

DGAInfo

Schlechte Zeiten für gute Medizin*

Die medizinische Versorgung der deutschen Bevölkerung und auch die medizinische Forschung hierzulande sind oftmals besser als ihr Ruf. Doch ob das in Zukunft so bleiben wird, ist nicht gewiss. Vor allem bei der Weiterbildung zum Facharzt, bei der klinischen Forschung, im Krankenhausmanagement und bei der Finanzierung von Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen liegt vieles im Argen.

Gut ausgebildete Ärzte sind das Fundament einer guten medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Die Ausbildung eines Medizinstudenten zum Arzt wird noch durch die Länder finanziert. Die Weiterbildung zum Facharzt, etwa für Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin und anderes, soll es jedoch zum Nulltarif geben. Denn die Kosten für die Weiterbildung, die je nach Fach zwischen vier und sechs Jahre in Anspruch nimmt, wurden bei der Einführung des Fallpauschalensystems für Kliniken nicht bedacht. Der sogenannte Zuführungsbetrag der Länder für die Universitätskliniken darf nur in Forschung und Lehre fließen, jedoch nicht für die Weiterbildung "missbraucht" werden.

Vergleicht man den Umfang der Stellenanzeigen, die Krankenhäuser derzeit im "Deutschen Ärzteblatt" aufgeben, mit dem Umfang von vor zehn Jahren, so fällt eine Steigerung von wenigen auf mehr als fünfzig Seiten auf. Gesucht werden in Deutschland Ärzte, die in Krankenhäusern arbeiten wollen; sowohl Fachärzte als auch Ärzte in Weiterbildung. Das Deutsche Krankenhausinstitut stellte in seiner jüngsten Herbstumfrage fest, dass in mehr als einem Viertel aller Krankenhäuser Stellen nicht besetzt sind. Die Zahl der freien Stellen ist innerhalb eines Jahres um mehr als sechs Prozent gewachsen. Zugleich hat sich gezeigt, dass 42 Prozent derjenigen, die ein Medizinstudium begonnen haben, eine Facharztausbildung nicht einmal beginnen. Ein neues Gutachten des Bundesministeriums für Gesundheit ergibt, dass neben der Unvereinbarkeit von Familie und Beruf die Qualität der Weiterbildung für diese Entwicklung verantwortlich ist.

Fehler eines Arztes können für den Patienten den Tod bedeuten. Ein Arzt in Weiterbildung benötigt also Begleitung und Überprüfung. Eine chirurgische Technik muss aus fachlichen und juristischen Gründen unter Anleitung eines erfahrenen Chirurgen

gelernt werden und bindet damit für die Dauer der Operation einen Facharzt. Weiterbildung erfordert einen erhöhten Personaleinsatz. Das bedeutet mehr Kosten. Weitere Kosten entstehen dadurch, dass unerfahrene Ärzte für eine Diagnose mehr Untersuchungen benötigen als Fachärzte.

In Deutschland sind die Ärzte in Weiterbildung nicht zusätzliche Beschäftigte, die nur lernen sollen. Vom ersten Tag ihrer Weiterbildung an sind sie gänzlich in die Krankenversorgung eingebunden. Weiterbildung gilt als Nebenprodukt der Arbeit, Zeit für strukturierte Lehre und strukturiertes Lernen ist bisher nicht vorgesehen. Die Qualität der Weiterbildung hängt daher stark vom persönlichen Einsatz ab.

Bis zur Umstellung der Bezahlung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen auf Fallpauschalen war es möglich, mit den Kassen ein eigenes Budget auszuhandeln, das mittelbar auch die Kosten der Weiterbildung deckte. Diese Möglichkeit besteht nun nicht mehr, es werden nur die Kosten für eine Behandlung nach Facharztstandard übernommen. Daher wird versucht, an den Krankenhäusern ausschließlich Fachärzte arbeiten zu lassen. Weiterbildung findet nicht statt, weil immer weniger Krankenhäuser deren Kosten aufbringen wollen.

Es ist offen, wer für diese Kosten aufkommen soll. Die Kassen wollen es nicht. Auch der Bund und die Länder sehen sich dazu nicht verpflichtet. Die Ärztekammern scheitern aus finanziellen Gründen schon allein an der Überprüfung der Qualität der Weiterbildung und der Grundvoraussetzungen. Den medizinischen Fachgesellschaften fehlt es an der Legitimation, die Weiterbildung auf eine neue Grundlage zu stellen.

Obgleich die Ausbildung von Fachärzten für die Arbeit an deutschen Krankenhäusern im öffentlichen Interesse liegen sollte, werden die Krankenhäuser mit diesen Kosten alleingelassen. Dies führt letztlich dazu, dass diejenigen Krankenhäuser, die Weiterbildung betreiben, in die roten Zahlen rutschen. Ist ein Arzt mit der Weiterbildung fertig, gibt es nicht etwa wie im Fußball eine Ablösesumme für den Ausbilder; der Facharzt wird vom besten Angebot angelockt und geht dem finanziell zwangsläufig

* Mit freundlicher Genehmigung – Nachdruck aus „Frankfurter Allgemeine Zeitung“, 16. Mai 2007, Nr. 113, Seite 8. ▶

► schlechtergestellten (weil weiterbildenden) Krankenhaus verloren. In anderen Ländern ist das Problem bereits erkannt. In den Vereinigten Staaten und Spanien werden die Kosten für die Weiterbildung vollständig vom Staat übernommen, in Belgien gibt es Zuschüsse an die Krankenhäuser aus dem Gesundheitsministerium.

Als Indikator für die Altersstruktur in Krankenhäusern dient die Zahl der Ärzte, die jünger als 35 Jahre sind. Im Jahr 1994 waren 26 Prozent der Krankenhausärzte jünger als 35 Jahre, im Jahr 2004 nur noch 16 Prozent. Wir haben es also mit einer Überalterung der Ärzte in den Krankenhäusern zu tun. Hinzu kommt, dass Deutschland als einziges Hochlohnland keine Zuwanderung, sondern eine Abwanderung von Ärzten zu verzeichnen hat. Arbeitsbedingungen und Bezahlung sind in den vergleichbaren Ländern besser. Schon bald wird es in Deutschland keine ausreichende Anzahl qualifizierter Fachärzte geben, da man glaubt, an der Weiterbildung Geld sparen zu können.

Es wird viel über die Stärkung der Forschung in Deutschland geredet, Politiker betonen immer wieder, wie wichtig sie für die Zukunftsperspektiven unseres Landes sei. Tatsächlich sind viele Programme grundsätzlich zu begrüßen. Die "Exzellenz-Initiative", die Einrichtung von "Kompetenz-Netzen" oder die Förderung "Interdisziplinärer Kompetenzzentren für Forschung" verfolgen den richtigen Ansatz, Mittel für klinische Forschung nach Qualitätskriterien (gute Projektskizzen und ausgewiesene Arbeitsgruppen) zu vergeben. Die Umsetzung und vor allem die langfristige Absicherung dieser Anstöße wird jedoch insbesondere in der klinischen Forschung durch neue Gesetze und Verordnungen erschwert.

Klinische Forschung an universitären Einrichtungen ist vor allem die Forschung für den Patienten und am Patienten. Dabei geht es zum einen um die Aufklärung der pathogenetischen Abläufe, die zu Erkrankungen führen. Zum anderen und entscheidend geht es jedoch darum, in klinischen Studien Methoden zur Vorbeugung, Früherkennung, Diagnostik und Therapie von Erkrankungen zu entwickeln und zu prüfen.

Obwohl dies zu den originären Aufgaben der Universitätskliniken gehört, fehlt es meist an einer angemessenen Infrastruktur. So wurden die Mittelzuflüsse der Kliniken überwiegend durch ihre Aufgaben in der Patientenversorgung und, wenngleich deutlich geringer, in der Lehre bestimmt. Erst in jüngerer Zeit werden auch die Ergebnisse der Forschung bei der Verteilung von Mitteln berücksichtigt.

Dennoch hat die klinische Forschung an deutschen Universitätskliniken auf einigen Feldern hohes inter-

nationales Niveau. Dies ist vor allem der Bereitstellung von Forschungsmitteln durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft und – in der Krebsforschung – durch die Deutsche Krebshilfe zu verdanken. Zur Durchführung klinischer Studien leistet die pharmazeutische Industrie einen wesentlichen Beitrag. Das damalige Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat 1978 mit der Förderung multizentrischer Therapiestudien einen wesentlichen Anstoß gegeben. Dieser hat sich vor allem in der Onkologie bis heute erfolgreich fortgesetzt: Hier zählen deutsche Studiengruppen zur Weltspitze. Diese positiven Entwicklungen der vergangenen zwanzig bis dreißig Jahre werden jetzt in Frage gestellt. So erschwert das neue Arzneimittelgesetz die Durchführung industrieunabhängiger multizentrischer Studien durch einen Genehmigungsprozess, der viel Zeit und Geld kostet.

Möglicherweise noch gravierender und von grundsätzlicher Bedeutung für die klinische Forschung an den Universitäten sind jedoch die Auswirkungen der jetzigen Fassung des Hochschulrahmengesetzes, das unter anderem die Rahmenbedingungen für die Führungskräfte, die Professoren, neu festgelegt hat. So wurde die Eingruppierung in die C-Besoldung durch eine W-Besoldung abgelöst. Dies bedeutet nicht nur eine erhebliche Senkung des Grundgehaltes der Professoren, sondern schwächt auch ihre Position in hohem Maß. An manchen Standorten bedeutet die Annahme eines Rufs auf eine W-2-Professur etwa für einen habilitierten, klinisch erfahrenen Oberarzt ein um 600 Euro niedrigeres Grundgehalt. Außerdem fallen die Vergütungen für Dienstbereitschaft und Überstunden ersatzlos weg. Was also sollte ihn dazu motivieren, seine wissenschaftliche Karriere fortzusetzen und eine Professorenstelle anzutreten, die mit weiteren Aufgaben und einer größeren Verantwortung verbunden ist?

Alle noch so sinnvollen Programme zur Stärkung der klinischen Forschung an den Universitäten müssen daran scheitern, dass gleichzeitig diejenigen, die diese Forschung betreiben sollen und wollen, durch höhere Arbeitsbelastung, niedrigere Besoldung und unsichere Zukunftsaussichten demotiviert werden. Schon jetzt ist ein Rückgang des medizinischen Nachwuchses an Universitätskliniken zu verzeichnen; nur noch ein kleiner Anteil von Stellenbewerbern hat Interesse an Forschung und einer Universitätslaufbahn. Als wesentlicher Faktor gilt die Tatsache, dass in der Regel keine fest installierte Forschungszeit im Dienstplan vorgegeben werden kann: Drittmittelstellen unterstützen so den klinischen Alltag.

Wie ist es erklärlich, dass auf der einen Seite Mittel für Programme bereitgestellt werden, auf der ►

► anderen Seite aber der wissenschaftliche Nachwuchs abgeschreckt wird? Anfang 2006 sind die Assistenzärzte der Universitätskliniken in Streik getreten, um auf ihre Lage aufmerksam zu machen; sie waren erfolgreich. Müssen jetzt auch die Professoren auf die Straße gehen?

Die fehlenden Investitionen an den Hochschulen, die geltenden Tarifverträge, der Mehrbedarf an Ärzten in den Kliniken durch die Verpflichtung, seit Januar 2007 das Europäische Arbeitszeitgesetz für Ärzte umzusetzen, sowie die Einführung der Finanzierung von Krankenhausleistungen durch das Fallpauschalensystem führen zu einem enormen Kostendruck. Dies macht Änderungen erforderlich.

Neben einer Privatisierung von Krankenhäusern und der Neuausrichtung von Kliniken, die Teilleistungen abstoßen, die nicht ökonomisch sinnvoll erbracht werden können, werden in vielen Häusern einzelne Bereiche an private Firmen übergeben. Dies betrifft vor allem Dienstleistungen wie Reinigung, Wäschereien und Kantinen; das "outsourcing" macht aber auch vor Labor- und radiologischen Leistungen nicht halt. Zusätzlich werden öffentlich-private Partnerschaften (ÖPP) erörtert, um Investitionen fließen zu lassen. Dabei geht es vor allem um die Erneuerung der maroden Infrastruktur sowie die Bereitstellung teurer Geräte.

Schon gibt es Bestrebungen, ÖPP-Projekte nicht nur auf die Bereitstellung von Einrichtungsgegenständen zu beschränken, sondern ärztliche Leistungen einzubeziehen. Wird in Zukunft das Angebot ärztlicher Leistungen also nicht durch die Ärzte, sondern durch den privaten Partner bestimmt? Besonders fragwürdig ist dies in hochsensiblen Bereichen wie dem Operationstrakt und der Intensivstation. Dort wird mit der Bereitstellung von Operationssälen, von Ärzten der Anästhesie und Intensivmedizin oder sogar durch die Übernahme des Operationssaal-Managements einem Unternehmen die gesamte Steuerung und Ausrichtung des Krankenhauses überlassen. Das kann bedeuten, dass für weniger lukrative Eingriffe keine Kapazitäten bereitgestellt werden. Es kann auch heißen, dass Fachabteilungen benachteiligt werden, die zwar im Sinne des Fallpauschalensystems gewinnbringend arbeiten und somit für das Krankenhaus auch wirtschaftlich sinnvoll sind, die aber dem Partnerunternehmen keine zusätzlichen Gewinne durch die Verwendung industrienaher Produkte einbringen.

Wird in solche erweiterten ÖPP-Projekte die Bereitstellung ärztlicher Leistung einbezogen, wird also der Arzt Angestellter des Unternehmens und nicht des Krankenhauses, ist die ärztliche Therapiefreiheit in Frage gestellt. In einem solchen Modell ist zum Beispiel vorstellbar, dass in Zukunft manche Thera-

pieverfahren weniger häufig und andere viel häufiger durchgeführt werden, wenn der private Partner nach Geräteauslastung seines Unternehmens mit dem Krankenhaus abrechnet. Patientenbezogene ärztliche Tätigkeiten müssen aus ÖPP-Projekten ausgeklammert bleiben. Sie können nicht dem Profitabilitätsgedanken unterworfen werden. Während sich auf nichtärztlichen Gebieten durch Outsourcing die Personalkosten senken lassen, ist dies bei den Ärzten in Zeiten des Ärztemangels kaum vorstellbar. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich an den Hochschulkliniken, wenn Teilgebiete der Patientenversorgung und damit des ärztlichen Personals an Dritte übergeben werden. Sollen sich Forschung und Lehre den Interessen der Industrie unterordnen? Dies würde die Wissenschaftsfreiheit in Frage stellen.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde ein Entgeltsystem für Leistungen im Krankenhaus eingeführt, das im Voraus berechnete Fallpauschalen statt Bezahlung durch Tagessätze vorsieht. Vom Gesundheitsministerium wurde die neue Finanzierungsform begeistert empfohlen, um den Klinikaufenthalt von Patienten zu verkürzen und die Therapie zu verbessern. Verdrängt wurde dabei, dass die alte Regelung ebenfalls durch das Bundesgesundheitsministerium angeregt worden war: Ärzte und Krankenhäuser waren gezwungen, Patienten mit unkompliziertem, kostengünstigem Verlauf länger stationär zu behalten, um die Behandlung schwerer erkrankter Patienten mit zu finanzieren.

Die Umstellung auf Fallpauschalen sollte Transparenz, Leistungs- und Qualitätsvergleich, Abbau von Überversorgung, Begrenzung der zukünftigen Kostensteigerungen und Optimierung der Behandlungswege erreichen. Da in den letzten zwei Jahrzehnten insgesamt sechs größere Reformen mit mehr als 6.800 Einzelbestimmungen und Verordnungen kein Heil gebracht hatten, war die Zuversicht der Ärzte allerdings gedämpft.

Was als sinnvolle Methodik erscheint – jeder Mediziner erhält bei gleicher Fallschwere den gleichen Erlös – entpuppt sich, insbesondere bei Hochrisikopatienten, in der Intensivmedizin und bei onkologischen Erkrankungen, als vielschichtiges Problem zum Nachteil der Klinik. So werden brandverletzte Intensivpatienten täglich von neuem "kodiert": Damit sollen die Beatmungszeiten, der Pflegezustand, teure Medikamente, der Ersatz von Niere oder Blutgerinnung, künstliche Haut, Verbandswechsel und Operationen minutiös erfasst werden. Vorschriften wie diese weiten die bürokratische Tätigkeit von Ärzten und Pflegenden dramatisch aus, dennoch ergibt sich daraus keine korrekte Abrechnung. Mehrere Verfahrensstudien angesehener deutscher Gesundheitsökonom haben nicht ►

► zu einer sinnvollen Einstufung der etwa 2.000 beteiligten Patienten im Jahr geführt, daher wurde eine separate direkte Abrechnung vorgeschlagen. Bis heute ließ sich jedoch keine einfache und sinnvolle Vereinbarung erzielen.

In Australien, dem Vorbild des Fallpauschalensystems, wurden nach jahrelangem Testen je nach Bundesland nur 40 bis 60 Prozent der möglichen Diagnosen in das Fallpauschalensystem eingebracht. Warum in Deutschland 100 Prozent vorgegeben und angesteuert werden, bleibt unerklärlich. Mit Worthülsen wurde versucht, Schwächen zu kaschieren. Es dauerte mehr als fünf Jahre, bis zum Beispiel die Wiederanpflanzung von fünf abgetrennten Fingern, die 12 bis 15 Stunden in Anspruch nimmt, nicht mehr wie die Replantation eines Einzelfingers bezahlt wurde. Noch heute lässt sich eine Vielzahl solcher Beispiele anführen, die mit sinnvoller Kostenabschätzung einer gerechten Erstattung zugeführt werden könnten.

Inzwischen steht ein Heer von Beratungsfirmen bereit, um Kliniken und Ärzten wichtige Änderungen nahezubringen. Im Alltag entsteht ein bürokratischer Rattenschwanz: Kodierung, Überprüfung, Rechnungsstellung, Ablehnung, Einspruch, neue Begründung, Vorlage beim MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) und schließlich gerichtliche Klärung. Selbst Monate nach einer zugesagten Kostenerstattung kann ein Krankenkassen-Revisor den Fall neu aufrollen.

Das Argument, ein klug wirtschaftender Abteilungsleiter könne mit geschickter Planung und einer "Fallmischung" ein gutes Ergebnis erzielen, hat mit

medizinischen Notwendigkeiten nichts zu tun, denn der Arzt muss auch "erlösschädliche" Patientengruppen einbeziehen, weil er dazu ethisch verpflichtet ist. Hinzu kommt weiterhin die Begrenzung seines Klinikbudgets, das bei Überschreitung Abschlüsse vorsieht und zu Defiziten führt. Insgesamt kann dieses System selbst bei wohlwollender Betrachtung nicht als marktwirtschaftlich bezeichnet werden.

Hauptgrund der Reformen war die Kostenminderung. Obwohl eine Begleitforschung gesetzlich vorgeschrieben war, liegen nach sieben Jahren noch keine validen Daten über den Einspareffekt vor. Wenn man die zusätzlichen Arbeitsstunden für Dokumentation, für die Kosten der "Best-Koder", für Controller, Kursangebote, Investitionen in Hard- und Software, für die mehr als 7.000 Mitarbeiter des MDK und für die erhöhte Arbeitsbelastung von Sekretariaten, Archivaren und Sachbearbeitern in Kliniken und Krankenkassen in Rechnung stellt, wird man im Blick auf Einsparungen skeptisch.

Beim Wettrennen um "kostengünstige Patienten", die das ökonomische Wohlergehen der Klinik sichern, stehen Gruppen mit schwierigen oder mehreren behandlungsbedürftigen Erkrankungen im Abseits. Auch wenn es immer wieder geleugnet wird, ist nicht zu bestreiten, dass eine geschickte Patientenauswahl zur Verbesserung der Erlöse beiträgt. Wenn in den Jahren 2009/2010 die sogenannte "Scharfschaltung" des Systems einsetzt, das die Existenz von etwa 20 Prozent aller Krankenhäuser bedroht, ist mit einer Verstärkung der jetzt schon bestehenden Mängel zu rechnen.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. H. Van Aken
– Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Anästhesiologie und Intensivmedizin –

Prof. Dr. med. W. Hiddemann
– I. stellvertretender Vorsitzender der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin –

Prof. Dr. med. H.U. Steinau
– Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Chirurgie –

21. Herbsttreffen des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Kardioanästhesie der DGAI "1987 bis 2007 – zum 20jährigen Bestehen des Arbeitskreises".

15. - 17. November 2007, Kongress- und Kulturzentrum der Stadt Fulda, Hotel Esperanto,
Esperantoplatz, 36037 Fulda, Tel. 0661-242 910, Fax: 0661-242 91 151,
<http://www.kongresszentrum-fulda.com>, info@kongresszentrum-fulda.com

Programm und weitere Informationen: **www.ak-kardio.de**

Für die Posterausstellung bitten wir um Einreichung von Abstracts in englischer Sprache bis zum 12. Oktober 2007 an uwe.schirmer@uniklinik-ulm.de

Ausgewählte Poster kommen zur kurzen, oralen Präsentation; alle Beiträge der Veranstaltung werden in einem Abstractband in "Applied Cardiopulmonary Pathophysiology" publiziert.

Kontakt: Priv.-Doz. Dr. med. Uwe Schirmer, Abt. Kardioanästhesiologie, Universitätsklinikum Ulm, Steinhövelstraße 9, 89075 Ulm, Tel.: 0731- 500 55400, Fax: 0731- 500 55403