

balisierung, die auch vor dem Gesundheitswesen nicht halte mache.

Rudolf Henke MdL, Vorsitzender des Marburger-Bund-Landesverbandes Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz, kritisierte die Subventionierung der Versorgung auf eigene Kosten, die Ärztinnen und Ärzte leisten müssten, um die Versorgung der Patienten aufrecht zu erhalten. So würden allein in NRW Leistungen im Wert von 500 bis 600 Million Mark abgegeben, denen keine Vergütung gegenüberstehe. Der Auftrag zur Prävention und Heilung, wie er im SGB V festgeschrieben sei, beiße sich mit der Kassenlage, so Henke.

Zur zukünftigen Finanzierung der GKV forderte der Vorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Landesverband Westfalen-Lippe, Dr. Martin Junker, die Basis der Versicherten über eine Pflichtversicherung zu erweitern und gleichzeitig einen Grundleistungskatalog aufzubauen.

Dr. Lutz Kindt, Vorsitzender des NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes Nordrhein, verteidigte die „Politisierung der Wartezimmer“, die Birgit Fischer den Ärzten vorwarf, mit dem Hinweis darauf, dass die Politik an dieser Situation Schuld sei. Denn die Ärzte müssten ihren Patienten Erklärungen abgeben, wenn zum Beispiel nicht mehr die gewohnten Präparate verschrieben werden könnten oder eine Behandlung verschoben werde.

„Treibsätze für Arzneimittelbudget“

Auch Thomas Preis, Vorsitzender des Apothekerverbandes Nordrhein, kritisierte das geltende Gesetz. Er bezeichnete die gesunkenen Zuzahlungen und die steigende Zahl von chronisch Kranken, die von Rezeptgebühren befreit sind, als „Treibsätze“ für das Arzneimittelbudget. Überdies könne man das Gesundheitswesen um rund drei Milliarden Mark jährlich entlasten, wenn für Arzneimittel ein verminderter Mehrwertsteuersatz eingeführt würde, wie es bereits in den meisten europäischen Staaten der Fall ist.

Gesundheitsministerin Birgit Fischer gab eine Reihe der Kritikpunkte, die sich vor allem auf das in Kraft getretene Gesetz und dessen Auswirkungen auf die derzeitige Versorgungssituation bezogen, an die Gesundheitsberufe zurück. Sie stellte ihre Auffassung von einer starken Selbstverwaltung klar. Diese solle nicht nur Probleme identifizieren und dann bei der Politik „abladen“. Für Veränderungen zu sorgen, sei nicht allein Aufgabe der Politiker. „Wandlungsprozesse können nur gemeinsam gestaltet werden“, sagte Fischer mit Blick auf die Grundsatzdebatte, die sie führen wolle. Auch erneuerte sie ihr Dialogangebot an die im Bündnis Gesund-

heit NRW 2000 zusammengeschlossenen Gesundheitsberufe. Die angesprochenen Probleme sollten in zukünftigen Reformschritten gemeinsam gelöst werden.

Dagegen betonte Kammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe, dass die derzeitige Situation – beispielsweise der Individualregress – das Arzt-Patienten-Verhältnis unangemessen belaste. Deshalb könne man sich nicht auf Diskussionen über die zukünftige Struktur des Gesundheitswesens beschränken, sondern müsse bei der Finanzierung umgehend Alternativen erarbeiten, beispielsweise im Arzneimittelbereich zu budgetablösenden Richtgrößen übergehen.

Wirtschaftliche Zwänge in der Medizin

Wie sollen sich Ärztinnen und Ärzte verhalten, die zwischen ihren Pflichten gegenüber den Patienten und ihren berechtigten wirtschaftlichen Interessen in ein Dilemma geraten?

von **Heinz-Dieter Laum***

Der starke Anstieg der deutschen Gesundheitskosten ist nur zum Teil auf kosten-trächtige Fortschritte in Diagnose und Therapie wie neue bildgebende Verfahren, Organtransplantationen und intensivmedizinische Behandlungen, überwiegend aber auf die demographische Entwicklung zurückzuführen. Die seit langem zu niedrige Geburtenrate und große Erfolge bei der Steigerung der Lebenserwartung haben die Zahl der älteren, überdurchschnittlich behandlungsbedürftigen Patienten absolut und im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung erheblich erhöht. Die graphische Darstellung unseres Altersaufbaus gleicht zunehmend nicht mehr einer Pyramide, sondern einer Urne.

Zudem hat sich das Krankheitspektrum verändert. Während Tbc, Lungenentzündung und andere Infektionskrankheiten besiegt oder schnell heilbar geworden sind, haben langwierige Erkrankungen des Kreislaufs, Malignome und Unfallverletzungen zugenommen und neue Krankheitsbilder wie Aids zu weiteren Kostensteigerungen geführt.

Leistungen unter Wirtschaftlichkeitsgebot

Sie können durch Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven gemindert, aber bei weitem nicht ausgeglichen werden. Medizinische Leistungen einzuschränken verbietet sich nicht nur aus ethischen Grün-

*Dr. jur. Heinz-Dieter Laum, Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D., ist Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

den, sondern auch deshalb, weil sie durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) jedenfalls normativ nicht wesentlich rationiert werden.

Das Gesetz bestimmt, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen; Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§§ 12, 27, 92 SGB V).

Die Leistungen stehen demnach zwar unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot, das in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln oder über die Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch konkretisiert wird, werden aber kraft Gesetzes in ausreichendem Umfang garantiert. Daraus folgt, dass der Kassenpatient – wie der Privatpatient – eine dem medizinischen Standard voll entsprechende Behandlung beanspruchen kann.

Der Arzt, der diesem Anspruch nicht genügt, setzt sich Schadensersatzforderungen und der Gefahr strafrechtlicher Verfolgung aus. Ihn entschuldigt nicht, dass manche ärztliche Leistungen von der GKV nicht kostendeckend vergütet werden oder bei Budgetüberschreitungen Prüfungen und Regressforderungen drohen, die sich nicht an dem individuellen Behandlungsanspruch des Patienten, sondern an den durchschnittlichen Kosten des einschlägigen Fachgebietes orientieren.

Der Arzt gerät dadurch zwischen seinen Pflichten gegenüber dem Patienten und seinen berechtigten wirtschaftlichen Interessen in ein Dilemma. Wie sollte er sich in dieser Situation verhalten? Dazu hat die Kaiserin-Friedrich-Stiftung am 18. und 19. Februar 2000 in Berlin unter dem Thema: Der Arzt im Spannungsfeld zwischen medizinischen Möglichkeiten, wirtschaftlichen Zwängen und rechtlichen Vorgaben ein Symposium veranstaltet. Die

dort behandelten Probleme geben Anlass zu einiger Besorgnis.

Ablehnung nur in begründeten Fällen

Der Arzt ist – von Notfällen abgesehen – nicht verpflichtet, die Behandlung eines Patienten zu übernehmen. Das gilt für den Vertragsarzt im Verhältnis zu einem Kassenpatienten aber nur in sehr eingeschränktem Maße. Seine auf der Zulassung als Kassenarzt beruhende öffentlich-rechtliche Verpflichtung, an der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen (§ 95 Abs. 4 SBB V), führt nämlich dazu, dass er eine gewünschte Behandlung nur in begründeten Fällen ablehnen darf, wie § 13 Abs. 6 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) ausdrücklich bestimmt.

Als Ablehnungsgründe werden u. a. fehlendes Vertrauensverhältnis, Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen, ärztliche Überlastung, vom Patienten erstrebte systematische fachfremde Behandlung, querulatorisches oder sonst unqualifiziertes Verhalten des Patienten, das Begehren von Wunschrezepten und das Verlangen medizinisch nicht indizierter Behandlungen oder eines Besuches außerhalb des Praxisbereichs ohne zwingenden Grund diskutiert. Der Arzt darf aber nicht die ambulante Operation eines Kassenpatienten im Hinblick auf eine nicht kostendeckende Vergütung ablehnen oder einen multimorbiden Patienten aus wirtschaftlichen Gründen an einen anderen Arzt oder in ein Krankenhaus weiterüberweisen. Dass Krankenhäuser die Behandlung eines Patienten mit allgemeinen Krankenhausleistungen nicht ablehnen dürfen, hat der Bundesgerichtshof schon vor Jahren entschieden.

Behandlung nach dem medizinischen Stand

Hat der Arzt die Behandlung eines Patienten übernommen, muss er ihn nach dem medizinischen Standard behandeln, auch wenn dies Leistungen erfordert, die nicht kosten-

deckend vergütet werden oder Regressforderungen der GKV erwarten lassen. Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass Vertragsärzte verpflichtet sind, den Versicherten die nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßige und ausreichende Versorgung zu gewähren, und nicht berechtigt sind, sich wegen einer etwa unzureichenden Vergütung der Leistungspflicht zu entziehen.

Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hat aufgrund der gleichen Auffassung die in einem Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein getroffene Regelung für rechtswidrig erklärt, dass Leistungen, die vom einzelnen Vertragsarzt nicht kostendeckend erbracht werden können, von ihm nicht angeboten werden müssen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass der Vertragsarzt verpflichtet sei, die zum Fachgruppenstandard und Kernbereich einer Vertragsarztpraxis gehörenden Leistungen als Sachleistungen zu erbringen. Deshalb sei ihm schlechthin untersagt, solche Leistungen aus monetären Gründen als Sachleistung auszugliedern und dem gesetzlich Versicherten privat anzubieten. Eine Vergütung dürfe er von ihm nur fordern, soweit dieser vor der Behandlung ausdrücklich verlangt habe, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dies dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt habe (§ 18 Abs. 1 Nr. 2 BMV-Ä). Die Entscheidung des Versicherten müsse autonom sein und nicht auf Drängen des Vertragsarztes beispielsweise durch Anbieten eines zeitnahen Termins zur ambulanten Operation erfolgt sein.

Einfluss auf die Haftung

Die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein hatte bisher noch keine Gelegenheit, zum Einfluss wirtschaftlicher Zwänge auf die Arzthaftung Stellung zu nehmen. Sie wird sich in einschlägigen Fällen an der Rechtsprechung der staatlichen Gerichte orientieren, die

bei der Bestimmung des medizinischen Standards auch wirtschaftliche Gesichtspunkte durchaus berücksichtigt haben.

In der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) ist seit langem anerkannt, dass das Maß der erforderlichen Sorgfalt eingebunden ist in die Möglichkeiten des Behandlungsalltags und Maximaldiagnostik und Maximaltherapie nicht erforderlich sind. Der Patient hat keinen Anspruch auf sofortige Anwendung einer neuen Methode. Der Einsatz eines den Anforderungen voll entsprechenden älteren Chirurgiegerätes statt eines inzwischen erprobten modernen Gerätes unterschreitet nicht den geforderten Standard. Gibt es Behandlungsalternativen, darf die kostengünstigere gewählt werden.

Ein Krankenhaus darf sich aber nicht auf die Unwirtschaftlichkeit der Vorratshaltung eines teuren Medikaments berufen, wenn das Medikament rechtzeitig von Fall zu Fall beschafft werden kann. Hygienische Defizite aus veralteten räumlichen Verhältnissen, die durch betriebliche oder organisatorische Maßnahmen neutralisiert werden können, befreien nicht von der Haftung. Eine erforderliche intensivmedizinische Behandlung darf auch alten Patienten nicht verweigert werden. Der Krebspatient hat ohne Rücksicht auf die Kosten Anspruch auf Ausnutzung aller ihm verbliebenen Heilungschancen. Auch wenn er nicht mehr geheilt werden kann, muss seine Palliativbehandlung dem medizinischen Standard voll entsprechen.

Verzicht auf nicht indizierte Maßnahmen

Ärztliche Leistungen dürfen nicht rationiert, müssen aber rationalisiert werden. Dazu gehört der Verzicht auf unwirksame oder medizinisch nicht indizierte Maßnahmen, die gelegentlich auch durch Erwägungen der Defensivmedizin oder den Wunsch nach Amortisierung teurer Geräte motiviert sind.

Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind verbindlich. Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sollten nicht nur zur guten Versorgung des Patienten, sondern auch zur Vermeidung überflüssiger und deshalb unwirtschaftlicher Behandlungen beitragen. Insofern können sie eine wertvolle Entscheidungshilfe zur Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven sein. Ärzte sollten auch aus diesem Grunde ihre vielfach immer noch bestehenden Vorbehalte gegen Leitlinien aufgeben, sofern diese aktuell sind und auf den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Erfahrung beruhen.

Verhalten bei Engpässen

Unvermeidbare Kapazitätsengpässe beispielsweise bei Organtransplantationen, nach Katastrophen oder bei massenhafter Nachfrage nach Impfungen, die dem Arzt nicht anzulasten sind, verpflichten ihn, die Patienten so schnell wie möglich zu behandeln und deren Reihenfolge aufgrund sachlicher Erwägungen – etwa nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit der Behandlung – zu bestimmen. Reicht die apparative Ausstattung einer Universitätsklinik nicht aus, allen Patienten die nach neuesten medizinischen Erkenntnissen optimale Behandlung zuteil werden zu lassen, muss der Patient die sich hieraus ergebenden Nachteile entschädigungslos hinnehmen, wenn die Behandlung gutem ärztlichen Qualitätsstandard entspricht.

Albtraum Rationierung

Eine überzeugende Lösung des ökonomischen Problems der kassenärztlichen Versorgung kam auch bei der Tagung der Kaiserin-Friedrich-Stiftung nicht in Sicht. Beitragserhöhungen sind derzeit aus politischen Gründen nicht zu erwarten, obwohl die Gesundheitskosten zwar absolut und im Verhältnis zu den Löhnen und Gehältern, nicht

aber im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt gestiegen sind. Die Problemlösung wird aber immer dringlicher, weil die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt mit Sicherheit weitere drastische Kostensteigerungen hervorrufen werden. Falls nicht wirksame Maßnahmen ergriffen werden, wird der für die GKV erforderliche Beitragssatz bald unbezahlbar sein.

Es wird daher kein Weg daran vorbei führen, auch grundlegende Veränderungen des Systems der GKV zu diskutieren. Die Rationierung ärztlicher Leistungen könnte alpträumhafte Auswirkungen haben.

Drei Monate vor seinem Tod ist der Durchschnittspatient am teuersten. Soll der Arzt deswegen seine Behandlung aufgeben oder auf ein Minimum reduzieren, obwohl niemand weiß, wann die letzten drei Monate beginnen? Das kann sicher keiner verantworten. Jedoch könnten Patiententestamente dem Arzt mehr Möglichkeiten eröffnen, todkranke Menschen in Würde sterben zu lassen. Kostengesichtspunkte dürfen dabei aber keine Rolle spielen.

Die – in einigen anderen Industrieländern bereits erfolgte – Reduzierung der GKV-Leistungen auf eine medizinische Grundversorgung wäre problematisch, wenn nicht die Patienten – wie bei der Altersrente? – zugleich eine private Zusatzversicherung abschließen müssten und sozial Schwache besonders geschützt würden. Immerhin müsste diese Lösung von Experten aus Medizin, Ökonomie, Versicherungswirtschaft und Politik geprüft werden.

Vorrangig zu diskutieren erscheint mir aber der Vorschlag, auch die gesetzlich versicherten Patienten nicht nur an den Kosten der Medikamente, sondern auch an der Vergütung der Ärzte zu beteiligen. Das würde auch ihr Kostenbewusstsein steigern und dazu beitragen, überflüssige ärztliche Behandlungen nicht in Anspruch zu nehmen. Allerdings müssten unzumutbare Belastungen der Versicherten durch sozial gestaffelte Höchstgrenzen vermieden werden.

Literatur liegt der Redaktion vor.