

gen, zu denen auch die Gesundheitsversorgung zählt, fortgesetzt werden. Billige, wirksame und dringend benötigte Medikamente müssten erhältlich sein, und nicht Medikamente, die, weil unverkäuflich, vom europäischen Markt abgezogen wurden. Die Liste der „Grenzen“, an die man stößt, ist lang und vielseitig. Ich glaube aber, dass die Liste der erzielten Erfolge, egal wie groß, wichtiger ist.

Chancen und Risiken einer Reformierung des Gesundheitswesens

Jörg-Dietrich Hoppe

Gesundheit ist, wie Umfragen immer wieder ergeben, das „höchste“ Gut aus der Sicht der Bevölkerung. Gemeint ist hier nicht die WHO-Definition von 1946, nach der Gesundheit „ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ ist. Als Gesundheit wird in unseren Tagen auch akzeptiert, mit dem einen oder anderen Defizit („in oder mit Krankheit gesund“) leben zu können, wobei man unterstellt, dass dieses Defizit mit Hilfe der Medizin bewältigt werden kann.

Die Sozialwissenschaft sagt, Gesundheit sei ein konditionales Gut, die Volkswirtschaftler sprechen von der Gesundheit als einem superioren Gut, manche Philosophen, wie der Kieler Philosoph Wolfgang Kersting, sprechen sogar von der Gesundheit als einem transzendentalen Gut.

Die Prinzipien unseres Gesundheitswesens, zumindest soweit es die gesetzliche Krankenversicherung betrifft, beruhen seit den Bismarckschen Sozialgesetzen

1. auf dem Prinzip der beitragsfinanzierten Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse mit einer Beitragserhebung nach finanzieller Leistungsfähigkeit und einem umfassenden Leistungsversprechen im Krankheitsfall, auch für Mitversicherte und Nicht-Selbsterwerbstätige,
2. grundsätzlich auf dem Prinzip des Sachleistungssystems, bei dem die Finanztransfers für Patienten und ihre Betreuer relativ intransparent bleiben,

3. auf dem Prinzip der freien Wahl des Behandelnden, also z. B. der freien Arztwahl, der freien Zahnarztwahl und so weiter, eingeschränkt auch auf dem der freien Krankenhauswahl, sowie
4. auf dem Prinzip der Therapiefreiheit für Patient und Behandelnden (z. B. Arzt). Die Steuerung der Abläufe in der Gesundheitsversorgung geschieht im Wesentlichen auf dieser so genannten Mikroebene.

Vor allem aber haben die Versicherten ein sozialrechtlich definiertes Recht auf medizinisch notwendige Leistungen, das individuell einklagbar ist.

Unter den gegenwärtigen wirtschaftlichen und demografischen Bedingungen sowie angesichts der Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts gefährden aber diese bisher sehr erfolgreichen Strukturelemente mittlerweile ihre eigenen Ziele und damit das System an sich. Als Gefährdungen sind gemeint:

1. die starre Anbindung der Krankenversicherungsbeiträge an die Entwicklung der Löhne und Gehälter trotz stetig abnehmender Lohnquote;
2. die demografische Entwicklung hin zu einer Gesellschaft des langen Lebens bei einer sinkenden Zahl von Erwerbstätigen, die auch im Gesundheitswesen den Generationenvertrag nachhaltig in Frage stellen wird;
3. das nach wie vor unbegrenzte Leistungsversprechen von Krankenversicherung und Politik trotz offensichtlicher Ressourcenknappheit;
4. die enorme Dynamik des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts mit einem stetig wachsenden Angebot innovativer Leistungen;
5. die fehlgesteuerten Anreize für alle Beteiligten (Politik, Kassen, Versicherte/Patienten und Leistungserbringer) „in die Menge zu gehen“, auch wenn jeder sich dabei aus eigener Sicht rational verhält;

6. die zunächst durchaus erfolgreiche sektorale Differenzierung in einen ambulanten und einen stationären Leistungsbereich in der kurativen Medizin, die aufgrund der Komplexität des Leistungsgeschehens längst hätte in eine sektorübergreifende Versorgung überführt werden müssen.

Leider hat die Politik diese Erkenntnisse bei der Begründung für die Notwendigkeit des jetzt verabschiedeten GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) nicht oder zumindest nicht in dieser Klarheit der Bevölkerung vermittelt. Vielmehr ist die wesentliche Kritik an unserem Gesundheitssystem gegen die Ausgabenseite und damit gegen die Leistungserbringer, also die Einrichtungen des Gesundheitswesens, namentlich die Angehörigen der Gesundheitsberufe, vorgetragen worden. Der Hauptvorwurf lautete, dass unser Gesundheitswesen durch Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet sei. Dass in unserem Gesundheitswesen auch zufriedenstellende Normalversorgung stattfindet, wurde nicht gewürdigt. Wissenschaftlich höchst umstrittene Gutachten wurden herangezogen, um die Behauptung des Dominierens von Über-, Unter- und Fehlversorgung zu stützen. Schon die Koalitionsvereinbarung der im Jahre 2002 wiedergewählten rot-grünen Koalition, dann die Regierungserklärung und erst recht das so genannte Eckpunktepapier der Koalition vom Februar 2003 zeigten, dass die Bundesregierung und die sie tragende Koalition beabsichtigten, die eingangs geschilderten Grundprinzipien unseres Gesundheitswesens weitgehend aufzugeben und in der Steuerung der Ausgabenseite einem Modellmix aus Großbritannien, den Niederlanden, Dänemark, Schweden und in Einzelfragen auch den USA den Vorzug zu geben. Diese Elemente stammen überwiegend aus steuerfinanzierten Strukturen, also Systemen, in denen nicht das individuelle Recht auf die Erfüllung von Ansprüchen auf das Notwendige, son-

dern die bürokratische Zuteilung von Leistungen das beherrschende Strukturprinzip ist.

Die politischen Kräfteverhältnisse in Deutschland haben es mit sich gebracht, dass für diese Gesundheitsreform des Jahres 2003 eine Große Koalition aus SPD, CDU/CSU, Bündnis90/Die Grünen und anfangs auch der FDP entstand, die in den Verhandlungen von den ursprünglich eingebrachten Regelungen im sogenannten Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz der Koalition etwa die Hälfte übrig ließ, so dass die Grundphilosophie einer Verlagerung der Steuerung von der sogenannten Mikroebene auf die sogenannte Makroebene in großen Teilen erhalten blieb. Dass hierbei nicht nur die Rationalisierung, sondern auch die Rationierung von Gesundheitsleistungen nicht gescheut wird, verraten die Begründungstexte für das GKV-Modernisierungsgesetz selbst. Während noch zu Beginn der Drucksache 15/1525 bei der Darstellung von Problem und Ziel des Gesetzes ausgeführt wird: „eine Lösung des Problems durch Rationierung von Leistungen zu Lasten von Patientinnen und Patienten wird parteiübergreifend strikt abgelehnt“, findet sich im allgemeinen Teil der Begründung unter der Überschrift „Ziele und Handlungsbedarf“ der schon deutlich relativierende Satz „zentrale medizinische Leistungen zu rationieren, wird parteiübergreifend strikt abgelehnt“. Die Betonung liegt hier auf „zentrale medizinische Leistungen“. In der Öffentlichkeit allerdings hat diese offenkundige Begrenzung des Leistungsanspruchs kaum Beachtung gefunden.

Da in Deutschland, anders als in vielen anderen Ländern, zwischen Makroebene (also Staat/Gesetzgeber) und der Mikroebene (z. B. Patient-Arzt-Beziehung) eine so genannte Mesoebene, ganz überwiegend sogar in der Rechtsform von Körperschaften des öffentlichen Rechtes (Gesetzliche Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Deutsche Krankenhaus-

gesellschaft usw.) existiert, ist eine erfolgreiche Gesetzgebung nur unter Einbeziehung dieser Mesoebene möglich. Allerdings standen dabei primär ökonomische Motive im Vordergrund. Die Verhandlungspartner in Regierung und Opposition verfolgten das Ziel einer deutlichen Senkung der Beitragssätze durch Rationalisierung der Versorgungsabläufe und verminderte Inanspruchnahme des Systems durch die Versicherten.

Folgende Instrumente wurden zur Erreichung dieses Ziels beschlossen:

1. Finanzielle Anreize durch Boni und Mali sowie Erweiterung von Selbstbeteiligungen für Versicherte/Patienten, dadurch Steuerung bzw. Reduktion der Inanspruchnahme von Leistungen.
2. Ziemlich tiefgreifende Strukturveränderungen der Versorgungseinrichtungen im ambulanten und stationären Sektor. Zunächst auf freiwilliger Basis, aber durch finanzielle Anreize unterstützt, gibt es für die Versicherten die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Tarifen zu wählen, und zwar sowohl im Sachleistungs- als auch im Kostenersattungssystem. Während die hausärztliche Versorgung stärker gefördert wird, dürfte sich die Inanspruchnahme einer fachärztlichen Versorgung in wenigen Jahren deutlich schwerer gestalten, da für diesen Sektor vielgestaltige Versorgungsstrukturen zur Verfügung stehen werden. Das sind neben den herkömmlichen, in eigener Praxis niedergelassenen Fachärzten nunmehr auch so genannte medizinische Versorgungszentren in unterschiedlicher Trägerschaft, auch in der Trägerschaft von Krankenhäusern, mit sowohl freiberuflich tätigen als auch mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Darüber hinaus werden bei bestimmten Krankheitsfällen die Krankenhäuser auch in der ambulanten Versorgung tätig werden können, sie werden sozusagen

institutionell für die ambulante Versorgung geöffnet. Schließlich haben die Krankenkassen im Wege der „Integrierten Versorgung“ durch spezielle Tarife außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung die Möglichkeit, eigene direkte Verträge mit Leistungserbringern und integrierten Versorgungsnetzen zu schließen. In der Kombination mit den seit dem 1. Januar 2003 beginnend praktizierten und ab dem 1. Januar 2007 als ausschließliche Vergütungsform für die Krankenhäuser existierenden diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis-Related-Groups) wird sich eine neue Versorgungslandschaft entwickeln, deren Struktur wir heute noch nicht absehen können. Sicher aber wird es die gewohnte wohnortnahe ambulante fachärztliche Versorgung mit ihrem großem Angebot an frei zu wählenden Ärztinnen und Ärzten bald nicht mehr geben. Der „Facharzt um die Ecke“ stirbt langsam aus. Vorbilder für diese Versorgungsstrukturen waren offensichtlich Dänemark, Schweden und die Niederlande. In diesen Ländern gibt es schon lange besondere Hausarzt-tarife und speziell in Holland ein ausgeprägtes Primärarzt-system mit Überweisungskompetenz des Hausarztes. Dort findet die fachärztliche Versorgung im Wesentlichen in Versorgungszentren statt, die an den Krankenhäusern angesiedelt sind oder auch eigenständig agieren. Der Import dieser Strukturen nach Deutschland dürfte auch den Import der in diesen Ländern zu beobachtenden Vor- und Nachteile mit sich bringen, namentlich die Rundum-Versorgung in einem Zentrum, aber auch die langen Wartezeiten bis zum Beginn der Behandlung. Schon diese Entwicklung wird einen rationierenden Effekt haben.

3. Die verstärkte Einführung von Disease-Management-Programmen (Krankheitshandhabungsvorschriften), angeblich erstellt auf dem Boden von durch die Evidence-Based-Medicine gestützten Leitlinien, wird einen ganz

erheblichen steuernden Effekt ausüben. Politische Absicht ist es bekanntlich, etwa 80 Prozent der Geldflüsse im Ausgabensektor durch solche Programme zu beeinflussen. Die Etablierung dieser Programme obliegt dem neuen Gemeinsamen Bundesausschuss, der aus Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung, der Leistungserbringer und, wenn auch ohne Stimmrecht, der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen zusammengesetzt ist.

Entgegen allen Behauptungen bedeuten die Disease-Management-Programme in Deutschland für die betroffenen Patientinnen und Patienten sowie ihre Ärztinnen und Ärzte eine starke Einschränkung der tradierten Therapiefreiheit, was besonders an der ursprünglichen Absicht erkennbar ist, die Honorierung von Ärzten von einer sorgsam Befolgung der Programme abhängig zu machen. Die Protagonisten einer solchen Programm-Medizin gehen von einer relativ mechanistischen Vorstellung von den Abläufen in der Patientenversorgung aus. Evidence-Based-Programme werden als strikte, im Zweifel algorithmisch abzuarbeitende Handlungen in einem relativ engen Korridor gesehen, um so tatsächlich Leistungsausgaben steuern zu können. Die Behauptung, Disease-Management-Programme seien lediglich eine Hilfestellung für die Betreuung namentlich chronisch Kranker, und die individuelle Patient-Arzt-Steuerung im Einzelfall sei nicht gefährdet, ist nicht nachvollziehbar und auch nicht glaubwürdig. Dazu sehen die Protagonisten der Programm-Medizin Patienten allzu sehr als eine statistische Größe, die sich administrieren lasse und einer ökonomischen Grenzwertrechnung unterliegen könne.

Das beruht – wie gesagt – auf einer sehr mechanistischen Vorstellung von der Medizin, nämlich der Meinung, dass die Medizin eine Naturwissenschaft sei und demnach auch so gehandhabt werden könne. Medizin ist aber keine Naturwissenschaft. Medizin ist eine Erfahrungswissen-

schaft, die sich je nach Fach unterschiedlich ausgeprägt naturwissenschaftlicher Methoden bedient, zu großen Teilen aber nur mit wahrscheinlich richtigem Wissen umgehen muss, wobei zusätzlich noch außermedizinisch begründete Wertungen in die einzelnen Entscheidungsprozesse mit einfließen. Wer diese Definition von Medizin akzeptiert, muss deswegen nicht Disease-Management-Programme, welche auf dem Boden von Leitlinien existieren, ablehnen, kann sie jedoch nur als Orientierungshilfe akzeptieren.

Die Bundesärztekammer und die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften bemühen sich seit Jahren, Ordnung in die Vielfalt des Erscheinungsbildes von Leitlinien zu bringen. Stichwortartig seien genannt:

- die Erarbeitung von Qualitätskriterien bzw. von Beurteilungskriterien für Leitlinien;
- die Einrichtung des Clearingverfahrens für Leitlinien;
- die begriffliche Klärung von Standards, Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen und ihre Bedeutung für die ärztliche Versorgung sowie
- sozialrechtliche und haftungsrechtliche Implikationen.

Leitlinien müssen selbstverständlich den Kriterien in der Evidence-Based-Medicine folgen. Evidence-Based-Medicine ist aber eine *Hilfe* zur Lösung eines individuellen Patientenproblems. Eine Evidence-Based-Leitlinie bedeutet: Im weltweiten Durchschnitt ist etwas richtig. Der Arzt muss aber im Einzelfall entscheiden, was richtig ist. Die Evidence-Based-Leitlinie ist somit eine Systembetrachtung, bei der ärztlichen Entscheidung handelt es sich aber um eine Einzelfallbetrachtung.

Die konkrete Anwendung einer Evidence-Based-Leitlinie kann erst nach Erkennung des Patientenproblems erfolgen. In dieser Phase dominiert zunächst die interne Evidence der einzelnen Ärztin/des einzelnen Arztes oder des Ärzteteams, die sich ergibt aus dem medizinischen Wissen, aus der Pra-

xiserfahrung und den Informationen aus der konkreten Patienten-Arzt-Beziehung. Externe Evidence tritt hinzu, wenn der individuell behandelnde Arzt oder das Ärzteteam sich fragen: Was sagt der Rest der Welt zu dieser Frage, zum Beispiel andere erfahrene Kolleginnen und Kollegen, Fallbeschreibungen in der Literatur, randomisierte kontrollierte Studien, Lehrbücher, die Cochrane-Collaboration und andere? Die so eingeholten Antworten aus der externen Evidence sind für den Einzelfall kritisch zu bewerten auf ihre Validität, auf ihre klinische Relevanz allgemein und auf ihre Anwendbarkeit im konkreten Einzelfall. Dabei ist zu entscheiden, welche externe Evidence in die interne Evidence zu integrieren ist und welche nicht.

Disease-Management-Programme wie sie jetzt im GKV-Modernisierungsgesetz angelegt sind, sollen medizinisch und ökonomisch eine optimale Betreuung gewährleisten. Da aber die finanziellen Ressourcen begrenzt sind, ist gar nicht zu verhindern, dass die medizinischen „Notwendigkeiten“ den finanziellen Möglichkeiten angepasst werden. Da die betroffenen Patientinnen und Patienten alle nach dem selben Programmschema versorgt werden, ist eine weitgehende Gleichheit der Behandlungsqualität zu erwarten, was natürlich die Vergleichbarkeit im Sinne von Benchmarks erheblich erschwert, wenn nicht gar verunmöglicht.

Wenn dann auch noch Patientinnen- und Patientenvertreter, ihre Verbände und ihre Selbsthilfeorganisationen bei der Erstellung der Disease-Management-Programme mitgewirkt haben, wird es für den einzelnen Patienten bei Klagen vor den Sozialgerichten auf Gewährung von Leistungen, soweit sie nicht Inhalt des entsprechenden Programms sind, erheblich schwieriger Recht zu bekommen.

Auf diesem Wege ist alleine durch eine Medizin nach Programm der Weg zur Rationierung von Gesundheitsleistungen vorgezeichnet.

4. Die so genannte Demokratisierung der Führungsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen, welche in Wirklichkeit eine veritable Entdemokratisierung ist, wird es erleichtern die Befolgung der beabsichtigten Programm-Medizin bei den in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten auch durchzusetzen. Da die künftigen Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr von Mandatsträgerinnen und Mandatsträgern, sondern von echten Funktionären geführt werden, ist die 1:1-Übernahme von Versorgungsprogrammen für definierte Patientengruppen deutlich leichter durchzusetzen, weil ein inhaltlicher Streit über die Programmgestaltung in den ärztlichen Selbstverwaltungsgremien nicht mehr stattfinden wird.

Das GKV-Modernisierungsgesetz, welches am 17. Oktober 2003 auch im Bundesrat unverändert verabschiedet worden ist, wird deshalb folgende Effekte zeitigen:

1. Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Versicherte/Patienten wird vermindert.
2. Es wird eine verstärkte statistische Rationierung des Versorgungsangebotes organisiert.
3. Das System wird in Programmen gegen nicht vorgesehene Ansprüche Einzelner immunisiert.
4. Die Heilberufsangehörigen, hier besonders die Ärztinnen und Ärzte, werden deprofessionalisiert.
5. Die Steuerungsmacht über das Leistungsgeschehen im GKV-Bereich wird wesentlich zu den Krankenkassen übergehen.
6. Die Patient-Arzt-Beziehung wird durch die erhebliche Reduzierung der Therapiefreiheit entmündigt.

Die große Frage wird sein, wie die Betroffenen, nämlich die Versicherten, die Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen der Gesundheitsberufe, auf diese Entwicklung reagieren werden. Die eingangs erwähnten Umfragen über

den Wert der Gesundheit lassen befürchten, dass die Patientinnen und Patienten die Verschlechterungen der Versorgung zwar empfinden, aber als Verursacher derselben die Leistungserbringer, namentlich uns Ärztinnen und Ärzte, ausmachen werden. Dadurch laufen wir Gefahr, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe weiter demotiviert werden und sich aus der Patientenbetreuung verabschieden.

Deshalb müssen wir als Gesundheitsberufe, besonders als Bundesärztekammer und Landesärztekammern, für einen Stimmungsumschwung der Gesundheitspolitik in Deutschland sorgen, damit im Bewusstsein der politisch Handelnden und der Bevölkerung nicht nur immer die Kosten von Gesundheitsleistungen, sondern deren Wert für unsere Gesellschaft Platz greift. Namentlich wir Ärztinnen und Ärzte sind in diesem Zusammenhang aufgerufen, dafür zu sorgen, dass diese Leistungen ihren Wert auch wert sind. Hierzu werden wir gemeinsam mit den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und deren Arbeitsgemeinschaft

1. die Versorgungsforschung in Deutschland auf- und ausbauen, um den jeweiligen Ist-Zustand bezüglich Quantität und Qualität der Patientenbetreuung zu analysieren (so genanntes Gesundheitsbarometer) und
2. unsere Arbeit an der Erstellung des Nationalen Leitlinien-Programms intensiviert fortsetzen, um den Abgleich zwischen Soll und Ist in unserem Gesundheitswesen vornehmen und transparent machen zu können.

Überdies müssen wir Gesellschaft und Politik auffordern, statt der ewigen Forderung „weniger Geld für unsere Gesundheit, aber mehr Gesundheit für unser Geld“ endlich die Finanzierungsgrundlagen unseres sozialen Krankenversicherungssystems zeitgemäß neu zu regeln und sich damit den wahren Problemen unserer „Gesundheitswirtschaft“ zuzuwenden.