

ZUNEHMENDE PRIVATISIERUNG VON KRANKENHÄUSERN IN DEUTSCHLAND

(Auszug Kap. 16/17)

**Wesentliche Aspekte möglicher Folgen
für die ärztliche Tätigkeit**

Mögliche Auswirkungen einer Privatisierung

Folgen für die ärztlichen Arbeitsverhältnisse,
die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung
und das zukünftige Arztbild

Die zunehmende ökonomiezentrierte Umstrukturierung des deutschen Gesundheitswesens geht einher mit der verstärkten Einführung marktwirtschaftlicher Instrumente durch die Träger, um im verstärkten Wettbewerb bestehen zu können. Neben wiederholten Struktur- und Prozessänderungen wird insbesondere auch eine Änderung (Senkung) des Personalbudgets in Kliniken angestrebt. Die Nichtbesetzung von Stellen der aus Altersgründen ausscheidenden Mitarbeiter, das Outsourcing und die damit verbundene neue, niedrigere Tarifeinstufung von Servicebereichen (z. B. Catering, Reinigung, Service etc.), die Verkürzung von Vertragslaufzeiten, aber auch die gezielte Ausgliederung ökonomisch nicht interessanter personalintensiver Fachbereiche sind nur einige der Konsequenzen, die daraus folgen.

Neben den Umstrukturierungs- und Einsparmaßnahmen wird auch zunehmend in das Aufgabengebiet des klinisch tätigen Arztes eingegriffen. Die reine Ausübung der erlernten ärztlichen Tätigkeit gegenüber dem Patienten stellt unter den aktuellen Bedingungen eine Ausnahme dar. Verwaltungsaufgaben, Auseinandersetzungen bezüglich der Kostenübernahme von Krankenkassen für die Behandlung von Patienten mit dem Medizinischen Dienst etc. gehören zum

Impressum

Auszug der Kapitel 16 und 17 des Berichts der Arbeitsgruppe
des Vorstandes der Bundesärztekammer

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.bundesaerztekammer.de

Juni 2007

täglichen Arbeitsablauf. Die eigentlich originäre ärztliche Tätigkeit, mittels spezifischer medizinischer Expertise, patientenindividuell adaptierte sinnvolle diagnostische und therapeutische Entscheidungen treffen und Verfahren zum Wohle des Patienten einsetzen zu können, wird zunehmend in den Hintergrund gedrängt. Ärztinnen und Ärzte sollen heute zunehmend neben einer hohen medizinischen Expertise auch eine perfekte Verwaltungs-, Personalführungs- und Managementkompetenz etc. aufweisen.

Verschiedene Träger, insbesondere private Kliniken/Klinikketten befassen sich zunehmend (öffentlich) mit dem Versuch der Neudefinition eines zukünftigen Arztbildes. Inwiefern dieses jedoch tatsächlich den ärztlichen Interessen entspricht, bleibt abzuwarten.

Sollte 1996 der Chefarzt vergleichbar einem Manager eines Wirtschaftsunternehmens in die Entscheidungsprozesse und Gesamtbudgetverhandlung des Krankenhausträgers noch einbezogen werden, (W. Pföhler, Die Stellung des Arztes im künftigen Gesundheitszentrum) steht aktuell die Auseinandersetzung mit einer den Chefarzt nicht mehr erwähnenden, in verschiedene Strukturen der ärztlichen Leistungserbringer untergliederte Einteilung des ärztlichen Leistungsbereiches an. So hat z. B. in 2006 ein privater Träger folgende Unterteilung des ärztlichen Leistungsbereichs zur Diskussion gestellt:

- ▶ Personenbezogener Berater (Ärztin/Arzt), der als Case-Manager tätig ist
- ▶ Ärztin/Arzt, der als Spezialist für hoch differenzierte Einzelleistungen in seiner eigentlichen medizinischen Kernkompetenz tätig ist
- ▶ Ärztin/Arzt in der Funktion eines Systembetreuers für den Gesamtprozess (Controllingfunktion)
- ▶ Ärztin/Arzt als interner Berater für Zweitmeinungen

Diese Neuaufteilung ärztlicher Tätigkeiten soll zudem durch die Verlagerung pflegender bzw. administrativer Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen begleitet werden.

So sehr es begrüßt wird, dass sich Kliniken, Klinik-Geschäftsführungen oder aber auch Klinikketten mit der Ausgestaltung zukünftiger verbesserter Arbeitsverhältnisse für Ärztinnen und Ärzte in Kliniken intensiv befassen, so sehr gilt es, diese Vorschläge im Detail und trägerunabhängig zu hinterfragen. Man kann sich in einer ersten Beurteilung nicht des Eindrucks erwehren, dass mit der diesen Konzepten unterliegenden Differenzierung der Leistungen in verschiedene Kategorien und Spezialisierungen letztlich die Prämisse der Verschiebung der Entscheidungshoheit zugunsten der Klinikverwaltung/Geschäftsführung verbunden ist.

Wurde 1996 für die ärztlichen Führungskräfte noch gefordert, neben ihren medizinischen Verantwortlichkeiten auch Führungsaufgaben zu übernehmen und in die Entscheidungen des Krankenhausträgers einbezogen zu werden, so findet sich in der derzeitigen Diskussion zwar ebenfalls die Forderung nach Kompetenz des Arztes jenseits seiner originär ärztlichen Tätigkeit (als Prozessmanager, Organisationsmanager, Qualitätsmanager, Controller, Budgetverantwortlicher etc.). Allerdings finden sich nur wenige Hinweise, dass ärztlichen Führungskräften auch die notwendigen Entscheidungsautonomien, (finanziellen) Ressourcen oder aber auch die geeigneten Steuerungs-, Informations- und Kommunikationsmittel zur Verfügung gestellt werden sollen.

Die Diskussion einer Neudefinition ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus wird zwar primär durch Kliniken in privater Trägerschaft ausgelöst, kann nach den eingehenden Diskussionen mit den Vertretern unterschiedlicher Träger jedoch nicht als Spezifikum privater Träger gewertet werden. Letztlich gilt es, trägerunabhängig wesentliche Fragen des zukünftigen Arztbildes angesichts der Gefahr des zunehmenden Primates der Ökonomie gegenüber der Medizin zu diskutieren. Die Diskussionen haben gezeigt, dass folgenden Punkten eine besondere Bedeutung zukommen wird:

- ▶ Verdeutlichung, dass die Gewährleistung guter Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zu einem entscheidenden Wettbewerbsvorteil der beteiligten Kliniken werden kann.

- ▶ Eine zu kurzfristig angelegte, rein auf ökonomische Effizienz und schnelle Gewinnausschüttung ausgerichtete Arbeitsstrategie kann durch die Gefährdung der Qualität der Patientenversorgung mittel- und langfristig den Ruf einer Klinik/eines Trägers und somit seine ökonomischen Grundlagen erheblich gefährden.
- ▶ Die von einigen Klinikgeschäftsführern bemängelte Abnahme der Loyalität und Identifikation von Ärztinnen/Ärzten mit ihrer Klinik und ihrer Arbeit kann nur dann verhindert werden, wenn diese weitgehend ihrer originären ärztlichen Tätigkeit zur Sicherung einer angemessenen, individuell adaptierten Patientenversorgung bei angemessener Bezahlung und dem Angebot längerfristiger/langfristiger Verträge nachgehen können.
- ▶ Verbindlichkeit von erfolgten Personal- und Budgetabsprachen, auch für die beteiligten Verwaltungsbereiche. Hiermit verbunden ist die notwendige Einführung valider Mess- und Steuerungsinstrumente.
- ▶ Bei Forderungen der Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten mit hohem dokumentarischen und verwaltungstechnischen oder aber auch pflegerischem Anteil muss die gemeinsame Diskussion über die Definition einer klaren einheitlichen Regelung für die Verantwortungsbereiche (mit Klärung der dazugehörigen Haftungsfragen) und die zugehörigen Aus- und Weiterbildungen erfolgen. Eine Atomisierung der Ausbildungsdefinition mit der Gefahr der Orientierung am unteren Level des gerade noch juristisch Notwendigen gilt es zu vermeiden. Die Bundesärztekammer warnt vor Verschiebungen originärer ärztlicher Tätigkeiten ohne vorherige intensive Diskussion und Abstimmung mit der Ärzteschaft. So haben einzelne Klinikkonzerne bereits neue Ausbildungsberufe favorisiert, exemplarisch hierzu sei der OTA (Operations-technische Assistent) und ATA (Anästhesietechnische Assistent) oder der MAFA (Medizinische Assistenz für Anästhesie) genannt. Ähnliches soll mit der Einführung von Parallelnarkosen erreicht werden.

Dass die Beteiligung der Ärzteschaft an der Diskussion wichtig und auch erfolgreich sein kann, zeigt eine Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt vom 16.03.2007.

Nach Thematisierung durch die zuständige Fachgesellschaft/Ärzteschaft wurde sehr schnell deutlich, dass die in diesem Fall betroffenen sog. Parallelnarkosen im Rahmen einer Delegation an medizinischen Assistentinnen/Assistenten für Anästhesie durchgehend abgelehnt wurden. Auch Medizinrechtler meldeten einhellig erhebliche Bedenken an. Erfreuliche Konsequenz war, dass der betroffene Konzern am 07.03.2007 seine Chefärzte explizit angewiesen hat, den Vorgaben der Fachgesellschaft/Ärzteschaft zu folgen.

Die anstehenden Debatten zur Modernisierung und Rationalisierung großer Teile des deutschen Gesundheitssystems müssen entscheidend durch im Bereich Management, Prozessorganisation, Personalführung und auch Kommunikation kompetent ausgebildete Ärztinnen und Ärzte mitgestaltet werden. Die zugrunde liegende Prämisse ist, dass entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte voraussichtlich deutlich besser in der Lage sein werden, die Spannung zwischen den auf ein Individuum bezogenen Ansprüchen der Medizin und betriebswirtschaftlichen Erwägungen auszugleichen, als ein rein kaufmännisch ausgebildeter Betriebswirt.

Dies bestätigt interessanterweise auch der Fakt, dass die Umstrukturierung und Modernisierung weiterer Kliniken und dem damit verbundenen Strukturwechsel aktuell weniger an dem zur Verfügung stehenden Kapital als an der Verfügbarkeit von ökonomisch und medizinisch versiertem Management scheitert.

„Das Know-how der inländischen Manager ist der Dreh- und Angelpunkt. Ohne ein erstklassiges Management kann man auf dem deutschen Markt mit seinen vielen Besonderheiten wenig ausrichten“

(Manager eines Klinikkonzerns, FTD 10.03.2007).

Die Ärzteschaft hat deutlicher als bisher die organisatorischen Grenzen dieses Modernisierungsprozesses zu betrachten. Dazu gehören die Veränderung des Aufbaus und des Ablaufs des Krankenhauses (Organisationsreform), die Arbeitsteilung und die Hierarchie, aber insbesondere auch die Frage der Kooperation und Arbeitsteilung zwischen der Ärzteschaft und den anderen im Krankenhaus tätigen Fachberufen.

Ebenso gilt es, die Gefahr der Standardisierung und Schematisierung als eine angeblich unvermeidbare Nebenfolge einer eindimensionalen ökonomischen Orientierung frühzeitig zu thematisieren und diese als substantielle Gefährdung der Medizin darzustellen. Allerdings ist die Ärzteschaft dringend aufgerufen, ihr eigenes Berufsbild, deutlicher als bisher geschehen, gegenüber den nicht-ärztlichen Berufen im Gesundheitssystem darzustellen.

Eindimensionale Ökonomisierungserfolge können in Kliniken zunächst relativ leicht erreicht werden. So wurde seit Mitte der 90er Jahre durch Outsourcing vielfach eine Absenkung des Lohnniveaus durch Tarifbereichwechsel in bestimmten Beschäftigungsgruppen erreicht. Die durch u. a. steuerrechtliche Regelungen bedingte Zunahme der gegenläufigen Tendenz zur Zunahme des (Re-)Insourcing ist ein Indiz dafür, dass eine langfristige Verlässlichkeit der strategischen Bemühungen zur Effizienzsteigerung nur bedingt gegeben ist. Inwiefern diese relativ kurzfristig erfolgreichen Konzepte zur Schöpfung von Effizienzreserven auf längere Zeit tragfähig sind und somit die medizinische Versorgung sicherstellen können, bleibt abzuwarten.

Ebenso gilt es auf die Gefährdung der „weichen Faktoren“, wie z. B. kommunikative Leistung, Zuwendung, Begegnung etc., hinzuweisen. Die aktuellen Vergütungssysteme ermöglichen keine spezifischen Regelungen für eine adäquate Abbildung der Betreuung sterbender Patienten oder aber sich verabschiedender Angehöriger. Dennoch bleibt diese Form der Zuwendung insbesondere aus ethischer Sicht mehr denn je unverzichtbar. Viele dieser sicherlich nicht den Kern der im Vergütungssystem hinterlegten Leistungen direkt treffenden Bestandteile ärztlicher Arbeit sind für das Ergebnis um

das Bemühen zukünftiger ärztlicher Tätigkeiten von entscheidender Bedeutung. Eine unverzichtbare Voraussetzung ist daher die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen und Indikationsstellung unter den gewandelten Bedingungen im Sinne der Wahrung der Therapiefreiheit.

Dies bedeutet, dass auch unter den neuen Finanzierungsbedingungen „verlustbringende“ Patienten weiterhin aufgenommen und nach dem neuesten Stand des medizinischen Wissens betreut werden können müssen. Eine ökonomisch bedingte Selektion von Patienten (insbesondere im Bereich der Notfallversorgung) bleibt inakzeptabel und wird von der Ärzteschaft zurückgewiesen. Insbesondere bei Patienten, die aus ökonomischer Sicht potentielle „Extremkostenausreißer“ werden könnten, muss das Primat der medizinischen Indikation gewährleistet bleiben.

Die mit der Privatisierung verbundene Spezialisierung wird die Möglichkeiten zur ärztlichen Weiterbildung (absolute Zahl der Weiterbildungsstellen, neuer Weiterbildungsspektrum in einer Klinik) begrenzen. Die Rotation während der Weiterbildung als Garant der für den Erwerb einer Facharztbezeichnung notwendigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten darf durch die Privatisierung nicht eingeschränkt werden.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass das DRG-System ggf. Krankenhäuser benachteiligt, die ärztliche Weiterbildungsstellen anbieten. Inwiefern private Krankenhausträger aus ökonomischer Motivation die Anstellung von Fachärzten bzw. Weiterbildungsassistenten ab dem 3./4. Weiterbildungsjahr anstreben, bedarf weiterer Untersuchungen.

Fehlende Weiterbildungskapazitäten können in ausgewählten Fachgebieten den bereits bestehenden Ärztemangel noch verstärken.

Für den Arzt kann dies eine Einschränkung bei der Erfüllung seines subjektiven Fortbildungsbedürfnisses bedeuten. Der Arzt muss auch weiterhin in der Wahl der Art seiner Fortbildung frei bleiben (vgl. Musterfortbildungsordnung).

Schlussfolgerungen

Die Situation der Krankenhausversorgung ist durch einen zunehmenden ökonomischen Druck gekennzeichnet, der, ausgelöst durch die politischen Rahmenbedingungen der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen mehr und mehr dazu zwingt, medizinisches Vorgehen, ärztliches Handeln und organisatorische Abläufe in den Krankenhäusern ökonomischen Anfragen gegenüber zu begründen.

Aus der Ärzteschaft wird dies vielfach als eine Verminderung des originären ärztlichen Einflusses und als ein Eingriff in die Garantstellung der ärztlichen Profession gegenüber den Patientinnen und Patienten wahrgenommen.

Eine besondere Akzentuierung erfährt dies dann, wenn ein Wechsel des Krankenhausträgers z. B. vom kommunalen Träger zum privaten Krankenhausträger zu einer Situation der völligen Revision aller Prozesse im Krankenhaus und zu einer Reorganisation durch den neuen Krankenhausträger führt.

Die damit verbundene häufige Konfrontation zwischen ökonomischer Argumentation und medizinischer Sichtweise macht es vielfach schwierig, sich auf ein gemeinsames Ziel und einheitliches Vorgehen zu verständigen. Viele Ärztinnen und Ärzte erleben derartige Situationen als einen Widerspruch zwischen hippokratischem Eid und ökonomischen Anforderungen.

Im Prinzip sind die ökonomischen Herausforderungen unter dem gegenwärtig existierenden Finanzierungssystem der Krankenhäuser in allen Trägergruppen gleich. Ein markanter Unterschied zwischen privaten Krankenhausträgern sowie kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhausträgern besteht darin, dass der private Krankenhausträger seine betrieblichen Ziele ohne „politisches Widerlager“ unmittelbar durchsetzen kann, während kommunale

und freigemeinnützige Träger, eingebettet in das jeweilige Gefüge politischer oder kirchlicher Instanzen, gegenüber diesen Instanzen für ihr Vorgehen begründungspflichtig sind. Dies hat zur Folge, dass die Geschwindigkeit von Reorganisationsprozessen in aller Regel bei privaten Krankenhausträgern deutlich höher ist als bei öffentlich rechtlichen und freigemeinnützigen Trägern.

Von Seiten der Ärztinnen und Ärzte, die sich in erster Linie der Patientenversorgung zu widmen haben und die strategische, organisatorische und auf die Rahmenbedingungen bezogene politische Aufgaben nur am Rande der eigenen Tätigkeit erfüllen können, wird dies immer wieder als struktureller Nachteil für die eigene Einflussnahme erlebt, weil die zeitlichen Abläufe nur begrenzt auf die Belastung der Ärztinnen und Ärzte durch ihre eigentlichen Dienstaufgaben Rücksicht nehmen.

Die komplexere Art der Entscheidungsfindung, insbesondere in öffentlichen Krankenhäusern könnte einerseits die Einflussnahme auf die Trägerentscheidungen aus der Ärzteschaft erleichtern, weil für diese Einflussnahme mehr Zeit zur Verfügung steht, andererseits bieten sich Ansatzpunkte für vielfältige sachfremde Erwägungen.

Grundsätzlich ist die Ökonomie ein dienendes Instrument zur Realisierung von Werten in einer Welt knapper Ressourcen und trägt insofern zu einer größeren Effizienz und Effektivität der in der Medizin eingesetzten Mittel bei.

Vor diesem Hintergrund ist eine Dialogkultur anzustreben, die die Partnerschaft zwischen Medizin und Ökonomie gestaltet, um dadurch die weit verbreitete konfrontative Auseinandersetzung zu überwinden.

Aufgrund der stärker an Bilanzergebnissen orientierten Ausrichtung privater Krankenhausträger ist dort der Ressourcenmangel häufig stärker und konsequenter reflektiert, als dies bei kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhausträgern der Fall ist, insbesondere was die Handlungsmöglichkeiten im eigenen Betrieb angeht. Oft richten kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser ihre Erwartungen an Hilfen von außen, während private Krankenhausträger eher die selbst gegebenen Möglichkeiten in den Blick nehmen und in den Vordergrund ihrer Bemühungen den Versuch stellen, aus der jeweils gegebenen Situation das jeweils bestmögliche Ergebnis zu erzeugen.

Vor diesem Hintergrund haben die privaten Krankenhausträger früher als andere ein Gespür für die ökonomischen Möglichkeiten einer dem industriellen Bereich entlehnten „Erstellung von Dienstleistungsprodukten“ entwickelt. Zu nennen sind hierbei die Erstellung von Dienstleistungen in Serie, die Nutzung der Ökonomie der großen Zahl, das Operieren mit Schemata bzw. Behandlungspfaden, der den menschlichen Einsatz ersetzende Gebrauch von Technik und die Reduktion des eigenen Interessengebietes auf im Vergleich unter Umständen verkürzte Sach- und Zeitkontexte einer umschriebenen Aufgabe, so dass auch bei Patienten mit mehreren Erkrankungen oder sozialen Begleitproblemen die Monodimensionalität der im Vordergrund stehenden Diagnose stark ausgeprägt sein kann.

Hippokrates von Kos

* um 460 v. Chr. auf der griechischen Ägäisinsel Kos

† um 370 v. Chr. in Larisa, Thessalien

Während der ärztliche Beruf seine Sinnerfüllung in der individuellen Zuwendung zum Patienten, in einer möglichst maßgeschneiderten Diagnostik und Therapie, in einem Verzicht auf schematisiertes Vorgehen und in einem dosierten, nicht unbedingt an Kapazitätsauslastung orientiertem Einsatz von Technik sieht sowie die Ganzheitlichkeit des Menschen in den Griff nimmt, können sich diese Ziele als Erschwernis für das Erreichen von ökonomischen Skaleneffekten und Prozessstandardisierungen darstellen.

In der Unterschiedlichkeit der Sprachwelten der Medizin und der Ökonomie liegt einer der Gründe dafür, dass der Dialog über diese unterschiedlichen Sichtweisen häufig bereits im Ansatz misslingt.

Hinzu kommt, dass die ärztliche Profession in ihrer Sozialisierung stärker von volkswirtschaftlichen Erwägungen, das Handeln von Geschäftsführungen und kaufmännischen Betriebsleitungen jedoch eher von betriebswirtschaftlichen Erwägungen beeinflusst wird. Dem liegt der Sachverhalt zugrunde, dass eine mangelnde Bereitstellung von Ressourcen aus der Volkswirtschaft für die dem Krankenhaus gesetzten Aufgaben angesichts der langen Phase der Budgetdeckelung in Deutschland derzeit in den wenigsten Fällen durch eine betriebswirtschaftliche Hinnahme von Defiziten ausgeglichen werden kann.

In aller Regel werden die verfügbaren Trägermittel für eine solche Garanten- oder Gewährleistungsstellung nicht ausreichend sein. Aus Sicht der Ärzteschaft ist selbstkritisch anzumerken, dass in vielen Fällen die ökonomische Seite im Krankenhaus zu Unrecht zum vermeintlich Schuldigen für außerhalb des Krankenhauses verursachte Mittelknappheiten genommen wird. Andererseits steht die Möglichkeit ökonomischer Rationalisierungen im jeweiligen Krankenhaus und die Möglichkeit, die im Krankenhaus verfügbaren Mittel so konzentriert wie möglich zur eigentlichen Aufgabenerfüllung einzusetzen, nur begrenzt im Mittelpunkt des medizinisch-ökonomischen Dialoges.

Aus der Warte der Ärzteschaft muss an jedes Krankenhaus unabhängig von der Trägerschaft die Erwartung gerichtet werden, die volle Erfüllung der ärztlichen Pflichten auch dadurch zu erleichtern,



dass jegliche Ressourcenverschwendung und jeglicher Mitteleinsatz außerhalb der dem Krankenhaus gestellten Aufgaben vermieden werden muss. Dies schließt auch einen unökonomischen Einsatz ärztlicher Arbeitskraft durch Befrachtung mit nichtärztlichen Aufgaben nachhaltig aus. Die Arbeitsgruppe hält es für sinnvoll, in dieser Frage die ärztliche Qualifikation auszubauen.

Der Patient, der die Hilfe eines Krankenhauses braucht, kann nicht wissen, ob das Krankenhaus mit einem zu knappen oder auskömmlichen Budget ausgestattet ist. Er muss sich auf die Geltung des Grundprinzips ärztlichen Handelns verlassen, dass der jeweilige Patient alle im Einzelfall notwendigen Leistungen erhält. Diese Notwendigkeit besteht im Einzelfall jedenfalls immer dann, wenn die betreffende Leistung mit der begründeten Erwartung verbunden ist, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Konkretes ärztliches Handeln orientiert sich somit am aktuellen Stand medizinischer Kenntnisse und Fertigkeiten. Sicher ist es geboten, bei medizinisch eindeutig gleichwertigen Versorgungsmöglichkeiten der kostengünstigeren Variante den Vorzug zu geben. Damit entspricht der Arzt dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. Er sorgt dafür, dass die eingesetzten Mittel den größtmöglichen Nutzen stiften.

Politisch oder ökonomisch gesetzte Grenzen für die Gesamtausgaben des Gesundheitswesens, für einzelne seiner Sektoren oder für einzelne Institutionen führen jedoch zu einer Begrenzung des Leistungsumfangs aus medizinfremden Gesichtspunkten. Damit entsteht die Gefahr impliziter, schleichender bzw. heimlicher Rationierung. Heimlich sind derartige Rationierungen, weil abgesehen von spektakulären Sachverhalten die wenigsten Patienten eine realistische Chance haben, mit zutreffendem Ergebnis kritisch zu prüfen, welche Behandlungen nach den Maßstäben des Sozialgesetzbuches bzw. nach dem Stand ärztlichen Wissens in ihrem Fall geboten sind.

Damit stellt sich die Frage, ob ein Patient, dem notwendige Leistungen gänzlich vorenthalten werden oder bei dem eine Alternative mit geringeren Kosten angewendet wird, obwohl das teurere Verfahren mit vernünftiger Wahrscheinlichkeit einen zusätzlichen Gesund-

heitsgewinn gebracht hätte, darüber aufgeklärt werden muss, und wenn ja, in welcher Weise. Nur informiert – im „informed consent“ – ist der Patient nämlich in der Lage, eine freie Entscheidung darüber zu treffen, ob er eine ihm zugedachte suboptimale Behandlung akzeptieren und fortsetzen oder sich lieber aufgrund eigener Entscheidung in eine andere, dann möglicherweise auch aus privaten Mitteln finanzierte, mitfinanzierte oder zumindest vorfinanzierte Behandlung begeben will. Diese Möglichkeit darf ihm jedenfalls dann nicht verweigert werden, wenn er aufgrund der rechtlichen Gestaltung seines Sachleistungsanspruchs erwarten kann, eine bedarfsgerechte Behandlung zu erhalten.

Implizite Rationierung ist vor diesem Hintergrund gefährlicher als offizielle und erklärte Rationierung. Implizite Rationierung, bei der es keine offiziellen Leistungsausschlüsse gibt, sondern bei der der einzelne Behandler zum Beispiel infolge der bereits angesprochenen Budgetierung im Einzelfall die Entscheidung einer Rationierung in Form einer nicht vorgenommenen Verordnung trifft, nimmt dem Patienten nämlich die Möglichkeit, diese Rationierung durch eigene Entscheidungen, zum Beispiel durch die für eine private Zusatzversicherung, aufzufangen.

Nach Auffassung der Arbeitsgruppe ist es nicht möglich, im gegenwärtigen Stand der Entwicklung eine eindeutige Zuordnung aufgabengerechter bzw. nicht aufgabengerechter Krankenhausführung zu den verschiedenen Trägergruppen vorzunehmen. Viel mehr zeigt sich, dass die in Deutschland vorhandene Vielfalt von Trägern, die so genannte Trägerpluralität, mit ihrer Möglichkeit, unterschiedliche Träger und ihr unterschiedliches Vorgehen miteinander zu vergleichen, insgesamt eine Stärkung des Systems bedeutet, weil sich die verschiedenen Trägergruppen im Vergleich zueinander behaupten müssen und damit ihre spezifischen Stärken ins Spiel bringen können. Die unterschiedlichen Motivationselemente zum Betrieb von Krankenhäusern werden jeweils als Triebkraft für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung genutzt. Transparenz über die erzielten Ergebnisse entsteht allerdings nur bei verbesserten Vergleichsmöglichkeiten, die über die bloße Gegenüberstellung ökonomischer Budget- und Bilanzdaten hinausgehen.

Es dürfte deshalb sinnvoll sein, ein System aufzubauen, das es der Ärzteschaft gestattet, der heute weit verbreiteten ausschließlichen ökonomischen Orientierung und ökonomischen Bewertung von Krankenhäusern in Abhängigkeit ihres wirtschaftlichen Erfolges ein ebenfalls auf leicht interpretierbare Indikatoren gestütztes Monitoring der Gemeinwohlzwecke eines Krankenhauses und seiner medizinischen Aufgabenerfüllung beizufügen.

Die Bundesärztekammer spricht sich deshalb dafür aus, eine juristisch sichere Methodik zur qualitativen Bewertung von Krankenhäusern zu entwickeln sowie die jeweiligen wirtschaftlichen Bilanzzahlen eines Krankenhauses in Beziehung zu seinem medizinisch qualitativen Ranking zu setzen.

Vorstellbar wäre es zum Beispiel, bereits vorhandene Zertifizierungsverfahren, wie das von der Bundesärztekammer maßgeblich mitentwickelte KTQ-Verfahren als Basis eines umfassenden Exzellenzmodells für Krankenhäuser heranzuziehen.

Kriterien zur Bewertung der Krankenhausqualität könnten aus Sicht der Ärzteschaft dabei u. a. die folgenden Parameter sein:

- ▶ Wartezeiten
- ▶ Wiederaufnahmerate
- ▶ Fluktuationsrate des Personals
- ▶ Beitrag zur Qualifikation von Spezialisten
- ▶ Dauer bis zur Rückkehr von Patienten in die häusliche Umgebung (sektorübergreifend)
- ▶ Mitwirkung in der integrierten Versorgung
- ▶ subjektiv empfundene Arbeitsplatzzufriedenheit beim Personal
- ▶ Krankheitsrate nach Personalgruppen z. B. Pflege/Ärzte/ Verwaltung
- ▶ Messung der längsten vorkommenden Einsatzdauer im ärztlichen Dienst und der wöchentlichen Arbeitszeit
- ▶ in Weiterbildung verbrachte Arztjahre
- ▶ Anzahl erfolgreich absolvierter Weiterbildungen
- ▶ Patientenzufriedenheit

In diesem Zusammenhang sollten auch die richtungsweisenden, erprobten und validierten Erhebungsinstrumente verschiedener Landesärztekammern Berücksichtigung finden (Näheres siehe Anhang).

Anhand dieser Beispiele plädiert die Bundesärztekammer dafür, ein Raster von Monitoring-Indikatoren zur Beurteilung der medizinisch-qualitativen Positionierung von Krankenhäusern zu entwickeln und dessen Ergebnis nach entsprechender Validation öffentlich vorzustellen und öffentlich zu erörtern. Dies setzt voraus, dass es gelingt, entsprechende Indikatoren auf einfachem Wege zugänglich werden zu lassen. Die Bundesärztekammer empfiehlt, die genannten Parameter in die Qualitätssicherungsberichte der Krankenhäuser aufzunehmen und damit einer öffentlichen Würdigung zugänglich werden zu lassen. Dies gilt für die unterschiedlichen Trägergruppen in gleichem Maße.

Erst auf der Basis derartiger Daten wird es möglich sein, gegebenenfalls systematische Effekte der Zugehörigkeit von Krankenhäusern zu den unterschiedlichen Trägergruppen darzustellen und bei Trägerwechseln durch Trendanalysen in den Blick zu nehmen. Genau dies ist aber erforderlich, wenn vermieden werden soll, dass durch den Verzicht auf Krankenhausleistungen Kostenentlastungen eintreten, ohne dass der Verlust an Aufgabenerfüllung sichtbar wird.

Die Bundesärztekammer ist davon überzeugt, dass damit eine rationale Grundlage für die Diskussion zwischen Medizin und Ökonomie entwickelt werden kann, die es beiden Bereichen gestattet, die Arbeitszufriedenheit in den Krankenhäusern zu erhöhen und sich gemeinsam auf Maßnahmen in der Organisationsentwicklung von Krankenhäusern zu verständigen. Zugleich weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass von den Krankenhäusern zu erfüllende Aufgaben etwa in der Qualifikation künftiger Spezialisten mittelfristig unersetzlich sind, weil sonst Mangelversorgungen eintreten, die aus der Bilanz eines einzelnen Krankenhauses nicht erschlossen werden können, sich aber zu einem späteren Zeitpunkt auch ökonomisch bemerkbar machen werden, wenn eine Verknappung dringend benötigter Fachkräfte eintritt.

Nur wenn derartige künftige Defizite wahrnehmbar werden, ist zudem der Bereich der öffentlichen Krankenhäuser in der Lage, die notwendigen Mittel einzufordern, mit denen die subsidiäre Aufgabenerfüllung geleistet werden kann.

Darüber hinaus hält die Bundesärztekammer es für geboten, den kritisch konstruktiven Dialog zwischen Medizin und Ökonomie im Krankenhaus auch dadurch zu fördern, dass in einer gemeinsamen Führungsakademie der Landesärztekammern notwendige ökonomische Qualifikationen, notwendige krankenhauspolitische Qualifikationen und notwendige medizinstrategische Qualifikationen an interessierte Ärztinnen und Ärzte vermittelt werden, die die Übernahme von Führungsfunktionen in Krankenhäusern anstreben. Das von der Bundesärztekammer 2007 neu herausgegebene Curriculum Ärztliche Führung bildet hierzu eine der möglichen Optionen. Die Bundesärztekammer regt an, ein Grundmuster an volkswirtschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Kenntnissen zum Gesundheitswesen bereits während der ärztlichen Ausbildung zu vermitteln und insoweit das ökonomische Rüstzeug der Ärztinnen und Ärzte für ihre spätere Aufgabenerfüllung frühzeitig vorzubereiten. Dies darf nicht zulasten der medizinischen Ausrichtung der ärztlichen Ausbildung erfolgen.

Es muss verhindert werden, dass durch die abnehmende Attraktivität des Arztberufs der bereits bestehende Ärztemangel noch verstärkt wird. Ärztliche Freiberuflichkeit und ärztliche Unabhängigkeit müssen gewahrt bleiben.

Das Primat der universitären Medizin nämlich Forschung und Lehre und die grundgesetzlich garantierte Freiheit von Forschung und Lehre dürfen durch eine Privatisierung der Universitätskliniken nicht gefährdet werden.

Der sensible Prozess der Umgestaltung bzw. Neugestaltung von Trägerschaften an Universitätskliniken ist aufgrund der Komplexität der betroffenen Bereiche (Forschung, Lehre, Krankenversorgung, Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten) kritisch zu begleiten und systematisch zu evaluieren. Die bisherigen Kon-

zepte sind insbesondere im Hinblick auf ihre Nachhaltigkeit zu untersuchen.

Angesichts der Tatsache, dass im deutschen Gesundheitssystem die Krankenhäuser zumindest auf Landesebene für gleiche Leistungen gleiche Vergütungen erhalten sollen, drohen zusätzliche Krankenhausaufgaben, die nicht refinanziert werden, aus dem Spektrum der Leistungserbringung fortzufallen (Weiterbildung, Fortbildung, Gesundheitsförderung).

Vor diesem Hintergrund sind die Landesgesetzgeber aufgefordert, in den Krankenhausgesetzen der Länder Anforderungen an Krankenhäuser zu formulieren, die unter den jeweils gegebenen Vergütungsbedingungen auch einem ökonomisch strapazierten Krankenhaus gestatten, die genannten gemeinwohlorientierten Aufgaben zu erfüllen und es einem stark ökonomieorientierten Krankenhaus nicht mehr möglich machen, einen Gewinn dadurch zu erzielen, dass bestimmte Gestaltungen gewählt werden, die einer solchen Aufgabenerfüllung im Wege stehen.

Beispielsweise kann nicht hingegenommen werden, dass die Qualifikation zu den Gesundheitsberufen nur in öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern erfolgt, während einzelne private Träger diese Aufgabe zurückführen. Umgekehrt kann ebenfalls nicht hingegenommen werden, dass einzelne Krankenhausträger jegliche Verantwortung für die Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten nach der Entlassung ungeachtet der jeweils tatsächlich bestehenden Situation im Bereich der komplementären Strukturen vernachlässigen.

Ebenso darf es den Krankenhausträgern im Interesse einer von unlauteren ökonomischen Einflüssen freien Leistungserbringung seitens der Ärztinnen und Ärzte nicht gestattet werden, in die ärztliche Autonomie für die Diagnostik und Therapie einzugreifen und damit geschäftspolitische Strategien zum Maßstab ärztlichen Handelns werden zu lassen. Derartige Überlegungen sind durch die Landesgesetzgeber im erforderlichen Umfang in den Krankenhausgesetzen der Länder aufzugreifen.



Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin