

## Editorial

Die am 27. September anstehenden Wahlen zum Deutschen Bundestag bedeuten eine entscheidende Weichenstellung für die deutsche Ärzteschaft. Geht der Weg der Gesundheitspolitik weiter in Richtung Staatsmedizin, Bürokratie und unsinnigen Wettbewerb oder erhält die Selbstverwaltung für die Patientenversorgung dringend benötigte Freiheitsgrade wenigstens in Teilen wieder zurück? Deshalb lohnt der Blick in die Regierungsprogramme der großen Parteien zur Gesundheitspolitik, so verschwommen und sprechblasenartig die einzelnen Aussagen auch sein mögen. Zusammenfassend steht die CDU/CSU für mehr Transparenz,

Wettbewerb, weniger Bürokratie sowie Erhalt der Freiberuflichkeit, freie Arzt- und Krankenhauswahl für die Patienten sowie Therapiefreiheit für die Ärzte. Diese Aussagen sind wenig konkret, deuten aber zumindest keine grundsätzliche Kurskorrektur an.

Die SPD will die Einführung einer Bürgerversicherung, mehr Steuermittel und Einbeziehung der privaten Krankenversicherung in den Gesundheitsfonds. Zur Sicherung der ambulanten Versorgung plädiert die Partei für ein Nebeneinander von Kollektivvertrag und selektiven Verträgen. Um eine Diskriminierung gesetzlich Versicherter zu vermeiden, soll eine einheitliche Gebührenordnung eingeführt werden. Die Krankenhäuser sollen für die ambulante Versorgung

weiter geöffnet werden. Die Positionen der SPD sind konkreter.

Die FDP steht für einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik. Die Bundesbürger sollen ihren Versicherungsschutz weitgehend selbst gestalten, es besteht Versicherungspflicht für Regelleistungen, die Wahl der Versicherungstarife ist möglich.

Der Erhalt der Freiberuflichkeit wird betont, das Kostenerstattungsprinzip soll eingeführt werden. Die Partei plädiert für ein kapitalgedecktes Finanzierungsmodell mit leistungsgerechten Prämien.

Bei Bündnis 90/die Grünen stehen Prävention und Gesundheitsförderung sowie eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung ganz vorne an.



Präsident  
Dr. med. Wolfgang Wesiack,  
Hamburg

So schlagwortartig und wenig konkret die Aussagen dieser Parteien sind, zeigen sie doch, besonders wenn man geübt ist, auch zwischen den Zeilen zu lesen, die Richtung an, in die unser Gesundheitssystem je nach neuer Regierungskoalition gehen wird. Wir werden uns aber wahrscheinlich doch wieder auf „weitere Reformen“ einstellen müssen.

Schicksalswahl ist ein großes Wort und wird gerne alle vier Jahre erneut in den Mund genommen. Richtig ist, dass mit der Wahl am 27. September eine entscheidende Weichenstellung vorgenommen wird. Wer mitbestimmen will, sollte daher auf jeden Fall von seinem Wahlrecht Gebrauch machen. Der BDI e.V., Ihr Berufsverband, wird unter jeder Regierungskoalition die internistischen Interessen für unsere Patienten mit internistischen Erkrankungen auf allen Feldern weiter entschlossen vertreten. Er wird auch für jede neue Regierung ein ernst zu nehmender und unüberhörbarer Gesprächspartner sein.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack  
Präsident

### Bundestagswahl 2009 (Fortsetzung von Seite 1)

## Wie wählen die Ärzte?

#### ● Unter Managern und Juristen viele FDP-Wähler

Neben den Ärzten hat man auch die Berufsgruppe der Manager untersucht. Sie waren der Ausgangspunkt der Überlegung des „Cicero“. Der Anteil der FDP-Wähler ist in dieser Gruppe überdurchschnittlich hoch und wird von keiner anderen Berufsgruppe überboten: 31 % der Manager würden die FDP wählen, die CDU-Wähler sind nur noch gering in der Mehrheit. Genauso wie bei den Ärzten hat die SPD bei den Managern keine Chance. Der Anteil der Grünen-Wähler entspricht im wesentlichen dem Bundesdurchschnitt. Linke-Wähler findet man bei den Managern naturgemäß kaum.

Bei den Juristen hat man Anwälte, Richter und Verwaltungsjuristen befragt. Dabei entspricht die Wahlentscheidung der Juristen im Wesentlichen der der Ärzte. Interessant ist dabei, dass die FDP hier einen noch höheren Anteil an Wählern hat als bei den Ärzten: 28 % würden die FDP wählen. Fast genauso viele würden sich für die CDU entscheiden. Aber

auch die Grünen liegen über dem Durchschnitt während die SPD bei den Juristen wenig Anhänger besitzt. Die Umfrage bei den Juristen ist schwer zu interpretieren. Man könnte aber zu der Auffassung kommen, dass die deutschen Juristen etwas mehr Liberalität und damit auch weniger gesetzliche Vorschriften in unserem Land wünschen.

#### ● 16% der Lehrer würden die Linke wählen

Darüber hinaus hat „Cicero“ noch zwei weitere Berufsgruppen untersucht, die im Vergleich zu den drei beschriebenen Berufen aus dem Rahmen fallen. Es geht einmal um die Gruppe der Lehrer. Hier ist der höchste Anteil der Grünen-Wähler, der sich aber nur geringfügig von dem der Ärzte unterscheidet. Die FDP hat bei den Lehrern wenig Chancen. Die CDU ist im Vergleich zur SPD in der Minderheit: Diese ist bei den Lehrern stärkste Partei. Mit Erstaunen nimmt der Leser zur Kenntnis, dass 16 % der Lehrer die Linke wählen würden. Ein großer Teil der Lehrer in

die Mehrheit der Bevölkerung, nämlich links.

#### ● Meinungsbildner könnten wichtig sein

Emnid hat danach noch die Gruppe der Verkäuferinnen und Verkäufer untersucht. Dies hängt damit zusammen, dass es sich um die größte einheitliche Berufsgruppe in Deutschland überhaupt handelt. Hier nähern wir uns wieder dem Bundesdurchschnitt, auch wenn die CDU etwas weniger Anhänger hat, dafür ist die FDP etwas stärker.

#### Wahlumfrage von Emnid (Angaben in %)

	CDU/CSU	SPD	Grüne	FDP	Linke	Sonstiges
Bundesschnitt	34	27	11	13	11	4
Ärzte	33	16	21	24	4	2
Manager	35	14	13	31	4	4
Juristen	29	17	19	28	4	3
Lehrer	24	26	23	8	16	3
Verkäufer	30	26	10	16	13	6

Für die Parteien hat diese Umfrage wahrscheinlich eine eher geringere Bedeutung. Die Zahl der Ärzte ist im Vergleich zur Bevölkerung immer noch so gering, dass sie keine wahlentscheidende Gruppe darstellt. Das gleiche gilt auch für die Manager und

die Juristen sowie für die Lehrer. Dennoch sind diese Berufsgruppen Meinungsbildner und können deshalb das Wahlergebnis über ihre eigene Stimme hinaus zusätzlich beeinflussen.

HFS

### BDI-Weiterbildungsportal (Fortsetzung von Seite 1)

## Überregulierung schadet der Weiterbildung

Dieser Dokumentationsaufwand führt dazu, dass man nur eine geringere Zeit der eigenen Fort- und Weiterbildung widmen kann. Es leidet also nicht nur die Arzt-Patienten-Beziehung, sondern auch die Weiterbildung. Hier wird am schnellsten gekürzt, was man auch an ersten Reaktionen auf dem Weiterbildungsportal des BDI sehen kann. In einigen Häusern werden Rotationen kaum angeboten. Dies liegt sicherlich nicht nur an den Weiterbildungsbefugten oder der Organisation selber, sondern häufig genug an den finanziellen und organisatorischen Voraussetzungen!

#### ● Ausbildung muss Bestandteil des DRG sein!

Gerade kleine Häuser haben große Schwierigkeiten, Assistenten für eine Rotation in einen Funktionsbereich freizustellen und dort auszubilden, weil dadurch die für das Haus überlebenswichtige Patientenversorgung gefährdet wird. Hier sind wir zuständigen Ständesvertreter gefragt! Wir müssen fordern, dass endlich die Ausbildung als fester Bestandteil in die DRG-Kalkulation (bzw. in den EBM) deutlicher einfließt und die Verwaltungen diese Gelder dann auch dafür ausgeben müssen!

Sonst erleben wir einen Circulus vitiosus immer besser kontrollierter und immer schlechter weitergebildeter Ärzte.

Fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten müssen benannt werden. Wer erreicht wirklich die geforderten 500 Sonographien? Nur bei Transparenz können die Missstände aufgezeigt und eingeklagt werden! Also: Ran ans Werk, Kliniken bewerten, bei der Ärztekammer-Initiative und en detail für die Innere Medizin beim BDI!

Michael Denkinger

[www.bdi.de/weiterbildung.html](http://www.bdi.de/weiterbildung.html)



Bundestagswahl 2009 (Fortsetzung von Seite 1)

## Gesundheitspolitische Programme der CDU und der Grünen

### • Die CDU

Erst am 28. Juni haben CDU und CSU ein gemeinsames Wahlprogramm verabschiedet – später als die anderen Parteien. „Wir haben die Kraft – Gemeinsam für unser Land“ heißt der Fahrplan für die nächsten vier Jahre. Drei Seiten dieses 63-seitigen Regie-

rungsprogramms sind der Gesundheitspolitik gewidmet. Tatsächlich erfährt man daraus nicht viel, die CDU/CSU bleibt bei vielen wichtigen Themen bei unverbindlichen Floskeln, auf konkrete Diskussionspunkte wie den Gesundheitsfonds wird nicht eingegangen. Immerhin wird die

Wichtigkeit der Freien Berufe im Gesundheitswesen betont sowie ein Honorarsystem mit „festen Euro-Preisen“ für Ärzte und eine „an der Basis der Ärzteschaft akzeptierte Selbstverwaltung“ erwähnt. Die bestehende Krankenhausfinanzierung soll erhalten bleiben, die integrierte Versorgung ausgebaut werden. Eine staatliche Einheitsversicherung wird abgelehnt. Von weniger Bürokratie, wohnortnaher Versorgung und Eigenverantwortung ist ebenfalls die Rede – unverbindlich und ohne ins Detail zu gehen.

Insgesamt macht das Papier den Eindruck, als ob man sich mit Fragen der Umsetzung weniger beschäftigt habe.

Eine Stellungnahme der Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU aus dem Jahre 2006, die zwar auch in vielen Punkten recht vage war, war im Vergleich mit diesem Programm schon deutlich genauer.

### • Die Grünen

Die Grünen beschreiben in ihrem Programm die sozialen Gegensätze in der Bundesrepublik. Das Gesundheitssystem stelle sich „als eines mit zwei Wartezimmern“ dar, wobei der Standard der Privaten als Maßstab genommen wird. Insofern bildet die „Grüne Bürgerversicherung“ den Mittelpunkt des Programms. Es gibt alles, vor allem ohne Selbstbeteiligung. „Bei der Gesundheit sind alle

gleich“, nur nicht beim Beitrag: Der steigt mit dem Einkommen.

Strukturell hat man eher wenig zu bieten, das über Gemeinplätze wie „Gesundheitsversorgung aus einer Hand“ und die Forderung der Zusammenarbeit von Ärzten, Krankenhäusern und Gesundheitsberufen hinausgeht. Besonderen Augenmerk richtet man auf die Drogenpolitik. Die Gesundheitspolitik ist im übrigen bei den Bündnis-Grünen nicht in einem Kapitel zusammengefasst, sondern teilweise versprengt im sozialpolitischen Diskurs.

HFS/SC

### Regierungsprogramm 2009 – 2013 der CDU/CSU (Auszug)

## Wir haben die Kraft – Gemeinsam für unser Land

CDU und CSU wollen, dass auch in Zukunft jeder in Deutschland – unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft oder gesundheitlichem Risiko – eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe medizinische Versorgung erhält und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik von CDU und CSU stehen die Patienten und Versicherten. Gerade im Umgang mit Kranken, Älteren und Schwachen zeigt die Gesellschaft ihr soziales Gesicht und ihr Wertefundament.

### Leistungsfähiges und modernes Gesundheitssystem

Aufgrund des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts und des demografischen Wandels müssen Struktur, Organisation und Finanzierung sowohl der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung ständig weiterentwickelt werden. Wir brauchen mehr Transparenz und Wettbewerb und weniger Bürokratie im Gesundheitswesen, damit die Qualität weiter steigt und die Mittel effizienter eingesetzt werden. Zum Erfolg des deutschen Gesundheitswesens haben entscheidend die Freien Berufe beigetragen. Sie gewährleisten eine patientennahe, humane und fachlich hochwertige medizinische Versorgung nicht nur in Ballungszentren, sondern auch in ländlichen Regionen und gewährleisten so Versorgungssicherheit. Regionalität statt Zentralismus hat sich in der Gesundheitspolitik bewährt. Die Freien Berufe müssen deshalb auch weiterhin eine der tragenden Säulen erstklassiger Patientenversorgung sein. Um dies zu gewährleisten, werden wir bürokratische Vorgaben und Dokumentationspflichten drastisch auf ein Maß reduzieren, das zur Abrechnung und Qualitätssicherung unabdingbar notwendig ist. Planbarkeit, Verlässlichkeit und Vertrauen müssen die zukünftige Finanzierung prägen. Im konstruktiven Dialog mit den im Gesundheitswesen Tätigen werden wir die erforderlichen Kurskorrekturen (beispielsweise beim ärztlichen Honorarsystem und beim Risikostrukturausgleich) festlegen, damit unser Gesundheitswesen zukunfts- und tragfähig bleibt.

• Wir setzen auf eine Kultur des Vertrauens und des Verantwortungsbewusstseins im Gesundheitswesen. Wir wollen,

dass die Beteiligten in einem selbstverwalteten Gesundheitswesen als Partner handeln und lehnen eine Staatsmedizin ab. Vor allem der Selbstverwaltung der Ärzte ist daher die Möglichkeit zu geben, sich wieder als echte Interessensvertretung ihrer Mitglieder zu etablieren. Denn nur eine an der Basis der Ärzteschaft akzeptierte Selbstverwaltung kann ihre Funktion im Gesundheitswesen auch erfüllen.

- Therapiefreiheit, freie Arzt- und Krankenhauswahl sowie freie Gesundheitsberufe gehören für uns zum Kern eines freiheitlichen Gesundheitswesens. Niedergelassene freiberuflich tätige Haus-, Fach- und Zahnärzte, Apotheker, selbständige Gesundheitshandwerker und Heilmittelherbringer sind für uns auch in Zukunft Garanten für eine qualitativ hochwertige, patientennahe Versorgung. Diese Strukturen gilt es, neben dem Bereich der stationären Krankenhausversorgung, zu bewahren und geänderten gesellschaftlichen Verhältnissen anzupassen. Der Sicherung einer wohnortnahen Versorgung vor allem in ländlichen Regionen werden wir besondere Aufmerksamkeit widmen.
- Medizinische Versorgungszentren sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Wesentlich ist dabei vor allem, dass diese nur von Ärzten und Krankenhäusern als Träger verantwortlich geführt werden. Eigentümer geführte Apotheken und strikte Grenzen für den Arzneimittelversandhandel sind unverzichtbare Stützen für die Arzneimittelsicherheit. Wir schätzen die große Kompetenz und Leistung in den pflegerischen Gesundheitsberufen und wollen ihre Verantwortung für die Patientinnen und Patienten stärken.
- Wir werden Eigenverantwortung, Vorsorge und Prävention weiter stärken, Effizienz- und Wirtschaftlichkeitspotenziale ausschöpfen sowie individuelle Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume ausweiten. Wir wollen, dass Versicherte und Patienten bundesweit unkomplizierten Zugang zu unabhängiger Information und Beratung im Gesundheitswesen erhalten. Angesichts der Vielfalt der Angebote wollen wir über verlässliche und verständliche Kriterien

zu Leistung, Qualität und Preis zu mehr Transparenz und besserer Orientierung – sowohl bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen als auch bei Kostenerstattungstarifen beitragen. Wir werden auch die unabhängige Patientenberatung stärken und die Patientenrechte in einem eigenen Patientenschutzgesetz weiterentwickeln.

- Wir wollen die Motivation und Leistungsbereitschaft in den Gesundheitsberufen stärken und attraktive Bedingungen auch in ländlichen Regionen sichern. Ziel ist es, eine leistungsgerechte, qualitätsorientierte und besonderen regionalen Rahmenbedingungen Rechnung tragende vertragsärztliche Vergütung zu gewährleisten, die die Besonderheiten der Leistungen der einzelnen Arztgruppen berücksichtigt und den Ärzten mit festen Euro-Preisen Planungssicherheit gibt. Es muss gewährleistet werden, dass die Ausgabensteigerungen sich im Rahmen der allgemeinen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bewegen.
- Wir werden die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Kassen und Leistungserbringer mehr Möglichkeiten für passgenaue und einzelvertragliche Regelungen erhalten. So können auf die jeweiligen Versorgungserfordernisse in den Regionen individuell zugeschnittene Versorgungskonzepte entstehen, die den regionalen Besonderheiten ebenso Rechnung tragen wie den aus unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen erwachsenden differenzierten Anforderungen an die Vertragsgestaltung. Unabdingbar ist für uns auch künftig eine kollektivvertragliche Regelung zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum. Besonderen Qualitätsanforderungen genügende hausarztzentrierte Versorgung hat für uns dabei eine hohe Priorität. Einen ebenso hohen Stellenwert hat für uns in Zukunft aber auch die Erhaltung eines breiten Spektrums an freiberuflichen niedergelassenen Fachärzten.
- Mit den Reformen im Bereich der Krankenhäuser haben wir die Grundlage für einen neuen ordnungspolitischen Rahmen geschaffen. Diesen Rahmen werden wir insbesondere im Hinblick auf die regionalen Besonderheiten weiterentwi-

ckeln. Die bestehende Krankenhausfinanzierung hat sich bewährt. Einen bundesweiten Einheitspreis lehnen wir ab. Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch Investitionszuschüsse und der Einzelförderung von Investitionen zu entscheiden, bleibt erhalten. Zur stärkeren Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren wollen wir die integrierte Versorgung weiterentwickeln. Um Synergieeffekte zu erschließen, werden wir durch bessere Versorgungsmodelle die Sektorengrenzen durchlässiger machen. Insbesondere werden wir die palliativmedizinischen Versorgungsangebote weiter ausbauen und fördern.

- Unverzichtbare Anforderungen an die Arzneimittelversorgung sind für uns unabhängige Information, Beratung und Betreuung, Sicherheit und Verfügbarkeit sowie Innovation, Vielfalt und Wirtschaftlichkeit. Daher werden wir Auswüchse im Versandhandel eindämmen, den gesetzlichen Rahmen für Rabattverträge im Interesse der Wettbewerbs- und Verbraucherfreundlichkeit überarbeiten und die Vielzahl der zum Teil gegensätzlichen Instrumentarien zur Preisfindung und -festsetzung auf ihre Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit hin überprüfen.
- CDU und CSU bekennen sich nachdrücklich zu einer Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im deutschen Gesundheitswesen. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, deren Ausbau verbessert nicht nur Gesundheit, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Menschen, sondern kann auch die künftigen finanziellen Belastungen unserer Sozialsysteme mindern. Deshalb wollen wir die Prävention aufwerten ohne dabei eine neue Bürokratie zu schaffen. Prävention braucht keine zentralistische Steuerung sondern klare Regelungen der Zuständigkeiten und Finanzierung nach subsidiären Prinzipien. Vor allem auf kommunaler und regionaler Ebene wollen wir die Kooperation zwischen den gesellschaftlichen Akteuren verstärken, gemeinsame Ziele definieren, vorhandene Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit und Effizienz hin prüfen sowie vorhandene Strukturen nutzen. Ein wichtiger Schritt zur Stärkung von Eigen-

verantwortung, Prävention und Gesundheitsförderung ist die Weiterentwicklung von Bonus-Modellen, Wahl- und Selbstbehaltstarifen.

- Unsere verantwortungsbewusste Drogenpolitik verbindet Prävention, Hilfe zum Ausstieg für Süchtige und eine Bekämpfung der Drogenkriminalität mit allen rechtsstaatlichen Mitteln. Eine „Legalisierung“ angeblich „weicher Drogen“ lehnen wir ab.
- Unser Ziel ist es, die Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung zu sichern und die gesetzliche Krankenversicherung mittelfristig auch im Hinblick auf mehr Generationengerechtigkeit konsequent weiterzuentwickeln. Wir wollen für die Versicherten zusätzliche Belastungen in Grenzen halten und Entlastungsspielräume nutzen. Die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen ist dabei ein wichtiges Element. Hohe Qualitätsstandards müssen auch in Zukunft in allen Versorgungsbereichen gewährleistet bleiben. Hinzukommen muss mehr Transparenz und echte Wahlfreiheit für Versicherte.
- Wir bekennen uns zu leistungsfähigen privaten Krankenversicherungen, die zu einem freiheitlichen Gesundheitssystem in Zukunft als Voll- und Zusatzversicherung gehören. Wir wollen, dass die gesetzlichen Möglichkeiten der Zusammenarbeit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen stärker als bisher genutzt und erweitert werden. Eine staatliche Einheitsversicherung lehnen wir ab.
- Die Gesundheitswirtschaft ist eine der größten Wachstumsbranchen in Deutschland. Der medizinisch-technische Fortschritt, der demografische Wandel und ein zunehmendes Gesundheitsbewusstsein sprechen dafür, dass diese Branche auch in Zukunft auf Wachstums- und Beschäftigungskurs bleiben wird. Die Gesundheitsforschung trägt dazu bei, mit Innovationen die Lebensqualität von Menschen aller Lebensalter zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern.

## Das gesundheitspolitische Programm der Grünen (Ausschnitte\*)

Die Blockaden lösen –  
Soziale Teilhabe für alle

Aber auch sonst sind die Versprechen des alten Gesellschaftsvertrages, dass alle Menschen am steigenden Wohlstand teilhaben sollten, dass mit Anstrengungen ein Aufstieg auch aus ärmeren Verhältnissen möglich sei, dass derjenige, den Arbeitslosigkeit oder Krankheit ereilt, auf die Solidarität der Gesellschaft zählen kann, hohl geworden. Vom steigenden Wohlstand profitiert nur noch eine Minderheit, während die Mehrheit mit sinkenden Löhnen und unsicheren Beschäftigungsverhältnissen Vorlieb nehmen muss. Die Schere zwischen Arm und Reich hat sich in Deutschland schneller als in anderen Ländern geöffnet. Alleine 2,5 Millionen Kinder sind arm und müssen auf dem Niveau von Sozialhilfe leben. Millionen Menschen arbeiten zu Löhnen, die zum Leben nicht reichen. Viele Menschen machen sich Sorgen um Armut im Alter, die in den kommenden Jahren massiv zu wachsen droht. Viele verlieren durch die Schikanen des ALG II mit der Arbeitslosigkeit auch ihre Würde. Und das Gesundheitssystem stellt sich für viele als eines mit zwei Wartezeimmern dar, bei der nur die Versicherung in einer privaten Krankenkasse eine schnelle und angemessene Behandlung sichert.

(...)

## ■ Eine für alle statt Zwei-Klassen-Medizin: Die Grüne Bürgerversicherung

Wer arm ist, hat eine niedrigere Lebenserwartung. Dieser Satz beschreibt die traurige Realität des Zwei-Klassen-Gesundheitssystems in Deutschland. Auch hierzulande hängt die Gesundheit vom Geldbeutel ab.

Menschen mit geringem Einkommen, Familien, chronisch Kranke oder Menschen, die mit seltenen Krankheiten leben, können sich zumeist aufgrund ihres niedrigen Einkommens nicht zu bezahlender Medikamente oder zusätzlich zu bezahlende medizinische Leistungen leisten oder in eine privatärztliche Behandlung ausweichen. Der schon bestehende Trend hin zu einer Zwei-Klassen-Medizin mit Praxisgebühr, Zuzahlung, Selbstzahlung und langen Wartezeiten für die gesetzlich Versicherten muss deshalb dringend gestoppt werden. Unser Ziel ist es, die Gesundheitschancen für alle zu verbessern und die medizinisch notwendige Versorgung unabhängig von Einkommen, Geschlecht, Herkunft, sozialer Lage und Wohnort mit hoher Qualität sicherzustellen. Gesundheits- und Pflegesystem sind ein elementarer Bestandteil eines funktionierenden Gesellschaftsvertrages. Wer krank ist, der muss sich darauf verlassen können, dass er Zugang zu einem Gesundheitssystem hat, in dem er weder fehlt noch unterversorgt ist.

Eine für alle, statt Flucht aus der Solidarität: Im Gesundheitssystem wollen wir mit der Grünen Bürgerversicherung alle Menschen in die solidarische Finanzierung einbeziehen und damit die Zwei-Klassen-Medizin abschaffen. Mehr Wettbewerb zwischen den Kassen in einem einheitlichen Wettbewerbsrahmen und mehr Wettbewerb zwischen Leistungsbringern zugunsten der Patientinnen und Patienten ist dabei sinnvoll. Wir wollen eine Bürgerversicherung, in die alle gemäß ihrer tatsächlichen Leistungsfähigkeit einbezahlt und

die allen unabhängig von ihrem Geldbeutel die notwendige und angemessene medizinische Versorgung garantiert. Wir wollen verhindern, dass sich ausgerechnet die Leistungstärksten aus dem solidarischen Umlagesystem in die Privatversicherung flüchten können. Und wir wollen verhindern, dass die Finanzierung des Gesundheitssystem einseitig durch die Lohn Einkommen erfolgt. Deshalb wollen wir auch andere Einkommensarten wie Kapitaleinkommen in die Finanzierung einbeziehen. Damit durch die Heranziehung weiterer Einkommensarten nicht vor allem kleine und mittlere Einkommensbezieher belastet werden, wollen wir für die zusätzlichen Einkommensarten Freigrenzen einräumen und die Beitragsbemessungsgrenze anheben. Auch die Pflegeversicherung wollen wir zu einer Bürgerversicherung für alle weiterentwickeln.

Mehr Gerechtigkeit im Gesundheitssystem lässt sich aber nicht alleine mit einer Reform der Einnahmeseite erzielen. Wir brauchen auch eine Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention, vor allem aber deren zielgenaue Ausrichtung auf sozial Benachteiligte. Prävention, die rund um die Geburt anfängt und im Kindergarten und Schule stattfindet, um Kinder und Jugendliche zu mehr gesundheitlicher Selbstbestimmung zu befähigen und auch die sozial Schwachen erreicht. Denn von den bisherigen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention werden diese kaum erreicht.

Außerdem muss die Versorgung und Betreuung chronisch kranker Menschen

verbessert werden. Dazu gehört die Förderung der Zusammenarbeit von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsberufen. Diese „Gesundheitsversorgung aus einer Hand“ ist besonders wichtig für chronisch Kranke, die oft nicht die Kraft haben, sich durch den Dschungel der verschiedensten Fachärztinnen und Spezialuntersuchungen zu schlagen. Dazu gehört auch die Wahlmöglichkeit zwischen den unterschiedlichen Behandlungsarten und die Einbeziehung anerkannter alternativer Behandlungsmethoden.

Der Gedanke der Prävention, die Orientierung am Patienten und der Wettbewerb um Qualität müssen im Gesundheits- und im Pflegesystem gestärkt, aber auch ausreichend finanziert werden. Deshalb verbinden wir den Einstieg in die Bürgerversicherung mit wichtigen Strukturreformen, wie dem Ausbau der Integrierten Versorgung oder einem echten Wettbewerb in der pharmazeutischen Industrie, Transparenz und eine Positivliste.

Und dazu gehört nicht zuletzt, Patienten, Pflegebedürftige und Pflegepersonen stark zu machen. Durch Beratungsangebote, bei denen sie in schwierigen Lebenssituationen Rat und Hilfe finden können. Durch die Offenlegung guter und schlechter Qualität, damit sie sich mit guten Gründen für oder gegen ein Krankenhaus, ein Pflegeheim, einen Pflegedienst oder einen Arzt entscheiden können. Durch ein Patientenrechte-Gesetz, dass die bestehenden Regelungen systematisch und übersichtlich zusammenfasst und weiterentwickelt. Denn die

Patienten müssen zu dem Taktgebern im Gesundheitswesen werden.

## ■ Wende in der Drogenpolitik – für Prävention, Hilfe und Entkriminalisierung

Wir wollen eine rationale Drogenpolitik, die auf den Dreiklang aus Prävention, Hilfe und Entkriminalisierung setzt. Drogenpolitik steht in dem schwierigen Spannungsverhältnis, dass Selbstbestimmungsrecht der Menschen zu achten, zugleich aber die Entstehung von Sucht durch Prävention zu bekämpfen, Kinder und Jugendliche zu schützen und Schwerstabhängigen zu helfen. Die Politik der Kriminalisierung von Konsumentinnen führt dabei in die Sackgasse. Schwerstabhängige brauchen Hilfe, keine Strafverfolgung. Für sie wollen wir eine kontrollierte medizinische Abgabe („Heroinprojekt“). Bei weichen Drogen wie Cannabis wollen wir unter Berücksichtigung des Jugendschutzes eine legale Abgabeform ermöglichen. Unser Ziel ist eine wirksame und glaubwürdige Prävention und der Kinder- und Jugendschutz. Ausgeweitet und verbessert werden müssen zudem die Angebote zur Therapie und zur Schadensminderung (z. B. Drug-checking-Programme).

\* Gesundheitspolitisch nicht relevante Aspekte wurden aus Platzgründen herausgenommen.



Die Redaktion von BDI aktuell freut sich über jeden Leserbrief. Bitte richten Sie Ihre Leserbriefe an [bdi-aktuell@thieme.de](mailto:bdi-aktuell@thieme.de) oder schreiben Sie an den Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden.

## Leserbrief

## „Haben wir es denn überhaupt besser verdient?“

zum Beitrag „Wertschätzung wichtiger als Geld“ in BDI aktuell 6/09

Mit Ihrem oben genannten Artikel gehen Sie auf ein seit langem bekanntes, jedoch allmählich bedrohlich werdendes Problem unserer Gesundheitsversorgung ein.

Die von Professor Siegenthaler angesprochene Bedeutung der Wertschätzung für die ärztliche Tätigkeit ist auch aus der Erfahrung von mir und vieler meiner Kolleginnen und Kollegen ein entscheidender Motivationsfaktor. Was aber ist unter dieser Wertschätzung zu verstehen? Blumen oder ein Lob vom Chef: „Das haben Sie aber toll gemacht.“?

Wertschätzung im Arbeitsalltag zeigt sich besonders in den Fragen zur Struk-

tur- und Prozessqualität in allen Tätigkeitsbereichen.

Welche Informationen benötigen Sie noch um Ihre Arbeit besser (d. h. schneller, sicherer, effektiver oder kostengünstiger) durchführen zu können? Wie können wir Ihnen helfen schneller an diese Informationen zu gelangen? Welche Absprachen zwischen den direkt und indirekt am Arbeitsprozess Beteiligten können Ihnen helfen Ihre Arbeit besser durchführen zu können? Durch welche Materialverbesserungen (z. B. Formularaktualisierungen) können wir unsere Arbeit optimieren? Durch welche Maßnahmen können wir Sie bei Ihrer Tätigkeit unterstützen? Die Berücksichtigung solcher Fragen ist neben einer

ausreichenden Personalausstattung die Voraussetzung für ein gutes Arbeitsklima, eine gute Weiterbildung, angemessene Arbeitszeiten und eine gute Patientenversorgung. Zusammengefasst nennt man dies bekanntlich Qualitätsmanagement.

Viele deutsche Krankenhäuser haben jedoch über Jahre diese Fragen ignoriert. Auch heute noch erlebe ich in vielen Krankenhäusern, dass der Sinn des Qualitätsmanagements immer noch nicht verstanden wurde und sich weiterhin mit der Erstellung formal geforderter und am „grünen Tisch“ entwickelter Dokumente begnügt wird. Gleichzeitig wird aber stark über das Desinteresse des Nachwuchses geklagt. Schuld an

dieser Misere sind sicher nicht nur die Führungskräfte im Krankenhaus sondern auch die Gesellschaft, ihre Politiker, die Ärztekammern und -verbände, die sich jahrelang nicht sehr um die Qualität der Weiterbildung bemüht haben.

Die vom BDI initiierte online-Weiterbildungsbeurteilung ist hier sicher ein Schritt in die richtige Richtung. Wenn aber weiterhin nicht mehr geschieht als bisher, bleibt uns dann nicht die Frage: Haben wir es denn überhaupt besser verdient?

Christoph Ley, Facharzt für Innere Medizin, Frechen

## Kommentar

**Achtung, Einsturzgefahr!**

Entweder Abrissbirne oder Vollsanierung – nach Ansicht von Andreas Köhler muss sich die Politik jetzt entscheiden, was aus den Körperschaften künftig werden soll. Dieses von Köhler apostrophierte Bild symbolisiert zutreffend den Gesamtzustand des KBV- und KV-Hauses. Die Bau-substanz ist angegriffen, das Wasser steht kniehoch im Keller, das Fundament zeigt erste Risse. Doch für den Zustand der Immobilie sind weder Gesetzgeber noch Regierungen alleine verantwortlich.

● **Honorarprobleme haben alles überlagert**

Die in den vergangenen Wochen entstandene Verunsicherung um die Einführung des Euro-EBM müssen sich KBV und KVen selbst zuschreiben. Eine zum Teil desaströse Informationspolitik hat dieses Chaos ausgelöst. Es war, um im Bild zu bleiben, ein Wasserschaden, der leider bis zum heutigen Tag immer noch nicht behoben werden konnte.

Hinzu kommen strategische Fehler, die dazu geführt haben, sich immer wieder in der Öffentlichkeit gegen angeblich überzogene Honorarforderungen verteidigen zu müssen. Und das, obwohl zum jetzigen Zeitpunkt jeder weiß, wie schwer es ist, dem Argument „Ihr habt über drei Milliarden Euro mehr bekommen“ zu widersprechen. Das haben die Talkrunden in den vergangenen Wochen immer wieder gezeigt.

Die Botschaft in Richtung Öffentlichkeit, dass es neben der Honorarwelt auch um die Sicherstellung der ambulanten Versorgung und damit um die Patientenversorgung geht, hat Köhler gestern vielleicht im Ansatz transportieren können. Er rief seine Kollegen dazu auf, sich stärker in der Rolle des Versorgungsgestalters zu sehen.

● **Ein Kampf gegen Windmühlen**

Zentraler Punkt ist dabei der Kollektivvertrag, der in der Welt des KBV-Vorsitzenden lediglich durch Selektivverträge flankiert werden soll. Doch

damit wird Köhler aktuell kaum punkten können. Der Gesetzgeber will Selektivverträge, und der Ruf Köhlers nach einer neuen Wettbewerbsordnung wird kaum Gehör finden. Mag dabei die Kritik an den Verträgen auch in Sachen Datenschutz noch so hoch sein – der Zug wird weder von der KBV noch von den KVen aufzuhalten sein.

Für sein Modell einer reformierten ambulanten Versorgung auf der Grundlage sektorübergreifender Versorgungsketten wird der KBV-Vorsitzende noch Mitstreiter suchen müssen. Sein erster Versuch, der dazu im vergangenen Jahr gestartet wurde,

musste auf Wiedervorlage gelegt werden.

Und am Ende ist dann immer noch nicht klar, ob diese Aktivitäten ausreichen werden, dem Haus KBV und KV wieder ein sicheres Fundament zu geben. In diesem Punkt hat Köhler völlig Recht: Dann muss sich die Politik für die Voll-Sanierung und gegen die Abrissbirne entscheiden.

*Wolfgang van den Bergh*

Dieser Kommentar ist erstmals erschienen in der Deutschen Ärztezeitung vom 19.5.2009.

**Betrug in der Wissenschaft**

Im Archiv of Internal Medicine (Bd 169, S. 1022) setzt man sich mit den Publikationen in der medizinischen Wissenschaft kritisch auseinander. Bei vielen Kritikern hatte sich bereits in der Vergangenheit der Eindruck breit gemacht, dass über positive Untersuchungsergebnisse öfter berichtet wird als über negative. Nach dieser Publikation betätigt sich diese Vermutung. Ausgelöst wird dieses Problem bereits von den externen Gutachten, die 83 % der Artikel mit positiven Ergebnissen, aber nur 5 % der Artikel mit negativen für publikationswürdig erachtet haben.

Der weitere Artikel (PLOS One, S. e5738) beschäftigt sich mit dem Vorwurf, dass manche Ergebnisse geschönt werden, einfach um die unterstellte Hypothese doch noch zu bestätigen. Bei anonymen Umfragen gaben 2 % der Wissenschaftler solche Betrügereien zu, aber 72 % vermuten, dass ihre Kollegen unsauber arbeiten. Hier scheint eine große Dunkelziffer zu existieren.

Insgesamt unterstützen solche Beobachtungen die Vermutung des IQWiG, dass in der Wissenschaft zu positiv berichtet wird. Dies schafft Misstrauen bei solchen Institutionen, die von Amts wegen medizinische Entscheidungen treffen müssen und dabei auf Ehrlichkeit in der Wissenschaft angewiesen sind. Auch negative Untersuchungsergebnisse müssen publiziert werden und sollten nicht unter Verschluss gehalten werden.

HFS

Anzeige

(210 x 280)

Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage

# Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern

Trotz aller noch verbleibenden und primär zu mobilisierenden Effizienzpotentiale steht das deutsche Gesundheitswesen einer Mittelknappheit gegenüber, die aufgrund ethischer, rechtlicher und ökonomischer Argumente nicht allein durch eine weitere Erhöhung der sozialstaatlichen Mittel im Gesundheitssektor kompensiert werden kann [1, 2]. Gegenwärtig werden in Deutschland die damit unausweichlichen Rationierungen – hier verstanden als das Vorenthalten eines (Netto-)Nutzens für den Patienten – auf implizite, meist intransparente Art und Weise von Ärzten durchgeführt, deren Entscheidungsspielräume durch Budgets und prospektive Vergütungen (DRGs) begrenzt werden. Diese Form der Kostenkontrolle ist zwar effektiv, wirkt sich aber unvermeidlich nicht nur auf die Qualität, sondern auch auf die Gerechtigkeit der Versorgung aus, da – wie empirische Untersuchungen belegen – von Arzt zu Arzt unterschiedliche Verteilungskriterien zur Anwendung kommen [3, 4]. Das Thema Rationierung wird deshalb zunehmend auch in der deutschen Ärzteschaft diskutiert.

Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) plädierte in einem Positionspapier vom September 2007 für eine explizite Priorisierung im Gesundheitswesen [5]. Im Mai 2008 wies die Bundesärztekammer in ihrem Ulmer Papier öffentlichkeitswirksam darauf hin, dass Rationierung gegenwärtig stattfindet und durch Rationalisierungen allein nicht zu verhindern sei [6]. Die Diskussion fokussiert bislang vor allem auf Zuteilungsentscheidungen auf der Makroebene des Gesundheitssystems. Dabei droht aus dem Blick zu geraten, dass bislang noch nicht einmal ansatzweise geklärt ist, wie Ärzte auf der Mikroebene in einer medizinisch und ethisch vertretbaren Weise die unvermeidlichen und bereits heute prävalenten Rationierungsentscheidungen treffen sollen. Um praxistaugliche Lösungsansätze für die Mikroebene zu entwickeln, bedarf es zunächst sozialempirischer Studien mit Ärzten, um ein tiefergehendes Verständnis der Probleme bei der ärztlichen Rationierung zu gewinnen. Aus Deutschland liegen zwei jeweils im Deutschen Ärzteblatt publizierte

quantitative Surveys vor [7, 8]. In der Umfrage von Kern et al. unter Lesern des Deutschen Ärzteblatts gaben 73 % der Befragten an, es finde heute schon eine Rationierung von Gesundheitsleistungen statt. In der Studie von Boldt und Schöllhorn antworteten 67 % der befragten Leiter von Intensivstationen, dass bereits Rationierung stattfinde. Eine repräsentative Umfrage unter Assistenzärzten und leitenden Ärzten, welche zudem die individuellen Häufigkeiten von Rationierungsmaßnahmen untersucht, liegt für den deutschen Kontext bislang noch nicht vor. Die hier vorgestellte Umfragestudie verfolgte deshalb das übergreifende Ziel, die ärztliche Rationierung in Deutschland in 2 ausgewählten Praxisbereichen, der Kardiologie und der Intensivmedizin genauer zu untersuchen. Beide Bereiche stellen besonders interessante Studienobjekte für Rationierungsentscheidungen dar, da sie eine hohe Krankheitslast und viele kostspielige Interventionen mit fraglichem Grenznutzen aufweisen, wodurch sich – so unsere Hypothese – Fragen der Leistungsbegrenzung

eher stellen. Sie unterscheiden sich aber in einer für die Forschungsfragen relevanten Hinsicht: Die empirische Nutzenabschätzung ist in der Kardiologie aufgrund der guten Studienlage besser möglich als in der Intensivmedizin, was eine explizite Leistungssteuerung erleichtert. Damit konnten wir verschiedene Einflussfaktoren der Rationierung untersuchen: Wie unterscheidet sich die Häufigkeit von Rationierungen in Abhängigkeit vom Fachbereich, vom Arztstatus (leitende Ärzte vs. nicht leitende Ärzte) und vom Krankenhausträger? Darüber hinaus haben wir untersucht, wie sich die gegenwärtige, vor allem von impliziter Rationierung gekennzeichnete Situation auf die Arbeitszufriedenheit der Ärzte und die Arzt-Patienten-Beziehung auswirkt und wie Ärzte verschiedenen Strategien zum Umgang mit der Mittelknappheit gegenüberstehen.

## Methodik

### ● Fragebogenentwicklung

Die Entwicklung des Fragebogens beruht auf

1. den Ergebnissen qualitativer Interviews in der Kardiologie und Intensivmedizin [4, 9],
2. den Ergebnissen einer systematischen Übersichtsarbeit zu internationalen Studien mit ähnlicher Fragestellung [10] sowie



Bild: MEV

### 3. auf Panel-Diskussionen im BMBF-

Forschungsverbund „Allokation“. Eine erste Version des Fragebogens wurde in kognitiven Interviews mit Klinikärzten unter Anwendung der „Thinking aloud“- und „Probing“-Technik sowie in einem Pretest evaluiert und modifiziert [11]. Um Interpretationsschwierigkeiten durch unterschiedliche Begriffsverwendungen zu reduzieren, wurde im Fragebogen nicht nach der Häufigkeit von Rationierung, sondern nach der Häufigkeit des Vorenthaltes einer medizinisch nützlichen Leistung aus Kostengründen gefragt. Hierzu wurden 5- bis 6-stufige Likert-Skalen verwendet mit der Unterteilung: (i) mindestens einmal pro Tag, (ii) mindestens einmal pro Woche, (iii) mindestens einmal pro Monat, (iv) seltener als einmal pro Monat, (v) noch nie und (bei der Frage nach spezifischen Interventionen) (vi) in unserer Abteilung nicht verfügbar. Zusammengefasst wurden die Antwortmöglichkeiten (i) und (ii) als „häufig“ und (iii) und (iv) als „selten“. Aus Praktikabilitätsgründen wurden die Studienteilnehmer nicht aufgefordert, ihre Häufigkeitsangaben durch konkrete Beispiele zu erläutern. Sie mussten ebenfalls nicht angeben, mit welcher Evidenz sie die jeweiligen Maßnahmen für welchen Patienten als nützlich angesehen haben. Die Ergebnisse zur Häufigkeit von ärztlicher Rationierung sind deshalb als eine subjektive Einschätzung der Ärzte zu interpretieren. Einschätzungen zu den Auswirkungen von Rationierungen auf Ärzte und Patienten sowie zu Alternativen im Umgang mit Mittelknappheit wurden mit vierstufigen Likert-Skalen erfasst: (i) stimme voll zu, (ii) stimme eher zu, (iii) stimme eher nicht zu, (iv) stimme überhaupt nicht zu. Die Antwortmöglichkeiten (i) und (ii) wurden zusammengefasst als „Zustimmung vorhanden“ und (iii) und (iv) als „Zustimmung nicht vorhanden“.

### ● Studiendesign und Sample

In einem ersten Schritt wurde eine bundesweite, disproportional geschichtete Zufallsstichprobe von Kliniken aus dem Krankenhausverzeichnis des Statistischen Bundesamtes gezogen [12]. Schichtungsmerkmale waren a) Kliniken mit internistischen Betten (zur Identifizierung von kardiologischen Abteilungen) und Kliniken mit internistischen und chirurgischen Betten (zur Identifizierung von intensivmedizinischen Abteilungen) und b) Träger des Krankenhauses (öffentlich, freigemeinnützig, privat). Pro Klinik wurde nur eine Abteilung für Kardiologie und eine Abteilung für Intensivmedizin ausgewählt. Per E-Mail oder Telefon wurden die Chefarzte der jeweiligen Kliniken/Abteilungen über die geplante Studie informiert (Preminder) und die Anzahl ärztlicher Mitarbeiter erfragt. Die abschließende Zusammenstellung des Studiensamples zielte auf eine vergleichbare Anzahl von Ärzten in den einzelnen Schichten. Von Januar bis April 2008 erhielten die Chefarzte per Post ein erneutes persönliches Anschreiben mit der Bitte an jeden Arzt einen der beigefügten kodierten Fragebögen mit frankierten Rücksendeumschlag zu verteilen (Vollerhebung pro Abteilung). Zudem wurden die Chefarzte explizit gebeten, eine anonyme Teilnahme aller Ärzte zu ermöglichen. 2 Wochen später erhielten die Chefarzte per E-Mail einen Reminder, nach weiteren 2 Wochen wurden erneut Fragebögen mit einem Anschreiben verschickt. Dabei wurde berücksichtigt, wie viele Fragebögen bislang aus den jeweiligen Krankenhäusern schon zurückgeschickt wurden. Bei Kliniken, von denen kein Fragebogen zurückkam oder bei denen nur der Chefarzt geantwortet hatte, wurde per Telefon erfragt, ob die Fragebögen an die Ärzte verteilt wurden. Wenn Chefarzt oder Sekretariat angaben, die Frage-

Tab. 1 Zusammensetzung des Studiensamples. In Klammern steht die Anzahl der verteilten Fragebögen.

	Öffentlich	Freigemeinnützig	Privat	Gesamt
Kardiologie	116 (195)	53 (180)	72 (187)	241 (562)
Intensivmedizin	98 (198)	78 (186)	85 (191)	266 (575)
Gesamt	214 (393)	128 (368)	155 (376)	507 (1137)

Tab. 2 Häufigkeiten der Ausprägungen der Prädiktorvariablen in Abhängigkeit der Kriteriumsvariablen.

Prädiktorvariable	Kriteriumsvariable			
	Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten eine für den Patienten nützliche Maßnahme aus Kostengründen nicht durchgeführt bzw. durch eine preiswertere und zugleich weniger effektive Leistung ersetzt?			
	häufig	selten	nie	N
<b>Art der Abteilung</b>				
Kardiologie	40 (17%)	147 (62%)	51 (21%)	238 (100%)
Intensivmedizin	26 (10%)	176 (66%)	63 (24%)	265 (100%)
Gesamt	66 (13%)	323 (64%)	114 (23%)	503 (100%)
<b>Arztfunktion</b>				
Leitend	22 (17%)	61 (48%)	44 (35%)	127 (100%)
Nicht-leitend	43 (12%)	257 (70%)	66 (18%)	366 (100%)
Gesamt	65 (13%)	318 (65%)	110 (22%)	493 (100%)
<b>Trägerschaft</b>				
Öffentlich	25 (12%)	139 (65%)	49 (23%)	213 (100%)
Freigemeinnützig	12 (10%)	86 (68%)	28 (22%)	126 (100%)
Privat	28 (18%)	93 (60%)	34 (22%)	155 (100%)
Gesamt	65 (13%)	318 (64%)	111 (23%)	494 (100%)

In Klammern: relative Häufigkeiten gerundet auf volle Prozent; N: Gesamtanzahl (Häufigkeit) der für das Item korrekt ausgefüllten Fragebögen

bögen seien nicht verteilt worden, wurde das entsprechende Krankenhaus aus der Studie ausgeschlossen (Unit-Ausfall).

● **Auswertung**

Alle statistischen Berechnungen wurden mit SPSS 16 durchgeführt. Neben deskriptiven Daten wurde eine binär logistische Regression berechnet, um den Einfluss der Prädiktorvariablen „Art der Abteilung“, „Arztfunktion“ und „Trägerschaft“ auf die als binäres Kriterium erfasste Häufigkeit von Rationierungen (häufig vs. selten/nie) abzuschätzen. Nach Ausschluss nicht vollständig ausgefüllter Fragebögen gingen 490 der 507 Fragebögen in diese Berechnung ein.

**Ergebnisse**

● **Studiensample**

Von 152 angeschriebenen Kliniken nahmen 95 an der Studie teil. Im Sinne der Vollerhebung pro Abteilung wurden insgesamt 1137 Fragebögen verteilt. Hiervon wurden 507 Fragebögen beantwortet (Rücklaufquote 45 %) (Tab. 1).

Als Gründe für das Nicht-Verteilen der Fragebögen in 57 Kliniken wurden genannt: Zeitmangel der ärztlichen Mitarbeiter (n = 13), negative Einstellung des Chefarztes zum Inhalt des Fragebogens (n = 6), nach Einschätzung des Chefarztes unzureichende Kompetenz der Mitarbeiter zur Beantwortung des Fragebogens (n = 3), 35 gaben keine Gründe an. Hinsichtlich Geschlecht, ärztlichem Funktionsstatus und Alterstruktur gab es keine für die Repräsentativität bedeutsamen Abweichungen.

● **Auswirkungen der Mittelknappheit**

Über zwei Drittel der befragten Ärzte (68 %) bestätigten, dass aufgrund der begrenzt verfügbaren Finanzmittel bei GKV-Versicherten nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen erbracht werden könnten. Die überwiegende Mehrheit der Ärzte (82 %) berichtete überdies, der zunehmende Kostendruck beeinträchtigt ihre Arbeitszufriedenheit; 78 % gaben an, das Vertrauen der Patienten in ihre Ärzte sei durch die Diskussionen über Kostendämpfung und Rationierung gesunken. Nach wie vor sehen sich aber die meisten der befragten Ärzte (83 %) verpflichtet, allen Patienten unabhängig von den entstehenden Kosten stets die bestmögliche Diagnostik und Therapie anzubieten.

● **Absolute und relative Häufigkeit von Rationierungen**

Zur Vermeidung von Interpretationsschwierigkeiten durch unterschiedliche Verwendungen des Begriffs „Rationierung“, fragten wir direkt nach dem zugrunde liegenden Sachverhalt: „Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten eine für den Patienten nützliche Maßnahme aus Kostengründen nicht durchgeführt bzw. durch eine preiswertere und zugleich weniger effektive Leistung ersetzt?“ Die absoluten als auch relativen Häufigkeiten von Rationierung für die Variablen „Art der Abteilung“,

„Arztfunktion“ als auch „Trägerschaft“ zeigt Tab. 2.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Art der Abteilung einen bedeutsamen Vorhersagebeitrag leistet, ob häufig oder selten/nie rationiert wird, während die Arztfunktion und die Trägerschaft trotz tendenzieller Unterschiede kein statistisch signifikantes Ergebnis erbringen (Tab. 3).

● **Einstellungen der Ärzte zu Ansätzen im Umgang mit Mittelknappheit**

Rationalisierungen fanden eine hohe Zustimmung bei den Studienteilneh-

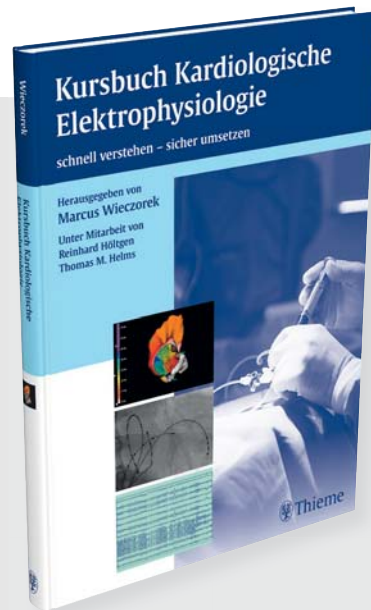
mern, auch wenn diese den Patientenpräferenzen entgegenstehen. 90 % der Antwortenden teilten die Auffassung, Ärzte sollten ein ausdrücklich vom Patienten gewünschtes Medikament nicht verschreiben, wenn eine preiswertere und ebenso effektive Alternative verfügbar ist. Die Bereitschaft zur Rationierung ist hingegen deutlich geringer ausgeprägt: Nur 50 % stimmten zu, Ärzte sollten bei Mittelknappheit auf eine preiswertere und geringfügig weniger effektive Alternative ausweichen. Knapp über die Hälfte der Studienteilnehmer

(52 %) vertrat die Auffassung, Ärzte sollten, wenn nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen finanziert werden können, jeweils im Einzelfall entscheiden, welcher Patient welche Leistungen erhält. Allerdings stimmten 74 % der anschließenden Aussage zu, diese Entscheidungen sollten nach allgemeinen Regeln „oberhalb“ der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung getroffen werden.

Die Studienteilnehmer sahen kaum noch Einsparmöglichkeiten im ärztlichen Bereich: Nur ein gutes Drittel

(35 %) glaubte, Leistungsbegrenzungen wären überflüssig, wenn die Ärzte selbst wirtschaftlicher arbeiten würden. Die überwiegende Mehrheit der Ärzte (86 %) vertrat hingegen die Auffassung, Leistungsbegrenzungen ließen sich durch ein wirtschaftlicheres Arbeiten der Krankenkassen vermeiden. Deutlich mehr als die Hälfte der Ärzte sieht die Bereitstellung von zusätzlichen Mitteln für den Gesundheitssektor z. B. durch höhere Krankenkassenbeiträge oder Steuern (63 %) oder einen höheren finanziellen Eigenanteil der Patienten (56 %)

# Innere Medizin *aktuell*



**EPU – sicher durchführen – erfolgreich behandeln**

**Kursbuch Kardiologische Elektrophysiologie**  
Wiecek/Helms/Höltgen (Hrsg.)  
2009. 256 S., 329 Abb., geb.  
ISBN 978 3 13 145281 8  
**129,95 € [D]**  
**133,60 € [A]/216,- CHF**

**Der ideale Begleiter in allen Lernphasen**

- Strukturiertes Erlernen der Methode: **Die Autoren sind erfahrene Kursleiter**
- **Gliederung des Stoffes in Grund-, Aufbau und Abschlusskurs**
- **Alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten**
- Elektrophysiologische **Diagnostik tachykarder und bradykarder Herzrhythmusstörungen**
- **Katheterablation tachykarder Herzrhythmusstörungen**
- **Zahlreiche Fallbeispiele veranschaulichen das praktische Vorgehen**
- **Wie man häufige Fehler vermeidet: viele praktische Tricks und Tipps**



**Gesundheitsversorgung in Haft**

**Gefängnismedizin**  
Keppler/Stöver  
2009. 376 S., 34 Abb., geb.  
ISBN 978 3 13 147731 6  
**89,95 € [D]**  
**92,50 € [A]/149,- CHF**

**Rechtliche Grundlagen der medizinischen Versorgung im Strafvollzug und strafrechtliche Risiken für den Anstaltsarzt**

- **Besonderheiten der medizinischen Versorgung** z.B. im Frauen- und Jugendstrafvollzug, bei Migranten und Migrantinnen
- **Problematik der Simulation und Aggravation**
- **Gefängnispezifische Aspekte in Diagnostik, Therapie und Prävention**
- **Infektionskrankheiten** (HIV, Hepatitis, Tbc), Abhängigkeitserkrankungen
- **Psychiatrische Versorgung, Hungerstreik, Zwangsernährung; Notfälle**
- **Beurteilung der Haftfähigkeit und praxisnahe Hilfe bei der Erstellung von Gutachten.**
- **Infoboxen zu länderspezifischen Besonderheiten in Österreich und der Schweiz**
- **Glossar gefängnistypischer Ausdrücke**



**Der Fakten-Turbo für den Notfalleinsatz**

**Notfall quick**  
Furger  
2009. 464 S., 70 Abb., PVC  
ISBN 978 3 13 140442 8  
**34,95 € [D]**  
**36,- € [A]**

**Praxis-Power für alle medizinischen Notfälle**

kardiopulmonale Notfälle, gastrointestinale Notfälle, neurologische Notfälle, Intoxikationen, Verbrennungen

**Fakten, Fakten, Fakten**  
maximale Kompression auf die „wirklich harten“ Inhalte

**quick**  
knapp gefasster Telegramstil, vorstrukturierte Inhalte, Flussdiagramme, Handelsnamen

**kompromisslos praxistauglich**  
mehr Fakten für mehr Sicherheit im Notfall

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] betragen diese 3,95 € pro Bestellung. Ab 50 € Bestellwert erfolgt die Lieferung versandkostenfrei. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

**Jetzt bestellen: Ab 49,95 € versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!**

☎ **Telefonbestellung:**  
0711/89 31-900

☎ **Faxbestellung:**  
0711/89 31-901

@ **Kundenservice**  
@thieme.de

🌐 **www.thieme.de**



als einen akzeptablen Weg im Umgang mit der Mittelknappheit.

## Diskussion

Die repräsentative Befragung von 507 Krankenhausärzten in Kardiologie und Intensivmedizin bestätigt einmal mehr die hohe Prävalenz von Rationierung im deutschen Gesundheitswesen: Über drei Viertel der befragten Ärzte bestätigten, bereits heute rationieren zu müssen. Einen eher überraschenden Befund ergibt hingegen die erstmals in Deutschland durchgeführte differenzierte Analyse der Häufigkeit von Rationierung: Nur 13 % der Studienteilnehmer gaben an, häufig, d. h. mindestens einmal pro Woche, nützliche Maßnahmen aus Kostengründen vorenthalten zu müssen. Bei der Rationierung handelt es sich in deutschen Krankenhäusern zwar um ein weit verbreitetes, aber offenbar (noch) nicht sehr häufiges Phänomen. Wie oft Ärzte rationieren, hängt dabei auch vom Fachbereich ab: Kardiologen rationierten häufiger als Intensivmediziner, was darauf hinweisen könnte, dass Ärzte in lebensbedrohlichen Situationen besonders zurückhaltend mit Rationierungen sind. Ebenfalls im Auge behalten sollte man den Befund, dass der Anteil häufiger Rationierung in Kliniken mit privatem Träger tendenziell etwas größer ist als in öffentlichen oder freigemeinnützigen Kliniken. Ob dies auf einen höheren ökonomischen Druck oder auf ein stärker ausgeprägtes Bewusstsein hinsichtlich eigener Rationierungsentscheidungen zurückzuführen ist, lässt sich aus den Ergebnissen unserer Studie jedoch nicht ableiten. Obwohl es sich den Ergebnissen zufolge bei der Rationierung noch nicht um ein sehr häufiges Phänomen in deutschen Kliniken handelt, sind die Auswirkungen der Mittelknappheit in der Praxis deutlich spürbar: Über drei Viertel der befragten Ärzte gaben an, der zunehmende Kostendruck beeinträchtigt ihre Arbeitszufriedenheit und das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten. Eine Erklärung dieses Befundes mag darin liegen, dass sich die überwiegende Mehrheit der Ärzte nach wie vor verpflichtet sieht, ihre Patienten unabhängig von Kostenüberlegungen bestmöglich zu versorgen. Unter den aktuellen Rahmenbedingungen wird es jedoch zunehmend schwieriger diesen moralischen Anspruch zu realisieren, auch wenn es die Studienteilnehmer offenbar immer noch schaffen, vergleichsweise selten den Patienten aus Kostengründen nützliche Maßnahmen vorzuenthalten.

Demgegenüber zeigen die Ärzte eine sehr hohe Bereitschaft zur Rationalisierung: Die meisten würden auf eine kostengünstigere, vergleichbar effektive Maßnahme ausweichen, auch gegen die ausdrücklichen Wünsche des Patienten. Allerdings sieht die Mehrheit der befragten Ärzte keine Einsparmöglichkeiten mehr durch eigenes wirtschaftlicheres Handeln, wobei Ergebnisse der Versorgungsforschung insbesondere für die Kardiologie auf Überversorgung und einen unangemessenen Einsatz kostenintensiver Maßnahmen hinweisen [13, 14]. Solange diese Einsparmöglichkeiten von den Ärzten in der Praxis aber nicht gesehen werden, erscheint es problematisch, den Kostendruck in den Kliniken ohne konkrete Unterstützung weiter zu erhöhen. Vor diesem Hintergrund ist es durchaus nachvollziehbar, dass die befragten Ärzte das Einsparpotential durch eine wirtschaftlichere Arbeitsweise der Kostenträger deutlich höher einschätzen – obwohl die Krankenkassen derzeit nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, die Versorgung zu steuern und damit auch die Effizienz der Leistungserbringung zu verbessern. Die Verwaltungskosten der Krankenkassen liegen zudem im internationalen Vergleich auf einem durchschnittlichen Niveau. Angesichts dieser Ergebnisse könnte man erwarten, dass Ärzte eine Beteiligung an Rationierungsmaßnahmen kategorisch ablehnen. Auch hier ergibt die Untersuchung ein differenzierteres Bild: Immerhin die Hälfte der befragten Ärzte wäre bereit, bei Mittelknappheit auf eine preiswertere und geringfügig weniger effektive Alternative auszuweichen, was nach der hier zugrunde liegenden Definition eine Rationierung darstellt. Ebenfalls knapp über die Hälfte der Studienteilnehmer vertrat die Auffassung, Ärzte sollten jeweils im Einzelfall Verantwortung für Rationierungen übernehmen und entscheiden, welcher Patient welche Leistungen erhält, wenn nicht mehr alle nützlichen Leistungen finanziert werden können. Dass gleichzeitig drei Viertel der Befragten einer oberhalb der individuellen Arzt-Patient-Beziehung geregelten Rationierung zustimmten, unterstreicht die ambivalente Einstellung gegenüber ärztlicher Rationierung. Verständlicherweise möchten sich die befragten Ärzte einen möglichst großen Entscheidungsspielraum erhalten. Dies ist aber nur möglich, wenn sie selbst Verantwortung für die Zuteilung knapper Ressourcen übernehmen und Rationierungsentscheidungen „am Krankenbett“ treffen. Dann müssten Ärzte aber eine Aufgabe übernehmen, für die sie keine spe-

zifische Ausbildung besitzen und die sie in Konflikt mit ihrer traditionellen Rolle als Anwalt ihres Patienten bringen kann. Insofern ist es ebenfalls nachvollziehbar, wenn die Mehrheit der befragten Ärzte eine Regelung „oberhalb“ der individuellen Arzt-Patient-Beziehung bevorzugt.

### Methodische Limitationen

Die systematische Evaluierung des Fragebogens im Vorfeld der Studie und die Größe des Samples erhöhen die interne und externe Validität der Ergebnisse. Die Rücklaufquote von 45 % entspricht den durchschnittlich zu erwartenden Rücklaufquoten bei postalischen Umfragestudien mit Ärzten [15]. Vermutlich stellt Zeitmangel einen Hauptgrund für die Nichtteilnahme dar (s. o.). Da Zeitmangel wahrscheinlich nicht mit einer bestimmten Einstellung zur Rationierung korreliert, halten wir eine systematische Verzerrung der hier präsentierten Ergebnisse durch diesen Aspekt für unwahrscheinlich. Da nur 2 Fachbereiche untersucht wurden, können die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf andere Fachbereiche und insbesondere nicht auf den ambulanten Bereich übertragen werden.

### Fazit

Ärzte signalisieren nach wie vor eine hohe Bereitschaft, durch Rationalisierungen der zunehmenden Mittelknappheit entgegenzuwirken. Aus ihrer Perspektive sind die Wirtschaftlichkeitsreserven aber weitgehend ausgeschöpft, sodass eine weitere Erhöhung des Kostendrucks ohne begleitende Unterstützung bei Rationalisierungsmaßnahmen nicht mehr vertretbar erscheint. Bereits heute beeinträchtigen die engen finanziellen Rahmenbedingungen nicht nur die Arbeitszufriedenheit der Ärzte, sondern auch die Arzt-Patient-Beziehung und die Versorgungsqualität: Aus Kostengründen können nicht mehr alle nützlichen Leistungen erbracht werden. Allerdings handelt es sich nach Einschätzung der befragten Ärzte dabei – noch – um ein eher seltenes Phänomen. Nach weithin geteilter Auffassung lassen sich unter den gegebenen Rahmenbedingungen Rationierungen im deutschen Gesundheitswesen nicht vermeiden (ZEKO 2007). Nach wie vor fehlt aber in Deutschland eine öffentliche Diskussion, die die Ursachen und praktischen Konsequenzen der Mittelknappheit thematisiert und überlegt, wie die unvermeidlichen Leistungseinschränkungen in einer medizinisch rationalen, ökonomisch sinnvollen und ethisch wie rechtlich vertretbaren Art und Weise durchgeführt werden können. Möglicherweise könnten kostensensible Leitlinien (KSL) eine solche Brückenfunktion übernehmen [9]. Der BMBF-Forschungsverbund „Allokation“ beschäftigt sich aus rechtlicher, gesundheitsökonomischer und ethischer Perspektive mit KSL als mögliches Instrument einer expliziten Rationierung.

(Weitere Informationen online: [www.ieg.uni-tuebingen.de/allokation](http://www.ieg.uni-tuebingen.de/allokation)). Aufgrund der bisher sehr geringen Anzahl von Studien zu diesem Thema erscheinen uns weiterführende Untersuchungen zur praktischen Umsetzung dringend notwendig.

### Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Ärzte es nicht grundsätzlich ablehnen, Rationierungsentscheidungen zu übernehmen.
- ▶ Die befragten Ärzte äußern auch klar das Bedürfnis nach einer Regelung „oberhalb“ der individuellen Arzt-Patient-Beziehung. Es bedarf deshalb dringend der Entwicklung von expliziten und transparenten Standards der Leistungsbegrenzung.
- ▶ Da es jedoch nicht möglich ist, die gesamte Versorgung mit entsprechenden Standards abzudecken, werden sich ärztliche Rationierungsentscheidungen auch in Zukunft nicht vermeiden lassen.
- ▶ Zur Unterstützung dieser verbleibenden ärztlichen Entscheidungen wäre eine Beratungsform sinnvoll, welche in Struktur und fachlicher Kompetenz auf die ethischen Probleme der Verteilung knapper Mittel ausgerichtet ist [16].

**Autorenerklärung:** Die Studie wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01GP0608 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

**Danksagung:** Zu allererst danken wir den Studienteilnehmern für die bereitgestellte Zeit. Wir bedanken uns zudem bei den Mitarbeitern des BMBF-Forschungsverbundes „Allokation“ für die Unterstützung bei der Entwicklung des Fragebogens, sowie bei Herrn Prof. Dr. Jürgen H.P. Hoffmeyer-Zlotnik und Frau Dr. Natalja Menold (GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften) für die Unterstützung bei der Entwicklung des Studiendesigns.

D. Strech<sup>1</sup>, M. Danis<sup>2</sup>, M. Löb<sup>3</sup>, G. Marckmann<sup>4</sup>

- <sup>1</sup> Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover
- <sup>2</sup> Department of Bioethics, National Institutes of Health, Bethesda, USA
- <sup>3</sup> Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Helios Klinikum Berlin-Buch
- <sup>4</sup> Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Eberhard-Karls Universität Tübingen

### Korrespondenz

Prof. Dr. med. Dr. phil. Daniel Strech  
Institut für Geschichte, Ethik & Philosophie der Medizin  
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
Tel. 0511/532-2709 o. -4278  
Fax 0511/532-5650  
eMail [strech.daniel@mh-hannover.de](mailto:strech.daniel@mh-hannover.de)

### Literatur

- 1 Huster S. „Hier finden wir zwar nichts, aber wir sehen wenigstens etwas“. Zum Verhältnis von Gesundheitsversorgung und Public Health. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik, 2008
- 2 Marckmann G. Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2007; 12: 96–100
- 3 Hurst SA, Hull SC, DuVal G, Danis M. Physicians' responses to resource constraints. Arch Intern Med 2005; 165: 639–644
- 4 Strech D, Böchers K, Freyer D et al. Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. Ethik in der Medizin 2008; 20: 94–109
- 5 ZEKO. Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Deutsches Ärzteblatt 2007; 104: A2750–2754
- 6 BÄK. Ulmer Papier. Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft. Beschluss des 111. Deutschen Ärztetags 2008. Berlin: Bundes. Bundesärztekammer (BÄK), 2008
- 7 Kern AO, Beske F, Lescow H. Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen? Deutsches Ärzteblatt 1999; 96: A113–A117
- 8 Boldt J, Schöllhorn T. Rationierung ist längst Realität. Ergebnisse einer Fragebogenaktion auf deutschen Intensivstationen. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105: A995–997
- 9 Strech D, Freyer D, Böchers K et al. Herausforderungen expliziter Leistungsbegrenzungen durch kostensensible Leitlinien. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit leitenden Klinikärzten. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2009; 14: 38–43
- 10 Strech D, Persad G, Marckmann G, Danis M. Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research. Health policy (Amsterdam, Netherlands), 2008; 90: 113–124
- 11 Prüfer P, Rexroth M. Kognitive Interviews. Mannheim: ZUMA, 2005
- 12 Statistisches Bundesamt. Krankenhausverzeichnis. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Stand 31.12.2005. Wiesbaden: 2007
- 13 Dissmann W, de Ridder M. The soft science of German cardiology. Lancet 2002; 359: 2027–2029
- 14 Fischer MA, Avorn J. Economic implications of evidence-based prescribing for hypertension: can better care cost less? JAMA 2004; 291: 1850–1856
- 15 Asch DA, Jedrzewski MK, Christakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. J Clin Epidemiol 1997; 50: 1129–1136
- 16 Strech D. Klinische Ethikberatung bei Rationierungsfragen im Krankenhaus. In: Vollmann J, Schildmann J, Simon A eds (Hrsg). Klinische Ethik. Frankfurt: Campus, [im Druck]

Tab. 3 Ergebnisse der binär logistischen Regression.

Prädiktorvariablen	Regressionskoeffizienten B	Wald	df	p
Art der Abteilung (1)	-0,69	5,98	1	0,01 *
Arztfunktion (1)	-0,51	3,11	1	0,08
Trägerschaft		5,59	2	0,06
Trägerschaft (1)	-0,19	0,23	1	0,63
Trägerschaft (2)	0,58	3,68	1	0,06

Wald: Chi-Quadrat-verteilte Wald-Statistik; df: Freiheitsgrade; p: Irrtumswahrscheinlichkeit; \*: statistisch hoch signifikant, Art der Abteilung (1): Intensivmedizin, Arztfunktion (1): nicht leitend, Trägerschaft (1): freigemeinnützig, Trägerschaft (2): privat

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: 1261–1266). Alle Rechte vorbehalten.