

11. Tagung des Konvents der Leitenden Krankenhauschirurgen 2005

Operation Zukunft



Vortrag von H. Seehofer

Man hatte mit einiger Spannung auf den Auftritt von Horst Seehofer gewartet, da der Streit über die gesundheitspolitischen Richtungsentscheidungen und sein Rückzug aus der Fraktionsspitze allgemein in Erinnerung waren. Seit Kreuth wisse er, was er zu sagen habe, so begann er seine Rede, die immer wieder von Beifall unterbrochen wurde. Zunächst griff Seehofer die Bemerkung des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Matthias Rothmund, auf,

der in seinem Grußwort zuvor die Kaste der Krankenhausmanager angegriffen hatte, mit ihrem Hang zum Kompartimentieren und Departmentieren, wie sich dies am Beispiel des modularen Krankenhauses und der Planungen am Klinikum Aachen festmachen lasse. Rothmund tat dies auch unter Hinweis auf eine Stellenanzeige im *Deutschen Ärzteblatt*, in der entgegen aller notwendigen Tendenz zur Spezialisierung – Kompetenz steigt mit Spezialisierung – nach einem nahezu kompletten chirurgischen Universalgenie gesucht wurde, natürlich mit betriebswirtschaftlichen Kenntnissen. Wenn also solche Omnipotenz gefordert werde, dann sei diese Stelle nur durch einen Politiker zu besetzen, bemerkte Seehofer, denn nur bei dieser Berufs-kategorie könne man derartige Fähigkeiten voraussetzen und er wiederholte seine Mahnung, die er vor zwei Jahren an gleicher Stelle ausgesprochen hatte, sich nicht von Leuten abhängig zu

machen, von denen man in der Schule nicht abgeschrieben hätte.

**Derzeit arbeiten rund
12 000 junge deutsche
Ärzte im Ausland –
das entspricht etwa
eineinhalb Jahrgängen
approbierter Ärzte**

Klaus Rückert, erstmalig Ausrichter der Tagung, hatte zuvor rund 350 Teilnehmer begrüßt und in Hamburg willkommen geheißen. In seinem Grußwort war dann

zunächst der Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, Michael J. Polonius, auf zwei wichtige Themen der aktuellen Diskussion im Gesundheitswesen eingegangen: Zum einen auf die Arbeitsbedingungen, die zu einem zunehmenden Nachwuchsmangel führten. Nicht ohne Grund arbeiteten derzeit 12 000 junge deutsche Ärzte – das entspricht etwa eineinhalb Jahrgängen approbierter Ärzte – insbesondere in den skandinavischen Ländern und in Großbritannien. Besonders pikant daran sei, daß zwei bis drei Achtstunden-Wochenendschichten dort mit etwa € 3000,- honoriert würden. Zum zweiten sei es unbedingt notwendig durch eine qualitativ hochwertige, strukturierte Weiterbildung und durch eine bessere Bezahlung die Attraktivität des chirurgischen Berufes zu steigern, sonst sei der Schwund an Nachwuchs nicht zu stoppen. Polonius hält eine Differenzierung in den Fächern für erforderlich; so stünde den operativen Fächern mit



K. Rückert



H. Seehofer, M. Rothmund, H. Bauer (v.l.) und K. Junghanns (hinten)

ihren physischen und psychischen Belastungen durchaus ein höheres Gehalt zu.

Dem Thema Patientensicherheit widmete M. Rothmund sein Grußwort. Diese sei das große Thema der Gesundheitspolitik der nächsten zehn Jahre, insbesondere vor dem Hintergrund ausländischer Untersuchungen, wonach es bei zehn bis 15 Prozent aller im Krankenhaus behandelten Patienten zu sogenannten „Adverse Events“ käme mit einer Letalität von etwa einem Prozent. Reinhard Bittner führte in die Kongreßthemen ein. Bei allen Klagen über die Arbeitszeit sei die Chirurgie weiterhin ein attraktiver Beruf, der hohes Engagement fordere – das allerdings mit einer adäquaten Grundbesoldung sowie einer eben solchen Überstundenvergütung belohnt werden sollte. Auch gelte es die Zukunftschancen für junge Chirurgen zu verbessern. Dem Klinikmanagement sei zu vermitteln, daß das Arzt-Patienten-Verhältnis eine wesentliche Rolle spiele, die nicht durch die Tendenzen hin zum modularen Krankenhaus gestört werden dürften.

Horst Seehofer: Eigenbeteiligung im Gesundheitssystem ist nichts Unappetitliches

In seiner breit angelegten Rede, in der er die Notwendigkeit weiterer Reformen unterstrich, spannte Horst Seehofer einen breiten Bogen von der Entwicklung der Lohnnebenkosten, der weiterhin hohen Qualität im Gesundheitswesen hin zur Notwendigkeit, Arbeitsplätze zu schaffen, um die sozialen Probleme zu lösen und ein Kranksparen im Gesundheitswesen zu vermeiden. Nur eine erstklassig aufgestellte Volkswirt-

schaft führe zu einem sicherem Sozialsystem. In diesem Zusammenhang müsse auch mehr Emphase auf die Erkenntnis gelegt werden, daß es sich beim Thema Gesundheit um einen Wachstumsmarkt handle und man vor der Alternative kranksparen oder mehr Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung stehe. Nichts sei unsolidarischer als die unsolidarische Beanspruchung einer Solidarversicherung und deshalb sei eine Eigenbeteiligung durchaus nicht unappetitlich. Natürlich führe das im Einzelfall etwa bei einer Kriegerwitwe zu Problemen, die staatlich ausgeglichen werden müßten; andererseits sei auch nicht einzusehen, daß mehr Geld für Handys der Kinder als für eine Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen ausgegeben würde. Markt bedeute finanzielle Anreizsysteme zur Steuerung, nicht eine politische Steuerung. Im Einzelnen bewertete er dann die Bürgerversicherung, die schon wegen alter Vertragsverhältnisse rechtlich nicht möglich sei und deswegen auch die Einbeziehung anderer Einkommen nicht zulasse. Auch sei es höchst zweifelhaft, Zinserträge in die Finanzierung mit einzubeziehen, denn dies konterkariere Bemühungen des Aufbaus einer zweiten privaten Rente. Auch die



N. Walter, Deutsche Bank



R. Bittner bei seinem Vortrag

Kopfpauschale – oder euphemistisch Gesundheitsprämie – sei wegen des enormen Volumens an steuerlicher Unterstützung nicht finanzierbar. Er habe stets darauf hingewiesen, daß unter einer Gesundheitsprämie, wie sie jetzt beschlossen sei, 31 Millionen Deutsche auf staatliche Zuschüsse angewiesen seien. Hier werde ein gigantischer Umverteilungskreislauf in Gang gesetzt.

Im Gesundheitssektor bedarf es eines neuen Paradigmas – mehr Markt statt dirigistischer Kostensenkungsprogramme

An Lösungsansätzen stellte Seehofer beispielsweise ein Präventionsgesetz vor, da in Deutschland eine erhebliche Schwäche bei der Vorsorge und Früherkennung bestehe. Ein Anreizsystem mit der Pflicht zur Versicherung statt Versicherungspflicht, die Mitnahme von Anwartschaften, um einen freien Wettbewerb zwischen den einzelnen Versicherern möglich zu machen, Wechsel- und Wahlmöglichkeiten und Transparenz seien ein wesentlicher Weg zur Kostensenkung. So müsse ein Wechsel von AOK zur Allianz und umgekehrt möglich sein. Seehofer forderte auch, den Arztberuf wieder zu einem freien Beruf zu machen. Die Gebührenord-

nung solle, wie bei jedem anderen Beruf weniger reglementiert sein und das Verhältnis Versicherter-Arzt müßte wieder zu einem Verhältnis Patient-Arzt werden. Es könne nicht angehen, daß hinter jedem Mediziner der zweite Mediziner stünde. Wenn er auch bei den Fragen einige konkrete Antworten schuldig blieb, wurde er doch mit einem langandauernden und herzlichen Beifall verabschiedet. Man hatte Horst Seehofer in der letzten Zeit ja einen gewissen Herz-Jesu-Sozialismus vorgeworfen und so trat nun ein völlig anderer Vertreter auf den Plan, der die Lehre der reinen Marktwirtschaft vertrat, Norbert Walter, Chefvolkswirt der Deutschen Bank. Mit Gesundheitsausgaben in Höhe von 10,9 Prozent des Bruttoinlandproduktes läge Deutschland international im Spitzenfeld. Zusätzlich würde die demographische Entwicklung den Druck auf das umlagefinanzierte Sozialsystem künftig drastisch erhöhen. Der Bevölkerungsanteil der über 60jährigen wird bis 2030 von derzeit knapp 25 auf 34 Prozent steigen. Bis 2050 wird sich der Anteil der über 80jährigen verdreifachen. Steigende Leistungen für länger lebende Rentner müssen folglich von immer weniger Erwerbspersonen finanziert werden. Bisherige Gesundheitsreformen hätten die Probleme des

Gesundheitssystem durch Kostendämpfung, Budgetierung und Rationierung zu lösen versucht. Diese Ansätze seien unzureichend. Auf diese Weise sei ein massiv gehemmter Sektor entstanden. Im Gesundheitssektor bedürfe es daher eines neuen Paradigmas, mehr Markt statt dirigistischer Kostensenkungsprogramme, Ersatz statt Sachleistungsprinzip, individuelle Entscheidungsfreiheit bezüglich des über die Grundversorgung hinausgehenden Versicherungsschutzes und stärkerer Wettbewerb der Kassen unterein-

ander durch differenzierte Leistungsangebote und Vertragsfreiheit gegenüber den Leistungsanbietern.

K. Lauterbach: Derzeit ist die Situation für Veränderungen besonders günstig – Babyboomer stehen in der Blüte ihres Lebens

Wer Marktwirtschaft wolle, müsse auch wissen, daß sie ungemütlich sei und letztlich habe sich der Kollektivismus wie ein Stein auf die Brust des Gesundheitswesens

gelegt. Walter wies darauf hin, daß Seehofer bei der Frage nach dem Leistungskatalog gekniffen habe und das es unmöglich sei, allen eine „S-Klasse“ zu gewähren. Eine Selbstbeteiligung müsse obligatorisch werden. Wettbewerb sei durch Transportabilität des Angesparten dringend erforderlich. Daß dieses Umdenken noch nicht eingetreten sei, zeigten die von den Parteien jüngst vorgeschlagenen Lösungsmodelle. Der Ausbau der Pflichtversicherung durch die von Rot-Grün vorgesehene Bürgerversi-

cherung sei definitiv ein Schritt in die falsche Richtung. Der jüngste Kompromiß von CDU und CSU habe die ursprünglich richtige Grundidee, die Krankenkassenbeiträge vom Einkommen zu entkoppeln und den Wettbewerb unter den Kassen zu stärken, leider völlig verwässert. Auch Wolfgang Klitsch von der Ärztekammer Nordrhein sprach vom süßen Schmerz der Wahrheit, den es zu ertragen gelte, wenn man sich mit dem Perspektiven der Gesundheitsreform befasse. Insgesamt stimme die Statik des Systems

Arbeitszeitgesetz: Hektischer Stillstand bei der Umsetzung

Hektischen Stillstand diagnostizierte Frank Montgomery bei der Umsetzung des seit dem 1. Januar 2005 gültigen neuen Arbeitszeitgesetzes, wonach Bereitschaftsdienst Arbeitszeit ist. Kein nachgeordneter Arzt dürfe mehr als 13 Stunden hintereinander in der Klinik tätig sein und im Mittel dürften

Rückschritt ins vergangene Jahrhundert bedeuten würde, wenn er denn käme. Allerdings trifft dieser Änderungsvorschlag im europäischen Parlament auf Ablehnung, im Ministerrat besteht keine einhellige Meinung. Nach Montgomerys Auffassung kann es noch Jahre dauern, bis die komplizierte Kompromißbildung abgeschlossen sein wird. Die Bundesregierung habe allerdings bereits klargestellt, daß daraus wahrscheinlich kein Änderungsbedarf abzuleiten sei.

Mit intelligenten Bereitschaftsdienstmodellen unter Ausnutzung des 48-Stunden-Höchstrahmens gelingt es, die Einkommenseinbußen zu minimieren

unter Ausnutzung des 48-Stunden-Höchstrahmens gelänge es, die Einkommenseinbußen zu minimieren, wie Montgomery an zwei Beispielen deutlich machte. Zwar würde die 48-Stunden-Regelung zu minimalen Einbußen gegenüber einem Schichtdienst mit 38,5 Stunden führen, die Einkommenssituation sei aber immer noch deutlich besser als bei Bereitschaftsdienstmodellen die mit einem Freizeitausgleich arbeiteten. Ob ein Netto-Stundenlohn von maximal 14,68 € im BAT Ib eine adäquate Bezahlung für einen 40jährigen verheirateten Akademiker darstellt, bedarf freilich einer separaten Beurteilung. Daß die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine wesentlich andere Betrachtungsweise pflegt, wurde in dem Referat von Martin Walger deutlich. Er stellte breit den Richtlinienvorschlag der europäischen Kommission vom 22. September 2004 vor, in dem zwischen aktiven und inaktiven Zeiten im Bereitschaftsdienst unterschieden wird. Dieser Vorschlag stünde auch im Einklang mit der Auffassung der Krankenhausärzte, die alle Maßnahmen zur Veränderung der Bereitschaftsdienste in Mehrheit ablehnten, weil sie spürbare Einkommenseinbußen, einen hohen Koordinierungsaufwand und eine Verlängerung der Weiterbildung brächten. Reaktionen aus der Zuhörerschaft zeigten indes deutlich, daß die DKG mit ihrer Auffassung vergleichsweise isoliert steht.



F. Montgomery

nicht mehr als 48 Stunden in der Woche gearbeitet werden. Die unklaren Übergangsbestimmungen des § 25 würden allerdings von vielen Krankenhausträgern als Freibrief für Veränderungsunwilligkeit mißbraucht. Damit verschenken sie nicht nur Geld, sie mißachteten auch den Wunsch der meisten Assistenz- und Oberärzte, die endlich humane Arbeitszeiten durchgesetzt sehen wollen. Stattdessen setzte man die Hoffnung auf Europa. Eine arbeitnehmerfreundliche Kommission hat einen Veränderungsvorschlag für die EU-Richtlinie gemacht, der einen

Wer also auf gesetzliche Verschlechterung hoffe und sich weiterhin Änderungen der Arbeitsorganisation in den Kliniken widersetze, verkenne, daß junge Assistenz- und Oberärzte weniger arbeiten wollten. Das belegen alle Umfragen der DGCh, des Berufsverbandes der Internisten und des Marburger Bundes. So sei denn auch der akute Assistentenmangel in der Chirurgie sicher auf diese Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Auch gäbe es mittlerweile zahlreiche Modelle die sich EU-konformen Arbeitszeiten zumindest annäherten. Mit intelligenten Bereitschaftsdienstmodellen

nicht mehr, die in zahlreichen Fehlanreizen erkennbar werde. Die Eigenverantwortung des Versicherten könne hier nur begrenzt hilfreich sein. Von Vorteil wäre es zu erkennen, daß die Gesundheitspolitik kein Instrument der Gesellschaftspolitik sei, sondern sich eine Gesundheitswirtschaft entwickle, die künftig – beispielsweise in den USA mit 25 Prozent – am wirtschaftlichen Aufkommen beteiligt sei. Ähnliche Effekte seien auch hierzulande möglich, zumal das Gesundheitssystem globalisierungsresistent sei. Karl W. Lauterbach, gab sofort Gegenbeispiele aus der Sicht des Gesundheitsökonomen, die aufzeigten, daß mindestens die Probleme und die Art und Weise der Reformierung einer Globalisierung unterlägen. Im Gegensatz zu den Vorrednern wies er darauf hin, daß derzeit die Situation für Veränderungen besonders günstig sei. Ein Drittel zuwenig geborene Kinder machten derzeit keine Kosten, die Babyboomer seien in der Blüte ihres Lebens. Die Demographie werde sich ab jetzt nur noch verschlechtern, so daß das System künftig nicht mehr haltbar sei. Es würde auf Beitragssätze von etwa 20 Prozent zulaufen.



E. Nagel

Abschaffung der Budgetierung bei gleichzeitiger Schärfung der Indikation durch Leitlinien und partielle Rationierung über den Leistungskatalog

Kritisch setzte er sich mit dem FDP-Modell auseinander, das ein ausschließlich privates System der Versicherung vorsieht. In der Privatversicherung seien nachweisbar in den vergangenen Jahren die stärksten Beitragssteigerungen zu verzeichnen gewesen. Ein Kapitalstoppsystem benötige 20 Jahre Vorlauf und eine Bezahlung des Kapitals zusätzlich für die, die jetzt bereits wegen der massiven Arbeitslosigkeit nicht ins System einzahlten. Nach seiner Auffassung bestünden lediglich zwei realistische Wege: Bürgerversicherung oder das sogenannte Rürup-Modell. Bei letzterem sieht Lauterbach allerdings einen überproportionalen Anstieg der Steuerzuschüsse von über 30 Milliarden Euro auf das System zukommen und damit auch nur eine eingeschränkte Realisierbarkeit. Auch Eckhard Nagel (Augsburg-Bayreuth), der das gleiche Thema aus der Sicht des Chefarztes betrachtete, war nicht allzuweit von diesen Thesen entfernt. Er ging davon aus, daß es keine Veränderung bis zur nächsten Wahl geben werde, sondern lediglich eine Weiterentwicklung des bisherigen Systems. Medizinischer Fortschritt koste nun einmal Geld und 20 Prozent aller Patienten verursachten 80 Prozent aller Kosten. Hinzu käme, daß durch den allgemeinen Nachwuchsmangel nicht alle Posten in den nächsten zehn Jahren qualitätsgerecht besetzt werden können. Wegen der Komplexität der Situation gäbe es daher keine Entweder-Oder-Lösung, sondern nur Veränderun-

B. Ulrich und K. Schönleben bei der Diskussion



gen innerhalb des Systems. Hierzu gehöre vor allen Dingen die Abschaffung der Budgetierung bei gleichzeitiger Schärfung der Indikation durch Leitlinien und Richtlinien sowie eine gewisse Rationierung über ein Angehen des Leistungskataloges. Wer mehr wolle könne im Rahmen der medizinischen „Dienstleitung“ ein Optionsmodell selbst finanzieren, das neben das medizinisch Notwendige treten könne.

Personalstärke in der Bereitschaftsdienstzeit ist nicht an den tatsächlichen Bedarf angepaßt – Überbelastung und Burn-Out-Syndrom bei den Mitarbeitern sind die Folge

Eine praktische Annäherung an das Problem zeigte Hans-Reiner Zachert (Solingen) auf, der darauf hinwies, daß ein flächendeckend auf alle Krankenhäuser übertragbares Idealmodell nicht zu erwarten sei. Stattdessen stellte er eine Möglichkeit vor, ein individuell auf den Bedarf der jeweiligen Klinik zugeschnittenes Arbeitszeitmodell zu generieren, das sich auf eine realistisch durchzuführende Ist-Analyse und über die Instrumente der Unterteilung der Klinik in Bereiche, Definitionen der zu besetzenden Arbeitsplätze, Darstellung der jeweiligen Ar-

beitsprozesse und Organisationsoptimierung stützen müsse. Auf diese Weise könne unter Beachtung der Rechtskonformität zum Arbeitszeitgesetz ein Einsatzplan erstellt werden, der anhand des Leistungsspektrums der Klinik zu einem Arbeitszeitmodell ausgearbeitet werden könne. Auf die rechtzeitige Umsetzung der gesetzlichen Vorhaben vor Abschluß der „Galgenfrist“ und die Bedeutung realistischer Tarifverträge wies Zachert ausdrücklich hin. Die Anpassung der Personalstärken an den Bedarf und die anfallende Arbeit mahnte Ulf Debacher aus Sicht der öffentlichen Träger für das LBK Hamburg an. Durch aufwendige Verfahren der Diagnostik und Therapie sowie ständige Verkürzung der Verweildauern gäbe es in den Krankenhäusern eine Hauptarbeitszeit, die weit über den Beginn der Bereitschaftsdienstzeit ab 16 Uhr hinausgehe. Die Personalstärke in der Bereitschaftsdienstzeit sei nicht an den tatsächlichen Bedarf angepaßt. Für die Mitarbeiter führe dies zu einer Überbelastung bis hin zum Burn-out-Syndrom, für die Patienten zu langen Wartezeiten, kurzem Arzt-Patienten-Kontakt und unvollständiger oder verschobener Diagnostik und Therapie. Er stellte dar, daß in Pilotprojekten des LBK Erfahrungen mit der

Nachwuchsmangel ist im wesentlichen Chirurginnenmangel

Eigentlich ist die Chirurgie ein schönes Fach, aber unter den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen werden immer mehr junge Ärzte das Interesse daran verlieren und sich anderen Bereichen zuwenden, so das Fazit des Referates von Amelie Biedenkopf, die ihre Ursachenanalyse aus Sicht einer jungen Kollegin über den Chirurgenmangel führte. Wesentliche Ansatzpunkte, um den Beruf des Chirurgen wieder attraktiv zu machen, wären eine gute Ausbildung bereits während des Studiums mit der Chance Studenten für die Chirurgie zu begeistern, Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der Klinik mit vernünftigen Arbeitszeiten, eine angemessene Vergütung, Entschlackung



A. Biedenkopf

des Arbeitsalltages von nichtärztlicher Tätigkeit, sowie eine sinnvoll strukturierte und inhaltlich gute Weiterbildung. Die Qualität der Weiterbildung und die Art in der sie vermittelt wird, werden in Zukunft maßgeblich darüber entscheiden, welchen Weg qualifizierte junge Ärzte einschlagen. Hierzu gehöre auch eine Verbesserung der beruflichen Perspektiven, denn ohne Aussicht auf eine gute Endposition

wird der Nachwuchs weiter ausbleiben. Im Anschluß referierte Volker Säger über Lösungsansätze gegen den Personalmangel in der Chirurgie. Chirurgen sind böseartig, so zitierte er Amalia Cochran (University of Utah) und stellte dar, daß bessere und flexiblere Absolventen berufliche Alternativen mit günstigeren Arbeitszeiten und bessere Dotierungen vielfach außerhalb der klinischen Medizin ergriffen.

Die Chirurgie rekrutiert ihren Nachwuchs aus einem Pool von nur durchschnittlichen bis schlechten Studenten

Gründe für den Interessenwandel seien die Arbeitszeit in der Chirurgie, die zu hohen zeitlichen und fachlichen Anforderungen, Streß, die Art der Patientenprobleme und die Ausbildungsdauer. Letztlich habe das dazu geführt, daß Chirurgen von den Studenten eher als schlecht gelaunt, überarbeitet, mit wenig Freizeit und unbefriedigtem Sozialleben empfunden werden und die Chirurgie daher ihren Nachwuchs aus einem Pool von nur durchschnittlichen bis

schlechten Studenten rekrutiere. Lösungsansätze sah der Referent in einer Verbesserung des Studiums, wobei Reformstudiengänge eine Steigerung der sozialen Kompetenz, einen früheren Kontakt zur Chirurgie, eine Erhöhung des Praxisbezugs, eine Verkürzung des Studiums und eine Motivationssteigerung durch Multiplikatoren



V. Säger

pro Chirurgie ergäben. Es gelte zudem den falschen Stolz darauf abzulegen, das Arbeitszeitgesetz nicht einzuhalten und stattdessen durch Schaffung vernünftiger Arbeitszeiten, eines familienfreundlichen Umfeldes, die Berücksichtigung veränderter Lebensentwürfe und letztlich auch eine verbesserte Dotierung wieder mehr

Nachwuchs für die Chirurgie zu generieren. Außerdem sei Chirurgenmangel im wesentlichen Chirurginnenmangel, denn 55 Prozent aller Studienabgänger seien weiblich, es gäbe jedoch nur 1,4 Prozent Chefärztinnen in der Chirurgie, in den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und auch im Vorstand und Beirat des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen jedoch keine einzige Chirurgin.

Darüber hinaus müsse man die Frage stellen, ob das deutsche Gesundheitswesen zu arztzentriert sei. Neben einer überbordenden Bürokratie die durch Dokumentationsassistentinnen abgebaut werden könne, müsse an die Professionalisierung anderer Gesundheitsberufe, auch durch Weiterbildung von OP-Schwestern und die Weiterbildung zur Operationstechnischen Assistentin gefordert werden. Dies lasse sich exemplifizieren am Beispiel der USA, wo sich examinierte Krankenschwestern zum Bachelor und über weitere praktische und theoretische Studien mit dem Abschluß eines MA zum Acute Nurse Practitioner weiterbilden können und eine Approbation für selbständige Tätigkeit erhalten. Der Weg müsse zu einer Stärkung der Allgemeinen Chirurgie hinführen – nicht im Sinne einer Rückführung der Spezialisierung – jedoch weg vom Chirurgen als reinem Operateur oder Gesundheitsingenieur. Insgesamt sei es wichtig, daß die Chirurgen aufhörten sich selbst schlecht zu machen. Im Prinzip gelte das Zitat von Johannes Rau aus seiner Berliner Rede vom 12. Mai 2004 in dem er bemängelt hatte „ich wüßte kein Land, in dem so viele Verantwortliche und Funktionsträger mit so großer Lust schlecht und negativ über das eigene Land sprechen, wie das bei uns in Deutschland geschieht. Das bleibt nicht ohne Folgen“.

neuen Gestaltung der Arbeitsorganisation und Arbeitszeiten gewonnen worden seien, die in einer Mitarbeiterbefragung durchweg positiv gesehen wurden. Zum einen sei es zu einer Annäherung der tatsächlichen Arbeitszeit an die Wunscharbeitszeit gekommen, die Arbeitsabläufe seien effektiver organisiert worden, es bestünde eine klare Regelung der Aufgabenverteilung und Arbeitsabläufe, mehr Flexibilität bei personellen Engpässen und ein verbesserter Informationsaustausch mit angrenzenden Diensten und zwischen den Berufsgruppen. Die Bildung von interdisziplinären zentralen Notaufnahmen sowie die Zentrenbildung seien geeignete Wege um die Patientenversorgung in den Krankenhäusern zu verbessern und dabei gleichzeitig die Interessen der Mitarbeiter zu beachten.

Bereitschaftsdienste, die in die Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeitszeiten fallen, können steuerfrei vergütet werden

Auch die privaten Krankenhauträger, vertreten durch Gerald Meder (Rhön-Klinikum), haben keine Patentrezepte für den Umgang mit dem Arbeitszeitgesetz und den Ärztemangel parat. Gleichwohl sehen Sie in der Konzentration des ärztlichen Dienstes auf die ärztliche Kernkompetenz deutliche Vorteile. Dies bedeute unter anderem auch die Schaffung neuer, nichtärztlicher Berufsbilder zur Assistenz, insbesondere im medizinischen Funktionsbereich sowie bei der Dokumentation. Gleichzeitig gelte es, attraktive Vergütungs- und Arbeitszeitmodelle zu schaffen. Eine Möglichkeit sei, eine tarif-

vertragliche Neuregelung der Bereitschaftsdienstvergütung unter Berücksichtigung von steuerfreien Zuschlägen nach § 3b EStG. Grundlage hierfür sei ein Urteil des Bundesfinanzhofes vom 27. August 2002, wonach die tatsächliche Arbeitsleistung in der Rufbereitschaft diesen Paragraphen des EStG unterliegt. Bei entsprechender Gestaltung sei es möglich Bereitschaftsdienststunden die in die Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeitszeiten gemäß § 3b EStG fallen, steuerfrei zu vergüten. Der Nettoeffekt pro Arzt und Monat läge zwischen 100 und 300 Euro bei Kostenneutralität für den Arbeitgeber. Allerdings mußte der Referent einräumen, daß diese Regelung unter dem Vorbehalt einer Neuregelung im Zuge der jetzt möglicherweise anstehenden Einkommensteuerreform liege. Prüfpunkte zur Zielleistung stellte Bernhard Kleinken (PVS Consult Köln) dar, die wesentlich seien, um Abweichungen gegenüber der GOÄ in der Rechnungstellung begründen zu können. Dazu sei wichtig, daß die durchgeführte Leistung nicht in der Legende enthalten sei, eine



Ein fleißiger Diskutant

eigene Indikation für die Leistung bestehe, es sich um eine eigene Maßnahme handle und vor allen Dingen die entsprechende Dokumentation über die Durchführung der Maßnahme im OP-Bericht vorliege. Im Zweifel müsse immer beachtet werden, ob die Leistung in der heutigen Form schon 1982, also zum Zeitpunkt der Gestaltung der GOÄ, in der klinischen Anwendung gewesen sei. Insgesamt gelte bei Auseinandersetzungen mit den privaten Krankenversicherungen das Motto: „An ihren Daten werden sie gemessen“.

Es ist juristisch wenig erfolgsversprechend, mit Hilfe der Gerichte gegen die Abgabenbelastung der Chefärzte vorgehen zu wollen

Manfred Andreas (Karlsruhe) stellte nun die Frage, ob die Zumutbarkeit bei Privatliquidation und Abgabenregelung in Chefarztverträgen überschritten sei. Das Gutachten von Ferdinand Kirchhof (nicht zu verwechseln mit dem bekannten ehemaligen Verfassungsrichter Paul Kirchhoff), welches mit dem Satz beendet habe, das System ist nicht nur unfair und leistungshemmend, sondern wegen des Verstoßes gegen Artikel 3, Abs. 1 und 12, Abs. 1 GG in großen Teilen verfassungswidrig, habe aufgrund der Namensgleichheit einige Hoffnungen erweckt, die der Referent im folgenden auch und gerade mit Urteilen des Verfassungsgerichtes entkräftete. So sei sowohl die Minderungspflicht nach § 6a GOÄ wie auch die Kostenerstattung der Bundespflegesatzverordnung vom Verfassungsgericht gebilligt worden. Bei der Vereinbarung eines Vorteilsausgleiches handle es sich schlicht um eine



R. Arbogast im Gespräch

vertragliche Vereinbarung, zumindest bei angestellten Ärzten. Die Mitarbeiterbeteiligung sei sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich in einem Beschluß vom 7. November 1979 durch das Bundesverfassungsgericht für verfassungsgemäß erklärt worden und letztlich sei die von Kirchhof bemängelte Sachkostenerstattung nach dem DKG NT 1 der vereinbarte Tarif zwischen der DKG, den Berufsgenossenschaften und den Verbänden der medizinischen Assistenzberufe. Das ernüchternde Fazit war, daß aus den angeführten Gründen es juristisch wenig erfolgsversprechend sei, mit Hilfe der Gerichte, insbesondere des BVG gegen die Abgabenbelastung der Chefarzte vorgehen zu wollen. Es kame eher darauf an, die Liquidationsrechte für die leitenden Krankenhausärzte überhaupt zu erhalten und Strategien zu entwickeln, um gegen unberechtigte Honorarkürzungsverlangen der privaten Krankenversicherer vorzugehen.

Die privaten Krankenversicherer stellen sich prinzipiell gegen Institutsleistungen und einen prozentualen Aufschlag auf die DRG

Diese Kürzungsverlangen wurden von Jürgen Fritze für den Verband der privaten Krankenversicherungen zurückgewiesen. Die PKV sei prinzipiell gegen Institutsleistungen und einen prozentualen Aufschlag auf die DRG, da dies zur Entfremdung zwischen Arzt und Patienten, aber letztlich auch zwischen Patient und privater Krankenversicherung führe. BÄKr und PKV seien sich in der Problemanalyse im wesentlichen einig, wobei man sich insbesondere

auf eine Stärkung des Zielleistungsprinzips der GOÄ kapriziere, allerdings mit der Notwendigkeit, nicht nur den Leistungskatalog neu zu definieren, son-



E. Eypasch

dern vielmehr ein Regelwerk für die kontinuierliche jährliche Pflege des Leistungskataloges der GOÄ zu entwickeln. Für ein solches Regelwerk böte sich das DRG-System als Modell an, zumal ihm immerhin zugetraut werde, jährlich rund 50 Milliarden Euro sachgerecht zu verteilen. Damit sollte seine Datenbasis auch für die GOÄ tauglich sein. Aus dem amtlichen Katalog ließe sich auch der Anteil der ärztlichen Leistung ermitteln in dem die Bewertungsrelation für Belegabteilungen von denen für Hauptabteilungen subtrahiert werden. Daraus ergäben sich unmittelbar Bewertungsrelationen für den Operateur und für den Anästhesisten. Der Arztkostenanteil weiterer Fachgebiete ließe sich aus den in den InEK-Daten enthaltenen Kostendaten ermitteln. So könne dann am Ende auch das Nutzungsentgelt aus den Verträgen wegfallen und nur noch ein vertraglich zu verhandelnder Vorteilsausgleich geleistet werden. So ließe sich eine individuelle Honorierung der Leistung jedes einzelnen liquidationsberechtigenden

Arztes unter Würdigung der individuellen Gegebenheiten auf Seiten des Patienten generieren, daß die Grundanforderung an eine moderne GOÄ, nämlich Transparenz, Aktualität, Pauschalierung im Sinne des Zielleistungsprinzips Individualisierung bezüglich des Arztes und Individualisierung bezüglich der medizinischen Bedingungen auf Seiten des Patienten zuließe. Der Referent stand damit auch im völligen Gegensatz zur Auffassung der DKG, die, vertreten durch Andreas Wagener, eine Beteiligungsvergütung auf Basis der Bruttoumsätze empfiehlt. Dies unter der Maßgabe, daß immer mehr spezialisierte Ärzte an der Behandlung des Privatpatienten beteiligt sind aber im kompletten Gegensatz zur Beibehaltung des persönlichen Leistungsprinzips eines verantwortlichen Chefarztes.

Dessen Probleme stellte Ernst Eypasch (Köln) dar, der bedingt durch eigenen Trägerwechsel auf



R. Bartkowski

verschiedene Vertragsformen zurückblicken konnte. Sein Fazit war, daß die Tätigkeit eines Chefarztes medizinisch und ökonomisch gefährlich sei und daß nach seiner Erfahrung die Krankenhaus-träger grobe und feine Methoden kennen, sich von mißliebigen Chefarzten zu trennen. Mit neuen Krankenhausstruktu-

ren beschäftigte sich die folgende Sitzung.

Organisation verbessern: Schnittstellenanalyse zum ambulanten Bereich, medizinische Versorgungszentren, Ärztee pool und Prozeßorganisation

Das Personalmanagement sei in seiner Bedeutung kaum zu überschätzen, konstatierte Rainer Schommer (Bayreuth). Das Personal sei die teuerste Ressource im Krankenhaus, Sachkosten treten damit in den Hintergrund. Deswegen gewinne gleichzeitig die Arbeitsorganisation eine entscheidende Bedeutung, wobei er „spontane“ Organisationsformen als Hauptursache für den Ärztemangel anschuldigte. Es käme so zu einem hohen, nicht finanzierten Personalbudget aufgrund mangelhafter Organisationsstrukturen. Stichworte wie Schnittstellenanalyse zum ambulanten Bereich, medizinische Versorgungszentren, Ärztee pool und Prozeßorganisation im Gegensatz zu Abteilungsstrukturen bestimmten auch das nächste Referat. Die Organisation nach Prozessen würde durch Begriffe wie Kopfklinik oder Bauchklinik ebenso charakterisiert wie durch den Fallmanager, der in seiner Berufsbeschreibung lebhaft an den Dispatcher der vergangenen DDR erinnert. Immerhin sind die Kliniken durch CMI-Punkte adaptierte Kostenvergleiche jetzt in der Lage, ihre eigene Position im Wettbewerb besser zu bestimmen.

So sah denn auch die Sana-Gruppe im Public Private Partnership die Möglichkeit, kommunale Krankenhäuser unter einer Dachmarke zusammenzuführen. Diese Markenbildung sei möglich durch einheitliche Leistungsstandards

und Behandlungsabläufe. Der bereits verstärkte Wettbewerb müsse zu vermehrter Kooperation führen. Die Strukturen, die hierzu aufgebaut wurden und die zu einer deutlichen Belegungssteigerung der Asklepios-Klinik in Wiesbaden geführt haben, waren wesentlicher Inhalt des Referates von Peter Coy, der allerdings kaum neue Gesichtspunkte aufzeigte. Die Einrichtung operativer Tageskliniken dürfte mittlerweile Standard sein.

Aus Sicht der DKG ist die Verlängerung der Konvergenzphase und die Einführung von Kappungsgrenzen ein Erfolg

Spannend wurde es noch einmal im letzten Abschnitt DRG – wobei sich der Leiter des InEK, Frank Heimig, als wenig belastbar gegenüber sachlich vorgetragenen

Angriffen erwies. Rolf Bartkowski hatte aus Sicht der DRG-Kommission der DGCh und des BDC auf von ihm bereits vielfach thematisierte Probleme auch mit der neuen 2005er Version des Groupers hingewiesen, insbesondere auf Probleme bei Polytraumatisierten und im Bereich der Intensivmedizin, die negative Auswirkungen im Sinne von Patientenselektion und Verlagerung an Maximalversorger mit sich brächten. Nach Rückkehr zu einer sachlichen Diskussion wies Heimig dann auf die Weiterentwicklung der Methodik hin, wobei insbesondere Zusatzentgelte nur bei Schieflage in der Leistungsabrechnung und unter Berücksichtigung des Mehraufwandes außerhalb der Steuerung einer DRG sinnvoll seien. Bis zum 31. Oktober seien 3500 Anträge beim InEK eingegangen, deren Abarbeitung sich als äußerst schwierig

gestaltete. Immerhin habe eine Änderung des CMI zu Umverteilungen in Milliardenhöhe geführt. Aus Sicht der DKG ist die Verlängerung der Konvergenzphase und die Einführung von Kappungsgrenzen ein Erfolg, der den Krankenhäusern deutlich mehr Zeit für ihre notwendigen Reorganisationsmaßnahmen einräume. Die Zunahme der Z-DRG von 236 auf 454 habe insgesamt zu einer Vereinfachung geführt. Auch sei es gelungen durch Berücksichtigung beidseitiger Hernien einen Teil der Schärfe aus dem System zu nehmen. Es konnte nicht verwundern, daß Werner Gerdemann aus Sicht der Kostenträger eine andere Wahrnehmung des Geschehens hatte. Die Konvergenzphasenverlängerung erscheine äußerst unglücklich, zumal absolut ungeklärt bliebe, was 2010 aufgrund der Kappung der Konvergenz passieren würde. Dort bleibe ein

Restbudget, das absolut ungeklärt sei. Da zudem Krankenhäuser, die bereits jetzt unterhalb der angenommenen Base-Rate lägen, durch die Verlängerung der Konvergenzphase um Einnahmen gebracht würden, drückte er sein Unverständnis darüber aus, daß von Seiten dieser Krankenhäuser keine Reaktion auf das jetzt gültige Verfahren erfolgt sei.

Deutlich aus dem Zeitrahmen gelaufen, fand die Tagung mit einem kurzen Schlußwort von Klaus Rückert ihr Ende. Die Komplexität der Themen, ebenso wie die vielen ungelösten Fragen, lassen Raum für weitere spannende Jahrestagungen des Konvents in Hamburg. ◀

Dr. med. Volker Säger
Chefarzt Zentrum für Chirurgie –
Kliniken im Naturpark Altmühltal –
Klinik Eichstätt
Ostenstraße 31, 85072 Eichstätt
eMail: volker.saenger@
klinik-eichstaett.de