

Perspektive Gesundheit.

Thesen und Vorschläge zur aktuellen Gesundheitspolitik

Frankfurt/M 1998

Vorwort

Kranke und Beschäftigte im Gesundheitswesen erleben gegenwärtig eine systematische Zerstörung des solidarischen Charakters der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das seit 1886 geltende Prinzip: „Gesunde helfen Kranken, Starke den Schwachen, Reiche den Armen“ wird in Frage gestellt, es droht eine Barbarisierung der medizinischen Kultur (H.U.Deppe).

Bei diesem Prozeß herrscht eine Meinungsführerschaft der Rechtskonservativen und Neoliberalen. Die Opposition beschränkt sich weitgehend auf Ablehnung dieser Politik, ohne grundsätzliche Alternativen zu bieten.

Die vorgelegten Thesen des VDÄÄ und VDPP sind als grundlegende Gegenposition zur herrschenden Gesundheitspolitik zu verstehen, sollen Parteien, allen Engagierten und Betroffenen in Gesundheits- und Sozialpolitik Anregungen geben, sie vielleicht in die Lage versetzen, wieder die Meinungsführerschaft zu übernehmen und die soziale Gesundheitssicherung zu retten.

Während alle anderen Ärzteverbände ihr konkretes arbeitsplatzspezifisches Interesse sehen und allein dafür kämpfen betrachten wir Ärztinnen und Ärzte uns als gleichberechtigte Partner im Konzert aller mit der Hoffnung auf eine partnerschaftliche Diskussion zu unserem vorgelegten Papier.

Es geht uns dabei um die Korrektur grundsätzlicher und schwerwiegender Mängel im Gesundheitswesen:

- Das Gesundheitswesen ist interessengesteuert. Ärzteschaft, Pharmaindustrie, Geräteindustrie setzen ihre Interessen zu Lasten anderer durch.

Wir wollen ein verantwortungsgesteuertes Gesundheitswesen, in dem die Industrie, aber auch die Interessensverbände wie Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern eine untergeordnete Rolle spielen und regionale Gremien unter Einbeziehung Betroffener und Wissenschaftler definieren und beschließen, welche Gesundheitsziele vorrangig sind.

- Das Gesundheitswesen ist in unzählige Sektoren zerstückelt, von der stationären über die ambulante Versorgung, von der Prävention bis zur Rehabilitation.

Wir wollen eine Globalverantwortung für alle Bereiche von der Prävention bis zur Rehabilitation in einer Hand.

- Das Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch ein Übergewicht Professioneller.

Die emotionale Kompetenz Betroffener in Selbsthilfegruppen wollen wir der professionellen Kompetenz gleichberechtigt an die Seite stellen. Nur so ist eine Entwicklung im Interesse der Kranken möglich.

Selbstkritisch stellen wir fest, daß in der medizinischen Versorgung schwerwiegende Mängel herrschen: diagnostischer und therapeutischer Overkill, der Mangel an Überprüfung von Diagnostik und Therapie auf ihre Wirksamkeit im Sinne einer „evidence based medicine“. Dies zu ändern bedeutet mehr Qualität und damit auch indirekt Senkung der Kosten. Wer sich auf die Qualität stürzt, geht an die Kosten, wer sich auf die Kosten stürzt, senkt die Qualität.

Auf der Einnahmenseite hat die Politik kontinuierlich Gesetze zu Lasten der GKV erlassen. Sie muß heute mit dramatisch geringeren Einnahmen das gleiche wie vor Jahren leisten. Diese Entwicklung wollen wir umkehren und die gesamte Bevölkerung in die GKV einbinden, die Privatversicherung nur noch als Zusatzversicherung bestehen lassen.

Die Thesen sind das Ergebnis einer zweieinhalb Jahre dauernden Diskussion in den unterschiedlichsten Gremien des VDÄÄ und VDPP, in Hamburg, Frankfurt, Leipzig und anderswo, mit Studierenden, Ärzten im Praktikum, Wissenschaftlern, Ärztinnen und Ärzten aus Klinik und Praxis in leitender und abhängiger Position.

Wir begreifen diese Thesen als Fundament eines Hauses, an dem weiter gearbeitet werden muß.

Wir laden alle ein, sich als Mitgestalter zu beteiligen.

Winfried Beck
Vorsitzender des VDÄÄ

1. Abschnitt

Zur sozial- und gesundheitspolitischen Lage

I. Weltweiter sozialer Wandel ohne Chancengleichheit

Der alternativlose „Sieg“ des Kapitalismus über die staatsmonopolistischen Planwirtschaften, die Globalisierung der Märkte ohne entsprechende Globalisierung demokratischer Machtkontrollen, die trotz und wegen technischer Innovationen immer drängender werdenden ökologischen Probleme, die Remilitarisierung zwischen- und innerstaatlicher Konflikte und die damit zusammenhängenden Bevölkerungsbewegungen haben vor dem Hintergrund der bereits bestehenden, skandalös ungerechten Verteilung von Reichtum und Armut, Gesundheit und Krankheit, Macht und Ohnmacht weltweit den sozialen Wandlungsprozeß dramatisch beschleunigt. Die Chancen, ihn in Würde, ohne körperliche Gebrechen oder materielle Not zu bestehen, sind nicht nur in den Ländern des Südens und Ostens, sondern auch in den westlichen Industrienationen sehr ungleich verteilt. Für die Benachteiligten werden sie immer geringer statt größer.

II. Umverteilung von unten nach oben

Statt durch eine auf Ausgleich und gerechte Verteilung bedachte, antizyklische Finanz-, Wirtschafts- und Sozialpolitik gegenzusteuern, hat in Deutschland die Politik der CDU/CSU/FDP-Koalition die Gegensätze noch erheblich zugespitzt und den Weg in die Zweidrittel-Gesellschaft gebahnt. Der Beitritt der DDR zur Bundesrepublik, eine unvergleichliche historische Chance für einen substantiellen Erneuerungs- und Demokratisierungsprozeß, wurde nicht nur leichtfertig verspielt, sondern zum Siegeszug restaurativer, antidemokratischer, unsozialer Tendenzen und lobbyistischer Interessen umgemünzt. Die Koalitionsregierung unter Helmut Kohl setzte eine in der Geschichte der Bundesrepublik beispiellose Umverteilung von unten nach oben durch, mit deren Hilfe die Unternehmen bereits sovieler Lasten auf die privaten Haushalte abwälzen konnten, daß Deutschland bei der Sozialleistungsquote (Sozialleistungen gemessen am Bruttoinlandsprodukt) inzwischen den zweitniedrigsten Rang in Europa (vor Italien) einnimmt. Während die (unbereinigte) Bruttolohnquote, also der Anteil der Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit am Volkseinkommen, seit 1980 um ca. 8% gefallen ist, nimmt die Gewinnquote (Bruttoeinkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen) sogar überproportional zu; sie hat sich im selben Zeitraum fast verdoppelt.

Nicht nur in Menschenrechtsfragen wurde Hand an die Verfassung (Aushöhlung von Grundrechten, z.B. durch die faktische Abschaffung des Asylrechts und den „Großen Lauschangriff“) gelegt; man ist auch dabei, im Verbund mit neoliberalen Marktfundamentalisten sowie rechtskonservativen und sozialdarwinistisch orientierten Strömungen in Politik und Wirtschaft den Kernbestand des Sozialstaats, die ihm zugrunde liegenden Verfassungsprinzipien und damit den Charakter der Republik als soziale Marktwirtschaft zur Disposition zu stellen. Die politische Opposition ist gespalten,

findet nur selten die Kraft zum Widerstand oder beteiligt sich gar opportunistisch an dieser Politik.

III. Eigentum verpflichtet?!

Von den Folgen besonders betroffen sind Frauen, Kinder und Jugendliche, größere Familien, Arbeitslose und gering Beschäftigte, Menschen mit eingeschränkter physischer und psychischer Leistungsfähigkeit (vor allem Behinderte und ältere Menschen), chronisch Kranke, Einwanderer und Flüchtlinge. Während die Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen weiter wachsen, gefährdet die Politik der Reichen und Gesunden gegen Arme und Kranke, zur Zeit am deutlichsten sichtbar im „shareholder-value“-Konzept, nicht nur die Funktionstüchtigkeit der Sozialsysteme, sondern für immer mehr Menschen bereits die Sicherung des schieren Existenzminimums. Gerade die sogenannten „Starken“ haben sich jedoch ihrem Leistungsvermögen entsprechend an den Gemeinkosten unserer Gesellschaft zu beteiligen. Wird dieser Grundsatz – wie momentan erlebbar – immer weiter ausgehöhlt und schließlich aufgegeben, ist nicht nur ein Mindestmaß an Verteilungsgerechtigkeit ernsthaft gefährdet; auch einer gleichberechtigten Partizipation und Mitbestimmung aller gesellschaftlichen Schichten wird der Boden entzogen. Auf dem Spiel steht dadurch nicht nur die Legitimation der sozialen Marktwirtschaft, sondern auch die der Politik und der Demokratie an sich. Nicht zuletzt im Blick auf den international erstarrenden Rechtsradikalismus lauert hier eine große Gefahr für die politische Kultur nicht nur in Deutschland und Europa.

IV. Sozialdarwinismus auch im Gesundheitswesen

Die Gesundheitspolitik ist ein Spiegel der gesellschaftlichen Machtverhältnisse. Unter irreführenden Schlagworten und Parolen wie „Kostenexplosion“, „Wettbewerb“, „weniger Staat“, „Umbau“, Gesundheits-„Reform“ oder „Stärkung der Eigenverantwortung“ werden die Versicherten zugunsten der Einkommens- und Profitinteressen bestimmter Anbieter immer stärker belastet und wird eine Zwei-Klassen-Medizin vorbereitet. Längst überfällige Veränderungen bleiben auf der Strecke. Die Folge ist, daß sich die Probleme weiter verschärfen und das System in in eine scheinbar ausweglose Lage gerät. Eben diese bietet vor allem neoliberalen Strömungen den langersehnten Anlaß, bislang als unantastbar geltende Elemente des Sozialstaats, z.B. die solidarische, von den Arbeitgebern mitgetragene Absicherung des Krankheits- und Invaliditätsrisikos sukzessive in Frage zu stellen und Stück für Stück abzuschaffen, oft begleitet von zynischen Versprechungen des Gegenteils. Akute Gefahr droht gar allen Menschen, die durch Unfall, Krankheit oder Behinderung ihren Lebenswillen nicht hinreichend artikulieren können (z.B. Wachkomapatienten, nicht einwilligungsfähige Patienten und Patientinnen). Den historischen Erfahrungen mit einer Medizin ohne Menschlichkeit zum Trotz wird europaweit immer offener die Forderung geäußert, sie der „Euthanasie“ preisgeben, sprich: sie töten zu dürfen. Statt die Rechte der Patientinnen und Patienten zu stärken, kostenträchtige Qualitätsdefizite zu beseitigen, überkommene Strukturen abzuschaffen oder immer schon ungerechte, längst überholte Privilegien der Anbieter in Frage zu stellen und die immensen Rationalisierungsreserven des Systems zu mobilisieren, werden unter Verunglimpfung und auf dem Rücken der Bedürftigsten und Wehrlosesten nicht nur humanitäre Grundsätze ausge-

höhlt, sondern wird auch eines der seit über hundert Jahren erfolgreichsten und qualitativ besten Gesundheitssysteme der Welt langsam aber stetig zugrunde gerichtet.

V. *Selbstbestimmung statt Regression*

Jeder Mensch hat ein Recht auf eine adäquate Gesundheitsversorgung. Eine an humanitären Prinzipien ausgerichtete Sozial- und Gesundheitspolitik sollte Rahmenbedingungen und Lebensverhältnisse schaffen helfen, die der Selbstbestimmung des Einzelnen dienen, Mitgestaltungsmöglichkeiten öffnen, Gesundheit fördern und die natürlichen Lebensgrundlagen schonen. Sie sollte dafür sorgen, daß die Lasten und Risiken des Lebens solidarisch auf möglichst viele Schultern – vor allem die tragfähigen – verteilt werden, daß Unterversorgung und Risikoselektion keine Chance haben. Massenarbeitslosigkeit, die Entkoppelung von Konjunktur und Beschäftigung, wachsende Armut und Obdachlosigkeit in einem für Nachkriegsdeutschland beispiellosen Ausmaß stellen besonders hohe Ansprüche an die gerechte Verteilung der Lasten und damit an die Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme. Das Gesundheitssystem soll jedem Menschen eine umfassende Absicherung des Krankheits- und Invaliditätsrisikos unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, sexueller Orientierung, Einkommen und sozialem Status garantieren. „Eigenverantwortung“ – im wohlverstandenen Sinne – ist dabei ein Teil der Autonomie, Individuation und Persönlichkeitsentfaltung der Menschen, „Subsidiarität“ Ausdruck der Solidarität, wenn das soziale Umfeld überfordert ist.

VI. *Gesundheit ist eine öffentliche Aufgabe*

Die Gesundheitsförderung, der Schutz und die Wiederherstellung der Gesundheit sind öffentliche Aufgaben. Obwohl „öffentlich“ nicht notwendigerweise „staatlich“ bedeutet, ist der Schutz der gesundheitlichen Interessen des Einzelnen und dadurch der Allgemeinheit eine der Hauptaufgaben des Staates und seiner Organe. Die dazugehörige Versorgung der Bevölkerung sollte grundsätzlich vom Staat sichergestellt und gewährleistet werden. Sofern er die damit zusammenhängenden Aufgaben nicht selbst wahrnimmt (z.B. mittels Universitätskliniken, Justizvollzugskrankenhäusern oder dem Öffentlichen Gesundheitsdienst), delegiert er sie auf gesetzlicher Grundlage an nachgeordnete Träger und Leistungserbringer, z.B. öffentliche (kommunale) Krankenhäuser, frei-gemeinnützige und private Einrichtungen sowie an freiberuflich Tätige (z.B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte). Das Morbiditätsrisiko sollten dabei alle an der Gesundheitsversorgung Beteiligten gemeinsam, letztendlich jedoch die gesamte Gesellschaft tragen.

VII. *Der Auftrag der „health professionals“*

Alle im Gesundheitswesen Tätigen sind Treuhänder der Interessen der bei ihnen Hilfe Suchenden. Sie sind dem Wohl des Individuums und dadurch – mittelbar – auch dem Wohl der Allgemeinheit verpflichtet und haben den Auftrag, nach bestem Wissen und Gewissen gesundheitliche Schäden zu verhindern, zu lindern und gesundheitsfördernde Verhältnisse schaffen zu helfen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn auch das System selbst, die Strukturen, Institutionen, Anreize und Sanktionen diesen Auftrag immanent befördern statt ihn zu kompromittieren und seine Erfüllung dem

Altruismus und der Zivilcourage all derjenigen überlassen, die noch nicht verzweifelt, ausgebrannt, fatalistisch oder zynisch vor den Zumutungen der auch im Gesundheitswesen grassierenden Doppelmoral kapituliert haben.

2. Abschnitt

Patientenrechte und Ethik, Qualität und Patientenschutz im Gesundheitswesen

I. Patientenrechte und Ethik

Eine Ethik in der Medizin adäquat zu diskutieren heißt, sich die Verantwortung vor allem der Ärzte für Theorien, Konzepte und Modelle der Medizin bewußt zu machen. VDÄÄ und VDPP beobachten mit großer Sorge, wie die beziehungsweise wissenschaftlichen Grundlagen ärztlicher Tätigkeit an den Rand gedrängt, auf eine „Biomedizin“ verengt und philosophisch durch die sogenannte „Bioethik“ legitimiert werden. So läßt sich utilitaristisch, oft auch ökonomisch motiviert das Lebens- und Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf körperliche Unversehrtheit vor allem in den Grenzgebieten der Medizin (z.B. in der Pränatalmedizin, bei Organtransplantationen oder bei Sterbenden), bei der Prävention ansteckender Erkrankungen (z.B. in der immer wieder aufflammenden Diskussion um die namentliche Meldepflicht bei HIV-Infektionen und um Zwangstests) sowie in der Militärmedizin immer gezielter in Frage stellen.

Es verstärken sich derzeit wieder althergebrachte Tendenzen zur Indienstnahme medizinischen Sachverstands für medizinfremde, oft gegen die Interessen des Individuums gerichtete Zwecke (z.B. bei der sozialmedizinischen Begutachtung, bei der Behandlung von Flüchtlingen und Einwanderern oder bei der militärmedizinischen Forschung oder der Absicherung von Kampfeinsätzen der Bundeswehr jenseits des Verteidigungsauftrags). Vor allem Ärzte und Pflegekräfte sehen sich immer häufiger dem Dilemma ausgesetzt, als Diener zweier Herren gefordert zu sein: als Individuen ihrem professionellen Ethos („Anwalt des Patienten“), als Teil einer Organisation der ökonomischen Rationalität („managed care“). Es zeichnet sich eine Entwicklung ab, wo die im System, in den Strukturen, Institutionen, ökonomischen Anreizen und Sanktionen „geronnenen“ moralischen Entscheidungen immer häufiger die gebotene Loyalität mit den Hilfesuchenden kompromittieren statt sie zu befördern (Hagen Kühn). Sie wird von vielen „Helfern“ inzwischen als konfliktträchtig erlebt und erfordert zunehmend persönlichen Mut, Risikobereitschaft, Zivilcourage und die Bereitschaft, ggfs. persönliche Nachteile in Kauf zu nehmen. Dies ist auf Dauer nicht zumutbar und wird verschärft durch die strukturelle Ungleichheit zwischen „Experten“ und Patienten einerseits, arbeitgebendem „System“ und arbeitnehmenden „Helfern“ andererseits.

Besonders alarmierend sind momentan die international sichtbaren Bestrebungen zur Aushöhlung der Grundrechte von nicht-einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten. Augenfällig ist hier das ethische Dumping in der „bio“-medizinischen Forschung am Menschen („Biomedizin“-Konvention des Europarats) und die gegenwärtige „Euthanasie“-Debatte, in der immer offener z.B. Wachkomapatienten das Lebensrecht streitig gemacht und die Freigabe ihrer Tötung gefordert wird. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, der sog. „Wettbewerb“ und die Finanzierungskrise verstärken diese Tendenzen.

Eine humane und gerechte Medizin ist jedoch ohne Reflexion ihrer beziehungsweise wissenschaftlichen Voraussetzungen, ohne ein Festhalten an ethischen Grundprinzipien

als Grundlage allen Tuns und Unterlassens nicht möglich; kein noch so nobler Zweck darf die Mittel heiligen. „Human“ bzw. „ethisch“ heißt dabei im Sinne der Erklärung der Menschenrechte bzw. Art. 1 des Grundgesetzes vor allem:

- Vereinbarkeit mit den Grundsätzen „nil nisi bene“ („nichts, wenn es dem Patienten nicht nützt“) und „nil nocere“ („dem Patienten nicht schaden“);
- individuelle, soziale und ökologische Verträglichkeit;
- rechtliche Vertretbarkeit;
- gerechte Verteilung der Ansprüche und Lasten (solidarische Risikoabsicherung, keine Rationierung nach ethnischen, sozialen, demographischen oder ökonomischen Kriterien).

„Human“ heißt auch, an einer „Beziehungsmedizin“ (Klaus Dörner) von Subjekt zu Subjekt festzuhalten, sie zu stärken und die Tradition der Subjekt-Objekt-Verhältnisse, eine der wesentlichen Voraussetzungen einer „Medizin ohne Menschlichkeit“ und der sog. „Biomedizin“, zu überwinden. Dienstleistungen im Gesundheitswesen, vor allem Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit, müssen anhand dieser Kriterien jederzeit legitimierbar sein.

Dies gewinnt besondere Brisanz bei der Beurteilung neuer, auf breiter Basis noch nicht hinreichend abgesicherter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei Therapieversuchen, bei der Anwendung bekannter Verfahren mit neuen Indikationen und ganz besonders beim medizinischen Handeln oder Unterlassen in den Grenzbereichen am Anfang und Ende des Lebens. Insbesondere bei der Forschung am Menschen müssen die in Nürnberg 1947 festgelegten und später ausgereiften Kriterien eingehalten werden: Ist die Teilnahme freiwillig? Liegt ein „informed consent“ vor? Wurden mögliche Schädigungen der Versuchspersonen minimiert? Haben die Teilnehmenden einen Nutzen davon? Profitieren andere oder die Wissenschaft? Ist die Entscheidungsfreiheit ohne Einschränkungen gewährleistet? Sind die beabsichtigten Forschungsergebnisse hinreichend relevant?

II. Gewährleistung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität

Wer auch immer als „Helfer“ Hand an andere Menschen legt, war von jeher zu Humanität und Qualität der Behandlung verpflichtet. Qualitätsdefizite hingegen sind z.B. Ungleichbehandlungen (z.B. in Abhängigkeit vom Versichertenstatus oder aufgrund des Asylbewerberleistungsgesetzes), Mißachtung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten, Datenschutz als „Tatenschutz“, überflüssige Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit, unnötige Komplikationen oder gar irreversible Schädigungen, Menschenrechtsverletzungen (bei Flüchtlingen z.T. mit Todesfolge) oder Betrügereien („Herzklappenskandal“, Pharma-„Sponsoring“, Abrechnungsbetrug usw.).

Die Gewährleistung ethischer Grundprinzipien im o.g. Sinne kann nur gelingen, wenn die Qualität gesundheitsbezogener Dienstleistungen kontinuierlich und professionell beobachtet und geprüft wird und wenn aus den Erkenntnissen Schlußfolgerungen gezogen werden. Doch was ist „Qualität“? „Qualität“ ist dem inzwischen in mehr als 70 Ländern der Welt anerkannten Stand der Qualitätslehre entsprechend „die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen“ (DIN EN ISO-Norm 8402, „Qualitätsmanagement und Quali-

tätssicherung“). Diese Definition beschreibt die „Qualitätsfähigkeit“ eines Systems. Sie bezieht sich vor allem auf die Kategorien „Struktur-“ und „Prozeßqualität“, wobei letztere im Vordergrund steht, da sie auf die Ergebnisse den stärksten Einfluß hat.

„Qualität“ – nicht nur im Gesundheitswesen – bezieht sich darüber hinaus auf die Kategorie „Ergebnisqualität“. Hier ist die zentrale Frage, ob und wie die Qualitätsfähigkeit, die „Eignung“ zum Tragen kommt, d.h. ob und inwieweit die „Erfordernisse“ tatsächlich erfüllt werden. Diese „Erfordernisse“ bzw. Qualitätsforderungen waren immer schon in normativen Vorgaben kodifiziert. Eine der ältesten ist der Hippokratische Eid. Er wurde 1947 ergänzt durch den „Nürnberger Code“, der die Erkenntnisse und Schlußfolgerungen angesichts einer „Medizin ohne Menschlichkeit“ mit einbezieht.

Darüber hinaus findet sich eine Vielzahl unterschiedlicher, vielfach gesetzlicher Normen, Richtlinien und Programme. Genannt seien u.a.: mit weltweitem Geltungsanspruch das WHO-Programm „Gesundheit 2000“, die Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung, die WHO-Principles of the Rights of Patients in Europe, der International Code of Medical Ethics des Weltärztebundes (WMA) sowie die Deklaration von Helsinki (WMA); mit Geltungsanspruch auf EU-Ebene die Guidelines for Good Manufacturing Practice (GMP), Good Laboratory Practice (GLP) sowie Good Clinical Practice (GCP); mit Geltung auf Bundesebene die deutsche Gesundheitsgesetzgebung, vor allem das Sozialgesetzbuch V, sowie die derzeit in Deutschland vor allem durch Richterrecht definierten Patientenrechte bzw. Pflichten der Leistungserbringer.

Die Einhaltung und Kontrolle all dieser Erfordernisse, die Qualität also kostet Geld. „Fehler“ jedoch verursachen weitere, unnötige Mehrkosten, verteuern die Versorgung und führen zur Unwirtschaftlichkeit. Wer Qualitätsprobleme in den Griff bekommt, senkt die Kosten; wer nur spart, senkt die Qualität. Statt dumpfer „Kostendämpfungspolitik“ gilt es also, vermeidbare Qualitätsdefizite zu verhindern und zu beheben, eine gleichbleibend hohe Qualität zu gewährleisten sowie Qualitätsbeurteilung und -verbesserung kontinuierlich und systematisch zu betreiben. Nicht nur die Ethik im Sinne des Nürnberger Code verpflichtet uns dazu; Qualitätsmanagement ist der entscheidende Beitrag zur Mobilisierung der Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen. Und es befördert objektivierte Erkenntnisse über die Ergebnisqualität der Versorgung. Qualitätsmanagement unterstützt damit die Entscheidungsfindung der Hilfesuchenden. Sie setzt nämlich Wissen und Aufklärung über die Versorgungsqualität voraus. Das heißt nicht, eine Ausweitung der interessengeleiteten Anbieterwerbung oder dubiose „Hitlisten“ („die besten Ärzte Deutschlands“) zu propagieren. Patientinnen und Patienten auf der Suche nach geeigneten Hilfsangeboten müssen sich durch unabhängige Beratung mit objektiven Informationen qualitätsbezogen orientieren können. Damit soll nicht das „Qualitätsrisiko“ auf sie abgewälzt werden; jede und jeder muß sich darauf verlassen können, optimal behandelt zu werden, egal an welchen Teil des Gesundheitssystems er oder sie sich wendet.

III. Patientenschutz

Noch schwieriger ist die Situation für die Verbraucher gesundheitsbezogener Dienstleistungen, wenn Versorgungsmängel und Behandlungsfehler offenbar werden und die Geschädigten versuchen, zu ihrem Recht zu kommen.

Gründe dafür sind u.a.:

- ihre Rechtsstellung gegenüber den Anbietern von Gesundheitsleistungen ist vielfach unzureichend; z.B. ist die Produkthaftung bei Medizinprodukteherstellern nicht genügend realisiert; die Beweislast liegt bei den potentiell oder tatsächlich Geschädigten;
- die Möglichkeiten zur Sanktionierung bei Fehlbehandlungen (z.B. durch Entzug der Zulassung oder Approbation) greifen nicht;
- die Krankenkassen sind zu einer Unterstützung ihrer Versicherten bei Behandlungsfehlern bisher nicht verpflichtet;
- die Kostenträger machen trotz der vorhandenen Möglichkeiten zu selten Regreßansprüche gegenüber Leistungserbringern und Herstellern geltend;
- die bei den Ärztekammern angesiedelten Schlichtungsstellen sind anbieterdominiert und somit keine durch Unabhängigkeit glaubwürdigen Treuhänder der Patienteninteressen;
- unabhängige Beratungs- und Vertretungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten (z.B. durch Verbraucherzentralen oder Patientenbeauftragte) sind seltene Ausnahmeerscheinungen.

VDÄÄ und VDPP schlagen daher vor:

- **Gleichberechtigte Beteiligung und Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten**

Oft wird behauptet, die Anbieter im Gesundheitswesen, allen voran Ärztinnen und Ärzte seien die besten Anwälte ihrer Patientinnen und Patienten. Dies ist ein paternalistischer Irrtum. Die derzeitige Versorgung tendiert vor allem aus wirtschaftlichen Gründen dazu, Abhängigkeiten und Regressionstendenzen zu stärken statt Selbstbestimmung zu fördern. Die Versicherten bzw. Verbraucher sollten Möglichkeiten erhalten, ihre Interessen selbst bzw. über Ombudspersonen zu vertreten. Zwar sind alle im Gesundheitswesen Tätigen an ethische, rechtliche und fachliche Vorgaben gebunden, dennoch können die Interessen von Anbietern und Klienten nicht überall deckungsgleich sein. Es geht darum, die Divergenz der Interessen zu akzeptieren und sie offenzulegen, sich über sie zu verständigen und in partnerschaftlicher Weise, auf vertraglicher Grundlage ein konstruktives Behandlungs- und Arbeitsbündnis unter Einbeziehung des sozialen Umfelds zu schaffen. In einer säkularen, demokratischen und pluralistischen Gesellschaft sollte „Empowerment“ im Sinne der Ottawa-Charta der WHO, die Stärkung der Selbstbestimmung und der Gestaltungsmöglichkeiten des Einzelnen, seines Umfeldes und der Gesellschaft als ganzer das entscheidende Kriterium für die Beziehung zwischen Helfenden und Hilfesuchenden werden. Statt „Eigenverantwortung“ gleichzusetzen mit Privatisierung von Lebensrisiken, fordern wir für Patientinnen und Patienten neue Formen der Beteiligung und Mitbestimmung, z.B. bei der Qualitätsbeurteilung der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen, bei der Steuerung des Gesundheitswesens (z.B. Aufnahme von Patientenvertretern in den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, in die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen, die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, die „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin“ bei der Bundesärztekammer, die bestehenden Ethik-Kommissionen, in den Ethik-Beirat des Bundesgesundheitsministers oder in die Zentrale Ethik-

Kommission der Bundesärztekammer) und bei der Ahndung von Verstößen, z.B. durch die Berufung medizinischer „Laien“ in die (noch bestehenden) Berufsgerichte nach dem Schöffenprinzip.

- **Patientenschutzgesetzgebung, Aufbau einer unabhängigen Patientenberatung und -vertretung**

Es sollte u.a. zusammenfassende Regelungen der Patientenrechte, vor allem zum Schutz nicht-einwilligungsfähiger Patienten geben; sinnvoll wären hauptamtliche, qualifizierte Patientenvertrauenspersonen in größeren Gesundheitseinrichtungen als Teil des Qualitätsmanagements („Stufe 1“), die Einrichtung von unabhängigen Patientenbeauftragten auf kommunaler und Landesebene (Wiener Modell, „Stufe 2“) mit bedarfsgerecht ausgebautem Beratungsangebot und einer anbieterunabhängigen Schlichtungsstelle als Alternative zu den Schlichtungsstellen der Ärztekammern („Stufe 3“). Grundlage sollte eine auf ministerieller Ebene (Bund und Länder) verabschiedete Patientencharta sein, deren konkrete Umsetzung ein Artikelgesetz auf Bundesebene.

- **Neuer Umgang mit Behandlungsfehlern, umfassendes Beschwerdemanagement**

- **Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei Behandlungsfehlern durch die Krankenkassen**

Die Versicherten – unabhängig davon, ob privat oder gesetzlich versichert – sollten ein gesetzlich verbrieftes Recht erhalten, bei Verdacht auf Behandlungsfehler eine (Rechts-)Beratung ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen zu können. Dies würde den Kassen – sozusagen „nebenbei“ – wichtige Hinweise auf Versorgungsdefizite und Kontrollbedarfe geben. Zur Zeit zahlen die Krankenkassen (auch die privaten) oft selbst dort noch, wo nachweislich überflüssige, unvollständige oder sogar fehlerhafte Behandlungen vorliegen. Die Kostenträger, auch die Beihilfestellen, sollten gesetzlich verpflichtet werden, Anbieter von Gesundheitsleistungen und Medizinprodukten für Fehler, Mängel und gesundheitsschädigende Folgen ihrer Behandlungen oder Produkte in Regreß zu nehmen. Als Voraussetzung wären entsprechende Gewährleistungsklauseln in den bestehenden Gesamtverträgen oder eigene Gewährleistungsverträge, z.B. mit Zahnärzten sinnvoll.

- **Einführung einer verschuldensunabhängigen Schadenshaftung**

Bei medizinischen Behandlungsfehlern sollten Entschädigungen – ähnlich wie in der Unfallversicherung – unabhängig von der Haftung in zivil- oder strafrechtlicher Hinsicht geleistet werden können (z.B. Schmerzensgeld oder Rente). Das Behandlungsfehlerrisiko wiederum sollte auf möglichst viele Schultern verteilt werden, um ausreichend hohe Deckungssummen gewährleisten zu können. Bei kollektiver Schadenshaftung wäre es einem Verursacher z.B. möglich, einen Fehler offen einzuräumen und sogar anzuzeigen. Derzeit ginge damit in der Regel der Versicherungsschutz verloren, da Haftpflichtversicherer bei Selbstbeziehung meist nicht zahlen. Vorbild können die skandinavischen Länder sein, wo eine verschuldensunabhängige Schadensregulierung seit Jahren mit Erfolg praktiziert wird.

- **Mitteilungsrecht bei Verdacht auf Behandlungsfehler**

Die im Gesundheitswesen Tätigen haben oft nicht den Mut, einen Behandlungsfehlerverdacht den zuständigen Stellen zu melden. Zu tief sitzt die Angst vor einer Verletzung des Kollegialitätsgebotes oder vor anderen persönlichen Nachteilen. Alle Medizin-„Skandale“ der Vergangenheit zeigen, daß viele der im Umfeld Tätigen die Probleme längst erkannt hatten, darüber jedoch nicht zu reden wagten. Ein früheres Durchbrechen des Schweigekartells hätte vielen Patientinnen und Patienten Gesundheit und Leben retten können. Es sollte daher ein gesetzlich und in den Berufsordnungen verankertes Recht geben, bei begründetem Verdacht auf Verstöße gegen die Bestimmungen der Sorgfaltspflicht bzw. der Heilberufs- und Ärztegesetze diese anzuzeigen, wenn vor Ort keine Abhilfe geschaffen werden kann.

- **Verbesserte Sanktionsmöglichkeiten bei Behandlungsfehlern**

Die bisherigen Regelungen zum Entzug bzw. zum Ruhen der Approbation oder Zulassung sollten um die Tatbestände einer Verletzung der Berufspflichten laut Berufsordnung sowie die Tatbestände der unerlaubten Handlung (§ 825 BGB) und der positiven Vertragsverletzung (§ 276 BGB) ergänzt werden.

- **Erfassung von Behandlungsfehlerprozessen und gerichtlichen Entscheidungen**

Schadensersatzforderungen und Behandlungsfehlerprozesse sowie gerichtliche Entscheidungen sollten in Zusammenarbeit mit den Haftpflichtversicherern bundesweit und anonymisiert an neutraler Stelle zentral erfaßt werden (z.B. bei den Statistischen Landesämtern). So könnten die Schadensentwicklung, tatsächlich anfallende Fehlerkosten, Einsparpotentiale und Handlungsfelder für Qualitätspolitik und -management besser erkannt werden. Es würde vermutlich auch einer Entlastung der Gerichte bzw. Fachsenate dienen, die sich leichter vernetzen und abstimmen könnten.

- **Unabhängige, repräsentativ zusammengesetzte Ethikkommissionen**

Die Bezeichnung „Ethik-Kommission“ für die derzeit meist bei den Ärztekammern angesiedelten Gremien ist irreführend. Es handelt sich vielmehr um von Ärzten und Juristen dominierte, im Arzneimittel- und Medizinproduktegesetz verankerte Beratungsinstanzen für die Durchführung klinischer Prüfungen am Menschen. Sie haben nach ethischen Kriterien eine Rechtsgüterabwägung vorzunehmen, d.h. „Kosten“ (vor allem immaterielle) und Nutzen zu bilanzieren. Der Zuständigkeitsbereich dieser Gremien sollte zumindest auf risikoreiche Therapieversuche und alle klinischen Forschungsvorhaben am Menschen ausgedehnt werden, um die empfohlene und bereits übliche Berücksichtigung der Deklaration von Helsinki sowie der entsprechenden EU-Richtlinien bei allen Vorhaben einklagbar zu machen. Dies muß generell auch für neue Computersoftware gelten (z.B. das Programm „Riad“ in der Intensivmedizin, das laut Gesetz nicht als Medizinprodukt gilt).

Noch wichtiger wäre jedoch die Schaffung institutionell unabhängiger, demokratisch legitimierter Ethikkommissionen. Sie sollten sich repräsentativ aus Vertreterinnen und Vertretern verschiedenster Berufsgruppen und Bevölkerungsschichten

zusammensetzen und von Landes- oder Kommunalparlamenten gewählt werden. Die bisherigen, landesrechtlich verankerten „Ethikkommissionen“ würden in diesem Falle als deren Fachausschüsse für klinische Prüfungen weiterarbeiten. Die neuartige Ethikkommission selbst sollte auch den Rahmen des ethisch Zulässigen diskutieren und für ihren Zuständigkeitsbereich verbindlich festlegen können. In jedem Fall sollten Vertreter der Patientenseite, z.B. Selbsthilfegruppen, nicht nur dauerhaft Mitglied dieser Kommissionen und ggfs. ihrer Ausschüsse sein, sondern je nach Studie und Krankheitsbild gezielt hinzugezogen werden müssen. Die Voten zu konkreten Forschungsprojekten am Menschen sollten zwar weiterhin nur beratenden Charakter haben, um die Durchführenden nicht aus ihrer Verantwortung zu entlassen; die Voten sollten jedoch veröffentlicht und den jeweiligen Versuchspersonen im Rahmen des Aufklärungsgesprächs mitgeteilt und erläutert werden.

- **Verstärkte Förderung von Selbsthilfegruppen**

Die stützende und beratende Funktion von Selbsthilfegruppen und deren Kontaktstellen ist für die Betroffenen eine inzwischen unverzichtbare Hilfe und als Baustein für gesundheitserhaltende und -verbessernde Lebensweisen unerlässlich. Dieses Netz sollte durch die Entwicklung eines einheitlichen, transparenten und qualitätsbezogenen Förderungssystems in Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen gefestigt, ausgebaut und gemeinsam von der GKV, anderen Sozialleistungsträgern sowie den Ländern und Kommunen ausreichend finanziert werden.

- **Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagement (UQM)**

Unter „Qualitätsmanagement“ versteht man alle Tätigkeiten im Rahmen des Gesamtmanagement einer Organisation, die die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen. Qualitätsmanagement dient der kontinuierlichen Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Richtung der ethisch, rechtlich und fachlich festgelegten Anforderungen. Für Qualitätsmanagement sind alle Ausführungsebenen verantwortlich, es muß jedoch von der jeweils obersten Leitung vorgelebt und gesteuert werden. Es gilt, das Qualitätsniveau auf der Basis einer patienten- und mitarbeiterorientierten Qualitätsbeurteilung kontinuierlich zu beobachten und zu verbessern. Qualitätsmanagement soll vermeidbare Schäden nicht nur bei Patientinnen und Patienten, sondern auch bei den im Gesundheitswesen Tätigen verhindern, die durch Mängel der Versorgung oder ihrer Organisation entstehen können. Es dient der Vertrauensbildung und Akzeptanz bei den internen und externen „Kunden“ und damit auch einer Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit. Werden Fehlerkosten durch Qualitätsmanagement vermieden oder reduziert, lassen sich dadurch Rationalisierungsreserven mobilisieren und die Wirtschaftlichkeit erhöhen.

Etwa zwei Drittel aller regulierungsbedürftigen Behandlungsfehler und Schadensfälle gehen nach Analysen der Haftpflichtversicherer von Krankenträgern auf (vermeidbare) Organisationsmängel zurück. Die Anbieter im Gesundheitswesen, vor allem stationäre Einrichtungen, sollten daher gesetzlich verpflichtet werden, ein patientenorientiertes, umfassendes Qualitäts- und Risikomanagement (UQM) einzuführen und auszubauen. Dazu gehört z.B. eine verbands- und institutionenübergreifende, von den Körperschaften und Organen der Selbstverwaltung getragene Qualitätspolitik, eine Orientierung an international anerkannten Konzepten (z.B. die DIN EN ISO Normen und die Konzepte der European Foundation for Quality Management [EFQM]), die Bereitstellung der notwendigen Investitionsressourcen, die Auf-

nahme des Themas in die Aus-, Weiter- und Fortbildung, eine qualitäts- und kostenbezogene Abbildung und Dokumentation des Leistungsgeschehens, eine regelmäßige Qualitätsdarlegung und -prüfung (Audits – z.B. im Rahmen der Krankenhausaufsicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) sowie eine mitarbeiterzentrierte Organisationsentwicklung mit modernem Rechnungswesen, Kosten- und Leistungsrechnung und einem professionellen Controlling.

- **Qualitätsbezogene Dokumentation statt Datenhuberei**

Wer nicht weiß, was er tut oder mit fehlerhaften Daten arbeitet, kann weder steuern noch Qualität gewährleisten. Die Dokumentation des Leistungsgeschehens in der Medizin, der Datentransfer zu den Kostenträgern, der Umfang der Diagnoseverschlüsselungen einschließlich der Plausibilitäts- bzw. Validitätskontrollen sollten neu konzipiert und vernetzt werden.

Dies beinhaltet vor allem

- eine Klärung der Ziele für die verschiedenen Versorgungsbereiche;
- eine Bestandsaufnahme vorhandener Methoden und Techniken;
- den Entwurf eines mit der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder kompatiblen, qualitäts- und kostenbezogenen Dokumentationsmodells unter Wahrung des Datenschutzes sowie
- die wissenschaftlich fundierte Festlegung geeigneter Qualitätsindikatoren, Referenzbereiche und Kriterien für die Gewichtung und Bewertung der Erkenntnisse.

- **Qualitätssicherung durch mehr Obduktionen**

Die Obduktion ist eine der ältesten und effektivsten Maßnahmen zur Qualitätsprüfung, vor allem nach Krankenhausbehandlungen. Sie müßte bei Todesfällen in stationären Einrichtungen die Regel sein (sofern kein Widerspruch des Patienten vorliegt), sowie bei unklarer Todesursache zur Pflicht werden. Damit könnte u.a. auch die Dunkelziffer unerkannter Tötungsdelikte erheblich gesenkt werden, was hinsichtlich der „Euthanasie“-Debatte zunehmend an Brisanz gewinnen dürfte. In Deutschland ist die Obduktionshäufigkeit weit geringer als in vergleichbaren Nachbarländern, nicht zuletzt aufgrund einer mangelnden Berücksichtigung der Kosten bei der Festsetzung von Fallpauschalen und Sonderentgelten. Für die eventuelle Entnahme von Leichenteilen (Hirnhäute, Corneae usw.) muß die Einwilligung der Patienten und Patientinnen vorliegen.

- **Lebenslanges Lernen und kritische Selbstreflexion**

Bei vielen Beschäftigten im Gesundheitswesen sind oft noch Vorbehalte gegenüber einer systematischen, kritischen (Selbst-)Reflexion und Evaluation ihrer Dienstleistungen in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre festzustellen. Gerade deshalb sollten qualitätssichernde Kommunikationsformen wie Qualitätszirkel, Balint-Gruppen oder Angebote der Supervision strukturell in viel stärkerem Umfang gefördert werden. Die Kosten dafür müssen als Betriebs- bzw. Qualitätssicherungskosten anerkannt werden. Da sie das persönliche, soziale und psychische Einfühlungsvermögen stärken, die oftmals vorhandene Isolierung als Individuum oder Berufsgruppe überwinden helfen und dazu beitragen können, starke Belastungen bes-

ser zu verkraften, sind sie auch ein wichtiges Element der Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen.

- **Grundlegende Reform der ärztlichen Ausbildung**

Das derzeitige Medizinstudium entspricht schon lange nicht mehr den aktuellen Anforderungen an die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten von Ärztinnen und Ärzten, weder inhaltlich noch methodisch. Viele Qualitätsdefizite der Versorgung einschließlich unnötiger Kosten lassen sich auf schwerwiegende Mängel in der Ausbildung zurückführen. Dringend erforderlich wären vor allem

- die Stärkung der universitären Autonomie mit großzügigen Experimentierregelungen für Modellstudiengänge;
- die Verbesserung der Studienbedingungen und -qualität mit den vorhandenen Studentenzahlen;
- keine Ausrichtung der Zulassungszahlen an den Bedürfnissen des Arbeitsmarktes;
- die Abschaffung des „Arzt im Praktikum“ (AiP);
- die Entrümpelung und Aktualisierung des Stoffkatalogs;
- eine grundlegende Reform der Prüfungsmethoden (bisher: MC-Verfahren des IMPP);
- die durchgehende Vermittlung allgemeinmedizinischer Kenntnisse und Fähigkeiten, vor allem psychosoziale Kompetenz;
- die Einführung problemorientierter, praxisbezogener, fächerübergreifender Lehr- und Lernformen mit Patientenkontakt vom ersten Tag des Studiums an;
- der Einbezug außeruniversitärer Einrichtungen und Praxen in die Ausbildung;
- mehr Transparenz durch Trennung der Budgets „Forschung“ und „Lehre“;
- die kontinuierliche Evaluation der Lehre sowie
- die Zuteilung von Dritt- und Forschungsmitteln analog zur erfolgreichen Erfüllung der Lehrverpflichtung.

- **Behandlungsleitlinien statt falsch verstandene Therapie-„freiheit“**

Leitlinien, „Standards“ und Normen werden oft per se – und zu Unrecht – mit einer Einschränkung des individuellen Handlungsspielraums gleichgesetzt. Ihre Anwendung ersetzt jedoch nicht die Verantwortung für eigenes Handeln. Normen beschreiben ordnungsgemäßes Verhalten im Regelfall. Ihre Einhaltung erhöht die Wahrscheinlichkeit, Ergebnisse im Sinne der Erfordernisse zu erhalten und kann unter forensischen Aspekten Schutz bieten. Trotz der vielfältigen Aktivitäten wissenschaftlicher Fachgesellschaften sind die bisher vorliegenden Behandlungsstandards und -leitlinien nicht hinreichend (insbesondere zur Indikationsstellung). Sie sollten vor allem methodisch auf der Höhe der Zeit erarbeitet werden, sodaß große Verbreitung, breite Akzeptanz, Effektivität, Überprüfbarkeit und regelmäßige Aktualisierung gewährleistet sind. Vertreter von Patientinnen und Patienten (z.B. aus dem Kreis der Selbsthilfegruppen) sollten dabei unbedingt einbezogen sein.

- **Facharzt auf Zeit, keine Behandlung ohne entsprechende Qualifikation**

Nur die Dinge, die man regelmäßig tut, kann man gut. Einmal Erlerntes ist schnell vergessen, wenn es nicht praktiziert wird. Die Berechtigung zum Führen von Weiterbildungsbezeichnungen (Gebiets-, Schwerpunkt und Zusatzbezeichnungen) sollte daher zeitlich befristet, ihre Verlängerung oder ein Wechsel der Tätigkeit von einer erneuten Akkreditierung aufgrund entsprechender Qualifikationsnachweise abhängig gemacht werden. Ein Kriterium wäre dabei u.a. die Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen und Projekten einschließlich Qualitätszirkel, Balint-Gruppen und Supervision. Wer regelmäßig in seinem Fach- bzw. Teilgebiet arbeitet und sich fortbildet, dürfte keine Schwierigkeiten haben, diese Hürde zu nehmen.

Ärztliche Leistungen, die besondere Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzen, und neu einzuführende Untersuchungs- und Behandlungsverfahren sollten nur nach spezieller Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden dürfen. Die Genehmigung sollte auch hier zeitlich befristet sein.

- **Qualitätssicherung und Vereinheitlichung sozialmedizinischer Gutachten**

Die derzeitige uneinheitliche Praxis und Trägerschaft auf dem Gutachtensektor (Zuständigkeiten beim MDK, dem Sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherung, den Gesundheits-, Arbeits- und Sozialämtern) sollte schnellstmöglich ein Ende finden. Die vielfach uneinheitlichen Ergebnisse trotz gleichen Sachverhalts führen zu Ungerechtigkeiten und Härten bei den Betroffenen. Beurteilungsmaßstäbe dürfen ausschließlich nach fachlichen Kriterien festgelegt werden, sollten dann aber einheitlich, verbindlich und qualitätsgesichert sein. Die Einführung einer unabhängigen, einheitlichen Trägerschaft sollte diskutiert werden.

- **Gesundheitsförderung für Beschäftigte im Gesundheitswesen**

Arbeit im Gesundheitswesen macht viel zu oft krank; die Morbidität und Mortalität der im Gesundheitswesen Tätigen ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eine der höchsten. Dies liegt nicht nur an vielfach unzumutbaren Arbeitsbedingungen, sondern auch an der ungerechten Verteilung der Arbeit. Noch werden viel zu viele Überstunden geleistet, was nicht nur unnötige Belastungen, Ausfallzeiten und Fluktuationen mit sich bringt, sondern auch das Nachrücken der jüngeren Generation erheblich erschwert. Hier sollten die notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden, um z.B. das Arbeitszeitgesetz auch in den stationären Einrichtungen umzusetzen. Das Modellprojekt „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ der WHO weist hier in die richtige Richtung. Gleichzeitig sollte Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit Sozialleistungsträgern, vor allem den Ländern und Kommunen, und Organisationen der Selbsthilfe ein fester, beitragsfinanzierter Bestandteil des Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben.

- **Demokratisches Krankenhaus**

Überkommene und verkrustete hierarchische Strukturen verhindern vor allem in stationären Einrichtungen eine moderne „Qualitätskultur“. Die Kernelemente des Qualitätsmanagement wie die Entwicklung von Leitbildern, Unternehmenszielen und einer Qualitätspolitik, die kunden- und mitarbeiterorientierte Leistungserbringung, Evaluation und kooperative Betriebsführung sind vor allem den stationären Großbe-

trieben noch weitgehend fremd. Statt autoritärer Entscheidungen von Chefärzten, Abteilungsleitern oder Klinikdirektoren ist eine partnerschaftliche Steuerung des Krankenhausbetriebs mit Beteiligung aller dort arbeitenden Berufsgruppen gefragt. Solange sachlich fundierte Meinungsverschiedenheiten immer die Gefahr in sich bergen, bei der nächsten Vertragsverlängerung nicht berücksichtigt oder durch Entzug der Förderung, gar durch Mobbing hinausgedrängt zu werden, wird sich an der momentanen, in dieser Hinsicht desolaten Situation nichts ändern. Karrieren sind viel zu stark von persönlicher Protektion und Sympathie statt von objektivierten Leistungen in der Krankenversorgung, Forschung und Lehre abhängig.

Einer der Hauptgründe für die im stationären Bereich besonders auffallende Erstarrung des Systems ist dessen finanzielle Alimentierung: die millionenschweren Erbhöfe aufgrund des personenbezogenen Liquidationsrechts gegenüber Privatpatientinnen und -patienten. Dieses ist an und für sich bereits höchst fragwürdig und sollte schnellstmöglich auf die Träger einer Einrichtung übertragen werden. Die Beteiligung an den Einnahmen muß grundsätzlich allen an der Versorgung des jeweiligen Privatpatienten beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugestanden werden. Dies würde nicht nur den Pflegeberufen endlich Gerechtigkeit widerfahren lassen, sondern die freie Arztwahl auch im Krankenhaus gewährleisten. Damit verbunden wäre die Offenlegung und Anrechnung von Nebenverdiensten; die Abschaffung des Chefarztprinzips; die Trennung der ärztlichen Erfahrungs- von der dienstrechtlichen Hierarchie und den damit verbundenen Management- und Steuerungsaufgaben; die Einführung flexibler, kollegialer, berufsgruppenübergreifender und demokratisch legitimierter Leitungs- und Managementfunktionen; die Teilung der Steuerungsverantwortung mit allen Beteiligten (z.B. durch Krankenhauskonferenzen mit Entscheidungsbefugnissen).

- **Kooperation statt Einzelkämpfertum**

Ärztliche Kooperationsformen (z.B. integrierte Gesundheitszentren mit verschiedenen Gesundheitsfachberufen, Ambulatorien, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Job-Sharing, Praxisassistenten) sollten sehr viel stärker gefördert werden. Dies bedeutet auch, sich endlich vom Leitbild der ärztlichen Freiberuflichkeit zu verabschieden, welches immer schon eine Chimäre war. Ärztinnen und Ärzte sollten das Recht und die Wahl haben, auch in der ambulanten Versorgung als Angestellte (z.B. mit Festgehalt) zu arbeiten. Die Gruppen- oder Gemeinschaftspraxis sollte zur Regel in der ambulanten Versorgung werden, z.B. als interdisziplinäre, kooperative, berufsgruppenübergreifende Praxisform in Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen (Vorbild: Polikliniken). Das Leistungsangebot könnte nicht nur medizinische, sondern auch pflegerische und andere Betreuungs- und Beratungsleistungen umfassen. Im ländlichen Raum wäre darauf zu achten, daß sich durch stärkere Konzentrationen im Rahmen der Kooperation die regionale Verteilung der Arztpraxen nicht zuungunsten der Patienten verändert.

3. Abschnitt

Ziele, Struktur, Finanzierung und Steuerung des Gesundheitswesens

1. *Gesundheitsziele erreichen statt Gewinn maximieren*

Der derzeit propagierte „Wettbewerb“ im Gesundheitswesen unter rein ökonomischen Prämissen ist für eine gerechte und qualitativ hochwertige Versorgung kontraproduktiv. Er trägt auch nicht zur Verbesserung der Kostensituation bei, da z.B. ein mit zusätzlichen Fehlerkosten belasteter Verschiebeparkplatz für „teure“ Patienten bzw. eine Rosinenpickerei bei sogenannten „guten Risiken“ stattfindet. Stattdessen fördert er die Entsolidarisierung, senkt die Versorgungsqualität bei schwer und chronisch Kranken und verschlechtert die ohnehin bereits lückenhafte Vernetzung und Kommunikation zwischen den Anbietern. Neoliberale Vorstellungen – „Gesundheit als Ware“ – verstärken die bereits bestehende Desorientierung hinsichtlich der zu erzielenden Ergebnisse der Versorgung („outcomes“).

Es gibt jedoch durchaus sinnvolle Formen des Wettbewerbs, z.B. eine an der Erreichung von Gesundheitszielen ausgerichtete Konkurrenz, verknüpft mit Mechanismen einer „outcome“-orientierten Vergütung und mit Elementen eines nicht-marktwirtschaftlichen Qualitätswettbewerbs. Gesundheitsziele sind bereits seit langem formuliert (z.B. von der WHO, der Europäischen Union und dem Sachverständigenrat). Entscheidend ist u.a., daß sie ergebnisorientiert, mit bestehenden Elementen des Gesundheitssystems verknüpfbar, spezifizierbar und quantifizierbar und im ideellen und materiellen Eigeninteresse der Akteure verankert sind. Sie umzusetzen heißt vor allem, die Umwelt des Gesundheitssystems gesundheitspolitisch zu erschließen, da Lebensstil, Arbeitswelt und soziale Ungleichheiten entscheidenden Einfluß auf Morbidität und Mortalität ausüben.

Vor dem Hintergrund einmal festgelegter Ziele sollten demokratisch legitimiert und primär unabhängig von ökonomischen und Wettbewerbs- oder Organisationsfaktoren zweckmäßige und dem Stand der Wissenschaft und Technik entsprechende Versorgungsangebote ausgewählt und festgelegt werden. Kriterien dabei sind

- ethische Prinzipien (Menschenwürde, Solidarität), Rechte und Pflichten;
- die Interessen, Erwartungen und Präferenzen aller Beteiligten, insbesondere der Patientinnen und Patienten;
- qualitative und quantitative Merkmale der Krankheitslast (Schweregrad, Prognose, Quality Adjusted Life Years – QALYs);
- die Zweckmäßigkeit der Interventionen (Bedarf, „evidence base“, Effektivität);
- Risiken und unerwünschte (Neben-)Wirkungen;
- direkte und indirekte Kosten sowie die Effizienz.

II. Die Ressourcen reichen für alle

Eine humanitäre, quantitativ und qualitativ optimale Patientenversorgung ist möglich; sie sollte auch weiterhin gewährleistet werden. Die dafür notwendigen Mittel sind in den reichen Ländern mehr als vorhanden, allen anderslautenden Behauptungen zum Trotz. Die derzeitige Entwicklung in Deutschland und Europa gefährdet dieses Ziel jedoch in erschreckender Weise. Ihr muß mit aller Entschiedenheit und allen zu Gebote stehenden Mitteln Einhalt geboten werden.

III. Es gibt keine „Kostenexplosion“

Der Anteil der GKV-Kosten am Brutto-Inlandsprodukt (dem gesamten „Reichtum“ der Gesellschaft) liegt seit Jahrzehnten zwischen 5,5 und 6,2%. Eine „Kostenexplosion“ gibt es nicht. Vielmehr sinken die Einnahmen, weil sie derzeit hauptsächlich von der Beschäftigungs- bzw. Lohnquote abhängen. Die Bindung der Beitragszahlung an ein Beschäftigungsverhältnis wird angesichts einer strukturellen Arbeitslosigkeit von bereits 35% (real 10%), der zunehmenden Entkoppelung von konjunktureller Entwicklung und Beschäftigungsquote, aber auch angesichts der steigenden Lebenserwartung immer fragwürdiger. Immer weniger Beschäftigte müssen derzeit mit immer weniger Einkommen die (langsam steigenden) Kosten des Gesundheitswesens tragen. Dazu kommen politisch bedingte, vom Gesetzgeber zu verantwortende Belastungen der beitragsfinanzierten Systeme durch „versicherungsfremde“ Leistungen, die schon aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit über Steuern finanziert werden müssen. Dies betrifft zwar vor allem die Renten- und Arbeitslosenversicherung; aber auch die Krankenversicherung könnte erheblich entlastet werden. Die bisherige Finanzierung der GKV muß auf den Prüfstand.

IV. Der bisherige Sicherstellungsauftrag ist nicht mehr zeitgemäß

Der uneinheitliche, derzeit auf verschiedenste Akteure aufgeteilte Sicherstellungsauftrag (Länder bzw. Krankenhausträger, KVen, Berufsgenossenschaften, Rehabilitationsträger, Rettungsdienste) ist in dieser Form kontraproduktiv, ebenso die unklare Abgrenzung von primär- und spezialärztlicher Tätigkeit. Gleichzeitig ist nicht länger hinnehmbar, daß die Gestaltung der Versorgung nur einem Teil der Anbieter und Kostenträger obliegt, ohne die Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten und einen Großteil nicht-ärztlicher Berufsgruppen und Anbieter verbindlich einzubeziehen.

Die vielfach propagierten „Einkaufsmodelle“, noch dazu in Verbindung mit einer monistischen Finanzierung der Krankenhäuser, sind keine taugliche Alternative zur gegenwärtig bestehenden Aufgabenverteilung, ebensowenig die gelegentlich diskutierte Übernahme der KV-Funktionen durch die Ärztekammern. Die Krankenkassen wiederum wären genauso wenig wie die bisherigen Akteure in der Lage, allein und aus eigener Kraft eine bedarfs- und patientengerechte, gleichmäßige Versorgung sicherzustellen, auf hohem Niveau zu halten und weiterzuentwickeln. Das heißt: Mit oder ohne monistische Finanzierung der stationären Versorgung sollte der Sicherstellungsauftrag nicht einfach den Krankenkassen übertragen werden.

VDÄÄ und VDPP schlagen daher vor

- **Eine neue Idee zur Selbstverwaltung und Planung im Gesundheitswesen**

Die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens mit ihren ständisch und berufsgruppenspezifisch strukturierten Organen ist in dieser Form nicht mehr zeitgemäß. Die zwar legitimen, jedoch vielfach verwobenen Interessen und Rollen müssen endlich in einem transparenten System der „checks“ and „balances“ entflochten und neu gebündelt werden. Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen z.B. haben in den Jahrzehnten ihrer Existenz immer wieder erkennen lassen, daß sie im unauflöselichen Dilemma zwischen standespolitisch-lobbyistischen Interessen einerseits, öffentlich-rechtlichen Kontroll- und Steuerungsaufgaben andererseits letztere meist sträflich vernachlässigen. Ihre Glaubwürdigkeit als Treuhänder und Sachwalter übergeordneter öffentlicher Interessen war noch nie sonderlich stark ausgeprägt; sie ist durch die historische Entwicklung irreparabel geschädigt und ad absurdum geführt. Überfällig wäre eine klare Abgrenzung und institutionelle Trennung der verschiedenen Interessen, Bereiche und Funktionen. Sinnvoll wäre grundsätzlich ein dreieggliedertes, föderales Modell mit folgenden Komponenten (z.B. Körperschaften öffentlichen Rechts auf Landes- bzw. Bezirksebene):

Komponente „A“:

In Komponente „A“ sind die Kostenträger (Kranken- und Pflegekassen, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Sozialhilfeträger) vertreten.

Komponente „B“:

Komponente „B“ wäre eine demokratisch verfaßte, quotierte Vertretung aller Anbieter bzw. Gesundheitsfachberufe (Vertreter der stationären Einrichtungen, Primärärzte, Spezialärzte, Zahnärzte und -techniker, Psychologen, Pflegekräfte, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden, Ökotrophologen, Apotheker, Heil- und Hilfsmittelhersteller, Rettungsdienste, evtl. auch Vertreter unkonventioneller medizinischer Methoden).

Komponente „C“:

Komponente „C“ müßte einerseits gesundheitswissenschaftliche Kompetenz versammeln (unabhängige Experten wie z.B. Public-Health-Fachleute, Sozialmediziner, Juristen, Gesundheitsökonomien), gleichzeitig aber auch die Verbraucherseite repräsentieren (Vertreter der Versicherten, der Patientinnen und Patienten und von Selbsthilfegruppen, Patientenbeauftragte, Ombudspersonen). Komponente „C“ würde (unter Einbeziehung der Vertreter von Komponente „A“ und „B“) Dokumentations-, Planungs- und Kontrollaufgaben übernehmen, z.B. die Gesundheitsberichterstattung und Evaluation; sie würde eine wissenschaftlich fundierte, morbiditätsorientierte, für alle Beteiligten verbindliche Bedarfsplanung für alle Versorgungsbereiche erstellen; sie wäre auch verantwortlich für die Festlegung von Gesundheits- und Qualitätszielen, konkreten Qualitätsanforderungen, für die Zulassung und regelmäßige Akkreditierung aller Anbieter (auch der „sonstigen Leistungserbringer“ nach §§ 124, 126 SGB V) nach bedarfs- und qualitätsorientierten Kriterien; zu ihren Aufgaben zählten weiterhin das Controlling, d.h. Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits-, Plausibilitäts- und Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen sowie die berufsrechtliche Aufsicht.

Die Komponenten „A“ und „B“ wären Vertragspartner für regionale Gesamtverträge. Der Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag obläge ihnen gemeinsam. Die Teile oder Sektionen der Komponente „B“ sollten jeweils ein eigenes Verhandlungsmandat mit der Komponente „A“ und ein Vertragsrecht erhalten, um z.B. eigene Verteilungsmaßstäbe für Investitionen und Honorare sowie spezifische Qualitätsforderungen auszuhandeln. Auf Bundesebene gäbe es Dachverbände der jeweiligen Komponenten.

Ärzte-, Zahnärzte-, Apothekerkammern, Kassenärztliche und -zahnärztliche Vereinigungen in ihrer gegenwärtigen Form, aber auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wären überflüssig. Die „gewerkschaftlichen“ Aufgaben dieser Institutionen würde die Komponente „B“ bzw. deren Sektionen übernehmen, die hoheitlichen bzw. öffentlich-rechtlichen (Kontroll-) Aufgaben die Komponente „C“. „C“ hätte ein Vetorecht gegen die Verträge zwischen „A“ und „B“, um z.B. Qualitätsdumping, nicht indizierte Leistungsausweitungen oder Planabweichungen zu verhindern. Die bestehenden gesundheitswissenschaftlichen Institute könnten der Komponente „C“ an- oder eingegliedert werden.

Eine Ausweitung der Verkammerung von Heilberufen (z.B. auf die Pflegeberufe) wäre hinfällig. Die bestehende Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammern könnte ebenfalls abgeschafft werden; ihre Rolle übernehme die Justiz, u.a. auf der Basis einer Patientenschutzgesetzgebung.

Die Obersten Landesgesundheitsbehörden bzw. der Bundesgesundheitsminister blieben weiterhin oberste Aufsichts- (Rechts- und Fachaufsicht) und Steuerungsinstanz für alle drei Komponenten.

- **Neufassung und Vereinheitlichung des Sicherstellungsauftrags**

Um die Kontinuität, Gleichmäßigkeit, Qualität und vor allem Patientenorientierung der Versorgung gewährleisten und weiterentwickeln sowie das Gesundheitswesen vor problematischen Zugriffen kurzfristiger politischer Interessen schützen zu können, sollten auch weiterhin nachgeordnete, öffentlich-rechtliche Auftragnehmer die Sicherstellung übernehmen, allerdings aus einem Guß und mit transparenter Interessenlage. Vorbildlich ist in dieser Hinsicht derzeit nur die berufsgenossenschaftliche Versorgung. Gesundheit und Krankheit sind schließlich nicht teilbar, ebensowenig die Patientinnen und Patienten. Der Auftrag müßte sich daher im Sinne der oben beschriebenen Dreigliederung der Selbstverwaltung umfassend auf alle Aspekte der Gesundheitsversorgung beziehen, von der Gesundheitsförderung, Prävention und Diagnostik über die kurative Medizin bis hin zur Rehabilitation und Pflege. Die Auftragnehmer müßten schon aus verfassungsrechtlichen Gründen wie bisher auf Landesebene agieren.

- **Stärkung der Solidargemeinschaft**

Die Versicherungspflicht, die paritätische Finanzierung durch Versicherte und Arbeitgeber, die Einkommensabhängigkeit der Beitragssätze, der einheitliche Leistungskatalog mit Beschränkung auf das medizinisch Notwendige, Ausreichende und Zweckmäßige (Bedarfsprinzip) sowie das Sachleistungsprinzip haben sich vielfach bewährt und volkswirtschaftlich ausgezahlt. Diese Grundpfeiler des solidarisch finanzierten Schadens-, Risiko-, Alters-, Einkommens- und Familienlastenausgleichs sollten daher nicht in Frage gestellt, sondern weiter ausgebaut werden. Die gesamte

Bevölkerung sollte – unabhängig vom Einkommen und schon aus Gründen der Gerechtigkeit – verpflichtet werden, einer gesetzlichen Krankenkasse anzugehören; private Krankenversicherer könnten zusätzliche Leistungen anbieten (z.B. wahlärztliche Behandlung, Einzelzimmer, Krankentagegeld, Zahnersatz usw.).

Auf keinen Fall darf das bewährte Solidarprinzip durch Elemente der privaten Krankenversicherung (z.B. Privatliquidationen, Kostenerstattung, Beitragsrückzahlungen, Kostenerstattung usw.) weiter untergraben werden. Das der privaten Versicherungswirtschaft zugrundeliegende und derzeit auch für den GKV-Bereich propagierte Prinzip der (billigen) „Regel“- und (teuren) „Wahl“-Leistungen war und ist nicht nur ethisch unhaltbar, sondern gleichbedeutend mit einer Gesundheitspolitik der Gesunden und Reichen gegen die Kranken und Armen. Immer größere Teile der Bevölkerung wären folglich auf Dauer unterversorgt und finanziell übervorteilt, vor allem schwer und chronisch kranke Menschen. Das Beispiel USA verdeutlicht in erschreckender Weise die Konsequenzen eines derartigen Systems, das auch noch das weltweit teuerste ist.

- **Vom Verschiebepbahnhof zur Versorgungskette**

Ein neugefaßter Sicherstellungsauftrag würde den althergebrachten Konflikt und die Konkurrenz zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen (ambulant/stationär/rehabilitativ) auflösen, da die sektoralen Trennungen nicht mehr bestehen und die Finanzierungsträger nicht mehr wie bisher gegeneinander konkurrieren müßten. Die Grundsätze „ambulant vor stationär“, „Rehabilitation vor Pflege“ könnten erstmals wirklich eingelöst werden. Fehlbelegungen würden ebenso drastisch zurückgehen wie die Reibungsverluste (z.B. Verwaltungskosten) an den Schnittstellen der jetzt bestehenden Versorgungssektoren. Krankenhäuser wären nicht länger Auffangbecken für all diejenigen Patienten, die im ambulanten (KV-)Bereich nicht ausreichend versorgt werden (sollen). Standorte für Großgeräte könnten sinnvoll geplant und ausgelastet werden. Fachärztinnen oder -ärzte müßten sich nicht mehr mit hohen wirtschaftlichen Risiken niederlassen, sondern könnten z.B. Fachambulanzen oder Polikliniken an Krankenhäusern betreiben. Überwunden wären auch die schwerwiegenden Hemmnisse bei der Nachsorge stationär behandelter Patienten. Der langfristige Behandlungserfolg wäre leichter zu verfolgen und zu dokumentieren. Erste Schritte wären kurzfristig die Streichung der 14-Tages-Frist samt Einvernehmensklausel bei der nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) und die institutionelle Beteiligung von Krankenhäusern (z.B. hochspezialisierte Abteilungen) an der ambulanten Versorgung in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten.

- **Verbesserung des Risikostrukturausgleichs (RSA)**

Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken weisen auch in unserer Gesellschaft nach wie vor einen Sozialgradienten auf, d.h. sie sind ungleich und ungerecht verteilt: Arme sind kränker und sterben früher als Reiche. Der RSA sollte daher beibehalten und – bundeseinheitlich – auf die fünf neuen Bundesländern ausgedehnt werden, nicht zuletzt um von seiten der Krankenkassen jeden Anreiz zur Risikoselektion zu mindern und den Wettbewerb um günstige Verträge mit den Leistungsanbietern zu unterstützen. Seine bisherige Form berücksichtigt direkt nur die Einnahmen-, kaum jedoch die Ausgabenseite. Vor allem das für die Ausgabenentwicklung maßgebliche Morbiditätsspektrum (bisher nur unzureichend über die Indikatoren Alter und Geschlecht erfaßt) sowie die Härtefälle, aber auch die Krankengeldzahlungen sollten

stärker in die Berechnung der Ausgleichszahlungen einfließen, evtl. unter Relativierung der bisher geltenden Indikatoren (z.B. Einkommensverteilung bzw. Beitragshöhe). Gelingt dies nicht, ist nicht nur mit der zunehmenden Ausgrenzung einkommensschwacher und behandlungsintensiver („teurer“) Patientinnen und Patienten, sondern auch mit dem baldigen Bankrott kleinerer bzw. in den neuen Bundesländern gelegener Kassen zu rechnen.

- **Gliederung der ambulanten Versorgung in primär- und spezialärztliche Versorgung**

Trotz des gesetzlich festgelegten Gliederungsauftrags (§ 73 SGB V) stirbt der Hausarzt langsam aus; Fachärzte übernehmen zunehmend die Aufgaben der Primärversorgung. Dies ist jedoch nur in einigen Spezialgebieten sinnvoll (z.B. Gynäkologie, Pädiatrie). Für das Gros der Versicherten sollte eine Primärversorgung auf hohem Niveau mit psychosozial qualifizierten Allgemeinärztinnen und -ärzten sichergestellt sein, um eine koordinierte, kontinuierliche, qualitativ hochwertige und damit wirtschaftliche Patientenbetreuung zu gewährleisten (Lotsenfunktion, Fall- und Versorgungsmanagement ärztlicher und nicht-ärztlicher Maßnahmen, Informationstransfer, Dokumentations-„Zentrale“). Viele kostenträchtige und unnötige Doppel- und Mehrfachinanspruchnahmen, Informationsverluste, Dokumentationsmängel, Fehlbelegungen in den Krankenhäusern usw. könnten mit einer klaren Aufgabenteilung verhindert werden (vgl. dazu die Vorschläge des Sachverständigenrats im Gutachten von 1989 zum Primärarztsystem). Voraussetzung dafür sind

- ausreichende Weiterbildungskapazitäten, d.h. vertragliche Verpflichtung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen, ein (Rotations-)Stellenkontingent in der Inneren Medizin, Chirurgie und Pädiatrie für die allgemeinmedizinische Weiterbildung vorzuhalten;
- Sicherung der Weiterbildungsstellen in Allgemeinpraxen;
- Curricula und Lehrstühle für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten;
- eine Weiterbildungsordnung, in der typisch allgemein- bzw. primärmedizinische Kenntnisse und Fähigkeiten im Mittelpunkt stehen, vor allem die soziale und psychosoziale Kompetenz bzw. die fachliche Befähigung zur psychosomatischen Grundversorgung, das Case-Management und die Koordinationsfunktion.

- **Optimierung der Notfallversorgung**

Dringend erforderlich wäre eine effizientere Organisation im Rahmen eines neu gefaßten Sicherstellungsauftrags und die flächendeckende Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit ausschließlich notfallmedizinisch qualifiziertem Personal, um unnötige Krankenseinweisungen zu vermeiden, zur Gewährleistung der fachlichen Kompetenz aller Beteiligten und zur Senkung der Transportkosten.

- **Globalbudgetierung zur Begrenzung der Ausgaben**

Die Budgetierung der GKV-Ausgaben hat sich im Grundsatz immer dann bewährt, wenn die Einhaltung der Budgets durchgesetzt werden konnte. Sie sollte – zumindest vorübergehend – beibehalten werden, um die Ausgaben im Griff zu behalten und damit die Beitragssätze zu stabilisieren. Ohne externe Begrenzung werden

die Ausgaben die Einnahmen bei weitem übersteigen, da die Leistungsanbieter die Nachfrage selbst bestimmen oder induzieren können. Die sektorale Budgetierung der verschiedenen Versorgungsbereiche jedoch könnte zugunsten einer Globalbudgetierung aufgegeben werden, da sie den jeweiligen Status quo zementiert und innovationshemmend wirkt. Ärztlich veranlaßte Folgeleistungen sollten in die Budgetverantwortung der Ärzte einbezogen werden (§ 84 SGB V).

- **Ethik statt Monetik mit Drei-Klassen-Medizin**

Das derzeitige System der Einzelleistungsvergütung, aber auch die Fallpauschalen und Sonderentgelte führen zu krassen Fehlsteuerungen, fördern die merkantile Orientierung und setzen Anreize zu medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitungen. Die in den Vergütungssystemen EBM und GOÄ gesetzten Anreize und damit Steuerungsimpulse entsprechen nicht den (Gesundheits-)Zielen einer rationalen und rationellen Gesundheitsversorgung (zuviel Technik, Labor und Arzneimittel, zu wenig Gespräch, zu wenig Prävention und Gesundheitsförderung). Die Vergütung ist obendrein meist unabhängig von der Qualität der Leistung, selbst dann noch, wenn nachweislich überflüssige, unvollständige oder fehlerhafte Behandlungen vorliegen. Qualitäts- und Plausibilitätsprüfungen sind selten.

Sinnvoll wäre im Gegensatz dazu – vor allem im primärärztlichen Bereich – eine Mischung aus Kopfpauschale pro Patient, differenzierten Fallpauschalen und einem System zeitbezogener Einzelpositionen, z.B. für typische Leistungen wie präventive Maßnahmen (Impfungen!), Hausbesuche etc. Sinnvoll wären zielorientierte Vergütungsformen, z.B. erfolgsorientierte Modifikationen einer Basisvergütung von Operationen für den Fall, daß es keine Komplikation gegeben hat oder die zusätzliche Vergütung der Betreuung eines Diabetikers für den Fall, daß er sich innerhalb von X Jahren keiner Amputation unterziehen mußte.

Es ist auch nicht einzusehen, warum ein und dieselbe ärztliche Leistung drei verschieden hohe Honorare auslösen kann: zum einen bereits durch zweierlei Punktwerte bei den GKV-Regional- und Ersatzkassen (nach EBM), zum anderen nach GOÄ bei Privatpatienten. Dies führt u.a. dazu, daß die Anbieter Verluste im einen Bereich (GKV) durch Mengenausweitungen im anderen (PKV bzw. Kostenerstattung sowie individuelle Gesundheitsleistungen [IGEL]) auszugleichen versuchen. Hier sollte eine realistische, betriebswirtschaftlich solide und für das gesamte Bundesgebiet (Gleichstellung der neuen Bundesländer!) geltende Angleichung nach dem Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistung“ (bei Abschaffung der Hebesätze in der GOÄ) erfolgen, die

- nicht staatlich festgesetzt (wie jetzt in der GOÄ), sondern zwischen den Vertragspartnern im Gesundheitswesen ausgehandelt wird (bei der GOÄ z.B. zwischen Komponente „B“ (s.o.) und den Verbänden der PKV) und
- nur noch der ministeriellen Aufsicht unterliegt.

Im stationären Bereich begünstigt die Vergütung mittels Fallpauschalen und Sonderentgelten, die sich an Durchschnittswerten orientieren müssen, bei gleichzeitiger Deckelung des Gesamtbudgets die Tendenz zur „Rosinenpickerei“: „Teure“ Patientinnen und Patienten, also kostenintensive Behandlungen werden vermieden bzw. an die Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe (meist kommunale und Universitätskliniken) weitergeleitet. Die Folge für diese Krankenhäuser sind maximale Kosten bei Durchschnittserlösen und damit strukturelle Betriebsverluste, sprich: unvermeidliche rote Zahlen. Da liegt es nahe, Patienten auch dort einfach weiterzurei-

chen, bei der Qualität zu sparen (z.B. einberechnete Teilleistungen gar nicht zu erbringen, billigere und schlechtere Materialien zu verwenden) oder sie zu früh nach Hause zu schicken. Dies wird durch Erfahrungen aus den USA bestätigt („quicker and sicker“). Die Folge sind u.a. Behandlungsverzögerungen, Qualitätsdefizite, (teure) Wiedereinweisungen, vermeidbare Nachbehandlungen oder gar irreparable Schäden, aber auch medizinisch nicht begründbare Leistungsausweitungen bei „attraktiven“ Pauschalsätzen. Das gesamte System der diagnosebezogenen Fallpauschalen („DRGs“) sollte erneut auf den Prüfstand, um Vor- und Nachteile gegenüberzustellen und ggfs. neue Wege in der Krankenhausfinanzierung einzuschlagen.

- **Stabilisierung der GKV-Finzenzen**

Die vielbeschworene „Kostenexplosion“ existiert nicht; vielmehr leidet die GKV angesichts der Massenarbeitslosigkeit an einer dramatischen Einnahmen-„Implosion“. Diese verschärft sich noch erheblich durch das Angebot sozialpolitisch erwünschter Leistungen zu Lasten der GKV; so finanzierte sich das Sozialbudget 1975 noch zu 58,1 % aus Beiträgen, 1995 jedoch bereits zu 65,4 %. Diese Umverteilung zu Lasten der Beitragszahler und zugunsten Höherverdienender muß schon aus Gründen der Gerechtigkeit rückgängig gemacht, die infrage stehenden Leistungen müssen über Steuern finanziert werden. Darüber hinaus muß der Arbeitgeberanteil neu bestimmt werden; statt die Beitragseinnahmen ausschließlich an Löhnen und Gehältern zu bemessen, damit Arbeit zu verteuern und ihre Wegrationalisierung zu beschleunigen, wäre es sinnvoller, den Arbeitgeberanteil lohnunabhängig und dynamisch an die Wertschöpfung eines Unternehmens zu koppeln. Schwächere Betriebe und Branchen (z.B. der Mittelstand) zahlten dann weniger, Großbetriebe mit hohen Profitraten mehr. Darüber hinaus bestünden folgende kurzfristig realisierbare Möglichkeiten, die Einnahmen zu erhöhen:

- Sozialversicherungspflicht für alle Bundesbürger und ihre Einbeziehung in die GKV (insbesondere Selbständige, Beamtinnen und Beamte und geringfügig Beschäftigte) sowie die Zugrundelegung des Familieneinkommens bei der Beitragsbemessung;
- Einbeziehung weiterer Einkunftsarten (z.B. Einkünfte aus Kapitalvermögen, Mieten usw.) in die Beitragsbemessung (auch bei Rentnern);
- Rücknahme der Kürzungen bei den Lohnersatzleistungen oder Ausgleich für die dadurch entstandenen Beitragsverluste bei den Krankenkassen (derzeit insgesamt Verluste in Höhe von ca. 3,45–5 Mrd. DM, z.B. aufgrund der Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Arbeitslose auf 80%, durch die Kürzungen der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, beim Krankentagegeld, beim Arbeitslosengeld, bei der Arbeitslosenhilfe, durch die Senkung des Arbeitslosenhilfeanspruchs durch Anrechnung sonstiger Einkünfte oder durch Kürzung anderer tariflich festgelegter Einkünfte (z.B. Weihnachtsgeld)),
- Ausgleich der durch das Altersteilzeitgesetz verursachten Beitragsverluste;
- Ausgleich für die Kostensteigerungen aufgrund der neu eingeführten (Pflicht-)Versicherung von Sozialhilfeempfängern;
- Steuerfinanzierung tatsächlich „versicherungsfremder“ Leistungen, z.B. Sterbegeld, Mutterschaftsgeld, Haushaltshilfe, Entbindungsgeld, beitragsfreie Krankenversicherung während des Erziehungsurlaubs bzw. bei Empfang von Erziehungsgeld, die beitragsfreie Mitversicherung von arbeitslosen Kindern über 18 Jahren; alle

diese Leistungen dürfen nicht gestrichen werden, sondern wären im Sinne einer gerechteren Lastenverteilung statt über Beitragssätze und damit Lohnnebenkosten über Steuern zu finanzieren, also unter Einbeziehung der Selbständigen, Beamten, Abgeordneten und Beziehern von Vermögenseinkünften;

- Finanzierung bestimmter Pflegeleistungen über die Pflegeversicherung (z.B. die häusliche Krankenpflege nach § 37, 2 SGB V [Behandlungspflege, ggfs. mit Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung]), Umstellung der Haushaltshilfe auf reines Sachleistungsprinzip (Verhinderung von Mißbrauch);
- laufende dynamische Anpassung der bestehenden Fallpauschalen und Sonderentgelte analog zu den tatsächlich entstehenden Kosten, Weitergabe von Rationalisierungsgewinnen an die Krankenkassen bzw. Patienten (z.B. bei den bisher völlig überbewerteten Linksherzkatheter-Untersuchungen und Ballondilatationen).

4. Abschnitt

Rationalisierungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen

Der gegenwärtige Medizinbetrieb mit seiner angebots- und anbieterinduzierten Nachfrage und dem erheblichen, von der gegenwärtigen Politik sogar noch geförderten lobbyistischen Einfluß des schulmedizinisch-industriellen Komplexes (vor allem der Pharma- und Geräteindustrie) bietet viele Rationalisierungsmöglichkeiten. Sie auf der Basis einer „evidence based medicine“ wahrzunehmen würde die Versorgung der Bevölkerung nicht nur nicht beeinträchtigen, sondern sogar erheblich verbessern. Bereits die medizinisch nicht begründbare, aus wirtschaftlichen Motiven erfolgende unkritische Indikationsstellung bis hin zur Ausweitung medizinischen Handelns auf kerngesunde Menschen verursacht unnötige Kosten in Milliardenhöhe. Dabei erfüllt nach wie vor jede nicht-indizierte Diagnostik oder Therapie den Tatbestand der rechtswidrigen Körperverletzung. Verschwendung, Qualitätsdefizite, Behandlungsfehler bis hin zu krassen Betrügereien (Abrechnungsbetrug, Bestechungen, Preiskartelle) führen jährlich vermutlich zu 30 bis 40 Mrd. DM – zumindest theoretisch vermeidbarer – Mehr- und Fehlerkosten. Solange dieses Potential noch nicht einmal annähernd ausgeschöpft ist, dürfte von Leistungsbeschränkungen, Selbstbeteiligungen usw. keine Rede sein. Stattdessen werden den GKV-Versicherten nicht nur diese Kosten zugemutet, sondern präventive und gesundheitsfördernde Leistungen sowie nachweislich wirksame unkonventionelle medizinische Methoden und Heilverfahren (z.B. Akupunktur) vorenthalten.

VDÄÄ und VDPP schlagen daher vor

- **Beweisgestützte Medizin – Untersuchungs- und Behandlungsverfahren mit Effektivitätsnachweis**

Sehr viele diagnostische und therapeutische Maßnahmen in der Medizin entbehren der empirisch-wissenschaftlichen Grundlage. Es sollten grundsätzlich nur solche Verfahren eingesetzt und von der Versichertengemeinschaft finanziert werden, die den Kriterien einer „evidence based medicine“ (Cochrane-Initiative) genügen, d.h. die entscheidende Anforderung ist eine empirisch nachweisbare Verbesserung der Lebensqualität oder Lebenserwartung.

- **Sicherung des medizinisch Sinnvollen**

Alles medizinisch Notwendige und Sinnvolle muß im Leistungskatalog der GKV enthalten sein.

Eine empirisch als wirksam anerkannte, aber auch durch ärztliche Intuition und Erfahrung gestützte Behandlung mit ausschließlich dem individuell und medizinisch Notwendigen ist gleichzeitig die medizinisch richtige, effizienteste und wirtschaftlichste. Angesichts der derzeitigen Praxis heißt dies meist: Weniger wäre mehr. Voraussetzung dafür ist u.a. ein Ende der durch falsche Anreize induzierten „Leistungsexplosion“ (z.B. bei Linksherzkatheteruntersuchungen, nicht indizierten Opera-

tionen usw.). Auch gilt es, neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nicht immer zusätzlich – also kumulativ – einem immer stärker veraltenden Arsenal hinzuzufügen, sondern sie unter Verzicht auf Verzichtbares alternativ einzusetzen.

- **Kein Geld mehr für Maßnahmen ohne potentiellen Nutzen**

Es gibt ernsthaft zu prüfende Hinweise, daß man die Versorgung verbessern könnte, indem man z.B. auf folgende Leistungen verzichtet:

Osteodensitometrie, Röntgen der Nasennebenhöhlen bei akuter Sinusitis, ineffiziente Screening-Untersuchungen (z.B. Gesundheitsuntersuchung als Regelleistung (§ 25 SGB V), Teile der präoperativen Routinediagnostik (z.B. Röntgen-Thorax, EKG, Labortests), Screening des Prostata-Karzinoms (PSA), Screening mit Tumormarkern, Triple-Diagnostik, Mammographie als CA-Screening, Routine-Thoraxröntgen bei älteren Rauchern.

- **Strengere Indikationsstellung**

Eine zumindest strengere Indikationsstellung – vor allem bei Privatpatienten – wäre notwendig bei allen bildgebenden Verfahren (insbesondere Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule bei Rückenschmerzen, Röntgenuntersuchungen vor zahnmedizinischen Behandlungen, Linksherzkatheterisierungen/Koronarangiographie, Endoskopie des oberen Verdauungstraktes, Sonographie in der Schwangerschaft), Arthroskopie des Kniegelenks, Ballondilatationen, zahlreichen operativen Eingriffen (bis zu 50% überflüssig, z.B. Appendektomien, Hysterektomien usw.) sowie in der Labormedizin.

- **Abbau von Überkapazitäten und Kartellen**

Unwirtschaftliche Einrichtungen und Überkapazitäten in allen Versorgungsbereichen, vor allem im stationären und ambulanten Bereich sollten nach und nach sozialverträglich abgebaut werden. Derzeit bestehen erhebliche Überkapazitäten und kartellartige Strukturen bei den Rettungsdiensten. In einer Reihe von Bundesländern werden die Gebühren sogar einseitig von den Anbietern allein festgesetzt. Die Kostenträger sollten hier als gleichberechtigte Vertragspartner auftreten können, die Vergütung sollte auf adaptierbare Festbeträge oder Fallpauschalen umgestellt werden.

- **Behebung von Mangelversorgung**

Gleichzeitig gilt es, Mangelversorgung zu beseitigen, z.B. bei sozial Benachteiligten, besonders belasteten oder gefährdeten Patientinnen und Patienten, in bestimmten Therapiebereichen wie der Schmerztherapie und in der Gesundheitsförderung und Prävention. Letzteres gilt vor allem für die Impfprophylaxe (z.B. durch Abschaffung berufsrechtlicher Hemmnisse) und bei regionalen Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (z.B. Stillförderung) und Prävention. Auf keinen Fall sollten physikalische bzw. Balneotherapie, Teil- und Ganzkörpermassage oder Krankengymnastik gestrichen werden, ebensowenig die Auslandsleistungen, sofern im Inland keine vergleichbaren Behandlungsmöglichkeiten bestehen.

- **Aufnahme evaluierter unkonventioneller medizinischer Methoden und Heilverfahren in den GKV-Leistungskatalog**

Wirksame, jedoch unkonventionelle medizinische und psychotherapeutische Methoden und Heilverfahren sollten in den Leistungskatalog aufgenommen werden. Sie unterliegen jedoch als gesundheitsbezogene Dienstleistungen im Prinzip denselben Grundanforderungen an Qualität und Rechtssicherheit wie Leistungen im Rahmen der konventionellen Medizin. Auch hier gelten die Prinzipien der Qualitätslehre. Die Anbieter solcher Verfahren sollten sich daher zur Gewährleistung des erforderlichen Patientenschutzes einer systematischen Evaluation anhand definierter Kriterien stellen.

- **Abschaffung der sogenannten „Teilradiologie“**

Bildgebende Verfahren in der Medizin gehören in die Hand derjenigen, die nicht nur aufgrund ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung entsprechend fachlich qualifiziert und mit optimaler Technik ausgerüstet sind, sondern auch durch ihre tagtägliche Praxis die nötige Routine und Erfahrung besitzen. Die sogenannten „Teilradiologen“ können nicht nur – kostentreibend – die Indikation für teilradiologische Untersuchungen selbst stellen, sondern die sonst üblichen Standards oft nicht gewährleisten. Die Folge sind vor allem Untersuchungen ohne strenge Indikationsstellung, unnötige Doppeluntersuchungen und damit vermeidbare Strahlenbelastungen.

- **Keine Verschwendung von Arzneimitteln, Rationalisierung bei der Verwendung von Heil- und Hilfsmitteln**

Das Einsparpotential liegt in diesem Bereich bei 10 bis 13 Mrd. DM pro Jahr (je nach Beibehalt der Selbstbeteiligungsregelungen). Sinnvolle Maßnahmen wären

- die Einführung einer Positivliste, Verzicht auf Pharmaka, deren Wirkung nicht erwiesen ist (z.B. Rheuma- u. Venensalben, sog. „durchblutungsfördernde Mittel“ bei arteriellen Durchblutungsstörungen, Hämorrhoidenmittel);
- Abschaffung der Selbstbeteiligung bei Medikamenten der Positivliste;
- das Verbot von Erstattungsleistungen der Krankenkassen für Arzneimittel außerhalb der Positivliste (ggfs. mit genau definierten Ausnahmen);
- die Beibehaltung des Arzneimittelbudgets;
- Verbot der Arzneimittelwerbung („Aufklärung statt Werbung“);
- die Einbeziehung patentgeschützter Arzneimittel (außer echten Innovationen) in die Festbetragsregelung;
- die Absenkung der Festbeträge;
- Umstellung der Apothekenvergütung auf Fixzuschläge (Festpauschalen) pro (rezeptpflichtiger) Packung im GKV-Bereich (das gesamte Abrechnungssystem wird stark vereinfacht, Rabattregelungen etc. entfallen, das Interesse an hohen Verkaufspreisen für Pharmaka entfällt, gleichzeitig werden die den Apotheken entstehenden Fixkosten [z.B. Lagerhaltung etc.] besser berücksichtigt);
- Verpflichtung zur Verordnung des jeweils kostengünstigsten Präparates (vor allem Generika) (§ 129 SGB V);

- die Änderung des Wettbewerbsrechts, um Produktinformationen weitergeben zu dürfen (z.B. Warnung vor umstrittenen oder gefährlichen Arzneimitteln durch Organe der Selbstverwaltung);
- beschränktes Dispensierrecht für Ärzte durch Ausweitung der Sprechstundenbedarfsregelung;
- Verbot der Arzneimuster;
- Abbau der Über- und Fehlmedikation;
- eine strengere Indikationsstellung auf der Basis der Positivliste;
- die Intensivierung des Arzt-Patient-Dialogs, Compliance-Erhöhung durch Gespräche, Ausstellung von Folgerezepten (nicht jeder Kontakt muß mit einem Arzneimittelrezept zuende gehen, aber auch nicht jeder Arzneimittelabgabe muß ein Arztbesuch vorausgehen);
- die Erhöhung der Compliance generell (allein in Niedersachsen wanderten 1995 370 t Arzneimittel in den Müll);
- die Verpflichtung zur Vorhaltung und Abgabe auch kleinster Mengen in den Apotheken (statt Standard- und Großpackungen);
- die Ausweitung des Substitutionsrechts für Apotheken.

Auch im Bereich der Heil- und Hilfsmittel kann ohne Verschlechterung der Versorgung noch gespart werden, z.B. durch klarere Legaldefinitionen der Begriffe „Heilmittel“ (Dienstleistungen) und „Hilfsmittel“ (Sachen), die Einführung von Festbeträgen für orthopädische und sonstige Hilfsmittel und die Behandlung der Dialyse als nicht-ärztliche Leistung bzw. als Heilmittel (§ 126, 5 SGB V).