freuen uns auf Ihren Informations-Besuch auf unserer Website unter www.genogyn.de!

GenoGyn

Ärztliche Genossenschaft für die Praxis und für medizinisch-technische Dienstleistungen e. G.

Geschäftsstelle:
Classen-Kappelmann-Straße 24
50931 Köln

Tel. (02 21) 94 05 05 – 3 90
Fax (02 21) 94 05 05 – 3 91

E-Mail:
geschaeftsstelle@genogyn-rheinland.de

Internet:
www.genogyn.de



Die Veröffentlichung der Beiträge dieser Rubrik erfolgt in Verantwortung der GenoGyn.



Ambulantisierung in der Frauenheilkunde Chancen und Risiken für den niedergelassenen Frauenarzt

Der Krankenhausmarkt Deutschland befindet sich im Wandel. Dieser Wandel wird vor allem durch die Ambulantisierung der Medizin getrieben, die letztlich dem medizinisch-technologischen Fortschritt geschuldet ist. Das betrifft auch die Gynäkologie und Geburtshilfe und birgt Chancen und Risiken für den niedergelassenen Frauenarzt.

Jedes Jahr, so berichten einige Häuser, werden vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) etwa 5% der bisher stationär erbrachten Leistungen als ambulant eingestuft und damit nicht vollständig vergütet. Zu den weiteren Faktoren, die die Ambulantisierung vorantreiben, zählen der zunehmende Fachkräftemangel bei steigendem Frauenanteil junger Ärzte und die Anforderungen einer Generation von jungen Ärzten an den Arbeitsplatz Krankenhaus. Besonders stark wird diese Entwicklung Fächer wie die Gynäkologie/Geburtshilfe treffen. Die Entwicklung fördert bzw. fordert jedoch die Integration der Sektoren, welche vor allem niedergelassene Fachärzte im Falle der Gynäkologie betrifft. Daher ist es sinnvoll, diese Entwicklung in erster Linie aus deren Sicht zu betrachten.

Welche Rolle hat aber nun der niedergelassene Frauenarzt in dieser Entwicklung? Führen die zunehmenden ambulanten Leistungen auch zu einem mehr an Leistungen für den Facharzt in der Praxis? Wo werden die ambulanten Leistungen in Zukunft erbracht? Hat die Standardpraxis mit Schwangerschafts- und Krebsvorsorge noch Entwicklungschancen am Gesundheitsmarkt? Wer schickt die Patientinnen künftig ins Krankenhaus, wenn es zu einem dramatischen Rückgang der Frauenarzt-Praxen kommt? Der vorliegende Artikel gibt auf Basis aktueller Studien und Berichte einen Überblick über die derzeitige Situation der Gynäkologie/Geburtshilfe und zeigt Konsequenzen sowie Lösungsansätze auf.

Analysiert man die Ergebnisse der vorliegenden Daten der Literatur, kristallisieren sich folgende Herausforderungen für die Gynäkologie und die Geburtshilfe heraus:

Daten und Analyse der Situation

Analysiert man die Ergebnisse der vorliegenden Daten der Literatur, kristallisieren sich folgende Herausforderungen für die Gynäkologie und die Geburtshilfe heraus:

- zunehmende Ambulantisierung und sinkende Nachfrage nach stationären Leistungen von bis zu 30%,
- zunehmende Unwirtschaftlichkeit kleiner Abteilungen mit weniger als 4.000 Fällen pro Jahr bei fehlender Refinanzierung der Vorhaltekosten, insbesondere der Dienste und Versicherungen in der Geburtshilfe,
- in diesem Fachbereich deutlicher Fachkräftemangel bei gleichzeitiger Feminisierung und Überalterung des Personals,
- veränderte Erwartung vieler junger Ärzte an die Auswahl von Fächern bzw. Krankenhäusern (Generation Y).

Ambulantisierung

Viele Studien zeigen, dass es in den nächsten 15 Jahren zu einer verringerten Nachfrage nach stationären Leistungen

in der Gynäkologie und Geburtshilfe kommen wird. Augurzki vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) errechnete in einer Studie, die von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Auftrag gegeben wurde, eine Abnahme von 34.000 Fällen in den nächsten 15 Jahren bei einer Gesamtzahl von 2.000.000 gynäkologischen Fällen insgesamt.

Bei einer mittleren Verweildauer in der Gynäkologie und Geburtshilfe von 4,2 Tagen wird ein großes ambulantes Potenzial deutlich. Gerade Fälle mit einer Verweildauer von weniger als 4 Tagen gelten für die Zukunft als Potenzial für eine ambulante Betreuung. Dabei wird das Potenzial zur Ambulantisierung der Gynäkologie auf knapp 30 % geschätzt, während die Geburtshilfe mit 6 % etwas niedriger liegt.

Wirtschaftliche Situation der Fachabteilungen

57 % aller Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland halten eine Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe vor. Sie behandeln im Durchschnitt 2.250 Patientinnen pro Jahr, davon im Mittel 1.500 Fälle in der Geburtshilfe und etwa 660 Fälle in der Gynäkologie bei einem durchschnittlichen Case-Mix-Index (CMI) in der Gynäkologie von 0,97 und in der Geburtshilfe von 0,46. Betrachtet man die Spannbreite dieser Patientenzahlen, so behandeln kleinere Kliniken etwa 400 Fälle und große Abteilungen mehr als 5.000 Fälle. 45 % aller Kliniken verzeichnen im Jahr weniger als 500 Geburten. Die Daten des RWI zeigen, dass aufgrund hoher Vorhaltekosten und vergleichsweise geringer Erlöse eine Refinanzierung der Personalkosten erst ab einer Fallzahl von 4.000 pro Jahr möglich ist. Damit ist die Hälfte aller gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen heute unwirtschaftlich. Ein zunehmender Kostenfaktor sind auch die rasant ansteigenden Haftpflichtprämien für die Kliniken. Prämien von über 2 Mio. € sind heute keine Seltenheit mehr.

Fachkräftemangel

Hinzu kommt auch in der Gynäkologie und Geburtshilfe ein erheblicher Fachkräftemangel. Befragungen von Studie-

renden zeigen, dass die Gynäkologie und Geburtshilfe im Ranking nicht mehr unter den ersten zehn Fächern zu finden ist. Allerdings ist dies geschlechtsspezifisch; bei weiblichen Studierenden genießt die Gynäkologie und Geburtshilfe ebenso wie die Pädiatrie noch einen höheren Stellenwert. Damit verbunden ist allerdings der Wunsch eines großen Teils der Ärztinnen in diesem Fach nach Teilzeittätigkeit, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu garantieren.

Generation Y

Dazu kommt der Umbruch im Arbeitsleben durch die Generation Y. Die gut ausgebildete und selbstbewusste Generation der heute 20- bis 30-Jährigen lehnt Hierarchien ab, wünscht ein engmaschiges Coaching mit regelmäßigem Feedback. Hinzu kommen das verringerte Interesse an Karriere und der Wunsch, in Teilzeit zu arbeiten, um ausreichend Freizeit zu haben. Während die früheren Generationen überwiegend in die Praxis gingen, um als niedergelassener Frauenarzt ihr Geld zu verdienen, sieht die jüngere Generation in der dauerhaften Arbeit in einer großen Klinik durchaus eine Lebensperspektive. Alternativ ist für sie eine Verbindung beider Arbeitsbereiche ebenfalls eine Perspektive. Das neue Vertragsrechtsänderungsgesetz (VÄndG) von 2007 hat Möglichkeiten geschaffen, diese Beschäftigungsverhältnisse anzubieten.

Ambulant-stationäre Kooperationen

Im Laufe der letzten Jahre haben verschiedene gesetzliche Änderungen dazu geführt, dass immer mehr und immer differenziertere Möglichkeiten der Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer im Gesundheitswesen entstanden sind. Neben die Einzel- und die Gemeinschaftspraxis ist das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) getreten. Tätigkeiten von Vertragsärzten im Krankenhaus oder in einem MVZ wurden ermöglicht.

Möglich ist die gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten und Geräten durch eine Praxis am oder im Krankenhaus. Vertragsärzte können nicht nur als Beleg- oder Konsiliarärzte, sondern auch als Honorarärzte oder in einem Anstel-

lungsverhältnis für das Krankenhaus tätig werden. Hier handelt es sich dann regelmäßig um Kooperationen im Bereich der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus, des ambulanten Operierens und der allgemeinen Krankenhausleistungen sowie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Schließlich können Krankenhausärzte über eine Ermächtigung oder über eine Teilzulassung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, darüberhinaus können sie sich aber auch in einer Vertragsarztpraxis oder in einem MVZ anstellen lassen. Außerdem können Krankenhausärzte die sektorenübergreifende Patientenversorgung optimieren, indem sie mit selbst gegründeten MVZ zusammenarbeiten.

Dass der Trend zu sektorenübergreifenden Kooperationen eindeutig zunimmt, hat eine Umfrage der BLFG (Bundesarbeitsgemeinschaft für leitende Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe), in der 400 Chefarzte der Frauenkliniken vereint sind, gezeigt. Hiernach arbeitet bereits ein Drittel aller Chefarzte zusätzlich in Praxen oder MVZ, die dem Krankenhaus angegliedert sind. Dadurch kann die Versorgungsqualität deutlich verbessert und die Schnittstelle ambulant/stationär erheblich optimiert werden. An vielen Stellen gibt es auch Ärztenetze, die in unterschiedlichste Kooperationsformen eingebunden sind. Ärztenetze stehen für die Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität und das Patientenmanagement. Für Gynäkologen gibt es nur wenige spezifische Netze oder Genossenschaften, wie die GenoGyn Rheinland, die seit 15 Jahren besteht und regional mehr als 600 Fachärzte vereint.

Der Trend zu regionalen Kooperationen ist eindeutig. Es wird hierdurch gleichzeitig das Überleben von Krankenhäusern und Facharztpraxen gesichert. Im Alltag gibt es sicherlich noch einiges an Problemen, jedoch muss der Arzt aus der Klinik dazu bereit sein, einen Teil seiner Arbeit in der Praxis zu erbringen und umgekehrt. Gerade unter dem derzeitigen Mangel qualifizierter Fachärzte in den Kliniken, besonders außerhalb der Ballungszentren, fordern solche Lösungen geradezu heraus.

Diskussion

Kaum ein Fach ist so stark von den genannten Effekten betroffen wie die Gynäkologie und Geburtshilfe. Als Konsequenz sind bereits zahlreiche kleinere Abteilungen geschlossen worden und weitere auf dem Prüfstand. Augurkzy und Mitarbeiter gehen davon aus, dass in den nächsten 10 Jahren über 300 Fachabteilungen geschlossen werden ohne dass es zu einer Unterversorgung kommt. Allerdings wird es gravierende Unterschiede zwischen ländlichen und urbanen Strukturen in der Versorgung geben. In Städten werden die großen Maximalversorger für komplexe Fälle bleiben. Gesäumt werden diese durch Praxisgemeinschaften und MVZ für einfache Fälle. Auf dem Land werden die großen Versorger nicht mehr so breit aufgestellt sein wie zuvor. Hier sollen neben größeren, für die Versorgung notwendigen Häusern, Gesundheitszentren mit einem stationären und ambulanten Angebot entstehen. Daher sind hier auch vernetzte Angebote der Versorgung sinnvoll.

Da gerade im ländlichen Bereich die kleineren Abteilungen überwiegen, die wegen niedrigen Geburtenzahlen und einer geringen gynäkologischen Fallzahl wirtschaftlich bedroht sind, sind hier Überlegungen zur Neustrukturierung im Zusammenhang mit Ärztenetzwerken besonders attraktiv. Ärztenetzwerke mit mehreren Fachärzten in größerer Entfernung zur Klinik sind hier wesentlich attraktiver, da die Patientinnen und Patienten ortsnahe betreut werden möchten. Dies trifft sowohl für die Gynäkologie als auch insbesondere für die Geburtshilfe zu.

Besonders interessant für diese Ärztenetzwerke ist eine enge Kooperation mit der Klinik, vor allem wenn Fachärzte aus der Klinik in Teilzeit in diesen Praxen tätig sind. Dies beeinflusst nicht nur das Zuweiserverhalten, sondern fördert auch die Innovationsfreudigkeit in der Praxis, da Neuerungen aus dem klinischen Bereich schneller in der Praxis integriert werden. Außerdem ermöglicht es dem Krankenhaus eine Sicherung seiner wirtschaftlichen Situation durch Bindung der Zuweiser. Ein weiterer großer Vorteil ist die Sicherung der Facharztressourcen für das Krankenhaus: Eine

Abteilung für pränatale Diagnostik, die im Krankenhaus aufgebaut wurde, war bisher durch die Niederlassung des Facharztes in Gefahr, und es musste wieder ein neuer Mitarbeiter langfristig eingearbeitet werden. Gleiches gilt für den erfahrenen Operateur, der die Klinik verließ und letztlich in der Praxis weit unter seinen bisherigen Möglichkeiten arbeitete. Bei dem Modell der Praxisnetze wird der niedergelassene Arzt mit seinen spezialisierten Fähigkeiten weiter sowohl im Praxisnetzwerk als auch an der Klinik selbst tätig sein können, sodass auch hier beide Seiten profitieren.

Größe und Wirtschaftlichkeit sind jedoch nicht die einzigen Treiber des Wandels. Die Breite des medizinischen Angebots, die Qualität der Führung und die Perspektiven nach der Facharztausbildung werden vor allem bei jungen Mitarbeitern ausschlaggebend für die Wahl der Klinik sein.

Bei einer verringerten Verfügbarkeit junger Ärzte sollte der Fokus auch auf die Mitarbeiter der Generation 55+ gelegt werden, denn keine Studie zeigt, dass mit dem Alter die Arbeitsleistung sinkt. Und die älteren Mitarbeiter sind oft mit einfachen Mitteln wie Wertschätzung, Respekt vor der Lebensleistung und Erfahrung sowie der Einbindung bei Entscheidungen durch die Führungskräfte gut zu motivieren. Führungskompetenzen sind der entscheidende Faktor, um qualifizierte Mitarbeiter zu halten.

Darüberhinaus sollten heute Kooperationsmodelle mit Praxen intensiver geprüft werden, denn durch die Möglichkeiten des VändG sind zahlreiche Chancen entstanden, den Mitarbeiterstamm durch externe Kollegen aufzustocken. Vor allem in der Onkologie mit Tumorkonferenzen, onkologischen Praxen und qualifizierter Nachsorge oder in der Perinatalmedizin mit Einbindung von spezialisierten Praxen für pränatale Diagnostik an die Klinik existieren vielerorts bereits Modelle, die Nachahmer finden sollten.

Fazit für die Praxis

Die Gynäkologie und Geburtshilfe wird sich in den nächsten Jahren stark verändern. Die wesentlichen Treiber dafür sind die Ambulantisierung bzw. sin-

kende Nachfrage nach stationären Leistungen, die Unwirtschaftlichkeit kleiner Abteilungen, der Fachkräftemangel gepaart mit gleichzeitiger Feminisierung der Mitarbeiter und die veränderten Erwartungen einer Generation Y an den Arbeitsplatz Krankenhaus. Doch diese Veränderungen bergen immer eine Chance für die Beteiligten, im Rahmen von sinnvollen Kooperationsmodellen und vernetzten Versorgungsstrukturen eine Verbesserung der Patientenversorgung herbeizuführen. Die Möglichkeiten des VändG und die Chancen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes sind dabei die Ansatzpunkte. Doch wie sagte schon Sir William Edwards Deming so trefflich: „Sie müssen das nicht tun, Überleben ist keine Pflicht.“



Prof. Dr. Bernd Halbe
Dr. Halbe – Rechtsanwältin Köln/Berlin
Im Mediapark 6a
50670 Köln
Tel.: 0221/57779-0
E-Mail: dr.halbe@medizin-recht.com



Prof. Dr. med. Christian Schmidt MPH
Ärztlicher Vorstand und
Vorstandsvorsitzender
Universitätsmedizin
Rostock
Ernst-Heydemann-Str. 8
18057 Rostock
Tel.: 0381/4945011
Fax: 0381/4945012
E-Mail: christian.schmidt@med.uni-rostock.de



Korrespondierender Autor:
Prof. Dr. Friedrich Wolff
Vorstand: GenoGyn
Rheinland
Frauenklinik Holweide
Kliniken der Stadt Köln
Neufelder Str. 32
51067 Köln
E-Mail: wolfffr@kliniken-koeln.de

Der Artikel ist in voller Länge mit Literaturangaben über die Pressestelle der GenoGyn zu beziehen: genogyn@wahlers-pr.de

Hier steht eine Anzeige.

