

## Gesundheitsstrukturgesetz

# „Überzogene Kostenerstattungsregelung unzumutbar“

Der Verband der leitenden Krankenhausärzte e.V. (Chefarztverband) hat die von der Koalitionsarbeitsgruppe zur Vorbereitung eines „Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“ („Gesundheitsstrukturgesetz 1993“) vorgeschlagene Neuregelung des Nutzungsentgelts (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich) der liquidationsberechtigten Ärzte aus ihrer wahlärztlichen Tätigkeit kritisiert. Sie sei nicht sachgerecht und unzumutbar, weil sie allein im Bereich der Kostenerstattungsabgabe zu einer Verdoppelung von bisher rund 25 Prozent auf künftig 50 Prozent der nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechneten Gebühren führen würde – unbeschadet eines noch zusätzlich vertraglich vereinbarten Vorteilsausgleichs. In einer Eingabe an das Bundesgesundheitsministerium rechnet der Chefarztverband vor: Wenn die Gebührenminderung von bislang 15 auf 25 Prozent der Brutto-Liquidationsbeträge erhöht wird, ist damit der Ausgleich für nicht entstandene Praxis-kosten bei wahlärztlichen Leistungen voll abgedeckt. Im kassenärztlichen Bereich (in welchem die vergleichbaren Kosten bei etwa 50 Prozent liegen) werde die ärztliche Leistung mit dem Einzelsatz der Gebührenordnung, im privatärztlichen Bereich hingegen durchschnittlich mit dem 2,1-fachen Satz der GOÄ vergütet.

Die zusätzlich vorgesehene 25prozentige Abgabe aus den Brutto-Rechnungsbeträgen an den Krankenhausträger habe demnach keine Legitimation, ebenfalls als Kostenerstattung deklariert zu werden. Dieser Abführungsbetrag müsse das Etikett des „Vorteilsausgleichs“ tragen.

Der Chefarztverband weist darauf hin: Schon bisher leisten die liquidationsberechtigten Ärzte zusätzliche Abgaben über die Kostenerstattungsabgabe hinaus, die zwischen

10 und höchstens 60 Prozent der Brutto-Rechnungsbeträge betragen. Die hohen Vorteilsausgleichszahlungen kämen fast ausschließlich in Großkrankenhäusern und in Fachgebieten mit relativ hohen Umsätzen zum Zuge. Im Durchschnittskrankenhaus läge die Spannbreite dieser zusätzlichen Abgaben zwischen 10 und 20 Prozent.

Sollte die Anhebung des Vorteilsausgleichs dennoch gesetzlich festgeschrieben werden, müsse zumindest definitorisch klargestellt werden, daß es sich hierbei *nicht* um eine Kostenerstattung an den Krankenhausträger, sondern um einen „Vorteilsausgleich“ handle, so der VLK.

Werde ein linearer Prozentsatz festgesetzt, würden im Fall hoher Umsätze und hoher proportionaler Abgabenprozente wesentliche Teile der tatsächlichen Chefarzt-Abgaben beim Krankenhausträger verbleiben. Bei relativ niedrigen Umsätzen und entsprechend niedrigeren prozentualen Abgaben würde der Kranken-

hausträger keine entsprechend hohe Chefarztbeträge erhalten, die es ihm erlauben würden, den im Gesetz vorgesehenen Prozentsatz tatsächlich auszufüllen. Infolgedessen sei der unterstellte Einsparungsbetrag von 790 Millionen DM völlig unrealistisch.

Um mehr „Gerechtigkeit bei der beabsichtigten Abgabenregelung zu erzielen“, empfiehlt der Verband eine alternative Option:

Danach soll der Verordnungsgeber auf die Vorgabe eines Prozentsatzes der Abgabe der Chefarzte an den Krankenhausträger verzichten. Statt dessen sollte festgeschrieben werden, daß der Krankenhausträger einen noch zu bestimmenden Prozentsatz der ihm aus den Chefarztliquidationserlösen zufließenden Nutzungsentgelte (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich) zur Entlastung des Budgets abführt. Dieser Prozentsatz lag nach der alten Bundespflegesatzverordnung von 1974 bei 70 Prozent der tatsächlich erhaltenen Chefarztbeträge. Die Höhe der Gesamtabgaben an den Krankenhausträger soll intern vereinbart werden. Diese Abgabenregelung würde sich nahtlos in das Beamtenrecht einfügen, das in den Nebentätigkeitsverordnungen fast ausschließlich ein einheitliches Nutzungsentgelt vorsieht. HC

## Gesetzentwurf über medizinisch-technische Assistenten

# Bedenken gegen eine selbständige Berufsausübung

Auf Kritik bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK) stieß der „Entwurf eines Gesetzes über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz)“, der im April vom Bundeskabinett gebilligt wurde. Abgelehnt wird vor allem der Vorschlag, den medizinisch-technischen Assistenten im Umfang ihrer Tätigkeitsfelder die *selbständige* Berufsausübung zu gestatten.

In der Begründung des Gesetzesentwurfs heißt es: „Das frühere Verbot der ‚selbständigen Berufsausübung‘ wurde als nicht mehr zeitge-

mäß gestrichen. Das Verbot widerspricht den Zielen des vollendeten EG-Binnenmarktes, weil es ein Handelshemmnis darstellt.“ Den übrigen Berufszulassungsgesetzen sowie den nationalen Berufszulassungsgesetzen der Mitgliedstaaten sei ein solches Berufsverbot fremd. Außerdem stelle sich die Frage, ob ein solches Verbot mit den verfassungsrechtlich garantierten Grundsätzen der Gleichbehandlung und Berufsfreiheit vereinbar sei.

Diese Argumente sind, so der Erste Vorsitzende der KBV, Dr. med. Ulrich Oesingmann, in einem

Brief an den Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Baldur Wagner, und ein dem 95. Deutschen Ärztetag vorgelegter Entschließungsantrag des BÄK-Vorstandes, nicht stichhaltig und teilweise unzutreffend:

① Medizinisch-technische Assistenten seien in den unmittelbaren ärztlichen Verantwortungszusammenhang einbezogen. „Aus diesem Grunde kann der medizinisch-technische Assistent Tätigkeiten für Zwecke der Heilkunde nur im Auftrag des Arztes und auch niemals in selbständiger Berufstätigkeit ausüben.“ Eine Trennung zwischen rein ärztlichem und rein technischem Anteil sei nicht denkbar.

② Im Rahmen des Behandlungsvertrages könne der Arzt Maßnahmen auf einen qualifizierten Mitarbeiter übertragen. Auch bei dieser zulässigen Delegation hafte jedoch der Arzt. „Dem widerspricht die Möglichkeit der Erbringung entsprechender Leistungen in selbständiger Berufsausübung.“

③ Besonders im Bereich der Tätigkeit von radiologisch-technischen Assistenten oder medizinisch-technischen Funktionsassistenten führe die Befugnis, Tätigkeiten in selbständiger Berufsausübung wahrzunehmen, „zu einer Grenzverwischung gegenüber der Ausübung der ärztlichen Heilkunde“. Das sei vor allem dann der Fall, wenn angeblich rein technische Leistungen, wie zum Beispiel Meßergebnisse, erbracht würden. Die Befundermittlung setze die Ausbildung zum Arzt voraus. Die Ablieferung von Meßergebnissen gegenüber „Kunden“, ohne Einbettung in eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme unter der Verantwortung des Arztes, stelle eine gesundheitspolitisch fragwürdige und nicht sachgerechte Erweiterung von Tätigkeitsfeldern im Gesundheitsbereich dar.

④ Auch unter Gesichtspunkten des europäischen Gemeinschaftsrechts bestehe für die Bundesrepublik Deutschland keine Verpflichtung, die selbständige Berufstätigkeit entsprechender Hilfskräfte im Bereich der Heilkunde zu gestatten. Nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs liege es ausschließlich im Ermessen der Mitgliedstaaten

zu entscheiden, in welchem Umfang sie welchen Personen die Ausübung der Heilkunde gestatten.

Mit dem Gesetzentwurf, der eine Verlängerung der MTA-Ausbildung von zwei auf drei Jahre vorsieht, sollen die in den neuen Bundesländern noch geltenden Ausbildungsregeln abgelöst und ein bundesweit einheit-

liches Ausbildungsrecht für alle medizinisch-technische Assistenten hergestellt werden. Die dreijährige Ausbildungszeit, so der Gesetzentwurf, erfülle außerdem eine künftige Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft und sichere damit den Zugang zum MTA-Beruf auch in anderen Ländern der EG. Kli

## Organentnahme

# Eingriff ins Sterbegeschehen

## Ein Diskussionsbeitrag aus theologischer Sicht

Die von den großen Kirchen herausgegebene Schrift „Organtransplantationen“, von einer 15köpfigen Arbeitsgruppe verfaßt (an der ein evangelischer und sieben katholische Theologen beteiligt waren), verfehlt die Sache der Transplanteure, wie zum Beispiel parallele Veröffentlichungen zum Thema von Rudolf Pichlmayr im Deutschen Ärzteblatt oder im Evangelischen Staatslexikon zeigen. Theologisches kommt erst an vierter Stelle zu Wort – exegetisch Richtiges, das ohne Einfluß bleibt auf das, was zuvor Mediziner, Juristen und Ethiker in Richtung auf einen Appell zur Organ„spende“ gesagt haben. Von nun an sollen Christen die Bereitschaft zur Explantation von Organen aus ihrem sterbenden Leib als „Zeichen der Nächstenliebe“ verstehen. Die Schrift spricht von einer „Notwendigkeit der Organspende“ und will „mehr Möglichkeiten der Transplantation“. So wird aus Nächstenliebe Christenpflicht. Allein das stimmt bedenklich. Doch auch aus anderen Gründen ist dem Tenor dieser Schrift mit Nachdruck zu widersprechen.

① Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, hat erklärt, das benötigte Transplantationsgesetz dürfe auf keinen Fall zu einem „Organbeschaffungsgesetz“ werden. Dazu steht aber im Gegensatz, daß die Transplantationsärzte ein Gesetz haben möchten, das die Organbeschaffung erleichtert. Die Schrift der Kirchen erhöht den moralischen Druck, der dabei mittlerweile ausgeübt wird, erheblich.

② Die Ärzte argumentieren vom Bedarf an Organen her. Doch sie sprechen nicht von denen, denen die Organe entnommen werden. Sie „Spender“ zu nennen, ist in den meisten Fällen von Explantation eine Irreführung. Denn zu einer Spende gehört ein Wille. Wenn, wie ich mir habe sagen lassen, zwei Drittel der sogenannten Organ„spender“ aus Unfallopfern und aus Menschen stammen, die sich das Leben genommen haben, wird das Bild erst richtig makaber. Das sind keine „Spender“, sondern Menschen, die im Grunde an dem kriegsartigen Verkehr auf unseren Straßen und an unserer Art zu leben gestorben sind. Aus ihnen nimmt sich die Gesellschaft als „Über-Wir“ (O. Marquard) dann auch noch die begehrten Organe.

③ Für eine theologische Ethik ist die Todesdefinition, die die Schrift der Kirchen übernommen hat, besonders fatal. Denn die „Hirntoten“, denen die Organe entnommen werden, sind partiell Tote. Im Stadium des „Hirntodes“ ist der ganze Mensch noch nicht tot. Das bedeutet: Die Organentnahme ist ein Eingriff ins Sterbegeschehen. Von einem ganzheitlichen Menschenbild her ist die Gleichsetzung von Hirntod und Tod nicht zu akzeptieren. Die theologischen Ausführungen der Kirchenschrift gehen aber von dieser Gleichsetzung aus, statt sie (einschließlich der Überbewertung des Gehirns) zu problematisieren. Das Problem liegt nicht in der Unversehrtheit des Leibes, sondern in der Personalität des Sterbens und