

Reglementierung vor Innovation?

Der falsche Weg zu Qualität und Effizienz im deutschen Gesundheitswesen



Dr. Stefan J.
Oschmann

In den vergangenen zehn Jahren ist jeder einzelne gesetzgeberische Versuch, die Kosten im Gesundheitswesen zu begrenzen, wenn überhaupt dann nur jeweils kurzfristig erfolgreich gewesen. Meist stiegen die Kosten bereits nach einem oder zwei Jahren wieder an und die Kassendefizite wurden wieder größer. Immer wurde jedoch behauptet, man werde mit den Kosteneinsparungen auch die Qualität der Versorgung verbessern. Jedoch mussten sich qualitätsverbessernde Maßnahmen immer dem Kostendiktat beugen. Wahre Qualitätssprünge wurden und werden nicht gewagt.

Stattdessen zwingt man Ärzte und Patienten aus Gründen einer falsch verstandenen Solidarität mit bürokratischer Überreglementierung zu einer Medizin des Mittelmaßes. Ärzte müssen Angst um ihre wirtschaftliche Existenz haben, wollten sie alle ihre Patienten nach international anerkannten medizinischen Standards therapieren. Wie unser Bildungssystem, dem mit der PISA-Studie ein katastrophales Zeugnis ausgestellt wurde, findet sich auch unser Gesundheitssystem bei den wenigen bekannten Ergebnissen nur im hinteren Drittel. Nur wenige Daten stehen für eine Evaluation der Qualität unseres Gesundheitssystems überhaupt zur Verfügung, denn eine umfassende und aussagekräftige Versorgungsforschung findet in Deutschland nicht statt. Eigentlich wäre es für mich eine elementare Aufgabe der Krankenkassen, zu ermitteln, wie gut im Ergebnis ihre Versicherten versorgt sind. Aber dort beschränkt man sich im Wesentlichen darauf, mitzuteilen, dass von den Ärzten in unwirtschaftlicher Weise zu viele Arzneimittel verordnet wurden. Ob die Verordnungen dem Bedarf entsprechen oder ob es nach wie vor Unterversorgung gibt, interessiert nicht.

In anderen westlichen Industrieländern stiegen in den letzten Jahren die Ausgaben für Arzneimittel deutlicher an als in Deutschland. Dabei werden erste Erfolge erkennbar: Der zunehmenden Verordnung neuer Arzneimittel wird zugeschrieben, dass an anderer

Stelle des Gesundheitswesens Ausgaben vermindert werden können, wenn trotz erhöhter, aber bedarfsgerechter Ausgaben für innovative Arzneimittel zum Beispiel die Einweisungsraten oder Verweildauern im Krankenhaus zurückgehen. Dazu ist aber mehr Durchlässigkeit zwischen den Versorgungssektoren notwendig, damit das Geld dorthin fließen kann, wo die Leistung erbracht wird.

Arzneimittel, die gerade mal 16 % der gesamten GKV-Leistungsausgaben ausmachen, stehen immer wieder im Mittelpunkt von Sparmaßnahmen. Allein in den vergangenen zwei Jahren wurden vier Gesetze mit wesentlicher Wirkung auf den Arzneimittelmarkt erlassen. Vorläufige Höhepunkte der hinter dem vordergründigen Qualitätsargument verborgenen Kostendämpfungsversuche sind jetzt das geplante so genannte „Zentrum für Qualität in der Medizin“ zur Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Arzneimittel („vierte Hürde“) und eine Positivliste, die zwar „anus bovis“ zur Verordnung auf Kassenkosten freigibt, aber zahlreiche nachgewiesene wirksame Arzneimittel den Patienten vorenthält.

Praxisnahen Experten im In- und Ausland ist völlig klar, dass sich der wirkliche Nutzen eines neuen Arzneimittels nicht am grünen Tisch, sondern nur in der täglichen Praxis bestimmen lässt. Schon jetzt führen die Hersteller Endpunktstudien mit erheblichem finanziellen und zeitlichen Aufwand in eigener Verantwortung durch. Die mehr als fünf Jahre dauernde 4S-Studie hatte 1994 bewiesen, dass mit Simvastatin die Anzahl der Todesfälle bei KHK-Patienten um 30 % reduziert werden kann. Man kann sich ausrechnen, wie viele zusätzliche Todesfälle es allein in Deutschland gegeben hätte, wäre dieses Statin erst nach Beendigung der Studie verordnungsfähig geworden.

Für die Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden, dass neue Arzneimittel den Ärzten für die Behandlung ihrer GKV-Patienten nicht mehr sofort nach der Zulassung zur Verfügung stehen. Die Positivliste verfehlt zudem auch ihr Ziel, wenn sie kaum wirksame Arzneimittel nicht ausschließt, die „Schamanen“-Medizin dabei sogar noch „adelt“ und den Zugang zu den echten Innovationen beschränkt. Dabei gibt es in vielen Bereichen nicht zu viele, sondern zu wenige wirksame und verträgliche Arzneimittel für die effiziente Behandlung von Krankheiten. Schließlich kommt es ja auch gar nicht auf die reine Anzahl der Arzneimittel an, die könnte der

Markt über Preis und Qualität viel besser selbst regulieren, wenn man ihn ließe.

Notwendig sind so wie bei anderen Versicherungen Wahlfreiheit bei der Höhe der Versicherungsleistungen und eine Versorgung, die sich am medizinischen Bedarf orientiert. Die Bürger wollen nicht nur den Namen ihrer Krankenkasse wählen können, sondern auch bei der Qualität und beim Umfang ihrer Versicherung mitreden dürfen. Untersuchungen zeigen, dass die Versicherten selbst in wirtschaftlichen Krisenzeiten bereit sind, mehr Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Mehr als die Hälfte der Arzneimittel, die nicht der Rezeptpflicht unterliegen, wird bereits jetzt von den Bürgern unkontrollierbar ohne ärztliche Verordnung auf eigene Verantwortung gekauft. Warum soll denn die Allgemeinheit für Befindlichkeitsstörungen aufkommen, deren Krankheitswert fraglich und deren Folgen persönlich wie finanziell kein Fiasko darstellen? Selbst der Reichskanzler Bismarck, der das im Prinzip heute noch geltende System im vorletzten Jahrhundert einführt, wollte nicht so viel staatliche Bevormundung in Gesundheitsfragen, wie sie heute üblich ist. Diese Übersolidarität führt in ein System voller Ungerechtigkeiten. Erzwungenes Mittelmaß für alle – das kann und sollte nicht Leitbild unserer Gesellschaft sein und steht im Widerspruch zum so häufig von den Politikern geforderten mündigen Bürger, der Verantwortung für seine Angelegenheiten übernimmt.

Mein Fazit ist: Wer aus kurzfristigen Budgetüberlegungen an Qualität spart, wird die Kosten nur weiter erhöhen. Wer dagegen die Qualität erhöht, kann mittel- bis langfristig die Kosten senken. Statt dem Zwang zu solidarisch mittelmäßiger Einheitsversorgung für gesetzlich Krankenversicherte muss es zukünftig einen pluralistischen Wettbewerb um die Qualität auch auf Ebene der Kostenträger geben. Nur dann werden die Mittel effizienter als bisher eingesetzt und die Qualität der Versorgung wirklich in den Mittelpunkt gerückt.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Stefan J. Oschmann, Hauptgeschäftsführer der MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar