

Reinhold Preißler

Rahmenbedingungen für eine verbesserte sektorale Verzahnung¹

1. Reformziel Verzahnung

Nachdem die Reformen der letzten zehn Jahre im Gesundheitswesen mit dem Regierungswechsel abgeschlossen sind, bereitet die neue Bundesregierung eine weitere Gesundheitsreform vor. Eines der Reformziele bleibt – mit deutlich höherem Stellenwert – die Verzahnung von ambulanten und stationärer Versorgung. Bereits in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2000² wurden einzelne Maßnahmen dieser „integrierten Versorgungsformen“ angedeutet. Zugleich ist davon die Rede, daß hierfür notwendige Rahmenbedingungen zu schaffen sind. Der Gesetzesentwurf der Regierungsfractionen zur Gesundheitsreform 2000 vom Juli 1999 greift diese politischen Vorgaben auf.

Der Vortrag will Rahmenbedingungen für eine verbesserte sektorale Verzahnung am Beispiel einer kooperativen Krankenhausambulanz beschreiben und versteht sich deshalb als Beitrag zu der „Reformwerkstatt“ Gesundheitsreform, zu der die Gesundheitsministerin kürzlich im Rahmen einer offenen Diskussion eingeladen hatte³.

2. Untaugliche Budgetpolitik

Zunächst seien allerdings einige kritische Anmerkungen zu den bisher bekannt gewordenen Plänen der Regierungskoalition gestattet: Problematischer Ausgangspunkt auch der jetzt vorliegenden Reformvorstellungen ist wie bei allen früheren Vorhaben der Umstand, daß nach wie vor die angedachten Reformmaßnahmen als oberstes Ziel in den Dienst der Erhaltung oder Erreichung der Beitragssatzstabilität⁴ gestellt werden. Wie fraglich diese Priorität der Beitragssatzstabilität als Leitlinie der deutschen Gesundheitspolitik überhaupt ist, hat kürzlich erst *Sodan*⁵ eindringlich dargestellt.

Vor diesem Ziel wird die sektorale Trennung zwischen stationärem und ambulanten Bereich als Grund für die Ausgabensteigerungen und für fehlende Effizienz angegeben. Die Verzahnung soll damit auch der Steigerung und der Effizienz der Zusammenarbeit der Leistungserbringer dienen. Begriff und Inhalt von „Effizienz“ reduzieren sich bei genauer Betrachtung letztlich aber wieder auf das bloße Finanzergebnis „billiger“, da das Gesetzgebungsvorhaben nur als weiteres Kostendämpfungsgesetz konzipiert ist⁶.

Als grundsätzliche Kritik wird deshalb bereits hier die These vertreten, daß es einem Reformkonzept, dessen Begrifflichkeit von Kontingenten und Ausgabenbudgets geprägt ist, nicht gelingen wird, betriebliche oder volkswirtschaftliche Abläufe im Gesundheitssystem im Sinne einer echten strukturellen Verbesserung zu beeinflussen. Budgets bleiben im bedarfswirtschaftlich organisierten System der GKV stets ein Mittel der Rationierung des Bedarfs zu Lasten der Kunden (Versicherten). Diese Politik erinnert denn auch an Stahlquoten, die zumindest in der Stahlindustrie nicht zu Kooperation, sondern vor allem zu ruinösem Wettbewerb um Anteile am „Globalbudget“ geführt haben. Oder an die unselige Kontingentdiskussion in der europäi-

schen Agrarpolitik, die zu permanenter Überproduktion Hand in Hand mit permanenter Existenzkrise der Leistungserbringer in der Landwirtschaft führt.

Der Grund dafür liegt darin, daß Kontingente und Ausgabenbudgets keine wirtschaftlichen oder unternehmerischen Mittel und damit keine geeigneten Verfahren sind, um betriebliche oder volkswirtschaftliche Abläufe im Sinne einer Effizienzverbesserung zu beeinflussen.

Wenig durchdacht und wenig konsequent wirkt es außerdem, wenn die Durchsetzung einer sparsameren Mittelverteilung unter Verzicht auf eine echte strukturelle Neuordnung des Gesundheitswesens durch den Gesetzgeber gerade der Selbstverwaltung zur Aufgabe gegeben wird, die gleichzeitig verantwortlich gemacht wird für die angebliche ungebremste Mengenentwicklung⁷.

Die pflichtgemäße Betonung: „Stabile Beitragssätze und hohe Versorgungsqualität sind auch weiterhin vereinbare Ziele“⁸ findet demgegenüber keine inhaltliche Stütze.

3. Wachstumsmarkt Gesundheit

Nach übereinstimmender Auffassung vieler Fachleute ist der Gesundheitsmarkt eine Wachstumsbranche. Ein Umstand, der wegen steigender Umsätze jenen anderen Wirt-

Rechtsanwalt *Reinhold Preißler*, Fachanwalt für Sozialrecht, Alexanderstraße 26, D-90762 Fürth

- 1) Die Vortragsform wurde beibehalten.
- 2) Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2000, vereinbart zwischen den Arbeitskreisen „Gesundheit“ der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen und dem Bundesministerium für Gesundheit v. 2. 3. 1999, im folgenden: Eckpunktepapier.
- 3) Auf dem Handelsblatt-Forum Health '99 am 24. 11. 1998 in Königswinter.
- 4) Vgl. Eckpunktepapier: „Die Besonderheit des Gesundheitswesens mit seinen expansiven Tendenzen bedarf einer globalen Finanzsteuerung (Globalbudget), die den effizienten Einsatz der Gelder der Versicherten bewirkt und dadurch die Beitragssätze dauerhaft stabilisiert“ (S. 10).
- 5) *Sodan*, NZS 1998, 498.
- 6) So lautet eine weitere Kernaussage des Eckpunktepapiers: „Eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung bei stabilen Beitragssätzen ist nicht durch eine detaillierte Regelungspolitik durch den Gesetzgeber erreichbar, sondern primär durch den Wettbewerb um Qualität zwischen Krankenkassen und zwischen Leistungserbringern“ (S. 2). – Wie soll man sich einen solchen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und denen, die die Leistungen bezahlen sollen, anders vorstellen denn als Versuch, der zahlenden Seite die gleiche Leistung zu niedrigeren Kosten zu erhalten?
- 7) Vgl. die Aussagen im Eckpunktepapier: einerseits „Die Koalition geht davon aus, daß das ... Finanzierungsvolumen ... zur Sicherstellung ... dann ausreicht, wenn die ressourcenverzehrenden Defizite in der Versorgung beseitigt werden ...“ (S. 2) und andererseits „Die Koalition unterstreicht die Bedeutung der Selbstverwaltung ...“ (S. 2).
- 8) Eckpunktepapier, S. 2.

schaftszweig national und international zur Erfolgsbranche machen würde. Die Gründe für diesen Wachstumsmarkt liegen in der demographischen Entwicklung und im medizinischen Fortschritt, aber auch in den Ansprüchen und Bedürfnissen der Patienten und der Leistungserbringer. Dieser Gesundheitsmarkt steht im internationalen Wettbewerb in Europa. *Tenwey*⁹ weist zu Recht darauf hin, daß nicht erst die jüngsten Entscheidungen des EuGH zeigen, daß es dem Staat nicht gelingen wird, einen deutschen GKV-Markt mit einem Umsatz von dreihundert Milliarden Mark im Jahr mit den Mitteln des Sozialversicherungsrechts vom europäischen Markt der Konkurrenz der Gesundheitssysteme abzuschotten.

Vor diesem Hintergrund könnte eine echte Effizienzverbesserung in der Gestaltung des stationären und ambulanten Leistungsangebots in der GKV auch einen Beitrag zur Verbesserung des Wirtschaftsstandorts Deutschland leisten – eine in meinen Augen historische Chance für das deutsche Gesundheitswesen.

4. Diagnose geht vor Therapie

Die hier aufgestellte Forderung nach einer genauen Analyse der aktuellen Probleme im Gesundheitswesen läßt sich nicht mit dem Hinweis darauf entkräften, daß es doch bereits genug Analysen gebe. Denn viele der von allen Parteien stets als Begründung neuer Gesetzesvorhaben in Auftrag gegebenen Untersuchungen bewegen sich allzuoft in zirkulären Argumentationen: Im Ausgangspunkt wird als Diagnose festgestellt, daß die Ausgaben im Gesundheitswesen zu hoch seien, weshalb die konsequente Lösung der Notwendigkeit der Senkung zu hoher Ausgaben wieder nur zu diesem Ausgangspunkt zurückkehrt.

Auch die Rede von der Effizienz entpuppt sich in diesem Zusammenhang als Scheinargument und reduziert sich wiederum nur auf die Forderung nach einer Senkung der Ausgaben.

Dabei darf mit gutem Recht bereits der Ausgangspunkt, nämlich die Behauptung stark gestiegener Ausgaben oder gar einer „Kostenexplosion“, mit guten wissenschaftlichen Gründen bezweifelt werden. *Braun* u. a. weisen sehr eindrucksvoll nach, daß bei Wahl einer statistisch korrekten Methode von einer Kostenexplosion seit 1975 nicht gesprochen werden kann¹⁰.

Das aus der falschen These der Ausgabenexplosion abgeleitete Konzept der Ausgabenbegrenzung unterstellt zudem ein Übermaß an Leistungen und ordnet einfach weniger Ausgaben an – ganz so als gäbe es schlechterdings keinen einzigen anerkanntswerten Grund für steigende Leistungen und Ausgaben. Es übersieht dabei, daß die Menge an Output von Leistungen neben medizinischen Entwicklungen sehr wohl auch Gründe in der Organisation des Systems hat.

Eine gesetzgeberische Reforminitiative müßte die unvoreingenommene, nicht von der Fixierung auf die Ausgabenentwicklung geprägte Beschreibung der strukturellen Defizite in der bestehenden sektoralen Aufteilung zum Ausgangspunkt gesetzlicher Vorgaben machen.

Auf diese Weise könnten die stets nur als „faux frais“ gesehenen Gesundheitsausgaben vielleicht auch einmal als produktive Investitionssummen betrachtet werden. Möglicherweise käme man dann zu dem Ergebnis, daß zusätzliche Investitionen in das deutsche Gesundheitswesen sinnvoll sein können, um die Effizienz der Leistungserbringer im europäischen Wettbewerb langfristig herzustellen und auf ein solides Fundament zu stellen¹¹. Dagegen hat die Einführung eines Globalbudgets mit Effizienzsteigerungen nichts zu tun. Insbesondere darf das Globalbudget auch nicht mit der betriebswirtschaftlich durchaus sinnvollen Aufstellung eines Finanzplans verwechselt werden.

Wer wirklich die Effizienz einer Organisation verbessern will, muß zuallererst den Maßstab der Effizienz nach der Vorgabe von Zielen beschreiben, sodann versuchen, die Effizienz des Systems zu messen, und kann erst anschließend Maßnahmen zu dessen Verbesserung entwickeln.

Dies ist zugegebenermaßen bei ertragswirtschaftlich organisierten Systemen wie Arztpraxen einfacher als bei bedarfswirtschaftlich ausgerichteten Unternehmen wie z. B. Krankenhäusern, in denen bereits das Messen der Effizienz Schwierigkeiten verursacht¹². Wie schwierig ist es dann erst, bedarfswirtschaftlich ausgerichtete Krankenhäuser mit ertragswirtschaftlich ausgerichteten Praxen zwecks Effizienzverbesserung zu verzahnen. Wessen oder welche Effizienz soll so verbessert werden? Macht die Vermeidung von Fehlbelegung und die Reduzierung überflüssiger Untersuchungen ein System oder die Zusammenarbeit der Leistungserbringer schon effizient?

Alle diese Fragen wären ausreichender Anlaß, sich zunächst nochmals um eine unvoreingenommene Diagnose des Gesundheitswesens zu bemühen.

5. Sektorale Arbeitsteilung

Für die begriffliche Unterteilung des Gesundheitswesens in stationäre und ambulante Behandlungsformen gibt es zunächst gute, objektive, historisch gewachsene Gründe in medizinischen Behandlungsgrundsätzen. Sie folgt der arbeitsteiligen Organisation der Behandlung am Menschen nach den Vorgaben seiner Erkrankung. So sind eben die organisatorischen Anforderungen, der Hygieneaufwand und die sonstigen Versorgungsbedürfnisse unterschiedlich je nach Erkrankung und Behandlungsnotwendigkeit. Aus der Notwendigkeit unterschiedlicher Behandlungsformen ergibt sich indes keineswegs das Erfordernis einer zumftmäßigen Abschottung der für die unterschiedlichen Behandlungsformen Verantwortlichen. Aufgabe kann deshalb nicht die Abschaffung der arbeitsteiligen Behandlungsformen und Abläufe sein. Ebenso wenig wird das bestehende Nebeneinander von zwei unabhängig voneinander agierenden Sektoren nun etwa bereits dadurch durchbrochen, daß man den Leistungserbringern des einen Sektors das partielle „Wildern“ im jeweils anderen Sektor eröffnet. Ziel müßte es deshalb sein, arbeitsteilig strukturierte Prozesse gleichwohl in gemeinsamer Verantwortung zu organisieren. Hier gilt im großen Rahmen ähnliches wie bei der Entscheidung von Krankenhäusern und deren Kooperationspartnern bei der Frage des In- oder Outsourcing von Leistungen und Abteilungen. Auch bei solchen Veränderungen ist es regelmäßig nicht damit getan, die Aufgabe lediglich einer anderen Institution zu übertragen.

Insofern sind die von der Koalition vorgeschlagenen Wege der partiellen Öffnung der Krankenhäuser und der partiellen stationären Behandlungsmöglichkeit durch Vertragsärzte nur eine Scheinlösung, die das verfestigte Nebeneinander der organisatorischen Träger von ambulanter und stationärer Versorgung nicht antastet. Die Öffnung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung „für hochspezialisierte Leistungen und die Be-

9) *Tenwey*, Europa wächst zusammen, die Gesundheitsmärkte wachsen zusammen, *Health '99* (Fn. 3).

10) *Braun/Kühn/Reiners*, Das Märchen von der Kostenexplosion, 1998 – ein insgesamt sehr lesenswerter Bericht einer Fachtagung des Wissenschaftszentrums Berlin und des Zentrums der Sozialpolitik der Universität Bremen.

11) Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang z. B. auf „private“, weil nicht auf Fördergelder und Pflegesätze anrechenbare, Investitionen und Ausgaben von Krankenhäusern zur Erschließung ausländischer Patientenmärkte.

12) Vgl. hierzu ausführlich *Genzel/Siess*, *MedR* 1999, 1 ff.

treuung schwer bzw. chronisch kranker Patientinnen und Patienten (Krebs, Aids, Rheuma etc.)¹³ geht völlig an den Problemen vorbei. Gerade bei der ambulanten Behandlung dieser genannten Erkrankungen (Krebs, Aids, Rheuma) wird anerkanntermaßen überhaupt kein überflüssiger Aufwand betrieben.

Der Gesetzgeber könnte im übrigen aus der Vergangenheit lernen, daß allein die Befugnis z. B. für stationäre Leistungserbringer, auch ambulante Leistungen erbringen zu dürfen, keine gravierenden Veränderungen bewirkt: Warum sind denn beispielsweise die bereits bestehenden Ansätze der dreiseitigen Verträge nach den §§ 115 ff. SGB V nicht mehr umgesetzt worden und wurde z. B. Ambulantes Operieren im Krankenhaus kaum praktiziert? Es ist eine Fehlvorstellung zu meinen, dies liege an finanziellen Fragen oder etwa an einem fehlenden Globalbudget.

Die Gründe für die nur geringe Umsetzung waren in erster Linie organisatorische und strukturelle Schwierigkeiten. Es zeugt von einer naiven, lediglich ausgabenorientierten Sichtweise des Gesetzgebers, wenn er diese Schwierigkeiten nicht erkennt.

Die Organisation eines ambulanten Operationsbetriebs neben dem stationären Operationsbetrieb wirft z. B. bereits hygienische Probleme der OP-Organisation auf, da es in der Regel nicht machbar ist, die gleichen OP-Einheiten z. B. vormittags stationär aseptisch und nachmittags ambulant septisch zu nutzen. Der Einstieg in den Ausbau der ambulanten Operationstätigkeit im Krankenhaus bringt deshalb Investitionsaufwand mit sich. Auch die Ausbildung der Operateure und des Personals unterscheidet sich in manchen Fächern ganz deutlich je nach ambulanter oder stationärer Operationsweise. Der Patientenbetrieb muß entsprechend umorganisiert werden, schon allein deshalb, um die entsprechende Akzeptanz bei den „Kunden“ zu erreichen. Hinzu kommen dann letztlich noch die üblichen Kompetenzkonflikte, Interessenlagen etc. in den Krankenhäusern.

Bei der Umsetzung der Verträge über das Ambulante Operieren werden die bestehenden sektoralen Budgets erst dann zum Problem, wenn der Einstieg in das ambulante Operationsgeschäft tatsächlich massenhaft erfolgreich stattfindet.

6. Verzahnte Krankenhausambulanz

Wie eine verbesserte sektorale Verzahnung gelingen könnte, soll nachfolgend beispielhaft am Modell der Etablierung einer Krankenhausambulanz durch integrierte niedergelassene Ärzte beschrieben werden.

Der wesentliche Unterschied zu den politischen Vorstellungen der Regierungskoalition besteht darin, daß die Reformüberlegungen des Eckpunktepapiers das getrennte Agieren der verschiedenen sektoralen Träger bestehen lassen und für die Akteure der unterschiedlichen Sektoren keinerlei Anreize zur Zusammenarbeit bieten.

In den Grenzbereichen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung findet eine Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Praxen insbesondere im diagnostischen Bereich bisher so gut wie nicht statt. Das dadurch bedingte Problem z. B. der Fehlbelegung durch die geriatrische Versorgung in Akutkrankenhäusern und durch überflüssige Krankenhauseinweisungen oder das Problem von Doppeluntersuchungen und hohem diagnostischem Aufwand im ambulanten und stationären Bereich läßt sich durch eine begrenzte Bezahlung nicht wirklich strukturell lösen.

Die zielführende Frage nach den strukturellen Gründen für die genannten Probleme lautet hier:

Wer untersucht / weist ein, wann, wieviel und vor allem warum?

Diese Fragen gelten nicht den Kosten, sondern den medizinischen Organisationsabläufen in beiden Sektoren, und

stellen sich z. B. auch regelmäßig den Kooperationspartnern, die freiwillig – trotz der gesetzlichen Vorschriften – die Kooperation wagen und beide davon profitieren wollen.

Die Fragen müßten in etwa dahingehend beantwortet werden,

- daß in vielen Krankenhäusern heute die Primärdiagnostik wegen fehlender Stellen insgesamt und wegen der organisatorischen Einbringung der Fachärzte in die Therapie zu spät, nämlich nach der stationären Aufnahme, und zu aufwendig, weil durch Assistenzärzte oder Fachärzte ohne große Berufserfahrung durchgeführt wird. Fehlerhaftes Zeitmanagement, mangelnde diagnostische Erfahrung und unzureichende Einbeziehung des Patienten führen zur Veranlassung einer Vielzahl von (überflüssigen) Untersuchungen;

- daß unnötige Einweisungen aus Praxen in Krankenhäuser vielfach ihren Grund in pflegerischen bzw. geriatrischen, nicht aber akutstationär behandlungsbedürftigen Problemen haben;

- daß es nicht selten auch an Wochenenden zu „Selbsteinweisungen“ von Patienten kommt;

- daß Einweisungen aus – wie ich es nenne – Zutftgründen erfolgen (z. B. Vermeidung von Überweisungen zu besser ausgestatteten Konkurrenten, Schonung eigener Budgets, etc.);

- daß Entscheidungen bei Kostenträgern und Krankenhäusern durch kameralistische Sichtweisen und vorgegebene Budgetzeiträume bestimmt werden.

Diese Antworten, die zunächst ganz unsystematisch durch leichtes Kratzen an der Oberfläche des Problems gefunden wurden, wären systematisch zu ergänzen.

Gleichwohl erscheint bereits jetzt die Lösung der Probleme einfach: Die Organisation müßte so geändert werden, daß die ärztliche Kompetenz zur rechten Zeit am rechten Ort ist. Banal ist diese Feststellung nur, wenn man die angesichts der oben beschriebenen Mängel damit verbundenen Konsequenzen nicht ernst nimmt. Allein die hieraus resultierende konkrete Forderung, daß der beste Diagnostiker vor die Aufnahmeentscheidung an den Anfang des Untersuchungsablaufs gehört (und nicht wie üblich an das Ende, wenn niemand mehr weiter weiß), hätte für die Krankenhausorganisation radikale Konsequenzen. Allgemein gesprochen beinhaltet dies die Forderung nach einem hohen Facharztstandard bei der Eingangsdiagnostik im Krankenhaus unter Einbeziehung des Patienten, der im Nicht-Notfallbereich, um den es hier geht, Auskünfte über Voruntersuchungen und vorbehandelnde Ärzte geben kann.

Die Folgen wären erheblich: weniger überflüssige Untersuchungen und Einweisungen, zufriedene und gut behandelte Patienten, eine wettbewerbsfähige Institution Krankenhaus – weitere Effizienzkriterien wären gefunden.

Eine derartige Ambulanzstruktur im Krankenhaus ist weder durch eine Zulassung noch durch eine Instituts-ermächtigung des Krankenhauses zu gewährleisten.

Die rechtliche und organisatorische Umsetzung der gefundenen Lösung könnte beispielsweise erfolgen über die Einrichtung einer „Ambulanz am Krankenhaus“, bei der Fachärzte mit ihren Praxen oder Praxisteilen am Krankenhaus niedergelassen oder neben ihrer Niederlassung ange stellt sind und die Ambulanz vor allem im Hinblick auf die erforderliche Aufnahmeentscheidung betreuen und durchführen. Der niedergelassene Facharzt hat keine finanziellen Vorteile von einer überflüssigen Krankenhauseinweisung, er gewährleistet den Facharztstandard und schließt einen entsprechenden Kooperationsvertrag mit dem Kranken-

13) Eckpunktepapier, S. 3.

haus. Die Vergütung erfolgt durch das Krankenhaus, das so als „Kunde“ die Dienstleistung beurteilen und ggfls. kontrollieren kann. Die sachlichen (und gegebenenfalls persönlichen) Ressourcen des Krankenhauses werden rationell genutzt.

Solche Verträge könnten sowohl mit einzelnen Ärzten wie auch im Verbund von Krankenhäusern und Praxisnetzen zustande kommen. Der gesundheitspolitische Vorteil liegt einerseits in dem neuen Status dieser Ambulanzärzte, die weder ausschließlich dem „Zunftbereich“ der KV noch dem „Zunftbereich“ des Krankenhauses zugeordnet sind, und andererseits in der Verpflichtung zur Zusammenarbeit beider Institutionen bei der Dienstleistung am Patienten.

7. Erforderliche Rahmenbedingungen

Ein solches Modell wäre unter heutigen Rahmenbedingungen kaum zu realisieren.

Es soll deshalb abschließend lediglich angedeutet werden, welche rechtlichen Rahmenbedingungen zu ändern wären, wollte man das Modell der Krankenhausambulanz durch niedergelassene Ärzte einführen:

– Im Wege der Änderung der §§ 20 Abs. 1 und 18 Abs. 1 lit. d Ärzte-ZV müßte die Verpflichtung zur ausschließlichen oder überwiegenden ambulanten Tätigkeit zugelassener Ärzte in ihrer Praxis zugunsten einer Flexibilisierung aufgegeben werden. Hierzu gehört z. B. die Möglichkeit der Halbtagsanstellung eines zugelassenen Vertragsarztes an einem Krankenhaus. Selbstverständlich muß sich der Gesetzgeber darüber im klaren sein, daß derartige Änderungen Auswirkungen auf die Bedarfsplanungsvorschriften haben werden. In § 24 Ärzte-ZV müßte eine Klarstellung bezüglich ausgelagerter Praxistätigkeiten analog § 18 MuBO erfolgen.

– Erforderlich wäre eine Änderung der Bundespflege-satzverordnung mindestens in § 7, um die Vergütung der

Ärzte für die Aufnahmeambulanz in die Pflegesätze einstellen zu können.

– Vergleichbares gilt für die Notwendigkeit der Änderung der gesetzlichen Vorschriften über die Finanzierung von Investitionen, die im Modellfall nicht ausschließlich für stationäre Zwecke verwendet werden. Sollte es nicht zu der geplanten Einführung einer monistischen Finanzierung kommen, müßten z. B. die Vorschriften des § 2 Nr. 2 bzw. Nr. 3 und § 9 KHG entsprechend überarbeitet werden. In der Folge wären auch die Krankenhausgesetze der Länder dahingehend anzupassen, daß Investitionen für die Errichtung einer derartigen Krankenhausambulanz nicht dem Förderzweck widersprechen.

Dies würde das Problem beseitigen, daß die Nutzung von investiven Mitteln heute nach der Finanzierungsherkunft und nicht nach der Zweckmäßigkeit erfolgt.

– Schließlich wären die Konsequenzen eines derartigen Modells für die steuerrechtlichen Vorschriften bei der wechselseitigen Nutzung von Einrichtungen (z. B. Umsatzsteuer) zu bedenken.

– Dringend überfällig auch aus anderen Gründen ist eine Änderung, ja grundlegende Überarbeitung des HWG, um eine sachliche Öffentlichkeitsarbeit hinsichtlich solcher Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen.

– Unverzichtbar wäre schließlich die Verzahnung mit der Pflegeversicherung in geriatrischer Hinsicht, verbunden mit der Schaffung einer Kompetenz für Ärzte zur Einweisung in geriatrische Einrichtungen zu Lasten der Pflegeversicherung.

Mit Sicherheit läßt sich über Modellvorstellungen wie die oben Geschilderte kontrovers diskutieren, und es wäre vermessen, wollte man derartige Überlegungen als die Lösung der aktuellen gesundheitspolitischen Probleme ansehen. Wenn es aber dem Vortrag auch nur gelungen ist, gegebene Grenzziehungen in Frage zu stellen und Kontroversen auszulösen, hat er seinen Beitrag in der Reformwerkstatt geleistet.

BUCHBESPRECHUNGEN

Rettenungsassistentengesetz (RetAssG). Von *Hans-Dieter Lippert*. Verlag Springer, 2. Aufl. Berlin Heidelberg New York 1999, IX u. 88 S., kart., DM 29,90

Mit der Änderung des Rettungsassistentengesetzes aus dem Jahre 1989 zum 21. 9. 1997 wurde auch eine Aktualisierung als 2. Auflage des Buches notwendig. Den Hauptteil der Ausführungen stellt die Darlegung des Gesetzes sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten dar, die im Anhang ergänzt werden durch die offiziellen Begründungen zum Gesetz und zur Verordnung. Vorangestellt in einem Umfang von 19 Seiten werden der Werdegang des Gesetzes sowie eine Kritik des Autors an diesem. Dabei wird insbesondere festgestellt, daß im Vergleich zu anderen Gesetzen im nicht-ärztlichen medizinischen Bereich bei diesem Gesetz ein systemischer Bruch besteht, da die staatliche Prüfung bereits nach dem ersten Jahr und nicht am Ende der Ausbildung durchgeführt wird. Das in § 3 RetAssG formulierte Ausbildungsziel hat im Vergleich zur ursprünglichen Formulierung zwar an Kontur gewonnen, läßt allerdings nach wie vor bezüglich der eigenständigen Tätig-

keit des Rettungsassistenten und damit einer Abgrenzung zur ärztlichen Versorgung Fragen offen. Es wurde auch die Chance vertan, eine enge Verzahnung mit dem Notarzt herzustellen. Auch an diesem Punkt konnte keine Klarheit geschaffen werden. Als Fazit bisheriger Erfahrungen muß konstatiert werden, daß auch mit der Änderung eine neue einheitliche und moderne Ausbildung des Rettungsassistenten nicht erreicht wird. Als skurril bezeichnet der Autor des Büchleins die Tatsache, daß alle Ausbildungsgänge im Bereich medizinischer Assistenzberufe eine dreijährige Ausbildungszeit umfassen und mit einer Prüfung am Ende dieser Zeit enden. Dies wird auch gefordert, wenn heute aus den Mitgliedsländern der EU Rettungsassistenten kommen und in Deutschland arbeiten wollen. Für diejenigen, die mit dem Bereich der Ausbildung von Rettungsassistenten befaßt sind, stellt das Buch eine wesentliche Hilfe dar, wobei man sich allerdings vom Autor außer der kritischen Kommentierung auch eine noch weitergehende juristische Hilfestellung bei verschiedenen Problemen der Umsetzung gewünscht hätte.

Prof. Dr. med. Peter Sefrin, Würzburg