

tung bestellt“ (deliktische Haftung für eigenes Auswahl- oder Überwachungsverschulden gemäß § 831 BGB). Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfen sind beispielsweise bei einem niedergelassenen Arzt die medizinisch-technischen Assistentinnen, Röntgenassistentinnen oder Arzthelferinnen, denen er – soweit dies zulässig ist – die selbständige Wahrnehmung ärztlicher Aufgaben übertragen hatte.

In Krankenhäusern gehört dagegen das nichtärztliche Personal in der Regel nicht zu den Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfen der dort tätigen Ärzte, weil es nicht von ihnen, sondern vom Krankenhausträger ausgewählt und eingestellt worden ist. Bei Belegärzten ist das anders, sofern es um von ihnen eingestelltes Personal geht. Beispielsweise ist die Beleghebamme Erfüllungsgehilfin des gynäkologischen Belegarztes, so dass dieser – wenn er die Leitung einer Geburt übernommen hat – für Fehler der Hebamme haftet, die nicht hinreichend mit dem CTG vertraut ist (*OLG Celle, VersR. 1999, S. 486; Laufs NJW 1997, 1609, 1612*).

Ausstattung der Abteilung ist Sache des Trägers

Für Mängel der personellen und sachlichen Ausstattung seiner Krankenhausabteilung haftet der Chefarzt nur unter besonderen Umständen. In der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist seit langem anerkannt, dass das Maß der gebotenen Sorgfalt in die Möglichkeiten des Behandlungsalltags eingebunden ist und Maximaldiagnostik und -therapie nicht zu verlangen sind. Beispielsweise unterschreitet der Einsatz eines den Anforderungen voll entsprechenden älteren Chirurgiegerätes statt eines inzwischen erprobten modernen Gerätes nicht den geforderten Standard.

Wenn die apparative Ausstattung nicht ausreicht, allen Patienten die nach neuesten medizinischen Erkenntnissen optimale Behandlung zuteil werden zu lassen (CT-ge-

plante Bestrahlung nach einer Brustkrebsoperation), muss der Patient selbst in einer Universitätsklinik daraus entstehende Nachteile entschädigungslos hinnehmen (*OLG Köln, 5 U 103/97, rechtskräftiges Urteil vom 19.8.1998*). Allerdings wird der Chefarzt den Krankenhausträger auf Mängel der personellen und sachlichen Ausstattung, welche die

Wahrung des medizinischen Standards gefährden, notfalls mit Nachdruck hinweisen und um Abhilfe bitten müssen (*vgl. § 3 der Formulierungshilfe „Chefarztvertrag“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft*). Kommt der Krankenhausträger dieser Bitte nicht nach, wird man den Chefarzt dafür nicht verantwortlich machen können.

Nur Pfennige für die Selbsthilfe

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen jährlich eine DM pro Versicherten für die Selbsthilfe ausgeben, doch bisher ist kaum etwas bei den Gruppen angekommen.

von Sabine Schindler-Marlow

Ungezählte Freiwillige machen das Leben in unserem Gemeinwesen reicher. Mit ihrem persönlichen Engagement sind sie für andere da und beweisen so, dass die Gesellschaft keineswegs nur aus Selbstsüchtigen besteht.“ Lobende Worte im Jahr des Ehrenamtes von NRW-Gesundheitsministerin Birgit Fischer für die Selbsthilfegruppen, die zum Sommerfest der Freiwilligen nach Oberhausen gekommen waren. An guten Worten und an Lob fehlt es der Selbsthilfe allerdings seit langem nicht mehr. Seit Jahren betonen Politiker landauf, landab wie wichtig der Beitrag der Selbsthilfe zur Unterstützung des professionellen Systems ist. Immerhin gibt es in Deutschland rund 80.000 Selbsthilfegruppen, die von rund drei Millionen Mitgliedern getragen werden.

Politischer Wille und Realität

Damit diese Gruppen besser arbeiten können, wurde mit der Änderung des § 20 Abs. 4 SGB V die rechtliche Grundlage für die Unter-

stützung der Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen geschaffen. Eine DM pro Versicherten sollte die Selbsthilfe jährlich erhalten und damit Planungssicherheit für qualitätsgesicherte Arbeit und Projekte bundesweit wie vor Ort bekommen. Doch der von der Selbsthilfe sehnlichst herbeigewünschte Geldregen, der die Arbeit vor Ort unterstützen sollte, scheint bisher auf seinem Weg durch die Instanzen, Institutionen, verworrenen Antragsvoraussetzungen und politischen Interessen zu versickern.

In den beiden vergangenen Jahren jedenfalls kam das Geld nur tröpfchenweise. Aus der versprochenen Mark sind im Jahr 2000 gemäß der amtlichen Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit gerade einmal 26 Pfennig geworden. Das heißt: von 71,2 Millionen DM, die im Jahr 2000 von den Kassen für die Selbsthilfe aufgewendet werden sollten, sind nur 18,57 Millionen an die Betroffenen gelangt. Und auch für das Jahr 2001 gehen die Wohlfahrtsverbände davon aus, dass sich der ausge-

gebene Betrag der Krankenkassen maximal auf 35 Millionen DM belaufen wird.

Unmut macht sich breit

Da wundert es kaum, dass sich an der Selbsthilfearbeit vor Ort durch das Gesetz wenig geändert hat. Positivster Effekt bislang: einige Dachverbände auf Bundesebene und lokale Selbsthilfekontaktstellen werden besser und konstanter als bisher gefördert. Doch an der Basis der Selbsthilfe beginnen die vielgelobten Freiwilligen, ihre Lust an der Arbeit zu verlieren. „In Anbetracht der nicht ausgeschöpften finanziellen Möglichkeiten und meiner ständig ignorierten Anträgen auf Förderung frage ich mich langsam, ob ich mit meiner kleinen Rente weiter Kopien, Raummiete, Briefe und so weiter finanzieren soll“, sagt Klaus Hillebrand von der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Düsseldorf. Mit diesem Problem steht Hillebrand nicht allein. Laut einer Umfrage der „Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)“ auf Bundesebene machen Eigenmittel im Durchschnitt mehr als die Hälfte der zur Verfügung stehenden Finanzmittel der Selbsthilfe aus.

Auch der Ortsverein Essen des Deutschen Schwerhörigenbundes (DSB) ist erbost: sein Antrag auf Fördermittel wurde von der Arbeitsgemeinschaft der Essener Krankenkassen ohne Angabe von Gründen abgelehnt, der Brief nicht einmal unterschrieben und Ansprechpartner nicht genannt. Auf weitere Anfrage teilten die Krankenkassen mit, dass ein Antrag der Gruppe für Fördermittel schon bewilligt worden sei, und es könne immer nur ein Antrag angenommen werden. Doch über dieses Verfahren haben weder die einzelnen Kassen noch die Arbeitsgemeinschaft die Gruppe informiert. So wurde beispielweise dem DSB- Ortsverein von allen Essener Krankenkassen

im Jahr 2001 eine Förderung von 415 DM zuteil – ein Betrag, der rund 0,7 Prozent der tatsächlichen Ausgaben abdeckt.

Eine wachsende Zahl von Selbsthilfegruppen sieht die Art und Weise der Kassen, mit den Förderanträgen umzugehen, als zynisch an. Denn ihre Anliegen werden lapidar abgelehnt, völlig ignoriert oder die bewilligte Summe macht nur einen Bruchteil der beantragten Summe aus. Die Folge: immer weniger Selbsthilfegruppen haben noch die Zeit und die Kraft, die Anträge überhaupt auszufüllen – denn das kostet mindestens vier bis sechs Stunden Zeit. Das ermöglicht den Kassen zu behaupten, dass sie ihr Geld mangels Anträgen gar nicht verteilen können. Allerdings können sie auch nicht darlegen, nach welchen Kriterien und Förderplänen sie Geld verteilen. „Das ganze System ist völlig intransparent und jeder versucht, in die eigene Tasche zu arbeiten“, kritisiert Klaus Hillebrand.

Gewollt und nicht gekonnt?

Dabei haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen am 10. März 2000 – nach der Neufassung des § 20 SGB V Abs. 4 – auf gemeinsame und einheitliche Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe geeinigt und damit den Rahmen für die Selbsthilfeförderung geschaffen. Eine Förderung soll per Gesetz dann erfolgen, wenn Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten Erkrankungen zum Ziel gesetzt haben. So einfach diese Formel auf dem Papier ist, so schwierig ist die Umsetzung vor Ort. Denn die Strukturen der ganz unterschiedlich organisierten Krankenkassen sind mit den Strukturen der noch viel heterogeneren Selbsthilfelandchaft kaum kompatibel, und es fehlt an Informationswegen zwischen den Organisationen.

VdAK hofft auf Besserung

Darin sehen auch die Spitzenverbände der Krankenkassen das größte Defizit. Karin Niederbühl vom Ersatzkassenverband VdAK hofft auf Besserung. Nach ihren Worten sind die Anfangsschwierigkeiten, die die Krankenkassen mit der Umsetzung der neuen Rechtsvorgabe hatten, weitgehend überwunden. Zurzeit seien die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen zusammen mit den Vertretern der Selbsthilfe dabei, ein Empfehlungspapier zur Weiterentwicklung der Umsetzung des § 20 Abs. 4 SGB V zu verabschieden. Dieses Papier beinhaltet konkrete Verfahrensvorschläge für die zukünftige Förderung und soll dazu beitragen, die Einlösung des gesetzlichen Auftrages für die nächsten Jahre zu garantieren, so Niederbühl. Allerdings seien auch die Dachorganisationen der Selbsthilfe und die regionalen Kontaktstellen in der Pflicht, die Gruppen vor Ort über Fördermöglichkeiten zu informieren: „Dies kann nicht die alleinige Aufgabe der Krankenkassen sein.“

Einige Selbsthilfekontaktstellen haben bereits in den vergangenen Jahren versucht, Transparenz zu schaffen. Anderen werfen Vertreter von Selbsthilfegruppen jedoch vor, sie hätten ihre Energie zuerst darauf verwandt, die eigene Förderung sicherzustellen. Nicht selten erleben Selbsthilfeverbände inzwischen ihre Kontaktstellen nicht mehr als Partner, sondern als Konkurrent um Gelder – eine brisante Situation.

Für das Jahr 2002 haben sich alle Beteiligten vorgenommen, an der gerechten Verteilung der 0,51 Euro pro Versicherten zu arbeiten. Die Krankenkassen wollen sich ernsthaft auf die Selbsthilfe zubewegen und die zum großen Teil selbst verursachte Konfusion beheben. Manche Vertreter der Selbsthilfe meinen auch, dass es im Sinne einer schnelleren Umsetzung des Gesetzes hilfreich wäre, wenn sich Politiker und Aufsichtsbehörden die Umsetzung des Gesetzes schärfer anschauten.