

RPG

Band 24 | Heft 1 | 2015

1 | 2015

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

■ **Wissenschaftspreis**
**Strafrechtliche Grenzen der
Rationierung medizinischer Leistungen**

■ **Wettbewerb und korporatistisches
System im Gesundheitswesen**

**Korporatismus: Idee, Umsetzung und
Handlungsbedarf aus rechtlicher Sicht**

**Müssen ambulante und stationäre
Versorgung weiterhin vor dem
jeweils Anderen geschützt werden?**

■ **Die Zukunft der Gesundheitsversorgung
im ländlichen Raum**
**Medizinische Versorgung zukunftssicher
gestalten**

HERAUSGEBER

V. Ulrich
G. Marckmann,
J. Taupitz
E. Wille
S. Moser
J. Stoschek (Schriftleiter)

MITHERAUSGEBER

S. Böhm
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
K. Maag
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
K. Schulz-Asche
A. Tecklenburg
J. Zerth

Autoren des Heftes

Anne Streng-Baunemann
Stefan Huster
Andreas Gassen
Hans-Joachim Helmig

PLANIMED

GRPG

GESELLSCHAFT FÜR RECHT UND POLITIK
IM GESUNDHEITSWESEN E. V.

Editorial

Einnahmen und Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen seit Jahren kontinuierlich. In diesem Jahr wird die GKV wohl rund 200 Milliarden Euro für die medizinische Versorgung ihrer Versicherten ausgeben. Das ist zwar unvorstellbar viel Geld und dennoch eine begrenzte Summe. Auch im Gesundheitswesen geht es um den Einsatz knapper Mittel mit dem Ziel einen größtmöglichen Nutzen zu stiften. Nicht zuletzt deshalb steht immer wieder auch die Frage einer Rationierung und die Herausnahme medizinisch sinnvoller Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV im Raum.

Eine wie auch immer geartete Rationierung – oder besser Priorisierung – medizinischer Leistungen hat viele Facetten. Dass dabei auch das Strafrecht eine Rolle spielen könnte, ist bislang weniger beachtet worden. Die Preisträgerin des 19. Wissenschaftspreises der GRPG Dr. Anne Streng-Baunemann hat sich in Ihrer Dissertation ausführlich mit den verfassungsrechtlichen Grenzen einer Rationierung medizinischer Leistungen und den strafrechtlichen Folgeproblemen auseinandergesetzt. Eine Zusammenfassung der Arbeit finden Sie in diesem Heft.

Bevor jedoch Rationierung erwogen wird, sind die Akteure im Gesundheitswesen aufgerufen, Rationalisierungspotenziale auszuschöpfen. Mehr Wettbewerb galt lange Zeit als ein probates Mittel. Inzwischen schlägt das Pendel wieder in die andere Richtung. Was das für die aktuellen Diskussionen bedeutet, wurde bei einem Symposium der GRPG Mitte Januar in Berlin erörtert. Beiträge dazu finden Sie ebenfalls in diesem Heft.

Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

Wissenschaftspreis

Strafrechtliche Grenzen der Rationierung medizinischer Leistungen

Anne Streng-Baunemann 1

Wettbewerb und korporatistisches System im Gesundheitswesen

Korporatismus: Idee, Umsetzung und Handlungsbedarf aus rechtlicher Sicht

Stefan Huster 10

Wettbewerb und korporatistisches System im Gesundheitswesen

Müssen ambulante und stationäre Versorgung weiterhin vor dem jeweils Anderen geschützt werden?

Andreas Gassen 14

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Medizinische Versorgung zukunftssicher gestalten

Hans-Joachim Helmig 18

Buchbesprechung

17

Mitteilungen der Gesellschaft

22. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposium

24

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2.500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein. Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich
Lehrstuhl VWL und Gesundheitsökonomie
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30, 95447 Bayreuth

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Universität München
Lessingstraße 2, 80336 München

Prof. Dr. iur. Jochen Taupitz
Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung
Universität Mannheim
Schloss Mittelbau West
68131 Mannheim

Prof. Dr. Eberhard Wille
Mitglied des Sachverständigenrates
Universität Mannheim
L7, 3–5,
68131 Mannheim

Dipl.-Ingenieurin Susanne Moser
Kederbacherstraße 42
81377 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

Mitherausgeber

S. Böhm
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
K. Maag
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
K. Schulz-Asche
A. Tecklenburg
J. Zerth

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2011 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation.
Holmblick 10
24857 Fahrndorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 • Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisliste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2014 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation.

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Anne Streng-Baunemann

Strafrechtliche Grenzen der Rationierung medizinischer Leistungen¹

Aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts ist es bereits mittelfristig unmöglich, jedem gesetzlich Versicherten eine solidarisch finanzierte medizinische Vollversorgung zur Verfügung zu stellen, weshalb es unumgänglich sein wird, auch medizinisch sinnvolle Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) herauszunehmen. Dieser Beitrag befasst sich schwerpunktmäßig mit den verfassungsrechtlichen Grenzen einer durch finanzielle Knappheit gebotenen Rationierung medizinischer Leistungen sowie mit den bislang kaum debattierten strafrechtlichen Folgeproblemen einer derartigen Entwicklung. Unter Berücksichtigung der Wertungen des Grundgesetzes sowie der Dogmatik des strafrechtlichen Lebensschutzes wird untersucht, welche strafrechtlichen Behandlungs- und Aufklärungspflichten einen Arzt im Hinblick auf medizinische Leistungen treffen, die durch die öffentliche Gesundheitsversorgung nicht mehr bereitgestellt werden.

1. Explizite Rationierung medizinischer Leistungen: Notwendigkeit und verfassungsrechtlicher Rahmen

Unter Gesundheitsökonomien² besteht Konsens, dass aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der Überalterung der Gesellschaft eine solidarisch finanzierte medizinische Vollversorgung,

wie sie die GKV heute ihren Versicherten bietet, schon mittelfristig nicht mehr finanzierbar sein wird. Daher dürfte der Gesetzgeber schon bald gezwungen sein, bestimmte medizinische Leistungen nicht mehr jedermann durch die öffentliche Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen und der privaten Absicherung zu überlassen, mithin eine sog. explizite Rationierung medizinischer Leistungen durchzuführen. In England ist die explizite Rationierung medizinischer Leistungen heute schon Realität. Dort werden etwa bestimmte teure Krebsmedikamente (z.B. Afinitor) durch das staatliche Gesundheitssystem nicht mehr finanziert.³ Es ist nicht auszuschließen, dass es dazu auch in Deutschland kommen wird. Zwar wird im Staatsrecht mehrheitlich ein – aus dem Grundrecht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG), der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) und dem

Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) abgeleitetes – Recht auf ein medizinisches Existenzminimum anerkannt⁴, welches jedem Bedürftigen eine medizinische Basisversorgung gegenüber dem Staat garantiert, innerhalb dessen es dem Staat untersagt ist medizinisch indizierte Leistungen nach den Kriterien Alter, Social Worth, Finanzkraft oder Selbstverschulden vorzuenthalten. Kosten-Nutzen-Erwägungen steht das Recht auf das medizinische Existenzminimum nach

1 Der Beitrag beruht auf der von Anne Franziska Streng-Baunemann verfassten Dissertation „Strafrechtliche Grenzen der Rationierung medizinischer Leistungen – Zugleich ein Beitrag zum ‚Dogma vom Höchstwert des menschlichen Lebens‘ und zum ‚Grundsatz vom Vorrang von Personenwerten vor Sachinteressen‘“. Die von Prof. Dr. Gerhard Dannecker (Universität Heidelberg) betreute Arbeit ist im Rahmen der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Forschergruppe FOR 655 „Priorisierung in der Medizin“ entstanden und wird demnächst im Verlag „Duncker und Humblot“ in der Reihe „Strafrechtliche Abhandlungen“ erscheinen.

2 Breyer, Bundesgesundheitsblatt 2012, 652 ff.; Felder, in: Schmitz-Luhn/Bohmeier, Priorisierung in der Medizin, S. 61 ff.; Wasem, Deutsches Ärzteblatt 105 (2008), A 439 f.

3 Keller, in: Die Zeit vom 20.01.2011, Dossier, S. 13 (15).

4 Siehe nur: S. Augsberg/I. Augsberg, AöR 132 (2007), 539 (556 ff.); Axer, in: Festschrift für Isensee, 2007, S. 965 ff.; Dettling, GesR 2006, 97 ff.; Ebsen, NDV 1997, 109 ff.; Heinig, Der Sozialstaat im Dienst der Freiheit, 2008, S. 446 ff.; Höfling/S. Augsberg, Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009), 45 ff.; Huster, DVBl. 2010, 1069 ff.; Isensee, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 93 (2004), 651 ff.; P. Kirchhof, MMW 140 (1998), 200 ff.; Ladeur/I. Augsberg, Funktion der Menschenwürde im Verfassungsstaat, 2008, S. 48 ff.; Lang, in: Epping/Hillgruber, GG, 2. Aufl. 2013, Art. 2, Rn. 82; Nettesheim, VerwArch 93 (2002), 315 ff.; Schmidt-Abmann, NJW 2004, 1689 ff.; Taupitz, in: Wolter et al., Einwirkungen der Grundrechte auf das Zivilrecht, Öffentliche Recht und das Strafrecht, 1999, S. 113 ff.

herrschender Meinung aber nicht entgegen⁵ und das wohl noch nicht einmal in Bezug auf Therapien bei lebensgefährlichen Erkrankungen⁶. Zwar hat das *Bundesverfassungsgericht* (*BVerfG*) im sog. „*Nikolaus-Beschluss*“ die Auffassung vertreten, dass es

„mit Art. 2 Abs. 1 GG (*Allgemeine Handlungsfreiheit*) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) und mit Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG (*Grundrecht auf Leben*) nicht vereinbar ist, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewendeten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht“⁷.

Jedoch ist hieraus nicht zwangsläufig der Schluss zu ziehen, dass Kosten-Nutzen-Erwägungen im Bereich der Therapie lebensbedrohlicher Erkrankungen auch mittel- und langfristig verfassungswidrig sein werden und daher in diesem sehr kostenträchtigen Bereich keine Leistungen vorenthalten werden dürfen.

5 Heinig, *Der Sozialstaat im Dienst der Freiheit*, 2008, S. 448 f.; Nettesheim, *VerwArch* 93 (2002), 315 (343 ff.); Schmidt-Aßmann, *NJW* 2004, 1689 (1691); Taupitz, in: Wolter et al., *Einwirkungen der Grundrechte auf das Zivilrecht, öffentliche Recht und Strafrecht*, 1999, S. 113 (128); einschränkend: Huster, *DVBl.* 2010, 1069 (1074 ff.).

6 I. Augsberg/S. Augsberg, *AöR* 132 (2007), 539 (561 f.); Heinig, *Der Sozialstaat im Dienst der Freiheit*, 2008, S. 448 f.; Huster, *JZ* 2006, 466 (467 f.); Ladeur/I. Augsberg, *Die Funktion der Menschenwürde im Verfassungsstaat*, 2008, S. 51 f.; Nettesheim, *VerwArch* 93 (2002), 315 (343 ff.); Schmidt-Aßmann, *NJW* 2004, 1689 (1691); Taupitz, in: Wolter et al., *Einwirkungen der Grundrechte auf das Zivilrecht, öffentliche Recht und Strafrecht*, 1999, S. 113 (128); einschränkend: Huster, *DVBl.* 2010, 1069 (1074 ff.).

7 *BVerfG NJW* 2006, 891.

Der im „*Nikolaus-Beschluss*“ zuerkannte Anspruch ist nicht zwingend als Anerkennung eines sehr weitverstandenen, versicherungssystemunabhängigen medizinischen Existenzminimums zu deuten⁸, welches Kosten-Nutzen-Abwägungen – jedenfalls im Bereich der lebenserhaltenden Therapien – zwingend entgegensteht. Vielmehr spricht einiges für die Interpretation, dass das *BVerfG* den „*Nikolaus-Beschluss*“ maßgeblich auf die Allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) und das durch dieses Grundrecht gebotene Verhältnis von Leistung und Gegenleistung in einer Zwangsversicherung wie der GKV gestützt hat und das Grundrecht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) nur zur Konkretisierung der medizinischen Leistungen herangezogen hat, die das vorgenannte (aus Art. 2 Abs. 1 GG abgeleitete) Verhältnis vor dem Hintergrund des heutigen Beitragsniveaus, der Zahl der heute GKV-Versicherten und der Menge und Qualität der heute verfügbaren Therapien gebietet. Unter Zugrundelegung dieser Deutung des „*Nikolaus-Beschlusses*“ hätte das *BVerfG* kein versicherungssystemunabhängiges medizinisches Existenzminimum anerkannt, sondern lediglich definiert, welche Leistungen in einem öffentlich-rechtlichen Pflichtversicherungssystem, wie der GKV, unter Zugrundelegung des aktuell gegebenen GKV-Einnahmen-Ausgaben-Verhältnisses angemessen sind⁹. Hierfür spricht, dass das *BVerfG* seine Ausführungen zu Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG (Grundrecht auf Leben) ausdrücklich auf die Konstellation bezogen hat, dass der Staat mit dem System der GKV Verantwortung für Leben und körperliche Unversehrtheit der

8 Axer, in: *Festschrift für Isensee*, 2007, S. 974 ff.; Dannecker/Streng, in: Schmitz-Luhn/Bohmeier, *Priorisierung in der Medizin*, 2013, S. 135 (142 ff.); Dettling, *GesR* 2006, 97 (106).

9 Dannecker/Streng, in: Schmitz-Luhn/Bohmeier, *Priorisierung in der Medizin*, 2013, S. 135 (142 ff.).

Versicherten übernommen hat.¹⁰ Zudem läge in der Anerkennung eines versicherungssystemunabhängigen medizinischen Existenzminimums ein radikaler Bruch mit der dem „*Nikolaus-Beschluss*“ vorangegangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung, nach der sich aus dem in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG garantierten Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gerade kein Anspruch gegen die Krankenversicherung auf Bereitstellung spezieller Gesundheitsleistungen ergibt¹¹. Diese Rechtsprechung hat das *BVerfG* im „*Nikolaus-Beschluss*“ sogar explizit in Bezug genommen und bestätigt¹². Auch wäre eine Interpretation des im „*Nikolaus-Beschluss*“ zuerkannten Anspruchs als versicherungssystemunabhängiges medizinisches Existenzminimum nur schwerlich mit dem „*Harz IV-Urteil*“ des *BVerfG*¹³ aus dem Jahr 2010 in Einklang zu bringen, worin das *BVerfG* – ohne sich vom „*Nikolaus-Beschluss*“ zu distanzieren – die im Schrifttum¹⁴ vorherrschende Meinung bestätigt hat, nach der sich aus Art. 1 Abs. 1 i. V. m. Art. 20 GG ein Anspruch auf ein Existenzminimum ergibt, das nicht zuletzt auch Gesundheitsleistungen umfasst und das zwar unverfügbar ist, dessen Maß aber keine konstante Größe darstellt, sondern durch den Gesetzgeber am jeweiligen Entwicklungsstand und den bestehenden Lebensbedingungen des Gemeinwesens (Leistungskraft des Sozialstaats etc.) auszurichten ist. Denn würde man den im „*Nikolaus-Beschluss*“ zuerkannten Anspruch als medizinisches Existenz-

10 Dettling, *GesR* 2006, 97 (106).

11 Axer, in: *Festschrift für Isensee*, 2007, S. 965 (974); Dettling, *GesR* 2006, 97 (106).

12 *BVerfGE* 115, 25 (43) = *NJW* 2006, 891 (893).

13 *BVerfGE* 125, 175 ff. = *NJW* 2010, 505 ff.

14 Herdegen, in: Maunz/Dürig, *GG*, Bd. 1, Art. 1, Rn. 121 (70. Lfg. 2013); Hillgruber, in: Epping/Hillgruber, *GG*, Art. 1, Rn. 51 f.; Höfling, in: Sachs, *GG*, Art. 1, Rn. 31; Jarass, in: Jarass/Pieroth, *GG*, Art. 1, Rn. 15, 22 f.; Müller-Terpitz, in: Spickhoff, *Medizinrecht*, Art. 1 GG, Rn. 2.

minimum deuten, das jegliche lebensverlängernde Maßnahmen umfasst, sogar solche, die nicht nachgewiesenermaßen wirksam sind, so wäre dem Gesetzgeber – angesichts der immensen und zukünftig eher noch steigenden Kosten einer solchen „Mindestversorgung“ und angesichts der Sperrwirkung, die ein so definiertes Existenzminimum gegenüber Kosten-Nutzen-Abwägungen entfaltet – die Berücksichtigung der bestehenden Lebensbedingungen (Konjunkturlage etc.) bei der Ausgestaltung des medizinischen Existenzminimums verwehrt.¹⁵ Für die Debatte um die Rationierung medizinischer Leistungen folgt aus der hier vertretenen Auffassung, wonach das BVerfG im „Nikolaus-Beschluss“ kein versicherungssystemunabhängiges Existenzminimum begründet hat, sondern lediglich konkretisiert hat, welche Leistungen in einem öffentlich-rechtlichen Pflichtversicherungssystem – wie der GKV – unter Zugrundelegung des aktuell gegebenen GKV-Einnahmen-Ausgaben-Verhältnisses angemessen sind, dass der im „Nikolaus-Beschluss“ zuerkannte Anspruch einer Vorenthaltung lebenserhaltender Therapien mit schlechtem Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht kategorisch entgegensteht. Eine Vorenthaltung derartiger Leistungen ist vielmehr nur so lange unzulässig, wie einerseits das System der GKV aufrechterhalten wird und andererseits die Kosten der von der GKV erbrachten Gesundheitsleistungen noch irgendwie durch die Versichertenbeiträge finanzierbar sind.¹⁶

Aber selbst wenn man die hier vertretene Deutung des „Nikolaus-Beschlusses“ nicht teilt, wäre eine Rationierung (lebenserhaltender) medizinischer Leistungen nach Kosten-Nutzen-Erwägungen nicht

zwingend verfassungswidrig: Der „Nikolaus-Beschluss“ ist nämlich im verfassungs- und sozialrechtlichen Schrifttum, das den in dieser Entscheidung zuerkannten Anspruch – entgegen der hier vertretenen Auffassung – mehrheitlich als Anerkennung eines sehr weitverstandenen (aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG folgenden) medizinischen Existenzminimums deutet, überwiegend auf massive Kritik gestoßen¹⁷. Diese betont zu Recht, dass sich ein aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG (i. V. m. Art. 20 Abs. 1 GG) resultierender Leistungsanspruch, der im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung einen Anspruch auf jede denkbare – sofern nicht eindeutig in jeder Hinsicht völlig nutzlose – Therapie gewährt, nicht begründen lasse¹⁸, da grundrechtliche Leistungsansprüche – und damit auch das Recht auf das medizinische Existenzminimum – allenfalls einen Anspruch auf ein strikt eingrenzbares Minimum gewähren¹⁹. Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass der Gesetzgeber keine unüberwindbaren verfassungsrechtlichen Hürden zu überwinden hätte, wenn er in einer Situation, in der uns die Gesundheitskosten „über den Kopf zu wachsen“ drohen, den Forderungen der Gesundheitsökonomie entsprechen und Leistungen mit schlechtem Kosten-Nutzenverhältnis aus dem Leistungskatalog der öffentlichen Gesundheitsversorgung herausnehmen würde, selbst dann, wenn diese Rationierungsmaßnahmen auch lebenserhaltende Leistungen betreffen sollten.

17 Ablehnend: I. Augsberg/S. Augsberg, AöR 132 (2007), S. 561 ff.; Heinig, Der Sozialstaat im Dienst der Freiheit, 2008, S. 539 (561 ff.); Huster, JZ 2006, 466 ff.; Ladeur/I. Augsberg, Die Funktion der Menschenwürde im Verfassungsstaat, 2008, S. 51 f.; Möllers, FAZ vom 29.03.2006, Nr. 75, S. 42; zustimmend: U. Becker, in: Festschrift für Udo Steiner, 2009, S. 50 ff..

18 Heinig, Der Sozialstaat im Dienst der Freiheit, 2008, S. 425 ff.; Huster, JZ 2006, 466 ff.

19 I. Augsberg/S. Augsberg, AöR 132 (2007), 539 (558); Heinig, Der Sozialstaat im Dienst der Freiheit, 2008, S. 433; Huster, JZ 2006, 466 (468).

2. Strafrechtliche Folgen der expliziten Rationierung

Das zukünftig zu erwartende Rationierungsszenario wirft die Frage auf, welche strafbewehrten Behandlungs- und Aufklärungspflichten einen Arzt in Bezug auf durch die öffentliche Gesundheitsversorgung nicht (mehr) bereitgestellte Therapien bzw. Diagnosemaßnahmen treffen.

a. Behandlungspflichten: Ökonomischer Behandlungsverzicht als Totschlag?

Zentrales strafrechtliches (Folge-)Problem einer expliziten Rationierung medizinischer Leistungen ist die Frage, ob ein Arzt einen Totschlag durch Unterlassen (§§ 212, 13 StGB) oder Unterlassener Hilfeleistung (§ 323 c StGB) verwirklicht, wenn er seinem Patienten eine lebensverlängernde Leistung vorenthält, weil ihm diese weder durch die öffentliche Gesundheitsversorgung noch durch den Patienten (oder dessen private Zusatzversorgung) selbst vergütet wird. Die wenigen Literaturvertreter²⁰, die sich zu dieser Frage geäußert haben, lehnen eine Strafbarkeit des behandelnden Arztes nach § 212, 13 StGB (und/oder § 323 c StGB) einhellig ab. Zur Begründung wird auf das wirtschaftliche Interesse des Arztes, nicht umsonst behandeln zu müssen, rekuriert, welches die Entstehung einer auf die Vornahme derartiger Behandlungen gerichteten ärztliche „(Garanten-)pflicht“²¹ hindere oder zumindest die „Unzumutbarkeit

20 Sternberg-Lieben/Schuster, in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Aufl. 2014, § 15, Rn. 212 g; Ulsenheimer, Festschrift für Kohlmann, 2003, S. 313 (329 ff.); Künschner, Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl, 1992, S. 181 ff.

21 Sternberg-Lieben/Schuster, in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Aufl. 2014, § 15, Rn. 212 g; ders., Festschrift für Geppert, 2011, S. 723 (737).

15 Dannecker/Streng, in: Schmitz-Luhn/Bohmeier, Priorisierung in der Medizin, 2013, S. 135 (141 f.).

16 Dannecker/Streng, in: Schmitz-Luhn/Bohmeier, Priorisierung in der Medizin, 2013, S. 135 (142 ff.).

normgemäßen Verhaltens²² begründe. Da ein Sparkurs der Gesellschaft in Bezug auf die öffentliche Gesundheitsversorgung nicht zu Lasten der auf eigenes wirtschaftliches Risiko tätigen Ärzteschaft gehen darf, überzeugt das Ergebnis der Strafflosigkeit des ökonomischen Behandlungsverzichts. Jedoch bedarf dieses einer ausführlicheren Begründung. Denn die Zulässigkeit des ökonomischen Behandlungsverzichts bewirkt einen Vorrang der wirtschaftlichen Interessen des Arztes vor dem Leben des Patienten. Dies erscheint – zumindest prima facie – schwer zu vereinbaren mit dem hohen Rang, den das menschliche Leben in unserer Verfassung genießt und der sich nicht zuletzt im strafrechtlichen „Dogma vom Höchstwert des menschlichen Lebens“ und im Grundsatz vom „Vorrang von Personenwerten vor Sachinteressen“ widerspiegelt.

aa. Zulässigkeit (Strafflosigkeit) des ökonomischen Behandlungsverzichts als Verfassungsgebot

Das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) erzwingt jedoch nicht, den ökonomischen Behandlungsverzicht zu bestrafen; vielmehr steht die Verfassung einer Pönalisierung des ökonomischen Behandlungsverzichts zwingend entgegen: Das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit wird durch das Vorhalten notwendiger medizinischer Leistungen nicht in seiner Abwehrdimension berührt²³, sondern in seiner Schutzpflichtdimension. Bei der Erfüllung grundrechtlicher Schutz- und Leistungspflichten – selbst solcher aus dem Grundrecht auf Leben – hat der Staat jedoch

einen erheblichen Spielraum²⁴, der erst überschritten ist, wenn die Maßnahmen gänzlich ungeeignet oder völlig unzureichend sind²⁵. Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze ist der Staat nicht verpflichtet, die Patientenrechtsgüter Leben und körperliche Unversehrtheit gerade dadurch zu schützen, dass die Ärzteschaft mittels Strafdrohung gezwungen wird, jeden Patienten sogar mit solchen medizinischen Leistungen zu versorgen, die weder durch die öffentliche Gesundheitsversorgung noch durch den Patienten selbst finanziert werden. Vielmehr wäre der Staat hierzu noch nicht einmal berechtigt. Denn auch bei der Erfüllung seiner grundrechtlichen Schutz- und Leistungspflichten – auch solcher aus dem Grundrecht auf Leben – hat der Staat kollidierende Grundrechte und Verfassungsprinzipien zu wahren.²⁶ Diese stehen einer Pönalisierung des ökonomischen Behandlungsverzichts zwingend entgegen. Für auf eigenes wirtschaftliches Risiko tätige, niedergelassene Vertragsärzte ergibt sich dies aus der Berufsfreiheit (Art. 12 GG), der Eigentumsfreiheit (Art. 14 GG) sowie aus dem Allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG)²⁷:

24 BVerfGE 46, 160 (164); 56, 54 (80 f.); 77, 381 (405); 79, 174 (200); 85, 191 (212); 92, 26 (46); 96, 56 (64); Isensee, in: Isensee/Kirchhof, Handbuch des Staatsrechts, Bd. 9, 3. Aufl. 2011, § 191, Rn. 293 ff.; Jarass, in: Jarass/Pieroth, GG, 13. Aufl. 2014, Art. 2, Rn. 92; Lang, in: Epping/Hillgruber, GG, 2. Aufl. 2013, Art. 2, Rn. 76 f.; Schultze-Fielitz, in: Dreier, GG, Bd. 1, 3. Aufl. 2013, Art. 2, Rn. 86.

25 BVerfGE 77, 170 (215); 79, 174 (202); 85, 191 (212 f.).

26 Isensee, in: Isensee/Kirchhof, Handbuch des Staatsrechts, Bd. 9, 3. Aufl. 2011, § 191, Rn. 274 ff., 316 ff.

27 In Bezug auf den durch Klinikärzte in Privatkliniken durchgeführten ökonomischen Behandlungsverzicht ergibt sich die Zulässigkeit des ökonomischen Behandlungsverzichts aus der Eigentumsfreiheit (Art. 14 GG) des privaten Klinikbetreibers sowie aus der ebenfalls zugunsten des privaten Klinikbetreibers eingreifenden Allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG), die das Vermögen schützt (h.M. BVerfGE 95, 267 (300); Axer, in: Epping/Hillgruber, GG, 2. Aufl. 2013, Art. 14, Rn. 55; Papier, in: Maunz/Dürig, GG, Bd. 2, Art. 14, Rn. 161 ff. (59. Aufl. 2010). Die Zulässigkeit des ökonomischen Behandlungsverzichts,

Nach herrschender Auffassung²⁸ folgt aus Art. 12 GG für niedergelassene Vertragsärzte ein Anspruch auf angemessene Vergütung im Sinne einer Gegenleistung, die entstandene Kosten deckt und einen „Arztlohn“ enthält. Eine angemessene Vergütung wäre jedoch nicht gewährleistet, wenn der Arzt durch das Strafrecht gezwungen wäre Leistungen zu erbringen für die er weder durch die öffentliche Gesundheitsversorgung entlohnt wird (noch nicht einmal über eine pauschalierte Vergütung) noch durch den Patienten (oder dessen private Zusatzversicherung) bezahlt wird. Dies gilt nicht nur, wenn man mit einer Auffassung²⁹ im Hinblick auf die durch Art. 12 GG geforderte Angemessenheit der Vergütung auf die Einzelleistung abstellt, sondern auch, wenn man mit der Gegenauffassung³⁰

der durch Ärzte begangen wird, die in Kliniken in öffentlicher Trägerschaft beschäftigt sind, folgt aus dem Verfassungsgrundsatz vom Vorrang des Gesetzes (Art. 20 Abs. 3 GG). Die Ratio der (sozialrechtlichen) Vorschriften, welche bestimmte Gesundheitsleistungen der privaten Absicherung überlassen, wäre nämlich unterlaufen, wenn die Ärzteschaft bei Strafdrohung verpflichtet wäre, solche Leistungen auch gegenüber zahlungsunfähigen und/oder –unwilligen Patienten zu erbringen. Denn diese Vorschriften bezwecken, ohne Gefährdung einer effizienten Krankenversorgung Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen dadurch einzusparen, dass bestimmte Leistungen aus (der durch die öffentliche Gesundheitsversorgung bereitgestellten) medizinischen Grundversorgung herausgenommen und der privaten Absicherung durch den Patienten überlassen werden, statt – wie in der Vergangenheit – zum Zwecke der Kostendämpfung an der Vergütung der Leistungserbringer anzusetzen (Budgetierung etc.).

28 Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S. 265; Hufen, NJW 2004, 14 (15); Isensee, VSSR 1995, 321 (342, 352); Reuther, Die Vergütung des Vertragsarztes und die Stabilität des Beitragssatzes – Grundrechte als Vorgaben der Budgetierung, 2006, S. 167, 270; Schmiedl, MedR 2002, 116 (118 f.); Sodan/Gast, NZS 1998, 497 (504 ff.); Wimmer, MedR 1998, 533 (534); ders., MedR 2001, 361 (361 f.).

29 Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S. 265; Isensee, VSSR 1995, 321 (342, 352); ders., Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft 2004, 651 (662); Maaß, NZS 1998, 13 (19); Reuther, Die Vergütung des Vertragsarztes und die Stabilität des Beitragssatzes – Grundrechte als Vorgaben der Budgetierung, 2006, S. 167, 270.

30 Schmiedl, MedR 2002, S. 116 (118 f.); Wimmer, MedR 1998, 533 (534); ders., MedR 2001, 361 (361 f.).

22 Ulsenheimer, Festschrift für Kohlmann, 2003, S. 313 (329 ff.); Künschner, Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl, 1992, S. 181.

23 Isensee, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft 93 (2004), 651 (663).

lediglich fordert, dass die ärztliche Vergütung bei einer durchschnittlich ausgelasteten, dem Stand der Medizin entsprechenden wirtschaftlich betriebenen Praxis innerhalb eines Abrechnungszeitraums die Arztkosten decken muss. Denn die strafbewehrte Verpflichtung, durch die GKV nicht mehr bereitgestellte Leistungen notfalls umsonst zu erbringen, hätte zur Folge, dass die Angemessenheit des innerhalb eines Abrechnungszeitraums verdienten Gehalts vom Zufall abhängig wäre, nämlich davon, wie sich im jeweiligen Abrechnungszeitraum das durch den Arzt nicht zu beeinflussende Verhältnis von Patienten, die entweder eine im Leistungskatalog der GKV enthaltene Leistung benötigen oder Willens und in der Lage sind den privaten Zukauf einer nicht mehr im GKV-Katalog enthaltenen Leistung zu finanzieren, verhält.³¹ Darüber hinaus wäre eine Pönalisierung des hier in Frage stehenden ökonomischen Behandlungsverzichts auch mit der Eigentumsfreiheit (Art. 14 GG) sowie dem Allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) nicht zu vereinbaren, da sie auf eigenes wirtschaftliches Risiko handelnde Ärzte dazu zwingen würde, die in ihrem Eigentum stehenden Medikamente,

31 Würde der Gesetzgeber die GKV abschaffen und eine öffentliche Gesundheitsversorgung in anderer Form zur Verfügung stellen, würde eine Pönalisierung des hier in Frage stehenden ökonomischen Behandlungsverzichts ebenfalls auf eigenes wirtschaftliches Risiko tätige Ärzte in ihrer Berufsfreiheit (Art. 12 GG) verletzen, da eine (strafbewehrte) Verhaltensnorm, die auf eigenes wirtschaftliches Risiko tätige Ärzte dazu verpflichtet bestimmte Leistungen ohne jede Vergütung zu erbringen, einen unverhältnismäßigen und somit nicht zu rechtfertigenden Eingriff in die Berufsfreiheit darstellt. Eine derartige Verhaltensnorm wäre nämlich weder geeignet die Volksgesundheit zu fördern, weil sie auf eigenes wirtschaftliches Risiko handelnde Ärzte über kurz oder lang ruinieren würde, noch wäre sie erforderlich, weil es ein weitaus milderes Mittel darstellen würde, den Arzt – etwa finanziert über Steuererhöhungen – für alle medizinisch indizierten Leistungen zu entlohnen (wenn auch nur im Rahmen einer Pauschalvergütung). Zudem würde es angesichts der massiven finanziellen Belastungen für die Ärzte an der Angemessenheit fehlen.

Diagnosegeräte etc. zur Patientenversorgung einzusetzen, ohne hierfür (wenn auch nur über eine Pauschalvergütung) eine Gegenleistung zu erhalten. Diese (strafbewehrte) Verhaltensnorm würde einen – als Inhalts- und Schrankenbestimmung zu qualifizierenden – Eingriff in die Eigentumsfreiheit darstellen, der die Grenzen zulässiger Sozialbindung eindeutig überschreitet und insofern die Eigentumsfreiheit sowie den Allgemeinen Gleichheitssatz verletzt. Denn für die Inpflichtnahme Privater für öffentliche Zwecke gilt wegen Art. 3 Abs. 1 GG das Prinzip der Lastengleichheit, womit Sonderbelastungen bestimmter Personen nur vereinbar sind, wenn diese aufgrund sozialer oder rechtlicher Besonderheiten eine spezifische Sachnähe zum normativen Eingriffszweck aufweisen.³² Jedoch gibt es keinen Grund, der es rechtfertigen könnte durch Strafdrohung Ärzte dazu zu zwingen ihr Privateigentum entschädigungslos in den Dienst der Volksgesundheit zu stellen und ihnen so ein ökonomisches Sonderopfer abzuverlangen. Somit wird eine Pönalisierung des ökonomischen Behandlungsverzichts durch die Verfassung weder erzwungen noch auch nur gestattet. Da dem Verfassungsrecht als höherrangiges Recht zwingender Vorrang vor dem Strafrecht zukommt³³, ist der Straftatbestand der Tötung durch Unterlassen (sowie der Unterlassenen Hilfeleistung³⁴) verfassungskonform dahingehend auszulegen, dass der hier in Frage

32 Papier, in: Maunz/Dürig, Bd. 2, Art. 14, Rn. 378 j (59. Lfg. 2010).

33 H.M.: Dannecker, in: LK, StGB, Bd. 1, 12. Aufl. 2007, § 1, Rn. 326; Lenckner/Eser/Stree/Eisele/Heine/Perron/Sternberg-Lieben, in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Aufl. 2014, § 1, Rn. 50; Rengier, Strafrecht AT, 5. Aufl. 2013, § 5, Rn. 24; Satzger, in: Satzger/Schluckebier/Widmaier, StGB, 2. Aufl. 2014, § 1, Rn. 45.

34 Eine Strafbarkeit des ökonomischen Behandlungsverzichts nach § 323 c StGB scheidet daran, dass der unbestimmte Rechtsbegriff der „Möglichkeit der Hilfeleistung“ oder der unbestimmte Rechtsbegriff der „Zumutbarkeit der Hilfeleistung“, der nach h.M. (BGHSt 17, 171; Fischer,

stehende ökonomische Behandlungsverzichts stets zulässig ist: Der unbestimmte Rechtsbegriff der „Garantenpflicht“ ist im Licht der andernfalls verletzten Grundrechte aus Art. 12, 14 und 3 Abs. 1 GG auszulegen und abzulehnen. Dogmatisch ebenso überzeugend wäre es, den unbestimmten Rechtsbegriff der „Unzumutbarkeit normgemäßen Verhaltens“ im Licht der genannten Grundrechte auszulegen und zu bejahen, allerdings nur unter der Bedingung, dass man die Zumutbarkeit bei echten Unterlassungsdelikten mit der herrschenden Meinung³⁵ als ungeschriebenes Merkmal des objektiven Tatbestands begreift (oder die fehlende Zumutbarkeit als rechtfertigend einordnet³⁶) anstelle sie mit einer Mindermeinung³⁷ in der Schuld zu verorten. Denn wenngleich es von „sekundärer rechtstechnischer Bedeutung (ist), ob die Verfassungskonformität durch entsprechende Tatbestandsverengung oder Ausweitung eines Rechtfertigungsgrundes hergestellt wird“³⁸, kann ein Verhalten, welches sich im Rahmen der durch die Rechtsordnung gezogenen Schranken eines Grundrechts (oder einer anderen

StGB, 61. Aufl. 2014, § 323 c, Rn. 20; Freund, in: MüKo, StGB, Bd. 5, 2. Aufl. 2014, § 323 c, Rn. 90; Kühl, in: Lackner/Kühl, StGB, 28. Aufl. 2014, § 323 c, Rn. 7; Rengier, Strafrecht BT, Bd. 2, 15. Aufl. 2014, § 42, Rn. 13; Sternberg-Lieben/Hecker, in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Aufl. 2014, Vor § 323 c, Rn. 18) als objektives Tatbestandsmerkmal zu qualifizieren ist, im Licht der andernfalls verletzten Artt. 12, 14, 3 Abs. 1 GG auszulegen und daher zu verneinen ist.

35 OLG Hamburg StV 1996, 437 (438); Fischer, StGB, 61. Aufl. 2014, § 13, Rn. 81; Krey/Esner, Deutsches Strafrecht AT, 5. Aufl. 2012, § 16, Rn. 1172; Rn. 155; Lenckner/Sternberg-Lieben, in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Aufl. 2014, Vor § 32 ff., 125; Wohlers/Gaede, in: NK, StGB, Bd. 1, 4. Aufl. 2013, § 13, Rn. 177.

36 Gropp, Strafrecht AT, 3. Aufl. 2005, § 11, Rn. 55; Küper, Grund- und Grenzfragen der rechtfertigenden Pflichtenkollision im Strafrecht, 1979, S. 97 ff.

37 Kühl, Strafrecht AT, 7. Aufl. 2012, § 18, Rn. 33; Wessels/Beulke, Strafrecht AT, 42. Aufl. 2012, Rn. 739.

38 Eser/Hecker, in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Aufl. 2014, Vor § 1, Rn. 33.

verfassungsrechtlichen Verbürgung) hält, strafrechtlich nicht rechtswidrig sein.³⁹

bb. Ökonomischer Behandlungsverzicht im Licht der Strafrechtsdogmatik („Dogma vom Höchstwert des menschlichen Lebens“, „Vorrang von Personenwerten vor Sachinteressen“)

Einer derartigen verfassungskonformen Auslegung des Straftatbestands der Tötung durch Unterlassen, §§ 212, 13 StGB, (sowie der Unterlassenen Hilfeleistung, § 323 c StGB) stehen auch nicht die anerkannten strafrechtlichen Auslegungsprinzipien, nämlich das „Dogma vom Höchstwert des menschlichen Lebens“ und der Grundsatz vom „Vorrang von Personenwerten vor Sachinteressen“ entgegen, wengleich die Zulässigkeit des ökonomischen Behandlungsverzichts einen Vorrang der wirtschaftlichen Interessen des Arztes vor den Patientenrechtsgütern Leben und Gesundheit bewirkt.

Zwar bekennt sich die herrschende Meinung in ihren Kommentierungen zu § 34 StGB in der Regel uneingeschränkt dazu, dass das Rechtsgut Leben einen abwägungsresistenten Höchstwert⁴⁰ darstellt, jedenfalls aber einen Höchstwert, der allenfalls durch andere Verfassungshöchstwerte (Menschenwürde, Interesse am Bestand des Staates etc.) überwogen werden könne⁴¹ und auch der aus der Menschenwürdegarantie abgeleitete Grundsatz vom „Vorrang von Personenwerten vor Sachinteresse“ ist allgemein⁴² anerkannt. Jedoch wendet die herrschende

Meinung weder das Höchstwertigkeitsdogma auf alle (strafrechtlichen) Interessenkollisionen zwischen dem Leben und einem hiermit kollidierenden Rechtsgut/Interessen an, noch den „Vorrang von Personenwerten vor Sachinteressen“ auf alle (strafrechtlichen) Interessenkollisionen zwischen Personenwerten und Sachinteressen. Vielmehr beschränkt die herrschende Meinung den Anwendungsbereich des Höchstwertigkeitsdogmas – wenn auch zumeist unausgesprochen⁴³ – auf § 34 StGB, genauer gesagt auf Konstellationen, in denen das Leben als *Eingriffsgut* (und nicht als *Erhaltungsgut*) berührt ist; auf den Grundsatz vom „Vorrang von Personenwerten vor Sachinteressen“ beruft sich die herrschende Meinung in konsequenter Weise lediglich im Hinblick auf solche Notstandskonstellationen, in denen der Personenwert durch ein aktives Tun beeinträchtigt wird. Insofern finden beide Prinzipien unter Zugrundelegung der herrschenden Meinung auf den ökonomischen Behandlungsverzicht keine Anwendung, da die h. M. Interessenkollisionen zwischen dem Leben und einem hiermit kollidierenden Interesse/Rechtsgut zumeist im Wege eines auf der Ebene der Garantenpflicht oder der „Unzumutbarkeit normgemäßen Verhaltens“ angesiedelten Abwägungsvorgangs auflöst, wenn es – wie beim ökonomischen Behandlungsverzicht – um die strafrechtliche Bewertung eines lebensverkürzenden Unterlassens geht.⁴⁴

Die beschriebene Engführung des Anwen-

dungsbereichs beider Auslegungsgrundsätze erscheint angesichts deren Fundierung im Leben als Verfassungshöchstwert bzw. in der Menschenwürde inkonsequent, da es hierdurch möglich ist, diese Grundsätze beliebig zu unterlaufen. Dies zeigt anschaulich der „*Fall Putz*“, bei dem es um einen im Einverständnis mit dem Patienten durch aktives Tun durchgeführten technischen Behandlungsabbruch durch einen Nicht-Arzt ging: Der *BGH* und die herrschende Lehre lehnten zwar – unter Verweis auf das entgegenstehende Höchstwertigkeitsdogma – eine Notstandsrechtfertigung ab⁴⁵, bejahten jedoch (zutreffenderweise) unter Berufung auf das andernfalls verletzte Selbstbestimmungsrecht des Patienten (Art. 2 Abs. 2 S. 1, 1 Abs. 1 GG) dennoch die Zulässigkeit (Straflosigkeit) des in Frage stehenden Behandlungsabbruchs, indem sie eine Einwilligungserleichterung bejahten⁴⁶ bzw. die objektive Zurechenbarkeit (§ 212 StGB) ablehnten⁴⁷. Bereits dieses Beispiel zeigt, weshalb eine restriktive Interpretation des Anwendungsbereichs des Höchstwertigkeitsdogmas im Ergebnis zu begrüßen ist, nämlich deshalb, weil hierdurch eine verfassungskonforme Rechtsanwendung ermöglicht wird. Aus den gleichen Gründen ist auch die Engführung des Anwendungsbereichs

Schröder, StGB, 29. Aufl. 2014, Vor § 211, Rn. 28; Fischer, StGB, 61. Aufl. 2014, Vor §§ 211-216, Rn. 42; Neumann, in: NK, StGB, Bd. 2, 4. Aufl. 2013, Vor. § 211, Rn. 107; H. Schneider, in: MüKo, StGB, Bd. 4, Vor. § 211 ff., Rn. 115) zur Zulässigkeit des passiven Sterbehilfe beim entscheidungsfähigen Patienten, indem sie unter Berufung auf das andernfalls verletzte Selbstbestimmungsrecht des Patienten (Art. 2 Abs. 2 S. 1, 1 Abs. 1 GG) eine auf Lebensverlängerung gerichtete Garantenpflicht ablehnt.

45 BGHSt 55, 191 (197) = NJW 2010, 2963 (2965).

46 BGHSt 55, 191 (198 ff.) = NJW 2010, 2963 (2966 ff.); Dölling, ZIS 2011, 345 ff.; Duttge, MedR 11, 36 ff.; Gaede, NJW 2010, 2925 ff.; Hirsch JR 2011, 37 ff.; Kubiciel ZJS 2010, 656 ff.; Rosenau, Festschrift für Rissing-van Saan, 2011, S. 547 ff.; Streng, Festschrift für Frisch, 2010, S. 743 ff.; Verrel, NStZ 2010, 671 ff.; Walter, ZIS 2011, 76 ff.; Wolfslast/Weinrich, StV 2011, 286 ff.

47 Engländer, JZ 2011, 513 (518); Rissing-van Saan, ZIS 2011, 544 (549 f.)

Aufl. 2012, § 8, Rn. 113, 115; Neumann, in: NK, StGB, Bd. 1, 4. Aufl. 2013, § 34, Rn. 72; Perron, in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Aufl. 2014, § 34, Rn. 23; Rengier, Strafrecht AT, 5. Aufl. 2013, § 19, Rn. 28; Rosenau, in: Satzger/Schluckebier/Widmaier, StGB, 2. Aufl. 2014, § 34, Rn. 18; Roxin, Strafrecht AT, Bd. 1, 4. Aufl. 2006, § 16, Rn. 29; Zieschang, in: LK, StGB, Bd. 2, 12. Aufl. 2006, § 34, Rn. 56.

43 Explizit für eine derartige Beschränkung des Anwendungsbereichs: Erb, in: MüKo, StGB, Bd. 1, 2. Aufl. 2011, § 34, Rn. 116; Neumann, in: NK, StGB, Bd. 1, 4. Aufl. 2013, § 34, Rn. 73; Zieschang, in: LK, StGB, Bd. 2, 12. Aufl. 2006, § 34, Rn. 56.

44 Z.B. gelangt die h.M. (Eser, in: Schönke/

39 Rönna, in: LK, StGB, Bd. 2, 12. Aufl. 2006, Vor. § 32, Rn. 60.

40 Fischer, StGB, 61. Aufl. 2014, § 34, Rn. 14; Kühl, in: Lackner/Kühl, StGB, 28. Aufl. 2014, § 34, Rn. 7 f.; Rosenau, in: Satzger/Schluckebier/Widmaier, StGB, 2. Aufl. 2014, § 34, Rn. 20; Roxin, Strafrecht AT, Bd. 1, 4. Aufl. 2006, § 16, Rn. 33.

41 Krey/Esser, Deutsches Strafrecht AT, 5. Aufl. 2012, § 15, Rn. 606; wohl auch: Kühl, Strafrecht AT, 7. Aufl. 2012, § 8, Rn. 113.

42 Maurach/Zipf, Strafrecht AT, Teilbd. 1, 8. Aufl. 2012, § 27, Rn. 29; Kühl, Strafrecht AT, 7.

des „Vorrangs von Personenwerten vor Sachinteressen“ zu befürworten. Denn entgegen den verfassungsrechtlichen Prämissen, welche dem von der herrschenden Meinung vertretenen Höchstwertigkeitsdogma und dem Grundsatz vom „Vorrang von Personenwerten vor Sachinteressen“ zugrunde liegen, lässt sich aus der Verfassung weder ableiten, dass das Grundrecht auf Leben ein unabwägbarer Höchstwert ist, der sich in jeder (strafrechtlichen) Interessenabwägung gegenüber kollidierenden Rechtsgütern/Interessen (mit Ausnahme der Menschenwürde und dem Interesse am Bestand des Staates) durchzusetzen hat, noch folgt aus ihr ein pauschaler Vorrang von Personenwerten vor Sachinteressen. Nach herrschender Verfassungsdogmatik⁴⁸ kann die Wertigkeit, die das Grundgesetz dem menschlichen Leben zuschreibt, ausschließlich situationsbezogen beurteilt werden, (weshalb Fallkonstellationen existieren, in denen die Verfassung eine Posteriorisierung des menschlichen Lebens hinter einem anderen Rechtsgut/Interesse erzwingt, das nicht zwingend ebenfalls einen Verfassungshöchstwert darstellen muss). Das gleiche gilt für die Wertigkeit von Personenwerten und somit auch für das Rangverhältnis zwischen Personenwerten und Sachinteressen. Auch diese/dieses kann nur situationsbezogen beurteilt werden. Aufgrund der beschriebenen Inkonsistenzen der (herrschenden) Dogmatik des strafrechtlichen Lebensschutzes ist dafür zu plädieren, verfassungsrechtlichen Wertentscheidungen im Strafrecht nicht nur – wie die herrschende Meinung dies bislang tut – im Ergebnis Rechnung zu tragen, sondern auch argumentativ konsequenter zu berücksichtigen. Eine solche konsequente verfassungskonforme Auslegung des Strafrechts beinhaltet es, den

48 Vgl. für diese h.M.: Di Fabio, in: Maunz/Dürig, GG, Bd. 1, Art. 2 Abs. 2 S. 1, Rn. 37 (43. Lfg. 2004).

Grundsatz vom „Vorrang von Personenwerten vor Sachinteressen“ *explizit* auf einen sehr engen Anwendungsbereich zu beschränken, nämlich auf Notstandskonstellationen, in denen das Personeninteresse als *Eingriffsgut* berührt ist. Zudem ist das „Höchstwertigkeitsdogma“ – wie von *Erb, Neumann und Merkel*⁴⁹ vertreten – sehr restriktiv als „Verbot zum Zwang der solidarischen Aufopferung des eigenen Lebens“ zu interpretieren. Denn auf diese Weise hält das Höchstwertigkeitsdogma, was es verspricht, und konkretisiert tatsächlich den unabwägbareren Kernbereich des Grundrechts auf Leben für das Strafrecht, also den Bereich, in dem das Rechtsgut Leben in strafrechtlichen Interessenkollisionen wirklich unabwägbar ist und sich insofern gegenüber kollidierenden Rechtsgütern durchzusetzen hat. Eine derartig restriktive Interpretation dieser Prinzipien hat gegenüber der Vorgehensweise der herrschenden Meinung den Vorteil, dass unmissverständlich klaggestellt wird, dass diese Prinzipien auf Fälle, wie den ökonomischen Behandlungsverzicht, keine Anwendung finden und einer Posteriorisierung des Rechtsguts Leben hinter kollidierenden Rechtsgütern bzw. Interessen daher nicht entgegenstehen, selbst dann, wenn diese kollidierenden Interessen – wie beim ökonomischen Behandlungsverzicht – nur wirtschaftlicher Natur sind.

b. Aufklärungspflichten

Wenngleich den behandelnden Arzt gegenüber zahlungsunfähigen oder –unwilligen Patienten keine strafbewehrte Behandlungspflicht in Bezug auf durch die öffentliche Gesundheitsversorgung nicht (mehr) bereitgestellte Therapie-/Diagnosemaßnahmen trifft, ist er verpflichtet den Patienten sowohl über die Existenz dieser

49 Erb, in: MüKo, StGB, Bd. 1, 2. Aufl. 2011, § 34, Rn. 116; Neumann, in: NK, StGB, 4. Aufl. 2013, Bd. 1, § 34, Rn. 73; Merkel, JZ 1996, 1145 ff.

Leistungen als auch über die Möglichkeit des privaten Zukaufs aufzuklären.⁵⁰ Dies gilt zumindest in Bezug auf Leistungen, die dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und zu denen keine (durch die öffentliche Gesundheitsversorgung bereitgestellte) Alternative existiert. Verletzt der Arzt diese Aufklärungspflicht, kommt im Grundsatz eine Strafbarkeit wegen vorsätzlicher oder fahrlässiger Körperverletzung (mit Todesfolge) in Betracht. Existiert zu der durch die öffentliche Gesundheitsversorgung nicht mehr zur Verfügung gestellten Leistung eine durch die öffentliche Gesundheitsversorgung bereitgestellte (standardgemäße) Therapiealternative, ist der behandelnde Arzt aufgrund seiner Therapiefreiheit nicht dazu verpflichtet über Existenz und Möglichkeit des privaten Zukaufs der durch die öffentliche Gesundheitsversorgung nicht mehr bereit gestellten Leistung aufzuklären; eine Aufklärungspflicht besteht nur ausnahmsweise, wenn die durch die öffentliche Gesundheitsversorgung bereitgestellte Therapiealternative im Verhältnis zu der privat zukaufbaren Leistung wesentliche Unterschiede hinsichtlich der Belastung des Patienten oder der Risiken und/oder der Erfolgchancen aufweist.⁵¹

Autor:

Dr. Anne Streng-Baunemann
Voßstraße 8
69115 Heidelberg

50 Sternberg-Lieben/Schuster, in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Aufl. 2014, § 15, Rn. 212 g.

51 Grundsätzlich zur ärztlichen Aufklärungspflicht bzgl. Therapiealternativen: BGH NStZ 1996, 34; NJW 2005, 1718; Knauer/Brose, in: Spickhoff, Medizinrecht, 2. Aufl. 2014, § 223 StGB, Rn. 46; Kühl, in: Lackner/Kühl, StGB, 28. Aufl. 2014, § 228, Rn. 14; Roßner, NJW 1990, 2291 (2293); Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 4. Aufl. 2008, § 1, Rn. 82.

Stefan Huster

Korporatismus: Idee, Umsetzung und Handlungsbedarf aus rechtlicher Sicht*

I. Der Begriff des Korporatismus

„Korporatismus“ ist kein Rechtsbegriff, in Gesetzestexten taucht er nicht auf. Es handelt sich vielmehr um einen analytischen Begriff der Politikwissenschaft, mit dessen Hilfe ein bestimmtes Regulierungsarrangement in modernen politischen Ordnungen beschrieben werden soll. Er bezeichnet dabei „eine politisch-wirtschaftliche Verfassung, in der organisierte Interessen dauerhaft eingebunden – inkorporiert – sind und an der Formulierung und Ausführung von politischen Entscheidungen teilnehmen.“² Damit knüpft der Begriff an vormoderne ständische Ordnungsmodelle an, bezieht sich in der politikwissenschaftlichen Diskussion aber auf die politische und gesellschaftliche Entwicklung in der Nachkriegszeit („Neokorporatismus“).

Mit der Betonung der institutionalisierten Einbindung von Verbänden in den politischen Entscheidungsprozess grenzt sich die Korporatismustheorie von Interessenpluralistischen Ansätzen ab. Deutlich wird dies in der klassischen Definition: „Korporatismus kann definiert werden als ein System der Interessenvermittlung, dessen wesentliche Bestandteile organisiert sind in einer begrenzten Anzahl singularer Zwangsverbände, die nicht mitei-

einander in Wettbewerb stehen, über eine hierarchische Struktur verfügen und nach funktionalen Aspekten voneinander abgegrenzt sind. Sie verfügen über staatliche Anerkennung oder Lizenz, wenn sie nicht sogar auf Betreiben des Staates hin gebildet worden sind. Innerhalb der von ihnen vertretenen Bereiche wird ihnen ausdrücklich ein Repräsentationsmonopol zugestanden, wofür sie als Gegenleistung bestimmte Auflagen bei der Auswahl des Führungspersonals und bei der Artikulation von Ansprüchen oder Unterstützung zu beachten haben.“³ Es geht also nicht einfach um eine Vielfalt von konkurrierenden Interessen und Interessenverbänden, die man in modernen Gesellschaften überall findet, sondern sehr viel spezifischer um die Integration organisierter Interessen in staatliche Entscheidungsprozesse.

Als Musterbeispiel für korporatistische Regulierungsmodelle dürfen die Sozialversicherungssysteme in den Sozial- oder Wohlfahrtsstaaten konservativen Typs gelten,⁴ die die Merkmale dieser Definition weithin erfüllen. Dies gilt auch für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland.⁵ Allerdings rea-

lisiert sie sicherlich nicht zur Gänze das korporatistische Modell in Reinform; so ist die Steuerung der ambulanten Versorgung, auf die mit den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen als öffentlichrechtlichen Körperschaften tatsächlich „Zwangsverbände“ maßgeblichen Einfluss haben, sehr viel korporatistischer als in der stationären Versorgung, in der die Krankenhäuser als Leistungserbringer nicht „verkammert“ sind und in der die Bundesländer aufgrund ihrer verfassungsrechtlich abgesicherten Kompetenz zur Krankenhausplanung von besonderer Bedeutung sind.

II. Regulierungsebenen und -entwicklungen

Im Einzelnen stellen sich die Regelungsarrangements und ihre Entwicklungen in verschiedenen politischen Ordnungen und Sozialbereichen durchaus unterschiedlich dar. Idealtypisch kann man eine Makroebene zentraler staatlicher Steuerung, eine Mesoebene verbandlicher Mitbestimmung und eine Mikroebene dezentraler individueller Entscheidungen unterscheiden; dementsprechend lassen sich die Regelungsarrangements danach klassifizieren, ob sie im Schwerpunkt durch staatliche Vorgaben, marktformige Prozesse oder eben das Wirken intermediärer, auf Kompromissfindung angelegter Einrichtungen geprägt sind. In der GKV finden wir einen Mix aus allen drei Steuerungsinstrumenten.

Dabei ist auch das zuletzt genannte korporatistische Modell durchaus immer in Ent-

* Der Beitrag beruht auf dem Eröffnungsvortrag auf dem wissenschaftlichen Symposium der GRPG „Wettbewerb und korporatistisches System im Gesundheitswesen“ am 16. Januar 2015 in Berlin.

² Vgl. dazu und zum Folgenden Klenk/Weyrauch/Haarmann/Nullmeier, Das Ende der korporatistischen Selbstverwaltung?, in: dies. (Hrsg.), Abkehr vom Korporatismus?, 2012, S. 19.

³ Schmitter, Interessenvermittlung und Regierbarkeit, in: von Alemann/Heinze (Hrsg.), Verbände und Staat, 1979, S. 92, 94 f.

⁴ Zur Klassifizierung vgl. grundlegend Esping-Andersen, The Three Worlds of Welfare Capitalism, 1990.

⁵ Vgl. dazu nur Wille, Die korporative Koordination als Allokationsmechanismus im Gesundheitswesen, in: Rebscher (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. FS Neubauer, 2006, S. 427 ff.; und die Beiträge in: Gäfgen (Hrsg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen, 1988.

wicklung begriffen. Nachdem es geraume Zeit als eine überzeugende Antwort auf die allfälligen Probleme zentraler staatlicher Steuerung gelten durfte und als Form der „regulierten Selbstregulierung“ auch in verwaltungswissenschaftlichen und juristischen Diskussionen durchaus Anerkennung genoss,⁶ ist es aufgrund veränderter gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen nach verbreiteter Auffassung inzwischen an seine Grenzen geraten. Nicht nur brechen das „industriekapitalistische Arrangement“ und die stabilen Milieus weg, an die die inkorporierten Großverbände der „Sozialpartnerschaft“ anschließen konnten; auch erweist sich das korporatistische Selbstverwaltungsmodell als schwerfällig, wenn interne Knappheits- und Verteilungsfragen beantwortet werden müssen. Allerdings sind und waren die politischen Reaktionen auf diese Probleme und Defizite differenziert und gehen keineswegs nur in eine Richtung. Dies wird jedenfalls für die Entwicklung der GKV in den letzten 20 Jahren konstatiert. So lassen sich hier mehrere, durchaus gegensätzliche Entwicklungen beobachten. Am auffälligsten ist dabei sicherlich die Einführung wettbewerblicher Elemente in die GKV; erinnert sei insoweit nur an den Kassenwettbewerb und die Selektivverträge. Daneben lässt sich aber auch eine Zunahme staatlicher Steuerung – etwa durch die Einführung des Gesundheitsfonds – beobachten. Schließlich ist in einzelnen Hinsichten auch eine Stärkung zentraler korporatistischer Steuerungsinstanzen – insbesondere des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – zu konstatieren. Das ist nur auf den ersten Blick überraschend: Aus anderen Bereichen des Regulierungsrechts ist bekannt, dass die Einführung von Wettbewerb der intensiven Begleitung durch eine rechtliche

Rahmenordnung bedarf, die zunächst eine Intensivierung der hoheitlichen Steuerungsaktivitäten bewirkt. Auch in der GKV wären ein Kassenwettbewerb ohne Risikostrukturausgleich und ein Wettbewerb der Leistungserbringer ohne verbindliche Qualitätsvorgaben schwerlich vorstellbar. Insgesamt überwiegt allerdings die Einschätzung, dass die korporatistischen Strukturen durch eine parallele Vermarktlichung und Verstaatlichung zunehmend unter Druck geraten.⁷ Das Bild ist aber recht bunt; dies wird in den einschlägigen Analysen auch betont.⁸ Aus juristischer Sicht ist es grundsätzlich zulässig, wenn die Gesundheitspolitik die traditionellen korporatistischen Strukturen zu einem „Wettbewerbskorporatismus“ oder zu einem gelegentlich etwas konzeptionslos wirkenden Mischmodell umformt. Die Ausgestaltung des Versorgungssystems liegt nämlich weithin in der Gestaltungsfreiheit des parlamentarischen Gesetzgebers; die Verfassung enthält insoweit nur die Vorgabe, dass ein funktionsfähiges und allgemein zugängliches Versorgungssystem zur Verfügung stehen muss. Wird der Staat dieser Gewährleistungspflicht gerecht und beachtet auch die grundrechtlich geschützten Rechtspositionen der Leistungserbringer und das Erfordernis hinreichender Legitimationsstrukturen, kann er das System nahezu beliebig reformieren. Das Grundgesetz enthält jedenfalls kein bestimmtes Ordnungsmodell für das System der kollektiven Gesundheitsversorgung; insbesondere die überkommenen korporatistischen Strukturen mit selbstverwalteten Körperschaften des öffentlichen Rechts werden von der Verfassung anerkannt, genießen aber keinen Bestandsschutz.

7 So etwa Klenk, Deutschland: Korporatistische Selbstverwaltung zwischen Staat und Markt, in: dies./Weyrauch/Haarmann/Nullmeier (Hrsg.), Abkehr vom Korporatismus?, 2012, S. 53, 80.

8 Vgl. etwa Rosenbrock/Gerlinger, Gesundheitspolitik, 2. Aufl. 2006, S. 280 ff.

III. Das historische Spannungsverhältnis von Korporatismus und Wettbewerb

Allerdings ist nicht zu übersehen, dass der Mix von unterschiedlichsten Steuerungsinstrumentarien zu Konsistenz- und damit letztlich auch zu Rechtsproblemen führen kann. Am augenfälligsten ist das sicherlich für das Verhältnis von Korporatismus einerseits und Wettbewerbselementen andererseits. Hier muss kein unauflösbarer Widerspruch bestehen, aber es ist doch bezeichnend, dass die Entwicklung korporatistischer Strukturen nicht zuletzt gerade gegen die Verwerfungen gerichtet war, die wettbewerbliche und marktförmige Lösungen mit sich gebracht haben oder mit sich bringen können.

In einem kollektiven Versorgungssystem wie der GKV sind insbesondere in drei Hinsichten wettbewerbliche Beziehungen denkbar:

- Die Leistungserbringer konkurrieren um Patienten bzw. Versicherte.
- Die Krankenkassen konkurrieren um Mitglieder.
- Die Leistungserbringer konkurrieren um Verträge mit den Kostenträgern.

In allen drei Beziehungen sind die korporatistischen Strukturen in der GKV gerade entstanden, um die Nachteile wettbewerblicher Steuerung zu vermeiden:

- Die Versicherten oder Patienten können die Qualität medizinischer Leistungen kaum beurteilen („Informationsasymmetrie“) und fallen daher als Wettbewerbsakteure weithin aus – ganz abgesehen davon, dass wir in dem sensiblen Bereich der medizinischen Versorgung auch keine Versorgung nach Zahlungsfähigkeit wollen.
- Die Krankenkassen sind nicht als Wettbewerbsorganisationen ins Leben gekommen, sondern als genossenschaftliche Einrichtungen der Selbsthilfe, die

6 Vgl. dazu kritisch Rixen, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht, 2005, S. 585 f.

an vorrechtliche berufsständische Solidaritätsbeziehungen anknüpfen.

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen verdanken ihre Entstehung nicht zuletzt der Erfahrung, dass der einzelne Leistungserbringer der Marktmacht der Kassen wehrlos ausgeliefert ist.

Es besteht daher schon aus historischen Gründen ein Spannungsverhältnis zwischen der korporatistischen Struktur des traditionellen GKV-Systems und einer wettbewerblichen Orientierung. Dies muss – wie gesagt – kein unauflösbarer Widerspruch bleiben, weist aber bereits auf die Probleme hin, die eine Integration dieser Steuerungsmodi mit sich bringt. Auf einige der schwierigen Punkte soll im Folgenden hingewiesen werden.

IV. Wettbewerb, Wettbewerbsrecht und Sicherstellungsauftrag

Die Ergänzung oder – perspektivisch – sogar Ersetzung des kollektivvertraglichen Systems durch Selektivverträge (insbesondere zur Integrierten und Hausarztzentrierten Versorgung, §§ 140a ff. und 73b SGB V) zwischen den Krankenkassen als Kostenträgern und einzelnen Leistungserbringern wirft eine Reihe von Fragen auf.

Am augenfälligsten ist insoweit ein wettbewerbsrechtlicher Bedarf: Die einzelnen Leistungserbringer dürfen der Marktmacht der Kassen nicht schutzlos ausgeliefert werden. Wer Wettbewerb sät, wird daher Wettbewerbsrecht ernten.⁹ Der Gesetzgeber hat sich dieses Problems in § 69 II SGB V mit der Anordnung der Anwendbarkeit des Kartell- und Vergaberechts bereits angenommen. Schon die wechselvolle Geschichte dieser Norm zeigt aber, dass hier sicherlich immer

⁹ Vgl. Kingreen, Soziale und private Krankenversicherung: Gemeinschaftsrechtliche Implikationen eines Annäherungsprozesses, ZESAR 2007, S. 139, 149.

wieder Abstimmungs- und Weiterentwicklungsbedarf besteht.¹⁰

Ein weiteres Problem dieser Entwicklung liegt darin, dass mit einer Zunahme der selektivvertraglich organisierten Versorgung der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 75 Abs. 1 SGB V) in der Luft hängt. Dies ist nicht nur deshalb misslich, weil es an einer plausiblen Regelungsalternative fehlt; ob es politisch klug wäre, den Krankenkassen diesen Auftrag zu übertragen, mag schon deshalb zweifelhaft sein, weil sie selbst miteinander im Wettbewerb stehen. Eine zunehmende Entleerung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen würde auch dazu führen, dass deren Legitimation brüchig wird. Dies hätte Auswirkungen auf das gesamte korporatistische Design der GKV.¹¹

Schließlich haben die Reformbemühungen der letzten Jahre um die Einführung eines Qualitätswettbewerbs gezeigt, dass sich die Gemeinsame Selbstverwaltung schwer tut, Qualitätsstandards aufzustellen, die angesichts der grundrechtlich geschützten Berufsfreiheit der Leistungserbringer einer rechtlichen Überprüfung standhalten; erinnert sei insoweit nur an die Rechtsstreitigkeiten zu den Mindestmengen.¹² Auch die transparente Darstellung von Qualitätsunterschieden zwischen den Leistungserbringern erweist sich als mühsam und anfällig für Rechtsfehler.¹³ Die vielfach diskutierte und eingeforderte, aber bisher nur in Ansätzen verwirklichte (vgl. § 136 Abs. 4 SGB V) Anknüpfung der Leistungsvergütung an die Leistungs-

¹⁰ Vgl. dazu nur Becker/Schweitzer, Wettbewerb im Gesundheitswesen – Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs der Versicherer und Leistungserbringer im Gesundheitswesen?, Gutachten B zum 69. Deutschen Juristentag, 2012.

¹¹ Dazu unten bei VI.

¹² Vgl. nur BSGE 112, 257 ff.

¹³ Vgl. dazu nur Penner, Wunsch und Wirklichkeit - Rechtliche und fachliche Grenzen des Vergleichs der Ergebnisqualität von Krankenhäusern, SGB 2014, 529 ff., 597 ff.

qualität (Pay for Performance – P4P) wirft ebenfalls Fragen im Verhältnis zur „Normalversorgung“ auf, die ja an das allgemeine Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V gebunden bleibt: Woher sollen die Mittel für eine höhere Vergütung gesteigerter Qualität eigentlich kommen, wenn auch der Leistungserbringer, der „normale“ Qualität liefert, einen Anspruch auf eine angemessene Vergütung hat?¹⁴

V. Die Gefahr einer Ökonomisierung von Versicherungs- und Versorgungsentscheidungen

Dass Geld im Rahmen der medizinischen Versorgung keine Rolle spielen dürfe oder eine Diskussion über Kosten sogar unethisch sei, ist eine verbreitete, aber mindestens missverständliche Überzeugung.¹⁵ Selbstverständlich steht auch das Versorgungssystem unter der Bedingung der Ressourcenknappheit; hier muss wie überall überlegt werden, welche Mittel zur Verfügung stehen und wie sie eingesetzt werden sollen. Die entscheidende Frage ist nur, wer in welchem Rahmen die notwendigen Entscheidungen treffen soll. In einem korporatistischen Regelungsarrangement geschieht dies – innerhalb eines gesetzlichen Rahmens – im Wege der Vereinbarung und der Aushandlung der unterschiedlichen Interessen auf einer mittleren Ebene. Der Einbau von Wettbewerbselementen birgt nun die Gefahr, dass die einzelne Krankenkasse und der einzelne Leistungserbringer sich nicht mehr an ihrem Sicherungs- und Versorgungsauftrag orientieren, sondern an

¹⁴ Vgl. dazu Huster, Rechtsfragen und Regulierungsbedarf von „Pay for Performance“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Gesundheit und Pflege (GuP) 1 (2011), S. 1 ff.; Rixen, „Pay for Performance“: Normative Parameter der qualitätsfördernden Vereinbarungen nach § 136 Abs. 4 SGB V, MedR 2009, S. 697 ff.

¹⁵ Vgl. dazu Huster, Der Vertragsarzt zwischen Heilauftrag und wirtschaftlichem Interesse, VSSR 2011, S. 183 ff. mwN.

monetären Anreizen. Dieses Übergreifen sachfremder Maßstäbe ist für die GKV fatal: Wer sich nicht sicher sein kann, ob ihm eine Behandlung aus medizinischen oder finanziellen Gründen zukommt oder versagt wird oder seine Kasse nur aus Eigeninteresse zum Wechsel rät, wird jedes Vertrauen in das System verlieren. Ob etwa bei den Krankenhäusern eine DRG-verursachte „Flucht in die Menge“ stattfindet, ist nicht unumstritten, auch wenn viele Indizien dafür zu sprechen scheinen.¹⁶ Da es sich um ein massives Problem handelt, wird sowohl die Legitimation der Selbstverwaltung als auch die Zukunft wettbewerblicher Instrumente maßgeblich davon abhängen, ob die Beteiligten derartige Fehlentwicklungen einer Ökonomisierung oder Kommerzialisierung in den Griff bekommen.¹⁷

VI. Die Legitimation der (gemeinsamen) Selbstverwaltung

Wenn die Beobachtung richtig ist, dass das korporatistische Modell durch eine parallele Vermarktlichung und Verstaatlichung zunehmend unter Druck gerät,¹⁸ bleibt dies auch auf die Legitimationsstrukturen der (gemeinsamen) Selbstverwaltung nicht ohne Wirkung. So wird die Legitimation der Kassenärztlichen Vereinigungen umso brüchiger, je stärker das

Versorgungsgeschehen durch Selektivverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern gesteuert wird und der Sicherstellungsauftrag entkernt wird. Auch eine zunehmende Verdichtung der Vorgaben des staatlichen Rechts stellt das gesamte Modell der Selbstverwaltung in Frage.

Betroffen davon ist letztlich auch der G-BA als zentrale Institution der gemeinsamen Selbstverwaltung. Der enorme Bedeutungszuwachs, den er in den letzten Jahren erfahren hat, führt ihn vielleicht an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit. Auch wenn über seine Legitimation in juristischer Hinsicht immer noch kontrovers diskutiert wird,¹⁹ erheben sich politisch Bedenken gegen die Machtfülle eines Gremiums, das in seiner Konstruktion nicht unumstritten ist.

Dass ausschließlich Vertreter der Krankenkassen, der Vertragsärzte und der Krankenhäuser im G-BA vertreten sind, kann nur einen Grund haben: Sie tragen gemeinsam die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung (vgl. § 72 Abs. 1 SGB V). Vor diesem Hintergrund mag es vertretbar erscheinen, dem G-BA die Entscheidungsbefugnis über die Leistungskonkretisierung zuzuweisen, soweit dies die Art und Weise der Leistungserbringung und ihre Qualität betrifft. Allerdings ist die Beteiligung von Patientenvertretern – wenn auch bisher noch ohne Stimmrecht (vgl. § 140f Abs. 2 SGB V) – bereits ein Beleg für die Brüchigkeit der Konstruktion: Sie weist nämlich zum einen darauf hin, dass die Belange der Patienten bisher nicht hinreichend berücksichtigt worden sind, was wiederum zeigt, dass hier doch heiklere Entscheidungen getroffen werden, als man sie einem derartigen Selbstverwaltungsgremium zuschreiben möchte. Und zum anderen lassen sich die Patientenver-

treter in der Legitimationslogik des G-BA nur schwer unterbringen.

Wenn der Eindruck nicht täuscht, werden auf die GKV Entscheidungen zukommen, die sich der bisherigen Legitimationsstruktur des G-BA nicht fügen. Dies betrifft zum einen offene Kosten-Nutzen-Abwägungen, die angesichts medizinischer Innovationen mit extrem hohen Kosten und einem gleichzeitig sehr begrenzten Zusatznutzen auf die Dauer nicht vermeidbar sein werden. Es dürfte ausgeschlossen sein, den G-BA mit derartigen Abwägungen zu betrauen. Welcher medizinischer (Zusatz-)Nutzen wie viel wert ist und welche medizinisch nützlichen Leistungen aus Kostengründen von der Versorgung ausgeschlossen werden, mögen der Gesetzgeber oder die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten klären; die Ärzte und Krankenhäuser geht es grundsätzlich nichts an, wie viel die Bürger und Versicherten für ihre medizinische Versorgung zu zahlen bereit sind.

Zum anderen wird inzwischen deutlich, dass die Versorgungsentscheidungen der Selbstverwaltung auch Auswirkungen über den konkret entschiedenen Fall hinaus haben. So hat die Bestimmung der Arzneimittelpreise auch innovations- und wirtschaftspolitische Bedeutung. Ob die nach dem AMNOG zur Bewertung und Preisfindung aufgerufenen Organe – der G-BA und der GKV-Spitzenverband – insoweit die funktionsgerechten Organe darstellen, darf man bezweifeln.

Autor:

Prof. Dr. Stefan Huster
Ruhr-Universität Bochum
Juristische Fakultät
Lehrstuhl für Öffentliches
Recht, Sozial- und Gesundheits-
recht und Rechtsphilosophie
GC 7/135
44780 Bochum

16 Vgl. dazu jetzt Schreyögg u.a., Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG, abrufbar unter: http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem_17b_Abs_8_KHG/Forschungsauftrag_gem_17b_Abs_9_KHG

17 Zur Diskussion vgl. etwa Bauer, Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit, APuZ 8-9/2006, S. 17 ff.; Gmelin, Die Ökonomisierung der Mitmenschlichkeit, DÄ 2000, S. A-1659 ff.; Rogler, Der Arzt als Dienstleister – der Patient als Kunde, in: Kingreen/Laux (Hrsg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, 2008, S. 69 ff.; Unschuld, Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin, 2009; Wehkamp, Heilberufe und Patienten im Spannungsfeld von Politik und Ökonomie, in: Seewald/Schoefer (Hrsg.), Zum Wert unserer Gesundheit, 2008, S. 75 ff.

18 Vgl. oben II.

19 Zur umfangreichen Diskussion vgl. zuletzt nur Zimmermann, Der Gemeinsame Bundesausschuss, 2012.

Andreas Gassen

Müssen ambulante und stationäre Versorgung weiterhin vor dem jeweils Anderen geschützt werden?

Die strikte Trennung des ambulanten und stationären Versorgungsbereichs ist aus mehreren Gründen nicht mehr zeitgemäß. Zum einen, weil sich die Grenzen durch Leistungsverlagerungen verschieben – Stichwort „Ambulantisierung“ der Medizin. Zum anderen, weil in Zeiten eines allgemeinen Ärzte- und Fachkräftemangels und daraus resultierender (drohender) Unterversorgung verstärkte Kooperation das Gebot der Stunde ist. Die dazu im Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehenen Maßnahmen sind jedoch nicht ausreichend.

Für die Zukunft wird es darum gehen, gemeinsam sektorenübergreifend zu denken und zu handeln. Dies betrifft alle Bereiche: von der Nutzung von Ressourcen und Infrastruktur über die ärztliche Aus- und Weiterbildung bis hin zu Bedarfsplanung.

Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist ein erster sinnvoller Schritt in eine gemeinsam gestaltete Patientenversorgung getan. Bei erfolgreicher Umsetzung kann die ASV als Blaupause für weitere Versorgungsbereiche an der Schnittstelle ambulant/stationär dienen.

I. Ausgangslage: Allgemeine Trends

Das Credo „Ambulant vor stationär“ ist keine Erfindung der Vertragsärzteschaft. Diese Entwicklung war jahrelang politisch gewollt und wurde entsprechend gefördert, zunächst durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992. Dieses ermöglichte die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Operationen mit dem Ziel, nicht notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlungen zu vermeiden, eine wirtschaftliche und patientengerechte Versorgung zu sichern und die

Kooperation zwischen Niedergelassenen und Krankenhäusern zu verbessern. Mit der Einführung des Begriffs „stationärer Eingriff“ wurde Anfang dieses Jahrtausends das Spektrum entsprechender Leistungen erweitert. Seit 2012 können solche Eingriffe auch von niedergelassenen Vertragsärzten ambulant am Krankenhaus erbracht werden, sofern zwischen beiden eine entsprechende Kooperationsvereinbarung besteht. Letztendlich folgte die Gesetzgebung damit dem technischen Fortschritt (etwa durch minimalinvasive Operationstechniken), der es im Lauf der Zeit ermöglichte, immer mehr Eingriffe und Behandlungen statt im Krankenhaus auch ambulant in der Praxis durchzuführen. Beide Entwicklungen führten und führen zu der bekannten Leistungsverlagerung, die eben auch als Ambulantisierung bezeichnet wird. Ihr Potenzial ist noch lange nicht ausgeschöpft. Dies hat auch der Sachverständigenrat für Gesundheit in seinem Sondergutachten 2012 festgestellt.

Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus hat sich seit 1992 fast halbiert: Von 13,3 auf 7,5 Tage im Jahr 2013. Eine Folge davon ist, dass stationär behandelte Patienten häufig einer längeren bzw.

intensiveren ambulanten Vor- und Nachbehandlung bedürfen. Das durch den Verlagerungseffekt geringere bzw. veränderte Leistungsspektrum an Kliniken hat noch einen weiteren Effekt: Diese haben zunehmend Probleme, den für die ärztliche Weiterbildung zum Facharzt nötigen Weiterbildungskatalog überhaupt noch in vollem Umfang anzubieten. Notwendige bzw. vorgegebene Leistungen können im Krankenhaus nicht mehr erbracht bzw. nicht in ausreichendem Maße „geübt“ werden. Verpflichtende ambulante Weiterbildungsabschnitte, die diese Lücke ausgleichen könnten, sind nicht in ausreichendem Maß vorgesehen. Ein Beispiel aus meiner eigenen Fachrichtung: Die Facharztweiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie dauert 48 Monate, davon können 12 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet bzw. angerechnet werden. Die Folge ist, dass der Nachwuchs das Leistungsspektrum einer Praxis gar nicht mehr richtig kennenlernt und somit nicht ausreichend auf eine ambulante Tätigkeit vorbereitet wird. Um es auf den Punkt zu bringen: Die medizinische Aus- und Weiterbildung und der tatsächliche Versorgungsbedarf sind nicht deckungsgleich. Diese Wahrnehmung hat

im Übrigen auch der Nachwuchs selbst. In einer Umfrage des Marburger Bundes vom Februar 2014 (MB-Monitor 2014) wünschten sich 55 Prozent der befragten Assistenzärzte, einen Weiterbildungspflichtteil in einer ambulanten Einrichtung zu absolvieren. Der MB kommt zu dem Schluss: „Offensichtlich reicht das derzeitige Angebot bei weitem nicht aus, um auch diese Facette der Patientenversorgung kennenzulernen.“¹

Die Universität Trier hat im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und in Kooperation mit dem Medizinischen Fakultätentag, der Bundesvertretung der Medizinstudierenden sowie der Studentenvertretung des Marburger Bundes im April/Mai 2014 eine Online-Befragung durchgeführt, an der bundesweit rund 11.500 Medizinstudierende teilnahmen. Dort sind die Folgen der einseitig klinikgeprägten Ausbildung bereits klar

1 MB-Monitor 2014: Ärztliche Weiterbildung, <https://www.marburger-bund.de/artikel/allgemein/pressemitteilungen/2014/mehrheit-der-jungen-aerztinnen-und-aerzte-will-im-krankenhaus-bleiben> (Stand 06.02.2015)

zu erkennen: Nach ihrer Wunschfachrichtung in Bezug auf die Facharztweiterbildung gefragt, schnitten jene grundversorgenden Fachrichtungen bei den Studierenden besonders schlecht ab, die in den kommenden Jahren in der wohnortnahen ambulanten Versorgung am meisten gebraucht werden, wie Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie oder Augenheilkunde sowie – gemessen am hohen Bedarf – die Allgemeinmedizin.

Weitere wichtige Aspekte bei der späteren Berufswahl bzw. der Wahl des Arbeitsplatzes sind für den Ärztenachwuchs: eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie (94,7%), eine kurative Tätigkeit auf dem neuesten Stand der Wissenschaft (94,7%), Abwechslung im Job (92,5%), geregelte bzw. flexible Arbeitszeiten (84,0% bzw. 83,6%), ein gutes Einkommen (82,2%), der Wunsch, ein breites Krankheitsspektrum zu behandeln (74,2%), Teamarbeit (63,6%), eine eigene Praxis (60,3%) sowie die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (57,7%). Viele dieser Kriterien, die der sogenannten Generation Y

wichtig sind, stellen Herausforderungen dar, die den ambulanten und den stationären Sektor gleichermaßen betreffen.

Eine weitere Herausforderung, vor der das Gesundheitswesen insgesamt steht, ist der Fachkräftemangel, der nicht nur Ärzte, sondern auch das nichtärztliche Personal betrifft. Die Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers kommt in einer Analyse zu dem Schluss: „Der Wettbewerb um Fachkräfte verschärft sich zwischen den ambulanten und stationären Einrichtungen dramatisch. Dazu trägt auch die zunehmende Beschäftigung von Ärzten und medizinischen Fachkräften außerhalb der Gesundheitsversorgung (...) bei. In den stationären Einrichtungen dürfte 2030 etwa jede dritte Arztstelle unbesetzt bleiben, im ambulanten Bereich sogar jede zweite.“² Hinzu kämen bis zum Jahr 2030 400.000 fehlende Krankenschwestern und Pflegekräfte im stationären und weitere 66.000 im ambulanten Bereich.

2 PricewaterhouseCoopers AG (Hrsg.), 2010: Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030

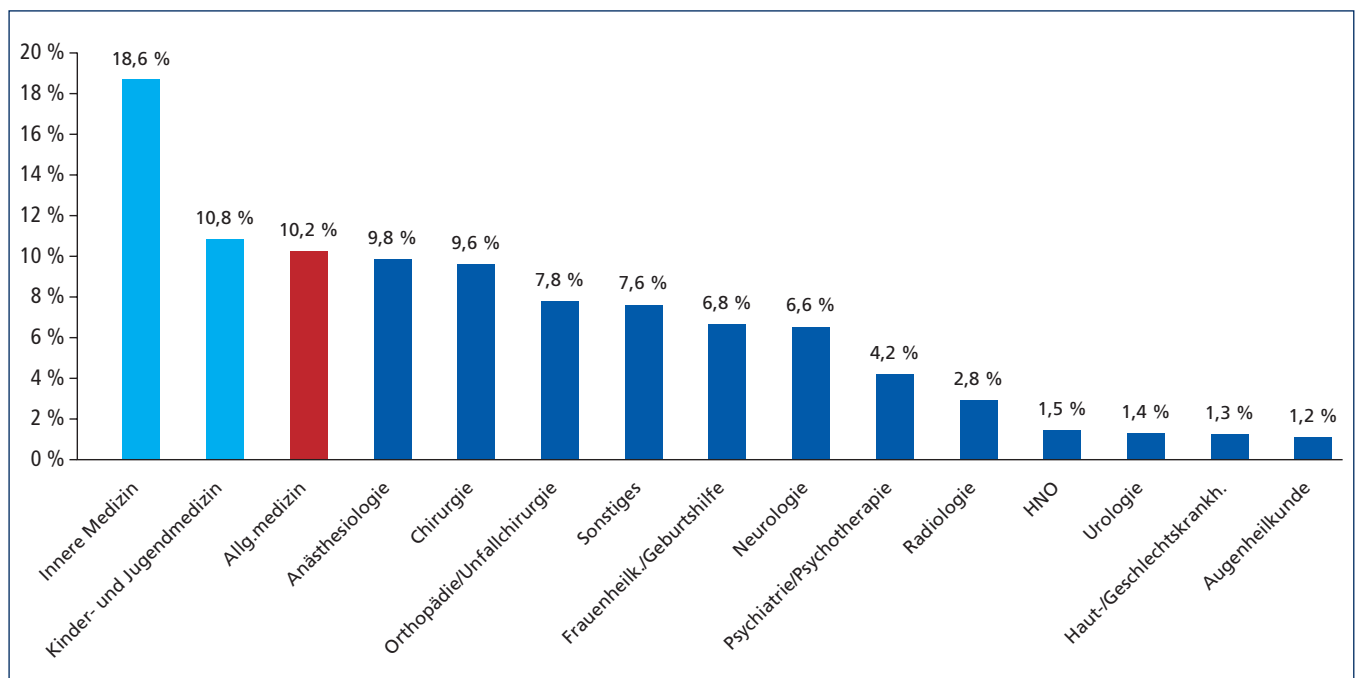


Abb.: Berufsmonitoring Medizinstudierende 2014, Ergebnisse einer bundesweiten Befragung der Universität Trier im Auftrag der KBV. Frage: „Welche Facharztausbildung würden Sie jetzt wählen?“ (n = 11.462, Einmalnennung)

Das Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) bietet hier nur unzureichende und eher hilflos wirkende Lösungsvorschläge wie etwa den, in unterversorgten Gegenden und bei Terminproblemen in den Praxen die Krankenhäuser stärker für die ambulante Versorgung zu öffnen. Dass dies dem Versuch gleichkommt, eine Lücke mit einer anderen zu stopfen, verdeutlicht auch die Reaktion von Vertretern der Kliniken. So konstatiert etwa die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf des VSG: „Die vorgesehene Vermittlung von Patienten an Krankenhäuser (...) kann zu erheblichen Problemen führen, da diese bereits heute die hierfür erforderlichen Kapazitäten kaum noch zur Verfügung haben. Krankenhäuser sind vorrangig auf die Behandlung ihrer stationären Patienten ausgerichtet und sind im Hinblick auf ihre knappe oder unzureichende Personalbesetzung insbesondere im ärztlichen Dienst schon an ihrer Belastungsgrenze angelangt.“³ Ähnlich äußerten sich der Marburger Bund und die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Ohne hier im Einzelnen auf die vielen weiteren Felder einzugehen, lässt sich aus dem bisher Gesagten der Schluss ziehen, dass ambulant und stationär vor denselben Herausforderungen stehen: Die demografische Entwicklung führt zu stärkeren regionalen Unterschieden im Versorgungsbedarf (quantitativ und qualitativ). Hinzu kommen veränderte Ansprüche des Nachwuchses. Die Schere zwischen Versorgungsbedarf und Versorgungskapazitäten geht immer weiter auseinander. Sicherstellung wird immer anspruchsvoller. Hier noch gar nicht angesprochen, aber natürlich von eminenter Bedeutung ist die Frage, wie sich die Finanzierung der Versorgung in Zukunft sicherstellen lässt.

³ Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf für ein Versorgungsstärkungsgesetz vom 07.11.2014

II. Lösungsansätze

1) Nachwuchsgewinnung

Den gemeinsamen Handlungsbedarf in Sachen Nachwuchssicherung hat auch der Deutsche Ärztetag erkannt. Er beschloss 2013 in Hannover unter anderem, die Anpassung der ärztlichen Weiterbildung „an die Versorgungsrealität“ und eine Flexibilisierung der Weiterbildung. Diese soll künftig weniger an formalen Kriterien, sondern mehr an Inhalten orientiert werden. Tätigkeiten, die vorrangig ambulant erbracht werden, sollen spezifisch ausgebildet werden. Nur ambulant zu vermittelnde Tätigkeiten sollen ambulant, nur stationär vermittelbare Tätigkeiten stationär, in beiden Bereichen vermittelbare Tätigkeiten in beiden Sektoren vermittelt werden. Weiterbildungsassistenten sollen eine Garantie erhalten, dass sie mindestens gleiche tarifliche Konditionen ambulant wie stationär vorfinden. Die Ausweitung der ambulanten Weiterbildung darf nicht zu finanziellen Lasten der weiterzubildenden Ärzte gehen, die Finanzierung muss entsprechend gesichert werden. Soweit die Beschlüsse des 116. Deutschen Ärztetages. Diese gilt es nun zügig mit konkreten Maßnahmen auch schon während des Medizinstudiums zu ergänzen und umzusetzen. Dazu gehört aus Sicht der KBV beispielsweise: die Überarbeitung der Kriterien für die Zulassung zum Medizinstudium, mehr und früherer Praxisbezug während der Ausbildung, nahtlose Übergänge zwischen Aus- und Weiterbildung, beginnend mit ambulanten Anteilen im Praktischen Jahr, der Ausbau von finanziellen und personellen Ausbildungsressourcen sowie die Förderung von Modellstudiengängen bzw. eine entsprechende Reform des Regelstudiums. Die KBV hat bereits ein Konzept erarbeitet, wie Finanzierung und Organisation der Aus- und Weiterbildung durch eine Stiftung gefördert werden könnten. Wichtig wären hier vor allem der sektoren-

übergreifende Rahmen, die Anbindung an Universitäten, Verbundweiterbildungsmaßnahmen sowie die Einrichtung von Kompetenzzentren und Modellprojekten.

2) Stärkung von Kooperationen

Ein Schlüsselbegriff für die Versorgung der Zukunft ist „Kooperation“. Teamarbeit, sowohl mit ärztlichen Kollegen als auch mit anderen Gesundheitsfachberufen, ist gerade für die junge Generation ein wichtiges Merkmal eines attraktiven Berufes. Dies ist auch ein Grund, warum die Niederlassung als wenig attraktiv erscheint: Die Praxis wird – mangels eigener gegenteiliger Erfahrung – oft immer noch mit dem Bild des Einzelkämpfers gleichgesetzt, auch wenn das so nicht mehr zutrifft. Natürlich ist Kooperation kein Selbstzweck. Ziel muss sein, Ärzte von bestimmten Aufgaben zu entlasten und Patienten eine besser koordinierte Versorgung anzubieten. Insbesondere in (drohend) unterversorgten Regionen sollte die Sicherstellung durch die gemeinsame Nutzung von Ressourcen (Räumen, Geräten, Personal etc.) erfolgen. Statt vollständiger Schließung von Krankenhäusern sollte untersucht werden, ob und inwieweit deren Infrastruktur und Ressourcen die ambulante Versorgung ergänzen können, wenn sie nicht für eine vollstationäre Versorgung gebraucht werden. Perspektivisch wäre vor diesem Hintergrund auch eine gemeinsame Versorgungsplanung zu diskutieren bzw. eine Bedarfsplanung, welche auch die stationären Gegebenheiten berücksichtigt. Wenn jedoch die Krankenhäuser stärker in die ambulante Versorgung eingebunden werden sollen, müssen auch die notwendigen Gelder dorthin fließen.

3) ASV als mögliche Blaupause

Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) befindet sich aktuell ein Bereich im Aufbau, der eine

reale Chance bietet, als Blaupause für eine verstärkte Zusammenarbeit der Sektoren zu dienen. Voraussetzung ist allerdings, dass die berühmten gleich langen Spieße endlich realisiert werden, so dass spezialisierte Vertragsärzte auch faktisch die Möglichkeit bekommen, an der ASV *gleichberechtigt* mit spezialisierten Krankenhäusern teilzunehmen. Deshalb ist auch eine Regelung zum Umgang mit Verträgen nach § 116b alt SGB V erforderlich, die dieses Ziel gewährleistet!

Bei erfolgreicher Umsetzung könnte die ASV als Blaupause für weitere Bereiche an der Schnittstelle ambulant/stationär dienen, z. B. für Regelungen zu

- vor- u. nachstationärer Diagnostik u. Therapie im Zusammenhang mit § 115a SGB V
- ambulantem Operieren
- Hochschulambulanzen
- Psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen
- Geriatriischen Institutsambulanzen
- Sozialpädiatrischen Zentren
- ambulanter Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe

- Behandlung in Praxisklinikein- u. kurzstationärer Behandlung bis zu drei Tagen Verweildauer.

Hier besteht ein großes, noch ungehobenes Potenzial, im Sinne der Patienten zu einer „echten“ gemeinsamen Versorgung zu kommen.

III. Fazit und Ausblick

Die Sektorengrenzen ambulant/stationär verschieben sich bzw. „verwischen“. Dies ist kein neues Phänomen, es wird einerseits – mal mehr, mal weniger – politisch unterstützt und geschieht andererseits – in Zeiten des demografischen Wandels und wachsenden Fachkräftemangels – aus der Versorgungsnotwendigkeit heraus. Hier weiter auf Abschottung und Lagerdenken zu setzen, wäre kurzsichtig und nicht im Sinne der Versorgung. Richtig ist aber auch: Holzschnittartige Regelungen bringen nichts, stattdessen sind die jeweiligen Strukturen und Kapazitäten vor Ort zu berücksichtigen. Ergänzung und gegenseitige Stärkung muss das Ziel sein, mehr *gemeinsame* Versorgung statt gegensei-

tige „Kannibalisierung“. Statt einer zunehmenden Öffnung der Krankenhäuser (und in Folge dessen einer Leistungs-„rück“verlagerung), sollten die Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung *beteiligt* werden, etwa in Form einer gemeinsamen Nutzung von Infrastrukturen. Finanzierung und Versorgungs- bzw. Bedarfsplanung sind entsprechend anzupassen.

Die Frage war: „Müssen ambulante und stationäre Versorgung weiterhin vor dem jeweils Anderen geschützt werden?“ Die Antwort lautet: Nein. Beide stehen vor Herausforderungen, die sie am besten gemeinsam bewältigen. Einzige Voraussetzung: Faire und gleiche Rahmenbedingungen und ein echter gemeinsamer Gestaltungswille.

Autor:
Dr. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender
Kassenärztliche
Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2,
10623 Berlin

Buchbesprechung

Pannowitsch, Sylvia: Vetospieler in der deutschen Gesundheitspolitik. Ertrag und Erweiterung der Vetospielertheorie für qualitative Fallstudien, Baden-Baden 2012, 326 Seiten, 54 Euro, ISBN: 978-3-8329-7119-9 (Policy Analyse Band 2, hrsgg. von Nils C. Bandelow, Britta Rehder, Christoph Strünck)

Den Ärzten und Verbänden, dem Bundesrat und anderen wird in politikwissenschaftlich geprägten Diskussionen so viel Macht zur Beeinflussung von gesundheitspolitischen Fragen zugebilligt, dass

von ihnen häufig als Vetospielern gesprochen wird. Die also so mächtig sein sollen, dass sie durch ihre Macht Reformansätze verhindern können. Es ist deshalb verdienstvoll, dass in einer Dissertation der Universität Münster/Westfalen der Frage nachgegangen wird, ob Vetospieler wirklich zu einer strategischen Steuerung von Reformprozessen in der Lage sind. Die Autorin untersucht dies durch eine Politikfeldanalyse des Gesundheitsstrukturgesetzes 1992, des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004 und des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007. Sie

kommt zu dem Ergebnis, dass eine hohe Zahl von Vetospielern nicht zwangsläufig Reformstau bedeute, und sie formuliert Zweifel, ob Vetospieler überhaupt zu einer strategischen Steuerung von Reformprozessen in der Lage sind. Das macht Hoffnung für anstehende Gesetzgebungsvorhaben. Die Arbeit zeigt aber auch einmal mehr, dass die Politikwissenschaft zu abstrakt bleibt, um in der Gesundheitspolitik und der Politikberatung in diesem Politikfeld relevanten Einfluss zu haben.

Andreas Meusch, Hamburg

Hans-Joachim Helmig

Medizinische Versorgung zukunftsicher gestalten

Schon Fontane war auf seinen Brandenburger Wanderungen beeindruckt von all den Kanälen und Flüssen, Wäldern, Äckern und Wiesen, Eisvögeln und Fischadlern sowie den unzähligen Seen. Heute können wir märkischen Ärzte uns glücklich schätzen, dort zu arbeiten, wo mehr und mehr gestresste Großstädter ihren Urlaub verbringen. Die Schönheiten der Natur allein reichen jedoch nicht aus, um genügend Ärzte für eine Niederlassung in Brandenburg zu gewinnen. Die ambulante Versorgung gerade in strukturschwachen, ländlichen Regionen sicherzustellen, stellt für uns als Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg eine große Herausforderung dar. In einigen Regionen des Landes droht eine Unterversorgung, die in erster Linie bedingt ist durch den Generationswechsel, den Nachwuchsmangel oder die wenig vorhandene Infrastruktur. Hier zeigt sich der demografische Wandel mit all seinen Folgen: Die Bevölkerung ist älter, weniger mobil und der Anteil multimorbider Patienten vergleichsweise erhöht (AOK-Bundesverband, 2011 und BMG Survey).

Herausforderungen in der Versorgung

Ländliche Regionen sind im besonderen Maße von der demografischen Veränderung betroffen. In Brandenburg wird die Bevölkerung in den nächsten 20 Jahren nach Berechnungen der brandenburgischen Behörden um rund 380.000 Einwohner schrumpfen. Die verbleibenden Einwohner sind deutlich älter als im bundesweiten Durchschnitt; die Zahl älterer Menschen stieg zwischen 1990 und 2009 um 81 % (Statistisches Bundesamt, 2012). Unter diesen Menschen ist der Anteil an chronisch Kranken und Multimorbiden überdurchschnittlich hoch – mit steigender Tendenz. Vor allem diese Patienten haben einen hohen Behandlungsaufwand, der meist ambulant und wohnortnah koordiniert werden muss (Jacobs, Schulze, 2011).

Aber nicht nur das Alter und die Multimorbidität der Patienten stellen eine Herausforderung dar. Ein Fünftel der märkischen Vertragsärzte ist 60 Jahre oder älter (KVBB 2014). Junge Mediziner, die

sich niederlassen wollen, ziehen oftmals eine Praxis in der Stadt vor. Anders als noch vor einigen Jahrzehnten bevorzugen sie eine soziale und kulturelle Infrastruktur sowie die Möglichkeit zur gemeinsamen Berufsausübung, die sie eher in städtischen Gebieten vorfinden. Die Familie spielt ebenso eine wichtige Rolle. Fehlende Einrichtungen zur Kinderbetreuung, Schulen oder Berufsmöglichkeiten für den Partner sind auch nicht durch finanzielle Anreize zu kompensieren. Freiwerdende Arztstühle werden nicht besetzt, die Arztdichte sinkt (Jacobs, Schulze, 2011). So hat Brandenburg im bundesweiten Vergleich seit 25 Jahren die niedrigste Vertragsarztdichte. Auf 753 Brandenburger kommt statistisch ein Vertragsarzt, der Bundesdurchschnitt liegt bei 663 Einwohnern je Vertragsarzt (ZI, 2014). Die wenigen Ärzte können ihrem Versorgungsauftrag nur mit überproportionalem Einsatz nachkommen, entsprechend hoch sind die Fallzahlen. Für die Patienten bedeutet dies volle Praxen, längere Wege und Wartezeiten.

Die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen suchen daher nachhaltige

Lösungen, um die Versorgung in ländlichen Regionen sicherzustellen. Viele innovative Lösungsansätze u. a. aus Brandenburg sind in der Folge im Rahmen der Gesetzgebung berücksichtigt worden (Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) oder durch das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) (Bundesgesetzblatt, 2011; Osterloh, Rieser, 2014). Für die heutige Ärztegeneration bedarf es neuer Anreize und Rahmenbedingungen, um sie für eine Niederlassung in ländlichen Regionen zu gewinnen. Es sind neue und regional angepasste Versorgungsstrukturen notwendig, die möglichst viele Akteure und alle Ebenen der medizinischen Versorgung einbeziehen.

Zur Bewältigung dieser Herausforderungen haben wir in erster Linie zwei unterschiedliche Lösungsansätze entwickelt. Zum einen tragen wir mit dem KV RegioMed-Programm den versorgungsstrukturellen Herausforderungen im Land Rechnung. Den Anforderungen an eine flächendeckende, wohnortnahe Versor-

gung entsprechend, wurden hier verschiedene Versorgungsmodule konzipiert, die regional passgenaue Lösungen bereithalten und je nach Bedarf miteinander kombiniert werden können. Zum anderen haben wir mit dem Konzept der versorgungsauftragsbasierten Arztsitzvergabe (VAV) eine dem regionalen Versorgungsbedarf der dort lebenden Menschen entsprechende Alternative der Ressourcensteuerung zum bestehenden System der rein quantitativ und an Verhältniszahlen ausgerichteten Bedarfsplanung entwickelt.

Das Versorgungskonzept KV RegioMed

Das Grundprinzip besteht in einer, dem regionalen Versorgungsbedarf entsprechenden, funktionalen Zusammenfüh-

rung bzw. Etablierung verfügbarer ärztlicher Ressourcen und Kompetenzen unter Einbindung supportiver Strukturen.

Das Versorgungsprogramm KV RegioMed besteht aus verschiedenen Modulen. Diese können je nach regionalen Erfordernissen passgenau eingesetzt werden, ergänzend zum bereits bestehenden ambulanten Versorgungsspektrum. Das Konzept verzahnt ärztliche und nichtärztliche Kapazitäten, Kompetenzen und Ressourcen sollen zudem gebündelt werden, indem ambulante und stationäre Bereiche sektorenübergreifend verflochten werden, und zwar funktional und ausschließlich am Patientennutzen ausgerichtet.

Um das KV RegioMed-Programm in einer Region umzusetzen, müssen zunächst fünf Grundfragen positiv beantwortet werden:

- Gibt es einen Bedarf?
- Wird damit eine Verbesserung erzielt?
- Ist es regional gewollt?
- Sind Partner vorhanden, die es unterstützen?
- Kann das Modul wirtschaftlich umgesetzt werden?

Auf Basis der aktuellen (jedoch prinzipiell falsch parametrisierten) Bedarfsplanungsrichtlinie sowie auf der Grundlage verfügbarer Versorgungsforschungsdaten erfolgt eine gründliche Analyse zur medizinischen Versorgung (u. a. ambulante und stationäre Kapazitäten, Spezialisierungen), des Versichertenklientels, der Infrastruktur, der Wirtschaftlichkeit sowie zur Verlässlichkeit der Partner (Bereitschaft, eigene Angebote, Fördermöglichkeiten) – auch unter Einschluss der Dynamisierungen im Rahmen einer Mittelfristbetrachtung.

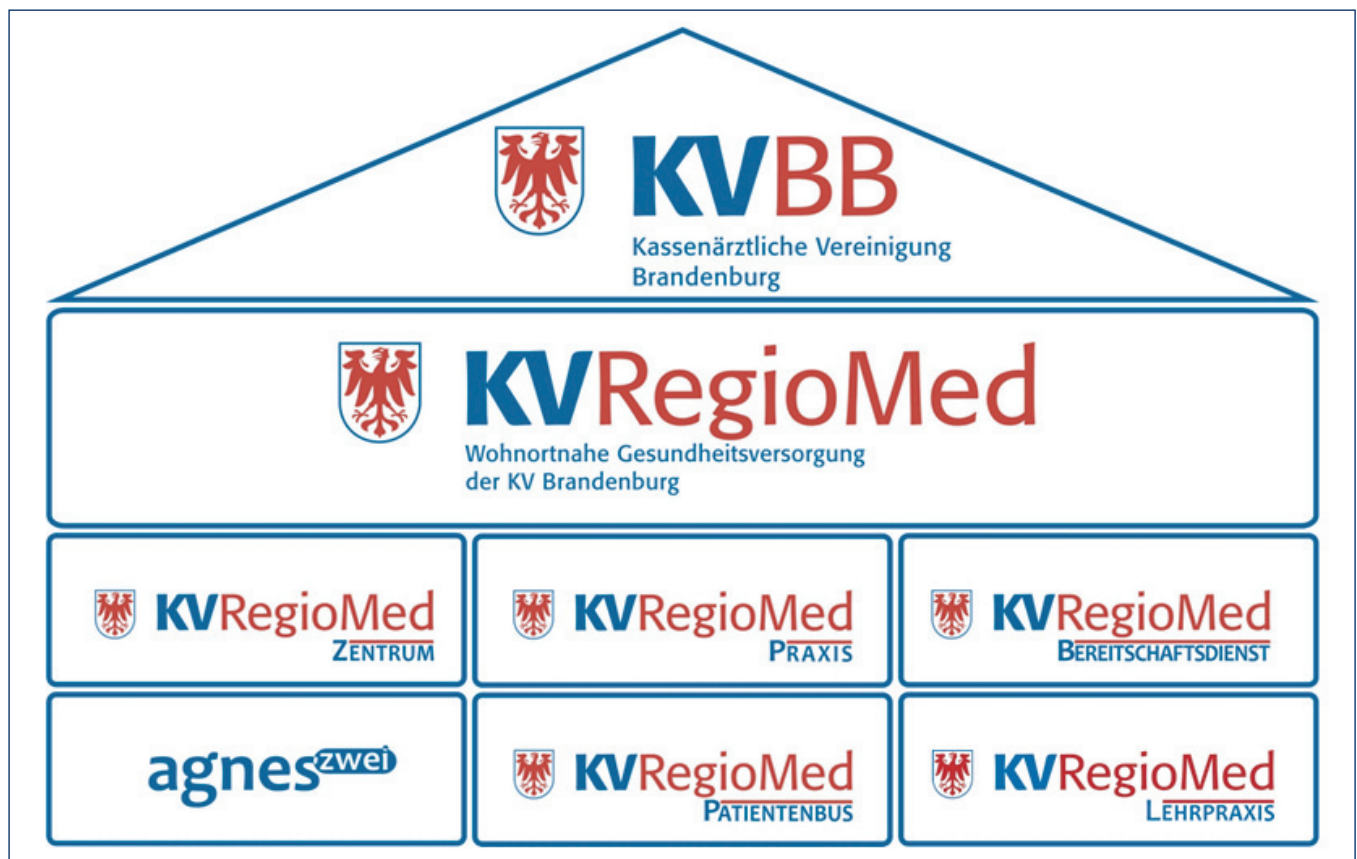


Abbildung 1 – Der Instrumentenkasten mit den einzelnen Modulen

Quelle: KVBB

Der KV RegioMed-Instrumentenkasten

Das KV RegioMed-Konzept ist ein Baukasten (vgl. **Abbildung 1**), dessen Module je nach Bedarf miteinander kombiniert werden können.

KV RegioMed Zentrum

Im KV RegioMed Zentrum sind Ärzte mehrerer Fachrichtungen (interdisziplinäre, funktionale Intermediärstruktur zwischen Krankenhaus und Praxis zur wohnortnahen Versorgung) tätig. Durch gemeinsame Raum-, Personal- und Techniknutzung werden Synergien erschlossen, Skaleneffekte genutzt. Hier behandeln Ärzte verschiedener Fachrichtungen aus Klinik und Praxis eigenverantwortlich ambulante Patienten. Die ambulant und stationär vorhandenen Ressourcen werden so kooperativ genutzt, um die wohnortnahe Versorgungsstruktur bedarfsgerecht und regionalspezifisch zu ergänzen. Die KV RegioMed Zentren sind Eigeneinrichtungen der KVBB nach § 105 SGB V.

Derzeit existieren drei Zentren: in Bad Belzig, Guben und Templin. Alle Zentren sind abhängig von den regionalen Versorgungserfordernissen gestaltet. Das KV RegioMed Zentrum in Bad Belzig wurde 2010 als Pilotprojekt gegründet und etabliert. Es bietet einige spezielle Sprechstunden an: für Magen- und Darmkrebspatienten, zur Diagnose von Magen- und Darmerkrankungen, für weibliche Krebspatienten, eine spezielle Schwangerschaftsdiagnostik sowie eine neurologische und eine orthopädische Spezialsprechstunde. Gestartet wurde diese kooperative Struktur mit einer diabetologischen Komplexbetreuung durch Diabetologen, Nephrologen, Ophthalmologen und Angiologen, wobei nicht vor Ort angesiedelte Fachgebiete zu den Sprechstunden anreisen.

Der Schwerpunkt des 2013 gegründeten KV RegioMed Zentrums in Guben liegt auf der hausärztlichen Versorgung. Darüber hinaus gibt es eine Sprechstunde im Bereich Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde im spezifischen Spannungsfeld der medizinischen Versorgung im grenznahen Raum. Die behandelnden Ärzte sprechen daher sowohl deutsch als auch polnisch.

Das ebenfalls 2013 errichtete Zentrum in Templin fokussiert sich auf die Versorgung älterer Patienten. Hierzu kooperiert es mit dem regionalen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen. Die in der Region geriatrisch tätigen Ärzte haben dabei eine besondere Stellung: Der jeweils „diensthabende Arzt“ führt die Erstuntersuchung sowie die Eingangs- und Abschlussevaluation durch und erstellt den Therapieplan. Er informiert Patienten und Angehörige. Zudem ist er Ansprechpartner für die niedergelassenen Ärzte – insbesondere Hausärzte – der zu betreuenden Patienten. Darüber hinaus werden derzeit Trainings-, Schulungs-, und Beratungsangebote etabliert – je nach Bedarf und Kapazität. Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie runden das Angebot im nichtärztlichen Therapiezentrum ab.

In allen Zentren unterstützt eine agnes^{zwei}-Fachkraft die Patientenversorgung als Case Managerin.

agnes^{zwei}

Eine agnes^{zwei} ist eine speziell ausgebildete nichtärztliche Fachkraft, die insbesondere für das Fallmanagement betreungsintensiver Patienten zuständig ist. Dabei stimmt sie sich stets eng mit dem behandelnden Arzt ab und wird in seinem Auftrag tätig.

- Sie koordiniert die Termine intersektoral zwischen Fach- und Hausärzten und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, beispielsweise den Pflegediensten.

- Sie unterstützt strukturierte Behandlungsprogramme.
- Sie kontrolliert die häusliche Pflege und Medikation (delegierbare Leistungen).
- Sie unterstützt die Angehörigen.
- Sie vermittelt und unterstützt bei der Beantragung sozialer Dienste.
- Sie führt notwendige Hausbesuche durch.

Heute sind bereits 90 agnes^{zwei} in Brandenburg tätig. Eine brandenburgische Besonderheit ist, dass eine agnes^{zwei} sowohl bei Haus- als auch bei Fachärzten als auch für mehrere Praxen tätig werden kann. Ebenso entfällt die Beschränkung der Tätigkeit auf unterversorgte Regionen oder Hochaltrigkeit als auch der Bewilligung entsprechender Pflegestufen.

KV RegioMed Praxis

Die KV RegioMed Praxis wurde als Sicherstellungs-, aber auch als „Startup-Praxis“ von der KV Brandenburg etabliert. Sie bietet potenziellen Praxisnachfolgern oder Neueinsteigern die Möglichkeit, ambulant tätig zu sein – ohne die Risiken der Selbstständigkeit. Denn die Ärzte sind Angestellte der KV, können sich jedoch später niederlassen und die Praxis übernehmen. Sie werden in den Regionen etabliert, in denen ein Sicherstellungsbedarf besteht, der mit den üblichen Ausschreibemethoden nicht zu einer Zulassung führt. Anfang 2013 eröffnete die erste KV RegioMed Praxis in Joachimsthal bei Berlin. Weitere sind in Bad Freienwalde, Elsterwerda und Forst hinzugekommen.

KV RegioMed Patientenbus

Der Patientenbus ist aktuell in das KV RegioMed-Konzept des Zentrums Templin integriert. In Kooperation mit regionalen Fahrdienstunternehmen ermögli-

cht er auch immobilen Patienten, die KV RegioMed-Angebote wahrzunehmen. Die Fahrzeiten werden an die Öffnungs- und Behandlungszeiten des KV RegioMed Zentrums und die Sprechstunden der Praxen angepasst. Sie sind mit dem Erinnerungs- und Terminmanagement des Patienten verzahnt. Mit dieser Methode wird die patientenindividuelle Immobilität überbrückt, ohne dass der Arzt „über die Dörfer fahren muss, und am Küchentisch nur sehr begrenzte Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten hat“. Das Transportieren des Patienten zu den Praxen oder Zentren ermöglicht die interdisziplinäre Betreuung der Patienten in hoher Qualität und vergeudet keine ärztlichen Ressourcen am Steuer eines PKW.

Das Modul wurde in einem Vorprojekt 2013 in Müncheberg/Strausberg getestet. Die Finanzierung erfolgte analog dem ÖPNV.

KV RegioMed Bereitschaftspraxis

Die KV RegioMed Bereitschaftspraxis gewährleistet eine ambulante Versorgung außerhalb der Sprechzeiten. Sie entlastet somit den fahrenden Bereitschaftsdienst. Ärzte aus anderen Regionen können eingesetzt werden, um Ärzte in unterversorgten Regionen zu entlasten sowie die Zahl der Bereitschaftsdienste im akzeptablen Bereich zu halten. Die Bereitschaftspraxen sollen dabei möglichst in regionalen Krankenhäusern, idealerweise in unmittelbarer Nachbarschaft zu den Rettungstellen, angesiedelt sein: Die medizinische Infrastruktur kann genutzt und besser mit ambulanten Angeboten vernetzt werden. Die Bereitschaftspraxis entlastet somit auch deutlich die Rettungstellen, da in der Praxis am Abend und an Wochenenden Patienten mit ambulant zu behandelnden Krankheitsbildern versorgt und somit Fehlallokationen vermieden werden.

Die erste allgemeine Bereitschaftspraxis eröffnete Anfang 2012 direkt neben der Rettungsstelle des St. Josefs-Krankenhauses in Potsdam. Die Praxis ergänzt das bestehende ambulante medizinische Angebot. Zwischenzeitlich ist dieses erfolgreiche Modul auf dem Weg in die Regelversorgung. So eröffneten eine allgemeine und eine kinderärztliche KV RegioMed Bereitschaftspraxis am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, eine weitere in Eberswalde, Brandenburg an der Havel sowie in Rüdersdorf.

KV RegioMed Lehrpraxis

Mit Hilfe der KV RegioMed Lehrpraxen sollen langfristig ambulant tätige Ärzte für die Region gewonnen werden – durch die aktive Begleitung von praxisorientierten Studiengängen und Weiterbildungen zum Facharzt in Brandenburg. Während der Ausbildung soll so eine regionale Verbundenheit entstehen. Hierbei sollen sich die niedergelassenen Ärzte möglichst in die Studienplanung einbringen und – bei entsprechender Eignung – selbst unterrichten, im Rahmen der Facharztweiterbildung wirken, bei den ersten Schritten in die ambulante Medizin unterstützen.

Das Konzept der KV RegioMed Lehrpraxis beruht wesentlich auf drei Säulen:

- KV RegioMed Lehrpraxis im Rahmen der „studentischen Ausbildung“ – für Studenten aus praxisorientierten Studiengängen (z. B. der neugegründeten Medizinischen Hochschule in Neuruppin)
- Weiterbildungspraxis für den „Arzt in Weiterbildung“ – sowohl für Haus- als auch für Facharztkandidaten
- Mentorenprogramm: Ein ärztlicher Kollege als Mentor begleitet den Studenten und den Arzt in Weiterbildung während der gesamten Aus- und Weiterbildung in einer zertifizierten KV

RegioMed Lehrpraxis und darüber hinaus auch bei der eigenen Niederlassung.

Mehrwert des KV RegioMed-Konzeptes

Der große Vorteil ist, dass verschiedene Module je nach Situation dank des Baukastensystems miteinander kombiniert werden können. Jedes Modul enthält passgenaue Lösungsansätze. Es wurde Transparenz geschaffen, indem verschiedene Tätigkeiten und Einrichtungen beim Aufbau der Module einbezogen wurden. Zusätzlich können Probleme an den Schnittstellen zu nichtärztlichen Tätigkeiten vermieden werden.

Die Module schaffen Anreize, um sich als Arzt an der Versorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen Brandenburgs zu beteiligen – auch ohne das finanzielle Risiko einzugehen, sich vor Ort niederzulassen oder auch als Angestellter ggf. im Team zu arbeiten. Dazu werden sehr gute Bedingungen geschaffen: eine sachliche und personelle Infrastruktur, flexible Arbeitszeitmodelle oder der fach- und sektorenübergreifende Austausch.

Die Patienten werden wohnortnah ambulant versorgt. Regional vorhandene medizinische Kapazitäten werden gebündelt und um spezielle Versorgungsangebote ergänzt. Dadurch reduzieren sich Wartezeiten auf Termine und die Wege zu den versorgenden Ärzten verkürzen sich.

Versorgungsauftrags- basierte Arztsitzvergabe

Mit unserem KV RegioMed-Konzept bewegen wir uns jedoch in einem regulierten Umfeld, in dem leider nur auf statistische Größen und nicht auf qualitative Versorgungsaspekte geschaut wird. Das bestehende System der ärztlichen

DIE ZUKUNFT DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IM LÄNDLICHEN RAUM

Bedarfsplanung basiert allein auf historischen Arzt-Einwohner-Relationen des Jahres 1993. Die regionale Demografie- und Morbiditätsentwicklung sowie weitere Faktoren, wie die Sozialstruktur, der medizinisch-technische Fortschritt, die Leistungsverlagerung aus dem klinischen in den ambulanten Bereich oder auch gesetzlich vorgegebene Leistungsausweitungen werden in diesem Konzept nicht bzw. nicht ausreichend berücksichtigt. Die Regelungen beantworten daher weder ausreichend die Frage nach dem heutigen und zukünftigen Versorgungsbedarf noch nach dessen Finanzierung.

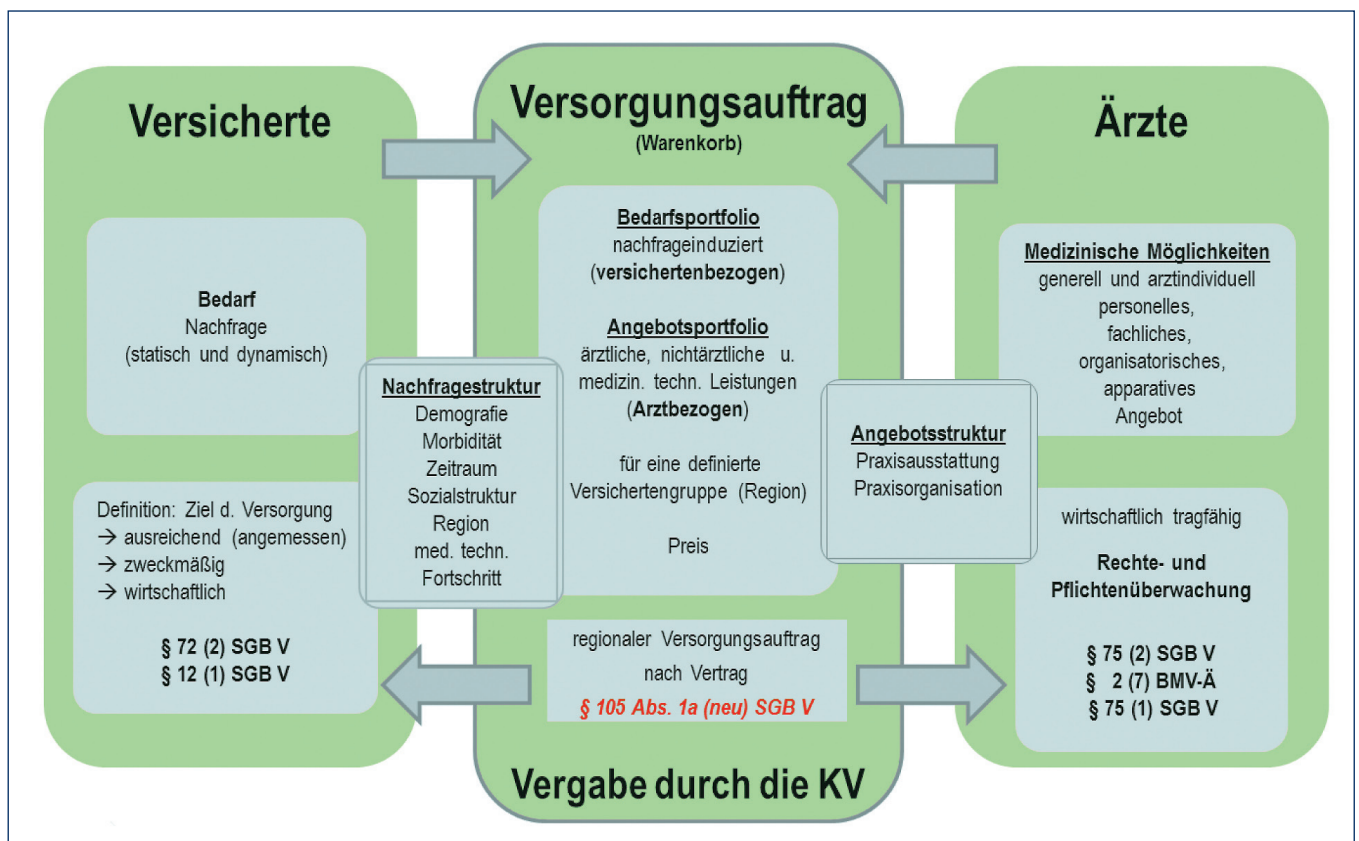
Die KV Brandenburg arbeitet daher seit rund drei Jahren intensiv an einer, den realen medizinischen Versorgungsbedarf zugrundeliegenden, Ressourcenverteilung – dem zukunftsorientierten Konzept einer Versorgungsauftragsbasierten Arztsitzvergabe (VAV). Dabei wird, basierend auf

der Feststellung der Nachfragestruktur für die Gegenwart und Zukunft, eine mittels Vergabe von am tatsächlichen, regionalen Versorgungsbedarf ausgerichteten Versorgungsaufträgen nachhaltige Steuerung und eine optimale Nutzung der ärztlichen Ressourcen ermöglicht. Damit könnten sowohl die Versorgung der Einwohner, als auch die wirtschaftliche Führbarkeit der Praxen sowie deren Finanzierung durch die Kostenträger planbar gestaltet und gesichert werden.

Herzstück der VAV ist der so genannte Warenkorb. Hier wollen wir detailliert den Leistungsauftrag definieren, den ein Arzt in einer bestimmten, kleinteiligen (oder je nach Fachrichtung auch großräumigen) Region in Brandenburg ausfüllen soll. Die Festlegung der maßgeblichen Versorgungsregionen wird von der Kasernenärztlichen Vereinigung in Abstim-

mung mit den Krankenkassen vorgenommen. Der genaue Versorgungsinhalt ergibt sich aus den relevanten Bedarfen an medizinischer Versorgung für Versicherte in dieser definierten Region. Daraus lässt sich dann auch das notwendigerweise bereitzustellende Honorarvolumen ableiten. Beide Elemente werden von der KV mit den Krankenkassen verhandelt und so der auszuschreibende Versorgungsauftrag/Arztsitz definiert.

Grundlage bilden die zu ermittelnden Bedarfe zum aktuellen Zeitpunkt sowie prospektiv mittel- (10 Jahre) und langfristig (20 Jahre) auf der Grundlage objektiver Faktoren. Hierzu zählen unter anderem Morbiditätsstruktur (krankheitsspezifische Prävalenzen), Demografie, Sozialstruktur, medizinisch-technischer Fortschritt sowie weitere geeignete Faktoren. Daten hierzu liefert die Versorgungsforschung. Die demogra-



Modell der Versorgungsauftragsbasierten Arztsitzvergabe

Quelle: KVBB

fische Datenbasis wird vom Brandenburger Landesamt für Bauen und Verkehr bereitgestellt. Schließlich fließen für die Mittel- und Langfristplanung die Festlegungen im Landesentwicklungsplan für die jeweilige Region ein.

Diese Aufgabe bedingt eine entsprechende ambulante Versorgungsforschung, die sowohl auf historischen bundesweiten Daten der vertragsärztlichen Versorgung (einschließlich selektivvertraglicher Versorgung) als auch auf stationären Daten ambulant sensibler Krankenhausfälle basiert (sowohl zur Vermeidung von Versorgungslücken als auch unnötiger Duplikationen). Auch sollen Veränderungen aufgrund des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschrittes berücksichtigt werden.

Ziel ist es, die populationsbezogene Krankheitslast regional in Relation zum Bundesdurchschnitt festzustellen und im Ergebnis eine gleichwertige (bezogen auf die Versorgungsinhalte) Versorgung anzubieten. Mit diesem Ansatz und dem KV RegioMed-Baukasten wird den komplexeren Versorgungsbedürfnissen einer älter werdenden Bevölkerung langfristig Rechnung getragen und den regional bestehenden relativen Mängeln in den heutigen Versorgungsstrukturen entgegen gewirkt. Die aus einer Status-quo-Betrachtung resultierende nicht bedarfsgerechte „Über“versorgung in der Zukunft kann erstmalig bereits bei Ausschreibung des Arztsitzes vermieden werden.

Autor:

Dr. med. Hans-Joachim Helmig
Vorsitzender des Vorstandes
Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg
Gregor-Mendel-Str. 10/11
14469 Potsdam

VAV auf einen Blick

1. Die VAV ist ein mögliches, alternatives Modell zur grundsätzlichen/allgemeinen Strukturierung der Versorgung in der Fläche mittels qualitativ begründeter Ressourcensteuerung.
2. Das VAV-Modell verwendet für die Arzt-Ressourcen-Allokation nicht die statistischen Instrumente der derzeitigen Bedarfsplanung, sondern stellt auf den ermittelten regionalen Behandlungs-/Versorgungsbedarf der realen „Ist-Bevölkerung“ unter Beachtung demografischer, sozio-demografischer und Morbiditäts-Dynamiken als auch Entwicklungen der Medizin ab.
3. Das VAV-Modell ist daher insbesondere geeignet, die aktuelle Diskussion um den Abbau von vermeintlichen „Überkapazitäten“ durch obligate Praxisaufkäufe in eine sachgerechte Richtung zu lenken. Mit dem qualitativen Ansatz der Bedarfsermittlung und der darauf fußenden Ressourcenbereitstellung (einschließlich der Dynamisierungselemente z. B. hinsichtlich der Bevölkerungseffekte) hätte man eine mittelfristig wirkende, jedoch dann nachhaltige Lösung von aktuellen Kapazitäts-/Bedarfs-Disproportionen („Überversorgung“) verfügbar.
4. Mit der aktuellen Wahl eines falschen Instruments (Aufkaufvorgabe auf Basis der Bedarfsplanung) wird mehr verletzt als geheilt; hingegen gelingt es mit der VAV einen evolutionären Prozess mit nachhaltiger Wirkung einzuleiten, der frei von den Konflikten im Zusammenhang mit der Aufkaufverpflichtung wäre.
5. Das VAV-Modell soll/kann neben der etablierten Bedarfsplanung als Angebot/Option eingesetzt werden, um auch dem Problem des sich verstärkenden Ärztemangels in den Regionen durch gezielte, bedarfsgerechte Steuerung entgegenzuwirken und auch der Motivation der nachwachsenden Ärztegeneration Rechnung zu tragen.
 - Über eine Anpassung des Warenkorbes kann man den sich verändernden Rahmenbedingungen und den Bedarfssituationen, aber auch medizinischen Standards (Leitlinien) gerecht werden.
 - Den Kassen kann eine kalkulierbare Entscheidungshilfe für die Bereitstellung angemessener, ausschließlich den Behandlungs-/Versorgungsbedarf berücksichtigender Honorierung angeboten werden.
 - Der KV wird eine praktikable, überzeugende Möglichkeit gegeben, mittels geeigneter Strukturen/Allokationssynergien (Arztsitzsystematik) Versorgung im Land sachgerecht aktiv zu steuern/zu gestalten.

22. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposium

Wachwechsel im Präsidium der GRPG Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen: Die 22. Mitgliederversammlung wählte am 17. Januar 2015 in Berlin den Gesundheitsökonom Professor Volker Ulrich von der Universität Bayreuth zum neuen Präsidenten der GRPG. Ulrich ist Nachfolger von Professor Alexander Ehlers, der sich nach 21 Jahren in diesem Amt entschieden hatte, nicht mehr zu kandidieren. Für sein Engagement für die GRPG ernannte die Mitgliederversammlung Ehlers einstimmig zum Ehrenpräsidenten.

Als neue Vizepräsidenten wählte die Versammlung Professor Georg Marckmann von der Universität München und Professor Jochen Taupitz von der Universität Mannheim als Nachfolger für Professor Erwin Deutsch, Universität Göttingen, und Professor Peter Oberender, Universität Bayreuth. Beide hatten nicht mehr kandidiert. Professor Eberhard Wille von der Universität Mannheim wurde erneut als Vizepräsident gewählt.

Neue Generalsekretärin der GRPG ist Susanne Moser, München. Als Beisitzer für den Bereich Zahnärzte wurde Dr. Stefan Böhm aus München neu ins Präsidium der GRPG gewählt. Ebenfalls neu im Präsidium sind die CDU-Bundestagsabgeordnete Karin Maag und die Grünen-Bundestagsabgeordnete Kordula Schulz-Asche für den Bereich Politik, sowie Professor Jürgen Zerth aus Fürth für den Bereich Verwaltung/Ökonomie. Die übrigen Beisitzer wurden in ihren Ämtern bestätigt. Als Kassenprüfer wurden Michael Feldmann und Dr. Nikolaus Schumacher gewählt.

Zuvor hatte Ehlers in seinem Bericht mit einem Rückblick auf die Gründungszeit der GRPG an die Veränderungen im Gesundheitssystem seit 1994 erinnert. Wettbewerbsorientierung und Liberalisierung hätten die Entwicklung geprägt. In den vergangenen zwei Jahrzehnten war die GRPG stets kritischer Begleiter der Entwicklungen, Ratgeber, aber auch Analyst und Ideengeber, erinnerte Ehlers.

An dieser Aufgabe werde sich auch in Zukunft nichts ändern. Gesetzgeber und Partner im Gesundheitswesen seien in einem immer komplexer gestalteten System auf die Hilfe unabhängiger Institutionen wie die der GRPG angewiesen.

Das Symposium *Wettbewerb und korporatistisches System im Gesundheitswesen*, das am Vortag der Mitgliederversammlung in den Räumen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veranstaltet wurde, war mit etwa 60 Teilnehmern gut besucht. Am 2. Juni 2014 fand in Berlin das Symposium *Pacta sunt servanda. Und was nicht im Koalitionsvertrag steht. Gesundheit und Pflege in der laufenden Legislaturperiode* statt. Am 7. und 8. Oktober 2014 veranstalteten GRPG und das Deutsche Rote Kreuz gemeinsam in Berlin ein Symposium mit dem Titel *Die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum*.

Der 19. Wissenschaftspreis der GRPG wurde in diesem Jahr an Dr. Anne Franziska Streng-Baunemann für ihre Dissertation *Strafrechtliche Grenzen der Rationierung medizinischer Leistungen*, erstellt an der Juristischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, vergeben.

Streng-Baunemann untersucht in ihrer Arbeit die Bedeutung der sogenannten expliziten Rationierung medizinischer Leistungen - also die durch finanzielle Knappheit motivierte und wohl bereits mittelfristig unvermeidbare Herausnahme bestimmter medizinischer Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die sogar

lebenserhaltende Leistungen betreffen könnte - für die (strafrechtliche) Pflichtenstellung des Arztes. Im Wege einer Analyse einschlägiger verfassungsrechtlicher Vorgaben (des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit, der Eigentumsfreiheit, der Berufsfreiheit etc.) gelangt die Verfasserin zu dem Ergebnis, dass der Staat weder verpflichtet, noch auch nur berechtigt ist, Ärzte durch Strafdrohung zur Erbringung medizinischer Leistungen zu zwingen, die weder durch die öffentliche Gesundheitsversorgung noch durch den Patienten finanziert werden; die Vorenthaltung einer durch die öffentliche Gesundheitsversorgung nicht (mehr) bereitgestellten Behandlung erfüllt daher gegenüber zahlungsunfähigen bzw. -unwilligen Patienten unter keinen Umständen einen Straftatbestand, insbesondere keine(n) Totschlag/Körperverletzung durch Unterlassen (§§ 212/223, 13 StGB).

Das Preisgeld des Wissenschaftspreises, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird, in Höhe von 2 500 Euro wurde in diesem Jahr wiederum von der Firma Servier Deutschland GmbH übernommen.

Die nächste Mitgliederversammlung findet am 16. Januar 2016 in Berlin statt. Für den Vortag, den 15. Januar ist wieder ein Symposium geplant.

Autor:
Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

