

Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Die Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem.

Albrecht, M; Freytag, A.; Gottberg, A.; Storz, P. unter Mitarbeit von Prof. Dr. Bert Rürup
Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2008
114 S., 31 Abb., 17 Tab., brosch., 21,- €

Der erste Band der neuen IGES-Schriftenreihe im Nomos-Verlag trägt einen spannenden Titel.

Dies gilt insbesondere angesichts der vielen aktuellen Auseinandersetzungen: um die Höhe und Verteilung der Arzthonorare, das Nebeneinander von Über- und Unterversorgung, die wachsende Zahl Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) mit angestellten Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Versorgung, Modelle einer Aufgabeneuverteilung zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen (z.B. AGNES und VERAH), den Stellenwert von Kollektiv- vs. Selektivverträgen und die Zuständigkeit für die Sicherstellung usw. usf. Dazu erhofft man sich interessante Erkenntnisse und konstruktive Anregungen des IGES-Instituts.

Leider vergeblich. Bei dem Buch handelt es sich um eine Studie, die 2007 im Auftrag des Deutschen Facharztverbandes erstellt wurde. Wenn der an sich zunächst neutrale Begriff „Auftragsgutachten“ gelegentlich einen schlechten Beigeschmack hat, liegt dies an Studien wie dieser.

Zunächst wird der Versuch unternommen, den Umfang an fachärztlichen Ressourcen in Deutschland im internationalen Maßstab darzustellen und dabei gewissermaßen „Entwarnung“ zu geben: Ist ja alles gar nicht so schlimm! Hierzu werden einige zweifelhafte statistische Kunstgriffe bemüht – Ärzte in Ausbildung werden nicht als Fachärzte gezählt, obwohl sie die fachärztliche Routineversorgung in den Kliniken maßgeblich sichern, ambulant tätige Kinderärzte und Internisten werden pauschal den Allgemeinmedizinern zugerechnet –, so dass das erstaunliche Ergebnis von nur 1,6 Fachärzten je 1.000 Einwoh-

ner (bei insgesamt 3,4 ärztlich Tätigen je 1.000 Einwohner) zustandekommt, das allerdings mit der Versorgungsrealität nichts mehr zu tun hat.

Mindestens ebenso fragwürdig erscheint der empirische Untersuchungsteil zu der Frage, ob es spürbare Ressourcenvergeudungen durch Doppel- und Mehrfachuntersuchungen gibt. Wer allerdings erwartet hat dass dabei die als „doppelte Facharztschiene“ bezeichneten Parallelstrukturen fachärztlicher Diagnostik im ambulanten und stationären Bereich in den Blick genommen würden, wird enttäuscht. Behandelt wird lediglich die Frage, ob bestimmte Untersuchungen innerhalb des ambulanten Bereichs mehrfach vorgenommen werden. Das wäre Ausdruck eines nirgends als besonders drängendes Problem angesehenen „Ärztehoppings“ (wobei die Einsparungen, die sich allein bei der Röntgendiagnostik und bei Computer- und Magnet-Resonanz-Tomografien nach Einschätzung der Gutachter erzielen ließen, mit bis zu 300 Millionen Euro allerdings gar nicht einmal so gering ausfallen). Dass somit also eher ein „Popanz“ untersucht wird, wäre nicht weiter kritisch, würde nicht die – unzulässige – Schlussfolgerung nahegelegt, dass sich das vermeintliche Ergebnis – keine nennenswerte Bedeutung von Doppel- und Mehrfachuntersuchungen – auf die Gesamtversorgung übertragen ließe. Die in diesem Kontext geäußerte Vermutung, dass Doppeluntersuchungen an der Schnittstelle ambulant/stationär wegen des erhöhten Wirtschaftlichkeitsdrucks auf die Krankenhäuser „tendenziell eher an Bedeutung verlieren“, entbehrt jeglicher Grundlage, solange zentrale Fragen wie die Preisbildung bei stationären Behandlungen, die Qualität ambulanter Diagnosen und das Haftungsrecht nicht einmal ansatzweise thematisiert werden.

Letztlich wird die primär sektorale geprägte Problemsicht in der Untersuchung nirgends wirklich verlassen. Die „Herausforderungen für die ambulante fachärztliche Versorgung“ werden in tradiertener Manier der um „ihre“ Zuständigkeiten besorgten

Sektoren und Subsektoren entlang der „Konkurrenz durch Krankenhäuser“ und der „Konkurrenz innerhalb des ambulanten Sektors“ abgearbeitet. Dass die hieraus abgeleiteten Schlussfolgerungen keine wirklich spannenden Perspektiven aufweisen, kann deshalb kaum überraschen. Schade, dass damit ein wichtiges Thema der Gesundheitsversorgung im Interesse lobbygerechter Schlagzeilen verschenkt wurde.

Dr. Klaus Jacobs, Berlin

Neue Patienten – Neue Ärzte? Ärztliches Selbstverständnis und Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel. Von Gellner, W./ Schmöller M.(Hrsg.); Nomos Verlag, 2008, 224 S., brosch., 39,-, ISBN 978-3-8329-3570-2

Ausgangspunkt der Publikation bilden die Ergebnisse einer repräsentativen Ärzteumfrage des gleichnamigen Forschungsprojekts der Passauer Universität (Lehrstuhl für Politikwissenschaft II, Prof. Gellner). Die Studie schließt an eine erste Befragung von Patienten an, welche aufzeigte, dass es offenkundig nicht mehr einen „Haupttyp“ von Patienten gibt, sondern diese im Zusammenhang mit modernen Gesundheitsdiskursen und -reformen unterschiedliche Haltungen und Erwartungen an das System der Versorgung entwickelt haben. Die Auswertung zeigt nun, dass sich auch in der Ärzteschaft eine Differenzierung der Einstellungen zu Patienten wie zur Regulation der Versorgung eingestellt hat. Eher marktliche und eher staatliche Orientierungen korrespondieren dabei in vielfältiger Weise mit einem eher partnerschaftlichen und einem eher paternalistischen Verhältnis zu den Patienten. Die Studie legt unter anderem nahe, dass ein nennenswerter Teil der Ärzteschaft eine stärkere Einbeziehung von Patienten für sinnvoll hält, dass dies aber nicht in großem Stil gekoppelt ist an marktwirtschaftliche Konzepte von Kundenorientierung und dergleichen. Das Interessante an dem Passauer Ansatz dürfte vor allem sein, dass Patienten- und Arztsicht ins Blickfeld und gegeneinander gespiegelt werden. Es wird auch deutlich,

wie groß der Forschungsbedarf für die Zukunft ist; hier hätte man sich einen etwas klareren Ausblick wünschen können. Wie sehr die Generaldebatte um Patientenorientierung noch nach Unterfütterung durch gute Forschungsergebnisse ruft, wird in den nachfolgenden Expertenstatements deutlich: die Forscher lassen sowohl professionelle Berater der Politik zu Wort kommen, wie Ärzte- und Kassenvertreter, nicht zuletzt aber auch – in Person der Patientenbeauftragten der Bundesregierung – die Patientenperspektive selber und verbunden damit den aktuellen Forschungsstand zu Shared Decision Making aus der Feder einschlägiger deutscher ForscherInnen und Forscher. Dies kann in einer Buchbesprechung nicht abgebildet werden. So mag der Hinweis genügen, dass dem Rezessenten als größter Kontrast die Beiträge der Präsidenten der Bundesärztekammer und der schon genannten Patientenbeauftragten erscheinen. Zeichnet sich der erste Beitrag durch die bekannte Anklage gegen Politik und Gesellschaft aus, welche vermeintlich die Anliegen der Ärzteschaft aus dem Auge verloren habe, so präsentiert der zweite Text material- und kenntnisreich den Wandel der Arzt-Patient-Interaktion zwischen idealtypischen Vorstellungen, Forschungsansätzen und Alltagswirklichkeit. Manches in dem Sammelband steht arg unvermittelt nebeneinander, die vorgestellten Forschungsergebnisse werden in den eingeladenen Beiträgen nicht vertieft aufgegriffen. Gleichwohl sollte das Buch sich in jeder einschlägigen Bibliothek wiederfinden, sowohl als materialreiche Quelle als auch zur Anregung für weitere wissenschaftliche und gesundheitspolitische Aktivitäten.

Prof. Norbert Schmacke, Bremen

Jan-Erik Schenkel, Sozialversicherung und Grundgesetz – Die Gesetzgebungscompetenz für die Sozialversicherung (Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) und ihre Bedeutung für die Gestaltung der Sozialsysteme, Verlag Duncker und Humblot Berlin 2008, 248 S., ISBN 978-3-42812700-9, 68 €

Das Grundgesetz sagt wenig zur Ausgestaltung der Sozialordnung in Deutschland. Es gewährleistet die allgemeinen Grundfreiheiten, bestimmt die Staatsform als sozialen Bundesstaat und ermächtigt im Übrigen den Gesetzgeber zur näheren Ausgestaltung der Sozialordnung. Leitvorschrift für die Gesetzgebungscompetenz ist Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG, die die Sozialversicherung zum Gegenstand der konkurrierenden Bundesgesetzgebung macht. Soweit der Bundesgesetzgeber von seinem Gesetzgebungsrecht gebraucht, bleibt kein Spielraum für landesrechtliche Regelungen.

Angesichts der aktuellen sozialpolitischen Debatten – etwa um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – stellt sich die Frage, ob die Vorschrift als reine Kompetenzregelung anzusehen ist oder ob sie auch materiell-rechtliche Auswirkungen hat. Schenkel sieht in der Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung eine reine Zuständigkeitsvorschrift ohne materiellen Gehalt. Er sieht in dieser Vorschrift weder eine institutionelle Garantie der Sozialversicherung noch eine programmatische Verpflichtung, die Sozialversicherung prinzipiell anders zu gestalten als die öffentliche Fürsorge oder das privatrechtliche Versicherungssystem. Auch sieht er keine Wechselwirkung mit Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG, der die Zuständigkeit für die Privatversicherung regelt. Schenkel lehnt es insbesondere ab, aus diesen Vorschriften eine bipolare Versicherungsverfassung abzuleiten, die der Ausdehnung der Sozialversicherung zu Lasten der Privatversicherung Grenzen setze oder eine übermäßige Regulierung von privatrechtlichen Versicherungsverhältnissen verbiete. Umverteilungs- und Solidarelemente seien ebenfalls dieser Vorschrift nicht zu entnehmen. Er spricht sich dafür aus, dass das Aequivalenzprinzip und das Solidarprinzip aus der verfassungsrechtlichen Diskussion „verschwinden“ sollten. Dem Gesetzgeber sei nach dem Demokratieprinzip auch die vollständige Neustrukturierung eines ganzen Kompetenzbereichs erlaubt.

Schenkel schlägt vor, zur Interpretation der Vorschrift sich der Frage zuzuwenden, welche sozialen Leistungen und welche Bevölkerungsgruppen von dem Kompetenzbereich erfasst werden. Die Sozialversicherung konzentriere sich auf die Kompensation von körperlichen Personenschäden sowie von Ausfällen des Erwerbseinkommen. Das schließe auch Präventions- und Wiedereingliederungsmaßnahmen ein. Personenrisiken müssten nicht zwingend eine Verbindung zum Erwerbsleben haben. Sozialversicherung sei nicht auf die Sicherung von Arbeitnehmern und ihren Angehörigen begrenzt. Dagegen sei die Vorschrift nicht tauglich, um Vermögensrisiken jenseits des Ausfalls des Erwerbseinkommens oder Sachrisiken in eine Sozialversicherungslösung zu überführen.

Der Auffassung, das der soziale Ausgleich konstitutiv für die Sozialversicherung sei, steht Schenkel sehr skeptisch gegenüber. Bei öffentlichen Versicherungsmonopolen sei der soziale Ausgleich stets eine Frage der Legitimität, nicht der Gesetzgebungs-zuständigkeit. Eine staatliche Zwangsversicherung, die ihren Mitgliedern soziale Vorsorge zu Konditionen anbietet, die auch auf dem privaten Markt erhältlich seien, könne vor den Grundrechten und vor dem EU-Wettbewerbsrecht nicht gerechtfertigt werden. Der soziale Ausgleich könne nur bei freiwilligen Versicherungen ein geeignetes Abgrenzungsmerkmal zur Privatversicherung darstellen. Staatliche Monopole könnten niemals als privatrechtliches Versicherungswesen ausgestaltet sein. Versicherungsangebote, die in Konkurrenz zu privaten Anbietern treten, müssten wie jede andere erwerbswirtschaftliche Betätigung der öffentlichen Hand unter das Recht der Wirtschaft eingeordnet werden.

Selbst wenn man letztere Auffassung nicht teilt, wird man sich mit der Dissertation von Jan-Erik Schenkel auseinandersetzen müssen. Speziell die Befürworter einer Bürgerversicherung sollten sein Werk sorgfältig lesen und daraus Schlüsse ziehen, zumindest aber gute Argumente parat halten. Aber auch für alle

anderen sozialrechtlich interessierten Leserinnen und Leser ist das Werk eine große Bereicherung.

Franz Knieps, Berlin

Göpffahrt, D., Greß, S., Jacobs, K. und Wasem, J. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA. Sankt Augustin 2009: Asgard Verlag. ISBN: 978-3-537-74308-4

Das jetzt zum dritten Mal erschienene RSA-Jahrbuch hat sich zu einer wichtigen Dokumentation der ordnungspolitischen Debatte über den GKV-Wettbewerb entwickelt. In der neuen Ausgabe 2008 präsentieren die Herausgeber einen gründlichen Überblick über die mit der Einführung des Gesundheitsfonds verbundenen Auseinandersetzungen zur Gestaltung des RSA mit direktem Morbiditätsbezug (M-RSA). Im Zentrum steht die umstrittene gesetzliche Bestimmung, wonach der M-RSA maximal 80 Krankheiten umfassen darf. Es kommen nicht nur die Kritiker dieser

Regelung zu Wort (u. u. Jacobs, Casel, Wille) sondern auch ein Vertreter des Wissenschaftlichen Beirats des BVA (Glaeske), der einen vom BVA und BMG in Teilen abgelehnten Vorschlag zur Auswahl dieser 80 Krankheiten geliefert hatte. Der zuständige Referatleiter Göpffahrt begründet die vom BVA letztlich vorgenommene Auswahl. In einem weiteren Beitrag (Felder) werden die Zusammenhänge zwischen dem M-RSA und der Reform der ärztlichen Vergütung untersucht. Hinzu kommen wichtige Informationen über den Stand der Diskussion zum RSA in der Schweiz (Spycher) und den Niederlanden (Douven und Greß). Der Gebrauchswert des Buches für die Praxis wird – wie in jedem Jahr – durch eine Zusammenstellung von Daten zum Jahressausgleich 2008 (incl. CD-ROM) noch erhöht. Alles in allem ist das RSA-Jahrbuch 2008 für alle unverzichtbar, die sich beruflich oder wissenschaftlich mit der GKV-Finanzierung beschäftigen.

Hartmut Reiners, Berlin

Herausgeber
Franz Knieps
Karl-Heinz Schönbach

Verantwortlicher Redakteur:
Erwin Dehlinger (ViSdP)

Redaktionsadresse:
Karl-Heinz Schönbach
Eintrachtstraße 6
13187 Berlin
Email: Karl-Heinz.Schoenbach@gmx.de
Telefon: (0 30) 55 14 04 71

Manuskripte und Disketten (ASCII-Dateien ohne Trennungen, möglichst WORD-Programm) werden an die Redaktion erbeten.

Titelgraphik: Sven Siekmann, Kiel

Druck und Verlag:
NOMOS Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3 – 5,
76530 Baden-Baden
Telefon: (0 72 21) 21 04-0,
Telefax: (0 72 21) 21 04-27

Anzeigenverwaltung und Anzeigenannahme:
sales_friendly • Bettina Roos
Siegburger Straße 123, 53229 Bonn
Telefon: (02 28) 9 78 98-0,
Telefax: (02 28) 9 78 98-20
roos@sales-friendly.de

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden.

Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendung, im -Magnettonverfahren oder ähnlichem Wege bleiben vorbehalten.

Fotokopien für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopien hergestellt werden.

Bezugspreise:
Erscheinungsweise zweimonatlich:
Abonnementspreis 2009 jährlich 128,- €;
Einzelheft 27,- €. Die Preise verstehen sich incl. MwSt, zzgl. Vertriebskosten;
Bestellungen nehmen entgegen: Der
Buchhandel und der Verlag; Kündigung:
Drei Monate vor Kalenderjahresende.
Zahlungen jeweils im voraus an Nomos
Verlagsgesellschaft, Postbank Karlsruhe,
Konto 73636-751, und Stadtsparkasse
Baden-Baden, Konto 5-002266.



**Gesundheitsförderung
im öffentlichen Schulsystem**
Verfassungs- und schulrechtliche
Determinanten des Schulverpflegungs-
angebots, insbesondere im Freistaat
Bayern
Von Dr. Daniel Wozniak
2009, 359 S., brosch., 87,- €,
ISBN 978-3-8329-4591-6
(Nomos Universitätsschriften – Recht,
Bd. 627)

Übergewicht und Bewegungsmangel bei Schülern stellen ein signifikantes Public-Health-Problem dar. Die Arbeit ermittelt vor diesem Hintergrund die verfassungs- und schulrechtlichen Rahmenbedingungen und Grenzen schulischer Gesundheitsförderung am Beispiel „Schulverpflegung“ und gibt praktische Umsetzungshilfen für kommunale Sachaufwandsträger.



Nomos

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder
versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de