



30. Mai 2024

Stellungnahme zur 10. Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom 03. Mai 2024

Mehr als 90% der medizinischen Versorgung erfolgt in den Praxen und Medizinischen Versorgungszentren. Die gewünschte „Ambulantisierung des Gesundheitssystems“ ist somit bereits seit Jahren umgesetzt. Aufgrund der Leistungsfähigkeit der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen muss bereits heute nur ein Bruchteil der Patientinnen und Patienten stationär behandelt werden, nämlich solche, bei denen der personelle, strukturelle, apparative, Überwachungs- und Betreuungsaufwand im ambulanten Setting nicht geleistet werden kann.

Die ambulante Medizin wird seit Jahrzehnten erfolgreich und mit umfassendem, qualitativ hochwertigem medizinischen Angebot durch die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen getragen. Die ärztliche Selbständigkeit führt dazu, dass ein sehr verlässliches und breites Versorgungsniveau erreicht worden ist. Das für beide Seiten erfolgreiche Konzept muss also eher gefördert als abgeschafft werden. Die Qualität der ambulanten Versorgung ist neben medizinischen auch auf die wirtschaftlichen Aspekte eines selbständigen Arztes zurückzuführen. Die niedergelassene Ärzteschaft als private Unternehmerschaft investiert aus Eigenkapital in die Gesundheitsversorgung der Bürgerschaft der Bundesrepublik Deutschland. Der „refund of investment“, d. h. die Gesamtheit der Erlöse aus allen Erlöskategorien, refinanziert die Investitionen und sichert die Neuanschaffungen, die das Gebot „auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“ gewährleisten. Dies wird allerdings durch Reglementierungen, d.h. Budgets, auf Seiten der GKV gefährdet, die weder die Versorgung ad personam sichern, noch für das Wirtschaftsunternehmen Praxis/MVZ kostendeckend sind. Daher ist man betriebswirtschaftlich auf Querfinanzierungen angewiesen (PKV, BG, GA etc.).

Zu einem elementaren Umbau des Gesundheitssystems in Deutschland muss die aktuelle Versorgungsrealität Beachtung finden und eine **fachärztliche und spezialfachärztliche Entbudgetierung** angestrebt werden, anstatt eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung abzuschaffen. Die angestrebte fachärztliche Versorgung kann durch die geplanten Level 1i Kliniken nicht sichergestellt werden, da bereits heute vor allem im ländlichen Raum und Bundesländern von Flächenstaatcharakter in vielen Gegenden keine Krankenhäuser mehr existieren und die niedergelassene Fachärzteschaft die Versorgungslücken schließt. Dies ist insbesondere in der Pneumologie der Fall, nachdem mit dem Beitragsentlastungs- und Wirtschaftsförderungsgesetz 1997 viele Fachkliniken sukzessive aus der Versorgung und Ausbildung ausgeschieden sind.

Das **Konzept des Primärarztsystems** soll den Patientinnen und Patienten ein niederschwelliges Leistungsangebot eröffnen. Dies ist ein Ansatz, über den es sich grundsätzlich nachzudenken lohnt, allerdings ohne Abschaffung der sog. "doppelten Facharztschiene" (DFAS, siehe unten). Nach Überwindung der Überweisungspflicht ist es derzeit Realität, dass Patientinnen und Patienten ohne jedwede Steuerung

Berufsverband der Pneumologie,
Schlaf- und Beatmungsmedizin
in Rheinland-Pfalz und Saarland e.V.
Ein Landesverband im
Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und
Beatmungsmedizin Deutschlands e.V.

Anschrift

Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und
Beatmungsmedizin e.V.
Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland e.V.
Unter den Linden 10, 10117 Berlin

Email bdprlp Saar@gmail.com

Hauptstadtbüro Berlin

Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und
Beatmungsmedizin e.V.
Büroleitung: Yvonne Geyer, M.A.
Unter den Linden 10
10117 Berlin

Telefon: 0151- 64091173 (mobil) oder
030 - 700 140 445

Email: bdp_hauptstadtbuero@icloud.com
Info@pneumologenverband.de

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE22 3006 0601 0001 9728 39
BIC DAAEED33XXX

1. Vorsitzender

Florian Simon Schmitz

2. Vorsitzender (Stellv.)

Dr. Robin Engert

Schriftführer

Dr. Peter Krause

Schatzmeister

Dr. Max Apprich

Beisitzerin

Dr. Camilla Lüttecke-Hecht

Beisitzer

Dr. Olaf Schmidt

Vereinsregisternummer

0943

Amtsgericht

Mainz

fachärztliche Praxen überfluten, obwohl diese Patientenschaft gegebenenfalls gar nicht in die Hände eines spezialisierten Facharztes gehört. Dies führt unmittelbar zu einer Verknappung des Angebots für Patientinnen und Patienten, die definitiv einer fachärztlichen Behandlung bedürfen.

Die Entbudgetierung der Hausärzte kann dazu beitragen, dass mehr Diagnostik und Therapie vor Ort stattfinden wird und dass nur solche Patientinnen und Patienten an einen spezialisierten Facharzt angebunden werden, die die Leistungen und Kompetenzen der Versorgungsstufe 3 tatsächlich benötigen. Hierzu müssen Anreize für die hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen geschaffen werden, nur bei medizinischer Notwendigkeit an einen Facharzt zu verweisen.

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten in einer Facharztpraxis ist von einem deutlich höheren zeitlichen, personellen und finanziellen Aufwand (u.a. Verbrauchsmaterialien) gekennzeichnet als im hausärztlichen Segment. Zudem sind spezialfachärztliche Praxen strukturell bereits deutlich teurer. Am Beispiel einer pneumologischen Praxis wird auf die umfangreiche apparative Ausstattung (Blutgasanalyse, Bodyplethysmographen, digitale Röntgenanlage, deren Wartungen) verwiesen. Abgesehen von einer Entbudgetierung muss eine Vergütung eröffnet werden, die neben einer Kostendeckung auch Re- und Neuinvestitionen mit einrechnet.

Wir fordern, dass im Zuge der effektiven, effizienten und versorgungsorientierten Patientensteuerung mittels Primärarztssystem, bei dem sich Patienten bei einem Hausarzt ihrer Wahl einschreiben, auch eine direkte Einschreibung für Patientinnen und Patienten mit dauerhaft betreuungsbedürftigen chronischen Erkrankungen bei dem hierfür zuständigen Facharzt, hier dem Pneumologen, ohne den Weg über den Primärarzt erfolgen kann.

Chronische Lungen- und Atemwegserkrankungen mit einem dauerhaften fachärztlichen Betreuungsbedarf sind Asthma bronchiale, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, Lungenkarzinom, fibrosierende und nicht fibrosierende interstitielle Lungenerkrankungen, Mukoviszidose, Bronchiektasenerkrankungen, systemische Autoimmunerkrankungen mit Lungenbeteiligung (zum Beispiel Systemische Sklerose, Kollagenosen), Sarkoidose, pulmonale Hypertonie, komplexe Infektionskrankheiten der Lunge mit langfristigem Nachsorgebedarf (z.B. Tuberkulose, Nicht-tuberkulöse Mykobakteriosen), Schlaf-Atemstörungen, exogen-allergische Erkrankungen der Lungen mit langwieriger Therapie (Allergen-spezifische Immuntherapie).

Darüber hinaus muss die Organisation und Abwicklung von Disease Management Programmen zukünftig in die Zuständigkeit von spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten fallen. Alle Erkrankungen, die durch das DMP abgedeckt werden, bedürfen einer fachärztlichen Versorgung. Die Pneumologinnen und Pneumologen in Deutschland decken bereits die DMP Asthma bronchiale und COPD ab.

Der Begriff „**doppelte Facharztschiene**“ (**DFAS**) wird vor allem von den Kritikern des bestehenden ambulanten Systems in den letzten Wochen und Monaten inflationär, diffamierend und irreführend verwendet. Es wird suggeriert, dass gleich qualifizierte Fachärzte parallel in Klinik und Praxis vorgehalten werden. Diese Einschätzung entbehrt jeglichen Realitätsbezugs:

In Deutschland gibt es einen Facharzt für Pneumologie (oder Lungen- und Bronchialheilkunde), der ambulant oder schwerpunktmäßig klinisch tätig ist. **Beide Tätigkeitsfelder des Fachgebiets sind notwendig und gleichwertig, unterscheiden sich aber signifikant in der inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung: Ambulanter und stationärer Bereich folgen einer differenten Struktur-, Aufbau- und Ablaufqualität.** Der klinisch tätige Pneumologe arbeitet an einem Krankenhaus, betreut die Patientinnen und Patienten seiner Station als Oberarzt oder Chefarzt. Die

Krankheitsbilder sind zumeist schwergradig, akut und bedürfen einer temporären stationären Überwachung. Der ambulant tätige Pneumologe ist in einer Praxis niedergelassen bzw. angestellt und betreut eine große Anzahl von Patienten pro Tag. Da es sich zumeist um Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen handelt, begleitet er diese verlässlich über einen sehr langen Zeitraum. Hieraus lässt sich ableiten, dass sich die Tätigkeitsgebiete, Aufgabenfelder und damit die Kompetenzen der Fachärzte innerhalb des gleichen Fachgebietes deutlich zwischen dem ambulanten und stationären Bereich unterscheiden. Es bestehen nahezu keine Überschneidungen, sondern lediglich Anknüpfungspunkte bei gemeinsam behandelten Patientinnen und Patienten. Es ist unrealistisch, dass ein stationär tätiger Facharzt die komplexen Aufgaben einer ambulanten Betreuung in der gleichen hohen Versorgungsqualität parallel übernehmen kann und umgekehrt. Überdies stehen in beiden Tätigkeitsgebieten keine ausreichenden zeitlichen Ressourcen zur Übernahme der Tätigkeiten des anderen Sektors zur Verfügung.

Mit der DFAS kann also nicht allein das Vorhalten von Fachärzten eines Gebietes in verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens gemeint sein. Vielmehr werden völlig andere Aufgabenfelder im gleichen Fachgebiet beschrieben, für die keine gemeinsamen Kapazitäten und Kompetenzen bestehen. Die Hypothese, dass Ressourcen „doppelt“ vorgehalten werden, kann nur von solchen Diskutanten, Ärzten und Politikern stammen, die noch nie in beiden Systemen gearbeitet haben.

Es ist bedauerlich dass die Besetzung der Regierungskommission äußerst einseitig gewählt ist und lediglich aus Kolleginnen und Kollegen des Sektors „stationäre Medizin“ besteht. Es ist daher nicht anzunehmen, dass bei den Kommissionsmitgliedern eine ausreichende Expertise zur Bewertung des Gesamtsystems vorliegt.

Große historische Vorbilder zeigen, dass eine Verstaatlichung ambulanter Strukturen wie bspw. das System der Polikliniken scheitern musste. Polikliniken führten eben nicht zu einer verbesserten und qualitativ hochwertigeren medizinischen Versorgung. Es bestanden keine Anreize und damit keine Motivation für eine breite Versorgung der Bevölkerung. Es wird auch zukünftig das herausragende Engagement der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sein, welches unser System und damit die Versorgung trägt. Dies macht das hohe Versorgungsniveau in unserem Land erst möglich.

i. A. des Vorstands des Landesverbandes Rheinland-Pfalz und Saarland

gez.

Florian Simon Schmitz

1. Vorsitzender des Landesverbandes

Dr. Robin Engert

2. Vorsitzender des Landesverbandes