

Standpunkte und Erwartungen der Bundesärztekammer an eine Gesundheitsstrukturreform¹⁾

Ich weiß es als ein Privileg zu schätzen, wenn ich als Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer in Ihrer Kammerversammlung zu diesem so wichtigen Thema reden und mit Ihnen diskutieren darf.

Ihr Präsident, Professor Schulze, hat mich ausdrücklich ermuntert, bei meinen Ausführungen den Blick in die Zukunft zu richten. So möchte ich mit Ihnen gemeinsam die Chance nutzen, und eine Zukunftswerkstatt einrichten, in der auch quer gedacht werden darf. Dies bedeutet dann aber auch, dass nicht alles, was ich Ihnen vortrage abgestimmtes Gedankengut oder feste Beschlusslage der Bundesärztekammer ist. Meine Ausführungen möchte ich untergliedern:

- *Nach erstens, einem kurzen Bericht zur Lage beim Gesetzgebungsverfahren, möchte ich*
- *zweitens eingehen auf die Frage „Brauchen wir überhaupt eine Gesundheitsreform?“*
- *die Antwort hängt drittens von den Problembereichen, in denen wir stecken, ab und*
- *ich werde viertens die Forderungen nach mehr Ehrlichkeit und Transparenz begründen sowie*
- *fünftens Lösungsansätze auf den verschiedenen Verantwortungsebenen zur Diskussion stellen.*
- *Im sechsten Teil meines Beitrages werde ich der Frage nachgehen, ob das Solidarprinzip in einem rationierenden Gesundheitswesen erhalten bleiben kann.*

1. Lagebericht

Was das Gesetzgebungsverfahren angeht, so können wir nur hoffen und wohl davon ausgehen, dass es scheitert. Die Mehrheit im Bundesrat wird den Gesetzentwurf, der im Bundestag am 4. November unter chaotischen Bedin-



Prof. Dr. Fuchs

gungen verabschiedet wurde, auch im Vermittlungsausschuss nicht so verbessern können, dass aus ihm noch ein gutes Gesetz wird. Denkbar wäre allenfalls, dass das Vermittlungsverfahren noch über die Zeit bis nach den Landtagswahlen in Schleswig-Holstein und auch Nordrhein-Westfalen verschleppt wird – quasi als Wahlkampfthema. Wahrscheinlicher ist es, dass wir Anfang des Jahres 2000 ein reines zustimmungsfreies Kostendämpfungsgesetz bekommen.

Wenn wir bis zum 1.1.2000 kein neues Gesundheitsstrukturreformgesetz bekommen, dann ist dies erst mal gut so. Denn das, was die Bundesregierung, auch gegen den Rat ihr wohlgesonnener Experten, versucht durchzusetzen, ist durch seine alleinige ökonomische Orientierung im Kern patientenfeindlich und zerstört die Patienten-Arzt-Beziehung. Aus ideologischen Gründen wird mit planwirtschaftlichen Mitteln und mit Bürokratisierung im Übermaß ein international anerkanntes Gesundheitswesen zerstört.

Bei dieser cursorischen Bewertung möchte ich es belassen und lediglich anfügen, daß die deutsche Ärzteschaft es der Gesellschaft schuldig war und ist, auf die schlimmen Fehlentwicklungen in diesem Gesetzentwurf öffentlich hinzuweisen. **Wir haben durch die Protest-**

aktionen im „Bündnis Gesundheit 2000“ auf Bundesebene und Sie mit dem „Sächsischen Bündnis Gesundheit 2000“ auf Landesebene, ebenso wie die anderen Landesärztekammern, sehr viel erreicht:

den erstmaligen Zusammenschluss nahezu aller Gesundheitsberufe gegen diesen Gesetzentwurf. Die Verhinderung dieses Gesetzes zum 1.1.2000 wäre ein großartiger Erfolg. Erfolge in der Politik bedeuten ja nicht immer nur die Frage, was man erreicht hat, sondern auch, was man verhindert hat.

Die Ärzteschaft muss sich aktiv und konstruktiv weiterhin in die Gestaltung unseres Gesundheitswesens einmischen. Die Verhältnisse sind zu komplex, als dass wir sie den Politikern allein überlassen dürfen. Ich denke, wir müssen den Politikern, die ja für unser Gesundheitswesen die Letztverantwortung tragen, klugen Rat und diesen überzeugend erteilen. Nur dann haben wir als Ärzteschaft und als ärztliche Selbstverwaltung die Chance, ernst genommen zu werden. Es versteht sich von selber, dass es in dieser Diskussion nicht um Arzteinkommen geht, sondern um das Gewicht, das die Gesellschaft dem Rat der Ärzteschaft beimisst.

Nur wenn wir ernst genommen werden, können wir mitgestalten, nur wenn wir mitgestalten können, bleiben die gute Patientenversorgung in Deutschland und die Motivation der Ärztinnen und Ärzte erhalten. Ich sehe im übrigen auch die Chance, dass im kommenden Jahr ein gruppen- und parteienübergreifender Dialog zur Neugestaltung des Gesundheitswesens begonnen wird. Auf diesen Neuanfang müssen wir uns vorbereiten. Aber auch wenn ein solcher Dialog nicht zustande kommen sollte, müssen wir die eigenen Vorstellungen einer guten Patientenversorgung als Meßlatte für Vorschläge Dritter permanent fortschreiben und öffentlich machen.

2. Brauchen wir eine Strukturreform? Die Frage, ob wir überhaupt eine Gesundheitsstrukturreform brauchen, habe

¹ Herr Prof. Dr. Fuchs hielt diesen Vortrag auf der 21. Kammerversammlung der SLÄK am 13. 11. 99 in Dresden

ich mittelbar schon bejaht. In Deutschland und auch in Europa sind die Medizin und die Gesellschaft in einer solch dynamischen Entwicklung, dass es immer wieder der gesetzlichen Nachjustierung bedarf. **Drei Gründe** will ich nur nennen:

1. *Zwingenden Handlungsbedarf sehe ich allein deshalb, weil 10 Jahre nach der Wende der Risikostrukturausgleich in Deutschland vereinheitlicht werden muss mit der Zielsetzung, die heute noch existierenden unterschiedlichen Versorgungsrealitäten in Ost und West zu überwinden.*

2. *Die Bundesregierung hat sich durch das auf ein Jahr befristete Vorschaltgesetz in unnötigen Zugzwang und in zusätzliche Finanzierungsprobleme durch die Rücknahme bei den Zuzahlungen gebracht. Dabei wurde die Dimension der an sich zu regelnden Fragen ebenso verkannt wie von der Vorgängerregierung. Die zentrale Frage lautet nämlich: Was ist, wenn die Mittel nicht reichen?*

3. *Wir dürfen die Augen nicht länger vor der Tatsache verschließen, dass die Mittel zur Finanzierung unseres Gesundheitswesens durch die beitragspflichtigen Einnahmen in der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht mehr gedeckt werden können. Es ist verantwortungslos und unredlich, wenn von politischer Seite weiterhin der Bevölkerung vorgegaukelt wird, auch der medizinische Fortschritt sei in Zukunft durch die Erschließung von Einsparreserven noch zu finanzieren.*

Diese Mittelknappheit will ich nun im dritten Teil meiner Ausführung näher begründen.

3. Problembereiche

Im Kern sind verschiedene Problemkomplexe anzusprechen.

Ich will beginnen mit der Ausgabenseite der GKV:

Hier sehe ich das Problem eines gewaltigen kostenintensiven medizinischen Fortschritts. Allein die neuesten Entwicklungen im Arzneimittelbereich zur

Behandlung von AIDS-Patienten, von Hepatis-C-Trägern oder von neurodegenerativ Erkrankten sind milliarden-schwer, können aber den Patienten nicht vorenthalten werden. Gleiches gilt für den Sektor Organersatz oder im Bereich der Genmedizin. Dieser medizinische Fortschritt ist nicht nur in sich kostenintensiv. Er produziert auch gesunde Alte und länger lebende Kranke. Walter Krämer spricht von der „Fortschrittsfalle“. Ich teile seine These, wonach wir nicht deshalb viele Kranke haben, weil die Medizin untätig ist, sondern weil so viele Menschen überleben, die früher längst gestorben wären. Dies wollen wir und wir können stolz auf diese Entwicklung sein. Nur hat diese Entwicklung ihre Kehrseite: Das Gesundheitssystem wird unersättlich.

Der Gesundheitsökonom Jürgen Wasem aus Greifswald hat bei der Anhörung zum GKV-Reformgesetz 2000 auf folgende Zahlen hingewiesen: Von 1976 – dem Beginn der Kostendämpfungspolitik in der alten Bundesrepublik – bis heute stieg das Bruttoinlandsprodukt (BIP) um etwa 4,3 % pro Jahr. Die Leistungsausgaben der GKV wuchsen weniger stark, nämlich 4,1 %. Entscheidend ist der Hinweis, dass die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV nur um 3,3 % gewachsen sind. Hier öffnet sich eindeutig eine Schere, die in die Zukunft projiziert, nach meiner festen Überzeugung in eine Rationierung führen muss. Andere Ökonomen verweisen auf die rückläufige Lohnquote, die Folge einer hohen Arbeitslosigkeit und vieler Billigarbeitsplätze ist. Die Kopplung der GKV-Einnahmen an die Lohnentwicklung ist vor diesem Hintergrund höchst problematisch. Die negative Lohnsummenentwicklung von -0,48 % in den neuen Bundesländern wird eben nicht flankiert von einer rückläufigen Krankheitslast. Die Krankheitslast wird eher größer!

Zur Ausgabenseite:

Ebenso deutlich und selbstkritisch sollte

die Ärzteschaft aber auch die Probleme auf der Ausgabenseite der GKV identifizieren und angehen, die mit Überversorgung, Verschwendung und ineffizientem Einsatz der noch zur Verfügung stehenden Mittel verbunden sind. Als Beispiel nenne ich nur die Verbesserungsmöglichkeiten auf den Sektoren ambulant/stationäre Integration, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Wir müssen uns kritisch mit den Überkapazitäten im Gesundheitswesen auseinandersetzen.

Andererseits wäre es aber auch vermessens zu behaupten, dass der konsequente Ausbau der Qualitätssicherung mit flächendeckender Anwendung von evidenz-basierten Leitlinien unser Gesundheitssystem billiger macht. Wir alle kennen Versorgungssektoren, in denen Mangelsituationen festzustellen sind. Als Beispiele nenne ich nur Gerontopsychiatrie und Drogentherapie oder die Behandlung von Hepatitis C.

Machen wir uns nichts vor:

Infolge von Mittelknappheit werden Einmalartikel wiederverwendet, werden Patienten vorzeitig aus Krankenhäusern entlassen, weil noch Gefährdetere aufgenommen werden müssen und werden weniger gute Medikamente verordnet, weil sie billiger sind. Es handelt sich dabei in meinen Augen um Fälle, in denen suboptimale Versorgung stattfindet und wo Risiken eingegangen werden. Dies geht über Rationalisierung hinaus.

Ich habe damit Beispiele benannt, wo aus Gründen der aktuellen Mittelknappheit auf kostengünstigere Maßnahmen zurückgegriffen wird und statistische Risiken eingegangen werden, die im Einzelfall noch vertretbar sein mögen, weil sie das Maß des Notwendigen eventuell noch nicht unterschreiten. Diese Einschätzung ist deshalb möglich, weil für viele Versorgungsbereiche das medizinisch notwendige nicht so klar umrissen ist, dass eine rationierende Unterversorgung auch klar belegbar wird.

Deshalb mag es überzogen sein, ein sol-

ches Ausnutzen von Ermessensspielräumen als Rationierung zu bezeichnen. Es handelt sich um ein verdecktes und impliziertes Absenken des Versorgungsniveaus, was aber einen Verstoß gegen den ‚State of the Art‘ darstellen kann.

Die Ärzteschaft muss deshalb die Gefahr erkennen und benennen, die besteht, wenn Patienten unzureichend versorgt werden. Der Übergang zum Vorenthalten von medizinisch notwendigen Maßnahmen ist verschwommen.

Meine nüchterne Zwischenbilanz lautet: Es besteht kein Zweifel, dass auch in dem so reich ausgestatteten deutschen Gesundheitswesen rationiert wird. Es ist nicht die Frage, ob diese Rationierung stattfindet, sondern eher in welcher Form. Auf keinen Fall darf es dazu kommen, dass notwendige Maßnahmen aus Kostengründen unterlassen werden.

So plädiere ich dafür, mit dem Begriff ‚Rationierung‘ differenziert und behutsam umzugehen. Die Anwendung des Begriffs ‚Rationierung‘ ist vielfältig und schillernd. Die einen verwenden diesen Begriff schon, weil nicht alles medizinisch sinnvolle oder wünschenswerte auch realisiert werden kann. Dabei wird verkannt, dass die Mittel naturgemäß begrenzt sind und verteilt werden müssen. Würde man dies leugnen, wäre es schon Ausdruck von Rationierung, wenn nicht alle Menschen Luxusartikel wie z. B. Kreuzfahrten zur Verfügung haben.

Eine andere Situation stellt sich dar, wenn auf einer Kreuzfahrt das Schiff untergeht und die Rettungsboote knapp sind. In dieser Situation mit Triageähnlichem Charakter ist es durchaus angebracht, von Rationierung zu sprechen. Es scheint aber auch nicht zwingend geboten, den Begriff ‚Rationierung‘ an akute Notsituationen, an Kriege oder an Katastrophen zu binden.

Angemessen erscheint es eher, von Rationierung in der Medizin dann auszugehen, wenn die von der Solidargemeinschaft abgedeckten Leistungen unter dem Niveau des anerkannt medizinisch notwendigen liegen. Meines Erachtens

liegt dann Rationierung vor, wenn aus Gründen der Mittelknappheit an sich notwendige medizinische Maßnahmen vorenthalten werden müssen. Dabei spielt es keine Rolle, ob dies bewusst oder unbewusst geschieht und auch nicht, ob die Knappheit der Mittel naturgegeben ist wie bei Organen zur Transplantation, oder administrativ vorgegeben, so etwa als Gesetz oder als Verordnung.

Es werden verschiedene Formen der Rationierung beschrieben:

Als harte Rationierung gelten solche Formen, in denen ein Zukauf der Leistungen nicht möglich ist. Von weicher Rationierung spricht man, wenn die Mittel über das Maß der Zuteilung hinaus noch beschafft werden könnten. Ein Übergang zwischen harter und weicher Rationierung ist vor allem dann dankbar, wenn bei offenen Grenzen die angestrebte medizinische Leistung im Ausland zugekauft werden kann. Die ist, wenn auch selten, bei der Nierentransplantation zu beobachten.

Bei der direkten Rationierung handelt es sich um eine konkrete Einzelfallentscheidung auf der Mikroebene. Eine indirekte Rationierung liegt dann vor, wenn oberhalb der Mikroebene Rationierungsentscheidungen unter statistischen Gesichtspunkten getroffen werden.

Von verdeckter Rationierung sollte man sprechen, wenn keine Transparenz über die Zuteilungskriterien besteht und wenn die Rationierung nicht deklariert, sondern verschleiert wird.

So wurden die Zugangsbeschränkungen zur Dialysebehandlung bei über 60jährigen im National Health Service von Großbritannien durch das Instrument der ‚barmherzigen Lüge‘ zum Teil kaschiert. Verdeckte Rationierung kann nur auf den ersten Blick sozial verträglich sein, weil sie bei den Betroffenen auf mehr Akzeptanz stößt. Letztlich beruht sie aber auf einem Indikationschwandel. Die Leistungsbegrenzung

wird mit schicksalhaften Fakten umschrieben oder es werden Komplikationsmöglichkeiten einer an sich notwendigen Behandlung so übertrieben dargestellt, dass die Patienten Abstand nehmen. Die konsentierten Verteilungsmechanismen erfolgen heimlich. Heimliche oder verdeckte Rationierung ist ein verhängnisvoller gesellschaftlicher Sprengsatz.

Mit Nachdruck ist zu fordern, dass, wenn Rationierung unabdingbar ist, dies offen geschieht. Dies bedeutet Transparenz der Zuteilungskriterien unter medizinischen, ökonomischen, ethischen und sozialpolitischen Aspekten. Nur eine offene Rationierung ermöglicht die Nachvollziehbarkeit der individuellen und gesellschaftlichen Verteilungsentscheidungen. Dies gilt letztlich auch für diejenigen, die negativ betroffen sind.

Explizite Rationierung bedeutet der ausdrücklich Ausschluss von Patienten oder Patientengruppen von einem bestimmten Leistungsgeschehen nach von außen festgelegten Regeln. Als ein solches Ausschlusskriterium wurde in den Niederlanden z.B. eine Altersgrenze für herzchirurgische Eingriffe diskutiert. Ein Beispiel für explizite Rationierung liefert das Gesundheitssystem in Oregon, wo Lebertransplantationen bei Sozialhilfeempfängern nicht durchgeführt werden.

Demgegenüber ist die implizite Rationierung die nicht ausdrückliche, unabänderliche vom System oder von der Natur vorgegebene Notwendigkeit der Mittelzuteilung. Neben den Beispielen aus der Transplantationsmedizin nennt Eckard Nagel Engpässe bei bereitgestellten Verbrennungsbetten oder in der onkologischen Chirurgie. Letztlich ist die implizite Rationierung nicht neu. Es handelt sich um den Umgang mit Versorgungsengpässen, die seit Jahrzehnten bekannt sind und deren beschränkende Wirkung es täglich zu überwinden gilt. Es wird versucht, innerhalb des vorgegebenen Rahmens den jeweils größtmöglichen Nutzen für den Patienten zu erzielen.

Soweit mein Exkurs zum Begriff Rationierung.

Die Antwort der rot-grünen Koalition auf die verschiedenen Formen der Rationierung in unserem Gesundheitswesen ist völlig unzureichend. Die gesetzliche Fixierung eines Budgets, das starr an die Lohnentwicklung gekoppelt ist, verkennt den ordnungspolitischen Auftrag des Gesetzgebers. Dieser Auftrag lautet: Orientierung am Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Politik nach Kassenlage muss sich rächen.

Für die Ärzteschaft und auch die übrigen Leistungserbringer wird die Lage insofern prekär, als sie durch Budgets unterschiedlichen Rechtskreisen unterworfen sind. Es handelt sich um den unauflösbaren Konflikt zwischen Patienteninteresse und Budgets. In Deutschland findet dieser Konflikt seinen Ausdruck im Spannungsfeld zwischen Arzthaftungsrecht und Sorgfaltsstandards einerseits und sozialrechtlichen Vorgaben des Sozialgesetzbuches V andererseits. Nachfolgende Übersicht zeigt deutlich, in welchem Spannungsfeld sich die Ärzteschaft befindet:

1. *Das Betrachtungsziel ist nach den Gesichtspunkten des Arzthaftungsrechtes immer der individuelle Patient. Wird durch das Sozialrecht ein Budget vorgegeben, sind statistische Erwägungen und Risiken einzubeziehen.*

2. *Die Entscheidungsebene ist nach dem Arzthaftungsrecht die Mikroebene: also das konkrete Arzt-Patienten-Verhältnis, das Sozialrecht erfordert Betrachtungen auf der Makroebene: also der politischen Entscheidungsebene.*

3. *Die Risikobewertung erfolgt nach dem deutschen Arzthaftungsrecht bis hin zum Strafrecht immer ex post, d.h. im Nachhinein. Bei vorgegebenen Budgets müssen die statistischen Risiken ex ante, d.h. für die Zukunft eingegangen werden.*

4. *Dahinter verbirgt sich ein Wandel im Verständnis des Wirtschaftlichkeitsbegriffes der Ökonomen. Über viele Jahr-*

zehnte wurde in Deutschland der Wirtschaftlichkeitsbegriff nach dem Minimalprinzip definiert. Dies bedeutet, dass der Arzt ein bestimmtes Therapieziel vor Augen hat und dieses Ziel mit minimalem Ressourceneinsatz zu erreichen trachtet. Bei vorgegebenen Budgets muss das Maximalprinzip des Wirtschaftlichkeitsbegriffes gelten, dies bedeutet, der Arzt prüft als erstes, wie viel Mittel ihm zur Verfügung stehen und definiert davon abhängig sein Behandlungsziel. Dies kann heißen, dass das Ziel Gesundheit des Patienten nicht verfolgt wird, weil es zu teuer ist.

5. *Die davon berührte Rechtsmaterie ist einmal die Berufsordnung der deutschen Ärzte, in der festgeschrieben ist, dass die Sorgfaltsstandards einzuhalten sind. Diese Rechtsmaterie steht im Widerspruch zum Kassenarztrecht, das die Einhaltung der Budgets regelt.*

Wir müssen feststellen, dass die Einhaltung der Rechtsordnung nicht gewahrt ist. Die Sorgfaltsstandards im Zivilrecht stehen im Widerspruch zu den Forderungen des Sozialrechtes. Man kann vom Arzt nach dem Haftungsrecht nicht mehr erwarten, als es ihm das Sozialrecht ermöglicht.

Perfide ist dann der zusätzliche Trick, dass die sektoralen Budgets für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel an das Arzteinkommen gekoppelt werden. Dies bedeutet im Prinzip, dass der Arzt an sich notwendige medizinische Leistungen den Patienten vorenthalten muss, wenn er sein Einkommen schützen will. Dies entspricht der Situation, dass einem Feuerwehrmann das Gehalt gekürzt wird, weil er bei einem Löscheinsatz mehr Wasser verbrauchte als ursprünglich geplant.

Man kann nur hoffen, dass der Feuerwehrmann nicht aus persönlichem Interesse handelt, nämlich es brennen zu lassen. Ärzte lassen es jedoch nicht brennen. Es lässt sich zweifelsfrei belegen: Trotz des Stellenabbaus beim Krankenhauspersonal wird die Patientenversorgung nur noch aufrecht erhal-

ten durch viele Millionen unbezahlte Überstunden. Diese Überstunden können wegen des Personalmangels noch nicht einmal abgefeiert werden!

Was hier passiert, ist die Verlagerung des Morbiditäts-, Fortschritts- und Haftungsrisikos auf die Leistungserbringer. Wenn das Gesetz so käme, würde der Gesetzgeber letztlich die heimliche Rationierung durch Ärzte provozieren. Das Patienten-Arzt-Verhältnis würde damit systematisch zerstört.

4. Mehr Transparenz und Ehrlichkeit

Ich plädiere statt dessen dafür, einen gesellschaftlichen Diskurs zu eröffnen, der die Probleme und Zielkonflikte im deutschen Gesundheitswesen identifiziert. Anstelle von Machtspielchen und Schuldzuweisungen plädiere ich für mehr Ehrlichkeit und Transparenz zu der Frage, ob und wenn ja wie die medizinisch notwendigen Leistungen innerhalb unseres Solidarsystems finanziert werden sollen.

Unser Solidarsystem genießt eine breite gesellschaftliche Akzeptanz. Es wagt aber doch kaum ein Politiker anzusprechen, dass unser Gesundheitswesen nicht mehr finanzierbar ist, und dass das Solidarsystem durch Rationierung hochgradig gefährdet wird.

Mehr Ehrlichkeit und Transparenz bedeuten erstens, dass wir Ärzte uns selbstkritisch mit dem Vorwurf der Verschwendung auseinandersetzen müssen. Wir müssen zweitens bereit sein, das medizinisch-notwendige aus beiden Richtungen zu durchleuchten, nämlich aus dem Blickwinkel der Unterversorgung wie auch der Überversorgung. Dass Falschabrechnungen und Betrug zu ahnden sind, versteht sich dabei von selber.

Ein neues und großes Anliegen ist drittens das Thema Patienteninformation. Dabei geht es nicht nur um die Aufklärung über medizinische Sachverhalte und um den offenen Umgang mit Patientenrechten. Gerade weil die Mittel knapp sind, wollen und müssen die Pa-

tienten in Zukunft stärker als bisher über das individuelle Leistungsgeschehen aufgeklärt sein. Gerade weil heimliche Rationierung die große Gefahr für ein intaktes Patienten-Arzt-Verhältnis ist, stellt der für die Patienten nachvollziehbare Umgang mit den knappen Ressourcen einen Schutz gegen die Zerstörung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt dar.

An einzelne Politiker und an die Arbeitgeberseite adressiert kann ich mir vierens im Zusammenhang mit der Forderung nach mehr Ehrlichkeit den Hinweis auf den Mythos von den angeblich so fatalen Lohnnebenkosten nicht verkneifen. Der Politologe Bernhard Braun aus Bremen hat kürzlich auf einer Tagung in Hannover vorgerechnet, dass eine Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV um 10 % den Preis eines tausend Mark teuren Produktes nur um eine Mark steigern würde. Die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft ist somit wohl nicht fundamental gefährdet! Ehrlicher wäre es fünftens, auch den Verschiebepark mit den versicherungsfremden Leistungen zu beenden. Hier geht es um zweistellige Milliardenbeträge. Mutterschaftsgelder sind ein berechtigtes gesellschaftliches Anliegen. Mutterschaft ist keine Krankheit. Daher gehören diese Gelder steuerfinanziert und nicht finanziert aus GKV-Beiträgen. Im übrigen, wäre nicht der Beitragssatz der Rentenversicherung für die Krankenversicherung der Rentner auf 11 % festgelegt worden, hätten die Gesetzlichen Krankenversicherungen 12 Milliarden DM mehr Einnahmen. Die nun vorgesehene Begrenzung des Rentenzuwachses auf die Inflationsrate führt zur Mindereinnahme in der GKV in Höhe von 3 Milliarden. Dies sind nur zwei Beispiele politischer Verschiebepark auf der Einnahmenseite.

Ich denke, ein offener Umgang mit solchen Verwerfungen und Fehlentwicklungen bringt uns eher weiter als jedes Versteckspiel.

5. Lösungsansätze

Wenn es um die Entwicklung von Lösungsansätzen geht, so müssen wir mehrere Aspekte im Auge behalten:

1. Rationalisierung und Rationierung und
2. die Fragen der Verbesserung der Finanzierungslage der GKV, sowohl auf der Ausgaben- wie auf der Einnahmenseite.

Angesichts dieses Mixes von Problemfeldern ist es hilfreich, sich klarzumachen, auf welchen Verantwortungsebenen Entscheidungen getroffen werden müssen:

Ich unterscheide **3 Ebenen** :

1. *Makroebene (Politik): Gesetzliche Rahmenbedingungen; Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt; Festlegung der Budgets.*
2. *Mesoebene (Verwaltung): Verhandlungsebene der Selbstverwaltung; Aufteilung des Budgets auf verschiedene Bereiche wie Prävention und Gesundheitsförderung, kurative Medizin, Rehabilitation; Einteilung von Bevölkerungsgruppen nach regionalen Kriterien, Alter, Geschlecht oder Krankheitsgruppen;*
3. *Mikroebene (Arzt oder andere Gesundheitsberufe): Aufwendungen für den konkreten Einzelpatienten; Diagnose- und Therapieentscheidungen.*

Wichtig bei diesem Modell ist es, allein schon die Frage zu klären, von welcher Ebene das Primat der Steuerung ausgehen soll. So kann man anhand dieses Modells Gesundheitssysteme vergleichen:

In der Zeit der DDR ging das Primat der Steuerung von der Makroebene aus. Das war Planwirtschaft. Die Ebene 2 – sofern es eine gab – und insbesondere die Ebene 3 mussten sehen, wie sie mit der Mitelvorgabe der Ebene 1 auskam.

Für die Bundesrepublik gab es bis zum Ende der achtziger Jahre eine Prädominanz der Ebene 3: Die Finanzierung des Gesundheitswesens in den alten Bundesländern erfolgte nach dem Bedarf. Je mehr jedoch die Kosten im

Gesundheitswesen aus dem Ruder zu laufen drohten, desto stärker wurden gegensteuernde Kräfte. Die zwischen Kassen und Leistungserbringern vereinbarten Richtgrößen, Sonderentgelte und Fallpauschalen, Pflegesätze und Arzneimittelbudgets sind m.E. Ausdruck für eine zunehmende Dominanz der Ebene 2. Diese Dominanz war und ist so lange in Ordnung, wie auf dieser Ebene ausreichende Budgets und in fairer Partnerschaft verhandelt werden. Es geht um ein Gleichgewicht der Kräfte.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zerstört dieses Gleichgewicht, in dem ein von der Makroebene diktiertes Budget dem Gesamtsystem übergestülpt wird und die GKVen zum Erfüllungshelfen dieses Preisdiktates degenerieren. Administrativ wird es für die Kassen dadurch einfacher. Für die Patienten und die Leistungserbringer ist diese Entwicklung fatal. Anscheinend haben dies nun einige Kassenvertreter auch erkannt. Ich möchte mit großem Nachdruck dafür plädieren, dass das Prinzip der Dominanz von Ebene 2 nicht nur beibehalten sondern auch ausgebaut wird, und zwar in fairer Partnerschaft.

Gerade wenn es in Zukunft verstärkt um Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen geht, hat die Ebene 2 noch am ehesten die erforderliche Kompetenz. Die Politik ist völlig überfordert, allein schon mit dem medizinischen Fortschritt angemessen umzugehen. Ihre Letztverantwortung für alles ist unbestritten, sie sollte sich jedoch auf die Formulierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen beschränken und von dirigistischer Regelungswut ablassen.

Wenn nun schon rationiert werden muss, so kann dies aus ordnungspolitischen Gründen nur unter statistischen Gesichtspunkten geschehen, z.B. durch Bereitstellung einer bestimmten Zahl von Rettungshubschraubern in einem Bundesland oder durch die Ausweisung einer bestimmten Zahl von herzchirurgischen Zentren. Die Dichte dieser Einrichtungen beeinflusst dann die Länge

der Wartelisten, auf denen u.U. auch Leben bedroht ist.

Die Mesoebene kann dafür keine Verantwortung übernehmen. Die Verantwortung liegt allein bei der Makroebene. Die Mesoebene kann wohl aber fachlichen Rat erteilen und weitergeben, wenn auf der Mikroebene Versorgungsdefizite auftreten.

In jedem Fall müssen die Verantwortungsträger auf der Mikroebene soweit wie irgend möglich davor geschützt werden, rationierende Entscheidungen zu treffen.

Ergänzend zum Zusammenspiel der drei Ebenen möchte ich die Erwartungen an die jeweiligen Ebenen skizzieren.

5.1 Die Ärztinnen und Ärzte auf der Mikroebene tragen eine große Verantwortung. Es geht in erster Linie um den Schutz und die angemessene Versorgung der Patienten in einem von Rationierung geprägten Gesundheitssystem. Die knappen und noch verfügbaren Mittel müssen optimal eingesetzt werden. Ich fürchte, dass es mit dem Ausbau der Qualitätssicherung, auch wenn dies in aller Konsequenz geschieht, allein nicht getan ist. Optimaler Einsatz knapper Mittel wirft die Fragen nach der gerechten Verteilung auf. Es geht um ethische Prinzipien, nach denen zugeteilt werden kann. Dies setzt bei den Entscheidungsträgern hohe ethische Kompetenz voraus. Im übrigen ist diese Problematik nicht völlig neu. Wir kennen sie z.B. aus der Transplantationsmedizin.

Ich gehe davon aus, dass von all dem das Berufsbild der Ärzte nicht unberührt bleibt.

5.2 Wichtigste Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung auf der Mesoebene wird es sein, die Ärztinnen und Ärzte auf der Mikroebene in ihrer Berufsausübung so zu unterstützen, dass es diesen Freude bereitet, ihren Beruf auszuüben. Vor allem motivierte Ärzte sind gute Ärzte. Verstärkt wird es auf der Mesoebene darum gehen müssen, Handreichungen

zu entwickeln, zu speziellen Fragen der Berufsausübung auf den Gebieten des medizinischen Fortschritts, der Ethik, des Rechts oder der Ökonomie. Ich halte wenig davon, das gesamte Gesundheitswesen mit Leitlinien zu überziehen: Allerdings gehe ich davon aus, dass im Gesundheitswesen der Zukunft case-management und evidence based medicine an Bedeutung gewinnen.

Absehbar ist auch, dass die ärztliche Selbstverwaltung sich dem Thema „Vernetzte Versorgung“ stärker zuwenden muss. Dabei geht es nicht nur um eine Optimierung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung und um Schutz des Sicherstellungsauftrags. Ein Gesundheitssystem der Zukunft, das ärztlicherseits patientenzentriert ist, muss Versorgungsketten vorsehen, beginnend bei der ambulanten Versorgung, über die stationäre Behandlung bis hin zur Rehabilitation. Auch wenn ich um die Brisanz der Thematik weiß, werfe ich die Frage auf, ob nicht mittelfristig der ärztliche Sicherstellungsauftrag neu definiert werden muss, d.h. die ambulant und stationär tätigen Ärzte sollten zusammengeführt werden. Fernziel wäre dann eine einheitliche ärztliche Selbstverwaltung. Alle Verhandlungen auf der Mesoebene müssten sich orientieren am Versorgungsbedarf der Versicherten und den Kranken. Die von den Kassen und von der Krankenseite gemeinsam mit der Ärzteschaft gestaltete Selbstverwaltung braucht Freiräume und keine bürokratischen Fesseln. Ausdruck einer fairen Partnerschaft wäre, dass die Gesundheitsdaten gemeinsam gesammelt und ausgewertet werden und dass Modellprojekte gemeinsam vereinbart und evaluiert werden. In diesem Zusammenhang messe ich der Vereinbarung von Versorgungszielen große Bedeutung bei. Zu den Vorschlägen der Ärzteschaft gehört auch die Einrichtung eines Steuerungsgremiums auf der Selbstverwaltungsebene:

Die Leistungserbringer und die Kassen sollten gemeinsam mit dem Bundesge-

sundheitsministerium ein kontinuierliches Prüf- und Frühwarnsystem mit dem Ziel einrichten, dass festgestellt wird, ob das Globalbudget eine ausreichende Finanzierungsgrundlage darstellt und wo medizinisch notwendige Leistungen nicht mehr bezahlbar sind und das Budget deshalb den medizinischen Notwendigkeiten angepasst werden muss.

5.3 Was die Makroebene anbelangt, so wird diese – ich erwähnte es schon – die Letztverantwortung für die rationierenden Rahmenbedingungen übernehmen müssen. Besonders wichtig wäre in diesem Zusammenhang die Änderung des Haftungsrechts mit dem Ziel, dies mit dem Sozialrecht und seinen Budgetvorgaben in Einklang zu bringen.

Erwähnt sei auch, dass dem Bundesgesetzgeber die Verpflichtung obliegt, die Entwicklung des europäischen Rechts auf dem Sektor Öffentliche Gesundheit und Sozialschutz im Auge zu behalten und mitzugestalten.

Mit diesen Hinweisen habe ich versucht, darzulegen, dass die Themen Mittelknappheit und Rationierung im Gesundheitswesen nicht in ein Horrorszenarium münden müssen, wenn man sie ehrlich und offen angeht. Die Themen sind keine Objekte der Schuldzuweisung, sie können vielmehr in einem öffentlichen gesellschaftlichen Diskurs – wenn auch schwierigen – Lösungen zugeführt werden. Dies vor allem dann, wenn die jeweiligen Entscheidungsträger auf den drei Ebenen ihre spezifische Verantwortung übernehmen.

6. Solidarsystem und Rationierung?

Durch das Ringen um Lösungen im Spannungsfeld zwischen Rationalisierung und Rationierung als glaubwürdig ausgewiesen, ist es dann auch legitim, wenn die Ärzteschaft an die Gesellschaft die Frage stellt, ob nicht doch mehr Mittel für das Gesundheitswesen bereitgestellt werden müssen, um den Rationierungsdruck zu mindern.

Würde jemand riskieren, eine solche Vi-

sion zu entwickeln, müsste er bestimmte Prämissen beachten, die sich gegenwärtig als konsolidierte gesellschaftliche Präferenzen und als Megatrends identifizieren lassen. Dazu zähle ich:

1. Bestmögliche medizinische Versorgung
2. Beibehaltung des Solidarprinzips
3. Selbstbestimmung der Versicherten
4. Zugang zum Versorgungssystem für alle
5. Wettbewerb
6. Effizienter Einsatz der Mittel
7. Teilhabe am medizinischen Fortschritt.

Es käme der Quadratur des Kreises nahe, wollte man alle Prämissen in einem Modell gleichermaßen füllen wollen.

Als gedankliche Anregung könnte vielleicht folgendes diskutiert werden:

1. *Aufbau von Versicherteninformationssystemen*
2. *Versicherungsfremde Leistungen durch Steuerfinanzierung*
3. *Entwicklung eines kassenartenübergreifenden Katalogs medizinisch notwendiger Leistungen*
4. *Prozentuale Finanzierung des Leistungskatalogs aus dem Solidarsystem (Beihilfemodell), z. B. 90 % ?*
5. *Finanzierung alles Übrigen in Eigenverantwortung, freiwillig und im Wettbewerb (inklusive Härteklausele)*
6. *Erweiterung der Finanzierungsgrundlagen der GKV (z.B. Einnahmen aus Mieten und Kapitalvermögen).*

Diese Vision hat den Charme, dass die Patienten in die Lage versetzt werden, aus eigener Kompetenz mitentscheiden zu können. Sie können Zusatzleistungen wählen und auf bestimmte Angebote wie Akupunktur oder Phytotherapie ausdehnen, ohne dass es auf Kosten der Solidargemeinschaft geht.

Die Flurbereinigung des Leistungskatalogs, die Eliminierung versicherungsfremder Leistungen aus dem GKV-System und die Verbreiterung der GKV-Einnahmen in Verbindung mit der erzie-

herischen Wirkung der Eigenbeteiligung mit dem Ziel der Eigenverantwortung wird es dann noch länger ermöglichen, auch teuren medizinischen Fortschritt zu finanzieren.

Ich fasse in einigen Punkten zusammen: Diese Punkte sind nur eine Auswahl dessen, wo mir eine vertiefende Diskussion erforderlich erscheint.

1. *Das Patienten-Arzt-Verhältnis muss bei allen einschlägigen gesetzlichen Regelungen geschützt bleiben. Dazu gehört die professionelle Entscheidungsfreiheit des Arztes und der uneingeschränkte Schutz des Patientengeheimnisses.*

2. *Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung muss auf dem im Sozialgesetzbuch V vorgesehenen Umfang des Notwendigen, Zweckmäßigen und Ausreichenden zurückgeführt werden. Es ist klar, dass dies wirtschaftlich erbracht werden muss. Verschwendung darf es nicht geben. Auch nicht durch Ärzte.*

3. *Versicherungsfremde Leistungen, die aus gesellschaftlichem Interesse und aus politischen Gründen gewährt werden, müssen entweder aufgegeben oder durch Steuermittel finanziert werden.*

4. *Leistungen, die nicht wissenschaftlich begründet sind oder mehr der individuellen Lebensführung dienen als der Gesundheit, dürfen nicht aus der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Dies gilt auch für populistische Maßnahmen wie fachfremde Verbraucherberatung. Die gesetzliche Krankenversicherung ist keine Lifestyle-Agentur.*

5. *Es ist zu prüfen, inwieweit die Finanzierungsbasis der GKV über Arbeitseinkommen hinaus auf weitere Einkommensarten ausgedehnt werden kann.*

6. *Die Steuerung des Gesundheitswesens muss durch partnerschaftliche und vertragliche Bindungen der Beteiligten erhalten bleiben. Das Gleichgewicht der Kräfte zwischen den Partnern der Selbstverwaltung darf nicht aufgelöst werden.*

7. *Die Selbstverwaltung muss transpa-*

rent und frei von staatlichem Dirigismus sein.

8. *Rationalisierung, Effizienzsteigerung, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sollten soweit wie irgend möglich von der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Kassen und Leistungserbringern in fairer Partnerschaft vorangetrieben werden. Staatliche Eingriffsverwaltung ist dabei fehl am Platz.*

9. *Auf der Selbstverwaltungsebene brauchen wir Mechanismen der permanenten Überprüfung dessen, was medizinisch notwendig ist. Dieser Leistungskatalog sollte kassenartenübergreifend im Solidarsystem finanziert werden.*

10. *Darüber hinaus gehende Leistungen sollten eigenverantwortlich getragen werden.*

11. *Eigenbeteiligung und Wettbewerb sind solange geeignete Instrumente der Steuerung, wie sie das Interesse der sozial Schwachen und das Solidarsystem respektieren.*

12. *Wir müssen uns darauf einstellen, dass vor allem in Folge des medizinischen Fortschritts an sich notwendige medizinische Maßnahmen nicht mehr innerhalb des Solidarsystems heutiger Prägung finanziert werden können. Es geht darum, eine neue Balance zu finden zwischen dem, was dem einzelnen zumutbar ist und was die Solidargemeinschaft zu tragen hat.*

13. *Auch ist die Frage zu klären, wie die knappen Mittel gerecht zugeteilt werden. Es geht dann um mehr als um die Effizienzprobleme. Die Frage der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen ist letztlich ein genuin-ethisches Problem. Dies bedeutet, wir müssen uns der Frage zuwenden, welche ethischen Prinzipien der Mittelzuweisung zugrunde liegen sollen.*

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Christoph Fuchs
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Straße 1
50931 Köln