

Der Gastkommentar

Krankenhausgesetzgebung aus der Sicht des Landes Bayern

Krankenhäuser sind Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Unsere Bürgerinnen und Bürger erwarten, dass für einen stationär notwendigen Aufenthalt leistungsfähige Krankenhäuser in zumutbarer Entfernung bereit stehen. Aufgabe der Krankenhausgesetzgebung und damit der Gesundheitspolitik ist es, dafür die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen und zu erhalten.

Die Krankenhausgesetzgebung in Deutschland wird seit jeher stark von den Ländern beeinflusst. Sie wirken an der Gesetzgebung des Bundes über den Bundesrat mit. Der Bund hat die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Pflegesätze. Nach Einführung der dualen Krankenhausfinanzierung 1972 und dem Wegfall des Bundesanteils 1984 ist die Krankenhausinvestitionsförderung allein Sache der Länder. Diese Finanzierungsverantwortung gehört ohne Zweifel zu den Ländern, weil diese kraft Verfassung die planerische – aber auch die politische – Verantwortung für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung tragen.

Der Freistaat Bayern hat erst kürzlich das Landeskrankenhausrecht grundlegend modernisiert und dereguliert. So wurde das Verfahren der Krankenhausförderung gestrafft und auf Festbeträge beschränkt. Die

Pauschalförderung wurde auf ein leistungsorientiertes System umgestellt. Der bewährte Grundsatz, in die innere Struktur der Krankenhäuser so wenig wie möglich einzugreifen, wurde beibehalten. Die Krankenhausplanung gibt lediglich Standort, Gesamtbettenzahl, Fachrichtungen und Versorgungsstufe vor. Durch seine nachhaltige Investitionskostenförderung hat der Freistaat seit 1972 über 18 Milliarden Euro für Krankenhausinvestitionen finanziert und dadurch in allen Regionen eine Versorgungsstruktur auf hohem medizinischem Niveau aufgebaut.

Auf Bundesebene hat die letzte große Reform im Gesundheitswesen – das GKV-WVG – den Krankenhausbereich weitgehend ausgeklammert. Für die anstehende Anschlussgesetzgebung zum Fallpauschalenrecht und den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab 2009 hat das Bundesgesundheitsministerium grundlegende Veränderungen bei der Krankenhausplanung und der Krankenhausfinanzierung angekündigt. Die damit verbundenen zentralistischen Initiativen des Bundes weist Bayern in aller Deutlichkeit zurück:

Die Einführung von Einzelverträgen der Krankenkassen mit Krankenhäusern für geeignete planbare und standardisierte Leistungen wäre ein Einkaufsmodell für ausgewählte Leistungen. Die damit verbundene teilweise Aufhebung des Kontrahierungs-

zwangs würde die Krankenhausplanung der Länder aushöhlen und die flächendeckende Versorgung gefährden. Einzelverträge kämen vorrangig in Ballungsräumen in Frage, so dass die Patienten im ländlichen Raum die Folgen zu tragen hätten. Das Modell brächte auch erhebliche Gefahren für die Aus- und Weiterbildung von Ärzten, etwa bei Krankenhäusern, die keine planbaren Leistungen erbringen können.

Der Bund beabsichtigt erneut, eine monistische Krankenhausfinanzierung einzuführen. Die Krankenhausinvestitionen sollen künftig ebenso wie die Betriebskosten aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden – jedoch voll zu Lasten des Umsatzsteueranteils der Länder gehen. Den Ländern würden damit nicht nur Finanzmittel entzogen, sondern auch wesentliche Steuerungsinstrumente genommen, auf regionale Strukturveränderungen hinzuwirken. Investitionsmittel sollen künftig über Zuschläge zu den Fallpauschalen ausgereicht werden. Dies zwingt die Krankenhäuser zur Aufnahme von langfristigen Darlehen. Die hierfür aufzubringenden Zinsleistungen zehren also die geplanten zusätzlichen Mittel auf. Zudem wird im Monismus auch nicht bedarfsbezogen, sondern nach dem Gießkannenprinzip finanziert. Krankenhäuser ohne aktuellen Investitionsbedarf können deshalb



Christa Stewens ist Staatsministerin im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen sowie Stellvertreterin des Ministerpräsidenten.

Mittel horten, während andere Häuser dringliche Investitionen aufschieben müssen. Im Ergebnis würde die bestehende

hervorragende Versorgungsstruktur aus diesen Gründen durch eine monistische Finanzierung in Frage gestellt.

Im Vergütungssystem strebt der Bund einen baldigen Übergang zu einem bundesweiten Basisfallwert an. Auch hier handelt es sich um einen weiteren Schritt zu einem zentral ausgerichteten Gesundheitssystem. Der Verwaltungsaufwand, den das Fallpauschalensystem verursacht, hat inzwischen die Grenze des Zumutbaren erreicht. Dies gilt besonders für die behandelnden Ärzte, die immer weniger Zeit aufwenden können, sich ihren Patienten zu widmen. Weitere komplizierte Umverteilungsmechanismen sind weder Krankenhäusern noch Krankenkassen zuzumuten. Mit dem Übergang zum Bundesbasisfallwert würden Fehlreize gesetzt, weil Krankenhäuser, deren Basisfallwert unterhalb der bundesweiten Werte liegt, erhebliche Mehreinnahmen erzielen, obwohl sie nicht auf Mehrleistungen beruhen.

Handlungsbedarf besteht andererseits aktuell wegen der zunehmenden Unterfinanzierung der Krankenhäuser im Betriebskostenbereich. Die

Tarifabschlüsse im öffentlichen Dienst bedingen weitere Mehrkosten, die unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht refinanziert werden können. Die finanzielle Lage der Krankenhäuser muss deshalb dringend verbessert werden. Dazu sind kurzfristig angemessene Finanzierungslösungen zu entwickeln, um einen weiteren Personalabbau und letztlich Einschränkungen zu Lasten der Patientenversorgung zu vermeiden.

Die Ländergesundheitsministerkonferenz erzielte im vergangenen Jahr über wichtige Grundsätze der Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens Einvernehmen. Sie hat die Beibehaltung des Sicherstellungsauftrags der Länder und der staatlichen Krankenhausplanung befürwortet. Sie hat festgestellt, dass die monistische Finanzierung heute keine Alternative zum dualen System ist, und gefordert, das Fallpauschalensystem weiter zu verbessern und vor der Einführung eines Bundesbasisfallwerts die Entwicklung und die Auswirkungen landesweit gültiger Basisfallwerte zu analysieren.

Die weitere Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ist nur in Übereinstimmung mit den Ländern möglich. Experimente zu Lasten der Versorgung der Patienten lehne ich dabei rundweg ab. Bayern wird daher im anstehenden Gesetzgebungsverfahren alle Möglichkeiten ausschöpfen, um die qualitativ hochstehende stationäre Patientenversorgung zu erhalten.

Christa Stewens

Die Kostendämpfung und der Gesundheitsmarkt (Fortsetzung von Seite 1)

Unterbezahlung und Arbeitsverdichtung

Aber BIP ist nicht gleich BIP. Wichtiger ist der Anteil, der pro Kopf am Bruttozialprodukt erwirtschaftet wird. Hier liegt Deutschland hinter den Vergleichsländern deutlich zurück (siehe Tabelle). Der Deutsche erwirtschaftet nur 24.421 €, der Schweizer 29.629 €. Betrachtet man gleichzeitig die Gesundheitsausgaben pro Kopf, so liegen wir zwar vor Großbritannien aber deutlich hinter den anderen Ländern.

● **Gesundheitswesen: Gar nicht so teuer**

Die Gesundheitsausgaben pro Kopf sind in Deutschland nicht so hoch. Der Kostenanteil am Bruttozialprodukt ist prozentual deshalb im Spitzenfeld, weil unsere Produktivität zu niedrig ist. Wir leisten uns also im Vergleich zu unserer eigenen

wirtschaftlichen Leistung ein unverhältnismäßig aufwendiges Gesundheitswesen.

Diese Erkenntnis, dass wir gar nicht so teuer sind, bestätigt sich bei den Kosten pro Kopf für die stationäre und die ambulante Versorgung. Insbesondere im Krankenhaus ist Deutschland unerreichbar billig. Wer hätte dies gedacht? Auch die Vertragsärzte schlagen offensichtlich nicht über die Stränge. Betrachtet man die Arbeitsintensität und die gezahlte Vergütung im Krankenhaus, so wird klar, dass die günstigen Ausgabenzahlen über die Beschäftigten im Gesundheitswesen erwirtschaftet werden. In der Schweiz kommen 59 Entlassungen auf den Arzt, in Deutschland 146. Berechnet man das gesamte Personal ein, so ist Deutschland trauriger

Spitze: 103 Entlassungen bei 35 in der Schweiz. Hinzu kommt, dass der Verdienst des Arztes und des Pflegepersonals am Ende der OECD-Skala stehen.

● **Fazit: Gnadenlose Ausbeutung der Beschäftigten**
Unterbezahlung und Arbeitsverdichtung heißt die Devise in Deutschlands Krankenhäusern. Die Kostendämpfungspolitik hat damit nicht nur zur heimlichen Rationierung

beim Patienten geführt, sondern sie beutet inzwischen die Beschäftigten des Gesundheitswesens gnadenlos aus. Unter diesen Bedingungen wird es keinen Wachstumsmarkt Gesundheit geben können, im Gegenteil.

HFS

BIP und Gesundheitsausgaben

	Deutschland	USA	Schweiz	Holland	Großbritannien
% BIP	10,8	15,2	11,5	9,2	7,8
€ BIP pro Kopf	24.421	33.193	29.629	28.105	26.145
€ Ausgaben pro Kopf	2.648	4.982	3.366	2.630	2.074
€ stationär pro Kopf	787	1.568	1.136	948	1.169
€ ambulant pro Kopf	720	1.620	988	610	317
Entlassung pro Arzt	146	k. A.	59	k. A.	120
Entlassung pro Klinikpersonal	103	k. A.	35	28	27
€ Verdienst Arzt	59	283	k. A.	185	134
€ Verdienst Pflege	37	51	k. A.	k. A.	42

Akupunktur

Jetzt auch noch beim Hochdruck?

Die Diskussion über die Akupunktur ist erst im vorigen Jahr nach jahrelangen Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss mit umstrittenen Beschlüssen zu Ende gegangen. Für die Rückenschmerzen und die Gonarthrose wurde die Methode zur Schmerzbehandlung in die GKV eingeführt. Es gab aber dennoch nach Bekanntgabe der Vergütung eine große Enttäuschung vor allem bei den Anwendern. Den Krankenkassen war es gelungen, die vorher ausufernden Kosten der Modellversuche im System wieder geschickt einzufangen.

Es gab keine IGeL-Leistungen mehr bei diesen Indikationen, zusätzliches Geld im Rahmen von Kassenmodellen entfiel auch, es blieb einfach nur das karge KV-Honorar. Große Ernüchterung macht sich breit. Seit her war es still um die Methode geworden. Jetzt wird über eine neue, eine sozusagen „oben unverbrauchte“ Indikation diskutiert: die Behandlung der arteriellen Hyperto-

nie. So wird von einer Studie berichtet, in der die Behandlungsergebnisse von „falschen“ und „richtigen“ Behandlungspunkten bei Hypertonie-Patienten verglichen werden. Hurra – die echte Akupunktur führt zu einer Blutdrucksenkung, die Scheinakupunktur nicht! Soweit das Ergebnis, die Details solcher Studien, die die Qualität bewerten lassen, sind noch nicht geprüft. Die Autoren

Hilft Akupunktur wirklich gegen Hypertonie? Und was sind die Konsequenzen, die sich daraus für den Internisten ergeben?

drücken sich deshalb noch vorsichtig aus und glauben, dass die hohe Behandlungsintensität (5mal wöchentlich) in der Praxis schwer umsetzbar ist, ohne anzumerken, dass man über die entsprechenden Organisationsstrukturen und dafür notwendigen Finanzen dennoch diskutieren müsse.

Somit ist die Diskussion angestoßen, entsprechende Gegenstimmen – das ist doch als Langzeitbehandlung nicht machbar – sind zu hören. Auch wird die Sache selbst unterschiedlich interpretiert. Es geht also wieder los mit der Akupunktur, die immer für eine breite und vor allem emotionale Diskussion geeignet ist.

HFS



Bild: PhotoDisc

Gewerbsteuer und Freie Berufe

Bundesverfassungsgericht: Gewerbesteuerfreiheit von Selbstständigen ist verfassungsgemäß!

Der erste Senat des Bundesverfassungsgerichts hat mit Beschluss vom 15. Januar 2008 (1 BvL 2/04) auf Vorlage des niedersächsischen Finanzgerichts entschieden, dass es mit dem Gleichheitssatz (Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz – GG) vereinbar ist, dass die Einkünfte der Freien Berufe, der sonstigen Selbständigen und der Land- und Forstwirte nicht der Gewerbesteuer unterliegen.

Die Entscheidung ist für die Freien Berufe im Wesentlichen auf folgende Erwägungen zurückzuführen: Die Nichteinbeziehung der Freien Berufe in die Gewerbesteuer stellt eine über 70 Jahre währende Rechtsstradition dar. Nach Auffassung des Bun-

desverfassungsgerichts darf an der traditionellen Differenzierung zwischen Gewerbetreibenden (Gewerbesteuerpflicht) und Freien Berufen (Gewerbesteuerfreiheit) solange festgehalten werden, bis offen zutage tritt, dass im Hinblick auf den

Steuergegenstand und die wesentlichen Besteuerungsmerkmale keine tragfähigen Unterschiede mehr zwischen diesen Berufsgruppen bestehen. Dies sei jedoch bis heute nicht der Fall, d.h. das Bundesverfassungsgericht sieht – immer noch – maß-

gebliche Unterscheide zwischen Gewerbetreibenden und Freiberuflern.

● Zahlreiche Besonderheiten

Zwar weisen die Freien Berufe teilweise dieselben Merkmale auf wie die der Gewerbesteuer unterliegenden Gewerbetreibenden, sie betätigen sich nämlich mit Gewinnerzielungsabsicht selbstständig am Markt und beteiligen sich am allgemeinen wirtschaftlichen Verkehr. Darüber hinaus werden die Freien Berufe jedoch durch eine Reihe von Besonderheiten in der Ausbildung, der staatlichen und berufsautonomen Regelung ihrer Berufsausübung, ihrer Stellung im Sozialgefüge und der Art und Weise der Erbringung ihrer Dienstleistungen geprägt, die den Typus dieser Berufsgruppe von den sonstigen Gewerbetreibenden unterscheidet. Für die Ausübung des Freien Berufes ist im Regelfall eine akademische oder vergleichbare besondere berufliche Qualifikation notwendig oder eine schöpferische Begabung als Voraussetzung für die Erlernung und Ausübung des Freien Berufes. Der Freie Beruf ist durch die besondere Bedeutung der persönlichen, eigenverantwortlichen und fachlich unabhängigen Erbringung der Arbeit geprägt, verbunden mit einem häufig höchstpersönlichen Vertrauensverhältnis zum Auftraggeber. Ferner bilden auch die spezifischen, staatlichen, vielfach aber auch berufsautonomen Reglementierungen (Berufsordnungen) zahlreicher Freier Berufe im Hinblick auf die beruflichen Pflichten und Honorarbedingungen signifikante Unterschiede zu Gewerbetreibenden.

● Kein Freibrief für alle Ewigkeit

Diese Unterschiede stehen in einem sachlichen Bezug zu der traditionellen Rechtfertigung der Gewerbesteuer. Die Gewerbesteuer stellt einen pauschalen Ausgleich für die besonderen Infrastrukturlasten dar, die durch die Ansiedlung von Gewerbetrieben verursacht werden. Das Berufsbild der meisten Freien Berufe ist dadurch geprägt, dass diese im Regelfall weniger personal- und produktionsmittelintensiv ausgeübt werden können als ein traditioneller Gewerbebetrieb. Das Bundesverfassungsgericht zieht daraus den Schluss, dass die Freien Berufe typischerweise in geringerem Umfang Infrastrukturlasten der Gemeinden verursachen als Gewerbetreibende. Das Bundesverfassungsgericht stellt fest, dass es in nicht unerheblichem Umfang eine zunehmende Konvergenz zwischen den Berufsgruppen der Gewerbetreibenden und der Freien Berufe geben mag. Eine solche Angleichung ist jedoch nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts weder zeitlich noch quantitativ durch rechtstatsächliche Erkenntnisse gesichert, die es notwendig machen würden, die Unterschiede zwischen beiden Berufsgruppen aufzuheben. Dies ist kein Freibrief für alle Ewigkeit, es hat jedoch erhebliches – politisches – Gewicht, wenn das Bundesverfassungsgericht auch zum jetzigen Zeitpunkt noch signifikante Unterschiede zwischen Gewerbetreibenden und Freiberuflern feststellt, die die Gewerbesteuerfreiheit der Freien Berufe rechtfertigen.

Dr. iur. Karin Hahne
Fachanwältin für Medizinrecht,
Frankfurt am Main



Bild: Creative Collection

Bei der Gewerbsteuer werden Ärzte auch weiterhin nicht zur Kasse gebeten.

Behandlungsfehler-Statistik 2007 (Fortsetzung von Seite 1)

Orthopädie und Chirurgie stechen Innere Medizin aus

Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern haben bereits im Jahr 2007 erstmalig ihre gemeinsame, auf einem einheitlichen Erfassungsprogramm (Medical Error Reporting System – MERS) beruhende Statistik über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen veröffentlicht. Die Resonanz auf die Daten, die die wertvolle Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen widerspiegeln, war sehr positiv, berichtete der Vorsitzende der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, Dr. Andreas Crusius, vor der Presse in Berlin. Vertreter aus den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen wurden gebeten, ihre Erfahrungen z.B. im Aktionsbündnis Patientensicherheit aktiv einzubringen, um einen Kerndatensatz zu entwickeln, der von Haftpflichtversicherern, Krankenkassen sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und anderen Berufsgruppen, die Register führen, für gemeinsame Auswertungen genutzt werden kann. Auf dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Zweiten Deutschen Kongress für Patientensicherheit in Bonn sind unter Beteiligung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen und des Aktionsbündnisses Patientensicherheit Beiträge zu Fehlern und Risiken bei der Behandlung der akuten Appendizitis oder Fehler und Risiken in der Frakturdiagnostik der Öffentlichkeit vorgestellt worden, die auf diesem Kerndatensatz beruhen. Auch im internationalen Bereich findet die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen und ihr aktiver Beitrag zum Thema Patientensicherheit Beachtung. So wurde auf einer Tagung in Portugal (Patient Safety Research Conference Porto) im September 2007 die Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen anhand der gemeinsamen Statistik vorgestellt. Hierbei zeigte sich, dass es im internationalen Bereich wenige vergleichbare Daten von außergerichtlich tätigen Gremien im Bereich der Patientensicherheit gibt, die so aussagekräftig sind wie unsere.

• Daten zur Fehlerprävention nutzen

Der Datensatz, der der Statistik zu Grunde liegt, muss laut Crusius weiter ausgewertet und aktiv in die Fortbildung und Qualitätssicherung eingebracht werden. „Wir wollen, dass unsere Daten zur Fehlerprävention genutzt werden und möchten andere ermutigen, unserem Beispiel zu folgen. Auch die Krankenhäuser sind aufgerufen, Zahlen zu Schadensfällen herauszugeben. Wir begrüßen es daher sehr, dass der

Helios-Konzern nun einen Anfang gemacht hat und Haftpflichtversicherungsfälle erfasst und auswertet. Denn jeder Fehler, der durch unsere Erkenntnisse oder die anderer Institutionen verhindert werden kann, ist ein Gewinn für Patienten und Ärzte. Es ist daher geplant, verstärkt die Ergebnisse der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zu publizieren.“

Eine aktuelle Umfrage unter den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen hat gezeigt, dass das Datenmaterial intensiv genutzt wird. Allein die Norddeutsche Schlichtungsstelle kann auf 239 MERS-basierte Berichte und Aktivitäten verweisen. Eine ähnlich hohe Informationsweitergabe an Dritte

zeigt die Auswertung der Öffentlichkeitsarbeit der Gutachterkommission Nordrhein oder der Gutachterkommissionen aus dem Bereich der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Aber auch Forschungsprojekte, z.B. im Auftrag des Bundesverbrauchermministeriums zum Thema Schönheitsoperationen, konnten mit Statistiken und Beispielfällen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen unterstützt werden. Intern nutzen die Abteilungen der Ärztekammern für Fortbildung und Qualitätssicherung die statistischen Ergebnisse, um diese in Fachtagungen an Ärzte weiterzugeben.

Die meisten Anträge der Patienten zur Anerkennung eines Behandlungs-

fehlers (8140, wobei maximal 4 Antragsgegner pro Begutachtungsverfahren gezählt werden) richteten sich gegen Klinikärzte. Von 5750 Anträgen wurden 1507 als Fehler bzw. Aufklärungsmangel bejaht. Von den 2390 Anträgen gegen Ärzte in der freien Praxis wurden 721 bestätigt. Die meisten Begutachtungsanträge in der niedergelassenen Praxis betrafen das Fach Orthopädie (413), gefolgt von der Allgemeinmedizin (346), der Allgemeinchirurgie (260), der Gynäkologie (216), der Inneren Medizin (197) und der Unfallchirurgie (163). Im Krankenhaus war das Fach Unfallchirurgie Spitzenreiter (1137), danach folgten Allgemein-chirurgie (1025) und Orthopädie (712).

• Knochenbrüche mit hohen Risiken

Die 10 häufigsten fehlbehandelten Krankheiten in der Klinik waren Koxarthrose (66), Unterschenkel- und Sprunggelenkfraktur (59), Femurfraktur (48), Schulter- und

Oberarmfraktur (46), Unterarmfraktur (43), Gonarthrose (35), Hand- und Handgelenkfraktur (30), Divertikulose des Darms (27), Cholelithiasis (26) und Fußfraktur (24). Die Fehlerliste in der Praxis wird angeführt vom Brustkrebs (41), dahinter Hand- und Handgelenkfraktur (20), Rückenschmerzen (19), Deformität von Zehen und Finger (17), Unterarmfraktur (14), Thrombose (11), Unterschenkel- und Sprunggelenkfraktur (10), Gonarthrose (9) und Appendizitis (9).

In 4954 Verfahren konnten die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen keinen Behandlungsfehler oder Aufklärungsmangel feststellen, in 378 Fällen waren die festgestellten Fehler nicht ursächlich für den eingetretenen Gesundheitsschaden, und nur in 1717 Verfahren wurde die Kausalität zwischen Behandlungsfehler bzw. Aufklärungsmangel und Gesundheitsschaden bejaht.

KS

Glossar

Behandlungsfehler

Ein Behandlungsfehler liegt vor bei einem diagnostischen oder medizinischen Eingriff,

- der medizinisch nicht indiziert war
- oder bei dem die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis unter den jeweiligen Umständen erforderliche Sorgfalt objektiv außer acht gelassen wurde
- sowie beim Unterlassen eines nach diesem Maßstab medizinisch gebotenen Eingriffs.

Haftungsrechtlich ist für die Anerkennung von Bedeutung, wenn gerichtlich oder außergerichtlich nach Einholung eines medizinischen Gutachtens ein Behandlungsfehler anerkannt wird, der auf einem nachweisbaren Fehler (Sorgfaltspflichtverletzung im Vergleich zum medizinisch anerkannten Standard) beruht, der nachweislich (Kausalität) einen nachweisbaren Behandlungsschaden (Schadensnachweis) verursacht hat und dem bzw. den beklagten Leistungserbringern oder der beklagten Gesundheitseinrichtung zuzurechnen ist (Zurechenbarkeit).

Strafrechtlich gilt ein doppelter – objektiver und subjektiver – Maßstab: zusätzlich zu der objektiven Sorgfaltspflichtverletzung setzt strafrechtliche Schuld voraus, dass der Arzt auch subjektiv, d. h. nach seinen persönlichen Fähigkeiten und individuellen Kenntnissen imstande war, die von ihm verlangte Sorgfalt aufzubringen. Gegebenenfalls kommt aber ein Übernahmeverschulden in Betracht.

Zivilrechtlich haftet der Arzt nach dem objektiv-typisierenden Haftungsmaßstab des § 276 BGB ohne Rücksicht auf subjektives Verschulden für fahrlässiges Handeln, d. h. wenn er die im Verkehr erforderliche Sorgfalt objektiv außer acht gelassen hat. Maßgebend ist also, ob der Arzt die Sorgfalt angewandt hat, die von einem besonnenen und gewissenhaften Arzt seiner Fachrichtung im konkreten Fall allgemein zu erwarten war.

Behandlungsschaden

[„Iatrogenen Schaden“]

Oberbegriff für alle Gesundheitsschäden, die nicht durch krankheitsimmanente Komplikationen, sondern entweder durch vermeidbare Behandlungsfehler oder durch nicht-vermeidbare, so genannte behandlungsimmanente Wirkungen entstanden sind. Diese Schadensarten voneinander abzugrenzen, kann im Einzelfall sehr schwierig sein.

Beispiele: Gewebeschädigung durch Bestrahlung; Schaden durch ärztlichen Behandlungs- oder Diagnosefehler, Pflegefehler oder mangelnde Hygiene.

Begutachtungs-/Schlichtungsverfahren

Freiwilliges, gebührenfreies Verfahren vor einer Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle bei einer Landesärztekammer zum Zwecke der außergerichtlichen Klärung und Beilegung von Arzthaftungsstreitigkeiten. Ziel des Verfahrens ist es, durch objektive Begutachtung dem durch einen Behandlungsfehler in seiner Gesundheit geschädigten Patienten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und dem Arzt die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern.

CIRS

[Critical Incident Reporting System]

Zwischenfallerfassung (Incident Reporting/Monitoring) ist die Meldung von Beinahe-Schäden (Zwischenfall, Beinahe-Schaden) bzw. von kritischen Ereignissen. Je mehr Zwischenfälle erfasst werden, desto größer ist die Chance, Schwachstellen im System zu erkennen und durch geeignete Maßnahmen zu eliminieren. Werden Beinahe-Schäden reduziert, entstehen weniger echte Schäden.

Latentes Versagen

Latentes Versagen entsteht durch fehlerhafte Entscheidungen, die oftmals von Personen getroffen werden, die keinen unmittelbaren Bezug zum jeweiligen Arbeitsplatz haben. In der Medizin liegt ein latentes Versagen (oder Versäumnis) in erster Linie im Verantwortungsbereich der Führungsebene

und Chefärzte zu dem Zeitpunkt, zu dem sie Entscheidungen über die Organisation ihrer Einheit treffen. Latente Versäumnisse schaffen die Voraussetzungen, unter denen unsichere Handlungen auftreten können; zu solchen Arbeitsbedingungen gehören u. a.:

- starke Arbeitsbelastung
- mangelhafte Kenntnisse oder Erfahrung
- unzureichende Überwachung
- belastende Umgebung
- zu rasche Veränderungen innerhalb der Organisation
- unvereinbare Ziele (z. B. Konflikt zwischen Finanzierung und medizinischem Bedarf)
- unzulängliche Kommunikationssysteme
- unzulängliche Wartung von Ausrüstung und Gebäuden.

Dies alles sind Faktoren, die die Leistungen des Personals beeinflussen, Fehler herbeiführen und die Patientenergebnisse beeinträchtigen können.

Organisationsverschulden

Verstoß des Arztes und/oder des Krankenhauses gegen organisatorische Sorgfaltspflichten. Dazu gehören z. B.

- Einteilung von übermüdetem Personal nach Nachtdiensten zu Operationen
- ungenügende Vorsorge gegen Selbstschädigung von Patienten (z. B. in einer psychiatrischen Abteilung)
- mangelnde Belehrung über typische Fehler und Gefahren durch Vorgesetzte (Fortbildung).

Risikoauflklärung

Bei der Risikoauflklärung (auch Eingriffs- oder Selbstbestimmungsaufklärung genannt) geht es um die Frage, inwieweit der ärztliche Eingriff von einer durch Aufklärung getragenen Einwilligung des Patienten gedeckt ist. Fehlt es hieran, gilt der ärztliche Eingriff als rechtswidrige Körperverletzung mit der Folge, dass der Arzt für alle durch den – auch lege artis durchgeführten – Eingriff verursachten Schäden haftet.

Risikomanagement/Risk Management

Risk Management ist eine Prozessanalyse im Behandlungsumfeld mit dem Ziel, Risi-

kosituationen mit möglichen medikolegalen Konsequenzen aufzudecken, bzw. eine Managementmethode, die das Ziel hat, in einer systematischen Form Fehler und ihre Folgen

- zu erkennen
- zu analysieren
- und zu vermeiden.

Sicherungsaufklärung

Bei der Sicherungsaufklärung (auch therapeutische Aufklärung genannt) handelt es sich um die therapeutisch gebotene Aufklärung zur Gefahrenabwehr. Sie soll den Patienten die Kenntnisse vermitteln, die sie brauchen, um ihren Teil zum Behandlungserfolg beizutragen. Sie umfasst u. a. die Pflicht, den Patienten zu einer seinem Gesundheitszustand entsprechenden Lebensweise zu veranlassen, ihn über mögliche Folgen der Behandlung zu unterrichten und ihn aufzufordern, sie zu beobachten und rechtzeitig mitzuteilen, ihn oder seine gesetzlichen Vertreter über die Gefahren von Schutzimpfungen und die Notwendigkeit der Einhaltung von Hygienemaßnahmen zu unterrichten, für die richtige Einnahme der verordneten Medikamente zu sorgen, Wirkungsweise, Dosierung und Nebenwirkungen einer Pharmakotherapie zu erläutern oder dem Patienten durch Information über sein Leiden die Dringlichkeit einer gebotenen Behandlung klar zu machen und seine Einwilligung zu erhalten. Die Verletzung der Pflicht zur Sicherungsaufklärung ist – im Gegensatz zur unterlassenen Risikoauflklärung – ein Behandlungsfehler.

Übernahmeverschulden

Übernahme von delegierten Tätigkeiten (z. B. von Operationen), insbesondere selbstständig) obwohl objektiv kein ausreichender Wissens- und/oder Ausbildungsstand vorhanden ist und eine Gefährdung des Patienten vorauszusehen war.

(Quelle: Glossar des Forums Patientensicherheit von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung – www.forum-patientensicherheit.de)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Neues aus dem Personalkarussell

Durch die Gesetzgebungsverfahren ist der Gemeinsame Bundesausschuss ab dem 1.7.2008 neu zu ordnen. Im Sinne der Professionalisierung, wie sie in politischen Kreisen verstanden wird, werden die Vorsitzenden und zwei unparteiische Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses hauptamtlich benannt. Die ersten und zweiten Stellvertreter sind noch ehrenamtlich tätig. Seither gab es für die verschiedenen Bereiche verschiedene Entscheidungsgremien. Die Arbeit wurde aber meistens in den Arbeitsausschüssen in Themen- und Arbeitsgruppen erledigt. In Zukunft werden diese den hauptamtlichen Mitgliedern des Bundesausschusses und ihren Stellvertretern unterstellt. Eigenständige Vorsitzende der Arbeitsausschüsse wie früher wird es wohl nicht mehr geben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat deshalb im Konzert der Selbstverwaltung eine so große Bedeutung, weil er den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt. Dies betrifft nicht nur die ambulante Versorgung, sondern auch die Krankenhäuser, da in Zukunft wichtige Entscheidungen einheitlich getroffen werden müssen. Dies hat in der Vergangenheit schon größte Schwierigkeiten bereitet und wird auch in Zukunft kaum leichter werden. Insbesondere die gesetzlich vorgegebene unterschiedliche Definition des Leistungskataloges ambulant/stationär führt zu einer immer wiederkehrenden Konfliktsituation. Im ambulanten Bereich darf nur das durchgeführt werden, was ausdrücklich im Bundesausschuss erlaubt ist. Im stationären Bereich können alle Methoden angewandt werden, wenn sie nicht ausdrücklich verboten worden sind. Dadurch entsteht eine immer größer werdende Differenz zwischen dem ambulanten und stationären Leistungskatalog, dem man den Versicherten auf die Dauer wohl nicht mehr erklären kann.

• **Ämterbesetzung von großer Bedeutung**

Damit kommt dem Bundesausschuss eine große politische Bedeutung zu. Die Besetzung der Ämter ist somit von entscheidender Bedeutung. Hinter den Kulissen hat es ein großes Gerangel um die Positionen gegeben. Der Vorsitzende, Dr. jur. Rainer Hess, früher Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, war aufgrund seines Alters zunächst umstritten, man scheint sich aber jetzt wieder auf seine Nominierung geeinigt zu haben. Insgesamt ist die Wahl noch nicht abgeschlossen. Der Dienst für Gesellschaftspolitik hat aber schon Namen genannt (siehe Tabelle). Es spricht einiges dafür, dass diese Informationen stimmig sind. So wird Dr. Hess wieder Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hauptamtliches Mitglied von Seiten der Krankenkassen dürfte Dr. jur. Harald Deisler vom Spitzenverband Bund werden. Interessant ist die Position für die Leistungserbringer. Hier haben sich im Hintergrund die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung

und auch die Zahnärzte einigen müssen, wen sie dort einbringen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat hier möglicherweise das Zünglein an der Waage gespielt. Ein Vertreter der Krankenhäuser wird hauptamtliches Mitglied in der Führungsspitze des Gemeinsamen Bundesausschusses und vertritt alle Leistungserbringer, ob Vertragsärzte, Krankenhäuser oder Zahnärzte. Die ersten und zweiten Stellvertreter sind noch ehrenamtlich. Prof. Dr. med. Norbert Schmacke und Dr. rer.

Führungsspitze des Gemeinsamen Bundesausschusses ab 1. Juli 2008

GemBA (Hauptamt)	1. Stellvertreter (Ehrenamt)	2. Stellvertreter (Ehrenamt)
<i>Vorsitzender</i> Dr. iur. Rainer Hess (67) [KBV]	Prof. Dr. med. Norbert Schmacke (61) [Spitzenverband Bund]	Dipl. Psych. Hans-Jochen Weidhaas (57) [KBV]
<i>Unparteiisches Mitglied</i> Dr. iur. Harald Deisler (58) [Spitzenverband Bund]	Dr. rer. pol. Werner Gerdemann (66) [Spitzenverband Bund]	Dr. med. Bernhard Egger (47) [Spitzenverband Bund]
<i>Unparteiisches Mitglied</i> Dr. rer. soc. Josef Siebig (57) [DKG]	Ass. iur. Petra Corvin [KZBV]	Dr. med. Theodor Windhorst [KBV]

Bemerkung: Die benennenden Institutionen kennzeichnen eckige Klammern.

Quelle: Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg)

pol. Werner Gerdemann vom Spitzenverband Bund als erste Stellvertreter, von der Leistungserbringerseite die Juristin Petra Corwin für die Zahnärzte.

• **Vertragsärzte unterrepräsentiert**
In der ersten und zweiten Reihe findet sich somit mit Prof. Schmacke von den Kassen nur ein einziger Arzt. Erst in der dritten Reihe findet man einen Psychotherapeuten, Hans-Jochen Weidhaas von der Kassenärzt-

lichen Bundesvereinigung, und einen Präsidenten einer Landesärztekammer, Dr. Theodor Windhorst. Darüber hinaus ist Dr. Bernhard Egger benannt, Arzt beim Spitzenverband Bund, der große Erfahrung in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses mitbringt. Bei vorsichtiger aber kritischer Würdigung fällt auf, dass die Vertragsärzte und die Ärzte überhaupt in diesem für die medizinische Versorgung in Deutschland so wichtigem Gremium

unterrepräsentiert sind. Die öffentliche Meinung, die den Gemeinsamen Bundesausschuss mehr mit Formalismus und gesetzlichen Vorgaben als mit medizinischem Know-how verbindet, wird damit vordergründig unterstützt. Es ist schon erstaunlich, dass eine Kassenärztliche Bundesvereinigung das Feld des Leistungskataloges so kampfflos den anderen Bänken überlassen hat.

HFS

Gesundheitsreform

Alles auf einmal?

Es lohnt sich darüber nachzudenken, was alles am 1. Januar 2009 bei unserem Gesundheitswesen neu in Kraft tritt. Bei genauer Betrachtung tut sich ein politisches Szenario auf, das einem den Angstschweiß auf die Stirn treiben sollte. Dies aber nicht nur den Patienten, den Doktoren und den Krankenhäusern, sondern bei genauer Betrachtung auch den Politikern und vor allen Dingen den Politikerinnen, die sich dies ausgedacht haben.

Was geschieht an diesem Datum? Es wird der Gesundheitsfonds eingeführt. Über diesen Gesundheitsfonds werden die Krankenkassen über einen bundeseinheitlichen Beitragssatz versorgt. Die Krankenkassen wissen weder bundesweit noch regional genau, wie viel Geld ihnen dabei zur Verfügung steht. Vor allen Dingen wissen sie nicht, ob sie mit diesem Beitragssatz überhaupt auskommen und ob sie nicht Zusatzbeiträge erheben müssen, die zu einer Mitgliederflucht führen können. Außerdem gibt es massive Geldverschiebungen zwischen den einzelnen Krankenkassen. Wir alle wissen, dass die so genannten Besserverdienenden unter den Ländern (Hessen, Bayern, Baden-Württemberg) dem Rest einiges Geld zukommen lassen müssen. Die Krankenkassen haben keinerlei vernünftige Kalkulationsgrundlage, wie viel Gelder ihnen im nächsten Jahr für die Finanzierung ihrer Leistungen zur Verfügung stehen. Allein dieses Szenario würde als Unsicherheitsfaktor schon ausreichen.

• **Gleich mehrere Baustellen**
Umgesetzt kann dieser Gesundheitsfonds aber nur durch einen neuen

Risikostrukturausgleich werden. Allein die Definitionen, wie man die verschiedenen Diagnosen zuordnen kann, umfasst – einem „on dit“ zufolge – inzwischen 31 Seiten. Sollten sich die Krankenkassen vielleicht noch ausrechnen können, wie sie mit einem einheitlichen Beitragssatz, der bundesweit definiert wird, auch noch länderbezogen zurecht kommen, so wird ihre Kalkulation spätestens bei dem Bemühen zusammenbrechen, den Risikostrukturausgleich mit einzubeziehen. Die zweite Baustelle ist die Scharfschaltung der DRGs in den Krankenhäusern. Auch hier gibt es noch keine finanziellen Vorgaben. Dies hängt auch mit der Landesbaserate und der Ausgabenobergrenze in den Ländern zusammen, die immer noch nicht endgültig definiert sind. Damit hängen auch die Krankenhäuser in der Luft, was am 1.1.2009 passiert. Sie befinden sich in guter Gesellschaft mit den Vertragsärzten. Diese bekommen ab diesem Zeitpunkt einen einheitlichen Punktwert. Der wird zwischen den Krankenkassen die Gelder für die ambulante Versorgung nochmals kräftig hin und her

schieben, sodass auch an diesem Punkt die Krankenkassen nicht recht wissen, wie viel ihnen für die Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung steht. Auch die Definition der Regelleistungsvolumina, die entscheidend für die Umsetzung sein dürfte, da hier der Schlüssel zum Morbiditätsbezug liegt, steht noch in den Sternen.

• **Kein Stein bleibt auf dem anderen**
Allein diese drei Baustellen – die übrigen Kleinigkeiten muss man erst gar nicht erwähnen – reichen aus, unser Gesundheitswesen auf den Kopf zu stellen. Die Politik war so blauäugig, die ordnungspolitischen Vorgaben für diese drei Punkte auch noch zur gleichen Zeit, nämlich den 1.1.2009, umsetzen zu wollen. Es gehört nicht viel Phantasie dazu: Es wird kein Stein auf den anderen bleiben. Die Rechtsunsicherheit in unserem Gesundheitswesen wird noch



Drei neue Baustellen werden in unserem Gesundheitswesen zum nächsten Jahreswechsel aufgemacht. Dabei wird kein Stein auf dem anderen bleiben.

Bild: R. Graf

zunehmen, die Finanzierungsbasis wird noch unsicherer als seither. Vielleicht können die zuständigen Damen in unserer Bundesregierung doch noch mal beraten und überlegen, ob man solch große Reform nicht besser schrittweise einführen sollte.

HFS