ARZT UND KRANKENHAUS

VLK
VERBAND DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE DEUTSCHLANDS e.V.

5
87. Jahrgang
Mai 2014

VLK-Online-Magazin
für Leitende Krankenhausärzte

Foto: © Tobif82/fotolia.com, Montage: creativ-studio

Der deutsche Arbeitsmarkt für Humanmediziner

- Zur Weiterentwicklung der Landesbasisfallwerte
- Zum richtigen Umgang mit dem MDK

Ärztemangel, statistische Mängel und mangelhaftes Problembewusstsein

Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Viel Ideologie ist im Spiel, wenn es um die Frage geht, ob es in Deutschland eigentlich zu viele oder zu wenige Ärzte gibt. Dass dabei der von den Krankenkassen zumeist geübte Blick auf den Status Quo in die Irre führt, sei an dieser Stelle (und mit der vorliegenden Ausgabe von „Arzt und Krankenhaus") mehr als nur am Rande vermerkt: In dem Wort „Statistik" steckt nur mal „Statik" – aber eine Situation drohenden Mangels ist eben nicht statisch sondern nur mit Blick auf die dynamische Entwicklung zu erkennen. Das reine Zahlenspiel führt, wie so oft, in die Irre.

Hilfreich ist stattdessen die Analyse von Prozessen und Entwicklungen. Dabei sehen wir, dass der Bedarf an ärztlichen Leistungen ohne jede Frage steigen wird. Und wir sehen zugleich, dass – nicht nur in der Medizin – der Fachkräftemangel aufgrund der seit Jahren kontinuierlich sinkenden Geburtenzahlen in gleichem Maße zunimmt. Wenn wir aus diesem Szenario die richtigen Schlüsse zielen wollen, kommen wir jedoch mit der Frage „Gibt es zu viele oder zu wenig Ärzte?" nicht weiter. Wir alle müssen uns vielmehr darum bemühen, dass die kostbare und teuer ausgebildete „Ressource Arzt" so effizient und gesundheitsstiftend wie nur irgend möglich eingesetzt wird. Wir müssen also endlich von dem dummen Streit um „Ja, Ärztemangel!" oder „Nein, kein Ärztemangel!" wegkommen.

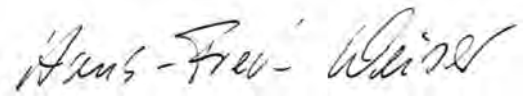
In der Energiepolitik wissen wir inzwischen, dass die größte Energiequelle der effiziente Umgang mit der vorhandenen Energie ist. Übertragen auf den Arztberuf ergeben sich daraus einige Fragen: Sind Ärztinnen und Ärzte eigentlich richtig eingesetzt, wenn sie sich mit seitenlangen Dokumentationsfragebögen auseinandersetzten müssen? Müssen wir uns nicht sehr viel deutlicher die Frage stellen, ob diese oder jene Tätigkeit wirklich und ausschließlich ein teuer ausgebildeter Mediziner ausführen muss? Dabei geht es noch gar nicht um die ebenfalls nicht ganz ideologiefreie Frage von Delegation und Substitution. Sondern es geht um sinnhaftes und sinnloses Tun in der gegenwärtigen ärztlichen Krankenhausroutine. Und wie müssten wir – weiter gedacht – eigentlich unsere Arbeitsbedingungen verbessern, damit deutsche Ärzte nicht dauerhaft das Land verlassen, weil anderswo die Arbeit angenehme oder der Verdienst höher (oder vielleicht sogar beides) ist?

Sie sehen: Das Schlagwort nach dem Ärztemangel zeigt viele Facetten, über die nachzudenken höchste Zeit wäre, wenn wir mit zufriedenen und optimal am Patienten eingesetzten Ärzten auch die nächsten Jahrzehnte ein gute Versorgung aufrecht erhalten wollen. Zu all dem möchten wir Sie mit dem vorliegenden Heft mit Anregungen und Material versorgen.

Unsere ureigenste Verantwortung ist es allerdings, eines dem potentiellen Nachwuchs auch zu vermitteln: Der Arztberuf ist, aller Unkenrufe zum trotz, ein schöner Beruf. Einer, der in verantwortungsvoller Weise und an zentraler Stelle dem Menschen dient. Denn auch das ist ein Problem: Wenn wir selbst nicht von der Sinnhaftigkeit unseres Tuns und dem Wert unserer Profession überzeugt sind, wie sollen wir dann andere überzeugen können? Nachwuchsförderung beginnt also zuallererst bei uns selbst.

In diesem Sinne grüßt Sie herzlich

Ihr



Inhalt

ARZT UND KRANKENHAUS

Das VLK-Online-Magazin für Leitende Krankenhausärzte

Editorial

150 **Ärztemangel, statistische Mängel und mangelhaftes Problembewusstsein**
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Titel

Gibt es den Ärztemangel wirklich?

153 **Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland – Zuwanderung verhindert Engpässe**
Vera Demary/Oliver Poppel

163 **Ärztemangel – Was soll man jetzt glauben?**
Dr. Josef Düllings

Berufs- und Gesundheitspolitik

168 **Nivellierung zu Lasten der Krankenhäuser?**
Gerd Norden

169 **Auszüge aus dem Executive Summary des RWI-Gutachtens**

170 **Positionspapier der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen zur Weiterentwicklung der landesweit geltenden Basisfallwerte in den Jahren ab 2016**
Uwe Zimmer

Recht

179 **Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung**
- Rechtsprechungsüberblick -
Rechtsanwalt Marc Rumpenhorst

Rubriken

152 **Personen und Hintergründe**
162 **Bücher**
VLK-Intern
182 Agenda
183 Tagesordnung – Gemeinsame Mitgliederversammlung der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen im VLK
185 VLK Zukunftspreis
185 **Impressum**

Gibt es den Ärztemangel wirklich?
Für einen flächendeckenden Engpass an Ärzten findet sich derzeit keine empirische Evidenz. Der demographisch bedingte Ersatzbedarf wird durch die jährlichen Absolventenzahlen in der Humanmedizin gedeckt. Per Saldo profitiert Deutschland von der Zuwanderung von Humanmedizinern. Eventuelle regionale Engpässe sind kein Problem der quantitativen Verfügbarkeit von Ärzten, sondern ein Problem von deren Verteilung im Bundesgebiet.

Foto: © Tobif82/fotolia.com, Montage: creativ-studio

153

Positionspapier der Krankenhausgesellschaft Bremen
Die RWI-Feststellung, dass die Variation der in den Landesbasisfallwerten nur zu einem Drittel durch unterschiedliche Kostenniveaus und andere beobachtete Faktoren erklärt werden kann, ist nach Einschätzung der Krankenhaus gesellschaft der Freien Hansestadt Bremen zu kurz gesprungen.

Foto: © Gerhard Seybert/fotolia.com

170

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Anfragen der Krankenkassen und Mitteilung von Prüfungsaufträgen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung gehören mittlerweile zum Alltag der stationären Patientenversorgung. Für den richtigen Umgang mit den Krankenkassen und dem MDK bedarf es aber grundlegender Kenntnisse des Prüfungsverfahrens sowie der einschlägigen Prüfungsvorschriften. Der Autor gibt einen detaillierten Überblick.

Foto: © momius/fotolia.com

179

Wechsel in der Führung der NKG

Am 1.April 2014 erfolgte der geplante Wechsel auf dem Posten des Verbandsdirektors der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft (NKG). Helmut Fricke gab nach knapp 35 Jahren Tätigkeit in der Geschäftsstelle der NKG, davon 14 Jahre als Verbandsdirektor, den Stab an seinen Nachfolger Helge Engelke weiter. Engelke war bereits seit 2000 Stellvertretender Geschäftsführer der NKG: Der Übergang war vom Vorstand der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft bereits vor längerer Zeit beschlossen worden und vollzog sich fließend über die letzten Monate.„Die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft wird ihren Kurs beibehalten und weiterhin in gewohnt konsequenter aber auch lösungsorientierter Weise die Interessen der niedersächsischen Krankenhäuser gegenüber Politik, Kostenträgern und Gesellschaft wahrnehmen“, erklärte Engelke.

Helge Engelke

42% der Einweisungen ins Krankenhaus sind Notfälle

Das Statistische Bundesamt teilt mit, dass 42% aller Krankenhauspatienten (7,5Millionen) im Jahre 2012 in Deutschland als Notfall vollstationär in ein Krankenhaus aufgenommen worden sind. Bei den übrigen Aufnahmen handelt es sich entweder um eine reguläre Einweisung durch einen Arzt (9,2 Millionen), um eine Geburt (0,6 Millionen) oder um eine Verlegung aus einem anderen Krankenhaus (0,6 Millionen). Die häufigsten Anlässe bei den Notfallpatienten waren Krankheiten des Kreislaufsystems gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen.

Demographische Entwicklung erfasst die Ärzteschaft

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery hat anlässlich der Präsentation der Ärztestatistik 2013 festgestellt, dass die demographische Entwicklung auch die Ärzteschaft erfasst hat. „Seit Jahren nimmt das Durchschnittalter der Ärztinnen und Ärzte zu“ erklärte Montgomery. So sei der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte nur um 0,8 Prozentpunkte auf 18 Prozent gestiegen, gleichzeitig sei aber der Anteil der über 59 Jährigen auf 15,6% (Vorjahr: 15,4%) gestiegen. Der Anteil der 40- bis 49-Jährigen ist von 27,9% auf 26,6% zurückgegangen, während der Anteil der 50- bis 59-Jährigen von 28,1% auf 28,3% stieg. Damit gibt es aktuell mehr 50- bis 59-jährige Ärzte als 40- bis 49-Jährige.

Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

5,2 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen im Jahre 2013

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren zum 31.12.2012 rund 5,2 Millionen Menschen und damit etwa jeder achte Beschäftigte im deutschen Gesundheitswesen tätig. Seit dem ersten Berechnungsjahr ist damit die Beschäftigten-Zahl im Gesundheitswesen um rund 950 000 oder 22,6 % gestiegen. Die Zahl der Arbeitsplätze wuchs somit im Gesundheitswesen rund dreimal so stark wie in der Gesamtwirtschaft. Vor allem bei Frauen ist das Gesundheitswesen ein beliebtes Arbeitsfeld. Im Jahre 2013 waren gut drei Viertel der Beschäftigten weiblich (75,8%). Besonders hoch war der Frauenanteil in den ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen (87,6% bzw. 85,0%).

Vera Demary / Oliver Koppe

Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland

Zuwanderung verhindert Engpässe

In Deutschland existieren aktuell weder Anzeichen für einen Arbeitsmarktengpass bei Ärzten noch Evidenz für einen oft beklagten Braindrain von Ärzten ins Ausland. Bis 2015 scheiden jährlich 6.600 Ärzte altersbedingt aus dem Erwerbsleben aus. Ihnen stehen aber knapp 10.000 Absolventen gegenüber. Zudem sind hierzulande 31.000 Ärzte tätig, die mit einem im Ausland erworbenen Abschluss zugewandert sind. Dagegen arbeiten nur bis zu 24.000 in Deutschland ausgebildete Ärzte im Ausland. Zuletzt kamen auf 1.000 Einwohner mehr als 3,8 praktizierende Ärzte, womit Deutschland bei der Ärztedichte in der internationalen Spitzengruppe liegt. Große Unterschiede existieren jedoch in der regionalen Verteilung. Bedingt durch die fortschreitende Alterung der Ärzteschaft steht Deutschland vor der Herausforderung eines kontinuierlich steigenden Ersatzbedarfs. So müssen nach dem Jahr 2025 jedes Jahr bereits 9.500 Ärzte ersetzt werden. Besonders die weiter erleichterte Zuwanderung im Ausland ausgebildeter Humanmediziner ermöglicht es jedoch, den steigenden Bedarf an Ärzten auch künftig zu decken.

Stichwörter: Arbeitsmarkt für Ärzte, Ärztemigration, Demografie der Ärzteschaft, JEL-Klassifikation: J11, J45, I19

Der deutsche Arbeitsmarkt für Humanmediziner auf einen Blick

In Deutschland gab es im Jahr 2010 insgesamt 373.100 erwerbstätige Humanmediziner. Der Begriff Humanmediziner umfasst im Folgenden alle Personen, die über einen Studienabschluss eines humanmedizinischen Studiums verfügen und auf dem Arbeitsmarkt aktiv sind. Der Begriff Arzt spezifiziert all jene Humanmediziner, die eine kurative Tätigkeit in einer Klinik, Praxis oder sonstigen Einrichtung des Gesundheitswesens ausüben. Sie machen den Großteil (rund 86 Prozent bzw. 322.000) der Humanmediziner aus (vgl. Tabelle 1). Die restlichen 14 Prozent Humanmediziner gingen im Hauptberuf einer nicht kurativen Tätigkeit nach, beispielsweise in der klinischen Forschung oder als Hochschullehrer.

Im Jahr 2010 waren knapp 44 Prozent der Humanmediziner Frauen (163.500). Damit lag der Frauenanteil etwas höher als im Durchschnitt der übrigen akademischen Fachrichtungen (42 Prozent). Gut 86 Prozent der Humanmediziner in Deutschland arbeiteten in Vollzeit. Mit nur rund 14 Prozent war die Teilzeitquote damit vergleichsweise niedrig. Zum Vergleich: Bei den

Erwerbstätige Humanmediziner auf einen Blick
2010, absolut und in Prozent

Erwerbstätige Humanmediziner insgesamt	373.100
Davon:	
Männer	209.600 (56,2 %)
Frauen	163.500 (43,8 %)
In Vollzeit tätig	321.000 (85,9 %)
In Teilzeit tätig	52.000 (14,1 %)
Selbstständig tätig	133.400 (35,8 %)
Nicht selbstständig tätig	239.700 (64,2 %)
Mit Promotion	192.000 (51,4 %)
Ohne Promotion	182.000 (48,6 %)
Im Beruf Humanmediziner und im Gesundheitswesen tätig („Ärzte“)	322.000 (86,3 %)
Nicht im Beruf Humanmediziner oder nicht im Gesundheitswesen tätig	51.200 (13,7 %)
In Krankenhäusern oder Kliniken tätig	178.000 (47,8 %)
In Arztpraxen tätig	137.000 (36,7 %)
In sonstigen Branchen tätig	58.000 (15,5 %)

Tabelle 1. Rundungsdifferenzen möglich.
Quellen: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus, Erhebungsjahr 2010; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Foto: © Tobif82/fotolia.com, Montage: creativ-studio

Akademikern ohne die naturwissenschaftlich-technischen Qualifikationen lag sie 2010 bei rund 23 Prozent (Anger et al., 2013).

Der wichtigste Arbeitsplatz für Humanmediziner in Deutschland sind Krankenhäuser. Knapp 48 Prozent oder 178.000 von ihnen waren 2010 dort tätig. Arztpraxen folgten mit knapp 37 Prozent beziehungsweise 137.000 dort erwerbstätigen Humanmedizinern erst auf Rang zwei. Dementsprechend war die Mehrzahl der erwerbstätigen Humanmediziner nicht selbstständig tätig (64,2 Prozent). Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen war der Anteil der Selbstständigen unter den Humanmedizinern mit knapp 36 Prozent dennoch hoch. Bei den erwerbstätigen Ingenieuren beispielsweise lag er lediglich bei knapp 24 Prozent (Koppel, 2012).

Voraussetzung für die Tätigkeit als Arzt ist unter anderem der Abschluss eines Studiums der Humanmedizin. In der Regel erfolgt der Studienabschluss über ein Staatsexamen. Im Jahr 2011 absolvierten deutschlandweit 9.500 Erstabsolventen ein Fachstudium der Humanmedizin mit dem Staatsexamen (Statistisches Bundesamt, 2012a). Dazu kamen lediglich 99 Erstabsolventen mit einem Bachelorabschluss. Der Abschluss des Studiums eröffnet den Zugang zur Promotion, die aber nicht für die Tätigkeit als Arzt vorausgesetzt wird. Von den erwerbstätigen Humanmedizinern wiesen im Jahr 2010 192.000, also etwas mehr als die Hälfte, einen Promotionsabschluss auf.

Humanmediziner und Ärzte in Deutschland: Braindrain oder Braingain?

Häufig wird regelmäßig eine gravierende Abwanderung von Ärzten aus Deutschland konstatiert, die für den deutschen Staat mit Verlusten in Milliardenhöhe in Form entgangener Steuern und Sozialabgaben verbunden sein soll (beispielhaft Schiner, 2009; SZ, 2010). Isoliert betrachtete Daten zur Abwanderung sind jedoch nicht aussagefähig, sondern müssen immer saldiert um die entsprechende Zuwanderung betrachtet werden. Insgesamt führt die dauerhafte Abwanderung eines in Deutschland ausgebildeten Akademikers zu zwei fiskalischen Externalitäten (Koppel/Plünnecke, 2008): Da das Studium hierzulande weitgehend kostenfrei ist und nicht wie international üblich eine Gegenfinanzierung über Studiengebühren erfolgt, wird der deutsche Staat nicht für die Ausbildungskosten kompensiert, die vor allem für ein Medizinstudium substanziell ausfallen (Statistisches Bundesamt, 2012b). Des Weiteren entgehen den öffentlichen Haushalten und den Sozialkassen Einnahmen in Form von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen. Holzner et al. (2009) beziffern den entsprechenden Nettoverlust im Falle der Abwanderung einer 30-jährigen Ärztin über den Verlauf des gesamten Erwerbslebens betrachtet mit 1,075 Millionen Euro. Würden in größerem Umfang Ärzte nach erfolgter Ausbildung in Deutschland ins Ausland abwandern, beliefe sich das Ausmaß der erlittenen fiskalischen Externalitäten pro Kopf folglich auf ein substanzielles Niveau.

Viele amtliche Statistiken können die Wanderungsbewegungen im Ärztebereich nicht vollständig erfassen, da sie lediglich das Merkmal der Staatsangehörigkeit verwenden. So waren laut Bun-

desärztekammer im Jahr 2010 25.316 ausländische Ärzte in Deutschland tätig (BÄK, o. J.). Um das Gesamtmaß der Zuwanderung adäquat erfassen zu können, sind jedoch Informationen zur Migrationshistorie einer Person notwendig, denn die relevante Fragestellung in diesem Kontext lautet – unabhängig von der Nationalität der betroffenen Personen –, wie viele in Deutschland ausgebildete Mediziner aus Deutschland ab- und wie viele im Ausland ausgebildete Mediziner nach Deutschland zugewandert sind. So befinden sich unter den obigen ausländischen Ärzten auch zahlreiche Personen, die in Deutschland Medizin studiert haben und gegebenenfalls sogar hierzulande geboren wurden.

Zuwanderung von Humanmedizinern nach Deutschland
2010, absolut und in Prozent

In Deutschland erwerbstätige Humanmediziner, die mit einem im Ausland erworbenen Studienabschluss zugewandert sind	35.900
Davon	in Prozent
Jahr der Zuwanderung	
1990 oder früher	27,0
1991 bis 2000	20,9
2001 bis 2010	52,1
Zum Zeitpunkt der Zuwanderung...	
...34 Jahre alt oder jünger	65,3
...zwischen 35 und 44 Jahren alt	27,1
...45 Jahre alt oder älter	7,6
Deutsche Staatsbürger	45,6
Ausländische Staatsbürger	54,4

Tabelle 2. Quellen: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus, Erhebungsjahr 2010; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Zuwanderung und Abwanderung von Ärzten

Das Gesamtmaß der Zuwanderung von Ärzten nach Deutschland lässt sich auf Basis des Mikrozensus ermitteln. Der Mikrozensus beinhaltet sowohl Informationen zum Erwerb des Hochschulabschlusses als auch zu einem möglichen Zuwanderungshintergrund. Demnach waren im Jahr 2010 rund 68.700 Humanmediziner in Deutschland erwerbstätig, die zu einem vorherigen Zeitpunkt nach Deutschland zugewandert oder zurückgewandert waren. Davon waren 32.800 Personen bereits vor dem Erwerb ihres medizinischen Abschlusses nach Deutschland eingewandert. Letztere sind daher nicht als zugewanderte Humanmediziner im bildungsökonomischen Sinne zu verstehen, da es sich um Personen handelt, die zum Medizinstudium oder auch bereits vorher – etwa als Kinder oder Jugendliche – zugewandert sind, ihre Ausbildung in Deutschland erhalten haben und daher auch dem inländischen Potenzial zuzurechnen sind. Die übrigen 35.900 zugewanderten Humanmediziner haben ihren Studienabschluss im Ausland erworben und sind erst anschließend zugewandert. Diese Gruppe gibt den Umfang des sogenannten Braingain im engeren Sinne an (vgl. Tabelle 2).

Im Vergleich zu anderen Akademikern ist in Deutschland seit Beginn des Jahrtausends eine besonders intensive Zuwanderung von Humanmedizinern zu beobachten. So sind rund 52 Prozent aller zugewanderten erwerbstätigen Humanmediziner mit einem im Ausland erworbenen Abschluss in der Dekade zwischen 2001 und 2010 nach Deutschland gekommen. Innerhalb der Referenzgruppe der übrigen akademischen Fachrichtungen lag dieser Wert bei lediglich 45 Prozent. Die große Mehrheit der aus dem Ausland zugewanderten Humanmediziner war zum Zeitpunkt der Zuwanderung jung und stand folglich erst am Anfang ihres Erwerbslebens. Damit trägt Zuwanderung bei Humanmedizinern potenziell zur dauerhaften Fachkräftesicherung bei. So waren mit rund 65 Prozent etwa zwei von drei Zugewanderten jünger als 35 Jahre und sind folglich zeitnah nach ihrem Studienabschluss migriert. Weniger als 8 Prozent waren 45 Jahre alt oder älter.

Mit 16.400 Personen sind knapp 46 Prozent der zugewanderten Humanmediziner deutsche Staatsbürger. Bei einer Analyse anhand des bloßen Kriteriums der Staatsbürgerschaft würde dieser Personenkreis fälschlicherweise nicht als Zuwanderer erfasst, obwohl er insbesondere die folgenden, quantitativ besonders relevanten Gruppen beinhaltet:

- in Deutschland mit deutscher Staatsbürgerschaft geborene Personen, die ihr Medizinstudium im Ausland absolviert haben und anschließend nach Deutschland zurückgekehrt sind[1],
- im Ausland mit ausländischer Staatsbürgerschaft geborene Personen, die ihr Medizinstudium im Ausland absolviert haben, anschließend nach

[1] Hierunter fallen besonders „Numerus-Clausus-Flüchtlinge“, die sich aufgrund der restriktiven Zulassungsbestimmungen für ein Medizinstudium in Deutschland zu einem Studium im Ausland entschließen.

Deutschland zugewandert sind und im Laufe der Jahre eingebürgert wurden („naturalisierte Ausländer“).

Die übrigen 19.500 mit einem ausländischen Abschluss zugewanderten Humanmediziner verfügen über eine ausländische Staatsangehörigkeit. In den letzten Jahren ist der Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt für diese Gruppe deutlich erleichtert worden. Maßgeblich für den Zugang zum deutschen Medizinerarbeitsmarkt aus dem europäischen Ausland ist die Richtlinie 2005/36/EG, welche die Anerkennung von Berufsqualifikationen auch in reglementierten Berufen regelt (EP/ER, 2005). Diese Richtlinie ist inzwischen weitgehend in den nationalen Rechtssystemen umgesetzt worden und hat unter anderem zur Folge, dass Staatsbürgern der EU ihre im Fachbereich Medizin in einem Land der EU erworbenen Studienabschlüsse in Deutschland grundsätzlich anerkannt werden und auch eine entsprechende Berufserlaubnis erteilt wird. Die im europäischen Ausland erworbenen Medizinabschlüsse werden den nationalen Abschlüssen somit praktisch gleichgestellt.

Für Ärzte aus Drittstaaten hat die 2012 in Deutschland eingeführte Blaue Karte EU die Zuwanderung deutlich erleichtert und Deutschland als Migrationsland attraktiver gemacht. Diese sieht unter anderem eine Daueraufenthaltserlaubnis bereits nach zwei Jahren kontinuierlicher Erwerbstätigkeit hierzulande vor, was die Planungssicherheit und mithin die Wahrscheinlichkeit einer positiven Migrationsentscheidung deutlich erhöht. Gleichwohl müssen Mediziner mit einem Abschluss aus Drittstaaten ein gesondertes Anerkennungsverfahren erfolgreich durchlaufen, um eine Berufs- und Arbeitserlaubnis zu erhalten.
Rund 85 Prozent aller 35.900 zugewanderten Humanmediziner mit einem ausländischen Abschluss waren im Jahr 2010 als Arzt tätig. Dies entspricht rund 10 Prozent aller hierzulande tätigen Ärzte.

Die spiegelbildliche Anzahl der in Deutschland ausgebildeten und im Jahr 2010 im Ausland tätigen Ärzte lässt sich nur näherungsweise bestimmen, da kein weltweites Zentralregister von Ärzten existiert und diese Personen daher in jedem Land einzeln erfasst werden müssten. Eine Studie der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kommt unter Auswertung von Daten der Meldestellen für Mediziner (in der Regel der ausländischen Ärztekammern) in den Zielländern zu dem Ergebnis, dass zuletzt knapp 17.000 Ärzte mit deutscher Staatsangehörigkeit im Ausland tätig waren (Kopetsch, 2010). Da sich unter den 17.000 ausgewanderten deutschen Ärzten auch solche befinden, die bereits ihr Studium im Ausland absolviert hatten, überschätzt diese Rechnung die tatsächliche Abwanderung hierzulande ausgebildeter Ärzte leicht. Jedoch muss zusätzlich die Abwanderung hierzulande ausgebildeter Ärzte mit ausländischer Staatsangehörigkeit berücksichtigt werden. Denn in den Jahren 2007 bis 2011 waren von den aus Deutschland ins Ausland abgewanderten Ärzten rund 29 Prozent ausländische Staatsangehörige (BÄK, o. J.). Geht man von einem entsprechenden Faktor von 1,4 aus, waren zuletzt rund 24.000 an deutschen Hochschulen ausgebildete Mediziner im Ausland erwerbstätig.

Im Gegensatz zu Fachrichtungen wie Jura oder Lehramt, deren Ausbildungsinhalte oft eng an eine Verwertung im Ausbildungsland gebunden sind, existieren für Humanmediziner unabhängig von ihrem konkreten Ausbildungsland aufgrund ihrer global verwertbaren Qualifikation prinzipiell eine Vielzahl an Beschäftigungsmöglichkeiten im Ausland, ein adäquates sprachliches Kompetenzniveau vorausgesetzt. Für in Deutschland ausgebildete Humanmediziner signalisieren die Absolventenerhebungen des Hochschul-Informations-Systems (HIS) jedoch, dass nur wenige nach Abschluss der medizinischen Ausbildung grenzüberschreitend mobil sind (Schwarzer/Fabian, 2012). So waren lediglich fünf Prozent aller Humanmediziner des Absolventenjahrgangs 1997 zehn Jahre nach dem Examen im Ausland tätig. Humanmediziner waren damit seltener als die Absolventen der übrigen Fachrichtungen im Ausland tätig. Während Ingenieure und Wirtschaftswissenschaftler durchaus verstärkt einer Erwerbstätigkeit im Ausland nachgingen, waren in Deutschland ausgebildete Humanmediziner in der Regel auch in Deutschland tätig, 66 Prozent im Bundesland ihrer Hochschule und weitere 29 Prozent in einem anderen deutschen Bundesland. Neben Humanmedizinern weisen lediglich Lehramtsabsolventen und Pharmazeuten eine ähnlich hohe Standorttreue nach dem Examen auf (Fabian/Briedis, 2009).

Vor diesem Hintergrund ist Stand 2010 von einem positiven kumulierten Wanderungssaldo von schätzungsweise 7.000 Medizinern auszugehen. Wird der von Holzner et al. (2009) ermittelte Nettoüberschuss zugrunde gelegt, den ein in Deutschland erwerbstätiger 30-jähriger Arzt über

das Erwerbsleben hinweg aus Sicht der Steuer- und Sozialsysteme erwirtschaftet, und wird ferner berücksichtigt, dass die zugewanderten Ärzte mehrheitlich am Anfang ihres Erwerbslebens stehen, so profitierte Deutschland im Umfang von mindestens 5 Milliarden Euro von der in der Vergangenheit erfolgten Ärztezuwanderung.

In den HIS-Absolventenbefragungen finden sich keine Hinweise, dass sogenannte Push-Faktoren – also ungünstige Bedingungen am heimischen Standort – die Absolventen zu einer Abwanderung in das Ausland drängen würden. Denn Humanmediziner hierzulande „verfügen über ein höheres Einkommen als Absolvent(inn)en anderer Fachrichtungen, sind häufiger in Führungspositionen und zumeist adäquat beschäftigt; kurzum, sie sind beruflich erfolgreich“ (Schwarzer/Fabian, 2012, 20). Der positive Wanderungssaldo von Medizinern weist daher auf insgesamt attraktive Arbeitsbedingungen in Deutschland hin, die als Pull- beziehungsweise Stay-Faktor wirken.

Die beidseitigen Wanderungsbewegungen signalisieren, dass auch im Berufsfeld Humanmedizin wie in sämtlichen akademischen Bereichen (Koppel/Plünnecke, 2008) die Internationalisierung von Berufskarrieren voranschreitet.

Demografiebedingter Ersatzbedarf bei Humanmedizinern und Ärzten

Eine Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer warnt für die Ärzteschaft in Deutschland vor einer „Ruhestandswelle ohne gleichen“ (Kopetsch, 2010, 13), infolge derer in manchen Regionen ein „Zusammenbruch der hausärztlichen Versorgung [...] unmittelbar bevorsteht“ (Kopetsch, 2010, 55). Diese Thesen sollen im Folgenden empirisch überprüft werden. Der demografiebedingte Ersatzbedarf im Arbeitsmarktsegment der Humanmediziner gibt an, wie viele heute noch erwerbstätige Humanmediziner in den kommenden Jahren – typischerweise altersbedingt – aus dem Erwerbsleben ausscheiden werden. Der Blick auf die verschiedenen Alterskohorten signalisiert, dass die Erwerbsbeteiligung von Humanmedizinern in der Mitte des Erwerbslebens ihr Maximum erreicht und gegen Ende des Erwerbslebens deutlich abfällt (vgl. Tabelle 3).

Altersstruktur und Erwerbstätigkeit von Humanmedizinern

Nr.	Alter in Jahren	Humanmediziner insgesamt	Davon: Erwerbstätige	Erwerbstätigenquote Humanmediziner (in Prozent)
1	≤ 29	33.400	28.300	84,8
2	30 bis 34	51.300	46.200	90,0
3	35 bis 39	50.600	44.700	88,3
4	40 bis 44	57.300	54.000	94,2
5	45 bis 49	66.200	61.600	93,1
6	50 bis 54	51.300	48.700	95,0
7	55 bis 59	46.600	43.100	92,6
8	60 bis 64	33.200	26.200	79,0
9	65 bis 69	42.000	16.200	38,7
10	≥ 70	57.600	4.000	7,0
	Gesamt	**489.400**	**373.100**	**76,2**

Tabelle 3. Quellen: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus, Erhebungsjahr 2010; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Die Erwerbstätigenquote von Humanmedizinern zeigt strukturelle Ähnlichkeiten im Vergleich zur Erwerbstätigenquote von Akademikern sonstiger Fachrichtungen auf, liegt jedoch auf einem zum Teil deutlich höheren Niveau (eigene Berechnungen auf Basis des Mikrozensus). Besonders stark fallen die Unterschiede in den späteren Kohorten aus. So liegt die Erwerbstätigenquote bei Humanmedizinern in der Kohorte der 60- bis 64-Jährigen um 18 Prozentpunkte, in der Kohorte der 65- bis 69-Jährigen sogar um 24 Prozentpunkte höher als bei Akademikern sonstiger Fachrichtungen. Während von den übrigen Akademikern sehr viel mehr Personen deutlich früher am Arbeitsmarkt ersetzt werden müssen, sind viele Humanmediziner auch noch lange nach Erreichen der gesetzlichen Rentenaltersgrenze aktiv und müssen erst spät ersetzt werden. So gehen beispielsweise in den neuen Bundesländern 50 Prozent aller Hausärzte erst in einem Alter von 66 oder mehr Jahren in den Ruhestand (Kopetsch, 2010).

Die innerhalb einer bestimmten Kohorte heute erwerbstätigen Humanmediziner werden folglich nur zum Teil bis zum Alter von 65 Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Dies gilt umso mehr, da ein großer Teil dieser Gruppe selbstständig tätig ist. Wie an der Veränderung der Erwerbstätigenquoten zu erkennen ist, scheiden auch nicht alle Humanmediziner im selben Alter aus dem Erwerbsleben aus. Der innerhalb eines bestimmten Zeitraums wirksame demografiebedingte Ersatzbedarf muss folglich anhand der Veränderung der Erwerbstätigenquoten berechnet werden. Bei der Berechnung wird angenommen, dass erwerbstätige Humanmediziner aus dem Alterssegment über 70 Jahren mit spätestens 75 Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Diese Annahme ist rein techni-

Jährlicher demografiebedingter Ersatzbedarf an Humanmedizinern und Ärzten bis zum Jahr 2030

	Bis 2015	2016 bis 2020	2021 bis 2025	2026 bis 2030
Humanmediziner	7.700	8.200	9.700	11.000
Davon: Ärzte	6.600	7.100	8.400	9.500

Tabelle 4. Quellen: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus, Erhebungsjahr 2010; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

scher Natur.

Ein erstes, noch sporadisches Ausscheiden aus dem Erwerbsleben setzt bei Humanmedizinern mit dem Übergang von der sechsten auf die siebte Kohorte ein (vgl. Tabelle 3). Bei einem Jahresübergang kommt es hier zu folgenden Effekten: Ein Fünftel der Kohorte der 50- bis 54-Jährigen wechselt im Folgejahr in die nächsthöhere Altersklasse. Mit diesem Schritt reduziert sich die durchschnittliche Erwerbstätigenquote der rund 10.300 Betroffenen von 95,0 auf 92,6 Prozent. Folglich scheiden an dieser Schwelle rund 200 vormals erwerbstätige Humanmediziner aus dem Erwerbsleben aus. Bei dem zeitgleich erfolgenden Übergang von etwa 9.300 Humanmedizinern von der siebten in die achte Kohorte reduziert sich deren Erwerbstätigenquote von 92,6 auf 79,0 Prozent mit der Folge, dass zusätzliche knapp 1.300 vormals erwerbstätige Humanmediziner aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Die mit 40,3 Prozentpunkten bezogen auf die Erwerbstätigenquote stärkste Reduktion der Erwerbstätigenzahl findet beim Übergang von der achten Kohorte in die neunte Kohorte statt. An dieser Schwelle verlassen knapp 2.600 Humanmediziner den Arbeitsmarkt. Summiert über alle Kohorten scheiden bis zum Jahr 2015 jährlich etwa 7.700 Humanmediziner aus dem Erwerbsleben aus. Mit Ablauf dieser Zeitspanne sind sämtliche Altersjahrgänge um eine Kohortennummer abgestiegen. Exemplarisch wird die neue sechste Kohorte nun von denjenigen 66.200 Humanmedizinern gebildet, die bis zum Jahr 2015 noch die fünfte Kohorte repräsentierten.

Werden die Daten fortgeschrieben, erhält man die in Tabelle 4 dargestellten demografischen Ersatzbedarfe bis zum Jahr 2030. Der Prognosezeitraum wurde bewusst so gewählt, dass die künftige Entwicklung der Absolventenzahlen keinen Einfluss auf den demografischen Ersatzbedarf ausübt. So scheiden die ersten der innerhalb des Zeitraums bis 2030 hervorgebrachten Humanmedizinabsolventen erst nach 2030 aus dem Erwerbsleben aus, das heißt, die ermittelten demografischen Ersatzbedarfe sind ausschließlich auf die bereits heute am Arbeitsmarkt aktiven Humanmediziner zurückzuführen.

Zusammenfassend werden bis zum Jahr 2015 jährlich 7.700 Humanmediziner aus dem Erwerbsleben ausscheiden, darunter 6.600 Ärzte. Vor dem Hintergrund der durchschnittlichen Absolventenzahlen in der Humanmedizin (über 10.000) und der Nettozuwanderung von Medizinern aus dem Ausland kann der demografiebedingte Ersatzbedarf an Ärzten gedeckt werden. Wie das folgende Kapitel zeigt, war es in der Vergangenheit vielmehr möglich, in substanziellem Ausmaß zusätzliche Beschäftigung aufzubauen.

In den nachfolgenden Jahrfünften nimmt der Ersatzbedarf an Ärzten kontinuierlich zu und liegt ab dem Jahr 2026 – etwa 40 Prozent höher als heute – bei 11.000 Humanmedizinern, darunter 9.500 Ärzten. Angesichts der Absolventenzahlen ist damit zu rechnen, dass der demografische Ersatzbe-

Praktizierende Ärzte (Kopfzählung) pro 1.000 Einwohner im Jahr 2011

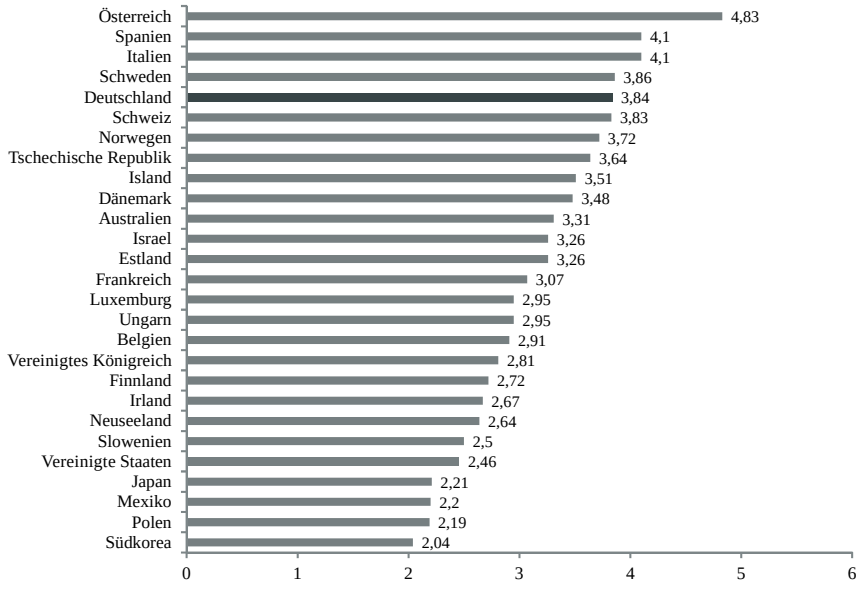


Abbildung 1. Japan, Schweden: 2010; Dänemark: 2009; Finnland: 2008. Quelle: OECD, 2013

darf an Ärzten auch nach dem Jahr 2026 problemlos aus dem hiesigen Absolventenpotenzial gedeckt werden kann.

Die Alterung der Gesellschaft und die hierdurch steigende Pro-Kopf-Nachfrage nach kurativen Dienstleistungen wird trotz sinkender Bevölkerungszahlen einen zusätzlichen Gesamtbedarf an Ärzten auslösen, der aus heutiger Sicht jedoch nicht valide prognostiziert werden kann. Die Deckung dieser künftigen Zusatznachfrage wird nicht durch eine weitere Verbesserung der bereits attraktiven Arbeitsbedingungen, sondern vielmehr durch die systematische Erschließung neuer Arbeitsmarktpotenziale ermöglicht. Positiv zu bewerten ist, dass die Nettomigration von Ärzten nach Deutschland als Ergebnis der deutlich erleichterten Zuwanderungsbedingungen in den kommenden Jahren nochmals erkennbar zunehmen dürfte. Ergänzend hierzu kann eine moderate Erhöhung der inländischen Absolventenzahlen helfen, den entstehenden Zusatzbedarf abzudecken. Dies kann durch einen Ausbau der hiesigen Ausbildungskapazitäten und einen Abbau der Zulassungsschranken erreicht werden.

Ärztedichte international und nach Bundesländern

Ein aussagekräftiger Indikator zur Beurteilung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung ist die Ärztedichte (vgl. Abbildung 1). Mit einem Wert von 3,84 Ärzten pro 1.000 Einwohner (OECD, 2013) liegt sie hierzulande deutlich oberhalb der Referenzwerte vergleichbarer Industrienationen, nämlich um 56 Prozent höher als in den USA (2,46 Ärzte pro 1.000 Einwohner), um 74 Prozent höher als in Japan (2,21) oder auch um 25 Prozent höher als in Frankreich (3,07). Im Bundesdurchschnitt liegt Deutschland somit in einem internationalen Vergleich auf einem vorderen Platz. Innerhalb Deutschlands ist die Ärztedichte von 2,76 im Jahr 1991 kontinuierlich angewachsen. Zum Ende des Vergleichszeitraums waren hierzulande bei unveränderter Bevölkerungszahl knapp 92.000 Ärzte mehr beschäftigt als noch zum Beginn, was einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme um 2,2 Prozent entspricht.

Ärzte (in Vollzeitäquivalenten) nach Arbeitsstättenbundesland

	...pro 1.000 Einwohner	...pro Quadratkilometer
Bremen	6,3	9,9
Hamburg	4,9	11,5
Berlin	4,8	18,8
Sachsen	4,4	1,0
Bayern	3,9	0,7
Thüringen	3,7	0,5
Schleswig-Holstein	3,7	0,7
Mecklenburg-Vorpommern	3,6	0,3
Baden-Württemberg	3,5	1,1
Hessen	3,5	1,0
Niedersachsen	3,4	0,6
Nordrhein-Westfalen	3,4	1,8
Rheinland-Pfalz	3,3	0,7
Brandenburg	3,2	0,3
Saarland	3,1	1,2
Sachsen-Anhalt	2,8	0,3

Tabelle 5. Quellen: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus, Erhebungsjahr 2010; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Eine Analyse nach Bundesländern untersucht im Folgenden auf Basis von Vollzeitäquivalenten mögliche regionale Unterschiede bei der Ärztedichte. Die Analyse von Vollzeitäquivalenten bietet gegenüber der in den internationalen Statistiken verwendeten Kopfzählung den Vorteil, dass das tatsächliche Arbeitsvolumen berücksichtigt wird, und beispielsweise zwei Halbtagskräfte im Vergleich zu einer Vollzeitkraft nicht mehr doppelt so stark, sondern äquivalent gewichtet werden. Zur Berechnung der regionalen Ärztedichte wurde das aggregierte Arbeitsvolumen der in einem bestimmten Bundesland einer Erwerbstätigkeit nachgehenden Ärzte (Arbeitsstättenprinzip) ermittelt und auf vollzeitäquivalente Stellen umgerechnet. Nicht in dieser Gruppe enthalten sind solche Personen, die aus dem grenznahen Ausland einpendeln können. Da die Teilzeitquote unter Ärzten relativ klein ist und die durchschnittliche normalerweise geleistete Arbeitszeit von teilzeitbeschäftigten Humanmedizinern mit 22 Wochenstunden vergleichsweise hoch liegt, fallen die Unterschiede zwischen beiden Messkonzepten (Vollzeitäquivalente beziehungsweise Kopfzählung) bei Ärzten in Deutschland jedoch gering aus.

Tabelle 5 zeigt, dass große Unterschiede in der regionalen Ärztedichte existieren. Während in Bremen 6,3 vollzeitäquivalente Ärzte 1.000 Einwohner versorgen, sind es in Sachsen-Anhalt lediglich 2,8. Eine genauere Analyse der Spitzenposition der drei Stadtstaaten zeigt, dass die Einwohner hier sowohl bei den ambulanten Ärzten, als auch besonders bei den Krankenhausärzten eine deutlich höhere Pro-Kopf-Versorgung erfahren. Der letzte Umstand muss vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass in den Großstädten eine Konzentration stationärer Einrichtungen vorzufinden ist, die wiederum auch von den Einwohnern aus dem Umland genutzt

werden.

Die Stadtstaaten weisen neben der höchsten einwohnerbezogenen auch die höchste flächenbezogene Ärztedichte auf. So sind in Berlin auf einen Quadratkilometer knapp 19 Ärzte beschäftigt, sechzig Mal so viele wie in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg oder Sachsen-Anhalt. Zwar liegt die einwohnerbezogene Ärztedichte auch in diesen drei Bundesländern in einem internationalen Vergleich noch im oberen Mittelfeld, jedoch deutet deren geringe flächenbezogene Ärztedichte vor dem Hintergrund ihrer Siedlungsstruktur auf vergleichsweise hohe Entfernungen zwischen Patient und Arzt hin.

Die strukturell vergleichbaren Flächenländer weisen untereinander ebenfalls gravierende Unterschiede auf. So ist etwa in Thüringen bei vergleichbarer Einwohnerzahl, -dichte und Siedlungsstruktur die einwohnerbezogene Ärztedichte um 32 Prozent höher als in Sachsen-Anhalt, in Sachsen um 26 Prozent höher als im vergleichbaren Hessen.

Die aktuelle Arbeitsmarktlage im Humanmedizinerberuf

Schon seit Jahren warnen Interessenvertretungen von Ärzten vor einem bestehenden oder zukünftig zu befürchtenden Mangel (z. B. Kopetsch, 2010; Burkhart et al., 2012). Auch im Rahmen der Blauen Karte EU, die seit dem Jahr 2012 erleichterte Zuwanderungsregeln für Personen aus Drittstaaten nach Deutschland vorsieht, wird der Beruf Arzt als einer von den Berufen mit besonders akutem Mangel an Fachkräften definiert (BAMF, 2013). Der Blick auf die aktuelle Arbeitsmarktsituation von Personen im Erwerbsberuf Humanmediziner verrät, dass diese Bewertungen nur bedingt durch die Faktenlage gedeckt sind.

Seit dem August 2011 ist die Nachfrage nach Humanmedizinern rückläufig, wie die Anzahl bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) gemeldeter Stellen in diesem Erwerbsberuf belegt (vgl. Abbildung 2). Bis zum Mai 2013 fiel sie um ein Viertel. Gleichzeitig hat die Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen im Erwerbsberuf Humanmediziner etwas zugenommen. Im Betrachtungszeitraum lag der Anstieg bei knapp 13 Prozent.

Dabei ist jedoch Verschiedenes zu berücksichtigen: Zum einen bilden die Daten der BA nur einen Teil des Arbeitsmarkts für Humanmediziner ab. Sie erfassen lediglich Stellen für sozialversicherungspflichtig beschäftigte Ärzte in Kliniken und Krankenhäusern. Vakanzen in Arztpraxen werden zumeist nicht einbezogen. Darüber hinaus ist der Arztberuf von einem großen Anteil Selbstständiger gekennzeichnet, was sich in den Daten der BA ebenfalls nicht widerspiegeln kann. Dennoch erlauben diese Kennzahlen einen Blick auf die aktuelle Arbeitsmarktlage in einem wesentlichen Teilsegment des Arbeitsmarkts für Humanmediziner, wie er mithilfe anderer Daten nicht möglich ist.

Zum anderen ist zu bedenken, dass nicht alle Vakanzen für Humanmediziner im Bundesgebiet auch der Bundesagentur für Arbeit gemeldet werden. Im Durchschnitt aller Berufe liegt die Meldequote aktuell bei etwa 50 Prozent (Demary/Seyda, 2013). Unterschiede in der Höhe der Meldequote sind unter anderem abhängig von der Betriebsgröße, dem Sektor und dem beruflichen Tätigkeitsfeld (BMAS, 2011). Zwar besteht keine Meldepflicht für Vakanzen, Arbeitgeber sind jedoch rechtlich auf der sicheren Seite, wenn sie offene Stellen bei der BA angeben. Tun sie dies nicht, ist es denkbar, dass Menschen mit einer Behinderung im Sinne von § 22 AGG klagen, weil der Arbeitgeber es versäumt hat,

Aktuelle Arbeitsmarktlage im Medizinerberuf

Der BA gemeldete Stellen und Arbeitslose im Erwerbsberuf Humanmediziner

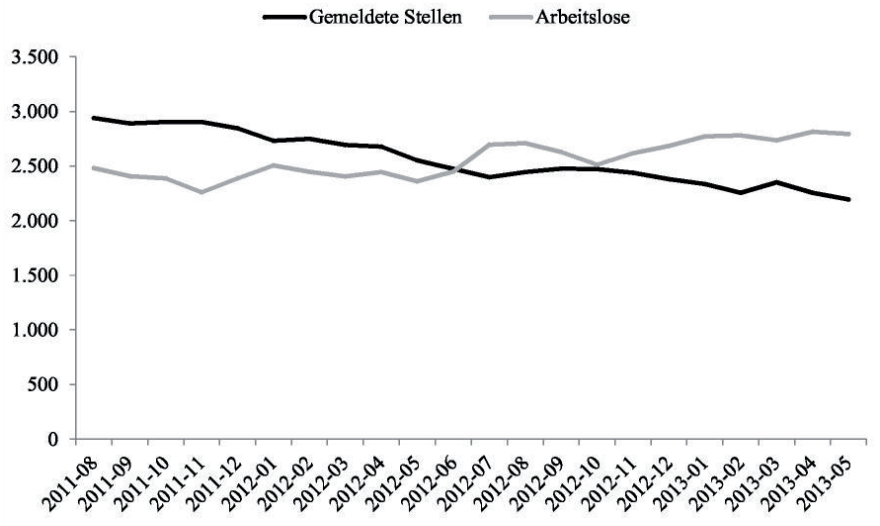


Abbildung 2. Anmerkung: Zum Erwerbsberuf Humanmediziner werden die Berufsgattungen 81214, 81234, 81294, 81404, 81414, 81424, 81434, 81444, 81454, 81464, 81484 und 81494 zusammengefasst (Klassifikation der Berufe 2010). Quellen: Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

gemäß seiner Verpflichtung nach § 81 Abs. 1 SGB IX zu prüfen, ob offene Stellen auch von schwerbehinderten Menschen besetzt werden können. Es kann vermutet werden, dass dieser Aspekt für öffentliche Arbeitgeber eine größere Rolle einnimmt als für die Privatwirtschaft, so dass erstere ihre Vakanzen häufiger bei den Arbeitsagenturen melden. Dies könnte eine deutlich höhere Meldequote als 50 Prozent für die stationär beschäftigten Humanmediziner bedeuten, da knapp 43 Prozent der Krankenhäuser öffentliche oder öffentlich-rechtliche Einrichtungen sind (Statistisches Bundesamt, 2012c).

Wird der Extremfall einer Meldequote von 100 Prozent unterstellt, gab es im Mai 2013 bundesweit knapp 2.200 offene Stellen im Erwerbsberuf Humanmediziner, denen etwa 2.800 Arbeitslose gegenüberstanden. Für das gesamte Segment der Humanmediziner können Engpässe somit bezweifelt werden, wenn Substitutionsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Fachrichtungen vorhanden sind. Da dies nur im Einzelfall vorkommen dürfte, ist dennoch die Betrachtung des Erwerbsberufs Humanmediziner differenziert nach Tätigkeitsprofil auf Ebene der Berufsgattungen sinnvoll. Dieses Vorgehen belegt, dass jedoch zumindest in einigen Bereichen des Arbeitsmarkts für Humanmediziner Engpässe auftreten. Aufgrund der Anzahl der Arbeitslosen und gemeldeten Stellen besonders quantitativ relevant sind Fachärzte der inneren Medizin. Im Mai 2013 kamen auf je 100 gemeldete offene Stellen lediglich 89 Arbeitslose. Außerdem sind Kinderärzte, Anästhesisten sowie Psychiater und Psychotherapeuten knapp.Nachfrageseitig verspüren Patienten aktuell keine nennenswerten Engpässe bei Ärzten, wie die Ergebnisse einer Befragung von 1.500 Bürgern im Jahr 2012 zur Versorgung mit Ärzten bestätigt. So gaben 85 Prozent der Befragten an, mit dem Zugang zu Fachärzten und deren Anzahl zufrieden zu sein (Barmer GEK/Bertelsmann Stiftung, 2012). Bei den Hausärzten lag die Zufriedenheit sogar bei 94 Prozent.

Fazit

Deutschland profitiert per Saldo von einer Zuwanderung von Humanmedizinern, insbesondere Ärzten. Im Jahr 2010 waren hierzulande bis zu 31.000 Ärzte beschäftigt, die mit einem im Ausland erworbenen Abschluss zugewandert sind, darunter zahlreiche deutsche Numerus-Clausus-Flüchtlinge. Demgegenüber stehen bis zu 24.000 in Deutschland ausgebildete Ärzte, die zum selben Zeitpunkt im Ausland tätig waren. Dies widerlegt die von Interessenvertretern vorgetragenen Warnungen vor massenhaft abwandernden Humanmedizinabsolventen deutscher Universitäten, die in Deutschland einen Ärztemangel verursachen würden. Seither ist die Zuwanderung mit der 2012 eingeführten Blauen Karte EU, in deren Rahmen unter anderem die Zuwanderungsregeln für Ärzte aus Drittstaaten gelockert wurden, weiter erleichtert worden. Auch erweist sich der deutsche Arbeitsmarkt für Ärzte als deutlich attraktiver als ausländische Arbeitsmärkte für hiesige Absolventen der Humanmedizin.

Der internationale Vergleich belegt eine deutlich oberhalb der Referenzwerte anderer Industrienationen liegende Ärztedichte in Deutschland. Die entscheidende Herausforderung ist und bleibt somit die regionale Verteilung der Ärzte. So ist die regionale Versorgung zum einen in Ballungsräumen deutlich besser. Zum anderen gibt es jedoch auch zwischen strukturell vergleichbaren Bundesländern deutliche Niveauunterschiede.

Für flächendeckende, den gesamten Berufsstand umfassende Fachkräfteengpässe findet sich derzeit keine empirische Evidenz. Knappheiten betreffen aktuell vor allem die Fachärzte der inneren Medizin. Der Blick auf den demografisch bedingten Ersatzbedarf bei Ärzten in Zusammenhang mit den jährlichen Absolventenzahlen in der Humanmedizin belegt, dass diese Nachfrage auch mittelfristig gedeckt werden kann. Eventuelle regionale Engpässe sind Stand heute folglich kein Problem der quantitativen Verfügbarkeit von Ärzten, sondern ein Problem von deren Verteilung im Bundesgebiet. Für die Gegenwart ist es daher von essenzieller Bedeutung, eine Lösung für das Problem der Verteilung der insgesamt in ausreichender Anzahl vorhandenen Ärzte zu finden. Der künftig entstehende Zusatzbedarf kann durch die steigende Nettozuwanderung von Ärzten aus dem Ausland in Verbindung mit einer moderaten Erhöhung der hiesigen Absolventenzahlen gedeckt werden.

The Labour Market for Doctors of Medicine in Germany – Immigration Prevents Bottlenecks

In Germany there are currently neither symptoms of a bottleneck in the medical labour market nor any evidence of the oft-lamented brain drain of doctors moving abroad. Until 2015 6,600 doctors per annum are expected to retire for reasons of age. However, they will be more than compensated for by nearly 10,000 new graduates. Moreover, there are 31,000 doctors practising in Germany who have come to this

country with a medical degree acquired abroad. By contrast, only up to 24,000 doctors trained in Germany work abroad. Recent statistics show that with more than 3.8 practising doctors per 1,000 inhabitants Germany has one of the highest physician densities in the world, albeit with considerable variations in regional distribution. Due to the progressive ageing of its medical profession, Germany is none the less faced with the challenge of replacing a continuously increasing number of medics. Beyond 2025, some 9,500 doctors will have to be replaced every year. However, further facilitating the immigration of doctors trained abroad is one of the most effective ways of meeting the increasing need for doctors in the foreseeable future.

Quelle
IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschungaus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 40. Jahrgang, Heft 3/2013; ISSN 0941-6838 (Printversion); ISSN 1864-810X (Onlineversion).
Rechte für den Nachdruck oder die elektronische Verwertung erhalten Sie über lizenzen@iwkoeln.de, die erforderlichen Rechte für elektronische Pressespiegel unter www.pressemonitor.de © 2013, IW Medien GmbH, Köln;
DOI: 10.2373/1864-810X.13-03-04

Literatur zu „Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland"

Anger, Christina / **Demary**, Vera / **Koppel**, Oliver / **Plünnecke**, Axel, 2013, MINT-Frühjahrsreport 2013, Innovationskraft, Aufstiegschance und demografische Herausforderung, Gutachten für BDA, BDI, MINT Zukunft schaffen und Gesamtmetall, Köln
BÄK – Bundesärztekammer, o. J., Ärztestatistik, http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3 [21.6.2013]
BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2013, Blaue Karte EU, http://www.bamf.de/DE/DasBAMF/Aufgaben/BlaueKarte/blauekarte-node.html [19.6.2013]
BARMER GEK / Bertelsmann Stiftung, 2012, Bürgerbefragung zum Ärztemangel, Pressekonferenz der BARMER GEK und der Bertelsmann Stiftung, http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2012/121210-Umfrage-Aerztemangel/PDF-Digitale-Pressemappe,property=Data.pdf [8.7.2013]
BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011, Arbeitskräftereport, Berlin
Burkhart, Michael / **Ostwald**, Dennis A. / **Ehrhard**, Tobias, 2012, 112 – Und niemand hilft, Vier Szenarien zeigen, wo in Deutschland welche Fachkräfte im Gesundheitswesen fehlen und was heute schon dagegen getan werden kann, Frankfurt am Main / Darmstadt
Demary, Vera / **Seyda**, Susanne, 2013, Engpassanalyse 2013, Besondere Betroffenheit in den Berufsfeldern Energie und Elektro sowie Maschinen- und Fahrzeugtechnik, Hrsg.: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Berlin
EP/ER – Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union, 2005, Richtlinie 2005/36/EG vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:de:PDF [19.6.2013]
Fabian, Gregor / **Briedis**, Kolja, 2009, Aufgestiegen und erfolgreich – Ergebnisse der dritten HIS-Absolventenbefragung des Jahrgangs 1997 zehn Jahre nach dem Examen, HIS Forum Hochschule Nr. 2/2009, Hannover
Holzner, Christian / **Munz**, Sonja / **Übelmesser**, Silke, 2009, Fiskalische Wirkungen der Auswanderung ausgewählter Berufsgruppen, ifo Schnelldienst, 62. Jg., Nr. 17, S. 28-33
Kopetsch, Thomas, 2010, Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!, 5. Auflage, Berlin
Koppel, Oliver, 2012, Ingenieure auf einen Blick, Erwerbstätigkeit, Innovation, Wertschöpfung, Gutachten für den Verein Deutscher Ingenieure e.V., Köln
Koppel, Oliver / **Plünnecke**, Axel, 2008, Braingain – Braindrain: Die Wachstumspotenziale der Zuwanderung, IW-Positionen, Nr. 33, Köln
OECD – Organization for Economic Co-Operation and Development, 2013, OECD Health Data 2013, Paris
Schiner, Sabine, 2009, Die Abwanderung von Ärzten kostet den deutschen Staat Milliarden, Ärztezeitung vom 28. September 2009
Schwarzer, Anke / **Fabian**, Gregor, 2012, Medizinerreport 2012 – Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern, HIS Datenbericht Mai 2012
Statistisches Bundesamt, 2012a, Bildung und Kultur, Nichtmonetäre hochschulstatistische Kennzahlen, 1980 - 2011, Fachserie 11 Reihe 4.3.1, Wiesbaden
Statistisches Bundesamt, 2012b, Bildung und Kultur, Monetäre hochschulstatistische Kennzahlen, 2010, Fachserie 11 Reihe 4.3, Wiesbaden
Statistisches Bundesamt, 2012c, Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser, 2011, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, WiesbadenSZ – Süddeutsche Zeitung, 2010, Krankenhäusern droht Notstand, Ausgabe vom 19. Mai 2010

Bücher

Klinische Notfälle griffbereit

Internistische Akutsituationen auf einen Blick

Marcel Frimmel

Verlag: Schattauer, Stuttgart 2014
240 Seiten
ISBN 978-3-7945-3040-3
25,70 EUR

Für die Kitteltasche gedacht ist dieser auf Taschenbuchformat begrenzte Ratgeber für medizinische Notfälle, orientiert an klinischen Leitlinien und der Erfahrung des Autors. Jeder Fall ist in der Regel auf 2 Buchseiten festgehalten, wobei am aufgeschlagenen Buch die link Seite eine Übersicht in Form eines Therapiealgorithmus enthält. Wichtige Aussagen sind farblich hervorgehoben. Bei der Menge der gebrauchten Abkürzungen ist das angefügte Verzeichnis unverzichtbar. Es ist erstaunlich, wie viele Fakten sich unter Wahrung von Übersicht uns Verständlichkeit auf so engen Raum einengen lassen. Das Buch kann jedem in der Akutmedizin tätigen Arzt bestens empfohlen werden.

KH Schriefers, Koblenz

Dr. Josef Düllings

Ärztemangel – Was soll man jetzt glauben?

Ausgangslage

Mitte April veröffentlichte die Bundesärztekammer (BÄK) die Ärztestatistik 2013 (1). Die Medien titulierten: „Noch nie gab es in Deutschland so viele Mediziner – Ist der Ärztemangel nur eine Erfindung?“ Die BÄK hielt dagegen: „Der Ärztemangel ist Realität“. Für den Laien, und dazu zählen auch politische Entscheidungsträger, ist kaum erkennbar, was jetzt stimmt. Wenn Mitte der 1990er Jahre etwa 300 Einwohner je berufstätigen Arzt versorgt wurden und es heute nur noch etwa 230 sind, gewinnt man den Eindruck, dass die Versorgung mit Ärzten heute eigentlich besser sein müsste als vor zwanzig Jahren.

Die Krankenhäuser stehen im Zentrum dieser Entwicklung, da sie die Aus- und Weiterbildung sowie Qualifizierung der angehenden Mediziner zur Patientenbehandlung leisten. Um die oben aufgeworfene Frage beantworten zu können, ist eine differenzierte und an der Praxis orientierte Betrachtung nötig. Es geht nicht nur um Zahlen, sondern auch um Wertewandel und Spätfolgen politischer Entscheidungen, die die Krankenhäuser heute ausbaden müssen. Manche Ursachen werden überschätzt. Andere überhaupt nicht wahrgenommen. Die perspektivischen Faktoren werden noch kaum diskutiert. Im Folgenden sollen nur die wesentlichen, bislang unterbelichteten „Treiber des Ärztemangels“ dargestellt und die schon bekannten Faktoren nur kurz bewertet werden.

Arbeitsbedingungen in den Kliniken

Eine häufige Klage ist, dass sich die Krankenhäuser auf die Anforderungen der jüngeren Mediziner, insbesondere der Medizinerinnen, nicht ausreichend eingestellt hätten. Die Arbeitsbedingungen seien schlecht, überbordende Bürokratie, hohe Arbeitsverdichtung, schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

In dieser pauschalen Form trifft diese Kritik nicht mehr zu. Insbesondere wird dabei auch die Ökonomisierung ins Feld geführt. Richtig ist, dass die Fallpauschalen eine Ökonomisierung der Medizin bewirkt haben und diese Entwicklung heute zu hinterfragen ist. Die wesentlichen Ursachen des Ärztemangels sind hier aber nicht zu finden.

Interessant ist zunächst, dass die Zahl der Ärzte in Allgemeinkrankenhäusern seit 2004 um knapp 22 Prozent gestiegen ist (Vollkräfte), die Zahl der stationären Fälle jedoch nur um knapp 11 Prozent (2). Zudem unterstützen viele Krankenhäuser ihre Ärzte bei der DRG-Dokumentation und bei MDK-Anfragen durch Kodierfachkräfte und Medizincontrolling. Vielfach haben auch Pflegende ursprüngliche Aufgaben der Ärzte mit übernommen wie zum Beispiel Blutentnahmen, OP- und Stationsassistenz. Parallel dazu ist die Zahl der Pflegenden in Allgemeinkrankenhäusern im gleichen Zeitraum um weniger als 1 Prozent gestiegen. Es verwundert also nicht, dass eher hier der aktuell größte Handlungsdruck gesehen wird.

Dr. Josef Düllings

Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Ein weiteres Argument ist die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Während der Deutsche Ärztinnenbund 2006 noch einen Anteil der Kliniken mit Kinderbetreuungsmöglichkeiten von unter zehn Prozent ermittelte und dies zurecht als ernüchternd bezeichnete, stellte unter anderem der Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) in Anlehnung an die Erhebungsmethodik des Deutschen Ärztinnenbundes fest, dass bereits 2011 rund 40 Prozent der Kliniken über Kinderbe-

Foto: © apops/fotolia.com, Retusche: creativ-studio

treuungsmöglichkeiten verfügten (3).

Vor allem größere Krankenhäuser bieten diese Möglichkeiten an, während kleinere Krankenhäuser eigene Angebote finanziell oft nicht tragen können und sich Kooperationspartner suchen. Hinzu kommt ein nicht unerheblicher Anteil von Ärztinnen und Ärzten, die Kinderbetreuungsmöglichkeiten lieber unabhängig von ihrem Arbeitgeber organisieren. Deutlich wird insgesamt, dass dieses Thema bei den Krankenhäusern angekommen ist und keine Ursache für den Ärztemangel sein dürfte. Nach der BDC-Umfrage gaben zudem etwa 80 Prozent der Befragten an, dass Krankenhäuser flexible Arbeitszeitregelungen und viele Teilbeschäftigungen anbieten (3).

Übergeordnete Entscheidungen

Eine der Hauptursachen für die Ärztemangel dürfte in dem nachgängigen Zusammenlaufen einer politischen und einer gerichtlichen Entscheidung liegen, die jede für sich genommen sinnvoll war, deren Zusammenwirken aber zu Kollateralschäden führte, die nahezu ausschließlich bei den Krankenhäusern „hängen blieben“ und noch heute nicht verarbeitet sind.

Das eine ist die in den 1990er Jahren von den Ländern beschlossene Absenkung der Studienplatzkapazitäten in der Medizin. Anfang 1997 verzeichnete die damalige Bundesanstalt für Arbeit den bis dahin höchsten Stand von arbeitslos gemeldeten Ärzten. Die zweite Entscheidung traf der Europäische Gerichtshof 2003, nach der der ärztliche Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit zu werten war. In Deutschland erfolgte eine Novelle des Arbeitszeitgesetzes ab 2004. Die DKG rechnete damals mit einem Mehrbedarf von rund 27.000 Ärzten. Von 2004 bis 2012 wurden in den deutschen Krankenhäusern tatsächlich insgesamt etwa 24.000 Ärzte zusätzlich eingestellt.

Wie sieht es aktuell aus?

Laut Krankenhausbarometer 2013 des Deutschen Krankenhausinstituts war der Ärztemangel 2010 am stärksten ausgeprägt. Über 80 Prozent der Krankenhäuser hatten 2010 Probleme, offene Stellen zu besetzen, während es 2013 nur noch knapp 60 Prozent waren (4: S. 31). Die Ursachen des rückläufigen Anteils wurden nicht analysiert. Aus Sicht der Praxis dürften als entlastende Faktoren vor allem eine steigende Zahl von Honorarärzten sowie Kooperations- und Anstellungsverträge mit niedergelassenen Ärzten zu betrachten sein. Darüber, inwieweit das Arbeitszeitgesetz hier Anwendung findet und, wenn ja, auch beachtet wird, liegen keine Informationen vor.

Das DRG-System – Wettbewerb erhöht den Ärztemangel

Eine Hauptursache des Ärztemangels, die derzeit kaum diskutiert wird, ist der politisch gewollte Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten als Folge des Fallpauschalensystems. Der Grundsatz „Geld folgt der Leistung“ bedeutet nicht nur eine leistungsgerechte Verteilung von Erlösen, wie vom Gesetzgeber Ende der 1990er Jahre beabsichtigt. Betriebswirtschaftlich wirft dieser Ordnungsrahmen auch die Frage auf, welche stationären Leistungen können den Patienten noch angeboten

werden, um „mehr Marktpotenzial abzuschöpfen“. Zehn Jahre DRG-System haben die Krankenhäuser auch gelehrt, dass dies kein System der staatlichen Daseinsvorsorge ist, sondern ein „Marktsystem“ mit Wachstumspotenzialen bis zur „medizinischen Sättigungsgrenze“. Der marktmäßige Charakter entsteht nicht aus der administrativen Preisgestaltung auf der Landesebene (Landesbasisfallwerte), sondern liegt in der Akquisition zusätzlicher stationärer Patienten, die ohne zusätzliche Leistungsangebote nicht hätten gewonnen werden können.

In vielen Städten und Kreisen bieten Krankenhäuser neue und zusätzliche Teilgebiete, Schwerpunkte und Fachabteilungen an, die allein auf Grund der Krankenhausplanung nicht beim Patienten angekommen wären. Wo früher in einer Region ein Leistungsangebot nur von einem Krankenhaus erbracht wurde, sind es heute zwei, drei oder mehr Krankenhäuser, in der Hoffnung, durch gute medizinische und pflegerische Qualität sowie guten Service zunehmende Patientenzahlen zu gewinnen.

Folge dieser DRG-induzierten Wachstumsstrategie ist aber, dass die Krankenhäuser mehr Assistenzärzte und noch mehr, teilweise hochspezialisierte Fachärzte benötigen, aktuell insbesondere Kardiologen, Gefäßchirurgen, Endoprothetiker und Wirbelsäulenchirurgen, um diese zusätzlichen Leistungsangebote besetzen zu können.

Im Koalitionsvertrag (5) heißt es lapidar: „Die Einführung des Systems diagnosebezogener Fallgruppen (DRG-System) als leistungsorientiertes Entgeltsystem war richtig.“ Den Krankenhäusern und Patienten kann es recht sein. Mehr Angebote führen zu mehr Wettbewerb sowie einem stärkeren Bemühen der Krankenhäuser um Patienten und bessere Qualität. Dafür werden aber auch mehr Ärzte benötigt.

Mehr Qualität in der Krankenhausplanung

Ein neues Thema ist die Zielsetzung der großen Koalition, Qualität zur Grundlage der Krankenhausplanung zu machen. Im Koalitionsvertrag (5) heißt es: „In einer Qualitätsoffensive werden wir die Qualität der stationären Versorgung verbessern. Qualität wird als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt (§ 1 KHG).“

In Nordrhein-Westfalen hat Ministerin Steffens mit dem Krankenhausplan 2015 Qualitätsvorgaben zum Beispiel für die ärztliche Besetzung von Intensivstationen vorgesehen. Die Vorgaben sind nach Aussage des Ministeriums nicht zwingend verbindlich, dürften in den kommenden Jahren aber eine Orientierung sein. Im Krankenhausplan heißt es dazu: „In der Intensivmedizin erfahrenes ärztliches Personal, das mit den aktuellen Problemen der Patientinnen und Patienten vertraut ist, soll 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche auf der Intensivtherapiestation präsent sein (…) Für 8 bis 12 Betten sind mindestens sieben Arztstellen mit einem Wochenkontingent von 40 Stunden erforderlich. Die Stelle der Leitung ist nicht eingerechnet, auch nicht dessen Ausfallkompensation.“ (6: S. 109-110).

In Nordrhein-Westfalen gibt es rund 300 Krankenhäuser mit Ausweisung von Intensivbetten im Feststellungsbescheid. Eine konsequente Umsetzung dieser Vorgaben würde für Grundversorger teilweise zu einer Verdoppelung der fachärztlichen Personalbedarfs führen. Abgesehen davon, dass es für diese Vorgaben keine Gegenfinanzierung gibt, sind die entsprechenden Fachkräfte weder auf dem Arbeitsmarkt derzeit zu finden, noch im eigenen Haus zeitnah auszubilden.

Sollte die Bund-Länder-Kommission ähnliche Überlegungen entwickeln und umsetzen wollen (Personalmindeststandards), würde sich dadurch der Ärztemangel und, bei der angestrebten Verbesserung der Personalbesetzung in der Pflege, auch der Pflegekräftemangel weiter verschärfen.

Wie ist die Situation in ländlichen Regionen?

Die aktuellen Zahlen der BÄK für 2013 zeigen eine erhebliche Ungleichverteilung der Ärztedichte über die einzelnen Bundesländer. Mit etwa 150 Einwohnern, die ein Arzt in Hamburg versorgt, liegt die Verhältnisziffer hier um rund 120 Einwohner je Arzt niedriger als beispielsweise in Brandenburg mit etwa 270 Einwohnern je Arzt. Von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen wird argumentiert, dass es eine hohe Mitversorgungsquote gibt (ca. 30 bis 40 Prozent), etwa Hamburg für Schleswig-Holstein oder Berlin für Brandenburg.

Richtig ist aber auch, dass die Patienten trotzdem weitere Wege in Kauf nehmen müssen, wenn sie ärztlich versorgt werden wollen, gerade für Ältere, deren Zahl in den nächsten Jahre erheblich steigen wird, ein zunehmendes Problem. Auch

wenn ein gewisse Mitversorgungsquote immer gegeben sein wird, sollte überlegt werden, ob dies in Zukunft so noch bedarfsgerecht ist und mit welchen Maßnahmen man gegensteuern kann, wenn die Sicherstellung der ambulanten Versorgung vor allem in ländlichen Regionen nicht gegeben ist.

„Ausputzer" für die ambulante Notfallversorgung

Ein Anzeichen dafür ist auch, dass die Krankenhäuser zunehmend als „Ausputzer" für die ambulante Notfallversorgung einspringen müssen. Seit einigen Jahren verzeichnen viele Krankenhäuser zweistellige prozentuale Zuwachsraten. Dort, wo Arztsitze im vertragsärztlichen Bereich infolge des Ärztemangels nicht besetzt sind, insbesondere Hausarztsitze, gehen die Patienten auch mit Bagatellerkrankungen und -verletzungen sofort in die Ambulanz des nächsten Krankenhauses, um sich versorgen zu lassen. Für diese Patienten erhalten die Kliniken keine kostendeckenden Vergütungen. Nach Berechnungen der DEGINA beläuft sich der Fehlbetrag bundesweit auf über 1 Mrd. Euro (7).

Für Jungmediziner unattraktiv

Für Jungmediziner ist davon auszugehen, dass bei ansonsten gleichen Rahmenbedingungen eine ärztliche Tätigkeit (Krankenhaus oder Praxis) aus verschiedenen Gründen in der Stadt attraktiver ist als auf dem Land. Bei Wechsel des Krankenhauses während der Weiterbildung ist in der Stadt zum Beispiel meist kein Umzug erforderlich. Auch dürfte eine Work-Life-Balance zum Beispiel als Hausarzt auf dem Land und zudem noch in Einzelpraxis schwieriger zu erreichen sein als in der Stadt und im Ärztezentrum.

Grundsätzlich stehen Regionen im Wettbewerb untereinander, etwa um gewerbliche Ansiedelungen oder um den Zuzug von Fachkräften und deren Familien. Dies wird im Zuge der demografischen Entwicklung in Zukunft verstärkt auch für Ärzte, Pflegende und andere Gesundheitsberufe gelten. Im Folgenden sollten einige Optionen diskutiert werden, die helfen könnten, den Ärztemangel abzubauen.

Sieben Optionen zum Abbau des Ärztemangels

1. Aus Einstellungsgesprächen werden aktuell neue Problemlagen geschildert, die für die Entscheidung, eine Stelle anzunehmen oder nicht, ausschlaggebend sein können. So steht heute die Frage im Vordergrund, inwieweit der Arbeitgeber bei der Wohnungssuche helfen kann oder ob in der Region überhaupt Wohnungen und Häuser zu angemessenen Preisen zu mieten oder zu erwerben sind. Hier sollten Krankenhäuser und regionale Vertretungen der Kassenärztlichen Vereinigungen engen Kontakt mit den Kommunen halten. Angesichts eines perspektivisch weiter wachsenden Bedarfs an medizinischer Behandlung und eines daraus resultierenden zusätzlichen Fachkräftebedarfs sollte in den Kommunen auch auf eine entsprechende Wohnungs- und Baupolitik geachtet werden. Oft sind Krankenhäuser die größten Arbeitgeber vor Ort und ein wichtiger Standortfaktor für die Region. Kommunalpolitisch sollte dies stärker beachtet werden.

2. Die Ungleichverteilung der Vertragsarztsitze über die Bundesländer und Regionen muss für die Zukunft neu bewertet werden. Wenn es um eine Schwankungsbreite bundesweit von etwa 120 Einwohnern je Arzt geht, dann kann das Argument der Mitversorgung nicht ausschlaggebend sein. Auch der Politik muss es wichtig sein, dass die Gesundheitsversorgung „nah am Menschen" passiert. Insofern sollte geprüft werden, wie durch geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen oder geänderte Anreize zum Beispiel eine Verlagerung von Arztsitzen aus überversorgten (meist städtischen) Gebieten in offene oder unterversorgte (meist ländliche) Gebiete organisiert werden kann. Die mit dem sogenannten „Landärztegesetz" eingeführte finanzielle Unterstützung bei Gründung oder Übernahme einer Praxis in Höhe von 50.000 Euro ist ein Tropfen auf dem heißen Stein und wird die Entscheidung jüngerer Ärzte nicht maßgeblich beeinflussen.

3. Attraktiv sind zunehmend Praxisgemeinschaften, Ärztehäuser und Medizinische Versorgungszentren. Auch hier können Kommunen helfen durch Bauland, zinslose Darlehen o. ä. Die Entwicklung von der Einzelpraxis zum Ärztezentrum ist für jüngere Ärzte und insbesondere Ärztinnen auch aufgrund der Möglichkeiten zum Angestelltenverhältnis und zu Teilzeitbeschäftigungen sehr attraktiv. Ebenso sind die interdisziplinäre Arbeit, Synergieeffekte wie gemeinsame Gebäudenutzung und höherer Praxiswert bzw. Wiederverkaufswert Entscheidungskriterien. Der Staat kann durch Gesetzesänderung die Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit auf dem Land verbessern. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten prüfen, ob durch vergütungsrechtliche Änderungen bessere Rahmenbedingungen auf dem Land geschaffen werden

können, so dass Überversorgung in Städten schneller abgebaut und bessere Anreize zum Erhalt von Praxen in ländlichen Regionen aufgebaut werden können.

4. Vorstellbar ist auch die Reaktivierung bereits pensionierter Ärzte auf freiwilliger Basis. Vor allem in den skandinavischen Ländern, die bereits länger mit dem Ärztemangel zu kämpfen haben, wird dies zunehmend eine Lösungsoption (8). Überlegenswert ist, ob eine maximal halbtägige Tätigkeit bis zum 70. Lebensjahr möglich ist, bei einer Befreiung der Einkünfte von der Sozialversicherungspflicht und der Steuer. Allerdings ist diese Option nur vorübergehend eine Möglichkeit, das Eintreten des Problems Ärztemangel etwas zu strecken.

Foto: © Coloures-Pic/fotolia.com

5. Eine ganz andere Option ist die Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegende. In einigen Ländern der EU gibt es die „practitioner nurse“, die arztnahe Tätigkeiten ausübt. In Deutschland wäre dies mit dem Arzthaftungsrecht und dem Heilberufsgesetz so derzeit nicht vereinbar. Dennoch sollte man prüfen, ob hier nicht Änderungen möglich sind, so dass Pflegenden teilweise arztnahe Tätigkeiten in einem rechtssicheren Rahmen übertragen werden können. In einigen Bundesländern gibt es Modellversuche, nach denen zum Beispiel medizinische Fachangestellte auf dem Land Hausbesuche leisten, die früher Hausärzte durchgeführt haben.

6. Ein weiterer Punkt ist die Schaffung zusätzlicher Medizinstudienplätze. Zumal die Kapazitäten Ende der 1990er Jahre abgesenkt wurden und heute aus den unterschiedlichsten Gründen ein erheblicher Mehrbedarf besteht, der auch noch weiter wächst. Man wird also um eine Aufstockung der Studienplatzkapazitäten nicht umhinkommen, auch wenn als Argument vorgebracht wird, dass dies keine kurzfristige Lösung sei. Wenn man hier aber jetzt nichts tut, wird das Problem im Jahre 2030 noch größer sein, da dann die Baby Boomer in erheblichem Maße medizinische Leistungen in Anspruch nehmen werden.

7. Ein letzter Punkt ist schließlich die steigende Zahl ausländischer Ärzte, ohne die die Versorgung mittlerweile nicht mehr aufrechterhalten werden könnte. In den letzten zehn Jahren hat sich ihre Zahl laut BÄK von rund 14.000 auf über 31.000 mehr als verdoppelt. Zu lösen sind allerdings nicht wenige Probleme: fachliche und sprachliche Qualifizierung, kulturelle Integration. Es gibt einige Programme auf der Landesebene, die die Krankenhäuser hierbei unterstützen. Nach wie vor gibt es allerdings große bürokratische Hürden, gerade auch im Wechsel zwischen den Bundesländern, an denen noch gearbeitet werden muss.

Literatur zu „Ärztemangel – Was soll man jetzt glauben?“
(1) Bundesärztekammer (BÄK): Ärztestatistik 2013 – Ärzteschaft in der Generationenfalle, Pressemitteilung vom 14.04.2014.
(2) Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2004 und 2012, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
(3) Berufsverband Deutscher Chirurgen: www.bdc.de.
(4) Deutsches Krankenhausinstitut (DKI): Krankenhausbarometer 2013, Düsseldorf.
(5) Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvereinbarung zwischen CDU, CSU und SPD vom 16. Dezember 2013.
(6) MGEPA 2013: Krankenhausplan NRW 2015, Juli 2013, Düsseldorf.
(7) Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) 2013: Positionspapier zur Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung in Notaufnahmen, 09.11.2013. www.dgina.de.
(8) Preusker, Uwe K. 2013: Zukunftsbranche Gesundheit: Ärztemangel ist nur der Anfang, Ärzte-Zeitung vom 25.03.2013.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Josef Düllings
Präsident des Verbandes
der Krankenhausdirektoren
Deutschlands (VKD)
Oranienburger Straße 17
10178 Berlin

Gerd Norden

Nivellierung zu Lasten der Krankenhäuser?

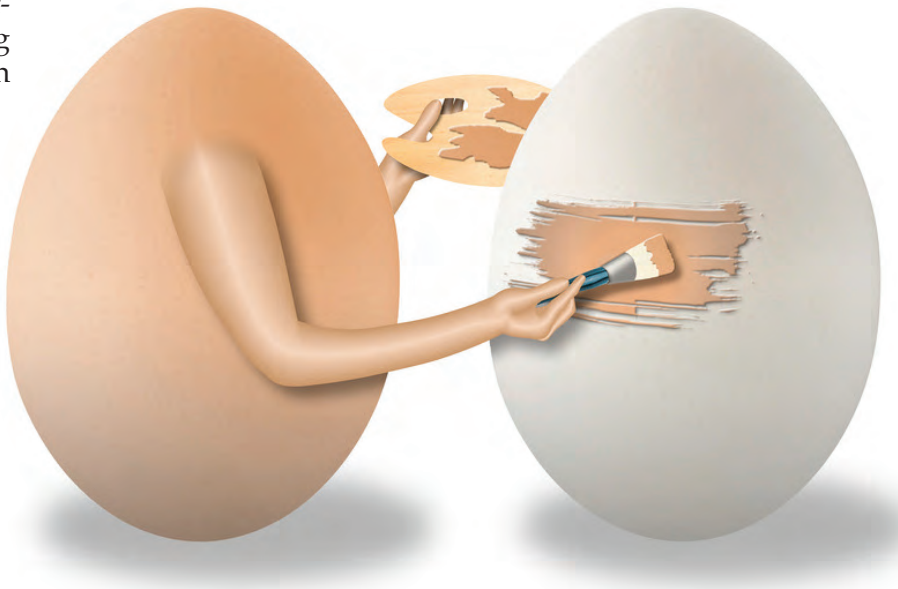


Foto: © © Helmut Niklas/fotolia.com

Die große Koalition arbeitet offensichtlich auf die Einebnung der derzeit noch bestehenden unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte hin. Im Extremfall läuft dieses Bemühen auf einen bundesweit gleichen Basisfallwert hinaus. Da sich aus der Multiplikation der Bewertungsrelation einer DRG-Position mit dem Landesbasisfallwert die Höhe des Entgeltes für die erbrachte Leistung errechnet, bedeutet dies in der Konsequenz die bundesweit gleiche Erlöshöhe für eine DRG-Leistung, unbeschadet der Erkenntnis, das Kosten und Basisfallwerte der Krankenhäuser positiv miteinander korrelieren.

Das Ergebnis eines noch im Auftrag der Vorgängerregierung erstellten Gutachtens des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) bestärkt die jetzige große Koalition in diesem Vorhaben, denn die Schlussfolgerung des Gutachtens lautet: „Es ist davon auszugehen, dass mindestens zwei Drittel der Variation der Landesbasisfallwerte auf historisch vorhandene – jedoch ökonomisch nicht begründbare – Unterschiede zurückzuführen sein müssen."

Die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen hält dagegen. Nach ihrer Einschätzung reicht die RWI-Untersuchung nicht aus, um die Ursachen der Unterschiede zwischen Landesbasisfallwerten wirklich zu erklären. In einem akribisch aufbereiteten Positionspapier aus dem März 2014 werden die Unterschiede zwischen den Landesbasisfallwerten vor dem Hintergrund ihrer Entstehung und ihrer Entwicklung analysiert. Das Fazit: „Wenn das RWI feststellt, dass der Zusammenhang zwischen diesen unterschiedlichen Kostenniveaus nicht mehr in den Landesbasisfallwerten abgebildet ist, so ist das eine Fehlentwicklung, die nicht durch die Einführung eines Bundesbasisfallwertes, sondern sachgerecht nur durch eine stärkere Differenzierung der Landesbasisfallwerte abgebildet werden kann."

Nachfolgend werden Aufzüge aus dem „Executive Summary" der RWI-Untersuchung ebenso wiedergegeben wie das umfangreiche Positionspapier aus der Feder des Geschäftsführers der Krankenhausgesellschaft der Freien und Hansestadt Bremen.

Auszüge aus dem Executive Summary der wissenschaftlichen Untersuchung zu den Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder als Grundlage der Krankenhausfinanzierung.[1]

Positionspapier der Krankenhausgesellschaft der Freien und Hansestadt Bremen zur Weiterentwicklung der landesweit geltenden Basisfallwerte in den Jahren ab 2016. Dipl.-Volksw. Uwe Zimmer[2]

[1] Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit, Projektbericht, Dezember 2013
[2] Positionspapier der Krankenhausgesellschaft der Freien und Hansestadt Bremen e. V., März 2014, Dipl.-Volksw. Uwe Zimmer, Literatur beim Verfasser

Executive Summary

Ausgangspunkt und Zielsetzung

Mit der Umstellung der Krankenhausvergütung auf Fallpauschalen im Rahmen von DRG (Diagnosis Related Groups) im Jahr 2004 wurde für jede Fallpauschale (DRG) ein relativer Preis (Relativgewicht) festgesetzt. Für jedes Krankenhaus wurde anschließend ein Preisniveau (krankenhausindividuellerBasisfallwert, BFW) aus seinem bisherigen Budget und der Summe aller Relativgewichte (Casemix) der von ihm erbrachten Leistungen abgeleitet. Die krankenhausindividuellen BFW variierten von Haus zu Haus erheblich. Aufgrund einer entsprechenden gesetzlichenVorgabe konvergierten die BFW der Krankenhäuser bis 2010 gegen einen einheitlichen Landesbasisfallwert (LBFW). Um Länderinteressen zu berücksichtigen, wurde kein bundesweiter BFW (BBFW) als Zielwert festgelegt, zumal unklar war und ist, woher die landesspezifischen Unterschiedein den LBFW rührten. Mit der Systemumstellung wurden daher zunächst alle Faktoren,die für das Kosten-, Preis- und Leistungsniveau bis zum Zeitpunkt der Umstellung relevant waren, in das neue System übernommen. Mit der Vorgabe der Angleichung der krankenhausindividuellen BFW an einen auf der Landesebene verhandelten LBFW fand eine Ablösung von diesenStrukturen statt, die zu unterschiedlichen Anpassungsreaktionen der Krankenhäuser geführthaben dürfte. Im Jahr 2005 wich der höchste LBFW, der in Berlin vorlag, um 17,1% vom niedrigsten ab. Allerdingsänderte sich der sehr hohe Wert Berlins in den beiden Folgejahren rasch, so dass 2007die Abweichung des höchsten vom niedrigsten Wert nur noch 10,7% betrug. Seitdem besitztRheinland-Pfalz den höchsten LBFW. Zwischen 2010 bis 2013 ist die maximale Abweichung auf 7,9% geschrumpft. 2013 wies Schleswig-Holstein mit 3.012 € den niedrigsten und Rheinland-Pfalz mit 3.251 € den höchsten Wert auf. Ziel dieses Gutachtens ist die Erklärung der Variation in den LBFW und die Aufteilung in statistisch „erklärbare“ und „nichterklärbare“ Unterschiede. Im Wesentlichen kann es im Zuge derUmstellung auf das DRG-System vier übergeordnete Ursachen für unterschiedlich hohe LBFWgeben:

1. unterschiedliche Kosten der Krankenhäuser zur Erzielung des ihren BFW bestimmenden Budgets,
2. Unterschiede in zusätzlichen Erlöskomponenten außerhalb der DRG-Vergütung,
3. unterschiedliches Verhandlungsgeschick auf Landes- und/oder Krankenhausebene in derVergangenheit sowie
4. unterschiedliche Anpassungsprozesse im Rahmen der Umstellung von krankenhausindividuellen Basisfallwerten auf den Landesbasisfallwert (inkl. Konvergenz).

Vorgehensweise

Für die Untersuchung wurde in einem ersten Schritt über eine Dokumentenrecherche, überstandardisierte Fragebögen an Experten sowie Experteninterviews Einsicht in die in der Vergangenheit vorherrschenden Besonderheiten zwischen den Bundesländern gewonnen. Damitwurden Einflussfaktoren auf die LBFW identifiziert, Daten gesammelt und erste Thesen erarbeitet. In einem zweiten Schritt wurde die Entwicklung der LBFW über die Zeit näher untersucht.In einem dritten Schritt wurden empirisch überprüfbare Thesen mittels multivariater Regressionsverfahren einer Prüfung unterzogen. Da multivariate Regressionsverfahren nur auf Basisgroßer Stichproben angewandt werden können, erfolgte ein Übergang von der Landes- auf die Krankenhausebene. Die verwendete Stichprobe erweiterte sich damit von nur 16 auf rund 1 800 Beobachtungen. Anders als auf der Landesebene erlaubt dies die gleichzeitige Berücksichtigung von mehreren möglichen Einflussfaktoren („multivariat“). Unter anderem können Mikrodaten deutscher Krankenhäuser aus der amtlichen Statistik in Bezug zum BFW gesetztwerden. Da die LBFW bei der Einführung des DRG-Systems aus den einzelnen BFW der Krankenhäuser eines Bundeslands hervorgingen, ist eine Erklärung der Unterschiede zwischen den BFW auch grundsätzlich eine Erklärung der Unterschiede zwischen den LBFW. Aufgrund dernoch hohen Volatilität des DRG-Systems in der Anfangsphase wählen wir das Jahr 2007 als Basisjahrfür die Analysen. In Sensitivitätsanalysen wird ergänzend aber auch das Jahr 2004 untersucht. Die multivariate Analyse stellt bzgl. der untersuchten Faktoren „Gleichheit“ zwischen den Ländern her. Wenn es z.B. in Bayern mehr ländliche Krankenhäuser als in Nordrhein-Westfalengibt und diese möglicherweise eine andere Kostenstruktur besitzen, wird dies berücksichtigt. Indiesem Beispiel wird ein Zustand hergestellt, als ob Bayern und Nordrhein-West-

falen die gleicheLändlichkeit besäßen. Die Länder werden so direkt vergleichbar. Dies geschieht mit vielenFaktoren gleichzeitig. Sollte am Ende immer noch ein signifikant positiver oder negativer Bundeslandunterschied übrig bleiben, können die in der Regression verwendeten Faktoren diebeobachteten Bundeslandunterschiede nicht vollständig erklären. Hauptdatenquellen sind die Grund-, Diagnose- und Kostendaten der amtlichen Krankenhausstatistik für die Jahre 2004 und 2007. Hierzu greifen wir auf die Originaldaten der Krankenhäuserüber die Forschungsdatenzentren der Statistischen Landesämter zurück. Wir berücksichtigenausschließlich Allgemeinkrankenhäuser mit Versorgungsvertrag, rein psychiatrische Klinikenwerden also ausgeschlossen. Die Ausgangsdaten aller Krankenhäuser beinhalten damit1 791 Beobachtungen für das Jahr 2007. Die wichtigste erklärende Größe für die Analyse ist dieHöhe der Kosten je Casemixpunkt (CMP), die ein Krankenhaus in einem Jahr verursacht. Hierzu verwenden wir die Bereinigten Kosten, wie sie in der Krankenhausstatistik definiert sind.

Folgerungen

Es bleibt festzuhalten, dass auf der Grundlage der umfassenden empirischen Auswertungen indieser Studie die Variation in den LBFW 2007 nur zu 22% durch unterschiedliche Kostenniveausund andere beobachtbare Faktoren erklärt werden kann und 2004 – allerdings mit einem DRG-System, das die Morbidität noch deutlich schlechter abbildet – bestenfalls zu 32%. Unterschiedein der Höhe der Investitionsfördermittel besitzen eine weitere Erklärungskraft, v.a. in Hinblickauf den Unterschied zwischen Ost und West. Sie erhöht sich auf 33% (2007) bzw. 36% (2004). Zusätzliche Erlöskomponenten, besondere Verhandlungsstile bei Landesbasisfallwertverhandlungen, Qualitätsunterschiede und besondere Krankenhaus- oder Bundeslandstrukturen in den Ländern scheinen dagegen ohne große Erklärungskraft für die Unterschiede der LBFW zu sein. Insofern ist davon auszugehen, dass mindestens zwei Drittel der Variation der LBFW auf historisch vorhandene – jedoch ökonomisch nicht begründbare – Unterschiede zurückzuführen sein müssen. Die Variation der LBFW hat dabei im Laufe der Jahre von 17,1% im Jahr 2005 auf 7,9% im Jahr 2013 zwar deutlich abgenommen. Sie besteht aber auch 2013 inrelevanter Größenordnung fort.

Uwe Zimmer

Positionspapier der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V.

zur Weiterentwicklung der landesweit geltenden Basisfallwerte in den Jahren ab 2016

Stand: März 2014

Vorbemerkung/Einführung

Bereits bei der Verabschiedung des KHRG in den Jahren 2007 und 2008 wurde intensiv darüber diskutiert, ob man nach Ende der Konvergenzphase von krankenhausindividuellen Basisfallwerten hin zur vollen Geltung der Landesbasisfallwerte im Jahr 2009 nicht auch eine Konvergenz auf einen Bundesbasisfallwert durchführen solle.

Die HBKG sprach sich damals mit sechs weiteren Landeskrankenhausgesellschaften für die Beibehaltung der Landesbasisfallwerte aus (vgl. Positionspapier der LKG'en). In der DKG wurde als Ergebnis dieser Diskussion die Position entwickelt, dass man solange an der Verhandlung von Landesbasisfallwerten festhalten wolle, wie die Unterschiede auch wissenschaftlich erklärt werden können.

Uwe Zimmer

Die Bundespolitik entwickelte als politischen Kompromiss mit den Bundesländern damals die Einführung eines Korridors um den Bundesfallwert, in den die Landesbasisfallwerte schrittweise von 2010 bis 2014 geführt werden sollten. Ferner wurde seitens des BMG ein Gutachten in Auftrag gegeben, in dem die Unterschiede zwischen den Landesbasisfallwerten untersucht werden sollten.

Mit der Bildung der großen Koalition im Jahr 2013 wurde diese Thematik wieder aufgegriffen. Im Koalitionsvertrag wurde dazu folgendes vereinbart:

„Bestimmte Unterschiede in den Landesbasisfallwerten lassen sich nicht durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur oder in der unterschiedlichen Umsetzung gesetzlicher Verpflichtungen begründen. Sie sollten aufgehoben werden. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet auf Basis des hierzu vorzulegenden Gutachtens Eckpunkte. Eine gesetzliche Regelung zur Umsetzung der Eckpunkte soll zum 01. Januar 2016 in Kraft treten."

Im Dezember 2013 legte das RWI einen Projektbericht im Auftrag des BMG vor, in dem den Ursachen für die Unterschiede der Basisfallwerte der Länder nachgegangen wurde. Die Geschäftsstelle der DKG hat diesen Projektbericht wie folgt charakterisiert:

„Der zentrale empirische Analyseteil des Gutachtens bezieht sich auf die Erklärung von Un-

terschieden zwischen den krankenhausindividuellen Basisfallwerten des Jahres 2007.

Der Versuch der Erklärung von Unterschieden zwischen den Landesbasisfallwerten wird im Schwerpunkt des Gutachtens auf die Ebene der krankenhausindividuellen Basisfallwerte verlagert.

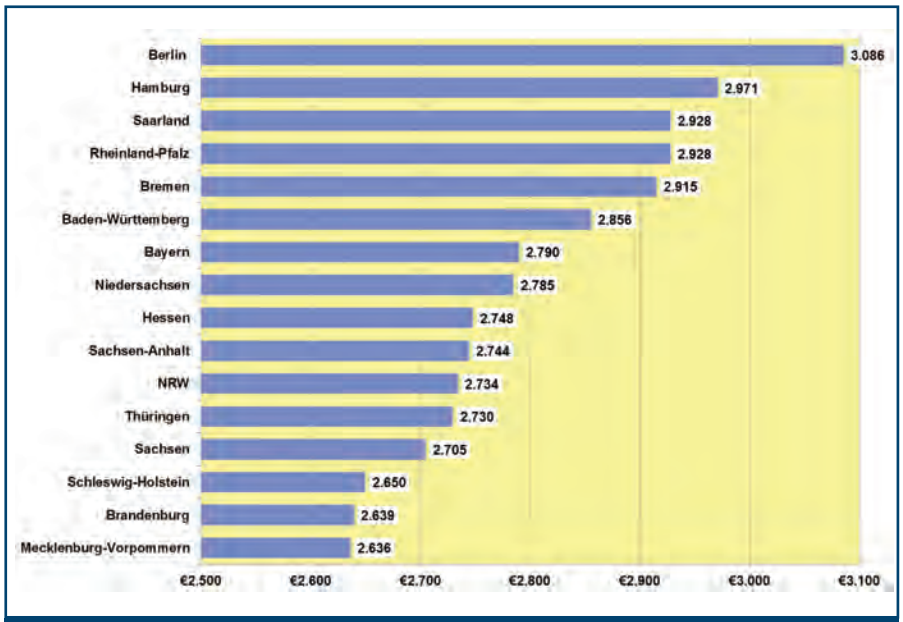
Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass sich aus ihnen die Landesbasisfallwerte ableiten und somit die Differenzen zwischen diesen sich auf Einzelhausebene begründen lassen müssen.

Dazu wird eine Regressionsanalyse durchgeführt, in der die krankenhausindividuellen Basisfallwerte aus ihren Kosten pro erbrachtem Casemixpunkt erklärt werden sollen. Die Analyse beruht auf Daten des Jahres 2007, zum Teil werden zum Vergleich analoge Berechnungen mit Daten des Jahres 2004 durchgeführt. Die Datenbasis wird aus Einzeldatensätzen der Krankenhausstatistik (Grunddaten, Diagnosestatistik und Kostennachweis der Krankenhäuser) und über den AOK-Bundesverband und das WIdO verfügbare krankenhausindividuelle Basisfallwerte und CMI-Werte zusammengefügt. In die Regressionsgleichung werden verschiedene Kontrollvariablen eingebunden und dadurch mehrere Modellvarianten erstellt.

Das Ziel ist die Prüfung, in welcher Modellvariante sich die höchste Erklärungsstärke für die unterschiedlichen Höhen der individuellen Basisfallwerte erreichen lässt.

Die Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass zwar Kosten und Basisfallwerte der Krankenhäuser positiv miteinander korrelierten, dass aber weniger als 20 Prozent der Variabilität der Basisfallwerte des Jahres 2007 aus ihren Kosten erklärbar seien."

Um die Ursachen der Unterschiede zwischen den Landesbasisfallwerten zu erklären, reicht diese Untersuchung nicht aus. Aus Sicht der HBKG wäre es notwendig, die Unterschiede zwischen den Landesbasisfallwerten vor dem Hintergrund ihrer Entstehung und ihrer Entwicklung zu analysieren und daraus abzuleiten, inwieweit diese Unterschiede aktuell gerechtfertigt sind und welche Handlungsoptionen daraus folgen.



Grafik 1: Landesbasisfallwerte 2005 (ohne Ausgleiche)

Entstehung der Landesbasisfallwerte im Jahr 2005

Die erste Verhandlung der Landesbasisfallwerte fand im Jahr 2005 auf der Basis der Budgetvereinbarungen der einzelnen Krankenhäuser in den Bundesländern des Jahres 2004 statt. Diese Budgetvereinbarungen stellten damals auf die individuellen Gegebenheiten der Krankenhäuser ab, wie sie sich vor der Einführung der Fallpauschalen als Grundlage der Budgetfindung entwickelt haben.

Damals war jedoch das so genannte Selbstkostendeckungsprinzip seit über 10 Jahren abgeschafft worden. Mit der Einführung der festen Budgets ab 1993 war es den Krankenhäusern nicht mehr möglich auf der Basis des Nachweises ihrer Betriebskosten ein entsprechendes Budget zu verhandeln. Das aus dieser Selbstkostenbasis entwickelte Budget wurde seither lediglich pauschal fortgeschrieben.

Die Landesbasisfallwerte des Jahres 2005 konnten also die Kostenunterschiede zwischen den Bundesländern schon nicht vollständig abbilden, da bei ihrer Entstehung nicht auf die unterschiedlichen Kostenniveaus in den Ländern abgestellt wurde.

Berücksichtigt wurde die Summe Erlösbudgets der einzelnen Krankenhäuser, die um diverse Tatbestände bereinigt wurden (Finanzierung von Zusatzentgelten, AIP-Zuschlägen, Zuschläge für Begleitpersonen, Ausbildungsfinanzierung, …etc.). Das so bereinigte landesweite Er-

lösvolumen wurde anschließend um die Veränderungsrate des Jahres 2005 erhöht.

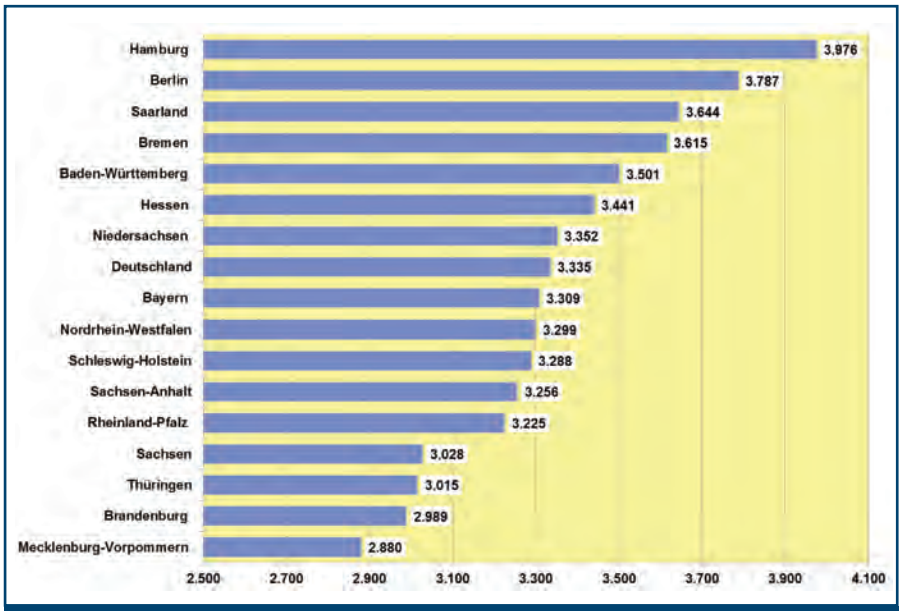
Dann wurde eine Prognose über die Leistungsentwicklung für das Jahr 2005 entwickelt, die zu einem Case Mix Volumen führte, dass als Divisor für das Erlösvolumen diente und zur Obergrenze für den jeweiligen Landesbasisfallwert führte.

In einer Alternativbetrachtung wurde dann ein Landesbasisfallwert berechnet, der die Kostenentwicklung im Bundesland zwar berücksichtigte, aber ebenso Entwicklungen im Bereich der Zuschläge und Zusatzentgelte sowie Wirtschaftlichkeitsreserven davon abzog und dieses Ergebnis weiter absenkte, in dem zusätzliche Leistungen nur teilweise finanziert wurden (Degression). War durch eine hohe Kostenentwicklung dieser alternativ berechnete Landesbasisfallwert höher, wurde dieser auf die Obergrenze hin gekappt.

Insoweit ergab sich bereits im Jahr 2005 ein Unterschied zwischen dem Kostenniveau der Krankenhäuser in einem Land und dem durchschnittlichen gesetzlich erlaubten Erlös für eine Fallpauschale, der als Landesbasisfallwert bezeichnet wurde.

Die Differenz zwischen dem höchsten Landesbasisfallwert in Berlin mit 3.086 Euro und dem niedrigsten Landesbasisfallwert in Mecklenburg-Vorpommern mit 2.636 Euro lag damals bei insgesamt 17 % (vgl. Grafik 1).

Wenn man die Landesbasisfallwerte im Jahr 2005 mit den bereinigten Fallkosten (ohne Ausbildung) im gleichen Jahr vergleicht, stellt man fest, dass die Differenz zwischen den



Grafik 2: Durchschnittliche Fallkosten 2005 (ohne Ausbildung)

höchsten Fallkosten in Hamburg mit damals 3.976 Euro und den niedrigsten Fallkosten in Mecklenburg-Vorpommern von 2.880 Euro bei 38 % lag (vgl. Grafik 2).

Die Spanne der Kostenunterschiede zwischen den Ländern lag wesentlich höher als zwischen den Landesbasisfallwerten.

Die absolute Höhe der bereinigten Fallkosten kann hier nicht als direkter Vergleichsmaßstab zu den Landesbasisfallwerten gelten, da in den Kosten auch die psychiatrischen Fälle und die Kosten für die teilstationäre Versorgung enthalten sind. Diese werden jedoch nicht mit dem Landesbasisfallwert vergütet. Außerdem differiert die durchschnittliche Fallschwere zwischen den Bundesländern, was bei alleiniger Betrachtung der Fallkosten außer Acht bleibt.

Trotzdem bleibt festzuhalten, dass es jedenfalls schon im Jahr 2005 noch deutlich höhere Kostenunterschiede in den Ländern gab, als es den Unterschieden in den Landesbasisfallwerten entsprach.

Vergleicht man die Reihenfolge der Länder fällt ebenfalls auf, dass die vier der fünf Länder mit den höchsten Fallkosten auch die höchsten Landesbasisfallwerte hatten und umgekehrt vier der Länder mit den niedrigsten Landesbasisfallwerten auch die niedrigsten Fallkosten hatten. Ebenso ist festzustellen, dass es auch im Jahr 2005 noch ein deutliches Ost-West-Gefälle gab.

Entwicklung der Landesbasisfallwerte zwischen 2005 und 2012

Betrachtet man die Veränderungen die sich zwischen 2005 und 2012 ereigneten, stellt man fest, dass die Unterschiede zwischen den Landesbasisfallwerten durch gesetzliche Maßnahmen weiter sehr stark eingeebnet wurden, während die Kostenniveaus zwischen den Ländern noch immer sehr deutlich erkennbar sind. Dafür waren folgende Faktoren maßgeblich:

Die gesetzliche Deckelung verhinderte, dass die realen Kostenentwicklungen in voller Höhe auf die Landesbasisfallwerte übertragen werden konnten. Insgesamt war inklusive zweier zusätzlich gewährter teilweiser Tarifausgleiche eine maximale

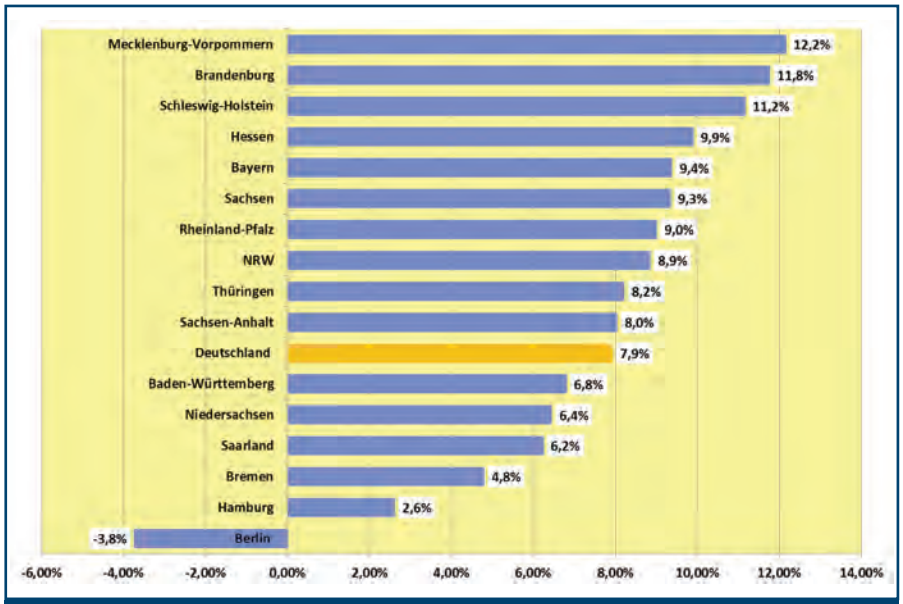
Steigerung der Basisfallwerte im Durchschnitt um 8,5 % erlaubt. Die Fallkosten stiegen aber bundesweit mit 17,9 % mehr als doppelt so stark.

Die dadurch weiter verschärfte Unterfinanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser traf aber aufgrund **der unterschiedlichen Leistungsentwicklung** in den Bundesländern die Krankenhäuser nicht bundesweit einheitlich. Je stärker die Leistungsmenge stieg, umso stärker gerieten die jeweiligen Landesbasisfallwerte unter degressiven Preisdruck.

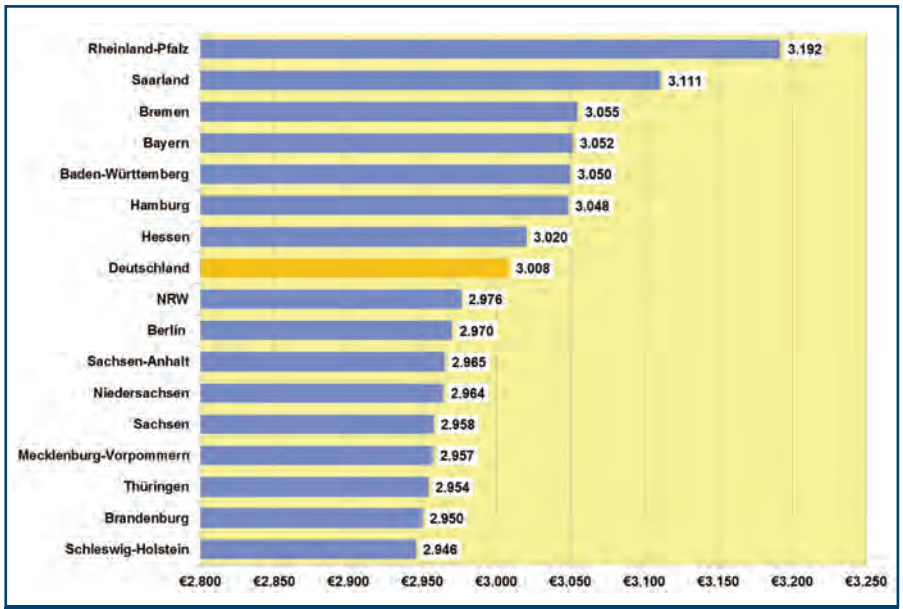
Außerdem gab es im Jahr 2010 eine **Neuvereinbarung des Case Mix Volumens** auf der Landesebene, da dieses nach Ende der krankenhausindividuellen Konvergenzphase mit der Summe der individuell vereinbarten Bewertungsrelationen im Land abgeglichen werden musste.

Daneben gab es eine Reihe von **Sondertatbeständen**, die in den Landesbasisfallwerten länderspezifisch berücksichtigt wurden, wie die Sonderprogramme zur Ausfinanzierung der AiP und zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, die Ausgliederung der Erlöse für die Unterbringung von Begleitpersonen, die Ausgliederung der Kosten für die Ausbildung, die Finanzierungsbeträge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und zur Finanzierung des Pflegestellenprogramms.

Jährlich wirkten sich in den Ländern ferner die weiteren Verhandlungstatbestände unterschiedlich aus, wie die Veränderung des Erlösvolumens der Zusatzentgelte, für Zuschläge für Zentren oder Sicherstellungszuschläge, die Abzüge für Wirtschaftlichkeitsreserven und verändertes Kodierverhalten, sowie Fehlschätzungen aus den Vorjahren.



Grafik 3: Entwicklung der Landesbasisfallwerte zwischen 2005 und 2012



Grafik 4: Landesbasisfallwerte im Jahr 2012 (ohne Ausgleiche, inklusive Tarifrate)

Verzerrung durch den Basisfallwertkorridor von 2010 bis 2014

Ebenfalls mit dem KHRG 2008 wurde der so genannte Basisfallwertkorridor eingeführt. Er sollte bis 2014 alle Landesbasisfallwerte, die mehr als 2,5 % nach oben oder mehr als 1,25% nach unten vom Bundesbasisfallwert abweichen, schrittweise an diesen Abstand heranführen.

Nach der Verhandlung über die Basisfallwerte auf Landesebene erfolgte inzwischen in insgesamt neun Ländern eine Anhebung auf den unteren Basisfallwertkorridor und in zwei Ländern eine entsprechende Absenkung.

In der hier betrachteten Zeitspanne konnte allerdings der Landesbasisfallwert in Mecklenburg-Vorpommern um 12,2 % steigen, während er in Berlin auch im Jahr 2012 noch 3,8 % unterhalb des Wertes von 2005 lag (vgl. Grafik 3).

Allerdings hat sich auch in Mecklenburg-Vorpommern die Unterfinanzierung nicht verbessert, da die Fallkosten dort im Betrachtungszeitraum fast 31 % gestiegen sind.

Alle diese Entwicklungen, die durch die jährlichen Verhandlungen der Landesbasisfallwerte bestimmt werden, hat das RWI in seiner Untersuchung nicht geprüft. Dort wurde lediglich festgestellt, wieviel Personen an den Verhandlungen teilnahmen und wie oft es zu Schiedsstellenverfahren kam. Über die Verhandlungsinhalte wurde nichts erhoben.

Aktuelle Unterschiede im Jahr 2012

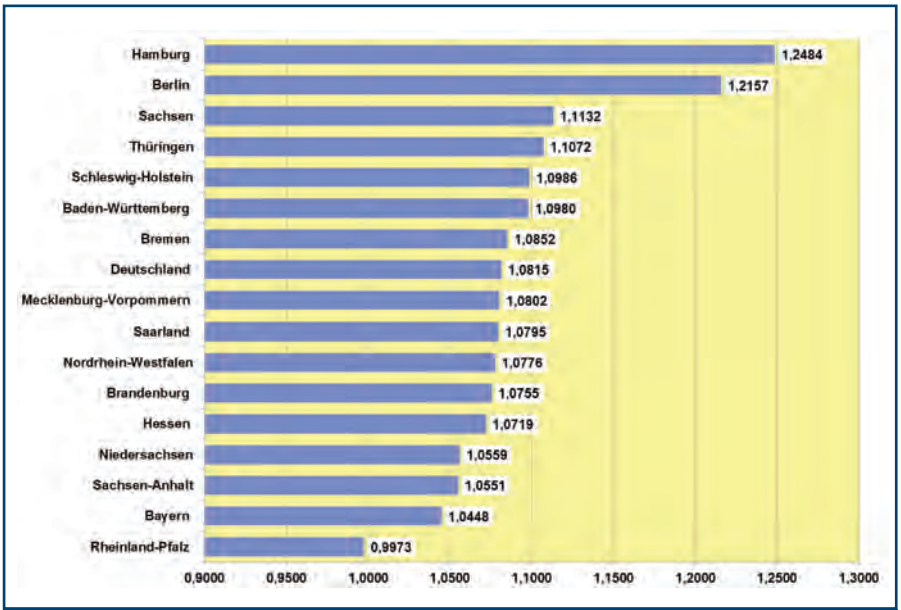
Nach der aktuellen amtlichen Krankenhausstatistik (Statistisches Bundesamt: Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe: 6.3., Jahr 2012) liegen die bereinigten Fallkosten der Krankenhäuser in den Bundesländern (ohne Ausbildung) zwischen 4.704 Euro in Hamburg und 3.617 Euro in Brandenburg. Die Differenz zwischen den höchsten und den niedrigsten Fallkosten liegt also aktuell bei rund 30%.

Zur Erinnerung: In Grafik 2 wurden die bereinigten Fallkosten (ohne Ausbildung) im Jahr 2005 betrachtet. Damals lag die Spanne zwischen den höchsten und den niedrigsten Kosten bei 38%. In sieben Jahren wurden die Kostenunterschiede zwischen den Bundesländern also nicht wesentlich geringer. Auch an der Position der Länder hat sich gegenüber 2005 nur wenig geändert. Die sechs Länder mit den höchsten Kosten sind die gleichen wie im Jahr 2005. Auch im unteren Bereich sind nach wie vor die sechs gleichen Länder zu finden, darunter die fünf neuen Bundesländer.

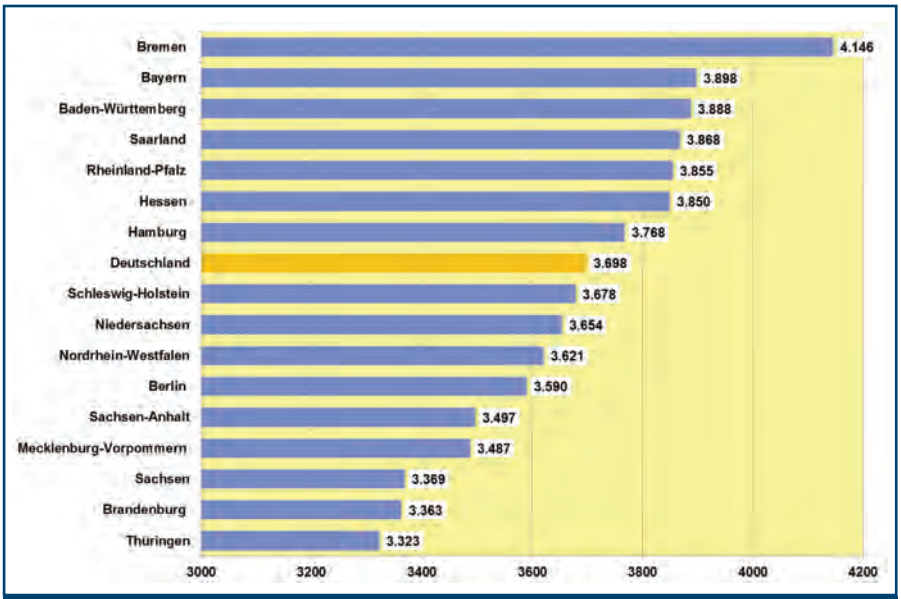
Nach wie vor sind in den Stadtstaaten die höchsten Kosten je Fall zu verzeichnen und nach wie vor gibt es ein messbares Ost-West-Gefälle von gut 8%.

Auf der Erlösseite fand jedoch eine hohe Angleichung statt. Betrachtet man die Landesbasisfallwerte (ohne Ausgleiche) im Jahr 2012, kommt man zu der Darstellung in Grafik 4.

Während also im Jahr 2005 noch eine Spanne von rund 17% zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Landesbasisfallwert zu beobachten war, lag diese sieben Jahre später nur bei 8,4 %. Die Differenz zwischen den Landesbasisfallwerten hat sich also halbiert, während sich die Unterschiede in den Fallkosten lediglich um ein Viertel verringert haben. Im Jahr 2014 haben sich diese Unterschiede weiter auf 6,7 % reduziert, was auf die volle Umsetzung des Basisfallwertkorridors zurückzuführen ist.



Grafik 5: Schweregrad (CMI) der vollstationären DRG-Fälle nach Ländern im Jahr 2012



Grafik 6: Bereinigte Fallkosten (ohne Ausbildung) nach Bundesländern unter Berücksichtigung der Fallschwere im Jahr 2012

Die vollstationär behandelten Fälle haben aber im Landesdurchschnitt einen differierenden Schweregrad. Der unterschiedliche Schweregrad wird im DRG-System durch den so genannten Case Mix Index (CMI) ausgedrückt. In der Bundesstatistik werden die CM Indizes der Bundesländer ausgewiesen (vgl. Statistisches Bundesamt: Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Fachserie 12, Reihe 6.4).

Diese Unterschiede wurden 2005 noch nicht gemessen, so dass man die Veränderung in den Schweregraden von 2005 bis 2012 nicht darstellen kann. Aktuell liegt jedoch das Jahr 2012 vor. Danach ergaben sich die in Grafik 5 aufgeführten Schweregrade.

Zwischen der durchschnittlichen Fallschwere, der in Hamburg behandelten Fälle zu denen in Rheinland-Pfalz liegen 25 % Differenz. Da die unterschiedliche Fallschwere mit den bereinigten Fallkosten (ohne Ausbildung) korrespondiert, kann man die Fallkosten durch die Fallschwere dividieren.

Zur Grafik 6 muss angemerkt werden, dass die Fallkosten für eine unverzerrte Darstellung bereinigt werden müssten, um die Kosten für die psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung, um die Kosten für teilstationäre Versorgung und schließlich um die Kosten, die anderen Erlösquellen zugerechnet werden müssen, wie z.B. besonders teure Sachkosten, die durch Zusatzentgelte finanziert werden oder Komponenten für Unterkunft und Verpflegung, die durch Wahlleistungsentgelte abgebildet werden. Soweit diese Kostenbestandteile zwischen den Ländern deutlich differieren (und dafür gibt es Anhaltspunkte) sind die oben dargestellten gewichteten Fallkosten als Einzelgrößen nicht valide genug.

Es soll hier jedoch vor allem auf das Gesamtbild abgestellt werden. Es ist nicht sehr wahrscheinlich, dass bei einer gezielten Bereinigung aller oben angesprochenen Kostengrößen insgesamt die Kostenunterschiede zwischen den Ländern aufgehoben werden.

Die Feststellung, dass unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Fallschwere z.B. zwischen Bayern und Sachsen-Anhalt noch immer eine Kostendifferenz je Fall von 11,5 % liegt, der lediglich einem Unterschied von knapp 2,2% in den Landesbasisfallwerten im Jahr 2012 gegenübersteht, bleibt valide.

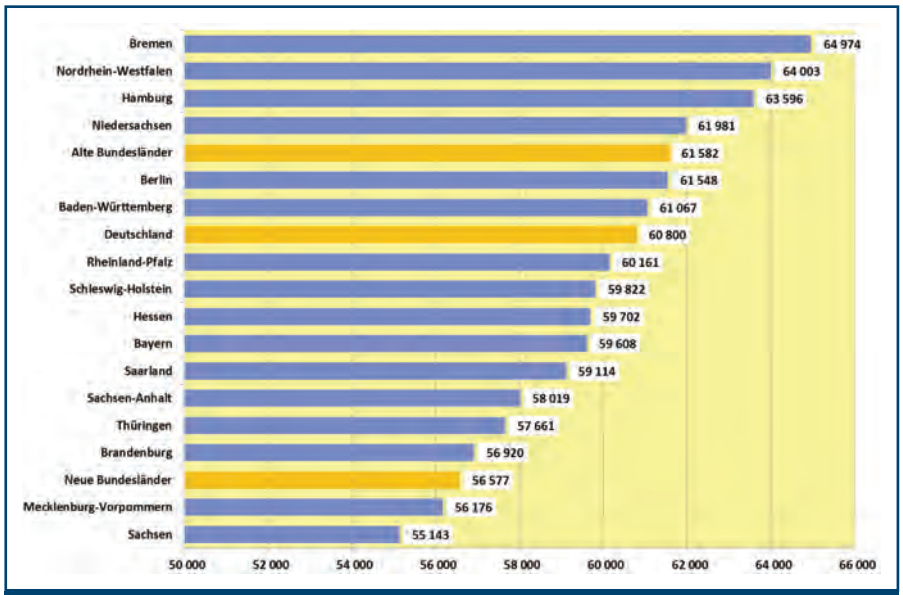
Insgesamt ergibt sich eine Spanne von 25% bei den gewichteten Fallkosten, die noch immer weit größer ist, als die Spanne zwischen den Landesbasisfallwerten von 8,4 %.

Es ist auch so, dass die Kosten in den neuen Bundesländern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegen und dass die Länder mit Landesbasisfallwerten über dem Bundesbasisfallwert ebenfalls überdurchschnittliche Fallkosten auswiesen (Ausnahme: Hessen dort lagen die Kosten über dem Durchschnitt, aber der Landesbasisfallwert nicht) und zwar selbst dann, wenn man die verschiedene Fallschwere wie hier berücksichtigt.

Diese Unterschiede in den Fallkosten lassen sich auch in wichtigen Kostengrößen finden.

Im Durchschnitt lagen die Bruttoarbeitgeberkosten im Land Bremen noch im Jahr 2012 um 9.831 Euro je Vollkraft über denen in Sachsen. Das entspricht gegenüber Sachsen einem **Kostennachteil von 17,8 %**. Dieser Nachteil lastet mit fast 82 Mio. Euro, auf den 14 Krankenhäusern im Land Bremen. Der Abstand des Landesbasisfallwertes zum dem in Sachsen lag im Jahr 2012 jedoch lediglich bei 23 Mio. Euro. Dieses Beispiel aus der Grafik 7 ließe sich durch weitere Vergleiche herausarbeiten.

Deutlich wird durch die Grafik 7 auch, dass es nach wie vor erhebliche strukturelle Unter-



Grafik 7: Personalkosten je Vollkraft nach Bundesländern im Jahr 2012

schiede zwischen Ost und West auch 24 Jahre nach der Wiedervereinigung gibt. Im Westen lagen die durchschnittlichen Kosten je Vollkraft mit 61.582 Euro um 8,8 % über den Kosten in den neuen Bundesländern.

Diese Unterschiede werden von der Studie des RWI völlig ignoriert. Dabei spielen diese Unterschiede in einzelnen Ländern eine entscheidende Rolle. So ergibt sich in Bremen, Nordrhein-Westfalen und Hamburg aufgrund der erhöhten Durchschnittskosten je Vollkraft eine höhere Belastung der Gesamtkosten von 3,8%, 3,6% bzw. 2,9% der bereinigten Gesamtkosten (ohne Ausbildung), ohne dass die Landesbasisfallwerte entsprechend über dem Bundesdurchschnitt lagen.

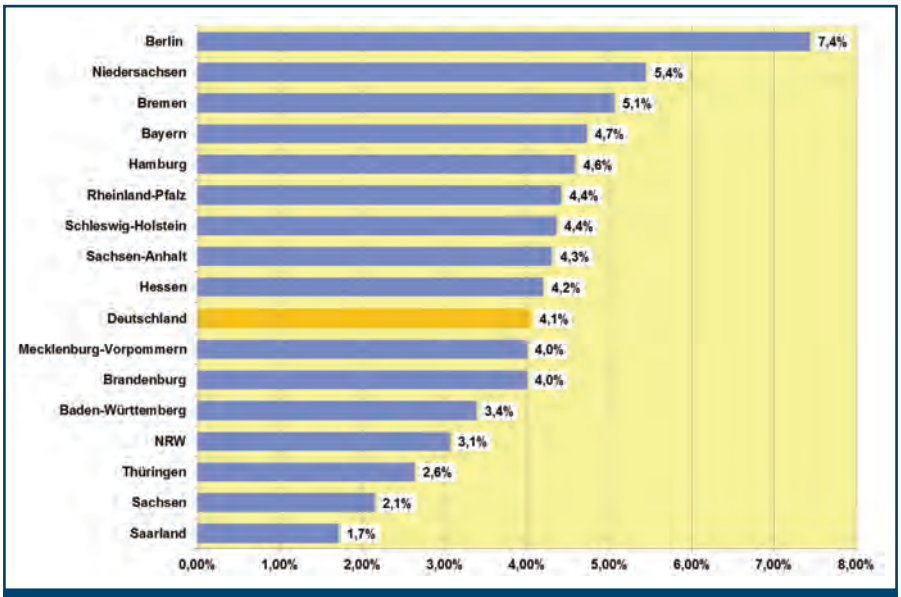
Gleichzeitig sind diese Kostenunterschiede jedoch kein Beleg für bestehende Unwirtschaftlichkeiten, wie das durch die RWI Studie für das Jahr 2007 implizit berechnet wird.

Um Unwirtschaftlichkeiten zu identifizieren, müsste man diese Unterschiede nämlich näher analysieren. Das RWI hat jedoch nicht einmal die Unterschiede festgestellt. Erst wenn man die Ursachen für diese Abweichungen näher untersucht hat, kann man ggfls. auch Strategien entwickeln, die zur Beseitigung dieser Unterschiede führen. Im hier betrachteten Fall handelt es sich jedoch wahrscheinlich um Unterschiede, die von Seiten des Managements nur marginal beeinflusst werden können.

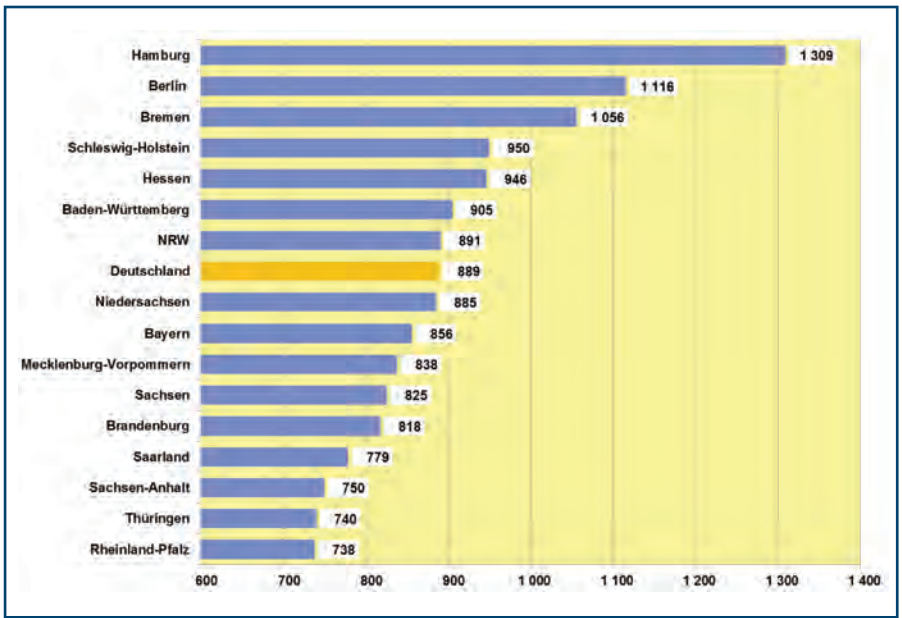
Bei den Durchschnittskosten je Vollkraft handelt es sich um eine Größe, die durch unterschiedliche Tarifniveaus, unterschiedliche Versorgungszusagen, unterschiedliche Altersstrukturen der Belegschaften, unterschiedliche Fachkräftemangelsituationen in den Ländern und einer Reihe weiterer Faktoren geprägt wird.

Der weitaus größere Teil dieser Kostenunterschiede ist für das Management eines Krankenhauses eine exogene Größe. Lediglich beim Personaleinsatz ergeben sich Möglichkeiten der Gestaltung, die jedoch sehr stark von der Leistungsstruktur der Krankenhäuser (planbare Prozesse vs. Notfallversorgung), der Betriebsgröße (Mindestbesetzungen) und den baulichen Gegebenheiten (Prozessgestaltung) abhängen.

Aber auch bei den Sachkosten zeigen sich erhebliche Unterschiede. Allerdings müssen hier einige Bereinigungen vorgenommen werden, um Verzerrungen zu minimieren. Die Hauptkostenart bei den Sachkosten sind die Kosten des Medizinischen Bedarfes. Dort sind allerdings weitgehend auch die Kosten für Personal zu finden, welches nicht direkt von den Kranken-



Grafik 8: Anteil von Kosten für nicht direkt beschäftigtes Personal an den Sachkosten im Jahr 2012



Grafik 9: Sachkosten je Fall im Jahr 2012 (ohne Kosten des Medizinischen Bedarfes)

häusern beschäftigt wird. Diese Kosten sind zwischen den Ländern sehr unterschiedlich in den Kosten des Medizinischen Bedarfes enthalten (vgl. Grafik 8).

Teilweise ergeben sich dadurch zusätzliche Kostenbelastungen, weil aufgrund von Fachkräftemangel teuer Personal „ausgeliehen" werden muss, um die Leistungen überhaupt erbringen zu können. Teilweise wird aber auch Personal „ausgelagert" und durch Anwendung anderer Tarifverträge günstiger bezahlt.

Darüber hinaus werden die Kosten des Medizinischen Bedarfes insbesondere auch durch Zusatzentgelte (für teure Medikamente und Medizinprodukte) finanziert. Da darüber keine verlässliche Statistik existiert, lassen sich die durch Zusatzentgelte finanzierten Kosten nicht bereinigen. Aus diesen beiden Gründen (Honorarkräfte und Zusatzentgelte) wurden lediglich die Sachkosten ohne die Kosten des Medizinischen Bedarfes je Fall aufgeführt (vgl. Grafik 9).

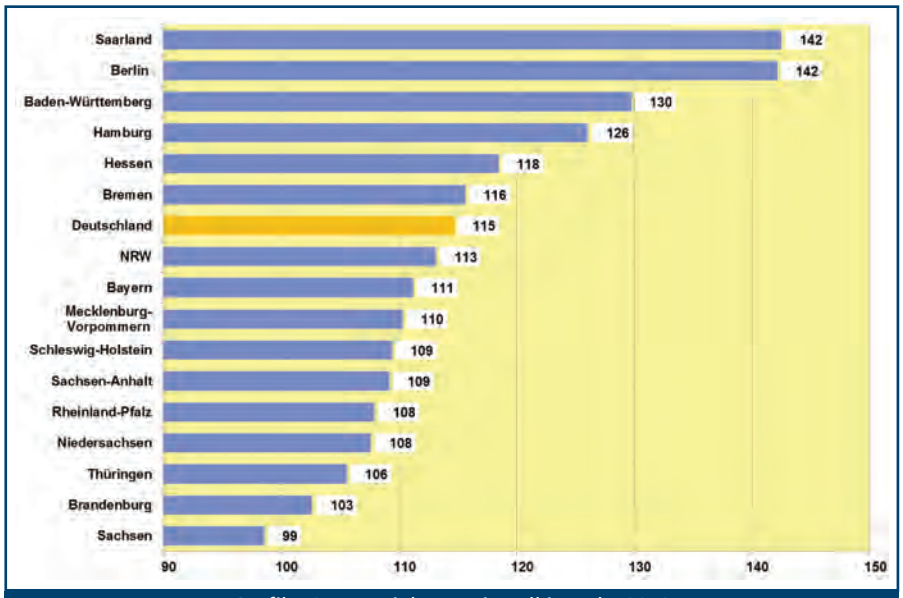
Es ergibt sich eine unerwartet hohe Spanne von 77% zwischen den Ländern. Dabei ist die Rangfolge der Länder nicht mit der Rangfolge der Landesbasisfallwerte vergleichbar. Keineswegs reichen die Zahlen auf dieser Ebene aus, um weitergehende Interpretationen daraus abzuleiten. Dazu müsste man die Sachkosten noch weiter nach einzelnen Kostenarten aufgliedern und in Bezug auf den Case Mix abgrenzen. Das RWI hat z.B. versucht, den Zusammenhang zwischen Kosten und Case Mix darzustellen. Allerdings überzeugt dieser Ansatz nicht, weil Statistiken miteinander verknüpft werden, die nicht zusammenpassen. Dort wurde die Fallzahl aus der Diagnosestatistik entnommen (Ist) und der CMI aus den Budgetvereinbarungen (Soll) und der so ermittelte Case Mix wiederrum an Ist-Kosten-Daten gespiegelt, die wiederrum nicht auf den Case-Mix abgegrenzt werden konnten.

Allerdings wird auch in der Grafik 6 deutlich, dass es deutliche Unterschiede in den Kostenstrukturen auf Landesebene gibt, die sich nicht in den Landesbasisfallwerte wiederfinden.

Selbst bei einer so relativen homogenen Kostenart wie den Energiekosten, gibt es keinen bundeseinheitlichen Trend. Auch hier liegen je Fall die Kosten im Saarland um 43 % über den Kosten in Sachsen (vgl. Grafik 10).

Die Beispiele ließen sich fortsetzen. Vor allem bietet jede einzelne Grafik wieder eine Fülle von Fragen, die in diesem Zusammenhang analysiert werden müssten, um zu valideren Aussagen zu kommen (z.B.: Inwieweit tragen die Investitionsniveaus der Länder zur Höhe der Energiekosten bei? Wie hoch liegen die Kosten je Case Mix Punkt? , …etc.). Sicher kann man alleine aufgrund der Unterschiede noch nichts darüber sagen, wo die Grenze zu Unwirtschaftlichkeiten verläuft und ob das Management diese dann auch durch Maßnahmen beseitigen kann oder als exogene Größe handhaben muss. Die Effizienzfrontanalyse des RWI überzeugt hier keineswegs, weil es die Unterschiede nicht untersucht und auch keine Handlungsmöglichkeiten entwickelt. Stattdessen werden die Abweichungen per se als Unwirtschaftlichkeiten herausgerechnet.

Wenn das RWI feststellt, dass der Zusammenhang zwischen diesen unterschiedlichen Kostenniveaus nicht mehr in den Landesbasisfallwerten abgebildet ist, so ist das eine Fehlentwicklung, die nicht durch die Einführung eines Bundesbasisfallwertes, sondern sachgerecht nur durch eine stärkere Differenzierung der Landesbasisfallwerte abgebildet werden kann.



Grafik 10: Energiekosten je Fall im Jahr 2012

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Krankenhausgesellschaft der
Freien Hansestadt Bremen
Anne-Conway-Straße 10, 28359 Bremen
Telefon: 0421 241020, Telefax: 0421 2410222
Geschäftsführer: Dipl.-Volkswirt Uwe Zimmer
zimmer@hbkg.de

Rechtsanwalt Marc Rumpenhorst

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung

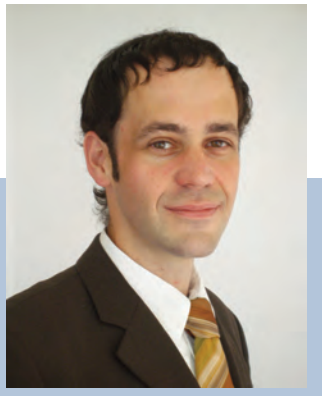
- Rechtsprechungsüberblick -

Anfragen der Krankenkassen, Mitteilung von Prüfungsaufträgen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), korrespondierend mit Stellungnahmen und Herausgabe von Krankenunterlagen sind mittlerweile alltäglich im Rahmen der stationären Patientenversorgung. Für einen richtigen Umgang mit den Krankenkassen und dem MDK bedarf es auch grundlegender Kenntnisse des Prüfungsverfahrens sowie der einschlägigen Prüfungsvorschriften, zu denen in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahres interessante und wegweisende Urteile der Sozialgerichtsbarkeit ergangen sind: Die Krankenkassen sind u.a. verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen.[1]

Dreistufiges Prüfungsverfahren

Das Prüfungsverfahren basiert auf der Pflicht einerseits der Krankenkassen, nur solche Leistungen zu bewilligen, und andererseits der Krankenhäusern, nur solche Leistungen zu bewirken, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Der Anspruch auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V setzt deshalb u.a. voraus, dass die Behandlung notwendig bzw. erforderlich war. Es obliegt den Krankenkassen, gerade diese Voraussetzungen zu überprüfen und hierzu ggf. den MDK einzuschalten.[2]

Insofern hat das jeweilige Krankenhaus auf der 1. Stufe des aus wechselseitigen Auskunfts-, Prüfungs- und Mitwirkungspflichten zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und MDK bestehenden Verfahrens zunächst die Angaben nach § 301 Abs. 1 SGB V zu machen. Hiernach ist das Krankenhaus verpflichtet, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung die wesentlichen Aufnahme- und Behandlungsdaten zu übermitteln.[3] Die der Krankenkasse zu übermittelnden Daten sind in § 301 SGB V abschließend aufgeführt. Das bedeutet weitergehende Auskunfts- und Einsichtsrechte in Patientenunterlagen etc. stehen den Krankenkassen nicht zu.[4]



Marc Rumpenhorst

Erschließt sich der Krankenkassen die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen „den medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten Mitarbeitern der Krankenkasse“[5] nicht selbst, hat die Krankenkasse auf der 2. Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V einzuleiten und beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, die auf der Grundlage der vom Krankenhaus der Krankenkasse zur Verfügung gestellten Unterlagen – also insbesondere den Angaben nach § 301 SGB V – zu erstellen ist. Soweit auch der MDK unter Auswertung dieser Sozialdaten zu keinem abschließenden Ergebnis gelangt, hat das Krankenhaus auf der 3. Stufe der Sach-

[1] § 275 Abs. 1 Ziff. 1 SGB V.
[2] BSG Urteil vom 21.03.2013 – B 3 KR 28/12 R Rdz. 14.
[3] BSG Urteil vom 21.03.2013 – B 3 KR 28/12 R Rdz. 14.
[4] vgl. Rumpenhorst in: Arzt und Krankenhaus Heft 05/2004 – Krankenunterlagen: Einsichtsrechts der Patienten sowie der Krankenkassen.
[5] BSG Urteil vom 21.03.2013 – B 3 KR 28/12 R Rdz. 14.

Foto: © momius/fotolia.com

verhaltserhebung auf einer von der Krankenkasse ordnungsgemäß eingeleitete Prüfung dem MDK alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse benötigt werden. Auf dieser Grundlage ist der MDK ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten beim Krankenhaus anzufordern und ggf. Einsicht in die Krankengeschichte zu nehmen.

Beschleunigungsgebot

Da etliche Krankenkassen unter Nutzung der Prüfungsmöglichkeit „in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise“[6] gutachterliche Stellungnahmen des MDK angefordert hatten, sah der Gesetzgeber Handlungsbedarf. Die Prüfung muss nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V nunmehr spätestens 6 Wochen nach Eingang der Abrechnung der Krankenhausbehandlung bei der Krankenkasse durch die Krankenkasse eingeleitet und durch den MDK dem jeweiligen Krankenhausträger – formlos – angezeigt werden. Die Beauftragung des MDK sowie die Anzeige beim Krankenhaus durch den MDK müssen kumulativ innerhalb der 6-Wochen-Frist erfolgen.[7] Zeigt der MDK die Einleitung der Prüfung dem Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig an, bewirkt dies – nachgelagert – ein sich auch auf das Gerichtsverfahren erstreckendes Beweisverwertungsverbot.[8] Hierbei ist ein Verschulden des MDK der Krankenkasse grundsätzlich zuzurechnen und kann ihr von dem Krankenhaus entgegengehalten werden.[9] Das Krankenhaus ist dann also nicht – auch nicht im gerichtlichen Verfahren – verpflichtet, die Krankenunterlagen herauszugeben oder Einsicht zu gewähren.

Mit der Frist zur Einleitung des Prüfverfahrens ist jedoch noch nichts zur Dauer des fristgerecht eingeleiteten Prüfverfahrens gesagt. Dies muss in der Regel 6 Monate nach Zugang der vollständigen Krankenhausrechnung bei der Krankenkasse abgeschlossen sein, allerdings sehe das Gesetz keine Sanktion für eine Überschreitung dieser Regelfrist vor, so das Bundessozialgericht.[10]

§ 301-Datensatz

In solcher Weise beschränkt ist der Untersuchungsauftrag – und infolgedessen die Verwertung gleichwohl erhobener Beweise – verboten – allerdings nur, wenn das Krankenhaus seinerseits die ihm obliegenden Mitteilungspflichten im Verhältnis zur Krankenkasse über Anlass und Verlauf der abgerechneten Krankenhausversorgung bis zur Vorlage der Abrechnung ordnungsgemäß erfüllt und damit den Lauf der Ausschlussfrist des § 275 Abs.1c S. 2 SGB V überhaupt in Gang gesetzt hat.[11] Zu den vom Krankenhaus zu übermittelnden Angaben nach § 301 SGB V, die den Fristenlauf in Gang setzen, gehört nach Auffassung des Bundessozialgerichts eine Mitteilung, warum bei grundsätzlich ambulant nach § 115b SGB V zu erbringenden Leistungen – hier bei einer Polysomnographie[12] oder einer Herzkatheteruntersuchung bei coronarer Gefäßerkrankung[13] – ausnahmsweise eine vollstationäre Behandlung erforderlich ist.[14]

Dieser Informationspflicht des Krankenhauses stehe auch nicht die Datenübermittlungsvorschrift nach § 301 Abs. 3 SGB V entgegen. Es könne offen bleiben, ob die Ausgestaltung der Übermittlungsvorgaben keine Angaben zum Grund der Aufnahme bei auch ambulant durchführbaren Leistungen erlaube; solange die erforderlichen Vordrucke eine entsprechende Angabe nicht vorsähen, könnte die Mitteilung durchaus auch auf dem Wege geschehen, dass erforderliche Angaben in nicht maschinenlesbarer Form erfolgen, also z.B. durch ein separates Anschreiben, Fax oder per E-Mail. Spätestens bei der Krankenhausabrechnung hätte das Krankenhaus der Krankenkasse den Grund der stationären

[6] GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 BGBI. I. S. 378 Nr. 11.
[7] BSG Urteil vom 21.03.2013 – B 3 KR 28/12R – Rdz. 11.
[8] BSG Urteil vom 13.11.2012 – B 1 KR 24/11 R.
[9] BSG Urteil vom 16.05.2012 –B 3 KR 14/11 R.
[10] BSG Urteil vom 18.07.2013 – B 3 KR 21/12 R.
[11] BSG Urteil vom 13.11.2012 – B 1 KR 24/11 R.
[12] BSG Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R.
[13] BSG Urteil vom 21.03.2013 – B 3 KR 28/12 R.
[14] BSG Urteil vom 13.11.2012 – B 1 KR 24/11 R.

Durchführung einer grundsätzlich ambulant zu erbringenden Leistung mitzuteilen.[15]

Auffälligkeiten

Die Mitwirkungspflicht des Krankenhauses besteht nur insoweit, wie auch die Krankenkasse die Vorgaben zur Einleitung des Prüfverfahrens eingehalten hat. Voraussetzung der Abrechnungsprüfung ist eine Auffälligkeit. In der Gesetzesbegründung heißt es, dass das Verfahren ausdrücklich auf Fälle begrenzt wird, in denen die Krankenkassen einen Anfangsverdacht haben – zur Abgrenzung der Einzelfallprüfung von der routinemäßigen Stichprobenprüfung nach § 17 c KHG.[16] Auffälligkeiten sind dann anzunehmen, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der Krankenkasse verwertbare Informationen konkrete Fragen nach der – insbesondere sachlich-rechnerischen – Richtigkeit der Abrechnung und/oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes aufwerfen, die die Krankenkasse aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -beurteilung durch den MDK nicht bewerten kann; diese Auffälligkeiten hat die Krankenkasse im Zweifelsfall zu belegen.[17]

Aufwandspauschale

Um einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen durch die Krankenkassen entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber in § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V Satz 3 eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 € normiert, die von der prüfungseinleitenden Krankenkasse an das Krankenhaus zu entrichten ist, für den Fall, dass die Einzelfallprüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags durch die Krankenkasse führt. Die Verpflichtung zur Zahlung einer Aufwandspauschale durch die Krankenkasse entsteht somit grundsätzlich unabhängig davon, ob eine Rechnung bereits beglichen ist oder nicht. Das betroffene Krankenhaus hat der jeweiligen Krankenkasse die Aufwandspauschale in Rechnung zu stellen; zur Vermeidung unnötigen bürokratischen Aufwands ggf. in Form einer Sammelrechnung.[18]

Schlichtungsverfahren

Bei Streitigkeiten über das Ergebnis einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs. 1 c SGB V kann zukünftig der Schlichtungsausschuss auf Landesebene angerufen werden, § 17 c Abs. 4 KHG.[19] Während bei Streitigkeiten, die eine Forderung bis 2.000,00 € betreffen, der Schlichtungsausschuss angerufen werden kann, muss der Schlichtungsausschuss bei Vergütungsstreitigkeiten bis zu einem Wert von 2.000,00 € zwingend angerufen werden, bevor eine Klage zum Sozialgericht erhoben werden kann. Im Übrigen wäre die unmittelbar erhobene Klage unzulässig und könnte erst fortgeführt werden, wenn nach Durchführung des Schlichtungsverfahrens die Streitigkeit weiterhin besteht. Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses entfaltet unmittelbare Wirkung, eine sich hieran anschließende Klage hat keine aufschiebende Wirkung, das heißt eine durch den Schlichtungsausschuss bestätigte Forderung ist vom Schuldner zunächst zu begleichen. Hinsichtlich der Grenze von 2.000,00 €, bis zu der der Schlichtungsausschuss angerufen werden muss, ist auf den Streitwert des einzelnen Abrechnungsfalles abzustellen und nicht auf eine Gesamtforderung des Behandlungsfalles bzw. die Verbindung mehrerer streitiger Forderungen.

Die Neuregelung soll die Sozialgerichte entlasten und schnellere Entscheidungen ermöglichen. Bis dahin bedarf es jedoch noch der Schaffung der notwendigen Verfahrensordnungen, durch die jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaften und die Kassenverbände.

Darüber hinaus wird ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene etabliert, der Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung verbindlich klären soll. Gebildet wird der Ausschuss durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Nicht stimmberechtigte Mitglieder sind ferner das DRG-Institut (InEK und DIMDI).

Die Verbindlichkeit als auch weitere Rechtsfragen zum Schlichtungsverfahren sind noch unbeantwortet, so dass die weiteren Entwicklungen von ***Arzt und Krankenhaus*** für Sie beobachtet und Ihnen mitgeteilt werden.

Anschrift des Verfassers:
Rechtsanwalt Marc Rumpenhorst
Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht
rumpenhorst@klostermann-rae.de
c/o Kanzlei Klostermann, Dr. Schmidt, Monstadt, Dr. Eisbrecher
Kortumstraße 100, 44787 Bochum

[15] BSG Urteil vom 21.03.2013 – B 3 KR 28/12 R.
[16] BSG Urteil vom 18.07.2013 – B 3 KR 22/12 R.
[17] BSG Urteil vom 18.07.2013 – B 3 KR 22/12 R. mit weiteren Beispielen.
[18] Beyer in: jurisPK- SGB V, 2. Aufl. 2012, § 275 SGB V, Rz. 20.
[19] Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldengesetz, BT-Drs. 17/13079, 17/13947).

Das stand auf der Agenda

April 2014

02.04.2014 Berlin

- Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, Expertenanhörung zum Thema „Zielvereinbarungen“, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

- Fachausschuss Krankenhausfinanzierung der DKG, VLK-Teilnehmer: Gerd Norden

- Gesprächsrunde mit Abgeordneten des Deutschen Bundestages der Fraktion Die LINKE, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

09.04.2014 Berlin

- Frühjahrsempfang der Deutschen Krankenhausgesellschaft, VLK-Teilnehmer: PD Dr. M. A. Weber

14.04.2014 Düsseldorf

- Gespräch mit Präsidium VKD, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Gerd Norden

28.04.2014 Wiesbaden

- Versammlung der Mitglieder aus dem Fachgebiet „Innere Medizin“, VLK-Teilnehmer: Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Gemeinsame Mitgliederversammlung der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen im VLK am 05. Juli 2014 in Meerane

Tagesordnung

09:00 - 09:30 Uhr	**Registrierung**
09:30 - 09:50 Uhr	**Eröffnung und Begrüßung** Schmoz, G., Meißen; Fünfstück, R., Weimar
09:50 - 10:20 Uhr	**Aktuelle berufspolitische Lage** Norden, G., Düsseldorf
10:20 - 10:50 Uhr	**Aktuelle Fragen der Weiter- und Fortbildung, Integration ausländischer Ärzte** Bodendieck, E., Dresden
10:50 - 11:20 Uhr	**Chefarztfunktion im klinischen Alltag, Aufgabenvielfalt und berufliche Risiken** Müller, N., Bochum
11:20 - 11:40 Uhr	**Pause**
11:40 - 12:10 Uhr	**Zusammenarbeit der leitenden Krankhausärzte mit den Krankenhausträgern (Geschäftsführern) – Wünsche und Wirklichkeit** München, F., Leipzig
12:10 - 12:40 Uhr	**Zusammenarbeit zwischen Marburger Bund und VLK** Ehl, A., Berlin
12:40 - 12:50 Uhr	**Gründung des „Mitteldeutschen Verbundes" zwischen den Landesverbänden Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt** Janowitz, P., Burg; Fünfstück, R., Weimar; Schmoz, G.; Meißen
12:50 - 13:00 Uhr	**Zusammenfassung und Ausblick** Schmoz, G., Meißen
13:00 - 13:30 Uhr	**Mitgliederversammlung, Wahl des Landesvorstandes Sachsen und des Vorsitzenden** Schmoz, G., Meißen
ab 13:30 Uhr	**gemeinsames Mittagessen**

Tagungsort: Hotel Meerane, Hohe Straße 3, 08303 Meerane

Beginn: 09:00 Uhr

Ansprechpartner: Prof. Dr. med. Günter Schmoz über Frau Biermann-Walther, Heinrich-Braun-Klinikum gGmbH, Standort Kirchberg, Chirurgische Klinik, Schneeberger Str. 36, 08107 Kirchberg, Tel.: 037602 / 81311, Fax: 037602 / 81314

Referenten und Vorsitzende

Bodendieck, Erik
Arztpraxis für Allgemeinmedizin, Diabetologie, Sucht- und Palliativmedizin,
Dresdener Straße 34a, 04808 Wurzen,
Vize-Präsident der Landesärztekammer Sachsen, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Ehl, Armin
Dipl. Kfm. Hauptgeschäftsführer des Marburger Bundes,
Reinhardtstraße 36, 10117 Berlin

Fünfstück, Reinhard
Prof. Dr. med. ChA der Klinik für Innere Medizin I,
Ärztlicher Direktor des Sophien- und Hufeland-Klinikums gGmbH,
Vize-Präsident des VLK und Landesvorsitzender des VLK Thüringen,
Henry-van-de-Velde-Straße 2, 99425 Weimar

Janowitz, Paul
Prof. Dr. med. ChA der Klinik für Innere Medizin im Krankenhaus Jerichower Land GmbH,
Landesvorsitzender des VLK Sachsen-Anhalt, August-Bebel-Straße 55a, 39288 Burg

Müller, Norbert
Fachanwalt für Medizinrecht in der Kanzlei Klostermann Rechtsanwälte,
Kortumstraße 100, 44787 Bochum

München, Friedrich
Assessor jur. Stellvertretender Hauptgeschäftsführer, Justiziar der
Krankenhausgesellschaft Sachsen, Humboldtstraße 2a, 04105 Leipzig

Norden, Gerd
Dipl.-Volkswirt Hauptgeschäftsführer des VLK Deutschlands e.V.,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Schmoz, Günter
Prof. Dr. med. HBK Poliklinik gGmbH Zwickau MVZ Crimmitschau,
Abteilung Orthopädie/Unfallchirurgie,
Carthäuser Straße 2-6, 08451 Crimmitschau,
Landesvorsitzender des VLK Sachsen, Nossener Straße 23c, 01662 Meißen

Ausschreibung für den VLK-Zukunftspreis 2014

Der Gesamtvorstand des Verbandes der Leitenden Ärzte Deutschlands (VLK) hat sich in seiner Sitzung vom 13. September 2012 dafür ausgesprochen, künftig den VLK-Zukunftspreis zu verleihen.

Die Auszeichnung wird jährlich ausgeschrieben. Der VLK-Zukunftspreis wurde erstmals im Rahmen des VLK-Bundeskongresses am 21. September 2013 verliehen. Erster Preisträger war Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. Die Auszeichnung ist mit 3.000 € dotiert.

Welches sind die Kriterien für den Zukunftspreis?
Im Mittelpunkt stehen außergewöhnliche zukunftsorientierte Leistungen im Gesundheitswesen. Herausgehoben sind:

- Patientenversorgung
- Ärztliche Fort- und Weiterbildung
- Engagement im VLK
- Lebenswerk

Der Zukunftspreis kann an Mitglieder des VLK und an Persönlichkeiten des Öffentlichen Lebens vergeben werden.

Wichtig sind:

- Konkretisierbarkeit der Leistungen und des Engagements
- Schriftliche Begründung für die Nominierung
- Einreichung des Curriculum Vitae der vorgeschlagenen Persönlichkeit

Hiermit möchten wir die Mitglieder des VLK auffordern, Vorschläge für geeignete Persönlichkeiten

bis zum 31. Mai 2014

an den Präsidenten des VLK, Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf einzureichen.

Der VLK-Zukunftspreis 2014 wird im Rahmen des 3. VLK-Bundeskongresses am 27. September 2014 in Berlin verliehen.

Impressum

Herausgeber:
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0
www.vlk-online.de, info@vlk-online.de
Organ des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.
Chefredaktion:
Dipl.-Volkswirt Gerd Norden
Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: (0211) 45499-0, Fax: (0211) 45419 14
E-Mail: info@vlk-online.de

Prof. Dr. med. Karl Heinz Schriefers
Karl-Härle-Straße 9, 56075 Koblenz
Telefon: (02 61) 5 66 44, Fax: (02 61) 5 10 05
Satz:
creativ-studio arenz GmbH, Rotenburg
Redaktionsbeirat:
Dipl.-Volkswirt Gerd Norden (Düsseldorf),
Prof. Dr. Dietrich Paravicini (Bielefeld),
Prof. Dr. Günter Schmoz (Meißen),
PD Dr. Michael A. Weber (Dachau),
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser (Scheeßel)
Verantwortlich für Arzt und Recht:
Rechtsanwalt Bernd Klostermann
Kortumstraße 100, 44787 Bochum
Telefon: (0234) 961650, Fax: (0234) 9616599

Das Onlinemagazin und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfälti gungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für zugesandte Manuskripte, Bildmaterial und Zuschriften wird keinerlei Gewähr übernommen.

Arzt und Krankenhaus erscheint monatlich als Online-Magazin.

kataloge logos **flyer**
außenwerbung
plakate **broschüren**
geschäftsdrucksachen
folder prospekte
roll up displays **anzeigen**

Besuchen Sie uns im Internet unter:
www.creativ-studio-arenz.de

wir setzen ihre vorstellungen in die tat um

creativ-studio
arenz gmbh

große straße 79
27356 rotenburg/wümme
telefon 04261 9290-50
telefax 04261 9290-59

Ihr Unternehmen im Internet

zum Beispiel **Base One**

- Beratung inkl. Bedarfsanalyse
- Designvorschlag
- Installation und Einrichtung des CMS-Systems Joomla (damit Sie Ihre Internetseiten stets selbst aktuell halten können)
- Erstellung von bis zu sechs Internetseiten
- Einweisung in das System

Rufen Sie uns an.
Wir beraten Sie gerne!

Auf Wunsch registrieren wir Ihre Wunschdomain und stellen den Speicherplatz für Ihren neuen Internetauftritt zur Verfügung.

@ Rundschau Onlinedienst

Große Straße 79 · 27356 Rotenburg
Telefon: 04261 - 929075
E-Mail: info@rundschau-onlinedienst.de
www.rundschau-onlinedienst.de