

## Berufliche Perspektiven für Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin im Krankenhaus

Ein gemeinsames Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) und Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)



### Einführung

Die optimale fachärztliche Versorgung internistischer Patienten ist infolge eines zunehmenden Mangels an Fachärzten sowohl in den Krankenhäusern als auch in der niedergelassenen Ärzteschaft gefährdet. Gleichzeitig ergeben sich aus dieser Situation aber auch neue berufliche Perspektiven für Fachärztinnen und Fachärzte (FÄ) im Krankenhaus. Der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) sehen sich in der Pflicht, Vorschläge für eine Erweiterung der beruflichen Perspektiven für FÄ im Krankenhaus aufzuzeigen und politisch umzusetzen.

### Problembeschreibung

#### Mangel an Fachärzten/Fachärztinnen (FÄ)

Nachdem im Dezember 2009 publizierten Krankenhausbarometer [1] haben derzeit 80% der Krankenhäuser Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen, insgesamt blieben 25 % mehr Arztstellen in den Krankenhäusern unbesetzt als noch wenige Jahre zuvor. Inzwischen haben 8% der Krankenhäuser bereits Stationen wegen Nichtbesetzung ärztlicher Stellen, vorwiegend in der Gynäkologie, Chirurgie und Inneren Medizin geschlossen. Dabei ist der Bedarf für die stationäre Versorgung in der Inneren Medizin am höchsten. Die bundesweite Erhebung zur Struktur der Krankenhausversorgung der DGIM zeigt, dass die Innere Medizin mit 38% aller stationären Fälle die mit Abstand größte Fachrichtung der stationären Versorgung darstellt [2].

In der niedergelassenen Praxis liegt der Versorgungsgrad bei FÄ für innere Medizin in einzelnen Regionen und Bundesländern bereits unter 50%.

#### Mangel an Fachärzte-Nachwuchs

Nach einer Studie zur Arztlageentwicklung der Bundesärztekammer sind zwischen 2007 und 2017 im günstigsten Fall 64 000

Nachwuchsmediziner zu erwarten. Gleichzeitig scheiden 31 820 Fachärzte und 27 338 Hausärzte aus der Praxis und 17 827 FÄ aus den Krankenhäusern aus. Der Verband leitender Krankenhausärzte (VLK) hat für den gleichen Zeitraum durch Migration ins Ausland und andere Berufsfelder einen Ersatzbedarf von etwa 18 000 Ärzten berechnet. Die Kapazitätsverordnungen der Länder und die Vorgaben der gültigen Approbationsordnung lassen eine höhere Rate an Studienabschlüssen derzeit nicht zu.

Die Zahl der Kolleginnen und Kollegen, die eine Facharztweiterbildung aufnehmen, ist aus vielerlei Gründen eingeschränkt [3]

- ▶ hohe Verdichtung der originär ärztlichen Tätigkeiten
- ▶ überbordende administrative Tätigkeit
- ▶ ungünstige, wenig familienfreundliche Arbeitszeitstrukturen
- ▶ häufige Missachtung der Arbeitszeitrichtlinien
- ▶ ungünstige Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz
- ▶ häufiges Überschreiten der vorgegebenen Weiterbildungszeiten
- ▶ eingeschränkte Zahl zur Weiterbildung ermächtigtter Ärzte

Trotz einer nicht unerheblichen Zunahme an Planstellen für Ärzte im Krankenhaus steht den Kliniken heute insbesondere durch die Arbeitszeit-Gesetzgebung weniger ärztliche Arbeitszeit zur Verfügung. Eine häufig nicht vermeidbare Mehrarbeit kann aus budgetären Gründen nicht angemessen vergütet werden. Die zeitlich erhebliche administrative Belastung der FÄ ist durch gesetzgeberische Auflagen ausgelöst worden, ohne dass dafür ein personeller Ausgleich geschaffen wurde.

In einer aktuellen Umfrage des Deutschen Ärzteblattes [4] geben drei Viertel der Klinikärzte an, mit den Arbeitsbedingungen, unter denen sie derzeit ihren Beruf ausüben, „eher nicht“ oder „gar nicht“ zufrieden zu sein.

Nach Abschluss der Facharztweiterbildung besteht in der Regel wenig Interesse an einer langjährigen nachgeordneten Tätigkeit. Jeder erfolgreiche Berufstätige strebt ein möglichst hohes Maß an Selbständigkeit in verantwortlicher Position an. Alternativ müssen mehr langfristige (eigen)verantwortliche Positionen für FÄ in Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung im Krankenhaus geschaffen werden. In einer kürzlich durchgeführten Befragung von Medizinstudierenden konnten sich nur 10,8% „voll und ganz“ und 34,1% grundsätzlich vorstellen, dauerhaft als Ärztinnen und Ärzte in einem Krankenhaus zu arbeiten [5].

Hochqualifizierte FÄ – auch aus der Position von Oberärztinnen und Oberärzten – verlassen aufgrund der genannten Ursachen die kurative Medizin und streben in das Gesundheitsmanagement oder andere Berufsfelder. Gleichzeitig verlangen die Maßnahmen zur Qualitätssicherung über die in den Vordergrund rückende Kontrolle der Strukturqualität der Krankenhäuser vielfach den Facharztstandard und damit einen höheren Bedarf an FÄ.

Die Folgen dieses Mangels an FÄ ist ein Verlust an Facharztkompetenz im Gebiet (Innere Medizin), im Schwerpunkt, in der Fachkunde und in den notwendigen Zusatzqualifikationen sowohl im Krankenhaus auf der Assistenten- und Oberarztbene als auch im Vertragsarztssystem der niedergelassenen Kollegen. Schwerpunkte wie Angiologie, Endokrinologie, Rheumatologie und Pneumologie sind in vielen Krankenhäusern unterrepräsentiert. Diese Schwerpunkte werden überwiegend in Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäusern vorgehalten, die dafür aber andere Fächer wiederum nicht repräsentieren [2].

Weiterbildung ist aus Sicht vieler Krankenhausträger mit zusätzlichen Kosten verbunden und steht in vermeintlichem Widerspruch zu den Zielen der Qualitätssicherung. Dies gefährdet die konsequente Besetzung und Strukturierung der Weiterbildungsstellen in der Inneren Medizin.

In der aktuellen Umfrage des Deutschen Ärzteblattes [6] konnten nur 22 % der Klinikärzte von einer klar strukturierten und verlässlichen Facharztweiterbildung an ihrer Klinik berichten.

### DGIM und BDI stellen daher folgende Forderungen auf:

#### 1. Weiterentwicklung von medizinisch eigenverantwortlichen Facharztstellen im Krankenhaus

1.1. in den Schwerpunkten der Inneren Medizin, die (bislang) an einem Krankenhaus nicht vertreten sind;

1.2. in stationären Bereichen wie Palliativmedizin, Diabetologie, Infektiologie oder Geriatrie;

1.3. in begrenztem Umfang auch in umschriebenen Funktionsbereichen der Inneren Medizin, z.B. Echokardiographie, Ultraschall oder angiologische Funktionsdiagnostik.

#### 2. Verbesserung der Weiterbildung mit verbindlichem Curriculum hinsichtlich Qualität und Zeitrahmen

2.1. Sicherung der Weiterbildungsstellen an weiterbildungsberechtigten Kliniken;

2.2. Adäquater Ausgleich der Kosten der ärztlichen Weiterbildung zusätzlich zu den

Vergütungen von Krankenhausleistungen, wobei dies als ein Anliegen der Gesundheitspolitik gesehen werden sollte;

2.3. Personelle und sachliche Ausstattung der Weiterbildungsbeauftragten durch die Krankenhausträger:

2.4. Aufnahme der Weiterbildung in Qualitätsmanagementsysteme der Krankenhäuser

#### 3. Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch

3.1. Delegation administrativer Leistungen

3.2. Verbesserte Angebote für Kinderbetreuung und Teilzeitarbeitsregelungen (Familienfreundlichkeit)

3.3. Entwicklung von Mentorenprogrammen und Aufbau sozialer Netzwerke

3.4. Einhaltung der Arbeitszeitregelungen

#### 4. Neue Strukturen für FÄ im Krankenhaus, die eine gleichzeitige freiberufliche Tätigkeit in der Praxis ermöglichen durch

Zulassung oder Teilzulassung zur ambulanten Tätigkeit neben der Tätigkeit im Krankenhaus (s. Gemeinsame Kommission DGIM/BDI Schnittstelle ambulant/stationär)



#### Literatur

- 1 Dtsch Ärzteblatt Jg. 107, Heft 6, 12. Feb. 2010, B198
- 2 Survey Innere Medizin der Kommission „Struktur – Krankenhausversorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin: Struktur des Leistungsangebotes der Inneren Medizin und ihrer Schwerpunkte in Deutschland 2003-2008
- 3 Positionspapier der Kommission „Wissenschaft – Nachwuchsförderung“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin: Ärztliche Tätigkeit in Universitätsklinik und Lehrkrankenhäusern - Fokussierung ist nötig. 30.04.2008
- 4 Dtsch. Ärzteblatt Jg. 107, Heft 9, 5. März 2010, B327
- 5 Dtsch Ärzteblatt Jg. 106 Heft 37, 11. Sep. 2009, B1540
- 6 Dtsch. Ärzteblatt Jg.107,Heft 9, 5. März 2010, B324

im Oktober 2010

#### Für den BDI:

Dr. Cornelia Jaursch-Hancke, Wiesbaden  
Prof. Dr. Petra Schumm-Dräger, München

#### Für die DGIM:

Prof. Dr. Frank Lammert, Homburg/Saar  
Dr. Alexis Michael Müller-Marbach