

Wird unser krankes Gesundheitssystem endlich geheilt?

Unser Gesundheitssystem ist krank, sehr krank. Und zwar schon seit vielen Jahren, wir können also ohne weiteres sagen, daß es chronisch krank ist. Zuerst hat man versucht, durch Behandlung der einzelnen Symptome Herr über diesen Morbus zu werden, aber das half, wie immer in solchen Fällen, nur kurze Zeit. Die Krankheit breitete sich immer weiter aus, und inzwischen steckt der Patient in einer tiefen, tiefen Krise.

Die Lage ist so ernst, daß man jetzt mit radikalen Mitteln, man könnte sagen mit einer großen Operation, den Patienten zu heilen versucht. Darüber hinaus beschloß man, diesmal weniger auf den Rat der Mediziner zu hören, sondern setzte auf die Gesundheitsökonomie. So ist der Vorsitzende des Sachverständigenrates zwar der Epidemiologe Professor Friedrich W. Schwartz, an der Einführung neuer Systemstrukturen aber war maßgebend der Gesundheitsökonom Professor Karl W. Lauterbach beteiligt. Der Kölner Wissenschaftler ist überzeugt, daß seine Rezepte das marode und malade Gesundheitssystem sanieren werden.

Die verordneten Arzneien heißen RSA (Risikostrukturausgleich) und Disease Management. Der RSA soll die finanzielle Situation der einzelnen Krankenkassen besser steuern, und Disease-Management-Programme sollen für standardisierte Behandlung der sieben Volkskrankheiten, basierend auf der Evidence Based Medicine, sorgen und diese sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich durchsetzen. Die sieben Krankheiten sind: Diabetes mellitus, KHK, Asthma, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Bluthochdruck und Brustkrebs.

Lauterbach begründet sein Rezept wie folgt: "Die Kosten im Gesundheitswesen können nur beeinflusst werden über die Kranken, nicht bei den Gesunden, an die sich Angebote von Grund- und Wahlleistungen richten." Seiner

Meinung nach gibt es zwei Wege, um Kosten zu sparen. Entweder „kassiere ich bei den Kranken ab“, also die Zahlungen müssen erhöht werden, oder aber man verbessert die Betreuung der chronisch Kranken. Das wäre deshalb so wichtig, weil die chronisch kranken Patienten zwar nur 20 % der Versicherten ausmachen, aber 80 % der Kosten im Gesundheitswesen verursachen. Ergo postuliert Lauterbach: „Kostensenkung geht nur durch bessere Versorgung der chronisch Kranken, und für die gibt es keine privaten Zusatzversicherungen.“

Professor Jörg-Dietrich Hoppe, der Präsident der Bundesärztekammer, zeigte sich stark verärgert über diese Äußerungen vor der Presse in Berlin und nannte sie „überhitztes Sommertheater und Sommerloch-Attacke“. Lauterbachs Thesen klängen zwar populär und dogmatisch, seien aber wenig aufschlußreich. „Wer auf Teufel komm raus sparen will und die Preise drückt, braucht sich nicht zu wundern, wenn früher oder später die Qualität den Bach runtergeht“, davon ist Hoppe fest überzeugt. Die Debatte um die Qualität der Versorgung sei untrennbar mit der Finanzierung des Gesundheitswesens verbunden, sagte der BÄK-Präsident.

Der Vorsitzende des Sachverständigenrates Professor Friedrich W. Schwartz ist nicht ganz so radikal wie sein Kölner Kollege. Er will die Kassenleistungen erst noch genauer überprüfen und plädiert dafür, daß die Absicherung bei privaten Unfällen überdacht wird. Er fordert spezielle Unfallpolicen für Fußballer, Skifahrer oder Kraftfahrer. Die gesetzliche Krankenversicherung gebe 6 % ihrer Mittel für Unfälle aus, die meist selbst verursacht seien. Schwartz findet

auch kritische Worte für die Politiker: „Ich halte angesichts der Kassenlage der Krankenkassen die politischen Versprechungen einer unantastbaren Vollversorgung nicht für redlich. Natürlich gibt es im Gesundheitswesen einen Kern von Leistungen, die Leben und nachhaltige Gesundheit der Versicherten berühren.

„Ich halte angesichts der Kassenlage der Krankenkassen die politischen Versprechungen einer unantastbaren Vollversorgung für nicht redlich.“

Friedrich W. Schwartz

Hier darf ein im Sinne der Weltgesundheitsorganisation „regulierter“ Wettbewerb nur dafür sorgen, daß die betreffenden Leistungen effizienter, also besser und

kostengünstiger, erbracht werden...“

Die vom Sachverständigenrat vorgeschlagenen Disease-Management-Programme sollen auf freiwilliger Basis 2003 in Kraft treten. Sie sollen durch das Bundesversicherungsamt (BVA) überwacht werden, dem die Krankenkassen ihre Programme vorlegen müssen, damit sie die Zertifizierung und Akkreditierung bekommen. Die Kassen, die sich an Disease-Management-Programmen beteiligen, werden finanziell mit Geldern aus dem RSA unterstützt.

Die ärztlichen Körperschaften sehen die Pläne sehr skeptisch. Da im Gesetz nur die Krankenkassen erwähnt sind, fürchten sie, daß man ökonomischen Zwängen viel zu viel Wert beimessen wird und das medizinische Know How zu kurz kommt. Zwar werde man den Leitlinien gemäß der Evidence Based Medicine folgen, diese aber auf sehr niedrigem Level belassen und im Endeffekt würden die Patienten eher schlechter behandelt werden. Man versichere zwar, daß die Kassen den Rat der Mediziner einholen werden, nur könne es durchaus sein, daß die Rat gebenden Mediziner Angestellte der Krankenkassen seien, die mehr um das Wohl ihrer Arbeitgeber als das der Versicherten bedacht sein wer-

den... Die Lage ist ernst. Es ist nicht ausgeschlossen, daß ausgerechnet die großen Kassen AOK, BEK und DAK in der heißen Wahlkampfphase des nächsten Jahres aufgrund massiver Defizite ihre Beiträge stark erhöhen müssen. Das macht der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt große Sorgen. So hat sie Ende Juli angekündigt, daß es Erwägungen gebe, die Disease-Management-Programme von vier der sieben Volkskrankheiten, und zwar Diabetes, KHK, Bluthochdruck und Brustkrebs, um ein halbes

Jahr – etwa auf Mitte 2002 – vorzuziehen. Doch kaum wurde das bekannt, meldete sich der Präsident des Bundesversicherungsamts, Rainer Daubenbüchel, und erklärte in einem Presseinterview, daß „eine finanziell wirksame Umsetzung der Reform vor dem Jahr 2003 kaum möglich sein werde“. Er begründet das damit, daß das BVA als zentrale Kontrollinstanz im geplanten neuen Verteilungssystem nach dem Willen des Gesetzgebers „Völliges Neuland“ betreten müsse. „Wir werden die nötigen perso-

nellen und fachlichen Kapazitäten erst aufbauen müssen“ – so der Präsident der BVA.

Wie genau die geplanten Umstrukturierungen endgültig aussehen und beschlossen werden, wird die Ärzteschaft erst nach den Bundestagsberatungen im Herbst erfahren. Es wird mehr Veränderungen geben, als den Ärzten lieb sein dürfte. Eins jedenfalls scheint sicher zu sein: Für viele wird ihr Berufsleben in Zukunft nicht leichter werden.

Siegmond Kalinski

Übersetzung des Textes aus dem BMJ