derlichen Mindestvoraussetzungen nach § 3 Abs. 2 S. 4 BÄO festgestellt werden sollten, bleibt fraglich. Es ist von einem Approbationsanspruch auszugehen. Hinzu kommt, dass man das PJ-Tertial auch im Ausland – also in Drittstaaten – absolvieren kann. Damit wird deutlich, dass man gerade die deutschen Vorgaben nicht zwingend voraussetzt. Ein Blick ins Internet zeigt, welche vielfältigen Möglichkeiten es gibt und in wie vielen Drittstaaten so ein „Auslands-Tertial“ ableistbar ist²⁴. In einer entsprechenden Liste ist hier ausdrücklich auch der Herkunftsstaat des Antragstellers²⁵ aufgeführt. Wenn das deutsche Recht die Ableistung des Tertials im Drittstaat zulässt ist nicht erkennbar, warum eine Direktausbildung dort mit „wesentlichen Defiziten“ behaftet ist, wenn ein dort absolviertes Auslandstertial anzuerkennen ist.

VI. Ausblick

Der deutsche Gesetzgeber sollte sich überlegen, ob er die Regelungssystematik in § 3 BÄO nicht völlig neu konzi-

piert, jedenfalls aber sicherstellt, dass die zwingende Bindung an das europäische Recht (hier Art. 24 der RL) im nationalen Recht eindeutig umgesetzt wird. Gutachter, Hilfsmittel der Länder (wie das Instrumentarium), die zuständigen Entscheidungsbehörden sowie die Gerichte müssen der Überlagerung des deutschen Ausbildungsrechts durch die zwingenden Vorgaben des EU-Rechts ebenfalls Rechnung tragen. Sieht die RL Mindestvorgaben vor, dürfen nicht nationale Überhänge dazu führen, dass man gleichwertige Ausbildungen zurückweist und damit den Berufszugang zum Arzt untersagt. Das wäre ein Verstoß gegen die RL. Der Gleichheitsgrundsatz ist dabei ebenso zu wahren wie der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und das Diskriminierungsverbot auf EU-Ebene.

24) https://www.brd.nrw.de/gesundheit_soiales/LPA-PJ/pdf-PJ/PJ-Ausland-Gesamtliste.pdf; Zugriff am 26. 11. 2019.

25) Ukraine – dort erfolgte die ärztliche Grundausbildung.

REZENSIONEN

<https://doi.org/10.1007/s00350-020-5451-0>

Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung.

Herausgegeben von Hans Kudlich und Jennifer Koch. Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 2017, 164 S, kart., € 49,00 €

Das schmale Bändchen enthält Beiträge zur Ökonomisierung der Medizin, wie sie im Jahr 2016 in einem Workshop diskutiert wurden; grundlegend sind ein Beitrag Kudlich/Sasse (NSStZ 2011, 241 ff.) und die Dissertation von Neelmeier mit dem Titel „Organisationsverschulden patientenferner Entscheider“.

Das Thema ist nicht neu, gleichwohl wichtig, da integrative Bestandteile einer guten ärztlichen Behandlung wie Zuwendung, Caritas und Gespräch, also Zeit im weitesten Sinne, im ökonomisierten Ansatz verkümmern. Finanzielle Belange/ökonomische Zwänge spielen nach Ankündigung des Verlags für das Recht insofern eine Rolle, als eine möglichst hohe Gewinnerzielung/das ökonomische Überleben einer Behandlungseinrichtung nicht spurlos an der Qualität der medizinischen Leistung vorbeigehen und Haftungsfragen aufwerfen. Die seit 2003 geltende Abrechnung nach diagnosebezogenen Pauschalen (DRG) tut ein Übriges, den Konflikt zwischen Ärzten und Ökonomen anhaltend zu verschärfen.

Christian Schmid stellt nach einer Begriffserläuterung zusammenfassend fest, dass starke Anreize des DRG-Systems zur Kostenminimierung seit seiner Einführung das Krankenhausmanagement gravierend geprägt hätten. Die Potentiale seien in weiten Teilen ausgeschöpft, während problematische Fehlanreize weiter bestünden. Maßnahmen wie der Fixkostendegressionsabschlag könnten nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich in der Medizin systembedingt nach wie vor um ein volumengetriebenes Geschäftsmodell handle. Eine Rückkehr zu reinen Kostenersatzungsmodellen oder tagesgleichen Pflegesätzen sei jedoch offensichtlich keine Lösung.

Thomas Hitschold nennt Beispiele für Ökonomisierung und deren Auswirkungen auf den Behandlungsstandard in der Geburtshilfe und Perinatologie; die „Wirtschaftliche Misere in deutschen Kliniken“ wird unter der Prämisse dargestellt, daß die deutsche Geburtsmedizin momentan unter ihren Möglichkeiten bleibe. Wettbewerb sei grundsätzlich gut und nützlich, sei aber für Geburtskliniken im

Kontext des lemon-market kontraproduktiv und führe langfristig zu einem Qualitätsverlust.

Der Pädiater Klaus-Peter Zimmer definiert nach vorausgehender Darstellung der fachbezogenen Problematik Fehlentwicklungen an Einzelbeispielen und fordert abschließend folgende Korrekturen:

- „Ökonomische Interessenskonflikte gehören nicht zu einer fachlich und ethisch basierten Arzt-Patienten – Beziehung. Entfremdung und fehlendes Vertrauen im Arzt-Patienten-Verhältnis sind zudem ein unkalkulierbarer Kostenfaktor.
- Die Entwertung ärztlicher Arbeit ist nicht zielführend. Ein enthumanisiertes Management der Kliniken muss in Kooperationspflicht und Organisationsverantwortung genommen werden.
- Das gesellschaftliche Konzept „Kinder sind unsere Zukunft“ verträgt sich nicht mit der Schnelllebigkeit von Geschäftsführungen oder Jahres-Bilanzen, die nicht zu einer nachhaltigen Qualitätssicherung beitragen.
- Die vom deutschen Ethikrat geforderten Verbesserungen für das selbstbestimmte Patientenwohl von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern müssen umgesetzt werden.“

Uwe Schulte-Sasse erläutert Fälle von Organisationsverschulden in der Anästhesie und bringt schwerwiegende Verläufe und Patientenschädigungen in Zusammenhang mit politisch gewollter und tatsächlich stattfindender Ökonomisierung. Komme es zu einer Patientenschädigung in Gegenwart mangelhafter Infrastruktur und Ablauforganisation (Beispiele werden dargestellt), sei eine resultierende Patientenschädigung, gar ein Todesfall, nicht schicksalhaft den Geheimnissen des menschlichen Körpers geschuldet, sondern vorprogrammiert, vorauszusehen und damit zuverlässig zu verhindern: Schicksal sei, wenn man in der falschen Einrichtung lande, so der Autor. Solche „Schicksale“ sind jedoch haftungsbegründend und nicht hinzunehmen.

Tim Neelmeier nimmt im letzten Beitrag aus rechtlicher Sicht Stellung zum Organisationsverschulden als Nebenwirkung einer ökonomisierten Medizin. Zahlreiche Facetten eines Organisationsdefizits werden beispielhaft geschildert. Die Abhandlung von Neelmeier zeichnet sich auch dadurch aus, dass die Fälle mit zahlreichen einschlägigen Urteilen unterlegt sind.

Trotz intensiver Bemühungen der Verantwortlichen z. B. in Kammern, Fachgesellschaften und Krankenhausgesellschaft ist keine Änderung der ökonomisierten Ausrichtung in der Medizin erkennbar, weshalb die hier publizierten Beispiele nichts an Aktualität verloren haben. Wer in der Diskussion hinsichtlich einer Verbesserung ärztlich angemessener Behandlung Argumentationshilfe benötigt, wird hier fündig. Zum besseren Verständnis des Inhalts der Beiträge wäre eine Kurz-Vita der Autoren mit Beschreibung des beruflichen Umfelds hilfreich.

Prof. Dr. med. Hans-Friedrich Kienzle,
fr. Chefarzt der Chirurgischen Klinik,
Krankenhaus Holweide, Städt. Kliniken Köln,
Am Wildwechsel 14a, 51109 Köln, Deutschland