

Die „Globalisierung“ der Märkte für Arbeit, Dienstleistungen und insbesondere Kapital hat unser Gesellschaftssystem verändert. Diese Veränderungen haben allein schon im Hinblick auf die mehr als vier Millionen Arbeitslosen in Deutschland auch zu beträchtlichen negativen Rückwirkungen auf das Gesundheitswesen geführt.

„Entrümpelung“ der GKV?

Zwar ist schon seit Jahren – beginnend im Kammer- und KV-Bereich von Nordrhein – ernsthaft die Rede davon, den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu „entrümpeln“ und das zunehmend ausufernde System der umfassenden Beratungs- und Sachleistungen zum scheinbaren Nulltarif allmählich und sozialverträglich umzurüsten. Widerspruch aus allen gesellschaftlichen Bereichen ließ jedoch nicht auf sich warten, und zwar mit den unterschiedlichsten, zum Teil durchaus honorigen, jedoch zumeist recht oberflächlichen und einseitigen Begründungen. Nun jedoch, da das bisherige System infolge der zunehmenden Arbeitslosigkeit in Deutschland selbst nach Ausschöpfung aller „Rationalisierungsréserven“ und trotz aller Budgetierungen und Beschränkungen einzuknicken droht, sind tragfähige Konzepte gefragt.

Soll unser sozial ausgelegtes Gesundheitssystem nicht vollends zusammenbrechen, d.h. sollen nicht Zwangsrationierungen und Qualitätsverluste die Regel werden, gilt es nicht nur, den „Firlefanz“ vollends wieder abzubauen, den die Krankenkassen in Verkennung dessen, auf welchen Feldern sich ihr Wettbewerb untereinander hätte abspielen sollen, unter der Flagge „Gesundheitsförderung“ in Gang gesetzt haben. Vielmehr ist auch erforderlich, die GKV von sachfremden Leistungen zu entbinden. Vor allem aber gilt es zudem, den Einstieg in ein sozialverträglich gestaltetes System von partiellen Selbstbeteiligungen der Patientinnen und Patienten zu wagen sowie Verfahren der Kostenerstattung durch die Krankenkassen, die nach der jüngsten „Reform“ im Gesundheitswesen (2. Neuordnungsgesetz) erlaubt sind, auch wirklich einzuführen (modifiziertes Sachleistungssystem).

Das anzustrebende Ziel muß gezwungenermaßen sein,

- einerseits gewisse Kostenentlastungen zugunsten der Krankenkassen zu bewirken und
- andererseits mehr Leistungstransparenz und Kostenbewußtsein zu erzielen,

T H E M A

Das Programm der IGEL

Ein Weg aus der Finanzierungskrise in der Gesetzlichen Krankenversicherung kann im Konzept der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL) gesehen werden. Zu diesem auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verfolgten Programm gehört es, behutsam und sozialverträglich den Leistungsanspruch der Versicherten neu zu definieren.

*von Hans Uwe Feldmann**

(seit über 20 Jahren) und trotz aller Budgetierungen und Beschränkungen (seit etwa zehn Jahren) – schon vor der „Globalisierung“ der Märkte – immer weiter in Richtung Abgrund getrieben worden ist. Es wurde eben immer wieder verkannt bzw. verdrängt, daß

- unser soziales Gesundheitswesen 1883 begründet wurde, um existentielle Gesundheitsrisiken echt Bedürftiger abzusichern,
- ein kollektiv finanziertes System schlichtweg aber nicht ohne eine gewisse zumutbare, einbindende Eigenverantwortlichkeit des einzelnen Versicherten auf Dauer begrenztbar ist, wie dies in anderen Worten auch der Bundespräsident auf dem 100. Deutschen Ärztetag im Mai in Eisenach gesagt hat.

Und dies zumal nicht,

- nachdem immer mehr bzw. heute nahezu alle Bevölkerungsgruppen (über 90 Prozent der Bevölkerung) eingebunden worden sind, die sich alles andere als solidarisch verhalten,
- nachdem Erwartungen und Ansprüche gesteigert wurden, jedenfalls gestiegen sind und das Gesundheitswesen heute durchweg als umfassendes Vollversorgungssystem angesehen wird,
- nachdem die Lebenserwartung der Versicherten und damit die Zahl chronisch Kranker deutlich zugenommen hat,
- nachdem die medizinischen, medizinisch-technischen und pharmakologischen Fortschritte nahezu explodiert sind und
- nachdem die Zahl der in Deutschland aus- und weitergebildeten Ärzte (1995/96: 273 900 berufstätige Ärzte) gesteigert worden ist, als ob die Bevölkerung

➤ d.h. insgesamt effektiver zu „wirtschaften“, da sonst der soziale Charakter der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu erhalten sein dürfte – mit allen Konsequenzen insbesondere für die sozial schwächeren und die älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger. Und das hat wahrlich nichts mit der Einführung einer Zweiklassen- oder Mehrklassen-Medizin zu tun, sondern eher damit, eine solche Entwicklung weitgehend zu verhindern.

Wer seine wie auch immer gefärbte Brille ablegt, kann eigentlich nicht anders, als eben zu erkennen, daß unser Gesundheitswesen trotz aller Dämpfungsmassnahmen

* Dr. med. Hans Uwe Feldmann ist Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein und des Redaktionsausschusses des „Rheinischen Ärzteblattes“.

ganz Westeuropas von deutschen Ärzten versorgt werden müßte.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL)

Um Entlastungen der GKV zu bewirken, wird seit dem vergangenen Jahr in einer Kommission auf der Ebene der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ein Katalog „Individueller Gesundheitsleistungen“ (IGEL) diskutiert, für deren Inanspruchnahme die Patientinnen/Patienten letztlich selbst bezahlen sollen. Bekannt geworden ist bislang der im Kasten unten aufgeführte, vorläufige Katalog.

Dieser vorläufige Katalog möglicher, d.h. beispielhaft aufgeführter und unbedingt seitens aller Ärzte-

Mögliche individuelle Gesundheitsleistungen

I. Präventive Leistungen:

- Vorsorge-Untersuchungen:
 - „Sport-Check“ vor Aufnahme und gegebenenfalls im Verlauf sportlicher Aktivitäten,
 - „General-Check“ (einschließlich Gastroskopie und Sonographie, gegebenenfalls aufbauend auf der sog. Gesundheitsuntersuchung),
 - Zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung („Intervall-Check“);
- Spezielle Beratungsleistungen:
 - Sportmedizinische Beratung,
 - Impfberatung vor Auslandsreisen,
 - Sonnenlicht-/Hauttyp-Beratung;
- Diagnostische Leistungen mit bildgebenden Verfahren:
 - Zusätzliche sonographische Schwangerschaftskontrolle („Sicherheits-Check“),
 - Sonographischer Check-up des Abdomens („Sono-Check“, alle drei Jahre),
 - Mammographie zur Früherkennung des Mammakarzinoms,
 - Duplex-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße („Schlaganfall-Vorsorge“),
 - Röntgenuntersuchung des Thorax zum Ausschluß eines Bronchialkarzinoms bei Symptomlosen;
- Laboratoriumsdiagnostische Leistungen:
 - TSH-Bestimmung bei Frauen ab 45 Jahren („Schilddrüsen-Vorsorge“),
 - Cholesterin-Bestimmung bei Kindern und Jugendlichen,
 - Bestimmung der BSG im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung,
 - Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) zur Krebsfrüherkennung,
 - Bestimmung von Tumormarkern,
 - Triple-Diagnostik zur Früherkennung des Morbus Down,
 - Toxoplasmose-Diagnostik in der Schwangerschaft;

II. Präventive Arzneimittel-Anwendungen:

- Osteoporose-Prävention (Östrogene, Biphosphonate),
- Infarkt-Prävention bei Gesunden mit z.B. Vitamin B oder ASS,
- Melatonin-Gaben zur Förderung des „allgemeinen Wohlbefindens“;

III. Alternativmedizinische Leistungen:

- Schmerzakupunktur,
- Akupunktur bei allergischen Erkrankungen,
- Sonstige Akupunktur-Leistungen;

IV. Umweltmedizinische Leistungen;

V. Prädiktive Untersuchungen von Genen;

- #### VI. Leistungen im Rahmen haftungsrechtlicher Absicherung („Defensivmedizin“, z.B.: Röntgenuntersuchung des Schädels bei Bagatellverletzungen des Kopfes).

gruppen noch zu diskutierender IGEL basiert auf der Annahme, daß es sehr wohl möglich ist, zwischen

- medizinisch (zwingend) notwendigen Leistungen, die in die Leistungspflicht der GKV fallen, und
- ärztlich empfehlenswerten Leistungen, die den Ermessensspielraum des Arztes ausmachen, zu unterscheiden.

Das Programm der IGEL wäre demnach durchaus ein Weg, stufenweise und sozialverträglich den Leistungsanspruch der Versicherten zu begrenzen, d.h. neu zu definieren. Zudem würde sich ein Feld eröffnen, auf dem die einzelnen Krankenkassen sinnvoll untereinander konkurrieren können. Auf der anderen Seite allerdings – und das muß klar sein – würde der Ermessensspielraum des einzelnen Arztes, und zwar quasi kollektiv für alle Ärzte eines Fachgebietes, eingeschränkt. Und dies wiederum bedeutet, daß das Programm der IGEL nur dann tragfähig wäre, wenn alle Vertragsärzte gleichermaßen eingebunden wären.

Pflicht-, Satzungs- und individuelle Leistungen

Mittlerweile hat das Programm der IGEL Eingang in Punkt 2 des Konzeptes des KBV-Vorstandes für die 11. Amtsperiode der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gefunden, das im Mai in Eisenach von der KBV-Vertreterversammlung gebilligt worden ist. Denn dort heißt es: „Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird sich ... nachdrücklich für eine vernünftige Gliederung des ärztlichen Leistungsangebots auf der Basis der nachfolgenden Dreiteilung einsetzen:

- Leistungen, die unabdingbar in den Pflichtleistungskatalog einer solidarischen Krankenversicherung gehören,
- Leistungen, die nicht im Pflichtleistungskatalog zuzuordnen sind, jedoch sinnvoll als Satzungsleistungen der Krankenkassen angeboten werden können,
- Leistungen, die nicht in den Zuständigkeitsbereich einer gesetzlichen Krankenversicherung gehören und daher von der Ärzteschaft den Bürgerinnen und Bürgern im direkten Vertragsverhältnis anzubieten sind. Insbesondere im letztgenannten Bereich der individuellen Gesundheitsleistungen ist in der Ärzteschaft, aber auch in der Öffentlichkeit das Bewußtsein dafür zu stärken, daß die Versichertenkarte keinesfalls einen automatischen und kostenfreien Zugang zu jeglicher Gesundheitsleistung eröffnet, sondern daß es sinnvolle ärztliche Leistungsangebote gibt, die nicht in den Zuständigkeitsbereich einer Gesetzlichen Krankenversicherung fallen.“

Die somit in Eisenach anvisierte Absage an allumfassende Pflichtleistungen seitens der Gesetzlichen Krankenkassen wird auch insofern Konsequenzen haben können, als dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen im 2. Neuordnungsgesetz die Kompetenz eingeräumt wird, den Pflichtleistungskatalog der GKV zu modifizieren, d.h. zu ändern und auch einzuschränken. Wesentlich wäre allerdings, das Programm der IGEL behutsam umzusetzen, d.h. das Programm als Steuerungsinstrument zu handhaben, z.B. also zunächst nur relativ wenige Leistungen definitiv aus dem GKV-Leistungskatalog auszugliedern, sowie alle medizinischen Fachgebiete in etwa gleichgewichtig einzubeziehen.

*Anschrift des Verfassers:
Dr. med. H.U. Feldmann, Kettwiger Straße 54, 45127 Essen*