

Medizinische Versorgung – schematisiert und rationiert?

Die Politik zeichnet ein verzerrtes Bild vom Gesundheitssystem in Deutschland – Eine neue soziale Krankenversicherung verlangt Ehrlichkeit und Generationengerechtigkeit

von Jörg-Dietrich Hoppe*



Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe: Verheimlichte Rationierung wird als Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit dargestellt. Foto: WAZ, Matthias Graben

Über den gegenwärtigen Zustand des Gesundheitssystems in Deutschland, die Hoffnungen und Befürchtungen der Bevölkerung und sinnvolle gesundheitspolitische Weichenstellungen referierte der Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, auf dem Politischen Forum Ruhr Ende Februar 2003 in der Messe Essen. Bei den über 1000 Teilnehmern, darunter waren auch zahlreiche Ärztinnen und Ärzte, stießen Hoppes Ausführungen auf großes Interesse. Das *Rheinische Ärzteblatt* veröffentlicht daher Auszüge des Referates:

Die Zufriedenheit mit unserer gesundheitlichen Versorgung ist in der deutschen Bevölkerung nach wie vor hoch bis sehr hoch. Allerdings bestehen zunehmend Befürchtungen und Misstrauen hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung – wahrscheinlich, weil die

nachhaltige veröffentlichte Kritik an der Effizienz und der Effektivität unseres Gesundheitswesens Wirkung zeigt, aber auch, weil die Patienten erfahren, dass ihnen bisher gewohnte Leistungen, aber auch Innovationen aus Kostengründen nur noch eingeschränkt oder sogar nicht zur Verfügung stehen.

Großes Vertrauen zu Gesundheitsberufen

Gleichwohl ist das Vertrauen unserer Bevölkerung zu den jetzt handelnden Angehörigen der Gesundheitsberufe nach wie vor besonders groß. Bei entsprechenden Umfragen stehen die Apotheker, die Krankenschwestern und -pfleger, die Berufspiloten und die Ärztinnen und Ärzte auf den ersten vier Plätzen, was mich für die Angehörigen unseres Berufes freut, als berufspolitischen Repräsentant aber auch sehr erstaunt, zeichnen doch unsere Gesundheitsökonom

und manche Medien – zum Teil bereits über Jahre hinweg, verstärkt aber in den vergangenen Wochen – ein ganz anders Bild.

Es wird behauptet, wir Ärztinnen und Ärzte seien schlecht ausgebildet, schlecht weitergebildet, also mangelhaft spezialistisch qualifiziert, wir seien fortbildungsunwillig, lieferten schlechte Qualität, pfuschten, arbeiteten grundsätzlich unwirtschaftlich, begingen Kunstfehler und vertuschten diese, verursachten in zigtausendfacher Zahl Todesfälle, seien geldgierig und betrügerisch. Dabei scheut man sich nicht, Einzelfälle zu verallgemeinern. Und unserem Gesundheitswesen wird insgesamt von den von wem auch immer ernannten Sachverständigen und Teilen der Politik – im Gegensatz zur Einschätzung der Bevölkerung und der Kranken selbst – ein vernichtendes Zeugnis ausgestellt.

Diffamierung auf höchster Ebene

So wurde am 5. Februar 2003 anlässlich der Vorstellung von Eckpunkten zur Modernisierung des Gesundheitswesens die Ausgangslage von der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung wie folgt beschrieben: „Wir haben ein leistungsfähiges Gesundheitswesen in Deutschland. Wir haben keine Wartelisten und auch keine Altersbeschränkungen für lebensnotwendige Operationen. Aber es gibt Fehl-, Über- und Unterversorgung. Das System ist zu teuer, teils wenig wirksam und zu wenig an den Erfordernissen der Patientinnen und Patienten

* Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe ist Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein. Der Beitrag beruht auf einem Vortrag, den er am 20. Februar 2003 vor dem Politischen Forum Ruhr in Essen gehalten hat.

orientiert. Das System ist ständigem Druck von Lobbyisten und Anbietern ausgesetzt; es gibt zu viele Anreize, auf Kosten der Beitragszahler ungenügende Leistungen zu erbringen.“

Schützenhilfe hat diese politische Denkweise aus Mitteilungen der OECD und der WHO erhalten. In diesen Publikationen ist die Bundesrepublik Deutschland bei der Beurteilung der Qualität der Gesundheitswesen in zahlreichen Ländern der Welt relativ schlecht platziert worden. Allerdings haben die genannten internationalen Organisationen lediglich zwei Messparameter benutzt, nämlich die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung und die Ausgaben für das Gesundheitswesen, gemessen am jeweiligen Bruttoinlandsprodukt.

Beide Daten, sowohl die BIP-anteiligen Ausgaben, als auch die Lebenserwartung, sind durch die von uns allen uneingeschränkt begrüßte Wiedervereinigung Deutschlands begründet. Weil unsere Mitmenschen aus der früheren DDR rein statistisch eine um zwei Jahre kürzere Lebenserwartung haben, ist im zusammengewachsenen Deutschland insgesamt die durchschnittliche statistische Lebenserwartung gesunken.

Weil die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger in den neuen Bundesländern sehr rasch nach der Wiedervereinigung nahezu auf dasselbe Niveau angestiegen sind, welches wir aus den alten Bundesländern kennen, der Anstieg des Bruttoinlandsproduktes aber deutlich abgeflacht ist, ist die Relation Bruttoinlandsprodukt zu Ausgaben im Gesundheitswesen von etwa 8,4 bis 8,7 Prozent auf jetzt knapp 11 Prozent zustande gekommen. Wäre also dasselbe Ranking im Jahre 1988 vorgenommen worden, hätte die Bundesrepublik Deutschland einen Spitzenplatz eingenommen.

Übrigens sind die beiden Ranking-Publikationen von OECD und WHO mittlerweile stark in der Kritik, weil die zugrunde gelegten Staaten nicht miteinander vergleichbar sind, schon wegen der historisch gewach-

senen unterschiedlichen Systeme. Die WHO hat bereits mitgeteilt, dass sie zwar die Gesundheitssysteme der Länder der Welt weiter beobachten werde, von einem Ranking in Zukunft aber Abstand nehmen wolle.

Anpassungsdruck auf Strukturen

Unser deutsches Gesundheitswesen zeichnet sich bisher aus durch Subsidiarität und Solidarität, durch eine gleichwertige und gleichmäßige Versorgung, durch freie Arztwahl, Therapiefreiheit für Patienten und Ärzte und – am wichtigsten – durch ein einklagbares Recht der Krankenversicherten auf medizinisch notwendige Leistungen. Unter den gegenwärtigen wirtschaftlichen und demographischen Bedingungen sowie angesichts der Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts gefährden jetzt die zunächst sehr erfolgreichen Strukturelemente aus der Aufbauphase der Gesetzlichen Krankenversicherung das System selbst. Dazu gehören vor allem die starre Anbindung der Krankenversicherungsbeiträge an die Entwicklung der Löhne und Gehälter trotz stetig abnehmender Lohnquote und das nach wie vor unbegrenzte Leistungsversprechen von Krankenversicherung und Politik trotz offensichtlicher Ressourcen-Knappheit.

Qualitätssicherung per Order

In Anlehnung an das im Vereinigten Königreich existierende National Institute for Clinical Excellence soll bei uns ein Deutsches Institut für Qualität in der Medizin errichtet werden, welches unter anderem die wissenschaftliche Bewertung des medizinischen Nutzens bei den wichtigsten Diagnose- und Behandlungsmethoden, die Überprüfung eines Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der Zielgenauigkeit von Indikationsstellungen sowie die Behandlung von chronischen Krankheiten mittels sogenannter Disease-Management-Programme beschreiben soll.

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenversicherung und

Leistungserbringern hat nur noch die juristische Umsetzung dieser Empfehlungen in das tatsächliche Leistungsgeschehen der Krankenversorgung vorzunehmen. Sie wird von einer gestaltenden Selbstverwaltung zu einer puren Auftragsadministration umfirmiert, mit der wesentlichen Aufgabe, die jeweiligen Mitglieder zu disziplinieren. Da wir heimliche oder auch verdeckte Rationierung bereits haben und dieser Vorgang abstrakt mit „Unterversorgung“ umschrieben ist (gedacht sei nur an Schmerztherapie, Patienten mit Morbus Alzheimer, mit Depressionen, Erkrankte an Hepatitis C, AIDS-Erkrankte oder manche Tumor-Erkrankte), gelangen wir damit in die verheimlichte Rationierung. Der Öffentlichkeit wird dies als „Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit“ zu vermitteln versucht.

Ökonomisierung der Patient-Arzt-Beziehung

Wir Ärztinnen und Ärzte fühlen uns inzwischen in einen Rahmen gezwängt, in dem die ärztlich-medizinischen Aspekte unterzugehen drohen.

Der System-Kollaps ist nur durch die Bereitschaft der im Gesundheitswesen Beschäftigten aufgeschoben, weil diese, nachgewiesen und sogar von der Gesundheitsministerin anerkannt, unbezahlte Arbeit in Milliarden-Euro-Höhe erbracht haben.

Die vor uns liegenden Probleme lassen sich durch das Engagement der Gesundheitsberufe allein nicht mehr kompensieren. Wir brauchen einen Systemwechsel in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, aber keinen Systemwechsel und schon gar keinen Kulturwechsel in der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Eine neue soziale Krankenversicherung, die auch in Zukunft gute Medizin für alle versprechen kann, wird nur dann entstehen, wenn wir das Verhältnis von Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung neu definieren, ehrlich miteinander umgehen und uns tatsächlich auch um Generationengerechtigkeit bemühen. Die deutsche Ärzteschaft und ihre Körperschaften stehen für eine solche soziale Krankenversicherung.