RPG

Band 19 | Heft 2 | 2013

2 | 2013

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Nach dem Patientenrechtegesetz ist vor der Diskussion um die Patientensouveränität**
- **Was ist Laboratoriumsmedizin, was ist eine zukunftsfähige Laboratoriumsmedizin?**
- **Der Rettungsdienst – Stiefkind der Gesundheitsversorgung?**

  Aktuelle Tendenzen und alte Probleme im Rettungsdienst aus Kassensicht

  Wer zahlt, bestimmt. Bestimmt, wer zahlt?
- **Soziale Netzwerke verstärkt nutzen**

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
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Autoren des Heftes
Jörg Freese
Matthias Jahn
Andreas Meusch
Jürgen Stoschek
Bernhard Wiegel

PLANIMED
Gesellschaft für Kommunikation

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

Editorial

Als die GRPG Ende des vergangenen Jahres vom Deutschen Roten Kreuz, das seit einiger Zeit Mitglied in der Gesellschaft ist, angesprochen wurde, gemeinsam an einem Symposion zu arbeiten, war für uns schnell klar, dass das Thema Rettungsdienst spannende Fragen aus dem Bereich Recht und Politik im Gesundheitswesen aufwirft. Deshalb beschlossen wir, im Rahmen des 12. DRK-Rettungskongresses ein gemeinsames Symposion mit dem DRK zu veranstalten. Es fand im April 2013 in Berlin statt und beschäftigte sich mit der rechtlichen und politischen Situation des Rettungsdienstes sowohl aus europäischer Sicht als auch im Hinblick auf das Spannungsverhältnis Katastrophenschutz versus Gesundheitsversorgung. Die sich daraus ergebenden offenen Fragen der Zuständigkeiten zwischen Innen- und Gesundheitsministerium, zwischen Bund und Ländern und nicht zuletzt die Fragen der Finanzierung zwischen den Krankenkassen und den Landkreisen wurden dargestellt und diskutiert. Als eines der bedeutendsten Probleme für die großen Hilfsorganisationen im Rettungsdienst mit ihren vielen ehrenamtlichen Helfern zog sich der Richtlinienvorschlag der Europäischen Kommission zur EU-Vergaberechtsreform durch die Veranstaltung.

Eine nette Anekdote erzählte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr: Während eines Praktikums beim DRK fassten die Menschen schnell Vertrauen zu ihm. Warum? Weil er die rote Jacke eines Rot-Kreuz-Helfers trug. Soviel zum Image des Roten Kreuzes.

In dieser Ausgabe der RPG finden Sie die ersten Vorträge und Reden des Symposions, in der Ausgabe 3/2013 werden weitere folgen.

Michael Feldmann
Generalsekretär der GRPG

Zur Diskussion gestellt

Nach dem Patientenrechtegesetz ist vor der Diskussion um die Patientensouveränität
Andreas Meusch 35

Was ist Laboratoriumsmedizin, was ist eine zukunftsfähige Laboratoriumsmedizin?
Bernhard Wiegel 50

Der Rettungsdienst – Stiefkind der Gesundheitsversorgung?

Aktuelle Tendenzen und alte Probleme im Rettungsdienst aus Kassensicht
Matthias Jahn 55

Wer zahlt, bestimmt. Bestimmt, wer zahlt?
Jörg Freese 61

Mitteilungen der Gesellschaft

Soziale Netzwerke verstärkt nutzen
Jürgen Stoschek 63

Das GRPG-Gespräch

Fehlverhalten im Gesundheitswesen – immer nur schwarze Schafe? 64

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

Prof. Dr. Dr. iur. h.c. Dr S. 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
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
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.

Bezugspreis: 2011 (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
PLANIMED
Ges. für Kommunikation GmbH
Holmblick 10
24857 Fahrdorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 •
Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisliste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

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 Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2013 PLANIMED
Ges. für Kommunikation

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

Andreas Meusch

Nach dem Patientenrechtegesetz ist vor der Diskussion um die Patientensouveränität

„Und so sehen wir betroffen / Den Vorhang zu und alle Fragen offen." Mit Brecht kann man nicht nur die Diskussionen der literarischen Quartette beenden, sondern auch die Situation nach der Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes beschreiben, das am 26. Februar 2013 in Kraft getreten ist. Es soll hier nicht die Diskussion weiter geführt werden, ob die gesetzlichen Maßnahmen ausreichen, um die Patientenrechte adäquat zu schützen. Die Frage wird hier als nachrangig angesehen, weil die Realität der Rollenbeziehungen zwischen Arzt und Patient und ihr kommunikatives Miteinander für relevanter gehalten wird. Oder um es mit den Worten von Bundesgesundheitsminister Bahr zu sagen: „ein mündiger, aufgeklärter Patient ist in der Lage, mitzuhelfen, die Qualität in unserem Gesundheitssystem zu halten und vielleicht auf (gemeint ist vermutlich („auch", A.M.) zu verbessern."[1] Die Wertschätzung für die Ressource Patient im deutschen Gesundheitswesen ist parteiübergreifend[2].

Die Qualität des Gesundheitssystems verbessern: Hier sind wir an einem Kernproblem des deutschen Gesundheitssystems: Die Verschwendung der Ressourcen von Patienten ist ubiquitär. Seine Potenziale für die eigene Gesundung werden strukturell unterschätzt und nicht hinreichend genutzt. Schon sprachlich wird das Problem deutlich, Patient ist der Leidende, der, der etwas erleidet. Der Kranke und sein Arzt gehen häufig von der passiven Rolle des Betroffenen aus. Dieses Rollenverständnis kann durchaus einvernehmlich zwischen beiden bestehen, bietet es doch Vorteile durch Bequemlichkeit: für den Patienten, der Zuständigkeit für sein Gesundwerden an den Experten delegieren kann. Er erduldet, der Arzt heilt. Und für den Arzt, der damit auch das Quasi-Monopol für den Heilungserfolg reklamieren kann. Das stärkt seine Autorität gegenüber dem Patienten und „erspart" ihm kritische Nachfragen. Das Bild dieser Interaktion zwischen Arzt und Patient ist mechanistisch im Sinne von actio und reactio. Es unterschätzt die Komplexität der Interaktion zwischen beiden. Es soll deshalb versucht werden, diese Komplexität zu verstehen, um die Bedeutung partizipativer Entscheidungsfindung zu verstehen. Die folgenden Überlegungen sehen den Arzt als entscheidenden Akteur in der Arzt-Patienten-Kommunikation und sehen in seinem Rollenverständnis den Schlüssel für die Option partizipativer Entscheidungsfindung.

1. Rollendefinition Ärzte

Der Medizinhistoriker Hermann Kerschensteiner (1871–1937) schrieb Anfang des 20. Jahrhunderts über den Arztberuf: *„Der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur, und immer wieder haben geistvolle Köpfe darüber nachgedacht, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft das Wesentliche ist."*[3] Im deutschen Gesundheitswesen haben die Ärzte die zentrale, fast monopolartige Rolle für die Behandlung von Krankheiten. Diese Rolle der Ärzte als anerkannte Experten in Sachen Gesundheit ist keineswegs selbstverständlich und wurde „im späten 19. Jahrhundert […] Stück für Stück von den ärztlichen Standesorgani-

1 Zit. Nach dem Internetartikel des BMG zum Thema mündiger Patient http://www.bmg.bund.

2 s. z. B. Bender, Birgitt: Gesundheitskompetenz Mündigkeit braucht die Hilfe der Politik, in: Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.) Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland, S. 11-18 (Schriften zu Wirtschaft und Soziales, Bd. 9) (01.04.2013)
Die Länder Hamburg, Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen wollen den mündigen Patienten stärken. Er solle auf Augenhöhe mit dem Arzt über die eigene Behandlung mitentscheiden, sagte Prüfer-Storcks.
Zit. in: http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=40075 (01.04.2013)de/praevention/patientenrechte/muendiger-patient.html (01.04.2013)

3 Zit. nach einer Rede von Jörg-Dietrich Hoppe vom 10.10.2008, gehalten (auf dem 1. Kölner Symposion zum Medizinrecht (Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert", online verfügbar http://www.aekno.de/page.asp?pageID=6469 (15.01.2012)

sationen erkämpft".[4] Ein zentrales Merkmal der damit verbundenen Professionalisierung ist das

„Streben nach einem Marktmonopol: Für die Behandlung von Krankheiten sind in unserer Gesellschaft an erster Stelle Ärzte („Schulmediziner") vorgesehen und nicht Heilpraktiker, Homöopathen, Schamanen o. A. Dies spiegelt sich in den vorhandenen Einrichtungen und der Finanzierung wider."[5]

Für Thaler und Sunstein sind Ärzte „Entscheidungsarchitekten", die einen erheblichen Spielraum bei der Frage haben, welche Therapie sie ihren Patienten empfehlen[6]. Nach welchen Kriterien und Maßstäben entscheiden diese Architekten? Was sind die Maßstäbe, an denen sie sich orientieren? Und welches Rollenverständnis liegt ihren Entscheidungen zugrunde? Denn während der Patient primär am Behandlungserfolg interessiert ist, gibt es beim Arzt eine differenzierte Interessensituation. Aus ökonomischer Sicht hat er drei Interessen:

- Erhöhung seines Einkommens
- Senkung seiner Arbeitszeit
- Bindung des Patienten an seine Praxis.

Sein Interesse am Behandlungserfolg hängt bei dieser Sichtweise von zwei Aspekten ab: Zum einen von den Anreizen, die das Vergütungssystem setzt und zum anderen von seiner ethischen Orientierung, diese ist wesentlich von seinem Rollenverständnis geprägt, das es zu untersuchen gilt.

Damit wird bewusst von der klassischen Darstellung der Moral-Hazard-Diskussion abgewichen, die die Anreize auf einen ökonomisch rationalen Umgang mit den Ressourcen Geld und Zeit reduziert. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird als eine sehr komplexe Kommunikationssituation angesehen, die davon geprägt ist, dass der Patient, dessen Körper Leistungen des Gesundheitssystems über den Code krank/gesund kommuniziert, sich ein Kommunikationsmittel aus einem anderen gesellschaftlichen System leihen muss, um mit dem Arzt über dieses Problem kommunizieren zu können.

Zunächst müssen wir uns mit der Komplexität der Gesprächssituation für den Arzt auseinandersetzen: Der Patient und sein Wohlergehen prägen dabei sicher in der Regel die Gesprächssituation. Dennoch bleibt der Arzt auch im Patientengespräch Unternehmer, der seinen Gewinn maximieren will oder Sorge wegen der Zinszahlungen für die angeschafften Geräte hat. Er bleibt auch Vater, der die Sorge hat, seinen Kindern den Studienplatz zu bezahlen und Ehepartner, Freizeitsportler oder Vereinsmitglied, das nicht länger als unvermeidbar in der Praxis stehen will. Wie verläuft die Kommunikation bei diesen intrapersonalen Rollenkonflikten? Die Rollen, die der Arzt unter diesen Rahmenbedingungen annehmen kann, werden als zentrale Determinanten für sein Verhalten angesehen und damit als zentral für die Frage, ob Fehlanreize bestehen oder nicht.

1.1. Professionelle Dominanz

Den Ärzten ist es zu Beginn des 20. Jahrhunderts nicht nur gelungen, ihr Monopol für Heilung durchzusetzen, sondern damit verbunden auch faktisch die Weisungsbefugnis gegenüber Therapeuten und Pflegern sowie anderen am Patienten arbeitenden Gesundheitsberufen. Dies wird in der Literatur als „professionelle Dominanz" beschrieben und impliziert auch, dass es Ärzten damit gelungen ist, anderen Professionen das Deutungsrecht über die Frage, was ist Krankheit, was Gesundheit, zu entziehen.[7] Freidson beschreibt sogar die medizinische Autonomie als absolut, weil Ärzten qua Gesetz und öffentlicher Anerkennung zugebilligt wird, autonom zu entscheiden, was medizinischer Behandlung bedarf.[8]

Dieses Konzept der professionellen Dominanz war bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts das dominierende gesellschaftliche Deutungsmuster für den Arzt. Zu diesem Zeitpunkt wurde das Deutungsmuster nicht nur von der Gesundheitsbewegung attackiert[9], sondern von einem viel mächtigeren Gegner: den wirtschaftlichen Verhältnissen. Die bis zum ersten Kostendämpfungsgesetz 1977 gültige Politik der ausgabenbezogenen Einnahmepolitik in der gesetzlichen Krankenversicherung kann als Recht gewordene Umsetzung des Konzeptes der professionellen Dominanz der Ärzte verstanden werden, das positiv formuliert bedeutet, dass das zentrale Ziel des Gesundheitswesens darin besteht, die beste verfügbare medizinische Versorgung für jeden Patienten zu gewährleisten.[10] Praktisch bedeutet das, die Ärzteschaft definiert den Bedarf, die Krankenkassen besorgen

4 Geißendörfer, Jürgen; Höhn, Annick (2007): BASICS medizinische Psychologie und Soziologie. München, S. 12

5 Geißendörfer, Jürgen; Höhn, Annick (2007): BASICS medizinische Psychologie und Soziologie. München, S. 12.

6 Thaler, Richard H.; Sunstein, Cass R. (2009): Nudge. Wie man kluge Entscheidungen anstößt. Berlin. Aufschlussreich ist der englische Originaltitel dieses Buches, der die Bedeutung dieses Ansatzes für das Verständnis des Gesundheitswesens deutlich macht: Thaler, Richard H.; Sunstein, Cass R. (2009): Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness. Harlow.

7 Borgetto, Bernhard; Kälble, Karl (2007): Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und Gesundheitssystem. Weinheim, München, S. 134. Elston, Mary Ann; Gabe, Jonathan; Bury, Michael (2004): Key Concepts in Medical Sociology: London, S. 174.

8 Freidson, Eliot (2007 (1. Auflage 1970)): Professional dominance: the social structure of medical care. New Brunswick, S. 151.

9 Herrmann, Markus; Heintze, Christoph (2004): Integration von Qualitätsdarlegung in die Arzt-Patienten-Beziehung. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt Peter; Schellschmidt, Henner (Hg.): Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz. Stuttgart, S. 179 196, S. 186.

10 Definition nach: Light, Donald (1993): Escaping the traps of postwar Western medicine: How to maximize health and minimize expenses. In: European Journal of Public Health, Jg. 3, H. 4, S. 281 289.

das dafür notwendige Geld, ohne Einfluss darauf zu nehmen, was mit dem Geld passiert. In der Kostendämpfungspolitik seit 1977 geht es also nicht nur um Geld, es geht auch um die Definitionsmacht über das, was Krankheit und Gesundheit bedeutet und damit ist Kostendämpfungspolitik auch immer Kampf gegen die professionelle Dominanz der Ärzteschaft und wird vielfach auch als Angriff auf die Autonomie der Ärzte verstanden.[11] So war das erste Kostendämpfungsgesetz 1977 aus der Perspektive der Ärzteschaft eine „nach östlichem Muster geplante und verordnete Staatsmedizin"[12].

Formales Symbol für das Ende des Definitionsmonopols der Ärzteschaft war die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" im Kostendämpfungsgesetz von 1977. Aufgabe des Gremiums war es

„mit dem Ziel einer den Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigenden bedarfsgerechten Versorgung und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen gemeinsam

1. *medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und*
2. *Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen [zu entwickeln]."*[13]

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung[14] berief Vertreter der Krankenkassen und der privaten Krankenversicherung, der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhausträger, Apotheker, Arzneimittelhersteller, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände, der Länder und kommunalen Spitzenverbände und weiterer Gruppierungen. Damit formuliert der Gesetzgeber klar, dass das Definitionsmonopol der Ärzte normativ ist und faktisch gebrochen werden soll. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen markiert deshalb den Übergang zu einer „neokorporatistischen Interessenkonzertierung auf der politischen Makroebene im Gesundheitssektor".[15] Die Erfolge dieses Ansatzes waren begrenzt. Die letzte Sitzung fand 1995 statt. Mit Hinweis darauf und „im Zuge des Bürokratieabbaus" wurde im GMG 2003 der einschlägige § 141 SGB V aufgehoben.[16] Dies kann als Symbol für den Übergang von der korporatistischen zur wettbewerblichen Steuerung im Gesundheitswesen verstanden werden.

Mit dem Übergang der Steuerungskonzepte im Gesundheitswesen von der Steuerung durch professionelle Dominanz über den korporatistischen Ansatz zu einer Steuerung durch Wettbewerb ist auch die Frage verbunden, was Moral Hazard ist und was nicht. Mit dem Hinterfragen der professionellen Dominanz der Ärzte verändert sich auch der Diskurs über Moral Hazard. Die Definitionsmacht darüber haben die Ärzte inzwischen an die Wirtschaftswissenschaften verloren. Weitgehend behalten haben sie noch die professionelle Dominanz gegenüber anderen Heilberufen. Offen bleibt die Frage, ob diese Veränderung des Diskurses die Leistungsfähigkeit des Systems verbessert oder Moral Hazard verstärkt.

1.2. Der „Halbgott in Weiß": Der paternalistische Ansatz nach Parsons

„Hinter uns steht nur der Herrgott", so überschrieb der berühmte Chirurg Hans Killian seine Lebenserinnerungen.[17] In ihnen wird das Bild eines Arztes gezeichnet, der die schwere Verantwortung für seine Patienten einsam und heldenhaft meistert, der im Kampf gegen Krankheiten auf die ärztliche Heilkunst und Gottes Beistand vertraut. Der Arzt wird hier als ein Halbgott in Weiß dargestellt.

Die Inkarnation dieses Bildes vom „Halbgott in Weiß" war Ferdinand Sauerbruch, noch heute wird er in Kinderbüchern so dargestellt.[18] Allerdings erscheint der Halbgott in der öffentlichen Perzeption mittlerweile gerne als „Klischee" und wird mit Fernsehserien wie der Schwarzwaldklinik assoziiert[19]. Doch es ist noch immer verkaufsfördernd. Das zeigt zum Beispiel eine Neuauflage des Konsalik Romans „Männerstation" zusammen mit anderen Arztromanen unter dem gemeinsamen Titel „Halbgott in Weiß".[20] Die nach wie vor ungebrochene Popularität von Arztromanen zeigt, wie stark noch immer das Bild des paternalistisch-fürsorglichen Arztes das öffentliche

11 Mit diesem Politikansatz befindet sich Deutschland im Gleichklang mit anderen europäischen Konzepten in der Gesundheitspolitik: The health care reform projects of the 1980s and 1990s may be read as countervailing actions undertaken by European states against their medical professions", Freeman, Richard (2000): The politics of health in Europe. Manchester, S. 101.

12 Zit. n.: Sozialdemokratischer Pressedienst: Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Ein Erfolg konsequenter Politik. Pressemitteilung vom 30.08.1978. Bonn.

13 § 405a der Reichsversicherungsordnung (RVO) in der Fassung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, zit. n. Deutscher Bundestag (11.03.1977): Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz. KVKG, BT-Drs. 8/166. Die Vorschrift wurde als § 141 in das Sozialgesetzbuch V übernommen.

14 Seit 1991 mit dem Übergang der Kompetenz für die Krankenversicherung der Bundesminister für Gesundheit.

15 Windhoff-Héritier, Adrienne (1989): Institutionelle Interessenvermittlung im Sozialsektor. In: Leviathan Zeitschrift für Sozialwissenschaft, S. 108 126, S. 110.

16 Deutscher Bundestag (26.09.2003): Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz). (GMG), BT-Drs. 675/03. In: SGB V Handbuch, Altötting, 2004, S. 238.

17 Killian, Hans (1957): Hinter uns steht nur der Herrgott. Aufzeichnungen eines Chirurgen. Stuttgart u. a.

18 Vgl. z. B.: Ein Halbgott in Weiß: Ferdinand Sauerbruch. Online verfügbar unter http://www.wasistwas.de, zuletzt geprüft am 30.08.2009.

19 So Burger, Harald (1991): Das Gespräch in den Massenmedien. Berlin, S. 147.

20 Konsalik, Heinz G.; Heim, Peter; Fischer, Marie L. (1995): Halbgott in Weiß. Männerstation / Die Ehe des Dr. Brunner / Frauenstation. München; Der hier mit dem doppelten Titel Halbgott in Weiß und Männerstation genannte Titel war bereits 1987 erschienen und wurde lediglich mit neuem Titel, eben Halbgott in Weiß in diesem Sammelband erneut abgedruckt.

Bewusstsein prägt. Die Aktualität dieses Arztbildes zeigen zwei Beispiele. Zum einen werden in einem Buch zum Thema Burn-out Gesundheitsberufe als besonders gefährdet eingeschätzt, weil sie mit Rollenerwartungen konfrontiert werden, die sie überfordern: „[…] häufig erwartet der Patient einen ‚Halbgott in Weiß', wie er ihn als allmächtigen Arzt aus Fernsehserien kennt. Doch ein Arzt ist auch nur Mensch."[21] Zum anderen weist Matthias Braasch, Professor für Kriminologie der Justus-Liebig-Universität Gießen, darauf hin, dass die freien Berufe im Gesundheitssystem vom Paragrafen gegen Korruption schlicht nicht erfasst sind. Die Berufsgruppen werden dort nicht einmal erwähnt, bei einem „Halbgott in Weiß" ist für den Gedanken an Korruption kein Platz.[22]

Diese Rollenwahrnehmung ist durchaus auch wissenschaftlich zu beschreiben. Talcott Parsons Konzept der Arzt- und Krankenrolle[23] entspricht in hohem Maße dem hier beschriebenen Bild vom Halbgott in Weiß.

Nach Parsons sind vier Kriterien für die Beschreibung der Arztrolle relevant[24]:

Erstens die Kollektivitätsorientierung: Danach sind Arzt und Patient dem Gemeinwohl und weniger dem Eigennutz verpflichtet.

„Der Arzt soll das Wohl seiner Patienten über seine eigenen Interessen stellen, der Kranke soll einen Genesungswillen zeigen und die mit der Krankenrolle verbundenen Privilegien nicht über die Maßen beanspruchen."[25]

Für den Arzt bedeutet dies auch, dass das Wohl des Patienten Vorrang vor den eigenen, auch materiellen Interessen haben muss.

Zum Zweiten der Universalismus: Der Arzt soll allen Menschen nach gleichen Grundsätzen helfen, nicht nur unabhängig von Rasse, Religion, Geschlecht, Nation, sondern auch von sozialem Status. Hier wird schon das Problem sichtbar, dass die Unterschiede zwischen Patientengruppen abhängig von der Art ihrer Versicherung mit diesem Rollenverständnis nicht kompatibel sind. Das dritte Kriterium ist die affektive Neutralität: Weder Sympathie noch Antipathie dürfen die Hilfeleistung des Arztes beeinflussen. Und zum Vierten die funktionale Spezifität: Der Arzt soll sich auf die Aufgaben konzentrieren, für die er ausgebildet ist.

Die paternalistische Rolle des Arztes resultiert mehr aus der Unterordnung des Patienten unter den mit naturwissenschaftlichen Kenntnissen und fachlicher Autorität ausgestatteten Arzt, als aus dem eigenen Rollenverständnis des Arztes. Dadurch befolgt der Patient die vom Arzt vorgegebenen Therapieentscheidungen (Compliance), statt mit diesem gemeinsam eine Therapie auszuhandeln, an die er sich hält (Adhärenz).[26] Compliance ist bereits gegeben, wenn der Patient die Medikamente so einnimmt, wie der Arzt dies bestimmt hat und er die vom Arzt gesetzten Termine einhält. Im Konzept von Parsons unterwirft sich der Patient der Autorität des Arztes soweit, dass er ihm auch erlaubt, seine körperliche Integrität zu verletzen (z. B. bei Operationen). Schon sprachlich wird das Problem deutlich:

„Der Patient (lateinisch ‚patiens', der oder die Leidende oder Erduldende) und sein Arzt gehen häufig von einer passiven Rolle des Betroffenen aus. Dieses Rollenverständnis kann durchaus einvernehmlich zwischen beiden bestehen, bietet es doch Vorteile durch Bequemlichkeit: für den Patienten, der die Zuständigkeit für sein Gesundwerden an den Experten delegieren kann. Er erduldet, der Arzt heilt. Und für den Arzt, der damit auch das Quasi-Monopol für den Heilungserfolg reklamieren kann."[27]

Mühlhauser und Müller plädieren nachdrücklich dafür, sich konzeptionell nicht mit der Compliance der Patienten zufriedenzugeben: „Obwohl solche Parameter zur Erklärung von Effekten nützlich sein können, sind sie keine für Patienten

21 Koch, Axel; Kühn, Stefan (2000): Ausgepowert. Hilfen bei Burnout, Stress, innerer Kündigung. Offenbach, S. 78. Der Arzt und Coach Thomas Bergner schätzt, dass mindestens zwanzig Prozent aller Krankenschwestern, Krankenpfleger und Ärzte am Burn-out-Syndrom leiden: Schmincke, Polly (2009): Burn-out-Syndrom. Erste Hilfe für die Helfer. In: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 12, H. 9, S. 25 29, S. 25.

22 Zit. n.: Ohne Autor (2009): Gesetzeslücken fördern Korruption auch im Gesundheitswesen. In: Ärzte Zeitung online, 18.09.2009.

23 Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: König, René; Tönnesmann, Margret (Hg.): Probleme der Medizin-Soziologie. Opladen, S. 10 57.

24 S. dazu: Geißendörfer, Jürgen; Höhn, Annick (2007): BASICS medizinische Psychologie und Soziologie. München, S. 13.

25 Borgetto, Bernhard; Kälble, Karl; Babitsch, Birgit (2007): Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem, S. 161f.

26 Während der Begriff Compliance für die Bereitschaft des Patienten steht, eine medizinische Behandlung zu befolgen, bezeichnet der Begriff Adhärenz die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele. Der Patient versteht sie und ist mit ihnen einverstanden. Im Rahmen einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung wird daher der Begriff Adhärenz verwendet. Techniker Krankenkasse (2009): Compliance oder Adhärenz. Online verfügbar unter http://www.tk-online.de, zuletzt geprüft am 09.09.09. Weiterführend s. Mühlhauser, Ingrid; Müller, Hardy (2009): Patientenrelevante Endpunkte und patient-reported outcomes in klinischer Forschung und medizinischer Praxis. In: Klusen, Norbert; Fließgarten, Anja; Nebling, Thomas (Hg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden, S. 34 65, S. 45

27 Klusen, Norbert; Meusch, Andreas (2009): Vorwort. In: Klusen, Norbert; Fließgarten, Anja; Nebling, Thomas (Hg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden, S. 5 9, S. 5

Akteur	Rechte		Pflichten
Kranker	Unverantwortlichkeit für die krankheitsbedingte Devianz	↔	Wille zur schnellen Genesung
	Befreiung von Rollenverpflichtungen		Inanspruchnahme eines Arztes/Compliance
Arzt	Ausschließlichkeits- und Vertrauensverhältnis	↔	Handel zum Wohle des Patienten
	Verletzung der Integrität des Patienten		Einsatz der höchsten wissenschaftlichen Standards

Abbildung 1: Komplementarität zwischen Arzt und Patient

relevante Endpunkte."[28] Die Komplementarität der Arzt- und Krankenrolle als sozialem System, wie es Parsons versteht, lässt sich wie folgt (Abb. 1) darstellen[29]:

Aufschlussreich bei dieser Übersicht ist, dass die materielle Komponente der Interaktion nicht abgebildet wird. Dass der Arzt für sein Handeln bezahlt wird, ist in diesem Rollenbild eher störend, der Rechte- und Pflichtenkanon nimmt beide Akteure aus den Handlungsmustern des Alltags heraus. Dieser Beziehung wohnt ein Zauber inne, der funktioniert, solange beide Beteiligten daran glauben und entsprechend handeln. Allein der Verdacht von Moral-Hazard-Verhalten oder allein von materiellen Motiven des einen wie des anderen Akteurs würde diesen Zauber zwangsläufig zerstören. In diesem Rollenmuster darf weder der Patient auf den Gedanken kommen, dass der Arzt eine Sonographie macht, um seine Geräte auszulasten, noch darf der Arzt annehmen, dass der Patient nicht wirklich krank ist, sondern nur einen „gelben Urlaubsschein" haben will. Praxisgebühr, „Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)"[30] oder Patientenquittung stören ebenfalls die Fiktion dieser Rollenmuster. Das Sachleistungsprinzip stärkt hingegen strukturell diese paternalistischen Rollenmuster.

Exkurs: Mythos und Arztrolle

Politikwissenschaftlich lässt sich die Rolle des Arztes als „Halbgott in Weiß" als Mythos begreifen. Mythen sind eine Metasprache, die von ganz bestimmten sozio-politischen Gruppen verwendet werden.[31]

Welche Funktionalität hat aber ein Mythos? Er verschleiert nicht, er vernichtet das Bild nicht, er geht nach Barthes einen dritten Weg: Er macht einen Begriff / ein Bild „natürlich":

„Wir sind hiermit beim eigentlichen Prinzip des Mythos: er verwandelt Geschichte in Natur. Man versteht nur, wie in den Augen des Verbrauchers von Mythen die Intention des Begriffes so offenkundig bleiben kann, ohne deshalb als interessengebunden zu erscheinen. Die Sache, die bewirkt, dass die mythische Aussage gemacht wird, ist vollkommen explizit, aber sie gerinnt sogleich zu Natur. Sie wird nicht als Motiv, sondern als Begründung gelesen."[32]

Was also impliziert der Mythos vom Halbgott in Weiß? Offenkundig ist, dass dieser Halbgott bei den Patienten Vertrauen erzeugen soll, gleichzeitig aber auch, dass das Heilen letztendlich in Gottes Hand liegt – der Arzt mag dem näher stehen als der Patient, aber das Letzte, Unsagbare bleibt. Der Zauber, der Mythos, das Irrationale sollen erhalten bleiben. Als Mythos aber funktioniert der Halbgott in Weiß, weil der Patient die Erzeugung des Bildes nicht dem konkreten Arzt zuschreibt – der Arzt als solcher ist mit seinen Heilfähigkeiten dieser Halbgott. Nur „gute Menschen" entschließen sich, Arzt zu werden.

Dabei ist dieses Bild vom guten Menschen aus einer schlichten ökonomischen Notwendigkeit des Arztberufes entstanden. Eine Notwendigkeit, die schon rund 400 Jahre vor Christus bestand, der Zeit, aus der der Hippokratische Eid stammt: „In wie viele Häuser ich auch kommen werde, zum Nutzen der Kranken will ich eintreten und mich von jedem vorsätzlichen Unrecht und jeder anderen Sittenlosigkeit fernhalten […]."

28 Mühlhauser, Ingrid; Müller, Hardy (2009): Patientenrelevante Endpunkte und patient-reported outcomes in klinischer Forschung und medizinischer Praxis. In: Klusen, Norbert; Fließgarten, Anja; Nebling, Thomas (Hg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden, S. 34 65, S. 45.

29 Borgetto, Bernhard; Kälble, Karl; Babitsch, Birgit (2007): Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim, München, S. 162.

30 Der Katalog Individuelle Gesundheitsleistungen , kurz IGEL-Liste genannt, beschreibt für Vertragsärzte, mit welchen Gesundheitsleistungen sie außerhalb der Behandlung auf Krankenschein durch Privatliquidation Geld verdienen können, s. dazu: http://www.igelarzt.de/igelarzt.html; Hermanns, Peter M.; Ascher, Wolfgang (2000): IGeL-Liste. Landsberg. Transparency International stellt die IgeL sogar in den Kontext von Korruption (s. dazu: Transparency International (Hg.) (2008): Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen Kontrolle und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe. Grundsatzpapier. Online verfügbar unter http://www.transparency .de, zuletzt geprüft am 19.09.2009, S. 20. Dies ist aber eine deutlich überzogene Sicht auf das Thema und wird hier nicht geteilt. Es wird auf das in Abschnitt 2.2 dargestellte Problem bei der Ausweitung von Definitionen hingewiesen: Die Ausweitung des Korruptionsbegriffes erscheint hier ähnlich problematisch wie der von struktureller Gewalt.

31 S. dazu: Barthes, Roland (2009): Mythen des Alltags, Frankfurt am Main, S. 115ff

32 Barthes, Roland (2009): Mythen des Alltags, Frankfurt am Main, S. 113.

Damals gab es keine diagnostische Medizin und die therapeutischen Möglichkeiten waren ausgesprochen begrenzt. Der Arzt hatte aus ganz existenziellen, ökonomischen Interessen guten Grund, Schaden von seinen Patienten fernzuhalten, selbst wenn das bedeutet, lieber gar nichts zu unternehmen. Und so schwört der Arzt: „Die diätetischen Maßnahmen werde ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil zum Nutzen der Kranken einsetzen, Schädigung und Unrecht aber ausschließen." Ein Arzt, der Schaden bringt, wird nicht erneut ins Haus gerufen. Und so endet der Eid, der heutzutage Urgrund des Bildes vom guten Menschen Arzt ist, ganz konsequent:

„Wenn ich diesen Eid erfülle und ihn nicht antaste, so möge ich mein Leben und meine Kunst genießen, gerühmt bei allen Menschen für alle Zeiten; wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, dann soll das Gegenteil geschehen."[33]

Zwei Motivationen hatte der Arzt, sich wohlfeil und fromm zu verhalten: Erfolg und Nachruhm. Auch schon in der ersten Konstruktion des Arztbildes ist er „gut", weil es sich lohnt. So entsteht der Mythos, aber wie jeder Mythos ist er von seiner Situation abhängig. „Es genügt, seine Umgebung zu verändern, das allgemeine (und widerrufliche) System, in dem er seinen Platz innehat, um seine Tragweite aufs Genaueste zu regulieren."[34]

Die hier angestellten Überlegungen zwingen dazu, die zuvor gemachten Ausführungen zu einer systemtheoretischen Abbildung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu erweitern. Der quasi sakrale Charakter der Kommunikation, wie er in der Metapher vom Halbgott in Weiß zum Ausdruck kommt, verlangt danach, die vier Kommunikationsformen Caritas, Geld, Macht und Wahrheit um eine weitere zu ergänzen, die dem quasireligiösen Charakter der Kommunikation entspricht. Luhmann unterscheidet Religion als System von anderen Systemen, indem er fragt, wie Religion sich selbst unterscheidet. In seiner Sicht tut sie das durch eine Realitätsverdopplung:

„Irgendwelchen Dingen oder Ereignissen wird eine besondere Bedeutung verliehen, die sie aus der gewöhnlichen Welt (in der sie zugänglich bleiben) herausnimmt und mit einer besonderen ‚Aura', mit besonderen Referenzkreisen ausstattet. Es ist dann nicht mehr alles, was ist, real, indem es ist, wie es ist, sondern es wird eine besondere, sagen wir reale Realität dadurch erzeugt, dass es etwas gibt, was sich von ihr unterscheidet."[35]

Dieses Besondere wird, und dadurch unterscheidet sich Religion von anderen Formen der Realitätsverdopplung wie dem Irrtum, positiv konnotiert[36]. Kennzeichnend für Religion ist außerdem, dass sie die unbeobachtbare Seite des Codes als Grund der Realität annimmt und damit das transzendente Sinnkorrelat zu allem immanent Beobachtbarem ist[37].

Religion verfremdet das Wahrgenommene, belässt es aber gleichzeitig im Zustand des Wahrnehmbaren und macht es damit für die Kommunikation verfügbar. „Die anfängliche Unterscheidung von realen und real imaginierten Dingen wird schließlich überformt durch eine binäre Codierung: durch die Bereithaltung der Doppelbewertung als immanent und transzendent"[38]. Religion vollzieht sich also durch eine bestimmte Semantik, einen Code. „Sehr einfach gesagt: Wo die Welt mit dem religiösen Code, der Differenz von Immanenz und Transzendenz beobachtet wird, dort lässt sich von ‚Religion' reden.[39]"

Das Rollenverständnis des Halbgottes in Weiß entspricht insoweit dem Verständnis des Schamanen, dessen Funktion klar religiös motiviert ist. Die lateinischen Fachbegriffe in Gespräch des Arztes mit dem Patienten haben damit die gleiche Funktion wie die Formeln „Amen" „Halleluja" oder „Kyrie eleison" im Gottesdienst, sie symbolisieren Transzendenz im Immanenten, sind Realitätsverdopplung. Hat das „Hokuspokus" und „Abrakadabra"[40] heute keinen Anteil mehr am Transzendenten und ist nur noch ironisch oder bei Zaubertricks von Kindern verwendbar, symbolisiert die mit lateinischen Fachausdrücken gespickte Fachsprache des Halbgottes in Weiß noch immer den Anspruch auf Teilhabe an der das Rationale übersteigenden Zauberkraft der Schamanen.

Wenn Stefan Etgeton, Gesundheitsexperte vom Bundesverband der Verbraucherzentralen darauf hinweist, dass die Patienten oft einfach nicht verstehen, was gemeint ist und fordert, „„erhöhte Leu-

33 Vgl. Bauer, Axel W. (2005): Realität – Ideal – Projektion? Der gute Arzt in medizinhistorischer Perspektive. In: Ärzteblatt Baden-Württemberg (ÄBW) 60, H. 1, S. 23 26.

34 Luhmann, Niklas (2000): Die Religion der Gesellschaft. Frankfurt am Main, S. 60.

35 Luhmann, Niklas (2000): Die Religion der Gesellschaft. Frankfurt am Main, S. 58f.

36 Luhmann, Niklas (2000): Die Religion der Gesellschaft. Frankfurt am Main, S. 60.

37 Luhmann, Niklas (2000): Die Religion der Gesellschaft. Frankfurt am Main, S. 63.

38 Wohlrab-Sahr, Monika (2005): Luhmanns Religionssoziologie und die empirische Religionsforschung zwei getrennte Welten? In: Runkel, Gunter; Burkart, Günter (Hg.): Funktionssysteme der Gesellschaft. Beiträge zur Systemtheorie von Niklas Luhmann. Wiesbaden, S. 71 88, S. 73f.

39 Luhmann, Niklas (2004): Das Beobachten des Unbeobachtbaren. Niklas Luhmanns systemtheoretische Auffassung von religiöser Kommunikation. In: Gabriel, Karl; Reuter, Hans-Richard; Große Kracht, Hermannn-Josef (Hg.): Religion und Gesellschaft. Texte zur Religionssoziologie. Paderborn, S. 176-192; S. 177.

40 Hokuspokus wird auf die Formel der lateinischen katholischen Messe bei der Wandlung zurückgeführt Hoc est enim corpus meum = Denn dies ist mein Leib; Abrakadabra geht zurück auf den altägyptischen Sonnengott Brasax; Großfeld, Bernhard (1995): Zeichen und Zahlen im Recht. Zahlen in Rechtsgeschichte und Rechtsvergleichung. Tübingen, S. 2.

kozyten' muss der Arzt erklären"[41], dann lässt sich dies auch decodieren als Forderung, der Arzt soll seine religiöse Rolle ablegen und in seiner Sprache nicht auf Transzendenz verweisen, sondern sich auf das Immanente zurückziehen.

Der Arzt als säkularisierter Priester, der die Sehnsucht nach Transzendenz in einer entzauberten Welt verkörpert, ist ein gesellschaftlicher Trend, in dem der Arzt die Hauptrolle spielt und damit ein viel grundsätzlicheres Bedürfnis befriedigt:

„Wenn heute überhaupt etwas auf dem Altar steht, angebetet und mit allerhand schweißtreibenden Sühneopfern bedacht wird, so ist es die Gesundheit. Unsere Vorfahren bauten Kathedralen, wir bauen Kliniken. Unsere Vorfahren machten Kniebeugen, wir machen Rumpfbeugen. Unsere Vorfahren retteten ihre Seele, wir retten unsere Figur. Es fehlt auch nicht an Protagonisten: selbst ernannten Päpsten, ergebenen Gläubigen, Hohepriestern des Wohlergehens, Zuchtmeistern, Asketen, Heiligen, Inquisitoren. Keine Frage, wir haben eine neue Religion: die Gesundheitsreligion"

schreibt der Facharzt für Psychiatrie und Theologe Manfred Lütz[42].

Die Forderung nach Entzauberung der Arztrolle kommt aber nicht nur von außen – der Arzt entzaubert sich selbst:

„Der Halbgott in Weiß verabschiedet sich, das normative Bild wird in der öffentlichen Wahrnehmung von den Ärzten selbst zerstört: Mediziner, die vor Demonstrationen noch rasch ein Laken mit Parolen wie ‚Operiert euch doch selbst' besprühen – so etwas greift den Nimbus des Halbgottes an und holt einen ganzen Berufsstand auf den Boden der Realität. Plötzlich stehen Ärzte auf einer Stufe neben ganz normalen Arbeitnehmern, die für mehr Lohn auf die Straße gehen." [43]

Die ökonomische Notwendigkeit und Realität des Arztberufes, die im Eid des Hippokrates verschleiert wurde, kehrt nun geballt auf die Straße zurück. In dem Maße, in dem die ökonomische Realität in das Parsonssche Rollenmuster interveniert, werden andere Rollenmuster zwischen Arzt und Patient notwendig[44].

1.3. „Säkularisierung der Arztrolle[45]": ‚Informed consent' als Basis der Arzt-Patienten-Beziehung

Das Rollenverhältnis zwischen Arzt und Patient ist in Deutschland durch die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer vorgegeben. Sie legt in § 7 fest:

„Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. […] Den begründeten Wunsch der Patientin oder des Patienten, eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen."

In § 8 heißt es weiter:

„Zur Behandlung bedürfen Ärztinnen und Ärzte der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen."[46]

Der in der Musterberufsordnung formulierte Standard für das Arzt-Patienten-Verhältnis wird in der Literatur als „informed consent" beschrieben und ist in der einschlägigen Rechtsprechung präzisiert.[47]. Die Patienten treten dadurch aus ihrer passiven Krankenrolle heraus. Von Objekten ärztlicher Heilkunst werden sie zu Subjekten eines Behandlungsprozesses. Dieser Paradigmenwechsel wird seit Anfang der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts durch ein neues Verständnis der Medizin nicht nur als Erfahrungsmedizin, sondern zunehmend als einer wissenschaftsbasierten Medizin (evidenzbasierte Medizin, ebM) beschrieben. Diese ist mit einer Änderung des Rollenverständnisses von Arzt wie Patient verbunden. Partizipative Entscheidungsfindung und evidenzbasierte Entscheidung „lösen das Konzept der einseitigen Entscheidungshoheit durch die Ärzte ab".[48]

Die Rolle des Patienten wandelt sich damit zum Koproduzenten von Gesundheit, und die Arzt-Patient-Beziehung wird vor allem als Kooperationsbeziehung aufgefasst:

„Der Patient übernimmt als ‚beteiligter Experte' durch seine Mitwirkung am Prozess der medizinischen Dienstleistung selbst aktiv Leistungen und trägt durch seine Mitarbeit wesentlich zur Prozess- und Ergebnisqualität des Leis-

41 Zit. n.: Bartens, Werner (2010): Gesundheitswesen Der deutsche Patient. In: Süddeutsche Zeitung, 15.06.2010. Online verfügbar unter http://www.sueddeutsche.de, zuletzt geprüft am 15.06.2010.

42 Lütz, Manfred (2002): Lebenslust. Über Risiken und Nebenwirkungen des Gesundheitswahns. München, Umschlaginnenseite.

43 Reiners, Willi (2006): Der Halbgott in Weiß verabschiedet sich. Frustriert in Klinik und Praxis: Wie sich das Bild des Arztes wandelt. In: Stuttgarter Zeitung, 13.10.2006, S. 4.

44 Anders Paul Kirchoff, der in seinen Überlegungen zu Reformen im Gesundheitswesen ohne ausdrücklich Bezug auf Parsons zu nehmen gerade in der Stärkung der entsprechenden Arztrolle einen wichtigen Reformansatz sieht. Kirchhof, Paul (2006): Das Gesetz der Hydra. Gebt den Bürgern ihren Staat zurück! München, S. 155f.

45 Borgetto, Bernhard; Kälble, Karl (2007): Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem, S. 163.

46 Bundesärztekammer (ohne Jahr): Auszug aus der (Muster-)Berufsordnung. Patientenrechte. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de, zuletzt geprüft am 19.10.2010.

47 Koch, Hans-Georg (2007): Einwilligung (informed consent) als Legitimation ärztlichen Handelns am Patienten. Online verfügbar unter http://www.uni klinik-freiburg.de, zuletzt geprüft am 09.09.2009; Ratzel, Rudolf; Lippert, Hans Dieter (2006): Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO). Berlin.

48 Mühlhauser, Ingrid; Müller, Hardy (2009): Patientenrelevante Endpunkte und patient-reported outcomes in klinischer Forschung und medizinischer Praxis. In: Klusen, Norbert; Fließgarten, Anja; Nebling, Thomas (Hg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden, S. 34 65, S. 35f.

tungsgeschehens bei. Als förderlich für die Wirksamkeit der Leistung werden neben der kunstgerechten und angemessenen Anwendung geprüfter Verfahren insbesondere ein vertrauensvolles persönliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient sowie angemessene Beratung, Information und Schulung der Patienten zur Förderung ihrer Motivation, Mitwirkung und Kompetenz genannt."[49]

In diesem Rollenmuster bleibt die prinzipielle Asymmetrie hinsichtlich der medizinischen Kompetenzen erhalten. Auch hier geht es um Compliance, nicht um Adhärenz. In der Literatur wird betont, dass dieser Ansatz gegenüber dem paternalistischen Rollenkonzept die Compliance verbessert. „So beziffert beispielsweise die American Heart Association 1999 die Folgekosten nicht-adäquater Medikamenteneinnahme mit ca. 8,5 Mio. US-Dollar."[50] Dies zeigt, dass eine Verbesserung der Kommunikation, die zu einer Verbesserung der Adhärenz führt, auch konkrete ökonomische Auswirkungen haben kann. Es wird deshalb nachdrücklich dafür plädiert, die Kommunikation zwischen Arzt und Patient so zu verändern, zu verbessern, dass die Therapietreue verbessert wird.

1.4. Der Arzt als Dienstleister für den selbstbestimmten und informierten Patienten

„Informiert und selbstbestimmt" – so soll der Patient nach der Überzeugung vieler Akteure im Gesundheitswesen sein, ein Konsument, ein Souverän, der autonom in eigener Sache entscheidet.[51]

„Mit dem Ansatz des ‚shared-decision-making' schließlich liegt ein Idealmodell medizinischer Entscheidungsfindung vor, in dem versucht wird, in ganzheitlicher Weise die Situation des betroffenen Patienten zu erfassen, ihn optimal über Chancen, Risiken und Alternativen von Therapien zu informieren und seine persönlichen Bedürfnisse, Werte und Risikopräferenzen in den Entscheidungsprozess zu integrieren. Dieser Ansatz ist insbesondere für die Behandlung chronischer Erkrankungen vorteilhaft, erweist sich jedoch als recht anspruchsvoll. Er erfordert die Bereitschaft und auch die Fähigkeit der Patienten, sich engagiert auf eine solche Kommunikation einzulassen."[52]

Bengel geht davon aus, dass jedes Individuum „geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen"[53] und Fließgarten und Nebling kommen als Fazit einer Sekundäranalyse von empirischen Befragungen zu dem Ergebnis, dass Patienten mündig sein wollen.[54] Großkinsky schließlich sieht den Patienten als Nutzer gesundheitsbezogener Ressourcen und „Gesundheitsmanager im Mittelpunkt"[55].

Und, so muss man ergänzen, es erfordert die Bereitschaft der Ärzte, im Patienten nicht mehr das Objekt seiner Fürsorge, sondern den Partner für die gemeinsam zu bewältigende Aufgabe der Heilung zu sehen. Darin werden Chancen für beide Seiten gesehen:

„Wenn es jedoch gelingt, die ‚gelernte Kompetenz' der Ärzte mit der ‚gelebten Kompetenz' der Betroffenen zu verbinden, kann dies nicht nur die Lebensqualität, die Würde und das Wohlbefinden der Nutzer, sondern vermutlich auch die Arbeitszufriedenheit der Behandler positiv beeinflussen."[56]

1.5. Der Arzt als Maximierer seines Nutzens: Der Ansatz der klassischen volkswirtschaftlichen Theorie

- „Der Wettbewerb zwischen Ärzten spiegelt sich bei der Auswahl des Niederlassungsortes und bei dem ‚Kampf' um Patienten wieder."[57]
- „Erst Geld, dann Spritze – Wenn der Doktor Bares will." Mit diesem provokanten Titel geht Talkerin Anne Will in die sonntägliche Runde. Noch sind es Einzelfälle, aber sie sorgen bundesweit für Schlagzeilen: Ärzte halten vor der Behandlung die Hand auf und verlangen Geld. Ihr Argument: Die Behandlung von Patienten rechnet sich nicht immer.[58]
- Eine Studie zum Berufsethos von Medizinern nimmt als Ergebnis der eigenen Analyse in Anspruch „der analytische Nachweis eines strukturalen moralischen Defizits" dieses Berufsstandes wegen seiner ökonomischen Präferenzen sei gelungen.[59]

49 Dierks, Marie-Louise; Bitzer, Eva-Maria; Lerch, Magnus (2001): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart, S. 9f.

50 Thielmann, Lars; Rohr, Manfred; Schade, Diethard (2002): Szenarien für mehr Selbstverantwortung und Wahlfreiheit im Gesundheitswesen. Stuttgart, S. 39.

51 Klusen, Norbert; Fließgarten, Anja; Nebling, Thomas (Hg.) (2009): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden.

52 Thielmann, Lars; Rohr, Manfred; Schade, Diethard (2002): Szenarien für mehr Selbstverantwortung und Wahlfreiheit im Gesundheitswesen. Stuttgart, S. 39.

53 Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln, S. 29.

54 Nebling, Thomas; Fließgarten, Anja (2009): Wollen Patienten mündig sein? In: Klusen, Norbert; Fließgarten, Anja; Nebling, Thomas (Hg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden, S. 80 96, S. 93.

55 Großkinsky, Sabine (2008): Systemprinzipien der Gesundheitsversorgung in der Sozialen Marktwirtschaft. Eine ordnungsökonomische Analyse. Baden-Baden, S. 13.

56 Dierks, Marie-Louise; Bitzer, Eva-Maria; Lerch, Magnus (2001): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart, S. 14

57 Lehmann, Daniel (ohne Jahr): Wettbewerb allgemein. In: Gesundheitsökonomie. Neue Trends in der Gesundheitswirtschaft. Online verfügbar unter http://www.gesundheits-oekonomie24.de, zuletzt geprüft am 23.09.2009.

58 Pifan, Thorsten (2009): Late Night: Anne Will und die Geiseln im Wartezimmer. In: Die Welt, 24.03.2009. Online verfügbar unter http://www.welt.de, zuletzt geprüft am 21.09.2009.

59 Raven, Uwe (1989): Professionelle Sozialisation und Moralentwicklung. Zum Berufsethos von Medizinern. Wiesbaden, S. 293.

Deutlich wird hier das Gegenkonzept zum paternalistischen Rollenverständnis von Parsons: Was sich nicht rechnet, wird nicht gemacht. Es ist das Bild vom Arzt als Maximierer seines ökonomischen Nutzens. Die Zitate machen deutlich, dass dies nicht das dominierende Deutungsmuster in der Arzt-Patienten-Beziehung ist, aber es ist präsent. In diesen Kontext gehört es auch, dass die Informationen zur Abrechnung von Kassenleistungen im Internetportal kassenarzt.de in der Rubrik „Unternehmer Arzt" zu finden ist.[60] Hier geht es um die Optimierung als Unternehmer, nicht um Verhalten, das sich am Gemeinwohl orientiert und dem paternalistischen Rollenbild entspricht.

Hier ist zunächst festzuhalten, dass Ärzte Teil einer Gesellschaft sind, die durch die „Ökonomisierung aller Lebensbereiche" geprägt ist.[61] Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist ein Teil dieser Entwicklung, die sich in den wissenschaftlichen Debatten[62] und im Bewusstsein der Betroffenen widerspiegelt. Aus der Perspektive des Arztes ist dies eine negative Entwicklung.

„Gerade mit den aktuellen Reformen zur Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen und den damit verbundenen unterschiedlichen Einschränkungen der ärztlichen Entscheidungsfreiheit ist die wirtschaftliche Bedeutung ihrer Tätigkeit als ein entscheidender Faktor den Ärzten deutlicher in den Blick gerückt. Das für den Helferberuf typische Ideal der Unabhängigkeit wird mit einer Realität konfrontiert, die den Arzt sich eher als einen ‚Facharbeiter im Subsystem der sozialen Sicherheit' erleben lässt."[63]

1.6. Die Gleichzeitigkeit inkompatibler Rollenmuster

Durch diese von ökonomischen Erwägungen geprägten Bedingungen landet das Rollenbild des Arztes quasi zwischen den Stühlen: einerseits möglichst allwissender Halbgott mit fachlicher Autorität, andererseits selbstständiger Unternehmer und Verwalter des sozialgesellschaftlichen Mangels.

Unter diesem Zwiespalt gerät nicht nur das Fremd-, sondern auch das Selbstbild des Arztes ins Wanken:

[…] Noch dramatischer indes verändert sich das Selbstbild der Ärzte. Ein wichtiger Grund ist die zunehmende Ökonomisierung der Medizin. Die Finanzmittel im Gesundheitswesen sind begrenzt. Das zwingt zur Rationalisierung und Qualitätskontrolle. Alles, was der Doktor tut, wird auf seine Evidenz hin überprüft. Das heißt: Der Nutzen für den Patienten muss klar ersichtlich sein. Im Ergebnis führt das zu einer wachsenden Fremdbestimmung der ärztlichen Tätigkeit. Exemplarisch dafür stehen Leitlinien, die minutiös vorgeben, wie chronische Erkrankungen zu behandeln sind. "[64]

Der autonome Mediziner, der selbst am besten weiß, was für seinen Patienten am besten ist, geht sich selbst verloren. Der Präsident der Bundesärztekammer beschreibt die Entwicklung in einem Referat mit dem Titel „Arztrolle und Ethos in der Rationierung" folgendermaßen:

„Wir beobachten den sich immer weiter ausbreitenden Glauben in Politik und Verwaltungen, die Medizin und damit die Patientenversorgung seien zentral und vor allem schematisiert anzulegen. Besonders die letztgenannte Entwicklung bedeutet für uns Ärzte(innen) einen gravierenden Wandel des Selbstverständnisses, wenn wir diesen Prozess nicht viel intensiver geisteswissenschaftlich und politisch beeinflussen. Denn die zunehmende Programmierung, auch der Begriff Konfektionierung ist berechtigt, von Prozeduren bei der Betreuung von kranken Menschen wird unabsehbare Folgen haben."[65]

Welche Folge befürchtet der qua Amt oberste Ethikbeauftragte der deutschen Ärzte? Sein größter Einwand gegen die beobachtete „Konfektionierung" ist die Entindividualisierung der Patienten und der Beziehung von Arzt und Patient. Über die möglichen und sinnvollen Therapien

60 Kassenarzt.de (ohne Jahr): Unternehmer Arzt. KV-Abrechnung. kassenarzt.de. Online verfügbar unter http://www.kassenarzt.de, zuletzt geprüft am 19.10.2010.

61 Weiterführend dazu s.: Krönig, Franz Kasper (2007): Die Ökonomisierung der Gesellschaft. Systemtheoretische Perspektiven. Univ. Diss. Flensburg, 2006. Bielefeld. Kurbjuweit, Dirk (2005): Unser effizientes Leben. Die Diktatur der Ökonomie und ihre Folgen. Reinbek bei Hamburg. Die Inhaltsangabe zu dem Buch Schimank, Uwe; Volkmann, Ute (Hg.) (2007): Soziologische Gegenwartsdiagnosen. Eine Bestandsaufnahme, sagt: Wer von einer Ökonomisierung gesellschaftlicher Teilbereiche wie z. B. der Hochschulen oder des Gesundheitswesens oder gar von einer Ökonomisierung der Gesellschaft insgesamt spricht, tut dies zumeist in einer kritischen Haltung. Er beklagt, dass ökonomische Gesichtspunkte die Oberhand über universitäre Bildung oder medizinische Notwendigkeiten bzw. Möglichkeiten gewinnen anders gesagt: dass die Lehre oder die Versorgung von Kranken zumindest keine dauerhaften wirtschaftlichen Verluste einfahren darf, vielleicht gar Gewinne erwirtschaften muss . Im Internet: http://www.springerlink.com.

62 Weiterführend s. Bauer, Ullrich (2006): Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. In: Das Parlament H. 8. Online verfügbar unter http://www.das-parlament.de, zuletzt geprüft am 22.08.2009. Kühn, Hagen (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In: Elsner, Gine; Gerlinger, Thomas; Stegmüller, Klaus (Hg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik deregulierten Kapitalismus. Hamburg, S. 25 41. Die Kombination der Stichworte Ökonomisierung und Gesundheitswesen generiert bei google fast 15.000 Treffer, geprüft am 22.08.2009.

63 Plewnia, Christian Gerhard (1999): Wandel der Arztideale. Entwicklungen in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit. Univ. Diss. Gießen, 1998. Münster u. a., S. 19f.

64 Reiners, Willi (2006): Der Halbgott in Weiß verabschiedet sich. Frustriert in Klinik und Praxis: Wie sich das Bild des Arztes wandelt. In: Stuttgarter Zeitung, 13.10.2006, S. 4. .

65 Hoppe, Jörg-Dietrich (2007): Arztrolle und Ethos in der Rationierung. In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, H. 5, S. 59–64, S. 61.

wird nicht länger in einer vertrauensvollen, individuellen Arzt-Patient-Beziehung entschieden, sondern von Programmen und Leitlinien. Die Ursache für diesen Paradigmenwechsel sieht Hoppe im Erstarken der evidenzbasierten Medizin, die keine kranken Individuen kennt, sondern die Patienten zu „Krankheits-, ja sogar Diagnosebesitzern" macht.[66]

Worum geht es dem Autor? – Er will einen Prozess „intensiver geisteswissenschaftlich und politisch" beeinflussen, der einen „gravierenden Wandel des Selbstverständnisses" der Ärzte zu bewirken droht. Um welchen Prozess es geht, das sagt die Überschrift: Rationierung.

Warum wird hier nicht der gesetzestechnische Begriff „Budgetierung" verwendet, sondern von Rationierung gesprochen? Rationierung ist ein Begriff, der mit der Kriegswirtschaft und ihrer Mangelversorgung assoziiert wird. Er schließt ein, dass an sich Notwendiges nicht zur Verfügung steht. Was ist das Notwendige, das nach Ansicht des Autors nicht mehr zur Verfügung steht? Es droht „Programmierung", „Konfektionierung", „Verödung des Arzt-Patienten-Verhältnisses" sowie „Kommunikation der Schematisierung". Verloren geht Hoppe dabei die individuelle Betreuung und Entscheidung über Therapie, die Unvergleichbarkeit der Patienten miteinander. Die Funktion eines Arztes sei auch die eines „Hoffnungsträgers" und die Medizin beinhaltet „über naturwissenschaftliche begründete Pharmakomedizin und Medizintechnik hinaus auch nicht wäg- und messbare Behandlungsverfahren von Ärzten(innen)" [67].

Dabei muss aber erwähnt werden, dass Hoppe evidenzbasierte Leitlinien nicht ablehnt, im Gegenteil, er betont ihren Nutzen insbesondere für den Erwerb aktuellen Wissens für Ärzte, aber die Kosten-Nutzen-Analysen, die daraus folgen, sollten seriös und „absolut transparent" sein und „in einer für die Individualebene Patient-Arzt nützlichen Form veröffentlicht werden"[68]. Andernfalls ist es eine verschwiegene Rationierung und die birgt die Gefahr, dass der Patient nicht länger darauf vertrauen kann, dass ökonomische Motive den Arzt in seiner Entscheidung nicht beeinflussen. Kontrastiert wird die Darstellung von Hoppe durch die seines Stellvertreters, Ulrich Montgomery. Der hat die Tatsache, dass Ärzte für die Verschreibung von Medikamenten der Firma Ratiopharm Geld genommen hatten, als „ein ganz normales, natürliches Verhalten" bezeichnet[69]. Für unseren Kontext ist die Bewertung des Regensburger Strafrechtsprofessors Müller relevant:

„Kriminologisch interessant ist das dictum Montgomerys, es handele sich um ‚natürliches' Verhalten. Dies spielt an auf die ökonomische ‚Natur' des Arztdaseins. Der ökonomisch orientierte rational-choice-Ansatz würde dieses Verhalten wohl auch für natürlich erklären (allerdings zur Abwendung des Verhaltens Strafe und Strafverfolgung empfehlen): Die Ärzte strebten wie jeder Mensch nach Maximierung von (materiellen) Vorteilen bei Minimierung von Nachteilen. Merkwürdig nur, dass ich zu meinem Bekanntenkreis Ärzte zähle, die dies ganz und gar nicht ‚natürlich' finden und solche Schmiergeldangebote vehement ablehnen würden. In den Augen ihres Verbandsvertreters sind sie wohl ‚unnatürlich'."[70]

Ein Aspekt der Gleichzeitigkeit inkompatibler Rollenmuster wird hier präzise auf den Punkt gebracht. Das Dilemma ist auch bei dem Psychiater und Theologen Lütz zu greifen, der sich klar zu einer gewerblichen Sicht des Arztberufes bekennt:

„Es ist erfreulich, wenn Ärzte in Krankheiten Defizite sehen, die sie wegzumachen versuchen. Das schätzen wir an ihnen. Wenn sie aus ihrer gewerblichen Sicht der Dinge aber eine Weltanschauung machen, wird ärztliches Gerede menschenverachtend."[71]

Nur wenige Seiten weiter schreibt er: „Mit aller Autorität, die mir als Chefarzt zu Gebote steht, erkläre ich den Eltern, dass sie nichts, aber auch gar nichts zur Entstehung der Erkrankung beigetragen haben."[72] Die Autorität, die er hier einsetzt, dürfte ihm schwer aus einer gewerblichen Sicht der Dinge zugewachsen sein. „Gebote", allein das Wort hätte den Theologen hier nachdenklich machen sollen.

Dem von ökonomischen Faktoren bestimmten Selbstbild des Arztes steht eine Haltung der Ärzteschaft gegenüber, die das traditionelle Bild vom unfehlbaren Halbgott perpetuiert. Deutlich wird das an der Diskussion um Behandlungsfehler. Es gibt sie, aber sie werden in den seltensten – und meist nur schlimmsten – Fällen öffentlich. Anfang des Jahres 2010 forderte der Patientenbeauftragte Zöller ein anonymes Melderegister für Behandlungsfehler. Er argumentiert, dass die Fehler und ihre Ursachen nur verringert werden können, wenn sie bekannt sind. Die Bundesärztekammer wies dieses Ansinnen zurück. Man benötige keine Zwangsdokumentation, die Aufarbeitung von Fehlern solle freiwillig erfolgen. Eine andere Berufsgruppe, die Leben in den

66 Hoppe, Jörg-Dietrich (2007): Arztrolle und Ethos in der Rationierung. In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, H. 5, S. 59–64, S. 61.

67 Hoppe, Jörg-Dietrich (2007): Arztrolle und Ethos in der Rationierung. In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, H. 5, S. 59–64, S. 64.

68 Hoppe, Jörg-Dietrich (2007): Arztrolle und Ethos in der Rationierung. In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, H. 5, S. 59–64, S. 64.

69 Grill, Markus (2009): Fernsehauftritt: Ärzte-Lobbyist verteidigt Schmiergeld für Mediziner. Spiegel online. Online verfügbar unter http://www.spiegel.de, zuletzt geprüft am 24.05.2010.

70 Müller, Henning Ernst (2009): Ärzte, die sich von Pharmaunternehmen schmieren lassen: strafbar wegen Bestechlichkeit oder „ganz normales, natürliches Verhalten"? Online verfügbar unter http://blog.beck.de, zuletzt geprüft am 24.05.2010.

71 Lütz, Manfred (2009): Irre – Wir behandeln die Falschen. Unser Problem sind die Normalen. Eine heitere Seelenkunde. Gütersloh, S. 10.

72 Lütz, Manfred (2009): Irre – Wir behandeln die Falschen. Unser Problem sind die Normalen. Eine heitere Seelenkunde. Gütersloh, S. 138.

Händen hält, hat eine Systematik der Fehleraufarbeitung: die Piloten. Sie arbeiten mit Checklisten, die aus gemeldeten Fehlern erstellt und überarbeitet werden. Das Selbstbild des Arztes lässt dies offenbar nur selten zu. So schwankt der moderne Arzt weiter zwischen Unfehlbarkeit und ökonomischem Druck.

2. Auswirkungen antagonistischer Rollenmuster: Stress

Die idealtypische Darstellung unterschiedlicher Rollenmuster lässt in der realen Arzt-Patientenbeziehung unendlich viele Nuancen zu. Ärzte werden in Abhängigkeit von der Person des Patienten und seinen realen Gesundheitsproblemen die Rollen unterschiedlich ausfüllen. Sie werden die unterschiedlichen Rollen kontextbezogen abrufen, ohne auf Konsistenz achten zu müssen. Um es mit den Worten des verstorbenen Präsidenten der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, zu sagen:

„Ärztinnen und Ärzte behandeln Individuen und sind deswegen auch individualethisch eingestellt; eine alleinige und ausschließliche sozial-ethische Denkweise ist den Angehörigen dieses Berufes und deren Patienten nicht zuzumuten.

Hier befinden wir uns derzeit aber auf einem sehr gefährlichen Wege, weil Ärztinnen und Ärzte ihrer eigentlichen Aufgabe, nämlich Heiler, Helfer, Tröster und Berater zu sein statt nur Schadensbeseitiger, kaum noch nachkommen können.

Vielmehr müssen sie als Budgeteinhalter, Allokationsjongleure und – zu meinem großen Leidwesen – auch als Geschäftsleute, zum Beispiel bei IGeL, Vertrauen zerstörende oder zumindest gefährdende Verhaltensweisen an den Tag legen.“[73]

Ein Beispiel für die Gleichzeitigkeit des Inkompatiblen findet sich im Bericht über den Prozess gegen den Transplantationsmediziner Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Broelsch: „»Ich habe mich operativ zerrissen, damit alle rechtzeitig behandelt werden.« Da fährt Oberstaatsanwalt Koch aus der Haut und schleudert Broelsch entgegen: »Sie beschönigen schon wieder.«“ Was den Staatsanwalt aus der Haut fahrenlässt, beschreibt ein Zeuge als „Nötigung“: Der Mediziner hat Patienten zu Spenden von 3.500 Euro veranlasst, um rasch einen Termin als Privatpatient zu erhalten. Das Selbstbild des altruistischen Mediziners kontrastiert der Angeklagte auch selbst:

„Ein bezeichnendes Geständnis legte Broelsch freilich schon am zweiten Verhandlungstag ab, als er gestand, jene 150 bis 210 Euro, die ihm Privatpatienten für die Erstkonsultation bezahlen, mitunter nicht versteuert zu haben. Für ihn habe es sich um ‚Minimalgeld‘ gehandelt. »Bei den Summen ist es mir nicht schuldhaft ins Gewissen gestoßen.«“ [74]

Aber auch die Patienten haben nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch unterschiedliche Formen, die Patientenrolle mit Leben zu füllen. Eine Person, die für sich beansprucht, den Arzt als Berater zu sehen, wird dieses Rollenmuster nach einer dramatischen, gar infausten Prognose vielleicht nicht mehr für sich in Anspruch nehmen.

Die Darstellung oben macht deutlich, dass es kein klares Rollenmuster gibt, sondern mehrere, zum Teil antagonistische Rollenmuster möglich sind. Dies erzeugt Stress, denn nach Koch und Kühn gelangen Personen dadurch in Stress, dass zu ungenau geklärt ist, welche Rechte, Pflichten bzw. Aufgaben (= Rollen) sie in einer Organisation haben.[75] Systemtheoretisch formuliert führt das fehlende Kommunikationsmittel des Teilsystems Krankheitssystem dazu, dass es sich der Kommunikationsmittel aus anderen Teilsystemen bedienen muss und in einem realen Gespräch zwischen Arzt und Patient die Kommunikationsformen des Teilsystems Wirtschaft (Geld), Wissenschaft (Wahrheit) und Familie (Caritas) annehmen kann und durch das Springen zwischen den verschiedenen Kommunikationsformen Kommunikation zwischen Arzt und Patient unwahrscheinlich wird, was als Stress empfunden wird. Zu den Besonderheiten dieser Kommunikationssituation gehört es, dass ein Arzt die Kommunikationsform für sein Gegenüber adressieren kann, die mit seinem aktuellen Rollenverständnis nichts zu tun hat. So ist es für einen Arzt, der einen Patienten aus finanziellen Motiven zu einer nicht notwendigen Leistung überreden will, geradezu prohibitiv, die reale Kommunikation mit dem Patienten in der Kommunikationsform der Wirtschaft (Geld) zu führen. Er hat die Option, als Exponent der Wissenschaft seinen Wahrheitsanspruch auszuspielen oder in der Kommunikationsform der Liebe seine Sorge um das persönliche Wohl des Patienten zu artikulieren. Es ist hoch plausibel, dass dieses Kommunikationsdilemma als Stress empfunden wird. Wie sich dieser Stress entladen kann, das zeigen Extrembeispiele aus dem Internetforum facharzt.de, wo sich Ärzte unter Klarnamen Luft verschaffen. Zugelassen zu dem Forum ist nur, wer nachweist, dass er einen Heilberuf ausübt. Die Klarnamen und Adressen wurden vom Autor überprüft. Hier einige Beispiele:

„Ich plädiere aus ganzem Herzen dafür, für solches Gesocks die gesetzliche Möglichkeit der retrograden postnatalen Interruptio einzuführen. Auf gut deutsch:

73 Jörg-Dietrich Hoppe, Rede vom 10.10.2008, gehalten auf dem 1. Kölner Symposion zum Medizinrecht “Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert”, online verfügbar http://www.aekno.de/page.asp?pageID=6469 (15.01.2012)

74 Burger, Reiner (2009): Knete vorher, nicht hinterher. Der Prozess gegen den „Leberpapst“ Christoph Broelsch lässt in manchen Abgrund schauen. In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 4. 10. 2009, S. 14.

75 Koch, Axel; Kühn, Stefan (2000): Ausgepowert. Hilfen bei Burnout, Stress, innerer Kündigung. Offenbach, S. 77. .

rückwirkende Abtreibung." *(Als Antwort auf: Budgetierung des Lauterbach Honorars)*

„Exempel ist immer gut. Ich weiß zwar nicht wer VdK-Hirrlinger ist, aber wenn er den SPD-nahen Wohlfahrtsverbänden angehört, gibt es keine Gnade. Die Frage ist ob Läuterung durch Feuer, Füsilierung oder Steinigung angezeigt ist. Angesichts der Wettersituation wäre Ertränken im Rhein noch im Angebot." *(Als Antwort auf: Sozialverband will Exempel an Leistungsverweigerern statuieren)*

„Manchmal wünsche ich mir das mittelalterliche Federn und Teeren und den Pranger zurück." *(Als Antwort auf: Auch wenn das Faustrecht nicht mehr gilt)*[76]

Natürlich ist es eine verschwindende Minderheit der Ärzteschaft, die sich so äußert. Die Autoren der Zeilen tun dies aber unter ihren Klarnamen. Dies tut man nur, wenn man mit Anerkennung, zumindest schweigender Zustimmung im Forum rechnet. Und deshalb sind diese Textstellen mehr als lediglich Übersprungshandlungen verwirrter Einzelpersonen. Adorno und Horkheimer haben auf den Zusammenhang zwischen Madonnenkult und Hexenwahn hingewiesen.[77] Es sei hier die Frage gestellt, ob es einen vergleichbaren dialektischen Zusammenhang im Individuum geben kann zwischen der Hybris des Halbgottes in Weiß und der oben exemplifizierten Nemesis.

Mit dem paternalistischen Ansatz ist es unvereinbar, den Patienten zur Inanspruchnahme von Leistungen zu überreden, von denen der Arzt einen materiellen Vorteil hat, dem aber kein Nutzen beim Patienten gegenübersteht. In dem Maße, in dem man dem Patienten Souveränität zubilligt, gehört dazu auch, dass er sich dafür entscheiden darf, eine teurere Leistung in Anspruch zu nehmen, die gegebenenfalls auch aus medizinischer Sicht nicht notwendig ist. Ist der Arzt schließlich ausschließlich Maximierer seines Nutzens und der Arztberuf ein Job wie jeder andere, dann ist es auch völlig legitim, dem Kunden Überflüssiges zu verkaufen. Die Grenze beim Arzt besteht lediglich im medizinischen nihil nocere, dem Eid des Hippokrates. Im Ökonomischen ist er frei, dem Patienten zu schaden, wenn dieser nur damit einverstanden ist.

In der Realität der Gesundheitsversorgung in Deutschland heißt dies aber nicht nur, dass der Arzt mit diesem Rollenverständnis dem Patienten IGeL-Leistungen verkaufen wird, von denen er selbst nicht überzeugt sein muss. Es heißt auch, dass er das Einverständnis des Patienten einholt, z. B. Diagnoseverfahren zu optimieren, die dann zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden.

3. Informationsasymmetrien als Problem partizipativer Entscheidungsfindung

Das überlegene Wissen des Experten prägt noch immer die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Die Informationsasymmetrie ist ein zentrales kommunikatives und distributives Problem, denn nur in einer vollkommenen, perfekt rationalen Welt mit vollkommener Information und Sicherheit, entspricht die Nachfrage nach medizinischen Leistungen der Nachfrage nach Gesundheit[78]. Systemtheoretisch formuliert tritt der Arzt dem Patienten als Vertreter des gesellschaftlichen Teilsystems Wissenschaft in der Kommunikationsform der Wahrheit gegenüber.

„Die asymmetrische Informationsverteilung lässt sich als Spezialfall des Principal-Agent-Problems fassen. Es entsteht eine ‚agency-relation' zwischen Arzt und Patient. Je nach Ausprägung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, überlässt der Patient (principal), da er seine Nachfrage nicht selbst bestimmen kann, seine Nachfrageentscheidung dem Arzt (agent) in unterschiedlichem Maße. Bei vollständiger Übertragung der Nachfrageentscheidung erwartet der Patient, dass der Arzt in seinem Sinne entscheidet (vollständige Delegation). [79]

Stepanik spricht sogar davon, dass durch die Informationsasymmetrie somit insgesamt monopolistische Spielräume für den medizinischen Leistungserbringer entstehen [80].

In der volkswirtschaftlich ausgerichteten Literatur findet sich die Einschätzung, dass der Patient die ärztliche Handlung nicht einordnen beziehungsweise bewerten kann. Allerdings nimmt der Patient den daraus resultierenden Gesundheitszustand wahr.[81] Zwei Aspekte sind hier relevant: Zum einen lässt dieses Verständnis auch die Möglichkeit offen, dass sich der Gesundheitszustand des Patienten durch die Intervention des Arztes nicht verbessert, sondern verschlechtert hat. Zum anderen existiert der in der Aussage unterstellte Kausalzusammenhang zwischen ärztlicher Behandlung und Befinden in der Realität aber nicht zwangsläufig. Es besteht die Möglichkeit anderer Zuschreibungen, die für das Verhältnis Arzt-Patient relevant sind:

76 Alle Beispiele wurden gefunden bei www.facharzt.de

77 Horkheimer, Max; Adorno, Theodor W. (1984): Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. Frankfurt am Main, S. 99f.

78 Grossmann, Michael J. (1972): On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. In: Journal of Political Economy, Jg. 80, S. 223 255, S. 224.

79 Kern, Axel Olaf (2009): Arztinduzierte Nachfrage in der ambulanten Versorgung. Bedeutung für eine Privatisierung von Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Online verfügbar unter http://www.wiwi.uni-augsburg.de, zuletzt aktualisiert am 13.06.09. S.10.

80 Stepanek, Jörg (2008): Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen. Eine ökonomische Analyse. Hamburg, S. 29.

81 Schneider, Udo (2002): Principal-Agenten-Beziehungen im Gesundheitswesen. In: Burchert, Heiko; Hering, Thomas (Hg.): Gesundheitswirtschaft. Aufgaben und Lösungen; S. 122–131, S. 123.

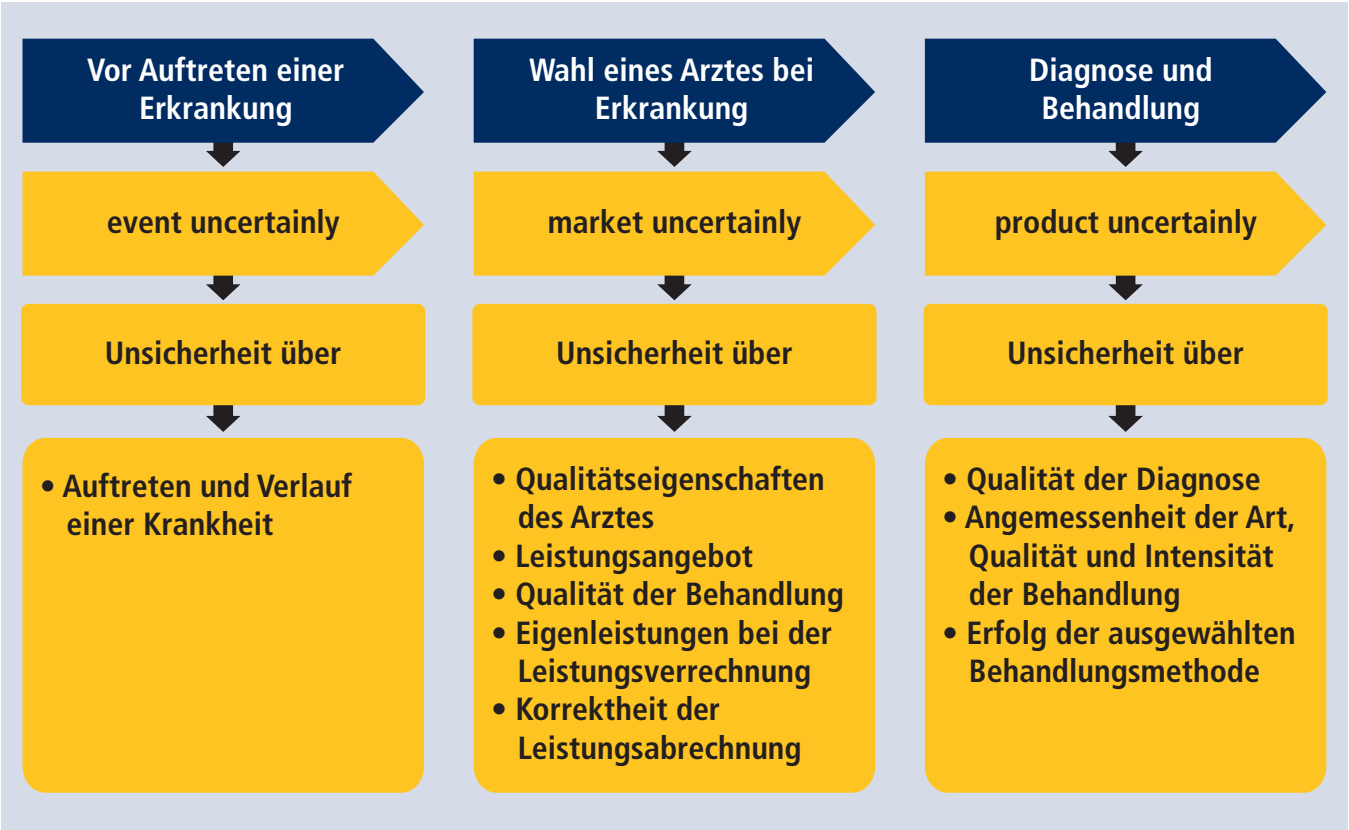

Abbildung 2: Unsicherheiten des Patienten als Nachfrager von Gesundheitsleistungen

- Der Patient schreibt die Veränderung des Gesundheitszustandes der Leistung des Arztes zu, sie ist aber in Wahrheit nicht darauf zurückzuführen. Beispielsweise können die Selbstheilungskräfte des Körpers eine Besserung bewirkt haben. Oder die Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist trotz adäquater Therapie eingetreten, z. B. wegen fehlender Compliance des Patienten.
- Der Patient schreibt die Veränderung des Gesundheitszustandes nicht dem Arzt, sondern anderen Faktoren zu, obwohl sie aber tatsächlich auf die Behandlung des Arztes zurückzuführen wäre. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn der Patient der Auffassung ist, dass sein Verhalten oder seine gute Grundkonstitution und nicht die Therapie des Arztes für die Verbesserung verantwortlich ist oder die Verschlechterung des Zustandes z. B. bei Krebspatienten wird der Schwere der Krankheit zugeschrieben, obwohl sie tatsächlich auf eine ungeeignete Therapie zurückzuführen ist[82].

Die kurze Erörterung soll deutlich machen, wie komplex die Realität ist, die sich im Verhältnis Arzt-Patient abspielt. Es macht auch deutlich, wie wenig rational verstehbar dieses Verhältnis ist. Es bedeutet ein hohes Maß an Unsicherheit für alle Beteiligten und damit Stress.

Die Delegation von Verantwortung auf den Arzt ist auch Ausdruck der Unsicherheit. Dieser wird in der wirtschaftswissenschaftlichen Literatur schon lange eine erhebliche wirtschaftliche Bedeutung beigemessen: „The special economic problems of medical care can be explained as adaption to the existence of uncertainty in the incidence of disease and in the efficiency of treatment.“ [83] Diese Unsicherheiten lassen sich aus der Perspektive des Patienten wie folgt (Abb. 2) darstellen[84]:

Ausführlich hat sich Bürger mit der Problematik möglicher Informationsrückstände des Patienten gegenüber dem Arzt auseinandergesetzt. Ihre Klassifikation passt zu dem hier zu behandelnden Thema. Sie unterscheidet zwischen:

- Hidden characteristics: der Patient kennt ex ante nicht die für ihn relevanten Eigenschaften des Arztes. Er erfährt diese erst im Laufe der Behandlung und kommt dann gegebenenfalls zum Ergebnis, einen

82 Ein besonders komplexes Beispiel dafür, wie schwierig die Zuschreibung im Einzelfall ist, ist der sogenannte „Strahlenskandal“ am Hamburger Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), der die Gerichte acht Jahre beschäftigt hat. Was als Prozess wegen fahrlässiger Tötung begann, endete mit dem Freispruch des Angeklagten. S. dazu: http://www.strahlenskandal-uke.de/start/start.html

83 Arrow, Kenneth J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. In: American Economic Review, Jg. 53, S. 941–973, S. 941

84 Bürger, Claudia (2003): Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen; S. 66.

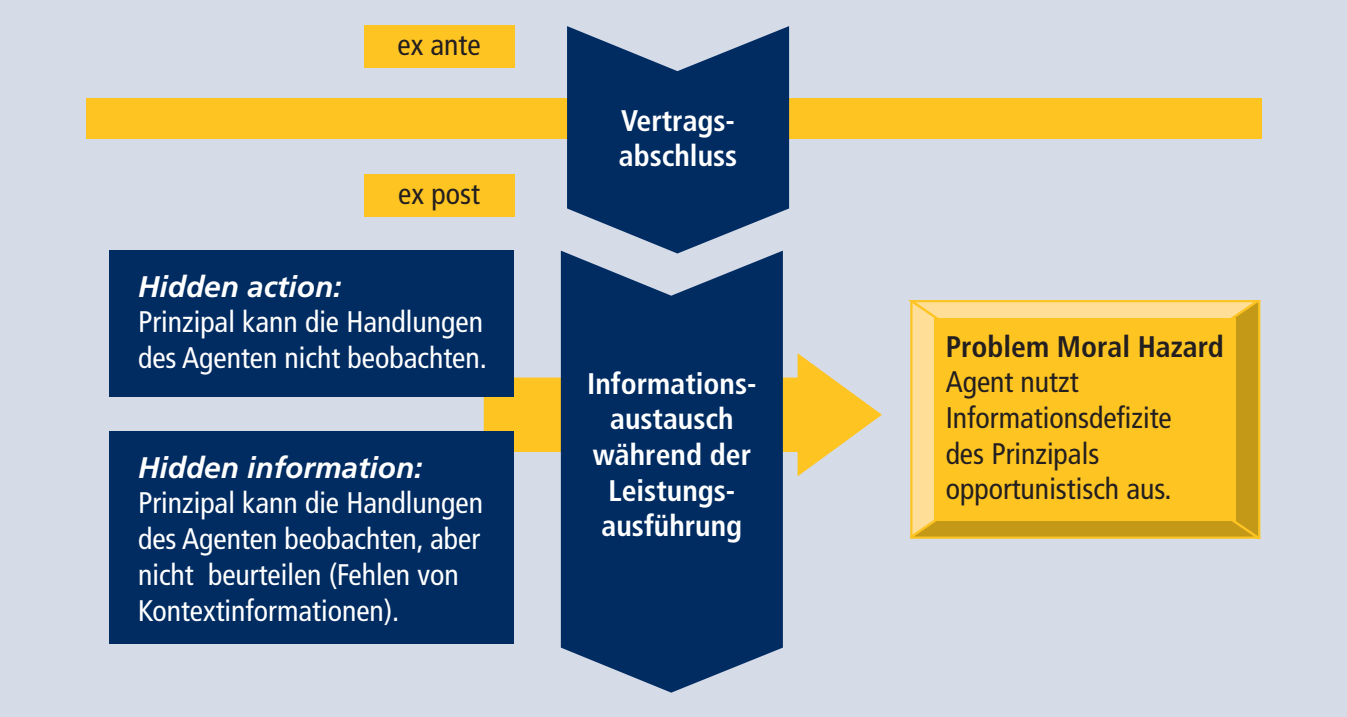

Abbildung 3 hidden action und hidden information

ungeeigneten Arzt oder eine ungeeignete Behandlung gewählt zu haben.[85]

- Hidden intention: Der Arzt nutzt das Abhängigkeitsverhältnis des Patienten opportunistisch aus, indem er z. B. nach Behandlungsbeginn von der vereinbarten Behandlungsqualität abweicht . Dies bezeichnet Bürger als Hold up.[86] MacGuire et al. halten es sogar für denkbar, dass der Arzt bewusst eine zu schlechte Diagnose stellt, weil er ein ökonomisches Interesse an der Durchführung einer Behandlung hat.[87]

Diese Anreizwirkungen für den Arzt werden noch verstärkt dadurch, dass es Anreize für die Patienten gibt, mehr nachzufragen als medizinisch geboten ist. So geht Felder davon aus, dass Moral Hazard bei geringer oder mittlerer Krankheitsschwere zu einem Wohlfahrtsverlust führt, da die Nachfrage des Versicherten im Vergleich zum sozialen Optimum überhöht ist.[88]

- Hidden information: Weil der Patient nicht genügend Kontextinformationen hat, kann er zwar sehen, was der Arzt macht, kann es aber nicht beurteilen.
- Hidden action: Der Patient kann die Handlungen des Arztes nicht beobachten.

Systematisch lässt sich das Moral-Hazard-Problem von hidden action und hidden information[89] wie folgt (Abb. 3) darstellen[90]:

4. Auswirkungen unterschiedlicher Rollenmuster der Ärzte auf Patientenverhalten

Wenn Informationsasymmetrien die Principal-Agent-Beziehung zwischen Patient und Arzt prägen, dann entstehen durch das Bestreben des Principals, diese abzubauen Aufwände in Form von Zeit und oder Geld, weil er sich kundig macht und dazu z. B. Ratgeberliteratur kauft oder im Internet Informationen recherchiert. Diese Aufwände werden in der Literatur als Messkosten bezeichnet[91]. Einem Patienten, der seinem Arzt vollständig vertraut, entstehen keine Messkosten, er verlässt sich auf die Aussagen seines Agenten. Die oben dargestellten Rollenmuster der Ärzte erhöhen aus der Sicht des Principals auch die Notwendigkeit, die Messkosten zu erhöhen, denn sieht er in dem Arzt nur den Maximierer seines eigenen Nutzens,

85 Bürger, Claudia (2003): Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen; S. 71.

86 Bürger, Claudia (2003): Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen; S. 73.S. 589.

87 MacGuire, Alistair; Henderson, John; Mooney, Gavin (1992): The economics of health care. An introductory text. Reprint London, S. 40.

88 Felder, Stefan (2004): Moral Hazard, Arztvergütung und technischer Fortschritt in der Medizin. Korreferat zum Beitrag von Astrid Selder: „Der Einfluss der Arzthonorierung auf die Anwendung neuer Techniken“. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, Jg. 73, H. 4, S. 589–591, S. 589.

89 Picot, Arnold; Dietl, Helmut; Frank, Egon (1999): Organisation. Eine ökonomische Perspektive. Stuttgart, S. 89.

90 Bürger, Claudia (2003): Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen. Wiesbaden, S. 74.

91 Erlei, Mathias; Leschke, Martin; Sauerland, Dirk (1999): Neue Institutionenökonomik. Stuttgart, S. 354ff.

wird er großen Aufwand betreiben, sicherzustellen, dass seine Interessen vom Arzt adäquat vertreten werden.

Das Rollenmuster des Arztes als Halbgott in Weiß hat also für den Patienten als Agenten den Vorteil, dass es seine Messkosten gering hält. Für Arzt und Patient bietet also dieses Rollenmuster ökonomische Vorteile, zumal der Patient zumindest von den Folgen der Maximierung des finanziellen Nutzens durch die Krankenversicherung weitgehend befreit ist. Wenn der Patient zusätzlicher Diagnostik oder aufwendiger Therapie zustimmt, dann tut er dies in der Erwartung, dass er sich optimiert, mehr tut, was zu seiner Genesung beiträgt. Ob dies wirklich der Fall ist, kann er aufgrund der Informationsasymmetrie nicht beurteilen. Das Rollenbild vom Arzt als Halbgott in Weiß entlastet ihn auch von der Frage, ob die angebotene Mehrleistung wirklich das bewirkt, was versprochen wird. Dies ist von erheblicher ökonomischer Relevanz, denn für den Patienten gibt es zumindest keinen finanziellen Grund (...), die Behandlungsempfehlung des Arztes abzulehnen [92]. In dieser Sicht ist das Rollenbild Halbgott in Weiß das optimale Marketinginstrument, um den eigenen Nutzen des Arztes zu optimieren, weil es den Patienten die Legitimation gibt, für sich selbst keine zusätzlichen Messkosten zu verursachen.

An dieser Stelle ist es zweckmäßig zwischen zwei Gruppen von Patienten zu unterscheiden: den Zeitreichen und den Zeitarmen[93]. Zeitwohlstand sieht z. B. Dettling insbesondere bei Arbeitslosen, Alten und Hausfrauen ohne Kinder[94]. Menschen, für die Zeit die knappste Ressource ist, werden sehr darauf achten, dass sie von dieser Ressource für Diagnosen oder Therapien nicht mehr aufwenden, als sie für unverzichtbar halten. Diese Menschen haben nicht nur einen starken Anreiz, sich gegen ein Übermaß an Diagnostik und Therapie zu wehren, sie haben sogar das Risiko der Unterversorgung, weil sie mit Blick auf die aktuelle Knappheit des Gutes Zeit das Zukunftsgut Gesundheit und die Notwendigkeit, darin zu investieren, zu gering einschätzen. Im Gegensatz dazu haben die Zeitreichen keinen Anlass darauf zu achten, ob ein Gut – Zeit –, das sie im Überfluss besitzen, im Übermaß in Anspruch genommen wird. Im Gegenteil: Sie kaufen sich durch Arztbesuche nicht nur Zeitvertreib ein, sie erhalten auch das, was ihnen häufig fehlt: Aufmerksamkeit und Zuwendung.

Es scheint plausibel, dass die unterschiedliche Zugehörigkeit zu der Gruppe der Zeitreichen und Zeitarmen signifikante Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Ärzten hat. Die Unterschiede erscheinen für die Ressourcenallokation im Gesundheitswesen relevant, zumal Arztbesuche in der Regel auch mit der Verordnung von Arzneimitteln oder anderen Therapieformen oder der Weiterüberweisung enden. Umso überraschender ist es, dass dazu keine relevanten Studien gefunden wurden.

5. Fazit

Es lässt sich also festhalten, dass in den antagonistischen Rollenmustern von Ärzten, der Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient sowie den verschiedenen Unsicherheiten des Patienten ein erhebliches Potenzial zur Verbesserung unseres Gesundheitssystems liegt. Dieses zielt vor allem auf eine qualitative Verbesserung, ist aber auch von erheblicher, ökonomischer Relevanz. Partizipative Entscheidungsfindung kann hier einen Beitrag leisten, darf aber nicht als Masterplan zur Lösung vorhandener Probleme überschätzt werden, denn es wird immer Kommunikationssituationen zwischen Arzt und Patient geben, die mit partizipativ nur unzureichend beschrieben sind. Es lohnt aber, sich intensiver mit dem Thema auseinanderzusetzen und sich dabei auf zwei Aspekte zu konzentrieren:

- Dem Paradigmenwechsel im Arzt-Patienten-Verhältnis vom Paternalismus zum selbstbestimmten Patienten und
- Der Bedeutung von Information für den Patienten als eine wichtige Voraussetzung für diesen Paradigmenwechsel.

Ob man dies mit Skepsis oder Enthusiasmus begleitet, partizipative Entscheidungsfindung wird durch die neuen Kommunikationstechnologien[95] im Jahrhundert des Patienten[96] zum Paradigma des Gesundheitswesens.

Autor:
Dr. Andreas Meusch
Mühlenkamp 33
22303 Hamburg
mail@andreas.meusch.de

92 Stade, Uda (2004): Anreizwirkungen in den Beziehungen zwischen Arzt, Patient und Krankenkasse, S. 142

93 Zu dem Thema Zeitarmut und die gesellschaftlichen Folgen s. u. a.: Dettling, Warnfried (2000): Diesseits und jenseits der Erwerbsarbeit. In: Kocka, Jürgen; Offe, Claus; Redslob, Beate (Hg.): Geschichte und Zukunft der Arbeit. Konferenz vom 4. bis zum 6. März 1999 des Wissenschaftskollegs zu Berlin. Frankfurt am Main, S. 202–214, insb. S. 209–211. Sowie Pfeiffer, Ulrich (1999): Deutschland – Entwicklungspolitik für ein entwickeltes Land. Hamburg, S. 66–73 sowie S. 316.

94 Dettling, Warnfried (2000): Diesseits und jenseits der Erwerbsarbeit. In: Kocka, Jürgen; Offe, Claus; Redslob, Beate; Kocka, Jürgen; Offe, Claus; Redslob, Beate (Hg.): Geschichte und Zukunft der Arbeit. Konferenz vom 4. bis zum 6. März 1999 Wissenschaftskollegs zu Berlin. Frankfurt am Main; S. 202–214, S. 209

95 Höflich, Joachim R. et al. (2009): Wozu braucht man noch einen Arzt? Die Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehung durch das Internet, In: Klusen, Norbert; Fließgarten, Anja; Nebling, Thomas (Hg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. Baden-Baden, S. 206- 220

96 Gigerenzer, Gerd, Gray, J. A. M. (2011). Launching the Century of the Patient. In Gigerenzer, Gray (Eds.), Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Healthcare 2020, Cambridge, MA. Das erste Kapitel ist online verfügbar: http://www.harding-center.de/veroeffentlichungen/better-doctors-better-patients (15.01.2012)

Bernhard Wiegel

Was ist Laboratoriumsmedizin, was ist eine zukunftsfähige Laboratoriumsmedizin?

Was ist überhaupt eine zukunftsfähige Labormedizin – oder zumindest, was verstehe ich darunter? Da die Probleme der Laboratoriumsmedizin im fachärztlichen Speziallabor - im Haupterwerb oder im Nebenerwerb als fachärztlicher „Labor-Fachkundler" erbracht – dieselben der Labormedizin generell sind, werde ich zuerst einen Blick auf letztere werfen.

Eine zukunftsfähige Labormedizin ist eine solche, die es erlaubt, auch in Zukunft im Einklang mit den Bedürfnissen von Patient und Gesellschaft laborärztlich tätig zu sein. Eine Labormedizin, die von einer breiten, auch ärztlichen, im besonderen vertragsärztlichen Öffentlichkeit akzeptiert wird. Zwar wird es immer (auch ärztliche) Gegner der Labormedizin geben, aber es geht darum, dass ein Großteil der Bevölkerung die Labormedizin versteht und akzeptiert. Labormedizin muss, insbesondere in einem sensiblen Geflecht, wie jenem des GKV-Versorgungsbereiches, in erster Linie nachhaltig und auf die Erhaltung der gesamten erforderlichen Leistungsfähigkeit hin orientiert sein. Und zwar tatsächlich in ihrer Ausübungsform und nicht nur in Worten gefasst.

„Nachhaltig" ist ein großes Wort, von dem die wenigsten mit laborärztlichen Rahmenbedingungen Befassten tatsächlich die Bedeutung kennen. „Nachhaltig" wird auch als Synonym für „zukunftsfähig" verwendet – mit der Bedeutung „längere Zeit andauern oder bleiben". Deswegen darf Labormedizin nicht lediglich auf die diese betreffenden wirtschaftlichen Belange (mikro- und makroökonomisch) reduziert werden; ein Problem, das gerade in jenen Ländern besteht, wo Labormedizin wie haus- und fachärztliche Versorgung denselben demokratischen Mehrheitsverhältnissen ausgesetzt ist. Weniger Wirtschaft und mehr Labor-„ärztliches" und weg vom Hang zu den Monokulturen laborärztlicher Tätigkeit – das wird auch den immer größer werdenden Konflikt mit den kurativen Kollegen limitieren. Zukunftsfähige Labormedizin bedeutet weiters, dass sie vertretbar sein muss.

Was soll an der Labormedizin vertretbar sein?

1. das laborärztliche Tätigwerden an sich,
2. die Methoden, Mittel und Geräte, die dafür verwendet werden,
3. etwa die nach den Vertrauensbrüchen nach der Laborreform 1999 anhaltenden Drains nötiger wirtschaftlicher Mittel,
4. die bedingt durch die Länder-KV-Struktur vorhandenen Mängel an gleichmäßiger und regelrechter Umsetzung von Transparenz, Partizipation und Aufsicht,
5. die je nach jeweiligem KV- bzw. Ärztekammer-Gebiet unterschiedliche Anwendung gesetzlicher Auflagen wie RiLi-BAeK oder EBM-Leistungslegenden,
6. die je nach ärztlichem Fachgebiet unterschiedlichen Gepflogenheiten im Umgang mit laborärztlichen Leistungen,
7. der Umgang mit gerätetechnischen Innovationen und dessen Würdigung durch den Verordnungsgeber.

Wie bzw. wo soll sie vertretbar sein? In der Gesellschaft, bei den anderen Fachgruppen, die im Nebenerwerb nicht unerheblich an der Labormedizin partizipieren, bei den Berufsgruppen, deren Aus- und Fortkommen und deren Weiterentwicklung direkt von der Entwicklung der Labormedizin abhängen, die dem Zeittrend zu Akademisierung und Qualitätssicherung in hohem Maße folgen und in der Zukunft neue Vergütungsformen fordern werden, ja müssen. 60 – 70 % ärztlichen Tuns hängen direkt mit den Erkenntnissen aus laborärztlicher Tätigkeit (Präsenz-, Allgemeinlabor und Speziallabor) ab. Laborärztliche Tätigkeit ist gelebter Patientenschutz. Als patientenfernes Fach betrachtet, gewährleistet Labormedizin heute noch den gleichmäßigen Zutritt des Bürgers zur laborärztlichen Leistung.

Die bekannten Drains, wie die Verweigerung sachgerechter Vergütung des Transports von Patientenproben zum Ort laborärztlicher Analytik, gefährden dies zunehmend. „Nachhaltigkeit" bedeutet hier ein Umsteuern hin zu einer Vergütung laborärztlichen Tuns auf Augenhöhe mit den kurativen Kollegen. Einkünfte aus dem Kostenersatz technischen Aufwandes haben mit der Honorierung, wie sie der kurative Kollege kennt, einfach nichts zu tun. Alle wollen Labormedizin haben. Alle – Körperschaft, GKV, Kollegen und Patienten – sind von regelrechter laborärztlicher Leistungserbringung abhängig. Sollen allein demokratische

Mehrheitsverhältnisse der Bequemlichkeit halber Deutschlands Vorreiterrolle als Killer regelrechter Labordiagnostik bedingen, wie ein Vergleich mit den Vergütungssystemen aus europäischen Nachbarstaaten zeigt?

Schafft es der Laborarzt, Labormedizin auch den anderen näherzubringen – so dass die Gemeinschaft den Nutzen erkennt – wird er auch die Labormedizin selbst näherbringen und somit verträglicher machen. Nur was man kennt, kann man respektieren! Vertretbar heißt weiters – man darf sich mit hohem Haupt und gutem Gewissen hinter die Labormedizin stellen. Kann man das? Was ist Labormedizin heute – im Sinne einer kritischen Betrachtung?

Ein paar Gedanken dazu: Laborgemeinschaft, sie entspricht in praktischer Übung dem Gemeinschaftsgedanken. Doch was bedeutet es, wenn man (auch Arztfunktionäre) de facto noch nie die Gemeinschaftseinrichtung betreten hat, deren Mitglied man ist? Wie vereinbaren Arztfunktionäre die nachträgliche Quotierung von Leistungen des Allgemeinlabors mit schlanker Betriebsführung und rechtssicheren steuerlichen Abschlüssen der jeweiligen Gemeinschaftseinrichtung? Welcher Blendwirkung sind Sie ausgesetzt?

Natürlich ist man sich der wirtschaftlichen Bedeutung der Laborgemeinschaften bewusst, aber das Ganze dürfte etwas moderater geschehen. Beim Umgang mit dem Allgemeinlabor hat man das Gefühl, dass die ganze Ehrfurcht rund um das Geschehen laborärztlicher Analytik verloren geht. Eine Labormedizin ohne Faktor Ehrfurcht vor dem täglichen Einsatz der dort Tätigen, und deren wirtschaftlichen Belangen und den erforderlichen Strukturen auf Landes- wie auf Bundesebene ist nicht zukunftsfähig.

Vieles hat mit Präsenz, mit Kleinteiligkeit und vor allem mit dem Zugang des mündigen Bürgers zur laborärztlichen Leistung zu tun. Die derzeit noch neuen Regelungen der Bedarfsplanung, die Transfusionsmedizin wie Mikrobiologie mit den Laborärzten in einem Topf als patientenferne Fächer einstufen, konterkarieren sämtliche Anstrengungen der Bundesregierung, mit einer im Vergleich zu unseren Nachbarländern nahezu zehnjährigen Verzögerung infektiologische Diagnostik und Therapieberatung (antibiotic stewardship, DART) näher zum Patienten zu bringen und so lokal die Fehlentwicklungen der vergangenen Jahre auszugleichen. Labormedizin ist mitnichten patientenfern. Sie wird jedoch seitens der Honorarpolitik aus Umverteilungsgründen in diese Ecke gestellt. Ist dies Teil einer zukunftsfähigen Labormedizin?

Wo bleibt die Würdigung der Erfordernisse an Hygiene im ambulanten und stationären Bereich, wenn nach den entsprechenden Landesverordnungen zur Hygiene einfach das akademische Personal zur Umsetzung fehlt und Ärzten für Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie und Virologie durch Subsumierung in der Fachgruppe der Laborärzte jegliche Entwicklungschance hin zur räumlich-nahen Tätigkeit und Beratung nach o. g. Verordnung genommen wird. Ein Schelm, der Schlechtes dabei denkt. Hat doch die infektiologische Therapie „bisher auch funktioniert". Oder warum waren DART (Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie), Infektionsschutzgesetz (IFSG-Novelle 2011) und Hygiene-Verordnungen (z. B. MedHygV 2012 in Bayern) nötig? Warum beinhalten ärztliche QM-Programme nun sämtlich Hygieneanstrengungen und deren laborfachliche Überwachung?

Dies und vieles mehr müssen wir hinterfragen! Laborleistung ist ärztliche Leistung; wer es kann, soll es auch machen können, so es zum erforderlichen Umfang des jeweiligen Fachgebietes gehört. Laborärzte, Ärzte für Transfusionsmedizin und Ärzte für Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie und Virologie sind im Tätigwerden für die GKV ausschließlich an die Beauftragung per Überweisung gebunden. Dies erfordert im Sinne eines Gegensatzpaars dann auch für die Gruppe der „Nebenerwerbslaborärzte" das ausschließliche labormedizinische Tätigwerden an Patienten in eigener Praxis; eine Bearbeitung von ausschließlichen Laboraufträgen durch diese ist der guten Ordnung halber ausgeschlossen. Das fehlende Vier-Augenprinzip, wie es dem Tätigwerden auf Überweisung innewohnt, erfordert klare fachgruppenspezifische Richtlinien zur Stufendiagnostik im jeweiligen Falle. Will man Labormedizin für alle erhalten, wird man diese Regelungen (idealerweise im EBM formuliert) nicht vermeiden können. Guter Patientenschutz wird auch eine Prüfpflicht für den jeweiligen Laborauftrag unter Berücksichtigung von mitgeteilten Patientenbefunden und kurativ-ärztlichen Fragestellungen beinhalten.

Dies begründet die Forderung nach der Honorierung laborärztlicher Tätigkeit auf Augenhöhe mit den kurativen Fächern und nicht die billigende Vermengung laborärztlicher Vergütung mit dem „Kostenersatz" technischer Leistungen, wie sie seit der Laborreform erfolgt. Hier ist erhebliches Vertrauen in die Rechtsstaatlichkeit verloren gegangen. Auch die Billigung von Quersubventionierungen des GKV-Labors aus anderen Leistungsbereichen ist abzulehnen, Gleiches gilt für die Betrachtung von „Renditen" aus dem Labor ohne Aufschlüsselung der jeweiligen Herkunft. Aus dem GKV-Labor stammen diese Renditen jedenfalls nicht – weder im Präsenz- noch im Allgemein- oder Speziallabor.

Eine zukunftsfähige, von der Gesellschaft gestützte Labormedizin muss transparent sein – sprich – die Bestands-

erhebungen/Schätzungen, die Leistungsstatistiken/Kostenanalysen sowie die Aufsicht/Kontrolle müssen öffentlich sein. Es reicht nicht, wenn Maßnahmen seitens der Körperschaft seit neuem etwas früher als sonst bekanntgegeben werden. Eine Voraussetzung für eine zukunftsfähige Labormedizin ist die Verpflichtung aller Beteiligter (Körperschaft/Krankenkassen/Politik) auf ein einheitliches Kosten- und Bewertungsmodell mit bekannter Bestandskraft. Die bisherigen Modelle – nach jeweiliger Interessenlage gewählt – mögen volkswirtschaftlichen Belangen genügen, regelrechter Finanzierung laborärztlicher Leistung genügen sie ausdrücklich nicht.

Auch die kurativen Kollegen hätten weniger Nachwuchssorgen, wenn sich der Rhythmus der EBM-Änderungen an die Mindestzeiträume von Kreditvergabe, Praxisfinanzierung und steuerliche Verarbeitung anpassen würde. Soll Labormedizin zukunftsfähig sein, so sind die darin Tätigen zu beteiligen – vielleicht ist eine eigene KV für die methodendefinierten Fachgruppen doch nicht nur ein Traum, sondern dringender Ausdruck der Nöte in der KV-Demokratie. Mengen- und Leistungsdynamik sind nicht von der demografischen Entwicklung zu trennen, die Weiterentwicklung des Leistungskataloges sollte in den Händen der Laborschaffenden liegen, hier findet sich Expertise und Laborlebenserfahrung.

Nachhaltige Labormedizin bedeutet aber auch die allgemeine und spezielle Teilhabe an der Morbiditätsentwicklung. Es wird sicher kein Patient verstehen, dass eine Influenzawelle zulasten der Labordiagnostiker und nicht zulasten der Kostenträger geht. Eine professionell im Rahmen der GKV-Vergütung geführte Labormedizin – gestützt durch eine allgemeine tragfähige Finanzierung – kann in gesicherter Autonomie über die nötigen Mittel die Weiterentwicklung des Faches ohne weitere Belastung der Versichertengemeinschaft oder der Gesellschaft sicherstellen und sich dem sozialen und gesellschaftlichen Wandel stellen. Voraussetzung ist allerdings der Wegfall von Fremdbestimmung und die Akzeptanz allgemeiner Kostenentwicklungen, wie sie beispielhaft jedem Mietpreisindex innewohnen. Was in jedem Privathaushalt common sense ist, wird der Labormedizin vorenthalten. Wir im Labor finanzieren im Augenblick jede Steigerung an Arbeits-, Energie- und Investitionskosten sowie die Morbiditätsentwicklung selbst.

Zukunftsfähige Labormedizin heißt also auch, man muss hinter ihr stehen können. Damit dies möglich ist, muss sie aber soweit möglich „stubenrein“ sein. Und hier liegt der „Hund begraben“ – denn viele Schatten verdunkeln diese sonst so noble Aktivität.

Deswegen auch, aber nicht nur, wird die Labormedizin zunehmend kritisch betrachtet. Gäbe es keine tatsächlich äußerst fragwürdigen Ereignisse, welche die Labormedizin prägen, wäre jede Diskussion pro oder contra Labormedizin einfach. Dem ist aber nicht so, denn die Laborskeptiker und Labormedizingegner haben viele gute Argumente gegen uns. Einige davon werden ja von den Laborärzten selbst förmlich auf dem Silbertablett serviert.

Und das Schlimmste ist, dass sich die Labormedizin vieler Probleme bewusst ist, aber sie verdrängt oder zumindest nichts dagegen unternimmt. Sie ist zu schwach, diese zu bekämpfen. Man muss die Courage haben, die schwarzen Schafe auszugrenzen, die trockenen Äste abzusägen, sich zu emanzipieren, die Kraft haben, sich zu erneuern und mit alten Vorurteilen aufzuräumen.

Dann kann man nach außen treten und mit Information und „offensiver“ Kommunikation beginnen und die Unterstützung von Körperschaft und Kostenträgern einfordern.

Was ist also eine zukunftsfähige Labormedizin?

Eine Labormedizin, die ausgewogen und die den Zeiten und ihren Problemen angepasst ist. Sie muss aktuelle Umweltgegebenheiten und das sozio-kulturelle wie politische Umfeld ernst nehmen. Nicht stur ihren eigenen Weg gehen, sondern das Gedankengut, die Wahrnehmung und die Skepsis der anderen ernst nehmen! Eines der Hauptprobleme heute ist die schlechte oder gar fehlende Kommunikation nach außen. Wir sind kaum kommunikationsfähig. Wir reden zwar viel unter uns, aber kaum mit den anderen, wenn's nicht sein muss. Wir wischen die Probleme gerne unter den Teppich, verdrängen sie oder leisten eine „Selbstüberzeugungstherapie“, indem wir uns selber auf die Schulter klopfen und sagen: „Für mich ist alles ok – was kümmern mich die anderen!“ Und wir arbeiten halt.

Sollte man sich aber nicht einmal hinterfragen? Einmal überlegen, ob alles, was kritisch zur Labormedizin geäußert wird, nicht auch etwas an sich hat? Andererseits – es gibt in der Labormedizin viel Gutes und Positives – aber nicht einmal das können wir richtig rüberbringen. Und erst recht nicht die aufoktroyierte Mangelsituation. Erstens, weil wir nicht gerade die Kommunikationsweltmeister sind. Wir haben es außerdem verschlafen, uns ernsthaft mit diesem Thema zu befassen – Information und Kommunikation sind NICHT gleich Propaganda und Lobbying!

Zweitens – es ist oft schwierig, sich hinter die Labormedizin zu stellen, denn da liegen Probleme noch offen herum. Wir verschlafen also gleichermaßen einen „Reinigungs“- wie einen Kommunikationsprozess.

Die Probleme heute – was ist von der Labormedizin so NICHT zukunftsfä-

hig? Das Problem bleibt – es hat zu viele Schwachpunkte, welche die Labormedizin – im Gesamten – schwer vertretbar und nicht zukunftsfähig machen. Was sind die Kernpunkte, die sich ändern müssen? Wo liegen die heutigen Schwachpunkte, die gestärkt werden müssen, damit die Labormedizin zukunftsfähig wird? Labormedizin muss sich hinterfragen – kritische Aspekte bearbeiten. Labormedizin muss sich am Sinn für den Patienten orientieren und dabei das Patientenrisiko im Blick haben. Klischeehaftes Erbringen und Beauftragen sind in Zeiten allseits knapper Ressourcen nicht mehr zeitgemäß. Kostenerstattung muss die Anteile der Leistungserbringung – Präanalytik, Probentransport, Overhead, Analytik und Postanalytik einschließlich aller Elemente der Qualitätssicherung – berücksichtigen und in transparenter Form den jeweiligen Leistungsbereichen zuordnen. Wenngleich volkswirtschaftlich wirksam, sind die seit der Laborreform zu Bonuszahlungen umgewidmeten Mittel zum Erhalt der Innovationskraft dem erbringenden Labor wieder zuzuführen. Es kann nicht sein, dass Nichtversorgen belohnt wird. An die heckenschnittartige Vorgehensweise ohne Ansehen der jeweiligen Besonderheiten in der beauftragenden Praxis bei der Laborreform 1999 sei erinnert. Aber, der Cent im Labor steuert den Euro in der Therapie. D. h., der „Minderaufwand“ im Labor ist längst durch deutlichen Mehraufwand in der Therapie aufgewogen. Kostenträger, Körperschaft und Labormedizin müssen mit Pauschaldefinitionen aufräumen und die demografische Entwicklung auch im Sinne besten Patientenschutzes durch laborärztliches Monitoring annehmen und ernst nehmen. In vielen öffentlichen Bereichen besteht keine Ahnung, was permanente Mittelentnahme (bis zu 35 % in den letzten Jahren) für die Aufrechterhaltung einer wohnortnahen Laborversorgung bedeutet. Gerade der ländliche Raum wird hierfür weiter büßen müssen – es wird für den mühsam gefundenen Landarzt dann eben keinen Laborproben-Transportdienst mehr geben. Was ist hier mit dem Bürgerrecht auf Gleichbehandlung? Wer trägt die wachsenden Fahrtkosten zur nächsten Laboreinrichtung? Es ist nicht alles nur in München in der Nymphenburger Straße. Da darf man nicht passiv zuschauen, wenngleich sich auch die Labormedizin dem medizinisch-gesellschaftsrechtlichen Wandel wie der Rest der Medizin nicht entziehen kann.

Die Ausbildung der Junglaborärzte muss nicht nur verbessert werden, sie muss auch erst in deutlich höherer Zahl ermöglicht werden, und es müssen sich für die Junglaborärzte auch in naher Zukunft Tätigkeitschancen in der GKV erschließen, d. h., die Bedarfsplanung ist an die aktuellen Entwicklungen z. B. der Infektiologie oder Haemostaseologie anzupassen. Hier besteht sicherlich gesellschaftlicher Konsens. Zu fordern ist aber das konzertierte Zusammenwirken der Befassten: Kammern, Körperschaften und Kostenträger. Die Entwicklung der Weiterbildungsbefugnisse spricht für sich. Sonderkonzepte und Sondergenehmigungen sind erforderlich, gleichzeitig aber auch das Hinterfragen der Usancen im Allgemeinlabor.

Die Labormedizin muss es schaffen, über die eigenen Grenzen hinwegzuschauen und gemeinsame Wege einzuschlagen. Sie muss bereit sein, Probleme zusammen zu diskutieren – Labormedizin fordert hiermit die autonome Einbindung in die Entscheidung der Körperschaften und der Kostenträger. Die Labormedizin macht vieles falsch – ABER – sie ist auch Leidträger vieler anderer Fehler und Probleme. Eine immer zerstückeltere fachärztliche Weiterbildung, ein immer stärkeres Auseinanderdriften zwischen haus- und fachärztlichem Versorgungsgeschehen und ein über Generationen gereifter Begriff von Labormedizin als Gelddruckmaschine ohne Ansehen der persönlichen, labormedizinischen Leistung und deren Erfordernisse tun ein Übriges. Verstärkt wird dies noch durch die fehlende Interkonnexität im GKV-System was den Austausch von Laborresultaten betrifft. Beispielhaft wäre hier das zentrale Befund-Server-System in Dänemark zu nennen; bei uns u. a. im Sinne des Datenschutzes undenkbar.

Bequem reduziert sich Labormedizin hierzulande auf die Betrachtung von „Honorarreserven“ zur Querfinanzierung anderer Entwicklungen im Rahmen des GKV-Systems. Man möchte Premiumklasse, bekommt diese aufgrund des wohl weltweit führenden QM-Systems der Richtlinien der Bundesärztekammer prima vista wohl auch. Man vergütet aber auf Ost-Import-Niveau und vergisst bei allem den Wichtigsten im System, den Patienten.

Was wir sehen, ist Kahlschlag – keine nachhaltige Laborpolitik.

Was wir fordern, ist jedoch eine zukunftsfähige Labormedizin, die die folgenden Rahmenbedingungen voraussetzt:

- Anerkenntnis von allfälligen Mengensteigerungen als auftragsbedingt,
- Steuerung des Leistungsgeschehens veranlasserbezogen,
- extrabudgetäre und unquotierte Erstattung aller durch von Kassenärzten erteilten Aufträgen entstehender Laborkosten zu den im EBM benannten Eurobeträgen für die auftragsgebunden tätigen Labore,
- bis dahin Stützung des auftragsgebundenen Labors seitens der Länder-KVen bis hin zur unquotierten Kostenerstattung nach den EBM-Kostensätzen,
- vollständige Transparenz der laborbezogenen Zahlungen einschließlich des Fremdkassenzahlungsausgleichs,

- die Einbeziehung sämtlicher Laborleistungen, auch des Praxislabors aus EBM-Kapitel 32.1 in die Berechnung von Laborbudgets und angewendeter Quotierungsmaßnahmen,
- Anpassung der Erstattung im Praxislabor an die technischen Möglichkeiten moderner POCT-Geräte unter für das Auftragslabor gültigen Kriterien,
- stringente Regelungen zur Anwendung von POCT-Leistungen im Praxislabor,
- völlige Herausnahme der direktabrechnenden Laborgemeinschaften aus allen Quotierungsmaßnahmen, um das vorhersehbare Insolvenzrisiko durch Unterdeckung der tatsächlich entstehenden Kosten und die drohende Nachschusspflicht der Gesellschafter (Haus- und Fachärzte) zu beseitigen,
- stärkeres in Verantwortung nehmen der Selbstzuweiser als bisher einschließlich entsprechender Regelungen zur Stufendiagnostik in den EBM,
- die konsequente und lückenlose Umsetzung des „Kernkompetenzbeschlusses" für spätestens 2014 und das Ende der Überweisung von Laboruntersuchungen an Nicht-Laborärzte,
- zur Schonung begrenzter Ressourcen die rechtssichere Möglichkeit einer laborärztlichen Würdigung erteilter Aufträge im Sinne der wirtschaftlichen Erbringung von Laborleistungen, damit verbunden auch die Einschränkung der zu erbringenden Untersuchungen auf die medizinisch und wirtschaftlich sinnvollen Verfahren, sowie die Streichung von überflüssigen und unwirtschaftlichen Untersuchungen,
- Verbleib freiwerdender Mittel der Laborvergütung aus den geänderten Rahmenbedingungen des Wirtschaftlichkeitsbonus zumindest zum überwiegenden Teil im Labortopf und Stützung der Kostenerstattung für Laboruntersuchungen durch diese Mittel,
- eine im EBM rechtssicher verankerte, regelmäßige, nachhaltige die in der Labormedizin Tätigen beteiligende Weiterentwicklung der Kostenerstattung für Laboruntersuchungen auf der Basis belastbarer, nachvollziehbarer Kostenkalkulationen und das Ende der willkürlichen Kürzungen und Streichungen von EBM-Positionen ohne tragfähige Begründung und Grundlage,
- die sofortige Wiedereinführung einer kostendeckenden, adäquaten Erstattung der tatsächlich entstehenden Transportkosten für alle Laborproben,
- eine Anpassung der Vergütung für die laborärztliche Tätigkeit aus Ziffer 12220 auf ein Niveau, wie es auch den anderen Arztgruppen als Arztlohn zugestanden wird,
- die Abschaffung der Abstaffelung der laborärztlichen Vergütung nach GOP 12220 EBM bereits bei 6.000 Fällen pro Arzt und Quartal, ersatzweise die Anhebung dieser Grenze auf mindestens 12.000 Fälle pro Quartal.

Die Aufgabe der Labormedizin ist es, still und leise, aber aktiv für die gemeinsamen Patienten zu wirken. Wenn wir mit diesem Text an die Öffentlichkeit gehen, so in dem Bewusstsein, sich auch innen verbessern und mit vielem aufräumen zu müssen. Dies gelingt nicht ohne die Hilfe und die ordnende Hand von außen. Dies gelingt aber auch nicht, wenn als alleinige Triebfedern Begehrlichkeit und Umverteilung wahrnehmbar sind.

Das Bewusstsein – ich bin Laborarzt (gleich ob im Haupt- oder Nebenerwerb), das ist Labormedizin – ist die Basis für die Zukunft. Wenn ich nicht weiß, wer ich bin und woher ich komme, werde ich kaum wissen, wohin ich soll, muss und kann! Labormedizin muss sich emanzipieren und vertretbar sein – dann muss sie sich nicht mehr verstecken! Viele sind gegen die Labormedizin und doch, wenn's ums Konkrete, um Beistand, Linderung oder Heilung eigener Erkrankungen geht, dann wird jeder Patient, jeder Politiker, jeder Funktionär auch in den „oberen Etagen" auf den Beitrag laborärztlicher Leistungen nicht verzichten wollen. Es braucht die Labormedizin. Vielleicht nicht diese, besser eine andere, aber es braucht sie. Und mit Ärzten, zu deren Kernkompetenz dieser Teil der Medizin gehört, und die sich diesem Teil der Medizin auch nachhaltig zu widmen bereit sind. Es geht um die Zukunft unserer Patienten. Wer, als nicht der, der an der Laborbank steht, ist besser geeignet für eine adäquate Weiterentwicklung unseres Faches innerhalb der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Um Zukunftsperspektiven zu haben, heißt es aber, sich ernsthaft der Probleme bewusstzuwerden, damit die Labormedizin auch in Zukunft als maßgeblicher Teil der Kultur, Tradition, Versorgung und Innovation in der Medizin anerkannt wird. Es heißt aber auch, für den nötigen Entwicklungsraum zu sorgen.

Perspektive heißt Aussicht, Chance, Hoffnung und Möglichkeit; diese gilt es zu bewahren.

Autor:
Dr. Bernhard Wiegel
Arzt für Labormedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
Vorstand Sektion Niedergelassene Ärzte des Berufsverbandes Deutscher Laborärzte e. V.
Obmann der Landesgruppe Bayern des BDL e. V.

Matthias Jahn

Aktuelle Tendenzen und alte Probleme im Rettungsdienst aus Kassensicht

Am Rettungsdienst interessiert die breite Öffentlichkeit oftmals nur eines: er muss funktionieren und zugleich bezahlbar bleiben. Dass Krankenkassen und/oder ihre Verbände in unterschiedlicher landesspezifischer Ausprägung nicht nur in die Vergütungsfindung einbezogen sind, sondern darüber hinaus beispielsweise auch bei Fragen der Bedarfs-, Standort- und Personalplanung im bodengebundenen Rettungsdienst und in der Luftrettung, der Sicherstellung von notärztlichen Leistungen, der Standortplanung von Leitstellen und der gemeinsamen Entwicklung von Kostennormativen, um nur einige Problemkreise zu benennen, involviert sind, ist dagegen auch in Kassenkreisen eher weniger bekannt. Dieser Artikel versucht, aus diesem breiten Fundus heraus einige aktuelle Diskussionen aufzunehmen, Denk- und Lösungsansätze zu vermitteln und kommt nicht umhin, Probleme aufzugreifen, die sich im Vertragsgeschäft der Kassen immer wieder als Dauerbrenner erweisen.[1]

Seit geraumer Zeit gibt es Bestrebungen, den Rettungsdienst von einer unselbstständigen Nebenleistung gemäß § 60 SGB V in den Rang eines eigenständigen medizinischen Leistungsbereichs zu befördern. Dass die entsprechenden Initiativen maßgeblich von den Interessenvertretungen der Notärzte und von Hilfsorganisationen ausgehen und von den Ländern flankiert werden, überrascht dabei ebenso wenig wie der Umstand, dass sich Bund und Länder hierbei den Ball wechselseitig zuspielen. Die Länder haben zur Interessenbündelung den Ausschuss Rettungswesen, zugeordnet dem Arbeitskreis V der Innenministerkonferenz der Länder und der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesbehörden Gesundheit (AOLG) geschaffen. Möge die Arbeitsweise dieses Gremiums in der Praxis weniger sperrig verlaufen, als sein Name vermuten lässt! Dieser Name deutet jedoch bereits darauf hin, dass im Rettungsdienst vieles anders ist als bei den anderen Vertrags- und Geschäftsfeldern, mit denen die GKV befasst ist. Er verweist auf den Umstand, dass je nach Bundesland sowohl Innen- als auch Sozialministerien mit der Durchsetzung der rettungsdienstlichen Sicherstellung beauftragt sein können. Das liegt darin begründet, dass Rettungsdienst Ländersache ist. Kennt man ein Rettungsdienstgesetz, so kennt man die anderen noch lange nicht! Auf diese Problematik werden wir hier immer wieder stoßen.

Doch zunächst zurück zum Ausgangspunkt. Die Länder Hessen und Baden-Württemberg als Initiatoren des aktuellen Gesetzesantrags (Bundesratsdrucksache 190/13 vom 08. März 2013) können durchaus gute Gründe für ihre Initiative zur Aufwertung des Rettungsdienstes in der Sozialgesetzgebung vorbringen:

- Zunächst handelt es sich beim Rettungsdienst um eine öffentliche Aufgabe der staatlichen Gesundheitsvorsorge der Länder beziehungsweise der Gefahrenabwehr, oft auch unter dem Begriff der öffentlichen Daseinsvorsorge subsumiert. Deren Definition mag zwar unter Verfassungsrechtlern durchaus umstritten sein, gleichwohl kann man davon ausgehen, dass die Rettung ein elementarer Bestandteil ist. Jedenfalls handeln die Aufgabenträger des Rettungsdienstes, für die Luftrettung die Länder, für den bodengebundenen Rettungsdienst die Landkreise, die kreisfreien Städte oder die von ihnen gebildeten Zweckverbände, vollumfänglich danach. So ist der Rettungsdienst je nach regionaler Ausprägung Chefsache, als Sitzungsleiter und Verhandlungsführer sitzt der Kassenbank oftmals der Oberbürgermeister oder dementsprechend der Landrat gegenüber, mindestens jedoch ein hochrangiger Beamter. Selbst in den Krankenhäusern in kommunaler oder Landesträgerschaft, wo ungleich höhere Erlösvolumina ausgehandelt werden, ist

1 Das Manuskript wurde uns vom BKK Landesverband Mitte auf Vermittlung von Dr. Manfred Partsch vom GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt. Partsch hatte seinen Vortrag beim Symposium in freier Rede gehalten.

ein vergleichbares unmittelbares Engagement des Trägers schon seit vielen Jahren kaum noch wahrzunehmen.

- Die Kosten des Rettungsdienstes sind beispielsweise im Vergleich zum Krankenhausbereich immer noch bescheiden, jedoch handelt es sich auch hier nicht mehr um die berühmten Peanuts. Im Jahre 2011 betrugen die Ausgaben für den Rettungsdienst in der Bundesrepublik fast 3,3 Milliarden Euro (Quelle: Destatis Fachserie 12, Reihe 7.1.1. Gesundheit, Ausgabe 2011 vom 04.04.2013).
- Die Gesamtkomplexität des Rettungsdienstes hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht. Die Einzelbausteine wie bodengebundene Notfallrettung, qualifizierter Krankentransport, Berg- und Wasserrettung, Notärzte, Luftrettung und Leitstellen (Aufzählung nicht abschließend) müssen logistisch, versorgungs-, vergütungs- und vertragstechnisch immer mehr verzahnt werden, um reibungslose Abläufe zu sichern. Gleiches gilt für die Anbindung an den Krankenhausbereich.
- Der Rettungsdienst rückt inhaltlich und fachlich immer näher ans Krankenhaus. Seine Begriffsbestimmung als präklinische Leistung erfährt eine begriffliche Erweiterung, da in wachsendem Umfang diagnostische und therapeutische Leistungen erbracht werden, die ursprünglich dem Krankenhaus vorbehalten waren. 12-Kanal-EKG-Ableitungen gehören inzwischen weitgehend zum Standard, die Lysetherapie bei der Behandlung von Infarktpatienten hat ebenfalls ihren Platz in der Notfallrettung gefunden, intraossäre Zugänge für die Applikation von Infusionen und Medikamenten über die Knochenmarkhöhle als Alternative zu einem venösen Zugang können ebenfalls durch den Notarzt geschaffen werden. Derzeit werden beispielsweise auch Modellvorhaben diskutiert, bei denen im Rahmen der Notfallrettung mittels eines mobilen CT die Schlaganfalldiagnostik durchgeführt wird. Nach Ansicht des Verfassers steht hier aber eher das technische Machbare als das medizinisch Notwendige im Vordergrund: In Deutschland gibt es ein dicht gestaffeltes Rettungswesen (über die Hilfsfristenproblematik wird noch zu reden sein) und Länder, Krankenhausträger und Krankenkassen haben einen erheblichen Aufwand betrieben, Zentren für die Behandlung von Schlaganfällen, die sogenannten Stroke Units, zu etablieren, die alle diagnostischen und therapeutischen Optionen für die Schlaganfallbehandlung vorhalten. Man täte daher besser daran, Kraft und Mittel dafür zu verwenden, die vorhandenen Strukturen noch besser zu verzahnen.
- Ein weiterer Umstand, der ein Nachdenken über den Platz des Rettungswesens innerhalb des SGB V durchaus rechtfertigt, ist der Umfang der vorgehaltenen Kapazitäten. Die bundesweite Datenlage ist, nicht zuletzt bedingt durch die unterschiedlichen Strukturen und die daraus resultierenden Probleme bei der Vergleichbarkeit, nicht befriedigend. Dem Autor erscheinen Angaben, nach denen im Rettungsdienst in der Bundesrepublik fast 32.000 Mitarbeiter, zuzüglich 17.000 Notärzte (ob im Nebenamt, hauptberuflich oder als sogenannte Freelancer, also Freiberufler, sei dahin gestellt) tätig sind, als durchaus valide. Für ihre Tätigkeit stehen ihnen 1.800 Rettungstransportwagen (RTW), 3.400 Krankentransportwagen (KTW) und über 1.400 Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) zur Verfügung. Zudem bedienen sie sich der Logistik von über 300 Leitstellen. Hinzu kommt eine Luftflotte von insgesamt 79 Rettungstransporthubschraubern (RTH) und Intensivtransporthubschraubern (ITH). Das Versorgungsangebot wird durch bodengebundene Intensiv- und Fernverlegungskapazitäten abgerundet. Je nach regionaler Geografie und Topographie stehen Kräfte für die Berg- bzw. Wasserrettung zur Verfügung.

Es wird deutlich, dass der Rettungsdienst auch ein nicht zu unterschätzender Wirtschafts- und Standortfaktor ist.

Wenden wir uns den Besonderheiten zu, die dem Rettungsdienst ein Alleinstellungsmerkmal hinsichtlich aller GKV-Vertragsbereiche verleiht.

Auf den Grundsatz, dass andere Länder andere Sitten nach sich ziehen, wurde eingangs bereits verwiesen. Allein die Darstellung der unterschiedlichen Konstrukte, wie Aufgabenträger, Leistungserbringer und Kassen nach Maßgabe der Rettungsdienstgesetze der Länder zusammenarbeiten sollen und welche Mitwirkungsrechte und -pflichten den unmittelbar Beteiligten eingeräumt werden, würde den Rahmen dieser Darstellung bei weitem sprengen. Nur soviel sei an dieser Stelle gesagt: von der Satzungsregelung, die den Kassen ein Anhörungsrecht vor Satzungserlass einräumt, über pauschale Verhandlungen auf Landesebene bis hin zu flächendeckenden Einzelverhandlungen mit den Leistungserbringern mit Erlösausgleichen oder gar Spitzabrechnungen der tatsächlich angefallenen Kosten nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums sind nahezu alle Varianten der „Preisfindung“ nicht nur vorstellbar, sondern gängige Praxis.

Ähnliches gilt für den Konfliktlösungsmechanismus, falls sich die Parteien nicht einigen können. In Ländern, in denen Satzungsregelungen in der Rettungsdienstgesetzgebung verankert sind, müssen die Kassen auf ein Normenkontrollverfahren zurückgreifen, wenn die Differenzen zur Entgelthöhe unüberbrückbar sind. Gilt das Verhandlungsprinzip, so kann eine Schiedsstelle einer weiteren Eskalation

vorgeschaltet sein, sofern Landesrecht dies vorgibt. Interessant ist, dass die Schiedsstellenlösung dort, wo sie nicht vorgesehen ist, auch nicht unbedingt vermisst wird. Erfahrungen mit Schiedsstellen in anderen Vertragsbereichen zeigen, dass dadurch nicht unbedingt Einigungswillen und Verhandlungs- und Kompromissbereitschaft gefördert werden und dieses Podium mitunter auch gern dazu genutzt wird, einem Dritten den Schwarzen Peter zuzuschieben.
Eine weitere Besonderheit des Vertragsbereichs Rettungsdienst ist das Kostendeckungsprinzip. Haben Politik und Träger im Krankenhausbereich, der wie der Rettungsdienst der öffentlichen Daseinsvorsorge zuzuordnen ist, längst einen Paradigmenwechsel von der Kostendeckung zu einer weitestgehenden pauschalierten Vergütung vollzogen, ist das Kostendeckungsprinzip nach wie vor der Grundsatz bei der Vergütung rettungsdienstlicher Leistungen. Die Krankenkassen haben mit aller Beharrlichkeit dafür Sorge zu tragen, dass die wirtschaftliche Betriebsführung, die den Leistungserbringern in vielen Ländergesetzen vorgegeben wird, nicht Makulatur bleibt.
Das Maß der Dinge ist die Hilfsfrist bzw. deren Einhaltung. Dass es hierfür unterschiedliche Definitionen und Vorgaben für deren Dauer gibt, ist aufgrund des bereits Geschriebenen nicht weiter überraschend. Es ist aber nicht verkehrt festzustellen, dass damit die Zeit gemeint ist, die vom Eingang eines Notrufs in der Leitstelle bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes am Ereignisort vergeht. Damit präjudiziert die Hilfsfrist nicht nur weitgehend die Standorte von Rettungswachen und Einsatzfahrzeugen, sondern auch die tägliche Vorhaltezeit, die Art und Anzahl der Rettungsmittel sowie die vorzuhaltenden Mitarbeiter und ist somit der Kosteneinflussfaktor schlechthin. Die in eine intelligente Vorhaltungsplanung investierte Zeit ist daher gut angelegt.
In vielen Ländern haben die Kassen die Gelegenheit, sich im Rahmen von Rettungsdienstbereichsbeiräten oder Landesgremien in die Bedarfsplanungen einzubringen. Zwar haben diese Gremien nur empfehlenden Charakter, aber die Aufgabenträger tun gut daran, Kassenpositionen nicht allzu leichtfertig zu ignorieren, denn man sieht sich anschließend in den Verhandlungen oder bei Normenkontrollverfahren wieder. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die bereichsübergreifende Zusammenarbeit über Landkreis- und Landesgrenzen hinweg bis hin zur Standortplanung bzw. -abstimmung. Hier wurden in den letzten Jahren gute Fortschritte erreicht. Die Zeiten, in denen in Einzelfällen als Spitze der Kleinstaaterei an den Landesgrenzen Patienten zuständigkeitshalber von einem Rettungsmittel in ein anderes „umgeladen“ wurden, scheinen überwunden.
In dünn besiedelten Gebieten, wo Rettungswachen, auch gern schon einmal „Mondscheinwachen“ genannt, mit extrem geringen Einsatzzahlen wegen der Hilfsfristeneinhaltung vorgehalten werden müssen und daher höchst unwirtschaftlich sind, kann gegebenenfalls der RTH-Einsatz eine wirtschaftliche Alternative sein, da auch diese Rettungsmittel einer ausfinanzierten Regelvorhaltung unterliegen und lediglich nur bestimmte variable Sachkosten (zum Beispiel Kraftstoffe, Wartungskosten oder Verbrauchsmaterialien) zusätzlich zu berücksichtigen sind. Voraussetzung ist natürlich, dass Tageszeit und Wetterlage einem Einsatz nicht entgegenstehen. Überhaupt hat sich das Einsatzspektrum der Luftrettung deutlich verlagert. Hat man bei dem Stichwort RTH oft spektakuläre Einsätze bei schweren Unfällen oder Naturkatastrophen vor Augen, so sieht die Praxis oftmals ganz anders aus. Längst rekrutiert sich das Patientengut zum überwiegenden Teil aus „normalen“ Notfällen, wie sie auch vom bodengebundenen Rettungsdienst versorgt werden. Dieser Umstand ist auch wegen des ständig steigenden Einsatzaufkommens nicht weiter verwunderlich.
Seit Jahren ist die notärztliche Sicherstellung bundesweit das Sorgenkind des Rettungsdienstes schlechthin und fügt sich nahtlos in die Diskussion um den generellen Ärztemangel ein. Gab es vor Jahren noch Überlegungen, ob es sich hierbei um ein temporäres Phänomen handeln könnte, so geht man heute übereinstimmend davon aus, dass hier ein Strukturproblem vorliegt, das allen arztzentrierten Bereichen erheblich zu schaffen macht. Die Knappheit der Ressource Arzt macht diese zu einem hart umworbenen und umkämpften Gut und steigert, man kommt leider nicht um eine solche Anmerkung herum, auch die Erpressbarkeit der Akteure. In vielen Ländern haben daher die Aufgabenträger des bodengebundenen Rettungsdienstes ihren politischen Einfluss massiv und mit Erfolg dafür eingesetzt, die Verantwortung für die Gestellung von Notärzten aus der Gesamtverantwortung für die Sicherstellung des Rettungsdienstes herauszubrechen und Dritten zu übertragen. So kommt es, dass die notärztliche Sicherstellung mittlerweile auch bei Kassenärztlichen Vereinigungen oder, wie in Sachsen, sogar bei der GKV auf Landesebene angesiedelt sein kann.
Ganz gleich, für welche Variante man sich hierbei auf Landesebene entscheidet, wichtig ist, dass der Aufgabenträger für die notärztliche Sicherstellung durch Regelungen in den Rettungsdienstgesetzen flankiert und unterstützt wird, die diesem weitgehende Rechte und Kompetenzen gegenüber den anderen unmittelbar Beteiligten einräumen. Dazu gehören insbesondere die Verpflichtung der niedergelassenen Ärzte mit Notarztqualifikation zur Mitwirkung am Rettungsdienst, die Verpflichtung der Krankenhausträger zur

Notarztgestellung, die Meldepflicht von Landesärztekammern und Krankenhausträgern hinsichtlich qualifizierter Notärzte sowie die Verhandlungskompetenz gegenüber Krankenkassen und Krankenhäusern sowie das Satzungsrecht. Bei der Regelung der notärztlichen Vergütung auf Landesebene gibt es oftmals Verwerfungen, wenn landeseinheitliche Benutzungsentgelte ausschließlich einsatzbezogen an die Notärzte ausgereicht werden. In der Konsequenz boomt das Geschäft in den einsatzstarken Regionen, während die Sicherstellung im ländlichen (einsatzschwachen) Raum gefährdet ist und beispielsweise nur durch den teuren Zukauf externer ärztlicher Leistungen aufrechterhalten werden kann. Die Praxis zeigt, dass die Vertragsparteien in der Lage sind, solche Vergütungsregelungen zu finden, die sowohl den Interessenlagen der Notärzte im städtischen als auch denen im ländlichen Raum gerecht werden. Dabei nimmt die mit der Sicherstellung beauftragte Institution eine Umverteilungsfunktion wahr.

Grundlage hierfür kann beispielsweise eine zeitbezogene Vergütung (zweckmäßigerweise über einen 24-Stunden-Zeitraum) sein, die nach dem Einsatzaufkommen der jeweiligen Notarztstandorte gestaffelt ist. Dabei werden die Notarztstandorte entsprechend dem Einsatzaufkommen einer definierten Vergütungshöhe zugeordnet und bei Veränderungen auch umgruppiert. Das Verfahren ist transparent und bei einer entsprechenden Austarierung der zu bildenden Cluster für alle beteiligten Ärzte akzeptabel, da sowohl einsatz- als auch vorhaltebezogene Vergütungsbestandteile einfließen. Ergänzend ist die sicherstellende Organisation gut beraten, einen Pool frei disponierbarer eigener Notärzte zu schaffen, um vorübergehende Dienstplanlücken im Versorgungsgebiet ohne den Einkauf von Externen schnell schließen zu können. Hinzu kommt, dass die eingesetzten Ärzte mit den Versorgungsstrukturen in der Region vertraut sind.

Der Rettungsdienst ist ein weitgehend skandalfreier Bereich des Gesundheitswesens. Kommt es zu Schlagzeilen, dann beschäftigten sich diese oft mit äußerst tragischen Einzelfällen, bei denen Notfallpatienten von einem Krankenhaus nach dem anderen abgewiesen werden und mit dem Leben bezahlen müssen. Hier sind eindeutig die Länder gefragt, im Rahmen der Krankenhausgesetze und in der Krankenhausplanung so stringente Verpflichtungen zur Aufnahme von Notfallpatienten wie nur möglich festzuschreiben und gegenüber den Krankenhausträgern durchzusetzen. Bei unserer Versorgungsdichte ist hier jeder Fall ein Fall zu viel.

Zurück zur Wirtschaftlichkeit: Steht in einem Bundesland die Novellierung des Rettungsdienstgesetzes an, so ertönt erwartungsgemäß der Ruf, den Aufgabenträgern das Ausschreibungsprinzip für rettungsdienstliche Leistungen verpflichtend vorzugeben. Die Frage, ob und wann das möglich ist, soll hier nicht weiter verfolgt werden, vielmehr geht es um einige praktische Aspekte. An dieser Stelle wird vorweggenommen, dass Ausschreibungen nicht zwangsläufig zu einer höheren Wirtschaftlichkeit führen müssen. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird für den Aufgabenträger nicht zwingend im Vordergrund einer Ausschreibung stehen, da nahezu sämtliche Kosten des Rettungsdienstes an die Nutzer durchgereicht werden. Er wird der Zuverlässigkeit und Reputation eines Mitbewerbers eine höhere Priorität beimessen, da er die Versorgung mit rettungsdienstlichen Leistungen sicherstellen muss. Hinzu kommt, dass die Kosten des Rettungsdienstes zu einem hohen Prozentsatz aus Personalkosten bestehen. Bei einem Leistungserbringer im bodengebundenen Rettungsdienst sind es über 70 Prozent. Die Anzahl der eingesetzten Mitarbeiter ist durch die mit der Bereichsplanung vorgegebene Vorhaltezeit praktisch gesetzt und durch eine Personalbedarfsberechnung untermauert. Sie kann daher durch einen Anbieter kaum beeinflusst werden. Unterschiedliche Ausfallzeiten, die sich auf den Personalbedarf auswirken, können bei dieser Betrachtung vernachlässigt werden.

Wenn Personalkosten nicht über die Anzahl der Vollkräfte gespart werden können, so geht es nur über die Vergütungshöhe. In der letzten Zeit sind einzelne renommierte Hilfsorganisationen in den Fokus der Öffentlichkeit geraten, weil ihnen Lohndumping und Leiharbeit nachgewiesen wurden. Insbesondere die Solidargemeinschaft der Krankenkassen tut gut daran, sich eindeutig von diesen Praktiken zu distanzieren und dagegen vorzugehen. Die Notfallrettung setzt eine besonders hohe Motivation der Mitarbeiter voraus, ihr Leistungspotenzial muss Tag und Nacht, bei Wind und Wetter abrufbereit sein. Eine adäquate tarifliche oder an Tarifsysteme angelehnte Vergütung ist daher nur legitim. Die Erfahrung lehrt, dass man immer wieder prüfen muss, dass die Tarife eingehalten werden und dass die Vergütung tatsächlich an die Mitarbeiter weitergereicht wird. Verstöße müssen dabei konsequent geahndet werden. Wieder einmal entscheidet die Ausgestaltung der Rettungsdienstgesetze darüber, ob und in welchem Umfang die Kassen auf diesem Gebiet aktiv werden können.

Wenn man auf die Wirtschaftlichkeit der Personalkosten Einfluss nehmen will, so kommt man, wie eingangs beschrieben, um eine kluge Bedarfs- und Standortplanung nicht herum.

Es bleibt noch das Feld der Sachkosten. Es ist zwar hinsichtlich des Anteils an den Gesamtkosten das kleinere, aber trotzdem

noch ein recht weites. Von der Systematik her werden ihm insbesondere die Fahrzeugkosten (Abschreibungs- und Betriebskosten), Medizintechnik, Verbrauchsmaterialien, Versicherungen, Gebäude- und Verwaltungskosten sowie die Kosten der Abrechnung zugeordnet. Auch anteilige Leitstellenkosten schlagen sich im Rettungsdienst als Sachkosten nieder.

Hierbei werden insbesondere folgende Ansätze zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit gesehen:

Die alte Regel, dass die Gewährung von Rabatten und deren Höhe von Art und Anzahl der georderten Produkte abhängt, gilt auch für den Rettungsdienst. Eine gemeinsame Einkaufspolitik/Beschaffung der Leistungserbringer bei Fahrzeugen, Medizintechnik und medizinischen Verbrauchsmaterialien kann einen wirksamen Beitrag zu mehr Wirtschaftlichkeit leisten. Leider gibt es in den meisten Ländern keine zwingenden Verpflichtungen, so dass die Appelle der Kassen meist ungehört verhallen. Auch hier gilt es, beharrlich den Finger auf die Wunde zu legen.

Gute Dienste können auch Anhaltszahlen oder Kostennormative für bestimmte Kostenblöcke im Sachkostenbereich leisten. Das kann bei den Kosten für einen RTW beginnen und den Abrechnungskosten enden, der Fantasie sind kaum Grenzen gesetzt. Entscheidend ist, dass diese Zahlen im Konsens zwischen allen Beteiligten, also Kassen, Leistungserbringern und Aufgabenträgern erarbeitet und einer Aktualisierung nach bestimmten Zeiträumen unterzogen werden. Dabei muss auch allen klar sein, dass es nicht immer nur in eine bestimmte Richtung, meist nach oben, geht. Gibt es hierzu Einvernehmen, tragen diese Anhaltszahlen auf dem Verhandlungsweg zu einer wesentlich höheren Verhandlungsökonomie bei und verkleinern Konfliktpotenziale.

Eine letzte Bemerkung gilt den Leitstellen. Durch die Schaffung integrierter Leitstellen, die sowohl Aufgaben beim Rettungsdienst als auch im Brand- und Katastrophenschutz wahrnehmen, ist ein erster Schritt in Richtung Wirtschaftlichkeit getan. Die technische Entwicklung ist so weit fortgeschritten, dass für ein kleineres Flächenland bereits zwei oder drei Leitstellen als ausreichend angesehen werden, gegebenenfalls sogar noch weniger. Vor die Umsetzung einer solchen Planung hat man die deutsche Kleinstaaterei gesetzt. Es gibt Landkreise und kreisfreie Städte, die sich nicht zuletzt aus Wirtschaftlichkeitsgründen zum Betrieb einer gemeinsamen Leitstelle zusammengetan haben, aber es gibt eben auch jene, bei denen die Leitstellen quasi Denkmalsschutz genießen. Kommt noch hinzu, dass erst in teure Technik investiert wurde, kann man das Anliegen einer freiwilligen Leitstellenreduzierung gleich zu den Akten legen. Eine Alternative ist, sich Diskussionen über Leitstellenkosten im Einzelfall zu verweigern und stattdessen Pauschalen für Leitstellengebühren anzubieten, die auf der Basis der Kosten einer hypothetisch bedarfsnotwendigen Anzahl von Leitstellen im jeweiligen Land ermittelt wurden. Mit diesem Vorgehen wurden durchaus schon Achtungserfolge erzielt.

Man sieht, dass der Rettungsdienst ein wesentlich komplexeres Gebilde darstellt, als man gemeinhin vermutet. Entsprechend vielgestaltig sind auch die damit zusammenhängenden Problemkreise. Das Kostendeckungsprinzip macht es nicht gerade leicht, Wirtschaftlichkeitsansätze durchzusetzen, zumal die Aufgabenträger es in den letzten Jahren immer besser verstanden haben, sich von nahezu allen Kosten und dem entsprechenden Kostendruck zu befreien. Wie dieser Artikel zeigt, ist es dennoch möglich, mit viel Beharrlichkeit und Kreativität auf wirtschaftliche Strukturen hinzuarbeiten.

Autor:
Matthias Jahn
BKK Landesverband Mitte
Fachkoordinator Rettungsdienst
Pförtchenstraße 1
99096 Erfurt

Jörg Freese

Wer zahlt, bestimmt. Bestimmt, wer zahlt?

Die Überschrift über dem Symposium im Rahmen des 12. DRK-Rettungskongresses warf die Frage auf, ob der Rettungsdienst das Stiefkind der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland sei. Diese Frage kann man sich mit Fug und Recht stellen. Ein Beispiel ist die Bundesratsinitiative der Länder Hessen und Baden-Württemberg, die den Rettungsdienst endlich als Segment und wichtigen Leistungsbereich in das SGB V aufnehmen wollen.

Die wesentlichen Kosten des Rettungsdienstes werden durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen, da kann man sich schon die Frage stellen, warum dies nur über Umwege erfolgt und es nicht einfach einen Leistungstatbestand im SGB V gibt, der die Leistungen des Rettungsdienstes, die der gesundheitlichen Versorgung dienen (und das sind die allermeisten), regelt. Das ist aber bislang nicht erfolgt. Und dies, obwohl die Zeiten, als die Vorschriften zur gesetzlichen Krankenversicherung aus der Reichsversicherungsordnung in das SGB V übergegangen sind, ja auch schon eine Weile her sind. Ergebnis ist jedenfalls, dass der Rettungsdienst noch nicht richtig im SGB V „angekommen" ist. Also tatsächlich ein Stiefkind der gesundheitlichen Versorgung?

In der Sache muss man auch die „Gegenseite" betrachten. Gerade die Finanzierung des Rettungsdienstes ist ein wichtiger Gestaltungsbereich von Landes- und Kommunalpolitik in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Eine bundesgesetzliche Lösung müsste dies weiterhin ermöglichen. Zudem ist die Frage zu stellen, ob und wie der Rettungsdienst der Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses obliegen würde, welche Hilfsfristen gelten, welche weiteren Standards Anwendung finden usw. Und ob dies dann auch mit den doch sehr unterschiedlichen Gegebenheiten in den Ländern vereinbar wäre, das möchte ich hier an dieser Stelle jedenfalls sehr ernsthaft bezweifeln. Im Ergebnis bleiben noch mehr Fragen offen als beantwortet werden. Unabhängig von der Verankerung des Rettungsdienstes im SGB V bekennt sich aber der Deutsche Landkreistag zu dem Rettungsdienst als in erster Linie wesentlichem Bestandteil des Gesundheitswesens. Und als Teil der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr.

Es gibt also auch gute Gründe, den Rettungsdienst nicht so ohne weiteres in das SGB V aufzunehmen. Diese Initiative der beiden Länder und die nicht wirklich formvollendete Erwähnung des Rettungsdienstes im SGB V taugt also jedenfalls nicht dazu, den Rettungsdienst als „Stiefkind" der gesundheitlichen Versorgung zu bezeichnen.

Faktisch passiert auch das Gegenteil: Wir können feststellen, dass die Bedeutung des Rettungsdienstes in großem Maße (oft auch ungewollt) weiter steigt. In dem Maße nämlich, in dem der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen in vielen gerade ländlichen Gebieten kaum oder gar nicht mehr in der Lage ist, seine Aufgaben zu erfüllen. Dass dann die von einem vermeintlichen oder tatsächlichen Notfallereignis betroffenen Menschen die „112" wählen und den Rettungsdienst alarmieren, ist nachvollziehbar. Dennoch können wir mit dieser Situation auf Dauer nicht leben, da ohnehin knappe, insbesondere personelle Ressourcen hierdurch viel zu stark in Anspruch genommen werden und vor allem viel stärker als es nötig wäre. Hier müssen wir also zu vernünftigen Lösungen (Kooperationen) kommen.

Ausgangspunkt Trägerschaft

Die Landkreise und kreisfreien Städte sind in aller Regel Träger des Rettungsdienstes. Ausnahme ist hier insoweit das Land Baden-Württemberg. Träger des Rettungsdienstes zu sein bedeutet vor allem auch, darüber selbst zu entscheiden, ob man die Aufgabe eigenverantwortlich wahrnimmt, ob man Hilfsorganisationen betraut (dies kann in unterschiedlichem Umfang und auf unterschiedlichen Rechtswegen geschehen), oder ob man den Rettungsdienst privaten Anbietern mit einzelnen Teilaufgaben oder auch mit

dem gesamten Spektrum überträgt. Diese Entscheidung ist – sehr sinnvoll – auf der Kreisebene angesiedelt und sollte auch in Zukunft nicht anderen Orts erfolgen.

Und wie es so ist bei unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit: Die Kooperation von kommunalen Gebietskörperschaften und Hilfsorganisationen wie dem DRK u. a. ist sehr unterschiedlich in ihrer Qualität und natürlich erst recht in ihrer Quantität. Es gibt für uns keinen Anlass, irgendeine Form der Aufgabenerfüllung durch die Landkreise und kreisfreien Städte besonders positiv oder negativ zu würdigen. In diesem Bereich wird es wie auch gerade aktuell immer wieder in einzelnen Landkreisen und Städten Bewegungen geben, einen Trend in die eine oder andere Richtung, also kommunale oder private Leistungserbringung oder eine Durchführung durch eine der klassischen Hilfsorganisationen sind bislang nicht festzustellen. Wichtig ist aber in jedem Fall, gerade, wenn es Veränderungen in der Durchführung geben soll, ein fairer Umgang von Rettungsdienstträgern, Hilfsorganisationen und möglichen weiteren Beteiligten.

Wir sind sehr dankbar, dass die Landesgesetzgebung bislang auf die kommunale Realität im jeweiligen Land eingegangen ist und die entsprechenden Regelungen insoweit zumeist kommunalfreundlich ausgestaltet hat. Dabei will ich nicht verschweigen, dass es natürlich bei jeder Novelle eines Landesrettungsdienstgesetzes nennenswerte Auseinandersetzungen zwischen kommunaler Ebene, Landespolitik und vor allem auch den Krankenkassen gegeben hat, gibt und auch wohl immer geben wird. Dennoch ist die Situation im Rettungsdienst in Deutschland insbesondere infrastrukturell und organisatorisch von besonders hoher Leistungsfähigkeit geprägt. Hierauf können wir gemeinsam auch ein Stück weit stolz sein.

Finanzierung des Rettungsdienstes

Nach unserem Eindruck funktioniert die Finanzierung des Rettungsdienstes im wahrsten Sinne des Wortes. Und daran wird deutlich, dass die unterschiedlichen Systeme in den Ländern (beispielsweise Verhandlungslösung oder Satzungslösung) nichts daran ändern, dass im Ergebnis alle Beteiligten, nämlich die Landkreise als Rettungsdienstträger, die ggf. mit der Durchführung betrauten Hilfsorganisationen oder Private wie auch die finanzierenden Krankenkassen daran interessiert sind, dass dieser Rettungsdienst im Gemeinwesen funktioniert und daher auch zu Kompromissen bei der Finanzierung gewillt und in der Lage sind. Ich will nicht verhehlen, dass es in diesem Bereich jährlich harte Verhandlungen mit dem jeweiligen Widerpart geführt werden müssen. Ich will das nicht verkennen oder kleinreden, entsprechende Verhandlungen über Kostensätze und Erstattungspflichten sind immer schwierig und konfliktträchtig. Unterm Strich muss man aber sagen, dass es derzeit strukturell keine Finanzierungsprobleme im Rettungsdienst gibt. Ich vernachlässige hierbei bewusst die im Detail durchaus vorhandenen Fragestellungen, bspw. die Fehlanreize im System, um „Fehlfahrten“ zu vermeiden.

Dass dies so bleibt, ist leider nicht gesichert. Wir befürchten sehr, dass die Einführung des Berufsbilds eines Notfallsanitäters und die damit einhergehenden deutlich steigenden Ausbildungskosten, den Kommunen nicht vollständig refinanziert werden. Die Zusage im Rahmen des Symposiums, auch die Ausbildungskosten für die neuen Notfallsanitäter als Kosten des Rettungsdienstes anzuerkennen, begrüße ich sehr. Ich hoffe, dass sich dies auch in den Verhandlungen später so durchschlägt. Aus unserer Sicht handelt es sich auch um Kosten des Rettungsdienstes, wenn Notfallsanitäter ausgebildet werden und wenn sie im Rahmen des Rettungsdienstes tätig werden. Daher sind die entsprechenden Kosten auch über die Rettungsdienstgebühren zu refinanzieren. Über die Ausgestaltung der Einzelheiten wird es daher wahrscheinlich noch erheblicher Gespräche und Verhandlungen bedürfen. Gesichert ist es jedenfalls noch nicht, dass den kommunalen Gebietskörperschaften die Kosten auch refinanziert werden. Das ist aber die grundlegende Voraussetzung dafür, dass wir auch weiterhin wie oben von einem „funktionierendem“ Finanzierungssystem sprechen können.

Ich bin auch nicht sicher, ob die Krankenkassen dauerhaft bereit sein werden, die demografischen Lasten und das damit steigende Morbiditätsrisiko zu tragen. Dies ist aber notwendig, weil es niemand anders sinnvollerweise kann und sollte. Im ländlichen Raum leben tendenziell weniger Menschen also auch weniger Beitragszahler, deren Risiko, eines Notfalleinsatzes zu bedürfen, aber altersbedingt steigt. Zudem werden die Entfernungen zu den Krankenhäusern, die in der Lage sind, Notfallpatienten aufzunehmen und intensivmedizinisch zu versorgen, ebenso tendenziell weiter steigen. Ein Nebeneffekt der nicht ausreichenden Abbildung der Grundversorgung auch mit Intensivmedizin rund um die Uhr im Fallpauschalen-System. Es wird also teurer; und je ärmer die Bevölkerung im Land bzw. im Landesteil, desto teurer wird in der Tendenz der Rettungsdienst.

Weiterentwicklung des Rettungsdienstes

Wie stellen wir uns eine Weiterentwicklung des Rettungsdienstes und seiner Finanzierung vor? Revolutionäre Ideen gibt es bei uns nicht, so dass die Fortentwicklung des Rettungsdienstes sich

im Wesentlichen evolutionär darstellen wird. Dass Landkreise umfassend einen Trend entwickeln würden, der in einer kommunalen Eigenwahrnehmung der Aufgabe Rettungsdienst endet, kann ich nicht erkennen. Dennoch gibt es in einigen Landkreisen Überlegungen, Aufgabenübertragungen an Hilfsorganisationen zurückzunehmen bzw. dies ist erfolgt. Andere Landkreise hingegen sind wiederum intensiv dabei, den Rettungsdienst ganz oder zum Teil an Hilfsorganisationen zu übertragen. Sorgen vor einer Kommunalisierungs- oder Privatisierungswelle sind daher nach meiner Beobachtung nicht angebracht. Ob die Entwicklung bei dem europäischen Vergaberecht eine solche Tendenz auslösen könnte, bleibt abzuwarten. Hier bemühen wir uns weiter gemeinsam mit dem DRK und den anderen Hilfsorganisationen um eine sinnvolle Lösung. Aber die eigene Aufgabenerbringung sollte ohnehin immer wieder selbstkritisch nach Optimierungspotenzialen hinterfragt werden.

Wichtig ist zudem – wie oben bereits ausgeführt –, dass wir das seit geraumer Zeit verfolgte Ziel, den Rettungsdienst aus den Wettbewerbsregelungen der Europäischen Union ein Stück weit herauszuhalten, tatsächlich auch erreichen. Hier haben wir – auch gemeinsam mit dem Deutschen Roten Kreuz – versucht, entsprechende Überzeugungsarbeit bei den Abgeordneten des Europäischen Parlaments zu leisten. Die deutschen Europa-Abgeordneten haben dies sehr schnell verstanden und sich fraktionsübergreifend für die Sicherung des bestehenden deutschen Systems ausgesprochen. Dieses System gewährleistet, dass ein hauptamtlich durchgeführter Rettungsdienst über verschiedene Verzahnungen in den Hilfsorganisationen auch die ehrenamtlichen Strukturen beispielsweise im Rahmen von Katastrophenschutz und Großschadensereignissen sichert und fortentwickelt.

Autor:
Jörg Freese
Deutscher Landkreistag
Ulrich-von-Hassell-Haus
Lennéstraße 11
10785 Berlin

Buchbesprechung

Schmid, Andreas: Konsolidierung und Konzentration im Krankenhaussektor. Eine empirische Analyse der Marktstruktur unter Berücksichtigung des Krankenhausträgers, Baden-Baden 2012, 243 S., Broschiert, ISBN 978-3-8329-7595-1

Der deutsche Klinikmarkt ist in Bewegung. Aufgrund des Übernahmeangebots von Fresenius an die Rhön-Kliniken AG im vergangenen Jahr ist die vorliegende Studie „Konsolidierung und Konzentration im Krankenhaussektor“ von Andreas Schmid von großer Aktualität und Brisanz. Durch die starke Konsolidierung im Krankenhaussektor droht in vielen regionalen Krankenhausmärkten die Bildung von Konzentration und Marktmacht. Dies kann für Patienten wie für Krankenkassen negative Folgen nach sich ziehen.

Der Autor kommt im empirischen Teil seiner Studie zu dem Ergebnis, dass der Wettbewerb im akutstationären Sektor in Deutschland nicht optimal funktioniert. Die Schlussfolgerungen des Autors lassen sowohl unter fusionsrechtlichen wie aus versorgungspolitischen Gründen aufhorchen: Es gibt

- eine hohe Konzentration in weiten Teilen des deutschen Krankenhausmarktes,
- eine in der Tendenz geringe Konzentration (hohes Wettbewerbspotenzial) in Ballungsräumen, jedoch nicht in allen Großstädten sowie
- starke regionale Unterschiede mit bei abnehmender Bevölkerungsdichte zunehmender Konzentration. Bereits heute liegen in manchen Regionen hochkonzentrierte Marktstrukturen vor, welche die Wahlfreiheit der Patienten einschränken. Langfristig besteht die Gefahr regionaler Monopole, die auch dem ambulanten Sektor und den Krankenkassen die Bedingungen vorschreiben können.

Außerdem arbeitet der Autor heraus, dass bestehende, marktmächtige Strukturen kaum reversibel sind, da rechtlich wirksame Entflechtungsbefugnisse fehlen und gleichzeitig hohe Marktzutrittsschranken bestehen.

Die Studie macht auch klar, dass der Zusammenschluss von Krankenhäusern nicht nur unter rechtlichen, sondern auch aus versorgungspolitischen Perspektiven betrachtet werden muss, indem sie den potenziellen Zielkonflikt zwischen einem effizienten Wettbewerb der Leistungserbringer und produktiver Effizienz beschreibt: So können bestimmte medizinische Leistungen erst ab einem bestimmten Volumen zu angemessenen Kosten- und Qualitätsniveaus erbracht werden. Gerade im ländlichen Raum kann deshalb nach Ansicht des Autors eine noch stärkere Konsolidierung sinnvoll sein.

Dr. Andreas Meusch, Hamburg

Jürgen Stoschek

Soziale Netzwerke verstärkt nutzen

Die seit einiger Zeit leicht rückläufige Entwicklung der Mitgliederzahl und die sich daraus ergebenden Veränderungen der Mitgliederstruktur haben Anfang des Jahres im Geschäftsführenden Präsidium der GRPG zu dem Beschluss geführt, eine Arbeitsgruppe „Junge Mitglieder" ins Leben zu rufen, die sich mit der Frage beschäftigen sollte, wie und auf welchen Wegen die GRPG neue und auch jüngere Mitglieder gewinnen kann. Bei einem Treffen Anfang März in der GRPG-Geschäftsstelle erarbeitete die Arbeitsgruppe einige Vorschläge, die nun konkretisiert und dann Zug um Zug umgesetzt werden sollen.

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. GRPG versteht sich als neutrale Plattform zur intensiven wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit allen offenen gesundheitspolitischen Fragen. In der Außendarstellung soll deshalb stärker zum Ausdruck gebracht werden, dass die GRPG als ein Netzwerk wichtiger Akteure im Gesundheitswesen einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens leisten möchte, indem der in der Gesellschaft versammelte Sachverstand interdisziplinär zusammengeführt wird. Ziel der GRPG ist es, an der Meinungsbildung im Gesundheitswesen mitzuwirken.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Arbeitsgruppe dafür ausgesprochen, dass künftig auch die Möglichkeiten der sozialen Netzwerke im Internet genutzt werden sollten, mit dem Ziel so auch neue und junge Mitglieder zu gewinnen und aktiv in die Gestaltung der Gesellschaft mit einzubinden.

Insbesondere auch die externen Mitglieder der Arbeitsgruppe haben dafür das soziale Netzwerk Xing empfohlen. Dort kann die GRPG mit einem eigenen Profil auftreten und sich allen Mitgliedern – im deutschsprachigen Raum hat Xing nach eigenen Angaben etwa sechs Millionen Mitglieder – des Netzwerkes präsentieren. In Xing können offene und/oder geschlossene Gruppen (aktuell gibt es ca. 50.000 Gruppen) eingerichtet werden. Gedacht ist an die Einrichtung von Gruppen und Foren, die parallel zu den Fachbereichen im GRPG-Präsidium strukturiert sein könnten. Alle GRPG-Mitglieder sollen Zugang zu den geschlossenen Diskussionsgruppen erhalten. Darüber hinaus könnten Ankündigungen von Symposien der GRPG, die Ausschreibung des Wissenschaftspreises und weitere Aktivitäten einem größeren Kreis bekanntgemacht werden.

In diesem Zusammenhang kam auch der Hinweis, dass die Website der GRPG den aktuellen technischen Standards angepasst werden sollte. Die dafür erforderlichen Maßnahmen sind vom Geschäftsführenden Präsidium bereits beschlossen. Des weiteren wurde von der Arbeitsgruppe ein Mentoren-Programm angeregt, mit dem Ziel vor allem jüngere am Gesundheitswesen Interessierte „an die Hand" zu nehmen, in dem ihnen Begleiter aus der GRPG als Mentoren an die Seite gestellt werden. Um die Attraktivität einer Mitgliedschaft in der GRPG auch nach außen hin darzustellen, sollten sich die Schützlinge verpflichten, über ihre Erfahrungen im Mentoren-Programm schriftlich zu berichten.

Darüber hinaus wurde von der Arbeitsgruppe angeregt, dass bei schwächer gebuchten Symposien der GRPG, Mitglieder der Gesellschaft Teilnahmegutscheine an interessierte Nicht-Mitglieder vergeben.

Die Vorschläge aus der Arbeitsgruppe „Junge Mitglieder" wurden und werden im Geschäftsführenden Präsidium jetzt weiter beraten und konkretisiert. Weitere Anregungen sind willkommen.

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

Fehlverhalten im Gesundheitswesen – immer nur schwarze Schafe?

Donnerstag, 6. Juni 2013, Logenhaus, AVZ Event, Emser Straße 12-13, 10719 Berlin

Transplantationsskandal, Abrechnungsbetrug, Bestechlichkeit sind einige der Stichworte, mit denen das Gesundheitswesen in jüngster Zeit in die Schlagzeilen geraten ist. Die gemeinsame Selbstverwaltung gerät zunehmend unter Druck und stößt zusehends auch an ihre Grenzen. Das Bundesgesundheitsministerium hat jetzt einen Gesetzentwurf vorgelegt, mit dem ein Straftatbestand zur Bestechung und Bestechlichkeit von Leistungserbringern ins SGB V aufgenommen werden soll. Doch Kritikern gehen die Pläne nicht weit genug.

Aus aktuellem Anlass laden wir Sie daher zu einem GRPG-Gespräch von zwei betroffenen Seiten am 06. Juni 2013 um 18:30 Uhr in Berlin ein. Nach einer wissenschaftlichen Einführung in das Thema sollen die Standpunkte von Seiten der Ärzteschaft und der Krankenkassen dargelegt und diskutiert werden. Ein anschließendes Abendessen im Logenhaus rundet diese Veranstaltung ab.

Moderator

Dr. med. Dierk Heimann, Arzt & Journalist (Deutsche Welle), Mainz

Begrüßung

Biggi Bender, MdB, Mitglied des Präsidiums der GRPG

Einleitung in das Thema

Prof. Dr. Jochen Taupitz, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim

Statements und Diskussion

Die Sicht der Ärzteschaft:

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, Berlin

Die Sicht der Krankenkassen:

Prof. Dr. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes der DAK Gesundheit, Hamburg

Veranstalter

GRPG, Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V.
Widenmayerstraße 29, 80538 München,
Tel. 089/210969-60, Fax 089/210969-99,
eMail: info@grpg.de,
www.grpg.de