

Markttransparenz im Gesundheitswesen

**Beiträge zu einer kontroversen
Diskussion**

(Bitte scrollen Sie nach unten: es folgen 94 PDF-Seiten)

© 2008 by
Verbraucherzentrale NRW e. V., Düsseldorf
1. Auflage, April 2008, 2.000 Exemplare

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung der Verbraucherzentrale NRW. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Das Buch darf ohne Genehmigung der Verbraucherzentrale NRW auch nicht mit (Werbe-)Aufklebern o. Ä. versehen werden. Die Verwendung des Buches durch Dritte darf nicht zu absatzfördernden Zwecken geschehen oder den Eindruck einer Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale NRW erwecken.

ISBN 978-3-940580-19-1
Printed in Germany

Inhalt

Vorwort von Bundesminister Horst Seehofer	5
Einleitung	7
<i>Klaus Müller</i> Markttransparenz im Gesundheitswesen – Anforderungen aus Sicht der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen	7
1 Arzneimittel – keine Ware wie jede andere?	21
<i>Kai Vogel</i> Arzneimittelmarkt im Wandel	22
<i>Johannes Mönter und Kerstin Kilian</i> Ansätze neuer Marktteilnehmer – Versandapotheken als sichere und diskrete Ergänzung	34
<i>Friedemann Schmidt</i> Unabhängige Präsenzapotheken gewährleisten ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung	44
<i>Stefan Etgeton</i> Eine Ware wie jede andere oder ein Gut besonderer Art?	52
2 Ärztliche Zusatzleistungen – Chancen für Ärzte, Risiko für Patienten?	63
<i>Wolfgang Schuldzinski</i> Individuelle Gesundheitsleistungen: Ist Gesundheit Luxus?	64
<i>Jürgen Windeler</i> Interessenkonflikte und Qualitätsmängel bei »Individuellen Gesundheitsdienstleistungen« (IGeL)	74
<i>Bernd Harder</i> Privatärztliche Zusatzleistungen – War am Ende alles nur ein großes Missverständnis?	85

3 Zahnersatz – Transparenz bei Leistungen und Kosten?	95
<i>Stefan Palmowski und Kai Vogel</i>	
Marktsituation im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung	96
<i>Carl-Friedrich Theill</i>	
Zahnersatz: Alles ist möglich – sparen auch	104
<i>Holger Lehmann</i>	
Auktionsportale für Zahnersatz – Preistransparenz auf heimischem Markt	120
<i>Wolfgang Eßer</i>	
Zahnersatz – Durchblick bei Angebot und Preis?	129
4 Migration und Gesundheit – Sprache und Kultur als Hürden?	139
<i>Kai Vogel</i>	
Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten am Beispiel des Krankensektors	140
<i>Varinia Morales</i>	
Innovative Ansätze zur Optimierung der Versorgungsstrukturen	147
<i>Ramazan Salman</i>	
Zusammen leben, gesund leben – Migration, Integration und Gesundheit in Deutschland	157
Resümee und Ausblick	177
<i>Wolfgang Schuldzinski und Kai Vogel</i>	
Herausforderungen und Perspektiven für die Verbraucherarbeit	177
Dokumentation	181
Untersuchungen und Veröffentlichungen im Rahmen des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen«	181
Impressum	188

Vorwort

»Gesundheit kauft man nicht im Handel, denn sie liegt im Lebenswandel«, sagt ein altes Sprichwort. In der Tat kann gesunde Ernährung und Bewegung als einfache Form wirksamer Vorbeugung die persönliche Gesundheit erhalten. Statistiken belegen, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand der Deutschen in den letzten Jahren verbessert hat – bis hin zu einer längeren Lebenserwartung. Trotzdem muss jeder damit rechnen, in seinem Leben aus den unterschiedlichsten Ursachen krank zu werden. Dann muss man Rat und therapeutische Hilfe von Ärzten und die Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen.



Wenn allerdings, worauf Medienwissenschaftler hinweisen, Zuschauer glauben, dass die heile Welt des Krankenhauses oder von Arztpraxen in Fernsehserien die Wirklichkeit abbildet, dann sieht man, wie viel Aufklärung hier insgesamt nötig, aber auch möglich ist. Leitbild des gesundheitlichen Verbraucherschutzes ist der Patient als mündiger Bürger. Ernst genommen heißt das: Es geht nicht um Vorschriften und Belehrungen, sondern um stimmige Information, sachgerechte Aufklärung und unterstützende Hilfe für selbstbestimmte Festlegungen. Gerade auch im Krankheitsfall müssen vom Patienten viele Entscheidungen getroffen werden. Der Grad der Informiertheit des Patienten, aber auch die Qualität der Informationen ist dann von hoher Bedeutung. Das gilt für die Arzt- oder Krankenhauswahl ebenso wie für Entscheidungen im Kostenbereich. So werden die meisten Kosten von der Krankenkasse übernommen. Aber in einigen Fällen – wie bei verschreibungspflichtigen Medikamenten oder beim Zahnersatz – muss der Patient in der

Regel zuzahlen, bei einigen Leistungen der Arztes hat er Wahlfreiheit (IGeL-Leistungen), und bei Bagatellkrankheiten kann er rezeptfrei in Apotheken wählen, muss die Ware aber auch selbst bezahlen.

Der Gesundheitsmarkt in der ganzen Bandbreite, von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln über Ärzte und Zahnärzte bis zur Behandlung im Krankenhaus, ist im Lauf der letzten Jahre mit rund 240 Milliarden Euro jährlichen Ausgaben immer größer und unübersichtlicher geworden. Aber auch die Struktur des gesamten Gesundheitswesens hat an Komplexität erheblich zugenommen – nicht zuletzt durch die notwendigen Reformanstrengungen der letzten Jahrzehnte. Ebenso haben Veränderungen wie im Apothekenbereich Auswirkungen auf das gesundheitliche Verbraucherverhalten. Entscheidend für den mündigen Verbraucher sind eine bessere Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die Herstellung größerer Transparenz auf dem Gesundheitsmarkt und die Möglichkeit fundierter Informationsaneignung über die Art der medizinischen Versorgung, die Qualität von Therapieangeboten und die Preisentwicklungen von Arzneimitteln in unterschiedlichen Angebotsstrukturen. In dieser Perspektive bin ich dankbar, dass die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen den Ausbau der dezentralen Beratungsangebote im gesundheitlichen Verbraucherschutz in Angriff genommen hat.

Mit dem vorliegenden Reader zur Markttransparenz im Gesundheitswesen legt sie ein wichtiges Informationsangebot insbesondere in den Bereichen Arzneimittel, ärztliche Zusatzangebote, Zahnersatz und Apothekenangebot vor. Ich wünsche dem Buch im Sinn einer guten gesundheitlichen Verbraucheraufklärung eine weite Verbreitung.



Horst Seehofer
Bundesminister für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz

Einleitung

Klaus Müller¹

Markttransparenz im Gesundheitswesen – Anforderungen aus Sicht der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen

Das Gesundheitswesen ist einer der am schnellsten wachsenden Märkte weltweit. In Deutschland ist es bereits jetzt der größte Bereich des Dienstleistungssektors. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren Ende 2006 insgesamt 4,3 Millionen Menschen oder etwa jeder neunte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig.² Ungeachtet der wirtschaftlichen Dimension ist das Thema Gesundheit in der individuellen Biografie jedes Einzelnen von besonderer Bedeutung. Gesundheit ist einer der wichtigsten persönlichen und gesellschaftlichen Werte, daher möchte jeder an den entsprechenden Ressourcen teilhaben. Neben den durch die hohe Arbeitslosigkeit begründeten Beitragsrückgängen gibt es durch partielle Fehlsteuerungen, die Altersentwicklung und den technisch-medizinischen Fortschritt ausgelöste Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Dies führt verstärkt zu einer Debatte um die Bewertung von Gesundheitsleistungen, um Zuzahlungen und Ausgrenzungen. Allgemein lässt sich im Gesundheitswesen eine Tendenz hin zu mehr Markt beobachten. Für die Bürgerinnen und Bürger bedeutet dieser Paradigmawechsel eine Umorientierung zu mehr Eigenverantwortung. Dies belegen auch die steigenden Ausgaben des privaten Konsums im Gesundheitsmarkt von geschätzten 60 Milliarden Euro im Jahr 2007.³ Hierbei gewinnen Angebote aus dem Bereich der Gesundheitsförderung, wie zum Beispiel Mitgliedschaften in Sport-

-
- ¹ Klaus Müller ist Vorstand der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V.
 - ² Statistisches Bundesamt (2007): Beschäftigte im Gesundheitswesen 2006 um 0,8 % gestiegen. Pressemitteilung Nr. 504 vom 13.12.2007.
 - ³ Roland Berger Strategy Consultants (2007): Studie zum Zweiten Gesundheitsmarkt. Pressemitteilung vom 5.7.2007.

studios, Ausgaben für Wellness und der Gesundheitstourismus, zunehmend an Bedeutung.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellte dazu bereits in seinem Gutachten aus dem Jahr 2001 fest: »Die Rolle der Patienten ist im Wandel begriffen. Waren sie in der Vergangenheit vor allem diejenigen, die sich auf die Fürsorge, die Bedarfsgerechtigkeit und die Qualität der Entscheidungen anderer verlassen wollten oder mussten, könnten sie zukünftig eine Rolle als eigenständige ›dritte Kraft‹ im Gesundheitswesen übernehmen [...] Bislang ist die Stärkung der Rolle des Konsumenten im Gesundheitswesen zwar rhetorisch vorgetragen, aber kaum angemessen entwickelt worden.«⁴

Durch die Reformen der letzten Dekade, insbesondere durch das »Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung« (2004) und das »Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung« (2007), wurden die Versicherten mit höheren Eigenbeteiligungen und neuen Wahlmöglichkeiten konfrontiert. Im gleichen Maß wurde der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern forciert. Die daraus resultierende wachsende Eigenverantwortung bei der Auswahl der gesundheitlichen Versorgung auf Seiten der Patientinnen und Patienten im Zusammenspiel mit der mangelnden Transparenz auf dem Gesundheitsmarkt haben in der Folge zu einer erhöhten Nachfrage nach unabhängigen Informations- und Beratungsmöglichkeiten geführt.⁵ Hier setzte das vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) geförderte Projekt »Markttransparenz im Gesundheitswesen« der Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen an. Dank der Projektförderung durch das BMELV konnten in den letzten drei Jahren

4 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001, S. 174.

5 Vgl. u. a. Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales/ Zentrum für Sozialpolitik/Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (2007): Ratlose Patienten. Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bevölkerung.

gezielt verschiedene Verbraucherprobleme im »Gesundheitsmarkt« aufgegriffen und zahlreiche grundlegende Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher entwickelt werden.

Mit welchen Fragestellungen sind Verbraucherinnen und Verbraucher konfrontiert?

Aufgrund der fehlenden Markttransparenz im Gesundheitswesen treten eine Vielzahl von Problemen für Patientinnen und Patienten beziehungsweise Versicherte in der Praxis auf. Aus der Fülle der Themenfelder sind nachfolgend beispielhaft solche aufgeführt, die im Rahmen des Projekts bearbeitet wurden und bei denen sich verstärkt Tendenzen in Richtung mehr Markt erkennen lassen.

→ Ambulante Versorgung durch Ärzte und Zahnärzte

Niedergelassene Ärzte bieten Leistungen an, für die die gesetzlichen Krankenkassen nicht aufkommen. Bereits jedem vierten Patienten werden derartige Leistungen offeriert.⁶ Die Kosten dieser sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) muss der einzelne Patient aus diesem Grund vollständig selbst tragen. Da aber ein erheblicher Kompetenzunterschied zwischen den beiden Vertragspartnern besteht, sind Patienten verunsichert über die Notwendigkeit der Angebote und die damit verbundenen Bedingungen bei der ärztlichen Behandlung. Ärzte wiederum, die ebenfalls erstmals marktwirtschaftlich handeln, verstoßen vielfach gegen rechtliche Rahmenpflichten.⁷ Um Verbraucher für die Problematik der ärztlichen Zusatzangebote zu sensibilisieren, wurde deshalb im Rahmen des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« ein Informationsflyer mit grundlegenden Tipps

6 Schuldzinski, Wolfgang (2007): Individuelle Gesundheitsleistungen – Markt ohne Regeln? In: Verbraucher und Recht, 11/2007, S. 428.

7 Siehe hierzu Kapitel 2: Ärztliche Zusatzleistungen – Chancen für Ärzte, Risiko für Patienten? (S. 63 ff.).

zum Umgang mit der steigenden Zahl von ärztlichen Zusatzleistungen entwickelt.⁸

Die Marktentwicklungen in der ärztlichen Versorgung haben jedoch auch Auswirkungen auf das ärztliche Handeln. So scheint die Zahl von Arztpraxen zu steigen, die am Freitagnachmittag keine Sprechstunden anbieten, was letztendlich eine Leistungseinschränkung darstellt. Die Kassenärztlichen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben jedoch einen Sicherstellungsauftrag nach § 75 Sozialgesetzbuch V übernommen und sind verpflichtet, die Versorgung auch für Zeiten sicherzustellen, in denen Ärzte üblicherweise keine Sprechstunde abhalten. Aufgrund zahlreicher Beschwerden von Patienten wurde im Sommer 2005 eine anonyme telefonische Erhebung bezüglich der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung in einem Notfall am Freitagnachmittag durchgeführt. Die Auswertung der Notdienstversorgung in Nordrhein und Westfalen zeigte, dass die ärztliche und zahnärztliche Versorgung gewährleistet waren. Die Ergebnisse in Rheinland-Pfalz und Sachsen zeigten jedoch Versorgungslücken auf. Die Verantwortlichen wurden infolge dessen aufgefordert, die vorhandenen (Informations-)Lücken zu schließen, um eine ausreichende Versorgung der Patienten sicherzustellen. Die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz übermittelte die Ergebnisse der Landeszahnärztekammer, den Bezirkszahnärztekammern, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz sowie dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (MASFG). Mehrere konstruktive Gespräche führten im Ergebnis dazu, dass die Notdienstregelung der Zahnärzte für ganz Rheinland-Pfalz geändert werden sollte, damit der Freitagnachmittag beim Notdienst mit abgedeckt wird.

Gerade der Bereich der zahnärztlichen Versorgung, insbesondere die Erstellung von Zahnersatz, ist von hoher wirtschaftlicher Bedeutung. Hier liegt die Kostenbelastung der betroffenen Patienten in vielen Fällen bei mehreren tausend Euro. Trotz dieser starken finanziellen

⁸ Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2007): Patiententipps zu IGeL-Leistungen. Wenn Sie beim Arzt extra bezahlen müssen. Siehe www.vz-nrw.de/igel.

Belastung ist es für Patienten nur schwer möglich, das komplexe Thema im Detail zu durchschauen.⁹ Allein die Rechnungsstellung bietet bereits viele Hürden, die es zu beachten gilt. Aus diesem Grund wurde als ein erster Schritt im Rahmen des Projekts eine Informationsbroschüre zum besseren Verständnis der Abrechnungsregeln erstellt.¹⁰

→ Stationäre Versorgung

Auch Krankenhäuser begeben sich zunehmend in einen Wettbewerb um Patientinnen und Patienten, denen aber keine ausreichenden Informationssysteme zur Verfügung stehen, die Aussagen über objektive und nachgeprüfte Qualitäten der Häuser geben können. Auch die gesetzliche Verpflichtung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, im Jahr 2005 erstmals einen sogenannten Qualitätsbericht zu veröffentlichen, hatte hier zu keinen grundsätzlichen Änderungen geführt. Um für (zukünftige) Patientinnen und Patienten ein gewisses Maß an Transparenz zu schaffen, wurde zu diesen neuen Qualitätsberichten im stationären Sektor durch die am Projekt beteiligten Verbraucherzentralen eine Untersuchung zur Informationsqualität aus Verbrauchersicht durchgeführt.¹¹ Außerdem wurde eine ergänzende Information in Form einer Lesehilfe zum Umgang mit den Qualitätsberichten erstellt.¹²

Gerade die Darstellung von »Qualität« durch unabhängige und verbraucher- beziehungsweise patientenorientierte Institutionen ist von grundlegender Bedeutung für Verbraucher; dies belegen auch repräsentative

⁹ Siehe hierzu Kapitel 3: Zahnersatz – Transparenz bei Leistung und Kosten? (S. 95 ff.).

¹⁰ Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2006): Zahnersatzkosten im Griff. Alles über den Heil- und Kostenplan. Siehe www.vz-nrw.de/zahnersatzkosten.

¹¹ Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2006): Strukturierte Qualitätsberichte von Krankenhäusern. Untersuchung der Informationsqualität aus Patientensicht. Siehe www.vz-nrw.de/klinikwahl.

¹² Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2006): Tipps für den Umgang mit Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Siehe www.vz-nrw.de/qualitaetsberichte.

Studien zu den bevorzugten Anbietern von Qualitätsvergleichen im Gesundheitswesen.¹³ Aus diesem Grund ist es ein Erfolg, dass die veröffentlichte Untersuchung von nahezu allen maßgeblichen Interessenvertretern beachtet wurde und die zweite Generation der Qualitätsberichte des Jahres 2007 hinsichtlich der patientenverständlichen Aufbereitung bereits deutlich verbessert wurde – zu nennen ist hier an erster Stelle die Aufnahme ausgewählter Daten zur Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung.

Die Aussagekraft der Berichte des Jahres 2007 ist für Verbraucher jedoch weiterhin begrenzt. Die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses bieten einen gewissen Spielraum, was zur Folge hat, dass die einzelnen Berichte in ihrer Aussagequalität voneinander abweichen. Aus Sicht der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen bieten die Qualitätsberichte der Krankenhäuser jedoch trotzdem auch für medizinische Laien neue Möglichkeiten, grundlegende und wichtige Informationen zu gewinnen. Patienten erhalten erstmals eine Möglichkeit, sich vor einem Krankenhausaufenthalt eigenständig zu informieren. Eine für Patienten verständliche Aufbereitung und Erklärung der enthaltenen Daten zur Ergebnisqualität ist hierbei jedoch unabdingbar. Hier können spezielle Internetsuchdienste und unabhängige Beratungseinrichtungen zukünftig zu mehr Transparenz führen.

...➤ Arzneimittelversorgung

Im Rahmen der Gesundheitsreform des Jahres 2004 gab es grundlegende Änderungen auf dem Arzneimittelmarkt in Deutschland – unter anderem wurde der Versand von Arzneimitteln in Deutschland erstmalig erlaubt. Hinzu kam, dass die Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel aufgehoben wurde. Verbraucherinnen und Verbraucher müssen nun selbst verstärkt nach günstigen

¹³ Vgl. u. a. Geraedts, Max (2006): Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sicht der Versicherten. In: Böcken, J./Braun, B./Amhof, R./Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Bertelsmann Stiftung, S. 162–163.

Einkaufsmöglichkeiten für Arzneimittel suchen. Da verschreibungsfreie Arzneimittel in der Regel nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden, kommen auf viele Patienten höhere Kosten zu. Dass auch in diesem Bereich eine unabhängige Hilfestellung bei der Marktorientierung dringend benötigt wird, belegte die größte aktuell in Deutschland vorliegende Markterhebung des Projekts in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen. Die im März 2006 in 837 Apotheken durchgeführte Erhebung zeigte, dass die Liberalisierung des Marktes nahezu keine Auswirkungen auf das Preisniveau für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel hatte und die Beratung in den Apotheken hinsichtlich einer Kostenersparnis unzureichend ist. Es zeigten sich nahezu keine Unterschiede in der Preisgestaltung bei den befragten Apotheken. Diese folgten in über 90 Prozent aller Fälle der unverbindlichen Preisempfehlung des Herstellers.¹⁴ Durch die durchgeführte Markterhebung konnte eine öffentliche Diskussion angestoßen werden, die auch zwei Jahre nach der Veröffentlichung noch immer aktuell ist. So ist zum gleichen Thema vor kurzem auch das Bundeskartellamt tätig geworden.¹⁵

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung des Jahres 2007 ermöglicht es den Krankenkassen mittlerweile außerdem, mit pharmazeutischen Unternehmen Preisnachlässe auf Arzneimittel zu vereinbaren, und verpflichtet die Apotheken, die Produkte der Vertragslieferanten der Krankenkassen bevorzugt an die Versicherten abzugeben. Die Zahl derartiger Verträge hat sich seit April 2007 stetig erhöht. Die komplizierten Regelungen sind für den einzelnen Patienten jedoch nur schwer verständlich, so dass in den ersten Monaten der Umsetzung der Neuregelung eine große Unsicherheit auf Seiten der Verbraucher festzustellen war. Dies wurde zudem durch Lieferschwierigkeiten einzelner Hersteller und die notwendigen logistischen Umstellungen verstärkt. Neben einer aufwendigen Umstellung

¹⁴ Siehe hierzu Kapitel 1: Arzneimittel – keine Ware wie jede andere? (S. 21 ff.).

¹⁵ Bundeskartellamt (2008): Bundeskartellamt verhängt Geldbußen gegen Verbände und Pharmahersteller wegen Aufforderungen an die Apotheker, die unverbindlichen Preisempfehlungen der Hersteller zu befolgen. Pressemitteilung vom 8.1.2008.

der Datenbanksysteme in den Apotheken stieg der Beratungsbedarf auf Seiten der Patientinnen und Patienten – gerade weil bei älteren oder an Demenz erkrankten Menschen eine Umstellung der Medikation nicht immer unproblematisch war.

Durch diese Neuerung bei der Arzneimitteldistribution sank die Markttransparenz insgesamt, insbesondere jedoch für den einzelnen Apothekenkunden. Denn welcher Patient kann verstehen, dass ein Bekannter mit demselben Leiden ein anderes Arzneimittel erhält, nur weil er bei einer anderen Krankenkasse versichert ist? Hier sollte zukünftig der Aspekt der notwendigen Compliance – also der Mitarbeit der Patientinnen und Patienten an der Therapie – bei der Arzneimitteleinnahme gerade von älteren Menschen nicht außer Acht gelassen werden. Grundsätzlich positiv ist die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung von abgegebenen Rabattarzneimitteln, wenn auch die Vorgaben nicht einheitlich sind und zusätzlich zur Verwirrung beitragen, da es vom Bundesland und/oder der eigenen Krankenkasse abhängt, ob eine Zuzahlungsbefreiung gewährt wird. Die neu geschaffenen Möglichkeiten stellen jedoch zumindest mittelfristig ein gutes Instrument zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben dar. Um den Verbraucherinteressen gerecht zu werden, muss jedoch in jedem Fall eine ergänzende Aufklärung der Patienten in der Arztpraxis beziehungsweise der Apotheke erfolgen.

Die zahlreichen Neuerungen auf dem Arzneimittelmarkt machen ohne Zweifel eine gezielte Verbraucherinformation und -beratung durch unabhängige Stellen notwendig. In diesem Fall wurde im Rahmen des Projekts ebenso reagiert und mehrere Informationsmaterialien für Verbraucherinnen und Verbraucher erstellt.

→ Neue Tarife der gesetzlichen Krankenkassen (GKV)

Seit dem 1. April 2007 (GKV-WSG) können gesetzliche Krankenkassen ihren Versicherten Wahltarife anbieten. Dies stellt eine grundlegende Neuerung dar, die Angebote der gesetzlichen Kassen werden hierdurch differenzierter und können erstmals deutlich voneinander abweichen. Bonusprogramme für die Teilnahme an Präventionsuntersuchungen, die

Einschreibung in Hausarztmodelle oder Beitragsrückvergütungen für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen führen dazu, dass bei über 200 Krankenkassen zunehmend der Überblick verloren geht. Durch die Medien und die Werbestrategien der Kassen werden die Versicherten verstärkt mit dieser Thematik konfrontiert. Um ihre neuen Wahlmöglichkeiten als Versicherte wahrnehmen zu können und die für ihre persönliche Situation richtige Entscheidung zu treffen, braucht es jedoch eine umfassende Transparenz über die verschiedenen Angebote. Da diese nicht vorhanden ist, lässt sich eine große Zurückhaltung auf Seiten der Verbraucher gegenüber den neuen Tarifangeboten feststellen. Dies zeigt sich auch an der geringen Inanspruchnahme durch die Versicherten. Zudem können gesetzliche Krankenkassen seit Anfang 2004 private Zusatzversicherungen, wie zum Beispiel eine Krankenhaus-zusatzversicherung, vermitteln. Ob und unter welchen Bedingungen ein Abschluss für die Versicherten möglich und sinnvoll ist, bedürfte ebenso in vielen Fällen einer unabhängigen Beratung.

Die Vielzahl und Unübersichtlichkeit der Tarife zeigt, dass es aus Verbrauchersicht notwendig ist, zusätzliche Anlaufstellen – zum Beispiel bei den Verbraucherzentralen¹⁶ – einzurichten beziehungsweise auszubauen, die unabhängige Beratungsmöglichkeiten offerieren können.

Im Hinblick auf diesen neu geschaffenen Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen um Versicherte wurden im Rahmen des Projekts grundlegende Informationen zur Orientierung für Verbraucher zusammengestellt.¹⁷ Aufgrund der aktuellen Entwicklungen und recht-

¹⁶ Die Autoren des Themenheftes 32 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes »Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen« sehen Vorteile einer Beratung durch die Verbraucherzentralen: »Der Zugang ist niedrigschwellig, die Unabhängigkeit vom medizinischen Versorgungssystem gegeben. Zudem ist die Akzeptanz der Verbraucherzentralen in der Bevölkerung hoch, eine Tatsache, die für einen weiteren Ausbau gesundheitsbezogener Themen der Verbraucherzentralen in den Bundesländern spricht.« (Robert Koch-Institut 2006, S. 21).

¹⁷ Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2008): Wahltarife der Krankenkassen. Eine Orientierungshilfe im Tarifschungel.

lich strittigen Fragen muss dem steigenden Wettbewerb zwischen den Kassen weiterhin eine besondere Aufmerksamkeit zuteil werden.

Die genannten Beispiele zeigen, dass Verbraucherinnen und Verbraucher in nahezu allen Sektoren des Gesundheitsmarktes auf sehr intransparente Strukturen stoßen und ihre Kundenrechte häufig nicht durchsetzen können.

Mehr Transparenz und Information

Wie dargestellt, gewinnen marktliche Bestrebungen im deutschen Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung. Deshalb ist die Unterstützung der Verbraucherinnen und Verbraucher auf diesem Feld von größter Wichtigkeit.

Zu den Hauptaufgaben des gesundheitlichen Verbraucherschutzes wird es deshalb gehören, Verbraucher in ihrer geänderten Rolle als Käufer von Gesundheitsleistungen zu unterstützen und

-> sie über ihre Rechte als »Kunde« gegenüber den Leistungserbringern zu informieren und Verbraucherrechten auch im Gesundheitsmarkt Geltung zu verschaffen,
-> sie dabei zu unterstützen, dass sie sich die Informationsmöglichkeiten des Internets nutzbar machen können,
-> sie vor unseriösen Anbietern zu schützen und »schwarze Schafe« abzumahnen sowie
-> mehr Transparenz in den unübersichtlichen Gesundheitsmarkt zu bringen.

Für den gesundheitlichen Verbraucherschutz ist es daher entscheidend, die Themen aufzugreifen, die zunehmend durch Marktelemente geprägt sind, und mit den Instrumenten der Verbraucherberatung und -information sowie des rechtlichen Verbraucherschutzes umzusetzen.

Dringender Handlungsbedarf besteht für ein niedrighschwelliges Angebot zur Information und Beratung der Verbraucherinnen und Verbraucher zu ihren Rechten als Teilnehmer am Gesundheitsmarkt. Wenn

das enorme Machtgefälle zwischen den Anbietern von Leistungen und den Nutzern verringert werden soll, muss neben der Durchsetzung von Rechten als zweiter Faktor die Schaffung von Transparenz hinzukommen. Aufgrund der geschilderten (ökonomischen) Rahmenbedingungen treten die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen verstärkt in den Wettbewerb miteinander. Damit der umworbene Konsument aber wählen kann, muss er über Informationen verfügen. Diese Informationen stehen bislang nicht ausreichend zur Verfügung. Hier sollte versucht werden, durch die Erstellung von Checklisten und anderen Materialien Entscheidungsgrundlagen zu entwickeln, wie sie exemplarisch durch das Projekt »Markttransparenz im Gesundheitswesen« der Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen entwickelt wurden. Vor allem gilt dies für gesellschaftlich benachteiligte Gruppen, wie Ältere, chronisch Kranke und Migranten.¹⁸

Der Begriff des Gesundheitsmarkts ist dabei durchaus weit zu fassen. Nicht nur Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und Krankenkassen, sondern auch die Angebote von Sanitätshäusern, Fitnessstudios, Internetdiensten, Heilpraktikern, Psychotherapeuten oder der Markt der freiverkäuflichen Arzneimittel sollten einbezogen werden.

Besondere Bedeutung für Verbraucher haben hierbei die nahezu unbegrenzten Informationsmöglichkeiten des Internets. Ohne Zweifel wirkt sich dieses neue Medium gerade auf das Arzt-Patienten-Verhältnis aus, da diese Quelle den Wissensunterschied zwischen Arzt und Patient deutlich verringern kann. Patientinnen und Patienten werden neue Behandlungsmethoden einfordern und mit dem Arzt partnerschaftlich über verschiedene Alternativtherapien diskutieren wollen, sofern sie in der Lage sind, die Internetquellen zu nutzen. Die Informationsfülle im Netz macht es jedoch sehr schwer, relevante von irrelevanten Informationen zu unterscheiden. Zu nennen sind hier beispielsweise werbende Internetauftritte von Herstellern oder Angebote, die »Heilversprechen« geben, wie etwa in den vergangenen Monaten im Zusammenhang mit dem Thema »Vogelgrippe« zu beobachten war. Durch die

¹⁸ Siehe hierzu Kapitel 4: Migration und Gesundheit – Sprache und Kultur als Hürden? (S. 139 ff.).

Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen wurden erste Kriterien entwickelt, mit deren Hilfe sich Verbraucher in diesem boomenden Markt orientieren können. An Bedeutung gewinnen interaktive Angebote, die einen direkten Austausch von Verbrauchern untereinander oder auch mit Experten ermöglichen. Hier müssen grundlegende Aspekte beachtet werden, die es ermöglichen, an seriöse Internetseiten zu gelangen.¹⁹

Die Zahl der Gesundheitsangebote steigt auch bei Internetauktionen. Deshalb wurden die Angebote und die verwendeten Sicherungssysteme verschiedener virtueller Auktionshäuser durch die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter überprüft. Hier zeigte sich, dass nicht nur Arzneimittel von zugelassenen deutschen (Versand-)Apotheken angeboten wurden. Bei mehreren Internetauktionshäusern waren auch Arzneimittelangebote von Privatpersonen eingestellt. Dies ist nach § 43 des Arzneimittelgesetzes verboten. Die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen mahnte deshalb schärfere Kontrollen und die Einhaltung der strengen gesetzlichen Regelungen an.²⁰ Im Rahmen der Veröffentlichung der Ergebnisse fand ein Kontakt mit dem Marktführer statt, der die Problematik bestätigte, für die Zukunft bessere Kontrollen versprach und in der Folge die verwendeten Sicherungssysteme änderte. Auf diesem von einer rasanten Entwicklung geprägten Markt ist es notwendig, die Veränderungen zu begleiten und auf aktuelle Problemfelder auch in einer individuellen Beratung reagieren zu können.

Warum ein Fachreader zum Thema »Markttransparenz im Gesundheitswesen«?

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) geförderten Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« der Verbraucherzentralen Nordrhein-

¹⁹ Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2006): Gesundheitsinformationen in Internetforen. Siehe www.vz-nrw.de/UNI120299872630101/link251422A.html.

²⁰ Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen: Drei, zwei, eins – krank? Medikamentenkauf bei Internetauktionen mit Risiken und Nebenwirkungen. Pressemitteilung vom 25.5.2005.

Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen konnten zahlreiche relevante Themen aufgegriffen werden. Durch Markterhebungen und die Entwicklung von zahlreichen Verbraucherinformationen wurde das Thema Transparenz im Gesundheitswesen zielgerichtet aus Verbrauchersicht untersucht und dargestellt.²¹

Die gewonnenen Erkenntnisse werden im Rahmen dieser Veröffentlichung vorgestellt und in einem zweiten Schritt mit Fachleuten aus Wirtschaft, Politik, Verbraucherarbeit und Leistungserbringern im Rahmen des vorliegenden Fachreaders diskutiert. In den folgenden Kapiteln werden vor diesem Hintergrund unterschiedlichste Positionen abgebildet und verschiedene Lösungsansätze zur Schaffung von mehr Transparenz für Verbraucherinnen und Verbraucher erörtert. Auf dem im Wandel befindlichen Gesundheitsmarkt stoßen neue Marktteilnehmer, wie etwa Internetdienstleister, auf Widerstand bei den etablierten Anbietern; deshalb wurde im vorliegenden Fachreader in jedem Themenfeld beiden Positionen Raum für die Darstellung ihrer Standpunkte eingeräumt.

Abschließend möchte ich dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) nochmals meinen Dank für die Förderung des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« in den vergangenen drei Jahren aussprechen. Mein Dank gilt aber auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Projekts in den beteiligten drei Verbraucherzentralen, die mit ihrem Engagement maßgeblich zu der erfolgreichen Durchführung des Projekts beigetragen haben.

²¹ Siehe hierzu: Dokumentation – Untersuchungen und Veröffentlichungen im Rahmen des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« (S. 181 ff.).

1

**Arzneimittel –
keine Ware wie jede andere?**



*Kai Vogel*¹

Arzneimittelmarkt im Wandel Liberalisierungstendenzen und ihre Folgen

Arzneimittelversorgung unter neuen Rahmenbedingungen

Vor dem Hintergrund steigender Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen ist der Arzneimittelsektor in den letzten Jahren immer wieder in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion gerückt. Die Folge war eine öffentliche Debatte über die Möglichkeiten einer Liberalisierung der Preisgestaltung und der Vertriebswege. Durch das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) wurden durch die Aufhebung des Versandhandelsverbots für Arzneimittel erstmals Rahmenbedingungen geschaffen, die neben den traditionellen Präsenzapotheken weitere Marktteilnehmer erlauben. Durch die geänderte Gesetzgebung unterliegen zudem rezeptfreie apothekenpflichtige Arzneimittel nicht mehr der Arzneimittelpreisverordnung. Auf diesem Teilssektor ist damit bereits seit vier Jahren ein Preiswettbewerb möglich. Die Entwicklung dieses »neuen Marktes« wirkt sich auch erstmals auf die privaten Arzneimittelausgaben der Verbraucher direkt aus, da die rezeptfreien Arzneimittel (OTC-Arzneimittel) nicht mehr durch die gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. Für Versicherte bedeutet dies eine zusätzliche Belastung, da sie die Kosten dieser Arzneimittel seit dem Jahr 2004 bis auf wenige Ausnahmen² nun selbst tragen müssen.

¹ Kai Vogel ist wissenschaftlicher Referent bei der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V.

² Es gibt Ausnahmefälle in denen die Krankenkassen die Kosten erstatten. Dies gilt für Kinder unter 12 Jahren und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen. Auch bei schwerwiegenden Erkrankungen erstatten die Krankenkassen rezeptfreie Arzneimittel, wenn sie zum Therapiestandard gehören (§ 34 Absatz 1 SGB V).

Wie entwickelte sich der Markt?

Im Rahmen des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« wurden zwischen April 2005 und Juli 2007 mehrere Untersuchungen zu den Entwicklungen auf dem Arzneimittelmarkt und den Auswirkungen der neuen, durch das GKV-Modernisierungsgesetz geschaffenen Rahmenbedingungen durchgeführt. Nachfolgend werden die wesentlichen Ergebnisse des Projekts zusammenfassend dargestellt.

Preiswettbewerb bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

Zu den Auswirkungen der Liberalisierung auf den Arzneimittelmarkt lagen zum Zeitpunkt der Befragung Anfang des Jahres 2006 noch keine wissenschaftlichen Ergebnisse und Veröffentlichungen vor. Aus Patientensicht war es aus diesem Grund wichtig zu ermitteln, ob und in welcher Form die Apotheken von der Möglichkeit der freien Preisgestaltung Gebrauch machten. Die Frage, ob es überhaupt Preisunterschiede für ein und dasselbe verschreibungsfreie Arzneimittel in stationären Apotheken gibt und, wenn ja, in welcher Höhe, stand daher im Fokus der im Frühjahr 2006 durchgeführten Untersuchung des Projekts.³

Insgesamt wurden in den drei teilnehmenden Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen 837 Apotheken in 41 Städten aufgesucht. Damit lag die Stichprobengröße bei 11,64 Prozent der Gesamtzahl der regional vorhandenen Apotheken.⁴ Schon bei der ersten Kontaktaufnahme zeigte sich fast bei allen aufgesuchten Apotheken eine große Zurückhaltung gegenüber der durchgeführten Befragung. Als Folge waren nur 343 Apotheken (40,98 Prozent) bereit,

³ Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2006): Apotheken-Check 2006 – Preisvergleich nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Abrufbar unter: www.vz-nrw.de/apothekencheck.

⁴ Die Gesamtzahl der Apotheken in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen wurde der Publikation »Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2004« der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände entnommen (vgl. www.abda.de).

Angaben zu den aktuellen Arzneimittelpreisen von fünf ausgewählten rezeptfreien Arzneimitteln oder ihren Beratungsleistungen zu machen.

Die Auswertung der Befragung zeigte, dass in mehr als 90 Prozent aller Fälle die unverbindliche Preisempfehlung des Herstellers (UVP) für die fünf verschiedenen Arzneimittel bei der Preisgestaltung herangezogen wurde und nur ein geringer Anteil der Apotheken die freie Möglichkeit der Preisfestsetzung zum Zeitpunkt der Erhebung genutzt hat. Eine Betrachtung aller drei Bundesländer in Bezug auf die Abweichung von der UVP (siehe Abbildung 1) macht deutlich, dass im Durchschnitt lediglich 4,46 Prozent der Medikamente von den Apotheken zu einem Preis unterhalb der UVP abgegeben wurden und 0,78 Prozent zu einem höheren Preis.

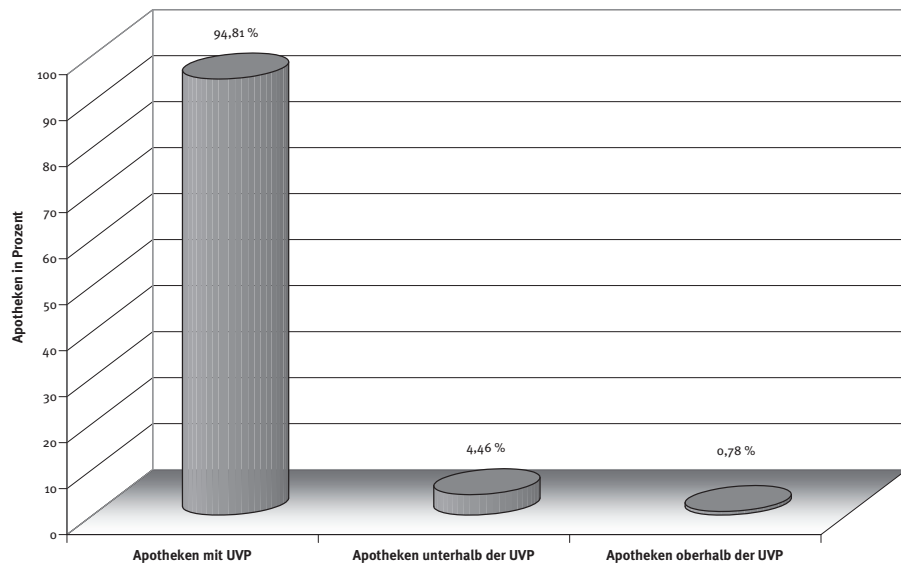


Abbildung 1: Abweichung von der unverbindlichen Preisempfehlung des Herstellers

Nur wenige Apotheken nutzten die neuen Möglichkeiten der freien Preisgestaltung durch Rabatte oder Aktionspreise. Lediglich in einem Fall – einer sogenannten Discount-Apotheke – gab es in größerem Umfang Preisvorteile für die Verbraucher vor Ort. Dies wirkte sich bereits auf den örtlichen Arzneimittelmarkt aus, da ein Konkurrent beispielsweise zu bestimmten Zeiten eine »Happy Hour«⁵ anbot.

Ohne Zweifel stellt gerade der Markt für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, insbesondere Analgetika (Schmerzmittel), besondere Anforderungen an die Apothekerschaft hinsichtlich der Beratung und Betreuung von Patientinnen und Patienten. Trotzdem ist es verwunderlich, dass die zum Zeitpunkt der Befragung bereits zwei Jahre zurückliegende Einführung der freien Preisgestaltung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in den Apotheken kaum Auswirkungen auf das Marktgeschehen hatte.

Die Untersuchungsergebnisse zeigten, dass der angekündigte verstärkte Preiswettbewerb und sinkende Arzneimittelpreise durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel noch nicht erreicht wurden. Besonders bedenklich erschienen vor diesem Hintergrund die teilweise gegebenen Auskünfte, dass die Preise festgelegt seien.

Bietet der Versandhandel Preisvorteile?

Da es den Apotheken seit dem Jahr 2004 nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde auch erlaubt ist, Arzneimittel zu versenden, wurde im Rahmen einer anonymen Erhebung im Frühjahr 2007⁶ stichprobenhaft untersucht, ob sich ein Preiswettbewerb bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln im Bereich des Versandhandels eingestellt hat und

⁵ In der Apotheke wurden zu bestimmten Tageszeiten besondere Nachlässe auf nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel gewährt.

⁶ Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2007): Preisvergleich nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Internet und vor Ort. Abrufbar unter: www.vz-nrw.de/mediabig/31342A.pdf.

ob sich Differenzen zum Abgabepreis vor Ort ergeben. Hier zeigte sich, dass selbst innovative Apothekerinnen und Apotheker, die den Versandhandel als neue Vertriebsmöglichkeit nutzen, zum Großteil weiter an der starren Preissetzung in den Präsenzapotheken festhalten.

Ein Wettbewerb hatte sich aber zumindest im Versandhandel eingestellt (siehe Abbildung 2). Auch im direkten Vergleich der Versandapotheken mit den eigenen Präsenzfilialen zeigten sich deutliche Unterschiede. Die möglichen Einsparungen, das heißt die Preisdifferenz, um die die Apotheke in ihrem eigenen Versandhandel günstiger war, lagen zwischen 30 Cent und 2,38 Euro im Vergleich zu den Präsenzangeboten. Je nach Apotheke war dasselbe Medikament also zwischen 8 und 48 Prozent günstiger erhältlich.

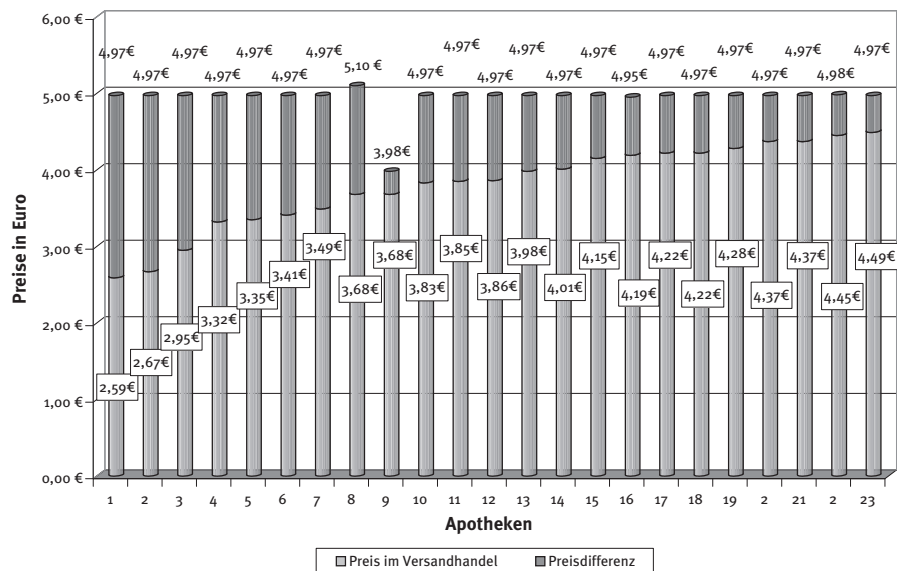


Abbildung 2: Vergleich der Preise von Präsenzapotheken und Versandhandelsapotheken

Die Möglichkeit, den Preis von nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln frei zu gestalten, wurde von den Apothekern außerhalb des Versandhandels weiterhin nur in Einzelfällen genutzt. Ein Großteil der Apothekerinnen und Apotheker orientierte sich nach wie vor an der unverbindlichen Preisempfehlung des Herstellers von 4,97 Euro für das in der Stichprobe gewählte gängige Schmerzmittel. Einsparmöglichkeiten für Patienten gab es dagegen im Versandhandel. Doch trotz der überwiegend attraktiveren Preise im Internet rechnete sich eine Bestellung im Netz nicht immer, da in der Regel Versandkosten berechnet wurden oder Mindestbestellsummen eingehalten werden mussten. Auch aufgrund der vereinzelt vorhandenen günstigeren Preise vor Ort war es vom einzelnen Anbieter abhängig, ob sich ein Kauf via Internet rechnete.⁷

Neue Vertriebsmodelle: Internetauktionen

Neben Versandapotheken werden zunehmend weitere Vertriebswege genutzt, um Arzneimittel anzubieten. Eine 2005 durchgeführte Studie galt daher gezielt Angeboten jenseits der Vertriebswege von Präsenz- und Versandapotheken.⁸ Angesichts der wachsenden Beliebtheit von Internetauktionen bei Verbrauchern wurde eine systematische Überprüfung von Angebotsstrukturen und Kaufmodalitäten bei Arzneimitteln in Online-Auktionshäusern durchgeführt.

Die Untersuchung der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen zeigte, dass Arzneimittel auch bei Internetauktionen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Die Artikelvielfalt bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist besonders durch den Einstieg deutscher Versandapotheken bei mehreren Internetauktionen sehr umfangreich. Hierbei stellten sich mehrere Punkte als äußerst kritisch heraus. Beispielsweise waren die Angaben zum Artikel häufig mit einer stark

⁷ Aufgrund einer Lieferzeit von bis zu drei Tagen stellt der Versandhandel bei einem planbaren Medikationsbedarf eine Alternative dar – keinesfalls jedoch im Rahmen der Akutversorgung.

⁸ Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2005): Marktcheck: Arzneimittel und Internetauktionen. Abrufbar unter: www.vz-nrw.de/mediabig/5283A.pdf.

werbenden Darstellung verbunden, was nach Ansicht der am Projekt beteiligten Verbraucherzentralen dem fachgerechten Umgang mit Arzneimitteln nicht gerecht wurde. Ebenso war die zum Zeitpunkt der Untersuchung neben dem Sofortkauf angebotene Form der Versteigerung von Arzneimitteln problematisch, da nicht auszuschließen ist, dass Kunden animiert werden, mehr Medikamente als nötig zu kaufen und diese zu horten.

Durch die von der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen durchgeführte Testbestellung bei einer deutschen Versandapotheke über eine Internetauktion wurde deutlich, dass eine bessere Kontrolle der Abgabemenge von Arzneimitteln, speziell im Bereich der Schmerz- und Schlafmittel, unabdingbar ist. Im Rahmen des Testkaufs war es problemlos möglich, 15 Packungen eines Schlafmittels zu bestellen und von einer deutschen Versandapotheke geliefert zu bekommen. Um Missbrauch vorzubeugen, wäre die Einführung einer vorgegebenen Höchstabgabemenge denkbar. Wie auch beim Online-Apotheken-Test der Stiftung Warentest im Jahr 2005⁹ wurden im Rahmen der Untersuchung außerdem die Probleme beim Versand von Arzneimitteln durch Paketdienste ein weiteres Mal bestätigt, da die Lieferung ohne vorherige Abstimmung nicht direkt an den Besteller übergeben wurde, sondern an eine Nachbarin.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass auch Angebote apothekenpflichtiger Medikamente durch Privatpersonen in Internetauktionen eingestellt wurden. Vereinzelt wurden sogar angebrochene Blister angeboten. Zwar nahmen diese Artikel noch eine Nischenposition ein, aber angesichts der boomenden Online-Marktplätze müssen rasch bessere Kontrollen für das Offerieren via Internet eingezogen werden. Es war erschreckend, dass nur zwei Anbieter zum Zeitpunkt der Untersuchung Kontrollfunktionen bereitstellten, um zumindest einen Teil der angebotenen Arzneimittel aus ihren Angeboten zu löschen.

⁹ Stiftung Warentest (2005). Versandapotheken – Jede zweite mangelhaft. test 3/2005.

Die im Projekt beteiligten Verbraucherzentralen forderten daher bereits im Rahmen der Bekanntgabe der Untersuchungsergebnisse schärfere Kontrollen und die Einhaltung der strengen gesetzlichen Regelungen durch die Online-Auktionshäuser sowie eine Sicherstellung der Berufspflichten der Apothekerschaft auch bei den neuen Vertriebswegen.¹⁰

Preisvorteil oder Gesundheitsgefährdung?

Im Rahmen des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« wurde ein Schwerpunkt auf deutsche (Versand-)Apotheken und das Teilsegment der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel gelegt. Daneben gibt es jedoch eine Vielzahl von internationalen Anbietern, die häufig auch verschreibungspflichtige Arzneimittel anbieten.

Anbieter aus dem europäischen Ausland, etwa aus den Niederlanden, unterliegen zum Teil ähnlich strengen Bestimmungen und können für den Kauf bestimmter Arzneimittel eine Alternative darstellen. Auch die gesetzlichen Krankenkassen rechnen häufig mit diesen Anbietern direkt ab. Die Apotheken aus den europäischen Nachbarländern sind hierbei nicht an die Vorgaben der deutschen Arzneimittelpreisverordnung gebunden und haben daher einen klaren Standortvorteil gegenüber den deutschen Marktteilnehmern, da sie auch bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln von den starren Vorgaben hinsichtlich Preisen und gesetzlicher Zuzahlung abweichen können. In der Regel bieten sie deutschen Versandkunden einen Nachlass bei der Zuzahlung, so dass über diese Anbieter gerade für chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die regelmäßig Medikamente benötigen, eine Ersparnis möglich ist. Allerdings stärkt die steigende Zahl der in deutschen Apotheken zuzahlungsfrei erhältlichen Arzneimittel die Position der deutschen Präsenzapotheken, da auch sie diese Arzneimittel ohne die normalerweise anfallende gesetzliche Zuzahlung an ihre Kunden abgeben können.

¹⁰ Siehe Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen: Drei, zwei, eins – krank? Medikamentenkauf bei Internetauktionen mit Risiken und Nebenwirkungen. Pressemitteilung vom 25. 5. 2005.

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass mögliche Preisvorteile den höchsten Anreiz zur Nutzung der neuen Distributionswege darstellen.¹¹ Neben den Preisaspekten muss jedoch eine ausreichende Beratung sichergestellt sein. Allein aus Gründen der Praktikabilität sind die Möglichkeiten zur Beratung bei Versandapotheken eingeschränkt. Trotzdem muss vor dem Versand von Arzneimitteln eine Kontrolle beispielsweise hinsichtlich Wechselwirkungen mit anderen Mitteln durchgeführt werden und eine ausreichende Beratung gesichert sein. Kontaktmöglichkeiten über Telefon und E-Mail müssen gewährleistet und möglichst kostenlos abrufbar sein.¹² Außerdem sollte in unklaren Fällen durch den Versandanbieter auch aktiv beim bestellenden Kunden beziehungsweise beim behandelnden Arzt nachgehakt werden.

Zahlreiche Stichproben hinsichtlich der pharmazeutischen Beratungsleistungen haben gezeigt, dass diese bei niedergelassenen Apotheken und im Internet sehr unterschiedlich ausfallen und insgesamt verbesserungswürdig sind.¹³ Die steigende Zahl von Kontrollen der Beratungsqualität in den Präsenzapotheken – etwa durch das sogenannte Pseudo-Customer-Konzept der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände¹⁴ – stellt in diesem Zusammenhang eine positive Entwicklung dar. Dieses Konzept bietet einen ersten Ansatz und sollte möglichst durch unabhängige Einrichtungen auch auf die neuen Marktteilnehmer

11 Vgl. u. a. Wilke, Kai/Heckmann, Sabrina (2005): Apotheken und Versandhandel 2005. Institut für Handelsforschung der Universität Köln; forsa (2006): Meinungen der Bürger zu Versandapotheken. Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH, 04/06 und Grätzel von Grätz, Philipp/Isenberg, Thomas (2006): Internetapotheken: Versandhandel mit angezogener Handbremse. In: Böcken, J./Braun, B./Amhof, R./Schnee, M. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2006. Bertelsmann Stiftung.

12 Die Untersuchung der Verbraucherzentralen im Jahr 2007 hat allerdings gezeigt, dass in der Mehrzahl aller Fälle weitere Kosten für die Nutzung der telefonischen Beratung anfallen.

13 Vgl. u. a. Stiftung Warentest (2004): Beratung in Apotheken. Mehr schlecht als recht. test 3/2004; Stiftung Warentest (2005): Versandapotheken – Jede zweite mangelhaft. test 3/2005 und Stiftung Warentest (2007): Pillenlick. test 10/2007.

14 Details zum Konzept der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände unter www.abda.de/222.html.

ausgeweitet werden, die Ergebnisse sollten zur Schaffung von mehr Transparenz für Verbraucherinnen und Verbraucher veröffentlicht werden.

Neben den deutschen (Versand-)Apotheken und Anbietern aus den Ländern der Europäischen Union gibt es jedoch eine Vielzahl weiterer Bezugsquellen aus Drittländern. Diese zielen mit ihrem Angebot ebenso auf deutsche Verbraucherinnen und Verbraucher ab, sind jedoch in vielen Fällen nicht seriös. Häufig sind die vor allem von Händlern aus Übersee und Asien angebotenen Arzneimittel von schlechter Qualität oder sogar komplette Fälschungen.¹⁵ Die Zunahme von Arzneimittelfälschungen und ihre Verbreitung über das Internet können auch eine Gefahr für deutsche Verbraucher darstellen, da die Internetseiten teilweise nur schwer von den Angeboten der deutschen (Internet-)Apotheken zu unterscheiden sind. Die mangelnde Seriosität zeigt sich vielfach durch aggressive Werbemethoden, etwa durch Spam-Mails oder durch das Versprechen von besonderen Heilwirkungen. Zudem wird häufig auf die Möglichkeiten einer Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln über das Internet durch einen virtuellen Arzt – den so genannten Cyber Doc – hingewiesen.

Gerade im Bereich der Lifestyle-Medikamente ist die Zahl der gefälschten Arzneimittel weltweit sehr hoch. Gleichzeitig stellen gerade diese Medikamente von Schlankheitsmitteln über Mittel gegen Erektionsstörungen bis hin zu Dopingmitteln in Einzelfällen einen Anreiz dar, sie diskret über diese Kanäle zu beziehen. Deshalb ist in diesem problematischen Angebotssektor eine verbesserte Kontrolle notwendig, um eine Gesundheitsgefährdung für Verbraucher zu minimieren. Einen absoluten Schutz kann es jedoch nicht geben, da auch gesetzliche Regelungen nicht verhindern können, dass »schwarze Schafe« auf dem Markt agieren. Hier kann nur eine umfassende Aufklärung über mögliche Gefahren und Risiken ein verbessertes Bewusstsein zum verantwortungsvollen Umgang mit den (Internet-)Angeboten schaffen. Es ist hierbei sicherlich wenig hilfreich, den Versandhandel pauschal zu »verteufeln«. Vielmehr ist es von grundlegender Bedeutung, den Verbrauchern

15 World Health Organization (2006): Counterfeit medicines. Fact sheet Nr. 275.

verlässliche Kriterien an die Hand zu geben, die es erlauben, zwischen seriösen und unseriösen Anbietern zu unterscheiden.

Gleiche Rechte und Pflichten für alle

In den Arzneimittelmarkt in Deutschland ist in den letzten Jahren ohne Zweifel Bewegung geraten. Die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Einfluss der europäischen Gesetzgebung haben den Weg für neue Marktteilnehmer und Vertriebswege geöffnet.¹⁶ Aus Verbrauchersicht spricht grundsätzlich nichts gegen eine Vielfalt der Vertriebswege, allerdings müssen für alle Marktteilnehmer die gleichen Rechte und Pflichten gelten. Arzneimittel sind keine Ware wie jede andere, sondern verlangen besondere Sicherheits- und Qualitätsanforderungen. Eine fachkundige Beratung muss sichergestellt sein, ganz egal, ob verschreibungspflichtige oder nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel abgegeben werden. Gerade im Bereich der Selbstmedikation darf die Beratung keinesfalls wegfallen, da hier häufig im Gegensatz zu rezeptpflichtigen Arzneimitteln keine Abstimmung zwischen Patient und Arzt stattfindet. Zudem müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die auch zukünftig eine Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung auch in der Fläche erlauben.

Die Ergebnisse des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« haben deutlich gemacht, dass im Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel der Preiswettbewerb nur in Einzelsegmenten in Gang gekommen ist. Lediglich innovative Marktteilnehmer, wie Versandapotheken, bieten hier für Verbraucherinnen und Verbraucher spürbare Einsparmöglichkeiten von im Durchschnitt bis zu 30 Prozent. Nicht von der Hand zu weisen ist jedoch auch, dass dies nur möglich ist, wenn von jedem Einzelnen ein Preis- und Anbietervergleich durchgeführt wird. Dies macht deutlich, dass auf der einen Seite

¹⁶ In einem Grundsatzurteil des Jahres 2003 stellt der Europäische Gerichtshof fest, dass kein Mitgliedstaat der Europäischen Union den Versandhandel mit Arzneimitteln an den Endverbraucher grundsätzlich verbieten darf (ABl. 2004 C 47/5).

Einsparmöglichkeiten für den Endverbraucher möglich geworden sind, aber andererseits der Markt für den Laien erheblich intransparenter geworden ist.

Unabhängig vom Versandhandel gibt es eine steigende Anzahl von Präsenzapotheken, die sich dem Preiswettbewerb stellen. Es bleibt abzuwarten, ob die wenigen Angebote innovativer Apotheken eine Katalysatorfunktion hin zu mehr Preiswettbewerb in diesem Apotheken-segment einnehmen können. Aus Verbrauchersicht wäre dies trotz der besonderen Sicherheits- und Qualitätsanforderungen in Anbetracht der stetig steigenden Kostenbelastungen für Patienten zu begrüßen. Neue Marktteilnehmer sind jedoch nur akzeptabel, wenn sie die gleichen Standards wie die traditionellen Apotheken erfüllen. Beispielsweise sollte ein Vollsortiment angeboten werden, um die Konzentration auf Arzneimittel mit einer hohen Gewinnmarge zu verhindern.

*Johannes Mönter und Kerstin Kilian*¹

Ansätze neuer Marktteilnehmer – Versandapotheken als sichere und diskrete Ergänzung

Die Deutschen kaufen immer mehr Produkte über den Versandhandel. Zu diesem Ergebnis kommt die repräsentative Verbraucherbefragung »Distanzhandel in Deutschland«, die das Forschungsinstitut TNS-Infra-test im Auftrag des Bundesverbands des Deutschen Versandhandels (bvvh) durchgeführt hat. Demnach gaben die Verbraucherinnen und Verbraucher im Jahr 2007 den Rekordwert von rund 10,9 Mrd. Euro für Warenbestellungen im Internet aus. Das sind neun Prozent mehr als im Vorjahr.²

Arzneimittelversandhandel – junger Spross des Distanzhandels

Ein relativ junger Zweig des Versandgeschäfts ist der Arzneimittelversandhandel, den die Bundesregierung im Januar 2004 unter hohen Auflagen gesetzlich zugelassen hat. Von den circa 22.000 öffentlichen Apotheken in Deutschland haben rund 1.800 die Zulassung als Versandapotheke beantragt und erhalten.³

Deutsche Versandapotheken sind Präsenzapotheken mit einer Sondererlaubnis, Arzneimittel versenden zu dürfen. Kunden können sich bei ihnen nicht nur vor Ort pharmazeutisch versorgen lassen, sondern auch aus ganz Deutschland Medikamente bequem und diskret bestellen.

Damit erfüllen Versandapotheker den gleichen gesetzlichen Auftrag wie ihre niedergelassenen Kollegen, nämlich die qualitative, quantitative

-
- 1 Johannes Mönter war bis Februar 2008 Vorsitzender, Kerstin Kilian ist Geschäftsführerin des Bundesverbands Deutscher Versandapotheken (BVDVA).
 - 2 Pressemitteilung des Bundesverbandes des Deutschen Versandhandels vom 29.10.2007.
 - 3 Schätzung BVDVA, Stand: Dezember 2007.

und wohnortnahe Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Versandapotheker unterliegen dem Kontrahierungszwang, müssen ein Notfalldepot vorhalten und sich am Nacht- und Notdienst beteiligen. Seit seiner Zulassung im Januar 2004 hat sich der Arzneimittelversandhandel heterogen entwickelt. Etwa 20 große Versandapotheken betreiben das Geschäft im großen Rahmen (1.000 oder mehr Aussendungen pro Tag), der überwiegende Teil der Versandapotheken liegt deutlich darunter.

Der Trend zum Onlinekauf spiegelt sich auch im Marktanteil der Versandapotheken wider: Bis zum Jahresende 2010 wird er voraussichtlich auf sechs Prozent steigen, derzeit liegt er bei drei bis vier Prozent. Das prognostizieren der Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien sowie der Bundesverband Deutscher Versandapotheken.⁴

Beratungsintensive Kunden

Heute kauft bereits jeder dritte Internetanwender Medikamente online. Das ist das Ergebnis der Markt- und Meinungsforscher Ipsos laut einer Umfrage. Mehr als zwei Drittel dieser Internetbesteller geben pro Bestellung bis zu 50 Euro aus, jeder fünfte 51 bis 100 Euro, bei Befragten über 45 Jahren sind es sogar 25 Prozent, die einen Bestellwert von 51 bis 100 Euro erreichen.⁵

Die hauptsächlichsten Altersgruppen der Versandkunden liegen zwischen 40 und 75 Jahren. Versandapotheken eignen sich nicht für die Akutversorgung. Wer beispielsweise sofort Antibiotika benötigt, sollte zum Apotheker vor Ort gehen. Vor allem Menschen mit einem planbaren Arzneibedarf – also chronisch Kranke – kaufen ihre Medikamente

-
- 4 Pressemitteilung des Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V. vom 13.2.2007.
 - 5 Ipsos-Pressemitteilung: Apothekenpreise und wie man ihnen entgeht – Teil 1, Ipsos-Studie zur Arzneimittelbestellung bei Internet-Usern, Hamburg/Mölln, 6.6.2006.

in der Versandapotheke. Auch für beruflich stark eingebundene und immobile Menschen ist der Arzneiversand eine bequeme und sinnvolle Alternative.

Die pharmazeutische Beratung am Telefon wird vor allem von Patienten geschätzt, die ihre Erkrankung subjektiv als »peinlich« und stigmatisierend empfinden und entsprechende Diskretion wünschen – etwa Menschen mit Hämorrhoiden oder Inkontinenz.

In einem Test durch die Stiftung Warentest wurde den Versandapotheken die Qualität ihrer pharmazeutischen Beratung bescheinigt. 14 von 15 Versandapotheken stufte die Stiftung als »gut« bis »ausreichend« ein. Deutlich schlechter schnitten dagegen die von stationären Apotheken betriebenen Gesundheitsportale »aponet.de« und »apotheker.com«⁶ ab.

Um die Arzneimittelversorgung von chronisch kranken Menschen zu verbessern, arbeiten viele Versandapotheken mit Krankenkassen zusammen. Diese Zusammenarbeit beruht auf gegenseitigem Vertrauen und einem Höchstmaß an Kundenorientierung seitens der Versandapotheken. Denn Krankenkassen sind bekannt dafür, dass sie streng auf die Einhaltung sämtlicher Sicherheitsstandards achten. Käme es im Rahmen dieser Zusammenarbeit zu Sicherheitsmängeln, Beratungsdefiziten oder andersartigen Problemen, würden die Kassen die Zusammenarbeit mit den Versandapotheken sofort einstellen.

Was viele Krankenkassenvorstände besonders schätzen, ist die Tatsache, dass Versandapotheken ihre Kunden sehr gut kennen. Wenn Arzneimittel – aus welchen Gründen auch immer – zurückgerufen werden, können die Versandapotheker ihre Kunden sofort identifizieren und sie warnen. Diesen Service können die wenigsten stationären Apotheken leisten.

⁶ test 10/2007.

Arbeitsablauf in der Versandapotheke

Die Arbeit einer Versandapotheke ist wesentlich komplexer als die einer niedergelassenen Apotheke. Kunden können nicht rezeptpflichtige Arzneimittel im Internet oder im Katalog auswählen und per Mail, Post, Fax oder über das Telefon bestellen. In jedem der genannten Fälle können sich die Kunden per Telefon pharmazeutisch beraten lassen.

Auch in Versandapotheken arbeiten überwiegend Pharmazeuten, Pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA) oder Pharmazeutisch kaufmännische Angestellte (PKA). Diese qualifizierten Fachkräfte kümmern sich um eine exakte Bearbeitung jedes Auftrags, erfassen die Bestellungen im EDV-System und überprüfen die Angaben pharmazeutisch. Verschreibungspflichtige Arzneimittel werden generell nur bei Vorlage des Originalrezepts versandt. Rezeptkopien und -faxe akzeptieren deutsche Versandapotheken aus Sicherheitsgründen nicht. Jedes Rezept wird eingescannt und ebenfalls pharmazeutisch geprüft.

Nachdem die Fachkräfte alle Daten einer Bestellung pro Kunde (zum Beispiel Rezept und gleichzeitige Bestellung freiverkäuflicher Arzneimittel) erfasst haben, erfolgen detaillierte Interaktions- und so genannte CAVE-Checks. Es wird geprüft, ob sich die Medikamente untereinander und auch beispielsweise mit Allergien des Kunden vertragen. Pro Kunde hinterlegen deutsche Versandapotheken akribisch alle bestellten Arzneimittel im EDV-System und speichern gleichzeitig die persönlichen Angaben (zum Beispiel vorliegende chronische Erkrankungen). Auf diese Weise sind fundierte Checks jederzeit auf Abruf möglich – ganz gleich wie lange die letzte Bestellung zurückliegt und wer den Auftrag bearbeitet hat. Diese umfangreichen, automatischen Checks der Versandapotheken bietet aus Zeitgründen nur etwa die Hälfte der Präsenzapotheken.

Erfolgt während der Checks eine Risikomeldung, nimmt die pharmazeutische Fachkraft telefonisch mit dem Patienten und/oder dem behandelnden Arzt Kontakt auf und klärt die etwaigen Fragen. Auch wenn die Bestellmenge bestimmter Arzneimittel zu hoch ist, werden die Präpa-

rate erst nach detaillierter Prüfung und Kontaktaufnahme mit Patient oder Arzt versandt.

Die bestellten Arzneimittel werden selbstverständlich so verpackt, transportiert und ausgeliefert, dass die Qualität und Wirksamkeit erhalten bleibt. Kühlpflichtige Medikamente werden über Speziallogistik-Dienstleister verschickt. Der Versand erfolgt in einer neutralen Verpackung an die Heimatadresse oder eine andere gewünschte Lieferadresse, etwa den Arbeitsplatz. Sofern die Arzneimittel seitens der Lieferanten verfügbar sind, werden sie zwei Werktage nach Bestelleingang ausgeliefert. Ist das nicht möglich, wird der Kunde selbstverständlich informiert.

Motor für den Preiswettbewerb

Neben den genannten Gründen locken auch die Preisvorteile die Kunden, die Versandapotheken bei rezeptfreien Arzneimitteln, Medizinprodukten, Kosmetika und Nahrungsergänzungsmitteln anbieten. Als der Gesetzgeber im Januar 2004 den Versand von Arzneimitteln zugelassen hat, hob er auch die Festpreise für rezeptfreie Arzneimittel auf. Während viele niedergelassene Apotheker an den sprichwörtlichen »Apothekenpreisen« festhielten, gingen die Versandapotheken mit der Reduzierung der Preise in die Offensive. Da in den letzten Jahren zahlreiche Medikamente aus der Rezeptpflicht fielen, können vor allem multimorbide und chronisch kranke Menschen erhebliche Kosten sparen, wenn sie ihre Medikamente im Versand einkaufen. Die Rabatte auf rezeptfreie Arzneimittel liegen je nach Anbieter zwischen zehn und 30 Prozent, in einzelnen Fällen auch deutlich darüber.

Aus Sicht des Verbands ist es angesichts der steigenden Arzneiausgaben der gesetzlichen Krankenkassen sinnvoll, in einem zweiten Schritt auch die Preise für rezeptpflichtige Arzneimittel aus der Preisbindung zu nehmen. Dies ermöglicht ein deutliches Einsparpotenzial

für die Kostenträger beziehungsweise für das gesamte Gesundheitssystem.



Die aktuelle Diskussion über Arzneimittelfälschungen und das Gütesiegel »Sichere Versandapotheke«

Gefälschte Arzneimittel sind weltweit im Umlauf. Der German Pharma Health Fund (GPHF) hat bereits vor über zehn Jahren darauf aufmerksam gemacht.⁷ Diese Plagiate sind Produkte skrupelloser Verbrecher, die sich die Not, die Armut oder die Unwissenheit der Menschen zu Nutze machen. Allerdings ist in Deutschland eine Gefährdung durch gefälschte Arzneimittel über den Versandhandel aus Sicht des BVDVA als äußerst gering einzuschätzen. Denn der deutsche Apothekenmarkt ist – im Gegensatz zu den Märkten in den Entwicklungsländern – durch arzneimittelrechtliche Anforderungen und Kontrollen, ein dichtes Informationsnetz sowie durch eine enge Zusammenarbeit von Herstellern, pharmazeutischem Großhandel, Apotheken und Behörden gekennzeichnet. Das garantiert ein hohes Maß an Arzneimittelsicherheit.

Die vor allem von der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA) ausgesprochene generelle Warnung vor dem Arzneikauf im Internet ist substanzlos und führt Verbraucher in die Irre. Sie suggeriert, dass Verbraucher im Internetdschungel keine Orientierungsmöglichkeit haben und somit den Risiken hilflos ausgeliefert sind und dass Arzneimittelversandhandel grundsätzlich Gefahr bedeutet. Das Bundeskriminalamt (BKA) kommt in einer aktuellen Studie zu der Überzeugung: »Von den zugelassenen, das heißt legal arbeitenden Internetapotheken, ist aber generell kein Anstieg von Arzneimittelfälschungen zu erwarten. Die Internetapotheken in der legalen Verteilerkette sind

⁷ GPHF: »20 Jahre GPHF. Gesundheitshilfe Dritte Welt. Eine Initiative der forschenden Arzneimittelhersteller in Deutschland.«, Dezember 2005, Frankfurt.

in vergleichbarem Umfang »anfällig« für Fälschungen wie die physisch existenten Apotheken (Offizinapotheken).«⁸

Menschen, die ihre Arzneimittel über den Versandhandel bestellen möchten, können sichere Versandapotheken im Impressum der Website erkennen. Dort sind der verantwortliche Apotheker, die zuständige Apothekerkammer und andere Angaben genannt, um ihn von illegalen Anbietern zu unterscheiden. Diese brechen schon allein mit ihren Angeboten das Gesetz, indem sie rezeptpflichtige Ware ohne Rezept und oft zu »Sonderpreisen« anbieten. Und sie weisen sich nicht als Apotheker aus, weil sie in aller Regel keine sind.

Eine seriöse Versandapotheke kann man anhand folgender Kriterien identifizieren:

- Sie ist eine öffentliche und nach deutschem Recht zugelassene Versandapotheke. Diese Information steht im Impressum der Website des Anbieters. Hat die Website kein Impressum, handelt es sich nicht um einen seriösen Anbieter.
- Sie ist eine durch einen in Deutschland approbierten Apotheker geführte Apotheke. Der Name des verantwortlichen Apothekers und die zuständige Apothekerkammer sind ebenfalls dem Impressum zu entnehmen. Fehlt dort der Name des verantwortlichen Apothekers, ist Vorsicht angeraten.
- Sie wirbt nicht für rezeptpflichtige Arzneimittel zum Kauf ohne Rezept.
- Sie bietet ihren Kunden nicht die Ausstellung von Rezepten an. Um rezeptpflichtige Arzneimittel bei Versandapotheken zu bestellen, muss das Rezept per Post dorthin geschickt werden.

Darüber hinaus gelten für eine seriöse Versandapotheke folgende Kriterien:

- Sie liefert alle in Deutschland zugelassenen Arzneimittel;
- sie bietet eine Hotline unter einer deutschen Telefonnummer an, die mit deutschsprachigem, pharmazeutischem Fachpersonal besetzt ist;

⁸ Heike Sürmann: »Arzneimittelkriminalität – ein Wachstumsmarkt?«, Hrsg: Kriminalistisches Institut des BKA, 2007, S. 74.

- sie liefert die bestellten Arzneimittel in der Regel 48 Stunden nach Eingang der Bestellung;
- sie hat Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB);
- sie bietet im Bereich der rezeptpflichtigen Arzneimittel, die die Patienten selbst bezahlen müssen (zum Beispiel Lifestyle-Präparate wie Potenzmittel), keine Dumpingpreise an. Preisunterschiede von 50 bis 200 Prozent sind gesetzlich nicht möglich.

Um Verbrauchern die Identifizierung zu erleichtern, hat der BVDVA sein Gütesiegel »Sichere Versandapotheken« im Mai 2007 überarbeitet. Dieser Überarbeitung gingen intensive Gespräche mit dem Verbraucherzentrale Bundesverband und dem Bundesgesundheitsministerium voraus. In den Gesprächen wurden die Qualitätskriterien festgelegt, die der Gütesiegel-Vergabe zugrunde liegen.

Nur solche Versandapotheker erhalten das Siegel, die vorher aufwendig geprüft wurden und die auch vor Ort durch Mitarbeiter des Verbands inspiziert werden. Auf Wunsch des Bundesgesundheitsministeriums wurde bei der Siegelvergabe auch die sogenannte »Länderliste« berücksichtigt, die niederländischen und britischen Versandapotheken vergleichbare Qualitätsstandards bescheinigt wie den deutschen Versandapotheken. Voraussetzung für die Vergabe ist die Einhaltung der Auflagen der Selbstverpflichtungserklärung und des Markennutzungsvertrags.

Nach positiv abgeschlossener Prüfung erhalten Versandapotheken einen Link zur Installation des Gütesiegels auf ihrer Website. Klickt ein Verbraucher darauf, gelangt er via SSL auf die Website des BVDVA. Dort kann er die Versanderlaubnis und die unterschriebene Selbstverpflichtungserklärung einsehen. Da der Datentransfer verschlüsselt erfolgt – vergleichbar mit der Datenübertragung beim Onlinebanking –, ist das Gütesiegel fälschungssicher.⁹

⁹ Liste der Gütesiegelführenden Versandapotheken: www.bvdva.de/sichere-arzneimittel.html

Für die Verbraucher hat der Verband zudem eine Beschwerdestelle eingerichtet, an die sich Verbraucher wenden können, die mit einer Versandapotheke unzufrieden sind.

Deutsche Versandapotheken – Vorbild für Europa

Da der Arzneimittelversandhandel europaweit an Bedeutung gewinnt, hat das Ministerkomitee des Europarates im September 2007 eine »Entscheidung über bewährte Methoden für den Versandhandel mit Medikamenten« festlegt. »Da immer mehr Mitgliedsstaaten des Europarats den Arzneimittelversandhandel zulassen, ist die Etablierung verbindlicher Standards notwendig«, heißt es in einer Presseerklärung des Europarats. Als Begründung schreibt das Komitee, dass Kunden praktische Möglichkeiten erwarteten, um in den Besitz benötigter Medikamente zu gelangen. Dabei müssten sie jedoch Vertrauen in die Qualität der gelieferten Medikamente haben können. Daran schließt sich die Forderung des Komitees an: »Eine überall gültige und übereinstimmende Anwendung bewährter Methoden im Versandhandel durch alle Mitglieder der Verteilerkette ist eine notwendige Voraussetzung dafür, eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit und der Qualität der gelieferten Medikamente durch illegale und minderwertige Ware zu verhindern.«¹⁰

Die deutschen Versandapotheken erfüllen die Forderungen der Europarat-Resolution. Forderungen wie zum Beispiel die sichere und nachvollziehbare Auslieferung der bestellten Arzneien, die Einhaltung der Rezeptpflicht und die pharmazeutische Beratung in der Landessprache sind etablierte Standards in Deutschland. Auch die Forderung, dass ein Apotheker namentlich und mit der Postanschrift im Impressum auf der Webseite der Versandapotheke genannt sein müsse, ist in Deutschland längst Pflicht.

Da der deutsche Gesetzgeber mit der Zulassung des Arzneimittelversandhandels die Kriterien für die Patienten- und Arzneimittelsicherheit

¹⁰ Pressemitteilung des Europarats vom 6. 9. 2007.

so fest im Gesetz verankert hat, sind deutsche Versandapotheken aus Sicht des BVDVA Vorbild für Europa. In einem Schreiben an das Ministerkomitee des Europarats hat der BVDVA die Mitarbeit an den Qualitätsstandards angeboten.

Verbot kein Mittel gegen Arzneimittelfälschungen

Die aktuelle Initiative des Landes Nordrhein-Westfalen, den Versand rezeptpflichtiger Arzneimittel wieder zu verbieten, belegt die Schiefelage der aktuellen Diskussion. Denn während die EU-Kommission internationale Qualitätsstandards für europäische Versandapotheken auf den Weg bringt, scheinen einzelne Politiker in Deutschland diese Entwicklung aufhalten zu wollen.

Offizieller Anlass dieser Gesetzesinitiative ist die aktuelle Diskussion über Arzneimittelfälschungen. Aus Sicht des BVDVA wird das Versandverbot rezeptpflichtiger Arzneimittel nicht helfen, Arzneifälschungen zu verhindern. Im Gegenteil: Den illegalen Versendern wird auf diese Weise Tür und Tor geöffnet. Verbraucher haben dann keine Möglichkeit mehr, Arzneimittel legal und sicher über den deutschen Versandhandel zu beziehen.

Das Problem der Arzneimittelsicherheit kann man nur durch Patientinformation lösen. Aufgeklärte Verbraucher sind in der Lage, seriöse Versandapotheken von windigen Internethändlern zu unterscheiden. Da deutsche Versandapotheken kontinuierlich behördlich überwacht werden und mehr Auflagen zu erfüllen haben als Apotheken ohne Versanderlaubnis, sieht der BVDVA kein Risiko für Kunden. Der Verband setzt auf einen sachlichen Diskurs und Aufklärung der Verbraucher.

Friedemann Schmidt¹

Unabhängige Präsenzapotheken gewährleisten ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung

Ziele im Gesundheitswesen

Jeder Staat hat ein ökonomisches Interesse an einem hohen Grad an Gesundheit seiner Bevölkerung. Zugleich trägt er eine ethische und humanitäre Verpflichtung gegenüber jedem einzelnen seiner Bürger. Aufbau und Pflege eines funktionierenden Gesundheitswesens liegen daher in der zentralen Verantwortung des Staates. Regierungen versuchen deshalb, im Gesundheitswesen mehrere Ziele zu optimieren.

Eine umfassende und flächendeckende Versorgung der Menschen gehört zu diesen Zielen. Auch die Sicherheit spielt eine sehr wichtige Rolle. Eng damit verbunden ist die Qualität der Produkte und Leistungen, die auch vom Gesetzgeber definiert werden. Nicht zuletzt geht es um die Finanzierbarkeit, wenn man bedenkt, dass das System nicht nur in der Gegenwart, sondern auch in der Zukunft funktionieren soll.

Die genannten Ziele gelten natürlich auch hinsichtlich der Arzneimittelversorgung. Hier werden die Ziele einerseits hinsichtlich der Produkte selbst, also der Arzneimittel, angestrebt. Andererseits sichert die Gestaltung des Vertriebssystems, dass die »produzierte« Arzneimittelqualität den Patienten erreicht und die Medikamente optimal eingesetzt werden. Im Folgenden soll nun zunächst auf die produktbezogene und danach auf die vertriebsbezogene Komponente eingegangen werden.

¹ Friedemann Schmidt ist Vizepräsident der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände.

Sicherheit und Qualität des Arzneimittels

Bevor ein neues Arzneimittel zugelassen wird und auf den Markt kommt, muss der Hersteller die Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität des Produkts nachweisen. Diese Kriterien werden im Vorfeld in verschiedenen Studien geprüft. Zur Qualität des Produkts gehören Nachweise zur Identität der enthaltenen Arznei- und Hilfsstoffe, der Nachweis der Reinheit der Substanzen sowie der Nachweis, dass die Wirkstoffmenge auch dem deklarierten Gehalt entspricht.

Für die pharmazeutische Industrie gelten dabei die sogenannten GMP-Regeln. GMP ist die englische Abkürzung für »sachgerechte Herstellungspraxis« und kann einprägsam mit »Gute Manieren beim Produzieren« übersetzt werden. Diese GMP-Richtlinien regeln, welche Anforderungen bei der Arzneimittelzubereitung an das Personal, an die Räume, an die Hygiene, an die Ausgangsmaterialien, an die Herstellungsvorgänge, an die Etikettierung und Verpackung und schließlich an die Qualitätskontrolle zu stellen sind. Ziel ist es, Verwechslungen und Verunreinigungen von Arzneimitteln zu verhindern und eine gleichmäßige Qualität zu gewährleisten.

Die Wirksamkeit erscheint auf den ersten Blick am leichtesten nachweisbar zu sein. Wer Kopfschmerzen hat und dagegen ein Schmerzmittel einnimmt, weiß schnell Bescheid, ob ihm das Medikament geholfen hat – oder doch nicht? Um Zufälle und den sogenannten Placebo-Effekt auszuschließen, kann die Wirkung eines neuen Arzneimittels nur im Vergleich mit Scheinmedikamenten oder schon getesteten Mitteln nachgewiesen werden. Erst wenn sich die bessere Wirkung des neuen Medikaments gezeigt hat, kann von einer spezifischen Wirksamkeit gesprochen werden.

Die Unbedenklichkeit eines Arzneimittels ist die Freiheit von unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Diese Definition bezieht sich jeweils auf den aktuellen Stand der Wissenschaft. Häufig ist es so, dass bei stärker wirksamen Arzneimitteln auch eher mit unerwünschten

Wirkungen zu rechnen ist. Bei der Prüfung auf Unbedenklichkeit geht es darum, den Nutzen eines neuen Arzneistoffs gegen eventuelle Risiken abzuwägen. Das ist die sogenannte Nutzen-Risiko-Bewertung.

Auf Produktebene werden Sicherheit und Qualität von Arzneimitteln durch Herstellererlaubnis, GMP-Regeln, Zulassungserfordernis und Überwachung gewährleistet. Die Apotheke kommt erst beim Vertrieb ins Spiel.

Vertriebsweg

Soll eine Beeinträchtigung der Arzneimittelqualität und -sicherheit vorbeugend auch durch die Überwachung und Gestaltung des Vertriebswegs gewährleistet werden, bedarf es einer Bindung des Arzneimittels an einen vorgeschriebenen Vertriebsweg. Nur wenn alle Betriebe der Handelskette bekannt sind, durch die das Arzneimittel den Endverbraucher erreicht, kann wirksam reglementiert und überwacht werden.

Alle modernen Staaten dieser Welt binden den Vertrieb von Arzneimitteln in mehr oder weniger weitem Umfang an Apotheken. Dabei handelt es sich nicht um eine Privilegierung zugunsten bestimmter Marktbeiträger, sondern um einen bewussten Ausschluss eines freien und unkontrollierbaren Handels aus Sicherheitsgründen. In Deutschland spricht man daher von »vorbeugendem Verbraucherschutz«.

Die Ausgestaltung des Apothekenwesens orientiert sich wiederum an den eingangs genannten Zielen. Drei Optionen werden dabei genutzt:

- Unter systemimmanenter Patientenschutz versteht man die Anreize für ein bestimmtes Verhalten, das der Versorgungsqualität förderlich ist.
- Institutioneller Patientenschutz beschreibt Vorgaben, die für den Betrieb einer Apotheke gelten.
- Versorgungsmodalitäten beschreiben die Voraussetzungen, die bei der Abgabe von Arzneimitteln zu beachten sind.

Systemimmanenter Patientenschutz

Das deutsche Apothekenwesen basiert auf folgenden Grundüberzeugungen: Das Arzneimittel ist eine Ware besonderer Art. Für seinen sachgerechten Einsatz müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, so dass ethisch-pharmazeutische Aspekte das Verhalten des Apothekers dominieren. Das wird am besten erreicht, wenn der Apotheker eigenverantwortlich und unabhängig handelt. Zugleich muss seine Existenzgrundlage gesichert sein. Freie Marktwirtschaft wird nur erlaubt, soweit sie den Zielen der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung nicht widerspricht.

Der Beruf des Apothekers ist als sogenannter freier Beruf ausgestaltet – wie auch bei Ärzten, Rechtsanwälten oder Architekten. Diese Berufsgruppen sind keineswegs besonders frei, sondern historisch bestenfalls vom Beamtenum befreit und deshalb immer staatlich stark reglementiert. Jeder Apotheker ist Pflichtmitglied in einer dem Gemeinwohl verpflichteten Kammer. Diese Körperschaft öffentlichen Rechts muss beispielsweise die flächendeckende Nacht- und Notdienstbereitschaft der Apotheken organisieren. Freie Berufe sind dem Berufsethos besonders verpflichtet.

Um störende Einflüsse auf den Vorrang des Versorgungsauftrags zu vermeiden, verpflichtet das Apothekengesetz den Leiter einer Apotheke, diese persönlich und eigenverantwortlich zu leiten. Dieses Grundprinzip des deutschen Apothekenwesens bietet eine bewährte Möglichkeit, den Zielkonflikt zu lösen, in dem jeder Apotheker steht. Einerseits verdient er mit Absatzsteigerungen persönlich mehr Geld, andererseits ist aber weder aus objektiver Patientensicht noch gesellschaftlich erwünscht, dass mehr Arzneimittel »konsumiert« werden, als tatsächlich erforderlich sind.

Unter dem Verbot von Fremdbesitz versteht man, dass eine Apotheke von niemandem anderen als einem Apotheker geführt werden darf. Gegen das Verbot von Mehrbesitz würde verstoßen, wenn ein Apotheker mehr als eine Apotheke führen würde. Eine Abweichung davon ist

nur der seit 2004 erlaubte Betrieb von maximal drei Filialen in einem engen lokalen Umfeld. Grundsätzlich gilt weiterhin: Ein Apotheker führt eine Apotheke. Weder Berufsfremde noch Kapitalgesellschaften sind demnach zum Betrieb einer Apotheke zugelassen. Auch der Abschluss von Verträgen, die Dritte an den Betriebsergebnissen einer Apotheke beteiligen, ist verboten.

Die Arzneimittelpreisverordnung kombiniert marktwirtschaftliche und regulatorische Elemente. So lässt sie die Preise der pharmazeutischen Hersteller frei, während sie den Apotheken einen Festzuschlag bei verschreibungspflichtigen Medikamenten vorschreibt. Einerseits sichert sie also die wirtschaftliche Existenz der Apotheker und erhöht die Wahrscheinlichkeit von unabhängigen pharmazeutischen Entscheidungen. Andererseits garantiert sie einheitliche Apothekenabgabepreise für rezeptpflichtige Arzneimittel und schützt somit den Patienten vor Benachteiligung.

Institutioneller Patientenschutz

Neben dem systemimmanenten Patientenschutz ist auch der Apothekenbetrieb selbst ein wichtiges Element des Vertriebskanals. Qualität und Sicherheit der Arzneimittelversorgung werden maßgeblich von der Ausgestaltung der Abgabestelle – der Apotheke – bestimmt. Hier geht es um die personelle und sächliche Ausstattung sowie um die Voraussetzungen für die Inbetriebnahme einer Apotheke.

Der Verkehr mit Arzneimitteln bedarf aus Gründen der Arzneimittelsicherheit einer intensiveren Überwachung als der Handel mit Konsumgütern. Dies setzt voraus, dass alle Betriebe und Personen den staatlichen Überwachungsbehörden bekannt sind. Daher bedarf jeder, der eine Apotheke betreiben möchte, der Erlaubnis der zuständigen Behörde. Dabei muss der Antragsteller eine deutsche oder als gleichwertig anerkannte Approbation besitzen und über die erforderlichen Apothekenbetriebsräume verfügen. Bei voller Niederlassungsfreiheit muss jeder Apotheker selbst einschätzen, ob Standort und Geschäftskonzept rentabel sein werden.

Auch personell stellt der Gesetzgeber Anforderungen an die Apotheke. Insbesondere muss das erforderliche pharmazeutische Personal ausreichend zur Verfügung stehen. Ihm sind alle wesentlichen Arbeiten im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung vorbehalten, insbesondere auch die Arzneimittelabgabe und -beratung. Damit wird sichergestellt, dass für alle arzneimittelbezogenen Tätigkeiten die erforderliche Qualifikation besteht.

Die Räumlichkeiten einer Apotheke müssen nach ihrer Art, Größe, Zahl und Einrichtung geeignet sein. Sie müssen eine einwandfreie Entwicklung, Herstellung, Prüfung, Lagerung, Verpackung von Arzneimitteln ermöglichen sowie eine ordnungsgemäße Abgabe und Beratung erlauben. Vorgeschrieben sind mindestens 110 Quadratmeter Fläche, die sich aufteilen auf mindestens eine Offizin, ein Laboratorium, ausreichenden Lagerraum und ein Nachtdienstzimmer. Die Räume müssen zusammenhängend angeordnet und von anderen genutzten Flächen abgetrennt sein.

Versorgungsmodalitäten

Alle vorgenannten Anforderungen an den Apothekenbetrieb wären zwecklos, wenn nicht für den Regelfall die Abgabe der Arzneimittel an die Apotheke gebunden würde. Nur hier bestehen die optimalen Rahmenbedingungen für eine unbeeinträchtigte Qualität der Arzneimittel, ihre Sicherheit und eine bestmögliche individuelle Beratung der Patienten. Dass dies auch eine Privilegierung der Apotheke gegenüber anderen Handelsbetrieben darstellt, ist somit nicht Selbstzweck oder vorrangige Intention des Gesetzgebers, sondern ein Erfordernis, um Arzneimittelsicherheit und damit vorbeugenden Verbraucherschutz überhaupt praktizieren zu können.

Dennoch gibt es Fälle, in denen es dem Patienten aufgrund der Entfernung oder seines Gesundheitszustands nicht möglich ist, die Apotheke selbst aufzusuchen. Der deutsche Gesetzgeber hat deshalb Ausnahmen von der Abgabepflicht in der Apotheke zugelassen. So darf der Apotheker im Einzelfall – zum Beispiel bei Bettlägerigkeit des Patienten

– die Arzneimittel durch einen Boten zustellen, der zum Personal seiner Apotheke gehört. Das hat den Sinn, dass auch hier die Verantwortlichkeit des Apothekers sichergestellt bleibt, der letztlich dafür einzustehen hat.

In Deutschland hat der Gesetzgeber den Versand von Arzneimitteln seit 2004 zugelassen. Er griff damit einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vor, der jedoch Ende 2003 gerade *nicht* die vollständige Freigabe des Versandhandels forderte, sondern eine besondere Schutzwürdigkeit von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln anerkannte, die eine Ausnahme rechtfertigen würde. Mit der Zulassung des Versandhandels hat der Gesetzgeber nun allerdings diesen mit der ortsgebundenen Versorgung durch Präsenzapotheken gleichgestellt. Doch gibt es einige gravierende Unterschiede: Der Versandweg birgt zusätzliche Risiken durch die lange Transportzeit und die unsicheren Lagerbedingungen, und der direkte Kontakt zwischen Apotheker und Patient in der »besonderen« Umgebung der Apotheke fehlt.

Mittel- und langfristig untergräbt der Versandhandel die Strukturen der Arzneimittelsicherheit, denn es kann nicht »am Ort« gefordert werden, was der Gesetzgeber im Versandhandel für verzichtbar hält. Eine Beliebtheit von Arzneimittelübergabestellen durch die Kooperation von Internetapotheken mit Drogerieketten oder anderen Geschäftspartnern pervertiert die Apothekenpflicht. Deshalb lehnt die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände den Versandhandel ab. Politiker müssen sich fragen lassen, ob sie eine weitere Zerstörung der Sicherheitsstrukturen wollen.

Zusammenfassung und Fazit

Arzneimittel sind Waren besonderer Art. Das trifft sowohl auf die Produkt- als auch auf die Vertriebsstufe zu. Arzneimittel unterscheiden sich von normalen Konsumgütern in vielerlei Hinsicht: Dank ihrer Wirkung auf den menschlichen Körper bergen sie Risiken. Eine erhebliche Marktasymmetrie herrscht deshalb, weil die Verordner die Medikamente nicht verbrauchen, die Verbraucher sie – bei

verschreibungspflichtigen Präparaten – nicht bezahlen und zudem noch ein Informationsdefizit haben. Wegen ihrer akuten Krankheit sind Patienten in ihrer Entscheidung in der Regel unfrei.

Eine Garantenstellung des Gesetzgebers liegt vor, weil er den Schutz vor einer Manipulation der Vertriebskette garantiert, den Arzt und Apotheker vor einer funktionswidrigen Einflussnahme Dritter schützt und auch den Patienten vor unerwünschter Einflussnahme Dritter sowie Fehlgebrauch bewahrt. Nicht zuletzt deshalb muss es auch künftig bei einem Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel bleiben.

Nur die wohnortnahe und inhabergeführte Apotheke garantiert eine qualitativ hochwertige und unabhängige Beratung. Dazu leistet sie mit Nacht- und Notdiensten eine serviceorientierte Rundumversorgung. Wenn in Einzelfällen ein Medikament in der Apotheke nicht vorrätig oder ein Patient bettlägerig ist, sorgt der Botendienst der Apotheke für eine sichere und schnelle Zustellung der Medikamente.

Auch in Zahlen ausgedrückt sind die 21.500 öffentlichen Apotheken die tragende Säule der Arzneimittelversorgung in Deutschland. Dem Wohl der Patienten dienen dort 144.000 Beschäftigte bei mehr als vier Millionen Kunden pro Tag. Pro Jahr werden 1,5 Milliarden Arzneimittelpackungen abgegeben. Dazu kommen zehn Millionen »klassische« und fünf Millionen »spezielle« Rezepturen – sowie fünf Millionen Rezepturen auf Kundenwunsch. Die Apotheken überprüfen pro Jahr stichprobenartig etwa acht Millionen Arzneimittel und melden 6.000 Probleme an die Arzneimittelkommission. Als letzte Kontrollinstanz vor Anwendung des Medikaments erfüllen sie eine wichtige – vielleicht sogar die wichtigste – Aufgabe für die Patientensicherheit.

Stefan Etgeton¹

Eine Ware wie jede andere oder ein Gut besonderer Art?

Zur Frage der Regulierung und Liberalisierung des Vertriebs von Arzneimitteln

Qualität des Arzneimittels als Ware besonderer Art

Arzneimittel sind einerseits ein Gut besonderer Art mit speziellen Anforderungen an Qualität und Sicherheit und andererseits eine schlichte Ware, deren Verkehr auf Angebot und Nachfrage reagiert. Bis zur Zulassung gelten weitgehend die Gesetze des globalen Marktes und die Regeln eines frei flottierenden Kapitals: Investitionseffizienz und Renditeerwartung bestimmen die vom Marketing dominierten Strategien der großen Arzneimittelhersteller.

Mit der Zulassung begibt sich das Produkt auf einen »Markt«, der durch verschiedene gesetzliche Vorgaben hochgradig reguliert wird. Frei ist zu diesem Zeitpunkt in Deutschland eigentlich nur noch der Preis – und dies auch nur für einen eingeschränkten Zeitraum. Das Aushandeln von Rabatten und die Festsetzung von Festbeträgen oder Höchstpreisen setzt dieser Freiheit der Hersteller recht bald ein Ende.

Die drei Segmente »frei verkäuflich«, »apothekenpflichtig« oder »rezeptpflichtig«, in denen sich Arzneimittel bei uns bewegen, sind allerdings unterschiedlich geregelt. Seinen Warencharakter erhält das Arzneimittel am reinsten im ersten Segment, der allerdings im Jahr 2006 nur 2,9 Prozent des Umsatzes in Apotheken ausmachte. Gerade hier dürften Formen irreführender Werbung bis hin zur Verbrauchertäuschung am verbreitetsten sein. Bei den sogenannten OTC-Präparaten, die man sich selbst besorgen kann, die aber aufgrund ihres Risikoprofils der Apothekenpflicht unterliegen, hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren durch die Freigabe der Preise und den grundsätzlichen

¹ Dr. Stefan Etgeton ist Leiter des Fachbereichs Ernährung und Gesundheit beim Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

Ausschluss aus der GKV-Erstattung die Signale ebenfalls stärker in Richtung »Ware« gesetzt. Als Folge dieser Regelung ist der Kostenanteil der verordneten OTC-Medikamente pro GKV-Versicherten im Jahr 2004 um gut 45 und im Folgejahr um weitere 7,6 Prozent zurückgegangen. Parallel sind die Kosten der Versicherten für die Selbstmedikation in diesem Bereich allein zwischen 2003 und 2004 um 10 und 2005 nochmals um 3,27 Prozent gestiegen.

OTC-Ausgaben pro Versicherten					
Jahr	2001	2002	2003	2004	2005
GKV	36,95 €	35,46 €	34,07 €	18,69 €	17,27 €
PKV	47,63 €	46,93 €	47,86 €	52,65 €	54,37 €

Quelle: BAH (www.bah-bonn.de)

Als Gegenstand politischer Regulierung in einem beitragsatzrelevanten Sinn spielen sie heute praktisch keine Rolle mehr. Dennoch dürfte sich bei einem Umsatzvolumen von 12,6 Prozent im Jahr 2006 der Unterschied zwischen einer gewinnbringenden und einer kostendeckenden Apotheke nicht zuletzt am Verkaufserfolg dieser Arzneimittelgruppe festmachen. Happy-Hour- und andere Sonderangebote haben das Erscheinungsbild der Apotheken, insbesondere in den guten Lagen, schon heute stark verändert. Das apothekenpflichtige, aber rezeptfreie Arzneimittel wird so auch in der Wahrnehmung der Verbraucherinnen und Verbraucher immer mehr zur Ware. Neben Monopolkommission und Gesetzgeber, die der Apothekenpflicht zu Leibe rücken, wird diese so unter Hand von einem Teil der Apotheker selbst sukzessive ausgehöhlt.

Die durch politische Rahmensetzung – insbesondere im OTC-Bereich – angeregten Wettbewerbsprozesse verändern objektiv den Charakter des Arzneimittels hin zur Ware. An diesem Prozess wirken fast alle Akteure mit vereinten Kräften mit: die Pharmaindustrie durch Ausweitung

der verdeckten oder offenen Produktwerbung an Endverbraucher, der Gesetzgeber durch die Preisfreigabe der OTC und ihre Entlassung in die Eigenverantwortung, die Apotheker, sei es vor Ort oder im Versand, durch entsprechende Marketingstrategien im Selbstmedikationsbereich und letztlich die Verbraucherinnen und Verbraucher dadurch, dass sie die daraus entstehenden Vorteile für sich nutzen. Aber wer wollte ihnen das verdenken?

Eigenverantwortung und Verbraucherkompetenz

Wie im Gesundheitsbereich überhaupt wird auch beim Konsum von Arzneimitteln den Verbrauchern heute mehr Eigenverantwortung abverlangt als früher. Schon im Verhältnis zum Arzt gilt heute die Mitentscheidung des Patienten als *state of the art* (*»shared decision making«*). Darum werden Patienten als Adressaten von Arzneimittelwerbung auch immer attraktiver. Die Selbsthilfeorganisationen der chronisch Kranken und daher besonders begehrten Patienten werden von der Industrie heiß umworben. Zugleich gerät die Behandlung der großen chronischen Volkskrankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depression, Demenz oder Krebs in den Fokus verstärkter Anstrengungen um eine wirtschaftlichere Arzneimittelversorgung. Die »Freiheit der Therapieentscheidung« ist umlagert von unterschiedlichen strukturellen Vorgaben, wettbewerblichen Marketingmaßnahmen und eigenen ökonomischen Interessen der jeweiligen Beteiligten, gegen die sie sich immer schwerer behaupten kann. Das beginnt bei der Frage einer unabhängigen verständlichen Information über mögliche Behandlungen und die Alternativen, über Produkte und Verfahren, über gute und schlechte Qualität der Leistungserbringer bis hin zur Höhe der zu erwartenden Kosten.

Aufgrund der erheblichen Unübersichtlichkeiten, die das deutsche Gesundheitswesen noch immer aufweist, wird die Aufforderung zu mündigem Verhalten von einigen Patienten sogar eher als Belastung empfunden. Bessere Transparenz, verständlichere, vor allem unabhängige Information und Unterstützung sind daher eine wichtige Voraussetzung, wenn Selbstbestimmung im Gesundheitswesen nicht zur abstrakten

Chimäre werden soll. Hier sind alle Akteure inner- und außerhalb der pharmazeutischen Wertschöpfungskette gefordert. Je freier von spezifischen ökonomischen Interessen die jeweilige Institution agieren kann, desto glaubwürdiger ist ihr Urteil für die Belange der Patientinnen und Patienten. Im Hinblick auf Information und Beratung über Arzneimittel kommt neben den Verbraucher- und Patientenorganisationen den Apotheken eine Schlüsselrolle zu.

Das Ideal: der Apotheker in seiner Apotheke

Die Apotheke klassischen Stils ist für viele gerade der älteren Patientinnen und Patienten neben der Bezugsstelle für Arzneimittel auch ein wichtiger Ort der Information und Beratung. Während das Zeitbudget des Arztes zusammenschrumpft, können viele – zum Teil auch medizinische – Fragen in der Apotheke um die Ecke mit mehr Ruhe besprochen werden. Viele Patienten haben mit den Jahren ein spezifisches Vertrauensverhältnis zu ihrem Apotheker aufgebaut, das demjenigen zu ihrem Hausarzt entspricht. Das Ideal des freiberuflich tätigen Apothekers, der tagtäglich in seinem Geschäft steht, berät, Rezepturen herstellt und niemandem außer seinem eigenen Berufsethos verantwortlich ist, führt einen hohen Grad an Glaubwürdigkeit mit sich. In diesem Idealbild des »guten Apothekers« tritt der Kaufmann deutlich hinter dem pharmazeutischen Fachexperten zurück. Die Erfüllung dieses Anspruchs nützt schließlich auch dem Apotheker als Kaufmann, denn schließlich ist bei der großen Auswahl der Anbieter die Kundenzufriedenheit das entscheidende Bindemittel zwischen Patient und Apotheke.

Aber es gibt auch gewichtige sachliche Gründe, den Vertrieb von Arzneimitteln, ihre Sicherheit und Kontrolle der Obhut einer durch gesetzliche Regeln strukturierten Berufsgruppe und nicht dem freien Spiel der Kräfte zu überlassen. Die Versorgung mit Medikamenten wird und muss immer ein Bereich sein, in dem die Gesetze des Marktes klaren und verbindlichen Regeln im Hinblick auf **Sicherheit, Verlässlichkeit, Zugänglichkeit** und **Wirtschaftlichkeit** unterworfen sind. Was die ersten drei Aspekte betrifft, so kann sich das bestehende deutsche System der Arzneimittelversorgung im Großen und Ganzen sehen lassen: Der

Schutz vor defekten oder gar gefälschten Arzneimitteln ist gut, das umfassende Angebot flächendeckend und in der Regel leicht zugänglich. Allein die Qualität der Beratung erfüllt nicht immer die Erwartungen – weder bei den Orts- noch bei den Versandapotheken.

Im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Effizienz tauchen jedoch in den letzten Jahren zum Teil ganz schlichte Fragen auf: »Warum gibt es in meinem Viertel mehr Apotheken als Bäcker?« Brauchen wir – insbesondere in den Ballungsräumen – an jeder Ecke eine Apotheke? Was kostet uns insgesamt dieses überversorgende Netz? Können hier Wirtschaftlichkeitsreserven für das System der gesetzlichen Krankenversicherung oder für die einzelnen Verbraucher erschlossen werden? Diese Fragen sind legitim. Die Vertreter des bestehenden Apothekensystems sollten sich an einer unvoreingenommenen Klärung beteiligen, anstatt sich in einer Wagenburg aus Idealen über das Bestehende und Horrorszenarien über die möglichen Alternativen zu verschanzen.

Die Wirklichkeit: Happy Hour in der »Apotheke light« und ihre Folgen

Der größte Feind des Ideals ist stets die Wirklichkeit – so auch hier: Während die offiziellen Vertreter des Berufsstandes noch ihr Ethos zu einem in sich schlüssigen theoretischen Gesamtkunstwerk ausbauen, die Hand zur Abschaffung von Rabatten reichen, die Arzneimittelpreisverordnung entsprechend umgestalten helfen und sich um die Verbesserung der Beratungsqualität bemühen, geht eine zunehmende Zahl von Apothekern dem Ideal von der Fahne. Sie gründen Filialen und Versandapotheken, stellen das Verkaufssortiment und die Ladengestaltung so um, dass etwa Apotheken in Bahnhofsnähe zu kleinen Drogeriesupermärkten mit Selbstbedienung mutieren. Von Preisaktionen für OTC-Präparate oder Happy-Hour-Angeboten bis hin zu »Apotheken«, die explizit damit werben, keine Beratung anzubieten, wird das Bild vom regulierten Preis- und Gütermarkt mit Arzneimitteln gerade von denen aufgeweicht, deren Standesvertreter so verbissen daran festhalten. Wenn so das Arzneimittel als Gut besonderer Art von Apothekern, die es in öffentlichem Auftrag vertreiben, in eine Ware wie jede andere verwandelt wird, wer kann es Patienten da verdenken, wenn auch sie

sukzessive immer mehr zu Kunden werden? In der Wahrnehmung insbesondere des gelegentlichen Apothekennutzers tritt nun im Apotheker der Kaufmann gegenüber dem pharmazeutischen Fachexperten in den Vordergrund – und zwar in gegenseitigem Einvernehmen. Und warum auch nicht? Bei einfachen Arzneimitteln oder unkomplizierten Folge-rezepten nehmen Verbraucher tatsächlich lieber einen Preisvorteil als eine aus ihrer Sicht unnötige Beratung in Anspruch.

Auch wenn die reale Marktentwicklung denjenigen in die Hände spielt, die durch verschiedenste Maßnahmen versuchen, das jetzige System der Arzneimittelversorgung sturmreif zu schießen, stehen sie ihrerseits doch in der Pflicht, schlüssig darzulegen, ob die Alternative, die sie sich vorstellen, Sicherheit, Verlässlichkeit, Zugänglichkeit und Wirtschaftlichkeit in derselben Weise gewährleisten kann wie das bestehende System. Obgleich ein solcher Nachweis, dessen es angesichts der Sensibilität dieses speziellen Marktes dringend bedürfte, noch aussteht, werden die strukturellen Fundamente des jetzigen Arzneimittelvertriebssystems frisch-fröhlich, naiv oder mit Arglist angebohrt: durch Zulassung des Versandhandels, Lockerung des Mehrbesitzverbots oder auch Freigabe der Preise für OTC. Und die liberale Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes tut das Übrige!

Freiberuflichkeit – Ethos oder Fetisch?

Neben der Apothekenpflicht verschreibungsfreier Arzneimittel steht der Charakter des Apothekers als freier Beruf mehr und mehr zur Disposition. Dabei ist der Begriff selbst missverständlich; er suggeriert, da er den Aspekt der Freiheit hervorhebt, eine Ungebundenheit, die mit dem Ethos und dem Regulierungshintergrund eines freien Berufs gerade nicht gegeben ist. Verglichen mit einem »freien Unternehmer«, bewegt sich der Freiberufler in einem engen Korridor gesetzlicher Qualifikations- und Strukturanforderungen. Weil er eine ursprünglich dem Staat obliegende Aufgaben gleichsam stellvertretend wahrnimmt, ist der Referenzpunkt seiner »Freiheit« die des Staatsbeamten. Dem freiberuflich Tätigen wird unterstellt, er habe als Vollstrecker eines öffentlich regulierten und damit exklusiv, gleichsam monopolistisch organisierten

Aufgabengebiets eine sichere Einkommenssituation, die ihn davor bewahre, zugunsten kurzfristiger Gewinnoptionen seine berufsethischen Prinzipien über Bord zu werfen.

Soweit indes geht dieser Schutzraum auch in Deutschland nicht, dass damit eine Beschränkung der Niederlassungsfreiheit verbunden wäre. Seit 1958 gilt Niederlassungsfreiheit. Wer die Qualifikationsanforderungen erfüllt, kann eine Apotheke eröffnen. Da – anders als bei Ärzten – eine kostentreibende angebotsinduzierte Nachfrage im Apotheken-segment schon wegen der Rezeptpflicht ausgeschlossen ist, machen sich die 21.000 Apotheken in Deutschland allenfalls gegenseitig das Leben schwer.

Trifft es aber zu, dass die Einnahmen aus dem verschreibungspflichtigen Bereich kaum mehr kostendeckend sind, so wären schon jetzt und im bestehenden System die Apotheker zunehmend auf jene Bereiche angewiesen, in denen neben oder sogar über dem Berufsethos die Gesetze des Marktes regieren. In der klassischen Mischkalkulation aus Rezepten, OTC, frei verkäuflichen Arzneimitteln, Drogerieartikeln und Beisortiment haben sich je nach Lage und Stellung der Apotheke die Gewichte verschoben. Wie sollte dies am Berufsethos der Apotheker spurlos vorübergehen? Dem von den Standesvertretern an die Wand gemalten Horrorszenario vom angestellten Apotheker, der unter der Knute des *shareholder-value* ächzt, steht schon heute nicht mehr (nur) der rein seinem Berufsethos verpflichtete Freiberufler gegenüber, sondern vielmehr der um seine ökonomische Existenz kämpfende Kleinunternehmer, der es sich unter dem Druck der Konkurrenz kaum mehr leisten kann, den Kunden ohne Ware aus dem Laden zu lassen, auch wenn es fachlich geboten wäre.

Vollends unglaublich wird aber eine Strategie, sich weitere Konkurrenz, etwa durch Versandapotheken oder Apothekenketten, mit dem Hinweis auf das alte, von der eigenen Klientel bereits durchlöchernte Berufsethos vom Leib halten zu wollen. Dass der angestellte Apotheker per se sich ökonomischem Druck leichter beuge als der um sein geschäftliches Überleben kämpfende Innenstadtapotheker – wer soll das heute noch glauben? Vielleicht sollten die Berufsfunktionäre, die so

argumentieren, einmal zur Kenntnis nehmen, dass das erwerbstätige Publikum, dem man solch eine Behauptung verkaufen will, zur Hälfte selbst aus Angestellten besteht. Auch hier gilt: Die Berufung auf ein Ideal, das – ob je wirklich gelebt – jedenfalls heute nicht mehr die bestimmende Realität ist, untergräbt die eigene Argumentation. Das Leitbild vom »Apotheker in seiner Apotheke« wird zur leeren Monstranz.

Das Kapital: Ketten, Marken, Monopole

Dabei gibt es gute Gründe, den Mechanismen der Kapitalverwertung und Renditeerzielung im Arzneimittelbereich klare Grenzen zu setzen. Dass Produktion und Vertrieb von Medikamenten einmal so strukturiert sein sollten wie heute die Energiemärkte, dass also privatisierte Staatskonzerne einen regionalen Markt monopolisieren, wäre in der Tat keine erstrebenswerte Perspektive. Sie ist angesichts der Ausgangsposition aber auch eher unwahrscheinlich, denn die zu erwartenden Konzentrationsprozesse setzen anders als im Energiemarkt nicht auf vormals bestehenden Monopolen auf, sondern greifen in einen Markt mit 21.000 Einzelapotheken ein. Dass sich in diesem Markt Anbieter zu Ketten zusammenschließen und Marken bilden, wäre an sich nichts Schlimmes, solange die Versorgung gesichert und den Verbrauchern auch in ihrer Region eine gewisse Auswahl unter verschiedenen Anbietern bleibt. Wie im Lebensmitteleinzelhandel, wo Wettbewerb und Markenidentität – freilich nicht ganz ohne den Druck einer kritischen Verbraucheröffentlichkeit – zur Einführung von Bio-Sortimenten und der Senkung von Pestizidrückständen in Obst und Gemüse geführt haben, kann der Wettbewerb zwischen Apothekenketten auch zu Qualitätsverbesserungen beitragen.

Freilich ist beim Vertrieb von Arzneimitteln durch ein gesetzliches Regelwerk sicherzustellen, dass der neu entstehende Markt weder die Verlässlichkeit und den freien Zugang zu Medikamenten einschränkt noch die Unterschreitung essenzieller Sicherheitsanforderungen ermöglicht oder gar belohnt. Genau hier liegt die schwerste Beweislast der Reformen und Liberalisierer des Arzneimittelmarktes: nämlich sicherzustellen, dass die wettbewerbliche Dynamik durch ein Gerüst

von Qualitätsanforderungen und Kontrollmechanismen so in Schach gehalten wird, dass aus dem Gut besonderer Art nicht doch eine Ware wie jede andere wird.

Und hier müssen auch die Modernisierer des Systems sich kritische Fragen gefallen lassen: Wie kann der Markt allein eine flächendeckende umfassende Versorgung sicherstellen? Wie kann verhindert werden, dass der Arzneimittelvertrieb sich aufspaltet in Über- und Unterversorgungsregionen? Wie sind regionale oder sektorale Monopole zu verhindern? Wie lange lassen sich nationale Formen der Arzneimittelpreisgestaltung, der Erstattung und Zuzahlung noch aufrechterhalten, wenn der Vertrieb von Medikamenten als Dienstleistung im Rahmen des europäischen Binnenmarktes für alle Anbieter frei zugänglich sein muss? Wie weit greifen überhaupt die Zugriffsmöglichkeiten des nationalen Gesetzgebers, wenn Anbieterstrukturen – wie jetzt schon im Bereich der Arzneimittelherstellung – multinationale Dimensionen annehmen? Welche Anforderungen an Sicherheit, Zugang, Verlässlichkeit und Wirtschaftlichkeit lassen sich international konsentieren? Das wäre notwendig, soll die Unterbietung bisheriger nationaler Standards nicht zum Wettbewerbsvorteil werden. Es wäre die Aufgabe derjenigen, die derzeit die Axt an die Struktur des deutschen Apothekenwesens legen, Antworten auf diese Fragen zu finden! Freilich sind auch die Verteidiger des Status quo davon nicht entbunden, da – wie bereits erwähnt – die ökonomische Dynamik auch die eigene Klientel bereits voll erfasst hat.

Pluralität der Vertriebswege – eine Illusion?

Aus Verbrauchersicht spricht also zunächst nichts gegen eine Pluralität unterschiedlicher Vertriebswege für Arzneimittel. Ob Orts- und Versandapotheken, Einzelbetrieb mit oder ohne Filialen oder Apothekenketten – all das dürfte den meisten Verbrauchern letztlich egal sein, wenn die zentralen Bedingungen stimmen. Der Nachweis aber, dass **Sicherheit, Verlässlichkeit und Zugänglichkeit** auch in stärker marktwirtschaftlich organisierten Systemen eingehalten werden können, ist von denen zu erbringen, die das bestehende System liberalisieren wollen.

Die ebenso triftige Frage, ob dieses System noch **wirtschaftlich** ist, wäre im Vergleich mit anderen europäischen Modellen vielleicht zu klären. Eine deregulierende Salamtaktik aber, die Schritt für Schritt bestehende Strukturen unterhöhlt, ist ebenso unangemessen wie der Versuch, die bereits in den Damm gerissenen Löcher notdürftig zu flicken – etwa durch die Beschränkung des Versandhandels auf das OTC-Sortiment. Anders als bei Medikamenten, die der Arzt verschreibt, ist die proaktive persönliche Beratung des Apothekers vor Ort – die der Versandhandel in dieser Form gar nicht bieten kann – gerade im Bereich der Selbstmedikation angezeigt. Insofern macht die Anwendung der Grenze zwischen verschreibungspflichtigen und rezeptfreien Medikamenten hier genauso wenig Sinn wie bei der Frage der Erstattung durch die GKV.

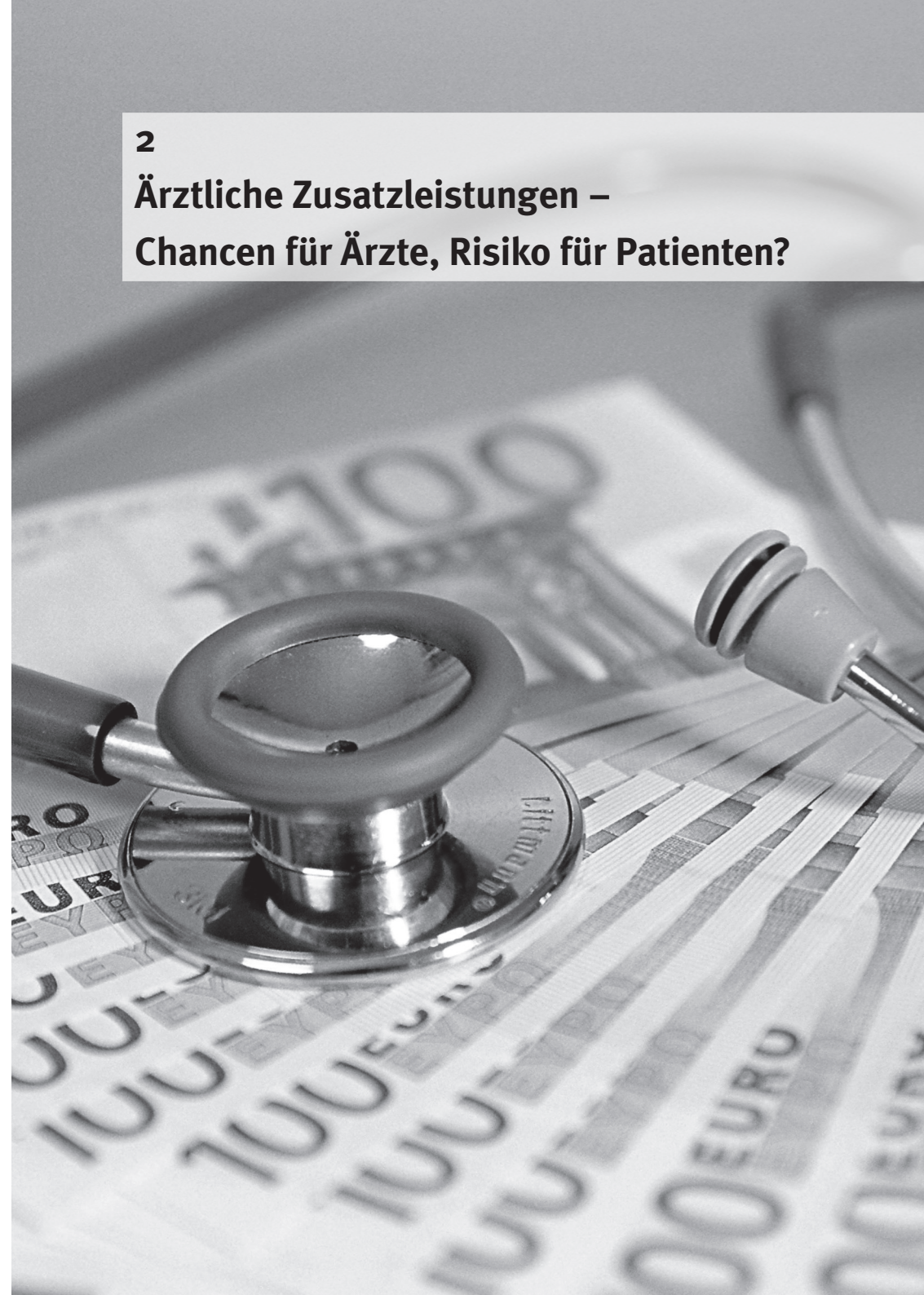
Vielmehr wäre eine breite öffentliche Debatte darüber zu führen, welche Bedeutung die Eckpfeiler der gegenwärtigen Struktur – Verschreibungs- und Apothekenpflicht, Freiberuflichkeit, Mehrbesitzverbot – für die Verwirklichung der oben genannten zentralen Bedingungen haben oder ob diese sich auch anders realisieren lassen. Im Hintergrund steht dabei auch die Frage, inwiefern beim Arzneimittelvertrieb die Sicherung von Qualität im **Vertrauen auf Strukturen** oder durch die **Kontrolle von Prozessen** zu gewährleisten ist. Würden bestimmte strukturelle Voraussetzungen, die heute national gelten, um Bedingungen für eine sichere, zuverlässige und umfassende Arzneimittelversorgung herzustellen, etwa zugunsten einer europäischen Liberalisierung aufgegeben, so müsste Qualitätssicherung gleichsam im Nachhinein, durch Instrumente des Managements, der Kontrolle und Ergebnistransparenz erfolgen. Wieweit diese Systeme dann denselben Druck entfalten, um Schäden und Sicherheitsmängeln vorzubeugen, wäre allerdings zu klären. Unterstellt man der bestehenden Struktur eine solche präventive Funktion im Hinblick auf Sicherheit und Qualität, wäre deren Verlust bei der Auflösung jener Strukturen durch geeignete obligatorische Maßnahmen der Qualitätssicherung zu kompensieren. Ob dies dann unter dem Strich tatsächlich zu einer **wirtschaftlicheren** Arzneimittelversorgung führen wird, kann man allerdings bezweifeln. In jedem Fall sollte den politisch Handelnden die Illusion genommen werden, der Staat könnte sich durch Deregulierung in diesem Bereich seiner Verantwortung

entledigen. Der Markt selbst kann, auch wenn er durch eine kritische Verbraucheröffentlichkeit kontrolliert wird, die Aufsichts- und Überwachungsfunktionen von Behörden nicht ersetzen – und auch die Verbraucherorganisationen werden hier nicht einspringen!

Die Sicherstellung einer umfassenden, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Arzneimittelversorgung bleibt, wie auch immer diese ausgestaltet wird, eine wesentliche Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge und damit in der Letztverantwortung des Staates.

2

Ärztliche Zusatzleistungen – Chancen für Ärzte, Risiko für Patienten?



Wolfgang Schuldzinski¹

Individuelle Gesundheitsleistungen: Ist Gesundheit Luxus?

Seit einigen Jahren werden Verbraucher² zunehmend mit ärztlichen Leistungsangeboten konfrontiert, die nicht von den Kostenträgern übernommen werden, sondern die sie selbst zahlen müssen. Diese Individuellen Gesundheitsleistungen, häufig auch unter dem prägnanten Kürzel IGeL geführt, unterliegen keiner Überwachung, sondern sind allein in die Verantwortung des Arztes gestellt. In diesem Beitrag soll dargestellt werden, wo Verbraucher mit »IGeLn« rechnen müssen und wie ein verbesserter Verbraucherschutz erreicht werden könnte.

Wie entwickelt sich das Angebot?

Dieses Segment des Gesundheitsmarktes wächst seit Jahren stetig. In den Befragungen des WidO-Monitors wuchs die Zahl der gesetzlich Krankenversicherten, die ein IGeL-Angebot von einem Arzt (ohne Zahnärzte) erhalten oder ein solches nachgefragt haben, von 16 Prozent im Jahr 2004 über 23,1 Prozent im Jahr 2005 bis zu 25,2 Prozent im Jahr 2006.³ Eine Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kommt für 2006 auf einen Wert von 35 Prozent.⁴ Nach den Ergebnissen des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors 2007 lag die Zahl der Versicherten, denen entsprechende Selbstzahlerangebote im Herbst 2006 gemacht

- 1 Rechtsanwalt Wolfgang Schuldzinski ist Bereichsleiter Recht und Finanzdienstleistung der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V.
- 2 Der Begriff Verbraucher ist geschlechtsneutral gemeint, das gilt auch für andere Sammelbezeichnungen im Text wie Patienten, Ärzte, Versicherte, Standesvertreter etc.
- 3 WidO-Monitor, Bonn, 2005–2007, der WidO-Monitor ist eine regelmäßige Repräsentativumfrage des Wissenschaftlichen Instituts des AOK-Bundesverbands (WidO) zu gesundheitspolitischen Fragestellungen bei GKV-Versicherten (www.wido.de).
- 4 Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, KBV, Berlin, Mai/Juni 2006, S. 19.

worden sind, sogar bereits bei rund 53 Prozent.⁵ Das Marktvolumen wird auf rund eine Milliarde Euro geschätzt.⁶

Welche Angebote gibt es?

Da IGeL-Angebote sich in Abgrenzung zu GKV-Leistungen definieren, gibt es keinen abschließenden Katalog dieser Leistungen. Ein selbst entwickeltes Gebührenverzeichnis eines privaten Anbieters listet derzeit rund 340 IGeL-Angebote auf.⁷ Grundsätzlich ist jeder Arzt frei darin, sich neue Leistungen auszudenken.

Dabei sind es wesentlich häufiger Fachärzte als Haus- oder Allgemeinärzte, die diese Angebote vorhalten. Bei den Fachärzten werden die meisten Angebote von Gynäkologen und Augenärzten gemacht, es folgen Urologen, Hautärzte und Orthopäden und danach mit deutlichem Abstand die anderen Fachgruppen.⁸

Die verschiedenen Leistungen kann man grob in vier Kategorien einteilen:

→ Medizinische Maßnahmen, die nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen gehören – also weder zur Krankenbehandlung noch zur Früherkennung von Krankheiten zählen –, jedoch im Einzelfall eine medizinisch sinnvolle und empfehlenswerte Leistung darstellen, zum Beispiel Beratung und Impfung vor Fernreisen, sportmedizinische Untersuchungen, Eignungsuntersuchungen (etwa zur Flugtauglichkeit).

- 5 Schuldzinski, Wolfgang/Vogel, Kai: Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – Randerscheinung oder relevanter Faktor im Gesundheitssystem? In: Gesundheitsmonitor 2007, Gütersloh 2007, S. 212. Der Gesundheitsmonitor ist eine regelmäßige, repräsentative Umfrage der Bertelsmann Stiftung zu gesundheitspolitischen Fragestellungen.
- 6 WidO-Monitor 2007, vgl. Anm. 3.
- 7 Krimmel, Lothar/Kleinken, Bernhard: MEGO-MedWell Gebührenverzeichnis für Individuelle Gesundheitsleistungen, Köln, Ausgabe 2007
- 8 Übereinstimmend alle zitierten Untersuchungen, vgl. etwa WidO-Monitor 2007, vgl. Anm. 3.

- Medizinisch-kosmetische Leistungen, die allein auf Wunsch des Patienten erfolgen, ohne dass eine medizinische Notwendigkeit gegeben ist (zum Beispiel Schönheitsoperationen oder Entfernung von Tätowierungen).
- Spezielle Vorsorgeuntersuchungen, die nur in bestimmten Risikofällen oder bei begründetem Krankheitsverdacht von den Kassen übernommen werden. In allen anderen Fällen, in denen die Zusatzuntersuchungen auf eigenen Wunsch der Patienten ohne medizinische Notwendigkeit durchgeführt werden, müssen die Kosten aus der eigenen Tasche bezahlt werden. Ein Beispiel ist die Brustkrebsfrüherkennung bei Frauen. Bei einem auffälligen Tastbefund der Brust übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für zusätzliche Ultraschalluntersuchungen über die übliche Vorsorge hinaus, da sie in diesem Fall medizinisch notwendig beziehungsweise sinnvoll sind. Die Untersuchungen können mit der Kasse abgerechnet werden. Möchte eine Frau diese Untersuchung jedoch ohne medizinischen Grund, werden die Kosten nicht übernommen. Das gilt analog beispielsweise auch für den PSA-Test zur Prostatafrüherkennung oder die Knochendichtemessung zur Bestimmung des Osteoporoserisikos.
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen bislang nicht eindeutig wissenschaftlich bewiesen ist. Beispiele sind die Ozontherapie und Ultraviolettbestrahlung des Blutes (UVB), die häufig zur Regeneration, zur Stärkung der Immunabwehr und bei Durchblutungsstörungen angeboten werden. Bei beiden Behandlungsmethoden liegen keine ausreichenden wissenschaftlichen Studien vor, die eine Wirksamkeit der Therapie belegen.

Es wäre zu erwarten, dass vor allem IGeL aus den beiden erstgenannten Gruppen erbracht werden, also Leistungen, bei denen der Patient nicht damit rechnen kann, dass sie von der Krankenkasse übernommen werden. Solche Leistungen zählen ganz offensichtlich nicht zu den Aufgaben, die von der Solidargemeinschaft der GKV getragen werden können, weil sie zwar möglicherweise der unmittelbaren Gesundheitsverbesserung oder Gesunderhaltung eines Einzelnen dienen, aber nicht zu einer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erforderlich sind. Das liegt bei allen Maßnahmen, die der Verbesserung der individuellen

Erscheinung dienen sollen, auf der Hand. Schönheitsoperationen, Piercings oder das Entfernen von Tätowierungen müssen selbst bezahlt werden. Nach § 52 Absatz 2 SGB V sind nach der Gesundheitsreform 2007 auch die Kosten einer Behandlung von krankhaften Folgen einer selbst bezahlten Schönheitsoperation vom Patienten zu tragen.⁹ Ein weiteres Beispiel von Leistungen außerhalb der GKV sind Sporttauglichkeitstests und Atteste. Schwieriger wird es schon bei Reiseimpfungen. Traditionell waren diese ebenfalls keine Leistung der GKV und mussten von den Reisenden selbst gezahlt werden. Wer eine Fernreise bezahlen konnte, zu der er aus reinem Vergnügen aufbrach, sollte auch für die erforderliche Gesundheitsvorsorge aufkommen. Dabei kamen für die verschiedenen Impfungen schnell über 100 Euro zusammen. Aktuell sind jedoch einige Kassen dazu übergegangen, auch die Kosten für Reiseimpfungen zu übernehmen.¹⁰ Argumentiert wird mit der Reisehäufigkeit der Versicherten. Demnach würde das Reisen in ferne Länder zur gewöhnlichen Lebensführung zählen, deren gesundheitliche Absicherung durch die Versichertengemeinschaft getragen werden soll.¹¹ Möglicherweise sind dies aber auch lediglich Ausflüsse des verstärkten Wettbewerbs der gesetzlichen Krankenkassen untereinander.

Tatsächlich sind es jedoch die Leistungen der dritten Gruppe, die Patienten am häufigsten erhalten. Untersuchungen¹² zeigen, dass Patienten mit Abstand am häufigsten zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen (rund 72 Prozent aller Angebote) – wie Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs, des Grünen Stars oder sogenannte Gesundheitschecks – angeboten bekommen. Danach folgen mit großem Abstand Alternative Heilverfahren (beispielsweise Akupunktur oder eine Eigenbluttherapie) mit einem Anteil von 29 Prozent und Laboruntersuchungen (beispielsweise Allergietests), deren Anteil sich auf 28 Prozent beläuft. Durchaus

9 Aktuell plant das BMG die Einführung einer Meldepflicht solcher Fälle für die behandelnden Ärzte – ein Vorhaben, das wegen der Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht erheblichen Zweifeln begegnet. Quelle: DER SPIEGEL (40/2007) – 1.10.2007.

10 Vgl. etwa Presseerklärung der KKH vom 28.6.2007, www.kkh.de.

11 Anm. d. Verf.: Das gilt wohl eher für Tropenerkrankungen, die durch den Klimawandel auf uns zukommen.

12 Gesundheitsmonitor 2007, vgl. Anm. 5.

überraschend finden sich am Ende des Angebotsspektrums dagegen neuartige Untersuchungsmethoden (etwa elf Prozent) gemeinsam mit ärztlichen Serviceleistungen, etwa den oben erwähnten Sporttauglichkeitsattesten und Fernreiseimpfungen (etwa neun Prozent), und Angeboten der Umweltmedizin (acht Prozent). Ebenso zeigen die Untersuchungen, dass sich solche Angebote vermehrt an Gesunde richten, und nicht, wie gelegentlich von Ärzteseite behauptet wird, an Kranke, die wegen der Sparzwänge der GKV nur so versorgt werden können. Dass diese Angebote einen neuen Markt schaffen und nicht vorrangig der Behandlung von Kranken dienen, zeigt auch der Umstand, dass vermehrt einkommensstärkere Bevölkerungsgruppen sowie gesundheitsbewusstere Menschen von Ärzten angesprochen werden.¹³

Gestützt wird dieser Befund einer Entwicklung vom Patienten zum Verbraucher, wenn man die nicht unerhebliche Industrie betrachtet, die sich rund um ärztliches »IGeL« gebildet hat. Da gibt es Beraterfirmen, die Praxen »IGeL-fit« machen, Kongresse und eigene Zeitschriften wie »IGeL aktiv« oder »IGeL Plus«. Die Arzthelferin kann durchaus auch mit Umsatzbeteiligung¹⁴ zur Verkäuferin umgeschult werden. Praxisfernsehen »bringt dem Patient die IGeL-Angebote näher und bereitet ihn effizient auf das Arztgespräch vor«,¹⁵ und die Produktpalette wird erweitert mit immer neuen Labortests, Therapien oder Nahrungsergänzungsmitteln (Vitamine und Mineralien), möglichst immer direkt mit Marketingkonzept. Im Vordergrund steht der Verkauf.¹⁶

Das Dilemma der Patienten

Gerade Angebote zur Früherkennung lebensbedrohlicher Erkrankungen stellen Patienten vor ein erhebliches Problem. Wie sollen sie beurteilen

¹³ Gesundheitsmonitor 2007, vgl. Anm. 5.

¹⁴ Gabriel, Peter: Prämie fürs Erfolgsteam, in: IGeL aktiv 5/2007, S. 16.

¹⁵ Zitat aus einem Werbeflyer für Praxis-TV.

¹⁶ Aus der Produktwerbung für ein »Atmungsergänzungsgerät: Amortisation bei nur 1 Patient am Tag; voll delegierbar (kann von der Arzthelferin angewendet werden, Anm. d. Verf.). Ein hoher Praxisgewinn ist möglich.« Quelle: IGeL aktiv 5/2007, S. 5.

können, ob die angebotene Leistung wirklich erforderlich ist oder nur den Verdienst des Arztes steigern soll? Unabhängige Beratungsangebote gibt es in Deutschland bekanntlich kaum, das Internet als Informationsquelle ist dagegen zwar reichhaltig, aber nicht qualitätsgesichert.¹⁷ Die Krankenkassen erklären sich zumeist nicht für zuständig, da es ja eben nicht um Kassenleistungen geht. Es kommt also ganz erheblich auf die Qualität der Beratung durch den anbietenden Arzt an.

Das erkennen auch die Organisationen der Ärzte an. So schreibt die Bundesärztekammer in ihrer Anfang 2008 erschienenen Patienteninformation¹⁸ ausdrücklich: »Nur Ihr Arzt, nicht aber seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, kann Ihnen entsprechende Leistungen empfehlen ...«. Leider wird dies in der Praxis nicht immer eingehalten.¹⁹ Dabei muss eine solche Aufklärung neben der reinen Erklärung des Verfahrens auch mögliche Risiken offenlegen. Das bedeutet etwa für die viel verkaufte Zusatzleistung PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs eine Aufklärung über die Wahrscheinlichkeit und die Folgen falsch positiver Befunde (15 Prozent), die Aufklärung über die Erfolgsquote und die Information, dass derzeit keine ausreichenden Erkenntnisse darüber vorliegen, ob dieser Test Leben retten kann oder nicht.²⁰ Wenn Erkenntnisse vorliegen, dass eine Untersuchung an einem gesunden Patienten Schäden hervorrufen kann, darf der Arzt sie gar nicht einsetzen. Das gilt etwa bezüglich des Strahlenrisikos bei beliebten Diagnoseverfahren wie der Computertomografie (CT), wenn sie ohne konkreten Krankheitsverdacht im Rahmen von »Gesundheitschecks« eingesetzt wird. Letztlich verbleibt die Entscheidung beim Patienten. Damit er aber eine

¹⁷ Vgl. Verbraucherinformation der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V. (2006) im Rahmen des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« zum Thema: Gesundheitsinformationen in Internetforen, www.vz-nrw.de.

¹⁸ Individuelle Gesundheitsleistungen – was Sie über IGeL wissen sollten, Bundesärztekammer, Berlin 2/2008, S. 4.

¹⁹ In der Versichertenbefragung von WidO und Verbraucherzentrale gaben allerdings 21,9 Prozent derjenigen, die überhaupt zur medizinischen Sinnhaftigkeit der Leistung beraten worden waren, an, dies sei durch die Arzthelferin geschehen. Zok, Klaus/Schuldzinski, Wolfgang: Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis – Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.), Bonn 2005, S. 53.

²⁰ Stiftung Warentest, test 5/2006, S. 95.

rationale Entscheidung fällen kann, wäre es gut, wenn es eine Positivliste gäbe. Das wäre eine wissenschaftliche Bewertung von IGeL-Leistungen, die insbesondere im Bereich der Vorsorge evidenzbasiert mit anschließendem Ausschluss negativ bewerteter Leistungen beurteilt. Hilfreiches Material, wie es für bestimmte Verfahren beim MDS oder der Stiftung Warentest erhältlich ist,²¹ müsste dazu systematisch aufbereitet werden.

Rechtliche Regelungen

Obwohl die medizinische Qualität der IGeL keiner Überprüfung unterliegt, bedeutet dies nicht, dass Ärzte sich nicht an Regeln halten müssen, wenn sie solche Angebote vorhalten.²² Hier kommen insbesondere die Regeln zum Vertrag und der Abrechnung privatärztlich erbrachter Leistungen für GKV-Versicherte in Betracht, wie sie sich aus der Berufsordnung für Ärzte,²³ dem Bundesmantelvertrag zur Regelung des Rechts der Kassenärzte und der privatärztlichen Gebührenordnung (GOÄ)²⁴ ergeben.

Weil die IGeL nicht über die GKV abgerechnet werden können, handelt es sich, gebührenrechtlich betrachtet, um privatärztliche Leistungen. Nach § 1 Absatz 2 der GOÄ darf eine über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehende Leistung nur dann berechnet werden, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden ist. Nach dem Bundesmantelvertrag²⁵ muss der Ver-

21 Siehe www.mds-ev.org und Stiftung Warentest, Untersuchungen zur Früherkennung – Krebs. Nutzen und Risiken. Berlin 2005.

22 Eine vertiefte Auseinandersetzung des Verfassers mit den rechtlichen Regelungen zu IGeL findet sich in: Individuelle Gesundheitsleistungen – Markt ohne Regeln? In: Verbraucher und Recht (VUR) 11/2007, S. 428.

23 (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2006) Quelle: KBV, vgl. Anm. 4.

24 Amtliche Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ, Stand 1.1.2005, Quelle: KBV, vgl. Anm. 4.

25 §§ 3 Satz 2; 18 Absatz 3 Nummer 3 Bundesmantelvertrag. Der Bundesmantelvertrag regelt die Rechtsbeziehungen der niedergelassenen Ärzte mit Kassenzulassung zu den Kassenpatienten und den gesetzlichen Krankenkassen. Quelle: KBV, vgl. Anm. 4.

sicherte der GKV vor Beginn der Behandlung schriftlich bestätigen, dass er ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Leider ist hier in der Praxis ein erhebliches Defizit erkennbar. Bei rund zwei Dritteln (63,6 Prozent) der Versicherten, die innerhalb eines Jahres IGeL-Erfahrungen gemacht hatten, unterblieb diese Vereinbarung.²⁶ Dies ist umso bedauerlicher, weil es sich eben nicht nur um eine bloße Formalie handelt, sondern diese Erklärung einen Warnhinweis darstellt. Dem Kassenpatienten soll vor einer entsprechenden Behandlung deutlich werden, dass er eine medizinisch nicht notwendige Leistung nachfragt, für die es keine zwingende medizinische Indikation gibt und die er selbst bezahlen muss. Weil der Kassenpatient das Verfahren der Abrechnung nicht kennt, muss er ebenfalls über die entsprechenden Kosten und die Berechnung nach der GOÄ informiert werden. Erst mit seiner Unterschrift kann er dann eine wirksame Honorarvereinbarung abschließen. Fehlt diese, dürfen keine Gebühren erhoben werden.

Die Schriftform gilt ebenso für die nach der erbrachten Leistung zu erstellende Rechnung, die außerdem nach der GOÄ begründet werden (§ 12 GOÄ) muss. An die Rechnung sind die Anforderungen zu richten, wie sie für alle Rechnungen an Privatpatienten gelten; insbesondere ist ein erhöhter Steigerungssatz für die entsprechende Leistung ausführlich und nachvollziehbar zu begründen (§ 12 Absatz 3 GOÄ). Fehlt es an einer der Voraussetzungen, wird die gesamte Rechnung nicht fällig. Der Blick auf die Untersuchungen der IGeL-Erfahrungen zeigt kein differenziertes Bild zur Qualität der Abrechnungen, es ist allerdings bereits bedenklich, dass in 21,1 Prozent der Fälle überhaupt keine schriftliche Abrechnung erstellt, sondern offensichtlich bar kassiert wurde.²⁷

Wie jeder Vertrag setzt auch der Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient die Abgabe von zwei Willenserklärungen voraus. Soweit der Patient nicht wirksam in die Behandlung eingewilligt hat, etwa weil er unzureichend oder gar nicht aufgeklärt wurde, wird der Vertrag unwirksam beziehungsweise kommt gar nicht erst zustande. Die wirtschaftliche Folge ist, dass auch der Patient von seiner Pflicht befreit wird, den Arzt

26 WidO-Monitor 2007, vgl. Anm. 3.

27 Ebd.

zu bezahlen. In einem solchen Fall muss der Patient nur die Leistungen bezahlen, die zu einem Erfolg geführt haben beziehungsweise nichts mit der mangelhaften Aufklärung zu tun haben. Andere bereits geleistete Zahlungen kann er gegebenenfalls zurückverlangen. Bei Verstößen gegen die wirtschaftliche Aufklärungspflicht kann der Patient auch die Beträge als Schadenersatz verlangen, die ihm unmittelbar durch die mangelnde Information entstanden sind. Wurde dem Patient also beispielsweise nicht mitgeteilt, dass die gewählte Behandlung von den gesetzlichen Krankenversicherungen üblicherweise nicht übernommen wird, so kann die Behandlung dann auch nicht beim Patienten privat liquidiert werden.

Es kann festgehalten werden, dass die Regelungen zur Erbringung und Abrechnung von privatärztlichen Leistungen an Kassenpatienten in der Praxis in erheblichem Umfang nicht eingehalten werden. Das ist ein gravierender Befund, der die Standesorganisationen fordern sollte. Für die Aufklärung durch Patientenorganisationen und Kassen ergibt sich hier ein weites Feld, wobei der Umstand, dass eine Vielzahl der erbrachten Leistungen nicht bezahlt werden müsste, bei konsequenter Umsetzung durch die Patienten den größten Veränderungsdruck erzeugen dürfte.

Fazit

GKV-Versicherte sind in erheblichem Umfang mit IGeL-Angeboten konfrontiert und dadurch verunsichert. Rund 30 Prozent der GKV-Versicherten befürchten durch IGeL eine Verschlechterung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.²⁸ Die medizinische Qualität der Angebote ist häufig nicht ausreichend überprüft. Patienten können aber die Sinnhaftigkeit der Leistungen nicht beurteilen. Grundsätzlich käme daher der ärztlichen Aufklärung die entscheidende Bedeutung zu. Die empirischen Befunde deuten jedoch daraufhin, dass dies häufig nicht passiert und möglicherweise finanzielle Interessen Vorrang haben. Vielfach wird gegen ärztliche Ethik und Rechtsvorschriften verstoßen. Der

²⁸ Ebd.

»Spagat zwischen Markt und Medizin«²⁹ scheint in vielen Fällen zu einer Zerreißprobe für die ärztliche Ethik zu werden. Die selbst gesetzten Regeln der Ärzteschaft sind der Realität häufig wohl nicht gewachsen.

Neben der Verpflichtung der Standesorganisationen, für die Einhaltung der entsprechenden Bestimmungen zu sorgen, sind insbesondere auch die gesetzlichen Krankenkassen gefordert. Ihnen kommt die Aufgabe zu, ihre Versicherten zu IGeL-Angeboten zu beraten, weil eine angeblich medizinisch notwendige Leistung grundsätzlich von den Kassen übernommen werden müsste. Selbstverständlich haben sie für die unverzügliche Einführung wissenschaftlich abgesicherter Neuerungen in den Leistungskatalog Sorge zu tragen. Bedauerlicherweise gibt es Tendenzen, nach denen im politisch gewollten Wettbewerb zwischen den Kassen einzelne Leistungen übernommen werden, für die kein wissenschaftlicher Nachweis vorliegt oder die, wie die Reisemedizin, nicht Gegenstand einer solidarischen GKV sind. Damit wird einer Verunsicherung der Patienten Vorschub geleistet. Bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems muss für das Arzt-Patienten-Verhältnis ausschließlich die Qualität der Leistung zählen. Verbraucherzentralen werden in Zukunft neben der Beratung und Information³⁰ der Patienten auch Wettbewerbsverstöße verfolgen müssen.

Gesundheit darf in einer solidarischen Gesellschaft kein Luxus sein. Sinnvoller medizinischer Fortschritt muss zeitnah in den Katalog der gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Auf der anderen Seite sind Verbraucher aber auch davor zu schützen, bei fragwürdigen Diagnoseverfahren und Therapien oder dem Verkauf überteuerter Nahrungsergänzungsmittel Geld zu verlieren.

²⁹ Windeler, Jürgen: Individuelle Gesundheitsleistungen – Spagat zwischen Markt und Medizin. G+G Wissenschaft, Heft 2/2006.

³⁰ Die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V. hat mit Förderung des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz Tipps zum Umgang mit IGeL-Angeboten erstellt, kostenloser Download unter www.vz-nrw.de/igel.

Jürgen Windeler¹

Interessenkonflikte und Qualitätsmängel bei »Individuellen Gesundheitsdienstleistungen« (IGeL)

»Individuelle Gesundheitsleistungen« scheinen seit ihrer Erfindung 1998 einen beeindruckenden Siegeszug durch deutsche Arztpraxen angetreten zu haben. Für 2006 wurde nach Schätzungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) von insgesamt einer Milliarde Euro Umsatz und von Angeboten an 18 Millionen Versicherte ausgegangen. Bei IGeL, so das einprägsame Akronym, handelt es sich um privatärztliche Leistungen, die GKV-Versicherte gegen Rechnung in Anspruch nehmen können und selbst bezahlen müssen. IGeL sind aber keineswegs neu, sondern laut Bundesärztekammer »im Sinne der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Leistungen auf Verlangen des Zahlungspflichtigen«.

Vielfach wird für IGeL eine inhaltliche Klammer, ein medizinisches Konzept bemüht. Dieses besteht jedoch nicht. Unter dem Begriff IGeL findet sich eine große Vielfalt von medizinischen Methoden, die nur verbindet, dass sie **nicht** Leistungen der GKV sind beziehungsweise sein können:

- Es gibt trotz zahlreicher Versionen keine verbindliche Liste von IGeL.
- Jeder Arzt kann eine Leistung von einer der IGeL-Listen erbringen, ohne sie IGeL zu nennen.
- Jeder Arzt kann Leistungen erbringen und IGeL nennen, die auf keiner IGeL-Liste verzeichnet sind.
- Es gibt keinerlei Bewertungs-, Qualitätssicherungs- oder sonstiges Steuerungsinstrumentarium. »Wer überprüft IGeL? Niemand.«²

¹ Professor Dr. med. Jürgen Windeler ist Ltd. Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS).

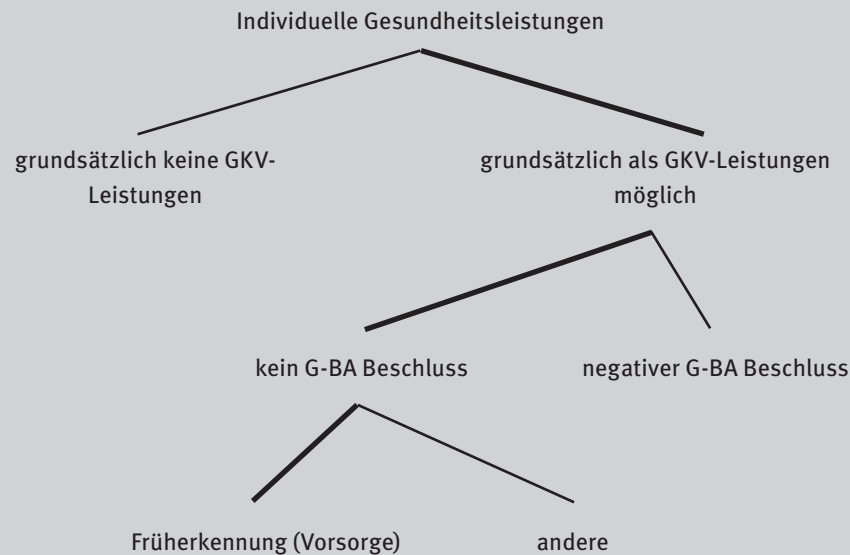
² Harder, Bernd: Der große IGeL-Check, München 2005.

IGeL sind daher in der Praxis schlicht »ärztliche Leistungen, die nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören«. Eine medizinische Bewertung ist mit dem Begriff nicht verbunden.

Was ist unter IGeL zu erwarten?

IGeL umfassen eine große Bandbreite von Leistungen: von Bescheinigungen über Beratungen, Früherkennungsuntersuchungen bis zu Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie. Man muss zunächst zwei große Gruppen unterscheiden (siehe Abbildung 1):

Abbildung 1: Schematische Strukturierung »Individueller Gesundheitsleistungen«



- Die erste Gruppe umfasst Leistungen, die grundsätzlich wegen der sozialgesetzlichen Regelungen im SGB V nicht GKV-Leistungen sein können. Dies sind zum Beispiel kosmetische Eingriffe.
- Die zweite Gruppe umfasst die große Mehrzahl an IGeL. Diese könnten zwar sozialrechtlich grundsätzlich Leistungen der GKV sein, sind dies aber (zur Zeit) nicht. Für den ambulanten Versorgungssektor ist für die Einführung einer Methode als GKV-Leistung der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) allein zuständig. Eine Einführung als GKV-Leistung ist von einem positiven Beschluss dieses Gremiums abhängig. Bei IGeL, also Leistungen, für die es diesen positiven Beschluss nicht gibt, ergeben sich zwei Untergruppen:
 - Leistungen, für die der G-BA einen ablehnenden Beschluss gefasst hat (diese Leistungen sind in der Anlage II der »BUB-Richtlinien« gelistet).³ Grundlage dieser Beschlüsse ist immer das Ergebnis einer medizinischen Bewertung mit einem in der Regel nicht ausreichend belegten therapeutischen Nutzen.
 - Leistungen, die der G-BA bisher nicht beraten hat oder für die jedenfalls bisher kein positiver Beschluss gefasst wurde. Diese Gruppe stellt die mit Abstand größte Gruppe von IGeL dar.

Wenn man die zweite Gruppe noch einmal nach Leistungen der Krankheitsfrüherkennung (fälschlich als »Vorsorgeleistungen« bezeichnet) und übrigen Leistungen unterteilt, dann stellt erstere Gruppe den quantitativ bedeutendsten Leistungsbereich von IGeL dar (mindestens 40 Prozent aller IGeL entsprechend den Umfrageergebnissen des WidO).⁴

Sind IGeL empfehlenswert oder zumindest ärztlich vertretbar?

IGeL, die prinzipiell Leistungen der GKV sein könnten, ist im Wesentlichen gemeinsam, dass ihr medizinischer Nutzen im Sinn einer Verbesserung des Patientenwohls nicht belegt ist. Wäre dies anders, so

³ Siehe unter www.g-ba.de/downloads/36-232-7/RMvV-2007-01-18_gesamt.pdf

⁴ Zok, Klaus/Schuldzinski, Wolfgang: Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus Patientenbefragungen. WidO, Bonn 2005

- stünde ihrer Einführung als GKV-Leistung nichts im Wege. Als wesentlicher übergreifender Kritikpunkt gilt für die große Mehrzahl von IGeL, dass hier medizinische Untersuchungs- und Behandlungsverfahren propagiert und teilweise aggressiv beworben werden,
 - deren medizinischer Nutzen nicht belegt ist,
 - für die nicht sicher ist, ob ein zu erwartender Nutzen mögliche Schäden überwiegt oder
 - die bisher überhaupt nicht ernsthaft erprobt worden sind.

Einer Reihe dieser Leistungen ist der fehlende therapeutische Nutzen gleichsam attestiert worden, nämlich durch den (Gemeinsamen) Bundesausschuss (G-BA) unter paritätischer Beteiligung der Ärzte. Praxis ist jedoch, dass fast alle der in der Anlage II gelisteten Methoden von Ärzten als IGeL angeboten werden (so zum Beispiel die Magnettherapie, die Pulsierende Signaltherapie und die ESWT in der Orthopädie), überwiegend mit unzutreffenden Angaben zum Nutzen und ohne auf den Grund des GKV-Ausschlusses und damit auf die medizinische Bewertung des G-BA hinzuweisen.

Vorliegende Daten weisen auf ein deutliches Übergewicht diagnostischer Methoden unter den IGeL hin. Dies hat vor allem zwei Gründe:

- Bei der Anwendung von therapeutischen Maßnahmen besteht das »Risiko«, dass der Patient in der Beurteilung seiner Situation und seiner Erwartungen nicht zufrieden gestellt ist. Dieser Nachteil besteht bei der Anwendung von diagnostischen Verfahren grundsätzlich nicht. Der Patient ist entweder erleichtert, wenn ihm gesagt wird, eine mögliche Erkrankung bestehe bei ihm nicht. Oder er ist wenigstens zufrieden damit, dass ein diagnostischer Test die bei ihm vorliegende Krankheit tatsächlich festgestellt hat, denn nun kann Erfolg versprechend gehandelt werden. Diagnostischen Maßnahmen und speziell Früherkennungsuntersuchungen fehlt es an negativem Feedback.⁵

⁵ Ransohoff, David F. u. a.: Why is prostate cancer screening so common when the evidence is so uncertain? American Journal of Medicine 113/2002, 663–667; Gigerenzer, Gerd: Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Berlin 2004

→ Das Schadenspotential von diagnostischen Maßnahmen im Sinn von falschen, das heißt falsch-positiven und falsch-negativen Aussagen, von falschen, möglicherweise risikoreichen Konsequenzen, von Überdiagnostik und Übertherapie ist fast allen Versicherten und auch den meisten Ärzten nicht bekannt oder jedenfalls in der Praxis nicht ausreichend bewusst. Dies führt zu einem sorglosen Umgang mit solchen Methoden (auch innerhalb der GKV).

Unzureichende Aufklärung von Patienten

Jeder (Erwachsene) ist frei, für seine Person eine Entscheidung für oder gegen eine medizinische Leistung zu fällen. Der Freiheit, Leistungen zu erbringen, sind jedoch medizinrechtliche Grenzen gesetzt. Jeder medizinische Eingriff ist als »Körperverletzung« anzusehen, die einer Einwilligung bedarf. Damit erfordert also auch jede IGeL die Einwilligung des »Zahlungswilligen«. Voraussetzung für die wirksame Einwilligung wiederum ist eine sachgerechte Aufklärung, bei der der Versicherte »das Wesen, die Bedeutung und die Tragweite des ärztlichen Eingriffs in seinen Grundzügen erkannt hat.«⁶ Es reicht also nicht aus, dass er lediglich darauf hingewiesen wurde!

Eine Aufklärung des IGeL-Interessierten müsste daher unter anderem folgende Punkte umfassen:

- Informationen über die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode als solche,
- über den möglicherweise fehlenden Nutznachweis,
- über das (noch unbekannt) Schadenspotential,
- über den Grad der Erprobung,
- über den Grund, aus dem eine Methode keine GKV-Leistung ist,
- sowie Informationen über mögliche GKV-Leistungen in der infrage stehenden Situation.

Bei Früherkennungsuntersuchungen gelten Anforderungen noch verschärft, da für solche Maßnahmen keine medizinische Indikation

⁶ BGH, Urteil vom 10.7.1954 – VI ZR 45/54

besteht und aus diesem Grund den Interessenten in besonderem Maß eine sorgfältige und nüchterne Abwägung ermöglicht werden muss.

Betrachtet man die Anforderungen, so kann man die begründete These wagen, dass bei vielen IGeL keine angemessene Aufklärung stattfindet. IGeL lebt von der unzureichenden Aufklärung der Interessenten. »These« deshalb, da es hierzu leider bisher kaum belastbare Daten gibt. Eine Untersuchung der Stiftung Warentest aus dem Jahr 2004 hat ergeben, dass von 20 aufgesuchten Urologen nur zwei in der Lage waren, eine nach den Kriterien der Stiftung angemessene Aufklärung zu leisten.⁷ Nach der Untersuchung des WIdO hat nur ein Drittel derjenigen, die IGeL in Anspruch genommen haben, hierzu eine (erforderliche!) schriftliche Vereinbarung getroffen. Die Befürchtung liegt nahe, dass die Situation »Aufklärung ... nicht ausreichend, weil sie eine unrichtige Vorstellung von der Schaden-Nutzen-Relation vermittelte« (BGH), nicht der Ausnahmefall ist.

Berücksichtigt man weiter die zahlreichen Einzelfallberichte dazu, dass

- Patientinnen während der Untersuchung auf dem gynäkologischen Stuhl IGeL-Angebote gemacht und ihr Einverständnis eingefordert wird;
- Arzthelferinnen bereits bei Betreten der Arztpraxis IGeL anbieten und die Arztkonsultation von der Inanspruchnahme dieser IGeL abhängig machen (»Das will unser Doktor immer vorher haben«),
- Patienten unterschreiben sollen, dass sie eine angebotene Leistung nicht wünschen,

dann kann in diesen Fällen auch von einer angemessenen Aufklärungssituation und natürlich auch von einer angemessenen Bedenkzeit zwischen Aufklärung und Intervention keine Rede sein.

Auch den von der Ärzteschaft selbst beschlossenen Verhaltensregeln zu IGeL (Beschluss des Deutschen Ärztetages 2006) oder den von einer Reihe von KVen im Zusammenhang mit IGeL öffentlich gemachten Kriterien für ein »berufswidriges Verhalten« kann im Abgleich mit der Praxis keine große Bedeutung beigemessen werden. Einziger Lichtblick:

⁷ Siehe unter www.test.de, Suche: »Urologen im Test«.

Anfang Dezember 2007 hat sich die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) als erste medizinische Fachgesellschaft gegen das aktive Anbieten von IGeL ausgesprochen.

Neben juristischen Aspekten hat Aufklärung aber auch ganz praktische Auswirkungen. In Studien ist gezeigt worden, dass eine detaillierte Information zu einer deutlich niedrigeren Inanspruchnahme führt. So hatten Männer, denen ein 20-minütiges Video mit umfassenden Informationen über die PSA-Bestimmung zur Entdeckung eines Prostatakarzinoms gezeigt wurde, zu 34 Prozent während des folgenden Jahres diese Methode in Anspruch genommen. 55 Prozent waren es in der Kontrollgruppe, die nur ein einseitiges Informationsblatt erhielt.⁸ Wie ist eine nüchterne Aufklärung über eine Methode zu realisieren, wenn ihre Anwendung der Steigerung des eigenen Verdienstes dienen soll? »To tell or to sell ?« sind die schwer zu vereinbarenden Alternativen.⁹

Kernprobleme von IGeL

Man kann die Kernprobleme des IGeL-Marktes so zusammenfassen: Es werden (nicht in allen, aber in viel zu vielen Fällen)

- unzureichend erprobte Methoden oder Methoden, deren fehlender Nutzen festgestellt wurde,
- ohne angemessene Information,
- ohne rechtswirksame Aufklärung,
- ohne die erforderlichen vertraglichen Grundlagen angewendet.

Insgesamt ist festzustellen, dass eine wirksame Kontrolle der IGeL-Praxis, die derzeit nur bei den Ärzten und ihren Verbänden liegen kann, nicht oder jedenfalls sicher nicht in erforderlichem Umfang stattfindet.

⁸ Volk, Robert J. u. a.: Patient education for informed decision making about prostate cancer screening. A randomized controlled trial with 1-year follow-up. *Annals of Family Medicine* 1/2003, 22–28

⁹ Rodgers, A.: To tell or to sell? Informed consent in breast screening. *Cancer Topics* 4/1990, 27–28.

In Einzelfällen gelingt eine positive Einflussnahme. So wurde die Internetseite www.lungenkrebsvorsorge.de, die zahlreiche Fehlinformationen zur Früherkennung enthielt, vom Anbieter auf Intervention des Deutschen Netzwerks Evidenz-basierte Medizin (DNEbM) geschlossen.

Auswirkungen

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Bereich von IGeL keine Regulierungsmöglichkeit. Ihr Interesse bezüglich des IGeL-Marktes betrifft daher vor allem den Schutz der Versicherten vor falschen Informationen und unangemessenen Entscheidungen sowie die durch nicht sinnvolle Früherkennungstests stimulierten Leistungen der GKV.

Für die gesetzlichen Krankenkassen sind IGeL-Leistungen auch deshalb eine Herausforderung, weil sie begründen müssen, warum diese Leistungen nicht zum GKV-Katalog gehören. Außerdem muss die Frage beantwortet werden, warum Leistungen, deren Nutzen genauso wenig belegt ist wie der vieler IGeL, zum Leistungskatalog gehören sollen. Insofern ziehen kritische Anmerkungen und Fragen zu privatärztlichen Leistungen unmittelbar – und nicht unberechtigt – Fragen bezüglich der Ausgestaltung des GKV-Leistungskatalogs nach sich.

Private Krankenversicherungen bedienen sich des IGeL-Marktes durch Zusatzpolicen, was marktwirtschaftlich verständlich, aber medizinisch nur dann vertretbar erscheint, wenn den Angeboten eine angemessene Aufklärung vorausgeht, wovon man nicht ausgehen kann.

Die meisten IGeL Angebote wenden sich nicht an Patienten, sondern an Gesunde. Insofern ist die IGeL-Bewegung auch nur Teil einer generellen Entwicklung, die bei Einführung des zweijährlichen Gesundheits-Check-up 1989 von einer Firma auf den Punkt gebracht wurde: »Jetzt kommen auch die Gesunden in ihre Praxis!« Tatsächlich geht es bei dem sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt nicht nur darum, GKV-Versicherten zusätzliche Leistungen anzubieten. Es geht vor allem darum, mehr und das heißt zwangsläufig Noch-nicht-Kranke in die Praxen und damit in die medizinische Versorgung zu bringen. Diese Nachfrage

zu stimulieren, ist bisher ein sehr erfolgreiches Konzept gewesen. Versicherte werden sich daher daran gewöhnen müssen, häufiger Informationen zu suchen und in ihre Entscheidungen einzubeziehen, die nicht von den sie behandelnden oder beratenden Ärzten stammen. Diese Entwicklung wiederum liegt ganz auf der Linie von informierten Patienten, einer auszubauenden Patientenbeteiligung hin zu einem *shared decision making*.

Qualitativ unzureichende Produkte zu verkaufen, gelingt nur so lange, wie die Kunden uninformatiert oder gleichgültig sind. Es gilt also, die Kunden in ihren Informations-, Frage- und Entscheidungsmöglichkeiten zu stärken, um sie so einerseits vor unsinnigen Leistungen zu schützen, und ihnen zum anderen die Anforderungen und Bedingungen bewusst zu machen, die sie einfordern können, wenn sie sich für privatärztliche Leistungen interessieren. Der MDS hat hierzu einige Informationsblätter erarbeitet.¹⁰ Den Text der Patienteninformation »Vorschläge für den Umgang mit Individuellen Gesundheitsleistungen« finden Sie unten.

Fazit

Die Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen ist insbesondere dann legitim, wenn diese nicht GKV-Leistungen sein können. Zur Zeit ist allerdings davon auszugehen, dass für einen vermutlich erheblichen Teil privatärztlicher Leistungen wegen mangelnder oder unzureichender Aufklärung keine wirksame Aufklärung der »Zahlungswilligen« vorliegt. Zusammen mit dem vorrangig finanziell motivierten Angebot von IGeL und der für die meisten IGeL ungünstigen Nutzenbewertung ergibt sich so eine brisante Mischung aus Interessenkonflikten und Qualitätsmängeln, die zu vielerlei Auswüchsen führt. Eine wirksame Regulierung dieses Marktes ist dringend erforderlich, um sowohl Gefahren für Versicherte zu begegnen als auch negativen Ausstrahlungen auf das GKV-System entgegenzuwirken.

¹⁰ Siehe unter www.mds-ev.de/download

Vorschläge für den Umgang mit Individuellen Gesundheitsleistungen¹¹

-> Informieren Sie sich möglichst schon vor einem Arztbesuch über die Behandlungsmethode.
-> Fragen Sie Ihren Arzt,
 -> welchen Nutzen eine Methode für Sie haben könnte,
 -> wie gut die Methode geprüft ist,
 -> welche Risiken mit einer Methode verbunden sein können (geben Sie sich mit der Antwort »keine« nicht zufrieden, solche Methoden gibt es nicht),
 -> welche Folgen sich für Sie aus einem »positiven« oder »negativen« Untersuchungsergebnis ergeben und welche Folgeuntersuchungen eventuell notwendig werden,
 -> welche Kosten Ihnen entstehen würden,
 -> warum diese Leistung keine Kassenleistung ist.
-> Treffen Sie keine übereilten Entscheidungen. IGeL sind niemals dringend. Seien Sie besonders skeptisch bei sogenannten Vorsorgeangeboten.
-> Fragen Sie Ihre Krankenkasse, ob die von Ihnen gewünschte Leistung in ihrer Situation Kassenleistung ist. Leistungen, die die Krankenkasse bezahlt, dürfen nicht als IGeL gesondert in Rechnung gestellt werden.
-> Wenn Ihnen bei einem Praxisbesuch IGeL empfohlen oder gar nahegelegt werden: Lehnen Sie ab, erbitten sich Bedenkzeit und informieren Sie sich zunächst selbst.
-> Wehren Sie sich entschieden dagegen, wenn Ihnen der Arzt oder Praxispersonal bereits vor Beginn der Behandlung IGeL anbietet und möglicherweise sogar die Behandlung von einer Inanspruchnahme abhängig macht. Informieren Sie Ihre Krankenkasse oder die zuständige Ärztekammer in einem solchen Fall.
-> Bestehen Sie auf einem schriftlichen Vertrag, der den genauen Rahmen der IGeL und die damit verbundenen Kosten enthält. Ohne eine schriftliche Vereinbarung müssen Sie keine Rechnung bezahlen.
-> Lassen Sie sich keine Angst machen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen decken alle notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ab.

¹¹ Informationsblatt »Individuelle Gesundheitsleistungen. Grundlegende Informationen«, MDS 2005; siehe auch unter: www.mds-ev.de/download/IGeL_November2005.pdf.

Literaturhinweise und -empfehlungen

- Gerst, T.: Individuelle Gesundheitsleistungen. Anstoß für eine offene Diskussion. Deutsches Ärzteblatt 2005, A1414
- Gigerenzer, G.: Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Berlin 2004
- Harder, B.: Der große IGeL-Check. München 2005
- Hess, R./Klakow-Franck, R. (Hrsg): IGeL-Kompendium für die Arztpraxis. Köln 2005
- Ransohoff, D. F./McNaughton, C. M./Fowler, F. J.: Why is prostate cancer screening so common when the evidence is so uncertain? American Journal of Medicine 113/2002, 663–667
- Rodgers, A.: To tell or to sell? Informed consent in breast screening. Cancer Topics 4/1990, 27–28
- Volk, R. J./Spann, S. J./Cass, A. R./Hawley, S. T.: Patient education for informed decision making about prostate cancer screening: A randomized controlled trial with 1-year follow-up. Annals of Family Medicine 1/2003, 22–28
- Windeler, J.: Individuelle Gesundheitsleistungen – Spagat zwischen Markt und Medizin. GG Wissenschaft 2006
- Zok, K./Schuldzinski, W.: Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus Patientenbefragungen. WidO, Bonn 2005

Bernd Harder¹

Privatärztliche Zusatzleistungen – War am Ende alles nur ein großes Missverständnis?

IGeL seien keine Wunschleistungen, sondern ein »Angebotsmarkt, der in einem erheblichen Teil auf tendenziöser Beratung« basiere. So ging im Sommer 2006 ein Sprecher des AOK-Bundesverbands in einem Interview des Fachblatts »Ärztliche Praxis« auf die Selbstzahlerleistungen los. Und heute? Heute gründet die Deutsche BKK ein privates Gesundheitsunternehmen namens »GesundheitsWelt direkt«, um »auch über den Rahmen der GKV hinaus mehr für Lebensqualität und Wohlbefinden ihrer Mitglieder tun«.

»Weitergehende Blutuntersuchungen« und Check-ups außerhalb der Gesundheitsuntersuchungen der GKV seien »nicht sinnvoll«, gar »wertlos«, kann man dem »IGeL-Ratgeber« der AOK im Internet entnehmen. »Regelmäßig durchgeführte medizinische Check-ups sind ein wichtiger Bestandteil gewissenhafter Prävention«, liest man dagegen bei »GesundheitsWelt direkt« – und zwar im Zusammenhang mit einem »Medical Check-up«, der mit 450 Euro weitaus luxuriöser ist als die kostenpflichtige Zusatzdiagnostik der allermeisten niedergelassenen Ärzte. Und weiter heißt es dort: »Erhöhte, oftmals beruflich bedingte Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen sollen rechtzeitig erkannt und damit eine spürbare Risikominderung beziehungsweise eine effektive medizinische Behandlung eingeleitet werden.«

»Wenn der Arzt zum Händler wird ...« – Unter dieser Überschrift prangerten im Herbst 2006 Verbraucherschützer massiv den Verkauf von Vitamin- und Ernährungsprodukten in der Arztpraxis und unterschwellig sogar im rechtlich zulässigen praxisparallelen Institut an. Inzwischen finden Patienten nicht gerade billige Nahrungsergänzungsmittel, Vitaminstoffkombinationen und Diätpulver online bei der »GesundheitsWelt direkt« der Deutschen BKK.

¹ Bernd Harder ist Redakteur der Zeitschrift »IGeL aktiv«, die monatlich als Fachtitel der »Ärztlichen Praxis«, München, erscheint.

»Als gesetzliche Krankenversicherung möchten wir an diesem Markt partizipieren«, erklärte BKK-Vorstandsvorsitzender Ralf Sjuts sympathisch offen im »IGeL-aktiv«-Interview. »Nichts läge mir ferner, als den Zweiten Gesundheitsmarkt zu kritisieren ... Privat finanzierte Gesundheitsleistungen sind ein Wachstumsmarkt und werden von unseren Kunden stark nachgefragt ... Dass es in den letzten 20 Jahren gesetzliche Leistungseinschränkungen bei der GKV gab, ist kein Geheimnis.«

Wie soll man diese Initiative von Deutschlands größter Betriebskrankenkasse bewerten? Als Versuch, am Wachstumspotenzial des Zweiten Gesundheitsmarkts kräftig mitzuverdienen? Als Überraschungscoup im neuen Wettbewerb der Kassen um die Versicherten? Oder als Friedensschluss mit IGeL und Co.? Nach eigenem Bekunden will die BKK mit ihrer »GesundheitsWelt direkt« unter anderem für »Transparenz bei der Qualität und den Kosten für Zusatzleistungen« sorgen – damit »der positive Ansatz, sich mehr Gesundheit zu leisten, nicht durch unseriöse Angebote getrübt wird«. Denn: »Gesundheit ist auch Privatsache.«

Da ist gewiss etwas dran. Wenn auch abzuwarten bleibt, wie sich das Internetportal in den nächsten Monaten weiter positionieren wird. Und nach welchen Kriterien die Betreiber Seriöses von Unseriösem trennen. Denn genau an diesem Punkt krankt die IGeL-Diskussion.

»Es gibt überhaupt keine notwendigen IGeL-Leistungen«, diktierte die Endokrinologin und Professorin der Fachrichtung Gesundheit an der Universität Hamburg, Dr. Ingrid Mühlhauser, unlängst einer »Stern«-Reporterin das Hauptargument der IGeL-Gegner ins Notizbuch. »Wenn ihr Nutzen durch Studien belegt wäre, würden sie von den Krankenkassen bezahlt werden.« Das ist schlichtweg falsch, konstatiert sogar die Stiftung Warentest, die – weil weitgehend unverdächtig – hier ausführlich zitiert sei. Der Leistungskatalog der GKV ist wenig mehr als »ein Flickenteppich«, heißt es auf der Webseite der Stiftung Warentest (www.test.de): »Die meisten Kassenleistungen sind zwar wissenschaftlich unzweifelhaft, doch es gibt im Katalog auch alteingeführte Leistungen, die nach heutigen Kriterien nicht mehr aufgenommen werden würden, weil ihre Notwendigkeit nicht ausreichend überprüft wurde. Das bedeutet: Allein aus der Tatsache, dass die Kassen eine Behandlung

oder Diagnose bezahlen, kann der Patient nicht zwangsläufig folgern, dass diese Maßnahme tatsächlich gut, sinnvoll und nützlich ist.«

Umgekehrt gelte denn auch: »Nicht jede Leistung, die die Krankenkasse nicht bezahlt, ist nutzlos.« Das Kassensystem sei zwar ein recht wirksamer Schutz gegen viele überflüssige Scheintherapien und Scharlatanerie. »Problematisch ist aber, dass der wissenschaftliche Nachweis, was beispielsweise ein neues Krebsfrüherkennungsverfahren leistet, einige Jahre dauert. Somit gibt es bei neuen Diagnose- und Therapieverfahren anfänglich immer eine Phase, in der ihr Nutzen weder bewiesen noch widerlegt ist, die Bewertung also unsicher ist. Das Fehlen von Beweisen für die Wirksamkeit einer Methode ist kein abschließender Beweis dafür, dass die Methode nutzlos ist, sondern nur ein Hinweis auf das Fehlen einer wissenschaftlich sicheren Erprobung.«

Diese Ansicht der Stiftung Warentest scheint sich noch nicht herumgesprochen zu haben. Und deshalb haben interessengeleitete IGeL-Gegner leichtes Spiel mit unbedarften Journalisten der Publikumspresse – insbesondere wenn es um das Reizthema Früherkennung geht, an dem sich IGeL-Kritiker und -Anwender besonders heftig reiben.

Exemplarisch mag dies der Artikel »Bedenklicher Blick ins Blut« illustrieren, der 2007 bei »Spiegel online« und im »Wissen«-Magazin der »Süddeutschen Zeitung«² veröffentlicht wurde. Im Motto dazu heißt es: »Mit Bluttests für Jedermann wollen private Labors ihre Kassen füllen. Ein paar Milliliter sollen reichen, um Zustand und Zukunft eines Menschen zu analysieren. Solche Versprechen sind unseriös, warnen Experten. Die Ergebnisse seien zweifelhaft.«

Dem möchte man zunächst auch gar nicht widersprechen, angesichts des monströsen Beispiels, mit dem »Spiegel« und »Süddeutsche« ihrem IGeL-Verriss den Weg bahnen: Im fernen Amerika gebe es da eine obskure Firma, die ihren Kunden jeweils 3.400 Dollar abnehme, und zwar für 250 verschiedene Tests auf Substanzen, »die Infarktrisiken,

² Heft 14/2007

Krebsleiden, Stoffwechselstörungen, Infektionen oder Vitaminmangel anzeigen können.«

Der abrupte Schwenk nach Deutschland löst dann schon die erste Irritation beim Leser aus, der recht unvermittelt erfährt, dass hierzulande »nicht einmal jeder zehnte Berechtigte sich zur Krebsvorsorge den Darm spiegeln« lässt. Woran mag das wohl liegen?

- > Vielleicht, weil das invasive Verfahren subjektiv unangenehm, aufwendig und auch nicht gänzlich ungefährlich ist?
- > Vielleicht, weil in Deutschland derzeit nur rund 10.000 Ärzte der Fachrichtungen Gastroenterologie, Innere Medizin oder Chirurgie ermächtigt sind zu koloskopieren – also deutlich zu wenige, was zur Folge hat, dass Patienten mitunter einige Monate lang auf einen Termin für die Darmspiegelung warten müssen?
- > Vielleicht, weil es durchaus nicht unumstritten ist, diese Methode als primäres Screening in den Vordergrund zu rücken und Studien über die Schaden-Nutzen-Bilanz noch gar nicht vorliegen, weswegen zum Beispiel in der Schweiz oder in den angelsächsischen Ländern die Koloskopie als Massentest denn auch viel kritischer gesehen wird als bei uns?

Nichts von alledem. Die kuriose Erklärung in diesem Artikel lautet: Krankenkassenangebote zur Früherkennung blieben ungenutzt, weil »man für eine Extrasumme vermeintlich umfassendere Prognosen auf bequemere Weise« bekomme. Schade: Von dem durchaus interessanten Einzelfall der Darmkrebsvorsorge und den verschiedenen diagnostischen Optionen hebt der Bericht gleich wieder in die epische beziehungsweise epidemiologische Breite ab.

Es kommt der Medizinische Dienst der Krankenkassen zu Wort, der folgende Einschätzung abgibt: »Wenn man 250 Laborwerte bestimmen lässt, ist statistisch sehr wahrscheinlich ein pathologisches Ergebnis dabei.« Die Journalistin, die im Studium offensichtlich Statistik gelernt hat, ergänzt: »Weil Werte in der Regel als normal gelten, wenn sie bei 95 Prozent aller Gesunden anzutreffen sind, liegt rechnerisch jeder zwanzigste Gesunde außerhalb der Norm. Wer ohne Beschwerden

zum Arzt geht, um sich nur mal checken zu lassen, wird so schnell vom Gesunden zum behandlungsbedürftigen Patienten.«

Anstatt nun auf den Punkt zu kommen und dem Leser mitzuteilen, welcher Arzt oder welches Labor oder welches private Institut in Deutschland einfach mal eben 250 Laborwerte bei einem Patienten bestimmt und dafür Tausende Euro kassiert, wirft der Text erst einmal Nebelkerzen wie »rechnerisch«, »statistisch betrachtet«, »sehr wahrscheinlich« et cetera.

Das hat auch seinen Grund, wie sich sogleich herausstellt. Denn plötzlich steht gar nicht mehr ein unseriöser Anbieter im Fokus der Journalistin, sondern nichts weniger als der gesamte »private, zweite Gesundheitsmarkt«. Immerhin scheint nun aber endlich auch die Intention der Autorin auf. »So schafft der private, zweite Gesundheitsmarkt neue Kunden – und wächst stetig: von 4,2 Prozent am Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2000 auf 6,6 Prozent bis 2010, erwartet das Deutsche Institut für Privatmedizin. Der Anteil des ersten, von den Krankenkassen finanzierten Gesundheitsmarkts werde dagegen bei etwas mehr als sechs Prozent stagnieren. Die Hersteller von Diagnosemitteln sehen die Entwicklung ähnlich: Für das Jahr 2007 erwarten sie ein Umsatzplus von fünf Prozent, zugleich aber ein rückläufiges Geschäft mit den gesetzlichen Krankenversicherungen.«

Um Pfründe geht es also und nicht etwa um die Tatsache,

- > dass Vorsorge nach dem Sozialrecht gar nicht zu den Kernaufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung gehört;
- > dass manche der kassenfinanzierten Früherkennungsmaßnahmen nach Expertenmeinung zu spät einsetzen;
- > dass es für eine Kosten-Nutzen-Rechnung in Sachen Prävention hierzulande weder eine vernünftige Daten-/Kalkulationsbasis gibt noch eine (zum Beispiel dem englischen Gesundheitssystem vergleichbare) Kultur, über ökonomische Kriterien offen zu reden.

Und weil das so ist, bleibt der »Spiegel«-/»SZ«-Autorin und ihren sorgsam ausgewählten Gesprächspartnern denn auch wenig anderes

übrig, als einzelne IGeL-Labortests herauszugreifen und als unsinnige Geldmacherei zu brandmarken.

»Ich arbeite seit 25 Jahre auf diesem Gebiet und in dieser Zeit hat sich bei der Bewertung von Diagnostika nicht viel getan«, wird erneut ein Experte vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen zitiert. Und wieder wartet der Leser an dieser Stelle vergebens auf einen Hinweis darauf,

- dass diese Bewertung auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss und damit den Kassen selbst obliegt;
- dass den Kassen gar nicht allzu viel daran gelegen ist, in Zeiten öffentlich geforderter Sparsamkeit und Beitragssenkungen neue Leistungen (gleich neue Ausgaben) in den Leistungskatalog aufzunehmen;
- dass die Tatsache, dass ein Test noch keine Kassenleistung ist, nicht grundsätzlich gegen diesen Labortest spricht, sondern eher gegen das langwierige Aufnahmeverfahren.

Was nun die im »Spiegel«/in der »Süddeutschen« kritisierten Verfahren im Einzelnen angeht, würde eine detaillierte Betrachtung von Pro und Contra den Rahmen dieses Beitrags bei weitem sprengen. Deshalb seien hier nur einige wenige Punkte der kruden Argumentation herausgegriffen und vom Kopf erst mal wieder auf die Füße gestellt:

- Laborleistungen deutscher Labore oder Laborgemeinschaften im IGeL-Bereich ergänzen das Kassenangebot, sollen es aber nicht ersetzen.
- Laboranalytik wird in Deutschland nicht losgelöst vom beratenden und behandelnden Arzt des Patienten angeboten, sondern ist eine diagnostische Option unter mehreren. Der in »Spiegel«/»SZ« genannte »Manager-Check« auf Selbstzahlerbasis etwa umfasst vor allem physikalische Messungen und Anamnese-Gespräche, aber eben auch Labordiagnostik.
- Bei der Darmkrebsvorsorge liegt die Autorin weit daneben: Das Ziel von IGeL wie dem Tumor-M2-PK-Test oder dem immunologischen Stuhltest ist nicht der Ersatz der Koloskopie als Goldstandard, sondern der kassenfinanzierten Voruntersuchung, also des unspe-

zifischen und unzuverlässigen »Blut-im-Stuhl«-Tests (Haemoccult-Test).

- Labormarker wie der heftig kritisierte PSA-Test beweisen fast nie eine Erkrankung. Das zu erwarten, hieße die Diagnostik misszuverstehen. Ein Laborwert ist keine Diagnose, sondern wie ein Symptom zu behandeln. Er ist kein Beweis, aber ein Hinweis, und zwar ein durchaus wichtiger. »Davor einfach die Augen zu verschließen und den Test gar nicht erst anzubieten, ist meiner Meinung schlicht fahrlässig«, erklärt etwa der Facharzt für Innere Medizin Dr. Hardy Walle (Ommersheim/Saarland). Und der Facharzt für Urologie und Andrologie Dr. H.-M. Evecek (Mönchengladbach) ergänzt: »Die Gesetzliche Krankenversicherung erstattet ab 45 Jahren lediglich die Tastuntersuchung der Prostata – nicht unbedingt die Früherkennung. Die Palpation allein ist eher eine Späterkennungsmaßnahme, denn die so entdeckten Tumore sind in bis zu 50 Prozent der Fälle bereits in einem fortgeschrittenen Stadium.«

Zurück zum »Spiegel«-/»Süddeutsche«-Artikel, der allein darin eine gewisse Kunstfertigkeit beweist, Ausnahmen zu verallgemeinern und unscharf zu argumentieren. Nehmen wir im Weiteren nur diesen Satz, der eine Art Fazit einleiten soll: »Die Gefahr, gesunde Menschen durch einen abweichenden Wert in Angst zu versetzen oder gar weiteren Eingriffen auszuliefern, machen sich Ärzte wie Patienten viel zu wenig bewusst. Bei Nachfolgeuntersuchungen zum Beispiel kann durchaus etwas schiefgehen – etwa bei einer Prostatabiopsie aufgrund eines hohen PSA-Werts. Blutungen aus Darm oder Harnröhre oder eine Entzündung können die Folge sein.«

Nein, wir haben es nicht überlesen, es steht einfach wirklich nicht drin,

- dass die gesetzliche Tastuntersuchung der Prostata von Experten als »nicht ausreichend« (Deutsche Krebshilfe) bis »nicht geeignet« (Leitlinien der Deutschen Urologen) eingestuft wird;
- dass etwa 90 Prozent der Prostatakarzinome durch erhöhte PSA-Werte detektiert werden;
- dass nur 15 Prozent der Männer die Palpation in Anspruch nehmen, weil sie als unangenehm und peinlich empfunden wird;

- dass 94 von 100 auffälligen Tastbefunden sich als falscher Alarm herausstellen;
- dass Nachfolgeuntersuchungen immer Nebenwirkungen haben können, nach IGeL-Diagnostik (PSA-Test) ebenso wie im Rahmen der kassenfinanzierten Krebsvorsorge (digitale rektale Untersuchung).

Und nicht zuletzt: Die Folgen zu spät erkannter Krebs-, Herz- oder Nierenerkrankungen zahlen die Kassen bedenkenlos. Nicht aber sinnvolle und wissenschaftsbasierte Früherkennung, wie sie von vielen Ärzten als selbst zu zahlende Zusatzdiagnostik angeboten wird: »Beim Check-up 35 der gesetzlichen Krankenversicherung ist kein erweitertes Labor dabei, keine Sonografie, kein EKG, geschweige denn eine Ergometrie, und nichts für die Nieren außer dem Urin-Teststreifen«, beklagt Dr. Hardy Walle. »Das sage ich einfach dem Patienten.«

Ist das nun »Abzocke«, wie die Lieblingsvokabel der IGeL-Gegner lautet? Gewiss nicht. Fraglos ist es ärgerlich, wenn Einzelne einen ganzen Berufsstand in Misskredit bringen wie jene viel zitierte Gynäkologin, die eine 68 Jahre alte Rentnerin für 500 Euro gegen die sexuell übertragbaren Humanen Papillomaviren impfen lassen wollte. Aber allzu oft zielen Medien, Verbraucherschützer und GKV-Verantwortliche auf sämtliche IGeL-Ärzte – und treffen nur ein paar schwarze Schafe.

Bleibt die Frage: Wer soll, kann und darf Patienten objektiv über Selbstzahlerleistungen aufklären? Die gesetzlichen Krankenkassen, die sich auch als eine Art Anwalt ihrer Versicherten sehen? »Das ist ungefähr so, als würde mein Finanzamt sich als Anwalt meiner steuerlichen Interessen ausgeben«, meint der ehemalige stellvertretende Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Lothar Krimmel (Ingelheim).

Noch gibt es keine neutrale Einrichtung, die die Qualität von IGeL-Leistungen bewertet. Aber sind IGeL deshalb »ein Stachel im Arzt-Patienten-Verhältnis«, wie das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) mit schöner Regelmäßigkeit behauptet?

Nein. Patienten haben ein Bedürfnis nach Lebensqualität, Prävention und komfortmedizinischer Innovation. Und Ansprechpartner Nummer eins in Gesundheitsfragen ist der Arzt. Mehr noch: Er ist Garant dafür, dass bedürftige (und damit manipulierbare) Patienten bei ihrer Suche nach optimaler Behandlung nicht bei »Abzockern«, obskuren Heilern und Quacksalbern landen.

Die IGeL-Idee treibt den Patienten nicht dem medizinischen Kommerz in die Arme. Sondern sie zwingt den Arzt sanft, aber unaufhaltsam zu einem Paradigmenwechsel: Der Patient wird zu seinem Partner, mit dem er sich gegen mögliche oder vorhandene Erkrankungen verbündet. Der Arzt muss sich um diesen Partner auf der rationalen, viel mehr aber noch auf der emotionalen Ebene aktiv bemühen, seine Wünsche und Besorgnisse ergründen und gemeinsam mit ihm Strategien entwickeln. Nur wenn und soweit ihm dies gelingt, wird er eine erfolgreiche Selbstzahlersprechstunde einführen können, zu der seine Patienten immer wieder gern zurückkehren.

Daraus folgt: Dreist-aggressives IGeL aus rein monetären Erwägungen heraus funktioniert nicht – und das nicht nur bei gut informierten Patienten. Auch der »normale« Patient spürt sehr schnell, ob eine ihm angebotene Zusatzleistung sinnvoll ist und professionell erbracht oder um des schnellen Euro willen improvisiert wird. »Die Instanz, welche die Qualität und Seriosität meines IGeL-Angebots sicherstellt«, erklärt dazu der Internist Dr. Wolfgang Grebe (Frankenberg/Hessen), »ist meine eigene Ausbildung, meine ethische Grundhaltung und mein Verständnis vom Arztberuf.« Das bedeutet, sich »partnerschaftlich in die Lage des Patienten zu versetzen und nur solche Zusatzleistungen anzubieten, die man auch beim eigenen Ehepartner, den Kindern oder dem Großvater anwenden würde.«

3

**Zahnersatz – Transparenz
bei Leistungen und Kosten?**



Stefan Palmowski¹ und Kai Vogel²

Marktsituation im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung

Rahmenbedingungen und neue Marktteilnehmer aus Verbrauchersicht

Aus der Versichertenperspektive nimmt die zahnärztliche Versorgung eine Sonderstellung im deutschen Gesundheitswesen ein. Patientinnen und Patienten müssen bei der Erstellung ihres Zahnersatzes einen erheblichen Teil der Kosten privat tragen.³ Der zu leistende Eigenanteil kann bei aufwendigeren Arbeiten mehrere tausend Euro betragen.⁴ Während es bei der sonstigen medizinischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung einen festen Leistungskatalog gibt, der eine grundlegende Versorgung durch das Sachleistungsprinzip sicherstellt, gab es im Bereich der Zahnersatzversorgung zum 1. Januar 2005 durch die Einführung neuer Abrechnungsregeln einen Paradigmenwechsel. Gesetzlich Krankenversicherte erhielten zudem eine deutlich größere Therapiefreiheit und können die gewünschte Behandlungsmethode frei wählen – etwa ein Implantat statt einer Brücke. Die Versicherten bekommen auch bei der Wahl einer höherwertigen Versorgung den finanziellen Zuschuss ihrer Krankenkasse, was aus Verbrauchersicht positiv ist. Dies ist möglich, da die Kassen seit 2005 bei notwendigem Zahnersatz einen befundabhängigen Festzuschuss zahlen, der sich am Untersuchungsergebnis des behandelnden Zahnarztes orientiert und nicht an den tatsächlich entstehenden Kosten.

Faktisch müssen alle Patientinnen und Patienten vor der Erstellung ihres Zahnersatzes eine Entscheidung über die für sie beste

- 1 Stefan Palmowski war Mitarbeiter des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V.
- 2 Kai Vogel ist wissenschaftlicher Referent bei der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V.
- 3 Nach einer Studie der Spitzenverbände der GKV für das Jahr 2005 wurden 62 Prozent aller zahnärztlichen Leistungen privat abgerechnet (Untersuchung der Auswirkungen der befundbezogenen Festzuschüsse. März 2006).
- 4 Vgl. hierzu u. a. die beiden folgenden Beiträge von Theil und Lehmann.

Versorgungsform treffen, die sich in dem weiten Feld zwischen einer Standardversorgung (Regelversorgung) und einer aufwendigeren, in der Regel teureren Behandlung bewegt (andersartige Versorgung). Im Gegensatz zu anderen Versorgungsbereichen besteht für die Betroffenen auch unmittelbar die Möglichkeit, sich außerhalb des Rahmens der gesetzlichen Kassen beim Zahnarzt beziehungsweise Zahnlabor Leistungen einzukaufen. Für Verbraucher hat dies unter Umständen weitreichende Konsequenzen, beispielsweise wenn es darum geht, im Rahmen einer andersartigen Versorgung im Nachgang der Behandlung seine Gewährleistungsrechte einzufordern. Hier kann es vorkommen, dass Patienten auf sich allein gestellt sind, da die Kasse durch den erbrachten Festzuschuss und die Wahl des Patienten, sich in eine juristisch gesehen privatärztliche Behandlung zu begeben, nicht mehr an dem Prozess beteiligt ist.

Komplexe Marktsituation

Betrachtet man die zahnmedizinische Versorgung als Markt, müssen Patienten derzeit ein hohes Maß an medizinischem und juristischem Sachverstand in die Behandlung einbringen. Als autonome Teilnehmer an diesem Markt müssen sie, um eine fundierte Entscheidung zu treffen, bei jeder Behandlung die verschiedenen Qualitätsaspekte der zahnmedizinischen Versorgungsarten gegeneinander abwägen und den zu erwartenden Kosten gegenüberstellen – von der grundlegenden Frage der Notwendigkeit einer Behandlung einmal ganz abgesehen. Dies ist jedoch in der Praxis für zahnmedizinische Laien kaum möglich. Beispielsweise gilt die stark beworbene Implantatversorgung aus Sicht vieler Patienten häufig als die bestmögliche, weil teuerste Versorgung. Stellt man dem gegenüber, dass auch Implantate nur eine begrenzte Haltbarkeit haben und dass für diese Behandlungen nicht jeder Kiefer geeignet ist, wird deutlich, dass für den durchschnittlichen Verbraucher eine eigenständige Entscheidung über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Alternativen kaum zu treffen ist.

Ein weiterer Grund besteht in der Komplexität des zahnmedizinischen Versorgungssystems. Neben dem klassischen Arzt-Patienten-Verhältnis

sind bei der Erstellung von Zahnersatz die Krankenkasse als Genehmigungsinstantz des Heil- und Kostenplans und in der Regel ein zahn-technisches Labor zumindest mittelbar beteiligt. Zudem existiert eine Vielzahl verschiedener Versorgungsmöglichkeiten für nahezu identische Befunde. Selbst bei dem Thema Zahnfüllungen besteht häufig bereits eine Auswahlmöglichkeit aus zahlreichen verschiedenen Füllungsarten, angefangen von der bekannten und immer noch umstrittenen Amalgamfüllung bis hin zum laborgefertigten Galvanoinlay. Im Ergebnis führt dies zwar zu einem Markt, der jedoch durch den fehlenden Wettbewerb, fehlende Vergleichsmöglichkeiten und mangelnde Verhandlungsoptionen auf Kundenseite zu deren Ungunsten verzerrt ist, da ein Wissensgefälle zwischen Patienten sowie Zahnärzten besteht.

Notwendigkeit von Patienteninformationen



Wie erläutert, ist der Gesundheitsmarkt im Bereich der Zahnersatzversorgung aus Verbrauchersicht derzeit sehr intransparent. Die beiden grundlegenden Kriterien für eine Entscheidungsfindung, die Qualität und der Preis, sind für Verbraucher auch aufgrund mangelnder, gut aufbereiteter Patienteninformationen und unabhängiger Beratungsmöglichkeiten nur wenig durchschaubar. Im Rahmen des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« wurden aus diesem Grund mehrere Materialien erstellt, die für Patienten eine erste Orientierung ermöglichen. Zu nennen sind hier insbesondere die Broschüre »Zahnersatzkosten im Griff – Alles über den Heil- und Kostenplan«⁵ sowie

die Patienteninformation »Sparen beim Zahnersatz – Möglichkeiten und Risiken«.⁶

5 Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2006): Zahnersatzkosten im Griff. Alles über den Heil- und Kostenplan.

Siehe www.vz-nrw.de/zahnersatzkosten

6 Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2007): Sparen beim Zahnersatz. Welche Möglichkeiten und Risiken bestehen?

Siehe www.vz-nrw.de/UNI0120343369707809/link341362A.html

Neue Marktteilnehmer

Durch die seit dem Jahr 2005 geänderten Rahmenbedingungen agieren neue Anbieter auf dem Markt. Zahnarztketten versprechen »Zahnersatz zum Nulltarif«, da sie geringere Labor- und Materialkosten in Ansatz bringen, die teilweise durch günstigere Fertigungsmöglichkeiten im Ausland begründet werden. Daneben ermöglichen Internetportale anhand des vom Zahnarzt erstellten Heil- und Kostenplans Preisvergleiche.⁷ Die neuen Angebote zielen vorwiegend darauf ab, Kosten beim Erstellen von Zahnersatz einzusparen. Dies ist vor dem Hintergrund der hohen finanziellen Belastung von Verbrauchern durchaus positiv zu sehen.

Inwiefern die neuen Angebote dauerhaft in der Praxis zu einer Verbesserung der Markttransparenz und zu finanziellen Einsparungen auf Seiten der Patienten führen können, lässt sich derzeit noch nicht abschließend bewerten. Auch die neuen Angebote können nicht bei der grundlegenden Frage weiterhelfen, ob eine Behandlung notwendig ist und qualitativ angemessen durchgeführt wird. Diese Entscheidung verbleibt letztendlich allein bei den Patienten. Hier kommt dem Arzt-Patienten-Verhältnis und dem damit verbundenen Vertrauensverhältnis eine immense Bedeutung zu. Trotzdem ist es für Patienten immer empfehlenswert, gerade vor kostenintensiven Behandlungen eine »zweite Meinung« bei einem anderen Zahnarzt oder einer unabhängigen Stelle einzuholen, da diese zusätzliche fachliche Stellungnahme eine Entscheidungshilfe sein kann.

Neue Marktteilnehmer können aus Verbrauchersicht auch immer neue Risiken mit sich bringen. Dies wird an zwei Beispielen deutlich: Preisgünstiger Zahnersatz wird aufgrund der niedrigeren Herstellungskosten teilweise in Asien hergestellt. Die Anbieter des Zahnersatzes versprechen selbstverständlich höchste Qualität bei der Fertigung. Trotzdem können Probleme außerhalb der Produktion auftreten, die für das Endprodukt und damit für die Patienten wichtig sind. So kann es durch unsachgemäßen Transport zu Schäden oder strukturellen

7 Siehe hierzu den folgenden Beitrag von Lehmann.

Veränderungen an den Prothesen kommen, die bei der späteren Anpassung für Beschwerden sorgen können. Zudem besteht immer das Risiko, dass durch die lange Distanz zum Fertigungsort Nachbesserungen aus Patientensicht zeitaufwendig und umständlich sind, ganz zu schweigen von lokalen Problemen auf einem anderen Kontinent, die zu Engpässen in der Versorgung führen könnten. Hier sollte darauf geachtet werden, dass es in Deutschland Labore gibt, die als Kooperationspartner der Anbieter die Qualität des erstellten Zahnersatzes prüfen und gleichzeitig bei notwendigen Nachbesserungen die Arbeiten vor Ort übernehmen können. Für Verbraucher wird es daher unerlässlich bleiben, sich genau über das verwendete Material und die Qualitätsanforderungen der ausländischen Hersteller zu informieren. Wobei angemerkt werden muss, dass es auch bei deutschen Zahnlaboren deutliche Preisunterschiede gibt. Hier kann eine gezielte Nachfrage beim behandelnden Zahnarzt ebenso zu Einsparungen ohne Qualitätsverlust führen.

Gerade Patienten, die in grenznahen Regionen wohnen, suchen zunehmend auch Zahnärzte im angrenzenden Ausland auf, um ihre Kostenbelastung zu verringern. In vielen Fällen sind Zahnärzte in Polen, Ungarn oder Tschechien das Ziel. Neben den bereits dargestellten Qualitätsaspekten können hier noch weitere Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Behandlung auftreten. Eine derartige Entscheidung macht deshalb eine sehr gute Vorbereitung notwendig. So ist es unerlässlich, das Vorhaben mit der Krankenkasse abzustimmen und etwaige Sprachprobleme bereits im Vorfeld zu klären. Es gilt auch nicht automatisch deutsches Recht. Wird dies nicht beachtet, können bei auftretenden Komplikationen und einer notwendigen Nachbesserung des Zahnersatzes erhebliche Mehrkosten auf die Patienten zukommen.⁸

Im Rahmen einer »Zahnarztaktion« sind die möglichen Schwierigkeiten aus Verbrauchersicht ebenfalls nicht immer offensichtlich.

8 Vgl. hierzu Verbraucherinformation der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2007): Arztbesuche und Klinikaufenthalte im Ausland. Was die Krankenkassen zahlen. Siehe www.vz-nrw.de/UNI120343369707809/link329192A.html

Zahnärzte beteiligen sich an diesen Auktionen auf der Grundlage der vorher übermittelten Heil- und Kostenpläne der Patienten. Auf der Basis eines von einem anderen Zahnarzt erstellten Heil- und Kostenplans kann aber – nachvollziehbar – keine Behandlung stattfinden. Insofern muss auch vom ermittelten günstigsten Zahnarzt eine Untersuchung durchgeführt und möglicherweise eine neue Diagnose erstellt werden.⁹ Nach einer Untersuchung durch den über eine Online-Auktion gewählten Zahnarzt kann es also zu Abweichungen von den bisherigen Kostenvoranschlägen kommen. Eine Untersuchung der Stiftung Warentest aus dem Jahr 2006 zeigte jedoch, dass das Risiko von nachträglichen Abweichungen begrenzt ist.¹⁰

Der hohe Eigenanteil, den Versicherte für ihren Zahnersatz zu tragen haben, führt in der Folge zu weitergehenden Angeboten, die sich insbesondere an Patienten richten, denen die Höhe der zahnärztlichen Rechnung aufgrund ihrer finanziellen Lage Probleme bereitet. Hier hat sich ein Markt für Ratenkredite zur Finanzierung von Zahnersatz entwickelt. Teilweise werden derartige Angebote sogar direkt in der Zahnarztpraxis gemacht, häufiger findet man sie jedoch im Internet oder in Zeitungen. Wie bei jeder Kreditaufnahme ist vor dem Abschluss eine sehr sorgfältige Prüfung notwendig, da die Seriosität der Kreditangebote selten ad hoc einzuschätzen ist und die eigene finanzielle Situation bedacht werden sollte.¹¹ Ebenso werden Verbraucher zunehmend mit privaten (Zahn-)Zusatzversicherungen umworben, die eine Absicherung für den Fall der Fälle versprechen. Auch bei diesen Angeboten sind die Vor- und Nachteile für Verbraucher nicht sofort ersichtlich. So werden in der Regel nicht alle privat zu tragenden Kosten von den Versicherungen übernommen.¹²

9 Daneben können u. a. Mehrkosten durch die notwendigen Fahrten zu einer weiter entfernten Zahnarztpraxis auftreten.

10 Vgl. Stiftung Warentest: Internetauktionen für Zahnersatz. test 6/2006

11 Vgl. hierzu Verbraucherinformation der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2007): Sparen beim Zahnersatz. Welche Möglichkeiten und Risiken bestehen? Siehe www.vz-nrw.de/UNI120343369707809/link341362A.html

12 Vgl. hierzu Verbraucherinformation der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2006): Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Siehe www.vz-nrw.de/UNI115649424022493/link251602A.html

Zusammenfassung

Die selbst zu tragenden Kosten für Zahnersatz stellen für viele Patienten eine finanzielle Belastung dar. Der Markt hat hierauf mittlerweile reagiert und verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten, wie etwa Ratenkredite, hervorgebracht. Eine Prüfung der unterschiedlichen Angebote ohne unabhängige Informationen und Beratung ist jedoch sehr schwierig. Verbraucherinnen und Verbraucher sollten die Kostenfrage jedoch unbedingt bereits im Vorfeld einer Behandlung klären. Durch das Auftreten neuer Marktteilnehmer ist ohne Zweifel Bewegung in die Strukturen des Versorgungssystems gekommen, die es Patienten ermöglichen, sich hierbei nicht allein von den Informationen des behandelnden Zahnarztes und der Krankenkasse abhängig zu machen. Durch Internetdienstleister erhalten sie erstmals die Möglichkeit, gezielt die Preise für den benötigten Zahnersatz zu vergleichen. Dies ist eine sehr positive Entwicklung, wenngleich es aus Verbrauchersicht angemessen erscheint, diese auch kritisch zu beobachten.

Neue Angebote und Marktteilnehmer bringen für Verbraucher auch Risiken mit sich. Sei es, dass bei der Entwicklung neuer Marktbereiche »schwarze Schafe« in Erscheinung treten, sei es durch Nachteile, die im System der neuen Anbieter liegen – etwa die räumliche Entfernung und die fehlende Vertrautheit mit dem über eine Auktion gewählten Zahnarzt. Hier gilt es auch, den durch die Werbung – etwa der »Dental-Discounter« – hervorgerufenen, zu hohen Erwartungen von Patienten entgegenzusteuern, da die Fertigung von Zahnersatz ohne private Aufwendungen nur in seltenen Fällen beziehungsweise nur für ganz bestimmte Standardversorgungen möglich sein wird. Ebenso sollte das besondere Verhältnis zwischen Patient und Zahnarzt nicht außer Acht gelassen werden, das auf gegenseitigem Vertrauen aufbaut und einen Wechsel des Behandlers für viele Patienten nicht einfach macht. In dem zunehmend von Kostenaspekten geleiteten Markt darf außerdem die grundsätzliche Diskussion um die Qualität der Zahnbehandlung in Deutschland keinesfalls zurückbleiben.

Die Nachfrage nach den Informationsangeboten des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« zeigte eindeutig, dass ein hoher Bedarf an unabhängigen und verständlichen Patienteninformationen besteht, da Patientinnen und Patienten im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz aufgrund der gesundheitspolitischen Entwicklungen zunehmend mehr Eigenverantwortung übernehmen müssen. Dies können sie nur leisten, wenn Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche die unabhängigen Informations- und Entscheidungsmöglichkeiten verbessern.

Carl-Friedrich Theill¹

Zahnersatz: Alles ist möglich – sparen auch

Zahnpatienten schieben Renovierungen des Gebisses häufig auf. Sie lassen ihre Heil- und Kostenpläne wegen hoher Eigenkosten liegen. Denn noch nie waren Kronen, Brücken, Implantate so wertvoll wie heute – vor allem, wenn es um »die Teilnahme am zahnmedizinischen Fortschritt« geht.

Wer große Zahnlücken schließen will und Sparlösungen ablehnt, muss tief in die Tasche greifen. Kein Wunder, dass sich Patienten auf die Suche nach bestmöglicher Qualität zum günstigen Preis begeben.

Zahnärzte weisen gern darauf hin, dass Qualität ihren Preis hat. Man könne sich für einen soliden Volkswagen oder einen prunkenden Rolls Royce im Mund entscheiden. So weit ist der Zahnpatient noch in der Lage, der Argumentation zu folgen und zu entscheiden, wie weit er finanziell gehen kann, wenn denn die zu erwartenden Gesamtkosten verlässlich genannt werden. Beim Autokauf, bei Reparaturen oder der Renovierung der Wohnung ist es nicht anders.

Modellfälle und Varianten

Nach der Umstellung der Kassenleistung auf Festzuschüsse hat die Stiftung Warentest ausrechnen lassen, welche Kosten beim Zahnarzt anfallen können. Ausgerechnet wurden für bestimmte Modellfälle jeweils mehrere Versorgungsmöglichkeiten. Interessant waren die Preisdifferenzen zwischen den verschiedenen Lösungsmöglichkeiten. Ein paar Beispiele für Eigenanteile, die von Patienten selbst getragen werden müssen, verdeutlichen dies:

→ **Frontzahnlücke:** Der Unterschied zwischen der preiswertesten Lösung, der Marylandbrücke (keine allgemeine Kassenleistung), und

¹ Carl-Friedrich Theill ist Ressortleiter Journal Gesundheit der Zeitschrift »test« bei der Stiftung Warentest, Berlin.

der teuersten, dem Implantat mit Keramikkrone, betrug im Modellfall 1.450 Euro, die Preisdifferenz zwischen einer Metallbrücke mit Kunststoff- und Keramikverblendung 160 Euro.

→ **Fehlender Seitenzahn:** Preisdifferenz zwischen der preiswertesten Lösung, Metallbrücke kunststoffverblendet, und Implantat mit Keramikkrone: 1.145 Euro. Differenz zwischen Kunststoff- und Keramik-Inlaybrücke: 110,10 Euro.

→ **Versorgung für den Frontzahnbereich im Oberkiefer:** Differenz zwischen der preiswertesten Brückenversorgung mit Kunststoffverblendung und Metallkeramik: 640 Euro, Preisdifferenz zwischen Kunststoff- und Metallkeramik-Verblendung bei Brückenlösung: 320 Euro.

→ **Vier Implantate im Oberkiefer:** Der Eigenanteil erreichte hier insgesamt mehr als 9.500 Euro. Die Preisdifferenz zur Brückenversorgung mit Metallkeramik-Verblendungen mit Keramikschultern betrug nicht weniger als 8.370 Euro.

Die Beispiele zeigten auch, dass hochwertige Keramikversorgungen zum Teil bereits mit moderaten Zuschlägen möglich sind.

Die Preissituation beim Zahnarzt ist aber kompliziert. Es gibt für jede Versorgung mit Zahnersatz nicht nur Varianten wie zum Beispiel eine preiswerte, eine mittel- und eine hochpreisige Lösung. Auch innerhalb der Preisgruppen existieren etliche Variablen beim Material und Preis – bis hin zu grundsätzlichen regionalen Unterschieden im Preisniveau. Ein Implantat ist zum Beispiel in Brandenburg oder Berlin in der Regel preiswerter zu haben als in München.

Mehr als die Hälfte der Kosten für Zahnersatz, manchmal sogar bis zu 65 Prozent, entfallen auf Laborarbeiten. Deren Höhe wiederum hängt von unterschiedlichen Kosten für Materialien und Fertigung ab. Daraus stellen sich Fragen: Hat der Zahnarzt ein praxiseigenes Labor? Arbeitet er mit einem relativ teuren Labor zusammen oder einem preiswerten? Bestellt er vielleicht den Zahnersatz im Ausland?

Zu beachten ist auch, dass Zahnärzte bei Kassenpatienten bei besonderem Aufwand das 3,5-Fache des einfachen Honorarsatzes berechnen

und per Sondervereinbarung auch darüber hinausgehen können. Der Schritt zur privatärztlichen Abrechnung ist somit für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung im Gegensatz zur früheren Regelung kleiner geworden.

Da ist es nur eine Kleinigkeit am Rand, dass dem Heil- und Kostenplan oder dem Kostenvorschlag für eine privatärztliche Leistung eine »Philosophie« bzw. pragmatisches Handeln zugrunde liegen können: Der Kostenplan wird sehr knapp kalkuliert, was dem Patienten gefällt, aber nicht vor einem Zuschlag durch »zahnärztliche Notwendigkeiten« schützt, die sich im laufenden Prozess ergeben können. Oder es wird zum Beispiel die Menge des Edelmetalls, das eingesetzt werden könnte, im Kostenplan großzügig bemessen – und der Patient freut sich, wenn die Versorgung am Ende doch preiswerter wird als angekündigt.

All das macht den Markt für Zahnersatz für Patienten sehr unübersichtlich, es sei denn, sie sind vom Fach. Was weiß der Zahnartzkunde zum Beispiel über die Möglichkeiten des Marktes mit seiner Fülle an verschiedenen und miteinander konkurrierenden Materialien und Arbeitsmitteln? Gar nichts.

Implantate – Sparpreise auch im Inland

Implantate – sie zählen inzwischen zur Standardversorgung – sind ein gutes Beispiel für die recht unterschiedliche Preisgestaltung am Markt für zahnprothetische Leistungen. Und zwar im In- und im Ausland. Die Kassen zahlen für diese Versorgung einen Festzuschuss von 277 bis 355 Euro pro Implantat. Die Stiftung Warentest hat im Jahr 2005 deutschen allgemeinen Zahnärzten und Implantologen sowie Zahnärzten in Polen bei dieser Versorgung auf den Zahn gefühlt. Die deutschen Zahnmediziner hatten ihre Praxen in Düsseldorf, die polnischen in Stettin/Szczecin und Slubice. Die Therapievorschlüsse wurden mit denen von zwei Gutachtern verglichen.

Die Untersuchung zeigte die große Bandbreite zahnärztlichen Handelns und der Preisgestaltung, aber auch allerlei Unwägbarkeiten, mit denen ebenfalls zu rechnen ist. Hierzulande lag der Preis für ein Implantat mit Aufbau zwischen 1.500 Euro und regional manchmal sogar im Bereich von 4.000 Euro, in Polen bei 800 bis 1.700 Euro (siehe Tabellen auf den Seiten 108 bis 110). Im Nachbarland erhielten die Testpatienten bei einem Versorgungsmodell zwar die billigsten Angebote. Darunter war aber nur ein Vorschlag, den die Gutachter als insgesamt gute Versorgung bezeichneten. Ein weiterer wurde als Unterversorgung eingestuft. Bei einem Testpatienten wurde der Behandlungsvorschlag als deutliche Unterversorgung bewertet.

Ein polnischer Zahnarzt war trotz Unterversorgung des Patienten teurer als viele seiner deutschen Kollegen. Und unter denen waren wiederum die Implantologen am teuersten.

Bei Versorgungsfällen zum Teil groteske Preisunterschiede

Die Preisunterschiede der zu verschiedenen Modellfällen empfohlenen Versorgungsmöglichkeiten – es ging neben Implantaten auch um Brücken und Kronen etc. – waren zum Teil enorm. Bei einem Patienten betragen sie fast 7.800 Euro: Das mit 10.198 Euro teuerste Angebot eines Implantologen wurde von den Gutachtern als leichte Unterversorgung bewertet. Das günstigste Angebot machte mit 2.400 Euro ein polnischer Zahnarzt – eine deutliche Unterversorgung. Aus zahnmedizinischer Sicht ist allerdings eine Unterversorgung nicht so negativ zu bewerten wie eine Überversorgung.

Die Preisspanne für identische Vorschläge war übrigens auch bei den polnischen Zahnärzten recht erheblich. Für ein Implantat und eine Metallkeramik-Krone bei einer Patientin verlangte einer 800 Euro, ein anderer 1.700 Euro. Bei rund 1.700 Euro lag im Rahmen der Stichprobe übrigens auch das preiswerteste Angebot für ein Implantat in Düsseldorf.

Patient A: Mehrere Zahnverluste – ein komplexer Versorgungsfall				
Männlich. 28 Jahre alt, Knirscher, Zahnverluste, die mit Implantaten, Brücken, herausnehmbarem Zahnersatz versorgt werden können: Gut versorgt für 7.823 Euro, leicht unterversorgt für 3.265 oder sogar 10.198 Euro.				
Behandlungsvorschläge der Gutachter	Beratungsdauer (Min.)	Behandlungsvorschläge der Zahnärzte	Gesamtkosten (Euro)	test-Bewertung
3 Implantate mit 3 MK-Kronen 3 Füllungen ³⁾	10	2 Implantate, 2 Kronen, 2 MK-Ankerkronen, 1 MK-Zwischenglied, 2 MK-Kronen, 1 Keramikkrone	7.823	gute Versorgung
3 Teilkronen Knirscherschiene; insgesamt 9 Zähne, Gesamtpreis: 6.125 bis 11.900 Euro ^{4) 5)}	19	2 MK-Ankerkronen, 2 Ankerkronen, 3 Zwischenglieder	3.265	leichte Unterversorgung
Alternativvorschlag: 5 MK-Ankerkronen 3 MK-Zwischenglieder 1 Teilkrone 1 Füllung ³⁾ Knirscherschiene; insgesamt 10 Zähne, Gesamtpreis: 4.528 bis 5.480 Euro ^{4) 5)}	18	1 Implantat, 2 Ankerkronen, 2 MK-Ankerkronen, 2 Zwischenglieder unverblendet	3.283	leichte Unterversorgung
	40	4 MK-Ankerkronen, 2 MK-Zwischenglieder, schädelbezogenes Bissregistrat ²⁾	4.072	leichte Unterversorgung
	24	3 Implantate, 4 MK-Kronen, 2 Füllungen	4.780	leichte Unterversorgung
	15	2 Implantate, 3 MK-Kronen, 2 MK-Ankerkronen, 1 MK-Zwischenglied	5.251	leichte Unterversorgung
	13	1 Implantat, 1 MK-Krone, 4 MK-Ankerkronen, 2 MK-Zwischenglieder, schädelbezogenes Bissregistrat ²⁾	5.837	leichte Unterversorgung
	25	3 Implantate, 1 Keramikinlay, 5 MK-Kronen, Funktionsanalyse	7.994	leichte Unterversorgung
	23	3 Implantate, 6 MK-Kronen, Funktionsanalyse	10.198	leichte Unterversorgung
	14	3 Implantate, 4 MK-Kronen	6.185	Unterversorgung
	12	3 Implantate, 3 MK-Kronen ¹⁾	2.400	deutliche Unterversorgung
	12	3 Implantate, 3 MK-Kronen ¹⁾ , schädelbezogenes Bissregistrat ²⁾	7.349	deutliche Unterversorgung

■ = Implantologen aus Deutschland. ■ = Allgemeine Zahnärzte aus Deutschland. ■ = Allgemeine Zahnärzte aus Polen. Preise gerundet. MK = Metallkeramik.

1) Nur Lückenversorgung, übriger Behandlungsbedarf unberücksichtigt. 2) Übertragen der Bissituation des Patienten auf das Gebissmodell. 3) Hochwertige Kunststofffüllung. 4) Mit Funktionsanalyse. 5) Gutachterpreise: 1. Preis Privatbehandlung in Klinik, unter anderem durch Chefarzt. 2. Preis: Abrechnungsbüro für niedergelassene Zahnärzte.

Patientin B: Ohne Zahnverlust – ein komplexer Versorgungsfall				
Weiblich. 34 Jahre alt, Knirscher, ohne Zahnverlust, großer Bedarf an wiederherstellenden Maßnahmen: Gut versorgt zwischen 1.724 und 3.442 Euro. Beim Implantologen übertersorgt für 6.521 Euro.				
Behandlungsvorschläge der Gutachter	Beratungsdauer (Min.)	Behandlungsvorschläge der Zahnärzte	Gesamtkosten (Euro)	test-Bewertung
3 Teilkronen 1 Füllung ⁵⁾	15	4 MK-Kronen	1.724	gute Versorgung
1 Knirscherschiene; insgesamt 4 Zähne, Gesamtpreis: 1.986 bis 2.530 Euro ^{6) 7)}	30	2 Inlays, 1 Teilkrone, 5 Füllungen	1.824	gute Versorgung
	23	1 Inlay, 2 Keramikkrone	2.360	gute Versorgung
	25	5 MK-Kronen, schädelbezogenes Bissregistrat ²⁾	3.442	gute Versorgung
Alternativvorschlag: 4 Füllungen ⁵⁾ 1 Knirscherschiene; insgesamt 4 Zähne, Gesamtpreis: 480 bis 790 Euro ⁷⁾	15	2 Keramikkrone	909	Unterversorgung
	18	5 MK-Kronen	2.646	leichte Übertersorgung
	15	2 MK-Kronen, 6 Keramikinlays	2.710	Übertersorgung
	15	2 Inlays, 6 Kronen, 3 Füllungen, Knirscherschiene, schädelbezogenes Bissregistrat ²⁾	5.803	Übertersorgung
	28	2 MK-Kronen, 4 Teilkronen, 2 Keramik-Teilkronen, Knirscherschiene, Funktionsanalyse	6.521	Übertersorgung
	40	2 Kronen, 2 MK-Kronen ¹⁾ , schädelbezogenes Bissregistrat ²⁾	3.650	deutliche Unter-/Übertersorgung
	10	11 MK-Kronen ⁴⁾	1.980	deutliche Übertersorgung
30	Knirscherschiene ³⁾	entfällt	kein Angebot vorgelegt	

■ = Implantologen aus Deutschland. ■ = Allgemeine Zahnärzte aus Deutschland. ■ = Allgemeine Zahnärzte aus Polen. Preise gerundet. MK = Metallkeramik.

1) Nur eine Krone an der richtigen Stelle, drei Kronen zu viel und drei zu wenig. 2) Übertragen der Bissituation des Patienten auf das Gebissmodell. 3) Behandlungsplan erst nach abgeschlossener Schienenbehandlung. 4) Unnötig substanzraubende Versorgung. 5) Hochwertige Kunststofffüllung. 6) Mit Funktionsanalyse. 7) Gutachterpreise: 1. Preis Privatbehandlung in Klinik, unter anderem durch Chefarzt. 2. Preis: Abrechnungsbüro für niedergelassene Zahnärzte.

Patientin C: Einzelzahnverlust – ein einfacher Versorgungsfall				
Weiblich, 55 Jahre alt, ein Einzelzahnverlust kann mit Brücke oder Implantat versorgt werden: Sehr gut versorgt zwischen 2.364 und 3.909 Euro. Gut versorgt in Polen für 800 Euro.				
Behandlungsvorschläge der Gutachter	Beratungsdauer (Min.)	Behandlungsvorschläge der Zahnärzte ¹⁾	Gesamtkosten (Euro)	test-Bewertung
1 Implantat mit 1 MK-Krone 1 Teilkrone; insgesamt 2 Zähne, Gesamtpreis: 2.005 bis 3.450 Euro ^{3) 4)}	20	1 Implantat, 2 MK-Kronen	2.364	sehr gute Versorgung
	15	1 Implantat, 2 MK-Kronen	2.591	sehr gute Versorgung
	20	1 Implantat, 2 MK-Kronen	2.807	sehr gute Versorgung
	45	1 Implantat, 2 MK-Kronen, Funktionsanalyse	3.909	sehr gute Versorgung
	8	1 Implantat, 1 MK-Krone	800	gute Versorgung
	10	1 Implantat, 1 MK-Krone	1.455	gute Versorgung
	35	1 Implantat, 1 MK-Krone	1.700	gute Versorgung
	12	3 MK-Ankerkronen, 1 Freidendglied	1.837	gute Versorgung
	10	1 MK-Ankerkrone, 1 MK-Freidendglied, schädelbezogenes Bissregistrat ²⁾	2.377	gute Versorgung
	15	1 Implantat, 3 MK-Kronen	3.304	gute Versorgung
Alternativvorschlag: 2 MK-Ankerkronen 1 MK-Freidendglied 1 Teilkrone; insgesamt 4 Zähne, Gesamtpreis: 2.024 bis 2.890 Euro ^{3) 4)}	15	1 Implantat, 3 Kronen, schädelbezogenes Bissregistrat ²⁾	3.435	leichte Überversorgung
	20	1 Implantat, 3 Inlays, 2 MK-Kronen	5.725	leichte Überversorgung

■ = Implantologen aus Deutschland. ■ = Allgemeine Zahnärzte aus Deutschland. ■ = Allgemeine Zahnärzte aus Polen. Preise gerundet. MK = Metallkeramik.

1) Einfacher Fall, durchgängig akzeptabel gelöst. 2) Übertragen der Bissituation des Patienten auf das Gebissmodell. 3) Mit Funktionsanalyse. 4) Gutachterpreise: 1. Preis Privatbehandlung in Klinik, unter anderem durch Chefarzt. 2. Preis: Abrechnungsbüro für niedergelassene Zahnärzte.

Quelle: test 6/2005

Deutsche Implantologen lagen im Preis nicht ganz so weit auseinander. Für ein Implantat und zwei Metallkeramik-Kronen berechneten sie im Test zwischen 2.364 und 2.807 Euro. Von den deutschen Zahnärzten

gab es für keinen Patienten identische Therapieansätze. Eine Patientin hätte für eine gute Versorgung bei einem Zahnarzt 1.837 Euro, bei einem anderen 2.377 Euro bezahlt – immerhin eine Preisdifferenz von rund 30 Prozent.

Die Preise der als Standard und Bezugsgröße genommenen Gutachtervorschläge zu den Modellfällen wurden von einem Abrechnungsbüro in Süddeutschland sowie in einer Universitätsklinik nach dem Satz einer Privatbehandlung durch den Chefarzt ausgerechnet – die Chefarztleistung war günstiger als die der niedergelassenen Kollegen. Die Preisunterschiede zeigen eine zum Teil groteske Bandbreite zahntechnischen und zahnärztlichen Handelns. Eine optimale (Gutachter-) Versorgung hätte zum Beispiel 11.900 Euro gekostet, eine leichte Unterversorgung des gleichen Problems aber nur 3.265 Euro.

Dass dies möglich ist, weiß jeder Zahnarzt – nur der Zahnpatient wundert sich. In fast der Hälfte der Testfälle deckten sich die Versorgungsvorschläge mit denen der Gutachter aber so weit, dass die Bewertung »sehr gute Versorgung« oder »gute Versorgung« vergeben werden konnte.

Zahnarzt-Portale: mehr Preiswettbewerb, mehr Transparenz

Zahntechnisch und finanziell ist die Mundhöhle also ein Gebiet der nahezu unbegrenzten Möglichkeiten. Der Zahnarzt will eine zahnmedizinisch und ästhetisch gute Lösung finden. Der Kunde auf dem Zahnarztstuhl wird auf Qualität bedacht sein, aber auch ans Sparen denken. Bisher konnte man allerdings, wenn überhaupt, nur sehr bedingt davon ausgehen, dass Wettbewerb diesen Markt reguliert. Von Transparenz kann ohnehin kaum die Rede sein. Inzwischen ermöglichen allerdings Internetportale für Zahnersatz interessierten Patienten einen direkten Vergleich von Angeboten zu Zahnersatzlösungen auf der Basis von Heil- und Kostenplänen. Die Plattformen haben einer breiten Öffentlichkeit deutlich gemacht, welche Spielräume es bei der Preisgestaltung auch im Rahmen vergleichbarer Qualitätsniveaus gibt. Der Kunde kann aus einem meist breiten Angebot auswählen.

»Preisbrecher« sind also nicht nur im Ausland zu finden. Auch hierzulande gibt es Zahnärzte oder Verbände, die preiswerter arbeiten als andere. Und zwar nicht nur mit Zahnersatz aus dem nahen oder fernen Ausland, sondern durchaus auch mit Arbeiten, die in Deutschland gefertigt wurden.

Die Stiftung Warentest hat auch hier Stichproben aufs Exempel gemacht, nachdem sich die ersten Portale im Internet etablierten. Es wurden zu Heil- und Kostenplänen Preise ermittelt und auch zahnärztliche Teilnehmer an Auktionen mit Heil- und Kostenplänen von Testpatienten aufgesucht. Ergebnis: Wenn Wettbewerb im Spiel ist, kann viel Geld gespart werden. Eine Kronen- und Inlayversorgung, die erst 4.133 Euro

Preisvergleich Kronen und Inlays								
Zahnersatz	3 Vollkeramik-kronen, 1 Keramik-Inlay		5 Goldkronen, 4 Metallkeramik-kronen, 9 Goldinlays		1 Metallkeramik-krone		3 Goldkronen, 1 Gold-Teilkrone	
Region nach Postleitzahl	PLZ 04xxx		PLZ 32xxx		PLZ 47xxx		PLZ 22xxx	
Startpreis der Auktion in Euro	1.633		4.133		528	1.074 ¹⁾	1.454	
Internetportal	www.2te-zahnarzt-meinung.de	www.zahn-gebot.de	www.2te-zahnarzt-meinung.de	www.zahn-gebot.de	www.2te-zahnarzt-meinung.de	www.zahn-gebot.de	www.2te-zahnarzt-meinung.de	www.zahn-gebot.de
Billigstes Angebot in Euro	759	Kein Gebot	1.950	2.733	268	462	770	1.200
Reduktion zum Startpreis in Prozent	54		53	34	49	57	47	17
Gesamtzahl der Gebote	3		3	2	6	1	7	1
Hauptersparnis durch	Material/Labor		Material/Labor	Material/Labor	Material/Labor	Material/Labor	Material/Labor	Material/Labor
1) Inklusive 1 Inlay.								

kosten sollte, wurde zum Beispiel für 1.950 Euro angeboten. Eine Versorgung mit vier Implantaten, zunächst auf 7.496 Euro beziffert, sollte schließlich 3.699 Euro kosten. Nur ein Zahnarzt wich übrigens bei der Begutachtung der Zahnsituation geringfügig von seinem schriftlichen Erstangebot ab (siehe Tabellen auf den Seiten 112 bis 116).

Spielraum für den Preis steckt vor allem in den Material- und Labor-kosten, die bis zu 65 Prozent der Endabrechnung ausmachten. Bei den zahnärztlichen Honorarsätzen wurde dagegen nicht oder kaum zurück-gesteckt. Sie wurden auch von »Preisbrechern« nicht angetastet. Das gesetzliche Mindesthonorar darf ohnehin nicht unterschritten werden.

Preisvergleich Kronen und Inlays								
Zahnersatz	4 Gold-Teilkronen, 2 Keramik-Inlays		1 Metallkeramik-krone, 1 Gold-Teilkrone, 1 Implantat mit Metallkeramik-krone		2 Vollkeramik-kronen		9 Vollkeramik-kronen, 9 Keramik-Inlays	
Region nach Postleitzahl	PLZ 02xxx		PLZ 47xxx		PLZ 17xxx		PLZ 38xxx	
Startpreis der Auktion in Euro	1.412		3.707	2.708	1.105		4.799	
Internetportal	www.2te-zahnarzt-meinung.de	www.zahn-gebot.de	www.2te-zahnarzt-meinung.de	www.zahn-gebot.de	www.2te-zahnarzt-meinung.de	www.zahn-gebot.de	www.2te-zahnarzt-meinung.de	www.zahn-gebot.de
Billigstes Angebot in Euro	798	Kein Gebot	1.670	2.500	700	829	3.765	3.596
Reduktion zum Startpreis in Prozent	43		55	8	37	25	22	25
Gesamtzahl der Gebote	1		6	1	1	1	1	2
Hauptersparnis durch	Material/Labor		Material/Labor	Material/Labor	Material/Labor	Material/Labor	Material/Labor	Material/Labor

Preisvergleich Brücken und Kronen						
Zahnersatz	2 Brücken: 2 Metallkeramik-Ankerkronen, 2 Gold-Ankerkronen, 2 Metallkeramik-Brücken-zwischenglieder, 1 Gold-Brücken-zwischenglied		4 Brücken: 8 Metallkeramik-Ankerkronen, 4 Metallkeramik-Brücken-zwischenglieder		2 Brücken: 4 Metallkeramik-Ankerkronen, 4 Metallkeramik-Brücken-zwischenglieder	
Region nach Postleitzahl	PLZ 47xxx		PLZ 28xxx		PLZ 01xxx	
Startpreis der Auktion in Euro	2573		4.959		3.249	
Internetportal	www.2te zahnarzt meinung.de	www.zahn gebot.de	www.2te zahnarzt meinung.de	www.zahn gebot.de	www.2te zahnarzt meinung.de	www.zahn gebot.de
Billigstes Angebot in Euro	988	1.866	2.600	3.600	1.642	Kein Gebot
Reduktion zum Startpreis in Prozent	62	27	48	27	49	
Gesamtzahl der Gebote	8	2	2	2	2	
Hauptersparnis durch	Material/ Labor	Material/ Labor	Material/ Labor	Material/ Labor	Material/ Labor	

Test mit normalem Risiko

Dass mancher Zahnarzt mithilfe von virtuellen Marktplätzen, auf denen Heil- und Kostenpläne versteigert werden, sein Wartezimmer füllt oder neue Kunden rekrutiert, ist nicht verwerflich. Diese Zahnärzte sind bereit, sich öffentlich (unter Pseudonym) bewerten zu lassen. Patienten können beim Erstbesuch entscheiden, ob ihnen Praxis, Zahnarzt und Personal zusagen. Insofern ist die Situation keine andere als bei jedem anderen Zahnarztwechsel auch.

Preisvergleich Brücken und Kronen						
Zahnersatz	1 Brücke: 2 Metallkeramik-Ankerkronen, 1 Metallkeramik-Brücken-zwischenglied		1 Brücke: 2 Metallkeramik-Ankerkronen, 4 Metallkeramik-Brücken-zwischenglieder		1 Brücke: 2 Vollkeramik-Ankerkronen, 1 Vollkeramik-Brücken-zwischenglied	
Region nach Postleitzahl	PLZ 60xxx		PLZ 14xxx		PLZ 29xxx	
Startpreis der Auktion in Euro	1.165		1.893		1.559	
Internetportal	www.2te zahnarzt meinung.de	www.zahn gebot.de	www.2te zahnarzt meinung.de	www.zahn gebot.de	www.2te zahnarzt meinung.de	www.zahn gebot.de
Billigstes Angebot in Euro	708	1.037	1.350	1.536	1.169	Kein Gebot
Reduktion zum Startpreis in Prozent	39	11	29	19	25	
Gesamtzahl der Gebote	5	2	3	1	1	
Hauptersparnis durch	Material/ Labor	Material/ Labor	Material/ Labor	Material/ Labor	Material/ Labor	

Zahnpatient und Zahnmediziner werden auch in Zukunft nicht auf gleicher Augenhöhe argumentieren und rechnen können. Informationen zum Preis und zur Qualität und die daraus abgeleiteten Konsequenzen werden auch weiter zum größten Teil eine Sache des Vertrauens bleiben. Aber der »Wissensstand« ist viel besser geworden: Wer alle Möglichkeiten der Information und des Wettbewerbs nutzt, wird in der Zahnarztpraxis Qualität viel günstiger »einkaufen« als Zahnpatienten, die zum Beispiel ihren Heil- und Kostenplan am Markt nicht testen lassen. Das Verfahren ist letztlich nichts anderes als das Einholen einer Zweit- und Drittmeinung. Nur in erweitertem Umfang.

Preisvergleich Implantate mit Kronenaufsatz						
Zahnersatz	6 Implantate mit 6 Metallkeramik-kronen		4 Implantate mit 4 Metallkeramik-kronen		6 Implantate, 6 Metallkeramik-kronen	
Region nach Postleitzahl	PLZ 61xxx		PLZ 14xxx		PLZ 39xxx	
Startpreis der Auktion in Euro	9.490	7.000	7.496		10.164	
Internetportal	www.2te-zahnarzt-meinung.de	www.zahn-gebot.de	www.2te-zahnarzt-meinung.de	www.zahn-gebot.de	www.2te-zahnarzt-meinung.de	www.zahn-gebot.de
Billigstes Angebot in Euro	4.975	4.300	3.699	Kein Gebot	6.600	Kein Gebot
Reduktion zum Startpreis in Prozent	48	39	51		35	
Gesamtzahl der Gebote	8	1	6		2	
Hauptersparnis durch	Material/Labor	Material/Labor	Material/Labor		Material/Labor	
Quelle: test 6/2006						

Empfehlungen für Patienten

Beim Zahnarzt

- Vor größeren Eingriffen sollte man immer eine Zweit- oder Drittmeinung einholen. Dazu kann man zu jedem Zahnarzt gehen.
- Meist ist der zusätzliche Befund kostenlos, es kann aber auch ein Kostenbeitrag erhoben werden (ca. 50 bis 80 Euro). Der wird im Fall des Zuschlags für den Auftrag meist verrechnet.
- Einige Zahnärztkammern haben unabhängige Gutachter, die eine anschließende Behandlung nicht übernehmen. Dieser Service kostet, abhängig vom Kostenvoranschlag, etwa 50 bis 150 Euro.
- Rat gibt es auch bei den Kassen und den Patientenberatungsstellen der Zahnärztekammern sowie der Verbraucherzentralen.

- Patienten sollten nach Varianten und den Kosten fragen: Es existiert eine breite Palette an Reparaturmöglichkeiten. Wenn der Zahnarzt nur viele Kronen anbietet, schöpft er nicht die Möglichkeiten aus, die zur Verfügung stehen.
- Bei Kronen und Inlays immer nach dem Goldanteil fragen! Gut sind Edelmetalllegierungen mit 75 Prozent Gold und mehr, gut sind Kobalt-Chrom-Molybdän-Legierungen, Titan, Tantal, Niob, Zirkonium und deren Legierungen.
- Vereinbartes hochwertiges Material wie Goldlegierung muss auch verwendet werden. Eine Bescheinigung des Labors erhalten Zahnpatienten vom Zahnarzt.
- Vor der Behandlung sollte man den Heil- und Kostenplan schriftlich fest vereinbaren, sodass nur unabweisbare Versorgungsleistungen zusätzlich erfolgen, die sich während der Behandlung herausstellen. Das gilt besonders bei gemischter Kassen- und Privatabrechnung beim Ersatz mehrerer Zähne.

Implantat-Versorgung

- Ein Zuschuss von 273 bis 355 Euro bei einem Implantat für Einzelzahnersatz entspricht dem Festzuschuss bei der Brücke für einen fehlenden Zahn, deckt aber nur einen geringen Teil der Gesamtkosten:
- Pro implantiertem Einzelzahn rechnet man heute mit etwa 1.500 bis 3.000 Euro. Ein schwieriges Implantat mit Knochenaufbau, Weichteilkorrektur und individuell angepasstem Vollkeramikaufbau kann auch 3.500 bis 4.000 Euro kosten. Es gibt im Preisniveau regionale Unterschiede.
- Generell ist davon auszugehen, dass auf die teuren »Dübel« für den Kiefer auch höherwertiger Zahnersatz gesetzt wird.
- Zahnarztthonorar: Im Unterschied zur Regelversorgung schreibt die Krankenkasse dem Zahnarzt nicht vor, was er für eine besondere Versorgung verlangen kann. Er rechnet sie nach der privatärztlichen Gebührenordnung (GOZ) ab. Die Gebührenordnung sieht keine festen Preise für die Leistung des Zahnarztes vor, sondern einen Einzelsatz. Der kann je nach Schwierigkeit ohne vorherige Vereinbarung bis zum 3,5-Fachen gesteigert werden – per Sondervereinbarung sogar noch darüber hinaus.

- Achtung: Abweichungen von der Regelversorgung gelten als gleichartige oder als andersartige Versorgung. Lässt sich der Patient eine Krone auf ein Implantat setzen, obwohl für seinen Befund eine normale Brücke vorgesehen wäre, gilt das als andersartige Versorgung. Der Zahnarzt rechnet die komplette Arbeit nach der privaten GOZ ab. Den Kassenfestzuschuss gibt es aber dennoch.
- Mit der privaten Krankenversicherung sollte man zuvor über die Kosten sprechen. Die Vertragsbedingungen lesen! Heil- und Kostenplan anfordern und der (Zahnezusatz-)Versicherung vorlegen.
- Die Arbeitsgemeinschaft aller großen implantologischen Verbände und Fachgesellschaften fordert an Voraussetzungen, um den Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie führen zu dürfen,
 - drei Jahre implantologische Tätigkeit,
 - Setzen und/oder Versorgen von mindestens 200 Implantaten oder mindestens 70 Versorgungsfälle je Kiefer, bei denen alle Indikationsklassen vertreten sein müssen, sowie
 - bestimmte Fortbildungsnachweise.

Portale richtig nutzen

- Auktionsportale für Zahnersatz sollte man zunächst zur allgemeinen Information nutzen: Dort herrscht Wettbewerb, die Preise werden transparenter. Zahnpatienten haben eine Übersicht über den Markt und das, was dort möglich ist.
- Portalangebote kann man selbst testen. Das kostet nur wenige Euro. Ein Risiko besteht nicht.
- Die Daten des Heil- und Kostenplans muss man im Internet akribisch eingeben.
- Bei schwierigen Zusammenstellungen ist es manchmal besser, den Kostenplan an das Portal zu schicken.
- Ein größeres Einzugsgebiet führt zu mehr Geboten und fördert die Preiskonkurrenz.
- Bei der Auswahl des Zahnarztes muss es nicht der mit dem preiswertesten Angebot sein. Auch andere Aspekte wie Ortsnähe sind wichtig, um Fahrtkosten zu sparen.
- Im endgültigen Heil- und Kostenplan sollte der ausgewiesene Gesamtbetrag dem Auktionsangebot entsprechen. Wenn nicht, sollte man eine Begründung verlangen.

- Man kann auch den eigenen Zahnarzt mit preiswerten Angeboten konfrontieren. Eventuell gibt er beim Preis noch nach.

Alternative Ausland

- Die Kasse muss vor einer Behandlung den Heil- und Kostenplan genehmigen, auch bei Zahnbehandlungen im Ausland. Dortige Anbieter werben im Internet mit günstigen Preisen für eine Implantation. Staaten wie Polen, Tschechien und Ungarn sind Mitglieder der EU, und Kassen legen ihren Mitgliedern, die sich dort behandeln lassen wollen, keine Steine in den Weg.
- Kassenpatienten müssen einen speziellen Auslandsschein ausfüllen oder bereits die neue elektronische internationale Gesundheitskarte für jene Staaten besitzen, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht. Der Heil- und Kostenplan muss genehmigt sein.
- Auch hier sollte man sich vorab über Angebote im Internet informieren und die Kasse nach eventuellen Kooperationsvereinbarungen oder Kooperationspartnern fragen.
- Fragen, ob der ausländische Zahnarzt einen Kooperationspartner in Deutschland für eventuelle Nacharbeiten und die Nachsorge hat! Preisvorteile sind rasch zunichte, wenn viel hin- und hergefahren werden muss.
- Zunächst ist es wichtig, sich von einem Zahnarzt in Deutschland einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen und auf dessen Grundlage einen vom ausländischen Zahnarzt – auf Deutsch.
- Danach müssen die Unterlagen bei der Kasse eingereicht werden, um sich deren Kostenanteil bestätigen zu lassen.
- Vor der Behandlung beim Zahnarzt Garantie- und Ersatzansprüche nach deutschem Recht vereinbaren!
- Die Behandlung muss zunächst selbst gezahlt werden. Danach wird die detaillierte, quitierte Zahnarztrechnung bei der Kasse eingereicht.

Holger Lehmann¹

Auktionsportale für Zahnersatz – Preistransparenz auf heimischem Markt

Tiefgreifende Veränderungen im Markt für Zahnersatz

Mit der Einführung der Festzuschüsse für Zahnersatz im Januar 2005 wurde eine Systemumstellung bei der Bezuschussung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vollzogen. Zuvor bezahlten die Kassen einen prozentualen Zuschuss, der 50 bis 65 Prozent der Gesamtkosten ausmachte. Mit der Umstellung auf das Festzuschuss-System leisten die gesetzlichen Krankenkassen einen festen Betrag.

Damit wurde das System sozialgerechter. Denn nun bekommen alle Bürger den gleichen Zuschuss. Wohlhabende Bürger, die sich einen teureren Zahnersatz leisten wollen, bekommen nicht mehr Geld aus dem »Sozialtopf« als weniger betuchte Bürger, die sich keinen teuren Zahnersatz leisten können. Bei einem gleichbleibenden Festzuschuss steigt oder fällt mit der gewählten Versorgung der individuelle Eigenanteil.

Mit der Systemumstellung stieg aber auch insgesamt der Eigenanteil der Versicherten, da Zahnersatz aufgrund der neuen Abrechnungsmöglichkeiten von den Leistungserbringern teurer verkauft wurde. Laut einer Studie der Spitzenverbände der GKV² stiegen die Gesamtkosten der Zahnersatzversorgung,

- weil von den Zahnärzten mehr Leistungen privat abgerechnet wurden (im Schnitt 62 Prozent) und
- weil durch die höhere Privatliquidation der Zahnärzte auch die Laborkosten um durchschnittlich 30 Prozent gestiegen waren.

¹ Holger Lehmann ist Geschäftsführer der Mojo GmbH, Düsseldorf, Betreiber des Internetportals www.2te-zahnarztmeinung.de

² Spitzenverbände der GKV. Untersuchung der Auswirkungen befundbezogener Festzuschüsse. Dokumentation 1.3.2006, S. 8.

Somit ist festzuhalten, dass die Gesamtkosten der Zahnersatzversorgung mit der Systemumstellung gestiegen sind. Damit stieg auch der Eigenanteil der Versicherten bei nahezu gleichbleibenden Leistungen. Seit der Systemumstellung nutzen die Leistungserbringer ihre Möglichkeiten, mehr Leistungen privat – und damit teurer – abzurechnen.

Für den Patienten wurde es teurer oder schlechter

Bei gestiegenen Gesamtkosten und gleichbleibenden Festzuschüssen steigen die Eigenanteile für die Versicherten. Damit werden Patienten vor die Wahl gestellt, entweder mehr dazu zu bezahlen oder eine weniger umfangreiche Zahnersatzarbeit zu wählen. Wollen sie weder das eine noch das andere, bleibt ihnen nur die Möglichkeit,

- auf Zahnersatz aus dem Ausland (z.B. China, Türkei) zurückzugreifen,
- ins Ausland (z. B. Ungarn, Polen) zu fahren, um die komplette Zahnersatzleistung bei einem dortigen Zahnarzt durchführen zu lassen oder
- mit dem hiesigen Zahnarzt über den Preis zu verhandeln.

Alle drei Alternativen haben ihre spezifischen Nachteile. Beim Zahnersatz aus Billiglohnländern muss der Patient möglicherweise Zeit- und Qualitätseinbußen hinnehmen. Lässt er die Arbeit komplett im Ausland vornehmen, hat er bei Komplikationen das Problem der Nachsorge. Besonders schwierig ist es wohl für die meisten Patienten, mit dem hiesigen Zahnarzt über den Preis zu verhandeln. Diese Hindernisse im deutschen Markt werden im Folgenden thematisiert.

Patienten wird der Durchblick verwehrt

Möchte ein Patient bei einem Zahnarzt vor Ort bleiben und den Zahnersatz aus einem deutschen Dentallabor zu einem günstigeren Preis beziehen, muss er mit den Leistungsanbietern vor Ort über den Preis verhandeln. Um dies tun zu können, muss er aber wissen, worüber er

spricht – für »Otto Normalverbraucher« eine schier unlösbare Aufgabe. Denn die »Informationsasymmetrie« zwischen Leistungsanbietern und Patienten macht dies zu einem ungleichen Unterfangen. Die Leistungserbringer wissen aus ihrer täglichen Arbeit fast alles, und der Patient, der mit diesem Zahnersatzthema vielleicht alle fünf Jahre zu tun hat, weiß so gut wie nichts. Dieser Nachteil wird anhand der folgenden Beispiele verdeutlicht:

- Es ist für Patienten nur sehr schwer nachzuvollziehen, wie sich der Preis für eine Zahnersatzleistung zusammensetzt.³ Begriffe und Abkürzungen wie »Bema« (gesetzliches Zahnarzthonorar), »GOZ« (privates Zahnarzthonorar), »BEL II« (gesetzliche Dentallaborpreisliste) und »BEB« (private Dentallaborpreisliste) sind für ihn Fremdwörter. Vor allem die Wechselwirkungen aus diesen Begriffen und Abkürzungen mit den damit einhergehenden Preissteigerungen sind so gut wie allen Patienten unbekannt. Wird zum Beispiel dem gesetzlich Versicherten eine vollverblendete Krone als Privatleistung angeboten, reduziert sich das gesetzliche Honorar (Bema) des Zahnarztes, und er kann mit seinem höheren privaten Honorar (GOZ) den 1,0- bis 3,5-fachen Steigerungssatz abrechnen. Dabei wird vom Dentallabor auch nicht mehr die gesetzliche Dentallaborpreisliste (BEL II) verwendet, sondern die private Laborpreisliste (BEB) mit allen Abrechnungsfreiheiten. Im Ergebnis kann der Preis für vergleichbare Leistungen um bis zu 100 Prozent steigen.
- Das Lesen und Verstehen eines gesetzlichen Heil- und Kostenplans ist für die meisten Versicherten eine echte Herausforderung. Vermeintlich kleine Unterschiede in den Buchstabenreihen auf den gesetzlichen Heil- und Kostenplänen bei der Therapieplanung (»KM« anstatt »KV«) ziehen große Unterschiede in den Preisen nach sich. Ebenso macht es für die Materialwahl und den Preis einen großen Unterschied, ob das Kästchen »NEM« (Nicht-Edelmetall) angekreuzt ist oder nicht. Dies wissen aber nur die wenigsten Patienten.
- Übertroffen wird die Unverständlichkeit der Leistungsangebote nur noch von den privaten Kostenvoranschlägen, die den gesetzlichen Heil- und Kostenplänen als »Mehrkostenvereinbarung« oder »Anlagen zum gesetzlichen Heil- und Kostenplan« beigelegt werden. Wer

3 Erfahrungen des Autors aus vielen Gesprächen mit Patienten.

schon mal das »Vergnügen« hatte, sich mit einem privaten Kostenvoranschlag für eine Implantation zu beschäftigen, und den Anspruch hatte, diesen Kostenvoranschlag verstehen zu wollen, weiß, wovon hier gesprochen wird. Viele Patienten wissen beispielsweise noch nicht einmal, dass sie bei einer Implantation zwei Angebote bekommen: einen privaten Kostenvoranschlag für das Setzen des Implantats und einen gesetzlichen Heil- und Kostenplan für die Suprakonstruktion (die Krone auf das Implantat). Böse Überraschungen sind hier vorprogrammiert.

- Multipliziert werden die Nachteile des Patienten noch dadurch, dass er kein Preisgefühl für die zu erbringende Leistung hat. Er erkennt nicht sofort, dass beispielsweise ein Preis von 1.200 Euro für eine Krone absurd hoch ist. Ihm ist nicht klar, dass eine Krone im Schnitt 542,38 Euro⁴ kostet. Er weiß also nicht, bis zu welchem Punkt er realistischere verhandeln kann. Ebenso wenig ist ihm klar, dass er bei einem Angebot von 400 Euro für eine Krone ein ausgezeichnetes preisliches Angebot in den Händen hält.

Angesichts dieser Hürden, die ein Patient nehmen muss, um mit den Leistungserbringern überhaupt über den Preis zu verhandeln, wird sehr deutlich, dass er das gewünschte Ergebnis nicht erreichen wird. Die Folge ist, dass er kapituliert und einfach den geforderten Preis bezahlt, ohne ihn kritisch prüfen zu können. Oder er lässt die Behandlung möglicherweise gar nicht durchführen, weil er sie sich nicht leisten kann. Und das, obwohl doch durch einheitliche Gebührenordnungen und klare Leistungsbeschreibungen alles für jedermann (damit ist auch der Patient gemeint) nachvollziehbar sein sollte. So sollte eine Transparenz geschaffen werden, die allen Marktteilnehmern hilft.

Aber durch die unübersichtliche und unverständliche Darstellungsweise wird durch Abkürzungen und Verklausulierungen genau das Gegenteil erreicht: Intransparenz.

4 Spitzenverbände der GKV. Untersuchung der Auswirkungen befundbezogener Festzuschüsse. Dokumentation 1.3.2006, S. 25.

Der Patient kann die Leistungen der Zahnärzte vergleichen und sich dann für einen Zahnarzt entscheiden. Damit die Auswahl eines Zahnarztes aber nicht zum Reinform wird, kann er sich das Profil des Zahnarztes (obere Abbildung) und die Bewertungen anderer Patienten (untere Abbildung) ansehen:

Profil von: medock

Mitgliedsname: **medock** Tätigkeitschwerpunkte: **1: Implantologie
2: Pfaster of Science
Kieferorthopädie**

Dokortort: **Zahnarzt 40-50 Jahre alt** Zertifizierter Implantologe: **Ja**

Angemeldet seit: **23.04.2006** Implantieren seit: **8 Jahren**

Praxis: **12043 Berlin** Gesetzte Implantate: **mehr als 200**

Sprechzeiten: **Mo,Di,Do9-13/15-19,149-14/Fr.,Sa, nach Vereinbarung** Zusammenarbeit mit einem Kieferchirurg: **Nein**

Bewertungen: **197** Implantate zusammen mit einem Kieferchirurg: **keine**

Aktuelles Profil:

Individuelle Darstellungsmöglichkeit:

Die Praxis liegt sehr verkehrsgünstig (8 mtr. vom U-Bahnhof), in der Nähe des Böhmischen Dorfes in einem Ärztehaus.

Ein junges motiviertes Team erwartet Sie in 3 modernen Behandlungszimmern.

Für Ihren Komfort bieten wir:

- Carex 3 D
- Digitales Röntgen
- 2 Intraorale Kameras
- Lupenbrille (mikroskop 4,8)

Die Schwerpunkte unserer Praxis sind:

- Implantologie
- Prothetik
- heiles in unserer Praxis
- Kieferorthopädie (Erwachsene und Kinder)

Spezialisiert sind wir vor allem auf Angstpatienten.

Als besondere Leistung können wir Akupunktur, Homöopathie und Bachblütentherapie unterstützend anbieten.

Eine qualifizierte Prophylaxeassistentin kümmert sich um die Prophylaxe.

Das eigene, in der Praxis befindliche Labor ist auf Zirkonoxid spezialisiert.

medock (197)

12043 Berlin

Bewertung von amelsatrin (Behandlung: 112473)	Ersparnis für den Patienten	
Kategorie:	Krone	Eigenanteil alt: 1.282,39 €
Startpreis:	1.918,99 €	Eigenanteil neu: 309,40 €
Marktpreis:	946,00 €	Reduzierung in %: 76%

Wie gut war die Leistung des Zahnarztes?
(Untersuchung, Beratung, Alternativen, Umgang mit Einwänden)

Wie gut hat sich der Zahnarzt an den Behandlungspreis gehalten?

Wie kundenorientiert war das restliche Praxisteam?

Würden Sie freundlich und zuvorkommend behandeln?

Würden Sie den Zahnarzt weiterempfehlen? **Ja**

Wie beurteilen Sie die zahnärztliche Leistung insgesamt?

Kommentar:
Ich habe gerade meine 4 neuen Frontzähne (Kronen) erhalten und bin begeistert, nachdem ich wirklich sehr skeptisch war, denn mit Zahnärzten habe ich schon eine Menge ungute Erfahrungen machen müssen. Es sieht toll aus. Ich werde heute wohl nur lachend herumlaufen. Dr. Medock beantwortet sämtliche Fragen, er ist auf dem Stand der Zeit und sehr innovativ. Ich bleibe bei ihm und seinen netten Zahnarztshelferinnen. Herzlichen Dank, alles Gute und bis demnächst. Kann die Praxis nur empfehlen.

Antwort:
Der Anfang eines wunderbaren Arzt-Patientenverhältnisses, Daaaanke!

Mit dem Preisvergleich im Internet gehen Patienten keine Verpflichtungen ein. Nach der Entscheidung für einen Zahnarzt werden per E-Mail die Kontaktdaten ausgetauscht. Anschließend vereinbart der Patient den ersten Kennenlern- und Untersuchungstermin. Der Zahnarzt nutzt diesen Termin, um auf Basis einer Untersuchung ein Angebot in Form eines Heil- und Kostenplans abzugeben. Werden sich beide einig, wird die Zahnersatzarbeit beim nächsten Termin begonnen.

Die Stiftung Warentest⁵ hat 2006 zwei Internetportale unter die Lupe genommen (siehe auch den Beitrag von Carl-Friedrich Theill in diesem Buch ab Seite 104). Die Stiftung Warentest hat 19 Heil- und Kostenpläne für Zahnersatzbehandlungen des gehobenen Niveaus auf der Website www.2te-zahnarztmeinung.de eingestellt und die Testpersonen in die Praxen der teilnehmenden Zahnärzte geschickt. Die erstellten Heil- und Kostenpläne wurden fachgutachterlich überprüft.

Das Untersuchungsergebnis der Stiftung Warentest lässt sich zusammenfassend so wiedergeben:

- Der Wettbewerb von Zahnärzten im Netz funktioniert.
- Meist wurden die Behandlungen zum Zahnersatz zwischen 20 und 50 Prozent, maximal sogar um 62 Prozent billiger angeboten.
- Das Sparziel wurde vorwiegend über Kostensenkungen bei den Material- und Laborkosten erreicht.

Eigene Auswertungen der »2te-zahnarztmeinung« haben ergeben, dass die Patienten im Schnitt 56 Prozent ihres Eigenanteils beim Zahnersatz sparen. Seit dem Start des Marktplatzes wurden über 50.000 Behandlungen eingestellt, und mittlerweile zählt die »2te-zahnarztmeinung« über 75 gesetzliche Partner-Krankenkassen, die ihren Versicherten den Marktplatz empfehlen.

5 Stiftung Warentest, »Internetauktionen für Zahnersatz«, test 6/2006, S. 91 ff.

Zusammenfassung

Durch die Einführung des Festzuschuss-Systems sind für Patienten bei gleichbleibenden Leistungen die Eigenanteile beim Zahnersatz gestiegen.

Für Laien ist es sehr schwer, das »Zahnersatzsystem« zu durchschauen. Durch die komplizierten Gebührenverordnungen, unverständlichen Leistungsbeschreibungen und die sich hieraus ergebenden Wechselwirkungen wird der Zahnersatzmarkt für Patienten intransparent.

Wenn sie die Leistungen transparent und vergleichbar machen möchten, sind sie auf sich allein gestellt. Entweder können sie den beschwerlichen Weg von Zahnarzt zu Zahnarzt gehen oder ihren Heil- und Kostenplan im Internet auf einem der Portale einstellen.

Vor allem durch das Internet werden Patienten in die Lage versetzt, eine selbstständige und eigenverantwortliche Entscheidung beim Zahnersatz zu treffen. Sie profitieren von Transparenz und Vergleichbarkeit, wodurch ein fairer, verständlicher und nachvollziehbarer Marktpreis bezahlt wird.

Wolfgang Eßer¹

Zahnersatz – Durchblick bei Angebot und Preis? Probleme und Lösungen aus Sicht der Zahnärzteschaft

Die Einführung befundbezogener Festzuschüsse für Zahnersatz hat gesetzlich Krankenversicherten eine größere Therapiefreiheit und mehr Transparenz bei den Leistungen ihrer Krankenkasse beschert. Eine verbreiterte Angebotspalette und verschärfter Wettbewerb am Zahnersatzmarkt erschweren aber auch die Entscheidung für eine bestimmte Behandlung. Der Bedarf nach seriösen Beratungsinstanzen wächst. Die Zahnärzteschaft setzt auf eine partizipative Entscheidungsfindung in der Zahnarztpraxis. Sie bietet zusätzlich fachlich fundierte Unterstützung über neutrale Zweitmeinungsinstanzen an, um Patienten Orientierung zu geben und eine Zahnersatzberatung zu ermöglichen, die nicht nur die Kosten, sondern auch die Qualität und den Therapieerfolg im Blick hat.

Systemumstellung auf Festzuschüsse

Das zum Jahresbeginn 2005 eingeführte Festzuschussystem für die Versorgung mit Zahnersatz war eine grundlegende Systemveränderung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Für definierte Befunde werden seitdem feste Zuschüsse zu prothetischen Versorgungen gewährt. Sie haben die prozentualen, von der Versorgungsart abhängigen Zuschüsse abgelöst. Ein zentraler Vorteil des neuen Systems ist seine Transparenz und Kalkulierbarkeit für den Patienten. Sobald der Befund festgestellt ist, ist auch klar, wie hoch der Zuschuss der Krankenkasse zur Behandlung ausfallen wird. Zudem hat der Patient die Möglichkeit, jede wissenschaftlich anerkannte Therapie wählen zu können, ohne dass der Kassenzuschuss verloren gehen kann. Das eröffnet ihm die Teilhabe am zahnmedizinischen Fortschritt, zum Beispiel in Gestalt von implantatgestütztem Zahnersatz.

¹ Dr. Wolfgang Eßer ist Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV).

Heute hat dieses innovative Steuerungsinstrument seine Bewährungsprobe längst bestanden und trifft bei allen Beteiligten auf eine breite Akzeptanz. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat die Auswirkungen der Einführung der Festzuschüsse begleitend evaluiert und eine umfassende Analyse vorgelegt. Die Bilanz fällt positiv aus:

- Die Zielsetzungen und Vorgaben des Gesetzgebers bei Einführung der Festzuschüsse wurden erreicht. Im Bundesdurchschnitt hat sich weder eine höhere Belastung der Versicherten noch eine nennenswerte Verschiebung in der Versorgungsstruktur ergeben.
- Nach vorübergehenden Rückgängen während der Systemumstellung haben sich die Zahl der Behandlungsfälle und die Ausgaben der Krankenkassen pro Behandlungsfall wieder normalisiert.
- Zudem ist das Festzuschussmodell im direkten Vergleich mit anderen Selbstbeteiligungsmodellen gerechter, da die solidarisch aufgebrachten Finanzmittel der GKV gezielter für die Regelversorgung eingesetzt werden können.

Allerdings haben die erweiterten Wahlmöglichkeiten, die mit dem System befundbezogener Festzuschüsse für Zahnersatz verbunden sind, das Bedürfnis der Patienten nach verlässlichen Informationen zur Behandlung und ihr Kostenbewusstsein deutlich verstärkt. Nicht zuletzt deshalb ist der Zahnersatzmarkt nach der Einführung der Festzuschüsse sehr viel wettbewerbsintensiver geworden – eine Entwicklung, die durchaus gewollt und geplant war. Gleichwohl schafft sie auch Unsicherheit bei Patienten, für die Informationen und Entscheidungshilfen immer wichtiger werden.

Gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient und Zahnarzt

Der größte und wichtigste Teil der Patientenberatung findet naturgemäß beim behandelnden Zahnarzt statt. Die Qualität und Intensität der Beratung in deutschen Zahnarztpraxen ist hoch. Das hat eine im Juli 2006 veröffentlichte Untersuchung des Instituts der Deutschen Zahnärzte für den Bereich der Zahnersatzbehandlungen im Jahr 2005

bestätigt.² Die Stellung des Patienten im Verhältnis zu seinem Zahnarzt hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert. Begriffe wie »Patientensouveränität« oder »Empowerment« kennzeichnen eine Entwicklung, in deren Zentrum die stärkere Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungsprozessen steht. In der zahnärztlichen Praxis wird diese »partizipative Entscheidungsfindung« seit Jahren praktiziert. Ihre Bedeutung ist durch die Vielfalt der Therapiemöglichkeiten und die Eigenbeteiligung der Versicherten heute größer denn je. Sie ist ein sinnvolles und notwendiges Element des Patienten-Zahnarzt-Verhältnisses, denn die Wahl einer bestimmten Behandlungsform hängt stark von den Wünschen und der Erwartungshaltung des Patienten im Hinblick auf das zu erzielende Therapieergebnis ab. Und die Patientenzufriedenheit ist ein erheblicher Faktor für die Einschätzung des Behandlungserfolgs.

Beratungsstellen der Zahnärzteorganisationen

Außerhalb der Praxis wird die Beratungsleistung des Zahnarztes seit Jahren durch zahnärztliche Beratungsstellen flankiert. Sie gehen vor allem auf die Initiative der Bundeszahnärztekammer und der Landes-zahnärztekammern zurück. In jedem Bundesland gibt es mindestens eine Anlaufstelle, bei der Patienten überwiegend telefonisch allgemeine Informationen zu zahnmedizinischen Fragen einholen können. Auch im Falle eines Konflikts mit dem Zahnarzt stehen die Kammern Patienten mit Schlichtungseinrichtungen zur Seite, die in 90 Prozent der Fälle eine gütliche Einigung erreichen. Darüber hinaus stellen die Zahnärzteorganisationen in Bund und Ländern eine Fülle von Patienteninformationen in gedruckter Form und über ihre Internetauftritte zur Verfügung.

² Vgl. »Zahnärztliche Kommunikationsmuster bei der Versorgung mit Zahnersatz. Ergebnisse einer bundesweiten Evaluationsstudie zum Festzuschuss-System in der Gesetzlichen Krankenversicherung«, von David Klingenberg, Axel Olaf Kern und Wolfgang Micheelis (IDZ-Information Nr. 2/2006 vom 5. Juli 2006), Köln. Die Studie steht unter www.idz-koeln.de/m3-d.htm zum Download bereit.

Zusätzliche Angebote für den Bereich Zahnersatz

Gerade bei Zahnersatz ist die Therapieentscheidung für den Patienten nicht immer einfach. Die Therapiealternativen sind zahlreich, ihre Kosten variieren je nach Behandlungsaufwand erheblich. Zudem wird die Angebotspalette stetig größer. So finden sich mittlerweile zahlreiche Anbieter, die beispielsweise versprechen, den Eigenanteil des Patienten zu reduzieren oder bei Regelversorgungen sogar ganz zu eliminieren. Grundsätzlich ist das eine für die Patienten vorteilhafte Entwicklung. Andererseits trägt die Marktvielfalt erheblich zur Desorientierung bei und erschwert die Therapieentscheidung. Die Beratung der Versicherten gewinnt damit einen besonderen Stellenwert.

Eine Patientenberatung, die ihren Namen verdient, muss mit niederschweligen (kostenfreien) Angeboten arbeiten, fachlich fundiert erfolgen und von einer neutralen Basis aus nach transparenten Kriterien geleistet werden. Fachlich fundiert kann eine Beratung nur sein, wenn sie auf zahnmedizinischer Expertise aufbaut. Sie muss die Kostenfrage mit im Blick haben, darf sich aber nicht auf eine reine Kostenbetrachtung verengen. Vielmehr muss sie die individuelle Situation des Patienten, seine Wünsche, die zur Verfügung stehenden Therapiealternativen sowie die Qualität der Versorgung im angemessenen Umfang berücksichtigen. Neutral und transparent kann eine Beratung nur sein, wenn der Beratende frei von eigenen ökonomischen Interessen agiert und seine Rolle klar definiert ist.

Schon mit der Einführung des Festzuschussystems war abzusehen, dass der Orientierungsbedarf der Patienten größer wird. Aus diesem Grund wurde bereits zum Januar 2005 die Gestalt des Heil- und Kostenplanes geändert. Jeder Heil- und Kostenplan basiert auf einer individuellen Therapieempfehlung des Zahnarztes. Voraussetzung für diese Empfehlung ist eine umfassende Befunderhebung und Diagnostik. Soweit darin eine Therapie vorgeschlagen wird, die über die Regelversorgung hinausgeht, erhält der Patient neben dem Formular des Heil- und Kostenplans ein weiteres Informationsblatt. Darauf sind nicht nur die voraussichtlichen Gesamtkosten und der Eigenanteil für die geplante Behandlung vermerkt, sondern auch die Kosten und der

Eigenanteil, die anfallen würden, wenn der Patient sich stattdessen für die Regelversorgung entscheiden würde. Damit hat der Versicherte in jedem Fall bereits einen Referenzwert, der ihm zeigt, wo im Kostenpektrum die geplante Behandlung anzusiedeln ist. Diese zusätzlichen Informationen dienen der Kostentransparenz.

Das Zweitmeinungsmodell

Weil eine Kostenbetrachtung allein nicht ausreicht, wurden weitere Beratungskapazitäten außerhalb der Zahnarztpraxis geplant. Unter der Koordination der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung hat die Zahnärzteschaft im Jahr 2005 ein Zweitmeinungsmodell für die Beratung der Versicherten entworfen. Es setzt auf fachlich fundierte, qualitativ hochwertige, kostenfreie und vor allem neutrale Informations- und Beratungsangebote, um den berechtigten Wunsch der Patienten nach Entscheidungshilfen und Kostentransparenz zu erfüllen. Es ist ein ergänzendes Angebot an die Patienten. Im Mittelpunkt der Therapieentscheidung steht nach wie vor die Beratung des behandelnden Zahnarztes.

Das »Zweitmeinungsmodell« ist eine neutrale Beratung zu bereits vorliegenden Heil- und Kostenplänen für Zahnersatz. Erfahrene und speziell geschulte Zahnersatzgutachter beraten die Patienten u.a. hinsichtlich der Art der vorgeschlagenen Therapie (z.B. Implantat oder Brücke) und der damit verbundenen Kosten. Die Beratung ist dreistufig:

- > An erster Stelle steht eine telefonische Erstberatung durch geschultes Fachpersonal.
- > Sieht der Patient weiteren Beratungsbedarf, erfolgt eine telefonische Zweitberatung nach fester Terminvereinbarung durch einen für das Thema »Festzuschüsse bei Zahnersatz« besonders geschulten Zahnarzt.
- > Hat der Patient weiteren Beratungsbedarf, ist in einer dritten Stufe eine persönliche Beratung durch einen Zahnarzt – gegebenenfalls mit klinischer Untersuchung – vorgesehen.

Der entscheidende Vorteil des Konzepts liegt darin, dass ein ökonomisches Interesse des beratenden Zahnarztes ausgeschlossen und damit

strikte Neutralität in der Beratung geschaffen wird. Erreicht wird dies dadurch, dass der Beratungszahnarzt den Beratenen für die Dauer von mindestens zwei Jahren nicht selbst behandeln darf. Die Zahnersatz-Gutachter, die in der Regel die Beratung durchführen, sind einvernehmlich von der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und den Krankenkassen bestellt.

Das »Zweitmeinungsmodell« wird auf Länderebene umgesetzt, ist regional und partnerschaftlich angelegt und offen für Kooperationen. Teilweise gibt es Vereinbarungen zwischen KZVen und Verbraucherverbänden, in denen eine Zusammenarbeit bei der Beratung im Zweitmeinungsmodell festgelegt ist. Eine von der KZBV gepflegte, zentrale Informationsplattform im Internet (www.zahnarzt-zweitmeinung.de) gibt einen bundesweiten Überblick über die Beratungsmöglichkeiten vor Ort.

Problematische Beratungsangebote

Wie wichtig seriöse Beratungsinstanzen sind, wird klar, wenn man einen genaueren Blick auf die Entwicklung des Zahnersatzmarktes wirft. Neben dem eigentlichen Versorgungssektor hat sich mittlerweile ein Markt für Beratungsleistungen entwickelt, an dessen Rändern auch zahlreiche intransparente und/oder fachlich fragwürdige Beratungsstrukturen zu beobachten sind. Informationsportale für Gesundheit, die statistische Informationen bereit halten, Foren für den Erfahrungsaustausch zwischen Patienten und teilweise auch Online-Konsultationen bieten, schießen wie Pilze aus dem Boden. Hinzu kommt eine wachsende Zahl von Portalen zur Bewertung von (zahn-)ärztlichen Leistungen durch die Patienten selbst.

So begrüßenswert diese Versuche, mehr Verbrauchersouveränität zu schaffen, im Grundsatz auch sein mögen, bergen sie doch eine ganze Reihe von Problemen:

→ Die meisten Angebote sind werbefinanziert, gewinnorientiert und daher latent auf den Absatz bestimmter Produkte fokussiert.

→ Gesundheitsinformationen aus dem *world wide web* sind oft nicht qualitätsgesichert. Bewertungen für ärztliche Leistungen werden von medizinischen Laien, anonym bzw. ohne objektive Bewertungskriterien abgegeben, und Beratungsärzte agieren im virtuellen Raum mit unklarer Interessenlage oder geringer Beratungstiefe.

Diskussion auf Kosten verkürzt

Einen Schritt weiter gehen Portale, auf denen Zahn(ersatz)behandlungen quasi »auktioniert« werden können. Ihre Bezeichnungen suggerieren teilweise, es gebe dort die Möglichkeit, eine zweite medizinische Meinung einzuholen. Faktisch aber wird nicht mehr und nicht weniger angeboten als ein anonymer Preisvergleich für geplante Behandlungen. Diesen Angeboten gemein ist das Problem, dass eine Beratung des Patienten zu Therapiealternativen und deren Vor- und Nachteilen grundsätzlich nicht stattfindet. Nicht immer ist sichtbar, ob die verschiedenen Angebote tatsächlich identische Leistungen umfassen und damit überhaupt vergleichbar sind. Bei manchen Angeboten ist offensichtlich, dass die betreffende Behandlung zum versprochenen Preis nicht kostendeckend zu erbringen ist. Wird beispielsweise eine professionelle Zahnreinigung für nur 25 Euro angeboten, kann sie entweder kaum fachgerecht durchgeführt werden, oder sie ist ein Verlustgeschäft für den Zahnarzt, der in der Hoffnung auf später zu generierende Gewinne handelt. Er trägt damit zu einer Entwicklung bei, die im ungünstigen Fall ein Preisdumping anheizt, dessen Folge ein erheblicher Qualitätsverlust in der gesamten zahnmedizinischen Versorgung wäre. Das ist bei aller berechtigten Fokussierung auf die Kosten einer Therapie sicher keine akzeptable Perspektive.

Fokus Laborkosten

Das Honorar des Zahnarztes für Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse ist gesetzlich festgelegt und darf weder über- noch unterschritten werden. Das gilt auch bei Regelversorgungen mit Zahnersatz.

Gewisse Honorarspielräume hat der Zahnarzt dann, wenn er private Leistungen erbringt, die über die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet werden. Doch selbst hier sind die durchschnittlich abgerechneten Sätze in den letzten zwanzig Jahren real gesunken. Auch wenn nach wie vor »teurere« und »günstigere« zahnärztliche Leistungen angeboten werden, ist der Spielraum des Zahnarztes, dem Patienten bei seiner Honorargestaltung entgegenzukommen, damit kleiner geworden und durch betriebswirtschaftliche Rahmenbedingungen begrenzt.

Anders ist die Lage bei den Material- und Laborkosten für die Herstellung des Zahnersatzes. Sie machen oft 60 bis 70 Prozent der Gesamtkosten einer Behandlung aus. Das Honorar eines Zahntechnikers ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Bei Zahnersatzangeboten, die mit einer »Regelversorgung zum Nulltarif« werben, werden also vor allem Laborkosten eingespart. Dies geschieht, indem man den Zahnersatz in Schwellenländern mit niedrigem Lohnniveau fertigen lässt oder innerhalb Deutschlands ein günstigeres Labor nutzt. Das muss nicht, kann aber sehr wohl zu qualitativen Einbußen führen.

Gezielte Steuerung von Patienten

Mittlerweile etabliert sich ein internetbasierter Marktplatz für Laborleistungen. Es entstehen Portale, bei denen der Patient den Heil- und Kostenplan seines Zahnarztes einstellen und dann direkt von Zahnlabors Kostenangebote für die Herstellung des Zahnersatzes erhalten kann. Labors gehen auf eigene Faust in das Direktmarketing und werben für ihre Arbeit nicht mehr beim Zahnarzt, sondern beim »Endkunden« Patient. Leider sind dabei auch aggressive, teils unlautere Methoden beobachtbar, sei es dass Anbieter sich als »Patientenhilfe« apostrophieren, sei es dass unnötige kostenpflichtige Mitgliedschaften mit Monatsbeiträgen als Voraussetzung für den Zugang zu kostengünstigem Auslandszahnersatz verlangt werden. Doch auch da, wo seriös geworben wird, bleibt eine grundsätzliche Schwierigkeit: Der Zahnarzt allein trägt gegenüber dem Patienten und der Krankenversicherung

die Verantwortung für eine einwandfreie prothetische Behandlung und die Mängelfreiheit des Zahnersatzes. Er allein ist Vertragspartner des Zahnlabors und setzt, um Schwierigkeiten zu vermeiden, auf Labors seines Vertrauens. Schon aus diesem Grund wird er nicht in allen Fällen dem an sich berechtigten Wunsch des Patienten nach Nutzung eines bestimmten, vielleicht besonders günstigen Labors nachkommen können.

Auch einige Krankenkassen gehen dazu über, Patienten zu bestimmten zahntechnischen oder zahnärztlichen Anbietern oder Auktionsportalen zu leiten, um ihre sichtbaren Leistungslücken zu »verkleinern«. Neutralgisch dabei ist, dass die Empfehlungen fast ausschließlich darauf fokussiert sind, eine Kostenersparnis zu erzielen, aber qualitative Aspekte von Beratung und Behandlung kaum eine Rolle spielen.

Fazit

Fasst man die derzeitigen Strömungen am Markt für die Versorgung mit und Beratung zu Zahnersatz zusammen, dann wird zweierlei deutlich: Erstens werden qualitative Aspekte gegenüber Kostenerwägungen in den Hintergrund gestellt, zweitens sind Marketing und Beratung oft in einer unheilvollen Allianz anzutreffen. Beides ist für den Versicherten undurchschaubar und wenig vorteilhaft. Umso wichtiger ist es, neutrale Beratungseinrichtungen anzubieten, wie sie mit dem Zweitmeinungsmodell geschaffen wurden. Mittlerweile sind Zweitmeinungsinstanzen in fast allen KZVen auf den Weg gebracht worden. Die Patienten nehmen das Beratungsangebot an und bewerten es in der Regel sehr positiv. Krankenkassen verweisen ihre Versicherten zunehmend auf die Zweitmeinungsinstanzen. Auch die Zahnarztpraxen greifen darauf zurück, um verunsicherten Patienten zusätzliche externe Beratung anbieten zu können. Das Beispiel der Beratungseinrichtung in München, die nach zwölf Monaten Arbeit eine erste Evaluierung auf der Basis von Patientenfragebogen vorgelegt hat, zeigt eindrucksvolle Resultate: Mehr als 68 Prozent der Hilfesuchenden haben die Beratung als »sehr gut«, 26 Prozent als »gut« bewertet. Als »ungenügend« haben sie nur

0,3 Prozent der Befragten erlebt. Den Weg zur Zweitmeinungsinstanz fanden 32,5 Prozent der Patienten über ihre Krankenkasse und immerhin 7,5 Prozent über den Zahnarzt, der sich damit aus freien Stücken dem unabhängigen Urteil eines Kollegen stellt.

Diese Entwicklung ist nur konsequent. Denn Durchblick bei Angebot und Preis schafft man nur durch eine umfassende, fachlich fundierte zahnmedizinische Beratung.

4 Migration und Gesundheit – Sprache und Kultur als Hürden?



*Kai Vogel*¹

Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten am Beispiel des Krankensektors

Sprachliche und kulturelle Hürden in der gesundheitlichen Versorgung

In der Bundesrepublik Deutschland leben zurzeit rund 6,8 Millionen Menschen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit. Bei einer Gesamtbevölkerung von 83 Millionen Menschen entspricht das einem Anteil von 8,2 Prozent (2005).² In Nordrhein-Westfalen leben 18 Millionen Menschen. Der Bevölkerungsanteil der Ausländerinnen und Ausländer³ beträgt hier 10,7 Prozent (2005) und liegt somit deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Die größte Gruppe der ausländischen Bevölkerung in NRW bilden die türkischen Staatsangehörigen mit 590.384 Personen.⁴ Die Zahl der türkisch stämmigen Migrantinnen und Migranten dürfte jedoch noch wesentlich höher sein, da viele die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen.

Die Integration dieser Bevölkerungsgruppen in Deutschland ist von großer gesellschaftlicher Bedeutung und zielt insgesamt darauf ab, den Zugewanderten eine Chancengleichheit am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Damit verbunden ist auch das Recht auf eine angemessene medizinische Aufklärung und Versorgung. Ein grundsätzliches Problem sind hierbei die sprachbedingten Zugangsbarrieren für

-
- 1 Kai Vogel ist wissenschaftlicher Referent bei der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V.
 - 2 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2006): Migration, Asyl und Integration in Zahlen. 14. Auflage, Stand: 31.12.2005.
 - 3 Als Ausländerinnen und Ausländer gelten alle Personen, die nicht Deutsche nach Art. 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind. Die Nennung »Ausländer« erfolgt in statistischen Zusammenhängen; ansonsten wird der internationale Sprachgebrauch von Migrantinnen und Migranten verwendet.
 - 4 Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (2007): Zuwanderungsstatistik Nordrhein-Westfalen. Zahlenspiegel Ausgabe 2006.

Menschen, die über keine oder nur über geringe Deutschkenntnisse verfügen.⁵ Die sprachlichen Hürden erschweren nicht nur den initialen Zugang, also überhaupt den Kontakt zu den Versorgungseinrichtungen, sondern sie setzen sich bei jeder Behandlungsmaßnahme oder Untersuchung fort. Der Dialog zwischen Arzt und Patient ist selbst ohne Sprach- und Kulturbarrieren nicht ohne Probleme. Häufig ist es auch für deutschsprachige Patientinnen und Patienten nicht leicht, den fachlichen Ausführungen des Arztes zu folgen – zumal sich die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten dabei in einer persönlich belastenden Ausnahmesituation befindet.

Insgesamt führen diese Bedingungen zu einem nicht gleichberechtigten Zugang von Migrantinnen und Migranten zu gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen und häufig zu einer erschwerten Diagnostik und Therapie. Die Folgen sind Fehldiagnosen, Doppeluntersuchungen mit dem sogenannten Drehtüreffekt, bei dem es zu wiederkehrenden Krankenseinweisungen kommt, sowie die Gefahr der Chronifizierung von Erkrankungen.⁶ Diese Situation führt damit einerseits zu einer schlechteren qualitativen Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten und andererseits durch die Inanspruchnahme nicht bedarfsgerechter Leistungen zu unnötigen finanziellen Mehrbelastungen des Gesundheitssystems.

Das Wissen um die Notwendigkeit einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten hat in der Bundesrepublik Deutschland zur Entwicklung von zahlreichen kreativen Projekten mit unterschiedlichen methodischen und konzeptionellen Ansätzen geführt. Das Spektrum reicht von der Beratung von Müttern über Diabe-

-
- 5 Vgl. u. a. Albrecht, Niels-Jens/Borde, Theda/Durlanik, Latif (2005.): Migration – Gesundheit – Kommunikation. Sprach- und Kulturmittlung. Deininger, Susanne/Brandt, Stefanie (2005): Umfrage zur Verständigung mit nicht deutschsprachigen Patientinnen und Patienten an Berliner Krankenhäusern.
 - 6 Vgl. u. a. Bundesministerium für Gesundheit (2001): Empfehlungen der Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit, Migration und gesundheitliche Versorgung. Dokument der Fachtagung »Fremdsein und Gesundheit«.

tesberatung bis hin zur Versorgung und Pflege im Alter.⁷ Dennoch fehlt es an einer umfassenden und systematischen Implementierung von Angeboten im Gesundheitswesen, die den besonderen kulturellen und sprachlichen Bedürfnissen der Migranten gerecht werden. Auf diese Situation weist auch die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration bereits in ihrem Bericht des Jahres 2005⁸ hin. Sie verweist hierbei u. a. auf die mangelnde Sprachkompetenz in den Einrichtungen, auf die kulturell begründete unterschiedliche Auffassung von Krankheit und Gesundheit, auf das Fehlen von Fachpersonal mit Migrationshintergrund sowie auf die fehlenden aufsuchenden Beratungsangebote.

Anonyme Befragung in zwei Bundesländern

Im Hinblick auf die durch Verständigungsschwierigkeiten sprachlicher und kultureller Art gekennzeichnete Problemsituation wurden im Rahmen des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« Krankenhäuser beispielhaft zur Sprach- und Verständigungsproblematik befragt.

Vor der Durchführung wurden umfangreiche Recherchen zu dem Thema »Migranten im Gesundheitswesen« durchgeführt. Hierbei wurden neben der Internet- und Literaturrecherche auch telefonische Gespräche mit den Einrichtungen geführt, die sich bereits mit dieser Thematik im Rahmen von Modellprojekten auseinandergesetzt hatten.⁹ Hierbei hat sich gezeigt, dass in Deutschland sehr unterschiedliche Ansätze des Dolmetschens in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens existieren. So gibt es zum Beispiel in einem Krankenhaus in

7 Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2007): Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis.

8 Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2005): Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. S. 130 ff.

9 Zu nennen sind in diesem Zusammenhang insbesondere das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover (www.ethno-medizinisches-zentrum.de) und das Städtische Krankenhaus München-Schwabing.

München einen hausinternen Dolmetscherdienst – bestehend aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern –, der nach professionellen Regeln arbeitet. Am Universitätsklinikum Eppendorf arbeiten dagegen medizinisch weitergebildete Übersetzer, die auch von anderen Kliniken angefordert werden können.¹⁰

Um im Rahmen des Projekts zu überprüfen, in welcher Weise Krankenhäuser auf die sprachlichen Probleme von Migrantinnen und Migranten vorbereitet sind, wurde im August 2005 eine anonyme telefonische Befragung in elf ausgewählten Städten der Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz durchgeführt, die einen überdurchschnittlichen Bevölkerungsanteil von Menschen mit einem Migrationshintergrund aufwiesen. Es wurde jeweils eine Vollerhebung der Krankenhäuser ohne Fachkliniken und private Einrichtungen durchgeführt. Insgesamt umfasste die Stichprobe 35 Krankenhäuser.

Für die telefonische Befragung wurde die Methode eines offenen, leitfadengestützten Interviews gewählt. Ziel war es, neben den durch die vorausgegangene Recherche ermittelten relevanten Kriterien wie zum Beispiel die Frage nach einem externen Dolmetscherdienst auch den generellen Umgang mit diesem Problem zu erfassen. Die Telefonate wurden anonym durchgeführt. Dem Krankenhaus wurde ein fiktiver Fall einer älteren türkischen, nicht deutsch sprechenden Patientin mit einer Krankenseinweisung vorgestellt. Ziel des Interviews war es, mögliche Problemlösungen des Krankenhauses bezüglich des Sprachproblems dieser Patientin zu erhalten.

Wie sieht die aktuelle Situation aus?

Lediglich eines der 35 befragten Krankenhäuser hielt einen externen professionellen Dolmetscherdienst vor, der bei Bedarf herangezogen werden konnte. Vier der Krankenhäuser gaben an, eine Liste zu führen,

10 Vgl. u. a. Wesselmann, Elisabeth/Lindemeyer, Tuula/Lorenz, Alfred L. (2004): Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzen im Krankenhaus. Der klinikinterne Dolmetscherdienst.

in der fremdsprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgeführt werden. Ein gezieltes Nachfragen ergab, dass die Listen teilweise nicht auffindbar oder bezüglich der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht aktualisiert waren. In keinem der vier Häuser waren die zum Dolmetschen aufgeführten Personen für diese zusätzliche Aufgabe fort- oder weitergebildet. Zudem gab es in keiner der Einrichtungen einen verbindlich vorgeschriebenen Weg oder Standard, wie Patientinnen und Patienten mit Verständigungsschwierigkeiten begleitet werden sollten.

Insgesamt wollten 24 der 35 Krankenhäuser das Problem der Sprachvermittlung spontan organisieren. Dies geschieht dann zum Beispiel mit Unterstützung von Angehörigen aus der Familie des Patienten oder aber Mitarbeitern des Hauses. Oft findet diese Form der Übersetzung ungeplant und zufällig statt. Häufig waren die Antworten der befragten Krankenhausmitarbeiter: »Irgend jemand wird sich schon noch finden« oder »Wir regeln das schon. Wir machen das mit Händen und Füßen.« Neben diesen Verweisen haben sechs der Häuser deutlich gemacht, dass der Patient für die Lösung seines Verständigungsproblems allein verantwortlich ist. Vier befragte Einrichtungen haben die Lösung des Problems für sich sogar völlig ausgeschlossen »... Nein – da haben wir niemanden. Da kann ich Ihnen nicht helfen«.

Mögliche und notwendige Schritte aus Verbrauchersicht

Die im Jahr 2005 durchgeführte Untersuchung des Projekts hat gezeigt, dass sich die angesprochenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern der Verständigungsproblematik mit nicht deutsch sprechenden Patienten zwar bewusst sind, konkrete und verbindliche Lösungsansätze in den Häusern jedoch nicht vorgehalten werden. Vielfach beschränkt sich der Lösungsvorschlag der Einrichtungen auf den Hinweis, dass sich irgendwo im Haus ad hoc eine ausländische Mitarbeiterin oder ein ausländischer Mitarbeiter – zum Beispiel aus dem Reinigungsbereich – zum Dolmetschen finden werde. Sollte es hierbei zu Verständigungsproblemen kommen, werden Hände und Füße als Kommunikationsmittel eingesetzt.

Diese Form des Umgangs mit nicht oder nur wenig deutschsprachigen Patientinnen und Patienten ist als äußerst problematisch einzustufen, da sie die Kommunikation und damit das gegenseitige Verstehen einschränkt. Der Einsatz eines Zufallsdolmetschers kann besonders in den Bereichen der Anamnese und Therapieerstellung zu Missverständnissen führen. Nicht nur die unzureichende sprachliche Kompetenz, sondern auch das eventuell verschiedenartige kulturelle Verständnis von Gesundheit und Krankheit oder die Beziehungssituation von Übersetzer und Patient können zu zusätzlichen Übermittlungsproblemen führen. Sie mindern die Übersetzungsqualität bis hin zu völlig falschen Übersetzungen, etwa der in der türkischen Sprache sehr ähnlichen Begriffe für Leber und Niere. Auch hinsichtlich der Schweigepflicht und unter ethischen Gesichtspunkten ist diese Form der Kommunikation kritisch zu betrachten. Man stelle sich nur eine türkisch sprechende Reinigungsfrau vor, die für einen männlichen türkischen Patienten im Rahmen einer anstehenden Prostataoperation übersetzt.

Die behandelnden Ärzte sind zudem rechtlich verpflichtet, den Patienten aufzuklären, denn nur dann kann er wirksam in die Behandlung einwilligen. Die Aufklärung muss selbstverständlich in einer für ihn verständlichen Sprache erfolgen. Jede unzureichende Aufklärung zieht für den Arzt und das Krankenhaus enorme haftungsrechtliche Risiken nach sich.

Um die sprachlichen Kommunikationsbarrieren von Migranten in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu reduzieren, forderten die an dem Projekt beteiligten Verbraucherzentralen die Einrichtungen auf, klare verbindliche Strukturen zu schaffen, die eine kompetente und ausreichende Kommunikation mit ausländischen Patientinnen und Patienten gewährleisten.¹¹ Hier reicht es sicherlich nicht aus, nur auf bilinguale Mitarbeiterlisten hinzuweisen. Sinnvoll und notwendig für die Gewährleistung einer gleichberechtigten und professionellen Versorgung bei nicht deutschsprachigen Patientinnen und Patienten

¹¹ Vgl. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen: Manko bei der Gesundheitsversorgung von Migranten. Krankenhäuser ignorieren Sprachdefizite. Pressemitteilung vom 7.11.2005.

im Krankenhaus ist der Einsatz von fachlich kompetenten Übersetzern in einem strukturierten Organisationssystem. Dies können speziell für diese Tätigkeit fortgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses sein (interne Dolmetscher), oder aber es kommt zum Einsatz von externen, speziell für den Gesundheitsbereich qualifizierten Dolmetschern.¹²

Ohne Zweifel ist das Handeln der Kliniken immer mehr von ökonomischen Zwängen bestimmt, wodurch kaum finanzielle Spielräume für zusätzliche »Serviceleistungen« vorhanden sind. Jedoch sollte trotz oder vielmehr gerade vor dem Hintergrund eines zunehmenden Wettbewerbsdruck bedacht werden, dass eine unzureichende Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine umfangreichere Diagnostik notwendig macht und in der Folge auch eine längere Verweildauer im Krankenhaus nach sich ziehen kann. Das Vernachlässigen von vorhandenen Verständigungsschwierigkeiten kann dadurch insbesondere in Ballungszentren mit einem hohen Bevölkerungsanteil von Migrantinnen und Migranten zu einer deutlich höheren Kostenbelastung führen.

¹² Weitere Informationen zu den in der Praxis erfolgreich eingesetzten Modellen finden sich in den beiden folgenden Beiträgen von Varinia Morales und Ramazan Salman.

*Varinia Morales*¹

Innovative Ansätze zur Optimierung der Versorgungsstrukturen

Professionelle Sprach- und Integrationsmittler im Einsatz

Einführung

Das Zusammenleben der Menschen deutscher und nichtdeutscher Herkunft offenbart schnell Schwächen und Grenzen traditioneller Gesundheitsangebote. Das Verständnis von gesundheitlicher Versorgung steht auf dem Prüfstand und erfordert neue Definitionen und Handlungsmuster, um für zugewanderte Menschen eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung zu gewährleisten. Die Anforderungen an die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens sind hoch, denn schon jetzt wirken sich Sprachprobleme bei der Versorgung fremdsprachiger Patienten als Barrieren aus. Zu diesen Kommunikationshürden kommen oft soziokulturell bedingte Missverständnisse, die erhebliche Konsequenzen in Beratungs- und Behandlungssituationen nach sich ziehen können. Vor diesem Hintergrund ist sollten Voraussetzungen geschaffen werden, die Migranten und Flüchtlinge an einer ausreichenden und bedarfsgerechten medizinischen Grundversorgung partizipieren lassen.

In diesem Beitrag wird am Beispiel des Einsatzes von Sprach- und Kulturmittlern verdeutlicht, wie aus einem erfolgreichen Lösungsansatz Wege zu strukturellen Veränderungen beschritten werden können. Dem Bedarf an sprachlicher und soziokultureller Vermittlung nachzugehen sowie die Notwendigkeit, die dafür erforderlichen Qualifikationen sichtbar zu machen, haben drei Akteure im Rahmen der europäischen Initiative EQUAL zur Ausgestaltung des neuen Berufsbildes »Sprach- und Integrationsmittler/in« bewegt.

¹ Varinia Morales ist Geschäftsführerin der Internationalen Gesellschaft für Bildung, Kultur und Partizipation (BiKuP) gGmbH und selbstständige Beraterin für Migration und Integration.

Versorgung fremdsprachiger Patienten im Zwiespalt

Verständigung und Vertrauen in Situationen der Ohnmacht, des Schmerzes, aber auch der Hilfsbedürftigkeit sind die Grundvoraussetzungen für eine adäquate Beratung oder Behandlung. Bei Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund werden solche Situationen meist zusätzlich durch nicht-medizinische Faktoren negativ beeinflusst. Unterschiedliche Vorstellungen von Krankheiten und mit deren Umgang erfordern eine besonders sensible Herangehensweise in der Beratung und der Behandlung. Ohne präzise Erfassung der Leidensschilderung des Patienten ist der diagnostische Prozess erheblich behindert. Nimmt man infolgedessen Missverständnisse und fehlerhafte Behandlungen und Beratungen in Kauf, bedeutet dies gleichzeitig eine stille Akzeptanz von zusätzlichem Leid bei den Betroffenen. Dieses Phänomen des Nichtverstehens oder Falschverstehens beruht jedoch auf Gegenseitigkeit. Ärzten und Pflegepersonal fehlt es oft an einem kultursensiblen Umgang mit Migranten, wodurch sie wichtige, die Anamnese betreffenden Fakten verspätet erkennen.

Die Auswirkungen einer inadäquaten Versorgung tragen demzufolge die Regeldienste genauso wie die Migranten. Zu den Qualitätsproblemen einer unzureichenden medizinischen Beratung und Behandlung kommen oft wirtschaftliche Faktoren hinzu. Es entstehen Mehrkosten, weil aus Gründen des Nichtverstehens oder Falschverstehens der Arzt oder Therapeut gewechselt wird oder die Beratung beziehungsweise die Behandlung wiederholt werden muss. Die Frequenz von Operationen und Untersuchungen steigt auf der einen Seite, weil es zu Mehrfachuntersuchungen, unnötigen Medikamentenverschreibungen, möglichen Fehlbehandlungen sowie zu verspäteten und unangemessenen Therapien kommt. Auf der anderen Seite werden therapeutische und präventive Angebote sehr wenig bis gar nicht genutzt. Erst mit dem Anstieg des Leidensdrucks sinkt die Hemmschwelle, ambulante Dienste wahrzunehmen, so dass bei der Akkumulation von Beschwerden die Regeldienste überproportional in Anspruch genommen werden. Bei der interkulturellen Anpassung des Gesundheitswesens kommt es also nicht nur auf sozialetische Beweggründe oder Gleichstellungsgedanken

an, sondern es geht auch darum, Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu verbessern.

Obwohl aktuell aussagekräftige Forschungsergebnisse zu empirischen Untersuchungen über die Verständigung mit nicht deutschsprachigen Patienten und Patientinnen an Krankenhäusern in Deutschland existieren,² sind bei deren Versorgung in Krankenhäusern, Psychiatrien und Arztpraxen ihre Bedürfnisse, Erwartungen und der Grad ihrer Zufriedenheit kaum bekannt. Auch hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten zu Information und Aufklärung lässt sich zusammenfassen, dass der Effekt des Informationsprozesses bisher kaum evaluiert wurde.³

Realität ist, dass sich das Fachpersonal in den Gesundheitseinrichtungen bei der Kommunikation mit nicht deutschsprachigen Patienten auf »Notdolmetscher« stützt. Kinder, Verwandte oder auch mehrsprachiges Fachpersonal der Einrichtung werden herangezogen. Dies führt in drei Vierteln der Fälle nur zu einer »mangelnden« bis maximal »befriedigenden« Verständigung.⁴ Dabei ist vor allem die Personengruppe der Verwandten kaum in der Lage, die jeweiligen Inhalte fachgerecht oder sensibel wiederzugeben. Will man hingegen auf den Einsatz professioneller Dolmetscher zurückgreifen, scheitert dies meistens aus Kostengründen. Außerdem erfüllen diese häufig nicht die besonderen Anforderungen im psychosozialen, medizinischen oder interkulturellen Bereich. Diese Situation zeugt von einem generellen Mangel an Möglichkeiten, die Verständigung in solchen Fällen angemessen zu gestalten. Erschwerend ist, dass die Haftung der »freiwilligen Dolmetscher und Dolmetscherinnen«, die dem medizinischen Personal

-
- 2 Deininger, Susanne/Brandt, Stefanie (2005): Umfrage der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz zur Verständigung mit nichtdeutschsprachigen Patienten/innen an Berliner Krankenhäusern.
 - 3 Borde, Theda u.a. (2001): Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik.
 - 4 Borde, Theda/Braun, Tanja/David, Matthias (2001–2003): Unterschiede in der Anspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Naujoks, Birgit (2007): Befragung Berlin, Hessen, NRW – Zugangsbarrieren bei der Versorgung von Migranten/innen.

in Ausnahmesituationen einen Gefallen tun wollen, bis heute nicht geklärt ist. Hinzu kommt die Haftungsfrage des behandelnden Arztes, der pflichtwidrig keinen Dolmetscher hinzuzieht: Ab wann beginnt die »unterlassene Hilfeleistung« bei fremdsprachigen Patienten? Und ab wann und wie greift eine Haftung, wenn es wegen Missverständnissen zu fehlerhaften Behandlungen kommt?

Innovativer Lösungsansatz – Sprach- und Integrationsmittler im Einsatz

Seit geraumer Zeit existiert eine breite Basis von interkulturellen Ansätzen, die die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migranten und Migrantinnen als Ziel haben. Das im Folgenden dargestellte Projekt hat seine Hauptstoßrichtung in den Bereich der konfliktfreien Kommunikation gelegt. Es setzt sich für den Einsatz professioneller und somit gut qualifizierter Mittler ein, damit diese bei Bedarf als Brücke zwischen Fachkräften und Patienten fungieren können. Dieses so genannte EQUAL-Projekt SpraKuM (Sprach- und Kulturmittlung) wurde im Rahmen der europäischen Gemeinschaftsinitiative EQUAL ins Leben gerufen. EQUAL, als größte soziale Initiative der Europäischen Kommission, setzt sich gegen Diskriminierungen und Ungleichheiten auf dem Arbeitsmarkt ein. Das EQUAL-Projekt SpraKuM der Diakonie Wuppertal, das in eine Entwicklungspartnerschaft von operativen und strategischen Partnern eingebettet ist, widmete sich genau dieser Zielgruppe.

Qualifizierung zum Sprach- und Kulturmittler

Das EQUAL-Projekt SpraKuM reagiert auf die Nachfrage an kultursensiblen Dolmetschern und Dolmetscherinnen. Es bietet einen konkreten Lösungsansatz zur Behebung der bereits geschilderten Kommunikationsbarrieren. So wurden von 2002 bis 2005 Flüchtlinge und Asylbewerber aus Afrika, Asien, Osteuropa, dem Nahen- und Mittleren Osten in einer dreijährigen Qualifizierung zu Sprach- und Kulturmittlern ausgebildet. Der ressourcenorientierte Ansatz der Qualifizierung bildet das Herzstück des Projekts, indem die Mehrsprachigkeit, die kulturellen

Ressourcen wie auch der eigene Migrationshintergrund gezielt genutzt werden.

Die Auszubildenden werden in diesem Zeitraum befähigt, im Gesundheits- und Sozialwesen zu dolmetschen und bei Bedarf soziokulturell zu vermitteln. Bei der Sprach- und Kulturmittlung kommt es nicht darauf an, wortwörtlich zu übersetzen, sondern den Inhalt des Gesagten zu übertragen und die durch andere Kulturkreise geprägten Verhaltensweisen, Denkweisen und Gewohnheiten zu vermitteln. So werden die Auszubildenden in die Lage versetzt, Kommunikationsstörungen einzuschätzen und angemessen zu intervenieren. Dabei spielen einerseits die Reflexion und das Bewusstsein für kulturelle Unterschiede eine wesentliche Rolle, auf der anderen Seite aber auch die Kenntnisse über Familienmodelle, Sozialisationsinstanzen und die unterschiedlichen Stellenwerte von Normen und Regeln.

Netzwerk- und Mainstreamingaktivitäten

Während der ersten EQUAL-Förderphase wurde das Projekt als eines der *best-practice*-Beispiele im Bereich Mainstreaming und Beschäftigungsperspektiven für Flüchtlinge seitens der *European Thematic Group for Asylum Seekers (ETG 5)* der Europäischen Kommission benannt. 85 Prozent der ausgebildeten Sprach- und Kulturmittler und -mittlerinnen konnten in Kooperation mit den einschlägigen aufgebauten Netzwerken in Arbeit vermittelt werden. Drei Viertel von ihnen werden gezielt als Sprach- und Kulturmittler in Kliniken, Behörden, Beratungsstellen, Psychosozialen Zentren und Psychiatrien eingesetzt.

In der zweiten Förderphase (2005–2007) bestätigte sich, dass die Mittlung von Sprache und Kultur einen tatsächlichen Bedarf in öffentlichen Institutionen, Gesundheitseinrichtungen und kommunalen Behörden abdeckt. Dadurch konnte auf die Nachfrage an soziokulturellen Dolmetschern und Vermittlern reagiert werden, die den hohen kulturellen und sprachlichen Anforderungen genügen. Die Vermutung, dass der Bedarf sehr hoch ist, bestätigte sich zum einen durch die Beteiligung von 31 Kommunen aus Nordrhein-Westfalen am EQUAL-Projekt SpraKuM

und zum anderen durch die Inanspruchnahme der Sprach- und Kulturmittler durch über 300 Einrichtungen der Regelversorgung.

Erprobung in der zweiten EQUAL-Förderphase

Im zweiten Ausbildungslehrgang wurden die fachlichen und praktischen Erkenntnisse der ersten Förderphase erprobt und das erarbeitete Curriculum validiert. Zwei Träger mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten haben nun in Form eines 2 ½-jährigen modularen Lehrgangs die Qualifizierung zum Sprach- und Kulturmittler durchgeführt. Beide Bildungsträger hatten zunächst eine gleiche Ausgangsbasis (I. und II. Modul, jeweils sechs Monate), um dann differenziert nach Einsatzgebieten einen modularen Schwerpunkt im Bereich Gesundheit beziehungsweise Soziales zu setzen (III. Modul). Daraus ergab sich sowohl die Möglichkeit, das Curriculum zu spezifizieren und zu professionalisieren wie auch die Ausbildungskriterien und Qualitätsstandards dieser Profession festzulegen.

Im Oktober 2007 wurde dem EQUAL-Projekt SpraKuM als Anerkennung seines Lösungsansatzes und der erzielten Ergebnisse der 1. Platz des bundesweiten Deichmann-Förderpreises gegen Jugendarbeitslosigkeit verliehen.

Bundesweite Vernetzung zur flächendeckenden Umsetzung erfolgreicher Modellelemente

Im Rahmen der europäischen Gemeinschaftsinitiative EQUAL haben unabhängig voneinander drei Projektträger in Berlin, Darmstadt und Wuppertal Migranten und Flüchtlinge zu professionellen Dolmetschern und soziokulturellen Vermittlern im Gesundheits- und Sozialwesen ausgebildet.

Erfahrungen aus der ersten EQUAL-Förderphase belegen, dass mit der Qualifizierung im Bereich der Sprach- und Integrationsmittlung

→ erfolgreich in den Arbeitsmarkt eingegliedert wird,

→ die Nachfrage bisher nicht quantitativ gedeckt werden konnte
→ und es bislang kein vergleichbares und bereits verankertes Berufsbild existiert.

Bereits im Juni 2005 haben sich aus diesem Grund die drei Projektträger Gesundheit Berlin e.V., das Interkulturelle Büro der Wissenschaftsstadt Darmstadt und das EQUAL-Projekt SpraKuM der Diakonie Wuppertal zusammengeschlossen. Auch wenn jeder Projektträger die Mittler anders bezeichnet, ist ihr Tätigkeitsprofil ähnlich und basiert auf dem Ansatz der sprachlichen und soziokulturellen Vermittlung oder der Integrationsassistenz.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat im Rahmen von EQUAL diesen Vorstoß aufgegriffen und den Prozess der Berufsbildentwicklung im letzten Jahr gefördert und unterstützt. Unter dem Oberbegriff des »Sprach- und Integrationsmittlers« soll dem Anliegen der Nachhaltigkeit Rechnung getragen werden. Ziel ist dabei, die bereits bewährten Ansätze und erfolgreichen Modellprojekte systematisch und flächendeckend in die medizinische und soziale Versorgung zu integrieren, damit Migranten und Regeldienste gleichermaßen von dem Angebot profitieren können. Ein weiteres Anliegen ist, Qualitätsstandards festzulegen, die für dieses Berufsprofil ausschlaggebend und kennzeichnend sind, was auch die Abgrenzung zu Angeboten mit geringeren Qualifizierungsanforderungen bedeutet. Denn auch wenn die in den letzten Jahren entstandenen zahlreichen Projekte in Form von Kurzschulungen und Weiterbildungen zu Lotsen und interkulturellen Mediatoren einen großen Handlungsbedarf aufzeigen, fördern sie durch ihre Vielzahl die Unübersichtlichkeit in diesem Sektor. Durch die Einheitlichkeit eines neuen Berufsbildes kann einerseits den Mittlern ein professioneller und sachgerechter Leitfaden geboten werden. Auf der anderen Seite sichert dies den Arbeitgebern eine professionelle Dienstleistung, die vor allem Neutralität, Transparenz und auch Qualität der Vermittlungstätigkeit einschließt.

Prozess zur Etablierung des neuen Berufsbildes »Sprach- und Integrationsmittler/innen«

Das mehrstufige Verfahren, ein neues Berufsbild in Deutschland zu etablieren, erfordert die Klärung von Ordnungsfragen, wie der Erfassung des qualitativen wie quantitativen Bedarfs oder der Erschließung des Arbeitsmarktes, und von Finanzierungsfragen. Die drei Akteure der Berufsbildentwicklung führten daher 2007 regionale Expertenworkshops in Hessen, Nordrhein-Westfalen, Berlin und München durch, um diese Fragen mit Ministerien, Verbänden, Kammern, Städten, Krankenkassen und Krankenhäusern zu klären.

Als wesentliche Aussagen und Resultate der Expertenrunden kann Folgendes festgehalten werden:

- Es gab Einvernehmen darüber, dass ein hoher Bedarf an sprachlicher und kultureller Vermittlung und damit Handlungsdruck besteht.
- Sprach- und Integrationsmittler unterstützen die interkulturelle Öffnung der Regeldienste und der öffentlichen Verwaltung und leisten einen wichtigen Beitrag zur besseren Versorgung und damit auch zur Integration von Migranten und Migrantinnen.
- Es wurde bei der Ermittlung des Bedarfs deutlich, dass die inadäquate Versorgung nicht allein auf sprachlichen Barrieren beruht, sondern die Missstände hauptsächlich auf kulturelle Verständigungsschwierigkeiten zurückzuführen sind.
- Hervorgehoben wurde, dass der Bedarf auf der Hand liegt, jedoch verstärkte Sensibilisierungs- und Aufklärungsarbeit vonnöten seien, um ein Umdenken auf allen Ebenen zu bewirken.

Bei der Frage, inwieweit bestehende Kommunikationshilfen Alternativlösungen darstellen, lehnte man den Einsatz von Zufallsdolmetschern aufgrund mangelnder Professionalität und Neutralität einstimmig ab. Auch der Einsatz professioneller Dolmetscher wurde mit der Begründung fehlender interkultureller Kompetenz und aus Kostengründen als ungeeignet betrachtet. Ein institutionsinterner Dolmetschdienst,

bestehend aus entsprechend geschulten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, wurde zudem nicht als ausreichend bewertet. Erfahrungen auch aus der Schweiz machten deutlich, dass interne Dolmetschdienste oder Mitarbeiterschulungen kein Ersatz für die interkulturellen Dolmetscher sein können, sondern nur eine Ergänzung beziehungsweise Notlösung darstellen, wenn keine qualifizierten Sprach- und Integrationsmittler rechtzeitig zu erreichen sind. Eine solche Kombination ist vorstellbar, um den vielseitigen Bedarf möglichst kurzfristig und individuell decken zu können.

Darüber hinaus kristallisierte sich die Erschließung des Arbeitsmarktes für Sprach- und Kulturmittler aufgrund des hohen Bedarfs als sehr vielfältig heraus: Von der stationären und ambulanten Versorgung über Prävention, Therapie und Rehabilitation reicht das Arbeitsfeld bis hin zu Erziehungshilfe und der Beratung zur Sozialhilfe. Die Beauftragung eines Sprach- und Integrationsmittlers fällt je nach Einsatzgebiet sehr unterschiedlich aus. Bei Einsätzen in kleineren Einrichtungen oder bei sporadischem Bedarf ist eine Honorartätigkeit geeignet. Eine Festanstellung kommt eher in großen Kliniken oder bei der Kooperation von zwei bis drei städtischen Trägern im Bereich Gesundheit und Soziales in Betracht. Die Schaffung von Netzwerken oder serviceorientierten Vermittlungspools, die den Sprach- und Integrationsmittler auf Abruf vermitteln, steht jedoch weiterhin im Vordergrund. So kann das Angebot flächendeckend und nachhaltig von verschiedenen Einrichtungen in Anspruch genommen werden.

Die Prozessergebnisse der Berufsbildetablierung wurden abschließend in einer Bundesfachtagung am 14. November 2007 in Bonn präsentiert und durch einen Appell verabschiedet, der die Unterstützungsbereitschaft vieler Verbände und Einrichtungen widerspiegelt (z.B. Verband der Evangelischen Krankenhäuser Rheinland/Westfalen/Lippe, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Landschaftsverband Rheinland, Deutscher Städtetag).

Fazit

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch eine qualitativ hochwertige Versorgung gekennzeichnet. Gleichzeitig besteht jedoch ein erhebliches Maß an Über-, Unter- und Fehlversorgung. Migranten und Migrantinnen sind davon besonders betroffen. Notwendig ist sowohl eine zielgerichtete, verbrauchernahe Verbesserung der Versorgung als auch eine Effizienzsteigerung.

Die systematische Integration einer qualitativ hochwertigen sprachlichen und soziokulturellen Vermittlung im Gesundheitswesen bietet ein konkretes Lösungsangebot, das gleichermaßen gewinnbringend für Migranten wie auch für Regeldienste ist. Mit dem Prozess zur Etablierung des Berufsbildes zum Sprach- und Integrationsmittler ist ein wichtiger Schritt zur strukturellen Veränderung im Gesundheitswesen bei der Versorgung fremdsprachiger Patienten und Patientinnen eingeschlagen worden.

Die flächendeckende Umsetzung erfolgreicher Modellelemente in die Routineversorgung ist jedoch weiterhin eine große Herausforderung und erfordert die Fortführung des bisher erfolgreich begonnenen *step-by-step*-Ansatzes. Darüber hinaus ist es notwendig, die Beteiligten in den betroffenen Einrichtungen und die Entscheidungsträger der Politik, Selbstverwaltung und Ärzteschaft weiter zu sensibilisieren und von dem Potenzial und der Notwendigkeit der sprachlichen und soziokulturellen Mittlung zu überzeugen. Bis es zur Regel wird, dass Migrantinnen und Migranten in Deutschland unter Berücksichtigung von Kommunikationsschwierigkeiten adäquat versorgt werden können, ist es jedoch noch ein weiter Weg.

*Ramazan Salman*¹

Zusammen leben, gesund leben – Migration, Integration und Gesundheit in Deutschland**Einleitung**

Die Gesundheit spielt für die erfolgreiche Integration von Migrantinnen und Migranten in die Gesellschaft des Gastlandes eine äußerst wichtige Rolle. Grundlage für eine »gesunde Integration« bildet die gleichberechtigte Teilhabe an den wichtigen gesellschaftlichen Gütern, zu deren wichtigsten, neben Bildung oder Arbeit, der gleichberechtigte Zugang zur gesundheitlichen Versorgung gehört.²

Die Gesundheitsinstitutionen in Deutschland werden in zunehmender Intensität mit der stark wachsenden Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten konfrontiert. Diese unterscheidet sich oftmals in ihrem Selbstverständnis, in ihrem Verhalten und ihrer kulturellen Perspektive von der Mehrheitsgesellschaft. Struktur und Angebote des Gesundheitswesens sind aber überwiegend auf deren Mitglieder ausgerichtet. Migranten und ihre Angehörigen fallen daher häufig aus dem Raster der Angebote heraus.³ So entsteht eine Unterversorgung, während gleichzeitig die Zahl der Betroffenen und der Bedarf bei ihren

-
- 1 Ramazan Salman ist Geschäftsführer des Ethno-Medizinisches Zentrums Hannover und 1. Vorsitzender des Instituts für transkulturelle Betreuung e.V.
 - 2 Salman, R./Stickan-Verführt, M./Grieger, D. (2007): Migration, Gesundheitsversorgung und Integration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) Gesundheit und Integration. Handbuch für Modelle guter Praxis. 2. überarb. Aufl.
 - 3 Domenig, D. (2001): Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern, Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.). Drogen- und Suchtbericht 2002. Download unter www.bmgs.de (Zugang 22.4.2003). Berlin/Bonn 2002, S. 68–77.

Angehörigen anwachsen.⁴ Dies betrifft fast alle Handlungsfelder des Gesundheitswesens.

Bei Migrantinnen und Migranten finden sich beispielsweise höhere Vorkommensraten bei Unfällen, Adipositas, Diabetes, Hepatitis, Suchtkrankheiten, AIDS/HIV sowie nachteilige Karieswerte und auch häufiger psychische Erkrankungen als in der Mehrheitsbevölkerung. Die höhere Gesundheitsgefährdung beginnt bei der Krankheitsrate und Sterblichkeit von Säuglingen und reicht über Morbidität im Kindesalter (psychosomatische Befindlichkeitsstörungen, Infektionskrankheiten, Unfälle) bis zu Erkrankungen im Erwachsenenalter (Unfälle, psychosomatische Befindlichkeitsstörungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Erkrankungen des Skelett- und Stützsystems).

Viele somatische und psychosomatische Krankheiten von Migranten werden zudem von körperlich und seelisch belastenden Arbeitsbedingungen ausgelöst. Ein hoher Anteil ausländischer Arbeitnehmer scheidet frühzeitig aus dem Erwerbsleben aus. Zahlreiche Studien belegen eine Fehlernährung und eine geringere Durchimpfungsrate ausländischer Kinder sowie einen hohen Anteil an Rauchern unter den männlichen ausländischen Jugendlichen und Männern. Bei Flüchtlingen haben sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten posttraumatische Erkrankungen gehäuft, ausgelöst durch extreme Lebensbedingungen in Lagern und durch Zukunftsängste.

Konkrete Beiträge des Gesundheitswesens könnten helfen, gesellschaftliche Integrationsbemühungen zum Erfolg zu führen und Migranten in ihrem Engagement um den Erhalt oder die Wiedererlangung ihrer Gesundheit zu unterstützen. Die Grundfrage lautet hierbei: Welche gesundheitsgefährdenden und -erhaltenden Prozesse werden in der Migration wirksam, und wie kann das Gesundheitssystem Deutschlands hilfreich intervenieren beziehungsweise ressourcenorientiert fördern und seinen Beitrag zur Integration leisten? Hierbei gilt es Barrieren zu

⁴ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2002): Sucht und Migration. Eine Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 141/II, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden.

überwinden, die vielfach bereits lokalisiert wurden. Besondere Berücksichtigung fanden hierbei in Wissenschaft und Praxis sprachliche Aspekte,⁵ soziokulturelle und migrationsspezifische Hintergründe (Gardemann, Müller & Remmers 2000, Collatz 1997, Oesterreich 2001, Sluzki 2001, Pavkovic 2000)⁶ sowie kulturelle Konstruktionen von Krankheit und Gesundheit (Krause 2001, Hörbst/Lenk-Neumann 2002).⁷

Gesundheitliche Belastungen im Migrationsprozess

Für Migranten bringt die Migration mehr oder weniger große innere (psychische) und äußere (soziale) Veränderungsanforderungen mit sich, die sich nachhaltig auf ihre Gesundheit auswirken können. Dabei ist der Ortswechsel nur ein Kennzeichen der Migration. Im Zeitalter moderner Verkehrs- und Fortbewegungsmittel ist der Wohnortwechsel meist nur eine Angelegenheit von Stunden. Die Langzeitwirkungen der Migration geschehen aber auf anderen, zum Teil nicht sichtbaren Ebenen und sind tiefgreifender Natur. Migranten müssen sich von ihrer alten Heimat entwurzeln, sich aber gleichzeitig an die neue Heimat gewöhnen und sich psychisch, physisch, sozial und kulturell integrieren.

Die sozialen Veränderungen, die mit Migration einhergehen, ziehen häufig Brüche in sozialen Netzwerken und Beziehungen nach sich. Das Resultat derartiger sozialer Veränderungen kann von Gefühlen der Isolation und Nichtunterstützung bis zu Gefühlen der Befreiung reichen. Die kulturellen Veränderungen hängen immer auch vom Kulturunterschied zweier Orte ab, und diese entscheiden über Art und Umfang der Lernprozesse und die Austarierung eines persönlichen Gleichgewichts zwischen alten und neuen Werten und Normen. Das Alter zum Zeitpunkt der Migration sowie die persönlichen Ressourcen wie Lernfähigkeit, Flexibilität und Neugier bilden nicht selten die wichtigsten Voraussetzungen für das Gelingen von Integration. Aber auch die Einstellung der

⁵ Hegemann, Th./Salman, R. (2001): Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn.

⁶ Siehe weitere Literatur auf S. 175 f.

⁷ Ebd.

Aufnahmegesellschaft zur Einwanderung beziehungsweise zu Migranten ist hierbei von großer Bedeutung. Diese kann von Gastfreundschaft und Sympathie bis zu offener Ausgrenzung und Diskriminierung reichen.

Es ist also deutlich, dass die Mehrheit der Migranten sich verstärkt mit migrationsbedingten Stressoren und hohem Assimilationsdruck konfrontiert sieht. Einige typische Stressmomente sind fragliche Zukunftsorientierung, Ohnmachtsgefühle, Identitätskrisen, Entwurzelung, Verluste von Bezugspersonen, Rollendiffusionen, Generationskonflikte, Ausweisungsbedrohung, innerfamiliäre Zerrissenheit, unsichere oder gesundheitlich bedenkliche Arbeitsverhältnisse, Diskriminierungserfahrungen, finanzielle Krisen oder schlechte Wohnverhältnisse. Um diesen möglichen Entwicklungen entgegenwirken zu können, ist es nötig, verstärkt an der Integration in das bestehende Gesundheitssystem zu arbeiten. In einer Gesellschaft, in der Zuwanderung und eine zunehmend multiethnische Vielfalt alltägliche Realität sind, muss die Auseinandersetzung mit migrationsspezifischen Zusammenhängen integraler Bestandteil der Regelversorgung insbesondere im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen sein, da diese wesentliche Institutionen gesellschaftlicher Chancenverteilung sind.⁸

Integration von Migranten in das Gesundheitswesen

Wichtigstes Ziel einer an der Heterogenität der Bevölkerung orientierten Gesundheitsversorgung ist die migrationssensible Öffnung der Dienste. Dies bedeutet, dass auf allen Ebenen der Forschung, Planung und Angebotsumsetzung in Projekte beziehungsweise Leistungsangebote der Regeldienste die Lebensbedingungen, Bedarfe und Unterschiede von Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer ganzen Vielfältigkeit berücksichtigt werden.

⁸ Machleidt, W./Salman, R./Calliess, I. T. (Hrsg.) (2007): Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa (Forum Migration Gesundheit Integration, Bd. 4). Berlin.

Die medizinische Versorgung berührt die Menschen an ihren verletzlichen Seiten – in ihrem privaten Umfeld – und macht sie abhängig von Beziehungen zum Arzt, zur Pflegekraft und zum System. Positive Beziehungen fördern die Integration. Damit aber diese einzigartige Chance, die das Gesundheitswesen für die Integration von Migranten bietet, sich entfalten kann, müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein.

Die interkulturelle Öffnung der Regelversorgung ist vorrangig anzustreben und die Einrichtung von Sonderdiensten möglichst zu vermeiden. Hier besteht in Deutschland noch Entwicklungsbedarf. Selbstverständlich sind Spezialangebote für Migranten da nötig, wo die Regelversorgung ihre spezifische Lebenssituation (noch) nicht ausreichend berücksichtigen kann. Insbesondere um den Bedürfnissen sozial benachteiligter Migrantengruppen im Bereich salutogenetischer Ansätze der Gesundheitsförderung gerecht zu werden, wird es auch zukünftig noch spezielle Ansätze geben müssen. Dennoch darf dies nicht zu Stigmatisierungen und weiterer Ausgrenzung führen, sondern muss vielmehr die Integration in die Gesamtgesellschaft im Blick haben, auch wenn das Angebot auf spezifische Lebenssituationen reagiert.

Ein weiterer zukunftsorientierter Ansatz zur Integration überschneidet sich mit dem Bereich Ressourcenförderung. Gemeint sind die Nutzung der Potenziale von Migrantinnen und Migranten einerseits und die Förderung der interkulturellen Kompetenzen der Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialsystem andererseits. Die Förderung interkultureller Teams in der Pflege auf allen Ebenen (Ärzte, Pflegekräfte, technische Assistenten) und die Ausbildung von Migranten zu Sprach- und Kulturmittlern seien dabei nur als zwei Beispiele von vielen genannt. Letztlich gilt es sensibel dafür zu sein, ob die Durchführenden oder Gestalter einer Initiative oder eines Projekts in ihrem Grundverständnis Migration als »Normalfall mit speziellen Herausforderungen und Potenzialen« oder eher als »defizitäre Sonderform der Lebensgestaltung« begreifen. Ersteres wäre wünschenswert, letzteres blockiert Integration eher, als dass es sie fördert.

Aufgrund der zu erbringenden sonstigen Integrationsleistungen hat das Bewusstsein der Gesundheitsvorsorge bei vielen Migranten oftmals noch einen untergeordneten Stellenwert. »Gesundheitsvorsorge ist zudem in vielen der Herkunftsländer unserer Migrantinnen und Migranten nicht von herausragender Bedeutung gewesen oder nicht kulturell durch Sozialisation mit Handlungsmustern gesichert«. ⁹ Dennoch können Angebote, die inhaltlich wie organisatorisch an den Lebenswelten der Zielgruppe ansetzen, die Aufnahmefähigkeit für gesundheitsrelevante Informationen verbessern und zu gesundheitsförderlichen Lebensweisen motivieren. Hierzu gilt es sowohl Ansatzpunkte als auch geeignete Kommunikationswege zu identifizieren und Projekte zweckmäßig und bedarfsorientiert an der Zielgruppe auszurichten.

Die Fachkräfte unseres Gesundheitswesens benötigen in ihrem Wirken für ihre Patienten und Klienten mehr Unterstützung, damit sie die vorhandenen (guten) Angebote qualitätsgerecht und effizient auch für Migranten zugänglich machen können.

Kultursensible Gesundheitsversorgung kann erfolgen durch:

- Einbezug von migrationspezifischen und soziokulturellen Aspekten,
- verstärkte Aufklärung von Migranten über Art, Sinn und Umfang vorhandener Angebote,
- Berücksichtigung von Migranten als spezielle Zielgruppe bei Aktivitäten der Prophylaxe und Behandlung sowie
- mehrsprachige Angebote.

Auf der Ebene der Kompetenzbildung ist es erforderlich, den medizinischen Fachkräften qualifizierte Fortbildungsangebote zur interkulturellen Kompetenz anzubieten. Ansätze versprechen Erfolg, wenn sie familiäre Strukturen, Erziehungsstile und Erwartungen der Migranten an die Gesundheitsversorgung berücksichtigen. Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass das Thema Gesundheit und Migration schon heute eine wichtige Aufgabe für das Sozial- und Gesundheitswesen darstellt. Aufgrund der demografischen Entwicklung in den westlichen

⁹ Hegemann, Th./Salman, R. (2001), vgl. Anm. 5.

Industrienationen, der internationalen Migration und der Globalisierung werden diese Themen in Zukunft noch dringlicher werden, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Entwicklung von wirksamen Maßnahmen heute eine effiziente und nachhaltige Prophylaxe für die Herausforderungen der Zukunft darstellt, wovon alle beteiligten Gruppen und Institutionen profitieren werden.

Überwindung von Barrieren durch migrationssensible Gesundheitsförderung und Prävention

Im Allgemeinen sind Migranten über die Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitswesens nur mangelhaft informiert. Daneben bestehen inhaltliche Informationsdefizite, zum Beispiel über Früherkennungs- und Schuleingangsuntersuchungen, Impfungen, Unfallprävention, Oralprophylaxe, gesunde Ernährung, AIDS/HIV, Suchterkrankungen ¹⁰ sowie über einzelne Krankheiten und deren Ursachen ¹¹.

Moderne Gesundheitsförderungsansätze sehen die Vermittlung allgemeiner Handlungs- und Konfliktbewältigungskompetenzen vor und versuchen, die Eigenverantwortung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu fördern, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu entwickeln und Entscheidungskraft zu stärken. Gerade diese Ziele sind es, die bei der Mehrheit der Migranten, Aussiedler und Flüchtlinge von den Vorstellungen ihres eigenen traditionellen Lebenskonzepts abweichen. So steht der Selbstständigkeit die Autorität entgegen, der Unabhän-

¹⁰ Kimil, A./Menkhaus, B./Wienold, W./Salman, R. (2007): Interkulturelle Suchthilfe in Deutschland – Handlungsempfehlungen für Prävention und Beratung. In: Machleidt, W./Salman, R./Calliess, I. T. (Hrsg.) (2007): Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa (Forum Migration Gesundheit Integration, Bd. 4). Berlin.

¹¹ Collatz, J./Fischer, G. C. (1998): Krankheit, Kranksein und häufige Erkrankungsverläufe. In: Burchard, G.-D. (Hrsg.): Erkrankungen bei Immigranten. Diagnostik, Therapie, Begutachtung, S. 16–31. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm.

gigkeit die Rangordnung und der Stärkung der Entscheidungskraft die Achtung vor den Älteren und das Befolgen ihrer Anweisungen.¹²

Zudem ist Gesundheitsförderung und Prävention in vielen Herkunftsländern nicht von herausragender Bedeutung gewesen beziehungsweise kulturell durch entsprechende Sozialisationsvorgänge nicht gesichert, zumindest nicht vor dem Hintergrund der Nutzung von Ressourcen eines komplizierten arbeitsteiligen und Aufgaben delegierenden Gesundheitssystems.¹³

Wichtige Informationen sollten den betroffenen Zugewanderten bei Besuchen im Rahmen präventiver Maßnahmen möglichst gleich zu Beginn des Aufenthalts in Deutschland übermittelt werden. Am Anfang des Aufenthalts in einem neuen Land durchlaufen die Zuwanderer eine Orientierungsphase, die für ihre spätere persönliche Entwicklung von entscheidender Bedeutung ist. Die Migranten sind hier noch sehr aufnahmefähig, wenig frustriert, neugierig und leistungsbereit. Die Zuwanderer sollten also informiert und motiviert werden, bevor sie schlechte Erfahrungen sammeln und demotiviert sind. Notwendige Informationen sollten also konzeptionell frühzeitig transportiert werden. Das Ethno-Medizinische Zentrum¹⁴ in Hannover hat diesbezüglich gute Erfahrungen mit aufsuchenden mehrsprachigen Veranstaltungen zur Drogenprävention, AIDS-Aufklärung oder Oralprophylaxe in Moscheen, Gemeindehäusern der Aussiedler oder in Sprachkursen gemacht (Sal-

12 Tuna, S. (1999): Konzept, Methoden und Strategien migrationsspezifischer Suchtpräventionsarbeit. In: Salman, R./Tuna S./Lessing, A. (Hrsg.), Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie, Gießen.

13 Collatz, J. (2001): Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann, Th./Saman, R. (2001), vgl. Anm. 5.

14 Heise, Th./Collatz, J./Machleidt, W./Salman, R. (2000): Das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover und die Medizinische Hochschule Hannover im Rahmen der transkulturellen Gesundheitsversorgung. In: Heise, Th. (Hrsg.): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Aus der Reihe: Das transkulturelle Psychoforum, Band 1, Hrsg.: Heise, Th. und Schuler, J., Berlin.

man, Tuna & Lessing 1999, Schneller, Salman & Goepel 2001, Salman 1992).¹⁵

Die Idee der Gesundheitsförderung und Prävention als Vorbeugung von Krankheiten auf eine ganz bestimmte partnerschaftliche Art ist – ebenso wie das von Kleinman u.a.¹⁶ beschriebene Krankheitsverhalten – kulturell tradiert. Erklärungen und Aktivitäten sind auf Seiten des Patienten ebenso kulturspezifisch wie auf Seiten der Fachkräfte. Ein Erfolg versprechender Weg, Migranten für Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen, sie zu informieren und für ein gesundheitsbewusstes Leben zu sensibilisieren, besteht in der Ausbildung von Mediatorinnen beziehungsweise Lotsinnen und der muttersprachlichen Informationsvermittlung durch diese in den Lebensräumen der Migrantinnen («Interkultureller Setting-Ansatz»). Das größte und auch erfolgreichste Projekt hierzu ist das MiMi-Gesundheitsprojekt »Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland« des Ethno-Medizinischen Zentrums. Dieses Projekt wird vom BKK-Bundesverband finanziert und unter Mitarbeit von BKK-Landesverbänden realisiert. Staatsministerin Prof. Dr. Maria Böhmer, Bundesbeauftragte für Migration, Integration und Flüchtlinge, ist Schirmherrin des Projekts. Gegenwärtig wird MiMi an 24 Standorten durchgeführt. In Schleswig Holstein, Hessen, Bayern und Nordrhein-Westfalen werden zusätzlich landesweite MiMi-Projekte mit den Landesregierungen und den BKK-Landesverbänden veranstaltet.¹⁷

Die Grundidee besteht darin, bei Menschen mit Migrationshintergrund die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu stärken und langfristig einen Beitrag zur Reduzierung von Ungleichheiten bezüglich der

15 Siehe weitere Literatur S.175 f.

16 Kleinman, A./Eisenberg, L./Good, B. (1978): Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research, Annals of internal Medicine, 88, S. 251–258

17 Salman, R./Menkhaus, B. (2007): Mit Migranten für Migranten – Das MiMi-Projekt des Ethno-Medizinischen Zentrums als Beitrag zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Integration in Deutschland. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesundheit und Integration. Handbuch für Modelle guter Praxis. 2. überarb. Aufl.

Gesundheitschancen zu leisten. Mediatorinnen und Lotsinnen sind engagierte, erfolgreich integrierte Migrantinnen, die nach ihrer Schulung zu gesundheitsrelevanten Themen selbstständig Veranstaltungen und Kampagnen zur Gesundheitsförderung durchführen.

Wichtig ist, dass Migranten schon bei der Planung von Maßnahmen an diesem Prozess beteiligt werden, damit sie die gleichen Chancen beim Zugang zu Informationen und Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung haben wie die Mehrheitsbevölkerung. Programme müssen national wie regional auf dringende migrationsspezifische Themen wie Infektionserkrankungen, Arbeitsunfälle, reproduktive Gesundheit, Zahngesundheit, Impfprogramme usw. abzielen.¹⁸

Neben mehr Beratungsangeboten sind auch verstärkt Aufklärungs- und Informationsmaterialien mit interkulturellem Ansatz in der Prävention notwendig. So sollten Informationsmaterialien präventive Inhalte verbreiten oder auch Informationen zur Nutzung von Gesundheitsangeboten und Versorgungsmöglichkeiten vermitteln, um die eigenständige Handlungsfähigkeit zu erhöhen.

Als Beispiele lassen sich Gesundheitswegweiser und fremdsprachige Broschüren nennen. Bei fremdsprachigem Material gilt es allerdings nicht nur die Sprachanteile zu übersetzen, sondern gleichermaßen Inhalte und Gestaltungsform der jeweiligen Zielgruppe anzupassen.¹⁹ Gesundheitswegweiser, die eine Weitervermittlung zum Beispiel an muttersprachliche Angebote ermöglichen, dürfen trotz ihres hohen Wirkungsgrades nicht dazu dienen, dass Migranten keinen Platz in der Regelversorgung haben.

¹⁸ Vgl. Weilandt, C.: Migration und Gesundheit: Implikationen für Prävention und Gesundheitsberichterstattung. In: Türkisch Deutsche Gesundheitsstiftung (Hrsg.). Wissenschaftliche Arbeiten über Gesundheit und Migration. Gießen 2002, S. 156–177.

¹⁹ Vgl. Weilandt, C./Rommel, A./Raven, A.: Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Enquetekommission »Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW« (Hrsg.). Bonn, 2003.

Im Hinblick auf die Bandbreite möglicher Ansätze und zielgruppenspezifischer »Problemlagen« liefern diese Überlegungen kein vollständiges Bild der Optionen und Handlungsspielräume. Viele weitere sind in einer Reihe von Veröffentlichungen und Studien publiziert. In einem Positionspapier des von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration koordinierten Arbeitskreises »Migration und öffentliche Gesundheit« (Mai 2006) werden Ziele und Empfehlungen für gesundheitsförderliche Aktionen für Menschen mit Migrationshintergrund wie folgt zusammengefasst: Will man gleiche Gesundheitschancen für alle garantieren, müssen Angebote für Behandlung, Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Aufklärung von Sozialversicherungsträgern, Bund, Ländern und Kommunen auch spezifische Ansätze für Migrantinnen und Migranten enthalten. Elf Bundesländer haben bisher Integrationskonzepte erarbeitet, von denen neun auch die gesundheitliche Situation und Versorgung von Migrantinnen und Migranten thematisieren. Einige dieser Konzepte enthalten bereits Ansätze zur Gestaltung von Vielfalt (Diversity Management), zum Teil auch unter Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund bei der Erarbeitung von Lösungen.

Überwindung von Barrieren durch Dolmetscher

Das Gelingen eines guten, verständlichen und effektiven Gesprächs zwischen Patienten, Dolmetschern und Heilern in professionellen Zusammenhängen (translingualer Dialog) basiert auf methodischen Konzepten.²⁰ Der translinguale Dialog erfordert – ebenso wie eine therapeutische oder Beratungssitzung – Planung, Ziel, Methode, Konzept und Auswertung.

²⁰ Salman, R. (2007): Gemeindedolmetscherdienste als Beitrag zur Integration von Migranten in das regionale Sozial- und Gesundheitswesen – Das Modell des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) Gesundheit und Integration. Handbuch für Modelle guter Praxis. 2. überarb. Aufl.

Es ist wichtig, in dem Übersetzungsgespräch mit den Patienten möglichst konsekutives Dolmetschen zu praktizieren. Es sollte darauf geachtet werden, dass Dolmetscher nicht zusammenfassend oder selektiv übersetzen, also das Gesagte nicht in irgendeiner Weise selektieren oder verändern. Die Betroffenen (zum Beispiel Berater und Therapeuten auf der einen Seite und Klienten und Patienten auf der anderen Seite) nutzen die Dolmetscher, um durch sie zu dem Gegenüber zu sprechen. Die Sprache sollte klar, frei von Redewendungen oder frei von Humor und Slang sowie möglichst auch von überflüssigen Fremdwörtern sein, da diese für die Dolmetscher nur schwer übertragbar sind. Die direkte Rede und das direkte Sprechen der Betroffenen zueinander sind wichtig. Die Dolmetscher sollten eher »unsichtbar« sein und haben lediglich die Rolle des »Sprachrohrs«.

Der Einsatz von Verwandten und Freunden des Klienten ist aus Gründen der Neutralität eher problematisch. Außerdem haben sich der Einsatz möglichst gleichgeschlechtlicher Dolmetscher und die Auswahl eines Dolmetschers mit möglichst geringem Altersunterschied zum Patienten bewährt. Auch Kontinuität in den Gesprächsbeziehungen durch den Einsatz von Dolmetschern, mit denen bereits positive Erfahrungen erzielt wurden, ist sinnvoller als ständig wechselnde Dolmetscher innerhalb einer Beratung oder Therapie. Dolmetscher, die neben ihren Sprachkenntnissen nicht über ausreichendes zusätzliches Hintergrundwissen verfügen, erschweren Therapieprozesse.²¹ Regelmäßig eingesetzte Gemeindedolmetscher sollten in den Institutionen, in denen sie häufig tätig werden, möglichst angemessen in Supervision, Intervention und Teamsitzungen (zumindest gelegentlich) einbezogen werden, damit gemeinsame Abstimmung und Qualität wachsen können.

Es hat sich bewährt, bei der Auswahl von Dolmetschern auf solche Personen zuzugehen, für die kulturelle Vielfalt zu einer lebensgeschichtlichen Selbstverständlichkeit gehört, denn als »Brücke zwischen

²¹ Salman, R. (2001): Sprach- und Kulturvermittlung. Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In: Hegemann, Th./Salman, R. (Hrsg.), vgl. Anm. 5.

den Kulturen« zu fungieren ist nur dann möglich, wenn eine Person zu beiden beteiligten Kulturen eine ausgewogene Haltung annehmen kann.

Vieles spricht dafür, in die Arbeit im Gesundheitswesen Gemeindedolmetscherdienste einzubeziehen – wie in Hannover das Ethno-Medizinische Zentrum e.V., in München das Bayerische Zentrum für transkulturelle Medizin, in Hamburg das Kinder- und Familienzentrum Schnelsen KiFaZ, in Berlin den Gemeindedolmetschdienst des Gesundheit Berlin e.V. und andere. Sie kennen die ethischen Grundsätze, nämlich wörtlich sowie inhaltlich genau, kommentarlos und unparteiisch zu übersetzen und sich an die Schweigepflicht zu halten. Dolmetscherdienste, wie sie oben beispielhaft erwähnt wurden, achten darauf, ob Dolmetscher für spezielle Fachgebiete oder in Bezug auf Geschlecht und Alter für einen bestimmten Einsatz geeignet sind. Vertrauen und Respekt wachsen durch kontinuierliche Zusammenarbeit, in der beide Seiten gemeinsam Erfahrungen sammeln und dazulernen können.

Überwindung von Barrieren durch Informationsmedien (Wegweiser)

Die gesundheitliche Versorgung durch den Einsatz von schriftlichen Informationsmedien in verschiedenen Sprachen zu sichern, ist eine gegenwärtig weit verbreitete Idee. So wurden beispielsweise nahezu zeitgleich in Köln (Sozialdezernat) und Frankfurt (Gesundheitsamt) Verzeichnisse von mehrsprachigen Ärzten oder Institutionen bereitgestellt, in denen mehrsprachige Mitarbeiter vorhanden sind.

Hinzu kommen Aufklärungsbroschüren zu zahlreichen Themen und in den unterschiedlichsten Sprachen. An dieser Stelle sei auf die umfangreiche Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) hingewiesen. In Münster entwickelte das Gesundheitsamt einen Wegweiser für das lokale Gesundheitssystem, in dem alle Angebote und Institutionen der Stadt dargestellt und deren Nutzen für Migrantinnen und Migranten beschrieben wurden. Dieser Wegweiser in deutscher Sprache richtet sich vorwiegend an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstellen.

Der Landkreis Halberstadt entwickelte gegen die »Verständigungsnot« ein kostengünstiges Angebot. Es wurden umfangreiche Impfangebote und Informationen in sieben Sprachen ins Internet gestellt und können dort als PDF-Datei heruntergeladen werden.

Darüber hinaus entstand in jüngster Zeit eine Reihe von Wegweisern in verschiedenen Sprachen. Die Idee besteht darin, ein gesellschaftliches Integrationsfeld und die dazu notwendigen Informationen zusammenzufassen und in den am meisten verbreiteten Migrantensprachen bereitzustellen. Diese Wegweiser richten sich direkt an die Migranten und sollen ihnen ermöglichen, das jeweilige Integrationsfeld – in unserem Fall das Gesundheitswesen – kennen zu lernen und zu verstehen, um dann selbstständig die beschriebenen Regelangebote zu nutzen. In diesem Zusammenhang sind besonders umfangreiche und ausgereifte Wegweiser unter anderem in Hannover und Hessen entstanden.

In Hannover entwickelte und vertreibt das Institut für transkulturelle Betreuung e.V. einen Wegweiser zum Umgang mit seelisch und körperlich behinderten Menschen im Rahmen des Betreuungsrechts.

Der BKK-Landesverband Hessen und das Sozialministerium in Hessen finanzierten die ersten mehrsprachigen Wegweiser zu den gesundheitlichen Präventionsangeboten im Land Hessen. Dieser in fünfzehn Sprachen erschienene Wegweiser enthält außerdem ein Glossar mit den wichtigsten Fachbegriffen und Schlüsselworten. Er kann über Internet (www.bkk-promig.de) als PDF-Datei heruntergeladen werden. In Wiesbaden entsteht darüber hinaus ein Wegweiser im Büro der Städtischen Integrationsförderung und Stelle für interkulturelle Angelegenheiten für Menschen, die nicht lesen und schreiben können. Deutlich wird hier die integrative Konzeption der mehrsprachigen Wegweiserauflagen: Die betroffenen Menschen sollen lernen und zugleich Zugang zu den Regelangeboten erhalten. Auch dies leistet einen Beitrag zu mehr Chancengleichheit nicht nur im Bereich Gesundheit.

Deshalb beschlossen das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. und der BKK-Bundesverband, einen bundesweiten, einheitlichen und hochwertigen Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten

zum deutschen Gesundheitssystem zu entwickeln und diesen allen interessierten Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland zur Verfügung zu stellen. Dieser Wegweiser soll die Integration ebenso fördern wie Arbeitserleichterungen auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitssystems schaffen. In Zusammenarbeit mit über 60 Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis wurde der Gesundheitswegweiser »Gesundheit Hand in Hand – das deutsche Gesundheitssystem« erstellt. Der Wegweiser liegt bereits in der dritten Auflage als Druckversion in 15 Sprachen vor (www.bkk-promig.de), auch als PDF-Download. Der Wegweiser (Broschüre) enthält leicht verständliche Informationen über die Institutionen und den Aufbau des deutschen Gesundheitssystems. Sie erleichtert es Migrantinnen und Migranten, die Angebote ihren Bedürfnissen entsprechend wahrzunehmen.

Auch die Verbraucherzentrale Hamburg hat in Zusammenarbeit mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum eine umfangreiche Broschüre zu Patientenrechten in Türkisch, Russisch und Deutsch herausgebracht.²²

Überwindung von Barrieren durch interkulturelle Kompetenztrainings

Interkulturelle Kompetenz ist gefragt wie nie! Trainings, Fort- und Weiterbildung in Industrie und Handel sind zu einer Selbstverständlichkeit geworden. Aber auch im Gesundheits- und Sozialwesen und in der öffentlichen Verwaltung wird die Notwendigkeit interkultureller Kompetenz immer offensichtlicher.

Migration ist ein gesellschaftliches Faktum, dem auch die Institutionen der öffentlichen Versorgung konzeptionell in ihren Angebotsstrukturen Rechnung tragen müssen. In den meisten Ballungszentren stellen Menschen mit Migrationshintergrund einen Bevölkerungsanteil von 20 bis 40 Prozent. Sie sind somit auch Kunden, Klienten und Mitarbeiter öffentlicher Servicedienste. Menschen mit Migrationshintergrund werden daher in zunehmendem Maß als relevante Zielgruppe erkannt.

²² »Falsch behandelt beim Arzt oder im Krankenhaus – was tun?«, vgl. www.vzhh.de (→ Ratgeber, → Gesundheit).

Institutionen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung kommen nicht umhin, eigene Profile zu entwickeln, nicht nur um diese Personengruppe nicht zu verlieren, sondern diese auch gezielt anzusprechen. Hierfür benötigen sie nachhaltige Entwicklungen interkultureller Kompetenzen sowohl auf der Ebene der Fachlichkeit der Beschäftigten als auch auf der institutionellen Ebene, hier insbesondere bei organisatorischen und Managementfragestellungen.

Um diesem Bedarf gerecht zu werden, wurde in einem Kooperationsprojekt von ISTOB, München, dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V., Hannover, und dem Bayerischen Zentrum für Transkulturelle Medizin das BAYZENT entwickelt. Dieses besteht in einem Trainings- und Schulungsprogramm, das in Institutionen des Gesundheitswesens (Kliniken, Beratungsstellen, Gesundheitsämter, Hochschulen, Therapieeinrichtungen), in der psychosozialen Versorgung (Sozialdienste, Beratungsstellen, Betreuungswesen) und in der öffentlichen Verwaltung (Sozialämter, Ausländerbehörden, Standesämter etc.) umgesetzt und dabei vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. wissenschaftlich begleitet und evaluiert wurde.

Schulungsprogramme und Trainings zur interkulturellen Kompetenz sind dann am erfolgreichsten, wenn sie den folgenden Kriterien gerecht werden:

- Die Verantwortlichkeit zu interkultureller Kompetenzentwicklung und zu interkultureller Öffnung liegt beim Management und kann nur in Kooperation mit diesem gelingen.
- Je intensiver eine Institution interkulturelle Kompetenzentwicklung zu einem eigenen Qualitätsmerkmal macht, desto größer ist die Nachhaltigkeit.
- Je stärker eine Institution Migrantinnen und Migranten als Beschäftigte und als Kooperationspartner einbindet, desto kostengünstiger und nachhaltiger ist die Entwicklung.
- Je sorgfältiger die Interessen und Anliegen sowohl des Managements als auch der Beschäftigten bei der Auftragsklärung zu interkulturellen Kompetenztrainings besprochen werden, desto kostengünstiger fallen die Schulungsmaßnahmen aus.

Feedback-Veranstaltungen in jährlichem Abstand erhöhen die Nachhaltigkeit durch kontinuierliche Anpassungsprozesse. Wir haben dieses Programm in den oben genannten Institutionen beispielhaft umgesetzt und schrittweise durch ein ständiges Feedback mit den Beschäftigten und Auftraggebern der jeweiligen Einrichtungen verbessert und an die Gegebenheiten der Versorgungslandschaft angepasst. Orientierend und wegweisend war für uns eine Untersuchung des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit. Dieses hat das schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien beauftragt, am Beispiel der Suchthilfe herauszufinden, was die Akteure von Einrichtungen, die einen Prozess der interkulturellen Öffnung durchlaufen hatten, rückwirkend als die wichtigsten Schritte zur Entwicklung eines interkulturell kompetenten Service beschrieben haben:

- Zur Implementierung interkultureller Kompetenz sind längerfristige, mittelfristige und konkret umsetzbare und überprüfbare operationale Ziele ebenso notwendig wie Ressourcen, die den Umfang und das Tempo der Entwicklungsprozesse bestimmen.
- Längerfristige Ziele geben die Richtung vor. Sie drücken den politischen Willen der Institution, der Kostenträger und der politisch Verantwortlichen aus.
- Mittelfristige Ziele legen die wichtigsten Felder für Veränderungsprozesse fest. Zu diesen gehört die Notwendigkeit einer migrationspezifischen Organisations- und Personalentwicklung sowie migrationspezifischer Serviceangebote, die sich an den Bedürfnissen der Migrantinnen und Migranten orientieren. Notwendig sind auch Vernetzung und Rückkopplung mit den Communities der Migranten und deren Repräsentanten, damit das Wissen über die vorgehaltenen Angebote dort verbreitert wird.

Letztlich ist die Schwerpunktidee dieses Ansatzes die Verbesserung des Kundenkontakts. Die Institutionen lernen, sorgfältiger darauf zu achten, was die Kunden wollen und brauchen, wie dies herauszufinden ist und wie das Angebot der Einrichtung in handhabbaren Schritten an diese Erkenntnisse angepasst werden kann.

Transparenz und Verbindlichkeit, die eine zentrale Ressource interkultureller Kompetenz sind, können nur eingefordert werden, wenn

entsprechende Haltungen vorgelebt werden. Deshalb haben sich die konzeptionelle Einbindung des Leitungspersonals in die Schulungen, die Beteiligung der Beschäftigten an der Entwicklung der zukünftigen Schulungen, Feed-back-Runden mit dem Leitungspersonal und im Nachgang zu den Schulungen – zu einem späteren Zeitpunkt – das Angebot von Supervisionen oder vertiefenden Schulungen bewährt.

Handlungsempfehlungen

Professionelle achteten letztlich auch darauf, dass gute Rahmenbedingungen herrschen, die zur Vertrauensbildung beitragen. Dazu gehörte die Beschreibung der Möglichkeiten und Grenzen der Einrichtung, die Einführung des Einsatzes von professionellen Dolmetschern, die Einbeziehung von muttersprachlichen Fachkräften, die konsequente Verfolgung eines lösungs- und ressourcenorientierten Ansatzes und die Einbeziehung der Familie und von kulturellen Gemeinschaften.

Bei der Planung eines Projekts zur interkulturellen Prävention sollte sichergestellt werden, dass das Programm zweckmäßig und bedarfsorientiert ausgerichtet ist. Dies bedeutet eine genaue Abstimmung auf die Bedürfnisse der Zielgruppe. Die weiteren folgenden Qualitätskriterien bedürfen einer Überprüfung:²³

- Die Maßnahmen müssen von der Zielgruppe akzeptiert werden.
- Die Zufriedenheit der Beteiligten muss Berücksichtigung finden.
- Die Zielgruppe muss Zugang zum Programm haben.
- Bei Vernetzung und Kooperation sollten bestehende Strukturen genutzt werden.
- Das Programm sollte praktikabel und einfach durchzuführen sein.
- Die angebotenen Maßnahmen müssen effektiv und effizient sein.
- Die Zielgruppen sollten an Planung und Durchführung des Programms teilhaben.

23 Steenkiste, M. (2001): Gruppenprophylaxe bei Migranten im Rems-Murr-Kreis. In: Schneller, Th. u.a. (Hrsg.): Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. Bonn.

- Die Programme sollten auf Freiwilligkeit und auf Achtung menschlicher Würde basieren.

Für ein Präventionsprogramm mit Migranten ist zu beachten, dass diese als Gruppe erreichbar sind, dass anerkannte Ansprechpartner und Schlüsselpersonen gefunden werden, eine gute Kommunikation gewährleistet ist, die Teammitglieder sich in die Lebenswelt der Migranten einfühlen können und mit den kulturellen Eigenheiten der Zielgruppe vertraut sind.²⁴ Generell muss zur Qualitätssicherung auch die Möglichkeit eines Programms zur Förderung von Chancengleichheit und sozialer Gerechtigkeit überprüft werden.

Zusammenfassend wird empfohlen:

- partizipatorische Ansätze weiterzuentwickeln,
- die Vernetzung mit Migranten-/Minderheiten-Communities beziehungsweise -Verbänden zu pflegen,
- mit Schlüsselpersonen/Vertretern von Netzwerken zu arbeiten,
- sprachärmere, kreative Verfahren bei der Erstellung von Informationsmaterial zu nutzen und
- kulturspezifische (Heilungs-)Ansätze zu erproben.

Weitere Literatur

Collatz, J.: Multikulturalität und Gesundheit in: Homfeldt, H. G./Hünersdorf, B. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesundheit, Neuwied, Kriftel, Berlin. S. 91–123, 1997.

Kleinman, A.: Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley, Los Angeles, London 1980.

Krause, I. B.: Therapy Across Culture. London 1998.

24 Ebd., sowie Hörbst, V./Lenk-Neumann, B. (2002): Gesundheit, Krankheit und Behandlung im Spannungsfeld der Kulturen – medizinethnologische Ansätze für Praktiker. In: Hegemann, T./Lenk-Neumann, B. (Hrsg.): Interkulturelle Beratung – Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung. Berlin.

Krause, I. B.: Antrophologische Modelle für multikulturelle psychiatrische Arbeit. In: Hegemann, Th./Salman, R. (2001): Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn 2001.

Oesterreich, D.: Stellenwert prophylaktischer Angebote für Migrantinnen und Migranten aus Sicht der Bundeszahnärztekammer. In: Schneller, Th. u.a. (Hrsg.): Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. Bonn 2001.

Pavkovic, G.: Interkulturelle Beratungskompetenz. Ansätze für eine interkulturelle Theorie und Praxis in der Jugendhilfe. In: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (Hg.): Interkulturelle Jugendhilfe in Deutschland. S. 67–109, Bonn 2000.

Salman, R./Tuna, S./Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen 1999.

Salman, R./Schneller, Th.: Kultursensible Oralprophylaxe zur Förderung der Mundgesundheit bei Migranten – das Mediatorinnenkonzept »MOM« des Ethno-Medizinischen Zentrums in Hannover. In: Schneller, Th. u.a. (Hrsg.): Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. Bonn 2001

Salman, R.: AIDS-Prävention und Migration – Sexuelle Probleme von männlichen türkischen Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg. vom Niedersächsischen Sozialministerium in der Edition AIDS, Bd. 15. Hannover 1992.

Salman, R.: Zur Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Domenig, D. (Hrsg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2001.

Sluzki, C.: Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In: Hegemann, T./Salman, R. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn 2001.

Zimmermann, E.: Kulturelle Missverständnisse in der Medizin: ausländische Patienten besser versorgen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2000.

Resümee und Ausblick

Wolfgang Schuldzinski¹ und Kai Vogel²

Herausforderungen und Perspektiven für die Verbraucherarbeit

In einem zunehmend von Marktelementen geprägten Gesundheitswesen ist es dringend geboten, mehr Transparenz zu schaffen und auf missbräuchliches Anbieterverhalten auf dem sich verändernden Markt zu reagieren. Hierzu muss die Stellung der Verbraucherinnen und Verbraucher am Markt der Gesundheitsdienstleistungen und -produkte gestärkt sowie für den Einzelnen die Möglichkeit geschaffen werden, seine Rechte zu erkennen und durchzusetzen.

Drei wichtige und grundlegende Handlungsfelder sind hierbei:

- Schaffung von Markttransparenz und verbraucherorientierten Qualitätsstandards,
- Entwicklung von Orientierungshilfen im (weltweiten) Gesundheitsmarkt des Internets,
- Rechtsberatung und Hilfe bei konkreten Beschwerden gegen einzelne Anbieter oder Kostenträger.

Neben der Patienteninformation und -navigation gilt es für den Verbraucherschutz gegen Auswüchse des Wettbewerbs, wie etwa »Cold Calling«³ von Krankenkassen, vorzugehen. Außerdem muss die Position aller Verbraucherinnen und Verbraucher insgesamt gestärkt werden, um sie beispielsweise vor einer finanziellen Überforderung im Krank-

1 Rechtsanwalt Wolfgang Schuldzinski ist Bereichsleiter Recht und Finanzdienstleistung der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V.

2 Kai Vogel ist wissenschaftlicher Referent bei der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V.

3 Als »Cold Calling« wird Telefonwerbung bezeichnet, zu der Verbraucherinnen und Verbraucher keine vorherige Einwilligung gegeben haben. Diese unerwünschte Telefonwerbung ist unzulässig und wettbewerbswidrig.

heitsfall, überteuerten Angeboten oder Fehlentscheidungen bei der Kassenwahl zu schützen.

Von grundlegender Bedeutung hinsichtlich der anstehenden Schritte ist es, die Belange der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu rücken, da letztendlich eine hohe qualitative Versorgung der von Krankheit betroffenen Personen immer an erster Stelle aller Bestrebungen stehen muss. In Bereichen, in denen Patientinnen und Patienten Wahlmöglichkeiten haben – etwa einer planbaren Operation –, muss ihnen eine Möglichkeit gegeben werden, sich unabhängig über die zur Auswahl stehenden Krankenhäuser und Ärzte bis hin zur Behandlungsmethode informieren zu können. Das Ziel des »mündigen Patienten«, der seine Rechte kennt und einfordert, ist anzustreben.

Patientinnen und Patienten wünschen sich ohne Zweifel mehr unabhängige Qualitätsvergleiche in der medizinischen Versorgung, um die Grundlage für eine fundierte, souveräne Entscheidungsfindung zu erhalten. Ziel muss es sein, ein Instrument zu schaffen, das eine Wahlentscheidung möglich macht, ohne jedoch ein Ranking zu erstellen, da für jeden einzelnen Patienten individuelle Faktoren gelten und herangezogen werden müssen.

Durch das vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) geförderte Projekt »Markttransparenz im Gesundheitswesen« der Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen wurde die Problematik angegangen und zahlreiche Verbraucherinformationen unter anderem aus den Bereichen Zahnersatz, Arzneimittel, Krankenhaus und der ärztlichen Versorgung erstellt.⁴ Diese erzielten eine große Resonanz in der Öffentlichkeit und haben gleichermaßen zu einem regen Interesse auf Seiten der Verbraucherinnen und Verbraucher geführt. Daneben konnten Kontakte zu den verschiedensten Akteuren im Gesundheitswesen aufgebaut und durch die entstandenen Netzwerke ein aktiver Austausch mit den Anbietern

⁴ Siehe Dokumentation: Untersuchungen und Veröffentlichungen im Rahmen des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« (S. 181 ff.)

von Gesundheitsleistungen sowie den Kostenträgern ins Leben gerufen werden.

Aufgrund der positiven Erfahrungen und der steigenden Bedeutung von »Gesundheit« für Verbraucherinnen und Verbraucher wurde außerdem im gleichen Zeitraum durch die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen begonnen, aus eigenen Mitteln die dezentralen Beratungsangebote auszubauen. So wurde das Angebot der Gesundheitsberatung, das seit April 2000 durch drei Beratungsstellen in Bonn, Düsseldorf und Münster mit Erfolg durchgeführt wurde, zum 1. Mai 2006 auf 17 ausgeweitet, um auf die zunehmenden Verbraucherprobleme im Gesundheitsmarkt adäquat vor Ort durch eine gezielte Beratung reagieren zu können.⁵

Zusammenfassend verdeutlichen die folgenden Aussagen aus einem bereits im Jahr 2001 erstellten Gutachten zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen die immer wichtiger werdenden Aufgaben in einem sich entwickelnden Gesundheitsmarkt: »Nutzer suchen Unterstützung in Konfliktfällen mit Leistungserbringern, aber auch in Konfliktfällen mit Kostenträgern. Deshalb brauchen sie Beratungssysteme, die außerhalb der beiden großen Akteursgruppen unabhängige Beratungen anbieten [...] Voraussetzung für Patientensouveränität sind qualitativ hochwertige Informationen über Gesundheit, Krankheit und die Qualität des Gesundheitswesens, die breit verfügbar, einfach zu erreichen und verständlich formuliert sein sollten.«⁶

Die Entwicklung und Erstellung des Fachreaders im Rahmen des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« zeigte, dass es trotz unterschiedlicher Positionen in vielen Bereichen Anknüpfungspunkte

⁵ Informationen zum Ergänzungsangebot »Rechtsberatung im Gesundheitswesen« der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen finden sich unter folgendem Link: www.vz-nrw.de/gesundheitsberatung.

⁶ Dierks, Marie-Luise/Schwartz, Friedrich-Wilhelm (2001): »Empfehlungen für eine Unterstützung der Patientensouveränität im deutschen Gesundheitswesen.« In: Dierks, M. L./Bitzer, E. M./Lerch, M./Martin, S./Röseler, S./Schienkiewitz, A. u. a.: Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, S. 210/213.

zwischen den Interessengruppen gibt. Diese Gemeinsamkeiten gilt es zum Wohl der Verbraucherinnen und Verbraucher herauszuarbeiten und zu nutzen. Beispielhaft können die Auswirkungen der Liberalisierung der Arzneimitteldistribution genannt werden. Ohne Zweifel gibt es hier unterschiedliche Auffassungen über Sinn und Unsinn der neuen Vertriebswege. Einigkeit herrscht jedoch im Wesentlichen hinsichtlich der von unseriösen Internetanbietern von Arzneimitteln ausgehenden Gefahren. Hier scheint beispielsweise ein gemeinsames Vorgehen bei der Aufklärung von Verbraucherinnen und Verbrauchern über mögliche Gefahren und Risiken denkbar.

Aber auch in den kontrovers diskutierten Themenblöcken der ärztlichen Zusatzleistungen (IGeL) und innovativer Modelle zur Schaffung von Markttransparenz im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz konnte eine konstruktive Debatte angeregt werden, die die verschiedenen Standpunkte verdeutlichte und das Verbraucherproblem einer mangelnden Transparenz in den einzelnen Versorgungsbereichen aufzeigte. Gerade das sich entwickelnde Medium Internet kann hier neue Möglichkeiten zum Vergleich von Qualität und Preis bieten. Trotzdem sind die Bedenken, insbesondere von Seiten der Leistungserbringer, ernst zu nehmen, da eine patientenverständliche Aufbereitung und Erklärung aller Informationen in jedem Fall unabdingbar ist. Die alleinige Bereitstellung von Daten hilft dem Laien, gerade in Anbetracht der nahezu unbegrenzten Informationsfülle, auf seiner Suche nach Orientierung nicht weiter – in vielen Fällen wird auch eine begleitende Beratung notwendig bleiben.

Im Hinblick auf die Nutzerorientierung des (künftigen) Gesundheitswesens ist daher die Schaffung von Transparenz für alle Versicherten beziehungsweise Patientinnen und Patienten – unter anderem durch die Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen, einer anbieter- und krankenkassenunabhängigen Patientenberatung sowie Navigationshilfe – unerlässlich.

Dokumentation

Untersuchungen und Veröffentlichungen im Rahmen des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen«

(nach Veröffentlichungsdatum)

Marktcheck: Arzneimittel und Internetauktionen

Untersuchungsbericht – Mai 2005

www.vz-nrw.de/mediabig/5283A.pdf

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie »Untersuchungen«

Drei, zwei, eins – krank? Medikamentenkauf bei Internetauktionen mit Risiken und Nebenwirkungen

Pressemitteilung – Mai 2005

www.vz-nrw.de/UNI115641859805914/link195764A.html

VZ NRW: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Medikamente – Identische Mittel zu unterschiedlichen Preisen

Verbraucherinformation – Mai 2005 (Aktualisierung Juni 2007)

www.vz-nrw.de/medikamente

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie »Medikamente«

Nicht jede bittere Pille schlucken. Tipps zum Medikamentenkauf

Regionale Presseinformation der VZ NRW – Juli 2005

Zahnärztlicher Notdienst am Freitagnachmittag

Untersuchungsbericht – Juli 2005

Zahnärztliche Versorgung am Freitagnachmittag – »au Backe«

Regionale Pressemitteilung der VZ Rheinland-Pfalz – Juli 2005

www.vz-rlp.de/UNI115642816415822/link196984A.html

VZ Rheinland-Pfalz: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Bloß kein Zahnweh am Freitagnachmittag

Regionale Pressemitteilung der VZ Sachsen – Juli 2005

www.vzs.de/UNI115642835716443/link196996A.html

VZ Sachsen: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Befragung – Wie gehen Krankenhäuser mit der Sprachproblematik bei Migrantinnen und Migranten um?

Untersuchungsbericht – Oktober 2005

Manko bei der Gesundheitsversorgung von Migranten. Krankenhäuser ignorieren Sprachdefizite

Pressemitteilung – November 2005

www.vz-nrw.de/UNI115641859805914/link200281A.html

VZ NRW: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Krankenkassen-Check: Influenza-Impfung (Grippe)

Untersuchungsbericht – November 2005

Gripeschutzimpfung – Wildwuchs bei der Kostenübernahme der Kassen

Pressemitteilung – November 2005

www.vz-nrw.de/UNI115641859805914/link200472A.html

VZ NRW: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Strukturierte Qualitätsberichte von Krankenhäusern. Untersuchung der Informationsqualität aus Patientensicht

Untersuchungsbericht – Februar 2006

www.vz-nrw.de/klinikwahl

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie

»Untersuchungen«

Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Für Patienten oft Online-Bücher mit sieben Siegeln

Pressemitteilung – März 2006

www.vz-nrw.de/UNI120342806403325/link210572A.html

VZ NRW: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Tipps für den Umgang mit Qualitätsberichten der Krankenhäuser

Verbraucherinformation – April 2006

www.vz-nrw.de/qualitaetsberichte

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie

»Krankenhaus«

Zahnersatzkosten im Griff. Alles über den Heil- und Kostenplan

Informationsbroschüre – April 2006

www.vz-nrw.de/zahnersatzkosten

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie

»Ärzte«

Zahnersatzkosten im Griff? Neue Broschüre informiert über Heil- und Kostenplan

Pressemitteilung – April 2006

www.vz-rlp.de/UNI115643032818064/link221522A.html

VZ RLP: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Apotheken-Check 2006: Preisvergleich nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Untersuchungsbericht – Juli 2006

www.vz-nrw.de/apothekencheck

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie

»Untersuchungen«

Freiverkäufliche Medikamente in Apotheken: Wettbewerb Fehlanzeige

Pressemitteilung – Juli 2006

www.vz-nrw.de/UNI115641859805914/link240982A.html

VZ NRW: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Festbetrags- und Zuzahlungsregeln bei Arzneimitteln

Verbraucherinfo – Juli 2006

www.vz-nrw.de/zuzahlung

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie

»Medikamente«



Nach dem günstigsten Mittel fragen. Zuzahlungspflicht bei vielen Arzneimitteln aufgehoben

Pressemitteilung – Juli 2006

www.vz-rlp.de/UNIQ120342956605985/link245222A.html

VZ RLP: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Gesundheitsinformationen in Internetforen

Verbraucherinformation – August 2006

www.vz-nrw.de/UNIQ115649424022493/link251472A.html

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie »Krankheiten«

Krankenzusatzversicherungen – viele sind überflüssig

Regionale Pressemitteilung VZ Sachsen – August 2006

www.vzs.de/UNIQ120470696315899/link254682A.html

VZ Sachsen: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung

Verbraucherinformation – September 2006

www.vz-nrw.de/UNIQ115649424022493/link251602A.html

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie

»Krankenkassen«

Viele sind überflüssig. Krankenzusatzversicherungen

Regionale Pressemitteilung VZ Rheinland-Pfalz – September 2006

www.vz-rlp.de/UNIQ120343007606461/link255482A.html

VZ Rheinland-Pfalz: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Vorsorgeuntersuchungen

Verbraucherinformation – Oktober 2006 (Aktualisierung Januar 2008)

www.vz-nrw.de/vorsorgeuntersuchung

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege«

Vorbeugen statt Heilen. Vorsorgeuntersuchungen nicht verpassen

Pressemitteilung – November 2006

www.vz-rlp.de/UNIQ120513859628302/link265792A.html

VZ Rheinland-Pfalz: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Preisvergleich nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Internet und vor Ort

Untersuchungsbericht – März 2007

www.vz-nrw.de/mediabig/31342A.pdf

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie

»Untersuchungen«

Praktisch, preiswert, patiententauglich? – Versand von Arzneimitteln

Verbraucherinformation – März 2007

www.vz-nrw.de/arsneimittelversand

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie

»Medikamente«

Preisvergleich freiverkäuflicher Medikamente: Preise im Internet-Versand um bis zu 48 Prozent günstiger als im Vor-Ort-Handel

Pressemitteilung – März 2007

www.vz-nrw.de/UNIQ120343369707809/link311562A.html

VZ NRW: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Versand von Arzneimitteln. Informationen der Verbraucherzentrale Sachsen zu Medikamenten und Bestellung per Internet

Regionale Pressemitteilung der VZ Sachsen – März 2007

www.vzs.de/UNIQ120470822816652/link312732A.html

VZ Sachsen: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Arztbesuche und Klinikaufenthalte im Ausland. Was die Krankenkassen zahlen

Verbraucherinformation – Mai 2007

www.vz-nrw.de/auslandsbehandlungen

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege«

Krankenkasse hat ein Wörtchen mitzureden. Medizinische Behandlungen im Ausland

Pressemitteilung VZ NRW – Juni 2007

Medizinische Behandlungen im Ausland können günstiger sein

Regionale Pressemitteilung der VZ Sachsen – Juli 2007

www.vzs.de/UNI120470848215899/link332812A.html

VZ Sachsen: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Wer hat den Nutzen? Kundenbindungsmodelle von Apotheken

Verbraucherinformation – August 2007

www.vz-nrw.de/UNI120343369707809/link341332A.html

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie

»Medikamente«

Patiententipps zu IGeL-Leistungen. Wenn Sie beim Arzt extra bezahlen sollen.

Flyer – August 2007

www.vz-nrw.de/igel

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie »Ärzte«

Niedergelassene Ärzte IGeL n sich zunehmend ein. Hilfe bei kostenpflichtigen Extras in der Arztpraxis

Presseinformation – August 2007

Was tun, wenn sich Ärzte immer mehr »einIGeL n«? Hilfe bei kostenpflichtigen Extras in der Arztpraxis

Regionale Pressemitteilung der VZ Sachsen – August 2007

www.vzs.de/UNI120343630510371/link337922A

VZ Sachsen: Service »Presse« – Kategorie »Pressearchiv«

Sparen beim Zahnersatz. Welche Möglichkeiten und Risiken bestehen?

Verbraucherinformation – September 2007

www.vz-nrw.de/UNI120343369707809/link341362A.html

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie »Ärzte«

Schönheitsoperationen. Tipps für Verbraucherinnen und Verbraucher

Verbraucherinformation – Oktober 2007

www.vz-nrw.de/UNI120343369707809/link364052A.html

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie »Ärzte«

Qual der Wahl beim Abrechnungsverfahren. Kostenerstattung oder Sachleistung?

Verbraucherinformation – November 2007

www.vz-nrw.de/UNI120343369707809/link406381A.html

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie

»Krankenkassen«

Telefonieren im Krankenhaus

Verbraucherinformation – Dezember 2007

www.vz-nrw.de/UNI120343369707809/link406271A.html

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie

»Krankenhaus«

Hilfsmittel – was die Kassen zahlen?

Verbraucherinformation – Januar 2008

www.vz-nrw.de/UNI120464127007631/link413031A.html

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie

»Krankenkassen«

Professionelle Zahnreinigung. Welche Angebote gibt es und was verbirgt sich dahinter?

Verbraucherinformation – Februar 2008

www.vz-nrw.de/UNI120464127007631/link413271A.html

VZ NRW: Information »Gesundheit + Pflege« – Kategorie »Ärzte«

Wahltarife der Krankenkassen. Eine Orientierungshilfe im Tarifsdschungel

Flyer – März 2008



Impressum

Herausgeber

Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e.V.

Mintropstraße 27, 40215 Düsseldorf

Telefon: (0 18 05) 00 14 33 (0,14 €/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunkpreise abweichend)

Telefax: (02 11) 38 09-235

E-Mail: publikationen@vz-nrw.de

Lektorat	Lothar Heidepeter, Neuss
Koordination	Wolfgang Starke
Fachliche Betreuung	Kai Vogel, Wolfgang Schuldzinski
Gesamtproduktion	HPPR Werbeagentur, Neuss; www.hppr.de
Fotos	© HPPR Werbeagentur, Neuss, und Fotoagenturen; ABDA, Seite 21
Druck	krea-Druck GmbH & Co. KG, Bindlach

Diese Publikation erscheint im Rahmen des Projekts »Markttransparenz im Gesundheitswesen« der Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen, das vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz gefördert wurde.