

Wirtschafts- und sozialpolitisches
Forschungs- und Beratungszentrum der
Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Wirtschaftspolitik

Reihe „WIRTSCHAFTSPOLITISCHE DISKURSE“

Nr. 155

**Der Patient im Mittelpunkt –
Durchbruch für Patienten- und Verbraucherrechte
durch die Gesundheitsreform?**

Eine Veranstaltung
der Friedrich-Ebert-Stiftung
am 18. Juni 2003
Erfurt

Herausgegeben vom
Wirtschafts- und sozialpolitischen
Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung
Abt. Wirtschaftspolitik
Godesberger Allee 149, D-53170 Bonn
Umschlag: Pellens Kommunikationsdesign Bonn
Druck: Thenée Druck Bonn
September 2003

ISBN 3-89892-213-8

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	
Zusammenfassung	1
Einführung – Wo stehen wir beim Patienten- und Verbraucherschutz im Gesundheitswesen?	9
Forum I – Patientenrecht auf Leistungstransparenz, Information und Beratung	11
Der mündige Patient	11
Unabhängige Beratung	16
Beispiel Röntgenuntersuchungen und Brustkrebbsversorgung	19
Die Vertretung der Patienteninteressen	21
Forum II – Patientenrecht auf Qualität der medizinischen Versorgung	25
Die Rolle der Qualität	25
Die Versorgungsqualität bei chronischen Krankheiten	28
Ärzteknappheit	30
Das Zentrum für Qualität in der Medizin	31
Qualitätsverbesserung bei Leistungserbringern des Gesundheitswesens	33
Wirtschaftlichkeit und Effizienz	36
Patientenbeteiligung bei der Erarbeitung von Qualitätsstandards	38
Forum III – Patientenrechte im Schadensfall	40
Grundlagen des Arzthaftungsrechts	40
Der Schaden im Arzthaftungsrecht	41
Beweisrecht	43
Information und Aufklärung bei Verdacht auf Behandlungsfehler	46
Außergerichtliche und gerichtliche Verfahren	49
Gutachterwesen	51
Präventive Maßnahmen	54
Gesetzliche Regelung der Patientenrechte	55
Moderation, Referenten, TeilnehmerInnen an den Podiums- und Plenumsdiskussionen, Tagungsplanung und -organisation, Verfasserin der Broschüre	57
Abkürzungen	59
Anhang	
Wirtschaftspolitische Diskurse (bisher erschienen)	

Vorwort

Im Mittelpunkt unseres Gesundheitssystems sollen Patienten und Versicherte stehen. Das mag selbstverständlich klingen. Doch die Realität sieht anders aus. Tatsächlich befinden diese sich gegenüber den Leistungsanbietern (Ärzte, Krankenhäuser etc.) und den Sozialleistungsträgern mit ihren mächtigen Interessenvertretungen oftmals in einer vergleichsweise schwachen Lage: Zum einen nehmen die Leistungsanbieter Positionen ein, die nicht zwangsläufig im Interesse der Patienten liegen, sondern auch in ihrem eigenen. Zum anderen sind Patienten und Versicherte schon deshalb unterlegen, weil es an Transparenz und Information über das Versorgungsgeschehen und über die Qualität einzelner Leistungsanbieter mangelt. Es fehlen ausreichende Rechte, Normen und Versorgungsstrukturen, die Patienten bzw. Versicherte in die Lage versetzen könnten, ihre Interessen und Bedürfnisse zu identifizieren und sie durchzusetzen. Darüber hinaus gibt es ganz offensichtlich bei der Qualität der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland, insbesondere bei der Behandlung der großen Volkskrankheiten wie Krebs, Herzkrankheiten, Schlaganfall, Asthma oder Diabetes, erhebliche Defizite. Von der WHO wurde das deutsche Gesundheitssystem im Hinblick Qualität, Gerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit im internationalen Vergleich auf Platz 25 eingestuft.

„Wir haben ein leistungsfähiges Gesundheitswesen in Deutschland. Aber es gibt Fehl- und Unterversorgung. Das System ist zu teuer, teils wenig wirksam und zu wenig an den Erfordernissen der Patientinnen und Patienten orientiert“, so lautet denn auch ein Fazit in den „Eckpunkten zur Modernisierung des Gesundheitswesens“, die das Bundesgesundheitsministerium Anfang des Jahres 2003 vorgelegt hat. Von daher war es schlüssig, dass sich die Bundesregierung zum Ziel gesetzt hat, Patientenrechten und dem Patientenschutz, wozu natürlich auch die Qualität der ärztlichen Versorgung gehört, mit der aktuellen Gesundheitsreform (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG)) zum Durchbruch zu verhelfen.

In der Veranstaltung der Friedrich-Ebert-Stiftung, die am **18. Juni 2003** in **Erfurt** mit dem Thema „**Der Patient im Mittelpunkt – Durchbruch für Patienten- und Verbraucherrechte durch die Gesundheitsreform?**“ stattfand, wurden drei

wichtige Pfeiler des breiten Maßnahmespektrums zur Stärkung der Patienten- und Verbraucherrechte aufgegriffen, bei denen immer noch erheblicher Handlungs- und Reformbedarf besteht:

- Information und Beratung der Patienten und Versicherten und Transparenz des Leistungsangebots und der Leistungsanbieter
- Qualität der gesundheitlichen Versorgung
- rechtliche Stellung der Patienten im Schadensfall.

Während die Patientenrechte auf Leistungstransparenz, Information und Beratung sowie das Patientenrecht auf Qualität der medizinischen Versorgung bei der Gesundheitsreform einen breiten Raum einnehmen, hat das besonders brisante Thema einer rechtlichen Absicherung der Patienten im Schadensfall in der laufenden Gesundheitsreform trotz langjähriger Diskussionen keine Berücksichtigung gefunden. Immerhin handelt es sich um eines der größten Schadensgebiete in der Bundesrepublik: Nach Einschätzung des Allgemeinen Patientenverbandes e. V. liegt die jährliche Zahl der Medizintoten höher als die Zahl der Verkehrstoten.

Unter den Konferenzteilnehmern bestand Übereinstimmung, dass die Entwicklung bei den Patientenrechten auf dem richtigen Weg sei und positive Ansätze zu verzeichnen seien. Sehr weit auseinander gingen jedoch die Meinungen darüber, wie die Maßnahmen konkret ausgestaltet und umgesetzt werden sollen. Auch könne man noch nicht von einem Durchbruch für Patientenrechte sprechen, allenfalls von einem Aufbruch – so das Fazit der Tagung.

Der vorliegende Band dokumentiert die Ergebnisse der Tagung in themenzentrierter Form. Die Verantwortung für die Konzeption und Durchführung der Veranstaltung lag bei Hannelore Hausmann, für das Tagungssekretariat bei Margit Durch, beide vom Wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Wirtschaftspolitik. Den Tagungsbericht verfasste Eva Günther, Conseco Consult, Bonn.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Patienten müssen im Mittelpunkt stehen – in dieser Zielsetzung waren sich die Teilnehmer hinsichtlich der Rolle der Patienten- und Verbraucherrechte im Gesundheitswesen und bei der anstehenden Gesundheitsreform einig. Übereinstimmend wurde festgestellt, dass positive Ansätze zu verzeichnen seien und die Richtung stimme. Unterschiedliche Auffassungen wurden jedoch hinsichtlich des Ob und Wie geäußert. Nach Einschätzung der Leistungsanbieter haben Patienteninteressen schon heute einen sehr hohen Stellenwert. Von Seiten der Patienten- und Verbraucherorganisationen wurden dagegen spürbare Verbesserungen eingefordert. Neben positiven Ansätze fänden sich erhebliche Defizite bei Patientenrechten, der Patientenbeteiligung, der Information und Transparenz sowie im Schadensfall. Der Durchbruch für Patientenrechte stehe damit noch aus.

In der Standortbestimmung legt der Staatssekretär des Gesundheitsministeriums dar, dass die Patientenorientierung ein zentrales Anliegen der gegenwärtigen Reform des Gesundheitswesens sei und wesentliche Forderungen von Politik und Verbänden aufgreife. Dies finde seinen Niederschlag in zahlreichen Einzelmaßnahmen, mit denen die Leitgedanken des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG) – Qualität, Transparenz und Effizienz – umgesetzt würden.

Auch der Vertreter der Verbraucherverbände unterstreicht den hohen Stellenwert von Qualität und Leistungstransparenz. Er fordert aber ergänzend eine gesetzliche Absicherung der Rechte im Schadensfall, die in der laufenden Gesundheitsreform trotz langjähriger Diskussionen keine Berücksichtigung gefunden hat. Grundlegende Bedeutung hat aus seiner Sicht jedoch das Recht auf Selbstvertretung. Denn der Durchbruch bei den Patientenrechten könne nur gelingen, wenn die Patientenseite als starke eigenständige Lobby, als dritte Kraft im Gesundheitswesen etabliert werden könne.

Im Anschluss wurden Detailfragen in den drei Foren

- Patientenrecht auf Leistungstransparenz, Information und Beratung,
- Patientenrecht auf Qualität der medizinischen Versorgung,
- Patientenrechte im Schadensfall

thematisiert.

Patientenrecht auf Leistungstransparenz, Information und Beratung

Übereinstimmend forderten viele Teilnehmer mehr Transparenz, damit Patienten, aber auch andere Akteure im Gesundheitswesen, angesichts wachsender Komplexität im Gesundheitswesen rationale und patientenorientierte Entscheidungen treffen und ihre Rolle als Nachfrager von Gesundheitsleistungen besser ausfüllen können. Zu den Maßnahmen zur Transparenzverbesserung im GMG gehören die Lotsenfunktion des Hausarztes und die Patientenquittung.

Von Expertenseite wird die These vertreten, dass die Bürgerorientierung und die Willensbildung von unten nach oben an Bedeutung gewinnen werde. Zur Stärkung der Patientensouveränität seien folgende Schritte erforderlich:

- die Schaffung verlässlicher Informationsgrundlagen,
- die Ausweitung der Wahlmöglichkeiten,
- die Einbeziehung des Patienten in Entscheidungsprozesse im Rahmen eines partnerschaftlichen Arzt-Patientenverhältnisses,
- die Vertretung von Patientenbelangen durch geeignete Repräsentanten,
- Feedback-Möglichkeiten für Patienten und Versicherte.

Für Vertreter der Ärzte und anderer Leistungserbringer hingegen offenbart sich in der Diskussion ein falsches Verständnis von Medizin. Medizin habe nichts zu tun mit Kunden, die ihren Konsum selber bestimmen könnten, sondern mit Patienten, die in Not seien und der Hilfe bedürften. Grundvoraussetzung dafür sei ein hohes Maß an gegenseitigem Vertrauen. Dies spiegle

sich auch wider beim Arzt-Patientengespräch, bei dem sich die Patienten zunehmend besser informiert zeigten.

Unabhängige Beratung

Die Verbraucherverbände und die Bundesregierung weisen darauf hin, dass Leistungstransparenz und unabhängige Beratung Voraussetzung seien, damit Patienten eine qualitätsorientierte Entscheidung treffen könnten. Sie müssten aufgrund der Ausgliederung von Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung verstärkt am Gesundheitsmarkt als Kunden auftreten, verfügten aber im Vergleich zum Anbieter nur über wenig Informationen. Neben Patienten- und Verbraucherverbänden soll auch das neue Zentrum für Qualität in der Medizin Patienteninformationen bereitstellen.

Auch für die Verbraucherverbände selbst erschweren Intransparenz und fehlende Vergleichsmöglichkeiten für medizinische Angebote die unabhängige Patienteninformation. Wünschenswert sei daher eine Art Benchmarking und eine Stelle, bei der verlässliche Informationen abgerufen werden könnten. Von der Gesundheitsreform und vom geplanten Zentrum für Qualität in der Medizin erhoffen sich die Verbraucherorganisationen hierfür Hilfestellung.

Von den Krankenkassen wird darauf hingewiesen, dass sie – nach anfänglichen Bedenken – seit der Gesundheitsreform 2000 unabhängige, für alle zugängliche Beratungsleistungen finanzierten. Dieses Angebot werde gegenwärtig evaluiert.

Am Beispiel von Röntgenuntersuchungen und Brustkrebsvorsorge entbrannte eine intensive Diskussion über Qualitätsstandards und die Patienteninformation über das Niveau von Gesundheitsleistungen. Eine SPD-Landtagsabgeordnete aus Thüringen sieht große Schwierigkeiten, Informationen über Gesundheitsangebote richtig einzuschätzen. Sie verweist auf Berichte über erhebliche Kostenunterschiede bei ambulanten und stationären Behandlungen sowie über Fehldiagnosen bei rund einem Drittel der Röntgen- und Brust-

krebsuntersuchungen. Aus der Ärzteschaft wird dieser Darstellung entschieden widersprochen. In Thüringen träten derartige Probleme nicht auf. Ein Experte dagegen verweist auf eine Studie von Kölner Radiologieexperten, welche die Probleme bei den Röntgenuntersuchungen bestätigt. Außerdem würden die höheren europäischen Standards von vielen deutschen Einrichtungen nicht erfüllt.

Vertretung von Patienteninteressen

Breiten Raum nahm die Diskussion über die Repräsentanz der Patienteninteressen und die Ausgestaltung des Patientenbeauftragten ein. Die Patientenverbände plädieren dafür, dass Patienteninteressen durch die Betroffenen selbst und ihren Verbände vertreten werden. Der Patientenbeauftragte solle dagegen in den politischen Institutionen eine Patientenlobby aufbauen und als Katalysator wirken. Während die Bundesregierung den Ausbau der Patientenbeteiligung unterstützt, wird von Seiten der Thüringer Landesregierung und der Ärzteschaft Skepsis an einem bürgerfernen Instanzenweg geäußert und eine Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt durch den Patientenbeauftragten befürchtet.

Patientenrecht auf Qualität der medizinischen Versorgung

Dem Patientenrecht auf Qualität der medizinischen Versorgung kommt aus Sicht aller Beteiligten eine zentrale Rolle zu. Unterschiedliche Auffassungen bestehen jedoch hinsichtlich des derzeitigen qualitativen Niveaus der ärztlichen Versorgung. Sachverständige konstatieren, dass das deutsche Gesundheitssystem in den drei wesentlichen Dimensionen

- Qualität bzw. Spitzenqualität,
- Gerechtigkeit und
- Wirtschaftlichkeit

problematisch sei und im internationalen Vergleich keinesfalls eine Spitzenstellung einnehme. Ausschlaggebend seien Mängel in der Qualität, die sich insbesondere bei der Behandlung der großen Volkskrankheiten wie Krebs, Herzkrankheiten, Schlaganfall, Asthma oder Diabetes zeigten. Deutschland

gebe im Vergleich zu europäischen Nachbarstaaten rund 30 % mehr für Gesundheitsleistungen aus, ohne eine entsprechende Qualität zu bieten. Zur Verbesserung der Qualität müsse vor allem Scheininnovation, der größte Feind der Innovation, aus dem System verdrängt werden. Kostenträchtige Scheininnovationen gebe es vor allem bei Arzneien. Pharmafirmen änderten oft nur geringfügig den Wirkstoff einer Arznei und brächten diese als teure Neuheit auf den Markt, ohne dass damit ein zusätzlicher Nutzen verbunden sei. Notwendig sei es daher, Medikamente einer Kosten-Nutzen-Analyse zu unterziehen.

Die Bundesregierung sieht in der Qualitätsverbesserung ebenfalls die zentrale Herausforderung für das Gesundheitswesen und hat diesem Umstand folglich im GMG mit zahlreichen Einzelmaßnahmen vom Zentrum für Qualität in der Medizin bis hin zur verstärkten Marktüberwachung von Arzneimittelwirkungen Rechnung getragen.

Von Seiten der Ärzteschaft und Apothekern wird die qualitative Position des deutschen Gesundheitswesens in Zweifel gezogen und die ständige Betonung der Über-, Unter- und Fehlversorgung kritisiert. Dadurch entstehe der falsche Eindruck, dass es keine korrekte Versorgung mehr gebe.

Qualitätsmanagement und Zentrum für Qualität in der Medizin

Sehr kontrovers diskutiert wurde das geplante Zentrum für Qualität in der Medizin, das die wissenschaftlichen Grundlagen für eine umfassende Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung schaffen soll. Ziel ist es, die Bürger mit Informationen über die Qualität im Gesundheitswesen zu versorgen – etwa über Diagnosemöglichkeiten, neueste Forschungsergebnisse, Erfahrungen einer Klinik mit einer Krankheit oder Operationstechnik, Nutzen von Medikamenten etc. Nach Auffassung der Befürworter kommt dem Zentrum eine wesentliche Rolle zu bei der notwendigen Verbesserung der Leistungsqualität und der Patienteninformation. Wesentlich ist aus Sicht der Befürworter die bessere Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen. Zentrales

Instrument sind die Qualitätsleitlinien, auch in einer für Patienten verständlichen Version.

Kritiker des Zentrums befürchten hingegen, dass ein Übermaß an Regularien die ärztliche Freiheit einschränken und sich letztlich als ‚Bärendienst‘ erweisen könne. Qualität müsse in den Köpfen wachsen und könne nicht erzwungen werden.

Von Seiten des Gesundheitsministeriums wird auf die Bedeutung der integrierten Versorgungskonzepte verwiesen. Große Bedeutung habe auch das Qualitätsmanagement bei den Leistungserbringern. Verwiesen wurde auf die positiven Wirkungen des Fallpauschalengesetzes bei Krankenhäusern und die Maßnahmen des GMG, wie die regelmäßige, von Wirtschaftsinteressen unabhängige Fortbildung der Ärzte und die verbesserte Marktüberwachung von Arzneimitteln. Die Verbraucherverbände fordern einheitliche, kassenübergreifende Qualitätsindikatoren, um Patienten eine qualitätsorientierte Wahl zu ermöglichen.

Wirtschaftlichkeit und Effizienzsteigerung

Effizienzsteigerungen sind nach Auffassung des Gesundheitsministeriums und von Experten eine wesentliche Voraussetzung, um die Patienteninteressen auch in Zukunft zu wahren und die demographischen Probleme zu bewältigen. Ansatzpunkte sind die Einflussnahme durch das Verhalten des einzelnen Patienten, die Patientenquittung und die Entgeltsysteme. Die Anreizsysteme des GMG wie die Gebühr von 15 € bei direktem Facharztbesuch seien allerdings wegen der Einschränkung der Arztwahl umstritten. Verbessert werde die Patientenorientierung weiter durch die hausärztliche Versorgung mit der neuen Fallpauschale für die eingeschriebenen Patienten.

Patientenbeteiligung bei der Erarbeitung von Qualitätsstandards

Notwendig sei außerdem eine Beteiligung der Patientenvertreter bei der Erarbeitung von Qualitätsstandards, wie sie das GMG vorsehe. Für die Pati-

entenverbände muss sich eine stärkere Patientenorientierung vor allem auch durch eine Patientenbeteiligung auswirken. Überall, wo Qualität definiert werde – sei es bei den Leitlinien oder strukturierten Behandlungsprogrammen – müssten Patientenerfahrungen unmittelbar einfließen. Die Richtung stimme, erforderlich seien aber noch zahlreiche Konkretisierungen.

Patientenrechte im Schadensfall

Ein weiterer Schwerpunkt der Diskussion galt dem Beweisrecht sowie der Information bei Verdacht auf Behandlungsfehler. Patienten müssen nach geltendem Recht den Behandlungsfehler und den Schaden nachweisen sowie die Kausalität zwischen Behandlungsfehler und Schaden. Ausnahmen gibt es in speziellen Fällen, etwa bei einem groben Behandlungsfehler. Aus Anwaltskreisen wird die Auffassung vertreten, dass das bestehende Beweisrecht bei richtiger Handhabung ausreichend sei. Allerdings bestünden erhebliche Abgrenzungsfragen. So sei es z. B. bei Vorerkrankungen vielfach schwierig zu klären, welche Schäden unvermeidbar waren.

Vertreter aus dem Krankenhausbereich und der Ärzteschaft betonen, dass Krankenhäuser nicht dazu da seien, Schäden zu vertuschen, sondern um Patienten zu behandeln. Die Abläufe würden zunehmend patientenorientiert gestaltet und das Risikomanagement zur Vermeidung von Schäden ausgebaut. Im Schadensfall werde zunächst der Dialog mit dem Patienten gesucht, um seine Erwartungen zu klären. Bei Nicht-Einigung verbleibe ihm die Klage.

Die Referenten der Patientenverbände dagegen beklagen, dass im Schadensfall vertuscht, geleugnet, prozessiert werde und sehen die Patienten aufgrund des Beweisrechts unverändert benachteiligt. Selbst für Anwälte sei das Recht zum Teil undurchschaubar. Sie fordern daher nachdrücklich einen vereinfachten Zugang zum Recht. Vordringlich seien Erleichterungen beim Nachweis der Kausalität durch eine Umkehr der Beweislast. Wünschenswert sei außerdem ein aktiverer Beitrag der Ärzteseite zur Aufklärung des Sachverhalts im Schadensfall.

Gerichtliche und außergerichtliche Verfahren

Bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler können die Geschädigten unterschiedliche gerichtliche wie auch außergerichtliche Verfahren nutzen. Dabei sind die Fachgutachten nach Auffassung vieler Teilnehmer ein zentraler Dreh- und Angelpunkt. Von Patientenseite wird anhand von konkreten Fällen beklagt, dass die erforderliche Unabhängigkeit der Gutachter nicht immer gewährleistet sei. Mehrere Anwesende konstatieren außerdem Qualifikationsdefizite der Sachverständigen und fordern eine Zertifizierung und Weiterbildung.

Von den außergerichtlichen Verfahren werden insbesondere die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern in Anspruch genommen, die jedoch gleichzeitig umstritten sind. So werden von Patientenvertretern unzureichende Beteiligungsmöglichkeiten der Betroffenen und die uneinheitlichen Verfahren bei den einzelnen Kammern bemängelt.

Prävention und gesetzliche Regelung

Mehrere Teilnehmer sprechen sich für eine Stärkung präventiver Ansätze aus. Vorgeschlagen wird eine Komplikationsstatistik in Kombination mit einer ärztlichen Berichtspflicht über Behandlungsfehler. Als mögliches Vorbild wird außerdem das System der Flugsicherung der Lufthansa erwähnt, das die Risiken mit einer Meldepflicht bei Fehlern spürbar reduziert habe.

Von den Patientenorganisationen wird außerdem die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung der Patientenrechte erhoben sowohl für den Schadensfall wie auch für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient generell. Ein Anwalt dagegen mahnt angesichts der Dynamik der Medizin zur Vorsicht bei der Forderung nach einer umfassenden und detaillierten gesetzlichen Regelung.

Einführung – Wo stehen wir beim Patienten- und Verbraucherschutz im Gesundheitswesen?

Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) führt einleitend aus, dass das Gesundheitssystem zu selten unter der Perspektive der Patientenrechte diskutiert werde. Der Bundesregierung sei es jedoch sehr ernst mit der Stärkung der Patientenrechte, der Eigenverantwortung und Mitwirkung der Patienten. Die Patientenorientierung sei daher ein zentrales Anliegen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG). Dies lasse sich anhand zahlreicher Stellen im Gesetzentwurf nachweisen. Leitgedanken seien die Verbesserung der

- Qualität,
- Transparenz und
- Effizienz.

Für entscheidend hält er die Qualität des Leistungsangebots. Die bereits bestehenden Bemühungen um Qualität müssten stärker koordiniert und systematisiert werden. Hier komme dem Zentrum für Qualität in der Medizin, den integrierten Versorgungskonzepten und anderen Maßnahmen der Qualitätssicherung eine wesentliche Rolle zu. Für mehr Transparenz sollen Maßnahmen wie die unabhängige Patienteninformation und Beratungsangebote, Patientenquittung und der Patientenbeauftragte sorgen.

Letztlich setze die Wahrung der Patienteninteressen voraus, dass die solidarische Finanzierung erhalten und das medizinisch Notwendige finanzierbar bleibe. Zur Steigerung der Effizienz seien die hausärztliche Versorgung mit neuen Entgeltsystemen sowie die Einflussnahme durch das Verhalten des einzelnen Patienten bedeutend. Außerdem müssten Patientenorganisationen mehr Möglichkeit erhalten, bei der Ausgestaltung der Versorgung mitzubestimmen. Er weist nachdrücklich darauf hin, auch wenn dies nicht Gegenstand

der aktuellen Debatte sei, dass Prävention eine wesentliche Voraussetzung zur Realisierung von Patienteninteressen darstelle. Denn unser aller Hauptbedürfnis liege darin, möglichst gar nicht in die Patientenrolle zu geraten.

Thomas Isenberg, Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), sieht in der Gesundheitsreform einen Einstieg, Patienten nicht nur als Wirtschaftssubjekte, sondern als mündige Patienten zu sehen. Jedoch könne mit finanziellen Instrumenten der Umfinanzierung kein Durchbruch für Patienten- und Verbraucherrechte erreicht werden. Grundlegend sei vielmehr der Ausbau der Patientenseite als dritte Kraft im Gesundheitswesen.

Übereinstimmend mit Staatssekretär Dr. Schröder sieht er im Recht auf Leistungstransparenz und im Recht auf Qualität der medizinischen Versorgung wichtige „Leitplanken“ aus Verbrauchersicht. Darüber hinaus fordert er

- Verbesserungen beim Recht auf Selbstvertretung und
- eine gesetzliche Absicherung der Rechte im Schadensfall.

Patienten müssten, z. B. angesichts der Ausgliederung von Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung, immer häufiger selbst entscheiden, welche Leistungen sie in Anspruch nehmen. Leistungstransparenz und die unabhängige Beratung gewinnen daher an Bedeutung. Das Zentrum für Qualität in der Medizin sei ein wichtiger Schritt, damit das gegenwärtig missachtete Recht auf Qualität der medizinischen Versorgung zur Geltung komme. Die Vertretung von Patienteninteressen solle durch die Betroffenen und ihre Verbände selbst erfolgen. Die Aufgabe des Patientenbeauftragten sieht er dagegen in einer Katalysatorfunktion für den politischen Raum. Im Schadensfall seien Patienten, insbesondere aufgrund des Beweisrechts, unverändert benachteiligt. Für diesen im GMG nicht einbezogenen Problembereich hält er gesetzliche und freiwillige Regelungen für erforderlich.

Forum I – Patientenrecht auf Leistungstransparenz, Information und Beratung

Der mündige Patient

Prof. Dr. Bernhard Badura, Universität Bielefeld, vermag zwar noch keinen Durchbruch bei den Patientenrechten erkennen, wohl aber einen Aufbruch. Seine Ausgangsthese ist, dass die Patienten- und Bürgerorientierung Thema bleiben und sogar an Bedeutung gewinnen wird. Die Willensbildung von unten nach oben müsse verstärkt werden. Dies sei unabhängig von der ordnungspolitischen Struktur der jeweiligen Gesundheitssysteme, ob sie nun verstaatlicht seien, marktwirtschaftlich orientiert wie in den USA oder in Richtung des deutschen Selbstverwaltungssystems gingen. Denn die Gesundheitssysteme würden zunehmend unübersichtlicher, komplexer und griffen immer tiefer in das Schicksal der Menschen ein.

Patienten hätten einen Anspruch auf Verständlichkeit und auf Einflussnahme. Da sie das System mitverantworteten, steuerten und finanzierten, dürften sie nicht nur als Objekte behandelt werden. Die Möglichkeit des tatsächlichen Feedbacks sei bislang nur unbefriedigend gelöst. Patienten könnten außerdem ihr Wissen zur Qualitätsverbesserung einbringen. Auch dies spreche dafür, ihnen eine Stimme zu geben. Zu vermeiden sei alles in allem die Situation, dass sie ständig mehr in ein undurchsichtiges und unübersichtliches System einzahlten, auf dessen Entwicklung sie keinen Einfluss nehmen könnten.

Die Erfahrung zeige weiter, dass die gewählten Volksvertreter an Einfluss verlören und politische Legitimation bei der Entscheidungsfindung damit ein Stück weit schwinde. Dies müsse an anderer Stelle ausgeglichen werden. Unverzichtbar seien Expertengremien zur Entscheidungsvorbereitung; politische Willensbildung dürften sie befördern, könnten sie jedoch nicht ersetzen.

Zur Stärkung der Patientensouveränität fordert er

- die Schaffung verlässlicher Informationsgrundlagen zur intelligenten Nutzung des Systems,
- Wahlmöglichkeiten,
- die direkte Beteiligung bei Entscheidungsprozessen in der Interaktion Patient-Arzt/Experten,
- die Entsendung von Repräsentanten und
- Feedback-Möglichkeiten für Patienten.

Verlässliche Informationen seien Grundlage für zahlreiche Beratungs- und Behandlungsleistungen sowie für ein intelligentes Verhalten der Verbraucher. Der Patient müsse ohne allzu großen Aufwand herausfinden können, wo er mit seinen Problemen am besten aufgehoben sei; der Hausarzt müsse überlegen, an wen er den Patienten überweise. Damit stelle sich die Frage, wer die dafür notwendigen Informationen produziere. Seines Erachtens muss sich das System öffnen und über sich selbst berichten. Unser Gesundheitswesen sei überkomplex und undokumentiert und dadurch kaum mehr steuerbar und für seine Nutzer verstehbar.

Die Wahlmöglichkeiten der Nutzer seien nach Auffassung aller Marktwirtschaftler entscheidend für die Kundenorientierung. Hier habe sich in der Vergangenheit bereits einiges getan, zum Beispiel beim Kassenwahlrecht. Von grundlegender Bedeutung sei, ob die Zukunft eine weitere Erhöhung oder Reduzierung von Wahlentscheidungen mit sich bringe. Er sei für das Hausarztprinzip. Es dürfe aber nicht mit einer Einschränkung der Wahlmöglichkeiten einher gehen.

Er verweist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungen in den USA, wo seit 20 Jahren das stark über Kosten gesteuerte System des ‚managed care‘ eine wichtige Rolle spiele. Hier werde mittlerweile erhebliche Kritik insbesondere an der Einschränkung der Wahlentscheidung geübt.

Ob zwischen Patient und Arzt ein partnerschaftliches Verhältnis bestehe, sei eine kulturelle Frage. Hier sei ein Wandel vonnöten, um Patienten eine direkte Beteiligung an den Entscheidungen zu eröffnen.

Zusammenfassend sieht er eine zentrale Disbalance in zwei Bereichen,

- dem Ungleichgewicht zwischen Anbietern und Verbrauchern; hier enthalte der vorliegende Gesetzentwurf wichtige und richtige Schritte um gegenzusteuern,
- dem immensen Aufwand für die kurative Versorgung; die gesetzliche Krankenversicherung gebe für die Behandlung Kranker jährlich über 2 500 € aus, investiere mit 1 € pro Kopf jedoch kaum in Gesundheit.

Dieser riesige Reparaturapparat rechtfertige den Namen Gesundheitswesen nicht mehr.

In der Lotsenfunktion des Hausarztes sieht *Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, Bundesgesundheitsministerium*, einen wichtigen Ansatzpunkt, um im hoch komplexen Gesundheitssystem Transparenz für Patienten herzustellen. Die geplanten Leitlinien für die Behandlung könnten die individuell notwendige Therapie nicht ersetzen, sondern seien ein notwendig ergänzendes Element. Der Patient müsse mit einem Gesprächspartner seines Vertrauens Detailfragen des weiteren Behandlungsprozesses erörtern können. Diese Diskussion sei nicht auf den Hausarzt beschränkt, sondern könne auch im Krankenhaus, in der fachärztlichen Versorgung stattfinden.

Mit der Umstellung des Vergütungs- und Entgeltsystems im Gesetz auf Fallpauschalen gewinne weiter die Patientenquittung als Instrument für mehr Transparenz an Bedeutung.

Er sieht einen grundlegenden Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis. Während vorhergehende Generationen sich weitgehend passiv verhalten hätten, forderten Patienten heutzutage Informationsgrundlagen und Begründungen ein.

Er sei überzeugt, dass dies eine bessere Befolgung der ärztlichen Anweisungen (,compliance') zur Folge habe. Umgekehrt führt er die Tatsache, dass ärztlich verordnete Arzneimittel im Wert von einer Milliarde Euro von Patienten nicht eingenommen würden, auf ungenügende Information zurück.

Er verweist auf eine Vorschrift im Disease-Management-Programm für Diabetes, das den Ausschluss von Patienten aus den strukturierten Behandlungsprogrammen ermögliche, falls sie den Anweisungen und Informationspflichten nicht nachkämen. Dies sei eine sensible und ethisch problematische Maßnahme, die aber gleichzeitig die Eigenverantwortung betone.

Rosemarie Bechthum MdL, SPD-Landtagsfraktion Thüringen, betont die hohe Aktualität der Patientenrechte. Sie habe während der dreijährigen Arbeit in der Enquete-Kommission ‚Würde des menschlichen Lebens in Grenzsituationen‘ erkannt, wie wichtig die Mündigkeit der Bürger und Patienten sei. Der Patient dürfe die Aussagen des Arztes nicht nur gutgläubig abnicken und benötige umfassende Informationen für die Bewältigung komplexer Lebenssituationen.

Sie äußert große Besorgnis hinsichtlich der Patientensouveränität und kann sich vorstellen, dass Thüringen die Initiative ergreift, damit dieser Begriff definiert und Patienten eine bewusste Wahrnehmung von Patienteninteressen ermöglicht werde. Notwendig seien außerdem Beiträge zur Erhaltung der Gesundheit. So müssten für die Behandlung im Alter, sofern präventiv gearbeitet werde, nur 5 000 € jährlich aufgewendet werden, andernfalls 20 000 €.

Für *Thomas Isenberg, vzbv*, kommt es beim Patientenrecht auf Leistungstransparenz entscheidend darauf an, dass Verbraucher in ihrer Funktion als Vertragspartner gestärkt werden. Aus Sicht des vorsorgenden Verbraucherschutzes sei es nicht wegweisend, wenn zum Beispiel der Zahnersatz voll aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert werde und der Patient in einem sehr asymmetrischen Rollenverhältnis (der Verkäufer verfüge über

umfangreiche Informationen, der Patient als Kunde über wenig Daten) Gefahr laufe, übervorteilt zu werden.

Hier seien auch die Kassen gefordert. Sie müssten die Versicherten aufklären über Vertragsbestandteile, die wegen fehlender Erstattung außervertraglich zu bezahlen seien. Angesichts der zunehmenden Kommerzialisierung seien Fortentwicklungen und eine Stärkung des Verbraucherschutzes notwendig.

Prof. Dr. Eggert Beleites, Landesärztekammer Thüringen, trägt die Forderung nach Transparenz und qualitätsgesicherter Information mit. Jeder Mensch habe das Recht, über Art und Ausmaß seiner Versorgung selbst zu bestimmen. Auch dürften Behandlungen abgelehnt werden, selbst dann, wenn sie ärztlich geboten erscheinen. Es sei damit selbstverständlich, dass die Patienten in die Behandlung einwilligen müssten, andernfalls mache sich der Arzt strafbar. Voraussetzung sei, dass der Patient wisse, worin er einwillige. Eine ausführliche Aufklärung sei heute üblich. Allerdings habe er im Zusammenhang mit der Ausweitung von haftungsrechtlichen Problemen Sorge, dass Aufklärung immer mehr zu einem Arzt-Schutz-Instrument umfunktioniert werde. Die von ärztlicher Seite aus Angst vor haftungsrechtlichen Folgen manchmal geradezu gnadenlos durchgeführte ausführliche Aufklärung könne dazu führen, dass Ängste und Nöte der Patienten vergrößert würden und damit das Informed-Consent-Prinzip missachtet werde. Letztlich bestehe damit auch die Gefahr, dass Transparenz verloren gehe.

Medizin habe aber nichts zu tun mit Kunden, die ihren Konsum selber bestimmen könnten, sondern mit Patienten, die in Not seien und der Hilfe bedürften. Grundvoraussetzung für eine gute medizinische Behandlung sei ein hohes Maß an gegenseitigem Vertrauen. Die Zeiten hätten sich geändert. Heutzutage verfüge nicht nur der Arzt über Fachkenntnisse. Viele Patienten seien z. B. durch das Internet oder seriöse Selbsthilfegruppen über spezielle Krankheiten besser informiert als der Arzt es sein könne. Er lasse sich diesbezüglich

auch des Öfteren von Patienten beraten. Dies schaffe Vertrauen, das nicht zerstört werden dürfe.

Unabhängige Beratung

Dr. Christian Koth, Verbraucherzentrale Thüringen, hofft, dass die unabhängige Patienteninformation durch das GMG vereinfacht werde. Für die Beratung über Behandlungsmethoden fehlten vielfach die Vergleichsmöglichkeiten und -maßstäbe. Zwar beziehe sich die Patientenberatung der Verbraucherzentrale in rund zwei Dritteln der Fälle auf sozialrechtliche Fragen, weniger auf medizinische Aspekte. Aber auch hier gebe es Intransparenz.

Zusätzlich wünscht er sich eine Stelle, um bei Informationsdefiziten nachfragen zu können. Bisher greife die Verbraucherzentrale in Kooperation auf die Landesärztekammer zurück. Sie seien darüber hinaus sehr an einer Art Benchmarking interessiert. Er wolle daher eine Lanze brechen für das Zentrum für Qualität in der Medizin. Die Angriffe der Ärzte auf das geplante Zentrum verstehe er nicht. Außerdem fördere ein gewisses Benchmarking den Wettbewerb.

Nach Ansicht von *Staatssekretär Dr. Schröder, Gesundheitsministerium*, ist das vielfältige Beratungsangebot unabhängiger Organisationen wie Patientenverbänden und Verbraucherzentralen ein Schatz im System. Es gebe den Patienten die Möglichkeit, sich entsprechend ihren Orientierungen und Kriterien beraten zu lassen. Es solle daher auch künftig fortgeführt werden.

Er verstehe die teilweise von den Kassen geführte Diskussion nicht, die sich als die eigentlichen Patientenberater ausgäben. Wichtig sei die verobjektivierte, qualitätsgesicherte Information und die Bereitschaft der Kassen, konkurrierende Informationsangebote zu akzeptieren. Nicht nachvollziehen könne er die Klagen der Kassen über ihre Finanzierungspflicht. Über 90 % der Versicherten seien in der GKV versichert. Sie würden daher nur die Beiträge

ihrer Versicherten für Information nutzen. Das Problem, dass von diesen Geldern die Allgemeinheit bzw. privat Versicherte profitieren, sehe er damit nicht.

Er erläutert, dass auch das Zentrum für Qualität in der Medizin die Transparenz auf der individuellen Ebene erhöhen werde. Denn die Empfehlungen des Zentrums sollten nicht nur für die ‚professionals‘ Anleitung bieten. Sie sollten außerdem, sozusagen in der Variante 1b, für Laien verständlich formuliert werden. Er sieht Bedarf für diese Informationen und verweist auf Überlegungen des Springer-Verlags, eine Gesundheits-Bild auf den Markt zu bringen. Patientenrechte würden um so stärker unterstützt, je verlässlicher, belastbarer, qualitativ hochstehender und je rezipierbarer diese Materialien gestaltet würden.

Demgegenüber vertritt *Erwin Dehlinger, AOK Bundesverband*, die Auffassung, dass die Kassen in Sachen Beratung weiter seien als viele glaubten. Hier sei ein Problembewusstsein entstanden. Die Kassen akzeptierten, dass die unabhängige Beratung auf bestimmten Feldern wichtig und richtig sei.

Er wirbt für Verständnis, dass die Krankenversicherungen diese Regelung im Vorfeld der Reform von 2000 nicht begrüßten. Denn dies beinhalte die Zahlung für Leistungen, die der Allgemeinheit, auch den privat Versicherten, zugute kämen. Nach der Verabschiedung des Gesetzes hätten sich die Krankenkassen aber zügig an die Umsetzung begeben. Das zunächst auf drei Jahre angelegte Modellprojekt funktioniere gut und werde wissenschaftlich evaluiert. Probleme bestünden eher bei der Gesundheits- und Selbsthilfeförderung.

Die Kassen wollten nicht alleine agieren, vielmehr zeichne sich eine Arbeitsteilung ab. Mit Zunahme des Wettbewerbs auf der Leistungsseite – Stichwort selektives Kontrahieren, Einzelvertragswettbewerb – gewinne der informierte Patient an Bedeutung. Er habe mehr Kompetenz, seine Rechte und

Ansprüche zu artikulieren und durchzusetzen. Hier seien die Kassen und die Ärzte gefragt, um diese Voraussetzung für den Qualitätswettbewerb zu gewährleisten.

Nach Auffassung von *Thomas Isenberg, vzbv*, reichen Evaluationskonferenzen der Krankenkassen zur Klärung methodologischer Fragestellungen nicht aus. Notwendig sei vielmehr, das Erfahrungswissen der unterschiedlichen Patientenberatungseinrichtungen zu bündeln. Die Daten über Problemfälle müssten zusammengefasst, gemeinsame Erfassungsraster entwickelt werden. Es bedürfe außerdem der Einrichtung eines Verbraucher- und Patientenbeirats beim Gesundheitsministerium, damit sich diese Erkenntnisse im Sinne einer Fortentwicklung der Gesundheitspolitik auf Bundesebene artikulieren können.

Ein Vertreter der Kassenzahnärztlichen Vereinigung in Berlin berichtet, dass sie im Jahr 2000 eine Stelle zur Patientenberatung eingerichtet hätten. Neben einem Service-Telefon stünden zwölf erfahrene Gutachter für körperliche Untersuchungen zur Verfügung. Sie seien auch beratend tätig und gäben durch das Feedback aus der Praxis wertvolle Hilfen für die Qualitätssicherung.

RA Christoph-M. Stegers, Anwaltskanzlei Ratajczak Preißler Wellmann Ohlmann & Partner, betont, dass Information und Beratung primär eine ärztliche Aufgabe sei. Ergänzend sei eine anbieterunabhängige Information politisch gewollt. Hier stelle sich die Frage, ob es sich um eine medizinische, rechtliche oder sozialpolitische Beratung handle. Er möchte erfahren, ob die Institutionen für die Beratung haften und wie es mit der Schweigepflicht aussehe.

Dr. Christian Koth, Verbraucherzentrale Thüringen, erklärt dazu, dass die beratenden Juristen und Mediziner der Verbraucherzentrale genauso zu Schweigen verpflichtet seien wie niedergelassene Ärzte oder Rechtsanwälte.

Er bedauert außerdem, dass keine intensivere Diskussion zur Mikroebene stattgefunden habe, z. B. zur praktischen Umsetzung der Patientenquittung.

Beispiel Röntgenuntersuchungen und Brustkrebsversorgung

Rosemarie Bechthum MdL, SPD-Landtagsfraktion Thüringen, problematisiert die Schwierigkeit, sowohl für Patienten wie auch für Politiker, Informationen über das Gesundheitswesen richtig einzuschätzen. Sie verweist dazu auf Zeitungsberichte, dass die Behandlung einer Bandscheibe ambulant nur einige Hundert Euro koste, während bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus rund 10 000 Euro anfielen. Beunruhigend findet sie auch Berichte, dass 30 % der Befunde beim Röntgen und der Diagnose von Brustkrebs falsch seien. Dies führe zu erheblicher Verunsicherung. Sie verspricht sich Hilfestellung vom geplanten Zentrum für Qualität in der Medizin.

Ein Radiologe äußert sein Befremden über diese Äußerungen. Er könne den Kenntnisstand über die Einrichtungen nicht nachvollziehen. In Thüringen habe die Kassenärztliche Vereinigung zusammen mit der Landesärztekammer eine ärztliche Stelle eingerichtet, die seit langer Zeit kontinuierlich Röntgengeräte, speziell auch Mammographiegeräte, prüfe. Dies sei im Übrigen in der Landesgesetzgebung verankert.

Ferner erhielten sie von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Köln jeweils vier Mammographieaufnahmen von 50 Patienten zugeschickt, bei denen die Befunde nicht bekannt seien. Diese müssten von ihren Ärzten geprüft und dann zurückgesandt werden. Die meisten Ergebnisse seien korrekt gewesen, manche in der Wiederholungsprüfung. Er finde es nicht gut, dass Patienten so verunsichert würden. Man könne davon ausgehen, dass sie dieses Problem, wie auch viele andere, in Thüringen im Griff hätten.

Prof. Dr. Dr. Lauterbach, Universität Köln, bestätigt den Hinweis, wonach jedes dritte Röntgenbild überflüssig sei. Dies sei keine Bewertung von Theoretikern, sondern Resultat einer großen Studie des Kölner Röntgenexperten

Professor Dr. Lackner und weiteren Kölner Professoren, Klinikern, Leitern radiologischer Abteilungen, publiziert im führenden Röntgenjournal Deutschlands.

Zwar laufe die apparative Prüfung gut. Sie sei aber nur ein Teil der Qualitätssicherung. In den Köpfen der Radiologen müsse ebenfalls ein Umdenken stattfinden. Er erläutert weiter, dass das Screening bei der Brustkrebsversorgung nicht das Niveau anderer europäischer Länder erreiche. Die Kontrolle von nur 50 Bildern entspreche nicht den Empfehlungen der europäischen Fachgesellschaften. Die Standards für qualitätsgesichertes Mammographie-Screening sähen vielmehr die Doppelbefundung jeder Mammographie vor, mindestens 5 000 Untersuchungen pro Untersucher und die Zertifizierung nach einem evidenzbasierten Standard („Euro-Verfahren“). Alle diese Standards würden in Thüringen noch nicht bzw. nur von einem Teil der Leistungserbringer erfüllt.

Patientinnen nütze diese Information aber nicht, sie hätten ein Interesse daran zu erfahren, wer diese Kriterien erfülle. Diese Transparenz fehle jedoch und damit eine echte Diskussion über das Qualitätsniveau. Gleichzeitig werde der Anschein erweckt, dass das Problem gelöst sei. Patienten würden so in einer Sicherheit gewiegt, die in Wirklichkeit nicht bestehe. Den Hinweis, dass die Probleme im eigenen Land gelöst seien, höre er im Übrigen von den radiologischen Kollegen in jedem Bundesland. Abhilfe könne das Zentrum für Qualität schaffen, wo sich die Patientinnen informieren könnten, ob die Standards einer bestimmten Einrichtung tatsächlich den Empfehlungen der europäischen Fachgesellschaften entsprächen.

Hierzu erklärt der *Thüringer Radiologe*, dass sich seine Ausführungen zur Kontrollstelle auf die apparative Überprüfung bezogen habe, die absolut „top“ sei und alle gesetzlichen Normen erfülle. Aber auch die Doppelbefundung sei schon lange üblich und werde von vielen Kollegen praktiziert. Sie sei jedoch nicht institutionalisiert und daher auch nicht „sichtbar“. Er stimmt hinsichtlich des Mammographie-Screenings zu und würdigt Prof. Dr. Lackner als aner-

kannten Fachmann. Zu berücksichtigen sei allerdings, dass es nicht die Radiologen selbst seien, welche die unnötigen Röntgenaufnahmen veranlassen. Hier sei auch der Gesetzgeber gefragt.

Die Vertretung der Patienteninteressen

In der Entsendung von Repräsentanten in Entscheidungsgremien sieht *Prof. Dr. Bernhard Badura, Universität Bielefeld*, einen wichtigen Ansatzpunkt, um ein System stärker auf die Belange der Bürger auszurichten. Die Frage sei nur, wer die Repräsentanten bestimme – ob dies die Versicherten selbst seien, Bürger, Patienten, Selbsthilfegruppen oder das Parlament. Hier gelte es, verschiedene Möglichkeiten auszuprobieren.

Außerdem müsse diskutiert werden, wie man die Möglichkeiten erweitern könne, um Auffassungen, Erwartungen, Bedürfnisse und Befürchtungen der Patienten und Versicherten möglichst rasch in das System zurück zu geben. In Betracht kämen etwa Anhörungen oder Befragungen. Dieses Feedback müsse Konsequenzen zeitigen, da es andernfalls zu Frustrationen komme. Geklärt werden müsse daher, was mit den Vorschlägen und Kritikpunkten passiere.

Staatssekretär Dr. Schröder; BMGS, unterstreicht die Notwendigkeit, Patienten und ihren Vertretern mehr Einflussmöglichkeiten zu eröffnen. Dazu seien transparente Verfahren und gesicherte Beteiligungsrechte erforderlich, z.B. bei der Erarbeitung von Qualitätsstandards. Dabei müsse allerdings ein Augenmerk auf die Art der Repräsentanzen gerichtet werden. Die ‚Szene‘ der Patientenorganisationen habe sich jedoch in den letzten Jahren geordnet. Außerdem hätten mehrere Verbände ein gemeinsames, diskussionswürdiges Papier vorgelegt. Wenngleich sich die Legitimationsfrage unverändert stelle, sei dies kein zwingender Hinderungsgrund für Aktion. Er weist weiter darauf hin, dass die Verantwortlichkeiten nicht verwischt werden dürften.

Ergänzend sei auf Bundesebene die Einrichtung eines Patientenbeauftragten notwendig, um im politischen Raum Patientenbelange noch nachhaltiger artikulieren zu können. Schlussendlich – diese Erkenntnis setze sich auch in Deutschland durch – gehöre die Selbsthilfe dazu. Selbsthilfegruppen böten die Möglichkeit, sich auszutauschen über Krankheitserfahrungen und -folgen. Sie seien gleichzeitig ein Instrument, um Transparenz sicher zu stellen und damit in vielen Fällen die Qualität zu steigern. Ihre Bedeutung dürfe nicht unterschätzt werden.

Rosemarie Bechthum MdL, SPD-Landtagsfraktion Thüringen, kann sich die Einrichtung eines Patientenbeauftragten auch auf Landesebene, etwa in Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale, vorstellen. Auch sie betont die Bedeutung der Selbsthilfegruppen. Sie müssten sehr viel stärker unterstützt werden, da sie ihres Erachtens eine unverzichtbare Arbeit leisten und oft viel mehr zur Gesundheit beitragen, als dies die Medizin tun könne.

Ziel der Verbraucherverbände ist es nach *Thomas Isenberg, vzbv*, Patienten und Verbraucher als dritte Kraft im Gesundheitswesen zu etablieren. Notwendig sei eine eigenständige Lobby, um sich gegenüber den Partikularinteressen der Akteure im Gesundheitswesen und den nicht immer eigenlos handelnden Interessen der Politik besser durchzusetzen. Dazu solle ein Verbraucher- und Patientenbeirat beim Gesundheitsministerium eingerichtet werden. Verbessert werden müsse weiter die Förderung der Selbsthilfegruppen. Sie werde zur Zeit nur zu 50 % von den Krankenkassen ausgefüllt, die im Rahmen einer gesetzlichen Soll-Regelung nur ca. 50 Cent pro Versicherten ausgeben müssten.

Er konstatiert, dass das Gesundheitswesen entkorruptiert werden müsse. Benötigt würden gemeinsame Kriterien für unabhängige, seriöse Patientenorganisationen. Hierzu gebe es wertvolle Vorarbeiten z. B. der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte. Als Ziel formuliert er ein beim Gesundheitsministerium angesiedeltes Akkreditierungsverfahren. Es solle Klarheit herstellen über die Zusammensetzung der Beiräte einzelner Patientenorgani-

sationen und ihrer Finanzierung. Pharmamarketing müsse deutlich von der selbstbestimmten Artikulation der Betroffenen getrennt werden.

Er grenzt diese Selbstvertretung der Patienteninteressen vom Patientenbeauftragten ab. Der Patientenbeauftragte solle nicht für die Patienten sprechen, sondern auf Bundes- und Landesebene als Katalysator wirken, als Berater für politische Gremien und in den Behörden eine institutionelle Lobby aufbauen.

Ziel sei die Organisation eines gesellschaftlichen Reformprozesses, der auf freiwilliges Engagement vertraue. Er fordert außerdem die regelmäßige Veröffentlichung eines Patientenschutzberichts.

Christoph Nachtigäller, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH), unterstützt diesen Ansatz. Es gehe beim Patientenbeauftragten nicht darum, nur einen neuen Mann zu ernennen, da dieser zwangsläufig sofort Schiffbruch erleiden müsse. Auch würden diesem „armen Menschen“ eine Vielzahl von Funktionen zugedacht – sei es Schiedsmann, Richter, Oberarzt, Patientenvertreter –, die er gar nicht erfüllen könne. Er hält es für wichtig, zunächst über die Aufgaben des Patientenbeauftragten nachzudenken. So hätten sich einige Verbände bereits auf Kriterien verständigt und den Aufgabenbereich konkretisiert.

Auch er strebt ein gänzlich anders strukturiertes System an. Die Patientenseite müsse als ernsthafte Kraft, als dritte Bank neben Anbietern und Leistungsträgern, etabliert werden und zwar auf allen Ebenen des Gesundheitswesens. Die Vertretung von Patienteninteressen gegenüber der Regierung solle von den Patienten selber wahrgenommen werden. Der Patientenbeauftragte solle diese Patienteninteressen auf Regierungsebene einbringen, sei es auf Bundes- oder auch zusätzlich auf Landesebene. Denkbar sei auch eine Ombudsmannfunktion, immer jedoch als Gremium der Regierung oder des Landtags. Zur Erfüllung seiner Aufgaben solle sich der Patientenbeauftragte mit einem Gremium von Fachleuten umgeben. Er solle weiter die Beteiligung

der Betroffenen und ihren Vertretern sicherstellen. Dies ersetze aber nicht deren Selbstvertretung. Ein Patientenrat oder eine ähnliche Institution sei nach wie vor nötig. Insgesamt ergebe sich ein durchdrungenes System mit einem eigenen Arm, einer dritten Bank der Patienten auf allen Ebenen.

Dr. Falk Oesterheld, Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, sieht die Frage der Repräsentanz kritisch. Beim Patientenbeauftragten befürchtet er, dass der lange Instanzenweg ein Durchdringen der Patienten und Bürger im Streitfall erschwere. Er äußert die Sorge, dass eine Art Richter und Überarzt installiert und dabei trotz guten Willens über das Ziel hinaus geschossen werde. Ziel sei die Stärkung des mündigen Patienten, um die Qualitätsbemühungen zu unterstützen. Er verweist auf die Einrichtung des Patientenfürsprechers in den Gesetzen für psychisch Kranke; dieses Vorhaben werde auch weiter verfolgt. Bei somatisch Kranken dagegen befürchtet er eine erhebliche Belastung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt durch die Einführung eines Patientenbeauftragten.

Erwin Dehlinger, AOK Bundesverband, berichtet, dass sich die Spitzenverbände der Krankenkassen einstimmig dafür ausgesprochen hätten, die Beteiligungsmöglichkeiten der Patientenverbände, Selbsthilfegruppen und Verbraucherorganisationen auszuweiten und mehr Transparenz zu schaffen. Die AOK selbst plane einen Beirat mit Patientenvertretern. Er solle beratende Funktionen in Richtung Selbstverwaltungsrat haben. Die AOK erhoffe sich davon mehr Mitwirkungsmöglichkeiten. Durch die Einbeziehung und Nutzung der Versichertenmeinung wolle die AOK als Kasse außerdem im Wettbewerb profitieren. Eine echte Entscheidungsbefugnis lehne er ab, da die Verantwortung für die Entscheidungen bei Arbeitnehmern und Versichertenvertretern liege. Die Patientenorganisationen dagegen seien nicht mitverantwortlich und müssten keine Konsequenzen tragen.

Forum II – Patientenrecht auf Qualität der medizinischen Versorgung

Die Rolle der Qualität

Staatssekretär Dr. Schröder, Gesundheitsministerium, sieht in der Qualitätsverbesserung, auch aus Sicht der Patienten, die zentrale Herausforderung für das Gesundheitswesen. Patienten hätten einen Anspruch auf eine qualitativ hochstehende Versorgung, die nicht nur durch die Beitragsleistungen begründet sei. Damit stelle sich die Frage,

- welches medizinische Leistungsangebot zur Verfügung stehe,
- ob alles getan wurde und in Zukunft getan werde, um Unter- und Fehlversorgung, aber auch Überversorgung zu beseitigen,
- ob versucht werde, auf der Höhe der Zeit dessen zu sein, was medizinisch möglich und notwendig sei.

Auch aus Sicht von *Prof. Dr. Dr. Karl-W. Lauterbach, Universität Köln*, ist Qualität das zentrale Thema für unser Gesundheitswesen. Er erläutert, dass Gesundheitssysteme international in drei Dimensionen bewertet würden:

- der Qualität als wichtigster Dimension, wobei der Spitzenqualität eines Systems besondere Aufmerksamkeit gelte,
- der Gerechtigkeit; auch wenn dieser Aspekt gegenwärtig als etwas altmodisch gelte, sei er für die Akzeptanz von allergrößter Bedeutung,
- der Wirtschaftlichkeit, die zur Zeit im Vergleich zu den beiden anderen Dimensionen zu sehr im Vordergrund stehe.

Das deutsche Gesundheitswesen sei in allen drei Bereichen problematisch, auch wenn dies nicht immer gern gehört werde. Qualitätsmängel ließen sich bei den großen Volkskrankheiten wie Krebs, Herzkrankheiten, Schlaganfall,

Asthma, Diabetes ablesen. Bei keiner dieser Erkrankungen sei Deutschland vorbildlich, wenn auch nicht besonders schlecht. So habe die WHO das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich auf Platz 25 eingestuft. Dies sei keine Frage einer einzelnen Bewertung, denn auch bei Einschätzungen anderer internationaler Experten sei Deutschland in keinem Fall unter den ersten Fünf gewesen. Von einer Spitzenstellung könne daher keine Rede sein.

Auch um die Gerechtigkeit, d. h. die Aufbringung der Mittel und ihre Verwendung, sei es nicht gut bestellt. Deutschland habe eine klassisch ausgeprägte Zwei-Klassen-Medizin. Das Nebeneinander von privater und gesetzlicher Vollversicherung führe dazu, dass für die gleiche Leistung von der privaten Krankenversicherung das zwei- bis vierfache des GKV-Satzes bezahlt werde. Fast jeder Spezialist sei daher interessiert, bevorzugt Privatpatienten zu versorgen. Dies führe zu Ungerechtigkeiten, weil der Spezialist nicht für die schwersten Fälle, sondern schwerpunktmäßig für Privatpatienten arbeite. Dabei sei gleichgültig, ob es sich um komplizierte oder leichte Fälle handle. Manche seien ausschließlich für Privatpatienten tätig. Auch der Zugang zur Privaten Krankenversicherung (PKV) sei selektiv nur für höherverdienende, gesunde Versicherte offen. Sie würden zudem besser und billiger versorgt. Die PKV sei so ein ungerechtes Meistbegünstigungssystem.

Prof. Dr. Eggert Beleites, Landesärztekammer Thüringen, äußert sein Unbehagen über die ständige Betonung der Über-, Unter- und Fehlversorgung. Dies vermittle den Eindruck, dass es keine korrekte Versorgung mehr gebe.

Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, BMGS, kann diese Anmerkung nachvollziehen und bestätigt, dass das deutsche Gesundheitssystem in vielen Bereichen ein hohes Niveau aufweise. Aufgabe der Politik sei es jedoch, Mängel des 120 Jahre alten Systems zu beheben. Der Modernisierungsschub sei auch nur deshalb sinnvoll, weil das System grundsätzlich leistungsfähig sei.

Dr. Falk Oesterheld, Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit schickt voraus, dass Selbstkritik nicht das Gegenteil von vernünftigem Handeln sei. Thüringen habe ein vergleichsweise gutes Gesundheitssystem, seine Arbeit könne sich sehen lassen. Verbesserungen sind seines Erachtens erforderlich

- bei den chronischen Krankheiten und
- beim Ärztemangel, hier habe Thüringen aber wenig Eingriffsmöglichkeiten.

Ein Vertreter des Deutschen Hausärzteverbandes verweist auf ein Gutachten des Sachverständigenrates, wonach die mittelmäßige Qualität nur zu einem geringeren Teil auf das Gesundheitssystem selbst zurückzuführen sei. Vielmehr lägen die Gründe zu 60 - 90 % außerhalb des Gesundheitswesens, in den gesellschaftlichen Bedingungen. Dies werde immer wieder unterschlagen.

Ein Teilnehmer von der *TU Ilmenau* vermisst eine klare Vision. Er bezeichnet die Aussage zur Zwei-Klassen-Medizin als überholtes Totschlag-Argument. Das deutsche System sei nicht mit der US-Situation vergleichbar, wo die Alternative versichert oder nicht-versichert laute. In Deutschland werde eine gleiche Versorgung aller angestrebt. Es sei aber nicht möglich, alle Kranken von den jeweiligen Top-Spezialisten behandeln zu lassen. In Deutschland werde der Zugang derzeit über Warteschlangen geregelt.

Prof. Dr. Dr. Lauterbach, Universität Köln, lehnt die These der gesellschaftlichen Schuld ab. Die Anklage der Patienten – dass sie zuviel essen und sich nicht richtig ernähren, sich unzureichend über ihre Krankheit informieren und nicht richtig mitmachen würden – gehe an der Problematik vorbei. Es sei zwar richtig, dass der Arzt viele Qualitätsaspekte nicht beeinflussen könne. Dies habe aber mit Problemen wie den überflüssigen Röntgenaufnahmen nichts zu tun. Es sei nicht Schuld der Patienten, wenn zuviel geröntgt werde. Es sei der Arzt, der über ein zusätzliches Röntgenbild entscheide, auch wenn dies oft anders dargestellt werde. Er empfinde diese Darstellung als Geringschätzung der Patienten. Nicht übersehen werden dürfe, dass teure Geräte genutzt

würden, die sich amortisieren müssten. Wer sie nur einsetze, wenn sie medizinisch notwendig seien, ginge als Facharzt der Pleite entgegen.

Seine Vision für das Gesundheitswesen sei eine Lösung von der politischen Kostenkontrolle und der Zwei-Klassen-Medizin. Ziel sei ein Verständnis, wonach Wirtschaftlichkeit Teil der Qualität sei und als Folge nicht alle zum Top-Spezialisten müssten.

Ein Vertreter des Bundes der Ruhestandsbeamten, Rentner und Hinterbliebenen vertritt die Auffassung, dass es bei der gegenwärtigen Reform überhaupt nicht um Qualität gehe. Ziel sei vielmehr der Abbau der Staatsverschuldung auf Kosten der Alten und Kranken. Sie seien daher dagegen, dass um jeden Preis Änderungen durchgesetzt würden, die an die Substanz des bestehenden Gesundheitswesens gingen.

Die Versorgungsqualität bei chronischen Krankheiten

Als Beispiel für die Qualitätsdefizite bei den großen Volkskrankheiten führt *Prof. Dr. Dr. Lauterbach* die Ergebnisse einer Studie über Bluthochdruckbehandlung und -vorbeugung in acht industrialisierten Ländern an, die das Journal of American Medical Association (JAMA), das führende Journal für innere Medizin, Mitte Mai 2003 veröffentlichte. Deutschland habe in jeder Patientengruppe die schlechtesten Blutdruckwerte aufgewiesen (z. B. nach Geschlecht und in den verschiedenen Altersgruppen). Dafür gebe es zahlreiche Gründe; so werde vielfach angeführt, dass der Patient sich zu wenig beteilige. Es müsse aber auch an der Versorgungsqualität liegen. Denn eines der Ergebnisse sei gewesen, dass nur jeder vierte Bluthochdruckkranke mit Medikamenten versorgt werde, während dies in den USA immerhin jeder zweite sei.

Auf den Hinweis des *Vertreters vom Deutschen Hausärzteverband*, dass andere Studien eine Behandlungshäufigkeit von über 50 % ermittelt hätten,

erläutert er, dass unterschiedliche methodische Ansätze zu Grunde lägen. So würden teilweise nur ältere Patienten erfasst, während in der JAMA-Studie eine größere Patientenzahl und die gesamte Bevölkerung einbezogen wurden.

Die unzureichende Qualität lasse sich anhand zahlreicher weiterer Beispiele belegen, etwa den bereits diskutierten überflüssigen Röntgenbildern. Tatsache sei, dass trotz anhaltender Diskussion um Qualität keine grundlegende Verbesserung erreicht worden sei. Es gelte daher, Handlung zu erzwingen. Hierfür sei das GMG ein erster wichtiger Ansatz.

Er sieht in der Qualitätsverbesserung und der strukturierten Behandlung chronischer Krankheiten kein Allheilmittel. Es sei aber eines der wichtigsten Instrumente, da 80 % der Kosten für chronische Krankheiten aufgewandt würden und mehr als die Hälfte der Bevölkerung darunter leide.

Dr. Dirk Mecking, Hausärzterverband Nordrhein, kritisiert die Gleichsetzung der ärztlichen Versorgung mit Medikation. Eine fehlende Verschreibung von Medikamenten bedeute keineswegs, dass keine Behandlung erfolgt sei. *Prof. Dr. Dr. Lauterbach* hält dagegen, dass insgesamt die Normversorgung die Ausnahme sei. Denn auch bei den behandelten Patienten würden in der Hälfte der Fälle zu teure Medikamente eingesetzt, außerdem werde unterdosiert.

Auch *Staatssekretär Dr. Schröder, BMGS*, sieht in der Qualitätsverbesserung bei integrierten Versorgungskonzepten eine zentrale Voraussetzung für die Hebung der Gesamtqualität. Insbesondere bei chronischen Krankheiten, der so genannten Multimorbidität, bestehe häufig die Notwendigkeit, verschiedene Behandlungs-, Diagnose-, Therapie- und Rehabilitations-Sequenzen so zu verknüpfen, dass für den Patienten, nicht für die jeweilige Einrichtung, ein Optimum herauskomme. Hier seien unbestreitbar die größten Defizite vorhanden.

Ärzteknappheit

Eine Vertreterin der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen sieht die entscheidende Frage nicht bei den Patientenrechten. Primär gehe es um die Sicherung einer ausreichenden ärztlichen, insbesondere hausärztlichen Versorgung. Damit verbinden sich ihres Erachtens alle anderen Kriterien wie Beratung oder Qualität. Hier bestehe aber das zentrale Problem: Die Ärzte in Thüringen hätten seit vielen Jahren auf den drohenden Ärztemangel hingewiesen. Im Jahre 2005 sinke die Zahl der Hausärzte auf 70 % des gegenwärtigen Niveaus, im Jahre 2009 sogar auf 53 %. Gründe seien die Überalterung der Ärzte und fehlende Nachfolger. Sie fragt daher, wie sich die Regierung mit den verbleibenden 53 % der Ärzte eine qualitätsgerechte, das Patientenrecht beinhaltende Versorgung vorstelle.

Staatssekretär Dr. Schröder informiert, dass Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt mit mehreren Schritten einen Beitrag leiste, um der drohenden Unterversorgung in der ambulanten Versorgung entgegen zu wirken:

- Bei der Approbationsordnung sei es gelungen, sie aus den Streitigkeiten zwischen Wissenschafts- und Gesundheitsseite heraus zu nehmen. Damit seien die Voraussetzungen für den zweiten wichtigen Schritt, die Abschaffung des „Arzt im Praktikum“ (AiP), gelegt worden. Neben anderen Faktoren trage diese Art Nadelöhr nach Auffassung der Bundesregierung dazu bei, dass die Studenteneingangszahlen zwar zufriedenstellend seien, im Beruf aber weniger Ärzte als in der Vergangenheit ankämen. Die neue Regelung greife zum Wintersemester 2004/2005.
- Weiter spiele, auch in Thüringen, das Honorargefälle zwischen West und Ost eine nicht unerhebliche Rolle. Die Bundesregierung habe bereits Anstrengungen zur Vergütungsangleichung unternommen, weitere Maßnahmen seien notwendig.
- Entscheidend werde jedoch sein, in der Versorgungssituation veränderte Konstellationen zu ermöglichen. Als Stichwort nennt er die Gesundheits-

zentren und andere Angebote, die das GMG vorsehe. Er könne sich insbesondere eine Aktivierung der Kapazitäten von Ärztinnen vorstellen, da stärker als in den ärztlichen Praxen Teilzeittätigkeiten möglich seien.

Unbeschadet dieser Maßnahmen sei sich die Bundesregierung der unverändert großen Schwierigkeiten bewusst. Sie versuche daher, gemeinsam mit den Ländern Lösungen in Angriff zu nehmen. Er gehe davon aus, dass die nächste Gesundheitsministerkonferenz Anfang Juli dieses Thema aufgreifen werde.

Das Zentrum für Qualität in der Medizin

Angesichts der herausragenden Bedeutung der Qualitätsfrage ist das Zentrum für Qualität in der Medizin nach Auffassung von *Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder* ein zentrales Instrument des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes. In diesem Zentrum solle der unabhängige Sachverstand aus Forschung und Praxis zusammengezogen werden. Es habe die Aufgabe, alle Beteiligten sachverständig zu beraten und Vorschläge zu unterbreiten. Adressaten seien die Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und die Patienten.

Die entscheidende Neuerung bestehe in der Einführung einer zentralen Stelle und eines geordneten Prozesses. Zwar habe es schon bisher Bemühungen um Qualität gegeben. Dies sei die Aufgabe zahlreicher Stellen, hauptsächlich der Fachgesellschaften, gewesen und in vielen Fällen mit großem Engagement wahrgenommen worden. Jedoch fehle eine zentrale Einrichtung, die für Qualitätsfragen gezielt adressiert und mit der Befassung bestimmter Themen und Defizite beauftragt werden könne.

Grundlegend sei die Trennung der Qualitätsfrage von der notwendigerweise immer wieder zu entscheidenden Frage der Ökonomie. Andernfalls werde es nicht gelingen, zu sachgerechten Lösungen zu kommen.

Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach sieht im Wesentlichen zwei Bereiche, um die Qualität verbessern:

- Der wichtigste Feind der Innovation sei die Scheininnovation. Sie nehme das Geld, bringe aber keinen Zusatznutzen. Es gelte daher, Verfahren zu finden, um die Scheininnovation aus dem System zu verdrängen und so echte (gut bezahlte) Innovation zuzulassen. Das neue Zentrum für Qualität in der Medizin werde hierfür einen unersetzbaren Beitrag leisten.
- Außerdem müssten Qualitätslücken geschlossen werden. Die Tatsache, dass Blutdruckprobleme nur bei jedem Vierten behandelt würden, habe etwa 25 000 vermeidbare Schlaganfälle pro Jahr zur Folge. Dies sei nicht nur eine Verschwendung von Ressourcen, sondern auch ein unerträgliches Leid für jeden Betroffenen.

Thomas Isenberg, Verbraucherzentrale Bundesverband, postuliert ein Patientenrecht auf Qualität der medizinischen Versorgung und sieht in den bestehenden Defiziten eine Missachtung der Bürgerrechte. Auch er leitet daraus die Notwendigkeit des Zentrums für Qualität in der Medizin ab. Neben der Erarbeitung von Leitlinien unter Beteiligung der Patientenvertreter müssten ausreichende Budgets vorhanden sein, um eine Information der allgemeinen Öffentlichkeit zu gewährleisten. Hier gelte es Fragen zu erörtern wie die Zukunft der IGeL-Leistungen oder den Informationsbedarf von Versicherten, damit sie die ihnen zugedachte Kundenrolle ausfüllen könnten. Diskutiert werden müsse weiter, wie die beim BMGS angesiedelten und derzeit sehr zersplitterten Modellprojekte zum Behandlungsfehlermanagement systematisiert werden können und welche Strategien notwendig wären, um ein deutsches Zentrum der Medizinschadensforschung unter Ägide des Zentrums anzusiedeln.

Dr. Dirk Mecking, Hausärzterverband Nordrhein, erachtet es für richtig, wenn die Qualitätsverbesserung auf die gravierendsten Defizite abziele. Qualitätsänderungen könnten jedoch nicht erzwungen werden. Das habe er bei der Arbeit in den Qualitätszirkeln erfahren. Qualitätsbewusstsein müsse vielmehr

in den Köpfen wachsen. Die neue, dazwischen geschaltete Institution missfalle ihm daher. Institutionen nähmen die Freiheit, die der Arzt vor Ort brauche. Diese beinhalte nicht nur die wissenschaftliche Dimension, sondern auch die anderen Probleme des Patienten, nicht zuletzt dessen persönliche Erfahrung.

Angesichts der fehlenden Vorgabe einer Methodik bezweifelt er die Möglichkeit Scheininnovation auszusondern. Das geplante Zentrum biete somit keinen Schutz vor Fehlern. Als Konsequenz lehnt er die vorgesehene richtlinienartige Kompetenz ab, sieht aber Bedarf bei der beratenden Funktion. Er weist darauf hin, dass dieser Bereich schon durch die ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung und dessen Patientenforum unter www.aeqz.de abgedeckt werde.

Dr. Falk Oesterheld, Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit Thüringen, findet den konzeptionell-strukturellen Ansatz von Prof. Dr. Dr. Lauterbach hoch interessant. Es sei natürlich von Vorteil, wenn Kompetenzen zusammengefasst würden. Andererseits befürchtet er, dass man sich einen Bären dienst erweisen könne, wenn die Bürokratie die Regularien vorgebe. Entscheidend sei die Dosis, wie es schon Paracelsus formuliert habe.

Qualitätsverbesserung bei Leistungserbringern des Gesundheitswesens

Neben dem Zentrum für Qualität in der Medizin räumt *Staatssekretär Dr. Schröder, BMGS*, dem Qualitätsmanagement bei den Leistungserbringern einen hohen Stellenwert ein. Viel zu wenig Beachtung fänden in diesem Zusammenhang die Auswirkungen des Fallpauschalengesetzes, das zu einer Fülle von qualitätssichernden Elementen in deutschen Krankenhäusern führe und in Zukunft auch zum Vergleich der Qualitäten führen könne. Dazu gehören Qualitätsberichte zu vorgeschriebenen Fragen und Mindestzahlen für durchgeführte Behandlungen, z. B. bestimmte Operationen.

Ein weiterer wichtiger Punkt zur Steigerung der Qualität sei die regelmäßige, von Wirtschaftsinteressen unabhängige Fortbildung für Ärzte. Mit Vorschriften

zur verbesserten Marktüberwachung von Arzneimittelwirkungen leiste das GMG außerdem einen wichtigen Beitrag, um vor allem unerwünschte Reaktionen schon im Vorfeld besser in den Griff zu bekommen.

Evidenzbasierte Medizin, die dem Arzt ein objektives, abgesichertes Regelwissen als Entscheidungsgrundlage liefern soll, ist nach Auffassung von *Dr. Dirk Mecking, Hausärzterverband Nordrhein*, nichts Neues. Den Begriff und die Begleitforschung gebe es zwar erst seit 1996. Die Ärzte hätten evidenzbasierte Medizin aber schon immer praktiziert. Wenn Wissenschaft und die persönlichen Bedürfnisse des Patienten in Übereinstimmung gebracht würden, nenne man dies evidenzbasierte Medizin. Er versteige sich zur Aussage, ein Erfolgskriterium für ärztliche Qualität sei die Aussage des Patienten, er fühle sich wohl.

Dies sei in der Vergangenheit nicht dargelegt worden. Nun könne es begründet werden. Ärzte würden die neuen Erkenntnisse gerne nutzen. Es gebe aber nicht die Standardlösung nach dem Motto „Krankheit X erfordert Behandlung Y mit dem Ergebnis Z und du als Patient hast mitzumachen“. Wie bisher wollten Ärzte den Patienten lebenslang begleiten und ihm alternative Wege anbieten.

In der Aussage ‚Qualitätssicherung und Leitlinien haben wir schon, evidenzbasierte Medizin setzen wir demnächst ein‘, sieht *Prof. Dr. Dr. Lauterbach, Universität Köln*, eine klassische Abwehrreaktion. Es gehe nicht um das bereits Vorhandene, sondern um dessen Qualität. Hier könne sich Deutschland nicht mit dem Ausland vergleichen, das Qualität auf höchstem, wissenschaftlich gesichertem Niveau aufweise und auch unter Zuhilfenahme von Patientenorganisationen bewertet habe. Dies müsse das Ziel sein.

Ein Vertreter des VdAK - AEV Landesvertretung, sieht kontraproduktive Tendenzen und Gefahren für die Chronikerprogramme. Nachdem erste Leitlinien und Mindeststandards festgelegt seien, befürchteten einige Leistungserbringer, dass sie nicht berücksichtigt würden. Sie würden daher Wege

suchen, um die Standards zu umgehen und weiter an den ‚Töpfen‘ teilzuhaben.

Thomas Isenberg, Verbraucherzentrale Bundesverband, hält die Entwicklung von gemeinsamen, kasseneinheitlichen und -übergreifenden Qualitätsindikatoren für notwendig. Patienten müssten befähigt werden, eine qualitätsorientierte Wahl zu treffen. So müsse der Kranke bei den integrierten Programmen beurteilen können, ob der Kostendruck zu Lasten der Qualität gehe. Dieses Handlungsfeld gelte es in künftigen Reformen fortzuentwickeln.

Er fordert außerdem die vollständige Umsetzung der Resolution der 72. Gesundheitsministerkonferenz der Länder, wonach alle Einrichtungen des Gesundheitswesens zu einer Qualitätsberichterstattung verpflichtet werden müssten. Neben den bestehenden Vorschriften für Krankenhäuser gelte es Initiativen im ambulanten Bereich zur verpflichtenden Berichterstattung zu verfolgen.

Ein Vertreter des Thüringer Apothekerverbandes sieht den von Staatssekretär Dr. Schröder und Prof. Dr. Dr. Lauterbach propagierten Qualitätsvorteil nicht. Er macht der Politik den Vorwurf, dass sie im Apotheken-/Arzneimittelbereich in letzter Zeit mehrere Gesetze verabschiedet habe, die reine Kostendämpfungsgesetze seien. Die Qualität habe keine Rolle gespielt, Qualitätskriterien seien nicht berücksichtigt worden. Dazu gehörten

- das Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz,
- die Importabgabeverpflichtung nach § 129 SGB V,
- die Einführung des Versandhandels im GMG,
- die Möglichkeit des Mehrbesitzes von Apotheken.

Wirtschaftlichkeit und Effizienz

Auch bei der Wirtschaftlichkeit schneidet Deutschland nach Angaben von *Prof. Dr. Dr. Lauterbach* nicht gut ab. Der im Zeitalter des EURO sehr viel leichtere Kostenvergleich der europäischen Gesundheitssysteme zeige, dass unser Gesundheitssystem etwa 30 % mehr koste als das der europäischen Nachbarn. Dies müsse nicht zwangsläufig ein Problem darstellen. Denn Deutschland könne es sich als reiches Land leisten, für das hohe Gut Gesundheit mehr auszugeben. Selbst eine weitere Steigerung sei vorstellbar. Aber die Qualität müsse stimmen. Angesichts der derzeitigen Qualitätslücke seien die gegenwärtig hohen Ausgaben jedoch nicht gerechtfertigt.

Wegen der demographischen Alterung der Bevölkerung würden die Probleme in den nächsten Jahren zunehmen. Auf 100 Erwerbstätige, in der Altersgruppe der 20-60-Jährigen, kämen gegenwärtig 40 über 60-Jährige, welche die Sozialversicherungssysteme in allererster Linie benötigten. Diese Zahl werde sich bis zum Jahr 2040 verdoppeln. Dann entfielen 80 Personen über 60 Jahre auf 100 Aktive in der Altersgruppe 20-60-Jährige. Er vergleicht diese demographische Herausforderung mit einem Bergsteiger, der einen 8000-Meter-Gipfel erklettern wolle, aber schon am Basislager Luftnot verspüre. Eine Bewältigung der Probleme erfordere daher mehr Effizienz und Gerechtigkeit.

Auch nach Auffassung von *Staatssekretär Dr. Schröder, Bundesgesundheitsministerium*, stellt nur Effizienz im System sicher, dass die Interessen der Betroffenen in ihrer Doppelrolle als Versicherte und Patienten gewahrt werden. Dazu sollten die Steuerungssysteme zur Festlegung des Versorgungsgrads umgestaltet werden. Diese Ausgestaltung des Versorgungsauftrages sei bisher Aufgabe der Leistungsträger gewesen. Sehr viel stärker als bisher bestehe die Notwendigkeit, dass sich Patientenvertreter auf der so genannten Makroebene beteiligen und ihre Interessen auf Bundes- und Landesebene einbringen könnten.

Auf der Mikroebene setzten zwei Anreizsysteme an, die dem Patienten die Möglichkeit geben sollen, durch eigenes Verhalten Einfluss zu nehmen:

- Beim Hausarztsystem könne der Patient wählen zwischen dem Primärkontakt über den Hausarzt, der in seiner Lotsenfunktion gestärkt werde, oder dem direkten Besuch in der Facharztpraxis, der mit einer Gebühr von 15 € belegt werden solle. Diese Entscheidung sei sein gutes Recht. Problematisch sei daher die Kritik, dass dieser Ansatz des GMG gegen die freie Arztwahl gerichtet sei.
- Bei der integrierten Versorgung führe die systematische Inanspruchnahme zu einer Halbierung der Zuzahlung bei Arzneimitteln.

Diese Instrumente seien von zentraler Bedeutung. Er habe den Eindruck, dass derartige Instrumentarien an vielen Stellen implementiert werden sollten.

Auch bei den Entgeltsystemen für die ambulante Versorgung werde die Relevanz der Patienteninteressen deutlich. So werde die Pauschale bei der hausärztlichen Versorgung im Wesentlichen für die eingeschriebenen Patienten bezahlt. Dies führe dazu, dass der Hausarzt sich intensiver um die Beratung des Patienten in Bezug auf das eigene Verhalten kümmern könne und um Anleitungen für die Erfassung bestimmter Daten und Werte zu Hause, in der Normalumgebung. Der Arzt müsse nicht immer wieder einen neuen Termin vereinbaren, um ein vernünftiges Entgelt zu erzielen.

Die Fallpauschale verhindere, dass ein Patient in Behandlung gehalten werde, obwohl unter dem Gesichtspunkt der hochwertigen Versorgung eine Überweisung an den Facharzt angezeigt sei. Zusammen mit den Komplexgebühren bei der fachärztlichen Versorgung werde die Vergleichbarkeit verbessert und damit die Entscheidungsmöglichkeit des Patienten. Dies gewährleiste eine Orientierung auf die Patientenbedürfnisse, bei Beratung und Versorgung.

Thomas Isenberg, vzbv, hält dagegen, dass ein Durchbruch für Patienten- und Verbraucherrechte nicht dadurch erreicht werde, dass die Zuzahlung ausgeweitet und reine Instrumente der Umfinanzierung eingeführt würden. Diese Maßnahmen könnten aber politisch notwendig sein, wenn man auch das Gesundheitssystem als Teil der sozialen Marktwirtschaft definiere und die Beitragsstabilität als Zielgröße habe. Der Patient stehe in der Mitte verschiedener Interessen und der politischen Güterabwägungen.

Christoph Nachtigäller, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, hält bei der hausärztlichen Versorgung eine Unterscheidung zwischen Akutversorgung und Behandlung chronisch Kranker für erforderlich. Bei letzteren könne der Facharzt der geeignetere Lotse oder ‚case manager‘ sein. Eine Beteiligung des Facharztes an der hausärztlichen Versorgung für Chroniker spare Kosten und Zeit.

Patientenbeteiligung bei der Erarbeitung von Qualitätsstandards

Staatssekretär Dr. Schröder, BMGS, betont die Bedeutung der Patientenbeteiligung bei der Erarbeitung von Qualitätsstandards. Entscheidende Voraussetzung dafür sei, dass diese Verfahren der Qualitätserarbeitung so gestaltet würden, dass die entsprechenden Verbände die Patienteninteressen in einem transparenten und dynamischen Prozess einbringen könnten. Klare Regelungen sähen diese Einbeziehung der Betroffenen vor.

Thomas Isenberg, Verbraucherzentrale Bundesverband, unterstreicht, dass das Qualitätszentrum nicht nur Leitlinien entwickeln dürfe, an denen das Bundesgesundheitsministerium und die Kostenträger Interesse hätten. Es müsse möglich sein, dass Arbeitsaufträge auch aus dem Kreis des Kuratoriums, beispielsweise aus Selbsthilfe-, Patienten- oder Verbraucherverbänden, vergeben werden. Bei der Arbeitsplanung und im Budget müssten ausreichende Ressourcen für patientenorientierte Maßnahmen eingestellt werden.

Christoph Nachtigäller, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, bezweifelt, dass Patienteninteressen wirklich im Mittelpunkt stehen. Angesichts der Tatsache, dass über 50 % der Versicherten chronisch krank seien, müsse neben dem Kostenargument auch die Lebensqualität gesehen werden. Da jeder Patient und potenzieller Nutzer sei, müsse sich das System an deren Interesse ausrichten. Dies verlange, dass ernst gemacht werde mit der Patientenbeteiligung und erfordere eine Fülle von Konkretisierungen – von den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen bis hin zum Zentrum für Qualität. Um beispielsweise eine wirklich patientengerechte Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme sicher zu stellen, müssten Patientenerfahrungen überall einfließen, wo Qualität definiert werde. Die Richtung stimme, nicht jedoch die konkrete Ausgestaltung, etwa die Umsetzung der Arbeit des Zentrums für Qualität durch Arbeitsgruppen, in der Wissenschaft und Erfahrungswissen versammelt werden sollten. Dies gelte nicht nur für die Bundesebene, sondern auch für andere Bereiche wie die Länder oder Ethikkommissionen. Er sieht im GMG nur wenig Ansatzpunkte für eine umfassende Beteiligung der Versicherten. Zudem werde die Wahlfreiheit des Patienten maßgeblich eingeschränkt. Er äußert daher die Befürchtung, dass das Gesundheitswesen in den alten Strukturen verhaftet bleibe und diejenigen das Sagen behielten, die es schon bisher hätten.

Forum III – Patientenrechte im Schadensfall

Grundlagen des Arzthaftungsrechts

Einführend erläutert *RA Christoph-M. Stegers von der Anwaltskanzlei Ratajczak Preißler Wellmann Ohlmann & Partner*, dass Arzthaftung Risikoausgleich sei, kein bloßer Streit um Anforderungen an eine Dienstleistung und um Ersatz in Geld für vermeidbare Nachteile. Denn Arzthaftungssachen sei eine weitere Ebene immanent: Enttäuschungen und Ohnmachtgefühlen auf der einen Seite stünden unerwiderte Empathie und das Gefühl des unverstandenen Helfers auf der anderen Seite gegenüber. Trotz scheinbar gegenläufiger Tendenzen sei das Arzt-Patienten-Verhältnis von Vertrauen und Zuwendung gekennzeichnet. Beide seien integraler Bestandteil der Heilkunde. Der Arzt behandle nicht allein die Krankheit. Er behandle den Patienten.

Unerwartete Krankheitsverläufe und Sorgen ließen den Wunsch nach Klärung und Fragen nach Verantwortlichkeiten aufkommen. Das Ohnmachtgefühl des Patienten und das Unverständnis des Helfers stellten sich nicht zwangsläufig ein, sondern bedingten sich teilweise wechselseitig. Deshalb könne es günstig sein, wenn solche Konflikte mit Hilfe Dritter nachbereitet und befriedet würden, erforderlichenfalls ein Nachteilsausgleich angebahnt werde.

Die Interessenlage des Patienten sei zunächst einfach. Der Patient wolle genesen, wolle Linderung seiner Leiden. Der Arzt fördere die Heilung, könne und dürfe sie aber nicht garantieren. Der Patient habe zudem Anspruch auf Zuwendung und Erklärung – und zwar um so mehr, je schwieriger seine gesundheitliche Situation sei und je mehr Komplikationen aufträten.

Er führt aus, dass sich das Haftungsrecht in Deutschland aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch ableite; Orientierungen ergäben sich auch aus dem Sozialgesetzbuch. Der größte Teil, beispielsweise das Einsichtsrecht in die Krankenakten und die Dokumentationspflicht, gehe auf die zivile Recht-

sprechung zurück. Er weist darauf hin, dass die Dokumentation aus medizinischen, nicht aus forensischen, d.h. gerichtlichen Gründen geführt werde. Sie müsse gewährleisten, dass die Behandlung des Patienten auch bei einem Teamwechsel problemlos weiter geführt werden könne. Die Standards für die Dokumentation richteten sich daher primär nach den Anforderungen der Medizin. Gleichwohl habe der Patient weitgehende Informationsrechte wie den Anspruch, Namen der behandelnden Ärzte und deren Qualifikation zu erfahren.

Das Arztrecht frage hinsichtlich der Pflichten auch, welchen Leistungsanspruch, welche Dienstleistung der Patient erwarten könne. Auch hier würden primär medizinische Kriterien zu Grunde gelegt. Anspruch bestehe auf Behandlung nach dem Facharztstandard, welcher der medizinischen Wissenschaft und Praxis zum Zeitpunkt der Behandlung entspreche bzw. dem, was nach allgemeiner Überzeugung innerhalb des Faches akzeptiert sei. Daran müssten sich die ärztlichen Handlungen wie Diagnostik und Therapie messen lassen, Informationsansprüche daraufhin orientiert werden.

Der Schaden im Arzthaftungsrecht

Er führt weiter aus, dass sich das Haftungsrecht nicht nur auf die Leistungsebene beziehe, sondern auch nach dem Schaden frage. Dies umfasse sowohl den wirtschaftlichen Nachteil wie auch den immateriellen Schaden. Er weist darauf hin, dass die Haftung grundsätzlich unbegrenzt sei. Dieser Grundsatz sei jedoch keine Besonderheit des Arzthaftungsrechts, sondern gelte generell für das deutsche Haftungsrecht. Er verweist auf andere Ansätze wie das französische Rechtsinstitut der „Perte d'une chance de guérison“. Grundlage für den Schadensersatz sei dabei die entgangene Heilungschance, die auf Basis der statistischen Heilungschance ermittelt werde.

Schadensersatzrechtlich reiche aber weder der Schaden noch die Pflichtverletzung des Arztes an sich. Eigentlich müsse in diesem Zusammenhang noch über Verschulden gesprochen werden; dies sei aber das kleinste

Problem im Arzthaftungsrecht. Im Grunde genommen kenne das deutsche Recht eine objektivierte Haftung. Die Frage des Verschuldens könne sich allerdings im Hinblick auf die Höhe des Schmerzensgeldes stellen.

Zugerechnet würden nur solche Nachteile, die im Einzelfall sicher vermieden worden wären. Statistische Wahrscheinlichkeiten, wie sie die klinische Epidemiologie erhebe, mögen zwar Orientierungshilfe bieten. Sie lieferten dem Richter, dem das Gesetz eine freie Überzeugungsbildung einräume, aber nicht die notwendige Sicherheit für die Einzelfallentscheidung. Deshalb stellten sich im Medizinhaftungsrecht häufig schwierige Abgrenzungsfragen. Beruhen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf Vorerkrankungen? Können sie Folge unvermeidbarer Komplikationen sein? Wie hätte sich die Krankheit ohne Behandlungsfehler entwickelt? Durch richterliche Rechtsfortbildung sei allerdings ein System von Regeln und Ausnahmen bei der Beweislastverteilung und den Beweismaßanforderungen entwickelt worden, das jedenfalls der Fachmann akzeptabel handhaben könne. Die zentrale Stellung des Sachverständigen, der etwa beim groben Behandlungsfehler sogar das Beweisrecht beeinflussen könne, lasse sich durch ein transparentes Erkenntnisverfahren auf das erforderliche Maß begrenzen. Aufgabe der Anwälte und Richter sei es, das Behandlungsgeschehen mit kritischem Erkenntnisinteresse aufzuklären. Gefordert sei die unvoreingenommene Kooperation aller Beteiligten.

Prof. Dr. Eggert Beleites, Landesärztekammer Thüringen, räumt ein, dass im Medizinbetrieb nicht immer alles reibungslos verlaufe. Dabei gebe es Fälle, bei denen der Hergang nicht der regelhaften Heilchance entspreche, gleichzeitig aber keine Schuld vorliege. Für diese Fälle fehle in Deutschland eine vernünftige Regelung. Er vertritt die Auffassung, dass eine verschuldensunabhängige Haftung ein entscheidender Beitrag zur Lösung dieser Problematik wäre. Er macht weiter darauf aufmerksam, dass die Bestimmung des schuldhaften Vergehens überzogen werden könne. So sei zu beobachten, dass Ärzte aus dem Rettungswesen und der Geburtshilfe ausstiegen, da die Haftpflichtprämien nicht mehr bezahlbar seien.

Moderator *Bernd Seguin, Norddeutscher Rundfunk, und Rosemarie Bechthum MdL, SPD-Landtagsfraktion Thüringen*, berichten anhand konkreter Fälle, dass es den Betroffenen häufig nicht um eine monetäre Entschädigung gehe. Wichtig seien auch persönliche, emotionale Aspekte der Wiedergutmachung wie Würde und Ehre. Bei den Geschädigten des Hamburger Medizinskandals habe eine Rolle gespielt, wie sich die eigene Lebenssituation nach der falschen Behandlung bessern könne und weitere Schäden verhindert werden könnten. Die Geldfrage sei nur bei Arbeitsunfähigkeit von Bedeutung gewesen. Auch bei weiteren Beispielen sei es den Betroffenen nicht nur um einen finanziellen Ausgleich gegangen, sondern um die Aufdeckung und Bekanntmachung von Missständen, um eine Wiederholung derartiger Vorfälle zu verhindern.

Beweisrecht

Nach Meinung von *RA Christoph-M. Stegers* ist das Beweisrecht bei richtiger Handhabung des differenzierten Beweislastmodells – Behandlungsfehler, Schaden, Zurechnungszusammenhang und den Möglichkeiten der Beweislastumkehr – im Prinzip ausreichend. Zu bedenken sei, dass in anderen Ländern, in denen ein anderes Beweisrecht gelte, summa summarum womöglich genau das gleiche Ergebnis herauskomme. So reiche im angloamerikanischen Raum die überwiegende Wahrscheinlichkeit, dass ein Schaden mit der Behandlung zusammenhänge. Anders als in Deutschland kennen diese Rechtssysteme aber das Modell der Umkehr der Beweislast bei grobem Behandlungsfehler nicht. Nicht erfasst würden somit Fälle, bei denen der Schaden mit weniger als überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Behandlungsfehlers sei. Er rät daher zur Vorsicht bei der Diskussion über Fragen der Kausalität.

Diese positive Einschätzung teilt *RA Jürgen Koriath von der Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegesetzlicher* nicht. Zwar kenne auch das deutsche Beweisrecht die überwiegende Wahrscheinlichkeit. Der Zugang zum

Recht sei jedoch extrem schwierig, trotz eines ausgefeilten Richterrechts. Dies sei nur wenigen in Gänze zugänglich. Das Spiel mit Beweisrecht und einzelnen Fallgruppen sei für den einzelnen Patienten nicht und teilweise selbst für Anwälte nicht vollständig durchschaubar.

Die erste Zugangsschwierigkeit bestehe darin, dass der Betroffene vielfach keine Ansprechpartner kenne. Zwar gebe es theoretisch eine Reihe von Beratungsmöglichkeiten wie die Verbraucherzentralen. De facto aber werde die Wahl eher zufällig getroffen, etwa über Bekannte.

Um den Zugang zum Recht, insbesondere zur Kausalitätsfrage, zu vereinfachen, hält er eine Vereinheitlichung des Beweisrechts, etwa durch Gesetz, für dringend erforderlich. Zur Begründung stellt er die Konstruktion der Befunderhebungsmängel vor, die von der Rechtssprechung mit Blick auf reaktionspflichtige Befunde noch ausgedehnt worden sei. Er erläutert dies am Beispiel einer unterlassenen Röntgenaufnahme. Wenn als Folge eine Krebserkrankung zu spät erkannt werde, müsse dies kein Fehler sein, der zur Haftung führe, wenn die Kausalität zum Schaden nicht beweisbar sei. Nun könne aber die Frage der Unterlassung bereits ein grober Fehler sein, der zur Beweislastverschiebung führe. Abhängig von den konkreten Umständen des Einzelfalls sei es aber auch möglich, dass die Unterlassung des Röntgens nur einen einfachen Fehler darstelle. Daraus folge wiederum die Frage, was gewesen wäre, wenn die Röntgenaufnahme gemacht worden wäre, d.h. ob sich dann ein reaktionspflichtiger Befund gezeigt hätte. Dieser sei dann unter Umständen hinsichtlich seiner Schwere erneut zu bewerten. Der befasste Gutachter stehe daher vor der Aufgabe, auf zweifach hypothetischer Grundlage die Frage zu beantworten, ob er das Verhalten des Arztes noch für vertretbar halte oder ob er so weit von den Standards abgewichen sei, dass ein grober Behandlungsfehler vorliege. Die Gerichte wiederum müssten sich auf die Aussagen der Gerichtssachverständigen als Mediziner stützen. Sie dürften nicht aus eigener, vielleicht menschlicher Überzeugung der Klage statt geben, ohne dass dies in den Gutachten nachvollziehbar sei.

Im Ergebnis resultiere daraus kein durchschaubares und handhabbares Rechtssystem, mit dem man gut arbeiten könne. Er plädiert dafür, die überwiegende Wahrscheinlichkeit von mehr als 40 %, die in den reaktionspflichtigen Befunden nach Befunderhebungsmängeln versteckt sei, nach vorne zu rücken. Mit diesem Prinzip der überwiegenden Wahrscheinlichkeit sei dann nicht länger ein dreifacher Salto mortale erforderlich, um dem Patienten letztendlich zu seinem Recht zu verhelfen.

Nach Auffassung von *Thomas Isenberg, vzbv*, ist der Patient zur Zeit dreifaches Opfer. Er müsse den Behandlungsfehler und Schaden darlegen sowie die Kausalität des Behandlungsfehlers zum Schaden. Natürlich könne bei der Behandlung etwas falsch laufen. Gleichzeitig stelle sich die Frage der Waffengleichheit. Der Arzt sei der Experte, darüber könne auch eine gute Aufklärung nicht hinwegtäuschen. Er hält daher die Forderung nach einer Umkehr der Beweislast im Hinblick auf den Kausalzusammenhang für legitim. Angesichts der ökonomischen Konsequenzen sieht er im Haftungsrecht einen wichtigen Ansatzpunkt für den Aufbau einer Patientenlobby.

In Anbetracht des vorsorgenden Verbraucherschutzes und des speziellen Guts des Patientenschutzes müsse man gegebenenfalls abweichen von den Rechtsdogmen. Dazu gehöre beispielsweise, dass in Fällen, in denen die Verhältnisse relativ klar lägen, Patienten eine Befriedung bekommen müssten, sei es durch einen Fonds oder eine verschuldensunabhängige Patientenversicherung. In den vergangenen Jahre habe das zuständige Bundesministerium der Justiz derartige Vorschläge aber aus rechtsdogmatischen Gründen abgelehnt.

Auch der *Vertreter des VdAK - AEV* fordert eine Umkehr der Beweislast, weil der Patient „gleich lange Spieße“ brauche. Da bei einer Umkehr der Beweislast belegt werden müsse, was getan wurde, führt dies nach seiner Überzeugung auch zu einer Qualitätssteigerung in der Behandlung.

Vielfach sei nicht bekannt, dass die Krankenkassen im Schadensfall zentrale Ansprechpartner für die Betroffenen seien. Mit einem eigenen Schadensmanagement unterstützten sie den geschädigten Patienten und könnten so ein starker Partner sein, der ein Stück zur Angleichung der Spießlänge beitrage.

Bernd Seguin, NDR, merkt an, dass die Motivation der Krankenkassen nicht nur die reine Wohlfahrt sei, sondern das Eigeninteresse, von Kosten aus Schadensfällen freigestellt zu werden. Hierzu erwidert *der Vertreter des AOK-Bundesverbandes, Herr Dehlinger*, dass die AOK, aber auch andere Krankenkassen mit dem Behandlungsfehler-Management nicht das Ziel verfolgten, Forderungen wieder herein zu bekommen. Die Behandlungsfehler-Servicestellen arbeiteten bewusst losgelöst von den finanziellen Aspekten und müssten nicht am Ende nachweisen, wie viel Geld sie im Vergleich zu den Personalkosten auf der Habenseite verbuchen könnten. Diese Stellen seien vielmehr allein der Patientenorientierung verpflichtet und sollten den Versicherten zum Schadensersatz verhelfen.

Ein Vertreter des Bundesverbandes der Notgemeinschaften Medizingeschädigter schließt sich den bereits geäußerten Forderungen nach Beweislastumkehr bei begründetem Verdacht auf Behandlungsfehler an. Notwendig sei auch eine einheitliche Regelung für die Herausgabe von Patientenunterlagen, da gegenwärtig vielfach ein Herausklagen erforderlich sei.

Information und Aufklärung bei Verdacht auf Behandlungsfehler

Dr. Sven Ulrich Langner, Verband der Krankenhausdirektoren, vertritt eingangs die These, dass Krankenhäuser und die dort tätigen Ärzte nicht die Aufgabe hätten Schäden zu vertuschen, sondern Patienten ordnungsgemäß zu behandeln. Krankenhäuser seien und müssten bemüht sein, Schäden gar nicht entstehen zu lassen. Dazu würden Abläufe zunehmend patienten- und schadenvermeidungsorientiert gestaltet. Wenngleich man sicherlich noch nicht

am Ziel sei, gebe es vielfältige Bemühungen und Ansätze des Qualitäts- und risk managements, nicht zuletzt auch auf Drängen der Haftpflichtversicherer.

Im Schadensfall habe der Patient ein Recht auf Schadensregulierung. Die Krankenhausleitung stehe in der Pflicht, dem Schaden und seiner Entstehung nachzugehen. Sie müsse dafür sorgen, dass sich ein derartiger Fall nicht wiederhole. Dies gelte nicht nur mit Blick auf steigende Haftpflichtversicherungsprämien, sondern auch um das Vertrauen der Patienten zum Arzt und zum Krankenhaus in einem wettbewerblichen System aufrecht zu erhalten.

Grundsätzlich gelte es, zunächst die Möglichkeit des Dialogs zwischen Arzt und Patient zu nutzen und außergerichtlich zu vermitteln. Dabei könnten die Erwartungen des Patienten geklärt werden, ob es um finanzielle Forderungen gehe, die Vermeidung weiterer Schäden oder andere Hilfen. Wenn kein Einvernehmen erzielt werde, stehe dem Patienten der Gerichtsweg offen. Alternativ könne eine Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle der Ärztekammer eingeschaltet werden oder die Haftpflichtversicherung. Einen konkreten Streitfall habe es in der 100-jährigen Geschichte des von ihm geleiteten Krankenhauses noch nie gegeben.

Moderator *Bernd Seguin*, *NDR*, berichtet über drei bundesweit bekannte Medizinskandale in Hamburg, an deren Aufdeckung er beteiligt war. Hier habe es auf Seite der Ärzte zwei widerstreitende Interessen gegeben. Während die Ärztekammer vorbildlich gearbeitet und die Aufklärung unterstützt habe, habe das betroffene Universitätskrankenhaus alles versucht um zu vertuschen und jede Schadensforderung abzuweisen.

RA Christoph-M. Stegers widerspricht der vielfach geäußerten Darstellung, dass der Arzt bei Verdacht auf Behandlungsfehler nicht mehr mit dem Patienten reden dürfe. Nach § 5 Abs. 5 der Allgemeinen Haftpflichtversicherungsbedingungen sei es ihm allein verboten, Schadensersatzanspruch anzuerken-

nen oder zu befrieden. In diesem Fall laufe er Gefahr, seinen Versicherungsschutz zu verlieren. Alles andere unterhalb dieses Levels sei erlaubt bis erwünscht.

RA Jürgen Koriath, Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter, äußert sein Befremden über die Ausflüchte der Ärzteseite. Unter Bezug auf das Statement des Vertreters des Verbandes der Krankenhausdirektoren kritisiert er, dass in der Realität geblockt, gelogen und abgewimmelt werde. Es sei falsch, dass Ärzte im Schadensfall nichts sagen dürften. Das Gegenteil sei richtig, sie dürften, sollten und müssten reden und zwar auf Nachfrage des Patienten ehrliche Antworten geben. Zu einer Anerkennung der Schuld dagegen seien sie nicht verpflichtet. Ohne Druck werde aber nichts zielführend herausgegeben oder zur objektiven Aufklärung des Sachverhalts beigetragen. Die Frage des Versicherungsschutzes spiele zwar eine Rolle, aber bis zur Grenze der objektiven Wahrheit seien die Ärzte frei. Diese Freiheit zu informieren werde nicht genutzt.

Auch nach Auffassung von *Thomas Isenberg, vzbv*, wird im Schadensfall unverändert vertuscht, geleugnet, prozessiert. Dies dürfe nicht länger Maxime sein. Bei Vermutung eines Behandlungsfehler müsse geklärt werden, wie Ärzte ihrer Offenbarungspflicht nachkommen könnten, ohne gleichzeitig den Verlust des Versicherungsschutzes zu riskieren.

Erwin Dehlinger, AOK Bundesverband, hält es für unbefriedigend, dass Krankenhäuser einen Behandlungsfehler wegen der Haftpflichtproblematik nicht zugeben könnten. Beinahefehler jedoch könne man melden. Der primäre Ansatz, um in dieser Frage Fortschritte zu erzielen, sei nicht die Bestrafung, sondern die Belohnung für offenes Zugestehen eines Fehlers.

Außergerichtliche und gerichtliche Verfahren

RA Christoph-M. Stegers gibt einen Überblick über verschiedene Verfahrensmöglichkeiten. Das einfachste, selten genutzte Verfahren sei die außergerichtliche Schadensanmeldung, Ermittlung und Einigung auf Gutachten und Vergleich. Für die außergerichtliche Streitbeilegung kämen weiter die Unterstützung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen nach § 66 SGB V und die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern in Betracht. Vor Gericht könnten Schadensersatzklagen angestrengt werden sowie staatsanwaltliche Ermittlungsverfahren, ein seines Erachtens meist untaugliches, in vielen Fällen kontraproduktives Mittel. Seit kurzem gebe es, vom BGH abgesegnet, die Möglichkeit des selbständigen Beweisverfahrens.

Vertiefend geht er auf die Stärken und Schwächen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsverfahren ein, bei denen jährlich über 10 000 Fälle anhängig gemacht würden. Für diese Verfahren nennt er als grundlegende Kriterien:

- die Freiwilligkeit, keinesfalls die Verbindlichkeit,
- der freie Zugang für jedermann,
- die Unabhängigkeit der Entscheider,
- die Fachlichkeit,
- die Wahrheitspflicht,
- Verfahrensgarantien und
- anschließend die Streiterledigung.

Er insistiert auf der Freiwilligkeit, weil Verbindlichkeit einen Verlust an Rechtsstaatlichkeit bedeute. Für Parteien ohne Rechtsschutzversicherung, möglicherweise mit geringem Einkommen, werde es sehr schwierig, noch einen ordentlichen Rechtsstreit zu führen. Wenn Gutachterkommissionen einen quasi verbindlichen Spruch fällen, befürchtet er, dass die Rechtsprechung einen alten Gedanken wieder aufgreifen könnte: Gerichte könnten dazu

tendieren, Kläger zunächst an die Gutachterkommission zu verweisen. Damit sei eine Verkürzung der Rechtsstaatlichkeit für die arme Partei gewissermaßen vorgezeichnet. Er mahnt daher zur Vorsicht bei der Forderung nach Verbindlichkeit.

Für die Justiz bejaht er die Notwendigkeit der Prozessökonomie. Dies dürfe sich aber nicht allein an der Arbeitserleichterung für den Richter ausrichten. Hauptziel müsse vielmehr sein, in angemessener Zeit ein vernünftiges Ergebnis zu erhalten. Hier sieht er die größten Schwächen, die sich nicht mit einem Federstrich des Gesetzgebers ändern ließen, sondern an vielen Punkten ansetzen müssten.

Thomas Isenberg, vzbv, berichtet über das Unbehagen von Ratsuchenden bei den Verbraucherzentralen über einige Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. So seien nicht überall befriedigende Mitwirkungsmöglichkeiten und Anhörungsrechte der Patienten gewährleistet, etwa zu Fragenstellungen, zu denen ein Gutachten abgegeben werden soll.

Er sieht einerseits erheblichen Reform- und Vereinheitlichungsbedarf, wenn dieses Instrument beibehalten werden solle. Denkbar seien dabei auch freiwillige Vereinbarungen. Andererseits sei es bei der Beratung der Geschädigten wichtig, schon im Vorfeld die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Wege zu besprechen, um nicht später in einem Verfahren gefangen zu sein. Gemeinsam mit den Betroffenen gelte es einen Weg zu finden. Wenn beispielsweise das Krankenhaus schon die Einsicht verweigere, sei ein Gerichtsbeschluss auf Herausgabe der Unterlagen am sinnvollsten.

Prof. Dr. Eggert Beleites, Landesärztekammer Thüringen, führt aus, dass im Fall eines Fehlers anfangs Unklarheit über die Schuld bestehen könne. Dann sei es sehr sinnvoll, wenn dem Patient kostenfrei eine Stelle zur Verfügung stehe, die darüber befände, ob eine Schuld vorliege, eine Sorgfaltspflichtver-

letzung, ob nach Standard behandelt wurde. Schlichtungsstellen könnten Hinweise geben, hinterher stehe der gerichtliche Weg immer noch offen.

Ein Vertreter des Bundesverbandes der Notgemeinschaften Medizingeschädigter schlägt die Einrichtung von finanziell unabhängigen und weisungsungebundenen Gutachterstellen vor, die an das Zentrum für Qualität in der Medizin angegliedert werden könnten.

Für Moderator *Bernd Seguin, NDR*, stellt sich die Frage, ob die Schlichtungsstellen für Klarheit sorgen oder den Versuch darstellen, ordentliche Verfahren zu verhindern. Angesichts der Tatsache, dass vieles intern bleibe, werde immer wieder der Verdacht geäußert, dass diese Einrichtungen weniger im Sinne der Patienten als der Ärzte handelten.

Gutachterwesen

Mehrere Beiträge heben die zentrale Bedeutung der Gutachten und Gutachter in den Verfahren hervor.

Ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der Notgemeinschaften Medizingeschädigter schildert, dass seine Tochter 1996 im Klinikum Erfurt in Folge einer Mandeloperation gestorben sei. Er und seine Frau seien damals davon ausgegangen, dass man zu diesem schwerwiegenden Fehler stehen würde. Aber erst nach über sechs Jahren sei es zum Strafprozess gekommen. Er äußert den Verdacht, dass hierbei die berufsrechtliche Verjährungsfrist von fünf Jahre eine Rolle gespielt habe.

Nach dem Tod seiner Tochter habe er der Staatsanwaltschaft Erfurt vertrauensvoll einen renommierten HNO-Arzt, zugleich Präsident der Landesärztekammer, als Gutachter vorgeschlagen. Dieser habe den Auftrag nach ca. fünf Monaten angenommen. Danach habe es, mit einem Zusatzgutachten, noch einmal elf Monate bis zur Fertigstellung des Gutachtens gedauert. Der

Gutachter sei nicht gewillt gewesen, den kausalen Zusammenhang zwischen schweren Behandlungsfehlern und dem Tod der Tochter herzustellen.

Er sei zur Überzeugung gelangt, dass die Gutachtertätigkeit augenscheinlich nicht immer von Objektivität getragen sei oder aber dass die Gutachter es nicht besser könnten. Das Hauptproblem sei, dass viele Gutachter scheinbar am Schluss eine Rolle rückwärts machen wollten, nach dem Motto „Wasch mich, aber mach mir den Pelz nicht nass“. Durch Beharrlichkeit habe er es nach sechs Jahren aber geschafft, dass ein verlässliches, objektives Gutachten vorgelegen habe und ein Urteil wegen fahrlässiger Tötung erfolgen konnte.

Ein Arzt vom Klinikum der Universität Frankfurt, berichtet über einen Vergleich von Obduktions- und klinischer Diagnose bei 2 000 Fällen. Dabei habe sich in 10 % eine erhebliche Abweichung gezeigt, in fast 7 % der Fälle sei sie klinisch relevant gewesen. Obduktion solle daher als Maßnahme der Qualitätssicherung stärker gefördert werden; ein bundesweites forensisches Register sei in Planung. Wichtig sei, dass die Obduktion von einem objektiven, neutralen Leichenbeschauer durchgeführt werde. Denn Objektivität sei nicht gewährleistet, wenn der fehlbehandelnde Arzt den Leichenschauschein ausfülle.

Bernd Seguin, NDR, verweist auf Erhebungen eines Hamburger Experten, der von 15-20 % Abweichungen ausgehe und bedauert, dass die Kompetenz der forensischen Pathologie zu wenig genutzt werde. Sie könne relativ objektiv und präzise feststellen, was geschehen sei und ob ein Fehler vorliege. Hierzu merkt *der Pathologe vom Klinikum der Frankfurter Universität* an, dass differenziert werden müsse, da je nach Art des Fehlers Fachärzte für die Analyse besser geeignet seien als Rechtsmediziner.

Aufgrund eigener Erfahrungen nach dem Tod des Vaters, der vor zwei Jahren Opfer eines Behandlungsfehlers wurde, hält er jedoch das Gutachterwesen in

Deutschland für ziemlich undurchschaubar. So habe der Chefarzt ihnen schon am Todestag mitgeteilt, dass sie gegen ihn nicht juristisch vorgehen sollten, da dies an ihm als Direktor abprallen würde. Bei seinen Versuchen Stadt- und Klinikverwaltung zu informieren, damit sich diese Zustände änderten, sei er gegen Mauern gelaufen. Er habe schon drei fachärztliche Gutachten eingeholt, die den tödlichen Behandlungsfehler und die Kausalität bestätigten. Er hoffe, dass die Staatsanwaltschaft nun in der Lage sei, den Fall aufzurollen und den Behandlungsfehler zu bestätigen. Als Angehöriger werde man zum Teil mit entsetzlichen Gutachten konfrontiert. In ihrem Fall habe es die Klinik geschafft, nach wenigen Wochen ein Gutachten beizubringen, das den Vorwurf des Behandlungsfehler widerlegen sollte. Leider fänden sich immer wieder Kollegen, die bereit seien, ein Gefälligkeitsgutachten zu erstellen. Je höher der behandelnde Arzt in der Hierarchie stehe, desto eher finde sich hierfür ein ebenfalls hoch angesiedelter Kollege.

Fairness und Transparenz sind nach Auffassung von *RA Christoph-M. Stegers* der Dreh- und Angelpunkt bei den Verfahren. Ein zentraler Stellenwert komme dabei dem Fachgutachten und der sorgfältigen Auswahl der Sachverständigen zu. Beim Sachverständigenbeweis liege in Deutschland aber einiges im argen.

So sei als merkwürdiges Phänomen zu beobachten, dass vielfach nach veralteten Grundsätzen beurteilt werde. Zu Grunde gelegt würden die Standards zum Zeitpunkt der eigenen Ausbildung, nicht jedoch zum Zeitpunkt der Behandlung. Hier sei eine bessere Qualifizierung gefragt. Der Gutachter müsse im Beruf stehen und die Weiterbildungsbefugnis haben. Viele Gutachter würden auch lange Zeit auf Gutachten „sitzen“. Hier stelle sich erneut die Frage der Qualität und der Qualifizierung. Er plädiert daher für eine Zertifizierung der Gutachter, etwa nach dem Vorbild der vereidigten Sachverständigen bei den Industrie- und Handelskammern.

Zu Gunsten der Gutachter müsse allerdings gesagt werden, dass die qualifizierten meist ausgelastet seien und zudem schlecht bezahlt. Jeder Hand-

werksgeselle und Computerfachmann erhalte mehr Geld. Auch bestehe bei Juristen die Neigung, von Gutachtern klare Aussagen auf Fragen zu erwarten, auf welche die Medizin keine sicheren Antworten habe. Zudem müsse berücksichtigt werden, dass die Medizin die Therapieviefalt pflege und eine eindeutige Beurteilung durch den Gutachter daher nicht immer einfach sei.

Sehr wichtig sei nicht zuletzt eine interne Fehlerkorrektur, wie sie die Düsseldorf und die Norddeutsche Gutachterkommission (mit Thüringen) bereits eingeführt hätten. Denn Fehler des Sachverständigen bei der Sachverhaltsaufbereitung könnten immer vorkommen.

Auch *Prof. Dr. Beleites* unterstützt die Forderung nach Zertifizierung. Er habe dies bei der Bundesärztekammer bereits angeregt. Erste Zertifizierungsansätze würden bereits von der Schlichtungsstelle der Norddeutschen Ärztekammern praktiziert. Zu berücksichtigen sei aber immer, dass Gutachten nicht gleich Gutachten sei und dass dahinter Menschen stehen würden.

Präventive Maßnahmen

Zur Verbesserung des Qualitätsmanagements und zur Erhöhung der Patientensicherheit regt *RA Jürgen Koriath, Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter*, an, eine suffiziente Komplikationsstatistik zu führen. Jeder Arzt solle verpflichtet werden, über Behandlungsfehler zu berichten. Dies könne durch die Politik vorgeschrieben werden. So werde im französischen Teil Kanadas seines Wissens per Gesetz eine Pflicht des Arztes eingeführt, Behandlungsfehler zu dokumentieren und Patienten zugänglich zu machen.

Bernd Seguin, NDR, berichtet über ein Referat des obersten Flugsicherer der Lufthansa über das Risikomanagement der Fluggesellschaft. Er trage die Verantwortung für Leben und Sicherheit von ca. 500 000 - 600 000 Menschen pro Jahr. Die Fehlervermeidung sei daher eine zentrale Zielsetzung in seinem

Verantwortungsbereich. Er habe ein System ausgearbeitet, in dem jeder Mitarbeiter, jede Berufsgruppe für ihren Kompetenzbereich zur Fehlermeldung verpflichtet sei. Dokumentiert werden müsse außerdem jede Möglichkeit eines Fehlers. Diese Berichte seien sanktionsfrei, dafür werde die Nichtanzeige sanktioniert. Im Rahmen des Risikomanagements gebe es mathematische Ansätze, um die Fehlervermeidung zu berechnen. Außerdem könne bestimmt werden, inwieweit sich eine Investition lohne, um ein Risiko zu vermindern bzw. ab wann dies nicht mehr der Fall sei, weil der Auftritt eines Fehlers in die Unwahrscheinlichkeit kippe. Mit diesem Konzept habe die Lufthansa in den vergangenen 15 Jahre gearbeitet und erreicht, dass Fehler minimiert und gravierende Mängel nur noch sehr selten aufgetreten seien.

Der Referent habe außerdem die Übertragbarkeit seines Ansatzes auf andere Systeme wie den Medizinbetrieb dargestellt. Wenn diese Umkehr der Verpflichtungen mit haftungsrechtlichen Folgen verbunden würde – d. h. wenn das Medizinpersonal nicht meldet, seien sie schuld, wenn sie melden, haben sie Recht – könnten damit erhebliche Fortschritte erreicht werden.

Auch *Erwin Dehlinger, AOK Bundesverband*, plädiert für eine Stärkung präventiver Ansätze. Die AOK habe sich in der letzten Zeit intensiver mit dieser Thematik befasst und zusammen mit der Ärztekammer Berlin einen bundesweiten Wettbewerb ausgeschrieben, in dem Modelle und Konzepte zur Fehlervermeidung gesucht wurden. Das Ergebnis sei aber mit 50 Einsendungen nicht besonders ermutigend gewesen. Bezeichnenderweise sei auch der mit 50 000 € dotierte 1. Preis in die Schweiz gegangen.

Gesetzliche Regelung der Patientenrechte

Mehrere Teilnehmer plädieren für eine gesetzliche Regelung der Patientenrechte, sowohl für den Schadensfall wie auch für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient generell. *Thomas Isenberg, vzbv*, fordert eine Fortentwicklung der Patientenrechte. Die Veröffentlichung der Patientencharta mit bestehenden Rechten sei zwar ein erster Schritt, aber nicht ausreichend. Notwendig sei die

Identifizierung von Handlungsfeldern wie dem Gutachterwesen. Hierzu gehöre die gesetzliche Verpflichtung von Sachverständigen, die obligatorische Verteidigung von Sachverständigen, die Befristung von Gutachtaufträgen. Die Arbeitsgruppe Patientenrechte beim BMGS habe sich längere Zeit mit diesen Fragen beschäftigt. Derartige Überlegungen müssten einfließen in Eckpunkte eines Patienteninformations- und -rechtegesetzes. Auch wenn die Federführung beim Justizministerium liege, müsse das BMGS stärker als bisher eine eigene Kompetenz aufbauen, um sich mit seinen Forderungen innerhalb der Bundesregierung durchzusetzen.

Neben gesetzlichen Regelungen hält er es für wichtig, die Motivation und Kompetenz aller Akteure zu stärken. Konkret fordert er ein Aktionsprogramm ‚Patientenrechte, -information und -schutz‘ beim BMGS. Zusätzlich sollten freiwillige Vereinbarungen und Selbstverpflichtungen ausgebaut werden. Auch Konsensgespräche, ein runder Tisch und ein Verbraucherbeirat seien mögliche Ansatzpunkte. So könnte die Bundesärztekammer die Verfahrensregelungen für Gutachter- und Schlichtungsstellen stärker vereinheitlichen.

Ein Mitglied des Bundesverbandes der Notgemeinschaften Medizingeschädigter fordert, dass das Patientenrechtegesetz, das schon in der vorletzten Legislaturperiode im Regierungsprogramm gestanden habe, verabschiedet werden müsse. Darin müssten die Rechte aus allgemeinen Gesetzen und aus der Rechtsprechung festgeschrieben werden. Das Verteilen einer Broschüre „Patientenrechte heute“ mit Beschreibung der Patientenrechte reiche nicht aus.

RA Christoph-M. Stegers mahnt dagegen zur Vorsicht mit der Forderung nach einem ausformulierten Recht. Medizin sei dynamisch, daher könne nicht alles im Detail gesetzlich geregelt werden. Richterrecht könne problemnah auf neue Herausforderungen reagieren.

Moderation

Bernd Seguin

Ressortleiter Wirtschaft und Soziales, Norddeutscher Rundfunk, Hamburg

Referenten/TeilnehmerInnen an den Podiums- und Plenumsdiskussionen

Prof. Dr. Bernhard Badura

Fakultät für Gesundheitswissenschaft, Leiter der Arbeitsgruppe
Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung, Universität Bielefeld

Rosemarie Bechthum, MdL

Vorsitzende des Ausschusses für Soziales, Familie und Gesundheit im
Thüringer Landtag , SPD-Landtagsfraktion, Erfurt

Prof. Dr. med. Eggert Beleites

Präsident der Landesärztekammer Thüringen, Direktor der HNO-Klinik
an der Universität Jena

Erwin Dehlinger

Leiter der Dependence Berlin des AOK Bundesverbandes, Berlin

Thomas Isenberg

Leiter des Fachbereichs Gesundheit / Ernährung, Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V., Berlin

RA Jürgen Koriath

Vorsitzender der Bundesinteressengemeinschaft Geburtshilfegeschädigter
e.V., Stadthagen, Juristischer Beirat der Notgemeinschaft Medizin-
geschädigter e.V., Hennef

Dr. Christian Koth

Geschäftsführer der Verbraucherzentrale Thüringen e.V., Erfurt

Dr. rer. oec. Sven Ulrich Langner

Kaufmännischer Direktor des St. Joseph-Stifts Dresden,
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands,
Mitglied des Vorstandes der Landesgruppe Sachsen, Dresden

Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl-W. Lauterbach

Mitglied des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Köln

Dr. med. Dirk Mecking

Vorsitzender des Hausärzteverbandes Nordrhein e.V., Landesverband des Deutschen Hausärzteverbandes, Mitglied des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Köln

Christoph Nachtigäller

Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V., Düsseldorf

Dr. Falk Oesterheld

Abteilungsleiter Gesundheit im Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit des Freistaates Thüringen, Erfurt

Dr. Klaus Theo Schröder

Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin

RA Christoph-M. Stegers

Anwaltskanzlei Ratajczak, Preißler, Wellmann, Ohlmann & Partner, Sindelfingen / Fürth / Berlin

Tagungsplanung und -organisation

Hannelore Hausmann und Margit Durch

Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Wirtschaftspolitik, Bonn

Dokumentation

Diplom-Volkswirtin **Eva Günther**, Conseco Consult, Bonn

Abkürzungen

BAGH	Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz
HNO	Hals, Nasen, Ohren
MdL	Mitglied des Landtags
NDR	Norddeutscher Rundfunk
PKV	Private Krankenversicherung
RA	Rechtsanwalt
SGB V	Sozialgesetzbuch V (mit den Vorschriften für die gesetzliche Krankenversicherung)
VdAK - AEV	Verband der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
vzbv	Verbraucherzentrale Bundesverband

Friedrich-Ebert-Stiftung
Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs-
und Beratungszentrum, Abt. Wirtschaftspolitik
Godesberger Allee 149
D-53170 Bonn
Telefax: 0228/883 299

Reihe "Wirtschaftspolitische Diskurse"

Bisher erschienen

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 1

Ökologische Modernisierung der Energieversorgung der DDR

Ziele, Instrumente, Kooperationsmöglichkeiten

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00269toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 2

Das neue Steuersystem für die DDR

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00273toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 3

Modernisierung der Wirtschaft in der DDR am Beispiel des alten Industrieraumes Chemnitz

Erfordernisse und Möglichkeiten
(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 4

Mecklenburg-Vorpommern - Wege in eine bessere wirtschaftliche Zukunft

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00271toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 5

Strukturwandel und Beschäftigungskrise in den neuen Bundesländern

Wirtschaftspolitische Perspektiven nach der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion
(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 6

Kommunale Finanzen und kommunale Wirtschaftsförderung - Grundlagen kommunaler Selbstverwaltung in den neuen Bundesländern

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00274toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 7

Die Sanierung der Elbe als Aufgabe deutscher und europäischer Umweltpolitik

Programme, Instrumente und Kooperationen im Gewässerschutz

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00275toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 8

Wohnungsnot - Eine unendliche Geschichte?

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00276toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 9

Modernisierung der Telekommunikation in den neuen Bundesländern

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00277toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 10

Die Zukunft der Landwirtschaft in Brandenburg

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 11

Die Zukunft selbst gestalten: Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaften in der Phase der wirtschaftlichen Neuordnung (vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 12

Grundlinien künftiger Tarifpolitik in den neuen Bundesländern

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00280toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 13

Arbeitsmarktprobleme und Qualifizierungserfordernisse in den fünf neuen Bundesländern

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00281toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 14

Zukunft des Stadtverkehrs in den neuen Bundesländern

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00282toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 15

Wirtschaftsförderungsprogramme und -instrumente von EG, Bund, Ländern und Kommunen

Umsetzung in den neuen Bundesländern

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00283toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 16

Zwischen Müllfluten und Altlasten

Probleme und Perspektiven der Abfallwirtschaft in den neuen Bundesländern

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00285toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 17

Qualifizierungsoffensive Ost

Kein Allheilmittel, aber wichtige Weichenstellung für eine neue berufliche Zukunft

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00286toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 18

Von der Kommandowirtschaft zur sozialen Marktwirtschaft

Transformations- und Integrationsprobleme in den neuen Bundesländern

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00287toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 19

Chemiestandort Ostdeutschland

Struktur- und industriepolitischer Handlungsbedarf zur wirtschaftlichen und ökologischen Sanierung

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00288toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 20

Tourismus an der Ostseeküste Mecklenburg-Vorpommerns

Wirtschaftliche, beschäftigungspolitische und ökologische Aspekte

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00289toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 21

Wege zum Aufschwung am Arbeitsmarkt

Berufliche Neuorientierung durch Weiterbildung, Umschulung und Arbeitsbeschaffung in Mecklenburg-Vorpommern /

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00290toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 22

Investitionsförderung in Ostdeutschland

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00291toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 23

Dezentrale Energieversorgung in Ostdeutschland - Entwicklungsstand und Perspektiven

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00292toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 24

Zwischen Markt und Sozialer Frage - Wohnen in den neuen Ländern

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00293toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 25

Rettungsanker Osthandel?

Zur Bedeutung der osteuropäischen Exportmärkte für die Unternehmen in den neuen Bundesländern

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 26

Finanzierung der deutschen Einheit

Ansätze zur Neuordnung des Finanzausgleichs und zur Verbesserung der Politik der Treuhandanstalt

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00295toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 27

Qualifizierungsangebote in Ostdeutschland

Strukturen - Qualität - Bedarf - Wirksamkeit

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 28

Euroregion Neisse

Grenzüberschreitende Kooperation im deutsch-polnisch-tschechischen Dreiländereck

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00308toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 29

Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen - Brücke zu neuen Arbeitsplätzen in Ostdeutschland?

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00303toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 30

Der Wirtschaftsstandort "Neue Bundesländer"

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00307toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 31

Wismut und die Folgen des Uranbergbaus

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00311toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 32

Auswirkungen der Wiedervereinigung auf den Industriestandort Deutschland

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00300toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 33

Chancen und Gefahren der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00312toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 34

Stadtentwicklung in den Neuen Bundesländern

Entwicklungspotential, Investitionsprojekte und Flächennutzung

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00301toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 35

Innovationsstandort Deutschland

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 36

Umweltschutz als Standortfaktor

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00299toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 37

25 Jahre Stabilitätsgesetz: Überlegungen zu einer zeitgerechten Ausgestaltung der Stabilitäts- und Wachstumspolitik

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00310toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 38

Kommunale Wirtschafts- und Technologieförderung in ostdeutschen Grenzregionen: das Beispiel Vorpommern

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00314toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 39

Textilstandort Ostdeutschland

Zukunftsperspektiven für die Textil- und Bekleidungsindustrie in den neuen Bundesländern

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00315toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 40

Sanierung und Aufbau der ostdeutschen Industrie: Die Verantwortung der Treuhandanstalt

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00298toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 41

Chancen und Grenzen der Wohneigentumsbildung in den neuen Bundesländern

Bestandspolitik und Neubauförderung

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00305toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 42

Trendwende im Güterverkehr?

Perspektiven für eine neue Arbeitsteilung zwischen den Verkehrsträgern

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 43

Die Zukunft des Tourismus in Thüringen

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00297toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 44

Aktivierung und Umnutzung ehemaliger Industrie- und Gewerbeflächen

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00306toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 45

Sozialverträgliche Sanierung ostdeutscher Innenstädte

Konsequenzen für die Versorgung mit Wohnraum und Gewerbeflächen

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00317toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 46

Wohnungspolitik für Ostdeutschland

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00316toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 47

Die Kontroverse um Maastricht: Eine neue Wirtschaftsverfassung für Europa?

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00296toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 48

Die deutschen Eisenbahnen vor einem Neubeginn

Gelöste Sanierungsaufgaben und notwendige Ergänzungen der Bahnstrukturreform

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00318toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 49

Zwischen kommunaler Energiewirtschaft und Braunkohlenverstromung

Entwicklungslinien für die Energieversorgung in Ostdeutschland

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00309toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 50

Was wird aus den Plattenbausiedlungen?

Chancen für die Entwicklung großer Neubaugebiete in Ostdeutschland

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00331toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 51

Tourismus in ländlichen Regionen Brandenburgs

Konzepte und Perspektiven zwischen regionaler Wirtschaftsentwicklung, Umwelt- und Sozialverträglichkeit

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00330toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 52

Neue und innovative Formen der Flächen- und Raumerschließung in den Städten der neuen Bundesländer - Nutzungsintensivierungen auf kommunalen Flächen

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00332toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 53

Privatisierung von Wohnungen in den neuen Bundesländern

Potentiale, Konflikte und Modellvorhaben

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 54

Ökologistik - Güterverkehr im Spannungsfeld von Ökonomie und Ökologie

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 55

Technologie- und Gründerzentren in der Bundesrepublik Deutschland

Eine Zwischenbilanz

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 56

Industrieforschung in den neuen Bundesländern - Perspektiven, Herausforderungen und Förderungsmöglichkeiten

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00340toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 57

Wohnungspolitische Konzepte für Ostdeutschland auf dem Prüfstand

Umsetzungsstrategien und Erfahrungen vor Ort
(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 58

Freie Fahrt für freie Bürger?

Elemente einer rationalen Autonutzung in den neuen Bundesländern
nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00335toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 59

Mieten in Ostdeutschland - Zwischen Instandsetzungstau und Mieterinteressen

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00343toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 60

Sanierung und Rekultivierung im Lausitzer Braunkohlenrevier

Ökologische Ziele und wirtschaftliche Chancen
nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00342toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 61

Strategische Wettbewerbs- und Technologiepolitik in einer globalen Marktwirtschaft

Skizze für ein neues Modell Deutschland
nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00336toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 62

Eine Region im Umbruch

Perspektiven für Beschäftigung, Wachstum und Strukturpolitik im Raum Stuttgart
nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00344toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 63

Städtebauliche Investitionsmöglichkeiten auf ehemaligen Militärflächen in den neuen Bundesländern

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00361toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 64

Produktionsverlagerungen in mittel- und osteuropäische Staaten

Chancen und Gefahren
nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00359toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 65

Innovative Technologien für den ruhenden Verkehr in Stadtzentren und verdichteten Wohngebieten

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 66

Ökologische Steuerreform

Konzepte, Rahmenbedingungen Konfliktfelder und Auswirkungen einer ökologischen Ausgestaltung des Steuersystems
nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00360toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 67

Regionalisierung des Nahverkehrs

Eine Herausforderung an Verkehrsunternehmen und Gebietskörperschaften
(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 68

Langzeitarbeitslosigkeit und ihre Bekämpfung

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00364toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 69

Herausforderung Technologietransfer

Schwerpunkt Neue Bundesländer

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00362toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 70

Wirtschaftliche Chance Umweltschutz

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00356toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 71

Hoffnungsträger Mittelstand

Entwicklung und Perspektiven in den neuen Bundesländern
(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 72

Risikokapital für junge Technologieunternehmen - Erfahrungen und neue Möglichkeiten

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00367toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 73

Entwicklungsprobleme junger technologieorientierter Unternehmen

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00370toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 74

Wege zur Reform der Kommunalverwaltung

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00371toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 75

Europäische Einheitswährung - Maastricht fehlt die ökonomische Dimension

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00372toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 76

Konversionsmanagement - Abrüstungsfolgen und Bewältigungsstrategien

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00373toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 77

Reform der Wohneigentumsförderung

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00369toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 78

Macht der Banken

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00366toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 79

Stärkung der Kernstädte - Stadtverkehr und Cityhandel-

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00379toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 80

Beschäftigungsmöglichkeiten für niedrig Qualifizierte

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00380toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 81

Neue Akzente in der Arbeitszeitdebatte

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00387toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 82

Die fahrradfreundliche Stadt: Eine lösbare Aufgabe der Kommunalpolitik

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00388toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 83

Gemeinden in der Finanzkrise

Ursachen, Reformkonzepte, Konflikte
(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 84

5 Jahre Tourismusentwicklung in den neuen Bundesländern

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00386toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 85

Magnetschnellbahn Transrapid: Die Fakten und ihre Bewertung

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00321toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 86

Beschäftigungspolitik im internationalen Vergleich

Strategien, Instrumente, Erfolge

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00322toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 87

Produktionsintegrierter Umweltschutz

Wettbewerbschancen durch ökologische Umorientierung
(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 88

Telematik im Verkehr

Probleme und Perspektiven

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00345toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 89

Keine Wende am Arbeitsmarkt in Ostdeutschland

Eine Zwischenbilanz im Jahre 1996

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00323toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 90

Neue Wege im sozialen Wohnungsbau

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 91

Firmengründungen in ihrem lokalen und regionalen Umfeld

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 92

Prekäre Beschäftigungsverhältnisse - Die Bundesrepublik Deutschland auf dem Wege in die Tagelöhnergemeinschaft?

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 93

Arbeitsplätze, Produktivität und Einkommen

Wege zu mehr Beschäftigung im deutsch-amerikanischen Vergleich

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00328toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 94

Berlin auf dem Weg zur Metropole?

Die Frage nach tragfähigen und konsistenten Zielen für die Wirtschaftspolitik

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00326toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 95

Wirtschaftlicher Strukturwandel, Globalisierung und Stadtentwicklung

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 96

Innovative Kommunalverwaltung

Wege zu mehr Effizienz und Bürgernähe

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00355toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 97

Zukunftsfähige Mobilität - alternative Verkehrskonzepte auf dem Prüfstand

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00357toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 98

Einführung des Vergleichsmietensystems in Ostdeutschland

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00354toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 99

Aufsichtsräte und Banken

Kontrolldefizite und Einflußkumulation in der deutschen Wirtschaft

Vorschläge der politischen Parteien zur Unternehmensrechtsreform

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00358toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 100

Unterwegs in die digitale Arbeitswelt

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00325toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 101

Ohnmacht der Verbraucher gegenüber Banken und Versicherungen?

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00333toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 102

Neufassung des Energiewirtschaftsrechts - Umweltbelange und Effizienzsteigerungen

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00334toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 103

Zukunftsverträgliche Bau- und Wohnungswirtschaft

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00374toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 104

Endogene Wirtschafts- und Entwicklungspotentiale in den Zentren und Räumen Berlins

Tagungsserie: Berlin auf dem Weg zur Metropole?

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 105

Großsiedlungen - Auf dem Weg zum eigenständigen Stadtteil oder zum sozialen Brennpunkt?

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00377toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 106

Brauchen wir einen neuen Generationenvertrag?

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00375toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 107

Elemente für Ziele und Leitbilder der Stadtentwicklung in einer Zeit des Umbruchs

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00378toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 108

Die Zukunft der Kommunalwirtschaft

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00381toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 109

Überlagerung von Verkehrsflächen

Innovatives flächensparendes Bauen im Gewerbe-, Verwaltungs- und Freizeitbereich (vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 110

Modernisierung und Instandsetzung von Altbauten in den neuen Bundesländern

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00382toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 111

Zukunftsperspektiven der deutschen Bauwirtschaft

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00384toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 112

Zusammenarbeit bei Forschung und Entwicklung - die Europäische Union und Mittel- und Osteuropa

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00383toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 113

Erfolgreiche Unternehmensstrategien

Chancen am Standort Deutschland nutzen statt Arbeitsplatzabbau und Produktionsverlagerung

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00347toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 114

Von peripheren Großsiedlungen zu urbanen Stadtteilzentren in Berlin

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00349toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 115

Kostensenkung - eine Strategie für mehr Wohlstand und Beschäftigung?

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00348toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 116

Abfallmanagement im Rahmen der Kreislaufwirtschaft

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00351toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 117

Innovations- und Gründungspotentiale in Ostdeutschland

Endogene Faktoren wirtschaftlicher Entwicklung

nur noch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00353toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 118

Löhne und Arbeitslosigkeit

Warum die gängigen Rezepte zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit nicht greifen

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00352toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 119

Ein Ordnungsrahmen für die Weltwirtschaft: nötig und möglich

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00389toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 120

Existenzgründungen nach dem Hochschulabschluß

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00724toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 121

Ausbildungs- und Beschäftigungsgarantien für Jugendliche

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00947toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 122

Neue Wege in der kommunalen und regionalen Wirtschaftsförderung

(vergriffen)

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 123

Auf dem Weg zur Teilhabergesellschaft?

Investivlöhne, Gewinn- und Kapitalbeteiligungen der Arbeitnehmer in Westeuropa und den USA

- eine vergleichende Bestandsaufnahme

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00965toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 124

Das Leitbild der multizentrischen Stadt

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00949toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 125

Lohnstruktur und Beschäftigung

auch <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00950toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 126

Entwicklungspotentiale in Stadtteilen und Stadtteilzentren

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00951toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 127

Ökologische Besteuerung im internationalen Vergleich

Wie weit sind andere Industrienationen?

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00952toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 128

Die neue Insolvenzordnung

Mehr Sanierungen statt Zerschlagungen von Betrieben?

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00953toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 129

Deutsch-Amerikanischer Transatlantischer Dialog : Die Zukunft der Arbeitsgesellschaft

nur noch im Internet unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00715toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 130

Strukturwandel, Tertiärisierung, Entwicklungspotentiale und Strukturpolitik

Regionen im Vergleich: Ruhrgebiet - Pittsburgh - Luxemburg - Lille

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00954toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 131

Ökonomische Konsequenzen einer EU-Osterweiterung

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00955toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 132

Höhere Arbeitsmarktflexibilität oder flexiblere Wirtschaftspolitik?

Zu den Ursachen der unterschiedlichen Beschäftigungsentwicklung in den USA und in Deutschland

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00964toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 133

Nachhaltige Mobilität im Spannungsfeld ökonomischer, ökologischer und sozialer Anforderungen

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00956toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 134

Strategien für mehr Beschäftigung

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 135

Reform der Bundesverkehrswegeplanung - Wäre weniger mehr?

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00957toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 136

Deutsch-Amerikanischer Transatlantischer Dialog: Zukunft der Arbeitsgesellschaft - Zukunft der Sozialpolitik

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00886.html>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 137

Lebenswerte Städte - Städtebauliche Strategien für das 21. Jahrhundert

nur noch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00958toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 138

Europäische Strukturfonds und Beschäftigung

Ideenwettbewerb für innovative Strategien zur Regionalentwicklung

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/00959toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 139

Transatlantischer Dialog:

Ausbau der Forschungskooperation zwischen Deutschland/Europa und den USA

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01464.pdf>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 140

Zukunft der deutschen Verkehrsflughäfen im Spannungsfeld von Verkehrswachstum, Kapazitätsengpässen und Umweltbelastungen

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/fulltext/fo-wirtschaft/01138toc.htm>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 141

Theoretische Grundlagen der Städtebau- und Stadtentwicklungspolitik

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 142

**Die EU-Osterweiterung als Herausforderung:
Zur institutionellen Reformbedürftigkeit und grundlegenden Rolle der Europäischen Union**

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01465.pdf>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 143

Finanzpolitik in EURO-Land

Sachstand und Steuerungsprobleme

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01466.pdf>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 144

Auf dem Wege zu einem besseren gesundheitlichen Verbraucherschutz in Deutschland und Europa

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01467.pdf>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 145

Die Zukunft der Europäischen Strukturfonds vor dem Hintergrund der EU-Osterweiterung

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01468.pdf>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 146

Wege aus der Schuldenfalle

Finanzpolitische Stabilität für Europa

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01469.pdf>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 147

Wohin fährt Deutschland

Der Verkehrsbericht 2000 in der Diskussion

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 148

Die neue Betriebsverfassung im Praxistest

Bilanz und Perspektiven

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01470.pdf>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 149

Wo stehen wir im Erweiterungsprozess?

Das Kapitel Landwirtschaft

auch im Internet abrufbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/fo-wirtschaft/01471.pdf>

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 150

Mobilität gestalten - Handlungsempfehlungen für eine integrierte Bundesverkehrspolitik

Eine Dokumentation der Tagungen des „Arbeitskreises Verkehrspolitik“ im Jahr 2002

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 151

Die Hartz-Reform

Neue Dynamik für den Arbeitsmarkt!?

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 152

Nahrungsmittelskandale ohne Ende ?!

Wo stehen wir beim gesundheitlichen Verbraucherschutz und bei der Agrarwende?

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 153

Volkssport Steuerhinterziehung?

Für mehr Steuerehrlichkeit und Steuergerechtigkeit

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 154

Sozialstaat und Arbeitnehmerrechte auf dem Prüfstand

– Reformen zwischen Flexibilität und sozialer Sicherheit?

Wirtschaftspolitische Diskurse Nr. 155

Der Patient im Mittelpunkt –

Durchbruch für Patienten- und Verbraucherrechte durch die Gesundheitsreform?