

# Patienteninteressen oder Kosteneffizienz



Dr. H. Hellmut Koch, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer.

Deutschland ist krank. Wie schwer – darüber lässt sich streiten. Das Land leidet jedoch unter mehr als nur einer leichten Spätsommergrippe. Um diese bittere Wahrheit zu erkennen, bedarf es auch keiner besonderen diagnostischen ärztlichen Fähigkeiten. Ein paar Stunden Zeitungslektüre oder Fernsehen reichen vollkommen aus.

Um Paul Nolte, den populären, weil provokanten Geschichtsprofessor aus Bremen zu zitieren, haben wir es einerseits mit der „ängstlichen Verteidigung von Besitzständen“ zu tun und andererseits mit der „Leichtigkeit der Spaßgesellschaft“. Paul Nolte, Jahrgang 1963 und die intellektuelle Stimme seiner „Generation Reform“ meint in seinem neuesten gleichnamigen Buch treffend: „Das Land der Dichter und Denker, in dem Gerechtigkeit notorisch mit Gleichheit verwechselt wird, ist zu einer verwehrten Gesellschaft verkommen. Deutschland braucht dringende grundlegende Reformen – doch wohin diese Reformen eigentlich führen sollen, das scheint selbst vielen Politikern nicht recht klar zu sein“.

Kommentatoren internationaler Tageszeitungen schreiben bereits von der deutschen Krankheit, im Original sprechen sie von „German Disease“. Von der einstigen „europäischen Lokomotive Deutschland“ könne keine Rede mehr sein, sagen sie. Auch

Bundespräsident Horst Köhler hat sich ja jüngst zu dieser Problematik geäußert und ordentlich Schelte einstecken müssen.

Ja, die Lust zum Jammern und Beschwerden, zum Lamentieren und Angsthaben feiert hierzulande fröhliche Urständ. Und morgen Vormittag kann ich Ihnen aus unseren Reihen ein treffendes Beispiel dafür zeigen. Politikunfähigen Demagogen ist dies alles so egal wie jenen Scharfmachern unter manchen Funktionären, leider auch welchen aus der Ärzteschaft. Mit der Wortkeule „Wettbewerb und Globalisierung“ wird jeder erschlagen, der nach dem Schicksal der sozialen Marktwirtschaft fragt, der danach fragt, von welchem Menschenbild sich Politik hierzulande eigentlich noch leiten lässt. Als ob es einem Patienten im Bayerischen Wald hilft, wenn ein im Reichtum ertrinkender Hongkong-Chinese Groß-Gesellschafter einer bayerischen Privatklinik wird.

Nein, GMG, Hartz IV, DRG, DMP oder was der Abkürzungen sein mögen – sie sind nicht das Problem.

Problem Nummer eins ist die nahezu hemmungslose Preisgabe wichtigster Grundregeln. Die Beachtung dieser Regeln hat der alten Bundesrepublik einst zum bewunderten Erfolg, ja mancherorts sogar zum Rang eines bestaunten Modells verholfen. Höher als der Gruppenegoismus stand einmal der Wunsch, Gerechtigkeit gegen jedermann zu üben, soziale Gerechtigkeit erfahrbar zu machen. Niemand wird behaupten wollen, dies sei immer und vollständig gelungen. Aber der Leit-

stern einer am Gemeinwohl orientierten Gesellschaft hatte auch zu Zeiten bitterster Auseinandersetzungen eine stärkere Strahlkraft als die Lust am destruktiven Risiko.

Problem Nummer zwei ist die Sorglosigkeit, mit der die bundesdeutsche Demokratie ihre Institutionen und Mechanismen veröden lässt. Aus föderaler Vielfalt ist gleichgeschalteter Kampf der Parteilager um die Zentralmacht geworden. Das trifft leider auch immer öfter für die Politiker in Bayern zu. Dies muss ich auch an die Adresse unserer bayerischen Repräsentanten der Politik auf Bundes- und Landesebene weitergeben. Der jüngste Kabinettsbeschluss im Kloster Banz zur Verwaltungsreform 2 in Bayern soll die „öffentliche Verwaltung effizienter, bürgerfreundlicher und kostengünstiger machen“, so Staatskanzlei-Chef Erwin Huber Mitte September. So weit so gut. Wenn damit nicht Verschiebepbahnhöfe – in unserem Fall zu Lasten der Bayerischen Landesärztekammer – verbunden sind, versichere ich Ihnen, Herr Staatsminister Dr. Schnappauf, unsere volle Unterstützung bei den Projekten der Verwaltungsreform. Im Zuge dieser Verwaltungsreform darf es jedoch keinesfalls zu einer Verschiebung der Aufgaben vom steuerfinanzierten zum beitragsfinanzierten Bereich kommen!

Längst überwuchern eigensüchtige Partei-Interessen das Interesse des Bundesstaates. Sie schwächen ihn also nach innen und übrigens auch nach außen. Überdies ist die praktische Lebenserfahrung aus den Parlamenten weitgehend ausgewandert. Statt Kontrolle übers Grundsätzliche auszuüben, konkurriert



Conny Czymoch und Dr. H. Hellmut Koch beim „talken“.

das Parlament mit der Bürokratie um das Detail. Vorbei die Zeiten, da bei Fernsehdiskussionen aus wichtigen Bundestagsdebatten zitiert wurde. Talkshows haben die Parlamentsdebatte abgelöst.

### System der Finanzierung

Stehen wir wirklich unmittelbar vor dem Ausstieg? Oder vielmehr vor dem Einstieg in ein neues System der Finanzierung des Gesundheitswesens? Ich glaube es, ehrlich gesagt, nicht! Ich glaube es nicht, weil wir kurzfristig so etwas gar nicht realisieren können. Alle Systeme, die wir kennen gelernt haben und über die wir auch mit Politikern und Gesundheitsberatern diskutieren, haben den Nachteil, dass sie nicht ausgereift sind. Sie sind nicht bis zum Ende durchdacht. Es ist auch nicht klar, welche Subventionierungen woher kommen sollen. Deswegen müssen wir uns darauf einstellen, dass man sich um Begriffe wie Bürgerversicherung, Kopfpauschale, Gesundheitsprämie und dergleichen einen Streit liefert bis zur Bundestagswahl und darüber hinaus. Kritisieren muss ich, wie Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten, durch die Art und Weise der Diskussion über die Reformschritte verunsichert werden. Das ist unerträglich und inakzeptabel! Es liegt vor allem daran, dass mittlerweile so viele Wissenschaftler ihre unterschiedlichen Schulmeinungen in die Parteien hineinragen. Ich hoffe, sehr geehrter Herr Professor Neubauer, Sie verübeln mir das nicht. Und weil das Gesundheitswesen nun einmal ein immens wichtiges Thema ist, wird natürlich jede Vorstellung, die dort geboren wird, sofort in der Öffentlichkeit ausgebreitet und diskutiert. Die Feinheiten und Unterschiede zueinander sind ja meist nur minimal. Die Nuancen gehen unter. Das alles kommt in der Öffentlichkeit so verwirrend an, dass uns die Patientinnen und Patienten fragen. Sie stellen

Fragen nach der Auswirkung für die zukünftige Patientenversorgung, Fragen nach den ärztlichen Leistungen und der Qualität ärztlicher Arbeit. Und das empfinden wir Ärztinnen und Ärzte dann als Irritation.

Nur über wenige Dinge sind sich derzeit alle einig. Dazu zählt die Feststellung, dass das Gesundheitssystem so nicht mehr weiter bezahlbar ist. Doch wie steht es um die Strukturen einer künftigen Patientenversorgung, um die ärztlichen Leistungen und um deren Qualität? Von wie viel müssen wir uns in Zukunft verabschieden? Was gewinnen wir dazu? Neue Kooperationsformen werden zu hinterfragen sein. Bewährte Strukturen werden teilweise beibehalten, zum großen Teil aber wohl abgeschafft werden. Auf jeden Fall wird die medizinische Versorgungslandschaft künftig pluraler sein, als sie es heute ist.

Das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis zu schützen sowie die Qualität der ärztlichen Berufsausübung zu stärken, ist und bleibt dabei unsere zentralste Aufgabe. Klar ist, dass Patientinnen und Patienten nur diejenigen Strukturen akzeptieren werden, in denen sie ein Vertrauensverhältnis zu „ihrem“ Arzt aufbauen können. Und wir können nur diejenigen Strukturen akzeptieren, in denen die Qualität ärztlicher Arbeit durch sachgerechte Vorgaben möglich ist.

In diesem Zusammenhang zitiere ich aus der Rede des Alt-Bundespräsidenten Johannes Rau anlässlich der Eröffnung des 107. Deutschen Ärztetages in Bremen in diesem Jahr. „Gesundheit ist ein hohes Gut, aber sie ist keine Ware. Ärzte sind keine Anbieter, und Patienten sind keine Kunden. Ich halte nichts davon, unser ganzes Leben in Begriffe der Betriebswirtschaft zu pressen. Die medizinische Versorgung darf nicht auf eine ‚Dienstleistung‘ reduziert werden“.

### Implizite Rationierung

Wir sind uns einig, dass die Zeit der reinen Lohnabhängigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung vorbei ist. Wir haben heute ganz andere so genannte Wertschöpfungsmechanismen. Das haben wir auch als Ärztinnen und Ärzte verstanden. Bisher aber kam es nur zu einer Politik der reinen Kostendämpfung. Darunter leiden wir mittlerweile enorm. Wir Ärztinnen und Ärzte müssen tagtäglich Einschränkungen in der Patientenversorgung hinnehmen. Wir müssen diese den Patienten auch erklären und vermitteln. Zum Teil werden uns diese Einschränkungen auferlegt durch Standardisierungen, Stichwort „Checklisten-Medizin“. Diese Standardisierungen werden nur unter geringer Mitwirkung von Ärzten erarbeitet, sollen aber von ihnen strikt eingehalten werden. Solche Vorgaben machen ärztliches Handeln unmöglich. Die Aufgabe des Arztes ist es nämlich, aus Leitlinien das auszusuchen, was für den einzelnen Patienten in seiner Krankheit und in seinem sozialen, familiären und beruflichem Umfeld sinnvoll ist. Das Abarbeiten einer medizinischen Checkliste ohne Sinn und Verstand ist kein ärztliches Handeln.

Wir haben eine Gesellschaft des langen Lebens. Wir haben mehr ältere Menschen, die betreuungsbedürftiger sind. Die Medizin leistet heute viel mehr als vor zehn oder zwanzig Jahren. Wir nennen das die „Fortschritt-Alterungsspirale“. Dieser Mechanismus hat rasant an Fahrt aufgenommen. Wir können aber das, was die Medizin heute leisten kann, nicht mehr in vollem Umfang dem Patienten zur Verfügung stellen.

Wir haben eine Rationierung in der Versorgung unserer Patienten. Die Ökonomie wird zur Begrenzung des medizinisch Machbaren, wie Professor Günter Neubauer in seiner 3. These schreibt.

### Ökonomisierung der Medizin

Damit komme ich direkt wieder zurück auf das Thema unserer heutigen Gesprächsrunde „Geld regiert die Welt – auch die Medizin?“ und auf den umstrittenen Begriff der „Ökonomisierung der Medizin“. In den letzten Jahren wird von Politikern und ihren Beratern gefordert: Gesundheitssysteme dürfen nicht mehr vom Staat gesteuert werden, sondern müssen von so genannten „Marktkräften“ bestimmt werden. Analytiker und politische Entscheidungsträger haben sich dem Wettbewerbsmarkt verschrieben und folgen ökonomischen Theorien. Wie weit die Ökonomisierung vorangetrieben wird, lässt sich



In der ersten Reihe: Conny Czymoch, Matthias Sehling, Dr. Max Kaplan, Professor Dr. Günter Neubauer, Dr. Klaus Ottmann und Joachim Wahnschaffe (v. li.).

am Beispiel des „Deutschen Zukunftspreises 2004“ aufzeigen, der im November von Bundespräsident Horst Köhler verliehen wird. Unter den Nominierten ist auch ein Mediziner-Team, das sich mit der Entwicklung eines „effizienten und kostengünstigen Analyseverfahrens für die klinische Diagnostik“ um den Preis bewirbt. Effizient und kostengünstig – das sind unsere neuen „Schlüsselwörter“. Rapide haben sich die Rahmenbedingungen ärztlicher Arbeit verändert. Wirtschaftliche Abwägungen bei Therapieentscheidungen stellen ein Problem dar, auf das Ärztinnen und Ärzte oft unzureichend vorbereitet sind. Unter den Leitbegriffen Wettbewerb und Rationalisierung verändern sich nicht nur Finanzierung, Organisation und Arbeitsbedingungen in der Medizin, sondern auch die ärztlichen Indikationsstellungen und die Qualität der Versorgung.

Man muss es in diesem Zusammenhang einmal klar aussprechen: Vertrauensstörungen zwischen Patient und Arzt ergeben sich durch ökonomisch begründete Umgestaltungen und Rationalisierungen und nicht durch ein Manko an ärztlicher Qualität! Für uns Ärztinnen und Ärzte steht der Patient an erster Stelle, danach kommt die Ökonomie. Selbstverständlich sind auch in der Medizin ökonomische Überlegungen erforderlich, aber in der richtigen Reihenfolge. Ich bin für Ökonomie an der richtigen Stelle und zum richtigen Zeitpunkt. Aber ich wehre mich gegen eine Durch-Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens, weil dabei der Patient auf der Strecke bleibt.

### Medizinethische Kompetenz

„Heute machen Ökonomen, Verwaltungen und Bürokraten die Medizin“. Ein häufig genannter Vorwurf. Leider stimmt er, denn das klassische Modell des Arztes, der zusammen mit dem Patienten die Entscheidungen trifft, soll heute mehr und mehr zum Auslaufmodell werden. Das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis ist zunehmend schwerer herzustellen und aufrechtzuerhalten. Der Druck auf die Arzt-Patient-Beziehung wächst. Wir haben einen höheren Vernetzungs- und Koordinationsbedarf wegen arbeitsteilig erbrachter medizinischer Leistungen. Die Ökonomisierung und Rationalisierung nimmt zu. Außerdem mehren sich Vorgaben von Verwaltungen, integrierter Versorgung, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung, Disease-Management-Programmen, Evidence based Medicine, Controlling, Diagnosis Related Groups und so weiter. In allen Ebenen wird sehr deutlich, dass sich die bisherige getrennte Verantwortung für ärztliche Quali-

tät und für Kosten auf Dauer nicht mehr aufrechterhalten lässt. So ist es auch nachzulesen im *Deutschen Ärzteblatt* Nr. 36/2004 in einem Beitrag von Karl-Heinz Wehkamp. „Wer durch Ressourcenentscheidungen die realen Behandlungsprozesse beeinflusst, muss sich auch der moralischen Verantwortung dafür stellen“, so der Autor. An uns, die Ärzteschaft, wird die Forderung gerichtet nach wirtschaftlichem Verhalten und Entscheiden. Umgekehrt aber muss unsere Forderung an das Management gestellt werden, medizinethische Kompetenz zu erwerben, damit wir gemeinsam einen Diskurs über Qualität und Kosten der medizinischen Versorgung führen können!

Wir Ärztinnen und Ärzte arbeiten patientenzentriert. Wir stehen bei unserem unmittelbaren Gegenüber in der Verantwortung. Hilfe in der Not dürfen wir nicht verweigern, auch wenn die hierzu erforderlichen Ressourcen an einem anderen Ort vielleicht einen größeren „Gesundheitsnutzen“ erzeugen würden. Diese Aussage steht gegen die 4. These von Professor Neubauer. Wir können mit einer lebenswichtigen Maßnahme nicht warten, bis ein Geldgeber gefunden wird.

### Konflikte der Versorgung

Konflikte dieser Art entstehen aktuell in Deutschland überall. Das hat auch die heutige Diskussion gezeigt. Es ist nicht einfach, diese Konflikte offen anzusprechen und zu kommunizieren. Diese Konflikte werden von der Politik und ihren Beratern bewusst nicht wahrgenommen – und dennoch gibt es sie. Ärztinnen und Ärzte werden – wirtschaftlich begründet – genötigt, wichtige medizinische Leistungen vorzuenthalten oder abzubrechen. Der Konflikt entbrennt zwischen zwei gleichermaßen legitimen Interessen und stellt eine ethische Herausforderung dar: Einerseits soll der Patient gut versorgt werden, andererseits muss die Einrichtung, ob Klinik oder Praxis, aus einem begrenzten Budget finanziert werden.

Eine solche verdeckte Rationierung führt natürlich zum Konflikt. In der Diskussion mit den Patienten erleben wir uns allein gelassen. Allein gelassen gerade von jenen, die uns rechtliche und wirtschaftliche Vorgaben machen, zugleich aber die Ressourcen vorenthalten, die wir zur Erfüllung eben dieser Vorgaben benötigen. Der Interessenkonflikt zwischen optimaler Patientenversorgung und Gewinninteressen ist vorprogrammiert. Die aktuell mit Macht vorangetriebene „Durchökonomisierung“ unseres Gesundheitswesens verändert dessen Charakter grundlegend. Aus



Gesprächsbedarf aller Orten.

Versorgungsbereichen werden Marktsegmente, aus dem Gesundheitswesen wird tendenziell eine „Gesundheitsbranche“. Zukünftig scheint sogar der Patient zugunsten eines – und jetzt muss ich den englischen Ausdruck benutzen – eines „Health Care Consumers“ abgeschafft zu werden. Unser Patient ein „Health Care Consumer“?

In Bayern bekommt jeder Patient noch das, was er benötigt. Allerdings bewegen wir Ärztinnen und Ärzte uns bei der Therapie sehr oft an der Grenze zur Rationierung. Die bisherige Rotstift-Politik bringt uns Ärztinnen und Ärzte in eine permanente Zerreißprobe zwischen Kostendruck und optimaler Patientenversorgung. Nennen Sie es, wie Sie wollen: „Staat oder Markt?“ oder eben „Geld regiert die Welt – auch die Medizin?“ Der Konflikt wird immer lauter „Patienteninteressen oder Kosteneffizienz?“

„Für gute Medizin in Bayern“ heißt das Motto unserer Kammer, dafür müssen wir arbeiten! Nicht nur an diesem 58. Bayerischen Ärztetag, den ich hiermit eröffne.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

*Es gilt das gesprochene Wort.*