

Wider den Vertrauensverlust in das deutsche Gesundheitssystem



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

Durchschnittsniveau

Ausführlich haben wir heute Abend über verschiedene Aspekte und Trends in der Gesundheitspolitik der Europäischen Union (EU) und über die Folgen für Deutschland diskutiert. Wir müssen künftig einen gesunden Mittelweg finden – zwischen manchen Brüsseler Euphorikern und ihren Allmachtsphantasien und den Vertretern eines gewissen Euroskeptizismus. Was wir dringend benötigen, ist eine Strategie, mit der Deutschland seine Interessen in der EU durchsetzen kann. Ich bin hier Staatssekretär Dr. Otmar Bernhard für seine Aussagen sehr dankbar. Kommt es zu einem Gesundheits-Kompromiss auf dem „kleinsten gemeinsamen Nenner“ zwischen Österreich, Deutschland, Frankreich oder Luxemburg einerseits und Polen, Spanien oder Bulgarien andererseits, wäre das gewiss fatal. Solch ein System wäre mit gigantischen finanziellen Transfers verbunden, da schwächere Volkswirtschaften selbst ein niedrigeres Durchschnittsniveau nicht aufbringen könnten. Nur über Steuermittel ließe sich wohl ein solcher supranationaler Transfer speisen. Mitgliederbezogene Beiträge, wie wir es in Deutschland kennen, eignen sich für eine derartige Umverteilung auf internationalem Niveau nicht. Der wohl radikalste Eingriff ins deutsche Gesundheitswesen würde sicherlich mit der ausschließlichen Steuerfinanzierung und dem damit verbundenen staatlichem Lenkungsprimat einhergehen. Das wollen wir nicht!

Kaum ein Bereich des Sozialschutzes unterliegt so vielen strukturellen Veränderungen und Einflussnahmen binnen kurzer Zeiträume, wie das Gesundheitswesen. Hier wollen Politiker aller Couleur mitreden; es ist auch klar, warum. Es treffen hier nahezu alle übergeordneten Herausforderungen unserer Zeit zusammen:

Demografie, Morbidität, Arbeitslosigkeit und damit Einnahmerückgang, Ausgabesteigerung durch höhere Inanspruchnahme, rasanter medizinischer Fortschritt. Komplex geregelte Bezugs- und Bezahlungssysteme kämpfen mit den unterschiedlichsten ökonomischen Herausforderungen im weiten Spektrum von Verfügbarkeit, Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit, Präferenz, Effizienz und Evidenz. So entsteht das Diktat der Ökonomie, das wir in dieser Form ärztlich-ethisch niemals mittragen können und wollen.

Reformwillen

Deutschland zeigt sich gewissermaßen reformfreudig – zumindest was das Gesundheitswesen anbelangt. „Ist aber ein wirkliches Bedürfnis zu einer großen Reform in einem Volke vorhanden, so ist Gott mit ihm, und sie gelingt“, so weit ein Zitat von Johann Peter Eckermann, in „Gespräche mit Goethe“.

Lassen Sie uns ein paar Spekulationen anstellen, ob die jüngste Gesundheitsreform gelun-

Ich möchte am heutigen Abend kurz einige Gedanken unserer Diskussionsrunde aufgreifen und ein paar Einschätzungen zur europäischen und deutschen Gesundheitspolitik formulieren, insbesondere nach In-Kraft-Treten des Gesundheitsreformgesetzes.

Die Betonung liegt dabei auf kurz, denn Sie sollten heute Abend beim Empfang Gelegenheit zum Gedankenaustausch und zu Gesprächen haben.

gen ist und gelingen wird. Die Reform hat sich ja zum Ziel gesetzt: „Sicherung eines sozial vertretbaren und ethisch begründeten Zugangs aller Menschen zu zeitgerechten Versorgungsformen unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit.“ Dem können wir ja alle zustimmen, aber damit hat diese Reform kaum mehr etwas zu tun. Sie will den Grundstock legen für eine zentralistische Staatsmedizin. Ich bin mir sicher und einig mit Günter Danner, dem ich an dieser Stelle ebenfalls für sein engagiertes Impulsreferat sehr herzlich danke, dass alle Systembeteiligten – Patienten, Beitragszahler und wir Ärztinnen und Ärzte – die Leidtragenden wären, würden wir unsere Prinzipien verändern und dem Staat mehr Kompetenz zuweisen. Die finanzielle Eigenständigkeit in Selbstverwaltung und Staatsferne sichert in Deutschland das vergleichsweise hohe Versorgungsniveau.

Wirklich problematisch ist deshalb hierzulande der Drang zu immer mehr Gesundheitsbürokratie und Staatsintervention. Aber Ulla Schmidt würgt unsere Argumente ganz einfach mit einem Satz von Niccolò Machiavelli ab: „Wer Neues schaffen will, hat alle zu Feinden, die aus dem Alten Nutzen ziehen.“ Sie stellt uns damit in eine Ecke mit den ewig Gestrigen. Das braucht man eigentlich nicht weiter zu kommentieren – die Worte sprechen für sich.

Kaum eine Entscheidung der vergangenen Jahre dürfte das deutsche Gesundheitswesen so stark

und nachhaltig verändert haben, wie das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Das Gesetz ist in Kraft. Was nun? Werden Chancen genutzt? Haben sich Befürchtungen realisiert? Wie oft muss noch nachgebessert werden?

Wettbewerb

Bei dem schnellen Ruf nach noch mehr Wettbewerb werden die Komplexität und die spezifischen Besonderheiten des Gesundheitssystems schlicht ignoriert. Ein ständiger Korrekturbedarf ist deshalb zwangsläufig die Folge. Die Auswirkungen dieses Gesetzes ziehen sich über einige Jahre hin. Viele Punkte werden erst in ein, zwei, drei Jahren relevant, sie haben aktuell noch keine Auswirkungen. Jedoch: Noch bevor das GKV-WSG vom Bundespräsidenten unterschrieben war, mussten in einem Nachfolgegesetz bereits Fehler beseitigt werden. Schon wenige Monate nach dem Start des GKV-WSG zeigen sich die ersten Auswüchse des so genannten Kassenwettbewerbs: Marketing-Aktivitäten diverser Krankenkassen, wie vergünstigter Zugang zu Diskotheken, Piercing und Sonnenstudios, treten zu Tage. Auch wenn diese Aktionen nach Bekanntwerden und Reklamation innerhalb weniger Tage gestoppt wurden, bleibt abzuwarten, ob diese Blüten künftig wieder treiben werden. Junge, Gesunde und Besserverdienende stehen im Mittelpunkt des Wettbewerbs – die Versorgung des älteren, chronisch kranken und multimorbiden Patienten tritt trotz aller demografischer Eindeutigkeit und politischer Versprechungen in den Hintergrund.

Ein nachträglicher Korrekturbedarf, der vorhersehbar war, zeigte sich auch bei den lebhaft diskutierten Generika-Rabattverträgen: Die Arzneimittel-Lieferungen erfolgten verzögert, Nachlieferungen und Vertröstung von Patienten und Vertragsanpassungsbedarf waren die Folge. Ebenso die Verunsicherung bei betroffenen Patienten. Die Compliance bei der

Einnahme von wichtigen Medikamenten wurde gefährdet. Für uns beteiligte Ärztinnen und Ärzte bedeutet das wie für die Apotheker wiederum einen erhöhten Verwaltungs- und Beratungsaufwand und – was viel gravierender ist – eine zusätzliche und nachhaltige Belastung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Denn nicht der Sachbearbeiter einer Krankenkasse oder ein Politiker, sondern wir Ärztinnen und Ärzte haben die schwere Aufgabe, dem Patienten die komplizierten Regelungen und die daraus resultierenden Versorgungsprobleme zu erklären!

Föderalismus

Machen wir nochmals einen kurzen Schwenk zum Föderalismus. Sehen wir uns einmal den gegenwärtigen Machtkampf zwischen Bund und Ländern um die Krankenhausplanung an. Seit 1972 sind die Länder für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausplätzen und damit auch für die Finanzierung von Neu- und Umbauten zuständig, die Krankenkassen zahlen nur die laufenden Kosten. „Doch die Länder erfüllen ihre Aufgabe nur schlecht“, so äußerte sich kürzlich Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, in einer überregionalen Tageszeitung. („Genesung unter erschwerten Bedingungen“, *Süddeutsche Zeitung*, 23. August 2007, Seite 6).

Das empört natürlich jene Länder, die in der Vergangenheit viel für ihre Krankenhäuser getan haben, wie etwa Bayern. Wegen der großen Unterschiede lehnt Bayern eine einheitliche Regelung ab, was ich aus ganzem Herzen unterstützen möchte. Denn eine solche „Gleichmacherei“ bestraft die Länder, die ihren Verpflichtungen nachgekommen sind, sagt beispielsweise Bayerns Sozialministerin Christa Stewens. Recht hat sie! Und ich pflichte ihr bei: Bayern muss sich „mit aller Kraft für die Beibehaltung der dualen Finanzierung einsetzen“!

Anhand dieses Beispiels wird deutlich, dass wir trotz GKV-WSG gesundheitspolitisch in eine unklare Zukunft sehen – trotz des GKV-WSG, das in der Halbzeitbilanz der großen Koalition nicht unter den besten Reformen aufgezählt wird.

Ewiges Nachbessern, Nacharbeiten, Fehlerkorrektur und an vielen Stellen Konzeptionslosigkeit verunsichern alle Beteiligten und schüren den Vertrauensverlust in ein System, das zu den besten der Welt zählt. Vielleicht liegt darin ja auch die Ursache für das relativ schlechte Abschneiden des deutschen Gesundheitssystems bei den Deutschen selbst, während die Briten ihr objektiv mangelhaftes System wesentlich besser einstufen.

Die Gesundheitsreform 2007 wird von der Bevölkerung kritisch betrachtet. Über 70 Prozent sind der Meinung, dass das Ziel, die Kosten zu reduzieren und die Versorgungsqualität zu erhöhen, nicht erfüllt wird. Die Mehrheit der Bürger erwartet sowohl steigende Beiträge in der gesetzlichen Krankenkasse als auch steigende Prämien bei der privaten Krankenversicherung. Das ergibt zum Beispiel die neue stern-Studie TrendProfile: „Krankenkassen und Gesundheitsreform 2007“.

Noch ein letztes Wort zum Wettbewerb und zum sozialökonomischen Weg in die Zukunft: Der Patient wird formell und allerorts zum „König Kunde“ und zum „mündigen Patienten“ erklärt. Ist die Souveränität bei einem kranken Menschen aber nicht eher eingeschränkt und die Mündigkeit je nach Krankheitslage gar nicht vorhanden? Handelt es sich bei einem Kranken im Gegensatz zu einem echten Konsumenten nicht um eine hochgradig schutzbedürftige Person, die man angesichts der manchmal lebensbedrohlichen Situation nicht zum Objekt eines Geschäfts- und Wettbewerbsprozesses machen darf?

Auch wenn ich es schon mehrfach und immer wieder gesagt habe: Die Beziehung des Arztes zu seinen Patienten ist und bleibt keine normale Geschäftsbeziehung! Auf der einen Seite will und muss eine Ärztin, ein Arzt aus ärztlicher Ethik heraus seinem Patienten beistehen und helfen. Auf der anderen Seite gibt es wirtschaftliche und ökonomische Interessen und Zwänge.

Nur gemeinsam, Praxis und Klinik, stationär und ambulant, Hausarzt und Facharzt können wir diesen Spagat in der Zukunft meistern. Ich appelliere an Sie alle!

Der 64. Bayerische Ärztetag ist eröffnet!

Es gilt das gesprochene Wort!



Pressekonferenz in Regensburg: Vizepräsidenten Dr. Klaus Ottmann, Dr. Max Kaplan, Präsident Dr. H. Hellmut Koch, Dagmar Nedbal, Presseferentin, Dr. Wolfgang Rechl, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz und Dr. Gert Rogenhofer, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Regensburg v. li.