

Positionen auf dem Prüfstand

**Interview mit Prof. Dr. H.-F. Weiser,
Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte**



Die deutsche Ärzteschaft hat in den letzten Jahren viel von sich reden gemacht. Erfolgreiche Streiks des Marburger Bundes, an dessen Ende ein eigener Tarifvertrag und ein kräftiger Schluck aus der „Lohnpulle“ standen, die KV mit einer langwierigen und im Ergebnis immer noch höchst umstrittenen Honorarreform und dem Kampf um den § 73b mit dem Hausärzteverband, der nach dem erfolgreichen Abschluss einiger Hausarztverträge jetzt eine gewaltige Zahl von Schiedsverfahren zu bewältigen hat, der Forderung der niedergelassenen Ärzteschaft nach Kostenerstattung, die Priorisierungsdebatte, angestoßen durch die Bundesärztekammer – all das hat immer wieder polarisiert, ganz unabhängig davon, wie man diese Forderungen und Vorgänge bewertet.

Ein großer Ärzteverband, der Verband der Leitenden Krankenhausärzte, hat sich in den meisten dieser Auseinandersetzungen öffentlich deutlich stärker als andere zurückgenommen. Er hat sich öffentlich im Gegensatz zu etlichen anderen Verbänden strukturoffensiv und in bestimmten Einzelfragen auch immer wieder innovativ geäußert.

Wir haben die Sommerpause zu einem ausführlichen Interview mit Hans-Fred Weiser, dem Präsidenten des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte genutzt, um zu zeigen, wie der Verband und sein Präsident mit ihren Positionen in der deutschen Ärzteschaft zu verorten sind.

Herr Weiser, in den Aussagen des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands zur Gesundheitspolitik heißt es, dass die bestehenden sektoral gegliederten Strukturen beseitigt werden müssen. Wie soll das ganz konkret aussehen? Was heißt, die bestehenden Grenzen zwischen vertragsärztlicher und stationärer Versorgung schnellstmöglich abbauen?

Weiser: Konkret bezieht sich diese Forderung des VLK auf den Bereich der fachärztlichen Versorgung: Wir haben in Deutschland etwa 60.000 Fachärzte, die in vertragsärztlicher Praxis arbeiten, sowie etwa 90.000 Fachärzte, die im Krankenhausbereich tätig sind. Diese Fachärzte arbeiten derzeit in relativ abgeschotteten Bereichen des Gesundheitswesens. Die vertragsärztlichen Fachärzte erhalten ihre Zulassung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und behandeln in der Regel die Patienten, die im Rahmen der ambulanten Versorgung entweder vom Allgemeinarzt in die fachärztliche Praxis überwiesen werden oder die direkt die fachärztliche Vertragspraxis anlaufen. Die im Krankenhausbereich tätigen Fachärzte erhalten einen Dienstvertrag des Krankenhausträgers; ihr Patientengut wird vom Krankenhaus bestimmt.

Sektorenübergreifende fachärztliche Tätigkeiten finden im gegenwärtigen Gesundheitssystem nur in geringem Maße statt: Etwa 10.000 Krankenhausärzte sind zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen in genau präzisierem Umfang ermächtigt. Zudem sind etwa 7.000 Belegärzte im stationären Sektor tätig. Zementiert wird diese im internationalen Vergleich ungewöhnliche Trennung der fachärztlichen Versorgung durch streng von einander getrennte Budgettöpfe.

Das gegenwärtige System der fachärztlichen Versorgung ist demnach gekennzeichnet durch die sektoral-orientierte Zulassung bzw. Erteilung der Arbeitserlaubnis, durch eine sektorinterne Leistungserbringung und eine sektorbezogene Finanzierung nach streng getrennten Honorartöpfen.

Durch diese traditionsbedingte Trennung der fachärztlichen Versorgung werden wertvolle personelle Kapazitäten vergeudet, der Qualitätswettbewerb zwischen den einzelnen Fachärzten findet nicht wirklich statt, Einsparpotentiale werden nicht ausgeschöpft, und sinnvolle strukturelle Weiterentwicklungen im Sinne einer patientenorientierten Versorgung werden vernachlässigt.

Vor diesem Hintergrund plädiert der VLK für die Aufhebung der starren Trennung zwischen den Bereichen der fachärztlichen Sekundär- und Tertiärversorgung im

Sinne einer Gleichberechtigung dieser Facharztschienen im ambulanten und stationären Bereich hinsichtlich ihrer Einsatzmöglichkeit, ihres Tätigkeitsspektrums und ihrer Vergütung. Dies bedeutet konkret die Möglichkeit zur ambulanten fachärztlichen Versorgung durch Krankenhausärzte und umgekehrt die Mitwirkungsmöglichkeit selbstständiger Fachärzte bei der Versorgung im Krankenhaus. Voraussetzung für das Funktionieren eines solchen Modells ist es, dass die Fachärzte ohne Zulassungsbeschränkung durch die KVen und andere Institutionen zur ambulanten Behandlung sowohl im Krankenhaus wie auch in der niedergelassenen Praxis berechtigt sind. Voraussetzung ist weiterhin, dass die Finanzierung der fachärztlichen Tätigkeiten nicht sektoral differenziert gestaltet wird, sondern sich am Prinzip „gleiches Entgelt für identische ärztliche Leistungen, unabhängig vom Ort der Erbringung“ orientiert. Das heißt, die Vergütung erfolgt aus einem gemeinsamen Topf, entweder für die gesamte ärztliche Versorgung oder – im Optimalfall – im Rahmen eines umfassenden Gesundheitsbudgets.

Wie stellen Sie sich die Integration von ambulantem und stationärem Sektor vor?

Weiser: Das gerade skizzierte Modell der Aufhebung der bestehenden sektoralen Versorgungsgrenzen ist eine Vision. Diese Vision hat der VLK bereits im Jahre 2006 gemeinsam mit der DAK und dem Verein „Belegärzte in Hessen“ in einem Memorandum zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung schriftlich niedergelegt und publiziert. Diese Vision enthält eine klare Zielvorstellung, die ich bereits weiter oben ausführlich dargelegt habe. Die sich hieraus ergebenden vielfältigen Einzelfragen sind in diesem Papier natürlich nicht alle in der erforderlichen Tiefenschärfe beantwortet worden. Sie bedürfen noch einer detaillierten Nachbereitung. Aber die Zielrichtung ist klar: Es geht um die zukunftsorientierte Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung durch die Abschaffung der sektoralen Orientierung der fachärztlichen Behandlung. Wichtig hierbei ist, dass dies als Chance für die sinnvolle Weiterentwicklung des gesamten Systems der Gesundheitsversorgung und nicht als existenzbedrohendes Instrument für bestimmte ärztliche Zielgruppen zu verstehen ist.

Was würde das für Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt bedeuten? Wo ist das Nadelöhr für Innovationen?

Weiser: Innovationen im Bereich der medizinischen Versorgung sind wichtig, um eine qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung entsprechend dem

medizinischen Fortschritt zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund der begrenzten finanziellen Ressourcen unterliegen sie selbstverständlich auch der kritischen Würdigung hinsichtlich ihrer Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Aktuell wird dies im vertragsärztlichen Bereich und im Bereich der stationären Versorgung unterschiedlich gehandhabt: Im vertragsärztlichen Bereich gilt für die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der sogenannte „Erlaubnisvorbehalt“, im stationären Bereich findet der „Verbotsvorbehalt“ für die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Anwendung. Entfallen nun die sektoralen Grenzen für die fachärztliche Versorgung, dann wäre es nur logisch, wenn auch diese Differenzierung zumindest partiell entfielen. Der Verbotsvorbehalt sollte aber nicht ubiquitär gelten. Er sollte beschränkt werden auf Einrichtungen und Institutionen, die sowohl die strukturellen und prozessualen Voraussetzungen medizinisch-wissenschaftlicher Studien aufweisen.

Wer schließt welche Verträge mit wem ab? Ist der Zug zum selektiven Kontrahieren auch im Krankenhausbereich noch aufzuhalten? Wie sollte er ggf. gestaltet werden?

Weiser: Natürlich muss es auch in einem solchen System ohne sektorale fachärztliche Versorgungsgrenzen Vertragsabschlüsse über die zu erbringenden und zu erwartenden Leistungsmengen geben. Die Verträge für die im stationären Bereich zu erbringenden Leistungen müssen wie bisher zwischen Krankenhausträgern und Kostenträgern ausgehandelt werden. Die Verträge für die Leistungen im vertragsärztlichen Bereich müssen als Einzelverträge zwischen den jeweiligen Leistungserbringern und den Kostenträgern abgeschlossen werden. Diese Verträge sollen dem Charakter nach keine Selektivverträge sein, da Selektivverträge ihrer Natur nach darauf abzielen, Leistungen bei einzelnen Leistungserbringern zu Preisen einzukaufen, die unterhalb der amtlich fixierten Vergütungshöhe liegen.

Dies führt zwangsläufig zu einem ruinösen Preiswettbewerb, der letztlich zu einer Ausdünnung der Zahl der Leistungserbringer und zu einer Absenkung des Qualitätsniveaus der Leistungserbringung führen muss. Der VLK spricht sich aus diesen Gründen eindeutig gegen jedwede Selektivverträge aus, auch wenn sich unter der derzeitigen Regierung die Tendenz zur Etablierung solcher Selektivverträge immer stärker breitmacht. Nach Auffassung des VLK sind diejenigen Selektivverträge am besten, die gar nicht erst abgeschlossen werden.

Was verstehen Sie unter Abbau von Zulassungshürden durch den GBA?

Weiser: Nehmen Sie z. B. den § 116 b Abs. 2 SGB V. Diese, durch das GKV-WSG modifizierte Vorschrift besagt, dass Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung hochspezialisierter Leistungen und seltener Erkrankungen berechtigt sind, wenn und soweit sie im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes dazu bestimmt werden. In dieser Vorschrift kommt die Intention des Gesetzgebers zum Ausdruck, Krankenhäusern für im Gesetz genannte hochspezialisierte Leistungen und seltene Erkrankungen die ambulante Behandlung zu ermöglichen, ohne von den Krankenkassen hierfür die Erlaubnis einholen zu müssen. Dies ist eine sehr begrüßenswerte Intention des Gesetzgebers gewesen, die darauf abzielte, die im Krankenhaus ohne Zweifel vorhandenen Kapazitäten für bestimmte Entitäten patientenorientiert einzusetzen. Was tut nun der Gemeinsame Bundesausschuss? Er setzt auf Druck und mit den Stimmen von KBV und GKV nahezu unüberwindbare strukturelle und quantitative Hürden. Dies hat zur Konsequenz, dass viele Krankenhäuser, die ursprünglich entsprechende Anträge auf Zulassung zur ambulanten Behandlung gemäß § 116 b Abs. 2 gestellt haben, nunmehr ihre Anträge zurückziehen. Dies auch vor dem Hintergrund der von einigen KVen ausgelösten Prozesslawine und getragen von der Sorge um den Verlust von Einweisern.

Damit ist die Intention des Gesetzgebers, für die ambulante Behandlung bestimmter Krankheiten die Kompetenz des Krankenhauses zu nutzen, hinfällig geworden. Dies darf nicht sein, denn damit wird der Gemeinsame Bundesausschuss zur 4. Macht im Staate.

Sie wollen eine Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen und ein Ende der Verschiebebahnhöfe? Ist der Steuerzuschuss nicht schon eine Kompensation?

Weiser: In der Tat speist der Bund gemäß § 221 Abs. 1 SGB V im Jahre 2009 4 Mrd. EURO und ab 2010 jährlich additiv 1,5 Mrd. EURO in den Gesundheitsfonds ein, bis eine Höchstgrenze von 14 Mrd. EURO jährlich erreicht ist. Diese Beträge sind durch das Gesetz zur Sicherung von Stabilität und Beschäftigung in Deutschland noch weiter angehoben worden, so dass zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen der GKV der Bund im Jahre 2009 insgesamt 7,2 Mrd. EURO und im Jahre 2010 11,8 Mrd. EURO zur Verfügung stellt. Insofern ist eine

Kompensation der versicherungsfremden Leistungen bereits gegeben. Der VLK möchte aber unabhängig von diesem Steuerzuschuss sein. Denn bei einem Steuerzuschuss besteht immer die Gefahr, dass er nicht wirklich verlässlich einkalkuliert werden kann, sondern vielmehr von der Kassenlage und der politischen Intention abhängig ist. Deswegen fordert der VLK die auf Dauer ausgerichtete Zusage des Umfanges dieser Bundesmittel für den Gesundheitsfonds auch nur für den Fall, dass der Gesundheitsfonds erhalten bleibt und keine Entlastung der GKV-Ausgaben von versicherungsfremden Leistungen erfolgt. Die Entlastung von versicherungsfremden Leistungen und die Entfrachtung der GKV von den finanziellen Belastungen der sogenannten „Verschiebebahnhöfe“ ist nach Einschätzung des VLK eine ehrlichere Lösung, da dann nur noch die Ausgaben der GKV angelastet werden, die tatsächlich zweckbestimmt durch die Gesundheitsversorgung und nicht durch andere soziale Leistungen des Staates erfolgen.

Zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung: Sie schlagen in Ihrem Positionspapier ein Mix von Versichertenbeiträgen, Staatszuschüssen und Eigenleistungen der Versicherten vor. Welche Eigenleistungen meinen Sie?

Weiser: Zunächst einmal möchte ich klarstellen, dass der VLK Staatszuschüsse nur dann einfordert, wenn z. B. bei konjunkturbedingt zurückgehenden Beitragseinnahmen der Krankenkassen sichergestellt werden muss, dass die medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen für die Solidargemeinschaft finanziert werden können. Im Übrigen soll durch Selbstbehalte der Versicherten – wie z. B. bei Zuzahlung von Medikamenten oder bei der Zahnbehandlung – und durch die private Absicherung spezieller Risiken – also durch Eigenleistungen der Versicherten – die Ausgabenseite der GKV von Zahlungen für die Leistungen entlastet werden, deren Mengen- oder Qualitätskomponente jenseits der Bedarfsnotwendigkeit liegen oder die wegen des spezifisch-individuellen Risikozuschnitts nicht von der Solidargemeinschaft getragen werden sollten.

Sie wollen den Leistungskatalog bereinigen, aber wie? Alle Überlegungen dazu haben sich bisher als entweder undurchführbar oder als wirtschaftlich nicht erfolgversprechend oder als nicht konsensfähig erwiesen.

Weiser: Dies war deshalb der Fall, weil die Politik bisher nicht den Mut besessen hat, diesen Leistungskatalog der Versicherten sachgerecht zu beschneiden. Eine solche Maßnahme wird sicherlich zunächst zu einem Aufschrei der Betroffenen

und zu Protesten führen, denn wer verzichtet schon gerne auf Teile des lieb gewonnenen Besitzstandes? Aber dieser Weg ist unumgänglich. Der Präsident der Bundesärztekammer hat dies durch den von ihm erfolgten Anstoß zur Priorisierungsdebatte klarmachen können. Ich hoffe, dass die Diskussion hierüber nicht einfach versanden wird, sondern dass die Politik sich gefordert fühlt und die Politiker Rückgrat beweisen, indem sie über die Legislaturperiode von 4 Jahren hinaus denken und versuchen, im Zusammenspiel mit den Fachleuten aus dem medizinischen Bereich Entscheidungen über den von der Solidargemeinschaft zu tragenden Umfang des Leistungskatalogs zu fällen, die einfach notwendig sind, um das Gesundheitswesen finanzierbar zu halten.

Eine Ihrer Forderungen ist die private Absicherung bestimmter Leistungen. Solche Tarife existieren bereits – wie gehen Ihre Vorstellungen darüber hinaus?

Weiser: Die Forderung des VLK nach privater Absicherung bestimmter Leistungen zielt nicht auf die Einrichtung von neuen Tarifen für zusätzliche Risikoabsicherungen ab. Vielmehr läuft die Forderung des VLK auf die private Absicherung bestimmter Leistungen auf den Tatbestand des Erhaltes der privaten Krankenversicherung neben oder anstelle der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus. Insofern geht es hier nicht um die Aufzählung neuer möglicher Risiken, die privat abgesichert werden könnten, sondern um den Grundtatbestand der Weiterexistenz einer starken privaten Krankenversicherung.

Wie soll demnächst die stationäre Versorgung organisiert werden? Ist die staatliche Rahmenplanung nicht antiquiert, und geht es nicht nur um die Grundversorgung an vielen Standorten?

Weiser: Die künftige Strukturierung der stationären Versorgung ist ein abendfüllendes Thema. Vom Grundsatz her wird sie nach Einschätzung des VLK auf eine abgestufte Versorgung hinauslaufen müssen. In dieser Abstufung wird es auf der regionalen Ebene sicher die Grund- und Regelversorgung geben, in der überregionalen Ebene die Maximalversorgung und als länderspezifische Zentren die Spezialversorgung. Dies alles bedarf aber einer Abstimmung und sorgfältigen Rahmenplanung, damit einerseits die flächendeckende, bürgernahe Grundversorgung gewährleistet bleibt und andererseits durch die auch länderübergreifend erfolgende Abstimmung von Spezialzentren und Maximalversorgung keine unwirtschaftlichen Überkapazitäten ins Leben gerufen werden. Insofern ist eine

staatliche Rahmenplanung, die länderübergreifend ausgerichtet sein muss und die auch die Aufweichung der formalen Barrieren zwischen den derzeitigen Leistungssektoren in Angriff nehmen muss, unverzichtbar.

Duale Finanzierung ist einer Ihrer Punkte – aber die Länder investieren doch zum großen Teil kaum. Wie soll die notwendige Finanzierung sichergestellt werden? Wie sollen die weiter steigenden Personalkosten finanziert werden? Wie stellen Sie sich eine zukunftsorientierte Krankenhausfinanzierung vor?

Weiser: Die duale Krankenhausfinanzierung hat nach Einschätzung des VLK den großen Vorteil, dass die Investitionsfinanzierung nicht aus dem gleichen Topf kommt wie die Finanzierung der Betriebsausgaben über die DRGs. Der Nachteil ist allerdings, dass derzeit der Inhalt des Topfes für die Investitionsfinanzierung nicht ausreicht, um den nach Auffassung des VLK dringend notwendigen Investitionsbedarf sachgerecht abzarbeiten.

Eine zukunftsorientierte Krankenhausfinanzierung muss im Bereich der den Krankenhäusern über die DRGs zufließenden Betriebskosten die Erstattung der den Krankenhäusern durch externe Vorgaben zusätzlich zu dem vereinbarten Krankenhausbudgets entstehenden Personal- und Sachkosten in voller Höhe berücksichtigen. Das heißt, dass die extern den Krankenhäusern aufoktroierten, durch Tarifsteigerungen oder Preissteigerungen entstandenen Zusatzkosten nicht nur anteilig, sondern zu 100% erstattet werden müssen. Dies könnte sichergestellt werden durch die Praktizierung des im KHRG vorgesehenen Orientierungswertes, der dann allerdings in seiner Wirkungshöhe nicht willkürlich durch den Gesetzgeber manipuliert werden darf. Vielmehr müssen die in diesem Orientierungswert wesentlichen Kostenbestandteile der Krankenhausbudgets – Personalkosten, medizinischer Bedarf, Wirtschaftsbedarf, Wasser, Energie, Brennstoffe, Lebensmittel, Verwaltungsbedarf – in ihrer realistischen Quotierung mit einer aktuellen Preis-Steigerungs-Indizierung ausgewiesen werden und – gewichtet zu einem Einheits-Steigerungssatz – so auch als Budgeterhöhungsfaktor für die Krankenhäuser in Ansatz gebracht werden dürfen.

Bei der Investitionsfinanzierung spricht sich der VLK für den Verzicht auf die Abarbeitung des sogenannten Investitionsstaus aus. Niemand kann die wirkliche Höhe dieses Investitionsstaus zweifelsfrei konkretisieren. Selbst wenn dies der Fall wäre, wäre das Geld aber nicht da, um diesen Investitionsstau nachträglich ab-

zubauen. Vor diesem Hintergrund erscheint es realistisch, statt diese Forderung wie eine Monstranz vor sich her zu tragen, ab sofort mit einer ausreichenden und nachhaltigen Ausschüttung von Investitionsbeträgen als Pauschalen auf die von den Krankenhäusern abgerechneten DRGs zu beginnen. Zzgl. muss ein DRG-unabhängiger Sockelbetrag für die Einzelförderung insbesondere für Krankenhäuser mit unverzichtbaren Versorgungsaufgaben bereitgestellt werden. Die Größenordnung dieser Investitionsfinanzierung muss sich nach Einschätzung des VLK an einem Betrag von derzeit etwa 5 Mrd. EURO pro Jahr bundesweit mit entsprechender Indizierung für die Zukunft orientieren. Hier sind die Länder in der Pflicht. Sie werden sich sicherlich gegen die damit erfolgende Verdoppelung ihrer bisherigen Investitionsausgaben wehren. Dies wäre nach Einschätzung des VLK aber zu kurz gesprungen, da der Verzicht auf sachgerechte und notwendige Investitionen im Krankenhausbereich eine Abkopplung vom medizinisch-technischen Fortschritt der Krankenhäuser bedeuten würde.

Qualität, Qualitätssteuerung – pay for performance – ein richtiger Weg?

Weiser: Nein. „Pay for performance“ als qualitätsorientierte Vergütung ist kein geeignetes Konzept für die regelhafte Vergütung von Krankenhausleistungen. Krankenhausleistungen sind hochkomplexe medizinische und pflegerische Dienstleistungen, die grundsätzlich über allgemeingültige Gebührenordnungen zu vergüten sind. Meine Wahrnehmung ist, dass „pay for performance“ nur als Schlagwort und Deckmantel für die Leistungserbringung zu Dumpingpreisen verstanden wird. Dies ist medizinisch-ethisch fragwürdig, hat nichts mit Qualitätssicherung zu tun, sondern entpuppt sich bei näherer Betrachtung als verkappter Rabattwettbewerb um die billigste Leistungserbringung.

Sehen Sie die flächendeckende Krankenhausversorgung, gerade im ländlichen Raum, gefährdet? Wie können gerade kleinere Krankenhäuser hochqualifiziertes Personal generieren?

Weiser: Ich sehe die flächendeckende Krankenhausversorgung auch im ländlichen Raum nicht gefährdet. Allerdings setzt dies voraus, dass eine abgestimmte staatliche Rahmenplanung über die Standorte und das Leistungsspektrum existiert und dass darüber hinaus die Krankenhausfinanzierung sowohl im Bereich der Betriebskosten wie auch im investiven Bereich die Funktionstüchtigkeit und ein modernes technisches Know-how des Krankenhauses gewährleistet. Natürlich

ist festzustellen, dass gerade in ländlichen Regionen auch im Bereich der stationären Versorgung ärztliche Stellen unbesetzt bleiben. Dies ist unter anderem auch darauf zurückzuführen, dass die ärztliche Weiterbildung derzeit den aus meiner Sicht großen Mangel aufweist, nicht versorgungsgerecht ausgerichtet zu sein. Was heißt das? Assistenzärzten, die sich z.B. im Fachbereich der Chirurgie weiterbilden wollen, wird heute unter den geltenden Weiterbildungsbestimmungen eine qualifizierte und sehr umfassende Weiterbildung übergestülpt, die nach erfolgreicher Beendigung zu einer Tätigkeit in der chirurgischen Klinik eines Maximalversorgungshauses berechtigt. So kommt es, dass dann in kleineren Krankenhäusern eben diese Fachärzte sich als überqualifiziert im Hinblick auf die tatsächlichen Aufgabenstellungen ihres täglichen Arbeitsspektrums erweisen. Sie werden aus diesem Grunde sicherlich die Arbeit in einem Haus vorziehen, in dem die erworbenen Qualifikationen auch abgefordert werden. Insofern wäre es sachgerechter, die Weiterbildung für Ärzte versorgungsadäquat zu gestalten.

Dies meint, dass Fachärzte, deren Lebensplanung den Einsatz in Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung vorsieht, auch nur eine auf diese Versorgungsebene zugeschnittene Weiterbildung absolvieren sollten. Wenn solchermaßen versorgungsadäquat zugeschnittene Weiterbildungen existieren, dann wird sich automatisch eine Zuordnung der entsprechend weitergebildeten Fachärzte entsprechend der abgestuften Leistungsspektren der Krankenhäuser ergeben. Mithin werden auch Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in ländlichen Regionen auch über dann passgenau qualifiziertes ärztliches Personal verfügen. Sie werden dann Mitarbeiter gewinnen können, die sich auch in kleinen Krankenhäusern nicht dazu versteigen, medizinische Leistungen zu erbringen, für die diese Krankenhäuser auf Grund ihrer strukturellen Voraussetzungen nicht geeignet sind. Allerdings ist es sicherlich ein langer Weg, bis dies erfolgreich umgesetzt werden kann.

Wie stellen Sie sich konkret Kooperation und Arbeitsteilung mit anderen Gesundheitsberufen vor? Was bedeutet die Rückführung auf die ärztlichen Kernkompetenzen, was Delegation und was Substitution?

Weiser: Der ärztliche Arbeitsalltag im Krankenhaus ist gekennzeichnet durch eine deutliche Überhöhung der werktäglichen Arbeitszeit und eine Überfrachtung mit verwaltungsspezifischen oder verwaltungsnahen Arbeitsgängen. Das heißt, dass im heutigen Krankenhausalltag der Krankenhausarzt einen nicht unwesentlichen

Teil seiner Arbeitszeit auf Tätigkeiten verwenden muss, die nicht zu seinen originären ärztlichen Tätigkeiten zählen. Ziel muss es also sein, den Arbeitsalltag des Krankenhausarztes von all jenen Tätigkeiten zu entfrachten, die nicht zu ärztlicher Beratung, Aufklärung, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie zählen. Diese Entfrachtung kann durch Delegation und/oder Substitution erfolgen.

Rechtlich betrachtet ergibt sich zunächst generell die Verpflichtung des Arztes, jede medizinische Leistung selbst zu erbringen. Gleichwohl ist aber auch im Dienstleistungsbereich anerkannt, dass die Vermutung der Höchstpersönlichkeit der Leistungserbringung an Grenzen stößt. Hieraus wird der Schluss gezogen, dass an der generellen juristischen Zulässigkeit der Delegation auch auf nicht-ärztliche Mitarbeiter keine Zweifel bestehen. Gleichzeitig kann hieraus aber keine Rechtfertigung für generelle Delegierbarkeit ärztlichen Handelns auf nichtärztliches Personal abgeleitet werden. Denn unter Haftungsaspekten ist zu beachten, dass die Delegation von Teilschritten der Behandlung zu weitergehenden Pflichten des Arztes im Hinblick auf die Auswahl, Instruktion, Überwachung und Kontrolle des Mitarbeiters, der den delegierten Teilschritt durchführt, führen muss. Außerdem erfordert eine Delegation auch eine ausreichende formelle und materielle Qualifikation des Delegierungsadressaten.

Aus medizinischer Sicht ist das Spektrum delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten endlich: Delegation patientenbezogener Tätigkeiten auf nichtärztliche Heilberufe darf nur in eindeutigen Grenzen stattfinden. Klar ist, dass originäre ärztliche Tätigkeiten nicht delegierbar sind.

In der gelebten Krankenhauswirklichkeit hat sich der Bereich delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten auf pflegerisches Personal bereits weitgehend ausgebildet. Als Orientierungshilfe für die Praxis der Delegation gibt es einen Leitfaden aus dem Bereich der leitenden Pflegekräfte zur „Übernahme ärztlicher Tätigkeiten“, dessen zentraler Bestandteil eine sogenannte Ampelrichtlinie ist. Diese ordnet für verschiedene, in der Pflege tätige Berufsgruppen vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen spezifischen Qualifikation häufig delegierte ärztliche Tätigkeiten in verschiedene Kategorien ein und leistet damit ganz entscheidend praktische Hilfestellung bei der konkreten Ausgestaltung der Delegation. Damit ist die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal ein relativ umfassender und definierter Baustein zur Entlastung des Tätigkeitsfeldes des ärztlichen Berufsstandes.

Etwas schwieriger gestaltet sich dieser Sachverhalt bei der Substitution: Anders als bei Delegation, bei der auch bei arbeitsteiligem Handeln die Letzt- und Gesamtverantwortung des Arztes bestehen bleibt, entzieht die Substitution Tätigkeiten der ärztlichen Verantwortung und ordnet diese arzt nahen Berufsgruppen neu zu. Die Substitution vollzieht sich im Gegensatz zur Delegation nicht unter der Führungs- und Anordnungsverantwortung des Arztes und erlegt ihm auch keineswegs die Verantwortung für die Auswahl des richtigen Arbeitsadressaten auf. Vielmehr setzt die Substitution die Schaffung arzt naher Berufsgruppen voraus, die bislang vom Arzt selbst wahrgenommene Tätigkeit nunmehr eigenverantwortlich übernehmen. Aus Sicht des VLK gilt hier der Grundsatz: Substitution arzt naher Tätigkeiten „ja“, Substitution ärztlicher Tätigkeiten „eher nein“.

Die immer noch hierarchische Struktur unter Krankenhausärzten wird oft als der Hauptgrund genannt, der den Arztberuf unattraktiv macht und zu Personalmangel führt – ein Versagen auch der Leitenden Krankenhausärzte? Schlechte Personalführung?

Weiser: Aus Sicht des VLK gilt immer noch die These: Das System der Strukturierung des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus nach dem Ordnungsprinzip Leitender Arzt – Oberarzt – Assistenzarzt hat sich als konkurrenzlos leistungsfähig erwiesen und muss auch in der Zukunft erhalten bleiben. Klar ist doch, dass jede Organisationsstruktur ein Führungselement benötigt. Die Abteilung eines Warenhauses kennt den Abteilungsleiter, die Schlosserei in einem metallverarbeitenden Betrieb hat an der Spitze ihren Werkmeister, das Ministerium für Gesundheit hat seine Gesundheitsministerin. Auch die Fachabteilung eines Krankenhauses hat an der Spitze einen Leiter, nämlich den Chefarzt. Dieser trägt die Gesamtverantwortung für seine Abteilung und ist gegenüber dem Krankenhausträger der verantwortliche Ansprechpartner für alle medizinisch-ärztlichen Belange, aller organisatorischen Details, alle wirtschaftlichen Hintergründe seiner Abteilung.

Dieses notwendige klare Ordnungsprinzip mit einem „Leiter“ an der Spitze einer Abteilung bedeutet jedoch nicht, dass die nachgeordneten Assistenz- und Oberärzte zu meinungs- und kritiklosen Befehlsempfängern des Leitenden Krankenhausarztes werden. Vielmehr muss sich der Leitende Krankenhausarzt, der seiner Abteilung das medizinisch-wissenschaftliche Gepräge gibt, in der fachlichen Diskussion mit seinen ärztlichen Mitarbeitern täglich als fachliche Autorität bewähren. Und selbstverständlich ist der individuelle Führungsstil des Leitenden Kran-

kenhausarztes ausschlaggebend für die Beurteilung durch seine ärztlichen Mitarbeiter: Ist dieser Führungsstil kooperativ, wird dies in der Regel als „in Ordnung“ empfunden, ist er eher „diktatorisch“, führt dies zu den bekannten Negativbeispielen, die der VLK sich bemüht, durch interne „Missionsarbeit“ innerhalb seines Mitgliederkreises auf ein Minimum zu reduzieren.

Krankenhausärzte sind zunehmend auf dem Arbeitsmarkt gefragt – eine komfortable Situation?

Weiser: Auf den ersten Blick scheint der sogenannte „Nachfragemarkt“ viele Vorteile für den Krankenhausarzt zu bringen. Ärzte sind knapp, das steigert ihren Marktwert, folglich können sie sich ihren Arbeitgeber unter einer Vielzahl von Angeboten auswählen. In der Praxis jedoch wird dies nicht der Regelfall sein, da der Wechsel eines Arbeitgebers gleichbedeutend mit einem Ortswechsel ist, der eine entsprechende Mobilität der gesamten Familie und einen Wechsel des sozialen Umfeldes mit sich bringt. Dies wird oft als Nachteil empfunden und führt im Ergebnis dann trotz des „Nachfragemarktes“ eher zu einer Arbeitsplatzkonstanz.

Hinzu kommt, dass durch den verstärkt spürbaren aktuellen Ärztemangel auch im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser die Überlastung der Kollegen fortschreitet und sich nachteilig auf das Betriebsklima auswirkt. Insofern muss aus Sicht des VLK eine Reihe von Maßnahmen ergriffen werden, um diesem Ärztemangel, der sich in den nächsten Jahren noch verschlimmern wird, vorzubeugen. Der VLK hat hierzu ein umfangreiches Positionspapier mit einem entsprechenden Maßnahmenkatalog entwickelt.

Sie vertreten oft gemeinsame Positionen mit der Krankenhausgesellschaft und den Krankenhausedirektoren – ist das strategisch zielführend? Wo bestehen Unterschiede? Wie stehen Sie zu den gesundheitspolitischen Positionen der DKG?

Weiser: Eines der Hauptziele der Verbandsarbeit des VLK ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zur Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für die qualifizierte Ausübung ärztlicher Tätigkeit. Insofern sind die Schnittmengen gemeinsamer gesundheitspolitischer Positionen zwischen dem VLK, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der Krankenhausedirektoren nicht unbeachtlich. Strategisch kann das ein Vorteil sein, wenn mehrere bundesweit agierende „Player“ im Gesundheitswesen nachhaltig identische Forderungen erheben und durchzusetzen versuchen.

Selbstverständlich gibt es Unterschiede und gleichsam natürliche Unterschiede und konträre Positionen. Dies betrifft z.B. die Fragestellungen, die die konkrete Arbeitssituation vor Ort und die Tarifgestaltung tangieren. Hier gibt es selbstverständlich zwangsläufig auch Differenzen, die in der gesundheitspolitischen Diskussion ausgefochten werden müssen und auch ausgefochten werden. Hierzu gehört auch das DKG-Chefarztvertragsmuster und die soeben erst publizierten Leitlinien von DKG und DSO für die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und der Deutschen Stiftung Organtransplantation.

Übertragen auf die gesundheitspolitischen Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft bedeutet dies, dass der VLK beispielsweise die Position der DKG bezüglich einer Vertiefung der sektorenübergreifenden patientenorientierten Versorgung ebenso teilt wie die Ablehnung des Vergütungskonzeptes „pay for performance“ und die Sorge um die personelle Ausstattung der Krankenhäuser vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels. Hingegen steht der VLK ablehnend der DKG-Position gegenüber, in der gefordert wird, durch einen gemeinsamen nationalen Kraftakt eine Bund-Länder-Finanzierung aufzustellen, um den auf 50 Milliarden EURO bezifferten Investitionsstau in den Kliniken aufzulösen. Dies hält der VLK nicht für sinnvoll, sondern plädiert – wie weiter oben dargestellt – für einen Verzicht auf die Abarbeitung dieses Investitionsstaus und stattdessen für einen sofortigen Neubeginn einer wesentlich verbesserten und nachhaltigen Investitionsfinanzierung, bei der die Länder in die Pflicht genommen werden müssen.

Auch die DKG-Position zur Neuordnung ärztlicher und pflegerischer Aufgaben wird vom VLK so nicht geteilt. Die VLK-Positionen zu Delegation und Substitution habe ich ja bereits weiter vorne präzisiert.

Abschließend noch einige politische Fragen im Kontext der Bundestagswahl: Die Legislaturperiode geht zu Ende – Ihre Bilanz?

Weiser: Diese Bilanz ist eher schlecht: Gemessen an der zu Beginn der Legislaturperiode in der Koalitionsvereinbarung niedergelegten Willenserklärung der „Sicherung eines leistungsfähigen und demographiefesten Gesundheitswesens mit einer qualitativ hoch stehenden Versorgung für die Patienten sowie die Gewährleistung einer solidarischen, bedarfsgerechten Finanzierung“ ist das, was durch das GKV-WSG und das KHRG an wesentlichen gesetzlichen Neuerungen geschaffen wurde, nicht akzeptabel.

Was sind die 5 größten Herausforderungen für die Krankenhäuser – und wie lauten Ihre Lösungsvorschläge?

Weiser: Aus meiner Sicht lassen sich die 5 größten Herausforderungen für die Krankenhäuser in einem Satz zusammenfassen: Die Krankenhäuser müssen versuchen, die Qualität der Patientenversorgung trotz Ärztemangel, trotz unzureichender Budgetierung, trotz mangelhafter Investitionsfinanzierung, trotz verstärkter Zentralisierungstendenzen und trotz Behinderung bei der Verschmelzung von ambulantem und stationärem Versorgungsbereich nach Möglichkeit aufrecht zu erhalten. Die aus VLK-Sicht hierzu zu unterbreitenden Lösungsvorschläge haben wir bereits hinsichtlich der Budgetfinanzierung, der Investitionsfinanzierung, der Zentralisierungstendenzen (Gesundheitsfonds) und des Abbaus der Sektorgrenzen an anderer Stelle im Rahmen dieses Interviews abgehandelt. Hinsichtlich der Beseitigung des Ärztemangels darf ich noch einmal auf den Maßnahmenkatalog verweisen, den der VLK in seinem Positionspapier „Ärztemangel ist nicht schicksalhaft“ publiziert hat. Hierzu zählen vor allem die Schaffung weiterer Studienplätze für die Humanmediziner, die Abschaffung des Numerus Clausus für Medizinstudenten und die Entwicklung geeigneter, zeugnisnotenunabhängiger Auswahlkriterien durch die Universitäten, die Schaffung von Curricula für paramedizinische Berufe, die familienfreundliche Gestaltung des Arbeitsplatzes „Krankenhaus“, die Optimierung der ärztlichen Weiterbildung und die Durchführung von Imagekampagnen, um durch sinnvolle Öffentlichkeitsarbeit dem Bereich der stationären Versorgung qualifizierte und motivierte Mitarbeiter zuzuführen.

Was sind die 5 größten Herausforderungen für die Leitenden Krankenhausärzte – und was sind Ihre Lösungsvorschläge?

Weiser: Zu den größten Herausforderungen für die Leitenden Krankenhausärzte zähle ich die trotz der wachsenden Arbeitsverdichtung gewissenhafte Fortsetzung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung, das entschiedene Bekämpfen des Ärztemangels und die Rückführung der ärztlichen Tätigkeit auf die ärztlichen Kernkompetenzen. Hinzu kommt das Bemühen, bei meinen Kolleginnen und Kollegen die Bereitschaft zu interdisziplinärer Zusammenarbeit innerhalb des Krankenhauses im Sinne einer größeren Patientenorientierung zu verbessern und der Versuch, in den Geschäftsführungen der Krankenhäuser die Bereitschaft zu einer fruchtbaren Kooperation mit den Leitenden Kran-

kenhausärzten zu vergrößern. Gerade in den letzten beiden genannten Punkten sehe ich Schwerpunkte für die Arbeit des VLK in den kommenden Jahren.

Die Regierungsprogramme aller Bundestagsparteien liegen vor – Welche Konsequenzen ziehen Sie daraus? Wo sehen Sie Anknüpfungspunkte?

Weiser: Die der Gesundheitspolitik gewidmeten Passagen in den Wahlprogrammen der einzelnen Parteien zeichnen sich durchweg durch eine fehlende Tiefenschärfe aus. Das erschwert eine abschließende Beurteilung des Gesamtprogramms einer Partei.

Anknüpfungspunkte sieht der VLK eigentlich bei allen Parteien, die derzeit im Deutschen Bundestag vertreten sind: Bei der Union aus CDU und CSU ist dies das Bekenntnis zur Koexistenz einer starken PKV neben der GKV. Bei der SPD ist es die Ankündigung, die ambulante Öffnung der Krankenhäuser künftig noch stärker zu forcieren. Bei der FDP ist es die Abschaffung des Gesundheitsfonds und das Plädoyer für die Rückkehr zur Beitragsautonomie der GKV. Bei BÜNDNIS 90/Die Grünen sehe ich mich mit dem angekündigten Abbau der Barrieren zwischen den einzelnen Leistungssektoren im Gesundheitswesen bestätigt. Bei den LINKEN kann sich der VLK mit der Aussage identifizieren, die Ausrichtung des Leistungskataloges der GKV am medizinischen Bedarf zu orientieren.

Was muss die Politik Ihrer Meinung nach in der nächsten Legislaturperiode unbedingt neu regeln?

Weiser: Zwei Dinge haben aus meiner Sicht Priorität: die Definition eines sachgerechten und finanzierbaren Leistungskatalogs, der auch Priorisierungsaussagen über die von den Versicherten zu empfangenden Leistungen zu Lasten der Solidargemeinschaft enthalten muss.

Hinzu kommt eine auskömmliche und nachhaltige Regelung der Finanzierung der Krankenhäuser sowohl im Bereich der Budgets wie vor allem auch im Bereich der Investitionsfinanzierung. Einzelheiten hierzu habe ich vorab erläutert.

Politik ist das eine, viele Entwicklungen im Krankenhausmarkt laufen aber auch weitgehend unabhängig von aktueller Krankenhauspolitik – Stichworte Privatisierung, Demographie, neue medizinische Behandlungen. Ihre Einschätzung und Erwartungen an die Akteure?

Weiser: Meine Einschätzung geht dahin, dass die Leistungsanspruchnahme durch die Versicherten aufgrund der demographischen Entwicklung, des medizinischen Fortschritts und der Multimorbidität stark zunehmen wird. In der Folge hiervon werden verstärkt personelle Anforderungen an die Krankenhäuser gestellt werden. Zudem muss die Finanzierung dieses erhöhten Leistungsabforderungskataloges auf Dauer sichergestellt werden.

Hinsichtlich der von Ihnen angesprochenen Privatisierung gehe ich davon aus, dass in den nächsten 5 bis 10 Jahren die Zahl der Übernahme von Krankenhäusern durch private Krankenhausträger noch zunehmen wird. Dies ist zum einen geschuldet der wirtschaftlichen Situation vor allem kommunaler Krankenhausträger und zum anderen der Tatsache, dass private Krankenhausträger unabhängig von politischen Ideologien und Partikularinteressen in der Lage sind, die sachgerechten Entscheidungen zu treffen, die das wirtschaftliche Überleben eines Krankenhauses sicherstellen.

Wie wird, bzw. wie sollte die deutsche Krankenhauslandschaft im Kontext des Gesamtgesundheitsystems in 5 Jahren aussehen?

Weiser: Der VLK ist gerade dabei, seine Vision der „Gesundheitsversorgung 2030“ zu erarbeiten. Wenn diese Vision steht und die VLK-Gremien dies mittragen, können wir dieses Thema gerne vertiefen.

■ HIGH LIGHTS

Impressum

ISSN 1614-029X 6. Jahrgang 2009

Herausgeber: Dr. Andreas Lehr, Dr. Jutta Visarius • Loeschkestr. 37, 53129 Bonn,
Tel. 02 28 – 6 19 59 25, Fax. 02 28 – 6 19 59 26, e-mail: highlights@letv-verlag.de

Redaktion: Dr. Andreas Lehr, Dr. Jutta Visarius • Luisenstr. 41, 10117 Berlin,
Tel. 0 30 – 22 60 56 84, Fax. 0 30 – 20 67 46 43, Mobil. 01 71 – 6 46 57 00 oder 01 71 – 4 84 77 73,
e-mail: highlights@letv-verlag.de

Crossmedia Internetplattform: www.letv-verlag.de

Satz und Layout: activisual, zum Steimel 1, 53773 Hennef, Tel. 0 22 42 – 86 85 68, Fax. 0 22 42 – 86 85 69,
e-mail: post@activisual.de

Sämtliche Nutzungsrechte an den highlights liegen beim L(et)V Verlag. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung des L(et)V Verlags unzulässig.

LetV
Verlag GmbH