

Fortschritt im Schneckentempo*

KLAUS DIETER KOSSOW

Prof. Dr. med. Klaus Dieter Kossow ist Ehrenvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes und Honorarprofessor für Öffentliche Gesundheit und Gesundheitsmanagement an der Universität Bremen sowie Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für psychotherapeutische Medizin

Unschärfe Begriffe, Interessen, Wertungen und Paradigmenstreit vermindern die Geschwindigkeit der Gesundheitsreform. Am 7. und 8. November 2013 fanden die 18. Bad Orber Gespräche unter Leitung von Professor Dr. Eberhard Wille, stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats für die Begutachtung des Gesundheitswesens, in Berlin statt. Referiert wurde über Herausforderungen und Handlungsfelder der künftigen Versorgungspolitik im deutschen Gesundheitswesen und „Systemdefekte“, die Reformen blockieren. Sitzt das deutsche Gesundheitswesen in der Fortschrittsfalle?

Der Beginn der 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages ist in der Gesundheitspolitik durch Bekundungen der Unzufriedenheit aus Kreisen führender Repräsentanten der Krankenkassen und der Versorgungsforschung mit den Gesundheitsreformen der letzten 40 Jahre gekennzeichnet. Hierzu einige Beispiele:

- Karl-Heinz Schönbach stellte fest: „... Forderungen nach mehr Patienten –, Qualitäts – und Teamorientierung ... finden ohnehin kaum einen Weg in die komplizierten rechtlichen und ökonomischen Anreizstrukturen des Gesundheitswesens.“
- Franz Knieps betont (G+S, 2-3, 2013, S.9), dass das Gesundheitswesen permanent ökonomischen und sozialen Veränderungen angepasst werden muss..., und meint: „Die Wähler werden es der Politik nicht länger verzeihen, dass Lösungsansätze an den Blockaden zwischen den unterschiedlichen Interessen scheitern.“
- Helmut Hildebrand, Geschäftsführer der „Gesundes Kinzigtal“, beklagt: Von Patientenorientierung und Patientennutzen ist zwar viel die Rede. Doch die ökonomischen Anreize im deutschen Gesundheitswesen weisen in eine andere Richtung. Pathologisierung, medizinisch nicht indiziertes Mengenwachstum und eine Merkantilisierung mit einhergehenden Vertrau-

ensverlust in das Gesundheitswesen sind die Folge.“ (G+S, 2-3, 2013, S.14.

- Volker E. Amelung und Sascha Wolf schlagen in derselben Ausgabe auf Seite 99 in die gleiche Kerbe: „Seit 40 Jahren sind die Defizite im deutschen Gesundheitswesen hinlänglich bekannt, doch von einer spürbaren Veränderungsdynamik fehlt bis heute jede Spur...“

Ganz offensichtlich geht es insbesondere den systemkundigen Wissenschaftlern und etlichen Entscheidern aus der Politik und den Führungsgremien mit den als notwendig erkannten Reformen zu langsam. Dies kann unter anderem daran liegen, dass die Kommunikation mit und zwischen den Verantwortlichen durch die Unschärfe mancher Begriffe und deren unterschiedliche Definition und Interpretation gestört ist. Zielkonflikte und Interessengegensätze erschweren Kompromisse.

Die Gesetzesänderungen finden in schneller Folge, aber mit geringer Problemlösungskraft statt, induzieren ständige Änderungen der Orientierung von Institutionen und Verantwortungsträgern und beschäftigen intensiv den sozialgerichtlichen Instanzenweg bis zum Bundesverfassungsgericht und Europäischen Gerichtshof. Und manchmal scheint auch

* Der Beitrag gibt ausschließlich die persönliche Meinung des Autors wieder.

die Ideologiefalle zuzuschlagen. Vor allem aber fehlt es an einer konsentierten Hierarchie der Systemziele im deutschen Gesundheitswesen. Es resultieren manchmal offensichtliche Rückschritte sowie „organisierte Verantwortungslosigkeit“ (so der Vorsitzende des Sachverständigenrates und Nachfolger von Prof. Wille, Prof. Dr. Ferdinand Gerlach), und Fortschritte finden allenfalls im Schnecken tempo statt.

Oberziele bei Aufbau- und Ablauforganisation von Systemen der Gesundheitssicherung

Im modernen Sozialstaat europäischer Prägung wird die Ausgestaltung von Gesundheitssystemen als Aufgabe der Daseinsfürsorge in der politischen Verantwortung von Staat, regionalen Körperschaften und Versicherungen aufgefasst. Dabei variiert die rechtliche Ausgestaltung im Detail in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. Das Gesundheitswesen ist noch Sache der Nationalstaaten, in Deutschland auch der Bundesländer, und in wesentlich geringerem Maße den Standardisierungsbemühungen der Brüsseler Kommission ausgesetzt als die gewerbliche Wirtschaft. Aber eine Reihe von Oberzielen wird bei der Gestaltung der Systeme in allen europäischen Ländern durch die Methode der „offenen Koordinierung“ in gleicher Weise verfolgt:

- Zugang, Erreichbarkeit der Einrichtungen für Patienten, besonders im Notfall, sollen gewährleistet werden,
- Kontinuität, Komprehensivität und Koordination der Versorgung sind sicherzustellen,
- Wirtschaftlichkeit, Wettbewerb, Bezahlbarkeit für Bürger und öffentliche Kassen sind im Auge zu behalten,
- Solidarität und Subsidiarität als politische Prinzipien eines demokratischen Sozialstaats sind wichtige Leitbilder,
- Bürger-, Versicherten- und Patientenbeteiligung bei Versorgungs- und Organisationsentscheidungen sollen gefördert werden,
- Verbraucherschutz und Patientenautonomie werden angestrebt,
- Evidenzbasierte Medizin (EbM), Qualitätssicherung, Nutzenorientierung sind wichtige Prinzipien,
- Transparenz und Freiheit von Korruption werden verlangt,

- Orientierung am Ziel der Nachhaltigkeit nach der Definition der Vereinten Nationen soll gegeben sein.

Eine Hierarchie der Oberziele ist bei der Vielzahl der gegenläufigen Interessen und inversen Detailziele unverzichtbar, wenn man Chaos, Intransparenz und den Aspekt des Systemversagens vermeiden will. Sowohl der Gesetzgeber als auch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung sollten solche Grundsatzentscheidungen erarbeiten, transparent machen und ständig fortschreiben, dann aber auch bei Konflikten in konkreten Projekten zur Richtschnur für Kompromisse machen. Zu den wichtigen Grundelementen des deutschen Gesundheitswesens gehört die Formulierung von Leistungszielen und Pflichten für die Patientenversorgung im Leistungserbringerrecht der Sozialgesetzbücher durch unbestimmte Rechtsbegriffe, deren Konkretisierung dann nach den Vorgaben des Gesetzgebers im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als untergesetzlicher Normgeber und durch Verträge zwischen den Körperschaften und Verbänden erfolgen soll. Als besonderes Problem kommt der Interessengegensatz zwischen den Bundesinteressen und Länderinteressen hinzu. Oft werden bei der Komplexität der Auffassungs-, Bewertungs- und Interessengegensätze in diesem vielstufigen Entscheidungsverfahren Schiedsamts- und Sozialgerichtsentscheidungen und Vertragsfestsetzungen durch Schiedspersonen erforderlich, weil in der Gesetzgebung keine hinreichend detaillierten Entscheidungen zu Stande kommen oder möglich sind, und weil die Selbstverwaltung dekompenziert. Diese Thesen sollen durch einige Beispiele unterlegt und gestützt werden:

Solidarität und Eigenverantwortung

Ganz an den Anfang des SGB V in § 1 hat der Gesetzgeber die Verpflichtung der Solidargemeinschaft gesetzt, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten und wiederherzustellen, wobei die Mitverantwortung Letzterer angesprochen wird, so dass sich ein Spannungsverhältnis zwischen Subsidiarität und Solidarität und zwischen Individuum und Gesellschaft ergibt. Drei Entwürfe von Präventionsgesetzen haben dieses Span-

nungsverhältnis nicht auflösen können und sind an Auffassungsunterschieden zwischen Bund und Ländern gescheitert. Letztere wollen immer mitreden, aber nicht durchgängig ihren finanziellen Verpflichtungen folgen. Beispielsweise hat die Freie und Hansestadt Hamburg verlangt, die Kosten für eingelagerte Neuraminidasehemmer zur Abwehr von Influenza-Pandemien den gesetzlichen Krankenkassen aufzuerlegen, obwohl es Pflicht der Bundesländer war, dafür die Kosten zu tragen – was in Nordrhein-Westfalen zeitgleich zur Hamburger Bundesratsinitiative auch geschah. In der Gesundheitspolitik eines

Die Länder wollen immer mitreden, aber nicht durchgängig ihren finanziellen Verpflichtungen folgen.

Bundeslandes (hier Hamburg) ist kein Bewusstsein dafür entwickelt worden wofür Bundesländer, Krankenkassen und einzelne Versicherte verantwortlich sind. Es fehlt an einer konsentierten und inhaltlich akzeptierten Verantwortungshierarchie. Dem bundesweit mit den Ländern abgestimmten Pandemieplan entspricht es, dass die Bundesländer ihrer Verantwortung zur Abwehr von Seuchen gerecht werden. Auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten kann man die Vorbeugung gegen Infektionskrankheiten durch Impfungen nur als Kollektivgut auffassen. In solchen Fällen ist die Gesellschaft – und das ist die Gesamtheit aller Einwohner – primär in der Pflicht zur Sicherstellung der Gesundheit.

Ganz anders liegen die Dinge bei Erkrankungen, die durch individuelle Risikofaktoren und Verhaltensweisen ausgelöst oder in ihrem Verlauf bestimmt werden. Beispielsweise wird der Diabetes Typ II durch Bewegungs- und Ernährungsverhalten, die essenzielle Hypertonie durch regelmäßige Blutdruckmessung und Medikamenteneinnahme, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung durch Tabakrauchen und die degenerative Gelenkerkrankung durch Muskeltraining entscheidend beeinflusst. Die Behandlung dieser Erkrankungen fällt nach medizinischen Ursache-Wirkungs-Beziehungen im Sinne des § 1 SGB V in den Verantwor-

tungsbereich des einzelnen Versicherten bzw. Patienten. Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung müsste dem Rechnung tragen und den Leistungsumfang vom Verhalten des Versicherten abhängig machen. Dies geschieht aber nicht. Stattdessen wird die (nicht bestrittbare!) Tatsache in den Vordergrund gerückt, dass zwischen Krankheitsprävalenz und Lebenserwartung einerseits und sozialem Status sowie Einkommen andererseits eine Beziehung besteht. Infolgedessen wird sozialpolitisch die Verhältnisprävention in den Vordergrund gestellt und die individuell zu verantwortende Verhaltensprävention in den Hintergrund gedrückt. Im Ergebnis tritt an die Stelle sinnvoller Projektarbeit zur Minderung der Krankheitslast durch den Abbau von Risikofaktoren ein sozialpolitischer Paradigmenstreit über den Stellenwert von Verhaltens- und Verhältnisprävention. Dies ändert im Übrigen nichts an der medizinisch unbestreitbaren Tatsache, dass Unfallfolgen, genetisch bedingte Erkrankungen und nicht durch Impfungen beeinflussbare Infektionskrankheiten viel weniger durch die betroffenen Patientinnen und Patienten beeinflusst werden können als dies bei den von Risikofaktoren abhängigen Erkrankungen der Fall ist. Wenn man also die Kosten für die wesentlich durch das Schicksal bestimmten Krankheitsereignisse voll zulasten der Solidargemeinschaft übernimmt, aber für die vom Patienten beeinflussbaren Krankheitsverläufe eine Selbstbeteiligung durch morbiditätsgerechtes Verhalten oder Geld verlangen würde, so entspräche dies dem Grundpostulat des § 1 SGB V. In der privaten Krankenversicherung gibt es funktionierende Beispiele für die Gestaltung von Krankenversicherungstarifen, die auf den Zusammenhang zwischen gesundheitskonformem Verhalten des Versicherten, Versorgungskosten und Höhe der Versicherungsprämie aufbauen (z.B. beim so genannten Vitaltarif der AXA-Krankenversicherung).

Gesundheitsökonomische Ziele

Konsequente Werte- und Zielhierarchien sind auch bei der Umsetzung gesundheitsökonomischer Erkenntnisse gefragt. In den letzten Jahrzehnten hat die Gesundheitsökonomie es gelernt, nicht nur den Verbrauch an Mitteln, sondern auch einzelne Zielparameter exakt zu definieren. Dies gilt beispielsweise für den

Body-Mass-Index bei Übergewichtigen, für den HbA1C bei Diabetikern, für den RR – Wert bei Hypertonie und für eine Reihe von Laborwerten und physikalischen Messgrößen bei Stoffwechselstörungen, degenerativen und angeborenen Erkrankungen und beim Suchtmittelgebrauch. Diese Zusammenhänge ermöglichen es, Funktionen zwischen Aufwand in Geld und Ertrag im Bezug auf die Erreichung der Zielparameter aufzustellen. Dabei ist es unerheblich, auf welcher Versorgungsebene die Zielparameter erreicht werden. Ein normaler Blutdruck von RR 120/70 ist ein normaler Blutdruck, ganz gleich, ob dieser erwünschte Zielwert durch Blutdruckmessung und Arzneimitteldosierung durch den Patienten selbst, durch eine Pflegekraft im Altersheim, durch den Hausarzt, durch den Kardiologen und seine Mitarbeiter, durch eine Rehaklinik oder auf einer Krankenhausstation erreicht werden konnte.

Gesundheitsökonomisch ist es geboten, eine standardisierbare Maßnahme, die zu einem gewünschten Ziel führt, zu den niedrigsten möglichen Kosten zu erbringen. Bei der Kontrolle von Risikofaktoren ist dies meist bei Selbstversorgung durch den Patienten der Fall. Sind sie entsprechend geschult, z.B. bei Diabetes Typ II, Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, mit Bewegungsmangel korrelierten Erkrankungen, können sie für sich selbst der beste und billigste Arzt sein. Die nächst kostengünstigere Versorgungsebene erfolgt durch Pflegekräfte oder ärztliches Fachpersonal, wie die so genannte VERAH; es folgt die hausärztliche, dann die ambulante fachärztliche Versorgung und schließlich das Krankenhaus. Aus dieser Kostenhierarchie ergibt sich, dass nur bei nachgewiesenem Zusatznutzen ein Patient aus der Pflegeebene entlassen und zum Hausarzt gehen sollte; der Facharzt wäre gefragt, wenn die Problemlösungskraft der hausärztlichen Versorgung nicht ausreicht. Die ambulante Fachversorgung muss vor Inanspruchnahme von Krankenhauspflege ausgeschöpft worden sein.

Keineswegs werden solche Handlungshierarchien im Versorgungsalltag umgesetzt, nur weil sie ökonomisch trivial als richtig erkannt worden sind. So entscheiden beispielsweise bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Mehrheiten von Fachärzten und Psychotherapeuten

zwar für die ambulante Versorgung durch Fachärzte, um Krankenhausleistungen einzusparen (ambulant vor stationär). Aber die gleiche Logik wird versagt, wenn es darum geht, Pflegekräfte und/oder Hausärzte der ambulanten fachärztlichen Versorgung vorzuschalten. Jeder noch so kleine Schritt in Richtung Primärarztssystem wird unter Hinweis auf die freie Arztwahl abgelehnt (obwohl es hier gar nicht um die Wahl des Arztes, sondern um die der Versorgungsebene geht). Ob sich diese „organisierte Verantwortungslosigkeit“

Ob sich die „organisierte Verantwortungslosigkeit“ der KBV ändert, bleibt abzuwarten.

der KBV ändert, wenn die Umstrukturierungspläne der Koalitionsverhandlungen sich realisieren lassen, bleibt abzuwarten.

Hier wird nicht für ein rigides Primärarztssystem argumentiert, sondern lediglich eine Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Erkenntnisse bei der Definition von Behandlungsketten oder Kooperationsprinzipien verlangt, wie dies in den Verträgen zwischen der AOK Baden-Württemberg und der Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft, aber auch bei der Entwicklung von Versorgungslandschaften durch die letztgenannte Institution erfolgt ist. Im Spezialversorgungsbereich kann es durchaus sinnvoll sein, einzelne Erkrankungen, z. B. in der Onkologie, durch fachärztliche und nicht durch hausärztliche Steuerung zu versorgen. Generalisten und Spezialisten müssen durch entsprechende Kooperationsmaßnahmen zu funktionierender Teamarbeit geführt werden. Dadurch sollten aber keine neuen Schnittstellenprobleme geschaffen werden. Pflege- und Assistenzkräfte sowie Hausärzte müssen nach dem Vorbild der VEH-RA in dieselbe Verantwortungs- und Leistungsgemeinschaft integriert werden. Die krankheitsbezogene Fachversorgung sollte ambulant und stationär für die Hausärzte auf Überweisung erreichbar sein.

Eine Stufung zwischen Basisfacharzt und ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung und stationärer Versorgung sollte möglichst vermieden werden. Langfristig sollten Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie mit Allgemeinärzten in medizinischen Versorgungszentren und subspezialisierte Ärzte in der ambulan-

ten spezialärztlichen Versorgung und im Stationsdienst zusammengeführt werden. Suchprozesse und Entwicklungen auf dieses Ziel hin sollten durch Direktverträge und Versorgungslandschaften gefördert werden. Dieser Prozess lässt sich durch Wahltarife unterstützen und ist durch die Auswertung der Verträge in Baden-Württemberg als machbar bewiesen.

Es wird immer noch ein Spannungsverhältnis zwischen der dynamischen Entwicklung des medizinischen Fortschritts und verfestigten Versorgungsstrukturen behauptet (so Amelung et al.). Beim Blick auf die KV-Versorgung ist diese Argumentation verständlich. Aber woran liegt es, wenn Amelung (dessen Sachkunde niemand in Zweifel ziehen kann) fünf Jahre nach Unterzeichnung des Direktvertrages zwischen AOK Baden-Württemberg und Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft noch meint: *„Ohnehin lassen sich durch Selektivverträge keine hohen zusätzlichen Einkommen generieren, da in der Regel nur ein kleiner Anteil des Patientenstammes betroffen ist.“*? (G+S 2+3, 2013, S.101.) In Baden-Württemberg ist belegbar das genaue Gegenteil richtig. Außerhalb Baden-Württembergs mag es ja noch zutreffend sein, dass Selektivverträge keine höheren Einkünfte generieren. Aber andererseits beweisen die dortigen Direktverträge, dass eine völlig andere Entwicklung möglich ist, in der der Direktvertrag den Charakter eines Kollektivvertrages angenommen hat, und dies zur Zufriedenheit von Hausärzten, Fachärzten, Patientinnen, Patienten und sogar Versorgungsforschern. Warum aber dauert es dann so lange, bis ein derart erfolgreiches Vertragskonzept, welches die Hausärzte im Südwesten auch wegen des im Direktvertrag höheren Einkommens nicht missen möchten, von der Versorgungsforschung zur Kenntnis genommen und nicht mehr durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bekämpft wird und sich auch außerhalb Baden-Württembergs durchsetzt? Hat hier etwa der Wettbewerb als Suchprozess nicht funktioniert – und warum nicht? Liegt dies nicht auch daran, dass die Versorgungsforschung bei der Betrachtung der Kollektivverträge zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen weniger kritische Maßstäbe anlegen als bei der Beurteilung der Direktverträge. Hier sollte man künftig mit gleichem Maßstab messen.

Keineswegs dürfen die Anlaufprobleme der Direktverträge generalisiert werden.

Amelung hat seinen Lehrstuhl an der Universität Hannover, der Hauptstadt Niedersachsens, einem Bundesland, in dem selbst der Hausärzteverband der Zusammenarbeit mit der KV bis 2013 den Vorrang vor Direktverträgen mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eingeräumt hat. Hinzu kommt, dass Amelung als Vorsitzender des Bundesverbandes Managed Care mit von ihm propagierten Konzepten in einer Wettbewerbszone mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft agiert. Das ist nicht zu kritisieren, bedarf aber neutraler Evaluation.

Zu den oben genannten Zielen für die Gestaltung von Gesundheitssystem zählen Bezahlbarkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung nach dem Facharztstandard. Auch hier lauern Zielkonflikte. Eine flächendeckende Versorgung durch Spezialisten in dünn besiedelten Gebieten überfordert die Finanzierungsmöglichkeiten auch der reichsten Länder. Hinzu kommt, dass auf dem Lande ein doppelter Bruch des Solidarprinzips stattfindet. Einerseits zahlen Bürger und Betriebe dort entsprechend ihrem Einkommen Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile in der gleichen Höhe wie in der Stadt. Andererseits bekommen Sie als Gegenleistung nur ein ausgedünntes

Für die Landbevölkerung entstehen Zusatzkosten, wenn sie fachärztliche oder Krankenhausleistungen in Ballungsgebieten in Anspruch nehmen müssen.

Versorgungsangebot. Im Krankheitsfall entstehen deshalb Zusatzkosten für die Landbevölkerung, wenn die fachärztliche oder Krankenhausleistung in Ballungsgebieten in Anspruch genommen werden muss. Besonders schlimm wird es, wenn auch Hausärzte nicht mehr vorhanden sind, weil Hausarztstellen vergeblich ausgeschrieben wurden. Eine Lösung des Problems kann nicht darin bestehen, dass man die Kommunen auffordert, aus ihren regulären Haushalten Anreize zur Verfügung zu stellen, um Ärzte auf dem Land zur Niederlassung zu bewegen. Dies würde eine weitere Zumutung für die Landbevölkerung bedeuten, weil sie dann auch noch kommunale Budgets

finanzieren müsste, mit denen man die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Land förderte, und dies zusätzlich zu Krankenversicherungsbeiträgen, die die gleiche Höhe haben wie in der Stadt und mit denen man die Überversorgung (und Fehlversorgung) in den Ballungsgebieten sogar zulasten der Landbevölkerung mitfinanziert. Plausibler wäre es, wenn man nach einem Jahr vergeblicher Ausschreibung von im Bedarfsplan ausgewiesenen Arztsitzen den Kommunen Mittel durch das Bundesversicherungsamt zur Verfügung stellte, mit denen sie selbst Ausschreibungen tätigen können. Vielleicht kann dies die schreiende Ungerechtigkeit zu Lasten der Landbevölkerung und den damit verbundenen Bruch des Solidarprinzips abmildern.

Patientenorientierung

Was meint Helmut Hildebrand, wenn er der Patientenorientierung einen übergeordneten Stellenwert einräumt?

Gesunde Versicherte interessieren sich primär für niedrige Krankenversicherungsbeiträge, Kranke wollen gut versorgt werden, „koste es was es wolle“. Insbesondere kleine Krankenkassen schaffen den Ausgleich dieses Interessengegensatzes

nicht. „Patientenorientierung“ sollte deshalb eine primäre Orientierung an der Patientenversorgung und deren Qualitätsanforderungen bezeichnen. Sowohl bei den Kassenärztlichen Vereinigungen als auch bei den Krankenkassen, also der „gemeinsamen Selbstverwaltung“, gibt es manchmal eine politische Tendenz, die sich zwar an den Interessen

sparsamer Krankenversicherter, aber nicht an denen von Patienten orientiert.

Was nicht im Bedarfsplan erscheint, macht den etablierten Ärzten keine Konkurrenz und muss von den Krankenkassen nicht bezahlt werden. Im Ergebnis haben die gesunden Krankenversicherten einen Vorteil durch niedrigere Beiträge, weil sie eine ausreichende Versorgung (zum Beispiel auf dem Land) nicht finanzieren müssen

Die Chancen der Wiederwahl für den Krankenkassenvorstand steigen, wenn gesunde Krankenversicherte keinen Zusatzbeitrag leisten müssen. Diese bleiben der Krankenkasse dann treu, sie muss nicht fusionieren oder schließen und im

Ergebnis bleibt der Vorstand im Amt. Der Wettbewerb über Zusatzbeiträge nach dem Muster der FDP-Minister ist gründlich schief gelaufen. Im Bezug auf den Zusatzbeitrag spielen nach den Erfahrungen der DAK alle Kassenvorstände Mikado. Vor diesem Hintergrund wäre Patientenorientierung zunächst als Gegenteil der Versichertenorientierung im Sinne der Beitragssenkung um jeden Preis zu sehen.

Patientenorientierung aus der Sicht der Allgemeinmedizin und der Medizingeschichte bedeutet etwas ganz anderes, nämlich ärztliches Denken, Diagnostizieren und Handeln in Kenntnis der Biografie, Weltanschauung und Wertungen des Patienten und vor allem das Bemühen des Arztes, die Emotionen der Patientinnen und Patienten in Erfahrung zu bringen und bei Entscheidungen und Handeln zu berücksichtigen. Patientenorientierung ist somit als Gegensatz zum pathophysiologischen und naturwissenschaftlichen Prinzip der Krankheitsorientierung zu sehen.

Jede Krankheit ist janusköpfig und hat zwei Gesichter. Mit dem einen blickt sie auf den Arzt als messenden und objektiv urteilenden Naturwissenschaftler, mit dem anderen schaut sie den Patienten an, aber auch den psychologisch geschulten und einfühlsamen Arzt. Das eine Gesicht repräsentiert den gesetzmäßig ablaufenden und messbaren Krankheitsprozess, das andere löst beim Patienten Emotionen aus. Das Drohpotential beider Krankheitsgesichter ist oft sehr unterschiedlich. Objektiv die Lebenszeit begrenzende Erkrankungen können ohne subjektive Belastungen verlaufen, objektiv relativ harmlose Krankheitsereignisse, die durch die Selbstheilungskraft des Organismus von allein wieder verschwinden, wie z.B. eine Durchfallerkrankung oder ein Migräneanfall können einen Menschen für Stunden oder Tage subjektiv stark belasten und aus dem Alltag werfen.

Politische Probleme sind oft gelöst, wenn mit den Methoden der Sozialforschung oder Rechtswissenschaft für das Problem ein Lösungsansatz „ohne Ansehen der Person“ gefunden ist. Patientenprobleme sind erst gelöst, wenn die Krankheit objektiv im Sinne der Naturwissenschaften kontrolliert und der Patient von subjektiven Krankheitserlebnissen und Störungen seines Lebensplans erlöst ist. So gesehen sind Patientenorientierung und Krankheitsorientierung nicht notwendigerweise Gegensätze. Zu solchen werden sie aber, wenn im

ärztlichen Alltag in Krankenhaus und Praxis und im Verwaltungshandeln der Krankenkassen nur objektiv messbare Aspekte der Krankheit berücksichtigt werden, und nicht gesehen wird, wie Patienten die Krankheit erleben und wie sie dadurch im Alltag behindert werden.

Wenn Helmut Hildebrand mit „Patientenorientierung“ eine Politik anstrebt, die alle Aspekte der janusköpfigen Krankheit im Versorgungsalltag zu berücksichtigen gestattet, dann sollte ihm und seinen Klienten Unterstützung zuteil werden. In den Versorgungslandschaften, wie sie von der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft entwickelt worden sind, werden die oben beschriebenen beiden Aspekte der Krankheits- und Patientenorientierung integrativ und systematisch berücksichtigt. (Mehl et al., G+S 2-3, 2013.S 72)

Auswirkungen der Finanzierungsmodelle auf die Versorgungsstruktur

Privat finanzierte Systeme, wie sie die Versorgung in der Schweiz oder in den USA prägen, ermöglichen eine vollständige Trennung zwischen vertraglicher Regelung der Behandlung und deren Finanzierung. Zwischen dem Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt oder Krankenhaus und dem Versicherungsvertrag, auf dessen Grundlage sich der Patient die Behandlungskosten erstatten lässt, besteht keine notwendige Beziehung. Diese ist allerdings indirekt möglich, weil Leistungsbereiche im Versicherungsvertrag ganz oder teilweise ausgeschlossen sein können, die zur Behandlung des Patienten erforderlich sind. Für Leistungserbringer hat das Privatversicherungssystem – auch bei der hierzulande veralteten amtlichen Gebührenordnung und der Regelung der Allgemeinen Krankenversicherungsbedingungen nach dem Versicherungsvertragsrecht – mehr Vor- als Nachteile. Beim Leistungsumfang können Patientenwünsche in größerem Umfang berücksichtigt werden als dies bei den leistungsrechtlichen Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung möglich ist. Andererseits können durch finanzielle Interessen der Krankenhausträger oder Ärzte beeinflusste Versorgungsmaßnahmen bei Privatversicherten zu medizinisch nicht notwendigen finanzieller Belastung durch hohen

Selbstbehalt und nicht mehr bezahlbare Krankenversicherungsprämien führen. Auch und gerade die PKV hat bekanntlich Finanzierungsprobleme.

Die deutsche Ärzteschaft hat sich beim Ärztetag 2013 in Hannover mit großer Mehrheit dafür ausgesprochen, dass das duale System – also das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung – beibehalten wird. Letzteres auch deshalb, weil die PKV die GKV-Leistungen aus Sicht der Ärzte quer subventioniert. Neue Diagnostik- und Therapiemethoden werden in der gesetzlichen Krankenversicherung zeitlich stark verzögert eingeführt, oft erst, nachdem Innovationen sich bei Privatpatienten durchgesetzt haben. Die PKV leistet daher Entwicklungshilfe für besonders innovationsstarke Spezialgebiete. Bei der Vielzahl der ungelösten Patientenprobleme ist es aus der Sicht der verfassten Ärzteschaft und des deutschen Ärztetages erforderlich, den Wettbewerb zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung auch für die Förderung der Innovation im Gesundheitswesen zu nutzen. Daran haben nicht nur Ärzte innovationsintensiver Gebiete ein Interesse, sondern auch Patienten, die wegen ihrer ungelösten Krankheitsprobleme verminderte Lebenschancen haben und die deshalb an neuen Technologien und Arzneimitteln interessiert sind.

Staatliche steuerfinanzierte Gesundheitssysteme, wie sie für Großbritannien, Irland, Portugal und die skandinavischen Länder typisch sind, ermöglichen es in idealer Weise, ein System mit politischen Vorgaben auf der Grundlage von parlamentarischen Mehrheitsbeschlüssen zu steuern. Alle Bürger müssen sich entsprechend ihrer Finanzkraft beteiligen. Inanspruchnahmeregelungen gelten ohne Ansehen der Person und auch weitgehend ohne

Aus Sicht der Ärzteschaft ist es erforderlich, den Wettbewerb zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung zur Innovationsförderung zu nutzen.

Berücksichtigung subjektiver Wünsche und weltanschaulichen Ausrichtungen der Patienten. Bei Zweifeln an der medizinischen Evidenz werden Leistungen in

staatlich gesteuerten Systemen oft nicht gewährt. Homöopathie, Anthroposophie, Akupunktur, viele psychotherapeutische Methoden werden dann nicht angeboten. Für das Management der Warteschlangen gelten objektive Kriterien, die dann nur durch private Zusatzversicherungen umgangen werden können. Ganz offensichtlich haben aber solche Systeme trotz ihrer subjektiv oft schmerzlich empfundenen Nachteile beim Patientenkomfort oft sowohl in der betroffenen Bevölkerung als auch bei Experten für öffentliche Gesundheit eine hohe Akzeptanz.

Zur Überprüfung der Leistung eines Systems der Gesundheitsversorgung wird international die erreichte Lebenserwartung sowie die objektivierbare Morbiditätsstatistik akzeptiert. Diese Parameter weisen zwischen staatlich finanzierten und organisierten Systemen und den privat finanzierten oft keine signifikanten Unterschiede auf. Die Untertanen Ihrer Majestät der Queen leben bei 8 % Belastung der britischen Volkswirtschaft für Gesundheitskosten auch nicht kürzer als die Deutschen bei mehr als 11 % Belastung. Das meiste Geld im medizinisch technischen Bereich verbrauchen die USA. Die Lebenserwartung der Bevölkerung dort ist aber sogar signifikant kürzer als in Deutschland. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass ca. ein Drittel der Bevölkerung sich die hohen Kosten der Absicherung für den Krankheitsfall nicht leisten kann, dass ein Großteil der ärztlichen Aufwendungen zur Vermeidung von Haftpflichtfällen getätigt wird und dass die Steuerung des Systems durch die subjektiven Wünsche der Patienten auch Nachteile für die objektiven Resultate der Versorgung haben kann.

Die Bedeutung der Versorgungsforschung

Mittlerweile befasst sich ein Heer von Versorgungsforschern mit diesen Fragen. Für sie ist Deutschland ein Eldorado. Hierzulande sind wegen des dualen Systems Vergleiche zwischen den Steuerungsfolgen der Patientenwünsche und den Auswirkungen politischer Entscheidungen möglich. Das sind Erfahrungen aus zwei Welten mit unterschiedlichen Wertungen und Prioritäten. Wenn man PKV und GKV angleichen will – und dies sollte man versuchen! –, so muss dies behutsam unter ständiger Begleitung durch die Versorgungsforschung geschehen. Der Fortschritt erfolgt dann zwangsläufig im Schneckentempo.

Was aber wäre gewonnen, wenn man die Bürgerversicherung mit der Brechstange einführen würde? Keines der gravierenden Probleme der Über-, Unter- und Fehlversorgung wäre gelöst und die finanziellen Mittel der PKV müssten durch die GKV aufgebracht werden oder sie würden fehlen, was die Leistungselastizität des Systems vermindern könnte.

Die Entmachtung der Frösche ist unverzichtbar

Frösche sind als Labortiere der physiologischen, medizinischen und biologischen Forschung besonders gut untersucht. Sie leben in Sümpfen, vermehren sich durch Eier, aus denen Kaulquappen schlüpfen, ernähren sich von Insekten, die sie mit ihren Augen nur dann sehen, wenn sie eine bestimmte Fluggeschwindigkeit aufweisen. Die schnappen sie reflexartig mit ihrer Zunge. Unbewegliche Objekte sehen sie gar nicht, langsam bewegliche schattige Phänomene, wie sie zum Beispiel durch anfliegende Störche ausgelöst werden könnten, lösen Fluchtreflexe aus. Aus der Sicht von uns Menschen haben Frösche somit ein sehr eingeschränktes Weltbild. Solange sie in feuchter Umgebung mit hinreichend vielen Insekten und Schutz vor Störchen durch dichtes Schilf leben können, schadet ihnen die sehr begrenzte Wahrnehmungsmöglichkeit ihres Lebensraums nicht. Vergleicht man das deutsche Gesundheitswesen mit seiner begrenzten Überschaubarkeit mit einem Sumpf, der trockengelegt werden soll, so darf man damit nicht die Frösche beauftragen. Denn diese sehen nur Insekten, z.B. EBM-Punkte, die sie sich schnappen, und Störche, z. B. drohende Regresse, vor denen sie sich verkriechen, aber keine Reformnotwendigkeiten. Für Letztere weisen ihr Gesichtssinn und ihr Nervensystem keine Voraussetzungen auf. Selbst wenn die Frösche intelligenter wären, dürfte man ihnen gerade deshalb nicht den Auftrag erteilen, die Sümpfe trockenzulegen. Sie würden dann ja ihren Lebensraum beschützen und dadurch ihre Zukunft sichern.

Jahrzehntelang haben sich Vorstände, Weiterbildungsausschüsse und Versammlungen der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern wie die Frösche verhalten. Sie haben immer mehr Fachgebiete und Spezialisierungstatbe-

stände geschaffen und die Ärzte in spezialisierter Weiterbildung vermehrt wie die Kaulquappen. Und da der Sumpf bis jetzt groß genug war und die Zahl der Mücken und anderer Insekten für die Ernährung ausreichte, sind sie fast alle zu spezialisierten Fröschen mit Weiterbildungsabschluss herangewachsen. Nur einige Kaulquappen hatten im Sumpf nicht mehr genug Platz. Sie landeten auf dem Trockenen und mussten Fachärzte für Allgemeinmedizin werden. Dabei haben sie es gelernt, mit wenigen Mücken auszukommen und sich auch unter kargen Lebensbedingungen einzurichten. Dies gelang aber nicht vielen, so dass die Froschpopulation in den Sümpfen überhand nahm, mit dem Resultat, dass die Insekten nicht mehr für alle reichten. So kamen zunächst einige auf die Idee, sich von den Parasiten der Igel zu ernähren. Doch das ist eine andere Geschichte.

Die wundersame Fachvermehrung durch die Bundesärztekammer ist schon vor vier Jahrzehnten durch die Hausärzte in den Gremien der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen als Problem angesprochen worden. In einigen Bundesländern, zum Beispiel in Niedersachsen, hat dies bereits vor 30 Jahren zu einer massiven Förderung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin geführt, die aus einem Honorarabschlag von 0,25 % des Gesamthonorars der Kassenärztli-

Vergleicht man das deutsche Gesundheitswesen mit einem Sumpf, so darf man die Frösche nicht mit der Trockenlegung beauftragen.

chen Vereinigung finanziert wurde. Das Programm war erfolgreich und hat ausreichende Nachwuchszahlen im Flächenland Niedersachsen für die hausärztliche Versorgung generiert. Aber 1993 gewann eine Facharztmehrheit die KV-Wahlen und löste anschließend den Strukturfonds auf. Es folgte ein fachärztlicher Niederlassungsboom – auch in Niedersachsen – durch die Torschlusspanik, die durch die Zulassungsbedingungen des GSG von 1992 ausgelöst wurde. Innerhalb nur eines Jahres wuchs die Zahl der niedergelassenen Fachärzte um etwa 10 %. Wenn heute insbesondere in Ballungsgebieten Überversorgung beklagt wird, und auf dem Lande

selbst für die hausärztliche Versorgung der Nachwuchs fehlt, dann sind diese Probleme nicht vom Himmel gefallen, sondern durch eine wenig vorausschauende Beschlusslage der Parlamente und durch mangelnde Orientierung von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen am Versorgungsbedarf der Bevölkerung erzeugt worden. Die beteiligten Akteure, auch Vorstände von Krankenkassen, haben sich verhalten wie Frösche.

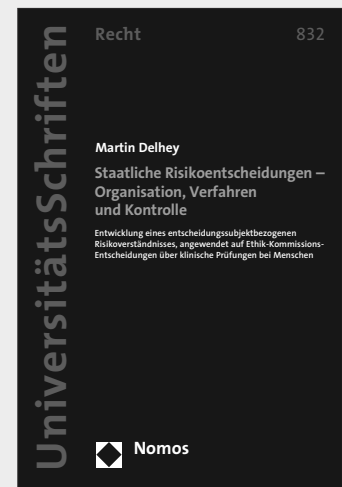
Interessenpolitik hat ihre eigene Logik. Der durch die Gewerkschaft Marburger Bund geführte Ärztenachwuchs hat dafür gesorgt, dass die Allgemeinmedizin bis zur Wiedervereinigung keine Chance bekam. Man wollte die tariflich optimal abgesicherte Fachweiterbildung im Krankenhaus. Erst durch die auf diesem Gebiet erfahrenen Kollegen aus den neuen Bundesländern bekam die Allgemeinmedizin eine Chance. Die Spezialisten hatten in den letzten 20 Jahren Mehrheiten, um in den Kassenärztlichen Vereinigungen Gebührenordnungs- und Honorarverteilungsregeln nach ihren Wünschen durchzusetzen. Dabei ist es ihnen auch gelungen, hausärztliche Honoraranteile in fachärztliches Honorar zu verwandeln. Die finanzielle Benachteiligung durch die KV wurde stets begleitet durch lizenzierte Sonderrechte einzelner Spezialgebiete durch die Weiterbildungsordnung. Die Honorarverlagerung zugunsten der Spezialisten wurde dadurch erleichtert, dass man für Hausärzte und Fachärzte die gleiche Gebührenordnungsstruktur geschaffen hat, wobei die Fachärzte sich eine Kostenstruktur ohne Leistungsanteile von Berufsgenossenschafts-, Privathonorars- und Igeleistungsanteilen berücksichtigen ließen. Für Inanspruchnahmen durch Patienten ohne Überweisung wurde das gleiche Honorar fällig wie bei Leistungen auf Überweisung. Künftig sollte man Überweisungsleistungen bei Fachärzten höher bezahlen als primär durch den Patienten ausgelöste Leistungen. Letztere gehören zur Primärversorgung und sollten immer nur den Vergütungsanteil auslösen, der im jeweiligen Fachgebiet auch bei den pauschal vergüteten Hausärzten anteilig fällig würde. Hausärzte sollte man durch strukturierte Pauschalen nach den Erfahrungen der Selektivverträge bezahlen, Fachärzte sollten im Überweisungsfall Einzelleistungsvergütung erhalten aber bei direkter Inanspruchnahme durch Patienten oder bei

Wiederbestellung durch Fachärzte nur einen Teil der Hausarztvergütung. Es würde dann für Fachärzte profitabler, Überweisungsfälle in ihrem Spezialgebiet abzuarbeiten und Hausärzte zu coachen statt durch pekuniär motivierte Routinen Warteschlangenprobleme zu erzeugen.

Obendrein sind die auf dem Nährboden der Vergütungsfehlreize gewachsenen zahlreichen Subspezialitäten ohne fachliche Koordination tätig geworden. Otto Normalverbraucher und Lieschen Müller sind als typische Patienten ohne ausreichende medizinische Sachkunde die wichtigsten Koordinatoren im deutschen Gesundheitswesen. Den Abschluss dieser Versumpfung bilden ständig wachsende Igeleistungsanteile.

Es ist nun fünf Minuten nach Zwölf und ohne nichtärztliches Assistenzpersonal und ohne Umwandlung von bereits weitergebildeten Spezialgebietsärzten in Hausärzte wird bei zunehmend geriatrischem Versorgungsbedarf die Sicherstellung der Primärversorgung wohl kaum möglich sein. Besonders gefährlich ist ein Attentismus, der sich nun mittlerweile auch bei den Hausärzten etabliert. Diese haben nämlich oft trotz der Förderprogramme finanzielle Nachteile, wenn sie Weiterbildungsassistenten in ihrer Praxis beschäftigen. Allein durch liberalere Organisationsregeln für MVZ und I.V. lässt sich dies nicht ändern. Die Weiterbildung ausreichender Nachwuchszahlen im Angestelltenverhältnis muß auch in diesen Organisationen bezahlt werden. Durch ausschließlich klinisch weitergebildete Internisten oder durch Ausländer wird sich der Mangel an weitergebildeten Allgemeinärzten nicht ausgleichen lassen – wenn die Patientenorientierung nicht nur ein Lippenbekenntnis sein soll. Nur in der Allgemeinmedizin gibt es einen obligatorischen Erfahrungszeitraum von zwei Jahren unter Praxisbedingungen, und d.h. unter Bedingungen einer nicht vorselektierten Patienten Klientel. Im Krankenhaus finden sich selbst in den Ambulanzen nur vorsortierte Patienten, wobei eine Gliederung nach medizinischen Fächern, technischen Methoden und Organisationsprinzipien die Aufteilung der Patienten bestimmt.

Ohne Vorstrukturierung der Krankheitsbehandlung arbeitet nur die hausärztliche Praxis. Nur dort kann man Allgemeinmedizin lernen. Leider hat dies selbst in der Ärzteschaft noch nicht jeder verstanden. ■



Staatliche Risikoentscheidungen – Organisation, Verfahren und Kontrolle

Entwicklung eines entscheidungs-subjektbezogenen Risikoverständnisses, angewendet auf Ethik-Kommissions-Entscheidungen über klinische Prüfungen bei Menschen

Von Martin Delhey

2014, 424 S., brosch., 99,- €
ISBN 978-3-8487-0719-5

(Nomos Universitätschriften –
Recht, Bd. 832)

Ausgehend von einem entscheidungs-subjektbezogenen Risikoverständnis werden die Anforderungen an Organisation, Verfahren und Kontrolle staatlicher Risikoentscheidungen untersucht und auf Ethik-Kommissions-Entscheidungen über die Durchführung klinischer Arzneimittel- und Medizinprodukteprüfungen bei Menschen übertragen.

Portofreie Buch-Bestellungen
unter www.nomos-shop.de/21392

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos