

Thesen zum Gesundheitssystem aus Sicht des Arztes

Gleich an den Anfang möchte ich meine kritische Sicht auf die Marktallmacht im Hinblick auf unser Wertesystem und damit auch unsere Sozialsysteme stellen.

Schon Hegel hat in seiner Philosophie der Geschichte gezeigt, dass Zivilisationen aufgrund der Übersteigerung ihrer eigenen Hauptprinzipien zerfallen können.

Es ist zu befürchten, dass mit der Verabsolutierung des Marktprinzips heute bereits ein gefährlicher Weg beschritten wurde hin zu einem einseitigen Ökonomismus, der sich in alle Lebensbereiche ausbreitet. Kurzgreifende Kosten/Nutzen-Rechnungen dominieren immer stringenter die sozialen, geistigen und künstlerischen menschlichen Beziehungen.

Eine durchgehende Merkantilisierung und Kommerzialisierung droht das kulturelle Reservoir der Gesellschaft zu erschöpfen. Der Medizin wird auf diesem Weg durch Deprofessionalisierung „die Seele“ ausgetrieben – die Patienten-Arzt-Beziehung verkommt zum reinen Anbieter-Kunden-Geschäft.

Historische Entwicklung:

- Bismarcksche Krankenversicherung mit drei Grundelementen: Versicherungspflicht, Haftung des Arbeitgebers, Anspruch auf bestimmte Leistungen,
- „schutzbedürftiger Versicherungskreis“ nur etwa 10 Prozent der Gesamtbevölkerung,
- heute sind im Gegensatz zum 19. Jahrhundert deutlich über 90 Prozent der Bevölkerung in den Versicherungsschutz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einbezogen,
- hervorragende Standards in den sozialen Sicherungssystemen konnten sich dank eines stabilen Wirtschaftswachstums in Westdeutschland nach 1945 unbeeinträchtigt entwickeln,
- der medizinische Fortschritt blieb infolge von hohem Beitragsaufkommen bei noch weitgehender Vollbeschäftigung bezahlbar.

Doch die Wohlstandsjahre sind endgültig vorbei und so nimmt es nicht Wunder, dass in den letzten 20 Jahren etwa 19 Gesetze zur Kostendämpfung mit jeweils nur passageren Wirkungen verabschiedet wurden.

Das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004 hat den Patienten die Praxisgebühr und Zuzahlungen gebracht, uns Ärzten die neuen Versorgungsformen präsentiert. Die notwendige mittel- und langfristige Stabilisierung und Konsolidierung der GKV ist angesichts von Einnahmeschwund und Ausgabenexzess bisher nicht realisiert und somit eine Herkulesaufgabe, die nur durch die große Koalition gemeistert werden kann.

Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt, dass sie in diesem Jahr eine Lösung für die Systemfrage „Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung“ entwickeln wird. Hinter und vor den Kulissen wird intensiv an Konsenslinien eines sogenannten Poolmodells gearbeitet. Wir hoffen, dass damit der Grundstein für eine nachhaltige Finanzierung der GKV gelegt wurde.

Ein herausragender Faktor dieser Entwicklung ist das aktuelle Krankenkassensystem mit seiner mittlerweile in den Vor-

dergrund getretenen Steuerungsfunktion. In besonderem Maße fördert das System der Krankenkassen auch die Deprofessionalisierung des Arztberufes. Die Krankenkassen haben sich im Laufe der Jahrzehnte von der ihnen übertragenen Mittler- und Finanzierungsfunktion grundlegend entfernt. Die unternehmerische Dynamik lässt sie um Umsätze und Marktanteile kämpfen und ökonomische Ziele verfolgen. Sie sind eigenständige Wirtschaftsunternehmen, die sich am Wettbewerb beteiligen, auf die Gestaltung des Gesundheitswesens maßgeblich Einfluss nehmen und die fachliche Berufsausübung der Ärzte beeinflussen.

Die Rolle des Arztes erfährt heute im Zuge gesellschaftlicher Prozesse eine Neudefinition dadurch, dass die Entscheidungsbefugnis über die von ihm zu leistenden Tätigkeiten eingeengt wird. Der Arzt hat in seinen ureigenen Tätigkeitsfeldern zunehmend externe Vorschriften zu berücksichtigen (DMP, DRG, EBM etc.).

Der Arzt wird in ein Korsett aus Regelungen gespannt, das ihn zur Defensivmedizin zwingt, um keinen Schuldvorwürfen ausgesetzt zu sein. Dazu gehören fiskalpolitische, Stichwort Bonus-Malus, und verfahrenstechnische Vorschriften mit hohem

Thesen zum Gesundheitssystem aus Sicht des Arztes

Dokumentationsaufwand und viel Bürokratie. Der Arzt wird vom Gestalter zum Mitgestalter, vom Verantwortlichen zum Mitverantwortlichen. Die Selbstständigkeit des Arztes – wann, wie lange und zu welchen Kosten an Patienten medizinische Maßnahmen durchzuführen sind – unterliegt dabei zunehmend politischer Reglementierung und Einflussnahme durch Kostenträger. Auch dadurch verliert der Arztberuf in Deutschland an Attraktivität.

Welche Entwicklungen lehnen wir Ärzte ab:

- Gesundheitsreformen, die als reine Kostendämpfungsprogramme das Arzt-Patienten-Verhältnis und damit auch das Arztbild im Laufe der Zeit nachhaltig verändern,
- Zentralisierung kontra Föderalismus und Subsidiarität,
- ökonomische Vorgaben und praxisferner Expertenrat,
- Deprofessionalisierung des ärztlichen Berufes (Politiker, Ökonomen und Wirtschaftsleute sagen uns Ärzten, wie gute, heißt, sparsame Medizin vonstaten gehen soll),
- Rationierung von Sozialversicherungsleistungen
- Zielkonflikt bestehend aus Kostensenkung – Qualitätsverbesserung – Wettbewerb.

Jede Form einer Medizin, die den Ärzten starre Vorgaben macht, muss abgelehnt werden. Bevormundung durch normsetzende Eingriffsverwaltungen und sogenannte Gesundheitsexperten mit einseitiger ökonomischer Ausrichtung gefährden ein vertrauensvolles Patient-Arzt-Verhältnis und missachten sowohl den Willen als auch das Wohl des Patienten, der in seiner Autonomie zu respektieren ist.

Heute müssen wir uns die Fragen stellen:

- Besteht Chancengleichheit?
- Erhalten alle Menschen mit Krankheit und Behinderung unabhängig von ihrem Einkommen die notwendigen und zweckmäßigen Hilfen in Diagnos-

tik, Therapie, Prävention, Rehabilitation und sozialer Absicherung?

- Sind Menschen trotz Krankheit vor Armut geschützt?
- Bleiben sie in die Gesellschaft integriert oder werden sie dadurch mittelbar oder unmittelbar ausgegrenzt?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen benötigt man eine umfassende Gesundheitsberichterstattung sowie eine kontinuierliche Versorgungsforschung, die Wirkungen und Nebenwirkungen der Gesundheitsreformen kritisch analysiert. Das ist bisher in Deutschland unterentwickelt. Tatsächlich aber wird die finanzielle Situation der Krankenkassen in den Vordergrund gestellt und als Maßstab der Gesundheitspolitik genommen. Es besteht so die Gefahr einer Sozialpolitik nach „Kassenlage“ und die ist bei 4 Millionen Arbeitslosen fehl am Platze.

Auch deshalb müssen sich Ärzte an Ressourcen orientieren. Nichts ist deshalb gegen eine Ressourcenethik einzuwenden, die Verschwendung vermeidet. Abzulehnen ist jedoch ein Ökonomismus, der die Ärzte zunehmend als Teilnehmer eines wirtschaftlich orientierten Systems instrumentalisiert.

Wer, wie wir Ärzte, für die Gesundheit von Menschen verantwortlich ist, muss autonom entscheiden können und wenn nötig für dieses Recht auch mit Nachdruck bei Krankenkassen und Politik streiten. An dieser Stelle wird das Berufsethos von uns Ärzten deutlich herausgefordert – jenes hippokratische „Salus aegroti suprema lex“ – Das Wohl der Kranken ist höchstes Gesetz.

Natürlich erkennt die Ärzteschaft den grundlegenden Paradigmenwandel und die neuen Anspruchshorizonte der Arzt-Patienten-Beziehung und gestaltet diese aktiv mit.

Die aktuellen Stichworte lauten dazu:

- Zunahme der rational wissenschaftlichen Grundlagen einer evidence based medicine,

- Zunahme der Selbstbestimmung und Partnerschaft eines aufgeklärten Patienten,
- Zunahme der institutionellen Einbindung, Reglementierung in neue Versorgungsformen,
- Abnahme der Ressourcen und ökonomische Möglichkeiten der Medizin, von Siebolds als „Ausweisung aus dem gesundheitspolitischen Paradies“ beschrieben,
- wachsende Bedeutung der Prävention gegenüber der Therapie.

Für die Fortentwicklung eines zukunfts-fähigen finanzierbaren Gesundheitswesens in Deutschland sind aus ärztlicher Sicht folgende Punkte notwendig:

- Der Staat muss auch zukünftig seine Fürsorgepflicht mit Respekt gegenüber den Bürgern und unter Berücksichtigung des Sozialstaatsprinzips wahrnehmen.
- Die Patienten müssen über notwendigen Reformbedarf transparent informiert werden.
- Ein künftiges System muss auf den Prinzipien von Daseinsfürsorge, Eigenverantwortung und Wettbewerb aufbauen.
- Neue Präventions- und Gesundheitsstrategien sind zu erarbeiten.
- Die Implementierung von Integrierten Versorgungsmodellen sowie die Bildung und Verbesserung von Netzwerkstrukturen und **guten** DMP müssen erfolgen.
- Eine Definition von medizinischen Mindest- oder Basisleistungen ist im Zusammenwirken von Patienten, Ärzten und Entscheidungsträgern zu entwickeln (GKV-Katalog).
- Der Einsatz neuer Technologien, wie des elektronischen Arztausweises und der Gesundheitskarte muss die Effizienz des Gesundheitswesens verbessern.
- Die individuelle Entscheidung der Ärzte darf nicht durch staatliche Ver- und Gebote weiter beschränkt werden, gleiches gilt für Patienten in Bezug auf die freie Arzt- und Versicherungswahl.

Thesen zum Gesundheitssystem aus Sicht des Arztes

- Die Ökonomisierung der Medizin bewirkt eine Fremdsteuerung des Arztes durch Dritte. DRG und Budgets dürfen den Arzt als Führsprecher der Patienten nicht behindern.
- Bürokratie, Reglementierung und Rationierung sind abzubauen.

Die Ärzteschaft muss im Sinne einer Patienten- oder Gemeinwohlaufgabe in der Zukunft eine maßgebliche Verantwortung bei der kompetenten Beratung der Politik zur Struktur- und Prozessqualität des Gesundheitssystems sowie den zukünftigen medizinischen Basisleistungen übernehmen. Denn neben den Patienten selbst gibt es niemanden, der mit so viel Sachkenntnis, so viel persönlicher Erfahrung und sozialem Erleben heraus diese Beratungsfunktion übernehmen könnte.

Konkretisierung aus Sicht der Ärzteschaft:

- Gleicher Zugang zu einer ordentlichen und hochqualifizierten medizinischen Versorgung
- Anreize für eine Weiterentwicklung der Medizin.
- Grundsätzlich alle Einkommen für Beiträge zur Krankenversicherung einbeziehen und prozentual erheben.
- Arbeitgeberanteile schrittweise abbauen, um die Lohnnebenkosten zu senken.
- Staatliche Hilfe bei sozial Schwachen.
- Einziehen der Gesundheitsprämie über Finanzämter.
- Patienten sollten für ärztliche Leistung Rechnung erhalten (Kostenerstattung).
- Heilhilfsmittel wie Brillen, Hörgeräte und Ähnliches sind mit einem Festbetrag in die Erstattung einzubeziehen.
- Gebührenkatalog für ärztliche Leistungen, die nicht über die allgemeine Krankenversicherung abgedeckt werden.

Die Ärzteschaft sieht sich in der fachlichen Pflicht, Kriterien der gesundheitlichen Versorgung für die Zukunft zu defi-

nieren. An diesen wohlwogeneren Kriterien der Ärzteschaft sollten sich alle künftigen fiskalischen Systeme einer Krankenversicherungsreform ausrichten. Zugleich bedarf es der Fortentwicklung einer Heilkultur. Diese muss geprägt werden von:

- humaner Gesinnung,
- wirtschaftlichem Verständnis,
- menschlicher Haltung,
- Selbsterkenntnis,
- Wissenschaftlichkeit,
- Einfühlungsvermögen,
- ethische Reflexion,
- Bereitschaft zur Kommunikation.

Diese breit angelegte Entwicklung einer Heilkultur käme allen Bürgern unserer Gesellschaft zugute. Eine moderne Gesundheitspolitik sollte Heilungschancen für Patientinnen und Patienten höher bewerten als inflexible ökonomische Vorgaben. Das Vertrauensverhältnis von Patient und Arzt sollte auch nicht durch externe steuernde Eingriffe Dritter, im Rahmen strukturierter Versorgungsprogramme beeinträchtigt werden.

Die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung sollten jedoch immer so gestaltet werden, dass eine patientenzentrierte, qualitätsvolle Versorgung in Deutschland wieder möglich wird. Allerdings kann eine Konsolidierung der Sozialsysteme optimal erst mit der Beherrschung der Arbeitslosigkeit in Deutschland erreicht werden. Der zentrale Auftrag aller Beteiligten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung sollte in der skizzierten Weise erfüllt werden. Die vor uns stehenden Aufgaben sind weder mit Dirigismus noch mit Zweckoptimismus sondern nur mit klaren Konzepten, Qualitätsmanagement, Evaluation und Versorgungsforschung zu lösen.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze

Der Vortrag wurde unter dem Thema „Anforderungen an ein finanzierbares Gesundheitssystem“ am 12. Mai 2006 in Ludwigshafen gehalten.