

ZUR SACHE

Die wichtigsten Patientenrechte kommen unter die Räder



Argumente der
CDU/CSU-Bundes-
tagsfraktion gegen
die rot-grüne Ge-
sundheitsreform

1. Rot-grüne Koalition demontiert unser Gesundheitswesen

Innerhalb weniger Monate ist unser finanziell stabiles und verlässliches Gesundheitswesen durch die gesetzlichen Maßnahmen und das unsägliche Hin und Her der rot-grünen Koalition auf einen verhängnisvollen Kurs gebracht worden. Dieser Kurs ist geprägt von Budgetierung, Reglementierung, Bürokratisierung und drohenden Defiziten. Alle freiheitlichen Elemente der gesetzlichen Krankenversicherung werden ausgemerzt und die Macht alleine in die Hände der Krankenkassen gelegt. Am Ende dieses Weges steht eine Staatsmedizin, wie sie aus anderen Ländern bekannt ist. Mangelverwaltung, Rationierung von Gesundheitsleistungen und Verluste von Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen werden das Ergebnis sein. Die Verlierer dieser Gesetzespläne sind die Patienten, insbesondere die sozial Schwachen, die sich Gesundheitsleistungen nicht anderweitig beschaffen können.

2. Rot-grüne Gesundheitspolitik führt zu Defizit

1997 und 1998 hatte die gesetzliche Krankenversicherung noch Überschüsse von über 1 Mrd. DM jährlich und ist mit finanziellen Reserven von 9 Mrd. DM in das Jahr 1999 gestartet – und dies (mit Ausnahme des Arzneimittel-

bereichs) ohne Budgets. Angesichts dieser günstigen finanziellen Ausgangsbedingungen, die die frühere Bundesregierung der rot-grünen Koalition hinterlassen hat, ist es völlig unverständlich, wenn jetzt die Bundesregierung meint, durch überstürzte und völlig unausgeglichene Maßnahmen den Hauptzweck der gesetzlichen Krankenversicherung – nämlich die Sicherstellung einer erstklassigen medizinischen Versorgung – durch eine Budgetierungs- und Reglementierungsorgie dem Primat einer Kostendämpfungs politik opfern zu müssen. Damit verläßt die rot-grüne Koalition den von der vorherigen Bundesregierung eingeschlagenen Weg einer bedarfsorientierten humanen Gesundheitspolitik. Daß diese Taschenrechnerpolitik nicht funktionieren kann, sieht man an der sich bereits jetzt abzeichnenden defizitären Entwicklung im 1. Quartal 1999 und den Prognosen der Krankenkassen über ein Defizit von bis zu 8 Mrd. DM für 1999. Ausgerechnet dort, wo die Ausgaben gedeckelt sind, explodieren sie am meisten: bei den Arzneimitteln gab es im ersten Quartal einen Anstieg von 20%, bei den Krankenhauskosten von 5 bis 6%.

3. Budgetierung gefährdet medizinische Versorgung

Die Mittel für den notwendigen medizinischen Bedarf der Bevölkerung können eben nicht durch strikte Anbindung der Ausgaben an die Entwicklung der Beitragseinnahmen gedeckt werden.

Wer patientenorientiert denkt, kann nicht bereits heute durch schematische Budgets festlegen, was die Bevölkerung künftig an medizinischen Leistungen benötigt. Wer die benötigten Mittel durch Budgetierungen herbeizubekommen will, nimmt Leistungskürzungen und eine schlechtere Qualität der medizinischen Versorgung in Kauf.

Die Budgetierung der Ausgaben für medizinische Leistungen hat sich bereits in der Vergangenheit als untaugliches Mittel zur finanziellen Steuerung des Gesundheitswesens erwiesen. Denn Budgets können nur unzureichend die medizinischen Notwendigkeiten erfassen. Sie führen damit automatisch zu Ungerechtigkeiten und zur Rationierung von Leistungen. Das Festhalten an einem Globalbudget ist das unausgesprochene Eingeständnis der Angst der rot-grünen Koalition, daß die strukturellen Reformmaßnahmen allein eben nicht die erhoffte Wirkung zeigen.

Budgets führen zu Ungerechtigkeiten und zur Zwei-Klassen-Medizin. Dann wird

- der alten Rentnerin die Massage nicht verordnet, die man dem jungdynamischen und fordernden Rechtsanwalt nicht verweigern will;
- der krebserkrankten Frau mit niedrigem Bildungsstand und in sozial schwachen Verhältnissen das kostengünstige, aber weniger wirksame Krebsmittel verordnet, der Bankiersgattin dagegen das teure hochwirksame Präparat;
- die Hüftgelenkoperation des Kassenpatienten von Dezember auf das näch-

ste Jahr verschoben und stattdessen der Privatpatient, dessen Behandlung das Budget nicht belastet, vorgezogen.

4. Krankenkassen werden zu allmächtigen Kontrollapparaten

Die Krankenkassen sollen künftig die Verantwortung für sämtliche Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Gleichzeitig sollen die einzelnen Kassen im Wettbewerb um Qualität und Effizienz bei der Versorgung stehen. Dies paßt nicht zusammen und wird nicht funktionieren. Denn die Einzelinteressen der Kassen und die gemeinsame Finanzverantwortung haben divergierende Auswirkungen. Wer soll wen dabei beaufsichtigen und wie soll dies objektiv bewertet werden? Die Macht der Krankenkassen nimmt zu, aber gleichzeitig werden deren Handlungsmöglichkeiten durch die geplante gigantische Datensammel-, Kontroll- und Überwachungsmaschine erstickt. Die Verwaltungskosten werden zu Lasten der Mittel für die medizinische Versorgung der Versicherten ungeahnte Ausmaße annehmen.

Die Krankenkassen sollen künftig viel größere Kompetenzen erhalten:

- die Kassen sollen die Möglichkeit erhalten, mit Praxisnetzen Verträge abzuschließen. Welche Folgen dies haben könnte zeigen folgende Äußerungen:

„Es müßte möglich sein, sich von Leistungserbringern, die immer wieder

gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit verstoßen, als Krankenkasse trennen zu können. Die Kassen müßte ihre Versicherten breit informieren können, welche Ärzte und welche Krankenhäuser den Qualitätsansprüchen der Krankenkassen gerecht werden.“ (Vorsitzender der AOK Rheinland-Pfalz, Walter Bockemühl, im Trierischen Volksfreund am 15.2.1999). Diese Äußerung zeigt, daß nach Ansicht der Kassen ökonomische Merkmale für die Güte der Ärzte im Vordergrund stehen sollen. Der Arzt, der sparsam verordnet, ist der gute Arzt, der Arzt, der möglicherweise aus guten Gründen (z.B. besonders viele Krebspatienten) teure Verordnungen tätigen muß, ist der schlechte Arzt.

„Überall würden unterschiedliche Verträge geschlossen. In Ulm herrschen dann andere Verhältnisse als in Hamburg. Am Ende hat jede Region ihre eigenen Therapien und unterschiedliche Vergütungen. Die bisherige Einheitlichkeit der Versorgung wird zum Flickenteppich, und das bedeutet Chaos. Damit wird die Axt an die Wurzeln des Solidarsystems gelegt“ (Dr. Schorre, Kassenärztliche Bundesvereinigung);

- die Kassen sollen künftig bei der Qualitätssicherung medizinischer Leistungen mitbestimmen und diese kontrollieren. Dazu fehlt ihnen bisher der Sachverstand. Daher müßten die Kassen erst einen Kontroll- und Überwachungsapparat aufbauen. Die Folge: hinter jedem Arzt ein Kontrolleur. Dieser wird jedoch nicht nur nach patientenindividuellen und medizinischen Kriterien prüfen, sondern angesichts der

Budgetzwänge nach ökonomischen Gesichtspunkten.

- Bei bestimmten Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden, sollen die Krankenhäuser künftig vor der Behandlung erst durch die Krankenkasse prüfen und genehmigen lassen, ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werden kann. Der zur Gelenkoperation oder Gallenblasenoperation eingelieferte Patient muß dann auf seine Behandlung solange warten, bis die Krankenkasse „grünes Licht“ gegeben hat.

5. Rot-grüne Gesundheitspolitik schadet den Beschäftigten im Gesundheitswesen

Die von der rot-grünen Koalition vorgelegten Pläne zur Gesundheitsreform setzen die Reihe verfehlter Gesetzesvorhaben der rot-grünen Koalition fort, die eines gemeinsam haben: Mißtrauen gegenüber dem Bürger und gegenüber den Leistungsträgern unserer Gesellschaft, wie z.B. den Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Es wird in der ambulanten ärztlichen Versorgung ein monströser Überwachungsapparat installiert, mit dem die Ärzte gegängelt und entmündigt werden. Seitenlange Vorschriften sollen praktisch jede ärztliche Handlung reglementieren. Alles und jedes muß künftig begründet und belegt werden. Wie die Ärzte unter diesen Bedingun-

gen zum Wohle jedes einzelnen Patienten handeln sollen, bleibt schleierhaft.

6. Hausärzte dienen als Vorwand für Zentralismus und Bevormundung

Die angebliche Stärkung der Hausärzte und der angekündigte Bonus für die Versicherten, die sich dazu verpflichten, andere Ärzte grundsätzlich erst nach Überweisung durch einen Hausarzt aufzusuchen, ist eine Mogelpackung. Es ist zu vermuten, daß mit diesem Hausarztmodell kein Geld eingespart wird. Möglicherweise kommt es sogar zu zusätzlichen finanziellen Belastungen, weil ein weiterer Arzt in der Versorgungskette auch mehr abrechnet. Wenn jeder zweite Patient von einem Beitragsbonus für ein Hausarztmodell Gebrauch machen würde und dafür sein Beitragssatz zehn Prozent geringer wäre, dann würde das nach Schätzungen der Krankenkassen mehrere Milliarden von Mark kosten.

Für die Patienten – insbesondere für die finanzschwachen – hat diese Regelung eine Einschränkung der Wahlmöglichkeiten und der Freiheit zur Folge. Der Patient soll seine Kompetenz und sein Urteilsvermögen in Sachen eigener Gesundheit bei der Krankenkasse abgeben: zum Ausspülen der Ohren, zur Untersuchung der Augen oder zur Hautkrebisuntersuchung vorher zum Hausarzt. In Zeiten, in denen das Prinzip des mündigen Bürgers propagiert wird, ist eine solche Entmündigung nicht vertretbar.

Warum soll ein Patient, der eine bestimmte chronische Organerkrankung (Beispiele: chronisches Rheumaleiden, chronische Schuppenflechte, chronisches Anfallsleiden (Epilepsie)) und sonst keine weiteren gesundheitlichen Beschwerden hat, nicht grundsätzlich direkt den zur Behandlung diese Erkrankung am besten geeigneten Arzt aufsuchen? Eine Politik, die in solchen Fällen vom Patienten verlangt, daß er zuerst den Hausarzt aufsucht, um sich von diesem die Erlaubnis für eine Behandlung beim dafür qualifizierten Facharzt zu holen, offenbart ein tiefes Mißtrauen gegenüber dem Urteilsvermögen und der Entscheidungskompetenz der Bürger.

Dem vermuteten Steuerungseffekt eines solchen Modells steht entgegen, daß die Versicherten auf die freie Arztwahl verzichten, die Krankenkassen ihr Verwaltungssystem umstellen und darüber hinaus Kontrollen einführen müßten, um zu prüfen, wer sich an das Hausarztmodell hält und damit den Bonus bekommt. Also auch hier Bürokratie in Reinkultur.

7. Bedarfsplanung für Ärzte führt zu Qualitätsverschlechterungen

Ein weiteres Kapitel der Reglementierung sind die Vorschriften zur Einschränkung der Niederlassung von Ärzten im Rahmen der Bedarfsplanung. Dies zeigt, daß die rot-grüne Koalition auch in diesem Bereich Angst vor der Auswahl durch Wettbewerb hat. Die Bedarfspla-

nung begünstigt eingesessene Ärzte und benachteiligt den Nachwuchs. Dann wird vielleicht einem Oberarzt, der mit den modernen diagnostischen Methoden vertraut ist, die Kassenzulassung verwehrt. Aber der in Ehren ergraute 60jährige Kollege, der seit 20 Jahren keine Weiterbildung mehr macht, darf im Kassensystem weiter tätig sein. Es ist ganz offenkundig, daß der Weg einer solchen Bedarfsplanung die Zukunft gefährdet. Abgesehen davon ist dies verfassungsrechtlich sehr problematisch.

8. Positivliste ist patientenfeindlich

Ein weiteres Lieblingskind der rot-grünen Koalition ist die Positivliste. Auch hier traut sich jedoch die Koalition selber nicht. Denn inzwischen soll es innerhalb einer Positivliste zwei Listen nach unterschiedlichen Kriterien geben: eine für die chemischen Arzneimittel und eine für die Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (z.B. Naturheilmittel). Dies zeugt von der Angst, daß bei einer Liste nach einheitlichen Kriterien möglicherweise Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen ausgegrenzt werden könnten. Ein solches Verfahren ist weder seriös noch wissenschaftlich begründbar.

Ohnehin ist das ständige Herumreiten auf der Positivliste für Arzneimittel ideenlos, unwirksam und patientenfeindlich.

● Ideenlos, weil Listenmedizin die finanziellen Probleme der GKV nicht löst.

● Unwirksam, weil der Arzneimittelbereich durch Budgets, Festbeträge, Richtgrößen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen schon jetzt überreglementiert ist und inzwischen nur noch 13% der GKV-Ausgaben auf Arzneimittel entfallen.

● Patientenfeindlich, weil die Patienten für die aus der Positivliste ausgegrenzten Mittel hundertprozentig selbst aufkommen müssen. Wie kann jemand, der einem Patienten etwas wegnimmt, dessen Interessenvertreter sein ?

Bereits die Erfahrungen mit dem 1995 vorgelegten ersten Entwurf einer Positivliste hat gezeigt:

● Die Positivliste ist patientenfeindlich, weil die Patienten für die aus der Positivliste ausgegrenzten Mittel hundertprozentig selbst aufkommen müssen.

● Es würden teilweise ganze Indikationen ausgegrenzt, weil dort bisher nur gering wirksame Medikamente existieren. Dies trifft beispielsweise auf die Medikamente zur Verbesserung der Hirnleistungen zu. Wenn diese Nootropika aber ausgegrenzt würden, gäbe es überhaupt keine Behandlung z.B. für Alzheimer-Erkrankte mehr. Nur finanziell Stärkere wären dann weiterhin in der Lage, sich diese Präparate privat zu beschaffen und die monatlichen Kosten von 40,- bis 130,- DM zu tragen.

● Die Positivliste ist hinsichtlich des Ziels, finanzielle Mittel einzusparen, unwirksam, denn wenn bestimmte Medikamente ausgegrenzt werden, werden diese durch stark wirksame und teurere Präparate substituiert.

- Beispiele anhand der 1995 geplanten und dann verworfenen Positivliste:
- ▶ Die Ausgrenzung bestimmter Lipidsenker wie der Fibrate (Medikamente zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen) wird ersetzt durch andere Medikamente (z.B. CSE-Hemmer), Mehrkosten für die GKV ca. 130 Mio. DM
- ▶ Die Ausgrenzung eines Großteils der Migränemittel wird ersetzt durch das extrem teure und hochwirksame Präparat Imigran, Mehrkosten für die GKV ca. 110 Mio. DM

9. Patientenrechte stehen nur auf dem Papier

Bei dem Thema Patientenrechte, das sich die rot-grüne Koalition auf ihre Fahnen geschrieben hat, beeindrucken nur die Überschriften. Schaut man aber hinter diese wohlklingenden Worte, so ist wenig Gehaltvolles zu erblicken. Es soll neben der Beratung durch Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und andere Gesundheitsberufe eine weitere Instanz der Beratung von Patienten eingerichtet werden. Verbraucher- und Patientenberatungsstellen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst und die einzelnen Heilberufe konkurrieren dann um die Beratung der Patienten. Während im Bereich der Heilberufe Überkapazitäten beklagt werden und durch Bedarfsplanungen reduziert werden sollen, will man daneben weitere Leistungsanbieter etablieren. Neben dem Hausarzt

als „Lotsen“ für den ärztlichen Bereich, den Apotheker für den Arzneimittelbereich usw., also auch den Lotsen für den gesamten medizinischen Bereich, den Lotsen für den Bereich der Behandlungsfehler usw.. Das angeblich so unübersichtliche Gesundheitssystem wird dadurch noch unübersichtlicher und verwirrender. Daraus spricht ein tiefes Mißtrauen gegen das Urteilsvermögen der Patienten und gegen die Kompetenz und Zuverlässigkeit der Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

Zudem führt der Aufbau neuer und teurer Strukturen zu Ausgabensteigerungen, die wiederum durch Versicherten-gelder finanziert werden sollen. Die Krankenkassen würden dann einerseits zum Zahlmeister und wären andererseits bei Fragen der gesundheitlichen Information, Beratung und Aufklärung entwertet.

10. Daten, wohin man sieht

Einen besonders tiefen Einschnitt in die Patientenrechte offenbart sich in der ungeahnten Leidenschaft der rot-grünen Koalition für das Sammeln von Daten. Anscheinend hat man sich mit der Schaffung des „gläsernen Patienten“ und des „gläsernen Arztes“ das Ziel gesetzt, die Visionen von George Orwell wahr werden zu lassen. Und dies unter tatkräftiger Mithilfe von grünen Politikerinnen, für die noch vor einigen Jahren dies eine Schreckensvi-

sion war! Die umfassende Speicherung von patienten- und leistungsbezogenen Daten wird zu einem gigantischen Datenfriedhof führen. Dafür wird man dann wohl eine „Bundesanstalt für Patientendaten“ einrichten, verbunden mit einem neuen lukrativen Posten für eine/n Grünen-Politiker/in.

11. Fazit:

Die jetzt vorgelegten Pläne für eine Gesundheitsreform zeigen einmal mehr, daß die rot-grüne Koalition ganz offensichtlich das Chaos zum Prinzip erhebt. Die Gesundheitspolitik, die in den letzten Jahren der früheren Bundesregierung die Patientinnen und Patienten und deren medizinischen Bedarf in den Mittelpunkt gestellt hat, soll wieder auf eine fiskalische Kostendämpfungspolitik reduziert werden.

Alle Elemente, die nur irgendwie freiheitliche und leistungsorientierte Aspekte enthalten, sollen ersatzlos entfallen. Wahlrechte, Wettbewerb, Handlungsspielräume sollen konsequent zugunsten eines bürokratischen Monstrums und einer Aufsichtsorgie erstickt werden. Dabei kommen die wichtigsten Patientenrechte unter die Räder, nämlich das Recht auf freien Zugang zu allen medizinischen Leistungen unabhängig von Einkommen und Alter, das Recht auf freie Wahl des Arztes und des Krankenhauses, die Verfügbarkeit aller medizinischen Lei-

stungen im Bedarfsfall. Hieran hätte sich die rot-grüne Koalition orientieren sollen.

Künftig wird es darauf ankommen, der Bevölkerung die Alternativen aufzuzeigen:

● **entweder** die solidarische Absicherung einer hochwertigen medizinischen Versorgung der großen Risiken und Übernahme von Eigenverantwortung bei kleinen Risiken **oder** die Vollversorgung auf niedrigerem Niveau mit Leistungsausgrenzungen und Reduzierung der medizinischen Versorgung;

● **entweder** ein freiheitliches Gesundheitswesen, in dem Versicherte ihre Krankenkasse, ihren Arzt frei wählen und sich für verschiedene Gestaltungsformen ihrer medizinischen Versorgung entscheiden können **oder** eine Bevormundung der Versicherten.

Nur die Kombination von mehr Gestaltungsmöglichkeiten und Finanzverantwortung der Selbstverwaltung sowie einer Erweiterung der Versichertenrechte und größerer Individualverantwortung stärken die Leistungsfähigkeit und Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung. Das sind Voraussetzungen dafür, um auch in Zukunft an den bewährten Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung festhalten zu können und die Herausforderungen zu meistern. Die Pläne der rot-grünen Koalition sind dagegen ein Irrweg.