D21018 | Pressesendung | Frankfurt am Main | Entgelt bezahlt

RPG

Band 16 | Heft 1 | 2010

1 | 2010

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Richtlinien zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer Deutschlands**
- **Die Rolle von Marken in der Integrierten Versorgung in Zeiten von Gesundheitsfonds & Morbi-RSA**
- **Verwaltungstätigkeiten in Hausarztpraxen: erste Ergebnisse einer Fragebogenerhebung bei niedergelassenen Hausärzten im Landkreis Hameln-Pyrmont (Niedersachsen)**
- **17. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposion**

HERAUSGEBER
A. P. F. Ehlers
E. Deutsch
P. Oberender
E. Wille
M. Feldmann
J. Stoschek (Schriftleitung)

MITHERAUSGEBER
B. Bender
B. Brennecke
R. von Esebeck
G. Fischer
M. Linz
H. Platzer
M. Richter-Reichhelm
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
N. Schulze-Solce
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

AUTOREN DES HEFTES
Erwin Deutsch
Renate Müller
Thomas Wache
Herwig Ostermann
Jürgen Stoschek

pmi Verlag AG

GRPG
GESELLSCHAFT FÜR RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN E. V.

Herbert Wartensleben
Hans-Georg Hoffmann
Norbert Klapszus
Thomas Porstner
Herausgeber

Iuri Pharmaceutico

Festschrift für Axel Sander zum 65. Geburtstag

Rechtsanwalt Dr. Axel Sander feierte am 29.03.2007 seinen 65. Geburtstag. Freunde, Kolleginnen und Kollegen haben ihm mit 30 Beiträgen eine Festschrift gewidmet, die dem breiten Leistungsspektrum des Jubilars entsprechen.

Hochaktuelle Probleme, aber auch Darlegungen, die an Aktualität nicht verlieren werden, aus dem Bereich Arzneimittel-, Medizinprodukte- und Heilmittelwerberecht sowie dem Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung werden von ausgewiesenen Sachkennern dargestellt. Die Themen rechtfertigen den Festschrifttitel „Iuri Pharmaceutico“, weil sie nicht nur die Schaffenskraft des Jubilars abbilden, sondern zugleich die Wertschätzung für dieses spezielle Rechtsgebiet reflektieren.

Das Werk ist nicht nur für Juristen interessant, sondern auch für Fachwissenschaftler, Geschäftsführer der pharmazeutischen und Medizinproduktenindustrie und Gerichte.

Iuri Pharmaceutico

Herbert Wartensleben
Hans-Georg Hoffmann
Norbert Klapszus
Thomas Porstner
Herausgeber

Geb. Leinen, 474 Seiten,
Neuerscheinung 2008
ISBN 3-89786-075-9
EURO 98,00

pmi Verlag AG
Oberfeldstraße 29
60439 Frankfurt am Main
Telefon: 069/548000-0
Telefax: 069/548000-66
E-Mail: pmiverlag@t-online.de

Bestellcoupon
Ich bestelle gegen Rechnung zum Preis von EUR 98,00 (zzgl.Versandkosten) das Buch

Iuri Pharmaceutico

___Ex.

_____
Unternehmen/Firma/Institution

_____
Name, Vorname, Titel

_____
Straße/Hausnummer

_____
PLZ/Ort

_____
Datum/Unterschrift

Bestellcoupon bitte ausschneiden und einsenden:
pmi Verlag AG
Oberfeldstraße 29
60439 Frankfurt
Telefon: 069/548000-0
Telefax: 069-548000-66

Editorial

Das Internet hat unser Informationsverhalten zweifellos verändert. Wer heute wissen will, was sich gerade in der Welt tut, nutzt neben den traditionellen Print- und elektronischen Medien immer häufiger auch das Internet. Zeitungen und Zeitschriften, Rundfunk und Fernsehen haben sich auf diese Entwicklung längst eingestellt und bieten ihren Lesern, Hörern und Zuschauern entsprechende Angebote.

Ab dieser Ausgabe schließt sich unsere Zeitschrift, die RPG, dieser Entwicklung an. Den Mitgliedern der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) wird die RPG künftig in elektronischer Form auf der Homepage der GRPG im geschlossenen Mitgliederbereich zur Verfügung gestellt.

Dem Präsidium der GRPG und der Mitgliederversammlung ist dieser Entschluss nicht leicht gefallen, geht es doch darum die Kosten für Druck und Versand der Zeitschrift zu begrenzen. Wir hoffen, dass Sie mit dieser Entscheidung, die die jährlichen Kosten der GRPG in schwierigen Zeiten entlasten wird, einverstanden sind.

Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Straße 4
82319 Starnberg

Inhalt

Übersicht

Richtlinien zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer Deutschlands
Erwin Deutsch *3*

Auf dem Weg zur Marke? – Kommunikationsstrategien für die integrierte Versorgung

Die Rolle von Marken in der Integrierten Versorgung in Zeiten von Gesundheitsfonds & Morbi-RSA
Renate Müller *9*

Originalarbeit

Verwaltungstätigkeiten in Hausarztpraxen: erste Ergebnisse einer Fragebogenerhebung bei niedergelassenen Hausärzten im Landkreis Hameln-Pyrmont (Niedersachsen)
Thomas Wache, Herwig Ostermann *16*

Mitteilung der Gesellschaft

17. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposion
Jürgen Stoschek *23*

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein.

Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber
Prof. Dr. med. Dr. iur.
Alexander P. F. Ehlers
Widenmayerstraße 29
80538 München

Prof. Dr. Dr. iur. h.c. Drs. med. h.c.
Erwin Deutsch
Universität Göttingen
Goßlerstraße 19
37073 Göttingen

Prof. Dr. Peter Oberender
Lehrstuhl VWL
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. Eberhard Wille
Lehrstuhl VWL
Universität Mannheim, A5
68131 Mannheim

Dipl.-Betriebswirt Michael Feldmann
Säbener Straße 62
81547 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Josef-Jägerhuber-Straße 4
82319 Starnberg

Mitherausgeber
B. Bender
B. Brennecke
R. von Esebeck
G. Fischer
M. Linz
H. Platzer
M. Richter-Reichhelm
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
N. Schulze-Solce
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma- und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen kranken neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzsichtigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948-3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

pmi Verlag AG
Oberfeldstraße 29
D-60439 Frankfurt
Telefon 069-5480000
Telefax 069-54800066

E-mail: pmiverlag@t-online.de
www.pmi-verlag.de

Bezugspreis: 2009 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.
Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Beziehers kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag
pmi Verlag AG
Oberfeldstraße 29
D-60439 Frankfurt
Telefon 069-5480000
Telefax 069-54800066
e-mail: pmiverlag@t-online.de

Bankverbindung: Volksbank Dreieich eG (BLZ 505 922 00) Konto-Nr. 8 501 319 • Gerichtsstand: Frankfurt/Main • Anzeigenpreisliste: Es gilt der Tarif Nr. 10 vom 01.01.2008 • Technische Gesamtherstellung: pagina media GmbH, 69502 Hemsbach.

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlags strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2010 pmi Verlag AG
Printed in Germany

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Erwin Deutsch

Richtlinien zur Sterbebegleitung der Bundesärztekammer Deutschlands[1]

I. Einleitung

Die Richtlinie zur Sterbebegleitung in Deutschland ist erlassen worden von der Bundesärztekammer, einem rechtsfähigen Verein der Landesärztekammern, dem keinerlei gesetzgebende Gewalt zusteht. Dennoch werden seine Richtlinien oft befolgt, da sie als Zusammenfassung der fahrlässigkeitsvermeidenden „erforderlichen Sorgfalt" gelten. Sie gewinnen noch dadurch an Einfluss, dass sie sich an die Äußerungen der schweizerischen Akademie der Wissenschaften anlehnen[2]. Kraft des Geschehens haben sie aber eine Zwischenstellung zwischen einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGHZ 154, 205) und dem vom Bundestag erlassenen Gesetz zur Patientenverfügung vom 29. Juli 2009 erlangt.[3] Beginnend mit dem Richterrecht, weitergehend über eine Richtlinie der Ärztekammer bis zu einer unvollkommenen Gesetzeslösung reicht mein Thema.

II. Sterbebegleitung

1. Kommission

Die beratende Kommission war die „ständige Kommission für medizinisch-juristische Grundsatzfragen" der Bundesärztekammer. Ihr wurde auf den Weg gegeben, sich nicht mit der Zulässigkeit oder Unzulässigkeit von Anweisungen des Patienten generell, den Zuständigkeiten des Vormundschaftsgerichts oder der Bindungswirkung von notariellen Patiententestamenten zu beschäftigen. Dazu erschien dann später die „Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung" der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer[4].

Die Kommission war juristisch und medizinisch gemischt, die Mediziner erschienen auch wohl die Überzahl zu bilden. Bei den Juristen nahmen drei ordentliche Professoren und drei pensionierte Senatspräsidenten des BGH teil. Die Kommission war sich in allem einig: Die Sterbebegleitung sollte vorsichtig vorgehen, den Willen des Patienten nicht etwa ausschließend, aber doch rücksichtsvoll umsetzen.

2. Grundeinstellung der Kommission

Die Grundeinstellung der Kommission war liberal. Sie wünschte, dem ausdrücklich geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten irgendwie Wirkung zu verschaffen. Auf der anderen Seite sah sie aber auch medizinische Möglichkeiten entweder der nicht vorhergesehenen Behandlung oder der Verminderung von Schmerzen und Unannehmlichkeiten voraus. Es handelte sich dabei also um eine ausgesprochen menschliche Kommission, die nicht eine abstrakte Würde des Menschen verfolgte, sondern im einzelnen Fall den Sterbenden auf seiner Begleitung zum Tod die größte Sorge und den umfänglichsten Schutz angedeihen lassen wollte. Deswegen ist es in der Kommission auch kaum zu Auseinandersetzungen gekommen. Der mehrheitlich als missglückt angesehenen Beschluss in BGZ 154, 205 wurde gedämpft nicht der Vortritt gelassen, soweit anwendbar wurden ihm zugleich aber feste medizinische Grenzen auferlegt. Dabei beteiligten sich auch die juristischen Mitglieder der Kommission als Laien an der medizinischen Diskussion. Die Kommission als Ganzes war sich darüber einig, sich eng an die Richtlinie der Schweizerischen Ärztekammer zu halten, also die Euthanasie vermeidend, Möglichkeiten mittelbarer Sterbehilfe zulassend und im Übrigen schonend mit dem Menschen umzugehen, wenn möglich auch den Willen oder mutmaßlichen Willen des Patienten zu berücksichtigen.

3. Präambel

Der Charakter einer Präambel ist juristisch umstritten. Schon ihre Herkunft, sie war in den dreißiger Jahren weit verbreitet, hat sie wenig akzeptiert sein lassen. Das liegt auch im Wesentlichen daran, dass Präambeln eigentlich keine Rechtssätze aussprechen sollten, es aber doch regelmäßig tun.

Die hier von der Kommission gewählte Formel liest sich jedoch eher gut. Sie zeigt auf, dass in Situationen sonst angemessene Diagnostik- und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt sein können. Vielmehr treten an ihre Stelle Begrenzungen der Therapie. Dann rückt die palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. In jedem Falle hat aber der Arzt für eine Basisbetreuung zu sorgen. Dazu gehört die Unterbringung, die Zuwendung, die Körperpflege, das Lindern von Schmerzen, Beseitigen von Atemnot und Übelkeit, schließlich auch das Stillen von Hunger und Durst. Sind durch Patientenverfügung Essen und Trinken verboten, muss den-

[1] Nach einem Vortrag, gehalten am 25. September 2009 beim Europäischen Juristentag in Salzburg

[2] Richtlinie für Sterbehilfe Schweiz. ÄZ 1977, 691.

[3] Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, BGBl. 2009 I 2286.

[4] DÄBl. 2004 A 1296.

noch auf den subjektiv gefühlten Hunger und Durst eine positive Antwort gegeben werden.

Art und Ausmaß der Behandlung werden gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt verantwortet. Dabei hat er allerdings den Willen des Patienten zu beachten und regelmäßig zu sehen, dass lebenserhaltende Therapien den Sterbevorgang nicht künstlich in die Länge ziehen. Hoch interessant ist, dass der behandelnde Arzt mit anderen ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen soll. Das klingt eher amerikanisch. Dann wird ausgeführt, dass aktive Sterbehilfe unzulässig und strafbar ist, übrigens auch wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht, § 216 StGB. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein, dann nämlich, wenn der Arzt die führende Figur, also der mittelbare Täter ist.

4. Menschenwürdiges Sterben

Die nächsten unterschiedlich überschriebenen Kapitel der Richtlinie dienen dem menschenwürdigen Sterben, das in der Sterbebegleitungsrichtlinie eine große Rolle einnimmt. Das menschenwürdige Sterben wird wohl aus Art. 1 GG abgeleitet. Wichtig ist dabei der Übergang von der Behandlung zur palliativ unterstützenden Sterbebegleitung. Auch hier ist eine Basisbetreuung notwendig. Wenn nicht mehr Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gewünscht wird, müssen jedoch Hunger und Durst als subjektive Empfindungen stets gesättigt und gestillt werden. Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens bedürfen der Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten. Wichtig ist folgender Satz: „Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf." Es folgt aber gleich der Hinweis auf das Verbot der aktiven Sterbehilfe, nicht aber der normalen Form der Sterbehilfe. Gemeint ist vielmehr die erlaubte sog. passive oder mittelbare Sterbehilfe, bei welcher die Linderung von Schmerzen so im Vordergrund steht, dass die mögliche Lebensverkürzung in Kauf genommen wird.

Eine ärztliche Unterrichtung des Sterbenden muss wahrheitsgemäß sein, sich an der Situation des Sterbenden orientieren und auch vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Angehörige des Patienten spielen dabei auch eine Rolle. Dies bedeutet nicht, dass sie als Überbringer schlechter Nachrichten eingesetzt werden, sondern dass sie sich dem Sterbenden liebevoll oder freundlich zuwenden.

5. Patienten mit infauster Prognose

Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, mag eine Änderung des Behandlungsziels indiziert sein. Es muss dem Willen des Patienten entsprechen, das Leben nicht zu verlängern. Wiederum ist eine Beratung mit anderen Ärzten und dem Pflegepersonal angebracht.

6. Anhaltende Bewusstlosigkeit

Patienten mit schweren zerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit haben, wie alle Patienten, das Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung. Die lebenserhaltende Therapie sollte unter Beachtung eines geäußerten oder mutmaßlichen Willens geschehen. Dabei sollte die Dauer der Bewusstlosigkeit kein alleiniges Kriterium für den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen sein. Man sollte hier auch im Regelfall einen Betreuer bestellen.[5]

[5] Vgl. zum Ganzen BGHZ 154, 205.

7. Ermittlung des Patientenwillens

Der Patientenwille ist relativ leicht und zugleich auch oft schwer zu ermitteln. So lange der einwilligungsfähige Patient dem Arzt bestimmte Anweisungen gegeben hat, und er selbst über die vorgesehenen, zu erwartenden Geschehnisse aufgeklärt worden ist, hat sich der Arzt an den Willen zu halten. Allerdings gibt es Grenzen, etwa beim Verbot dringend notwendiger und sonst bei dieser Erkrankung vorgesehenen Bluttransfusionen. Wenn ein Zeuge Jehovas den Arzt schriftlich zu einer groben Verletzung der ärztlichen Pflicht aufruft, sollte dieser die Behandlung, außer im Notfall, ablehnen. Niemand ist verpflichtet, auch nicht infolge der Befolgung des Willens des Patienten, eine Verletzung der ärztlichen Sorgfalt vorzunehmen. Dies gilt umso mehr bei einer groben Verletzung der ärztlichen Pflicht. Deshalb wird auch in der Richtlinie gesagt, dass eine Ablehnung der Behandlung nicht stets „für den Arzt bindend ist". Der Vertreter, etwa ein Bevollmächtigter in Gesundheitsangelegenheiten, oder auch, wenn dies fehlt, Eltern und Ehegatten als Auskunftspersonen, sind an den wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten gebunden. Sollte gar ein Vertreter eine ärztlich indizierte lebenserhaltende Maßnahme ablehnen, sollte der Arzt das Vormundschaftsgericht anrufen und entscheiden lassen.

Für Juristen äußerst schwierig ist die Regelung im Rahmen der Geschäftsführung ohne Auftrag des § 683 BGB auf medizinische Situationen anzuwenden. Die Geschäftsführung ohne Auftrag ist erlaubt und der Geschäftsführer kann Aufwendungsersatz verlangen, wenn die Geschäftsführung dem objektiv verstandenen Interesse und dem subjektiv definierten wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Geschäftherrn entspricht. Bisweilen lässt sich aber eine vorherige Äußerung nicht feststellen und aussagefähige nächste An-

gehörige sind nicht vorhanden. In einem solchen Falle tritt an die Stelle des subjektiven Willens der objektiv zu definierende Wille. Dazu entscheidet sich die Richtlinie mit völligem Recht „in Zweifelsfällen für Lebenserhaltung“. Das stellt einen ihrer Grundsätze dar.

8. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

In diesem Kapitel versucht die Richtlinie die genannten Verfügungen, und auch die Vorsorgevollmacht, die insoweit als eine persönliche Verfügung zu definieren ist, in ihrer gegenwärtigen Rechtskonstruktion klar zu machen. Dabei wird zunächst hervorgehoben, dass die Verfügungen nicht an eine Form gebunden sind. Nach § 1901a Abs. 1 BGB wird von einer schriftlich festgelegten Patientenverfügung gesprochen. Allerdings ist die Schriftlichkeit nicht Gültigkeitsgrund, vielmehr muss der Betreuer prüfen, ob die Feststellungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Nur dann hat der Betreuer dem Willen des Betreuten „Ausdruck und Geltung“ verschaffen.

Noch wichtiger sollte sich der Patient über die zulässigen Maßnahmen in konkreten Situationen äußern. § 1904 BGB, der, für den Betreuer, außer im Notfalle, für jede hochgefährliche oder schwer eingreifende medizinische Maßnahme die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts verlangt, ist mittlerweile auf den Vorsorgebevollmächtigen erstreckt worden. § 1904 BGB ist auch in seiner neuen Form medizinerfeindlich geblieben, lautet er doch, dass die Einwilligung des Betreuers in eine ärztliche Untersuchung des Gesundheitszustands, eines Heileingriffs oder eines ärztlichen Eingriffs der Genehmigung des Betreuungsgerichts bedarf, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute stirbt oder einen länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Übrigens, die Ausnahme „wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist“, wird regelmäßig gegeben sein.

9. Verfügungen

Besonders sind noch einmal die Patientenverfügungen und die Betreuungsverfügungen hervorzuheben. Die Patientenverfügungen werden vom Patienten selbst für die medizinische Behandlung erlassen. Die Betreuungsverfügungen wenden sich an das Gericht zur Bestellung eines Betreuers. Jeweils wird ein Selbstbestimmungsrecht des Patienten wahrgenommen. Sie sind eine wesentliche Hilfe für den Arzt bei der Behandlung. Da Patientenverfügungen an sich keiner Form bedürfen, sollte man sie auch nicht „Patiententestament“ nennen. Beide Verfügungen, die direkt an den Arzt und an das Betreuungsgericht gerichtet sind, sollten Hinweise über den Willen des Kranken enthalten, aus denen sich über den unmittelbaren Wortlaut hinaus ein mutmaßlicher Wille in weiteren oder anderen nicht vorhergesehenen Krankheitssituationen ergibt. Bindend ist höchstens eine Anweisung unter Umschreibung der Krankheitssymptome, für die es zutreffen soll. Das formularmäßige Verbot, einen jungen Menschen intensivmedizinisch zu betreuen, gilt nicht, wenn er wegen einer leichten Sportverletzung, etwa eines einfachen Beinbruchs, operativ, also unter Narkose behandelt werden soll. Die allgemeinen Verbote intensivmedizinischer Maßnahmen sind nur für die gewollte Situation wirksam, nämlich etwa bei infauster Prognose weiterbehandelt zu werden.

III. BGH-Entscheidungen

1. Entscheidungen des Strafsenates

In Deutschland hat sich mittlerweile ein unauflösbarer Widerspruch zwischen den Entscheidungen der Strafsenate und eines Zivilsenats ergeben.

Nach BGHSt 40, 257 hatten der Sohn als Betreuer und der behandelnde Arzt Anweisung an das Pflegepersonal gegeben, die künstliche Ernährung des Patienten einzustellen. Sie war bereits seit drei Jahren nach einem Herzstillstand und anschließender Wiederbelebung schwerst hirngeschädigt, nicht mehr ansprechbar und ständig auf künstliche Ernährung angewiesen. Eine Besserung des Zustandes war nicht zu erwarten. Der BGH ist der Auffassung, es läge ein rechtswidrig versuchter Totschlag vor, da es sich weder um eine Sterbehilfe noch um einen Behandlungsabbruch aufgrund tatsächlicher oder mutmaßlicher Einwilligung des Patienten gehandelt habe. Insbesondere wurde aus einer bis etwa zehn Jahren zurückliegenden Äußerung unter dem unmittelbaren Eindruck einer Fernsehsendung keine mutmaßliche Einwilligung in die Lebensverkürzung gefolgert.

BGHSt 32, 367: Eine 76jährige Frau litt an hochgradiger Verkalkung der Herzkranzgefäße und Gehbeschwerden. Nachdem ihr Ehemann verstorben war, nahm sie eine Überdosis Morphium und Schlafmittel in Selbstmordabsicht. Sie hatte schriftlich darum gebeten, dass der von ihr gewählte Weg schicksalhaft seinen Lauf nehmen müsste. Als der Arzt bei einem Hausbesuch sie noch lebend vorfand, unternahm er nichts. Er blieb so lange bei der Patientin, bis er ihren Tod feststellen konnte. Das Gericht lehnt hier eine Strafbarkeit des Arztes ab. Zwar dürfe sich dieser Arzt grundsätzlich nicht dem Todeswunsch des bewusstlosen Suizidenten beugen und nicht durch schlichtes Nichtstun, also durch Unterlassen den Todeseintritt weiterbefördern. Jedoch sei das Nicht-Einschreiten des Arztes tolerabel, wenn er mit irreparablen Gehirnschäden auf die Einnahme der Medikamente rechnen musste, so dass der „fortschreitende Verfall“ letztlich ohnehin nicht mehr aufgehalten werden konnte.

2. Die zivilrechtlichen Entscheidungen des 12. Zivilsenats des BGH

BGHZ 154, 205: Es handelte sich um eine Vorlageentscheidung des OLG Schleswig. Der Sache nach ging es um den Betroffenen, der einen Myokardinfarkt mit hypoxischem Hirnschaden erlitten hatte und im apallischen Syndrom lebte. Die PEG-Sonde sollte nicht mehr für die Ernährung Verwendung finden. Darum hatte der Sohn des Betroffenen gebeten, der zu gleicher Zeit Betreuer war. Er hat jetzt beim Amtsgericht die vorzeitige Tötung mitgeteilt und dabei eine Patientenverfügung vorgelegt, welche die irreversible Bewusstlosigkeit mit ihren Folgen als Grund für die Einstellung der weiteren ärztlichen Behandlungen nannte. Das OLG war der Überzeugung, dass die Einwilligung des Betreuers in einem solchen Falle nicht genehmigungsbedürftig sei. Der BGH verweist den Fall an die Instanzgerichte zurück, um weitere notwendige Tatsachen festzustellen. Der Beschluss ist inhaltlich nicht stimmig, zudem auch in den Leitsätzen nicht deutlich wiedergegeben.[6] Mit Recht wird zunächst gesagt, dass der einwilligungsunfähige Patient aufgrund einer Patientenverfügung, die auf diesen Krankheitszustand gerichtet ist, sich nicht mehr behandeln zu lassen braucht. Im Übrigen will das Gericht zutreffend auf den mutmaßlichen Willen des Patienten abstellen, der aus seinen Lebensentscheidungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen zu ermitteln ist. Das Gericht fährt fort, dass im Falle des bestellten Betreuers dieser den Patientenwillen gegenüber dem Arzt und dem Pflegepersonal zu vertreten hat, § 1901 BGB. Dann meint der BGH, dass für eine Einwilligung des Betreuers und eine Zustimmung des Vormundschaftsgerichts kein Raum sei, wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung oder Weiterbehandlung nicht angeboten werde. Dies gilt gleichgültig, ob sie von vornherein medizinisch nicht indiziert ist, nicht mehr sinnvoll erscheint oder aus sonstigen Gründen nicht mehr möglich ist. Im Übrigen wird die Entscheidungszuständigkeit des Vormundschaftsgerichts nicht aus einer Analogie zu § 1904 BGB abgeleitet, sondern aus dem unabweisbaren Bedürfnis des Betreuungsrechts.

3. Unvermeidbarer Rechtsirrtum

Der Gegensatz dieser Entscheidungen des BGH, der noch durch neuere, hier nicht zitierte Entscheidungen unterer Gerichte geweckt wurde, hätte eigentlich zu einer Entscheidung der Vereinigten Großen Senate des BGH führen müssen, § 132 GVG. Das hat das Gericht ausdrücklich abgelehnt, da es die Tatsachenübereinstimmung nicht für genügend hielt. Die erfolgte Rechtsetzung geht jedoch soweit auseinander, dass unklar ist, wann die Zustimmung des Vormundschaftsgerichts gebraucht wird.
Die ausgesprochene Unklarheit der Rechtslage aufgrund dieser Urteile und des Beschlusses des BGH ist bereits in der Rechtsprechung herangezogen worden, um einen unvermeidbaren Rechtsirrtum hinsichtlich der Frage anzunehmen, ob das Vormundschaftsgericht angerufen werden soll oder nicht.[7]

IV. Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts

1. Bundestagsgesetz aus der Mitte der Abgeordneten

Den Schlussstein hat das Dritte zur Patientenverfügung vom 29. Juli 2009 eingefügt. Es ist ein Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts und fügt Bestimmungen in das Betreuungsrecht des BGB ein, nämlich die §§ 1901a, 1904b und die geänderte Fassung des § 1904 BGB. Das Gesetz ist von Abgeordneten selbst gemacht und man erkennt, dass die glättende Hand eines Ministeriums nicht mitgewirkt hat. Es geht darum, dass Patientenverfügungen befolgt werden müssen, wenn sie ärztliche Eingriffe untersagen. In diesem Falle habe der Betreuer zu prüfen, ob die Festlegung auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, § 1901a BGB. Er habe den Willen des Betreuten in diesem Fall „Ausdruck und Geltung“ zu verschaffen. Ohne schriftliche Patientenverfügungen oder wenn diese im Einzelfall nicht zutreffen, hat der Betreuer den sonst geäußerten oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, welches der wirkliche Wille des Patienten ist.

2. Wirklicher und mutmaßlicher Wille des Patienten

Nach § 1901b BGB prüft der behandelnde Arzt, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erläutern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach Maßgabe des § 1901a BGB zu treffende Entscheidung. Dabei soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden. Dabei sind frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse und sonstige Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten zu berücksichtigen, § 1901a Abs. 2 BGB.
Allerdings ist man nicht zu einer Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet. Eine solche Pflicht darf auch nicht Gegenstand eines Vertrages sein, § 1901a Abs. 4 BGB. Damit sind dem Betreuer und dem Arzt die Entscheidung erleichtert worden. Zweifel könnten nur noch aufgrund der tat-

[6] Vgl. Stackmann, Keine richterliche Anordnung von Sterbehilfe, NJW 2003, 1568; Deutsch, Verfassungszivilrecht bei der Sterbehilfe, NJW 2003, 1567; Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht[6], Rn. 675 ff.

[7] OLG München, GesR 2006, 524

sächlichen Lage eintreten, der Gegenstand der Beurteilung des mutmaßlichen Willens sein soll. Jedenfalls ist nicht vorausgesetzt, dass das Betreuungsgericht angerufen wird. Insoweit ist das Urteil BGHZ 154, 205 mit der möglichen Anrufung des Betreuungsgerichts nicht mehr aktuell.

3. Schriftform für die Patientenverfügung

§ 1901a BGB spricht von einer „schriftlichen Festlegung". Sie wird nicht als Wirksamkeitsvoraussetzung des Patientenwillens angenommen. Es ist auch nicht erforderlich, dass sie notariell beurkundet oder beglaubigt wird. Auch die mündliche Patientenverfügung ist ebenso wirksam. Das gleiche gilt für den mutmaßlichen Willen des Patienten.

In der Änderung des § 1904 BGB wurde nur die Zuständigkeit des Betreuungsgerichts für besonders schwere ärztliche Maßnahmen aufrechterhalten. Im zweiten Absatz dieser Bestimmung wird jedoch eine Zuständigkeit des Betreuungsgerichts für die Sterbehilfe begründet. Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung, eine Heilbehandlung oder einen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn diese Maßnahme angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Allerdings sind die Genehmigungen nach Abs. 1 und Abs. 2 zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht. Nach § 1904 Abs. 4 BGB ist aber eine Genehmigung des Betreuungsgerichts nicht erforderlich, wenn zwischen dem Betreuer und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a BGB festgestellten Willen des Betreuten entspricht. Es bleibt also dabei: Arzt und Betreuer können auf die Anrufung des Gerichts verzichten, wenn sie einheitlicher Meinung sind.

V. Vergleichung mit dem österreichischen Patientenverfügungsgesetz

1. Das österreichische Patientenverfügungsgesetz

Das Bundesgesetz regelt nicht nur die Voraussetzungen, sondern auch die Wirksamkeit der Patientenverfügung. Es gibt verbindliche Patientenverfügungen. Sie muss konkret beschrieben sein und aufgrund einer umfassenden ärztlichen Aufklärung ergehen. Die Patientenverfügung ist nur verbindlich, wenn sie schriftlich und unter Angabe des Datums vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretung errichtet worden ist. Die Patientenverfügung ist nur fünf Jahre wirksam, kann aber erneuert werden. Es gibt auch beachtliche Patientenverfügungen. Bei ihnen ist eine der Voraussetzungen der verbindlichen Patientenverfügungen nicht gegeben. Die beachtliche Patientenverfügung spielt bei der Ermittlung des Patientenwillens an sich eine wichtige Rolle. Die Patientenverfügung ist unwirksam, wenn sie nicht frei und ernstlich erklärt ist, oder durch List, Irrtum, Täuschung oder Zwang veranlasst wurde. Auch wenn ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist oder sich der Stand der medizinischen Wissenschaft sich wesentlich geändert hat, ist die Patientenverfügung unwirksam. Sonstige Inhalte stehen der Wirksamkeit der Patientenverfügung nicht im Wege. Eine Sonderregel gilt für Notfälle, bei denen die Suche nach einer Patientenverfügung Leben oder Gesundheit ernstlich gefährden würde. Die Patientenverfügung kann übrigens stets und formlos widerrufen werden.

2. Vergleichung mit den deutschen Gesetzen

Das deutsche und das österreichische Patientenverfügungsgesetz zu vergleichen[8] ist außerordentlich schwierig. Während das deutsche Gesetz äußert allgemein gehalten ist, ist das österreichische streng unterschieden in verbindliche und beachtliche Patientenverfügungen, allgemeine Bestimmungen und gemeinsame Bestimmungen. Im Allgemeinen ist das österreichische Gesetz juristisch einschneidender und konkreter sowie formgebunden. Das deutsche Gesetz sieht von einer verbindlichen Förmlichkeit ab. Auch eine Frist für die Dauer wird nicht angegeben. Im Ganzen gesagt ist das deutsche Gesetz nur auf den Betreuer ausgerichtet, das österreichische Gesetz hat einen weiten Adressatenkreis. Gegenüber beiden Gesetzen besteht die häufig unsichere oder ungewisse Situation, welche die Anwendung nach deutschem Recht und die Verbindlichkeit bzw. Beachtlichkeit nach österreichischem Recht einengt. Man wird abwarten müssen, welche Regelung sich in der Praxis besser bewährt. Selbst die Nichterklärung der Verbindlichkeit im deutschen Recht ist bei den Medizinern auf wenig Akzeptanz gestoßen.[9] Ärzteorganisationen wünschen sich schon ein besonderes Entgelt für das Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens durch den behandelnden Arzt, § 1901b BGB. Jedenfalls ist das deutsche Gesetz flexibler und für Ärzte leichter zu handhaben als das mit Förmlichkeiten beladende österreichische Gesetz.

VI. Konklusion

Was ich Ihnen vorgespielt habe, ist gewissermaßen ein Medley der Organe des deutschen Rechts und des österreichischen Rechts und der Medizin für das vorgezo-

[8] Körtner, in: Bericht über das österreichische Patientenverfügungsgesetz, Entstehungsgeschichte Inhalt, Bewertung, S. 221 ff.

[9] DÄBl 2009, A 1397.

gene Lebensende. Dankbar sind wir dem deutschen Gesetzgeber dafür, dass er die Anrufung des Betreuungsgerichts deutlich beschränkt hat. Wie schon mitgeteilt hat das deutsche Gesetz in den Kreisen der Mediziner wenig Akzeptanz erfahren. Das ist kein Wunder, machen doch diese Bestimmungen nicht deutlich, wie das ohnehin überforderte Personal der Intensivstationen vorzugehen hat. Man sollte zumindest zwischen Nichtbeginn und Abbruch der ärztlichen Maßnahme unterscheiden. Meist wird der Abbruch im Vordergrund stehen, da bei Notaufnahmen nicht zunächst nach einer Patientenverfügung gesucht wird.[10] Dieser dann aber nach ihrem Auffinden plötzlich und ohne erleichternde Maßnahmen der betreuten Sterbebegleitung unbedingt Folge zu leisten, wäre unzumutbar. Insofern ist die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung von Anfang an bis zum Ende nach wie vor zutreffend. Sie ist eher durch das neuere Gesetz unterstützt worden, als ihr durch die unterschiedlichen Entscheidungen der Senate des Bundesgerichtshofs ein Weg bereitet worden ist.

[10] Für diesen Fall hat das österreichische Gesetz in § 12 (Notfälle) Vorsorge getroffen.

Autor:
Prof. Dr. Dr. h.c. Erwin Deutsch
Universität Göttingen
Goßlerstr. 19
37073 Göttingen

Buchbesprechung

Leonhart Taschen-Jahrbuch Gesundheitswesen 2009/2010. Institutionen, Verbände, Ansprechpartner. Deutschland – Bund und Länder. 9. Jg. 2009. XII, 1 051 Seiten, 89 Euro, Online-Version 49 Euro, Economica, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm 2009

Der „Leonhart“ ist seit vielen Jahren das Nachschlagewerk für alle, die regelmäßig zuverlässige Informationen rund um das deutsche Gesundheitswesen benötigen. Das Adressbuch enthält rund 4 700 Anschriften sowie die Namen von mehr als 13 000 Ansprechpartnern. Die systematische Struktur sowie ein umfangreiches Stichwort- und Personenregister ermöglichen das schnelle Auffinden. Die Internet-Adressen machen das Buch zu einem systematisch strukturierten und umfassenden Webführer für das Gesundheitswesen. Enthalten sind auch E-Mail-Adressen, darunter viele individuelle Adressen der Ansprechpartner.

Um das Auffinden zu erleichtern, ist das Buch nach Rubriken gegliedert. Diese enthalten Ministerien, Parlamente, Sozialgerichte, Bundesämter, Datenschutz, Gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherung sowie weitere Kostenträger, die Verbände der Ärzte, Zahnärzte, Psychologen/Psychotherapeuten und Apotheker sowie der Fach- und Assistenzberufe im Gesundheitswesen, Krankenhausgesellschaften und –verbände, Wissenschaftliche Gesellschaften, Fachgesellschaften, Institute, Public Health, Verbände der Wohlfahrt, Alten- und Krankenpflege, Müttergenesung, Verbände und Organisationen der/für Behinderte(n) u. Selbsthilfe, Suchthilfe, Gesundheitsaufklärung, Hilfswerke und Stiftungen sowie Verbände des Arzneimittelbereichs, Medizinprodukte und -technik, Innungsberufe.

Das vorliegende Jahrbuch ist noch vor der Bundestagswahl vom vergangenen Herbst erschienen. Die Veränderungen in Bundes- und Landesregierung und in den Parlamenten sind deshalb naturgemäß nicht berücksichtigt. Der Verlag hat jedoch bereits eine Aktualisierung angekündigt. Darüber hinaus soll die regelmäßige Aktualisierung des Online-Adressdatenbestandes Adressen auf dem jeweils aktuellstem Stand gewährleisten. Die Online-Version bietet außerdem zusätzliche komfortable Suchmöglichkeiten.

Jürgen Stoschek, Starnberg

Die Landesverbände der sächsischen Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen e.V. (LVSK) // Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) suchen zum nächstmöglichen Termin eine/-n

Leiter/-in der Prüfungsstelle für die vertragsärztliche Versorgung des Freistaates Sachsen

Die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise nach § 106 SGB V ist eine gemeinsame Aufgabe der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Die LVSK und die KVS haben gemäß § 106 Abs. 4 SGB V eine gemeinsame Prüfungsstelle für die vertragsärztliche Versorgung im Freistaat Sachsen gebildet.

Ihr Aufgabengebiet umfasst die eigenverantwortliche fachliche, organisatorische und disziplinarische Führung der laufenden Verwaltungsgeschäfte der Prüfungsstelle unter Wahrung der besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach § 78 a SGB X.

Insbesondere handelt es sich um folgende Aufgaben:
- Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V und Entscheidung über zu treffende Maßnahmen einschließlich Bescheiderstellung und gerichtlicher Vertretung
- eigenständige Führung von bis zu 25 Mitarbeitern/-innen
- Gewährleistung der gesetzlich und vertraglich vorgeschriebenen Informations- und Berichtspflicht gegenüber den Vertragspartnern und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales als Aufsichtsbehörde
- Abstimmung mit dem Vorsitzenden/Stellvertreter des Beschwerdeausschusses
- Haushaltsplanung und -vollzug, Rechnungslegung, statistische Erhebungen, Controlling

Wir erwarten:
Eine Führungspersönlichkeit mit abgeschlossenem Hochschul-/Fachhochschulstudium, sozialer Kompetenz, kommunikativen Fähigkeiten, Einsatzbereitschaft, Flexibilität, Belastbarkeit, Organisationstalent und mehrjähriger Leitungserfahrung, vorzugsweise mit verwaltungsrechtlicher oder juristischer Ausbildung; gern auch andere Fachrichtungen mit nachgewiesener Erfahrung.

Wünschenswert sind:
Fundierte Kenntnisse im Sozialverwaltungsrecht einschließlich der gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen der vertragsärztlichen Versorgung; begrüßenswert sind zudem Kenntnisse auf dem Gebiet der Arznei- und Heilmittelversorgung.

Der Arbeitsort ist Dresden.

Bitte senden Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellung innerhalb von **zwei Wochen** nach Erscheinen der Anzeige an die folgende Adresse:
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Landesgeschäftsstelle Schützenhöhe 12, 01099 Dresden

Renate Müller

Die Rolle von Marken in der Integrierten Versorgung in Zeiten von Gesundheitsfonds & Morbi-RSA

Ob und welche Rolle Marken in der Integrierten Versorgung bzw. in neuen Versorgungsformen spielen, damit befasst sich seit mehr als zwei Jahren ausführlich eine Arbeitsgruppe in der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG). Der Arbeitstitel lautete „Marken und Markenkommunikation in der Integrierten Versorgung: Eine Notwendigkeit oder Geldverschwendung?"

Mehr als einmal waren Einwände gefallen wie: Unternehmen in der freien Wirtschaft – und wem fiele da nicht der Klassiker „Coca Cola" oder andere starke „Brands" ein – brauchen natürlich Marken. „Aber im Gesundheitswesen braucht man das nicht", scheint der gedachte Zusatz vieler aus der Branche zu sein. Da wittert man „Werbung", „unseriöse Versprechungen" und Kapitalismus. Damit will man nichts zu tun haben, hat man auch nicht nötig: denn man ist „gut", bietet beste Behandlungsqualität, jeder für sich, und das reicht.

Dass Bemühungen und beste Absichten nicht ausreichen, um medizinisch und wirtschaftlich erfolgreich neue interdisziplinäre Versorgungsprozesse aufzubauen, ist eine Erfahrung, die die Mitglieder der GRPG-Arbeitsgruppe aus Pharmaindustrie, Rehabilitation, Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV), Privatversicherung, Managed Care (BMC), Apotheken und Branding & Strategischer Kommunikation[1] teilen. Gravierend zeigt sich das auch bei der Einschreibung und der Bindung von Patienten: „Es gibt integrierte Versorgungsprozesse, aber nur wenige machen mit."

1. Veränderte Rahmenbedingungen in der Gesundheitswirtschaft und für die Neuen Versorgungsformen

Mit den Gesundheitsreformen der letzten Jahre sind neue Gestaltungsspielräume in der Gesundheitsversorgung möglich geworden, die es zuvor nicht gab. Erstmals bewegten sich Partner aus den unterschiedlichen Bereichen wie Haus- und Fachärzte, Pharmahersteller, Apotheken, Therapeuten, Medizintechnik, Sanitätshäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Klinken und Krankenkassen aufeinander zu, um gemeinsam Versorgungsprozesse zu entwickeln und zum Teil auch um sie zu lenken und zu „managen".

Eine besondere Schwierigkeit dabei ist, dass jeder Bereich seine ganz eigenen Denkformen hat und auch eigene Interessen verfolgt, die durchaus auch gegenläufig sein können. Die Anschubfinanzierung für integrierte Projekte half, finanzielle Hürden zu nehmen und ermöglichte auch „Experimente", die wirtschaftliche und unternehmerische Standards häufig außen vor ließen bzw. als sekundär behandelten. Motto: „Wir fangen jetzt mal an und sehen dann weiter."

Das Jahr 2009: Morbi-RSA, Gesundheitsfonds, Zusatzbeitrag

Mit 2009 kamen weitere einschneidende Änderungen: Am 31. 12. 2008 lief die Anschubfinanzierung aus und eine große Zahl Integrierter Versorgungsverträge wurden gekündigt. Alle alten und neuen Projekte sind jetzt unter einem höheren unternehmerischen und wirtschaftlichen Druck, tatsächlich nachweisbare Ergebnisse zu erzielen – oder sie kommen erst gar nicht mehr zustande.

Krankenkassen und auch die anderen Teilnehmer der Gesundheitswirtschaft sind durch weitere Änderungen gezwungen, neue Wege zu erproben:

- Die Einführung des Morbi-RSAs bringt für 80 Krankheiten zusätzlich Einnahmen.
- Der Start des Gesundheitsfonds setzt die Beitragssätze für alle Kassen zunächst einheitlich fest.

[1] Dr. Dieter Barth, MSD Sharp & Dohme GmbH, Volker Heuzeroth, TAUNUS BKK, Dr. Klaus Meyer-Lutterloh, BMC (Bundesverband Managed Care), Dr. Renate Müller, Brandleague – The Branding Company, Dr. Jana Ranneberg, BKK Landesverband Bayern, Achim Schäfer, Geschäftsführer der Klinik Höhenried, Alexandra Schmidt, BAV Bayerischer Apothekerverband e. V., Dr. Wolfgang Schneider, BAV Bayerischer Apothekerverband e.V., Oliver Stumpe, Mondial Assistance

- Es gibt die Möglichkeit, Zusatzbeiträge zu erheben, falls die definierten Beitragseinnahmen nicht ausreichen.

Erstmals ist jetzt jede Krankenversicherung darauf angewiesen, sich Klarheit über die eigene Versichertenstruktur zu verschaffen und dann zu entscheiden, welche Zielgruppen für ihr Bestehen im Markt wichtig sind und welche „Produkte" – sprich Versorgungsangebote – für diese Zielgruppen entwickelt werden müssen. Denn nur wenn es gelingt, nachhaltige Heilungserfolge zu erzielen bzw. die Verschlechterung eines Gesundheitsstatus zu verhindern, existiert eine Wahrscheinlichkeit, zu den Gewinnerkassen zu gehören, die die politisch gewünschte Konzentration in der Krankenkassenlandschaft übersteht.

Es wird entscheidend sein, die „richtigen" d. h. medizinisch und wirtschaftlich überzeugenden Behandlungsprodukte mit den dafür besten Partnern zu entwickeln, die Patienten/Kunden zum Einschreiben, zum Mitmachen und zum Bleiben zu motivieren und den gesamten Prozess mit den üblichen Managementinstrumenten zu „controllen" und ständig zu optimieren.

Da der Beitragssatz als Argument für oder gegen die Wahl einer bestimmen Krankenkasse jetzt wegfällt, bleibt den Krankenkassen nur die Option, sich über spezielle Angebote sowie über deren Qualität, Akzeptanz und auch Wirtschaftlichkeit zu unterscheiden. Auch das Erheben eines Zusatzbeitrages kann dann legitimiert werden, wenn der Versicherte einen für ihn relevanten Mehrwert erhält – das ist der Kunde aus anderen Dienstleistungsbereichen auch so gewöhnt.

Es wird hier nicht weiter darauf eingegangen, dass das Portfolio an erfolgreichen Behandlungsangeboten bzw. auch an Produktlinien für gesunde Versicherte natürlich auch der Weg ist, um der jeweiligen Krankenkasse ein Gesicht zu geben, sie eine „Marke" sein oder werden lässt, die neue Versicherte gewinnt bzw. die bestehenden behält.

Zunahme der Zahl neuer Vertrags- und Versorgungsformen

Nach Einschätzung von IMS Health werden bereits im Jahr 2010 80 % der GKV-Ausgaben über Selektivverträge gesteuert, das heißt Direktverträge mit Leistungserbringern, die dezentral und wettbewerblich zustande kommen. Die reguläre Versorgung über Kollektivverträge würde dann auf 20 % der Ausgaben zurückgedrängt.[2] Die Direktverträge sind die Grundlage für die Entwicklung von neuen Versorgungsformen, die sich als „dritter Versorgungsweg" in Deutschland in den nächsten fünf Jahren etablieren werden – so Prof. Heinz J. Janssen.[3]

Hat man seit 2004 bereits eine Vielzahl von Verträgen zu neuen Versorgungsformen abgeschlossen, so müssen diese als Verträge der ersten Generation betrachtet werden, die verbesserungsfähig sind. Mit der neuen Generation sind wesentlich größere, umfangreichere Vertragskonstrukte zu erwarten, die auch mehr populationsbezogene Angebote umfassen werden und die mit Ausbau medizinischer Versorgungszentren, E-Health etc. schnell an Größe und Bedeutung zunehmen werden.

Zusammengefasst: Große Vertragswerke zu neuen Versorgungsformen werden signifikant zunehmen, die mit professionellem Management und als „echte" Dienstleistungsunternehmen geführt werden. Es kommt zum Wettbewerb um geeignete Partner und auch um einzuschreibende Versicherte und Patienten.

Vielfalt – Auswahl – Akquise relevanter Zielgruppen (bei Partnern und Kunden) – Entwicklung von kundenorientierten Produkten und Serviceleistungen – Alleinstellungsmerkmale – Wirtschaftlichkeit – Ausbaufähigkeit: All das sind Parameter, die andere Wirtschaftsbereiche zur Entwicklung und kontinuierlichen Pflege von Markenprofilen führten.

2. Was ist eine „Marke"? – eine Annäherung mit Beispiel

Jeder kennt Marken und die meisten glauben auch zu wissen, was eine Marke ist und bedeutet. Jedoch ist es nicht so einfach, wie es auf den ersten Blick aussieht. Im Deutschen beschreibt das Wort „Marke" sowohl die Handelsmarke, englisch „Trademark", die in den Bereich der Marken- und Patentanwälte fällt, als auch die öffentlich wahrgenommene Marke, die im Englischen mit „Brand" bezeichnet wird. Um „Marke als Brand" geht es in diesem Beitrag.

Es gibt viele Versuche, „Marke" oder „Brand" zu definieren. Gängig ist es zu meinen, eine Marke sei, wenn man einen Namen und ein Logo hat, die einen Gegenstand oder eine Dienstleistung kennzeichnen, um ihn von anderen oder vergleichbaren Angeboten zu unterscheiden. Das ist aber zu kurz gegriffen: Name und Logo sind nur die äußere Haut einer Marke. Nach Walter Landor[4] ist die Marke ein „Versprechen": Indem ein Produkt oder eine Dienstleistung identifizierbar wird und seine Authentizität bekommt, liefert es ein Qualitätsversprechen ab. Ein Versprechen erzeugt in der Vorstellung des Adressaten eine Erwartungshaltung. Genau hier, im Kopf des Kunden, bilden sich Markenvorstellungen und entwickeln ihre entscheidungstreibende Kraft. „Brand is a ‚mental box'"[5], eine Ansammlung an un-

[2] IMS Health, Präsentation Oktober 2008

[3] Janssen, Heinz J. IGP Bremen in: medicalnetworks Spitzenmedizin Kassel (2008) S. 17

[4] Walter Landor (1913–1915), deutschstämmiger „Branding Pioneer", der 1941 die heute weltweit tätige Landor Gruppe für Markendesign und Markenentwicklung gründete.

[5] Aaker, D. Building Strong Brands (1996)

terschiedlichen Wahrnehmungen, Erfahrungen und Assoziationen, die beim Konsumenten Bilder im Kopf erzeugen.
Eine Marke ist nicht „Werbung“ und nicht „Marketing“, dieses sind Instrumente, um Markeninhalte in die Köpfe der Kunden zu bringen. Eine Marke ist auch nicht zu verwechseln mit den Produkten selbst. Sie ist vergleichbar einer lebendigen Persönlichkeit, die sich von anderen unterscheidet, auf ihre Weise einmalig ist und sich verständlich und auch emotional vermitteln lässt. Ihren Charakter bestimmen Produktentwicklung, Werbeauftritt, Marketingmaßnahmen und auch Logo und Namen.

Marken sind Strategie

„Lebendige Persönlichkeit“, „Charakter“, „einmalig“ – das hört sich blumig, „kreativ“ und wenig fassbar an. Um so mehr verwundert dann die Behauptung, dass Strategie das Herz jeder erfolgreichen Marke ist.
Zuerst kommt die Unternehmensstrategie: sie muss in sich schlüssig sein und das Geschäftsmodell tragfähig. Substanzlosigkeit lässt sich nur kurzfristig „auffrisieren“, um dann sehr schnell aus den Köpfen der Kunden für immer zu verschwinden. Ist die Unternehmensstrategie entwickelt, muss sie daraufhin geprüft werden, ob und wie sie für Partner und Kunden verständlich und überzeugend kommuniziert werden kann. Die Entwicklung einer Marke ist inhaltlich und zeitlich eng mit der Unternehmensstrategie zusammenzubinden.
Der Markenaufbau setzt die klare Definition der wichtigsten Zielgruppen, eine genaue Beschäftigung mit deren Bedarf sowie eine präzise Analyse der Wettbewerber, ihrer Angebote und deren Vermarktung voraus. Aus diesen Parametern wird dann das Markenkonzept entwickelt. Eine strategische Entscheidung führt zur konkreten Markenkonstruktion, die lebendig und erfahrbar gestaltet werden muss. Dafür bedarf es den Mut, komplexe Unternehmensleistungen auf das Wesentliche zu reduzieren.

Marken sind Inszenierungen

Die Reduzierung auf das Wesentliche ist die Voraussetzung dafür, dass man dies dann überzeugend und passend „in Szene“ setzen kann. Jetzt ist Kreativität gefragt. Die Kernbotschaften der Marke brauchen eine ansprechende und überzeugende Präsentation in unterschiedlichen Facetten: vom Namen über das Logo, die Sprache, die ausgewählten Fotos, Bildfolgen, Inneneinrichtung, Farben bis hin zur Auswahl der „richtigen“ Partner und Mitarbeiter. Denn nur in sich Stimmiges, Verständliches und für die Zielgruppe funktional oder emotional Nutzbares passieren Filter und Barrieren in den Köpfen der Kunden und verankern sich als Summe zu einer bestimmten Markenvorstellung.

Marken brauchen Kontinuität und Konsequenz

Um das zu erreichen, braucht es aber auch Kontinuität und Konsequenz. Eine Marke benötigt Zeit, um sich zu etablieren: Der Nutzer muss damit Erfahrungen machen können, die bei ihm im Gedächtnis bleiben. Verschiedene Bereiche müssen sich zu einem glaubwürdigen Bild zusammensetzen, in dieselbe Richtung weisen und wenn möglich verstärken: Z. B. ein bestimmtes Versprechen aus einer Markenbroschüre deckt sich mit der Erfahrung bei der Nutzung des Produktes oder der Dienstleistung und das wiederholt. Das Erfolgsrezept heißt bei Markenaufbau und Markenführung: lieber weniger, aber dafür kontinuierlich, konsequent und kontrolliert.

Ein Beispiel integrierter Marken-Versorgung

„Integrierte Versorgung“ ist keine Domäne der Gesundheitswirtschaft. Es gibt in vielen Wirtschaftszweigen die Verbindung von unterschiedlichen Dienstleistungen und/oder Produkten zu einem geschlossenen mehrteiligen Dienstleistungsprozess unter einem Markendach. Hier ein bewusst branchenfremdes Beispiel, das sich durchaus als Vergleich eignet: Nespresso – Eine integrierte Versorgungsmarke.[6]
Der Kaffeemarkt ist ein Verdrängungsmarkt und existiert unter schwierigen Rahmenbedingungen: Die Rohstoffpreise für Kaffee sind abhängig von Wetter, Ernte und Politik und befinden sich seit Jahren auf Achterbahnfahrt. Es gibt eine Vielzahl von Kaffeemarken: Premium bis günstig.[7]
Seit Jahren ist Nespresso trotzdem im Aufstieg – und das bei einem Kilopreis des Kaffees, der im Mittel ungefähr doppelt so hoch liegt wie der seiner Mitbewerber. Die Unternehmens- und Markenstrategie lautet: Höchste Qualität, die Lebensqualität vermittelt. „Das perfekte Kaffee-Erlebnis“ lautet der Slogan. Dabei fokusiert sich die Marke auf drei sonst separat betrachtete Bereiche: Kaffee – Maschinen – Service.
Diese einzigartige Mischung ihres integrierten Angebots und die Umsetzung in Markenbilder im Kopf des Konsumenten bescherte Nespresso in 2007 ein 40 %iges Umsatzwachstum und einen 38 %igen Anstieg an Club-Mitgliedern auf 4 Millionen.[8]
Besonders erwähnenswert erscheint in unserem Zusammenhang, dass Nespresso im Maschinenbereich in der Lage war, die Expertise von Wettbewerbern einzubinden. Aufgrund ihres klaren Markenzuschnit-

[6] Ein anderes Beispiel, das sich als Vergleich anbietet, ist „Star Alliance“. Hier haben sich untereinander konkurrierende Luftfahrtgesellschaften zusammengeschlossen, um gemeinsam ihren Kunden mehr Dienstleistungsqualität, mehr Angebote und bessere Konditionen anbieten zu können.

[7] Kaffeemarken in Deutschland: San Francisco Coffee Shop, Coffee Fellows, Segafreddo, Lavazza, Tchibo, Illy, Testa Rossa, Dallmayer etc.

[8] Nespresso Corporate Backgrounder (2008), S. 2, 5

tes konnte Nespresso zum eigenen und auch zum Nutzen der ausgewählten Partner wie De' Longhi, Siemens oder Miele dazu einladen, gemeinsam technisch besonders ausgefeilte, bedienerfreundliche und zuverlässige Maschinen zu entwickeln. Diese „Nespresso"-Maschinen zogen im Business-to-Consumer Bereich mit 26,6 % Marktanteil an die Weltspitze, vorbei an den Espressomaschinen der kooperierenden Marken.

Dass mit einer starken Marke offene Kooperationen mit Wettbewerbern auch in der Gesundheitswirtschaft erfolgreich sind, das beweist die Hirslanden Privatklinikgruppe in der Schweiz. Hier wurden in der Unternehmens- und Markenstrategie Kooperationen mitgedacht. In der Liste der Unternehmenspartner finden sich nicht nur international führende Marken der Pharmaindustrie und der Medizintechnik, sondern auch Gesundheits- und Wellnessmarken oder Marken für Körperpflege oder Säuglings- und Kinderbedarf usw.[9]

3. Für was braucht man Marken? Was leisten sie?

Marken sind in den Konsumenten-Köpfen wirksame Orientierungs- und Entscheidungshilfen. Der Einkauf in einem Supermarkt mit seiner überbordenden Produktvielfalt würde ohne persönlich favorisierte „Orientierungs-Marken" zu einer hoffnungslosen Überforderung. Marken, mit denen man bereits selbst überzeugende Erfahrungen gemacht hat oder die einem von einer glaubhaften Person empfohlen wurden, schaffen Vertrauen: „Das war einmal gut, dann wird es auch ein zweites und drittes Mal gut sein."

Das setzt voraus, dass die Erwartungshaltung des Kunden jedes Mal aufs Neue bestätigt wird. Das ist nur möglich, wenn bei Marken-Produkten und Marken-Dienstleistungen auch immer wieder dieselbe Qualität, dasselbe bekannte und geschätzte Prozedere garantiert ist. Marken zwingen damit auch Produzenten und Leistungserbringer zu einer bestimmten Standardisierung und einem effizienten Qualitätsmanagement.[10] Denn nur so kann das positive Erlebnis wiederholt überzeugen und zur Kundenbindung führen.

Ist es einer Marke gelungen, dieses Vertrauen beim Kunden aufzubauen und einen favorisierten Platz einzunehmen, dann ist es für Wettbewerber schwieriger, diesen Kunden für sich zu gewinnen. Hinzu kommt, dass es dann erheblich einfacher ist, das Vertrauen auszudehnen auf weitere Angebote des Marken-Herstellers bzw. Marken-Leistungserbringers. Der Kunde gibt dem Markenunternehmen einen Vertrauensvorschuss und entscheidet sich schneller, das neue Angebot probeweise zu wählen, da man ja bereits mit der Marken-Familie gute Erfahrungen gemacht hat.

Weil Marken Ausbaumöglichkeiten sowie Kundenbindung erreichen können, ist es auch verständlich, dass eine im Markt gut eingeführte Marke zur hohen Wertsteigerung des Unternehmens beiträgt und als betriebswirtschaftliches Gut neben Patenten oder Geräten den Unternehmenswert nach oben treibt.[11]

4. Welche Rolle spielen Marken in den neuen Versorgungsformen?

„Markenaufbau, Marketing und Kommunikation sind bisher weitgehend unterschätzte Themen im Rahmen der Integrierten Versorgung. Die Folge: Es schreiben sich oft nicht genügend Patienten ein. IV-Netzwerke müssen sich klar im Markt positionieren, wenn sie Bestand haben wollen" – schrieb Holger Storcks bereits 2006 als die Integrierte Versorgung nach § 140 sich gerade auf den Weg gemacht hatte.[12] Mittlerweile hat der Gesetzgeber weitere vertragliche Ausgestaltungsmöglichkeiten in Kraft gesetzt und der Wettbewerb und die Größe der Versorgungsmodelle nehmen zu, wie schon oben beschrieben wurde (s. „Veränderte Rahmenbedingungen in der Gesundheitswirtschaft und für die Neuen Versorgungsformen"). Allerdings hat das Bewusstsein für die Notwendigkeit strategischer Kommunikation für den Erfolg neuer Versorgungsmodelle bis jetzt noch nicht in derselben Weise zugenommen.

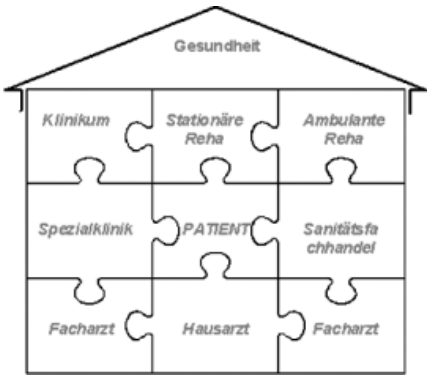


Abb. 1: IGV nach Prof. Gries

Marken und ein darauf abgestimmtes Marketing sind aber nicht nur für die Einschreibung und die Bindung von Patienten erforderlich, sondern schon zu einem viel früheren Zeitpunkt, nämlich bei der Auswahl der geeigneten Leistungserbringer.

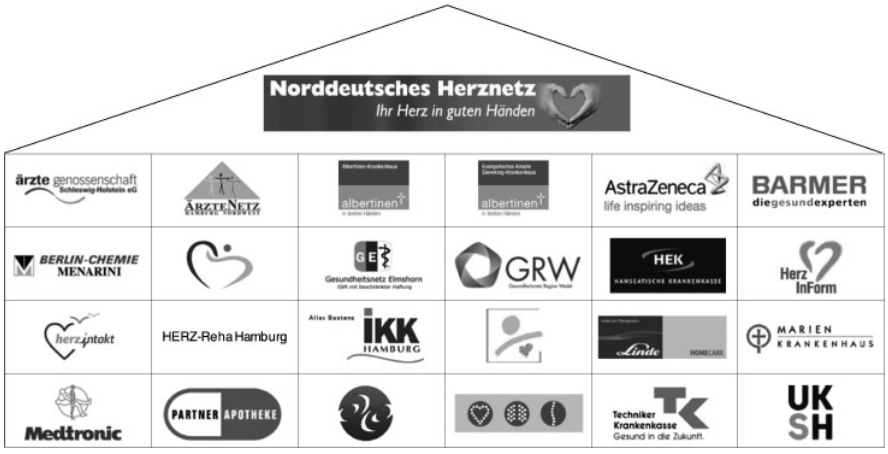
[9] Müller, R., Amorim, I.: „Markenführung in Krankenhäusern am Beispiel Hirslanden – Kooperationen mitdenken", kommunikationsmanager, (2007), (3), 40-42

[10] Snihurowych, R. , Cornelius, F., Amelung, V.: Can Branding by Health Care Provider Organizations Drive the Delivery of Higher Technical and Service Quality?, Q Manage Health Care (2009), Vol. 18, No. 2, 126–134

[11] Die Hirslanden Privatkliniken wurden im Sommer 2008 gewinnträchtig an die südafrikanische Klinikgruppe Medi-Clinic verkauft. Als eine der Gründe für die hohe Kaufsumme wurde das Netz an Krankenhäusern genannt, das sich mit der exzellent eingeführten Marke leicht in der Schweiz und auch im benachbarten Ausland ausdehnen ließe. aus: Finanz und Wirtschaft, 28. November 2007 (Spitäler): Medi-Clinic will Hirslanden ausbauen

[12] Storcks, H. (2006): ku Sonderheft: Integrierte Versorgung 10/2006, S. 22

(Abb. 2: Holger Storcks)



(Abb. 3: Norddeutsches Herznetz: 24 Partner im Einsatz)

Was auf dem abstrakten Schaubild zur Integrierten Versorgung (s. Abb. 1) sich so naht- und problemlos als Puzzle unter dem Dach Gesundheit zusammenfügt – Kliniken, Rehabilitation, Fachhandel, Fach- und Hausärzte, Patient, Therapeuten, Pharma- und Medizintechnik- oder Diagnostik-Unternehmen, Krankenkassen etc. – ist in der Realität ein nur mühsam zu entwickelndes „Team". Die Kooperationspartner müssen bereit sein, gemeinsam für den Erfolg des integrierten Behandlungsprozesses Verantwortung zu übernehmen.

Nur wenn klar definiert ist, für was eine Versorgungsform steht, welche Inhalte und welchen Nutzen sie für Patienten und teilnehmende Leistungserbringer und auch für Einweiser hat, ist man in der Lage zu definieren, wie die idealen oder zumindest passenden Kooperationspartner aussehen sollten. Erst im zweiten Schritt ist dann auch an das Patientenmarketing zu denken, das zur Einschreibung und zur Compliance motiviert.

Denn gelingt der erste, innere Schritt nicht, nämlich die passenden Partner zu finden und zu halten, dann hat der zweite Schritt, das dem Patienten zugewandte Marketing wenig Chance auf Erfolg.

Eine starke Marke schafft sowohl die gemeinsame Basis für Partner und Patienten als auch weitere Entwicklungsmöglichkeiten: Nach dem Erfolgsrezept des Norddeutschen Herznetzes wird das Norddeutsche Orthopädienetz und das Norddeutsche Epilepsienetz aufgebaut. Weitere Indikationen oder regionale Varianten wie etwa ein Süddeutsches oder Ostdeutsches Herznetz sind vorstellbar.

5. Wie werden Marken entwickelt?

Bisher wurde beschrieben, was Marken sind und für was man sie braucht, insbesondere in den neuen Versorgungsformen. Nur kurz sei hier auch darauf eingegangen wie Marken entwickelt und implementiert werden können. Es gibt dazu unterschiedlichste Modelle[13], allen gemeinsam ist eine systematische Vorgehensweise. Brandleague entwickelte vor Jahren eine Matrix, die auch Interessierten ohne Marketingfachkenntnisse einen verständlichen Überblick zum Thema Corporate Branding gibt.

Corporate Branding ist kein Produkt, sondern ein Prozess. Dieser Prozess besteht aus mehreren Phasen: Analyse, Konzeption, Implementierung und Markenführung. Implementierung und Markenführung ist dabei der Teil, der sich über die gesamte Zeitspanne, in der die Marke sich im Markt behauptet, erstreckt und deren Maßnahmen und Ergebnisse kontinuierlich geprüft werden müssen. In jeder Phase sind drei Dimensionen zu berücksichtigen: die Kunden, das Unternehmen und die Wettbewerber.

[13] Aaker, D. (1991): Managing Brand Equity: Capitalizing on the Value of a Brand Name, B&T; zum Interbrand Marken-Modell: Marken Hart, S. (Autor) / Murphy, J.(Hrsg.) (1998): Brands: The New Wealth Creators, New York

Die Brandleague Corporate Branding Matrix:

Dimensionen	Phasen		
	Analye	Marken-konzeptione	Implementierung & Markenführung
Kunden	Marktanalyse	Marken-Nutzen	Unternehmens-kommunikation
Unternehmen	Selbstanalyse	Marken-Identität	Interne Kommunikation
Wettbewerber	Konkurrenzanalyse	Marken-Positionierung	Konkurrenz-beobachtung

Die Analysephase

Die Markenanalyse ist vergleichbar einer Stoffsammlung, auf deren Grundlage die Markenkonzeption erfolgt. Umso stichhaltiger und datengesicherter diese Analysefelder bearbeitet werden, desto besser kann die Markenkonzeption sein.

Im Zusammenhang mit den neuen Versorgungsformen ist hier eine besondere Schwierigkeit, die wichtigsten Kundengruppen zu identifizieren, die eben weit umfangreicher sind als nur die Patienten (siehe Abb. 1: Gries und Abb. 3: Norddeutsches Herznetz).

Auch der Punkt „Konkurrenzanalyse" ist bei den meisten Neuen Versorgungsformen zu kurz behandelt, denn es herrscht häufig die Meinung, dass das Versorgungsangebot so neu und einzigartig ist, dass es noch keine Wettbewerber gäbe. Aber als Wettbewerber sind alle zu betrachten, die jetzt oder mittel- und langfristig diesen Patienten in dieser Region und mit diesen Beschwerden auch behandeln könnten bzw. es auch schon tun.

Das bedeutet, dass ein indikationsbezogenes Behandlungsangebot in einer Region durchaus auch populationsbezogene Behandlungsangebote, Krankenhäuser, MVZs (einzelne oder MVZ-Ketten), Gemeinschaftspraxen oder niedergelassene Haus- und Fachärzte zu seinen Wettbewerbern zu zählen hat. Denn sie bemühen sich um dieselben Patienten und möglicherweise auch um dieselben Partner wie z. B. die stärksten Krankenkassen in dieser Region.

Die Konzeptionsphase

Die Markenkonzeption ist der Konzentrationsprozess der ermittelten Daten und Fakten in der Analyse. Die Punkte Marken-Nutzen und Marken-Identität müssen stringent und glaubwürdig aufeinander aufbauen. Hier ist als besonderes Merkmal für die Neuen Versorgungsformen wieder der Nutzen für alle wichtigen Kundengruppen herauszuarbeiten, um diese gezielt zu bedienen.

Marken-Nutzen

Die Marke interessiert den Kunden nur insoweit er mit ihr einen konkreten Nutzen hat bzw. haben kann. Es kann sowohl ein reeller wie auch ein virtueller Nutzen sein.

Marken-Identität

Die Marken-Identität ist die Summe aller Assoziationen, die die Marke erwecken soll. Ziel ist, dass Marken-Identität und Marken-Image (die Summe aller Assoziationen, die eine Marke tatsächlich erweckt) deckungsgleich werden. Zur Marken-Identität gehören die Eigenschaften der Dienstleistung sowie die des Unternehmens. Auch hier gibt es bei Neuen Versorgungsformen eine Besonderheit zu beachten, nämlich die, dass sich hier in dem Unternehmen häufig Partner zusammentun, die selbst ein starkes Profil in ihrem Segment haben etwa Pharmaunternehmen oder Krankenkassen (siehe Abb. 3: Norddeutsches Herznetz). Es gilt deswegen sehr genau zu prüfen, ob und wie die unterschiedlichen Markenprofile zusammenpassen.

Marken-Positionierung

Bei Positionierung denkt man oft nur an die Abgrenzung gegenüber Wettbewerbern. Wichtig ist aber nicht nur den Unterschied zu betonen sondern auch die Ähnlichkeiten: Denn man denkt in Kategorien und alle Marken in einer bestimmten Kategorie haben Mindestanforderungen zu erfüllen.

6. Fazit & Ausblick

Das Fazit ist knapp in einer These zusammenzufassen: Markenbildung und Markenführung bieten einen Lösungsansatz für die jetzt bestehenden Defizite in neuen interdisziplinären Versorgungs- und Gesundheitsangeboten.[14]

Zu den Defiziten[15] zählen:

- **Intransparenz und Unverständlichkeit des Angebotes**

[14] Zum Thema „neue Versorgungsformen" gibt es noch wenige wissenschaftliche Studien. Schon die Definition, was denn genau unter „neuen Versorgungsformen" oder der „Integrierten Versorgung" zu verstehen sei, wirft Probleme auf. Siehe dazu: Lauven, G. (2007): Ein gemeinsames Dach Versorgungs-Integration – Vorschlag für eine Systematik In: ku Sonderheft Integrierte Versorgung: Manchmal noch schief geknöpft, S. 6-9

[15] Was hier als Defizite bezeichnet wird, sind empirische Feststellungen aus der Bearbeitung der Fallbeispiele in der GRPG-Arbeitsgruppe zu Neuen Versorgungsformen und Marken sowie vieler Fallbeispiele aus „Leuchtturmprojekte – Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren": Weatherly, J./ Seiler R. / Meyer-Lutterloh, K./ Schmid, E./ Lägel, R./Amelung, V., (2007). Wissenschaftlich gestützt werden diese Beobachtungen durch Ergebnisse zweier Untersuchungen. Die erste stammt aus dem Jahr 1999 über Ärztenetzwerke: Westebbe, P. (1999): Ärzte im Netz (im Auftrag Janssen-Cilag GmbH), Neuss sowie aus einer Benchmarkstudie zur Integrierten Versorgung in 2007: Theurl, T./Franz, S. (2007): Benchmark Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen – Erste Ergebnisse (Arbeitspapiere des IfG Münster Nr. 64) Münster. Beide Studien fußen auf einer Befragung der Leistungserbringer, Patienten wurden nicht einbezogen.

- Fehlende **Entwicklung eines Unternehmenskerns** mit klaren Zielen, Zielgruppen, Werten und Definition der Kernkompetenzen
- Fehlen von **bindenden Aufnahmekriterien** für Partner und Kunden/Patienten
- geringe **Identifikation/Bindung** der Partner und Patienten
- mangelnde kontinuierliche **Kommunikation** nach innen und außen

Stellt man sich einer Markenentwicklung und einer kontinuierlichen Markenführung auch in den Unternehmen neuer Versorgungsformen, dann werden die oben genannten Defizite mit Sicherheit abnehmen. Denn Transparenz und Verständlichkeit des Angebotes stehen im Mittelpunkt einer strategischen Kommunikation, ein klar definierter Unternehmenskern mit definierten Zielen und Zielgruppen sind Voraussetzung. Dann können davon abgeleitet auch eindeutige Aufnahmekriterien für Partner und Patienten formuliert werden, die in der Folge eine höhere Bindung ergeben.

Es soll nicht behauptet werden, dass der Aufbau einer Marke und eine kontinuierliche Markenpflege alle bestehenden Probleme in größer angelegten integrierten Versorgungsprozessen beenden. Doch der Blick auf andere Wirtschaftsbereiche weist deutlich darauf hin, dass Unternehmen im Wettbewerb keine Wahl haben, sich dieses Managementinstruments zu bedienen, wenn sie im Markt langfristig bestehen wollen – auch und gerade in wenig kalkulierbaren Märkten, wie es die Gesundheitswirtschaft nun einmal ist.

Autor:
Dr. Renate Müller
Zweibrückenstraße 8 VH
80331 München

Buchbesprechung

Recht am Krankenbett – Zur Kommerzialisierung des Gesundheitssystems. Gunnar Duttge/Carsten Dochow/Marc-Alexander Waschkewitz/Alexandra Kristina Weber (Hg.) Göttinger Schriften zum Medizinrecht Band 7, Universitätsverlag Göttingen 2009, 220 S., 28 Euro

Mit dem Eintritt in das Zeitalter einer hochtechnisierten, auf ständige Optimierung ausgerichteten medizinischen Versorgung wachsen die Herausforderungen an die Finanzierbarkeit eines leistungsfähigen modernen Gesundheitswesens. Der Wunsch nach bestmöglicher Versorgung trifft unsanft auf die Erkenntnis, dass das System in Zukunft nicht mehr alles für alle wird leisten können. Nicht nur im Hinblick auf die Ausgestaltung der Leistungskataloge der gesetzlichen Kranken-und Pflegeversicherung, sondern ebenso für den Bereich der Transplantationsmedizin muss schon heute die Frage beantwortet werden, wie sich der Anspruch auf eine gerechte Verteilung der knapper werdenden Gesundheitsgüter in Zukunft noch einlösen lässt.

Der Band geht aus Vorträgen und Diskussionen der im November 2008 in Göttingen veranstalteten ELSA-Konferenz „Recht am Krankenbett - Die Kommerzialisierung des Gesundheitssystems“ hervor, die ELSA-Göttingen zusammen mit dem Göttinger Zentrum für Medizinrecht ausgerichtet hat. Der Band nimmt sich dieser aktuellen Thematiken an und will mit seinen zahlreichen Beiträgen aus gesundheitsökonomischer, medizinethischer und medizinrechtlicher Perspektive das interdisziplinäre Gespräch voranbringen. Verbindende Klammer ist die zentrale Frage nach der im europäischen Vergleich bestmöglichen Ausgestaltung eines ebenso patientenorientierten wie leistungsfähigen Gesundheitssystems.

Jürgen Stoschek, Starnberg

Buchbesprechung

Pschyrembel Sozialmedizin, Gesundheitssystem, Public Health, Sozialrecht, Rehabilitation, Prävention, Gesundheitsökonomie, bearbeitet von Silke Brüggemann, Hanno Irle und Helga Mai, Verlag: Walter de Gruyter, 552 Seiten, 39,95 Euro

Die Sozialmedizin ist ein interdisziplinäres Grundlagenfach der Humanmedizin. Sie beschreibt und analysiert die Wechselwirkung zwischen Krankheit, Gesundheit, Individuum und Gesellschaft. An sozialmedizinisch tätige Ärzte werden hohe Anforderungen gestellt und nicht jedem Beteiligtem im Gesundheitswesen ist bewusst, wie hilfreich Kenntnisse der Sozialmedizin im Arbeitsalltag sind. Das vorliegende Werk enthält alle maßgeblichen Begriffe der Sozialmedizin und liefert umfassende Definitionen. Wieder einmal stellt der Klassiker der medizinischen Literatur ein unerlässliches Nachschlagewerk für die ärztliche Literatur dar.

Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P.F. Ehlers, München

Thomas Wache | Herwig Ostermann

Verwaltungstätigkeiten in Hausarztpraxen: erste Ergebnisse einer Fragebogenerhebung bei niedergelassenen Hausärzten im Landkreis Hameln-Pyrmont (Niedersachsen)[1]

Zusammenfassung: Das zeitliche Ausmaß an Verwaltungstätigkeiten bei Hausärzten ist in Deutschland bislang kaum erforscht. Insbesondere für den Umfang von Dokumentationstätigkeiten ist im Zuge gesundheitspolitischer Veränderungsprozesse in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen, der einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit von Ärzten und die verbleibende Zeit am Patienten vermuten lässt. In einer Fragebogenerhebung an niedergelassenen Hausärzten wurde der tägliche Zeitaufwand der Ärzte und des medizinischen Fachpersonals für siebzehn Verwaltungstätigkeiten erhoben. Erste Ergebnisse zeigen, dass Hausärzte im Durchschnitt täglich insgesamt ca. 1,5 Stunden (15,67 % der Arbeitszeit) für Verwaltungstätigkeiten aufwenden. Dabei wird nahezu die Hälfte der benötigten Zeit von Verwaltungstätigkeiten beansprucht, die auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung vorgenommen werden müssen. Das medizinische Fachpersonal wendet ca. 2,5-mal soviel Zeit für Verwaltungstätigkeiten auf wie die Hausärzte (53,86 % der Arbeitszeit). Die Zeit, die Hausärzte insgesamt für Verwaltungstätigkeiten beanspruchen, korreliert negativ in mittlerer Höhe mit der Gesamtzeit, die das medizinische Fachpersonal für Verwaltungstätigkeiten aufwendet. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass der verwaltungsbedingte Zeitaufwand der Hausärzte mit der Anzahl der täglich versorgten Patienten ansteigt.

1. Verwaltungstätigkeiten von Hausärzten: zur Aktualität und Relevanz der Thematik

Gesundheitspolitische Veränderungen wie steigender Kostendruck im Gesundheitswesen, die Einführung von Disease-Management-Programmen (DMP) und des DRG-Systems sowie die Erhebung von Praxisgebühren haben in den letzten Jahren zu einem deutlich erhöhten Dokumentationsaufwand in niedergelassenen Hausarztpraxen geführt. Im Rahmen der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion sind die daraus resultierenden Konsequenzen für die Arbeitssituation und berufliche Zufriedenheit von Ärzten vermehrt zum Thema erhoben worden. Insbesondere wird auf erhöhte Arbeitszeitbelastungen durch einen Anstieg der Verwaltungstätigkeiten hingewiesen, die nach Auffassung von Ärztevertretern nicht zu Lasten der Patientenversorgung gehen dürfe[1].

Einer aktuellen Studie zufolge belaufen sich die Arbeitszeiten von niedergelassenen Ärzten in Deutschland auf ca. 51 Stunden wöchentlich, wobei ca. 6,8 Stunden (13,3 %) für Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten aufgewendet werden[2]. Demnach nehmen deutsche Hausärzte im internationalen Vergleich eine Spitzenstellung hinsichtlich der Arbeitszeit und dem Ausmaß von bürokratischen Tätigkeiten ein. Parallel zu diesen Entwicklungen wird eine Abnahme der beruflichen Zufriedenheit bei Ärzten diskutiert, deren Ursachen nicht zuletzt auch mit dem Anstieg an patientenfernen bürokratischen Tätigkeiten in Zusammenhang gebracht wird[3].

[1] Ein besonderer Dank für die Unterstützung des Projektes geht an Dr. Thomas Kriedel, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen- Lippe (KVWL)

[1] Hoppe, J.-D. (2004). 107. Deutscher Ärztetag vom 18.- 21. Mai in Bremen – Einladung an alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 7, S. A383.

[2] Koch, K., Gehrmann, U., Sawicki, P. T. (2007): Primärärztliche Versorgung in Deutschland im nationalen Vergleich – Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 38, S. A2586.

[3] Gothe, H., Köster, A.-D., Storz, P., Nolting, H.-D., Häussler, B. (2007). Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten: Eine Übersicht der internationalen

Bislang liegen noch keine repräsentativen Untersuchungen für den deutschen Sprachraum vor, die der gesundheitspolitischen Relevanz dieser Problematik ausreichend Rechnung tragen. Dies gilt insbesondere für Studien an niedergelassenen Ärzten, in denen der patientenbezogene und bürokratische Dokumentationsaufwand vor dem Hintergrund abhängiger Faktoren wie z. B. Patientenzahlen, Praxisstruktur und Verwendung von Praxismanagementsystemen explizit untersucht wird. In der hier vorgestellten Studie wird unmittelbar an diese Forschungslücke angeknüpft. Es werden erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von niedersächsischen Hausarztpraxen, in der das Ausmaß des Verwaltungsaufwands in Relation zur Arbeit am Patienten im Mittelpunkt des Forschungsinteresses steht, vorgestellt.

2. Zur Forschungslage in Deutschland

Die aktuelle Forschungslage zeichnet sich durch Untersuchungen aus, die in erster Linie auf den Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand an Krankenhäusern ausgerichtet sind. In weitaus weniger empirischen Studien wird bisher der verwaltungsbezogene Arbeitsaufwand bei niedergelassenen Ärzten behandelt. Im Folgenden werden exemplarisch drei Studien zur aktuellen Forschungslage in Deutschland vorgestellt.

Als exemplarisch für Studien zur Situation von Ärzten im Krankenhausektor gilt die Untersuchung von Blum und Müller (2003)[4]. Anknüpfend an die Diskussion um Ärztemangel und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus als Folge neuerer gesundheitspolitischer Entwicklungen in Deutschland führten die Autoren im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eine schriftliche Repräsentativerhebung an 1010 Krankenhausärzten durch. Die Zielsetzung bestand darin, das zeitliche Ausmaß und die Formen des Dokumentationsaufwands (patientenbezogene und administrative Dokumentationsformen) zu ermitteln. Im Rahmen dieser – auch für die vorliegende Studie wegweisenden – Untersuchung konnte erstmals nachgewiesen werden, dass Dokumentationstätigkeiten einen erheblichen Anteil an der ärztlichen Arbeitszeit im Krankenhaus einnehmen und damit die unmittelbare Zeit für die Arbeit am Patienten eine potenzielle Reduktion erfährt[5].

So weisen die Ergebnisse darauf hin, dass im Bereich der patientenbezogenen Dokumentation die patientenbezogene Verlaufsdokumentation, die Erstellung des Entlassungsberichtes sowie die Dokumentation der Anamnese- und Aufnahmeuntersuchung im Vergleich zu anderen Tätigkeiten vom Zeitaufwand deutlich überwiegen. Innerhalb der administrativen Dokumentation zählen die Verschlüsselung von Diagnosen sowie die schriftliche Beantwortung der Anfragen von Kostenträgern und MDK zu den zeitaufwendigsten Faktoren. Die Studie zeigt, dass sich der zeitliche Aufwand für Dokumentationstätigkeiten deutlich zwischen den befragten Ärzten unterscheidet. Ein Ergebnis, das u. a. auf die unterschiedliche Organisationsstruktur der in die Untersuchung einbezogenen Krankenhäuser und die Organisation des ärztlichen Dienstes zurückgeführt werden kann. Mögliche Entlastungspotenziale liegen nach Auffassung der befragten Ärzte vor allem in der Verbesserung der krankenhausinternen Strukturqualität (verbesserte Ausstattung und Organisation) sowie in einer weitgehenden Standardisierung der Dokumentationstätigkeit, die in der Folge zu einer verbesserten Prozessqualität (Abnahme von Dokumentationstätigkeiten) führt[5].

Für den Bereich der niedergelassenen Ärzte wurden in einer Studie der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) die bürokratischen Belastungen der Vertragsärzte in der Region Westfalen-Lippe untersucht[6]. Ziel war die Ermittlung der bürokratischen Kosten, die aus der Tätigkeit als Vertragsarzt der kassenärztlichen Versorgung resultierten. Die daraus entstehenden Kosten wurden anhand des Standard-Kosten-Modells analysiert. Die ermittelten Bürokratiekosten beliefen sich auf 160 Mio. Euro pro Jahr bei rund 13 000 Ärzten im Mitgliederbereich der KVWL. Schätzungen für das Bundesgebiet (rd. 120 000 Vertragsärzte) belaufen sich nach Angaben der Verfasser auf 1,6 Mrd. Euro. Dabei gelten der Einzug der Praxisgebühr, Disease-Management-Programme, Anfragen der Krankenkassen sowie des Medizinischen Dienstes als die wesentlichen Bürokratiekostentreiber. Die Empfehlungen zur Reduktion gestiegener Verwaltungstätigkeiten erstrecken sich auf die Einschränkung komplexer und zeitaufwendiger Informationspflichten bis hin zu Zielgruppeneinschränkungen.

Eine weitere Untersuchung zur Erhebung bürokratischer Tätigkeiten bei 324 Ärzten führte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2005 über eine internetgestützte Erhebung an ihren Mitgliedern durch[7]. Mit 43,5 % stellten die Hausärzte

Literatur. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 20, S. A1397.

[4] Blum, K., Müller, U. (2003). Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.), Band 11, Düsseldorf.

[5] Blum, K., Müller, U. (2003). Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser. Repräsentative Erhebung des Deutschen Krankenhausinstitutes. Das Krankenhaus, 7, S. 547f.

[6] Bericht der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen- Lippe (2006). Standard-Kosten-Messung der bürokratischen Belastungen von Vertragsärzten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Dortmund, November 2006.

[7] Ergebnisbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (2005). Umfrage zum Aufwand für Bürokratie in Arztpraxen. KBV, Dezernat 4 –

die größte Gruppe der Befragten dar. Die in dieser Untersuchung erhobenen Zeitwerte für Verwaltungstätigkeiten beruhten auf der persönlichen Einschätzung der befragten Ärzte. Das Ergebnis der Umfrage zeigt einen bürokratischen Aufwand von ca. 14 Std. pro Woche. Für die 116 990 Vertragsärzte ergäbe das einen Zeitaufwand von 75 Millionen Stunden. Zu den am häufigsten genannten bürokratischen Tätigkeiten zählen der Studie zufolge die Verwaltung der Praxisgebühr, die Bearbeitung der Kassenanfragen, die Praxisbegehungen und weitere bürokratische Tätigkeiten im Rahmen von Disease-Management-Programmen.

Hinsichtlich der Zielgruppen und Studiendesigns der durchgeführten Untersuchungen zum Verwaltungsaufwand bei Ärzten in Deutschland ist die aktuelle Forschungslage von einer Spannbreite unterschiedlicher Vorgehensweisen geprägt. Das Gleiche gilt für den Einsatz der verwendeten Forschungsmethoden, die sowohl unterschiedliche mündliche und schriftliche Befragungsformen, einschlägige Verfahren zur Kostenberechnung sowie Methoden zur Zeiterfassung bürokratischer Arbeitsabläufe wie z. B. die Methode des Worksampling[8] bzw. Multimomentaufnahme umfassen. Festgehalten werden kann, dass die bislang sehr heterogene Studienlage zum Bürokratieaufwand im Rahmen ärztlicher Tätigkeiten in Deutschland noch keine verlässlichen Schlussfolgerungen zulässt, da eine Vergleichbarkeit der Forschungsergebnisse nicht gewährleistet ist. Die bisherigen Ergebnisse weisen allerdings unabhängig von der Wahl der unterschiedlichen methodischen Forschungsdesigns auf eine – im Vergleich zu patientennahen Tätigkeiten – hohe und damit gesundheitspolitisch ernst zu nehmende Belastung durch Verwaltungsaufwand innerhalb der Ärzteschaft hin. Zum aktuellen Stand der Forschung sind daher eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Problematik und insbesondere eine weiterführende zielgruppenbezogene empirische Analyse dringend erforderlich.

3. Studiendesign und methodische Vorgehensweise

Die Studie gliedert sich in zwei Teilstudien: In der ersten, im Folgenden dargestellten Teilstudie wurde der zeitliche Aufwand für Verwaltungstätigkeiten in Hausarztpraxen mit einem Fragebogen erfasst. In der zweiten Teilstudie erfolgte eine zeitliche Erfassung der ärztlichen und nicht ärztlichen patientenorientierten Tätigkeiten mit der Methode der Multimomentaufnahme.

Mit einem Fragebogen wurde der tägliche Zeitaufwand von Ärzten und dem medizinischen Fachpersonal von Hausarztpraxen für siebzehn Verwaltungstätigkeiten auf einer Skala mit 5-Minuten-Intervallen (Min = 0, Max = 60) erhoben. Für den Fall, dass der Range der Skala nicht ausreichte, war ein Feld zur numerischen Angabe der benötigten Zeit vorgesehen. Die im Fragebogen verwendeten Fragen zu bürokratischen Verwaltungstätigkeiten entstammen einer Studie der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)[6]. Die Ermittlung der übrigen im Fragebogen erfassten Verwaltungstätigkeiten erfolgte vorab in Workshops mit drei Praxisinhabern und dem medizinischen Fachpersonal. Zur inhaltlichen und gestalterischen Überprüfung des Fragebogens wurde dieser zusammen mit einem Evaluationsbogen in drei Hausarztpraxen vorgelegt. Nach einer telefonischen Rücksprache zur Validierung der Evaluationsergebnisse wurde der Fragebogen entsprechend modifiziert. Die siebzehn Verwaltungstätigkeiten des endgültigen Fragebogens wurden vom Autor hinsichtlich der Kategorien[9] *gewöhnliche Verwaltungstätigkeiten (nicht auf einer gesetzlichen Regelung basierend), Verwaltungstätigkeiten zur Befolgung inhaltlicher Pflichten* (gesetzlich vorgeschriebene inhaltliche Verpflichtungen) sowie *Verwaltungstätigkeiten um der gesetzlichen Informationspflicht nachzukommen* klassifiziert.

Tabelle 1: Einwohnerzahl Stadt/ Gemeinde

Einwohnerzahl	N	%
12 000	8	20,5
15 000	3	7,7
17 000	4	10,3
18 000	2	5,1
20 000	8	20,5
60 000	14	35,9
Gesamt	**39**	**100,0**

Darüber hinaus wurden mit dem Fragebogen weitere Bestimmungsgrößen erhoben, für die ein Einfluss auf den Verwaltungsaufwand vermutet wurde (u. a. Anzahl der Mitarbeiter, Arbeitszeit, Zusatzangebote, Berufserfahrung, Einwohnerzahl des Einzugsgebietes, Anteil an Privatpatienten).

Die Untersuchungsstichprobe umfasst 120 Ärzte (mit Kassenzulassung), die zum Zeitpunkt der Befragung als Hausärzte nach § 73 Abs.1 SGB V zugelassen waren[10]. Als Untersuchungsraum wurde der Landkreis Hameln-Pyrmont (Niedersachsen) ausgewählt. Die Auswahl des Landkreises basiert u. a. auf den Rahmenbedingungen, die Hausärzte aufgrund der

Versorgungsstruktur und veranlasste Leistungen, Abteilung Bedarfsplanung, Bundesarztregister und Datenaustausch. Sept. 2005.

[8] Spötl, H.- P. (2007). Dokumentationsaufwand im ärztlichen Dienst: Work-Sampling Analyse im Krankenhaus Hochzirl. Magisterarbeit. Hall (Österreich).

[9] Bertelsmann Stiftung, Handbuch zur Messung von Bürokratiekosten, Entwurf 1/06, S.21-22

[10] § 73 Abs.1a Satz 1 und 2 SGB V (Sozialgesetzbuch V) – Gesetzesgrundlagen zur Regelung der Teilnahme von Vertragsärzten an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung.

ländlichen und städtischen Ausprägung dieses Landkreises haben. Aus Tabelle 1 ist ersichtlich, dass in der Untersuchung Hausarztpraxen in Ortsgrößen von 12 000 bis 60 000 Einwohnern vertreten sind. Einen Schwerpunkt bildet mit ca. einem Drittel der Praxen die Ansiedlung in einer städtischen Region.

Die postalische Befragung erfolgte im November 2008 mittels Anschreiben an die jeweiligen Praxisinhaber. Die Rücklaufquote betrug einschließlich des Rücklaufs nach einer schriftlichen Nachfrage 34,17 % (41 Fragebogen). Für die deskriptive Darstellung der Ergebnisse wurden für kategoriale Daten Häufigkeiten und Prozentwerte berechnet, für metrische Daten Mittelwerte und Standardabweichungen. Hypothesen über Zusammenhänge wurden mit der Korrelation nach Pearson überprüft. Die Datenanalyse erfolgte mittels PASW Statistics 17.0[11].

In der Mehrzahl der angeschriebenen Praxen war lediglich ein Arzt tätig (53,7 %). Drei oder vier Ärzte pro Praxis stellten mit 7,3 % und 9,8 % den weitaus geringeren Anteil an der Befragung dar (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Anzahl Ärzte in der Praxis

Anzahl	N	%
1	22	53,7
2	12	29,3
3	3	7,3
4	4	9,8
Gesamt	**41**	**100,0**

Alle befragten Praxen beschäftigten mindestens zwei Personen als medizinisches Fachpersonal, mehr als die Hälfte (57,5 %) beschäftigte vier oder mehr Personen (vgl. Tabelle 3).

[11] Norusis, M. (2008). SPSS 17.0 Guide to Data Analysis. New York: Prentice Hall.

Tabelle 3: Anzahl Mitarbeiter medizinisches Fachpersonal

Anzahl	N	%
2	8	19,5
3	10	24,4
4	12	29,3
> 4	11	26,8
Gesamt	**41**	**100,0**

4. Erste Ergebnisse zur Verwaltungstätigkeit in Hausarztpraxen

Es zeigt sich, dass die untersuchten Hausärzte im Durchschnitt täglich 94,02 Minuten für Verwaltungstätigkeiten aufwenden (vgl. Tabelle 4). Die meiste Zeit benötigen diese für allgemeine Bürotätigkeiten (M = 35,00 Min.), gefolgt von Patientenplanung (M = 20,00 Min.) und Quartalsabrechnung durchführen (M = 19,44 Min.) sowie DMP Protokolle anlegen (M = 19,11 Min.). Auf der Basis der vom Autor vorgenommenen Klassifizierung der Verwaltungstätigkeiten ergibt sich, dass nahezu die Hälfte der für Verwaltungstätigkeiten benötigten Zeit (M = 45,23 Min.) von Verwaltungstätigkeiten beansprucht wird, die auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung basieren (Verwaltungstätigkeiten zur Befolgung inhaltlicher Pflichten und gesetzlicher Informationspflichten).

Im Vergleich zu den Ärzten zeigt sich bei dem medizinischen Fachpersonal für alle

Tabelle 4: Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten Arzt in Minuten pro Tag

	N	M	SD
Gewöhnliche Tätigkeiten	**40**	**48,78**	**32,78**
Allg. Bürotätigkeit	19	35,00	16,15
Patientenplanung durchführen	13	20,00	14,86
Quartalsabrechnung (GKV) durchführen	18	19,44	15,32
PKV Abrechnung durchführen	16	14,06	7,12
Patientenkartei synchronisieren	7	13,57	8,52
Mitarbeiterverwaltung organisieren	19	13,15	8,02
Gehaltsabrechnungen, Lohnbuchhaltung	11	10,45	7,89
Patientenbestellsystem organisieren	7	5,71	1,88
Inhaltliche Verpflichtungen	**25**	**10,60**	**12,50**
Datensicherung durchführen	14	13,21	10,67
Bestandsprüfung, Inventar	13	10,38	7,48
Archivierung durchführen	13	8,84	4,16
Gesetzliche Informationspflichten	**39**	**34,63**	**23,70**
DMP Protokolle anlegen	17	19,11	15,63
Vorsorgeanträge ausfüllen	21	14,76	7,82
QEP durchführen	18	14,44	8,02
QM organisieren	19	12,36	6,31
Praxisgebühr erheben	7	10,71	9,32
Konferenz mit MDK o.ä.	22	9,77	4,75
Gesamtzeit Verwaltungstätigkeit	**41**	**94,02**	**38,40**

Tabelle 5: Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten Fachpersonal in Minuten pro Tag

	N	M	SD
Gewöhnliche Tätigkeiten	**40**	**152,07**	**116,59**
Allg. Bürotätigkeit	21	96,19	94,68
Patientenplanung durchführen	24	47,70	80,63
Patientenbestellsystem organisieren	28	39,10	48,32
Quartalsabrechnung (GKV) durchführen	23	31,95	27,20
PKV Abrechnung durchführen	20	26,75	15,75
Patientenkartei synchronisieren	23	22,17	9,86
Mitarbeiterverwaltung organisieren	9	19,44	8,81
Gehaltsabrechnungen, Lohnbuchhaltung	2	10,00	,00
Inhaltliche Verpflichtungen	**38**	**48,17**	**33,62**
Archivierung durchführen	26	42,11	23,67
Bestandsprüfung, Inventar	22	21,36	12,16
Datensicherung durchführen	23	17,82	13,12
Gesetzliche Informationspflichten	**37**	**58,29**	**50,82**
Praxisgebühr erheben	30	38,00	26,83
DMP Protokolle anlegen	16	30,93	22,15
QEP durchführen	8	22,50	10,00
QM organisieren	14	19,64	13,93
Vorsorgeanträge ausfüllen	14	17,85	6,71
Konferenz mit MDK o.ä.	5	10,00	7,07
Gesamtzeit Verwaltungstätigkeit	**41**	**258,53**	**128,01**

Tabelle 6: Korrelationen Anzahl Mitarbeiter und Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeit

		Anzahl Ärzte		Anzahl Fachpersonal	
	N	r	p	r	p
Verwaltungstätigkeit Arzt	41	-.02	.915	-.12	.449
Verwaltungstätigkeit Fachpersonal	41	-.16	.332	-.05	.742

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 7: Korrelationen Anzahl Patienten und Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeit

		Patienten		Privatpatienten	
	N	r	p	r	p
Verwaltungstätigkeit Arzt	41	.40*	.016	.02	.918
Verwaltungstätigkeit Fachpersonal	41	-.28	.097	.03	.843

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

Verwaltungstätigkeiten ein höherer durchschnittlicher Zeitaufwand (vgl. Tabelle 5). Insgesamt wendet das medizinische Fachpersonal ca 2,5-mal mehr Zeit für Verwaltungstätigkeiten auf (M = 258,53 Min.) als die Hausärzte. Der mit Abstand höchste Zeitaufwand findet sich mit M = 96,19 Minuten für allgemeine Büroarbeiten, gefolgt von Patientenplanung (M = 47,70 Min.) und Archivierung durchführen (M = 42,11 Min.). Der durchschnittliche Zeitaufwand des Fachpersonals für gewöhnliche Tätigkeiten ist mit M = 152,07 Minuten ca. 3-mal so hoch, der für Verwaltungstätigkeiten aufgrund inhaltlicher Verpflichtung (M = 48,17 Min.) nahezu 5-mal so hoch wie bei den Ärzten. Die weitere statistische Analyse ergab, dass die Gesamtzeiten für die erhobenen Verwaltungstätigkeiten von Ärzten und medizinischem Fachpersonal in mittlerer Höhe (r = -.40; p = .011) negativ korrelieren.

Legt man für die Hausärzte eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 50,0 Stunden zugrunde[2], beträgt der Anteil der Verwaltungstätigkeit an der Arbeitszeit 15,67 %. Bei Annahme einer tariflichen Arbeitszeit von 40,0 Stunden pro Woche für das medizinische Fachpersonal beträgt der Anteil für Verwaltungstätigkeiten mit 53,86 % mehr als die Hälfte der regulären Arbeitszeit.

In Bezug auf die Anzahl der Ärzte in einer Praxis sowie der Anzahl des medizinischen Fachpersonals und dem Gesamtzeitaufwand für die Verwaltungstätigkeiten von Ärzten und medizinischem Fachpersonal lassen sich keine signifikanten Zusammenhänge nachweisen (Tabelle 6).

Ein anderes Bild ergibt sich hinsichtlich der Anzahl der pro Tag in der Praxis behandelten Patienten und dem verwaltungsbedingten Zeitaufwand der Ärzte (vgl. Tabelle 7): Hier zeigt die Analyse einen signifikanten positiven Zusammenhang mittlerer Größe (r = 40; p = .016).

5. Diskussion und Ausblick

Das Ziel der vorgestellten Studie bestand in der Bestimmung von Verwaltungstätigkeiten bei niedergelassenen Hausärzten sowie deren zeitlicher Dimensionierung. Die vorliegenden Ergebnisse geben erste Einblicke in diesen Bereich ärztlicher Tätigkeiten, zu dem die gewöhnlichen Verwaltungstätigkeiten, die Tätigkeiten zur Befolgung inhaltlicher Pflichten und die gesetzlichen Informationspflichten zählen.

Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Zeitangaben für die einzelnen Verwaltungstätigkeiten mit einem Fragebogen erfasst wurden und daher auf einer Selbstauskunft der Hausärzte basieren. Eine Beeinflussung der Ergebnisse durch subjektive Wahrnehmungsverzerrungen ist daher nicht ganz auszuschließen. Dem entgegen spricht jedoch, dass der ermittelte Zeitaufwand für die Verwaltungstätigkeiten der Hausärzte (15,67 % der Arbeitszeit) gut mit einem bereits vorliegenden Studienergebnis für niedergelassene Ärzte übereinstimmt[2].

Die vorliegende Studie zeigt auf, dass Hausärzte täglich etwa 1,5 Stunden für Verwaltungstätigkeiten aufwenden. Nahezu die Hälfte dieser aufgewendeten Zeit wird von Verwaltungstätigkeiten beansprucht, die auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung basieren (Verwaltungstätigkeiten zur Befolgung inhaltlicher Pflichten und gesetzlicher Informationspflichten). Das medizinische Fachpersonal wendet insgesamt mit etwas mehr als 4 Stunden am Tag ca. 2,5-mal mehr Zeit für Verwaltungstätigkeiten auf als die befragten Hausärzte. Bezogen auf die wöchentliche Gesamtarbeitszeit benötigen Hausärzte 15,67 % der Arbeitszeit für Verwaltungstätigkeiten. Dieser Prozentsatz entspricht nahezu dem Anteil an Verwaltungstätigkeiten von 13,33 %, den Koch, Gehrmann und Sawicki[2] für niedergelassene Ärzte ermittelt haben. Das medizinische Fachpersonal wendet mit mehr als der Hälfte der regulären Arbeitszeit (53,86 %) deutlich mehr Zeit für Verwaltungsaufgaben auf als die Hausärzte. Eine negative Korrelation des Zeitaufwands der Ärzte für Verwaltungstätigkeiten mit dem Zeitaufwand des Fachpersonals legt nahe, dass eine Delegation von Verwaltungsaufgaben an das Fachpersonal zu einer zeitlichen Entlastung der Hausärzte führt.

In Bezug auf den verwaltungsbedingten Zeitaufwand der Ärzte zeigt sich insbesondere, dass dieser sich mit der Anzahl der täglich versorgten Patienten deutlich erhöht. Dieses Ergebnis wird auch in anderen aktuellen Studien bestätigt. So kommen Koch et al. (2007) in einer strukturvalidierten Ärztebefragung im Hinblick auf die Arbeitsbelastung in Relation zur Anzahl der Patienten zu dem Ergebnis, dass der von den deutschen Ärzten oftmals beklagte hohe bürokratische Aufwand mit hohen Patientenzahlen im Zusammenhang steht[2]. In diesem Kontext diskutieren die Autoren die Möglichkeit der Reduktion der Patientenzahl zur Reduzierung des bürokratischen Aufwands. Eine Folge dieser Reduktion wäre eine Erhöhung des Zeitvolumens für den Arzt-Patienten-Kontakt. Dies würde allerdings voraussetzen, dass Ärzten für sinkende Fallzahlen keine ökonomischen Nachteile entstünden[2]. Die Perspektiven zur Realisierbarkeit dieser Forderungen, die auch durch die empirischen Ergebnisse der vorliegenden Studie untermauert werden, bedürfen zukünftig einer verstärkten gesundheitspolitischen Erörterung. Die hier präsentierten Ergebnisse weisen darüber hinaus auf eine mögliche weitere Strategie zur Reduktion von Verwaltungsaufgaben bei Ärzten hin. So gilt es in nachfolgenden empirischen Studien zu prüfen, ob die Delegation von Verwaltungsaufgaben an das medizinische Fachpersonal langfristig zu einer zeitlichen Entlastung der Hausärzte führen kann und auch unter ökonomischen Gesichtspunkten vertretbar ist.

Autor:
Thomas Wache
Hemeringer Str. 83
31840 Hess.- Oldendorf

Seniorautor:
Univ.-Doz. Dr. Herwig Ostermann
Institut für öffentliche Wirtschaft und Verwaltung
Department für Human- und Wirtschaftswissenschaften
UMIT, EWZ 1,
A-6060 Hall in Tirol

Buchbesprechung

Samwer, Martina: Reformansätze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zwischen Solidarprinzip und Wettbewerb. 1. Aufl. Wiesbaden: Gabler (Behrens, Peter et.al.: Ökonomische Analyse des Rechts). 49,90 Euro, ISBN 978-3-8349-1192-6

Es ist eine harte Kost, die uns die Mitarbeiterin der Unternehmensberatung Bain in ihrer kumulativen Dissertation vorsetzt. Da treffen in der Logik des Prinzipal-Agenten-Ansatzes Mehrprinzipalmodelle auf Mehragentenmodelle, das Residualeinkommensrecht wird in den Kontext des Contractual Choice Ansatzes gestellt und wer die technolgy-lag-theory nicht in den Kontext des Haftungsrechts bringen kann, wird den entsprechenden Ausführungen nur begrenzt folgen können.

Der Band fasst drei Aufsätze zusammen, die zwischen 2004 und 2007 an der Universität Hamburg und der Columbia University, New York entstanden:

- Im ersten Aufsatz geht es um die Frage, wie das Haftungsrecht unter DRG-Bedingungen ausgestaltet werden sollte. Die Autorin sieht im Haftungsrecht einen wirksamen Ansatz, dem Trend zu ineffizientem Selektionsverhalten, der pauschalierten Vergütungssystemen eigen ist, entgegenzuwirken. Dabei subsumiert sie selbst die bestehenden Vorschriften zur Qualitätssicherung unter das Haftungsrecht und schlussfolgert, dass der Gesetzgeber dadurch zeige, dass er sich „der Gefahr von einer systematischen Unterversorgung an Gesundheitsleistungen bewusst“ ist (S. 51).
- Wie sollten das Vergabe- und Wettbewerbsrecht für Krankenkassen ausgestaltet werden, wenn diese vermehrt Spielraum für Einzelverträge erhalten? Dieser Frage geht Martina Samwer im zweiten Teil der Arbeit nach. Hier sieht die Autorin wegen des fehlenden Residualeinkommensinteresses der Kassen Regulierungsbedarf, der über die Vorschriften des Sozialgesetzbuches hinaus geht.
- Der abschließende dritte Teil beschäftigt sich mit der optimalen Ausgestaltung von Verträgen zur Integrierten Versorgung. Es werden verschiedene Formen der Vertragsgestaltung zwischen den Beteiligten untersucht (Kooperationsmodelle mit Krankenkassen; Einkaufmodelle; Konzepten, bei denen das Morbiditätsrisiko auf Leistungserbringer übergeht; Beteiligung von nichtärztlichen Heil- und Hilfsberufen) und auf der Grundlage ökonomischer Modelle abgeleitet, unter welchen Bedingungen die diskutierten Organisationsformen vorteilhaft sind.

Es ist verdienstvoll, dass die Arbeit sich damit beschäftigt, wie der ordnungspolitische Rahmen eines Gesundheitswesens weiterzuentwickeln ist, das auf Wettbewerb zur Verbesserung von Effizienz und Qualität der Versorgung setzt. Sie ist damit auf der Höhe der akademischen Diskussion der ökonomischen Analyse des Rechts. Die Fragen an die Arbeit kommen aus der Perspektive der Praxis: Die Autorin will z. B. das Haftungsrecht anwenden, um medizinisch nicht indizierte und ökonomisch ineffiziente Überweisungen zwischen Leistungserbringern einzudämmen. Wie das in der Praxis wirken soll, ist nicht Bestandteil dieser Arbeit. Grundsätzliche Fragen nach der Wünschbarkeit einer damit verbundenen Misstrauenskultur mit entsprechendem Prüfaufwand in Verbindung mit der ärztlichen Therapiefreiheit und praktischen Fragen der Beweisführung werden deshalb nicht erörtert. Oder: Nach Jahrzehnten der Diskussion über bessere Verzahnung, Vernetzung oder Kooperationen hat die Integrierte Versorgung endlich erste Fortschritte in der Überwindung von Sektorengrenzen gebracht. Ist es da sinnvoll, dem zarten Pflänzchen Integrationsversorgung durch mehr Regulierung gleich wieder das Wasser abzugraben? Trotz allem nötigt die „stringente und ökonomisch fundierte Argumentation“ (Professor Martin Nell im Vorwort, S. VI) Respekt ab.

Andreas Meusch, Hamburg

Jürgen Stoschek

17. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposion

Auch im vergangenen Jahr hat die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) wieder mehrere Symposien veranstaltet, die auf großes Interesse stießen. Die Mitgliederentwicklung war leicht rückläufig. Vor dem Hintergrund der finanziellen Entwicklung der GRPG beschloss die Mitgliederversammlung am 16. Januar in München eine Erhöhung des Beitrags der Individualmitgliedschaft.

Die GRPG zählt derzeit knapp 300 Mitglieder. Dabei handelt es sich größtenteils um Individualmitgliedschaften. Lediglich 20 Firmen, Körperschaften oder Verbände sind als juristische Person Mitglied. Das wirkt sich auch auf die finanzielle Entwicklung der GRPG aus. Das strukturelle Defizit, das die GRPG seit ihrer Gründung begleitet, und das nur durch auch finanziell erfolgreiche Symposien abgedeckt werden kann, konnte im vergangenen Jahr nicht mehr ausgeglichen werden. Die vom Präsidium deshalb vorgeschlagene Beitragserhöhung auf 180 Euro wurde von der Mitgliederversammlung einstimmig beschlossen.

Das Symposion „Vertragswettbewerb und Marktmacht – Wer gewinnt?“, das im vergangenen Jahr am Vortag der Mitgliederversammlung in Leipzig veranstaltet wurde, führte zwischen den Referenten und den rund 75 Teilnehmern zu intensiven und kontroversen Diskussionen. Eine Weiterführung derartiger Veranstaltungen wurde von vielen Teilnehmern befürwortet.

Aufgrund des Engagements und der Vorarbeit der Arbeitsgruppe „Auf dem Weg zur Marke? – Kommunikationsstrategien für die integrierte Versorgung“ und deren Ansprechpartnerin, Dr. Renate Müller, hatte sich das Präsidium entschieden, am 21. April in Düsseldorf das Symposion „Neue Versorgungsformen: Die Notwendigkeit klarer Profile für Partner und Patienten“ durchzuführen. Möglicherweise wurde das Thema zu früh aufgegriffen, um eine große Beteiligung zu erzielen. Lediglich 45 Personen hatten sich angemeldet.

Um bald nach der Bundestagswahl erste Statements der Parteien aufzurufen, veranstaltete die GRPG am 30. Oktober in Berlin ein Symposion mit Titel „Die gesundheitspolitischen Vorhaben der Regierungskoalition unter kritischer Würdigung der Opposition“. Die vorgesehenen Referenten hatten ihre Zusage zwar nur unter Vorbehalt gegeben. Es wurde aber zugesichert, dass bei einer kurzfristigen Verhinderung die jeweilige Fraktion adäquat vertreten sein würde. Am Vortag kamen dann jedoch von fast allen Politikern Absagen, ohne dass Vertretungen zur Verfügung standen. Buchstäblich in letzter Minute gelang es jedoch Dr. Robert Paquet als Referent für das Thema „Erste Anmerkungen zum Koalitionsvertrag“ zu gewinnen und drei weitere Teilnehmer für die anschließende Diskussion zu verpflichten.

Das Symposion „Chancen und Risiken für den Arzneimittelmarkt ab 2010“ am Vortag der diesjährigen Mitgliederversammlung in München fand mit rund 60 angemeldeten Teilnehmern guten Zuspruch.

Zu Beginn der Mitgliederversammlung wurde der 14. Wissenschaftspreis der GRPG, der in diesem Jahr geteilt wurde, an Jan Ehling für seine Arbeit „Die Versicherung und Rückversicherung von Pharmarisiken in nationaler und internationaler Beziehung“ sowie an Dr. Markus Wörz für seine Dissertation „Erlöse – Kosten – Qualität: Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied? Eine vergleichende Untersuchung von Trägerunterschieden im akutstationären Sektor in Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika“ überreicht. Kurzfassungen der Arbeiten werden in einer der nächsten Ausgaben dieser Zeitschrift publiziert. Der Wissenschaftspreis, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird, wurde in diesem Jahr von der Firma Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG übernommen.

Aufgrund beruflicher Veränderung hatte Professor Bert Rürup seinen Rücktritt als Beisitzer Verwaltung/Ökonomie erklärt. Als Nachfolger wurde Professor Volker Ulrich, Lehrstuhl Volkswirtschaftslehre (Finanzwissenschaft) der Universität Bayreuth, gewählt.

Eike Maria Hovermann (SPD), der zur Bundestagswahl 2009 nicht mehr angetreten war, stand ab September der GRPG nicht mehr als Beisitzer Politik zur Verfügung. Als Nachfolgerin wurde Biggi Bender, Gesundheitspolitische Sprecherin, Bündnis 90/Die Grünen, gewählt.

Autor:
Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

Recht und Politik im Gesundheitswesen
Hinweise für die Autoren

Mit der Annahme eines Beitrags überträgt der Autor der pmi Verlag AG das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung für alle Sprachen und Länder.

Manuskripte werden auf Datenträger oder in zweifacher schriftlicher Ausfertigung an die Schriftleitung der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“, Postfach 1228, 82302 Starnberg, Tel. 08151/72232, Fax 08151/72435 erbeten.

Grundsätzlich werden nur Arbeiten angenommen, die weder vorher veröffentlicht wurden noch gleichzeitig anderen Zeitschriften zum Abdruck angeboten werden. Die Herausgeber haben das Recht auf Auswahl der Beiträge, alle Beiträge werden von mehreren Experten begutachtet.

Für den Inhalt der Beiträge zeichnen die Autoren verantwortlich.

Allgemeine Erläuterungen

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen. Es können nur Beiträge angenommen werden, die den „Hinweisen für Autoren“ entsprechen.

Im Interesse kurzer Publikationsfristen sollen die Manuskripte (möglichst auch die Abbildungen) in zweifacher Ausführung eingereicht werden (davon ein Manuskript-Exemplar einseitig beschrieben, zusätzliches Exemplar bitte zweiseitig kopieren, um die Versandkosten niedrig zu halten).

Das Manuskript muss formal wie inhaltlich so durchgearbeitet sein, dass spätere Änderungen nicht notwendig werden. Nachträgliche, vom Manuskript abweichende Änderungen müssen dem Autor berechnet werden. Notwendige Zusätze können am Ende der Arbeit als „Nachtrag bei der Korrektur“ gebracht werden. Da die Beiträge sofort nach dem Satz auf Seitenformat umbrochen werden, sind die gewünschten Einschaltstellen für Abbildungen und Tabellen am Rand der Manuskriptblätter anzugeben.

Besonderer Wert ist auf die wichtigste Schlüsselliteratur zu legen.

Folgende Manuskriptumfänge sollten in der Regel nicht überschritten werden: Für Editorials 2 Schreibmaschinenseiten, für Übersichts- bzw. Originalarbeiten 20 Schreibmaschinenseiten, für Buchbesprechungen 2 Schreibmaschinenseiten, aus der Rechtsprechung 15 Schreibmaschinenseiten, für Leserzuschriften 2 Schreibmaschinenseiten.

Gliederung

Das Manuskript ist mit breitem Rand zu schreiben, die Manuskriptblätter sind, einschließlich Literaturverzeichnis und Legenden, durchzunummerieren.

Das erste Manuskriptblatt soll enthalten:

1. Namen aller Autoren, 2. kurzen, klaren Titel der Arbeit, 3. Fußnoten zum Titel, 4. Autornamen mit vollständiger Adresse, 5. Korrekturadresse.

Jeder Arbeit ist eine Zusammenfassung in deutsch der wesentlichen Ergebnisse voranzustellen.

Die Tabellen sind unabhängig von den Abbildungen arabisch zu numerieren und mit Überschriften zu versehen.

Auszeichnung für den Satz

Auszuzeichnende Wörter sind zu unterstreichen, sie werden im Satz durch Kursivschrift hervorgehoben. Kleindruck ist am linken Rand durch eine senkrechte Linie und „p“ (petit) zu kennzeichnen. Fußnoten, die nicht zum Beitragskopf gehören, sind durchzunummerieren.

Abbildungen

Alle Abbildungsvorlagen sind auf der Rückseite mit dem Autorennamen sowie mit „oben“ oder „unten“ zu bezeichnen. Wenn möglich, sollten die Abbildungen zu Tableaus zusammengestellt werden, wobei die Spaltenbreite von 5,6 cm oder der Satzspiegel von 18 x 21 cm einzuhalten ist.

Für Strichabbildungen sind gute scharfe Fotoabzüge in der gewünschten Endgröße mit klar lesbarer Beschriftung (2 mm Schrifthöhe) zu verwenden.

Für Halbtonabbildungen sind kontrastreiche, gute Fotoabzüge, rechtwinklig beschnitten, in der gewünschten Endgröße mit Beschriftung von 3 mm Schrifthöhe (Letraset) einzureichen.

Sonderdrucke

Sonderdrucke können bei Rücksendung der Korrekturabzüge gegen Berechnung bestellt werden.

Antrag auf Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V. (GRPG)

Hiermit stelle/n ich/wir Antrag auf Mitgliedschaft als

☐	Firma, Körperschaft oder Verband	(Mitgliedsbeitrag € 1.300,-- p. a.)
☐	Patientenverband e. V.	(Mitgliedsbeitrag € 250,-- p. a.)
☐	Individualmitgliedschaft	(Mitgliedsbeitrag € 130,-- p. a.)
		(Mitgliedsbeitrag ohne Einzugsermächtigung € 140,-- p. a.)

Die Mitgliedsbeiträge beinhalten den Bezug der Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) in Höhe von € 30,--.

_____
Name

_____
Firma/Verband/Behörde

_____
Position

_____
Privatanschrift

_____
Geschäftsanschrift

_____
Privat: **eMail** / Telefon / Fax

_____
Geschäft: **eMail** / Telefon / Fax

_____ _____
Datum, Ort Unterschrift

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Angaben von der GRPG gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich für Zwecke der GRPG verwandt.

_____

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Zahlungsempfänger

Gesellschaft für Recht und Politik
im Gesundheitswesen e. V.
Geschäftsstelle
Widenmayerstraße 29
80538 München

Name und Anschrift des Kontoinhabers:

_____
_____
_____

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos

_____ _____
Konto-Nr. BLZ

bei der _____
mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

! NEU !

„Versuchstier“ Mensch?

Dr. med. Dietmar Buchberger
PD Dr. med. habil. Dr. rer. nat.
Jürgen E. Metzner
Broschur, A5 220 Seiten, zahlreiche Abbildungen und Tabellen
ISBN 3-89786-035-X
EURO 29,80

pmi Verlag AG
Oberfeldstraße 29
60439 Frankfurt am Main
Telefon: 069/548000-0
Telefax: 069/548000-66
E-Mail: pmiverlag@t-online.de
www.pmi-verlag.de

Wann begann die Menschheit mit medizinischen Versuchen am Menschen? Wie veränderte sich die Praxis der Forschung und die Einstellung der Gesellschaft dazu über die Jahrtausende? Welche Meilensteine für die Kranken konnten mit Versuchen am Menschen erreicht werden? Welche Irrungen, Verfehlungen und auch Verbrechen gab es und wie reagierten die Gesetzgeber darauf? Das alles stellen die Autoren allgemeinverständlich dar und bringen vor allem Transparenz in das Dickicht von Gesetzen, Verordnungen und sonstigen Regeln, die zum Schutz der Versuchsteilnehmer mittlerweile entstanden sind.

Und wie sollten diese Regeln weiterentwickelt werden? Die Position ganz unterschiedlicher, relevanter gesellschaftlicher Gruppen dazu werden dargestellt.

Brauchen wir überhaupt noch klinische Forschung zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten? Haben wir nicht längst zu viele Arzneimittel? Wird aus Versuchen am Menschen überhaupt der maximal mögliche Nutzen gezogen, fragen die Autoren. An den Beispielen wie Off-Label-Use und Kinderarzneimitteln zeigen sie, wie dieses ethische Problem lösbar wäre.

Und wer soll klinische Forschung zu welchem Zweck durchführen bzw. finanzieren? Auch diese ethischen und gesundheitsökonomischen Fragen werden von den Autoren beleuchtet, diskutiert und beantwortet.

Bestellcoupon

Ich bestelle gegen Rechnung zum Preis von EUR 29,80 (zzgl. Versandkostenpauschale von EUR 2,50) das Buch **„Versuchstier“ Mensch?**
___Ex.

_____
Unternehmen/Firma/Institution

Name, Vorname, Titel

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Datum/Unterschrift

Bestellcoupon bitte ausschneiden und einsenden:

pmi Verlag AG
Oberfeldstraße 29
60439 Frankfurt
Telefon: 069/548000-0
Telefax: 069-548000-66
pmiverlag@t-online.de
www.pmi-verlag.de