
Gesetzliche Vorgaben

Michael-Jürgen Polonius

Zu Beginn möchte ich einige gesetzliche Regelungen nennen, die im Zusammenhang mit dem Thema „Rationierung“ relevant sind. Ich erwähne hier nur die wichtigsten:

- SGB V Sozialgesetzbuch V
- TPG Transplantationsgesetz
- KHG Krankenhausgesetz
- KHEntgG Krankenhausentgeltgesetz
- AVWG Arzneimittelverordnungswirtschaftlichkeitsgesetz
- AZG Arbeitszeitgesetz

In jedem dieser Gesetze sind bestimmte Rationierungen festgeschrieben, sei es bereits für die Gegenwart oder auch erst für die Zukunft.

§ 2 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) führt aus:

„Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden können. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtung sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“

Aus dem Munde der verantwortlichen Politiker jeder Couleur klingt das so: „Jeder Bürger hat Anspruch auf ortsnahe umfassende Versorgung nach dem neuesten Stand des

medizinischen Fortschritts.“ Allerdings hört man manchmal auch zurückhaltendere Formulierungen, die dann beispielsweise lauten können: „Es muss sicher sein, dass jeder und jede *noch* das medizinisch Notwendige zur Heilung erhält.“

Es wird dabei verschwiegen, dass der Bürger auch – und ich meine *vor allem* auch – eine Eigenverantwortung hat und dass die Behandlung ausreichend, notwendig, zweckmäßig und eben auch wirtschaftlich sein muss. Deswegen werden Viagra oder auch analoge Humaninsuline nicht bezahlt.

Zu den notwendigen Ressourcen im Gesundheitswesen gehört auch und vor allem das Humankapital: Ich meine hiermit die Leistungserbringer und speziell den Arzt als unverzichtbare Ressource im Gesundheitswesen. Eine Reihe von gesetzlichen Vorgaben werden über die nächsten Jahre – so man nicht gegensteuert – zu einer deutlichen Verknappung dieser Ressource führen. Allerdings ist es in diesem Bereich weniger als anderswo möglich, die Prognosen mit harten Zahlen zu belegen.

Im *vertragsärztlichen Bereich* sind die Budgetierung, die unerträglich überbordende Bürokratie, die drohenden Regressforderungen aufgrund des Arzneimittelverordnungs-wirtschaftlichkeitsgesetzes und auch die Altersbegrenzung Faktoren, die zu einer deutlichen Verknappung der Ressource Arzt führen werden.

Wenn der Punktwertverfall solche Ausmaße annimmt, dass nicht einmal mehr die Betriebskosten einer Praxis zu erarbeiten sind – vom Honorar ganz zu schweigen –, dann wird dies ebenfalls zur Verknappung führen.

Der staatlich vorgegebene Primat der Beitragsstabilität führt also zusammen mit der Budgetierung entweder zu Leistungseinschränkungen oder mittelbar zur Verknappung der Ressource Arzt – und damit zu einer Form von Rationierung.

Im vertragsärztlichen Bereich betrug das Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte im Jahre 2004 mehr als 50 Jahre, knapp 20 % waren über 60 – in den neuen Bundesländern sogar über 26 %, sodass in den nächsten Jahren nach der jetzigen Gesetzeslage (Zwangsausscheiden mit 68 Jahren) jede vierte Praxis neu besetzt werden muss. Den Ärzten, die dann in den Ruhestand gehen, wird keine gleich hohe Zahl Ärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung gegenüberstehen, weil schon jetzt 30 % der Hochschulabsolventen im Fach Medizin Berufe außerhalb der konkreten Patientenversorgung wählen oder ins Ausland abwandern. Die Begrenzung der Tätigkeit des Vertragsarztes bis zum 68. Lebensjahr ist also im Ergebnis sozusagen eine gesetzlich induzierte Ressourcenverknappung.

Wie sieht es mit dem Mediziner Nachwuchs überhaupt aus? 2010/11 werden zwei Abiturjahrgänge gleichzeitig auf die Universitäten strömen, wodurch die ohnehin nicht einfache Situation noch brisanter wird. Es ist nicht anzunehmen, dass die medizinischen Fakultäten in der Lage sind, die Anfängerzahlen auch nur annähernd zu verdoppeln. Der Medizin geht also das Potenzial eines ganzen Abiturjahrganges verloren. In den Jahren danach sinkt dagegen die Anfängerzahl kontinuierlich, und alle Fakultäten werden nicht nur die Besten nehmen können. Diese Situation hat viel Ähnlichkeit mit derjenigen, wie wir sie vor Jahren bei den Lehramtskandidaten hatten.

Am wichtigsten für die Reproduktion der Ressource Arzt ist jedoch die Gewinnung ausreichenden Nachwuchses für die Facharztweiterbildung, die Spezialisierung. Hier haben wir es mit den negativen Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes zu tun. Das Arbeitszeitgesetz ist am 1.1.2007 in Kraft getreten. Der Tarifabschluss des Marburger Bundes mit den Universitätskliniken und den kommunalen Krankenhäusern hat hier zwar die Situation, was den Zeitrahmen anbelangt,

etwas entschärft. Trotzdem wird sich die zur Facharztausbildung benötigte Zeit besonders in den chirurgischen Fächern deutlich verlängern.

Dieses trägt erheblich zur Unattraktivität des Berufes bei. Es ist nicht zu erwarten, dass die Besten eines Jahrgangs sich für die Medizin – ein langes Studium und zusätzlich eine lange Facharztqualifizierung bei immer noch (zumindest im internationalen Vergleich) mäßiger Bezahlung – entscheiden werden. Es wird also ein höherer Aufwand in der Lehre und in der Facharztweiterbildung erforderlich sein, um den Qualitätsstandard der Ärzte in den verschiedenen Fächern zu halten.

Selbst bei knappster Kalkulation werden zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben des AZG 12.000–15.000 Arztstellen im Krankenhaus benötigt. Der bereits aktuell gestiegene Bedarf lässt sich unschwer am Anstieg der Ausschreibungen ablesen.

Zurzeit besteht (wie eine Analyse der Stellenangebote im *Deutschen Ärzteblatt* und des Stelleninformationssystems der Bundesagentur für Arbeit zeigt) eine selten da gewesene starke Nachfrage nach Fachärzten: Im ersten Halbjahr 2006 wurden von deutschen Krankenhäusern mit über 2000 Ausschreibungen fast 30 % mehr Facharztstellen ausgeschrieben als im Vergleichszeitraum des Vorjahres. Auch Weiterbildungsstellen für Schwerpunktsbezeichnungen sind nicht ohne Weiteres zu besetzen. Besonders im chirurgischen Bereich (im weiteren Sinne) herrscht eine große Nachfrage nach Fachärzten. Chirurgen konnten aus 36 % mehr Stellenangeboten auswählen als im Vorjahr. An der Spitze lagen die Unfallchirurgen, dann kamen die Orthopäden sowie die Viszeralchirurgen. Bei den Thoraxchirurgen verdoppelte und bei den Neurochirurgen verdreifachte sich das Stellenangebot. Darüber hinaus werden neue, zusätzliche Chefarztbereiche etabliert, sodass doppelt so viele Chefarztpositionen ausgeschrieben waren.

Zu einer künftigen Verknappung trägt aber auch das Krankenhausentgeltgesetz bei. Die deutschen Krankenhäuser unterliegen seit dem Jahr 2000 einem radikalen und aggressiven Systemwechsel. Der veränderte finanzielle und rechtliche Rahmen, die Deckelung der Kosten und die Umstellung der Finanzierung auf diagnosebezogenen Fallpauschalen (sog. DRG – Diagnose Related Groups) haben auf die Facharztweiterbildung einen erheblichen Einfluss.

Eine Lösung für das Problem der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung ist vom Gesetzgeber und der Selbstverwaltung noch zu erarbeiten. Derzeit ist zu beobachten, dass der Anteil der Weiterbildungsassistenten zugunsten desjenigen der Fachärzte reduziert wird, um die Effektivität des Gesamtteams in den Krankenhäusern zu erhöhen. Diese Tendenz ist – als Folge des steigenden Kostendrucks – in überproportionalem Maße in den Häusern mit Maximalversorgung zu beobachten, die einen erheblichen Anteil der Weiterbildungskapazität stellen. Diese Veränderungen könnten mittelfristig zu Versorgungsproblemen führen: Zumindest in einigen Fachgebieten zeichnet sich ein Facharztmangel ab.

Gesondert finanziert durch die Krankenkassen wird nur die Ausbildung in gemäß § 2 Krankenhausgesetz mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten sowie in staatlich anerkannten Einrichtungen an Krankenhäusern zur Ausbildung für bestimmte Berufe wie Ergotherapeuten, Diätassistenten, Krankengymnasten, Krankenpflegehelfer, medizinisch-technische Laborassistenten. Dass diese Berufsausbildungen von den Krankenkassen finanziert werden, ist das Ergebnis einer historischen Entwicklung, zu der auch der gescheiterte Versuch einer Verschiebung der Finanzierung dieser Aufgaben auf die Länder gehört. Die ärztliche Weiterbildung wurde jedoch in diesem Kontext bisher kaum oder gar nicht thematisiert.

Ein Jahr Weiterbildung zum Facharzt kostet (bei hoher Schwankungsbreite) im Mittel ca. 12.000 Euro, d. h. bei einer 6-jährigen Weiterbildungszeit ca. 70.000–75.000 Euro. Auch hierbei ist die Weiterbildung in den chirurgischen Fächern erheblich aufwendiger. Die Kosten einer Schwerpunktweiterbildung in einem Fach, bei dem operiert wird, summieren sich in zwei Jahren auf ca. 50.000 Euro.

Derzeit wird davon ausgegangen, dass die Weiterbildungslasten sich auf alle Krankenhäuser gleich verteilen und daher im Finanzierungssystem keiner besonderen Würdigung bedürfen. In Wirklichkeit ist das jedoch keineswegs der Fall: Während der Anteil der Weiterbildungsassistenten an der Gesamtzahl der Ärzte an den Universitätskliniken und den sog. Maximalkrankenhäusern knapp über 50 % beträgt, liegt er an den mittleren kommunalen Krankenhäusern bei etwa 40 % und bei den privaten nur bei etwa 30 %.

Es ist zu erwarten, dass sich innerhalb weniger Jahre der Anteil der Weiterzubildenden am gesamten ärztlichen Personal zugunsten von dauerhaft beschäftigten Fachärzten und Fachärztinnen verändern wird, da im geltenden Vergütungssystem die Anreize klar gesetzt sind: Erbringung der Leistung in einem für den Leistungserbringer möglichst günstigen Kosten-Erlös-Verhältnis. Nun wird selbstverständlich versucht werden, alle kostentreibenden Komponenten zu identifizieren und womöglich zu eliminieren. Kostentreibend ist dabei auch die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten, da die Weiterbildung mehr Personal erfordert. So muss ein nicht geringer Anteil der Weiterbildung unter besonderer Aufsicht durch einen Facharzt erfolgen. Der chirurgische Assistent kann nur unter Aufsicht operieren. Ebenso wird das Erlernen von invasiven Funktionsdiagnostiken nur unter Aufsicht möglich sein. Gerade weil sie sich noch in der Weiterbildung befinden, sind Weiterbildungsassistenten also nicht genauso produk-

tiv wie Fachärzte. Nicht zu vergessen ist ferner der rechtlich vorgeschriebene Facharztstandard bei der Behandlung der Patienten.

Muss eine Klinik entscheiden, wie sie möglichst kostengünstig mit qualifiziertem Personal ihre Leistung erbringt, stellt sich die Frage, wie viele Weiterbildungsassistenten zu tolerieren sind. Am kostengünstigsten ist die Leistungserbringung ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte, auch wenn diese aufgrund ihres höheren Lohnniveaus höhere Kosten pro Vollkraft verursachen. Zur Minimierung des ökonomischen Risikos werden die Krankenhäuser die Weiterbildung auf ein Mindestmaß reduzieren. Dies kann und wird dazu führen, dass Engpässe im Weiterbildungsangebot auftreten, die mit einer zeitlichen Verzögerung dann auch zu Engpässen bei der Verfügbarkeit der benötigten Fachärztinnen und Fachärzte führen.

Diese Entwicklung ist in unserem Nachbarstaat Niederlande bereits eingetreten – und nicht nur dort, sondern auch in Schweden und England. Dabei stehen die zur Beseitigung der Versorgungsengpässe in diesen Ländern benötigten Finanzmittel durchaus zur Verfügung. Sie können jedoch nicht abgerufen werden, weil es zu wenig Ärztinnen und Ärzte gibt, die die notwendigen Mehrleistungen erbringen könnten. Derzeit kaufen sich die niederländischen Krankenversicherer daher diese Leistungen in deutschen Krankenhäusern ein oder stellen Ärzte aus Deutschland oder auch aus Osteuropa ein.

Um diese prognostizierte Entwicklung nicht eintreten zu lassen, müssen die ökonomischen Risiken der ärztlichen Weiterbildung für die weiterbildenden Krankenhäuser reduziert werden. Es sind finanzielle Anreize zu schaffen, die beispielsweise in der Zahlung eines Weiterbildungszuschlags an weiterbildende Häuser bestehen können. Da letztendlich das Ergebnis allen Krankenhäusern zugute kommt, kann die Finanzierung im Umlageverfahren erfol-

gen. Eine Lösungsoption wären etwa Weiterbildungszuschläge pro Weiterbildungsassistent, die – wie bei den erwähnten Ausbildungsstätten – über einen fallbezogenen Weiterbildungsaufschlag refinanziert werden könnten, sodass alle Krankenhäuser gleichmäßig belastet wären. Wie dieser Zuschlag mit dem Erreichen des Weiterbildungserfolgs und mit der Ausbildungsdauer verknüpft werden soll, wäre dann im Rahmen der genauen Festlegung dieser Zuschläge zu diskutieren. Und wenn das aufgrund unterschiedlicher Kosten notwendig ist, ist bei der Ermittlung der Höhe des Zuschlags auch nach Fachgebieten – wie beispielsweise innere Medizin und chirurgische Fachgebiete – zu differenzieren.

Anfang der 60er Jahre kam das Wort auf: „Stell dir vor, es ist Krieg, und keiner geht hin.“ Es wäre schlimm, wenn wir 50 Jahre später abwandeln müssten: „Stell dir vor, wir haben ein gut reformiertes Gesundheitswesen, aber kein Arzt ist da.“