

Aufsätze

Prof. Dr. Christian Katzenmeier, Köln*

Sicherung der Versorgungsqualität in Zeiten knapper Ressourcen – Was plant der Gesetzgeber?

Deutschland lässt sich die medizinische Versorgung seiner Bürger viel kosten, die Gesundheitsausgaben lagen im Jahr 2009 bei insges. 278,3 Milliarden EUR, das entspricht 11,6 % des BIP. Sie erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um 13,8 Milliarden EUR oder 5,2 %, in den Jahren 2000–2007 um durchschnittlich 2,7 %. Die Hochwertigkeit der Versorgungsqualität ist unbestreitbar. Bundesgesundheitsministerium und Bundesärztekammer stellten im vergangenen Jahr in einer gemeinsamen Pressemitteilung heraus: „Wer in Deutschland krank wird, der kann auf die Versorgung in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt vertrauen.“ Gleichwohl gibt es immer wieder Fälle von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Der Grund dafür liegt in falsch gesetzten Anreizen und mangelnder Zusammenarbeit der Leistungserbringer. Dadurch werden die Ziele des Gesundheitswesens – Chancengleichheit, Leistungsfähigkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit – verfehlt. Um die Versorgungsqualität auch in Zeiten knapper Ressourcen zu sichern, ergreift der Gesetzgeber jüngst eine Vielzahl von Maßnahmen, erlässt umfangreiche Regelwerke und plant weitere Gesetze.

I. Versorgungsstrukturen

Nach monatelangen, z.T. zähen Verhandlungen zwischen Bund und Ländern liegt seit dem 27.5.2011 der Referenten-Entwurf zum GKV-VSG vor. Das Gesetz soll noch in diesem Jahr verabschiedet werden und zum 1.1.2012 in Kraft treten. Hintergrund ist der steigende Bedarf an medizinischen Leistungen insbesondere wegen der Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität bei gleichzeitig sinkendem Nachwuchspotential in den medizinischen und pflegenden Berufen. Infolgedessen droht ein Mangel an Haus- und Fachärzten insbesondere in ländlichen Regionen. Das GKV-VSG verfolgt als Ziele die Sicherung flächendeckender wohnortnaher medizinischer Versorgung, die Flexibilisierung der vertragsärztlichen Vergütung und die Regionalisierung durch Zurücknahme zentraler Vorgaben. Die Verzahnung der Leistungssektoren soll verbessert werden durch Einführung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung als „dritte Säule“. Und es geht um eine Stärkung

wettbewerblicher Instrumente, um Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen. Den strukturellen Problemen der Versorgung soll durch ein Bündel von Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen begegnet werden.

Das Versorgungsstrukturgesetz enthält gute Ansätze für eine patientenzentrierte Versorgung, vieles weist in die richtige Richtung. Einzelpunkte bewerten Fachkreise aber kritisch. So wird etwa in der Möglichkeit des Ankaufs von Vertragsarztsitzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in überversorgten Gebieten eine Gefahr für die Freiberuflichkeit gesehen. Die Niederlassungsfreiheit werde dadurch zusätzlich eingeschränkt. Auch die vorgesehene ambulante spezialärztliche Versorgung (Neufassung des § 116b SGB V) wird kritisiert. Dabei sei das Bestreben grds. richtig, die Grenzen zwischen den Sektoren ambulant und stationär aufzubrechen, um fachärztliche Versorgung zu stärken und Defizite in der Patientenversorgung auszugleichen. Dies solle aber nicht durch Etablierung eines dritten Sektors geschehen. Statt einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung mit vollständiger Öffnung der Krankenhäuser und der Schaffung von Ersatzstrukturen wird für mehr Kooperation plädiert, für ergänzende, kooperierende Versorgungsformen, die einer Verzahnung von ambulant und stationär die erforderliche Rechts- und Planungssicherheit geben. Grds. Bedenken wurden sogleich nach Bekanntwerden des Referentenentwurfs wegen der voraussichtlichen Kosten erhoben. Der GKV-Spitzenverband kritisierte, das Gesetz beschere den Ärzten mehr Honorar, koste im Gegenzug die Beitragszahler Milliarden. Die Rede ist von einer „Verteuerungspolitik“, die Versicherten, die von dem Gesetz profitieren sollten, seien die Verlierer. Das Bundesfinanzministerium signalisierte am 4.7.2011, dass es die Pläne nicht mitträgt, vielmehr eine gründliche Überarbeitung des Referentenentwurfs verlangt.

* Prof. Dr. Christian Katzenmeier, Universität zu Köln, Institut für Medizinrecht, Albert-Magnus-Platz, 50923 Köln.

II. Patientenrechte

Am 22.3.2011 haben der Patientenbeauftragte der Bundesregierung *Wolfgang Zöller*, BMJ und BMG das Grundlagenpapier „Patientenrechte in Deutschland“ vorgestellt. Auf dieser Grundlage werden nun gesetzliche Regelungen beraten, die zum 1.1.2012 in Kraft treten sollen. Dabei wurde und wird das Fehlen eines speziellen Patientenrechtgesetzes in fachkundigen Kreisen kaum je als Defizit empfunden. Die bislang geltenden allgemeinen Normen des Vertrags- und des Deliktsrechts ermöglichen der Rechtsprechung eine Fortschreibung des Rechts entsprechend den Entwicklungen der Medizin und den Anschauungen in der Gesellschaft. Die wesentlichen Maßgaben ärztlicher Berufsausübung wurden unabhängig von der Gesetzgebung durch die Judikatur formuliert: So die Anforderungen an die Sorgfalt bei der Behandlung, an die Organisation des Behandlungsgeschehens, die Pflicht zur Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und daher angemessener Aufklärung vor dem Eingriff, die Pflicht zur Dokumentation sowie zur Einsichtsgewähr in die Krankenunterlagen. Neben der Begründung von Patientenrechten hat die Judikatur auch die Durchsetzung von Ansprüchen erleichtert, indem sie die Verfahrensgrundsätze der ZPO erheblich modifizierte. Die Gerichte gewähren im Falle einer Klageerhebung eine ganze Reihe von Beweiserleichterungen und Beweislastumkehrungen zugunsten des anspruchstellenden Patienten. Zudem wurden spezielle Grundsätze für den Prozess ausgeprägt, durch die das Informationsgefälle zwischen den Parteien verringert, die Verständigungsschwierigkeiten zwischen Medizinern und Juristen überbrückt und die Rolle des medizinischen Sachverständigen, dessen Beziehung in der Regel unausweichlich ist, auf ein adäquates Maß zurückgeführt wird. Ziel ist die Herstellung von „Waffengleichheit“. Eine Gesamtschau ergibt, dass Patientenrechte in Deutschland aktuell hoch entwickelt, im internationalen Vergleich führend sind. Entgegen landläufiger Ansicht bestehen heute durchaus gute Aussichten auf Anspruchsdurchsetzung bei Medizinschadensfällen. Gleichwohl sollen Patientenrechte nunmehr kodifiziert werden.

Erklärte Ziele des Grundlagenpapiers vom 22.3.2011 sind größere Transparenz, bessere Rechtsdurchsetzung, Verbesserung der Gesundheitsversorgung, Abbau von Vollzugsdefiziten. Diese Ziele werden durch ganz verschiedene Maßnahmen verfolgt: Zum einen soll der medizinische Behandlungsvertrag als besonderer Vertragstyp in das BGB aufgenommen werden. Er soll sowohl die Tätigkeit von Ärzten als auch die von Heilpraktikern, Hebammen, Psycho- und Physiotherapeuten sowie Angehörigen anderer Heilberufe erfassen. Den Verfassern des Papiers geht es insbesondere um eine gesetzliche Festlegung der Aufklärungs- und Dokumentationspflichten. Ein weiteres zentrales Anliegen ist die Fehlerprophylaxe. Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme sollen gestärkt und das Beschwerdemanagement in Krankenhäusern gefördert werden. In einem Abschnitt mit der Überschrift „Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems“ geht es um die Fixierung einzelner judizieller Beweislastsonderregeln im BGB. Außerdem ist die Stärkung der Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlerverdacht durch einheitliche Schlichtungsverfahren, spezialisierte Kammern bei den Landgerichten und einen verbesserten

Rechtsschutz gegen Berufungsentscheidungen geplant. Weiter geht es um die Stärkung der Patientenrechte gegenüber Leistungsträgern: Patienten sollen bei dem Verdacht eines Behandlungsfehlers von ihrer Krankenkasse unterstützt werden, aus der Kann-Vorschrift des § 66 SGB V wird eine Soll-Vorschrift. Der Anspruch des Patienten gem. § 11 Abs. IV SGB V auf ein Versorgungsmanagement soll besser eingelöst werden, insbes. nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Bewilligungsverfahren von Sozialversicherungsträgern sollen verkürzt werden. Schließlich sollen Patienten an bestimmten Entscheidungen des G-BA sowie weiterer Gremien der GKV stärker beteiligt und über ihre Rechte besser informiert werden.

Trotz der hohen Entwicklung von Patientenrechten lässt sich in mancherlei Hinsicht durchaus Handlungsbedarf feststellen. Dies gilt einmal im Hinblick auf die Rechte der Patienten gegenüber Leistungsträgern. Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität, etwa durch eine Verkürzung der Bewilligungsverfahren von Sozialversicherungsträgern oder durch eine bessere Einlösung des Anspruchs auf Versorgungsmanagement erscheinen sinnvoll und umsetzbar.

Auch das Streben nach verstärkten Maßnahmen der Fehlerprophylaxe verdient Zustimmung. Gerade bei Personenschäden gilt: Schadensverhütung ist besser als jede Schadensvergütung. Genannt seien an dieser Stelle nur die Stichworte Qualitätssicherung, Risk-Management, CIRS, Beschwerdemanagement. Entscheidende Bedeutung kommt der Sammlung und Übermittlung von Informationen über Fehler und Beinahe-Fehler zu. Wichtige Arbeit leistet bereits das Aktionsbündnis Patientensicherheit, das durch die Bündelung von Expertenwissen in Arbeitsgruppen praktische Leitfäden und Handlungsempfehlungen zur Umsetzung von Patientensicherheit entwickelt. Darüber hinaus arbeitet das APS an der Sammlung und Zusammenführung von Daten in einem Behandlungsfehlerregister, das eine Grundlage für die Ableitung präventiver Maßnahmen bilden kann. Diese Maßnahmen bedürfen der Umsetzung und der Ergänzung durch Maßnahmen auf der Mikroebene. In Kliniken ist die Einrichtung eines Risikomanagements geboten, das die Steigerung der Patientensicherheit durch die Verringerung iatrogenen Schäden zum Ziel hat. Es dient der Fehlerprävention und ist damit Teil eines umfassenden Qualitätsmanagements. Voraussetzung ist ein funktionierendes System der Risikoidentifikation. Als Informationsquellen kommen Patientenbeschwerden, Aktenanalysen, Peer Reviews sowie Behandlungsfehler- und Schadensmelderegister in Betracht. Ein wichtiges Instrument ist das krankenhausinterne Fehlerberichtssystem, in dem alle Zwischenfälle, Komplikationen, Fehler und Beinahefehler des Krankenhauspersonals gesammelt werden. Ein CIRS ermöglicht, auch über Konstellationen Wissen zu generieren, die erst eine Vorstufe zum Medizinschadensfall bilden. Erkannte Sicherheitslücken können beseitigt werden und das künftige Auftreten einer ähnlichen Situation mit möglicherweise schädlichem Ausgang vermieden werden. Dabei dient ein effektives Risikomanagement nicht nur der Patientensicherheit, sondern zugleich der Haftungsprävention. Mit Hilfe der gewonnenen Erkenntnisse können Organisationsmaßnahmen getroffen werden, wie etwa die Erteilung von

Dienstanweisungen oder die Veränderung des Arbeitsumfeldes. Auf diese Weise kann die Gefahr einer Haftung des Krankenhausträgers wegen Organisationsverschuldens gemindert werden. Eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts aus dem Jahr 2009 zeigt indes, dass Risk-Management in der deutschen Krankenhauslandschaft noch lange nicht allorts etabliert ist. Ca. 20% der Krankenhäuser betreiben kein Risk-Management, bei weiteren 40% befindet es sich erst in der Planungs- und Vorbereitungsphase. Anzumerken bleibt, dass eine gesetzliche Anordnung der Einrichtung krankenhauserinterner Fehlerberichtssysteme als solche wenig bewirkt, solange die Angst vor Schuldzuweisungen und interner Sanktionierung einen offenen Umgang mit Fehlern verhindert. Wichtig ist die Etablierung einer neuen Fehlerkultur, nachzudenken ist über den Ausschluss arbeitsrechtlicher Sanktionen bei der Meldung eigener und fremder Fehler.

Die beabsichtigte Kodifikation des medizinischen Behandlungsvertrages im BGB soll die bestehenden Rechte verdeutlichen. Eine gesetzliche Regelung soll im Wesentlichen eine klarstellende Funktion erfüllen. Dies wird für notwendig erachtet, nachdem die im Jahre 2003 veröffentlichte „Charta der Patientenrechte“ nicht ansatzweise das gewünschte Rechtsbewusstsein geschaffen hat. Man verspricht sich darüber hinaus von einem Gesetz einen Gewinn an Rechtssicherheit, eine „Überbrückung der Diskrepanz zwischen Normativität und Normalität“ (Dieter Hart) und einen „Abbau des Paternalismus“ (Helga Kühn-Mengel), angesichts des „Vertrauensverlustes im Gesundheitssystem“ sei es notwendig, das bislang zersplitterte Recht zu bündeln (Wolfgang Zöller). Dieses Zutrauen in ein Gesetz ist erstaunlich. Dahinter steckt der Glaube, ein Problem werde schon gelöst, wenn man nur eine gesetzliche Regelung dafür hat. Diese Vorstellung ist ebenso verbreitet wie irrig. Juristen wissen, dass mit dem Erlass eines Gesetzes die Probleme oftmals erst beginnen. Nicht selten werden damit mehr Fragen aufgeworfen als beantwortet. Die Forderung verträgt sich i.Ü. nicht mit der zunehmend geübten Kritik an der Gesetzesflut im modernen Rechtsstaat. Ein weiterer Verrechtlichungsschub bedeutet eine Gefahr gerade für die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient. Letztlich droht bei einer Überregulierung die Gefahr einer Defensivmedizin, die entweder zu wenig tut, weil sie nichts mehr wagt, oder zu viel unternimmt, etwa an diagnostischen Maßnahmen, um sich für alle Fälle zu wappnen. In den USA ist Defensivmedizin als Folge überzogener Arzthaftung ein großes Problem, und auch hierzulande sind längst Anzeichen unverkennbar (Absicherung durch Formulare, Verantwortungsscheu etc.). Und ein solches Gesetz ist auch kein geeignetes Mittel, um einer – verdeckten oder offenen – Rationierung medizinischer Leistungen im Gesundheitssystem zu begegnen. Die Ressourcenknappheit ist ein Problem, das die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik herausfordert, sich aber nicht durch eine gesteigerte Inpflichtnahme der Leistungserbringer auf diese abwälzen lässt.

Die Ankündigung der „Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems“ ist vollmundig. Hier weckt das Grundlagenpapier hohe Erwartungen. Doch sollen nur einige von der Rechtsprechung entwickelten Beweisrechtssonderregeln gesetzlich fixiert werden,

nämlich die Beweislastumkehr hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers und die Fehlervermutung bei Verwirklichung eines voll beherrschbaren Risikos. Befunderhebungs- oder Befundsicherungsfehler etwa werden nicht erwähnt, so dass sich die Frage stellt, ob die daran bislang anknüpfenden beweisrechtlichen Folgen nicht mehr gelten sollen – wie bei jeder Lücke die Frage nach einer Analogie oder aber einem Umkehrschluss aufgeworfen ist. Eine Neuerung stellt die Einführung einer allgemeinen Verschuldensvermutung im Falle eines schadensursächlichen Behandlungsfehlers dar. Eine nennenswerte Haftungsverschärfung ist damit indes nicht verbunden. Der Nachweis des Verschuldens bereitet in der Praxis kaum je Probleme, wenn das Vorliegen eines Behandlungsfehlers feststeht. Weitergehende Forderungen, etwa nach einer Beweislastumkehr bzgl. der Kausalität bei jedem Behandlungsfehler, einer Reduzierung des Beweismaßes im Schadensersatzprozess oder einer Ersetzung der Arzthaftung durch eine „Heilbehandlungsrisikoversicherung“, fanden keinen Eingang in das Grundlagenpapier, weswegen es – trotz mancher von Behandlungsseite beklagter „Zumutung“ – Patientenvertretern und Verbraucherschützern nicht weit genug geht.

III. Infektionsschutz

Um die Zahl resistenter Erreger und der nosokomialen Infektionen einzudämmen, hat der Bundestag am 9.6.2011 das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSÄndG) beschlossen. Die Bundesländer werden verpflichtet, bis zum 31.3.2012 per Rechtsverordnung Regelungen für die Einhaltung der Infektionshygiene in allen relevanten Einrichtungen des Gesundheitswesens zu treffen. Bislang existieren solche Rechtsverordnungen nur in sieben von 16 Bundesländern. Darin zu regeln sind insbesondere die Bestellung von Hygienekommissionen, die personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften sowie die Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals. Zudem soll beim Robert Koch-Institut die Kommission „Anti-infektiva, Resistenz und Therapie“ (ART) eingerichtet werden, die den verordnenden Ärzten „klare Empfehlungen zum fachgerechten Einsatz von Diagnostika und Anti-infektiva bei der Therapie resistenter Infektionserreger“ geben soll. Die Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen werden verpflichtet, diese Empfehlungen zu berücksichtigen. Der G-BA soll in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygienequalität festlegen und die Ergebnisse in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser transparent machen. Der Bewertungsausschuss soll darüber hinaus eine zunächst auf zwei Jahre befristete Vergütungsregelung für die ambulante Therapie von Patienten vereinbaren, die mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) infiziert sind, und dazu eine neue Gebührenordnungsposition in den EBM aufnehmen.

Die mit dem Gesetz verfolgten Ziele, Hygiene und Infektionsschutz in der medizinischen Versorgung zu stärken, werden allseits begrüßt. Die Politik hat auch die Personal-Problematik erkannt und

für die Qualifikation von Fachpersonal eine bis Ende 2016 befristete Übergangsvorschrift vorgesehen. Der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft *Rudolf Kösters* kritisiert jedoch, fünf Jahre seien bei weitem nicht ausreichend, die notwendige Zahl an Krankenhaushygienikern auszubilden. Die DKG vermisst zudem an vielen Stellen den notwendigen sektorenübergreifenden Ansatz. Darüber hinaus sehe der Gesetzentwurf zahlreiche neue Anforderungen vor, deren Finanzierung nicht thematisiert werde. Neue Aufzeichnungs- und Dokumentationspflichten kosteten nicht nur die Zeit der Klinikmitarbeiter, sondern auch Geld. Hinzu kämen Ausgaben für das zusätzliche Hygiene-Fachpersonal sowie für Isolierung, Sanierung und den erhöhten Pflegeaufwand für Patienten, die mit resistenten Erregern besiedelt seien. Insgesamt beliefen sich die Kosten auf nahezu ein Prozent der Krankenhausausgaben jährlich. Das sei ohne zusätzliche finanzielle Ressourcen nicht zu bewältigen. Die Politik verweist hingegen darauf, dass vermiedene Infektionen zu weniger teuren Krankenhausbehandlungen führten, die über das System der Vergütung von Krankenhausleistungen erhebliche Entlastungen der Krankenkassen zur Folge hätten.

IV. Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen

Nach bislang geltendem Recht ist die Ausübung der Heilkunde ausschließlich Ärzten vorbehalten (§ 1 Abs. 2 HeilPrG). Andere Personen dürfen Hilfeleistungen nur erbringen, wenn sie von einem Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden (§ 15 Abs. 1 S. 2 SGB V). Vor dem Hintergrund des drohenden Ärztemangels und des demographischen Wandels sind neue Versorgungsstrukturen unumgänglich, insbesondere für die Versorgung älterer und multimorbider Patienten. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PflWG v. 28.5.2008, BGBl. I S. 874) ermöglicht erstmals die Substitution ärztlicher Leistungen durch nicht-ärztliches Personal. Ziel ist eine effizientere Krankenversorgung durch Entlastung der Ärzteschaft und größere Handlungsautonomie der Pflege. Im Rahmen von Modellprojekten soll Pflegepersonal nicht mehr ausschließlich unter ärztlicher Aufsicht eingesetzt werden, sondern in bestimmten Bereichen eigenständig anstelle des Arztes handeln, § 63 Abs. 3 c SGB V. Am 17.3.2011 hat der G-BA eine Richtlinie für solche Substitutionsmodelle erarbeitet.

Sie liegt derzeit den stellungnahmeberechtigten Organisationen vor. Bekannt ist bereits, dass ein Katalog von 40 heilkundlichen Tätigkeiten beschlossen wurde, die Nicht-Ärzten zugewiesen werden, darunter verschiedene Infusionstherapien und Wundtherapien.

Die Neuregelung des PflWG kündigt einen Paradigmenwechsel an, entsprechend kontrovers wird sie beurteilt. Die Pflege begrüßt das Gesetz, das ihr größere Handlungsautonomie und mehr Selbstständigkeit einräumt, sie fordert den Abbau von Hierarchien und die Überwindung der traditionellen Rollenverteilung im Gesundheitssystem. BÄK und KBV hingegen kritisieren den von der Politik

eingeschlagenen Weg. Sie weisen darauf hin, dass die Diagnose und Behandlung von Krankheiten in umfassender Ausbildung erworbene Erkenntnisse und praktische ärztliche Erfahrungen voraussetzen. Von nichtakademischen Gesundheitsfachberufen können die notwendigen multifaktoriellen, ganzheitlich systemischen Kenntnisse nicht erwartet werden.

Richtig dürfte es sein, neben einer Substitution ärztlicher Leistungen verstärkt Möglichkeiten erweiterter Delegation in Betracht zu ziehen. Eine Delegation erfordert stets eine gesonderte ärztliche Anordnung, Überwachung und Dokumentation. Hier bleibt der Arzt verantwortlich. Anders verhält es sich bei einer Substitution, bei der der Arzt im Falle eines eingetretenen Fehlers nicht haftet – keine „Letztverantwortung“ ohne „Letztentscheidungsbefugnis“. Der Kreis delegationsfähiger Aufgaben ist nicht durch Gesetz, sondern grds. von der Medizin selbst festzulegen. Mit interprofessionellen, evidenzbasierten Leitlinien kann ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen geleistet und die notwendige Akzeptanz für eine bruchlose Umsetzung konsentierter Standards im komplexen Versorgungsgeschehen vor Ort geschaffen werden.

Künftige Konzepte effizienter Krankenversorgung haben internationale Erfahrungen einzubeziehen. In vielen Ländern weist die Pflege einen höheren Entwicklungsstand auf. In den USA, Skandinavien, den Niederlanden und Großbritannien werden Pflegefachkräfte mit Berufserfahrung und einer akademischen Zusatzqualifikation, meist ein Master-Abschluss, als „Registered Nurse“ eingesetzt. Die Tätigkeiten erstrecken sich auf alle Versorgungsbereiche: Krankenhaus, stationäre oder ambulante Pflegeeinrichtung, eigene oder Gemeinschaftspraxis oder Beratungszentrum. „Advanced Nursing Practice“ wird als ein Lösungsansatz für die komplexen Herausforderungen im Gesundheits- und Sozialsystem gesehen. Überlegungen sind anzustellen, wie auch hierzulande das Potential der Pflege besser genutzt werden kann. Dabei setzt jede Aufgabenzuweisung eine entsprechende Qualifikation voraus, die nur durch eine Reform der Berufsausbildung zu erreichen ist.

Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung lassen sich nicht durch den Aufbau von Parallel- oder gar Konkurrenzstrukturen auf der Primärversorgungsebene verbessern. Die Gesundheitsberufe müssen vielmehr eng und in wechselseitiger Kenntnis der Kompetenzen zusammenarbeiten. Moderne medizinische Kooperationsformen wie das multiprofessionelle ambulante Team, das transsektorale Case-Management, das hochspezialisierte Behandlungsteam im Krankenhaus können eine Fragmentierung von Medizin, Pharmakologie und Pflege überwinden.

V. Priorisierung medizinischer Leistungen

Der beständige Anstieg der Ausgaben für das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland wirft die Frage auf, wie ein dauerhaft finanzierbares System der Gesundheitsversorgung mit

gleichem Zugang für alle auch in Zukunft sichergestellt werden kann. Ziel muss eine gerechte Verteilung der knappen Ressourcen sein. Die Politik meidet das Thema, da jedes Abrücken vom unbegrenzten Leistungsversprechen Wählerstimmen kostet. *Ulla Schmidt* bezeichnete eine Priorisierung medizinischer Leistungen als „menschenverachtend“. Auch ihre Nachfolger im Amte *Philipp Rösler* und jüngst *Daniel Bahr* stellten jeweils umgehend klar, dass es mit ihnen in Deutschland keine Verständigung über eine Rangordnung geben werde. Dabei wird im Alltag in Klinik und Arztpraxis immer deutlicher, dass Rationierungen unvermeidlich sind. Dann aber sind die Verteilungsgrundsätze zu explizieren, ist einer offenen Rationierung der Vorzug vor einer verdeckten zu geben. Wird die Entscheidung über vorzuenthaltende Maßnahmen mittels finanzieller Steuerungsmechanismen dem Arzt aufgebürdet, muss dieser als „Funktionär austeilender Gerechtigkeit“ die knappen finanziellen Mittel „heimlich“ seinen Patienten zuteilen. Eine solche moralische Entscheidungslast beschwert die ärztliche Tätigkeit. Und in ihrer Implizität verkürzt sie auch das Patienteninteresse, das nicht zuletzt auf Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit gerichtet ist.

Eine Priorisierung medizinischer Leistungen könnte dazu beitragen, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen offen, rational und transparent auf diejenigen Belange verteilt werden, die sich im gesellschaftlichen, ethischen und politischen Diskurs als besonders wichtig herausstellen. Freilich müssen vor der Einführung eines Systems der Priorisierung rechtlich und ethisch unbedenkliche Maßstäbe für die Ausgestaltung gefunden, die wirtschaftlichen und rechtlichen Fernwirkungen untersucht werden. Die Aufgabe, Verteilungsgerechtigkeit sicherzustellen, kommt seitens des Rechts maßgeblich der Verfassung zu. Doch auch die Vorgaben des Zivilrechts, des Sozialversicherungsrechts und des Strafrechts erhalten Bedeutung bei der Umsetzung eines Systems der Priorisierung/Posteriorisierung und hierauf aufbauender expliziter Rationierung medizinischer Leistungen.

Wichtig bei der Ausgestaltung des Verteilungs-Verfahrens sind Transparenz (klar erkennbare Kriterien), Evidenzbasierung, Legitimität (demokratisch legitimierte Institutionen) und effektiver Rechtsschutz. Als Priorisierungskriterien kommen z.B. die medizinische Bedürftigkeit und der medizinische Nutzen in Betracht, auch Kos-

teneffektivität, womit nicht einem Utilitarismus das Wort gesprochen wird, aber Nützlichkeitsabwägungen im Rahmen von Gerechtigkeitsabwägungen anzustellen und in ein egalitäres Verteilungssystem zu implementieren sind. Bei posteriorisierten Leistungen scheint eine Aufklärung des Patienten geboten, um ihm eine selbstbestimmte und fachlich informierte Möglichkeit zur Entscheidung über den privaten Zukauf zu eröffnen. Insoweit stellt sich auch die Frage nach der Rolle und den Aufgaben des Arztes, der nicht mehr länger ausschließlich Berater in Gesundheitsfragen und Partner seines Patienten in der Behandlung ist, sondern gleichzeitig „Verkäufer“ einer privat zu finanzierenden medizinischen Zusatzleistung. Auch hier gilt es, praktikable Lösungskonzepte zum Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zu entwickeln.

VI. Fazit

Der Rundblick auf aktuelle legislative Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität ergibt ein disparates Bild. Unübersehbar ist eine bereits weitgehende Verrechtlichung der Medizin. Die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung werden fortwährend neu festgelegt und justiert. Manche Maßnahmen des GKV-VSG sind Ausdruck wuchernder Planungsbürokratie im Gesundheitswesen, auch wenn sie diese gerade ein Stück zurückzunehmen versuchen, die permanenten Reformen und Regelungen nehmen geradezu bizarre Formen an. Auch das eigentliche Behandlungsgeschehen wird immer weiter normiert, reguliert und bemessen. Bei dem Patientenrechtgesetz erstaunt der Glaube an die bewußtseinsprägende Kraft und die verhaltenslenkende Wirkung von Rechtsnormen. Die Gefahr negativer Rückwirkungen eines übermäßigen Einsatzes von Recht auf das ärztliche Berufsethos und die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient wird hingegen unterschätzt oder gar nicht erkannt. Andererseits ist der Gesetzgeber erstaunlich zurückhaltend bei aufgeworfenen Grundsatproblemen, die dringend einer Lösung zugeführt werden müssen. Der Frage nach einer gerechten Verteilung der knappen Ressourcen werden sich die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen nicht dauerhaft entziehen können. Hier ist der Gesetzgeber mehr als auf anderen Gebieten aufgerufen, gesetzliche Vorgaben zu treffen, um Rechtssicherheit und Rechtsklarheit zu gewährleisten.