



TUM: Junge Akademie
Ab ingenio ad excellentiam



Technische Universität München

Gutachten

***Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens:
Realität und Vision***

TUM: Junge Akademie
Jahrgang 2010/2011

Gutachten

*Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens:
Realität und Vision*

Eine Bestandsaufnahme mit Empfehlungen

Felix Behr

Béatrice Bieber

Alexander Böhner

Ann-Kathrin Straub

Siwanto Schiefenhövel

Projektgruppenleiterin: Béatrice Bieber

Tutor: Florian Henke

Mentor: Professor Dr. med. Dr. h. c. Paul Gerhardt

Vorwort

Das erste Jahr der *TUM: Junge Akademie* - eine Einrichtung der Technischen Universität München zur Förderung der exzellenten und engagierten Studierenden - liegt erfolgreich hinter uns.

Kernelemente der *TUM: Junge Akademie* sind die disziplinäre Vertiefung, der interdisziplinäre Austausch, der Diskurs über wichtige Fragen des gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, wissenschaftlichen, kulturellen und politischen Lebens sowie die eigenständige Entwicklung innovativer Ideen.

Die Mitglieder der *TUM: Junge Akademie* bearbeiten während ihrer Mitgliedschaft ein Projektthema in kleinen Gruppen, die interdisziplinär mit 4 – 8 Teilnehmer/-innen besetzt sind. Die fächerübergreifenden Themen werden von den Mitgliedern selbst vorgeschlagen und werden innerhalb eines akademischen Jahres bearbeitet. Sie werden von Projektmentoren, erfahrenen Hochschullehrern und Hochschullehrerinnen, Projekt Tutoren und Projekt Tutorinnen young alumni der *TUM: Junge Akademie*, bei der Projektdurchführung fachlich und persönlich betreut. Im Zusammenwirken verschiedener Fachdisziplinen werden neue fächerübergreifende Kompetenzen erworben und vertieft.

Die Themen des ersten Jahrgangs der *TUM: Junge Akademie* spannen einen weiten Bogen von der „Autarken Gemeinde“ über „One Minute Science“ bis zum „Deutschen Gesundheitswesen - Realität und Vision“.

An dieser Stelle möchte ich mich für das Engagement und den ehrenamtlichen Einsatz der Projektmentoren/Projektmentorinnen und Projekt Tutoren/Projekt Tutorinnen herzlich bedanken, die einen wesentlichen Anteil am Erfolg der Projektgruppen hatten.

Workshops zu Posterdesign, Rhetorik, „Schreiben Sie sich erfolgreich“, „Ein Projekt – ein Text“ sowie ein Filmseminar haben die Mitglieder bei der Durchführung ihrer Arbeit unterstützt. Weitere Angebote des Wahlprogramms wie Firmenbesuche, Kamingespräche und kulturelle Angebote haben das letzte akademische Jahr abgerundet.

Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre der vorliegenden Projektarbeiten, die von den Projektmitgliedern selbstständig verfasst wurden und hier unredigiert wiedergegeben sind. Ihnen obliegt die Urheberschaft sowie die volle inhaltliche Verantwortung der Projektarbeit.

Entsprechend ist diese Borschüre als Dokumentation der Projektarbeiten zu verstehen. Die vertretenden Thesen stehen zur Diskussion.

TUM: Junge Akademie

Peter Gritzmann

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	12
Kapitel 1: Die Organisations- und Finanzierungsstruktur des deutschen Gesundheitswesens	14
1. Einleitung: Die historische Entwicklung des heutigen Gesundheitswesens	15
2. Organisationsstruktur des Gesundheitswesens	16
2.1 Organigramm zur Organisationsstruktur	16
2.2 Bundesministerium für Gesundheit und gemeinsame Selbstverwaltung.....	17
2.3 Verbände der Krankenkassen.....	19
2.4 Verbände der Leistungserbringer.....	19
3. Finanzierungsstruktur des Gesundheitswesens	20
3.1 Organigramm zur Finanzierungsstruktur	20
3.2 Gesundheitsfonds.....	21
3.3 Versicherte.....	22
3.4 Vergütung von medizinischen Leistungen in Praxen und Kliniken	23
4. Kostenfaktoren im Gesundheitswesen.....	24
Kapitel 2: Die Struktur des deutschen Arzneimittelmarktes	26
1. Einleitung.....	27
2. Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) ,	30
2.1 Sonderregelungen für Orphan Drugs (Arzneimittel gegen seltene Krankheiten)	33
2.2 Impfstoffe	33
2.3 Großhandelszuschlag	34
2.4 Apothekenrabatt	34
2.5 Veröffentlichung klinischer Studien.....	34
2.6 Kritikpunkte am AMNOG	35
3. Gesetz zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-ÄndG) ,	36
3.1 Rabatte & Rabattverträge	37
3.2 Exkurs: OTC-Arzneimittel ,	37

4. Fazit zu AMNOG & GKV-ÄndG	38
5. Einflussnahme der Pharmaindustrie	42
5.1 Einflussnahme der Pharmaindustrie auf Ärzte	42
5.2 Einflussnahme der Pharmaindustrie auf Selbsthilfegruppen	45
Kapitel 3: Die Zulassungskriterien und der Aufbau des deutschen Humanmedizinstudiums.....	48
1. Einleitung.....	49
2. Hochschulzugangsberechtigung zum Humanmedizinstudium	49
2.1 Das Abitur	50
2.2 Der Numerus Clausus als Beschränkung der Studienplätze	51
2.3 Soziale Fähigkeiten als Zugangskriterium für einen Studienplatz?	52
3. Struktur und Inhalt des Medizinstudiums	53
3.1 „Der Ausstiegs-Bachelor“	54
3.2 Abwanderung der Absolventen ins Ausland und in andere Berufsfelder.....	55
3.3 Praxisbezug in der Lehre	56
3.4. Neustrukturierung des Gegenstandskatalogs.....	57
3.5 Motivation und Schulung der Lehrenden	57
Kapitel 4: Die Arbeitssituation von Ärzten in Kliniken und Praxen.....	60
1. Einleitung.....	61
2. Die Arbeitssituation von Ärzten in Praxen	61
3. Die Arbeitssituation von Ärzten in Universitätskliniken und Krankenhäusern	64
3.1 Die Finanzstruktur eines Krankenhauses.....	64
3.2 Der Konflikt von Wirtschaftlichkeit und ärztlicher Berufsethik	67
3.3 Die Koordination der Stationsarbeit von Ärzten und Pflegern.....	68
3.4 Das räumliche Arbeitsumfeld	71
3.5 Die Forschung.....	73
3.6 Frauen im Arztberuf	74
3.7 Die Führungskräfte: Chefarzte und Oberärzte.....	75
4. Zunehmende Bürokratisierung.....	77

5. Vergütung	78
Kapitel 5: Der Patient und die Gesellschaft als Teil des Gesundheitswesens	80
1. Einleitung.....	81
2. Erwartungen an den Arzt	81
3. Erwartungen an die Apotheker	83
3.1 Rezepteinlösung	83
3.2 Beratung	84
4. Die Gesellschaft als Teil des Gesundheitswesens.....	85
4.1 Prävention.....	85
4.2 Das Handeln des Einzelnen gegenüber der Solidargemeinschaft.....	87
4.3 Priorisierung in der Medizin	88
Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen.....	94
Schlusswort.....	98
Danksagungen	100
Portrait.....	101

Vorwort

Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens: Realität und Vision. Eine Bestandsaufnahme mit Empfehlungen. Als dieses Thema auf dem Auswahlseminar vorgestellt wurde, sah man vor allem eines in den Gesichtern der Anwesenden: Sorgenfalten und zugleich Nachdenklichkeit.

Gerade im letzten Jahr stand die Medizin häufig im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit. Die Abschaffung des Numerus Clausus für Studienanfänger wurde diskutiert, es wurde der Ärzteschwund auf dem Land bemängelt, Hygieneskandale in Kliniken erschütterten, streikende Ärzte auf den Straßen warfen Fragen auf, Diskussionen zur Pränataldiagnostik und zur Sterbehilfe machten nachdenklich, neue Gesetzgebungen zur Regulierung des Arzneimittelmarktes und zu Versicherungen ließen aufhorchen und zuletzt wurde betont, wie unpopulär das Amt des Gesundheitsministers sei.

All dies zeigte immer wieder, dass wir an einem schwierigen aber wichtigen Thema arbeiteten. Die Schwierigkeit besteht sachlich vor allem in einem Problem: Der demographische Wandel lässt sich nicht aufhalten. Die Menschen werden immer älter und zugleich kann die Medizin immer mehr einst als unmöglich geltende Behandlungen möglich machen. Gelenke werden ausgetauscht, Organe durch Maschinen ersetzt – vieles erscheint machbar.

Jedoch bewegt sich das Gesundheitswesen in einem limitierten finanziellen Rahmen. Die Medizin hat sich gewandelt. Michael Feld beschrieb diese Veränderung in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ) vom 9. Juni 2011 als „Umorientierung der Krankenhäuser von Stätten der Daseinsfürsorge zu gewinnorientierten Wirtschaftsunternehmen“. Diese Umorientierung ist nicht grundsätzlich negativ, aber sie wirft jetzt die Fragen der Vereinbarkeit von ökonomischem Handeln und ärztlicher Berufsethik sowie der Menschlichkeit mancher Abläufe im Gesundheitswesen auf.

Von Anfang an war es unser Ziel, verschiedene Teile des Gesundheitssystems zu erarbeiten und zugleich mögliche Empfehlungen für Verbesserungen auszusprechen. Sicherlich hätten wir auch nur einen Bereich des Gesundheitswesens bearbeiten und vielleicht bestimmte Empfehlungen noch konkreter ausarbeiten können. In der Zusammenschau der ineinandergreifenden Mechanismen aber konnte ein Gesamtbild des Gesundheitswesens entstehen und dies ermöglichte es uns, Empfehlungen für Richtungsänderungen zu erarbeiten. Es hat keiner erwartet, dass wir die Lösung für ein seit Jahrzehnten bestehendes Problem aufzeigen können. Und es wird auch nicht *die* Lösung geben. Da eine Vielzahl von kleinen Problemen das Gesamtbild prägen, sind differenzierte Herangehensweisen in den unterschiedlichen Bereichen nötig.

Diese Herangehensweisen haben wir versucht zu erarbeiten. Immer hatten wir das Ziel vor Augen, möglichst Vorschläge zu unterbreiten, die finanzier- und umsetzbar sind. Pauschal mehr Geld zu fordern ist eine Möglichkeit und manchmal unumgänglich. Aber sie ist nicht kreativ und angesichts finanzieller Zwänge selten zielführend. Manche unserer Empfehlungen mögen einfach klingen, manche unmöglich, manche kostenintensiv.

Insgesamt gesehen hat unsere Arbeit aber nicht nur konkrete Empfehlungen hervorgebracht.

Immer wieder haben wir bei unserer Arbeit festgestellt, dass selbst Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, wenig Kenntnisse von Zusammenhängen und problematischen Strukturen zu haben scheinen. Dies liegt teils in der Resignation auf Grund der scheinbar ausweglosen Situation des Gesundheitswesens begründet, teils aber auch an der Schwierigkeit, bestimmte Auskünfte und Informationen zu bekommen. Wissen ist jedoch essentiell, um Veränderungen vorantreiben zu können. Während unserer Arbeit haben wir Ärzte, Professoren, Patientenvertreter und Mitarbeiter in der klinischen Verwaltung interviewt, zahlreiche Textquellen gelesen und miteinander unsere Ideen zu Veränderungen diskutiert.

In der vorliegenden Arbeit werden fünf zentrale Themen bearbeitet.

In unserer Gruppe gab es personelle Veränderungen, sodass leider das sechste und wichtige Themengebiet der Versicherungen nicht in der Ausführlichkeit behandelt werden konnte, wie wir das anfangs geplant hatten.

Zu Beginn wird die Organisationsstruktur unseres Gesundheitswesens aufgezeigt und dargestellt, welche Organe und Ausschüsse wie zusammenarbeiten. Zugleich wird hier auch auf die finanzielle Struktur eingegangen. Da nicht nur die politische Struktur ein Baustein des Gesundheitswesens ist, sondern auch der Arzneimittelmarkt entscheidend bei der Kostenstruktur mitwirkt, wird in einem zweiten Teil näher auf diesen eingegangen. Hier wird auch erklärt, was das neue Arzneimittelgesetz bedeutet und ein internationaler Vergleich angestellt. In diesen vorgegebenen Strukturen werden neue Ärzte ausgebildet, sodass das dritte Kapitel sich der Lehre in der Medizin widmet und unter anderem folgende Fragen beantwortet: Wie wird ein junger Mensch, der sich entscheidet, sein Leben in den Dienst am Menschen zu stellen, zu einem Arzt? Wieso ist die öffentliche Debatte um einen Wegfall des NC für Medizin keine Lösung für den Arztmangel und welche Umstrukturierung brauchen wir wirklich? Eine weitere Debatte, die in diesem Zusammenhang die Öffentlichkeit im letzten Jahr bestimmt hat, war, dass es zu wenig Hausärzte in strukturschwachen Regionen gibt. Was sind die Gründe dafür? Warum erleben wir immer mehr Ärzte, die immer weniger Zeit für den Patienten haben? Antworten darauf sind im Kapitel „Arbeitssituation von Ärzten in Kliniken und Praxen“ enthalten. Zuletzt widmen wir uns der Frage, was der Patient eigentlich in diesem Gesundheitswesen für Erwartungen hat und welche Erwartungen an den Patienten gestellt werden. Besonders eingegangen sind wir auch auf die Frage der Priorisierung in der Medizin.

Durch unsere Arbeit haben wir Wissen erworben, das wir nun weitergeben können. Wir hoffen, dass wir mit jedem Leser einen Bürger und damit auch einen Patienten gewinnen können, der sich vor dem Hintergrund der Gesamtsituation des Gesundheitswesens mit Interesse seiner eigenen Gesundheit zuwendet, sich aktiv für sie einbringt, Zusammenhänge im Gesundheitswesen versteht, und damit hilft, das deutsche Gesundheitswesen zu verändern. Das deutsche Gesundheitswesen wird nicht durch einzelne Reformen allein umgestaltet werden können. Alle müssen ihren Beitrag dazu leisten und so hoffen wir, dass die vorliegenden Texte Anreize dazu geben können.

Wir wünschen eine gute Lektüre!

Felix Behr, Béatrice Bieber, Alexander Böhner, Siwanto Schiefenhövel und Ann-Kathrin Straub

Kapitel 1: Die Organisations- und Finanzierungsstruktur des deutschen Gesundheitswesens

Ann-Kathrin Straub

1. Einleitung: Die historische Entwicklung des heutigen Gesundheitswesens.....	15
2. Organisationsstruktur des Gesundheitswesens	16
2.1 Organigramm zur Organisationsstruktur	16
2.2 Bundesministerium für Gesundheit und gemeinsame Selbstverwaltung.....	17
2.3 Verbände der Krankenkassen.....	19
2.4 Verbände der Leistungserbringer.....	19
3. Finanzierungsstruktur des Gesundheitswesens.....	20
3.1 Organigramm zur Finanzierungsstruktur	20
3.2 Gesundheitsfonds.....	21
3.3 Versicherte.....	22
3.4 Vergütung von medizinischen Leistungen in Praxen und Kliniken	23
4. Kostenfaktoren im Gesundheitswesen	24

1. Einleitung: Die historische Entwicklung des heutigen Gesundheitswesens

Das heutige System der gesetzlichen Sozialversicherung besteht aus fünf Gruppen, die sich historisch entwickelt haben. Diese sind die Krankenversicherung (1883), die Unfallversicherung (1884), die Rentenversicherung (1891), die Arbeitslosenversicherung (1927) und schließlich die Pflegeversicherung (1995).

Unser Gesundheitswesen findet also seine Ursprünge in der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung von 1883. Mit dem damaligen Krankenversicherungsgesetz wurde eine Versicherungspflicht für gewerbliche Arbeiter eingeführt. Die Arbeiter hatten dadurch Anspruch auf ärztliche Versorgung, Arzneimittel und Krankengeld. Diese Leistungen wurden damals zu einem Drittel vom Arbeitgeber und zu zwei Dritteln vom Arbeitnehmer getragen. Die Reichsversicherungsordnung im Jahr 1911 fasste die bis zu dem Zeitpunkt bestehenden drei Sparten - Krankenversicherung, Unfallversicherung und Rentenversicherung - zusammen. Außerdem dehnte sich die Versicherungspflicht auf weitere Personengruppen aus. Bis zum Gesundheits-Reformgesetz im Jahr 1989 bildeten die Gesetze der Reichsversicherungsordnung die Rechtsgrundlage der Krankenversicherungen.

Mit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland wurde die Selbstverwaltung im Krankenversicherungssystem, die während des Nationalsozialismus abgeschafft worden war, wieder hergestellt.

Während der darauffolgenden Jahre dehnten sich die Leistungen der Versicherungen und die Versicherungspflicht auf immer weitere Personengruppen aus. Damit stiegen auch die Ausgaben im Gesundheitswesen. Immer wieder wurden verschiedene Gesetze entworfen und verabschiedet, um dem Kostenanstieg entgegenzuwirken.

Seit dem Gesundheits-Reformgesetz sind alle Gesetze und Regelungen des Gesundheitswesens im fünften Sozialgesetzbuch eingegliedert.

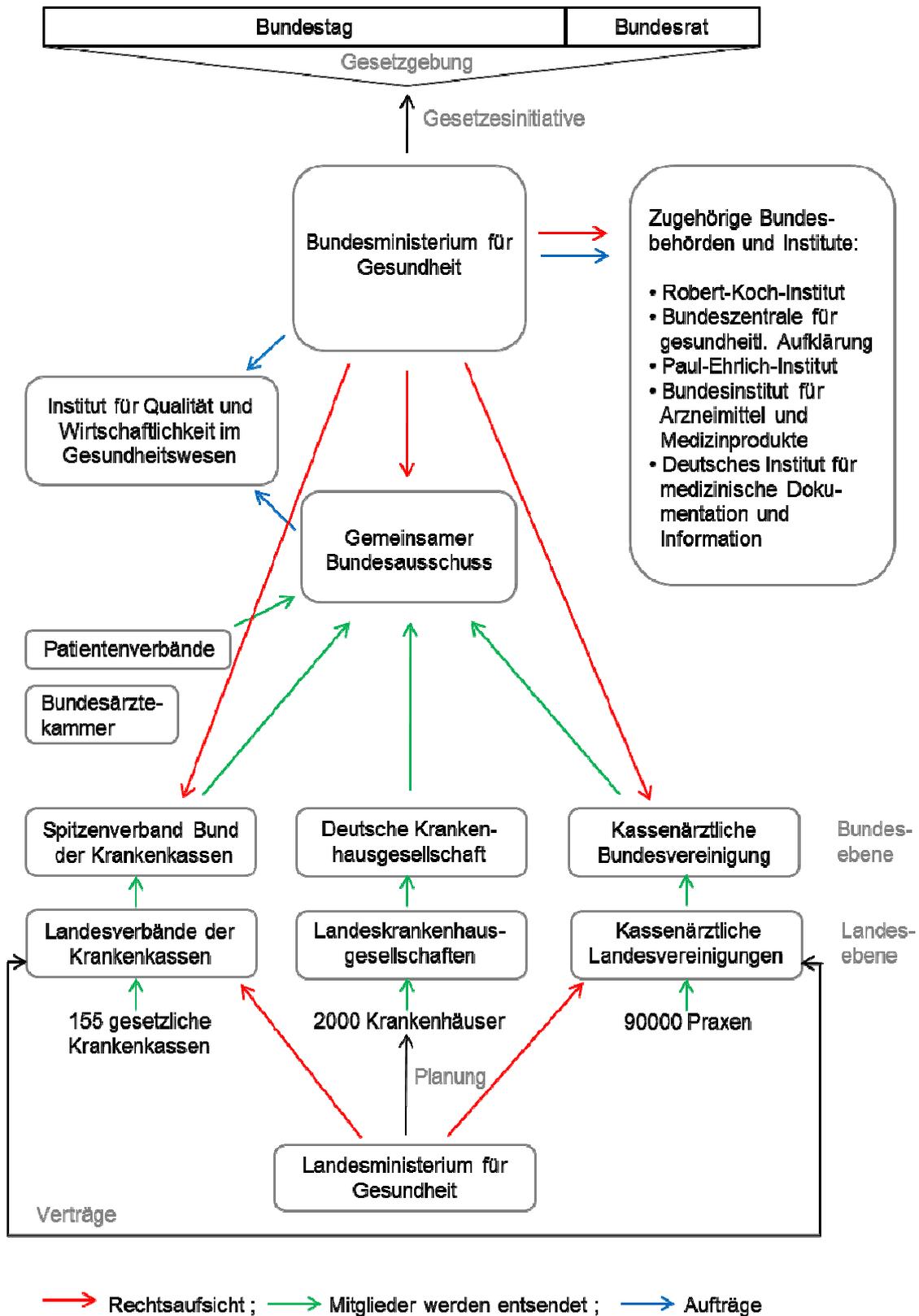
Im Zuge der Wiedervereinigung galt das deutsche Krankenversicherungsrecht schließlich in ganz Deutschland.

Bis heute werden immer wieder große Anstrengungen unternommen, das System effizienter zu strukturieren, die Ausgaben im Gesundheitswesen zu verringern und dabei die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

2. Organisationsstruktur des Gesundheitswesens

2.1 Organigramm zur Organisationsstruktur

Die heutige Struktur des Gesundheitswesens soll in folgendem Organigramm veranschaulicht werden.



Die obersten Instanzen des Gesundheitswesens sind der Bundestag und der Bundesrat als Gesetzgeber. Die Initiativen in der Gesundheitspolitik gehen in der Regel vom Bundesministerium für Gesundheit aus. Dem Ministerium stehen verschiedene Institutionen als Informationsquellen und Beratung zur Verfügung. Das deutsche Gesundheitswesen ist nach dem Prinzip der Selbstverwaltung aufgebaut. Zentrales Organ dieser Verwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss. Die Aufsicht der Selbstverwaltung obliegt dem Bundesgesundheitsministerium.

Die roten Pfeile kennzeichnen eine Rechtsaufsicht des jeweiligen Bundes- oder Landesministeriums für Gesundheit. Die blauen Pfeile zeigen an, dass die jeweilige Organisation von einem Gremium beauftragt wird. Meistens geht es dabei um Bereitstellung von Informationen oder um Bewertung von medizinischen und wirtschaftlichen Maßnahmen. Die grünen Pfeile, die zum Gemeinsamen Bundesausschuss hinführen, zeigen, aus welchen Gremien die Mitglieder des Ausschusses stammen. Die grünen Pfeile innerhalb der Blöcke - gesetzliche Krankenkassenvereinigungen, Krankenhauservereinigungen und Kassenärztliche Vereinigung - zeigen an, wer jeweils Mitglied einer solchen Vereinigung ist. Zwischen allen Gremien bestehen zudem weitere Beziehungen, da sie sich gegenseitig bei verschiedenen Fragestellungen beraten.

2.2 Bundesministerium für Gesundheit und gemeinsame Selbstverwaltung

Das Bundesministerium für Gesundheit ist das zentrale Organ im deutschen Gesundheitswesen. Der Gesundheitsminister gehört der Bundesregierung an. Die Aufgabe des Ministeriums ist es, Gesetzesinitiativen auf Basis vieler beratender Gremien zu erstellen. Nach ausführlicher Diskussion wird im Bundestag und gegebenenfalls im Bundesrat über diese Initiativen abgestimmt. Die Gesetze und Richtlinien, die das Gesundheitswesen betreffen, sind im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt.

Dem Ministerium stehen bei Entwurf und Gestaltung von Gesetzesinitiativen verschiedene Gremien und Behörden zur Verfügung. Als erstes sind hier die direkt zugehörigen Bundesbehörden zu nennen: ¹

- Robert-Koch-Institut:
Die Aufgaben des Instituts sind die Erforschung, Bewertung und Bekämpfung von Krankheiten.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:
Die Bundeszentrale ist verantwortlich für Präventionskampagnen und Aufklärungsmaßnahmen.

¹ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.),
<http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/staatliche-ordnung/bundesbehoerden.html>, Abrufdatum 30.05.2011.

- Paul-Ehrlich-Institut:
Die Aufgabe dieses Instituts ist die Sicherstellung der Arzneimittelsicherheit von (immun)biologischen Präparaten. Diese beinhaltet insbesondere eine die Prüfung der Arzneimittel begleitende Forschung.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte:
Die Aufgabe dieses Instituts ist die Registrierung und Zulassung von Arzneimitteln sowie von Medizinprodukten.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information:
Die Aufgabe dieses Instituts ist die Bereitstellung und Organisation von medizinischen Informationen.

Das Bundesversicherungsamt gehört zum Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und hat die Rechtsaufsicht über verschiedene Träger der Sozialversicherung. Es regelt unter anderem die Verwaltung des Gesundheitsfonds und den dazugehörigen Abläufen.

Außerdem beaufsichtigt das Bundesministerium den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die jeweiligen Landesvereinigungen werden entsprechend der föderalistischen Struktur in Deutschland von den Landesministerien für Gesundheit beaufsichtigt.

Eine weitere Informationsquelle des Bundesgesundheitsministeriums ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dieses wird vom Bundesministerium für Gesundheit mit verschiedenen Fragestellungen beauftragt. Das IQWiG wurde 2004 gegründet und ist eine fachlich unabhängige Einrichtung. Auf der Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse erstellt das Institut Gutachten, beispielsweise zu Arzneimitteln, nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden und Behandlungsleitlinien. Die Auftraggeber solcher Gutachten sind ausschließlich das Bundesministerium für Gesundheit und der Gemeinsame Bundesausschuss.

Das zentrale Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung von gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Die Aufgabe des Ausschusses ist die Umsetzung der Gesetze in Richtlinien, die für die Partner der Selbstverwaltung verbindlich gelten. Dabei steht er unter der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die 13 stimmberechtigten Mitglieder des Ausschusses setzen sich aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der deutschen Krankenhausgesellschaft sowie drei unparteiischen Mitgliedern zusammen. Außerdem nehmen Vertreter der Patientenvereinigungen an den Sitzungen teil. Diese haben ein Antrags- jedoch kein Stimmrecht im G-BA. Dadurch haben die Versicherten beziehungsweise die Patienten kein Mitspracherecht bei Änderungen und Einführungen von Richtlinien. Um dieser von den Patienten und Patientenvertretern oft kritisierten Tatsache entgegenzuwirken, sollten auch die Patientenvertreter Stimmrecht erhalten.

Die Richtlinien des G-BA legen fest, welche Leistungen von den Gesetzlichen Krankenversicherungen bezahlt werden.

Die Finanzierung des G-BA erfolgt genau wie die des IQWiG über Zuschläge aus abzurechnenden stationären und ambulanten medizinischen Behandlungen. Also letztendlich über die Beiträge sowohl gesetzlich als auch privat Versicherten. Dabei entscheidet der G-BA über die Höhe der Zuschläge.

Die medizinische Versorgung wird gemäß den vom Bundestag beschlossenen Gesetzen und den Richtlinien aus dem G-BA von den Partnern der Selbstverwaltung gewährleistet. Diese Partner sind die Vereinigungen der gesetzlichen Krankenkassen und die der Leistungserbringer, also die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhausgesellschaften.

2.3 Verbände der Krankenkassen

Dem 'Spitzenverband Bund der Krankenkassen', auch GKV-Spitzenverband genannt, gehören alle gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland an. Er vertritt die Belange und Interessen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Bundesebene. Die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für alle gesetzlichen Krankenkassen, deren Landesverbände und somit praktisch für alle gesetzlich Versicherten. Der Verband unterstützt die einzelnen Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen.

Die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen wirken beim Finanzausgleich der Mitgliedskassen mit und schließen die Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhausgesellschaften auf Landesebene. Diese Verträge sind für die Ärzte der KV beziehungsweise alle Krankenhäuser verbindlich.

2.4 Verbände der Leistungserbringer

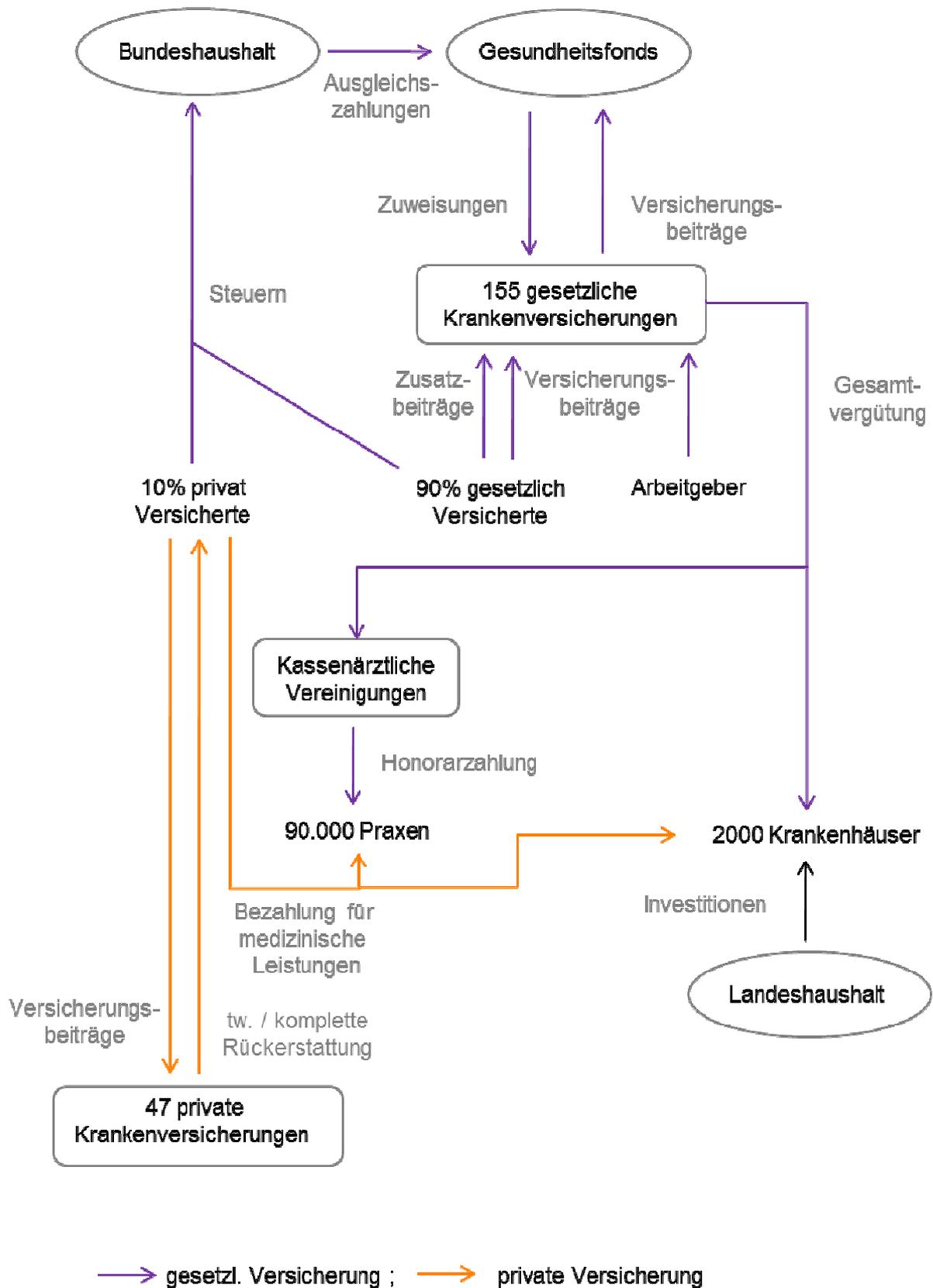
Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der Vertragsärzte auf Bundesebene im G-BA. Die entsprechenden Landesvereinigungen schließen den Gesamtvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen. In diesem Gesamtvertrag sind die vertragsärztliche Versorgung und die Gesamtvergütung geregelt. Die KV verteilen die Gesamtvergütung für ärztliche Leistungen von den Krankenkassen auf die Ärzte.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist der Zusammenschluss aller sechzehn Landeskrankenhausgesellschaften und vertritt die politischen Interessen der Krankenhäuser auf Bundesebene im G-BA. Die Landeskrankenhausgesellschaften schließen wiederum Verträge mit den Krankenkassen, die zum Beispiel die Krankenhausbehandlung regelt.

Die Bundesärztekammer ist im Gegensatz zu den oben genannten Vereinigungen keine Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern ein nicht eingetragener Verein. Sie vertritt die Interessen der Ärzte in Deutschland.

3. Finanzierungsstruktur des Gesundheitswesens

3.1 Organigramm zur Finanzierungsstruktur



Dieses Organigramm stellt die finanzielle Struktur auf Basis der gesetzlich Versicherten dar. Natürlich werden aber auch die privaten Krankenkassen und ihre Angehörigen vom gesetzlichen Versicherungssystem beeinflusst, zum Beispiel bei der Gebührenordnung zur Abrechnung von medizinischen Leistungen.

Das zentrale Element der Finanzierung des Gesundheitswesens ist der Gesundheitsfonds. Dort werden die Gelder, die zur Finanzierung medizinischer Leistungen verwendet werden, erfasst und wieder an die Leistungserbringer verteilt. Durch die Steuergelder, die zur Finanzierung verwendet werden, treten auch die privat Versicherten in diesem Organigramm auf.

3.2 Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds wurde zu Beginn des Jahres 2009 eingeführt. Er soll die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen neu strukturieren.

Die Versicherungsbeiträge der gesetzlich Versicherten, die von den Versicherten und den Arbeitgebern an die jeweilige Krankenkasse gezahlt werden, werden von dort aus direkt in den Gesundheitsfonds weitergeleitet. Die Beiträge für Arbeitslose werden vom Arbeitsamt direkt in den Gesundheitsfonds eingezahlt.

Pro Versichertem erhält die Krankenkasse dann aus dem Fonds einen Pauschalbetrag. Dieser betrug im Jahr 2010 2336 Euro ² pro Versichertem. Die Höhe der Grundpauschale wird jährlich im Voraus vom Bundesversicherungsamt festgelegt. Je nach Alter, Geschlecht, Anzahl kostenlos Mitversicherter und Krankheit der Versicherten kann diese Pauschale nach oben oder unten korrigiert werden. Durch diese Regelung sollen ungleiche Verhältnisse zwischen eingezahlten Beiträgen und in Anspruch genommenen Leistungen bei den jeweiligen Krankenkassen ausgeglichen werden. Das heißt, dass eine gesetzliche Krankenkasse vom Fonds unterstützt wird, wenn sie beispielsweise viele chronisch Kranke oder viele Geringverdiener versichert. Insbesondere sollen dadurch auch lokale Lohnunterschiede ausgeglichen werden.

Benötigt eine Krankenkasse nicht das gesamte Geld, das ihr aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen wird, so kann sie den überschüssigen Betrag an ihre Versicherten zurückzahlen.

Außerdem bekommen die Krankenkassen zusätzlich noch einen bestimmten Betrag für die Verwaltung. Obwohl die Zahl der Krankenkassen in den letzten 5 Jahren von knapp 400 ³ auf mittlerweile ca. 155 gesetzliche Krankenkassen ⁴ gesunken ist, sind die gesamten Verwaltungskosten immer noch sehr hoch. Im Jahr 2009 betragen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen 5,1% Prozent ihrer Einnahmen ⁵. Natürlich ist es wichtig, dass

² AOK Hessen (Hrsg.) <http://www.aok.de/hessen/gesundheit/gesundheitsfonds-aenderungen-faq-40732.php#47768>, Abrufdatum 30.05.2011.

³ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, http://www.gbe-bund.de/oowa921/install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=21997023&nummer=304&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=21997552, Abrufdatum 30.05.2011.

⁴ <http://www.gkv-spitzenverband.de/ITSGKrankenkassenListe.gkvnet>, Abrufdatum: 30.05.2011.

(Auskunft d Bundesverbands d. Krankenkassen, oft widersprüchliche Angaben.)

⁵ Kassenärztliche Vereinigung Bayern: Herr Schneck.

bei immer weiteren Fusionen verschiedener Krankenkassen die Möglichkeit eines Wettbewerbs zwischen den Kassen bestehen bleibt.

Zusätzlich zu den Beiträgen der gesetzlich Versicherten fließen auch Steuergelder in den Gesundheitsfonds. Durch die Regelung, dass in den Gesundheitsfonds auch Steuergelder eingezahlt werden, tragen privat Versicherte also auch zur Finanzierung der medizinischen Versorgung von gesetzlich Versicherten bei. Dies wird oft als ein Kritikpunkt am Gesundheitsfonds angeführt. Dieser Zuschuss wird seit der Einführung des Gesundheitsfonds bis 2014 von vier Milliarden Euro sukzessive auf insgesamt 14 Milliarden Euro erhöht ⁶. Zum anderen soll der Staat Einnahmeneinbrüche infolge von wirtschaftlichen Krisen ausgleichen. Dies ist aufgrund der Kopplung der Einnahmen im Gesundheitswesen an die Lohnentwicklung erforderlich.

Insgesamt betragen die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2010 rund 167,2 Milliarden Euro. Diesen Einnahmen stehen 174 Milliarden Euro Ausgaben gegenüber. Zum Ausgleich krisenbedingter Einnahmeneinbrüche betrug der staatliche Zuschuss knapp vier Milliarden Euro ⁷. Die restlichen drei Milliarden Euro müssen aus Rücklagen der Krankenversicherungen bezahlt werden. In Zukunft sollen diese Finanzierungslücken zusätzlich durch Zusatzbeiträge der Versicherten ausgeglichen werden (s. Versicherte). Ziel unserer Gesellschaft muss es dennoch sein, die Ausgaben im Gesundheitswesen zu reduzieren.

Die Verwaltung des Gesundheitsfonds obliegt dem Bundesversicherungsamt. Die Kritik am Gesundheitsfond bezieht sich auf den hohen bürokratischen Aufwand, der zu sehr hohen Verwaltungskosten führt. Im Jahr 2009 betragen diese 8,9 Milliarden Euro ⁸.

3.3 Versicherte

Das Gesundheitssystem wird hauptsächlich durch die Beiträge der Versicherten finanziert. Dabei muss man grundsätzlich zwischen privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) unterscheiden.

Etwa 90% der deutschen Bevölkerung sind gesetzlich versichert. Der Versicherungsbeitrag wird über das Gehalt beziehungsweise das Gehalt der Versicherten ermittelt und ist unabhängig von individuellen Aspekten, wie zum Beispiel Risikoverhalten in der Freizeit und vorbestehenden Erkrankungen. Mitglieder der privaten Versicherungen sind mehrheitlich Personen, deren Bruttogehalt über einer Jahresgrenze von knapp 50.000 Euro liegt, und Beamte. Der zu zahlende Beitrag wird hier individuell aufgrund von Erkrankungen und jeweiligen Risiken festgelegt. Wer bestimmte Vorerkrankungen hat, zahlt eine höhere Versicherungsprämie.

Die geringeren Beiträge der Geringverdiener beziehungsweise der Beitragsbefreiten sollen in der gesetzlichen Krankenversicherung über die Beiträge der anderen Versicherten ausgeglichen werden.

⁶ <http://www.der-gesundheitsfonds.de/index.php?id=65>, Abrufdatum: 30.05.2011.

⁷ Die Bundesregierung (Hrsg.): Reformbedarf im Gesundheitswesen. Beispiel Gesundheitsfond, Magazin für Soziales, Familie und Bildung, 3/2010, <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/085/s-c-reformbedarf-im-gesundheitswesen-beispiel-gesundheitsfonds.html>, Abrufdatum: 30.05.2011.

⁸ Kassenärztliche Vereinigung Bayern: Herr Schneck.

Seit der Gesundheitsreform 2011 beträgt der Beitrag 15,5% des Bruttolohnes. Dabei werden 8,2 Prozent vom Versicherten und 7,3% vom Arbeitgeber bezahlt⁹. Diese Regelung koppelt die Einnahmen im Gesundheitssystem an die Lohnentwicklung und nicht an die Ausgaben des Systems. Wenn also beispielsweise während einer Konjunkturkrise die Zahl der Arbeitslosen steigt, brechen gleichzeitig die Einnahmen im Gesundheitswesen ein.

Mit der Gesundheitsreform 2011 soll dieses Problem durch die Neuregelung der Versicherungsbeiträge und der Möglichkeit von Zusatzbeiträgen gelöst werden. Ein wichtiger Bestandteil der Reform besteht darin, dass der Anteil des Arbeitgebers eingefroren wird und in Zukunft nur der Anteil der Arbeitnehmer steigen wird. Kostensteigerungen sollen dann durch die mit der Gesundheitsreform eingeführten Zusatzbeiträge ausgeglichen werden. Diese Zusatzbeiträge können von den gesetzlichen Krankenkassen eingeführt werden, wenn ihnen die aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Gelder nicht ausreichen. Die Höhe der Zusatzbeiträge soll durch den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander beschränkt werden.

3.4 Vergütung von medizinischen Leistungen in Praxen und Kliniken

Die Vergütung medizinischer Leistungen in Praxen und Kliniken erfolgt je nach der Art der Versicherung des Patienten.

Bei gesetzlichen Versicherten verhandeln die Landesverbände der Krankenkassen über die Höhe der Vergütung medizinischer Leistungen.

Für die Krankenhäuser werden jährlich Verhandlungen zwischen diesen und den Landesverbänden der Krankenkassen geführt. In diesen Verhandlungen wird festgelegt, wie viele stationäre und ambulante Fälle komplett von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Die Anzahl und die Vergütung der Fälle wird aus der zu erwartender Anzahl an Patienten und der Kompetenz des Krankenhauses, bestimmte Behandlungen durchzuführen, ermittelt.

Bei medizinischen Leistungen, die in Arztpraxen erbracht werden, rechnet der Arzt seine Leistungen gemäß des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ab. Die Beiträge der Versicherten werden zunächst in Form der Gesamtvergütung von den gesetzlichen Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgezahlt. Diese teilen dann das Geld entsprechend der abgerechneten Leistungen gemäß dem Honorarverteilungsvertrag unter den Ärzten auf.

Die Gesamtvergütung wird aus Kopf- oder Fallpauschalen¹⁰ berechnet und ihre Höhe im Gesamtvertrag zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen festgelegt.

Die medizinischen Leistungen, die an privat Versicherten erbracht werden, werden in Form von Rechnungen vergütet. Der privat Versicherte zahlt zunächst den vollen Rechnungsbetrag und bekommt, je nach Vertrag, einen Teil des Honorars oder das gesamte Honorar von seiner Versicherung rückerstattet.

⁹ Bundesministerium für Gesundheit,

<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gesundheitsreform/gesetz.html>, Abrufdatum 30.05.2011.

¹⁰ <http://www.arztwiki.de/wiki/Gesamtverg%C3%BCtung>, Abrufdatum 30.05.2011.

4. Kostenfaktoren im Gesundheitswesen

Im Jahr 2008 betragen die Ausgaben im Gesundheitswesen inklusive der privaten Ausgaben 263,2 Milliarden Euro ¹¹, was einem Anstieg gegenüber dem Vorjahr von 3,9 Prozent entspricht. Die Gründe für die hohen Ausgaben sind unter anderem die demographische Entwicklung der Bevölkerung, die gestiegenen Ansprüche der Patienten sowie das Verhalten gegenüber dem Solidaritätsprinzip im Gesundheitswesen. Ein weiterer wichtiger Punkt sind die hohen Ausgaben für Arzneimittel und Medizintechnik in Deutschland. Diese sollen im Zuge der Gesundheitsreform 2011 verringert werden. Eine ausführliche Diskussion dazu erfolgt im Kapitel 2. Im Folgenden sollen die verschiedenen Ursachen der Kostensteigerung genauer betrachtet werden.

Demographische Entwicklung: Durch die älter werdende Bevölkerung Deutschlands gibt es immer mehr Menschen, die wegen der langen Lebenserwartung Kosten verursachen, die durch ihre Beiträge nicht gedeckt werden.

Die gestiegenen Ansprüche der Patienten zeigen sich am deutlichsten bei den durchschnittlich 18 Arztbesuchen pro Person pro Jahr in Deutschland ¹². Im Vergleich dazu suchen Österreicher, Polen, Franzosen oder Belgier nur sieben Mal pro Jahr einen Arzt auf ¹³. Die Anonymität des Systems verleitet dazu, sich aus diesem so viel wie möglich für seine eingezahlten Beiträge zurückzuholen. Oft geschieht dies mit der Vorstellung, dass alle anderen dieses auch tun. Ein Faktor, der dieses Verhalten möglicherweise unterstützt ist der, dass man als gesetzlich Versicherter keine Kenntnis über die entstandenen Kosten hat.

Der medizinische und technische Fortschritt garantiert eine immer genauere und frühere Diagnostik und größere Behandlungserfolge. Dadurch können einerseits die Ausgaben im Gesundheitswesen gesenkt werden. Es darf aber auch nicht vergessen werden, dass mit der Anwendung neuer und oft sehr teurer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eine Kostensteigerung einhergehen muss. Dabei muss beachtet werden, dass der Einsatz aufwendiger Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen nicht immer berechtigt ist. Zur Anwendung dieser Methoden in Therapie und Diagnostik muss daher ein Zusatznutzen erwiesen sein (s. Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz).

¹¹ Spiegel online (Hrsg.): Gesundheit kostet jeden Deutschen im Schnitt 3210 Euro, 06.04.2010, <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/0,1518,687385,00.html>, Abrufdatum 30.05.2011.

¹² Focus (Hrsg.): Deutsche gehen oft zum Arzt, 15.01.2009, http://www.focus.de/gesundheit/ticker/statistik-deutsche-gehen-oft-zum-arzt_aid_362499.html, Abrufdatum 30.05.2011.

¹³ Thorsten Fischer: Warum besuchen Deutsche so häufig den Arzt?, 15.01.2010, <http://www.heilpraxisnet.de/naturheilpraxis/warum-besuchen-deutsche-so-haeufig-den-arzt-7162.php>, Abrufdatum 30.05.2011.

Empfehlungen

Um den erhöhten Ausgaben und den damit verbundenen steigenden Versicherungsbeiträgen zu begegnen, gibt es verschiedene Ansätze.

Einerseits kann man die Steuerungsprozesse des Gesundheitswesens optimieren und verändern und dadurch die Ausgaben reduzieren. Dazu müssten z.B. auch die Pharmaindustrie und die Medizintechnik durch entsprechende politische Entscheidungen eingebunden werden.

Andererseits kann man versuchen die Gesellschaft für dieses Thema so zu sensibilisieren, dass jeder einzelne darauf achtet, die Ausgaben des Gesundheitssystems nicht immer noch mehr ansteigen zu lassen.

Ein erster Ansatz könnte sein, den Versicherten die Rechnungen der Leistungserbringer von medizinischen Leistungen offenzulegen, da den Versicherten die Höhe der Kosten, die sie verursachen, oft gar nicht bewusst ist. Weniger sinnvoll wäre es, das System der privaten Krankenversicherungen auf die gesetzlichen Krankenkassen zu übertragen. Denn viele der gesetzlich Versicherten wären nicht in der Lage, den Rechnungsbetrag zu begleichen, der erst im Nachhinein erstattet würde. Außerdem würde dies einen sehr hohen zusätzlichen bürokratischen Aufwand verursachen, der das System zusätzlich belasten würde.

In den letzten Jahren haben sich zwei gegensätzliche Entwicklungen abgezeichnet. Einerseits nimmt für einen Teil der Bevölkerung die Gesundheit durch Bewegung und gesunde Ernährung einen hohen Stellenwert ein. Andererseits gibt es viele, gerade auch junge Menschen, denen das nötige Gesundheitsbewusstsein fehlt. Innerhalb der Bestrebungen, die Ausgaben im Gesundheitswesen zu senken, sollten also auch das Bewusstsein in der Bevölkerung für die eigene Gesundheit und die Selbstvorsorge gestärkt werden. Die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens könnte dies beispielsweise durch bessere Aufklärung und Entscheidungshilfen für die Behandlung unterstützen. Die Idee hierbei ist, dass eine medizinische Behandlung, die der Patient fundiert entschieden hat und bewusst auswählt, effizienter und damit in vielen Fällen auch günstiger wird.

Der wichtigste Punkt ist der Ausbau von Präventionsmaßnahmen. Darauf wird in Kapitel 5 näher eingegangen.

Grundsätzlich sollte daran gedacht werden, das System der gesetzlichen Krankenversicherung neu zu strukturieren. Dies könnte bedeuten, dass die Versicherten einen Sockelbeitrag für ihre medizinische Grundversorgung zahlen und Zusatzzahlungen für darüber hinaus gehende Leistungen erbringen, wie es beispielsweise das Modell der Bürgerversicherung vorschlägt. Außerdem könnten Risikogruppen in der Bevölkerung, oder solche, die sich bewusst einem gesundheitlichen Risiko aussetzen, wie zum Beispiel Skifahrer, mehr in das System einzahlen.

Kapitel 2: Die Struktur des deutschen Arzneimittelmarktes

Felix Behr

1. Einleitung	27
2. Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG)	30
2.1 Sonderregelungen für Orphan Drugs (Arzneimittel gegen seltene Krankheiten)	33
2.2 Impfstoffe	33
2.3 Großhandelszuschlag	34
2.4 Apothekenrabatt	34
2.5 Veröffentlichung klinischer Studien.....	34
2.6 Kritikpunkte am AMNOG	35
3. Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-ÄndG)	36
3.1 Rabatte & Rabattverträge	37
3.2 Exkurs: OTC-Arzneimittel	37
4. Fazit zu AMNOG & GKV-ÄndG	38
5. Einflussnahme der Pharmaindustrie	42
5.1 Einflussnahme der Pharmaindustrie auf Ärzte	42
5.2 Einflussnahme der Pharmaindustrie auf Selbsthilfegruppen	45

1. Einleitung

Deutschland stellt für die Pharmaindustrie den wichtigsten europäischen Absatzmarkt dar. Zugleich sind die Arzneimittelpreise in Deutschland so hoch wie in kaum einem anderen Land. Vor dem Hintergrund des allgemeinen Kostendrucks im Gesundheitssystem sind Kostensenkungen im Bereich der Arzneimittel-Ausgaben daher von zentraler Bedeutung. Hierbei stellt sich vor allem die Frage nach den Ursachen der relativ und absolut gesehen hohen Arzneimittel-Ausgaben. In diesem Zusammenhang wurden in letzter Zeit zwei zentrale Gesetze, das GKV-Änderungsgesetz (GKV-ÄndG) und das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), verabschiedet.

Laut dem Arzneiverordnungs-Report (AVR) 2010 sind die Ausgaben für Arzneimittel in Deutschland im Jahr 2009 um 4,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr auf 32,4 Milliarden Euro gestiegen¹. Für den Bericht wurden rund 740 Millionen Arzneimittelverordnungen von mehr als 138.000 Ärzten ausgewertet. Rund 80 Prozent des Kostenanstiegs sind dabei auf neue Spezialpräparate zur Behandlung von Bluthochdruck, Diabetes oder Krebs zurückzuführen². Der Anteil der Spezialpräparate beträgt bereits rund 26 Prozent am GKV-Arzneimittelumsatz, obwohl ihr Verordnungsanteil bei lediglich 2,5 Prozent liegt³.

Daneben enthält der Report einen Vergleich der Arzneimittelpreise zwischen Deutschland und Schweden. Demzufolge kosten patentgeschützte Medikamente in Deutschland im Durchschnitt 50 Prozent mehr als in Schweden, bei Generika, also Nachahmerprodukten gleichen Wirkstoffs, liegt der Preis durchschnittlich sogar um 100 Prozent höher¹. Dies ergibt sich aus einem Vergleich der Preise für die 50 umsatzstärksten Arzneimittel sowohl auf dem Gebiet der Generika als auch der patentgeschützten Arzneimittel. So betrug zum Zeitpunkt der Erhebung der Studie der durchschnittliche Preis für eine Packung des Magenschutzmittels Omeprazol, das auch als Generikum verkauft wird, in Schweden 9,36 Euro, in Deutschland dagegen 60,46 Euro (plus 546 Prozent)². Auch Generika-Präparate derselben Firma sind in Deutschland zum Teil wesentlich teurer als in Schweden.

Als Konsequenz haben sich einige Firmen etabliert, die Arzneimittel aus anderen EU-Ländern nach Deutschland (re)importieren, mit deutschem Etikett und Beipackzettel versehen und mit Gewinn an deutsche Apotheken verkaufen⁴.

Generell werden als Generika Arzneimittel bezeichnet, die wirkstoffgleiche Kopien eines bereits unter anderem Markennamen auf dem Markt befindlichen Medikaments sind. Derartige Nachahmerprodukte können erst nach Ablauf des Patentschutzes des Original-Arzneimittels hergestellt werden. So lange der Patentschutz besteht, hat das

¹ Zeit online (Hrsg.): Arzneimittel-Report 2010, Medikamente in Deutschland überteuert, 14.09.2010, <http://www.zeit.de/wirtschaft/2010-09/medikament-preis-report>, Abrufdatum 06.02.2011.

² Grill, Markus: *Pharma-Giganten kassieren in Deutschland ab*, Spiegel online, 14.09.2010, <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/0,1518,717212,00.html>, Abrufdatum 06.02.2011.

³ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/bilder_infografiken/10-03-19-infografik-teure-arzneimittel_gross.jpg, Abrufdatum 07.02.2011.

⁴ Spiegel online (Hrsg.): *Pillen auf Reise*, 03.07.2006, <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-47441153.html>, Abrufdatum 06.06.2011.

Pharmaunternehmen, das das Arzneimittel entwickelt hat, das alleinige Recht, dieses zu produzieren und zu vermarkten. Es kann jedoch auch entsprechende Lizenzen an andere Unternehmen vergeben.

Dass die Arzneimittelpreise in Deutschland besonders hoch sind, wird auch beim Vergleich mit anderen europäischen Ländern deutlich. So kostet eine Tablette des Massenprodukts Aspirin in Deutschland im Durchschnitt 20 Cent, in Großbritannien nur 2 Cent, in Griechenland und der Türkei 3 Cent, in Tschechien 14 Cent und in Russland 15 Cent ⁵. Innerhalb der OECD sind die Ausgaben für Arzneimittel in Deutschland durchschnittlich um rund ein Fünftel höher als in den anderen Mitgliedsländern.

Das hohe Niveau der Arzneimittelpreise in Deutschland hat für die Pharmaindustrie im Wesentlichen zwei Vorteile. Zum einen ergeben sich hierdurch höhere Gewinnmargen für die Unternehmen in Deutschland. Zum anderen stellt Deutschland einen wichtigen Referenzmarkt für andere europäische Länder dar, wodurch die deutschen Arzneimittelpreise als Basis für die jeweiligen nationalen Regulierungen zugrunde gelegt werden.

Eine Ursache für das hohe Niveau der Arzneimittelpreise in Deutschland liegt darin begründet, dass Pharmaunternehmen bisher bei der Einführung neu zugelassener, patentgeschützter Arzneimittel deren Preis weitgehend selbst bestimmen konnten. Durch die Einführung des AMNOG wird versucht, dies zu ändern.

⁵ Niejahr, Elisabeth: *Arzneimittelkosten: Wir sind die Zahlmeister*, Zeit online, 25.10.2010, <http://www.zeit.de/2010/43/Arzneimittelkosten-Pharmaindustrie>, Abrufdatum 06.06.2011.

Beispiel Niederlande⁶

In den Niederlanden ist es gelungen, den Anstieg der Arzneimittelpreise durch eine entsprechende Gesetzgebung zu begrenzen. So konnten die Ausgaben für Generika innerhalb von 6 Jahren um ein Drittel gesenkt werden, obwohl gleichzeitig der Verbrauch um rund zwei Drittel zunahm. Grundlage hierfür bildet das 1996 beschlossene Gesetz über Medizinpreise (*Wet Geneesmiddelen Prijzen*), dem weitere Gesetze folgten. Es besagt, dass der Preis eines Medikaments in den Niederlanden nicht über der durchschnittlichen Vergütung in vier Referenzländern liegen darf.

Zudem dürfen in den Niederlanden seit 2007 nicht mehr die Apotheker entscheiden welches Präparat ein Patient bekommt, wenn der Arzt einen bestimmten Wirkstoff verordnet hat, sondern die Krankenversicherungen. Letztere treten alle 6 oder 12 Monate mit den Generika-Herstellern in Verhandlungen. Nur die Präparate, die sich hierbei als am günstigsten erweisen oder deren Preis maximal 5 Prozent über dem Minimalpreis liegt, werden von den Krankenkassen erstattet.

Dies hat vor allem Nachteile für die Apotheken, da die sinkenden Generika-Preise zu geringeren Gewinnmargen für die Apotheker führen. Gleichzeitig erstattet jede Krankenversicherung nur bestimmte Arzneimittel. Daher müssen die Apotheken viele verschiedene Medikamente auf Lager haben, um Patienten verschiedener Krankenversicherungen versorgen zu können.

Da im Zuge weiterer Verhandlungsrunden zwischen Krankenversicherern und den Generika-Herstellern immer wieder neue erstattungsfähige Arzneimittel zur Verfügung stehen, kann es für die Patienten zudem zum Teil verwirrend sein, sich immer wieder auf ein neues Präparat einzustellen.

Im Gegensatz zu den Generika können Pharmaunternehmen die Preise für neue, patentgeschützte Arzneimittel auch in den Niederlanden weitgehend selbst festlegen. Voraussetzung hierfür ist jedoch der Nachweis eines Zusatznutzens im Vergleich zu dem bisherigen Standardpräparat. Kann dieser nicht erbracht werden, wird das Arzneimittel mit anderen Medikamenten vergleichbarer Wirkung in Gruppen zusammengefasst. Erstattet wird hierbei ein bestimmter Betrag, der sich am Durchschnittspreis der Arzneimittel der entsprechenden Gruppe bemisst.

Die Prüfung der Arzneimittel erfolgt hierbei durch das *College voor zorgverzekeringen* (CVZ), einer Einrichtung, die für das niederländische Gesundheitsministerium Medikamente bewertet.

⁶ Keller, Martina: *Arzneimittelkosten: Heute rote Pillen, morgen grüne*, Zeit online, 26.10.2010, <http://www.zeit.de/2010/43/Arzneimittelkosten-Pharmaindustrie-Niederlande>, Abrufdatum 06.06.2011.

2. Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) ^{7,8}

Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) wurde am 11. November 2010 vom Deutschen Bundestag verabschiedet und trat am 01. Januar 2011 in Kraft. Aufgrund der Föderalismusreform bedurfte es hierbei, im Gegensatz zu früheren Gesundheitsreformen, nicht mehr der Zustimmung durch den Bundesrat. Durch das Gesetz sollen kurzfristig 2,4 Milliarden Euro an Arzneimittelkosten pro Jahr eingespart werden.

Das Gesetz beinhaltet, dass Pharmaunternehmen künftig bei Zulassung und anschließender Markteinführung eines Arzneimittels dessen Zusatznutzen nachweisen müssen. Hierzu müssen die Hersteller dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein Dossier vorlegen, das in der Regel Phase III - Studien aus dem Zulassungsverfahren beinhaltet. Der Gemeinsame Bundesausschuss setzt sich aus Vertretern der Vertragsärzteschaft, der Vertragszahnärzteschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhäuser sowie aus drei unparteiischen Mitgliedern zusammen. Seine Rolle im Deutschen Gesundheitswesen ist näher in Kapitel 1 dargelegt.

Mit dem Dossier sollen Nachweise insbesondere zum medizinischen Zusatznutzen sowie zu den Patientengruppen, die davon profitieren, erbracht werden. Auf Basis dieses Dokuments erstellt nun der Gemeinsame Bundesausschuss eine Nutzenbewertung für das Arzneimittel. Gegebenenfalls sind hierzu weitere Studien nötig, deren Bedarf durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bzw. das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) festgestellt wird. Letzteres stellt eine fachlich unabhängige Einrichtung dar, in der medizinische Behandlungen, Operationsverfahren oder auch Arzneimittel auf ihren Nutzen untersucht und auf der Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse bewertet werden. Die Nutzenbewertung soll in der Regel spätestens 3 Monate nach der Zulassung vorliegen, wobei der G-BA das IQWiG mit der Erstellung beauftragen kann.

Im Rahmen der Nutzenbewertung soll festgestellt werden, für welche Patienten und Erkrankungen ein Zusatznutzen besteht, was die Vergleichsprodukte sind, ob das Arzneimittel ein 'Solist' ist oder ob es Arzneimittel mit ähnlicher Wirkung gibt (kein 'Solist'). Die Nutzenbewertung wird veröffentlicht und im Anschluss vom G-BA beschlossen, nachdem dieser das Herstellerunternehmen und Fachkreise angehört hat. Als Rechtsgrundlage für die Nutzenbewertung dient eine vom Bundesministerium für Gesundheit erlassene Rechtsverordnung.

⁷ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): *Reform des GKV-Arzneimittelmarktes: Hintergrundpapier*, 11.11.2010, www.bdpk.de/media/file/737.BMG_Info_zu_ANMOG_.pdf, Abrufdatum 06.02.2011.

⁸ Zeit online (Hrsg.): *Bundestag verabschiedet Röslers Arzneimittel Sparpaket*, 11.11.2010, www.zeit.de/politik/deutschland/2010-11/gesundheit-arzneimittel-bundestag, Abrufdatum 06.02.2011.

Wird ein Zusatznutzen für das Arzneimittel im Vergleich zu bereits auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln nachgewiesen, tritt der 'Spitzenverband Bund der Krankenkassen', der die gesetzlichen Krankenkassen vertritt, in Preisverhandlungen mit dem jeweiligen Herstellerunternehmen ein. Hierbei soll innerhalb eines Jahres nach der Zulassung ein GKV-Erstattungspreis als Rabatt auf den Abgabepreis vereinbart werden. Das Arzneimittel wird somit zu dem ausgehandelten Preis von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstattet. Innerhalb der 12 Monate zwischen Zulassung und Abschluss der Preisverhandlungen kann das Pharmaunternehmen allerdings den Preis für das Arzneimittel nach eigenem Ermessen festsetzen, wobei dieser von der GKV erstattet wird.

Erfolgt keine Einigung über die Höhe des Preises, entscheidet eine zentrale Schiedsstelle innerhalb von 3 Monaten, wobei diese den Rabatt unter Berücksichtigung des tatsächlichen Abgabepreises in anderen europäischen Ländern festsetzt.

Nach einem Schiedsspruch können sowohl der G-BA als auch das Pharmaunternehmen eine umfassendere Kosten-Nutzen-Bewertung verlangen. Hierzu vereinbaren beide Seiten eine Frist zur Vorlage der entsprechenden Studien sowie die Schwerpunkte, die in diesen behandelt werden sollen. Diese Studien können die Basis für eine anschließende Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG oder für erneute Direktverhandlungen zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen darstellen.

Neu ist zudem, dass der ermittelte GKV-Erstattungspreis auch für Selbstzahler, Beihilfen und die privaten Krankenversicherungen gilt.

Stellt der G-BA im Rahmen der Nutzenbewertung keinen Zusatznutzen fest, wird das entsprechende Arzneimittel direkt in ein Festbetragsystem überführt. Hierbei ist der GKV-Erstattungspreis auf den Preis vergleichbarer Medikamente begrenzt. Kann ein Arzneimittel keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden, vereinbaren der 'Spitzenverband Bund der Krankenkassen' und das Pharmaunternehmen einen Erstattungsbetrag, so dass die Therapiekosten nicht höher als bei Arzneimitteln mit vergleichbarem Nutzen liegen.

Des Weiteren kann der G-BA auch für bereits zugelassene patentgeschützte Arzneimittel auf dem sogenannten Bestandsmarkt ein Verfahren zur Festlegung des GKV-Erstattungspreises initiieren.

Faire Preise für Arzneimittel

Preisgestaltung in der GKV nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)

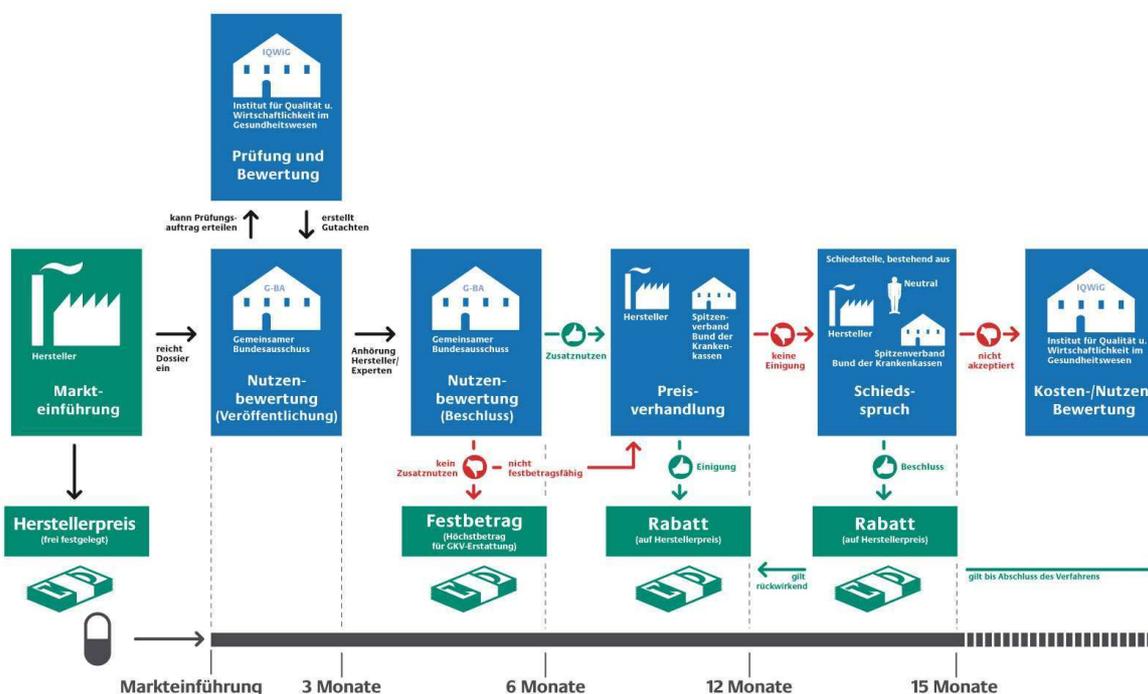


ABBILDUNG 1: Verfahren zur Ermittlung des Arzneimittelpreises nach dem AMNOG⁹

Abweichend vom zwischen dem 'Spitzenverband Bund der Krankenkassen' und dem Pharmaunternehmen geschlossenen Vertrag bzw. von der Entscheidung der Schiedsstelle oder dem festgelegten Höchstbetrag können einzelne Krankenkassen gesonderte vertragliche Vereinbarungen mit dem Pharmaunternehmen treffen. Diese so genannten Mehrwert- und Versorgungsverträge können zum Beispiel Arzneimittel betreffen, die generell nicht erstattet werden.

Zusätzlich zur Nutzenbewertung auf Basis des vorgelegten Dossiers erfolgt nach dem AMNOG auch weiterhin die bisherige weitergehende Nutzenbewertung nach § 139a SGB V. Auf Grundlage dieser kann der G-BA Therapiehinweise, Verordnungseinschränkungen und Verordnungs-ausschlüsse in den von ihm aufgestellten Richtlinien integrieren.

⁹ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): *Infografiken zum AMNOG*, www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Infografiken/Arzneimittel/10-03-19-infografik-faire-preise-gross.jpg, Abrufdatum 18.05.2011.

Der G-BA kann zudem Arzneimittel wegen Unzweckmäßigkeit von der Erstattungsfähigkeit ausschließen. Hierbei muss nachgewiesen werden, dass das betroffene Arzneimittel schlechter ist als die Therapiealternative. Dies erfolgt über entsprechende Studien, wobei der G-BA das Recht besitzt, vom Herstellerunternehmen weitere Studien zur Belegung des Nutzens zu fordern. Liegen diese nicht innerhalb einer angemessenen Frist vor, kann das betroffene Arzneimittel von der Erstattungsfähigkeit ausgeschlossen werden.

2.1 Sonderregelungen für Orphan Drugs (Arzneimittel gegen seltene Krankheiten)

Als Orphan Drug werden Arzneimittel bezeichnet, die zur Behandlung seltener Krankheiten eingesetzt werden. Sie werden daher zum Teil auch genauer als 'Arzneimittel für seltene Leiden' bezeichnet. Um die Entwicklung derartiger Arzneimittel durch die pharmazeutische Industrie zu fördern, existieren in vielen Ländern besondere Regelungen für Orphan Drugs, wie etwa erleichterte Zulassungsverfahren.

Die Kriterien für die Einstufung als seltene Krankheit unterscheiden sich regional. In der EU gilt eine Krankheit als selten, wenn sie bei insgesamt weniger als 230.000 Patienten pro Jahr oder bei 5 Patienten pro 10.000 Einwohnern auftritt.

Auch für Orphan Drugs gelten die Vorschriften zu Dossier- und Erstattungsvereinbarungen. Da eine Zulassung als Orphan Drug nur dann erteilt wird, wenn die entsprechende Erkrankung selten ist und für diese bisher keine adäquate Therapie zur Verfügung steht, entfällt hier der Nachweis des Zusatznutzens im Dossier. Dieser muss jedoch nachgereicht werden, wenn das Pharmaunternehmen mit dem entsprechenden Arzneimittel innerhalb von 12 Monaten einen Umsatz von mehr als 50 Millionen Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung erzielt hat.

Bei jeder Indikationsausweitung für das Arzneimittel außerhalb des Bereichs 'Seltene Erkrankungen' muss ein neues Nutzenbewertungsverfahren erfolgen.

2.2 Impfstoffe

Die Preise von Impfstoffen orientieren sich durch das AMNOG an den Preisen in den Nachbarstaaten Deutschlands und dürfen die sich hierbei ergebenden Durchschnittspreise nicht übersteigen (Referenzpreissystem). Der 'Spitzenverband Bund der Krankenkassen' kann die Einhaltung dieser Vorschrift überprüfen.

Außerdem können die Vereinbarungen der Krankenkassen mit Ärzten zur Durchführung von Impfungen künftig nicht mehr verzögert werden. Im Bedarfsfall bestimmt hierbei eine von beiden Parteien bestimmte Schiedsperson den Vertragsinhalt.

2.3 Großhandelszuschlag

Im Rahmen des AMNOG wird der Großhandelszuschlag für rezeptpflichtige Arzneimittel abgesenkt.

Für rezeptpflichtige Arzneimittel erhält der Großhandel einen preisunabhängigen Festzuschlag von 70 Cent pro Packung, wodurch Warenverteilung und -transport vergütet werden sollen.

Zusätzlich erhält der Großhandel einen Zuschlag von 3,15 Prozent auf den Abgabepreis des Pharmaunternehmens (ohne MWSt), wodurch die Kosten für Lagerung und Versicherung vergütet werden sollen. Lediglich auf diesen Zuschlag kann der Großhandel Rabatte an die Apotheken weitergeben.

2.4 Apothekenrabatt

Im Zuge des AMNOG erhöht sich der Rabatt, den die Apotheken den gesetzlichen Krankenkassen gewähren müssen, von 1,75 Euro auf 2,05 Euro je Packung.

2.5 Veröffentlichung klinischer Studien

Im Zuge des AMNOG besteht eine Veröffentlichungspflicht für Ergebnisse klinischer Studien, die im Rahmen der Zulassungsverfahren von Arzneimitteln durchgeführt worden sind. Die Ergebnisse müssen in der allgemein zugänglichen Arzneimittel-Datenbank des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlicht werden. Sofern nach der Zulassung des Arzneimittels weitere Studien durchgeführt werden, müssen auch deren Ergebnisse, positive wie negative, veröffentlicht werden.

2.6 Kritikpunkte am AMNOG

In der Debatte um das AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) wurden verschiedene Kritikpunkte geäußert. So wird kritisiert, dass die Pharmaunternehmen im ersten Jahr nach der Einführung eines neuen Arzneimittels weiterhin hohe Preise verlangen können¹⁰. Zudem bemängelte der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Wolf-Dieter Ludwig, dass die Preisverhandlungen über neue Arzneimittel auf der Basis von Studien durchgeführt werden, die von der Pharmaindustrie vorgelegt werden¹¹. Es sei bekannt, dass diese Studien oft fehlerhaft sind und negative Ergebnisse nicht publiziert würden.

Kritiker fürchten zudem eine Einflussnahme der Lobby-Organisationen der Pharmaindustrie bei der Festlegung der Kriterien für die Nutzenbewertung durch das Bundesministerium für Gesundheit¹². Bisher fiel die Auswahl der Kriterien dem G-BA zu, der als weniger beeinflussbar durch die Pharmaindustrie gesehen wird.

Strittig ist auch die Regelung, dass der Nutzen von Orphan Drugs bereits durch die Zulassung ausreichend belegt sei. Laut dem Chef des IQWiG, Jürgen Windeler, gibt es keinen Grund, warum 'eine wissenschaftlich abgesicherte Nutzenbewertung' dieser Arzneimittel nicht erfolgen sollte¹².

Schließlich wird von einigen Kritikern bemängelt, dass die Überprüfung des Nutzens eines Arzneimittels erst nach der Zulassung erfolgt.

¹⁰ Zeit online (Hrsg.): *Bundestag verabschiedet Röslers Arzneimittel Sparpaket*, 11.11.2010, <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2010-11/gesundheit-arzneimittel-bundestag>, Abrufdatum 06.02.2011.

¹¹ Szent-Ivanyi, Timot: *Interview mit Professor Wolf-Dieter Ludwig*, Frankfurter Rundschau 10.11.2010.

¹² Kuhrt, Nicola: *Arzneimittelgesetz: Nebenwirkung*, Zeit online 12.10.2010, <http://www.zeit.de/2010/46/Arzneimittelgesetz-Pharmaindustrie-Gesundheitsreform>, Abrufdatum 06.06.2010.

3. Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-ÄndG)^{13,14}

Das GKV-ÄndG ist seit dem 01. August 2010 in Kraft.

Es beinhaltet unter anderem die Erhöhung des Rabatts, den die Herstellerunternehmen der Gesetzlichen Krankenversicherung auf Arzneimittel ohne Festbetrag gewähren müssen. Dieser Herstellerrabatt erhöht sich von 6 auf 16 Prozent, wobei die Erhöhung bis zum 31. Dezember 2013 befristet ist. Für den Zeitraum gilt gleichzeitig ein Moratorium für Preiserhöhungen bei Arzneimitteln gegenüber dem 01. August 2009.

Die Herstellerrabatte gelten mit dem ANMOG auf für die privaten Krankenversicherungen.

Im Rahmen der beiden Gesetze werden zudem die Bonus-Malus- und die Zweitmeinungsregelung aufgehoben¹³.

Nach der Bonus-Malus-Regelung sollten Ärzte, die zu teure Arzneimittel verordnen, den Krankenkassen einen Ausgleich zahlen, wohingegen Ärzte, die preisgünstiger verordnen, einen Bonus erhalten sollten.

Die Zweitmeinungsregelung besagt, dass innovative Arzneimittel, also neuartige Medikamente, die neue Therapiemöglichkeiten eröffnen oder bestehende Behandlungsmethoden verbessern, nur von spezialisierten Ärzten direkt verordnet werden können. Ärzte ohne entsprechenden Qualifikationsnachweis sollten sich vor Verordnung mit dem Spezialisten abstimmen. In der Konsequenz müsste etwa ein Allgemeinmediziner, der einem Patienten ein neuartiges Arzneimittel gegen Darmkrebs verschreiben will, zuvor einen Onkologen konsultieren.

Patienten können auch weiterhin andere Arzneimittel als das Rabatt-Präparat ihrer Krankenkasse wählen¹³. Sie bezahlen hierbei das Arzneimittel in der Apotheke und erhalten von ihrer Krankenkasse dafür eine Kostenerstattung abzüglich eines Pauschalbetrags für die entgangenen Rabatte und die entstehenden Verwaltungskosten. Dieser Pauschalbetrag wird in der Satzung der Krankenkasse festgelegt.

¹³ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): *Reform des GKV-Arzneimittelmarktes: Hintergrundpapier*, 11.11.2010, http://www.bdpk.de/media/file/737.BMG_Info_zu_ANMOG_.pdf, Abrufdatum 06.02.2011.

¹⁴ Zeit online (Hrsg.): *Bundestag verabschiedet Röslers Arzneimittel Sparpaket*, 11.11.2010, <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2010-11/gesundheits-arzneimittel-bundestag>, Abrufdatum 06.02.2011.

3.1 Rabatte & Rabattverträge ¹⁵

Apothekenrabatt

Apotheken erhalten für jede abgegebene Packung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels drei Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis zuzüglich 8,10 Euro, abzüglich des Apothekenrabatts, der nach dem AMNOG 2,05 Euro beträgt. Für sonstige Arzneimittel liegt der Rabatt bei fünf Prozent.

Herstellerrabatt

Bei Arzneimitteln ohne Festbetrag müssen die Pharmaunternehmen den gesetzlichen Krankenkassen pro verordneter Packung einen Rabatt in Höhe von sechs Prozent auf den Herstellerabgabepreis gewähren. Mit dem GKV-ÄndG wurde dieser Rabatt befristet bis zum 31.12.2013 auf 16 Prozent erhöht.

Im Falle von Generika beträgt der Herstellerrabatt je verordneter Packung zehn Prozent des Herstellerabgabepreises.

Darüber hinaus können einzelne Pharmaunternehmen und Krankenkassen Rabattverträge mit speziellen Konditionen über die exklusive Belieferung der Krankenversicherten mit einzelnen Arzneimitteln des Herstellers schließen.

3.2 Exkurs: OTC-Arzneimittel ^{16,17}

Als OTC-Arzneimittel (engl. *over the counter*, OTC) werden Arzneimittel bezeichnet, die zwar apotheken- aber nicht verschreibungspflichtig, also frei verkäuflich, sind. Sie werden grundsätzlich nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet. Eine Verordnung erfolgt nur dann, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, wobei dies durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt wird. Folglich sind OTC-Arzneimittel nur für einen geringen Anteil am gesamten GKV-Arzneimittelmarkt verantwortlich.

Die Preise für OTC-Arzneimittel werden durch die jeweilige Apotheke festgelegt und unterliegen keiner Regulierung. Die Kosten für diese Arzneimittel tragen die Kunden selbst (abgesehen von den bereits genannten Ausnahmen).

¹⁵ Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): *Rabatte und Rabattverträge*, 05.05.2011, <http://www.kbv.de/12909.html>, Abrufdatum 19.05.2011.

¹⁶ Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.): *OTC-Übersicht der verordnungsfähigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel*, 23.04.2010, <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/arzneimittel/otc-uebersicht>, Abrufdatum 05.05.2011

¹⁷ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): *Glossar begriff Arzneimittel*, 30.12.2009, <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/arzneimittel.html>, Abrufdatum 05.05.2011.

4. Fazit zu AMNOG & GKV-ÄndG

Dass das Niveau der Preise für Arzneimittel in Deutschland zu hoch ist, lässt sich bereits beim Vergleich mit anderen europäischen Ländern feststellen. Folglich besteht hier ein erhebliches Potential zur Kostenreduzierung im Gesundheitssystem. Mit dem AMNOG soll erreicht werden, dieses Potential zumindest teilweise zu nutzen. Die konkreten Auswirkungen des Gesetzes auf die Arzneimittelpreise werden erst ab 2012 deutlich werden. Somit beschränken sich die möglichen Erörterungen auf potentielle Konsequenzen des Gesetzes sowie weitere Maßnahmen, die zur Senkung der Arzneimittelkosten im Gesundheitssystem sinnvoll wären. Hierbei sollte jedoch nicht allein die Kostensenkung im Vordergrund stehen, sondern es sollte auch die Versorgungsqualität und die Förderung von Arzneimitteln mit höherem therapeutischem Nutzen berücksichtigt werden.

Auch wenn das AMNOG generell in die richtige Richtung führt, weist das Gesetz dennoch einige Schwächen auf. So ist kritisch zu betrachten, dass die Nutzenbewertung eines Arzneimittels primär ausschließlich auf klinischen Studien beruht, die im Rahmen der Zulassung durchgeführt wurden. In diesen Studien zeigt sich meist 'nur' die Wirksamkeit des Arzneimittels, nicht aber der tatsächliche Nutzen für den Patienten, da zum Beispiel langfristige Nebenwirkungen nicht erfasst werden. Hinzu kommt, dass die klinischen Studien durch die Pharmaunternehmen selbst durchgeführt bzw. in Auftrag gegeben werden und somit die Gefahr einer Einflussnahme auf die Darstellung der Ergebnisse besteht, zum Beispiel wenn keine Publikation negativer Resultate erfolgt.

Denkbar wäre eine stärkere Einbindung des IQWiG, etwa durch eine Einbeziehung des Instituts bereits in die klinischen Studien der Pharmaunternehmen oder aber durch separate, unabhängige Studien unter Federführung des IQWiG. Möglich wäre zudem die Einführung eines Zeitfensters zwischen Zulassung des Arzneimittels und der Markteinführung, innerhalb dessen weitere Studien von unabhängiger Stelle (IQWiG) zur Klärung des Nutzens des Arzneimittels durchgeführt werden. Insgesamt erscheint der Zeitraum von 3 Monaten, den das AMNOG zur Nutzenbewertung vorsieht, relativ knapp.

Des Weiteren ist fraglich, warum die Richtlinien, die die Nutzenbewertung eines neuen Arzneimittels regeln, durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt werden. Auch hier würde sich das IQWiG oder der G-BA als Alternative anbieten, da beide sowohl den erforderlichen Sachverstand als auch die notwendige Unabhängigkeit auf sich vereinen.

Das AMNOG enthält zudem keine spezifischen Aussagen bezüglich der Regelung des Generika-Marktes. Das Beispiel Niederlande zeigt, dass hier ein deutliches Einsparpotential bei gleichzeitigem Erhalt der Versorgung besteht. Es ist zu überlegen, ob das Modell auf Deutschland übertragbar wäre bzw. ob dies sinnvoll ist oder sich gleichwertige bzw. bessere Alternativen anbieten.

Empfehlungen zur Senkung der Arzneimittelpreise

Kurzfristig betrachtet, wird das AMNOG zusammen mit dem GKV-ÄndG den Anstieg der Ausgaben für Arzneimittel im deutschen Gesundheitswesen zumindest begrenzen. Dies ist unter anderem auf die befristete Erhöhung des Herstellerrabatts auf Arzneimittel ohne Festbetrag im Zuge des GKV-ÄndG, sowie auf die Erhöhung des Apothekenrabatts im Zuge des AMNOG zurückzuführen. Gleichzeitig wird auch das bis Ende 2013 befristete Moratorium für Preiserhöhungen in einer Begrenzung der Arzneimittel-Ausgaben resultieren. Ein Erreichen der angestrebten Einsparungen hängt hierbei nicht zuletzt von der Entwicklung der Arzneimittelnachfrage ab, die nur schwer vorherzusagen ist. Allerdings ist zu erwarten, dass ein Anstieg letzterer aufgrund der eingeführten Änderungen mit einer unterproportionalen Zunahme der Arzneimittel-Ausgaben im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren einhergehen wird. Folglich ist von einer kurzfristigen Senkung der relativen Arzneimittel-Ausgaben auszugehen.

In diesem Zusammenhang sind bereits erste Effekte der in Kraft getretenen Gesetze zu verzeichnen. So stiegen die Arzneimittel-Ausgaben der KKH-Allianz, nach eigenen Angaben viertgrößte bundesweite Krankenkasse mit rund zwei Millionen Versicherten, im ersten Quartal 2011 um lediglich 0,9 Prozent je Versicherten, während die Anzahl der eingereichten Rezepte je Versicherten um 6,4 Prozent zunahm¹⁸. Dies wird vor allem auf die Erhöhung des Herstellerrabatts zurückgeführt. Betrachtet man die gesamte gesetzliche Krankenversicherung, so würden die neuen Regelungen Einsparungen in Höhe von 390 Millionen Euro ergeben. Zudem lässt sich seit Inkrafttreten des GKV-ÄndG am 01. August 2010 ein tendenzieller Rückgang der GKV-Arzneimittel-Ausgaben beobachten¹⁹.

Zusammenfassend kann folglich von einer kurzfristigen Reduzierung der Arzneimittel-Ausgaben innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung im Zuge des AMNOG und speziell des GKV-ÄndG ausgegangen werden.

Jedoch stellt sich die Frage, ob diese auch in einer langfristigen Senkung der Arzneimittel-Ausgaben resultieren. Eine diesbezügliche Prognose lässt sich nur schwer abgeben, da unter anderem nicht vorherzusagen ist, wie sich die Preisverhandlungen zwischen dem 'Spitzenverband Bund der Krankenkassen' und den Herstellerunternehmen gestalten werden. Auch die Ergebnisse der zukünftigen Nutzenbewertung für Arzneimittel werden einen beträchtlichen Einfluss auf die Entwicklung der Arzneimittel-Ausgaben haben. Konkretere Aussagen hierzu werden folglich erst ab 2012 möglich sein. Generell ist jedoch davon auszugehen, dass das AMNOG eine Senkung der Arzneimittelkosten, nicht zuletzt durch die Anhebung des Apothekenrabatts und die Senkung des Großhandelszuschlags, mit sich bringt. In diesem Kontext ist die Fragestellung nach den Auswirkungen des AMNOG auf Nutzen und Qualität der neu zugelassenen Arzneimittel zu betrachten. Hierbei liegt der Fokus speziell auf dem Zusatznutzen, den ein neues Arzneimittel im Vergleich zu den bereits auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln aufweist. Kann dieser für das Arzneimittel nachgewiesen werden,

¹⁸ KKH-Allianz (Hrsg.): *Weniger Kostendruck im Arzneimittelbereich*
Arzneigesetz entfaltet Wirkung: 390 Millionen Euro Einsparungen in der GKV, 04.05.2011,
<http://www.kkh-allianz.de/index.cfm?pageid=2682&pk=116276>, Abrufdatum 04.05.2011.

¹⁹ Maag, Gisela: *IMS Marktbericht: Entwicklung des Pharmamarktes im Januar 2011*, IMS Health Deutschland 2011,
http://www.imshealth.de/sixcms/media.php/16/Kommentierte%20Grafiken%20IMS%20Marktbericht%2001_2011.pdf,
Abrufdatum 06.06.2011.

kann das Herstellerunternehmen in Preisverhandlungen mit den Krankenkassen treten. Da dies von allen Optionen, die das AMNOG vorsieht, finanziell am attraktivsten ist, führt dies im besten Falle zur Förderung der Entwicklung innovativer Arzneimittel mit Zusatznutzen seitens der Pharmaunternehmen. Ein zentraler Kritikpunkt stellt hierbei der relativ kurze Zeitraum von drei Monaten dar, den das Gesetz für die Nutzenbewertung vorsieht. Die Erarbeitung einer umfassenden Nutzeinschätzung innerhalb dieses Zeitraums erscheint schwierig.

In der Konsequenz liegen bereits entsprechende Verbesserungsansätze vor. So schlägt der Vorsitzende des Dienstleistungs- und Beratungsunternehmens IMS Health Deutschland, Dr. Frank Wartenberg, vor, im Zuge der Preisverhandlungen zunächst einen bedingten Erstattungspreis zu vereinbaren²⁰. Basierend hierauf würden nun begleitende Versorgungsstudien durchgeführt, für die im Vorfeld bestimmte Endpunkte vereinbart werden. Werden diese erreicht, kann über eine Erhöhung des Erstattungspreises verhandelt werden; ist dies nicht der Fall, so wird letzterer abgesenkt.

Alternativ wäre eine frühere Prüfung der Arzneimittel durch das IQWiG denkbar, etwa nach dem Vorbild des britischen *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE). Dieses untersucht Arzneimittel bereits vor deren Zulassung²¹, was eine gründlichere Nutzenbewertung über einen längeren Zeitraum hinweg erlaubt.

Während das AMNOG vor allem patentgeschützte Arzneimittel betrifft und hier langfristige Änderungen mit sich bringt, beschränken sich die Versuche zur Kostensenkung bei Generika vornehmlich auf befristete Regelungen, wie etwa die Erhöhung der Herstellerrabatts im Zuge des GKV-ÄndG. Um auch in diesem Bereich eine dauerhafte Senkung der Arzneimittel-Ausgaben zu realisieren, dürften weitere Schritte nötig sein. Zwar treten bereits jetzt die Krankenkassen in Verhandlungen über Erstattungspreise mit den Generika-Herstellern, allerdings zeigen sowohl das Beispiel Niederlande sowie die Ergebnisse des Arzneiverordnungs-Reports 2010, dass bei Generika in Deutschland ein erhebliches Einsparpotential besteht.

Vor diesem Hintergrund wäre etwa eine Stärkung der Verhandlungsposition der Krankenkassen gegenüber den Generika-Herstellern denkbar, zum Beispiel durch die Bildung von Einkaufsgemeinschaften bestehend aus mehreren Krankenkassen. Hierbei sollten die Verhandlungen jedoch in regelmäßigen Abständen erfolgen, damit ein fairer Wettbewerb zwischen den Herstellerunternehmen gewahrt bleibt. Dass eine derartige Regelung zu einer Senkung der Arzneimittel-Ausgaben führt, zeigt sich neben dem Beispiel Niederlande auch bereits im deutschen Gesundheitswesen. So gelingt es den einzelnen AOK Landesverbänden durch Kooperation bei den Rabattverhandlungen mit den Generika-Herstellern die Preise für einzelne Arzneimittel deutlich zu senken²². Als Ursache hierfür werden vor allem die hohen Versichertenzahlen gesehen, die derartige Kooperationen repräsentieren, und diesen folglich eine gewisse Nachfragemacht verleihen. Die Bildung von Einkaufsgemeinschaften durch

²⁰ Arzneimittel Zeitung (Hrsg.): *Ein Automatismus wäre kontraproduktiv*. Interview mit Dr. Frank Wartenberg, Arzneimittel Zeitung 21.04.2011, http://www.imshealth.de/sixcms/media.php/16/Seite_Interview_Wartenberg_AmZ_April2011.pdf, Abrufdatum 06.06.2011.

²¹ Wilkens, Katrin: *Arzneimittelaufseher Windeler: Zwischen den Stühlen*, Zeit online 21.03.2011, <http://www.zeit.de/zeit-wissen/2011/02/Portraet-Windeler>, Abrufdatum 06.06.2011.

²² Grill, Markus: *Einladung zur Manipulation*, Der Spiegel, 20.09.2010, Ausgabe 38, S. 111.

einzelne Krankenkassen könnte sich neben diesen finanziellen Vorteilen für die Versicherten auch positiv auf die Situation der Apotheken auswirken. Letztere müssten im Falle kassenübergreifender Rabattverträge weniger Arzneimittel auf Lager haben, um Patienten unterschiedlicher Krankenversicherungen versorgen zu können. Kritiker befürchten in diesem Kontext eine Verzerrung des Wettbewerbs zwischen den Generika-Herstellern. Diesem Umstand könnte durch eine begrenzte Laufzeit der Rabattverträge in Kombination mit einer nachfolgenden Neuausschreibung vorgebeugt werden.

5. Einflussnahme der Pharmaindustrie

5.1 Einflussnahme der Pharmaindustrie auf Ärzte

Ärzte und Pharmaunternehmen stehen durch Besuche von Pharmavertretern in regelmäßigem Kontakt miteinander. Es wird geschätzt, dass jährlich ca. 15.000 Pharmavertreter etwa 20 Millionen Mal deutsche Praxen und Krankenhäuser besuchen. Zentrales Ziel der Pharmavertreter ist es, das Verschreibungsverhalten des Arztes zu Gunsten der Produkte des jeweiligen Pharmaunternehmens zu beeinflussen.

Eine Umfrage ²³ aus dem Jahr 2007 unter einer ausgewählten Gruppe von Nervenärzten, Allgemeinmedizinerinnen und Kardiologen ergab, dass fast 80 Prozent der befragten Ärzte mindestens einmal pro Woche von einem Vertreter eines Pharmaunternehmens besucht werden. Ziel der Studie war es, die Art der Kontakte zwischen den Ärzten und ihre Auswirkungen zu untersuchen. 76 % der befragten Ärzte gehen davon aus, dass die Pharmavertreter sie immer oder häufig beeinflussen wollten. Hierbei halten sich nur 6 % der Befragten selbst für häufig oder immer beeinflusst, wohingegen sie ihre Kollegen dreimal häufiger für beeinflussbar halten. Gleichzeitig nimmt die Mehrheit der Ärzte Geschenke von den Pharmavertretern an, vor allem Arzneimittelmuster, Schreibwarenartikel und Essenseinladungen. Insgesamt gaben nur 4 % der Befragten an, keinerlei Geschenke von den Pharmavertretern anzunehmen.

Im Durchschnitt besuchten die befragten Ärzte in etwa gleich viele unabhängige und pharmafinanzierte Fortbildungen. Zudem erhielten ca. 50 % der Befragten Honorarzählungen von Pharmaunternehmen. Diese erfolgten vor allem aufgrund von Anwendungsbeobachtungen oder Beratertätigkeiten bzw. Vorträge für ein Pharmaunternehmen.

Obwohl Besuche von Pharmavertretern und pharmafinanzierte Fortbildungen bezüglich der Objektivität im Vergleich zu anderen Informationsmöglichkeiten, wie zum Beispiel Sachbüchern, in der Umfrage am schlechtesten bewertet werden, würden 52 % der befragten Ärzte den Wegfall der Vertreterbesuche als Verlust empfinden, da diese Informationen vermitteln sowie Fortbildungen und Arzneimittelmuster anbieten.

Zusammenfassend sind vor allem die Anwendungsbeobachtungen, die das Verordnungsverhalten der Ärzte beeinflussen, sowie das fehlende Bewusstsein für die eigene Beeinflussbarkeit der Ärzte kritisch zu sehen. Insgesamt könnte durch eine kritischere Haltung der Ärzte sowie dem Ausbau alternativer Informationsangebote eine größere Unabhängigkeit der Ärzte erreicht werden.

²³ Klaus Lieb, Simone Brandtönies: *Eine Befragung niedergelassener Fachärzte zum Umgang mit Pharmavertretern*, Deutsches Ärzteblatt 2010, 107 (22), S. 392-398.

In zunehmendem Maße versuchen Pharmaunternehmen inzwischen auch, sogenannte Ärzte-Netze für ihre Interessen zu nutzen²⁴. Letztere sind lose Verbände von 50 bis 100 Ärzten einer Stadt oder Region mit dem Ziel, die dortige Versorgung zu verbessern. So lassen sich zum Beispiel Behandlungen bei verschiedenen Fachärzten abstimmen und Fortbildungen organisieren.

In vielen Fällen lassen sich diese Netze allerdings von Pharmaunternehmen sponsern, wodurch beispielsweise eine Sekretärin, Informationsmaterial oder die Senkung der Mitgliedsbeiträge finanziert wird. Vor allem Hersteller von Generika beteiligen sich finanziell an den Ärzte-Netzen. Ziel der Pharmaunternehmen ist es, das Verschreibungsverhalten der Ärzte zu beeinflussen. Gerade bei Generika bestehen allerdings Rabatt-Verträge zwischen Herstellern und den Krankenkassen. Folglich erhält der Patient in der Regel letztlich das Präparat jenes Herstellers, mit der seine Kasse einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen hat.

Allerdings hat der Arzt die Möglichkeit, auf dem Rezept bei der Verschreibung eines Arzneimittels das 'aut idem'-Feld mittels eines Kreuzes durchzustreichen. Das Feld bedeutet normalerweise, dass der Apotheker das günstigste Präparat mit dem identischen Wirkstoff auswählt. Hat der Arzt das 'aut idem'-Feld jedoch durch ein Kreuz durchgestrichen, muss der Apotheker das Arzneimittel des Herstellerunternehmens abgeben, das der Arzt aufgeschrieben hat – auch wenn dieses Präparat das teuerste ist. Sinnvoll kann dies zum Beispiel bei älteren Patienten sein, die mehrere verschiedene Medikamente parallel nehmen müssen und irritiert wären, wenn sich die Verpackungen und Darreichungsformen ständig ändern.

Es bestehen jedoch regional enorme Unterschiede in den 'aut idem'-Quoten. Nach einer Untersuchung des Marktforschungsinstituts Insight Health schließen Ärzte bei 14,9 Prozent aller Verordnungen alternative Präparate bei der Verschreibung aus. In Bayern geschieht dies bei 7,9 Prozent aller Rezepte, in Baden-Württemberg bei 17,8 Prozent und in Bremen bei 24,5 Prozent.

Vor allem Medikamente des Generika-Herstellers Sandoz werden überdurchschnittlich häufig unter Ausstreichen des 'aut idem'-Feldes verordnet (30,4 Prozent aller Sandoz-Verordnungen). Gleichzeitig engagiert sich das Unternehmen finanziell in vielen Ärzte-Netzen. Allerdings ist hier ein kausaler Zusammenhang nicht zwangsläufig gegeben. Vielmehr können auch andere Faktoren, wie etwa die Produktpalette eines bestimmten Herstellers, die Unterschiede in den 'aut idem'-Quoten bedingen.

Eine Studie zur Untersuchung des Einflusses der Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen auf die 'aut-idem'-Nutzung kam zu dem Ergebnis, dass gerade ältere Patienten nach Einführung der Rabattverträge verstärkt Verschreibungen unter Ausschluss einer Substitution durch andere Präparate erhielten²⁵.

²⁴ Grill, Markus: *Gesundheit: „Klarheit schaffen“*, Der Spiegel 31.01.2011, Ausgabe 5, S. 114-115.

²⁵ Falk Hoffmann, Gerd Glaeske, Matthias S. Pfannkuche: *The Effect of Introducing Rebate Contracts to Promote Generic Drug Substitution on Doctors' Prescribing Practices*, Deutsches Ärzteblatt, 2009, 106 (48), S. 783-788.

'Aut idem'-Regelung^{26,27}

Der Ausdruck 'aut idem' leitet sich aus dem lateinischen ab und bedeutet 'oder das Gleiche'. Die entsprechenden Regelungen finden sich in § 121 Abs. 1 SGB V und sind darüber hinaus Inhalt eines Rahmenvertrags zwischen dem 'Spitzenverband Bund der Krankenkassen' und dem Deutschen Apothekerverband. Demnach sind Apotheken bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Patienten grundsätzlich verpflichtet, ein wirkstoffgleiches Präparat zu wählen, für das ein Rabattvertrag zwischen der Krankenkasse und dem Pharmaunternehmen besteht. Liegt für ein Präparat keine Rabattvereinbarung vor, so ist das verordnete oder eines der drei preisgünstigsten wirkstoffgleichen Arzneimittel abzugeben. Voraussetzungen für eine derartige Substitution sind ein identischer Wirkstoff sowie eine identische Wirkstärke, ein gleiches Anwendungsgebiet, eine gleiche bzw. austauschbare Darreichungsform sowie ein gleiches Packungsgrößenkennzeichen. Die Möglichkeit einer Ersetzung entfällt, wenn der Arzt auf dem Rezept das 'aut idem'-Feld durchgestrichen hat. In diesem Fall muss die Apotheke das verordnete Präparat abgeben.

Anzumerken ist hierbei, dass ein Arzt nicht beliebig viele Verschreibungen unter Ausschluss einer Substitution durch andere Präparate tätigen kann, da das Verschreibungsverhalten unter anderem durch die Krankenkassen kontrolliert wird.

Wie bereits erwähnt, besteht für Patienten nach dem AMNOG die Möglichkeit, andere Arzneimittel als das Rabatt-Präparat ihrer Krankenkasse wählen, sofern die oben genannten Substitutionsvoraussetzungen erfüllt sind. Hierbei muss der Patient jedoch für die entstandenen Zusatzkosten aufkommen.

Vor dem Hintergrund der möglichen Einflussnahme durch die Pharmaindustrie haben sich einige Mediziner im Verein MEZIS ('Mein Essen zahl ich selbst') zusammengeschlossen. So empfangen Mitglieder des Vereins keine Pharmavertreter in ihren Praxen und nehmen keine Geschenke an.

²⁶ Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): *Aut-idem-Regelung*, 15.2.2011, <http://www.kbv.de/13595.html>, Abrufdatum 18.05.2011.

²⁷ Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.): *Glossar: Aut-idem*, 15.2.2011, <http://www.g-ba.de/institution/sys/glossar/11/>, Abrufdatum 18.05.2011.

5.2 Einflussnahme der Pharmaindustrie auf Selbsthilfegruppen ²⁸

Selbsthilfegruppen sind ein attraktives Ziel für das Marketing von Pharmaunternehmen. Zu einem sind in den über 50.000 Patientenorganisationen in Deutschland rund 3 Millionen chronisch Kranke und Angehörige erfasst, die auf Medikamente und medizinische Ratschläge angewiesen sind. Zum anderen ist es Patientenorganisationen im Gegensatz zu Pharmaunternehmen in Deutschland erlaubt, verschreibungspflichtige Arzneimittel mit Handelsnamen zu empfehlen. Arzneimittelherstellern ist es hierzulande durch das Heilmittelwerbegesetz verboten, mit Produktwerbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel direkt auf Patienten zuzugehen. Zudem sind Patienten für Pharmaunternehmen attraktive Werbeträger, da sie sowohl als unabhängig als auch als glaubwürdig wahrgenommen werden.

In der Konsequenz werden viele Selbsthilfegruppen finanziell oder organisatorisch durch Pharmaunternehmen unterstützt. Die Patientenorganisationen profitieren hierbei zum Beispiel dadurch, dass das Pharmaunternehmen eine Sekretärin finanziert, Computer bereitstellt, die Einrichtung einer Website übernimmt oder sich an der Organisation von Patientenkongressen beteiligt. Durch derartige Kooperationen werden vor allem die ehrenamtlichen Mitarbeiter der Selbsthilfegruppen entlastet. Dass sich hierbei Interessenskonflikte ergeben können, hat sich an mehreren Beispielen gezeigt.

So war auf der Website der Selbsthilfegruppe Mamazone, in der Brustkrebspatienten organisiert sind, eine Zeit lang zu lesen, dass Patienten bei chronischer Müdigkeit während der Therapie ihren Arzt um eine Erythropoetin-Behandlung bitten sollen. Genannt waren zudem einige Epo-Präparate, darunter ein Produkt des Pharmaunternehmens Roche. Gleichzeitig wurde die Selbsthilfegruppe zu dieser Zeit von Roche jährlich mit einer Spende von 40.000 Euro unterstützt. Allerdings stand bereits zu diesem Zeitpunkt Erythropoetin im Verdacht, das Tumorwachstum bei Krebserkrankungen zu beschleunigen.

Als Reaktion auf derartige Fälle bemühen sich die Dachverbände der Selbsthilfegruppen um mehr Transparenz. So hat etwa die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Leitlinien erlassen und eine Monitoring-Stelle eingerichtet. Ob diese Maßnahmen ausreichend sind, lässt sich jedoch schwer bewerten.

²⁸ Bonstein, Julia: *Gesundheit: Kranke Geschäfte*, Der Spiegel 21.04.2008, Ausgabe 17, S. 98-102, <http://wissen.spiegel.de/wissen/image/show.html?did=56670308&aref=image036/2008/04/19/ROSP200801700980102.PD&thumb=false>, Abrufdatum 06.06.2011.

Empfehlungen zur verringerten Einflussnahme der Pharmaindustrie

Im Hinblick auf die Einflussnahme der Pharmaindustrie auf Ärzte und Patientenorganisationen kann man zwei mögliche Lösungswege in Betracht ziehen. Zum einen wäre die Schaffung von mehr Transparenz sowie einer kritischeren Haltung gegenüber den Einflussnahme-Versuchen der Pharmaindustrie sinnvoll. Dies ließe sich etwa durch entsprechende verbindliche Richtlinien zur Offenlegung von Honorarzahungen bzw. Spenden von Seiten der Pharmaindustrie erreichen. Hierbei sollte die Pflicht zur Veröffentlichung sowohl die Pharmaunternehmen als auch die Ärzte selbst betreffen. Fortschritte auf diesem Gebiet sind unter anderem in den USA zu verzeichnen, wo seit einiger Zeit eine Reihe großer Pharmaunternehmen Einblick in ihr finanzielles Engagement bei Ärzten, Kliniken und Forschungseinrichtungen gewähren²⁹. Eine generelle Offenlegung derartiger Informationen soll in den USA ab dem Jahr 2012 verpflichtend werden. In Deutschland wäre in diesem Zusammenhang der Gesetzgeber gefragt, entsprechende Richtlinien einzuführen.

Zugleich könnte eine Ausweitung des Angebots von alternativen, unabhängigen Informationsquellen sowohl für Ärzte als auch für Patienten eine kritischere Haltung fördern. Darüber hinaus wäre eine staatliche Unterstützung von Ärzte-Netzen und Patientenorganisationen zur Förderung deren Unabhängigkeit denkbar.

Die Alternative zu diesen Maßnahmen bestünde darin, den Ärzten weitgehend die Entscheidung darüber zu entziehen, welche Arzneimittel ein Patient letztlich erhält. Hierbei würde die Krankenkasse des Patienten entscheiden, welches Präparat einer Wirkstoffgruppe dem Patienten im Rahmen einer bestimmten Therapie verabreicht wird. Dieser Ansatz ist jedoch nicht unproblematisch, da dem Arzt hierbei weitgehend die Möglichkeit genommen wird, auf die individuelle Situation des Patienten zu reagieren. So könnte etwa im Falle einer Mehrfachmedikation der Arzt nicht das Präparat auswählen, das seiner Erfahrung nach mit den geringsten Nebenwirkungen in einer derartigen Konstellation einhergeht. Zudem würden die Optionen des Arztes, psychosomatisch in den Krankheitsverlauf des Patienten einzugreifen, zum Beispiel über die Verschreibung eines Placebos, durch eine derartige Regelung erheblich eingeschränkt.

²⁹ Hofmann, Siegfried: *Pharmafirmen geben Einblick in Millionenzahlungen*, Handelsblatt 06.04.2010, <http://www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/pharmafirmen-geben-einblick-in-millionen-zahlungen/3405614.html>, Abrufdatum 18.05.2011.

Kapitel 3: Die Zulassungskriterien und der Aufbau des deutschen Humanmedizinstudiums

Alexander Böhner

1. Einleitung	49
2. Hochschulzugangsberechtigung zum Humanmedizinstudium	49
2.1 Das Abitur	50
2.2 Der Numerus Clausus als Beschränkung der Studienplätze	51
2.3 Soziale Fähigkeiten als Zugangskriterium für einen Studienplatz?	51
3. Struktur und Inhalt des Medizinstudiums	53
3.1 „Der Ausstiegs-Bachelor“	53
3.2 Abwanderung der Absolventen ins Ausland und in andere Berufsfelder	54
3.3 Praxisbezug in der Lehre	55
3.4. Neustrukturierung des Gegenstandskatalogs.....	57
3.5 Motivation und Schulung der Lehrenden	57

1. Einleitung

Das medizinische Personal (v.a. Ärzte, Krankenschwestern/-pfleger, Arzthelfer) stellt eine tragende Säule des deutschen Gesundheitswesens dar. Um kranken Menschen professionell helfen zu können, ist es für diese Berufsgruppen von essentieller Bedeutung, eine gute Ausbildung absolviert zu haben. Doch wie gut ist die medizinische Lehre in Deutschland wirklich?

Im Folgenden soll der Fokus der Betrachtung auf das Medizinstudium gelegt werden.

2. Hochschulzugangsberechtigung zum Humanmedizin- studium

Das Medizinstudium umfasst eine sechsjährige Ausbildung und ist in der ärztlichen Approbationsordnung verankert. In der Regel benötigt man für dieses Studium eine allgemeine Hochschulreife (Abitur). Jedes Jahr bewerben sich jedoch mehr potentielle Studenten, als Plätze an den Hochschulen existieren. Im Wintersemester 2010/2011 haben sich beispielsweise 40.387 Kandidaten auf 8.629 Studienplätze beworben ¹. Das entspricht rechnerisch viereinhalb Bewerbern pro Studienplatz. Wie viele Plätze jede Universität bereitstellen kann und darf, ist in der Kapazitätsverordnung (KapVO) festgelegt. Dabei wird die Kapazität einer Universität mit dem sogenannten Curricularnormwert (CNW) ermittelt. Dieser Wert berücksichtigt zum Beispiel die Größe (Teilnehmerzahl) und Anzahl der Kurse, die ein Student belegen muss, oder auch wie viel Personal für die Betreuung der Studenten notwendig ist. Beim Studiengang Medizin, in dem teilweise Seminare vorgeschrieben sind, an denen nur bis zu drei Studenten teilnehmen können, ist der CNW im Vergleich zu anderen Studienfächern hoch ². Deswegen wird jedes Jahr von der Zentrale für Vergabe von Studienplätzen (ZVS, neuer Name hochschulstart.de) ein sogenannter Numerus clausus (NC) angegeben. Dieser ist die Abiturnote desjenigen, der nach absteigender Notenreihenfolge den letzten regulär zu vergebenden Platz erhalten hat. Liegt ein NC beispielsweise bei 1,5, dann hatte im Jahr zuvor der letzte zugelassene Student ein Abitur mit dem Durchschnitt 1,5. Die Studienplätze werden wie folgt vergeben:

- 20 Prozent werden an die Abiturbesten vergeben. Bei der Auswahl nach der Durchschnittsnote gelten unabhängig von den Studienortwünschen nur die Grenzwerte des Bundeslandes, in dem das Abitur erworben wurde (Landes-NC). Um Unterschiede zwischen den Schulsystemen der Bundesländer zu berücksichtigen, werden die nach der Abiturnote zu vergebenden Studienplätze in "Landesquoten" aufgeteilt. Damit sind Studienplatzkontingente gemeint, die nur für die Bewerber, die in dem betreffenden Bundesland ihre Studienberechtigung erworben haben, zur Verfügung stehen.
- 20 Prozent werden nach der angesammelten Wartezeit vergeben (derzeit ca. viereinhalb Jahre).

¹ Stuttgarter Zeitung (Hrsg.): *Wartezeit vor dem Medizinstudium wird immer länger*, 15.10.2010, http://content.stuttgarter-zeitung.de/stz/page/2671448_0_2563_-wartezeit-vor-dem-medizinstudium-wird-immerlaenger.html, Abrufdatum 12.03.2011.

- 60 Prozent der Plätze werden von den Hochschulen nach dem Ergebnis eines hochschuleigenen Auswahlverfahrens vergeben. Die meisten Universitäten (20/34) haben sich für die Abiturnote als Auswahlkriterium entschieden³. Einzelne Hochschulen, wie zum Beispiel die Charité in Berlin, vergeben ihre Plätze neben der Abiturnote zusätzlich nach Noten in bestimmten Fächern (Mathematik, Physik, Biologie und Chemie sowie Deutsch und Englisch) und dem Ergebnis von Auswahlgesprächen. Überdies setzen einige Universitäten (v.a. in Baden-Württemberg) einen spezifischen Studierfähigkeitstest, den sogenannten Test für medizinische Studiengänge (TMS), voraus. Ein gutes Ergebnis in diesem erhöht die Chance auf einen Studienplatz im Auswahlverfahren der Hochschulen (AdH).⁴

In den folgenden Abschnitten werden die Probleme bei der Zulassung zu einem Medizinstudienplatz geschildert. Zu jedem Problem wird eine Empfehlung vorgeschlagen.

2.1 Das Abitur

Das wichtigste Kriterium, um einen der begehrten Studienplätze für Medizin zu bekommen, ist wie oben beschrieben die Note im Abitur. Hier zeigt sich das erste Problem. In Deutschland fällt Bildung unter den Zuständigkeitsbereich der Länder und ist damit nicht zentral geregelt. Jedes Bundesland besitzt somit ein eigenes Bildungssystem, was die Vergleichbarkeit der Abiturnoten der verschiedenen Länder erschwert. In Rheinland-Pfalz gibt es zum Beispiel kein Zentralabitur und somit keine zentral vom Land gestellten Abschlussprüfungen. Die deutschen Abiturienten konkurrieren jedoch um dieselben Studienplätze. Das Bundesland, in welchem die zentrale Hochschulreife absolviert wurde, spielt allerdings nur bei der Abiturbestenquote (20 %) eine Rolle (siehe oben). Das Auswahlverfahren der Hochschulen (AdH), indem immerhin 60 % der Studienplätze vergeben werden, beruht meist auf einer festgelegten Durchschnittsnote, die unabhängig vom Landes-NC ist. Dieses Problem ist schon länger bekannt. So gab es beispielsweise bis 1972 den "Landeskinder-Bonus", bei dem die bayrischen Abiturdurchschnittsnoten um 1,0 verbessert wurden. Wer also mit der Note 2,5 an den Universitäten anderer Länder in Numerus-clausus-Fächern abgewiesen wurde, hatte an Bayerns Studienorten mit der auf 1,5 herab gesunkenen Note bessere Chancen, einen Studienplatz zu bekommen. Ob jetzt das Abitur in Bayern schwerer oder leichter ist als an einem anderen Ort in der Bundesrepublik, ist letztlich unerheblich. Entscheidend ist jedoch, dass man mit dem derzeitigen System immer eine gewisse Ungerechtigkeit bei der Vergabe von Studienplätzen hat.⁵

³ Hochschulstart.de (Hrsg.): *Auswahlgrenzen im Hochschulverfahren Wintersemester 2010/11*, 23.09.2010, <http://hochschulstart.de/index.php?id=2721>, Abrufdatum 24.02.2011.

⁴ <http://de.wikipedia.org/wiki/Curricularnormwert>, Abrufdatum 05.05.2011.

Stuttgarter Zeitung (Hrsg.): *Wartezeit vor dem Medizinstudium wird immer länger*, 15.10.2010, http://content.stuttgarter-zeitung.de/stz/page/2671448_0_2563_-wartezeit-vor-dem-medizinstudium-wird-immerlaenger.html, Abrufdatum 12.03.2011
Linda Tutmann: *Ärzte ohne Grenzen?*, 15.04.2010, Zeit online, <http://www.zeit.de/2010/16/C-Aerztmangel>, Abrufdatum 04.04.2011.

⁵ Der Spiegel (Hrsg.): *Der Dussel*, 06.08.1973, <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-41955439.html>, Abrufdatum 13.03.2011.

Empfehlung

Die Einführung eines in Deutschland zentral gestellten Abiturs wäre wichtig. Die Etablierung von Bildungsstandards würde sicherstellen, dass alle Schüler bundesweit nach vergleichbaren Leistungsparametern auf das Abitur vorbereitet und dieselbe Prüfung absolvieren würden. Hiermit könnte man die Abiturienten verschiedener Bundesländer viel besser miteinander vergleichen. Überdies würde der Staat mit dieser Zentralisierung erhebliche Kosten durch den damit einhergehenden Verwaltungsabbau einsparen. Allerdings scheint die Verwirklichung dieses Projekts bei unserem föderalistischen System schwierig, weil sich die einzelnen Länder hierauf wahrscheinlich nicht einlassen würden. Als Alternative könnte man bei dem AdH ebenfalls eine Landesquote einführen.

2.2 Der Numerus Clausus als Beschränkung der Studienplätze

Laut einer Studie von KBV und BÄK müssen bis zum Jahr 2020 allein im ambulanten Bereich ca. 51.800 Ärzte ersetzt werden. Der KBV-Chef Dr. Andreas Köhler macht hierfür den sogenannten "doppelten demografischen Wandel" verantwortlich. „Wegen der Alterung der Gesellschaft und des medizinischen Fortschritts steige der Behandlungsbedarf kräftig an. Gleichzeitig würden auch die Ärzte immer älter“⁶.

Vom ehemaligen Bundesgesundheitsminister Philipp Rößler kam der Vorschlag, den Numerus clausus aufgrund des drohenden Ärztemangels abzuschaffen. Doch was hätte dies für Folgen? In der Kapazitätsverordnung wird die Anzahl der momentanen Studienplätze festgeschrieben. Schafft man den NC ab, ohne den Universitäten mehr Geld für neue Studienplätze zur Verfügung zu stellen, käme es zum Zusammenbruch des Systems. An der Berliner Charité hätte man statt der üblichen 300 Studenten pro Jahr auf einmal 8.000. Die Hochschulen wären überlaufen und eine gute Lehre würde nicht mehr stattfinden können – letztendlich hätte man vielleicht mehr Ärzte, doch diese wären deutlich schlechter ausgebildet.

Empfehlung

Um dem drohenden Ärztemangel entgegen zu wirken, ist es überaus wichtig, mehr Medizinstudenten zu Ärzten auszubilden. Bevor man jedoch den NC abschafft oder herabsetzt, ist es wichtiger, die nötigen Voraussetzungen an den Universitäten zu schaffen. Diese erfordern Investitionen seitens des Staates bzw. der Länder. Nur so können Strukturen geschaffen werden, die es den Universitäten ermöglichen, mehr Studenten auszubilden.

⁶ Ärztezeitung: *Ärztemangel in Deutschland spitzt sich zu*, 03.09.2010, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/617876/verbaende-aerztemangel-deutschland-spitzt.html, Abrufdatum 25.06.2011.

2.3 Soziale Fähigkeiten als Zugangskriterium für einen Studienplatz?

Ein weiteres Problem beim Auswahlverfahren besteht in der hohen Gewichtung der Abiturnote. Eine sehr gute Abiturnote bedeutet nicht automatisch, dass man später auch ein guter Arzt wird. Wichtige Fähigkeiten, die hierfür benötigt werden, sind nicht Teil des Gegenstandskataloges der allgemeinen Hochschulreife. Ein Abiturient, der beispielsweise einen 1,0 Abschluss erreicht hat und möglicherweise einen hohen IQ besitzt, jedoch eine gering ausgeprägte emotionale Intelligenz hat, ist in der Patientenversorgung nicht gut aufgehoben. Als Arzt ist es wichtig, sich in den Patienten hineinversetzen zu können und mit ihm empathisch zu interagieren. Diese essentielle Fähigkeit wird jedoch im Auswahlverfahren nicht garantiert. Auch der 1997 abgeschaffte und nun wieder eingeführte Medizinertest (TMS) beurteilt keine sozialen Aspekte. Nur einige wenige Universitäten führen im Rahmen der AdH Gespräche mit den Bewerbern, wobei sich die Frage stellt, inwieweit man nach einem kurzen Gespräch die soziale Kompetenz einer Person beurteilen kann.⁷ Viele Studenten merken so erst während des Studiums, dass Medizin nicht die richtige Wahl war. Dies könnte einer der Gründe sein, warum so viele Medizinabsolventen nicht Arzt werden, sondern einen alternativen Beruf ergreifen⁸.

Empfehlung

Um sowohl Befähigung als auch den Willen eines Abiturienten für die Ergreifung des Arztberufes zu testen, könnte der obligatorische dreimonatige Pflegedienst während der ersten beiden Studienjahre vor das Studium verlegt werden. Die zukünftigen Studenten hätten hier die Möglichkeit zu erkennen, ob der Arztberuf die richtige Wahl für sie ist. Zum anderen könnten sie von speziell geschultem Personal auf die Eignung für den späteren Beruf bewertet werden. Beispielsweise könnte der Umgang des Studenten mit dem Patienten beurteilt werden. Eine noch größere Sicherheit über den Berufswunsch und den Nachweis der Befähigung würde ein freiwilliges praktisches Jahr vor dem Studium gewährleisten. Dies könnte in der Inneren Medizin, Pädiatrie, Chirurgie, Gynäkologie oder Geriatrie mit maximal sechs Monaten Tätigkeit abgeleistet werden. Voraussetzung müsste eine Beurteilung durch erfahrene Ärzte im Krankenhaus und durch die jeweilige medizinische Fakultät sein. Zusammen mit der Abiturnote könnte dies die Grundlage für das Auswahlverfahren der Hochschulen stellen

⁷ Linda Tutmann: *Ärzte ohne Grenzen?*, 15.04.2010, Zeit online, <http://www.zeit.de/2010/16/C-Aerztmangel>, Abrufdatum 24.03.2011.

⁸ <http://www.tms-info.org/>, Abrufdatum 12.03.2011.

3. Struktur und Inhalt des Medizinstudiums

Die ärztliche Ausbildung und die Zulassung zum ärztlichen Beruf sind in der Bundesärztleordnung und der Approbationsordnung (ÄappO) für Ärzte festgeschrieben.

Demnach gliedert sich das Studium in:

- ein Hochschulstudium der Medizin von mindestens sechs Jahren, wobei das letzte Jahr des Studiums eine zusammenhängende praktische Ausbildung im Krankenhaus von achtundvierzig Wochen umfasst
- einen Erste-Hilfe-Kurs (8 Doppelstunden), den man zum Physikum (1.Staatsexamen) nachweisen muss
- ein Krankenpflegepraktikum von drei Monaten, welches ebenfalls für das Physikum erforderlich
- den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung nach vier Semestern (Physikum)
- eine sog. Famulatur von insgesamt vier Monaten Dauer – diese wird zwischen dem ersten und zweiten Staatsexamen in Form einer praktischen Tätigkeit in einem Krankenhaus oder in einer Arztpraxis absolviert
- den 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung nach dem Ende des Praktischen Jahres

Das Studium ist aufgeteilt in einen vorklinischen Teil von zwei Jahren und einen klinischen Teil von vier Jahren. Im vorklinischen Abschnitt werden neben der Anatomie hauptsächlich naturwissenschaftliche Grundlagen in Chemie, Biologie, Physik, Biochemie und Physiologie gelehrt. Ziel ist es, eine naturwissenschaftliche Basis zu legen, um die komplexen Inhalte der klinischen Fächer in den nachfolgenden Semestern nachvollziehen zu können. Nach bestandem Physikum gelangt man in den klinischen Abschnitt des Medizinstudiums, in welchem die klinischen Fächer (insg. 32) wie Innere Medizin, Chirurgie usw. gelehrt werden. Das letzte Jahr des klinischen Studiums findet ganztägig im Krankenhaus statt. Hier absolviert man drei Tertiale, eines in der Inneren Medizin, eines in der Chirurgie und ein sogenanntes Wahl-Tertial, in dem man die Fachrichtung frei wählen kann. Das Studium umfasst die theoretische und praktische Ausbildung. Die Approbationsordnung für Ärzte legt lediglich die Pflichtpraktika und Pflichtkurse sowie für den vorklinischen Teil des Studiums Pflichtseminare fest. Die übrigen Unterrichtsveranstaltungen, insbesondere Vorlesungen, werden von den Hochschulen bestimmt.

Seit dem 11.02.1999 ist es den Universitäten möglich, Modellstudiengänge einzurichten, die von diesen zwingend vorgeschriebenen Rahmenbedingungen abweichen. Den ersten Modellversuch hat die Charité Berlin ins Leben gerufen. Mittlerweile gibt es auch an der privaten Uni Witten/Herdecke, in Aachen, Heidelberg, Hannover, Oldenburg, Köln und Bochum einen Modellstudiengang.

In den folgenden Abschnitten werden die Probleme der Struktur und des Inhaltes des Medizinstudiums geschildert. Zu jedem Problem wird eine Empfehlung vorgeschlagen.

3.1 „Der Ausstiegs-Bachelor“

Das Medizinstudium stellt mit einer Dauer von über sechs Jahren einen der längsten Studiengänge in Deutschland dar. Doch lediglich das zweite Staatsexamen berechtigt die Absolventen als Arzt zu arbeiten. Das erste Staatsexamen hingegen wird von keinem Arbeitgeber anerkannt. Aus diesem Grunde steht man ohne Abschluss dar, wenn das Medizinstudium nicht komplett beendet wird.

Beim Bachelor-Master-System ist dies anders. Hier wird der nach drei Jahren erworbene Bachelor als vollwertiger Universitätsabschluss akzeptiert. Aufgrund der Aufteilung des Medizinstudiums in einen Vorklinik- und Klinik-Teil merken manche Studenten erst nach zwei bis drei Jahren, dass sie nicht den Arztberuf ergreifen wollen. Diese haben beim bisherigen System keine Möglichkeit, etwas anderes zu studieren, ohne die bisherigen Jahre zu „verlieren“. Stattdessen studieren die meisten einen der teuersten Studiengänge Deutschlands weiter, ergreifen am Ende jedoch einen anderen Beruf. Das Steuergeld ließe sich besser investieren: pro Jahr und Student kostet das Medizinstudium ca. 30.000 Euro (bei sechs Jahren Studium: 180.000 Euro), die durchschnittlichen Studienkosten bei anderen Fächern liegen pro Jahr und Student in Deutschland hingegen nur bei 7.200 Euro.⁹

Empfehlung

Die Einführung eines Bachelors für Medizin könnte einerseits die Anzahl der Studienabbrecher verringern und andererseits Studenten, die sowieso keinen Arztberuf ergreifen wollen, schon eher zum Umlenken bewegen¹⁰. Nach drei Jahren Studium, also schon absolvierten 1. Staatsexamen, könnte dieser Abschluss mit der Anfertigung einer Bachelorarbeit vergeben werden. Inwiefern dieser den Studenten schon direkt einen Berufseinstieg ermöglicht oder nicht, ist noch nicht entschieden.

Überdies wäre man in der Lage, zusätzlich zu diesem Bachelor noch einen Master anzufügen, beispielsweise in Public Health, Gesundheitsökonomie oder ähnlichem. Mit diesen Abschlüssen könnten die Absolventen an der Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung und Wirtschaft arbeiten und wären daher sowohl für die Pharmaindustrie als auch für die privaten Krankenhäuser sehr interessant.

Vorreiter in Deutschland hierfür ist die European Medical School Oldenburg-Groningen, welche ab dem Wintersemester 2011/2012 als erste deutsche Universität das Bachelor-Master-System für Medizin einführt. Das dreijährige Studium zum Bachelor of Science in Humanmedizin orientiert sich weitgehend an dem Studiengang der Universität Groningen (Niederlande). Studierende können mit diesem Abschluss in Unternehmen, Krankenkassen, Verbänden und anderen Instituten des Gesundheitswesens arbeiten, jedoch *nicht* in ärztlicher oder arztähnlicher Tätigkeit. Erst nach drei weiteren Jahren ist dies mit dem Abschluss des Masterstudiengangs Humanmedizin möglich.¹¹

⁹ http://de.wikipedia.org/wiki/Studium_der_Medizin, Abrufdatum 12.04.2011;

¹⁰ Linda Tutmann: *Ärzte ohne Grenzen?*, 15.04.2010, Zeit online, <http://www.zeit.de/2010/16/C-Aerztmangel>, Abrufdatum 24.03.2011.

¹¹ <http://www.presse.uni-oldenburg.de/uni-info/2009/2/hochschulpolitik.html#3>; Abrufdatum 12.05.2011

<https://www.e-fellows.net/show/detail.php/18313>, Abrufdatum 19.05.2011

http://de.wikipedia.org/wiki/Studium_der_Medizin, Abrufdatum 12.04.2011

3.2 Abwanderung der Absolventen ins Ausland und in andere Berufsfelder

Laut Kassenärztlicher Vereinigung ergreifen 40 Prozent der Absolventen keinen klassischen Arztberuf¹². Auch wenn diese Zahl offensichtlich zu hoch gegriffen ist, stellt dies ein Problem dar. Um den Ärztemangel in Deutschland zu beheben, ist es wichtig, dass die Medizinstudenten später tatsächlich als Arzt in Deutschland arbeiten. Was ist die Ursache, dass so viele Absolventen zum einen ins Ausland gehen und zum anderen in anderen Berufsfeldern arbeiten?

Verschiedene Faktoren sind hierfür verantwortlich (siehe hierzu auch Kapitel 4). Ein Hauptgrund ist, dass der Arztberuf immer unattraktiver wird. Die Arbeitszeiten sind lang, wohingegen das Gehalt im Vergleich zu anderen Berufen mit gleicher Verantwortung relativ gering ist. Unter den Arbeitszeiten leidet natürlich die Familienfreundlichkeit dieses Berufes – insbesondere wenn man berücksichtigt, dass mittlerweile mehr Frauen als Männer Medizin studieren. Im Jahr 2002 standen beispielsweise 4630 Medizinstudentinnen mit abgeschlossener ärztlicher Prüfung 4222 männlichen Absolventen gegenüber¹³. Andere Länder wie zum Beispiel die Schweiz oder Skandinavien locken deutsche Ärzte mit besseren Arbeitszeiten sowie höheren Einkommen. So ist es nicht verwunderlich, dass immer mehr Ärzte ins Ausland abwandern – ein volkswirtschaftliches Problem, wenn man die hohen Kosten bedenkt, die ein medizinischer Studienplatz produziert (siehe oben).

Auch andere Bereiche wie Pharmafirmen, Unternehmensberatungen oder Banken haben die Qualität gut ausgebildeter deutscher Ärzte für sich erkannt. Der Chef von Glodman Sachs Deutschland, einer der größten Investmentbanken weltweit, ist beispielsweise der frühere Arzt Alexander Dibelius¹⁴.

Empfehlung

Wie motiviert man Medizinabsolventen, den Arztberuf in Deutschland zu ergreifen?

Hierfür müssen die Arbeitsbedingungen deutlich verbessert werden, gerade unter dem Aspekt, dass es in Zukunft mehr Ärztinnen als Ärzte geben wird. Wie solche Maßnahmen aussehen können, ist dem Kapitel vier entnommen. Deutschen Krankenhäusern muss bewusst werden, dass sie mit ausländischen Krankenhäusern sowie der Wirtschaft um „ihre“ Absolventen konkurrieren. Auch durch das schon unter 2.1 aufgeführte vorgezogene Pflegepraktikum oder eine praktisches Jahr könnte die Zahl der „Fremdgeher“ verringert werden – denn hier werden nur solche Studenten selektioniert, die auch wirklich Arzt werden wollen. Alternativ könnte man, wie es in der Bundeswehr üblich ist, Mediziner verpflichten, eine bestimmte Zeit als Arzt in Deutschland zu arbeiten. So wäre es möglich, einen Teil der Studienplätze nur an diejenigen zu vergeben, die sich hierfür bereit erklären. Auch die finanzielle Unterstützung durch Stipendien kann in Betracht gezogen werden, um die Absolventen zum Beispiel für eine Tätigkeit in ländlichen Gebieten zu gewinnen.

¹² <http://www.kbv.de>, Abrufdatum 27.02.2011,

¹³ http://de.wikipedia.org/wiki/Studium_der_Medizin#Statistiken, Abrufdatum 12.04.2011.

¹⁴ Linda Tutmann: *Ärzte ohne Grenzen?*, 15.04.2010, Zeit online, <http://www.zeit.de/2010/16/C-Aerztemangel>, Abrufdatum 24.03.2011.

3.3 Praxisbezug in der Lehre

Trotz vieler Änderungen des Medizinstudiums innerhalb der letzten Jahre reißt die Kritik der Medizinstudenten und Dozenten nicht ab. Viel zu theoretisch, unflexibel und verschult sei das Studium, lautet eine häufig geäußerte Kritik. Vor allem die mangelnde Lehre der praktischen Tätigkeit sorgt bei vielen Absolventen für Überforderung, wenn sie beginnen, ihren Beruf auszuüben.

Doch warum wird in diesen Bereich während der Ausbildung nicht mehr investiert?

Ein Problem ist, dass in dem klinischen Teil des Medizinstudiums bis auf die Famulaturen und das PJ kaum noch Pflichtpraktika vorgeschrieben sind. Das heißt, die Universität kann selbst entscheiden ob, wo, wie und wann Praktika durchgeführt werden. Da die meisten medizinischen Praktika aufgrund der geringen Teilnehmerzahl (siehe oben) sehr teuer sind und die Universitäten unter enormen Kostendruck stehen, wird die Anzahl der Kurse meistens nur auf das Nötigste beschränkt.

Empfehlung

Um die praktischen Fertigkeiten zukünftiger Ärzte zu verbessern, sollen mehr Pflichtveranstaltungen, v.a. solche mit Patientenkontakt (z.B. Bedside-Training am Patienten o. Skill-Training) in Kleingruppen, durchgeführt werden. Als Vorbild könnten hier die amerikanischen Medical Schools dienen, in denen eine sehr enge Verzahnung von Studenten, Ärzten und Patienten stattfindet. Der Nachteil hierbei ist natürlich, dass das schon ohnehin teure Medizinstudium noch teurer werden würde.

Außerdem sind solche neuen Regelungen nicht einfach zu realisieren, denn die Zuständigkeiten sind verworren und die Interessen vielfältig.

Das Bundesgesundheitsministerium regelt mit der Approbationsordnung die Zulassung zum Arztberuf und gibt damit den entscheidenden Rahmen für das Studium vor. Die Bundesländer, welche für die Universitäten zuständig sind, haben ebenfalls entscheidenden Einfluss, denn sie tragen die Kosten für das Medizinstudium. Mitsprache haben darüber hinaus die 36 medizinischen Fakultäten und die Vertreter der Fachdisziplinen, die Ärztekammern und die Berufsverbände. Wer hier seine Interessen durchsetzen will, muss mit erheblichem Widerstand rechnen. Dies führt dazu, dass Reformen sehr lange Zeit benötigen, um in Kraft zu treten. Deswegen arbeiten seit kurzem die verschiedenen Gruppen unter der Führung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung und des Medizinischen Fakultätentages an einem Lernzielkatalog, der die Grundlage für künftige Reformen sein könnte.

Doch viele medizinische Fakultäten gehen mittlerweile ihren eigenen Weg und nutzen hierbei Schlupflöcher in der Approbationsordnung, die es ihnen ermöglicht, spezielle Modellstudiengänge einzurichten. In diesen soll meist das verwirklicht werden, was so oft kritisiert wird: „Der mangelnde Kontakt zum Patienten während des Medizinstudiums“.¹⁵

¹⁵ David Klaubert: Bologna durch die Hintertür, 02.07.2010, Frankfurter Allgemeine Zeitung, <http://www.faz.net/s/Rub1A09F6EF89FE4FD19B3755342A3F509A/Doc~E2F2646D87F474E65A3C2A311C754F219~ATpl~Ecommon~Scontent.html>, Abrufdatum 13.05.2011.

3.4. Neustrukturierung des Gegenstandskatalogs

Ein weiteres inhaltliches Problem des Medizinstudiums besteht in der hohen Anzahl an Fächern, die in der Klinik absolviert werden müssen. Insgesamt existieren 32 verschiedene Klinische Fächer, die sich des Öfteren inhaltlich überschneiden. Ein Beispiel hierfür stellt das Fach „Immunologie“ dar, welches sowohl in dem Fach „Pathologie“, „Mikrobiologie“ als auch „Innere Medizin“ gelehrt wird. So werden momentan bestimmte Gebiete mehrfach gelehrt, andere hingegen kommen zu kurz. Vor allem die großen und wichtigen Disziplinen wie „Innere Medizin“ und „Chirurgie“ werden aufgrund der Vielzahl der anderen Fächer vernachlässigt. Jedoch sind es gerade diese Fächer, die den Grundstock einer soliden klinischen Ausbildung legen.

Empfehlung

Um eine bessere Fokussierung auf die wesentlichen Fächer zu gewährleisten, könnte man den Gegenstandskatalog der Klinik reduzieren. Hier wäre es sinnvoll, je nach Gebiet einzelne Fächer zusammen zu legen, um eine Dopplung des Stoffes zu vermeiden. So könnte man zum Beispiel das Fach „Immunologie“ streichen, dieses jedoch im Fach „Mikrobiologie“ etwas genauer lehren als bisher. Sowohl die Studenten als auch die Universitäten würden hierdurch entlastet werden. Die Studenten könnten sich besser auf die großen Fächer konzentrieren und die Universitäten würden Geld sparen.

3.5 Motivation und Schulung der Lehrenden

Um eine gute Ausbildung zu gewährleisten, ist es neben den Strukturen und Inhalten wichtig, dass die Lehrenden zum einen gut ausgebildet sind und zum anderen auch Zeit für die Lehre haben. In dem klinischen Abschnitt des Medizinstudiums werden die Studenten zum großen Teil von vollberufstätigen Universitätsärzten unterrichtet. Diese sind also neben ihrer Tätigkeit als Arzt und in der Forschung auch noch für die Lehre mit verantwortlich, was eine extreme Arbeitsbelastung darstellt. Wer eine Universitätskarriere anstrebt, fokussiert sich in der Regel auf die Tätigkeiten als Arzt und auf die Forschung, weil es die Kriterien sind, die die Karriere voranbringen. Die Gefahr besteht deshalb, dass die Lehre vernachlässigt wird. Des Weiteren werden die Ärzte in der Regel für die Lehre nicht speziell geschult.

Empfehlung

Damit Ärzte auch einen ihrer Schwerpunkte auf die Lehre setzen, ist es notwendig, dieser mehr Beachtung zu schenken. Engagement in der Lehre sollte belohnt werden. Ein regelmäßig in der Medizinischen Fakultät verliehener Preis für die beste Lehre würde vielleicht einen Anreiz bedeuten. Dies ist schon in anderen Studienfächern wie der Physik üblich.

Des Weiteren könnte man gerade im Hinblick auf die Karriereförderung von Ärzten gute Lehre mehr honorieren, indem man dieser zum Beispiel beim Habilitationsverfahren eine höhere Gewichtung zukommen lässt.

Gleichzeitig sollten die Lehrenden fachlich unterstützt werden, um überall gleiche Bildungsstandards und somit gleiche Bewertungsgrundlagen zu etablieren. Nicht jede

Fakultät führt eine didaktische Schulung der Lehrenden durch, in der beispielsweise der sinnvolle Aufbau einer Powerpointpräsentation vermittelt wird. Vorlesungen, die rhetorisch unbefriedigend sind und deren Inhalte zu wenig auf Prüfungen und Praxis ausgerichtet werden, führen zu leeren Hörsälen.

Die Dozenten sollten des Weiteren die Kommentare der Studenten zu ihren Lehrveranstaltungen lesen müssen. Zudem muss auch die Verantwortung der Studenten geschult werden, konstruktiv zu evaluieren. Nur wenn beide Seiten zusammen arbeiten, ist eine Verbesserung der Lehre möglich.

Kapitel 4: Die Arbeitssituation von Ärzten in Kliniken und Praxen

Béatrice Bieber

1. Einleitung	61
2. Die Arbeitssituation von Ärzten in Praxen	61
3. Die Arbeitssituation von Ärzten in Universitätskliniken und Krankenhäusern 64	
3.1 Die Finanzstruktur eines Krankenhauses.....	64
3.2 Der Konflikt von Wirtschaftlichkeit und ärztlicher Berufsethik	67
3.3 Die Koordination der Stationsarbeit von Ärzten und Pflegern.....	68
3.4 Das räumliche Arbeitsumfeld	71
3.5 Die Forschung.....	73
3.6 Frauen im Arztberuf	74
3.7 Die Führungskräfte: Chefärzte und Oberärzte.....	75
4. Zunehmende Bürokratisierung	77
5. Vergütung	78

1. Einleitung

In Deutschland gibt es 2.083 Krankenhäuser, davon sind 1.781 allgemeine Krankenhäuser ¹.
Zugleich gibt es 88.722 Praxen ². Es arbeiten in Deutschland 333.600 Ärzte (2010), davon
163.000 stationär, 141.000 ambulant, 9.700 in Behörden oder Körperschaften und 18.800 in
anderen Bereichen.

Knapp 3241 Ärzte haben Deutschland 2010 verlassen, um im Ausland zu arbeiten. Zugleich
arbeiten 25.316 Ärzte aus dem Ausland in Deutschland.³

Die Gründe auszuwandern gleichen denen, aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit
auszusteigen. So wird maßgeblich angegeben: ⁴

1. eine als nicht leistungsgerecht empfundene Entlohnung;
2. die zeitliche Belastung und die damit einhergehende mangelnde Vereinbarkeit des
Berufs mit Familie und Freizeit;
3. die zunehmende bürokratische Belastung der ärztlichen Tätigkeit. ⁴

Die Ursachen für diese Angaben sollen im Folgenden näher erläutert werden. Hausärzte,
Assistenzärzte und Fachärzte in der Praxis, in Krankenhäusern und in Universitätskliniken
sind Teil des Gesundheitssystems. Sie arbeiten unter unterschiedlichen Arbeitsbedingungen.
Es lassen sich aber Gemeinsamkeiten an allen Arbeitsplätzen feststellen, die zentrale
Probleme im deutschen Gesundheitswesen aufzeigen.

Zur Vereinfachung wird im Text vom Berufsbild des Arztes im Maskulinum gesprochen, die
Bezeichnung bezieht sich aber auch auf weibliche Ärzte.

2. Die Arbeitssituation von Ärzten in Praxen

In Deutschland gibt es niedergelassene Fachärzte aller Disziplinen und niedergelassene
Hausärzte, die ausgebildete Fachärzte für Allgemein- oder Inneren Medizin sind. Vor allem
ihre Arbeitssituation soll dargestellt werden.

Für Praxisinhaber besteht die Möglichkeit, Praxisöffnungszeiten selbst festzulegen und damit
die zeitliche Belastung flexibel zu gestalten. Selbst feste Öffnungszeiten aber garantieren
nicht, dass sie eingehalten werden, denn Notfälle werden zu jeder Zeit behandelt. Von einigen
Hausärzten wird die Regelung der Nachtdienste als belastend empfunden.

Meist arbeitet ein Hausarzt fünf Tage die Woche täglich acht bis zwölf Stunden in der Praxis,
um die Patientenversorgung zu gewährleisten. Zusätzlich besteht die Pflicht zum
Bereitschaftsdienst an Wochenenden. In großen Städten gibt es von mehreren Praxen

¹ Statistisches Bundesamt (Hrsg.): *Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser 2008*, Fachserie 12,
Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2009, S. 36, http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=13568&p_sprache=,
Abrufdatum 21.02.2011.

² Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): *Praxen/ MVZ*, 28.10.2010, <http://www.kbv.de/service/24853.html>,
Abrufdatum 21.02.2011.

³ Arztentwicklung. Immer mehr Frauen wenden sich der Medizin zu., *Deutsches Ärzteblatt* 108 (2010), S. 909.

⁴ Thomas Kopetsch: *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!*: Studie zur Altersstruktur- und
Arztzahlenentwicklung, Berlin 2010, 126.

gemeinsam organisierte Nachtdienste, sodass ein Arzt nicht an allen Wochenenden Bereitschaftsdienst leisten muss.

Auf dem Land mit geringer Ärztedichte ist dieses Modell nicht immer umsetzbar, weshalb sich für einen Hausarzt eine dauerhafte Arbeitsbelastung an Wochenenden ergibt.

Man kann einwenden, der Arzt könne weniger Präsenztage einführen. In einer Großstadt mit guter ärztlicher Versorgung ist dieser Einwand berechtigt, da der Patient notfalls einen anderen Arzt aufsuchen kann. Auf dem Land aber, wo zu wenige Ärzte tätig sind, ist dies anders. Hier gibt es nicht immer einen organisierten Bereitschaftsdienst, sodass der Hausarzt oder sein Vertreter rund um die Uhr als Ansprechpartner erreichbar sein muss, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Daraus folgen eine langfristig reguläre Arbeitszeit von bis zu zwölf Stunden und eine Erreichbarkeit über 24 Stunden, was für die Motivation eines Arztes nicht förderlich erscheint.

Der Arzt selbst wird unzufrieden, die Motivation der Medizinstudenten, einen Hausarztberuf zu ergreifen, ist angesichts dieser Situation gering. In der Folge lassen sich immer weniger Ärzte auf dem Land nieder und die Situation für die dort arbeitenden Ärzte verschlechtert sich weiter.

Die Familie oder Freunde finden in einem solchen Zeitrahmen nur wenig Platz.

In unserer Gesellschaft, in der die Work-Life-Balance ein wichtiges Thema ist, möchte auch der Arzt Freunde sehen, Sport treiben und sich selbst gesund halten, um gegenüber seinen Patienten wohlwollend und freundlich auftreten zu können.

Neben der Herausforderung der Nachtdienste und erhöhten Erreichbarkeit existiert ferner ein Vergütungsproblem.

Die Abrechnung von zur ambulanten Leistungserbringung ermächtigten Einrichtungen bzw. von niedergelassenen Ärzten erfolgt nach den Grundsätzen der vertragsärztlichen Vergütung über die Abrechnung von Gebühren gemäß den einheitlichen Bewertungsmaßstäben gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (Abrechnung von Scheinen). Der Wert eines Scheines für einen Patienten pro Quartal darf nicht überschritten werden, da der Arzt für jede zusätzliche, den Betrag des Scheines übersteigende Leistung kein Geld bekommt. Ist eine teure Medikation aber dringend indiziert, so muss der Arzt dies entweder aus Rücklagen zahlen oder aber durch Einnahmen bei der Behandlung von Privatpatienten querfinanzieren. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass niedergelassene Fachärzte oft für eine Leistung weniger Geld erhalten als ein Hausarzt, der nicht speziell für das entsprechende Fach ausgebildet ist.

Hier sei das Beispiel der Behandlung der Schuppenflechte genannt, bei der ein niedergelassener Dermatologe 10,47 Euro pro Schein bekommt, ein Hausarzt aber, obwohl dieser nicht unbedingt die Fortbildungen der Dermatologen besucht, ca. 40 Euro.^{5,6}

Nicht nur die Behandlung von kostenintensiven Krankheiten wie der Schuppenflechte, sondern generell die Behandlung der alternden Bevölkerung stellt eine Herausforderung an

⁵ Die hier genannten Beträge beziehen sich auf die Angaben von Professor Dr. Prinz, Oberarzt in der Klinik für Dermatologie der LMU München und Dr. Reiff, emeritierter Hausarzt in Fürstfeldbruck.

Anzumerken ist, dass die Auskunftsbereitschaft der Kassenärztlichen Vereinigung in diesem Falle gering war. Auf die Anfrage an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, wie hoch der tatsächliche Scheinwert derzeit sei, erhielt man als Auskunft, dass hierfür Zahlen benötigt würden, die nur Mitgliedern der KVB zur Verfügung stünden.

Email von Severin Baum, Berater CoC Mitgliederservice und Beratung vom 01.03.2011.

⁶ Stephan Sohn et al.: Cost of Moderate to Severe Plaque Psoriasis in Germany: A Multicenter Cost-of-Illness Study, *Dermatology* 212 (2006), 37-144.

das Gesundheitssystem dar. Nur sehr langsam werden die Konsequenzen aus dieser Entwicklung gezogen und das Gesundheitssystem an die neue Entwicklung angepasst. Für die Pflege der älter werdenden Gesellschaft ist es wichtig, eine gute flächendeckende regionale Versorgung in der Nähe des Patienten zu ermöglichen.

Empfehlung

Der Hausarzt bildet hier die ideale Schnittstelle, weshalb das Berufsbild des Hausarztes deutlich gestärkt werden sollte.

Eine wichtige Maßnahme für diese Stärkung ist, das Fach Allgemeinmedizin in die Lehre einzubauen, wie es seit kurzem getan wird. Der Student erhält mehr Informationen zum Berufsfeld des Hausarztes und wird bei guter Lehre dazu motiviert, in diesem Gebiet zu arbeiten.

Grundlegend aber für die Entscheidung des Studenten für den Hausarztberuf ist die Attraktivität des Berufsbildes.

Als Erstes muss deshalb die oben beschriebene Problematik von immer weniger Hausärzten, die zudem über ihre Situation klagen, unterbunden werden.

Derzeitige Hausärzte müssen zufriedener sein, um nachfolgende Studenten zu motivieren.

Dazu kann ein finanzieller Anreiz für bestehende und angehende Hausärzte geschaffen werden. Dies sollte nicht in Form von Willkommensprämien in strukturschwachen Gebieten geschehen, die einen Einmaleffekt erzeugen. Eher ist z.B. an monetäre Zusatzleistungen zum Einkommen zu denken und demnach an Maßnahmen, die eine langfristige Wirkung haben.

Zusätzlich ist es entscheidend, die derzeit schlechte Arbeitssituation weiter zu verbessern.

Dazu sollte eine Vernetzung der Hausärzte in Gebieten mit geringer Ärztezahl stattfinden, die von den örtlichen Krankenhäusern unterstützt wird. Der hohen Zahl von Wochenenddiensten könnte dadurch vorgebeugt werden, indem Dienstpläne derart koordiniert werden, dass Ärzte aus dem Krankenhaus Hausärzte bei Nachtdiensten entlasten können.

Da Ärzte in den vorhandenen Krankenhäusern aber selbst für viele Nachtdienste eingeteilt sind, sollte man Anreize schaffen, dass Nachtdienste übernommen werden. Hier ist z.B. die Möglichkeit sehr wichtig, Freizeitausgleich nehmen zu können. Häufig nämlich werden Überstunden ausbezahlt, die Möglichkeit eines Freizeitausgleichs aber besteht nicht.

Bei diesem Problem sind nicht nur die Krankenversicherungen gefragt, sondern das Engagement der Kommunen ist wichtiger denn je. Kreativität ist im Einzelfall nötig, da nicht erwartet werden kann, dass jede Kommune wegen eines Ärztemangels zur Steigerung ihrer Attraktivität Schulen baut, öffentliche Verkehrsmittel einsetzt, Einkaufszentren entstehen lässt etc. Wohl aber können z.B. ein Schulbus zur nächsten weiterführenden Schule von der Kommune organisiert, kostenloses Bauland zur Verfügung gestellt oder Mieten für Praxen erlassen und Praxen kostenlos eingerichtet werden. Damit kann ein finanzieller Anreiz geschaffen werden, der die ökonomische Belastung der Selbstständigkeit senkt und die Niederlassung in strukturschwachen Gebieten attraktiv macht. Die Haushalte der Kommunen lassen oft keinen großen Spielraum für solche Anreize, allerdings sollte bedacht werden, dass die Attraktivität einer Kommune mit einer guten gesundheitlichen Versorgung steigt und damit wieder zu erhöhten Steuereinnahmen führt.

Für Praxen sollte der Wert der Krankenscheine erneut überdacht werden. Es erscheint medizinisch nicht nachvollziehbar, dass ein Experte in einem Fach (Facharzt) für eine Behandlung weniger erhält als ein nicht spezialisierter Hausarzt.

Des Weiteren stellt sich die Frage nach der Relevanz einer sog. „doppelten Facharztschiene“, also einer Differenzierung zwischen Fachärzten in Krankenhäusern und in niedergelassenen Praxen. Unter der Voraussetzung, dass die Gesellschaft weiterhin niedergelassene Fachärzte wünscht, wäre hier ein ausgeglichene Vergütung oder eine DRG-Abrechnung (diagnosis-related groups, siehe unten) für den ambulanten Betrieb vorstellbar.

Ist dies nicht der Wunsch der Gesellschaft und ließe sich die Versorgung bei gleicher Qualität der medizinischen Betreuung ohne niedergelassene Fachärzte realisieren, sollte dieser Wunsch klar artikuliert und konsequent umgesetzt werden, nicht aber durch ein langsames Absterben der Praxen auf Grund der nicht nachvollziehbaren Scheinvergütung.

3. Die Arbeitssituation von Ärzten in Universitätskliniken und Krankenhäusern

Man unterscheidet zwischen Universitätskliniken und nichtuniversitären Krankenhäusern. Letztere umfassen Krankenhäuser in kommunaler, kirchlicher oder privater Trägerschaft. Es gibt eine große Bandbreite von Krankenhausformen, die unterschiedliche Arbeitsbedingungen bieten.

Universitätskliniken beeinflussen die berufliche Orientierung von angehenden Ärzten stark. Aus diesem Grund soll hier besonders auf sie eingegangen werden, nachdem zuerst auf die grundlegende Finanzstruktur eines Krankenhauses als Rahmenbedingung der Arbeitsverhältnisse eingegangen worden ist. Die Aussagen zur Arbeit auf Station treffen aber nicht nur auf Universitätskliniken, sondern auch auf Krankenhäuser zu.

3.1 Die Finanzstruktur eines Krankenhauses

Ein Krankenhaus finanziert sich hauptsächlich durch seine stationären Patienten. Bis 2002 bekam eine Klinik für die Versorgung von Patienten einen festen Tagessatz.

Man stellte aber fest, dass auf Grund dieser Finanzierungsstruktur in Deutschland die durchschnittliche Liegezeit pro Patient wesentlich länger war als in anderen Staaten. Die akutstationäre Verweildauer lag in Deutschland 2002 bei 9,2 Tagen, in Dänemark aber bei nur 5,7 Tagen.⁷ Zudem gab es keinen Anreiz zu einem Wettbewerb unter den Krankenhäusern.

2002 entschied man sich deshalb zur Einführung der diagnosis-related groups (DRGs).

DRG-Fallpauschalensysteme fassen eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen zu einer überschaubaren, aber dennoch umfangreichen Anzahl von Abrechnungspositionen mit vergleichbarem Aufwand zusammen.

Es gibt Diagnosen- sowie Operations- bzw. Prozedurenschlüssel, die die Zuordnung eines medizinischen Falles zu einer Abrechnungsposition möglich machen. Um die Individualität eines einzelnen Patienten darstellen zu können, werden weitere Kriterien wie Alter, Geschlecht etc. hinzugezogen.

⁷ Statistisches Bundesamt (Hrsg.): *Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen*, Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 6.1, Wiesbaden 2003, Tabelle 1. <http://www.dkgev.de/pdf/738.pdf>, Abrufdatum 21.02.2011; OECD Health Data 2004, 1st ed.

Die Einführung der Fallpauschalen führte zu einer kürzeren Verweildauer in deutschen Krankenhäusern, da die Pauschalen in einer Konvergenzphase bis 2009 rationiert wurden. Um Krankenhäuser in ihrer Wirtschaftlichkeit miteinander zu vergleichen, gibt es Basisfallwerte. Das Wirtschaftslexikon24.net gibt für den Basisfallwert folgende Definition an:

„Begriff im Rahmen von DRG- oder Fallpauschalen-Vergütungssystemen, der die preisliche Bewertung eines durchschnittlichen DRG-Falles mit dem Schweregrad 1,0 angibt. Er wird ermittelt, in dem das Krankenhausbudget durch das durch den Casemix ausgedrückte Leistungsvolumen des betreffenden Krankenhauses geteilt wird. Er stellt damit faktisch den Preis für eine standardisierte Leistung (Leistung mit dem Schweregrad 1,0) des Krankenhauses dar. Der krankenhausesindividuelle Basisfallwert gibt im Vergleich zum Basisfallwert anderer Krankenhäuser oder auch zum landesweiten Basisfallwert die relative Position des Krankenhauses wieder, denn er drückt in einer einzigen Zahl aus, wie wirtschaftlich das betreffende Haus im Vergleich zu anderen Häusern arbeitet [...].“⁸

Jede Klinik weist einen individuellen Basisfallwert auf, ein Bundesland hat einen Landesbasisfallwert. In der Konvergenzphase wurden die Krankenhausfallwerte denen des Landesbasisfallwertes gleichgeschaltet, um eine einheitliche Bewertungsgrundlage für die DRGs zu bilden. Je nachdem, ob das einzelne Krankenhaus einen individuellen Basisfallwert größer oder kleiner als der Landesbasisfallwert hatte, war es Konvergenzverlierer bzw. –gewinner. Professor Dr. Weber, Direktor der Medizinischen Klinik I der Stadt Köln und Inhaber des Lehrstuhls für Innere Medizin II der Universität Witten-Herdecke, erläutert dies wie folgt:

„Für ein Krankenhaus der Maximalversorgung, wie das in Köln, bedeutet dies, dass der Basisfallwert von etwa 3.400 Euro in 2002 bis 2009 auf 2.646 Euro pro Fall zurückgefahren werden soll, was einer Ertragseinbuße von 22 % gleichkommt. Ein Krankenhaus mit einem Umsatz von 100 Mio. Euro erhält somit zukünftig bei gleichbleibender Patientenzahl nur noch 78 Mio. Euro.“⁹

Die zwischenzeitlich erhöhte Umsatzsteuer, Lohnsteigerungen und Preiserhöhungen werden dabei nicht adäquat berücksichtigt. Dies führt zu einer schwierigen finanziellen Situation der Krankenhäuser und zum Zwang, kostendeckende Arbeitsmethoden einzuführen. Eine Möglichkeit einer kostendeckenden Arbeitsmethode besteht in der Umsatzsteigerung pro Bett durch frühzeitige Patientenentlassung, was die verkürzten Liegezeiten nach der DRG-Einführung erklärt.

Diese Situation trifft sowohl auf Unikliniken wie nichtuniversitäre Krankenhäuser zu.

Die finanzielle Struktur der Universitätskliniken aber ist komplexer und führt deshalb zu weiteren Problemen.

Eine Universitätsklinik bezieht ihre Einnahmen aus vier wesentlichen Quellen: erstens aus der Abrechnung der DRGs für stationäre Patienten sowie zweitens aus der Abrechnung der ambulanten Fälle im Rahmen ihres Hochschulambulanzvertrages. Die Kliniken erhalten hier Vergütungspauschalen je Fall pro Quartal, deren Höhe sowie Gesamtvergütung mit den Krankenkassen vereinbart wird. Die Abrechnung eines ambulanten Patientenfalles bzw.

⁸ Wirtschaftslexikon24.net, „Basisfallwert“. <http://www.wirtschaftslexikon24.net/d/basisfallwert/basisfallwert.htm>, Abrufdatum 09.07.2011.

⁹ Manfred Weber: *Innere Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb*, in: Volker Schumpelick, Bernard Vogel *Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Probleme, Trends und Perspektiven*, Freiburg im Breisgau 2008, Herder Verlag, 236.

„Scheins“ in einer Universitätsklinik hat demnach eine andere Berechnungsgrundlage als der Schein bei nichtuniversitären Krankenhäusern oder niedergelassenen Ärzten. Drittens erhalten Universitätskrankenhäuser zur Erfüllung ihres Auftrages zu Lehre und Forschung (neben der Krankenversorgung) aus dem Landeshaushalt einen staatlichen Zuschuss. Darüber hinaus erhält eine Universitätsklinik (wie alle im Landeskrankenhausplan aufgenommenen Häuser) einen Landeszuschuss für Investitionskostenförderung sowie für Ersatz- und Instandhaltungsaufwendungen. Zusätzlich können Universitätskliniken Drittmittelgelder für Forschungsprojekte von der öffentlichen Hand (z.B. Deutsche Forschungsgemeinschaft, Bundesministerium für Forschung und Technologie, Europäische Union) sowie von Unternehmen im Rahmen von Auftragsforschung einwerben.

Ein Universitätsklinikum verhandelt jedes Jahr mit den Krankenkassen über die Vergütung von stationären Fällen. Die Verhandlung über die Vergütung der ambulanten Fälle findet nicht jedes Jahr statt, da die Laufzeit der Ambulanzverträge meist länger als ein Jahr dauert.

Jedes Klinikum weist eine eigene Kostenstruktur und zugleich besondere angebotene Leistungen auf, z.B. besondere Operationen mit der neuesten Technik oder eine umfassende Palliativmedizin. Dies sind teure und sachkostenintensive Leistungen, die zumeist nicht im DRG-System erfasst werden können. Somit muss mit den Krankenkassen über ihre Vergütung gesondert verhandelt werden.

Von dieser Kostenstruktur und den Budgetverhandlungen hängt ab, ob ein Klinikum kostendeckend arbeitet. Werden mehr Patienten versorgt, als ursprünglich mit den Kassen ausgehandelt wurde, so zahlt das Klinikum in einem Mehrerlösausgleich derzeit 65 % der zusätzlich eingenommenen Summe an die Kassen zurück. Werden weniger Patienten behandelt und damit weniger Erlöse erwirtschaftet, gleichen die Kassen in einem Mindererlösausgleich 20 % der Differenz zwischen ursprünglich vereinbarter Summe und tatsächlicher abgerechneter Summe an das Klinikum aus.

Diese engen Grenzen erfordern eine sehr gute Planung und Einhaltung des Budgets in allen Kliniken. Regelmäßig überprüft die Verwaltung eines Klinikums deshalb die Wirtschaftlichkeit eines Klinikums. Wirtschaftet sie gut, so entscheidet an einigen Standorten der Klinikvorstand, ob eine Klinikleitung einen erwirtschafteten Gewinn selbst für Ausgaben wie z.B. Personaleinstellung, Gebäudesanierung etc. verwenden darf. Der Klinikvorstand setzt sich aus dem ärztlichen Direktor, dem Dekan der Medizinischen Fakultät, dem kaufmännischen Direktor und der Pflegedienstleitung (Pflegedirektor) zusammen.

Wenn der Vorstand vorsieht, dass über die Verwendung der erzielten Gewinne zentral entschieden wird und die einzelnen Kliniken keine Möglichkeit haben, selbst über diese zu verfügen, kann bei den Klinikdirektoren eine große Unzufriedenheit entstehen, die sich auf das Arbeitsklima einer Klinik negativ auswirken kann. Erzielt eine Klinik einen Verlust, hat dies weitreichende Konsequenzen, da häufig keine neuen Stellen bewilligt werden können.

Wie aber kann ein Krankenhaus mit weniger Personal mehr leisten?

Dazu gibt es zwei Möglichkeiten:

a) Die Ärzte machen Überstunden und lange Dienste, die eigentlich laut Arbeitszeitgesetz nicht erlaubt sind. Bei einer Umfrage der Bundes- und Landesärztekammer wurden deutschlandweit 30.000 Ärzte in fachärztlicher Weiterbildung dazu befragt. 91,5 % der Ärzte gaben an, dass Überstunden und Mehrarbeit anfallen, die in 13,9 % gar nicht dokumentiert

und in 16,3 % weder durch Freizeit noch durch Bezahlung ausgeglichen werden. Darüber hinaus üben 80 % der Ärzte in Weiterbildung Bereitschaftsdienste aus, wobei fast 30 % nie oder sehr selten die Ruhezeiten gemäß Arbeitszeitgesetz (ArbZG) einhalten können. Dies ist lediglich bei 7,7 % der Ärzte immer gewährleistet. Auch müssen 83,7 % nach Beendigung ihres Bereitschaftsdienstes weiterarbeiten und einer regulären Tätigkeit nachgehen.¹⁰

b) Da die Wissenschaftler in einer Klinik meistens Ärzte sind, ergibt sich die Möglichkeit für die Klinikleitung, Personal mit Drittmitteln zu bezahlen. Dies ist jedoch nicht erwünscht, da so Forschungsgelder zweckfremd verwendet werden. Zudem werden häufig vor allem junge Ärzte mit großem Forschungswillen und damit der Möglichkeit der Drittmittelinwerbung eingestellt, aber nicht unbedingt immer gute Kliniker.

3.2 Der Konflikt von Wirtschaftlichkeit und ärztlicher Berufsethik

Aus den oben dargestellten Verhältnissen ergeben sich im Arbeitsalltag eines Arztes folgende Herausforderungen:

Die verkürzten Liegezeiten und die DRG-Abrechnung sind gerade bei immer älter werdenden Patienten nicht ausnahmslos vorteilhaft. Die Patienten brauchen oft mehr Zeit, um nach Operationen mobil zu werden. Die DRG-Abrechnung erlauben dies nur teilweise, sodass der Arzt vor dem Problem steht, einerseits positiv zu wirtschaften und andererseits die bestmögliche Versorgung des Patienten zu erreichen. Der Auftrag zum Heilen und der Auftrag zur Wirtschaftlichkeit können sich widersprechen, was zu einem Motivationsverlust bei Ärzten führen kann.

Professor Weber bemerkt dazu:

„Die ärztliche Berufsethik ist [...] patientenbezogen und individuell. Ökonomische Überlegungen sind bei der Arzt-Patienten-Beziehung weitgehend ausgeklammert, gewissermaßen tabuisiert. [...] So trifft die Verweigerung ärztlicher Leistungen oder auch nur der Hinweis auf die Notwendigkeit des Sparens weitgehend auf Unverständnis und Ablehnung. Jeder Kranke definiert seine persönliche Gesundheit als höchstes Gut. Einschränkungen in Diagnostik oder Therapie kommen einem Tabubruch gleich.“¹¹

Um kostendeckend mit wenig Personal zu arbeiten, werden Überstunden gemacht. Nach Einführung des Arbeitszeitgesetzes darf ein Arzt aber nicht mehr als durchschnittlich acht Stunden pro Tag arbeiten. Ausnahmen dürfen nur dann gemacht werden, wenn der Arzt einen Tarifvertrag unterschreibt, der ihn von dieser Regelung befreit. Die in Deutschland sehr streng kontrollierte Einhaltung des ArbZG hat jedoch nicht nur positive Seiten. Die wird vor allem in der Forschung ersichtlich.

¹⁰ Franz-Joseph Bartmann, Vortrag auf dem 113. Deutschen Ärztetag in Dresden, 11-4. Mai 2010, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.7962.8198.8257&all=true>, Abrufdatum 13.03.2011.

¹¹ Manfred Weber: Innere Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb, in Volker Schumpelick, Bernard Vogel (Hrsg.), *Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Probleme, Trends und Perspektiven*. Freiburg im Breisgau 2008, Herder Verlag, 234.

Empfehlung

Das Gesundheitswesen in Deutschland wird langfristig zu wenig Geld für immer mehr, durch den Fortschritt der Medizintechnik ermöglichte, Behandlungen haben.

Es sollte aber nicht dem Arzt überlassen bleiben, dieses Problem lösen zu müssen. Ärzte geraten in einen ethischen Konflikt, wenn sie sich beispielsweise für ein billigeres aber schlechteres Medikament entscheiden müssen, weil die Krankenkasse kein anderes zahlt. Einsparungen sollten nicht primär in der medizinisch indizierten Versorgung getätigt werden, sondern müssen auf alle Bereiche des Gesundheitssystems verteilt werden.

Gute Versorgung, die kostendeckend ist, sollte das Ziel sein. Wesentlich ist, dass man qualitätsorientiert und effizient arbeitet und damit Geld spart.

Betrachtet man beispielsweise die durchschnittliche Liegezeit, so fällt Folgendes auf: Es gibt Fälle, in denen ein Patient auf Grund einer medizinischen Indikation länger stationär behandelt wird. Es gibt aber vermeidbare Fälle von längerer Liegezeit, die auf schlechte Organisation zurückzuführen sind. Ist absehbar, dass ein Patient bei Entlassung zu Hause ein Pflegebett benötigt, dann sollte dies so früh wie möglich organisiert werden. Damit werden eine längere Liegezeit und höhere Kosten auf Grund eines fehlenden Pflegebetts vermieden. Schafft man bei den Ärzten ein Bewusstsein für die frühzeitige Organisation der Entlassung, hilft das den Patienten, den Angehörigen und am Ende den Kliniken. Es gilt hier klarzustellen, dass es sich bei einer guten und frühzeitigen Entlassplanung nicht um eine Geringschätzung des Patienten handelt.

Zugleich wird die Gesellschaft in Deutschland über eine Priorisierung und damit Rationierung von Leistungen öffentlich diskutieren müssen, um das bereits bestehende ethische Problem von Leistungskürzungen anzugehen. Darauf wird näher im Kapitel Patient und Gesellschaft eingegangen.

Die Alternative zur Priorisierung besteht darin, dem System insgesamt mehr Geld zur Verfügung zu stellen. Immer wieder wird die Einführung des DRG-System bemängelt. Generell aber ist festzustellen, dass zur Kosteneinsparung kein anderer Weg möglich ist. Zudem liegt der Vorteil des Systems in seiner Lernfähigkeit. Gibt es neue Behandlungsmethoden, können diese ins System aufgenommen werden.

Allerdings gibt es DRGs, die nicht kostendeckend angelegt sind. Diese sollte man überarbeiten und die Vergütung steigern. Selbst wenn diese nicht 100% der Kosten erreicht, wäre es bereits ein Fortschritt, wenn die Diskrepanz zwischen Ausgaben und Einnahmen reduziert würde. Damit würde der Kostendruck verringert werden und die Arbeitsatmosphäre der Ärzte wäre weniger angespannt.

3.3 Die Koordination der Stationsarbeit von Ärzten und Pflegern

Betrachtet man als angehender Mediziner den Arbeitsalltag auf den Stationen von Krankenhäusern, fällt eine große Hektik und häufig Unkoordiniertheit auf.

Zwar gibt es meist einen Zeitplan, der den Tag bei Ärzten wie auch beim Pflegepersonal gliedert. Bei den Ärzten sind die Morgenbesprechungen, Visiten, Blutabnahmen, Untersuchungen, Neuaufnahmen, Medikamentenanordnungen und die Korrespondenz zeitliche Bausteine der Tagesplanung. Bei Pflegern gilt dies für ihre Schichtdienste mit

Übergaben, Medikamentenausteilung, Verbandswechsel und Aufnahmen von neuen Patienten und Untersuchungsvorbereitungen.

Ein optimales Ineinandergreifen von Behandlung und Pflege bleibt aber häufig aus, da der Arbeitsablauf von Ärzten und Pflegern nicht koordiniert wird.

Ein wichtiger Zeitpunkt im Tagesverlauf der Pflege stellt die Patientenübergabe zur Mittagszeit an die Pfleger der folgenden Dienstschrift dar. Hier werden Auffälligkeiten, Wünsche, Nöte und Behandlungsänderungen von Patienten besprochen.

Die Übergabe fällt meist in die Mittagszeit, in der die Ärzte beispielweise mit Untersuchungen, Visiten oder Briefeschreiben befasst sind. Es ist nicht vorgesehen, dass ein Arzt an dieser Übergabe teilnimmt. Dadurch aber gehen ihm wertvolle Informationen, die das Pflegepersonal durch seine Nähe zum Patienten gewinnt, verloren. Patienten äußern bestimmte Beschwerden, Ängste und Nöte häufig nur in Gegenwart des Pflegepersonals, weil der Arzt auf der Visite nur kurz Zeit hat und Fachausdrücke benutzt, die der Patient nicht versteht.

Das Pflegepersonal ist auf Stationen zumeist chronisch unterbesetzt. Immer wieder kommt es vor, dass das Betreuungsverhältnis von examiniertem Pflegepersonal und Patient bei eins zu 25 liegt. Dies führt dazu, dass bestimmte Anordnungen des Arztes nicht ausgeführt werden, weil sie auf Grund der hohen Arbeitsbelastung der Pflege vergessen werden. Durch eine fehlende gemeinsame zeitliche Organisation gibt es aber auch keinen Raum, um mögliche Fehler innerhalb des Teams oder Probleme bei Patienten anzusprechen. Nur zwischen Telefonaten, Briefeschreiben und Untersuchungen bleibt für einen Arzt kurz Zeit, mit dem Pflegepersonal zu sprechen. Dies ist ein die Arbeitssituation von Ärzten auf Stationen sehr belastender Faktor. Mangelnde Absprachen sind der Grund für nicht klar verteilte Aufgaben zwischen Ärzten und Pflegern und führen in der Konsequenz immer wieder zu Konflikten zwischen beiden Gruppen.

Letztlich geht diese Unkoordiniertheit zu Lasten aller Beteiligten. Die Ärzte verbringen viel Zeit mit der Kontrolle der Medikation und der Auseinandersetzung mit Teamproblemen, das Pflegepersonal fühlt sich nicht ernst genommen und am Ende leidet der Patient darunter, da er nicht optimal behandelt werden kann.

Der Arbeitsalltag ist letztlich auch nicht am Wohl der Patienten orientiert. Sicherlich lassen sich bestimmte Abläufe nicht ganz am Willen des Patienten orientieren. Es gibt aber Tätigkeiten, die so organisiert werden können, dass sie den Patienten in einfachen, für sein Wohlbefinden wichtigen Handlungen, nicht stören. Zum Beispiel müssen Blutabnahmen bei guter Organisation nicht während des Frühstücks stattfinden.

Empfehlung

Um die Arbeitssituation der Ärzte und Pfleger zu entlasten, bedarf es weiterer Personaleinstellungen. Zusätzliches Pflegepersonal zur Betreuung von älteren Patienten wird benötigt. Durch die Verbesserung der bestehenden Strukturen und ein besseres Ineinandergreifen von Schnittstellen könnte zugleich die Versorgung der Patienten verbessert und gegenfinanziert werden. Eine gute Kommunikation würde viele Komplikationen und Kosten ersparen.

Es wäre wichtig, auf Stationen einen Koordinator von Ärzten und Pflegern zu haben.

Geschieht eine Kommunikation nicht aus eigenem Engagement eines Stationsteams, ist dies problematisch. Die Erwartung, dass ein Chefarzt oder Oberarzt sich um derartige Abläufe

kümmert, mag berechtigt sein, wird aber in der Realität nicht erfüllt, da diese mit weiteren Aufgaben wie Forschung und betriebswirtschaftlicher Leitung eines Hauses ausgelastet sind. Es bleibt verständlicherweise dann keine Zeit, sich z.B. um die sinnvolle Organisation von Blutabnahmen zu kümmern. Organisatorische Probleme werden als unlösbar akzeptiert und stören den täglichen Ablauf weiter.

Zusätzlich zu einem zentralen Koordinator wäre es wichtig, zu Fortbildungen zur Verbesserung der internen Kommunikation zu verpflichten. Eine bessere Kommunikation zwischen den Ärzten untereinander und den Ärzten und Pflegern verhindert doppelte Handlungen wie Telefonate oder Untersuchungen, spart damit Ressourcen und verbessert das Arbeitsklima.

Ganz ausdrücklich soll erwähnt werden, dass das Abbauen von Ständevorurteilen zwischen Schwestern und Ärzten erheblich zu einer verbesserten Arbeitsleistung führen könnte. Einige Behandlungsschritte wären überflüssig und wichtige könnten stattdessen umgesetzt werden. Beispielsweise würde eine Dienstübergabe mit mehreren Pflegekräften und mehreren Ärzten statt nur mit einem Pfleger und einem Arzt zu einem verbesserten Gesamtbild des Patienten führen und Behandlungen könnten zielgerichteter durchgeführt werden. Kleine Beobachtungen jedes einzelnen Arztes, Pflegers, Famulanten oder Studenten im Praktischen Jahr ergeben ein Gesamtbild des Patienten sowie seiner Angehörigen und stellen eine wichtige Informationsquelle für den Arzt dar. Auf Palliativstationen ist dieses Konzept bereits umgesetzt. Allerdings fehlt es bei Studenten wie auch bei Ärzten häufig an einem Verständnis für die Wichtigkeit von Kommunikationstechniken. Anamneseurse, Untersuchungskurse und Filme zum richtigen Umgang mit Patienten sind in der Ausbildung omnipräsent. Nie aber gibt es in der Lehre Kurse, die die Kommunikation in einem Team trainieren. Dies ist ein großer Fehler, da man als Arzt meist im Team mit anderen Ärzten und der Pflege arbeitet. Pflegepraktika geben zwar einen Einblick in die Pflege, sind aber nicht richtig vor- oder nachbereitet, sodass die Kommunikationsbasis zwischen Pflegern und Ärzten schwach ausgeprägt ist und ein Ineinandergreifen der Bereiche Pflege und Therapie nicht standardisiert etabliert ist.

In einem System mit offener Kommunikationsstruktur, in der Teammitglieder sich auch gegenseitig widersprechen dürfen, werden unnötige Arbeitsschritte erspart. Besonders wichtig wird dies in Bereichen, in der die medizinische Versorgung sehr kostenintensiv ist, z.B. im Operationssaal.

Als reales Beispiel sei folgende Situation genannt: Eine OP-Schwester merkt während einer Operation, dass ein Operateur gerade vergisst, eine Wunddrainage einzulegen. Sie wagt nicht, ihn darauf anzusprechen. Der Operateur bemerkt den Fehler zu spät und vernäht die Wunde. 15 Operationsminuten vergehen, bis die Drainage dann tatsächlich gelegt ist. Der Arzt wirft der Schwester vor, ihn nicht darauf hingewiesen zu haben, dass er keine Drainage gelegt hat. Hätte die Schwester sich in einem gut funktionierenden Team befunden, in der eine symmetrische Kommunikation möglich ist, hätten die Kosten für 15 Minuten Intensivmedizin gespart werden können.

3.4 Das räumliche Arbeitsumfeld

Es ist bekannt, dass das Arbeitsumfeld Einfluss auf die Qualität der Arbeit hat¹². In den Ambulanzen hat meist jeder Arzt ein Besprechungszimmer und er kann sich in Ruhe einem Patienten widmen. Auf Station dagegen gibt es zumeist ein Arztzimmer, in dem mehrere Ärzte gleichzeitig arbeiten. Dies ist zwar insofern sinnvoll, als Akten und andere Patienteninformationen zentral gesammelt werden können. Für die eigentliche Arbeitssituation aber ist es ungünstig, weil eine konzentrierte Arbeit erschwert wird. Telefonate, hereinkommende Teammitglieder und verschiedene Absprachen erlauben es nicht, ruhig und konzentriert zu arbeiten. Dies hat Konsequenzen für die Qualität der Patientenversorgung, da Fehler entstehen können.¹³

Ferner sind Kliniken in Deutschland zwar sehr häufig funktionell aber architektonisch nicht einladend. Natürlich setzen hygienische Belange der Raumgestaltung gewisse Grenzen.

Abteilungen wie Kinder- oder Palliativstationen sind aber bereits heute angenehm und wohnlich gestaltet. In ihnen wird auf die besondere Situation ihrer Patienten eingegangen. Zugleich aber können diese Räume mit ihren farbig gestalteten Wänden und Vorhängen ein Vorbild für die generelle Gestaltung von Krankenhäusern sein.

Einige Studien konnten zeigen, dass die Krankenhausumgebung einen Einfluss auf die Genesung von Patienten hat. 1984 zeigte Ulrich, dass Patienten, die nach einer Gallenblasenoperation von ihrem Bett aus dem Fenster ins Grüne schauen konnten, im Durchschnitt fast einen Tag kürzer auf Station lagen als Patienten, die auf eine Ziegelmauer schauen mussten. Auch benötigte die erste Patientengruppe weniger Schmerzmittel.¹⁴

Empfehlung

Es wäre von großem Vorteil, wenn jeder Arzt sein eigenes Arbeitszimmer hätte. In den Fächern wie der Psychosomatik und der Psychiatrie wird dies größtenteils bereits umgesetzt. Gerade aber auch auf anderen Stationen, auf denen Gespräche über Behandlungsförderungen, Aufnahmegespräche, Erklärungen und Mitteilungen von oftmals schwierigen Diagnosen geführt werden sollen, finden sich häufig keine Räumlichkeiten, in denen dies in Ruhe geschehen kann. Oft muss man auf die Stationsküche oder ein sonstiges Behandlungszimmer ausweichen.

Hätte der Arzt ein eigenes Zimmer, wäre eine andere Gesprächssituation gegeben. Studenten wird in Anamnese- und Gesprächskursen erklärt, dass es wichtig ist, einen ungestörten Gesprächsrahmen in einem ruhigen Raum zu schaffen, um Fragen und Ängsten von Patienten Platz einzuräumen. Eine räumlich angenehme Gesprächssituation kann sich positiv auf die Gesprächssituation auswirken, dem Patienten ein Gefühl vermitteln, ernst genommen zu werden und es auch dem Arzt erleichtern, sich auf die inhaltlichen Aspekte und den Patienten zu konzentrieren.

¹² Martin Dommer: Das grenzenlose Büro, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 25.05.2011,

<http://www.faz.net/artikel/C30125/arbeitsumfeld-das-grenzenlose-buero-30366214.html>, Abrufdatum 28.04.2011.

¹³ Habib Chaudhury et al.: The Effect of Environmental Design on Reducing Nursing Errors and Increasing Efficiency in Acute Care Settings, *Environment and Behavior* 41 (2009), 775.

¹⁴ Roger Ulrich: View through a window may influence recovery from surgery, *Science* 224 (1984), 420- 421.

Generell sollte in Zukunft der Inneneinrichtung eines Krankenhauses mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Braune Holzbetten statt weißer Bettverkleidungen sowie farbige Vorhänge würden die Atmosphäre des Krankenhauses wohnlicher gestalten. Dies hat auch Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf des Patienten. Eine wohnlichere Atmosphäre würde dazu führen, dass die Krankenhausumgebung nicht mehr so sehr als fremd wahrgenommen würde, der Patient sich schneller eingewöhnt, sich wohlfühlt und schneller gesund werden kann.

Ruhe und Schlaf sind körperliche Grundbedürfnisse, die das Wohlbefinden des Patienten und den Verlauf seiner Krankheit grundlegend mitbestimmen. Der Nachtschlaf von Krankenhauspatienten, seine mannigfaltigen Störungen und die unterschiedlichen Wahrnehmungsweisen von Patienten und medizinischem Personal waren Gegenstand einer Untersuchung von Southwell und Wistow aus dem Jahr 1995: Die Hälfte der von ihnen befragten Krankenhauspatienten beklagte Schlafstörungen während der Nacht und das Gefühl, insgesamt während des Krankenhausaufenthaltes nicht ausreichend Schlaf zu bekommen.¹⁵

Auch der Arzt arbeitet lieber in einer Atmosphäre, die wohnlich gestaltet ist. Dies ist die Beobachtung von Palliativmedizinern, die durch Kommentare von Arbeitskollegen in anderen Disziplinen immer wieder feststellen, dass andere Ärzte auch gerne in schön ausgestalteten Räumen arbeiten würden.

Wenn der Arzt und der Patient sich in den Räumen wohl fühlen, wird dies letztlich positiv für den Krankheitsverlauf des Patienten und die Arbeitsmotivation des Arztes sein.¹⁶

¹⁵ Michael von Staden: *Profile und Determinanten des Benzodiazepingebrauchs bei chirurgischen und internistischen Patienten eines Universitätskrankenhauses*, Hamburg 2000, <http://www.sub.uni-hamburg.de/opus/volltexte/2000/530/html/Einleitung.htm>, Abrufdatum 28.05.2011.

¹⁶ Roger Ulrich et al: *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity, Report to the Center for Health Design for the Designing the 21st Century Hospital Project*, <http://www.rwjf.org/files/publications/other/RoleofthePhysicalEnvironment.pdf>, Abrufdatum 01.06.2011.

3.5 Die Forschung

Durch die Einführung des ArbZG dürfen Ärzte, die eine akademische Laufbahn anstreben und nach ihrem Dienst in der Klinik forschen möchten, keinerlei Überstunden im Labor machen.

Dies bedeutet eine Einschränkung für wissenschaftlich engagierte Ärzte.

Auch Ärzte, die auf Basis einer befristeten Drittmittelstelle eingestellt werden und unter dem Druck stehen, wissenschaftlich zu arbeiten, um ihre Verträge zu verlängern, werden in ihrer Tätigkeit eingeschränkt. In beiden Fällen aber kann die wissenschaftliche Leistung oft nur bedingt erbracht werden, da das Arbeitspensum der Krankenversorgung die normale Arbeitszeit von acht Stunden ausfüllt und das ArbZG es verbietet, abends im Labor zu arbeiten.

Hinzu kommt die Aufgabe der Lehre, die an einer Universitätsklinik jeden Tag zu erfüllen ist. Es ist aber verständlich und notwendig, dass der Gesetzgeber mit der Arbeitszeitregelung die Gesundheit der Arbeitenden schützt und Unausgeruhe durch fehlenden Schlaf nach langen Diensten vorbeugt.

Die staatlichen Anreize widersprechen sich hier jedoch. Einerseits ist ein Arbeitsschutz notwendig und wichtig, zugleich aber provoziert die unzureichende Finanzierung der Kliniken geradezu die Verstöße gegen das ArbZG.

Dies sollte im Sinne des medizinischen Forschungsstandortes Deutschland nicht die Regel bleiben. Möchte man, dass das ArbZG eingehalten wird, muss es gesonderte Arbeitszeitmodelle für forschende Ärzte geben.

Empfehlung

Ärzte, die forschen wollen, müssen die Möglichkeit erhalten, dies zeitweise ganztags zu tun und nicht nach dem Arbeitstag oder in ihrer Urlaubszeit.

Trotz dem ArbZG hängt es immer noch vom Klinikdirektor ab, wie dies geregelt wird.

Hier sollte ein einheitlicher und konsequenter Vollzug des ArbZG Anreize geben zu forschen. Beispielsweise wäre denkbar, Fachärzten generell die Möglichkeit zu geben, ein Jahr lang von der klinischen Arbeit freigestellt zu werden, um sich der Forschung widmen zu können. Vorstellbar ist darüber hinaus, dass Ärzte, die Drittmittelgelder einwerben, mehr Freiheit in der Planung ihrer Arbeitszeit bekommen.

Möchte man gut ausgebildete Ärzte fördern, die wissenschaftlich tätig sind, international angesehene Mediziner nach Deutschland holen und auf die steigende Anzahl von Frauen im Arztberuf reagieren (s. unten), müssen die Forschungsbedingungen von Ärzten drastisch verbessert werden. Die „Feierabendforschung“ hat in Anbetracht der genannten Punkte ihre Daseinsberechtigung verloren.

3.6 Frauen im Arztberuf

Derzeit sind 43 % der berufstätigen Ärzte Frauen. Der Anteil an Ärztinnen an den Erstanmeldungen bei den Ärztekammern lag im Jahr 2010 bei 58,7 %, im Jahr zuvor bei 58,1 %.¹⁷ Diese steigende Tendenz dürfte sich fortsetzen, da derzeit Studentengänge aus bis zu 70 % Frauen bestehen. Dies hat weitreichende Folgen, auf die reagiert werden muss.

Deutschland ist auch in der Medizin ein forschungsstarkes Land. Wenn Forschung aber weiterhin auch am Feierabend stattfindet, wird Deutschland wegen der hohen Frauenquote im medizinischen Sektor an Forschungsstärke verlieren.

Absolventinnen der Medizin wollen arbeiten und Leistung erbringen aber sie brauchen auch Zeit für die Familie, da Kinder ein wichtiger Punkt im Leben von Ärztinnen und Ärzten darstellen.

Seit 2001 läuft in der Schweiz eine prospektive Studie, in der der Kinderwunsch und die Karriereplanung von Ärztinnen und Ärzten untersucht wird, die in den Jahren 2001 und 2002 das medizinische Staatsexamen an den Universitäten Basel, Bern und Zürich abgelegt haben. An der vierten Befragung 2007 nahmen 285 Ärztinnen und 249 Ärzte im fünften und sechsten Weiterbildungsjahr teil. 19 % der Ärztinnen und 24 % der Ärzte hatten zu diesem Zeitpunkt bereits Kinder. Von den Ärztinnen, die noch keine Kinder hatten, wünschten sich 87 % Kinder, von den Ärzten sogar 89 %.¹⁸

Auf Deutschland übertragen, lässt sich wohl die Feststellung machen, dass sehr gut ausgebildete Frauen häufiger auf Grund mangelnder Vereinbarkeit von Beruf und Familie auf eine akademische Laufbahn verzichten als Männer.

Nicht nur die Forschung in Deutschland wird unter diesem Problem leiden. Vor allem operativ klinische Fächer benötigen dringend ärztlichen Nachwuchs.

Derzeit ist es für Frauen schwierig, Familie und Beruf, vor allem in operativen Fächern zu vereinbaren. Eine Ärztin kann z.B. nicht ohne weiteres eine Operation abbrechen, um ihre Kinder von der Krippe abzuholen. Die Reaktion darauf kann jedoch nicht sein, Frauen mit Kind entweder gar nicht erst einzustellen oder sie nicht zu Operationen einzuteilen. Letzteres bewirkt eine längere Ausbildungsdauer für die Facharztanerkennung, da die Frau ihre Weiterbildungsanforderungen nicht erfüllen kann. Immer häufiger bieten deshalb chirurgische Fächer Arbeitszeitmodelle an, welche die Arbeit attraktiv machen sollen. Allerdings sind diese noch nicht flächendeckend eingerichtet.

Die Mehrzahl der heutigen Studentinnen möchte Familie und Karriere vereinbaren und flexible Arbeitszeiten nutzen können. Die Erreichbarkeit rund um die Uhr, die früher wesentlich in einer Arzt-Patienten-Beziehung war, wird heute häufig von Ärzten abgelehnt. Nicht geändert hat sich aber die volle Aufmerksamkeit des Arztes während des Patientenkontaktes. Einzig der Wunsch, Forschung, Familie und Patientenversorgung zu verbinden und dabei nicht in erheblichem Maße durch auferlegte Reglementierungen gehindert zu werden, ist stärker geworden. Dies ist keine unerfüllbare Forderung. In England beispielsweise ist es möglich, eine gute Balance zwischen der ärztlichen Tätigkeit, der Forschung und der Familie zu erreichen.

¹⁷ Arztentwicklung. Immer mehr Frauen wenden sich der Medizin zu, Deutsches Ärzteblatt 108 (2010), 908.

¹⁸ Barbara Buddeberg-Fischer: Kinderwunsch und Laufbahnplanung von Ärztinnen und Ärzten, Gynäkologisch Geburtshilfliche Rundschau 48 (2008), 234–240.

Empfehlung

Frauen können die Familienplanung weder delegieren noch wollen sie dies. Um Frauen zu ermöglichen, ihre Lebensplanung umzusetzen, muss die ärztliche Tätigkeit flexibler organisiert werden. Denkbar sind teilbare Stellen, bessere Absprache bei Nachtdiensten und die Einrichtung von Kinderbetreuung in Krankenhäusern. Es gibt erste Umstrukturierungen, aber es wird noch einige Zeit dauern, bis ein wirklicher Umbruch erkennbar ist.

Folgende Faktoren wären wichtig, um die Arbeitssituation von Frauen zu verbessern:

1. positive Signale von Klinik- und Institutsdirektoren, dass auch Frauen mit Kindern eine anspruchsvolle Karriere in der Medizin anstreben können;
2. Möglichkeit zu flexibler Teilzeittätigkeit, z.B. 60 oder 80 % anstelle einer Alternative zwischen einer Vollzeit- oder einer Teilzeittätigkeit von nur 50 %;
3. Angebote zur Kinderbetreuung, die den teilweise unregelmäßigen Arbeitszeiten in der klinischen Medizin angepasst sind;
4. Aufhebung von Altersbegrenzungen für gewisse Förderinstrumente und Karriereschritte wie z.B. Stipendien; und ganz entscheidend
5. positive Rollenmodelle von Ärztinnen mit Kindern als Orientierungsmöglichkeit sowie kontinuierliches Mentoring.¹⁹

3.7 Die Führungskräfte: Chefärzte und Oberärzte

Die medizinischen Einheiten und Kliniken werden durch Chefärzte geleitet. Einzelne Funktionsbereiche unterstehen häufig der Verantwortung von Oberärzten.

Häufig unterschätzt wird die Bedeutung von gutem Führungspersonal. Wenn Chefärzte und Oberärzte ihre Mitarbeiter wie Untergebene behandeln, werden in Zeiten des Ärztemangels Nachwuchskräfte demotiviert.

Zugleich aber ist die Arbeit des Klinikdirektors unattraktiv geworden, da für einen Chefarzt kaum noch die Möglichkeit zur Privatliquidation (Abrechnung von Privatpatienten nach der Gebührenordnung für Ärzte) und damit zur wesentlichen Verbesserung seines Gehalts besteht. Während früher die Liquidationsberechtigung bei den Chefärzten lag und diese einen Teil der Erlöse ans Klinikum zahlten, liegt heute die Liquidationsberechtigung beim Klinikum.

Der Chefarzt wird dabei aber auf Grund seines Arbeitsvertrags an diesen Einnahmen beteiligt. Es besteht somit ein Leistungsanreiz mit der Möglichkeit der Beeinflussung des eigenen Gehalts. Allerdings entscheidet nun das Klinikum über das Einkommen des Chefarztes und nicht der Chefarzt über sein eigenes Einkommen.

Wesentlich aber ist, dass je nach Standort ein hoher Einfluss der Verwaltung auf die Versorgungsstruktur einer Klinik besteht. Dies ist bedingt durch die starke Ökonomisierung in der Gesundheitspolitik und dem derzeitigen Vergütungssystem.

¹⁹ Barbara Buddeberg-Fischer: *Kinderwunsch und Laufbahnplanung von Ärztinnen und Ärzten*, Gynäkologisch Geburtshilfliche Rundschau 48 (2008), 234–240.

Die Ökonomisierung wird vorangetrieben, um mittel- und langfristig innerhalb der genannten Rahmenbedingungen als Krankenhaus überleben zu können. Dieser Einfluss wird von Chefarzten oft bemängelt. Um bei dieser Ökonomisierung entstehende fehlende Stellen aufzufüllen, fehlt den Chefarzten oft die rechtliche Möglichkeit und die finanziellen Mittel, eigene Initiativen zu entwickeln und selbst Personal zu rekrutieren

Das Arbeitsklima für Chefarzte hängt häufig davon ab, wie viel Freiheit ihnen die Verwaltung lässt. Durch die allgemein gestiegenen administrativen Anforderungen bleibt immer weniger Zeit für den Kontakt mit Patienten übrig, obwohl Chefarzte den Patientenkontakt sehr schätzen. Die Forschung kann bei dieser Belastungssituation nicht mehr selbst ausgeführt werden, sondern wird nurmehr betreut. Nicht zuletzt hat auch ein Chefarzt meistens eine Familie, für die er gerne Zeit hätte.

Dabei zeigen Beispiele, dass mehr Entscheidungsfreiheit nicht unbedingt eine schlechtere ökonomische Lage eines Klinikums zur Folge hat, wie an der TU München ersichtlich wird. Mehr Freiheit der Klinikdirektoren bei der Verwendung der erwirtschafteten Gelder bedeutet mehr Spielraum und weniger persönliche Sorgen um die scheinbar aussichtslose Situation einer Klinik zwischen ökonomischen Zwängen und Patientenversorgung. Eine weniger angespannte Situation von Führungskräften ist aber auch ein wesentlicher Baustein für eine entspanntere Arbeitsatmosphäre mit den Mitarbeitern, weil mehr Zeit und Kraft bleibt, sich um diese Mitarbeiter zu kümmern.

Empfehlung

Möchte man weiterhin Führungspersonal haben, das Mitarbeiter motiviert, innovative Ideen umsetzt, ökonomisch handelt und damit entscheidend zu einer guten Krankenversorgung beiträgt, sollte man folgendes ändern:

Erstens sollten Chefarzte, die eine große Zahl an Drittmittel einwerben und hierbei großen verwaltungsorganisatorischen Aufgaben nachkommen müssen, ein Anrecht auf Angestellte mit wirtschaftlichen Kenntnissen (z.B. Betriebswirte) haben, die sie von wirtschaftlichen Aufgaben entlastet. Ebenso sollten Chefarzte die Möglichkeit haben, wirtschaftlich geschulte Mitarbeiter zur Entlastung der anderweitig anfallenden betriebswirtschaftlichen Aufgaben einzustellen. Dies ist am Klinikum Rechts der Isar beispielsweise möglich.

Zweitens muss gewährleistet sein, dass nicht das persönliche Verhältnis zwischen Verwaltung und Klinikdirektion über die Mittelvergabe in einem Klinikum entscheidet. Zwar untersteht die Verwaltung eines Universitätsklinikums in den meisten Fällen dem Wissenschaftsministerium und dem Aufsichtsrat als Kontrollgremium. Es ist aber fraglich, wie viel Kontrolle hier wirklich ausgeübt wird. Es sollte eine von der Fakultät unabhängige Stelle eingerichtet werden, die neutral gegenüber Verwaltung und Chefarzten in Streitfällen über die Verteilung von Geldern entscheidet. Sicherlich würde dies Entscheidungsprozesse hinauszögern. Allerdings muss eine Balance zwischen der eigentlichen, sinnvollen Aufgabe der kaufmännischen Verwaltung - nämlich der Wirtschaftlichkeit eines Klinikums - und dem Klinikalltag mit der Patientenversorgung gefunden werden.

Um desweiteren eine gute Arbeitsatmosphäre und eine gute Leitung eines Krankenhauses zu gewährleisten, sollten Oberärzte und Chefarzte in ihrer Fähigkeit zur Führung geschult werden.

4. Zunehmende Bürokratisierung

Der Arzt hat heute zunehmend bürokratische Tätigkeiten zu erledigen. Dies ergibt sich aus drei Gründen: Zum einen korreliert die genaue Dokumentation mit den erwirtschaftbaren Einnahmen. Werden einzelne Behandlungsschritte nicht dokumentiert, können sie auch nicht abgerechnet werden. Die einfachste Möglichkeit, den Gewinn zu steigern, besteht also darin, erfolgte Behandlungsschritte gut zu dokumentieren. Um dem Arzt und dem Pflegepersonal die Dokumentation zu erleichtern, gibt es vorgefertigte Antwortbögen und Eingabemasken im Computersystem.

Der zweite Grund ist, dass eine gute Dokumentation vor Schadenersatzansprüchen bewahren kann. Ist ein Aufklärungsgespräch vor einer Operation oder ein vom Patient gewünschter Behandlungsabbruch dokumentiert, lassen sich Einwände nach der Behandlung eindeutig klären. Die Dokumentation ist dann ein wichtiger Schutz für den Arzt und für die Rechte des Patienten.

Drittens werden zunehmend Schreibkräfte eingespart, sodass Ärzte Briefe und Berichte selbst schreiben müssen. Desweiteren sind zahlreiche Telefonate und Terminvereinbarungen erforderlich und fallen in den Tätigkeitsbereich der Stationsärzte. Ein Stationsarzt verbringt heute viel Zeit mit der Dokumentation. Die Zahlen schwanken zwischen 10-20 % der Arbeitszeit.²⁰

Die Dokumentation ist eine Tätigkeit, die er nur bedingt delegieren kann, da nur medizinisch ausgebildetes Personal alle Facetten einer Behandlung erkennen, verstehen und benennen kann.

Empfehlung

Die bürokratische Tätigkeit wird sich nicht völlig verhindern lassen.

Allerdings wären Schulungen zu effizienter Dokumentation sinnvoll, um Zeit und Geld zu sparen. Zudem ist denkbar, bürokratische Tätigkeiten des Arztes dadurch zu verringern, dass ein Teil von Dokumentationsassistenten übernommen wird. Auch flächendeckende digitale Diktiersysteme mit Stimmerkennung können vielerorts weggefallene Schreibkräfte ersetzen. Dies wäre eine ausgesprochen sinnvolle Investition. Sie ermöglicht dem Arzt, mehr Zeit für die Patientenversorgung, Lehre und Forschung zu haben. Sie ist zudem nicht so teuer wie der Einsatz einer Schreibkraft.

Die Reduktion bürokratischer Tätigkeiten erhöht die Arbeitsmotivation von Ärzten und sollte deshalb ein primäres Ziel von Umstrukturierungsmaßnahmen sein.

²⁰ Samiha Shafy: Kranke Heiler, Der Spiegel, 20.10.2008, 162; Bernard Braun: Wie viel Prozent der Arbeitszeit verbringt ein Krankenhausarzt mit Patienten, Angehörigen und der Verwaltung? 11,8%, 0,9%, 12,5%!, Forum Gesundheitspolitik, 18.06.2009, <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1583>, Abrufdatum 21.02.2011.

5. Die Vergütung

Es ist schwierig, eindeutige Zahlen für das Einkommen von Ärzten zu finden, da sich diese, je nach Interessenlage (Krankenkassen, Ärzte), sehr stark unterscheiden. Häufig werden zudem Einkommenszahlen aus dem internationalen Vergleich herangezogen, um die scheinbar unzureichende Vergütung in Deutschland anzumahnen. Es wird häufig kaum beachtet, dass Länder wie Frankreich oder England kein hierarchisches Arbeitsprinzip haben, und der Vergleich verschiedener Qualifikationsstufen wird nur unzureichend berücksichtigt.²¹ Seit dem 01.01.2005 gilt für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern und Universitätskliniken in Deutschland der Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD).

Um einen Vergleich möglich zu machen, soll hier nur auf die Einstiegsgehälter eingegangen werden. Ein an der Universitätsklinik arbeitender Arzt verdient im ersten Jahr bei einer Regelarbeitszeit von 42 Stunden (2011) monatlich 3.891,94 Euro brutto. Ein Arzt an einem kommunalen Krankenhaus verdient bei einer Regelarbeitszeit von 40 Stunden (2011) monatlich 3.735,91 Euro²².

Nach diesen Zahlen liegt das Einstiegsgehalt eines Arztes bei knapp 41.000 Euro brutto im Jahr. Als Gründe dafür, warum dieses Gehalt nicht als leistungsgerecht empfunden wird, werden ein etwa zehnjähriger Ausbildungs- und Weiterbildungsweg, eine hohe zeitliche Arbeitsbelastung, vor allem aber die große Verantwortung für die Gesundheit des Menschen genannt, die fehlerfreies Arbeiten zu jeder Tages- und Nachtzeit erfordert.

Die Wirtschaftlichkeit des ärztlichen Handelns steht mit der Einführung der DRGs mehr denn je im Blickfeld des Arztes, da nicht mehr alle angestrebten und vielleicht wichtigen Untersuchungen und Behandlungen bezahlt werden. Der Arzt muss umdenken und sich in seiner Arbeit an der Kostenerstattung der Krankenkassen orientieren.

Insgesamt besteht also eine anspruchsvolle und verantwortungsvolle Aufgabe. Möchte man einen Vergleich der Gehälter mit anderen Berufsgruppen anstellen, so fragt sich, nach welchen Kriterien verglichen werden soll. Vergleicht man den Arztberuf mit Arbeitsgruppen mit ähnlicher Belastung und Verantwortung, wie z.B. Manager in der freien Wirtschaft, so kann man eine vergleichsweise schlechte Entlohnung feststellen. Das Einstiegsgehalt von Key Account Managern in der Pharmaindustrie beträgt beispielsweise 58.000 Euro²³. Key Account Manager kümmern sich um wichtige "Schlüsselkunden" des Unternehmens. Dieser ist vielleicht von der Position eher mit einem Oberarzt vergleichbar. Auch in anderen Positionen verdient man im Pharma- und Health-Care-Bereich durchschnittlich mehr, nämlich ca. 43.190 Euro²⁴.

Vergleicht man das Gehalt eines Arztes allerdings mit demjenigen anderer Akademikergruppen, so wird deutlich, dass ein angehender Arzt mehr verdient als

²¹ Martin Walger/Peer Köpf: Einkommen von Krankenhausärzten – eine differenzierte Betrachtung, Das Krankenhaus 97 (2005), 1075-1078.

²² Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) und Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ärzte), <http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/aerzte/kommunal?id=tv-aerzte-yka2010&g=I&s=1&zv=keine&z=100&zulage=&stj=2011&stkl=1&r=0&zkf=0&kk=15.5%25>, Abrufdatum 08.06.2011.

²³ Heike Friedrichsen, Einstiegsgehalt Key Account Management, Staufenbiel.de, 2008, <http://www.staufenbiel.de/ratgeber-service/gehalt/einstiegsgehalt/key-account-management.html>, Abrufdatum 03.04.2011.

²⁴ Gehalt: Jahresverdienst für Hochschulabsolventen nach Branchen, Staufenbiel.de, 2011, <http://www.staufenbiel.de/ratgeberservice/gehalt/gehaltstabellen/gehalt-absolventen.html>, Abrufdatum 01.06.2011.

beispielsweise ein verbeamteter Jurist. Dieser verdient im ersten Jahr monatlich 3.134,78 Euro brutto.

Eine Gehaltssteigerung zu fordern, mag in bestimmten Fällen gerechtfertigt sein. Entscheidend aber ist, dass bei Verhandlungen zur Gehaltssteigerung von Krankenhausärzten berücksichtigt wird, dass höhere Einkommen derzeit letztlich zu weniger Budget in der Patientenversorgung führen, da bei Budgetverhandlungen von Kliniken mit den Krankenkassen die reale Preissteigerung nicht berücksichtigt wird. Dies bedeutet, dass der Arzt einen höheren Lohn bekommt, zugleich aber mehr und mehr in den Konflikt zwischen Berufsethik und Wirtschaftlichkeit gerät.

Empfehlung

Ein erster Schritt wäre, in den jährlichen Verhandlungen der Klinika mit den Krankenkassen die Steigerung der Gehälter von Ärzten und Pflegern miteinzubeziehen und nicht auszuklammern. So könnte gewährleistet werden, dass die Klinika wirtschaftlich sein können und die Ärzte nicht unter erhöhten wirtschaftlichen Druck geraten, weil ihr eigener höherer Lohn durch Senkung der Behandlungskosten wieder ausgeglichen werden muss.

Ferner sollte bei diesen Verhandlungen die reale Preissteigerung berücksichtigt werden, da auch sie die Behandlungskosten steigert.

Langfristig erfolgt diese Art der Verhandlungsgrundlage zu Lasten der Arzt-Patienten-Beziehung. Bereits jetzt wird von Patienten bemängelt, dass der Arzt zu wenig Zeit für sie habe. Aber auch die Ärzte leiden darunter.²⁵

²⁵ Nicola von Lutterotti: Sprechminute bei Doktor Schweiger, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 21.10.2010, <http://www.faz.net/s/Rub7F74ED2FDF2B439794CC2D664921E7FF/Doc~E6D75AF49482744A19B7DC1676B7C3444~Tpl~Ecommon~Scontent.html>, Abrufdatum 21.02.2011.

Kapitel 5: Der Patient und die Gesellschaft als Teil des Gesundheitswesens

Béatrice Bieber, Siwanto Schiefenhöfel, Ann-Kathrin Straub

1. Einleitung.....	81
2. Erwartungen an den Arzt	81
3. Erwartungen an den Apotheker	83
3.1 Rezepteinlösung.....	83
3.2 Beratung	84
4. Die Gesellschaft als Teil des Gesundheitswesens	85
4.1 Prävention.....	85
4.2 Das Handeln des Einzelnen gegenüber der Solidargemeinschaft.....	87
4.3 Priorisierung in der Medizin	88

1. Einleitung

Im Gesundheitswesen stellt der Patient das zentrale Element dar.

Was erwartet der Bürger als Patient, also ein „Leidender, der ärztlich behandelt wird“ oder auch ein „Gesunder, der Einrichtungen des Gesundheitswesens zu Diagnose oder Therapie in Anspruch nimmt“?¹ Der Patient hat an die verschiedenen Teile des Gesundheitssystems unterschiedliche Erwartungen. Zugleich stellt auch die Gesellschaft Erwartungen an den Patienten. Diese verschiedenen Erwartungen sollen im Folgenden dargestellt werden.

2. Erwartungen an den Arzt

Fachliche Kompetenz ist das Erste, was ein Patient erwartet, wenn er zum Arzt geht. Die meisten Patienten erwarten darüber hinaus, dass der Arzt genug Zeit hat, um dem Patienten zuzuhören und ihn in die Behandlungsentscheidung einzubeziehen.

Dieser Erwartung kann der Arzt aber meist nicht entsprechen. Gespräche, die über eine viertel Stunde hinausgehen, sind nicht rentabel. In welchen Situationen braucht ein Arzt länger als 15 Minuten bei einem Patientenkontakt?

Einerseits braucht er Zeit für eine ausführliche Erhebung der Krankengeschichte, der sogenannten Anamnese, die auch kurative Aspekte haben kann. Im besten Falle hat der Arzt nach einem Anamnesegespräch ein umfassendes Bild der Situation des Patienten erlangt und kann damit die geschilderten Beschwerden des Patienten richtig einschätzen. Fragen zur sozialen Situation in einem Anamnesegespräch geben oft wichtige Auskünfte, die Krankheiten erklären können. Schimmelbelastungen in der Wohnung können beispielsweise die Ursache für immer wiederkehrenden Hustenanfälle und Allergieanzeichen eines Patienten sein, von denen der Arzt nur in einem ausführlichen Gespräch erfahren wird. Ebenso können Krankheiten von Familienmitgliedern oder psychische Belastungen am Arbeitsplatz Beschwerden von Patienten erklären. Der Arzt kann häufig allein durch die Anamnese zielsicher zur Diagnose gelangen. Hat der Arzt für eine solch weitgehende Anamnese keine Zeit, wird der Patient ihn immer wieder aufsuchen ohne dass die eigentliche Ursache seiner Krankheit erkannt wird. Dies ist vielleicht einer der Gründe, warum Deutsche im Durchschnitt 18-mal im Jahr zum Arzt gehen.²

Etwa ein Drittel der dem Arzt anvertrauten Beschwerden haben eine psychosomatische Genese, also körperliche Beschwerden, denen keine organische, sondern eine psychische Ursache zu Grunde liegt.³ Auch hier würde eine genauere Anamnese helfen. Gerade bei psychosomatischen Beschwerden sind länger dauernde Gespräche zur Beschreibung der eigentlichen Diagnose wichtig. Für eine ausführliche Anamnese, die sowohl psychische als auch physische Aspekte einbezieht, werden ca. 35 Minuten benötigt.

Neben Anamnesegesprächen benötigt ein Arzt für Erklärungen zu Vorgehensweisen bei neuen bzw. geänderten Therapien oder für Beratungen zur gesunden Lebensführung ebenfalls mehr Zeit. Gerade das Erklären von Behandlungen ist bei älteren Patienten entscheidend.

¹ Pschyrembel Klinisches Wörterbuch; 259. Auflage, de Gruyter, Berlin 2002, S. 1266.

² Studie: *Deutsche gehen im Schnitt 18 Mal im Jahr zum Arzt*, aerzteblatt.de, 15.01.2009, <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=35067>, Abrufdatum 02.06.2011.

³ Michael Linden et al: Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland, Nervenarzt 67 (1996), 205-215.

Häufig nehmen Patienten mehrere Medikamente gleichzeitig ein. Ihnen zu erklären warum, wann und wie sie die Medikamente nehmen sollen, kann mit steigender Medikamentenzahl länger dauern. Dies liegt darin begründet, dass ältere Menschen meist mehr Zeit zum Verstehen benötigen und sich häufig auch nicht trauen, nachzufragen. Nach möglichen Unklarheiten muss gezielt gefragt werden und der Patient sollte signalisieren, was er verstanden hat.

Wenn dafür keine Zeit bleibt, werden Medikamente falsch oder gar nicht eingenommen und es entstehen sowohl aus medizinischer als auch ökonomischer Sicht große Schäden.

Dass ein Gespräch häufig zu kurz ausfällt, liegt an der Vergütung. Das reine Gespräch wird schlecht vergütet, weshalb der Arzt sich dafür keine Zeit nimmt. Sollte ein Patient beispielsweise eine Psychotherapie benötigen und sie bewilligt bekommen, so können für Vorgespräche bis zu fünf Stundentermine abgerechnet werden. Die Vorgespräche dienen dazu, dass der Patient den optimalen Psychotherapeuten findet, dem er seine persönliche Situation auch anvertrauen würde. Der Prozess der Therapeutenfindung ist entscheidend für den weiteren Krankheitsverlauf, da bei fehlendem Vertrauen unnötige Gesprächssitzungen stattfinden, die Geld kosten, aber den Behandlungsverlauf nicht optimal beeinflussen.

Es besteht eine Diskrepanz in der Vergütung zwischen den 15 Minuten, die ein Hausarzt abrechnen kann und den fünf Stundenterminen bei der Psychotherapie. Eine Vergütung für ein 30-minütiges Gespräch beim Hausarzt oder Facharzt gibt es nicht, es sei denn, dieser hat eine psychosomatische Zusatzausbildung absolviert.

Selbstverständlich braucht man nicht immer viel Zeit. Vielmehr kommt es darauf an, in kurzer Zeit möglichst das Wesentliche zu erfragen. In den oben geschilderten Situationen aber ist Zeit entscheidend.

Nicht nur unnötige Arztbesuche könnten durch eine höhere Vergütung des eigentlichen Gesprächs verhindert werden, auch viele apparative Diagnostiken würden vor allem bei Privatpatienten nicht angeordnet werden.⁴ Ein Arzt kann bei einem Privatpatient bei Anordnung einer scheinbar sinnvollen Diagnostik, die aber nicht dringend indiziert ist, mehr Geld verdienen, als nur mit einem Gespräch.

Es ist allerdings zu beachten, dass er dies häufig tut, um fehlende Einnahmen bei der Behandlung von Kassenpatienten auszugleichen. Näheres ist dazu in Kapitel 4 ausgeführt.

Eine gründliche Anamnese und Untersuchung ist die Grundlage für eine gezielte Diagnostik und hilft, unnötige Maßnahmen in Form von Bildgebung, Blutabnahmen etc. zu vermeiden. Die Grundtechniken der körperlichen Untersuchung und der Erhebung der Anamnese sind durch Übung leicht zu erlernen. Empathie kann ebenfalls trainiert werden, dabei bedarf es aber zum einen des Willens des Behandelnden, sich dem Patienten tatsächlich zuzuwenden, zum anderen gelebter Vorbilder in der Ausbildung.

Der Patient benötigt neben den oben genannten Elementen in der Arzt-Patienten-Beziehung Behandelnde, die optimal zusammenarbeiten. Das funktioniert derzeit im Ansatz nur an den Eck- oder Extrempunkten des Lebens, vor allem bei Schwangerschaft und Geburt sowie auf der Palliativstation. Ärzte, Psychologen, Pflege und Sozialarbeiter verstehen sich dort als

⁴ Magnus Heier: Gefährliche Überdosis, Zeit Online, 26.05.2011, <http://www.zeit.de/2011/22/Kostenfaktor-Mensch>, Abrufdatum 02.06.2011.

multimodales Team unter Einbeziehung der Bezugspersonen des Kranken und garantieren eine optimale Therapie.

Empfehlung

Eine höhere Vergütung des Arztgespräches ist notwendig. Damit würde der Arzt sich Zeit nehmen, wichtige Informationen erhalten und dem Patienten Therapien so erklären können, dass dieser sie auch versteht. In der Folge fühlt der Patient sich bei Behandlungsentscheidungen einbezogen und die Mitarbeit des Patienten wird erhöht. Der Patient kann und soll diese gemeinsame Entscheidungsfindung auch einfordern.

Es ist wichtig, gezielte Gesprächssituationen erhöht zu vergüten. Darunter sollte ein Erstgespräch mit einer ausführlichen Anamnese fallen. Darüber hinaus sollten auch ausführliche Gespräche zur Erklärung von Tabletteneinnahmen zur Vermeidung von Medikationsfehlern gerade bei älteren Patienten unter diese Vergütung fallen. Die gezielte erhöhte Vergütung ist entscheidend, um einem Missbrauch dieser Regelung vorzubeugen.

Zugleich würden Kosten, die durch Falscheinahme, unbemerkte Nebenwirkungen und unnötige apparative Diagnostik entstehen, gesenkt werden.

Um Patienten ganzheitlicher zu betreuen, wäre eine stärkere Vernetzung von behandelnden Ärzten wünschenswert. Interdisziplinäre Teambesprechungen wie Tumorboards und die Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern sollten weiter ausgebaut werden. Die derzeit nicht vorhandene Zeit für derartige Kommunikation könnte durch Entlastung bei bürokratischen Tätigkeiten geschaffen werden. Näheres dazu im Kapitel 4.

3. Erwartungen an den Apotheker

3.1 Rezepteinlösung

In der Apotheke erwartet der Patient, die auf seinem Rezept verschriebenen Medikamente zu bekommen. Dabei kommt es derzeit durch die Rabattverträge der Krankenkassen zu einer Situation, in der der Kunde oft nicht genau das bekommt, was auf dem Rezept verschrieben ist, sondern ein generisches Arzneimittel. Ein Generikum bezeichnet ein Arzneimittel, das eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen vertriebenen Medikaments ist. Häufig muss der Patient dafür mehrmals die Apotheke aufsuchen, da die meisten Apotheken nicht so viele verschiedene Versionen vorrätig haben können. Dies bedeutet einen zeitlichen und finanziellen Mehraufwand für den Patienten. Besonders alte immobile Menschen in ländlichen Gebieten sind hier auf die Hilfe von Bekannten bzw. Pflegediensten angewiesen.

3.2 Beratung

Neben der Kernleistung der Medikamentenausgabe erwarten die Patienten in der Apotheke eine möglichst objektive und individuelle Beratung, Einfühlungsvermögen, Flexibilität, Initiative und Verlässlichkeit.⁵ Dies ist eine unbezahlte Leistung in Apotheken.

Zur Verlässlichkeit gehört, dass ein Arzneimittel nicht immer wieder gewechselt werden muss. Durch die Rabattverträge mit kurzen Laufzeiten kann es bei N3-Packungsgrößen, also Dreimonatspackungen, dazu kommen, dass jeweils nach der zweiten Schachtel eine Umstellung von einem auf ein anderes Generikum erfolgt.

Viele Patienten sind mit dieser Situation sehr unzufrieden. Die Probleme der Compliance (Mitarbeit des Patienten) sind vor allem bei älteren Menschen oder schwierig zu führenden Kranken erheblich. Beim Aussortieren von in die Apotheke zurückgebrachten Medikamentenarsenalen fällt auf, dass viele Packungen mit nur ein oder zwei entnommenen Tabletten verworfen werden. Darunter sind auch Mittel zur Akutbehandlung wie Antibiotika zu finden. Die häufig unnötige Anwendung von Antibiotika in Kombination mit verkürzter oder abgebrochener Einnahme durch die Patienten führt zur Problematik der Resistenzentwicklung. Keime, die - wie der Methicilin resistente Staphylococcus Aureus (MRSA) - kaum noch auf vorhandene Medikamente reagieren, breiten sich so aus. Vor allem in Krankenhäusern stellen sie für alle Patienten ein Behandlungsproblem dar. Doch auch sehr viele Arzneimittel bei chronischen Krankheiten werden von den Patienten zwar bezogen und damit den Kassen in Rechnung gestellt, aber dann nicht nach Plan eingenommen.

Empfehlung

Um unnötige Kosten durch angebrochene Medikamente, falsche Einnahme und daraus folgenden unerwünschten Wirkungen zu vermeiden, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt, Apotheker und Patient wichtig.

Vor allem wenn Patienten mehrere Präparate gleichzeitig einnehmen, sollte es selbstverständlich sein, dass den Patienten von den behandelnden Ärzten Medikamentenlisten mit klaren Einnahmeschemata erstellt werden. Der eigenverantwortliche Patient kann dann diese Liste bei anderen behandelnden Ärzten vorlegen. Die behandelnden Ärzte und die abgebenden Apotheker sollten für die regelmäßige Überprüfung von Nebenwirkungen zwischen Präparaten zuständig sein. Teilweise kontrollieren Apotheker dies bereits heute mittels einer Kundenkartei. Dies sollte Ärzten klarer vor Augen stehen, da sie letztlich bei Rückfragen den Patient nach seinem Apotheker fragen könnten und dort die hinterlegte Liste der Medikation erfragen könnten. Der Arzt hätte Gewissheit über den Namen und die Dosis der eingenommenen Medikation.

Eine gute Zusammenarbeit beinhaltet auch, dass ein Anruf eines Apothekers beim verschreibenden Arzt, um Dosierungen abzuklären, auf Interaktionen oder Kontraindikationen hinzuweisen, nicht als Anmaßung aufgefasst wird, sondern als Angebot zur Zusammenarbeit. In den Krankenhäusern wäre das irländische Modell sehr hilfreich, bei dem Apotheker der Krankenhausapotheke die Stationen besuchen und Medikamentenkombinationen auf Zulässigkeit überprüfen.

⁵ Hartmut Volk: Die Kunst, Probleme zu nutzen, Pharmazeutische Zeitung 1 (2011), 38, <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=36394&type=0>, Abrufdatum 10.07.2011.

Würde dieses System in Universitätskliniken mehr ausgebaut werden, könnten sich hier auch die angehenden Mediziner mit den späteren niedergelassenen Ärzten, die kollegiale Arbeit mit den Apothekern lernen. Mehrfache Kontrolle und geteilte Verantwortung dienen der Absicherung sowie der Erleichterung der Arbeit und sind zur Optimierung der Behandlung dringend notwendig.

4. Die Gesellschaft als Teil des Gesundheitswesens

Die Gesellschaft ist ein wichtiger Teil des Gesundheitswesens, da sie alle Bürger, krank und gesund, umfasst. Betrachtet man das Gesundheitswesen aus der Sicht einer Solidargemeinschaft, ergeben sich drei wesentliche Ansatzpunkte, um allgemeine Kosten zu tragen:

Erstens lassen sich Kosten in der Gesundheitsversorgung am einfachsten dadurch vermeiden, dass Krankheiten am Entstehen gehindert werden. Gesunde Bürger sollten demnach möglichst gesund bleiben. Dies ist der Aspekt der Prävention, der im ersten Teil des nachfolgenden Textes beschrieben werden soll.

Zweitens trägt jeder einzelne die Verantwortung für seinen Teil am gesamten Gesundheitssystem und hat mit seiner Gesundheit indirekt Einfluss auf die Gesundheit anderer. Lebt ein Bürger gesund, entstehen weniger Kosten, die andere tragen müssen. Der Aspekt des eigenen Verhaltens wird im zweiten Teil diskutiert.

Aus dieser Verantwortung heraus ergibt sich zuletzt auch, dass der einzelne Bürger sich überlegen sollte, wie er mit dieser Verantwortung umgeht und wie begrenzte Mittel für alle gut verteilt werden können. Es geht dabei um die Frage der Priorisierung in der Medizin, die im dritten Teil erörtert wird.

4.1 Prävention

Schätzungen zufolge könnten mehrere Milliarden Euro im Gesundheitssystem durch Prävention eingespart werden.⁶ Man unterscheidet Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention. Besonders auf die Primär- und Sekundärprävention soll hier eingegangen werden.

Am wichtigsten ist die Primärprävention. Der Ansatz der Primärprävention liegt in der Vorbeugung von Krankheiten. Darunter fallen gesunde Ernährung, Sport und ausreichend Schlaf als wesentliche Bausteine für ein gesundes Leben. Verantwortungsvolles Handeln im Sinne der Primärprävention ist z.B. in einer Schwangerschaft wichtig. Das Verhalten der werdenden Mutter hat Einfluss auf die Gesundheit des Kindes. Rauchen, Alkoholkonsum, falsche Ernährung oder Gewichtszunahme können einem heranwachsenden Kind schaden und Krankheiten provozieren. Auch wenn die Schwangere Infektionen ausgesetzt ist, kann dies zu einer Frühgeburt und daraus folgenden Risiken und Beeinträchtigungen führen. Deswegen sind Impfungen gegen Infektionen eine Maßnahme der Primärprävention.

⁶ Rainer Riedel: *Einsparung durch Vorbeugung*, Berichte der Rheinischen Fachhochschule Köln, 15.12.2009, http://www.rfh-koeln.de/e497/e1221/e3778/e3780/index_ger.html, Abrufdatum 02.06.2011.

Die Sekundärprävention versucht, Krankheiten so früh wie möglich zu erkennen, um weitere Schäden zu vermeiden. Der Gesundheitscheck ab 35 ist eine Maßnahme der Sekundärprävention.

Unter das Thema Prävention fällt auch die Verschreibung von Medikamenten bei koronarer Herzkrankheit. Häufig werden hier Statine verschrieben. Statine senken die Blutfettwerte um ca. 10 % und können einen positiven Einfluss auf die Reduktion von Herzinfarkt und Schlaganfällen bei Patienten mit Beschwerden bei koronarer Herzkrankheit haben.⁷

In Deutschland nehmen täglich über drei Millionen Menschen Statine ein.⁸ Viele von ihnen haben aber nur zu hohe Blutfettwerte ohne an einer koronaren Herzkrankheit zu leiden.⁹ Ein Nutzen der Einnahme von Statinen ist hier nicht klar bewiesen. Zugleich bekommen diese Patienten Tabletten verschrieben, ohne eine Umstellung ihrer Lebensweise vorzunehmen. Viel zu selten wird darauf hingewiesen, dass Sport eine Reduktion der Triglyceride, also der Blutfette, von bis zu 50 % erreichen kann. Das Ausmaß der Veränderung hängt vom Umfang der Bewegung ab. Vier- bis fünf Stunden zügiges Spaziergehen wöchentlich ist hierbei bereits effektiv.¹⁰

Empfehlung

Eine frühestmögliche Prävention, die das Verständnis und die Umsetzung von gesundem Leben ermöglicht, ist entscheidend, um Krankheiten vorzubeugen. Präventionsmaßnahmen sollten ausgebaut werden. Entscheidend bei solchen Maßnahmen ist aber, den richtigen Ton und die richtige Vorgehensweise zu treffen, um die Bevölkerung zu erreichen.

Dabei kann es vorteilhaft sein, für die Prävention regionale Strukturen zu nutzen. Ein Beispiel ist die Stadt Erlangen, die mit dem vor einigen Jahren gegründeten Projekt „Leben in Balance – Gesundheit Erlangen“ viele Menschen der Stadt erreicht hat. Dieses Projekt bot den Bürgern eine Vielzahl an Kursen, Projekttagen und Informationsveranstaltungen an, die das Bewusstsein für Gesundheit der Menschen fördern sollte. Die Vorteile von solchen Projekten gegenüber bundesweit angelegten Offensiven sind die lokale Nähe zu den Bürgern und die direkte Ansprache sowie eine überschaubare Zielgruppe, in der auch auf individuellere Probleme eingegangen werden kann. Ein individuelles Ansprechen des Einzelnen könnte zum Beispiel häufiger durch Projekttag und Veranstaltungen in örtlichen Vereinen realisiert werden. Von Freunden und Bekannten auf gesundheitsschädigende Verhaltensweisen aufmerksam gemacht zu werden, setzt wahrscheinlich mehr selbstkritische Gedanken in Gang, als ein Plakat einer bundesweiten Kampagne, das für mehr Bewegung wirbt.

Präventionsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen sollten gleichzeitig gezielt ausgebaut werden. Allerdings sollte auch hier nicht nur einmalige Aufklärung über eine gesunde Lebensweise erfolgen, sondern auch die Umsetzung des Gelernten regelmäßig eingefordert werden. In diesem Zusammenhang sollte auch dem Schulsport eine größere Bedeutung beigemessen werden. Er kann der Ausgangspunkt zu eigener sportlicher Betätigung sein,

⁷ Fiona Taylor et al: Statins for the primary prevention of cardiovascular disease, The Cochrane library, 2011, Issue 5.

⁸ Lea Wolz: Forscher warnen vor dem schnellen Griff zu Pillen, stern.de, 19.01.2011, <http://www.stern.de/gesundheit/cholesterinsenker-forscher-warnen-vor-dem-schnellen-griff-zu-pillen-1645058.html>, Abrufdatum 02.06.2011.

⁹ Fiona Taylor et al: Statins for the primary prevention of cardiovascular disease, The Cochrane library, 2011, Issue 5.

¹⁰ Christina Hohmann-Jeddi: Blutfette richtig senken, Pharmazeutische Zeitung online, <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=37929>, Abrufdatum 02.06.2011.

wenn er beispielsweise verschiedene Sportarten und damit ein breites Angebot für Bewegung vorstellt.

Nicht nur für Kinder und Jugendliche ist Bewegung essentiell, sondern auch für Patienten. Eine konsequente Anbindung von Risikopatienten an ein Sportprogramm wäre sinnvoller als eine sofortige Verschreibung von Statinen. Denn nicht nur die Blutfettwerte würden sinken, sondern insgesamt steigen durch Bewegung die körperliche Fitness und das körperliche und seelische Wohlbefinden des Patienten. Sport wirkt somit auch präventiv gegen Depressionen.¹¹

4.2 Das Handeln des Einzelnen gegenüber der Solidargemeinschaft

Einem kranken Menschen wird ein Sonderstatus eingeräumt. Er wird ärztlich behandelt und alles wird daran gesetzt, dass er gesund werden kann, wenn die Diagnose dies erlaubt. Wichtig ist, dass es Rahmenbedingungen gibt, die ihm ein Gesundwerden ermöglichen.

Zugleich aber gibt es Erwartungen an den Patienten.

Er sollte gesund werden *wollen*. Eine aktive Zusammenarbeit im Sinne eines eigenen Einbringens und des Interesses für den Heilungsprozess wird gefordert. Vor allem bei Erkrankungen wie Diabetes oder einer koronaren Herzkrankheit bedeutet dies, Risikofaktoren zu vermeiden. Dazu gehört das Rauchen, zu wenig Bewegung und eine einseitige Ernährung. Zugleich wird daraus auch klar, dass eine Mentalität, die vom Gesundheitssystem den größtmöglichen Einsatz fordert, ohne selbst etwas beizusteuern, abzulehnen ist. Eine sog. „Nehmer-Mentalität“ ist immer wieder festzustellen. Dabei wird von Seiten der Patienten häufig mit den eigenen gezahlten hohen Versicherungssummen argumentiert, die erhöhte Ausgaben und die unterlassene Eigeninitiative im Heilungsprozess rechtfertigen sollen.

Dieses Argument greift aber in einem Gesundheitssystem auf solidarischer Basis nicht. Der Patient sollte sich darüber bewusst werden, dass mit den eigenen gezahlten Beträgen Behandlungskosten von anderen Patienten mitfinanziert werden. Zugleich bedeutet dies auch, dass es im Falle der eigenen Krankheit andere gibt, die Kosten tragen, die man selbst nicht zahlen kann.

An zwei Beispielen, die während des Studiums erlebt worden sind, soll dies näher ausgeführt werden: Ein junger Patient, der eine stark eitrige Mittelohrentzündung hat, bekommt vom Arzt ein für den Behandlungserfolg dringend benötigtes Antibiotikum verschrieben. Der Arzt erklärt die Notwendigkeit des Antibiotikums zur Erhaltung der Hörfähigkeit ausführlich. Dennoch nimmt der Patient das Antibiotikum nicht ein. Auf Nachfrage warum, kann er keine klare Antwort geben und sagt, es sei ihm nicht so wichtig. Dennoch sucht er den Arzt stattdessen immer wieder mit erneuten Beschwerden auf. So produziert er unnötige Kosten bei jedem Arztbesuch, die die Solidargemeinschaft tragen muss, weil er scheinbar nicht an einem schnellen Erfolg der Behandlung interessiert ist.

Das andere Beispiel bezieht sich auf einen langjährigen Raucher, der an einem Kehlkopfkrebs leidet. Der Krebs wird erkannt und er bekommt eine intensive medizinische Versorgung mit Bildgebung, Strahlentherapie und intensiver Betreuung. Er überlebt den Kehlkopfkrebs und die gute medizinische Versorgung hat es auch ermöglicht, dass er seine Stimme nicht verloren

¹¹ Kai Schubert: Mit Sport gegen Depressionen, Bayern online, 26.07.2010, <http://www.br-online.de/bayerisches-fernsehen/gesundheit/sport-bei-krankheiten-DID1244471373576/gesundheit-seele-depressionen-sport-ID1244450573276.xml>, Abrufdatum 02.06.2011.

hat. Der Patient aber hört nicht auf zu Rauchen und nimmt billigend in Kauf, dass er eine erneute, kostenintensive, medizinische Betreuung brauchen wird, die eigentlich überflüssig wäre, wenn er seiner Verantwortung seiner eigenen Gesundheit und seiner Verantwortung gegenüber der Solidargemeinschaft nachkommen würde.

Selbstverständlich ist es wichtig, nach den Gründen für das dargelegte Verhalten zu fragen und Lösungen gemeinsam mit dem Patienten zu erarbeiten. Der Patient sollte aber auch an einer Änderung seines Verhaltens interessiert sein.

Empfehlung

Für ein selbstverantwortliches Handeln kann es wichtig sein, dass Patienten ihre Arztrechnung sehen und verstehen, dass andere für sie mitbezahlen. Der Patient kann wesentlich helfen, die Kosten des Gesundheitssystems gering zu halten, wenn er selbst darum bemüht ist, nicht nur gesund zu werden, sondern sich vor allem gesund zu halten, etwa durch Sport, gesunde Ernährung und ausreichend Schlaf. Jeder hat dieses schon gehört, nur handeln Wenige langfristig danach.

Für das Fortbestehen des Gesundheitswesens ist das Bewusstsein des Einzelnen entscheidend, Teil einer Solidargemeinschaft zu sein und damit verantwortungsvoll zu handeln.

4.3 Priorisierung in der Medizin

Derzeit garantiert das Gesundheitswesen in Deutschland jedem die bestmögliche Therapie zukommen zu lassen. Dies wird mit der sich verändernden gesellschaftlichen Altersstruktur immer stärker ein Finanzierungsproblem werden. Dieser Entwicklung kann man durch zwei Handlungsweisen entgegenwirken.

Erstens: Der Einzelne überlegt sich, ob er immer die beste Technik haben will und zahlt dafür auch mehr. Die zweite Möglichkeit ist anspruchsvoller. Sie erfordert die Auseinandersetzung der Gesellschaft mit der zukünftigen Ressourcenknappheit: Die Gesellschaft legt gewünschte Prioritäten bei einzelnen Behandlungsentscheidungen fest und die Ärzte handeln danach. Dies entspricht einer sogenannten Priorisierung, die nicht mit Rationierung gleichzusetzen ist. Es geht vielmehr um „einen Ordnungsrahmen im Hinblick auf hohe und niedrige Prioritäten in der medizinischen Versorgung“.¹² Priorisierung kann die Grundlage für eine Rationierung sein. Die Zentrale Ethikkommission (ZEKO) in Deutschland hat 2007 Stellung zu einer möglichen Priorisierung in Deutschland genommen und sie folgendermaßen definiert:

„Die ZEKO versteht unter Priorisierung die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen. Ihr Gegenteil wird mit Posteriorisierung bezeichnet. Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer mehrstufigen Rangreihe. An deren oberen Ende steht, was nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsens als unverzichtbar bzw. wichtig erscheint, am Ende das, was wirkungslos ist bzw. mehr schadet als nützt. Nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen (d. h. Verknüpfungen bestimmter gesundheitlicher Problemlagen mit zu ihrer Lösung geeigneten Leistungen) können priorisiert werden.

¹² Eckhard Nagel: Trotz Reformen: Priorisierung bleibt auf der Tagesordnung, Marburger Bund Zeitung, 29.10.2010, 7.

Generell lässt sich – unscharf – eine „*vertikale*“ Priorisierung innerhalb eines abgegrenzten Versorgungsbereichs (z.B. Herzkrankheiten und ihre Versorgung) von einer „*horizontalen*“ (d.h. Priorisierung unterschiedlicher Krankheits- und Krankengruppen bzw. Versorgungsziele) unterscheiden.

Die Priorisierung medizinischer Leistungen und Indikationen ist nicht zu verwechseln mit ihrer tatsächlichen Rationierung, wenn hierunter das (vorübergehende oder dauerhafte) Vorenthalten medizinisch notwendiger oder wenigstens nützlicher Leistungen aus Knappheitsgründen verstanden wird. Priorisierung als solche führt nicht zwangsläufig zu Rationierung. *Explizite* Rationierungen erfolgen nach ausdrücklich festgelegten, allgemein verbindlichen Regeln und Kriterien oberhalb der Arzt-Patient-Beziehung. Eine gezielte, explizite Rationierung bietet die Möglichkeit, die vorhandenen Ressourcen gleichmäßig unter Sicherung vordringlicher Bedarfe zu verteilen. Bei *impliziten* Rationierungen entscheidet hingegen der Arzt oder eine andere Instanz im Einzelfall ohne feste Vorgaben oder nach ökonomischen Steuerungsmechanismen über die Zuteilung medizinischer Leistungen.¹³

Deutschland beschäftigt sich im internationalen Vergleich spät mit dieser Thematik. Bereits 1980 begannen in Ländern wie Schweden, Norwegen oder England öffentliche Diskussionen über Priorisierungen in der Medizin. Dabei sind die Herangehensweisen so unterschiedlich wie die eigentlichen Themen. Während Schweden sich beispielsweise mit einer Parlamentskommission dem Thema der Priorisierung gewidmet hat und Ärzte mit Politikern präzise Indikationen aus abgegrenzten Versorgungsbereichen, z.B. in der Kardiologie, priorisiert haben, geht es in England meist um einzelne diagnostische oder therapeutische Methoden. Gerade in England wurde die Prioritätensetzung früh mit der Rationierung identifiziert. Hier beurteilt das *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* auf der Grundlage der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz neue Methoden und Indikationen jeweils einzeln und unter ausdrücklicher Berücksichtigung ökonomischer Daten. Systematische Ansätze zu einer vertikalen oder horizontalen Priorisierung finden sich hier kaum.¹⁴

In der deutschen Politik ist dieser Gedanke noch nicht sehr stark diskutiert worden, ebenso wenig gibt es derzeit einen breit angelegten gesellschaftlichen Diskurs dazu.

Dies sollte sich ändern, da Priorisierung und Rationierung bereits Alltag in der Patientenversorgung in Deutschland sind. Dies geschieht aber nicht nach expliziten, öffentlich festgelegten Kriterien. So stellen Dr. Margit Schreier und Professor Dr. Adele Diederich von der Jacobs University Bremen im Rahmen ihrer Arbeiten in der Forschungsgruppe FOR 655 (s.unten) fest:

„Eine qualitative Befragung von Ärzten eines Krankenhauses ergab, dass z.B. nach Alter der Patienten und spezifischen Krankheiten priorisiert wird (z.B. polytraumatisierte Patienten, leukämische Erkrankungen, chemotherapeutisch zu Behandelnde, onkologische Patienten, Virushepatitis), was als patient dumping bezeichnet wird und unweigerlich eine Benachteiligung chronisch Kranker nach sich zieht, aber auch nach weitaus subtileren Verteilungskriterien wie sozialem Status, beruflicher Stellung, Bildung, Sympathie, Mitleid,

¹³ <http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.53>, Abrufdatum 28.5.2011.

¹⁴ Ebd.

Geschlecht, Redegewandtheit. Schließlich spielen auch ökonomische Faktoren wie Versicherungsstatus des Patienten und Refinanzierungsmöglichkeiten der Behandlungskosten eine Rolle bei der Priorisierung.¹⁵

Es ist also dringend notwendig, eine öffentliche Diskussion über Schwerpunktsetzungen in der medizinischen Versorgung zu beginnen.

Professor Eckhard Nagel am Universitätsklinikum Essen begründet dies so:

„Eine implizite Rationierung, wie wir sie heute haben, ist die ungerechteste und unsozialste Form der Leistungseinschränkung. Und diese bereits existierende Ressourcenknappheit wird von den Bürgern durchaus wahrgenommen, jedoch immer verbunden mit der Angst, dass zukünftig auch Notwendiges vorenthalten wird. Und genau das kann durch Priorisierung verhindert werden“¹⁶

Im öffentlichen Diskurs über eine Priorisierung müssen sozialrechtliche Grundlagen und verfassungsrechtliche Maßstäbe gewahrt werden, so z.B. die Menschenwürde, Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit oder auch die Berufsfreiheit des Arztes. Die ZEKO hat in ihrer Stellungnahme formale und inhaltliche Maßstäbe für eine Priorisierung vorgeschlagen.

Formale Kriterien sollen der Fairness eines Verfahrens dienen:

- *Transparenz*: Priorisierungen sollten nach klar erkennbaren Kriterien und öffentlich zugänglichen Verfahren erfolgen.
- *Begründung*: Jede Priorisierung sollte auf nachvollziehbaren Begründungen beruhen.
- *Evidenzbasierung*: Jeder Priorisierungsvorschlag sollte die verfügbare wissenschaftliche Evidenz wenigstens hinsichtlich Wirksamkeit, Nutzen- und Schadenpotentialen sowie Notwendigkeit der zu erwartenden Kosten der involvierten Leistungen berücksichtigen. Dies erfordert die Einbindung von Fachleuten verschiedener medizinischer und anderer Disziplinen.
- *Konsistenz*: Priorisierungsregeln und -kriterien sollten in allen Fällen gleichermaßen angewendet werden, so dass Patienten in vergleichbaren medizinischen Situationen gleich behandelt werden.
- *Legitimität*: Bindende Priorisierungsentscheidungen sollten durch demokratisch legitimierte Institutionen erfolgen.
- *Offenlegung und Ausgleich von Interessenkonflikten*: Priorisierungsverfahren und -entscheidungen sollten so geregelt sein, dass Interessenkonflikte offengelegt und die involvierten Interessen in einen angemessenen Ausgleich gebracht werden.
- *Wirksamer Rechtsschutz*: Patienten und Leistungserbringern, denen aufgrund von Priorisierungsentscheidungen Leistungen verwehrt werden, sollten Widerspruchs- und Klageverfahren zur Verfügung stehen.

¹⁵ Margrit Schreier/Adele Diederich: *Kriterien der Priorisierung: Praxis anderer Länder und erste Ergebnisse einer qualitativen Befragung in Deutschland*, FOR655, 14 (2008), 2.

¹⁶ Eckhard Nagel: *Trotz Reformen: Priorisierung bleibt auf der Tagesordnung*, Marburger Bund Zeitung, 29.10.2010, 7.

- *Regulierung:*
Durch freiwillige Selbstkontrolle oder staatliche Regulierung sollten diese Bedingungen einer gerechten Prioritätensetzung gesichert und umgesetzt werden.

Inhaltlich schlägt die ZEKO für eine Schwerpunktsetzung folgende drei Kriterien vor:

- Medizinische Bedürftigkeit: Schweregrad und Gefährlichkeit der Erkrankung, Dringlichkeit des Eingreifens
- Erwarteter medizinischer Nutzen
- Kosteneffektivität

Dabei sind *Grad* und *Konsistenz* der vorliegenden Evidenz zu Wirksamkeit, erwartetem Nutzen, Risiken und Kosten sowie die *Übertragbarkeit* ihrer Ergebnisse auf die aktuelle Versorgungssituation eines Landes oder einer Region zu berücksichtigen.¹⁷

Die ZEKO hat mit ihren Vorschlägen eine Grundlage für eine breite öffentliche Debatte gelegt. Vor allem in der Forschung wird nun an konkreten Beispielen versucht, Prioritätenlisten mit Hilfe der Bevölkerung zu entwickeln.

Seit 2007 fördert die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) die interdisziplinäre Forschungsgruppe FOR 655 mit Ärzten, Juristen, Ökonomen, Psychologen, Soziologen und Ethikern von zwölf verschiedenen Universitäten in Deutschland mit dem Ziel, zentrale Fragen der Priorisierung in der Medizin zu beantworten. „Muss die Ausweitung medizinischer Interventionsmöglichkeiten zunehmend Verzicht auf mögliche Eingriffe und Behandlungen nach sich ziehen, da niemals alles, was medizinisch möglich ist, auch gesellschaftlich finanziert werden kann? Wenn ja, sollen z. B. Kinder grundsätzlich Älteren gegenüber bevorzugt werden? Ist Prävention wichtiger als Versorgung? Soll die Allgemeinheit Luxustherapien für wenige Patienten mittragen?“

Drei Teilprojekte widmen sich folgendermaßen dem Thema:

- Teilprojekt A: Empirische Untersuchungen zur Priorisierung
- Teilprojekte B: Fragen zu Knappheit und Priorisierung bei spezifischen Krankheitsbildern
- Teilprojekte C: Theoretische Grundlagen der Priorisierung aus philosophischer, juristischer und ökonomischer Perspektive¹⁸

Groß angelegte Studien mit Befragungen von Patienten, Angehörigen, Ärzten, Pflegepersonal, unbeteiligten Bürgern und Kostenträgern werden beispielsweise durchgeführt. Dabei ist festzustellen, dass es eine Vielzahl von Priorisierungskriterien gibt, die von Befragten genannt und akzeptiert wurden. Aber es gibt Differenzen in der Prioritätensetzung zwischen den Gruppen.

Im Bayreuther Teilprojekt „Kriterien und Betroffenenpräferenz bei der Organallokation am Beispiel der Herz-, Leber- und Nierentransplantation“ aber wurden über alle Gruppen hinweg gleiche Kriterien bei Gewichtungsfaktoren bei der Vergabe von Organen betont. Die Priorisierung von Patienten mit einer geringen Restlebenserwartung ohne Transplantation

¹⁷ <http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.53>, Abrufdatum 28.5.2011.

¹⁸ http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=5&Itemid=3, Abrufdatum 23.05.2011.

gefolgt von dem Wunsch nach einer Bevorzugung jüngerer Menschen wurden als einheitliche Kriterien einer Organallokation genannt.¹⁹

Neben dieser breiten Diskussion kann aber auch im Kleinen immer wieder eine Priorisierung nach den Bedürfnissen des Patienten vorgenommen werden.

In der Therapie gilt es, ab einem gewissen Alter nicht unbedingt jeden Gesundheitsparameter medikamentös zu korrigieren. Hier kann eine Priorisierung der individuellen Beschwerden helfen zu entscheiden, was behandelt werden soll. Bei der Auswahl der Medikamente kann ein älterer Patient die in Anlehnung an Beers, einem amerikanischen Geriater, für Deutschland angepassten Priscus-Liste vom Januar 2011 zu Rate ziehen²⁰ oder seinen Arzt fragen, ob dies geschieht. Auf der Priscus-Liste stehen 83 Medikamente, die für alte Menschen potenziell gefährlich sind.

Empfehlung

Wichtig ist eine gesellschaftlich breit angelegte Debatte darüber, was sich das deutsche Gesundheitssystem leisten kann und soll.

Ein Diskurs, der von der Forschung ausgeht, sollte weiter gefördert werden, und die festgehaltenen Ergebnisse sollten die Grundlage für Leitlinien bilden.

Desweiteren sollte überlegt werden, welches Gremium über derartige Fragestellungen entscheiden soll. Oft wird hier der Gemeinsame Bundesausschuss vorgeschlagen, da dieser sich mit Therapiemöglichkeiten und Entscheidungen der Kostenübernahme auf Grundlage der vom IQWiG erstellten Gutachten befasst. Der G-BA besteht aus 13 stimmberechtigten Mitgliedern von Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der deutschen Krankenhausgesellschaft sowie drei unparteiischen Mitgliedern. Außerdem nehmen Vertreter der Patientenvereinigungen an den Sitzungen teil. Diese haben ein Antrags-, jedoch kein Stimmrecht im G-BA. Näheres dazu in Kapitel 1.

Der G-BA erscheint allerdings für Entscheidungen bei der Priorisierung insofern nicht geeignet, da keine Patienten, Ökonomen, Psychologen oder Juristen an den Entscheidungen beteiligt sind und somit keine breite gesellschaftliche Vertretung zur Diskussion aller ethischen Aspekte der Priorisierung gesichert ist.

Eher ist der Vorschlag der deutschen Ärzteschaft von 2006 zu begrüßen, einen zentralen Gesundheitsrat einzurichten, der Gesetzesvorschläge bzw. Leitlinien zur Priorisierung entwickeln könnte. Wichtig wäre eine interdisziplinäre Besetzung mit Ärzten, Juristen, Patienten, von Vertretern chronisch Kranker, Ethikern und Wissenschaftlern verschiedener Fachrichtungen. Dabei ist zu entscheiden, ob ein solches Gremium eine Berater- oder eine Entscheidungsfunktion haben soll.

Bei einer Entscheidungsfunktion könnte es wichtig sein für eine breite gesellschaftliche Zustimmung, dass dieses Gremium eine breite Zustimmung der Bevölkerung erhält. Dies wäre z.B. durch Wahlen der Gremiumsmitglieder denkbar, auch wenn die Umsetzung schwierig scheint. Des Weiteren könnten Patienten mehr eingebunden werden, wenn mehr Angebote von Bürgerforen entstehen würden. In diesen von ausgebildeten Mediatoren

¹⁹ Eckhard Nagel: Trotz Reformen: Priorisierung bleibt auf der Tagesordnung, Marburger Bund Zeitung, 29.10.2010, 7.

²⁰ <http://priscus.net/content.php?menuid=43&pos=7&sid=6b767430383534343036303031333032373734303430&kvt0854406001302774040=f5d6fb7ff19b35ea550e391a95a2d1ad>, Abrufdatum 23.05.2011.

geleiteten Gruppen können Bürger mit unterschiedlichem Wissensstand teilnehmen und sich anhand von Experteninterviews und Artikeln einer konkreten Fragestellung widmen, sich informieren, ihre Meinung dazu bilden und äußern.

Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen

Im Folgenden werden zentrale Empfehlungen des Gutachtens kurz zusammengefasst. Die folgenden Punkte stellen eine Auswahl dar und bilden *nicht* das gesamte Gutachten mit allen Empfehlungen ab.

Kapitel 1: Empfehlungen zur Struktur des Gesundheitswesens

1. Patientenvertreter sollten ein Stimmrecht im G-BA bekommen. Dies stellt bis jetzt die einzige Möglichkeit dar, Patienten in die Erstellung von Richtlinien zu Behandlungen einzubinden und kann auf Grund des fehlenden Stimmrechts nicht genutzt werden.
2. Rechnungen sollten auch für gesetzlich Versicherte offengelegt werden, um das Bewusstsein für die verursachten Kosten bei den Versicherten zu wecken.

Kapitel 2: Empfehlungen zu den Arzneimittelpreisen in Deutschland

Zur Entwicklung der Arzneimittelpreise

Insgesamt ist von einer kurzfristigen Senkung der relativen Arzneimittel-Ausgaben auszugehen, längerfristige Prognosen gestalten sich schwierig.

1. Die Ausweitung des für die Nutzenbewertung eines neuen Arzneimittels vorgesehenen Zeitrahmens sowie eine frühere und engere Einbindung des IQWiG erscheinen sinnvoll.
2. Eine Stärkung der Position der Krankenkassen im Rahmen der Rabattverhandlungen mit den Generikaherstellern, etwa durch Bildung von Einkaufsgemeinschaften, wäre denkbar.

Zur Einflussnahme der Pharmaindustrie

Eine verpflichtende Offenlegung von Honorarzahlen und sonstigen Zuwendungen von Seiten der Pharmaunternehmen sollte eingeführt werden, um etwaige Interessenskonflikte zu eruieren. Zudem wäre eine Ausweitung des Angebots von unabhängigen und neutralen Informationsquellen für Ärzte und Patienten wünschenswert.

Kapitel 3: Empfehlungen für die Lehre in der Medizin

1. Die Einführung eines deutschlandweiten Zentralabiturs würde die Vergleichbarkeit bei hochschulinternen Auswahlverfahren verbessern. Ein dreimonatiges betreutes Pflegepraktikum vor Studienbeginn könnte die Eignung zu menschlichem Handeln und das Empathievermögen von Studienanfängern testen und zugleich Abiturienten mit schlechterem Abiturschnitt einen Zugang zum Studium ermöglichen.
2. Der Praxisbezug in Kleingruppen und die Interdisziplinarität von Vorlesungen sollte verbessert werden.

Kapitel 4: Empfehlungen für Verbesserungen der Arbeitsbedingungen von Ärzten in Kliniken und Praxen

Verbesserung der Attraktivität des Berufsbildes des Hausarztes

1. Derzeitige Hausärzte müssen zufriedener werden, um die Attraktivität des Hausarztberufes zu vermitteln. Dazu sollten vor allem eine bessere Regelung der Nachtdienste durch Vernetzung von Praxen untereinander und abgesprochenen Dienstplänen mit den Krankenhäusern in strukturschwachen Gebieten etabliert werden. Ebenso wäre ein Engagement der Kommunen wichtig. Zum Beispiel durch das Zurverfügungstellen von Praxisräumlichkeiten, Organisation von Schulbussen, kostenloser Einrichtung von Praxen.
2. Eine Neustrukturierung der Vergütung von Scheinen im niedergelassenen Bereich ist wichtig. Fachärzte und Niedergelassene sollten das Gleiche für die gleiche Leistung bekommen.

Arbeitssituation im Krankenhaus

Arbeitssituation auf Stationen:

1. Investitionen zur Entlastung der allgemeinen Arbeitssituation sind entscheidend, um eine gute Krankenversorgung zu ermöglichen. Zusätzliche Pflegekräfte sowie die Einführung von stimmerkennenden Diktiergeräten bei der Behandlungsdokumentation könnten zur Entlastung von Ärzten und Pflegepersonal beitragen. Das Geld für zusätzliche Stellen könnte durch Einsparungen bei verbesserten Arbeitsabläufen erzielt werden.
2. Für eine bessere Koordination von Behandlungsabläufen auf Station wäre die Einführung eines Koordinators für die Strukturierung, Planung und Koordination der Arbeitsprozesse von Ärzten, Pflegern etc. sehr wichtig. Eine frühzeitige, sinnvolle Entlassplanung sowie die Realisierung von Patientenwünschen wäre damit möglich. Zugleich würden Absprachen und Übergaben im größeren Team und damit der Informationsgewinn für Ärzte organisierbar.
3. Um eine bessere Kommunikation im zwischen Pflege und Ärzten zu realisieren, ist eine Schulung der Kommunikation zur Prozessoptimierung wichtig. Zugleich wäre der Abbau von Ständevorurteilen zwischen Ärzten und Schwestern für eine bessere Behandlung von Patienten essentiell. Diese müsste bereits im Studium trainiert werden.

Forschung:

Um Feierabendforschung zu verhindern, soll der forschende Arzt die Möglichkeit bekommen, seine Arbeitszeit in Absprache mit seinem Behandlungsteam flexibel gestalten zu können.

Frauen im Arztberuf

Die meisten Ärztinnen wollen Beruf und Familie vereinbaren. Um gut ausgebildeten Ärztinnen ihre Lebensplanung zu ermöglichen, wäre es wichtig, dass

1. sie durch positive Signale von Klinik- und Institutsdirektoren in Form von Möglichkeiten zur flexibler Teilzeittätigkeit - trotz Kindern - eine anspruchsvolle Karriere verfolgen können. Damit würden positive Rollenmodelle von Ärztinnen mit Kindern als Orientierungsmöglichkeit für nachfolgende Generationen entstehen.
2. sie Angebote zur Kinderbetreuung nutzen können, die den teilweise unregelmäßigen Arbeitszeiten in der klinischen Medizin angepasst sind.

Führungskräfte:

1. Führungskräfte sollten die Möglichkeit einer Unterstützung bei betriebswirtschaftlichen Aufgaben zur Leitung einer Klinik durch eine dafür ausgebildete Fachkraft bekommen.
2. Mehr Kontrolle der Verwaltung, durch eine vom Land und Chefärzten unabhängige Instanz, wäre wichtig, um Streitigkeiten in Budgetzuweisungen von persönlichen Beziehungen unabhängig zu machen.

Entlohnung

Bei Budgetverhandlungen von Kliniken mit Krankenkassen sollten Gehaltssteigerung von Ärzten und Pflegeern im Sinne einer realen Kostensteigerung mitberücksichtigt werden, damit der Arzt nicht in den Konflikt gerät, eigene Gehaltssteigerungen indirekt mit weniger Kostenspielraum bei Behandlungen der Patienten bezahlen zu müssen.

Kapitel 5: Empfehlung zum Thema „Der Patient und die Gesellschaft als Teil des Gesundheitssystems“

Arzt-Patienten-Beziehung

1. Eine höhere Vergütung von gezielten Gesprächssituationen wie der Anamnese und der Aufklärung über Medikamenteneinnahme, würde unnötige apparative Diagnostik und Fehler bei der Medikamenteneinnahme verhindern.
2. Eine stärkere Vernetzung von behandelnden Ärzten würde zu einer besseren Behandlung von Patienten führen. Derzeit ist eine Vernetzung von Psychologen, Sozialarbeitern und der Seelsorge im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung von Patienten vor allem auf Palliativ-, Geburt- und Onkologiestationen durchgesetzt.

Erwartungen an den Apotheker

1. Ein wichtiger Schritt zur Vermeidung von Fehlmedikationen und übersehener Interaktionen von Medikamenten, vor allem bei mehreren gleichzeitig eingenommenen Präparaten, wäre eine sehr enge Absprache zwischen Apothekern und Ärzten. Klare, bei einem Apotheker hinterlegte, vom Arzt erstellte Einnahmeschemata und wiederholte Nachprüfungen durch den Apotheker könnten diese Zusammenarbeit ausmachen.
2. In Krankenhäusern wäre eine Stärkung der Krankenhausapotheken in Verbindung mit einer verstärkten Kontrolle von Einnahmeschemata auf Stationen wünschenswert, um unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden. Zugleich würde so die Zusammenarbeit von künftigen Ärzten mit Apothekern trainiert werden.

Gesellschaft als Teil des Gesundheitswesens

Prävention

Der Ausbau von Präventionsmaßnahmen, die den Bürger persönlich ansprechen, und die Vermeidung von Plakatkampagnen sind wichtig. So ist beispielsweise eine stärkere Anbindung von gefäßkranken Patienten an Sportprogramme vor bzw. verbunden mit einer Statingabe sehr wichtig, da nur die Umstellung der Lebensweise die Blutwerte nachhaltig verändern kann.

Patient

Die Verhaltensänderung und das Bewusstsein des Patienten ,selbst etwas für seine Gesundheit tun zu können, zu wollen und zugleich sich selbst als Teil einer Solidargemeinschaft zu sehen, wären wichtige Schritte, um Kosten im Gesundheitssystem zu senken.

Priorisierung:

1. Die Etablierung einer durch die Forschung geführten gesellschaftlichen Diskussion über die Ziele der Gesundheitsversorgung und deren Grenzen wird in den nächsten Jahren unumgänglich sein.
2. Die Schaffung eines Gremiums wie z.B. eines Gesundheitsrates mit interdisziplinärer Besetzung (Ärzte, Psychologen, Ethiker, Juristen etc.) und ggf. der Möglichkeit, dieses Gremium von Bürgern wählen zu lassen, würde den Prozess einer Diskussion über die Priorisierung in der Medizin vorantreiben. Dabei entstehende Leitlinien könnten Ärzten und Patienten Sicherheit bei bestimmten Behandlungsentscheidungen geben, da eine implizite Priorisierung auf diese Weise unterbunden würde.

Schlusswort

Verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens wurden in diesem Gutachten analysiert. Dabei konnten wir feststellen, dass eine sehr gute fachliche Kompetenz des medizinischen Personals, eine im internationalen Vergleich hohe medizinische Versorgungsqualität, der Wille der Gesellschaft zur Prävention, die Motivation der vielen Mitarbeiter im Gesundheitssystem und der Wunsch zahlreicher Abiturienten, Medizin zu studieren, das deutsche Gesundheitssystem auszeichnen. Eine komplette Neuorganisation des deutschen Gesundheitswesens scheint weder umsetzbar noch notwendig. Vielmehr müssen Probleme, die sich aus dem Zwang zum ökonomischen Arbeiten bei steigenden Ausgaben und sinkenden Einnahmen in der Behandlung von Patienten ergeben, gezielt gelöst werden.

Es ist ersichtlich geworden, dass flächendeckende Kürzungen und Einsparungen nicht das langfristige Ziel sein sollten. Vielmehr sind gezielte Investitionen und zugleich Einsparungen nötig, um Effizienz und Nachhaltigkeit gleichermaßen zu garantieren. So kann eine objektive und nutzenorientierte Bewertung von Arzneimitteln sowohl zur Qualität als auch zur Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen beitragen. Zugleich sollten Rationalisierungsprozesse, wie das Einsetzen eines Koordinators für Stationsabläufe, gestärkt werden. Dadurch wird eine gute Arbeitssituation für Ärzte und Pfleger möglich, die zu weniger Fehlern in der Behandlung von Patienten führt.

Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Ärzten und Pflegern erscheint uns zentral für die Qualität der Behandlungen im deutschen Gesundheitswesen. Diese ist eher anzustreben als eine höhere Vergütung. Verbesserte, flexible Arbeitsbedingungen, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen, verhindern die Abwanderung gut ausgebildeter deutscher Ärzte ins Ausland bzw. in andere Tätigkeitsfelder. Zugleich sollte eine zentrierte, praxisnahe Ausbildung mehr und mehr den Standard in der Lehre des Medizinstudiums bilden, um weiterhin eine Gesundheitsversorgung durch fachlich kompetente Ärzten zu erhalten.

Erst wenn Rationalisierungsprozesse ausgeschöpft sind, dürfen Rationierungen folgen. Noch sind nicht alle Einsparmöglichkeiten durch Rationalisierung erreicht. Erste Priorisierungen erfolgen aber bereits in der Behandlung von Patienten nach willkürlichen Mustern, sodass es dringend an der Zeit ist, wohldurchdachte, ethisch und auch medizinisch vertretbare Handlungsempfehlungen zu erstellen und dann die Frage nach der Rationierung zu stellen. Dazu bedarf es einer fachlich fundierten gesellschaftlichen Diskussion über Priorisierung in der Medizin. Die Handlungsleitlinien, die von der Zentralen Ethikkommission ausgegeben worden sind, können hierfür genutzt werden und die Basis für Entscheidungen eines zentralen Gesundheitsrates sein.

Oft wird im Hinblick auf eine Bezahlbarkeit von steigenden Kosten eine Umstrukturierung des Versicherungssystems gefordert. Wir konnten in unserem Gutachten zeigen, dass es zahlreiche weitere Möglichkeiten gibt, das Gesundheitswesen im Sinne einer Verbindung von Bezahlbarkeit sowie medizinisch indizierter und erfolgreicher Behandlung zu verändern.

Wir haben einzelne Punkte aufgezeigt, die Verbesserungen beinhalten. Wir hoffen darüber hinaus, dass der Leser mehr über das Gesundheitssystem und seine Zusammenhänge erfahren konnte und versteht, dass er selbst ein Teil des Gesundheitssystems ist. Jeder einzelne Bürger ist für seine eigene Gesundheit gegenüber sich selbst und der Solidargemeinschaft verantwortlich. Mit dieser Verantwortung trägt jeder Einzelne zur Zukunft des deutschen Gesundheitssystems bei.

Wir hoffen, dass wir durch unsere Projektarbeit einen Beitrag zu diesem Verständnis leisten konnten.

Felix Behr, Béatrice Bieber, Alexander Böhner, Siwanto Schiefenhövel und Ann-Kathrin Straub

Danksagungen

Die Realisierung dieser Projektarbeit wäre nicht ohne die Hilfe anderer möglich gewesen. Bedanken möchten wir uns bei ...

... unserem Mentor Herrn Professor Dr. Dr. h.c. Paul Gerhardt. Seine Motivation, seine inhaltlichen Anregungen, seine Hilfe bei der Suche von nützlichen Quellen und Interviewpartnern, seine konstruktive Kritik sowie seine Erfahrung haben unsere Arbeit sehr bereichert, vorangebracht und eine angenehme Zusammenarbeit ermöglicht. An dieser Stelle sei auch der Gastfreundschaft von ihm und seiner Frau ganz herzlich gedankt!

... unserem Tutor Florian Henke. Seine Bereitschaft nach Dienstschluss den zahlreichen Treffen beizuwohnen, Texte zu lesen, inhaltlich immer wieder eine Fokussierung vorzunehmen und uns wertvolle Anregungen zu geben, hat ebenso wie Herr Professor Gerhardt unsere Arbeit wesentlich unterstützt.

... unseren Interviewpartnern:

Herrn Professor Dr. Dr. h.c. Reinhard Putz, emeritierter Professor für Anatomie der LMU München

Herrn Dr. Bernd Reiff, Facharzt für Allgemeinmedizin im Ruhestand

Herrn Wolfram-Arnim Candidus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten

Herrn Dipl.-Kfm. Andreas Holzner, stellvertretender Kaufmännischer Direktor des Klinikums Rechts der Isar

Danke für Ihre wertvolle Zeit und Ihre Auskunftsbereitschaft!

... Herrn Professor Dr. Dr. Thomas Bieber und Frau Dr. Kristina Bieber für ihre wertvollen inhaltlichen Anregungen und ihre investierte Zeit

... Herrn Bastian Zahn für seine Diskussionsbereitschaft, seine wertvollen inhaltlichen Anregungen und sein großes Engagement bei der Fertigstellung des Gutachtens

... Herrn Herbert Behr und Frau Gudrun Behr für ihre inhaltlichen und fachlichen Anregungen

... Herrn Dr. Gerhard Böhner und Frau Hannelore Böhner

... Herrn Klaus Straub und Frau Ute Straub

... unserer Projektgruppenleiterin Béatrice Bieber, deren Engagement, Disziplin und Motivation diese Projektarbeit erst ermöglicht haben.

Nicht zuletzt möchten wir uns bei der Jungen Akademie und besonders bei Frau Rietz-Leiber für die finanzielle Unterstützung unserer Projektarbeit bedanken

Portrait



Felix Behr,
Student der Molekularen Biotechnologie
im 6. Semester an der TU München



Béatrice Bieber,
Projektgruppenleiterin und Studentin der Humanmedizin
im 8. Semester an der TU München



Alexander Böhner,
Student der Humanmedizin
im 8. Semester an der TU München



Ann- Kathrin Straub,
Studentin der Physik
im 6. Semester an der TU München



Siwanto Schwiefenhövel,
Studentin der Humanmedizin
im 8. Semester an der TU München

