

Die hilflosen Helfer

Gesundheitsreform 2006

Christof Schnürer

Im November 2003 hatte ich zuletzt Gelegenheit in dieser Zeitschrift zu einer Gesundheitsreform Stellung zu nehmen. Das dazumal verabschiedete und zum 1.1.2004 in Kraft getretene »Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz« war seinerseits bereits eine Nachbesserung der »Jahrhundertreform« vom Jahre 2000, dem »GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000«, mit dem u.a. die Fallpauschalen in die Krankenhausvergütung eingeführt wurden.

Der Anlass für den Artikel mit dem Titel »Vom Geisteskampf um die Freiheit in Medizin und Wissenschaft«* war zwar nicht die damalige Gesundheitsreform, und sie stand auch nicht im Zentrum der Betrachtungen, sondern es ging um die von Peter Selg verfasste Biografie Gerhard Kienles (Dornach 2003). Dennoch, die damals aufgeworfenen Fragen haben ihre Aktualität nicht verloren, im Gegenteil, sie werden immer drängender. Insofern kann ich den an den Hintergründen der »Reformdiskussionen« interessierten Leser auf den genannten Artikel und auf die erwähnte Biografie verweisen.

Eckpunkte des Gesetzentwurfs

Betrachten wir zunächst wesentliche Eckpunkte des Gesetzentwurfs, auch wenn man nicht sicher sein kann, ob alle Kernvorhaben die parlamentarischen Beratungen unverändert oder überhaupt überstehen werden:

1. Nichtversicherte erhalten eine *Rückkehrmöglichkeit* in ihre jeweils letzte Versicherung.
2. Es besteht ein *Wahlrecht* der Versicherten für eine Vorsorge und Rehabilitationseinrichtung

(bisher wurde von den Kostenträgern die Klinik zumeist zugeteilt).

3. Versicherte erhalten mehr Möglichkeiten mit ihrem Arzt direkt abzurechnen und sich die Kosten von der Kasse erstatten zu lassen (die bisher kaum genutzte *Kostenerstattung*).

4. Geriatrische *Rehabilitationen* und *Mutter-/Vater-/Kind-Kuren* werden eine Pflichtleistung.

5. Die *Präventionsangebote* werden ausgedehnt.

6. So genannte *Hausarztmodelle* und die *Integrierte Versorgung* werden weiter ausgebaut.

7. Die Ärzte werden im *ambulanten* Bereich im Wesentlichen *pauschal* vergütet.

8. Krankenhäuser werden zu einem *Sanierungsbeitrag* in Höhe von 1 % ihres Budgets herangezogen (pauschale Kürzung der Einnahmen der Krankenhäuser).

9. Die Privaten Krankenversicherungen (PKV) werden verpflichtet, einen so genannten *Basistarif* anzubieten, und zwar jedem (ohne Risikoprüfung oder Ausschluss älterer oder kranker Menschen), der entweder vorher privat versichert war oder die Einkommensgrenze zur gesetzlichen Versicherungspflicht überschreitet (über mehr als drei Jahre). Die Prämien dürfen die Kosten für die Gesetzliche Kranken-Versicherung (GKV) nicht überschreiten, die Leistungen entsprechen denen der GKV. Das bedeutet zum Beispiel, dass nichtverschreibungspflichtige Medikamente nicht übernommen werden.

10. Die Finanzmittel werden in einem *Gesundheitsfonds* gesammelt, und zwar die gesetzlich und einheitlich festzulegenden Krankenkassenbeiträge der Versicherten, die der Arbeitgeber sowie Steuermittel. Der Fonds verteilt die Mittel an die Kassen nach Anzahl der Mitglieder, korrigiert durch Faktoren, die sich nach dem Alter, dem Krankheitsstatus und dem Geschlecht der Mitglieder richten (Risikoadjustierung). Die Kassen haben lediglich in einem eng gezo-

* CHRISTOF SCHNÜRER: *Vom Geisteskampf um die Freiheit in Medizin und Wissenschaft*, in: DIE DREI, NR. 11/2003, Seite 65 ff.

genen Rahmen (1 %) die Möglichkeit, wenn sie mit dem zugewiesenen Geld nicht auskommen, die Kosten auf die Versicherten abzuwälzen. Nun mag man durchaus positive und zukunftsweisende Ansätze in dem Gesetzesvorhaben der Großen Koalition sehen (Punkt 1 bis 6). Dennoch, der Hauptgrund für das Reformvorhaben ist wiederum die Finanzierungsnot. Seit 1981 ist dies der neunte Versuch, mit dem der Staat hofft, die ausufernden Kosten im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Auf das damalige »Krankenhauskostendämpfungsgesetz« folgte bereits drei Jahre später das »Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung«, 1988 das »Gesundheitsreformgesetz«, 1993 das »Gesundheitsstrukturgesetz«, 1996 das »Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben« (gilt ab 2000, siehe oben). Die »Gesetzeslage« im Sozialgesetzbuch (SGB V), die Vielzahl von Vorschriften, Gesetzen, Änderungen von Änderungen mit den entsprechenden Kommentaren, sind auch für den Fachmann inzwischen kaum noch zu durchschauen.

Ein gigantischer Apparat aus EDV, Kontrolleuren und Überwachern

Argumentativ durch die Finanzierungsproblematik gestützt, fühlt sich die Politik dazu aufgerufen, auch inhaltlich in die Heilkunde einzugreifen. Dies wird mit der staatlichen Fürsorgepflicht für seine Bürger begründet: Der Schutz vor Fehlbehandlungen und Scharlatanerie (Verbraucherschutz) soll auf diese Weise verbessert werden. Solche Eingriffe dienen darüber hinaus dem Gleichbehandlungsanspruch (Unter- oder Überversorgung) und der Gesundheitsvorsorge. Die Verantwortlichen scheinen jedoch nicht zu merken, dass sie in ihrem Eifer zunehmend in Freiheitsrechte der Bürger und der Wissenschaft eingreifen. Der zur Neutralität und zum Schutz der Freiheit der Wissenschaften verpflichtete Staat ergreift Partei für eine Weltanschauung, die ihren Ausdruck in den schulmedizinischen Paradigmen findet. Er stützt diese Weltsicht in ihrem Alleinvertre-

tungsanspruch sowohl finanziell durch Leistungsausgrenzungen konkurrierender Denksätze als auch durch Vorschriften, die mit dem Stempel »Qualitätssicherung« versehen sind. Statistische Verfahren sind es, die heute die Preise für Gesundheitsleistungen (nicht nur) im Krankenhaus bestimmen. Es sind nicht mehr die beteiligten Menschen, die sich zusammensetzen und darüber beraten, welche finanziellen Mittel nötig sind, um eine bestimmte Leistung im Gesundheitswesen zu erbringen. Ärzte in den Krankenhäusern müssen sich deswegen mehr um eine systemgerecht optimierte Verschlüsselung einer Krankheit sorgen als um die Zukunft des dahinter stehenden erkrankten Menschen. Die korrekte Zuordnung, der Diagnosecode wird – weil man den Beteiligten ja nie trauen kann – von »Controllern« überwacht und von den Kostenträgern nochmals geprüft. Ein gigantischer Datenverwaltungs- und Überwachungsapparat wurde und wird installiert – und das mit steigender Dynamik. Ein Apparat, der ohne aufwendige Informationssysteme, sprich Breitbandvernetzung und Hochleistungscomputer, nicht zu bändigen ist. Ressourcen, die vorher für die Patientenbetreuung, für Pflege, ärztliche Kompetenz und Therapien zur Verfügung standen, werden umgeleitet zur Bedienung einer zumeist unverständlichen komplexen EDV, zu Kontrolleuren und Überwachern eines Systems, dessen Botschaft zu sein scheint: Das Heil der Menschheit liegt in der Statistik.

Die Kosten steigen ungebremst weiter

Die dahinter liegenden Erwartungen, dass alles preiswerter und die Qualität der Versorgung besser wird, sind bisher nicht eingetreten. So wurde zwar die Liegedauer in den Krankenhäusern drastisch reduziert, im gleichen Maße sind aber die Kosten pro Fall und die Anzahl der Fälle gestiegen. Der Anstieg der Ausgaben für das Krankenhauswesen konnte so nicht gestoppt, geschweige denn umgekehrt werden. Noch deutlicher werden die Heilsbotschaften entschleiern, wenn man die Gesamtkosten im Gesundheitswesen anschaut: Sie stiegen – nach

kurzen Schockreaktionen in Folge der jeweiligen Reform – ungebremst weiter, die Qualität der Versorgung hat sich auch durch die Einführung so genannter »Disease-Management-Programme« (u.a. für den Diabetes mellitus) wohl kaum geändert. All das sind ja schließlich die Gründe für den erneuten Reformbedarf.

Auch wenn die Gesundheitsreform durchaus zukunftsweisende Einzelaspekte aufweist, so gehört nicht allzu viel Phantasie dazu, die nächste notwendige »Jahrhundertreform« vorherzusagen. Dem bisherigen Rhythmus folgend kann man sie zwischen 2009 und spätestens 2011 erwarten. Denn an den »strukturellen Problemen« des Gesundheitswesens, da sind sich die Fachleute einig, wird auch dieser Kompromiss der Koalitionäre und der geplante zentralistische Wasserkopf, genannt Gesundheitsfonds, nichts ändern. Die Finanzströme werden nur umgelenkt, die weiter steigenden Kosten werden auf den einzelnen Versicherten und den Kranken verlagert und die privat Versicherten werden an der Finanzierung des Gesamtsystems mehr beteiligt als bisher. Letztere werden es durch einen drastischen Anstieg der Prämien direkt und durch Steuerbelastungen indirekt verspüren.

Statistik und Gewinnmaximierung bemächtigen sich des Gesundheitswesens

Nun kann man die Politik für diese Entwicklungen kaum allein verantwortlich machen. Sie reagiert in immer hilfloserer Weise auf so genannte Sachzwänge und Vorgaben, die ihr aus dem Zeitgeist, der medizinischen Wissenschaft, von Fachleuten inspiriert, entgegenkommen. Nein, die eigentlichen Ursachen liegen in der Entgleisung der Heilkunde, die sich, von Ärzten angetrieben, zunehmend der Statistik, der Technik und dem Prinzip der Gewinnmaximierung unterworfen hat. Sie liegen in einer sich ins Maßlose gegenüber dem (technisch) Machbaren hinein entwickelnden Anspruchshaltung.

Das Gesundheitswesen hat eben ein »grundsätzliches Problem« und dieses kann man auf eine kurze Formel bringen: *Das Heilwesen selbst*

leidet an einer Suchtkrankheit (Abhängigkeit, Dosissteigerung und schmerzhafte Symptome bei Entzug). Es leidet aber noch mehr daran, dass es zunehmend nicht mehr von Menschen beherrscht wird, sondern von Verwaltungs- und statistischen Systemen.

Hinter dem Glauben an die Bedeutung statistischer Methoden steht ja heute die wissenschaftstheoretische Überzeugung, dass der individuelle Mensch nicht geeignet ist zur Gewinnung allgemeingültiger Erkenntnisse. Objektivierend und damit auch »gerechter«, der »Wahrheit« näher, seien streng formalisierte, statistische Systeme. Sie ersetzen das Urteil des angeblich erkenntnisunfähigen, von Wunschvorstellungen, Egoismen und Verblendungen beherrschten Individuums. Das ist das Paradigma, der Geist, der die Medizin heute weitgehend beherrscht. Das ungeteilte Interesse am Einzelmenschen, der »Heilerwille«, therapeutischer Mut, der auf die Entwicklungsmöglichkeiten eines Individuums ausgerichtet ist. Das sind Positionen für die man eher ein mitleidiges Lächeln ob solcher weltfremder Idealismen als Zustimmung ernten kann. Therapeutische Einstellungen, die sich Krankheit auch als Entwicklungsnotwendigkeit im Rahmen einer Biografie vorstellen können (z.B. Kinderkrankheiten als Übungsfeld des Immunsystems), werden gar in die Nähe eines kriminellen Aktes gerückt (siehe Beschluss des 109. Deutschen Ärztetages zur Impfproblematik). Die Frage, die ich bereits im Oktober 2003 gestellt habe, wird damit immer drängender: Wird es genügend Menschen geben, die den Herrschaftsanspruch des statistischen Geistes erkennen, sich ihm entgegenstellen und menschengemäße Forschungs- und Erkenntnismethoden sowie Finanzierungsmodelle fordern werden?

Autorennotiz: DR. MED. CHRISTOF SCHNÜRER ist Arzt für Innere und Allgemeine Medizin. Leitender Arzt der Rehaklinik für Psychosomatik und Anthroposophische Medizin, Haus Sonneneck, Badenweiler. Kontakt: c.schnuerer@rehaklinik-sonneneck.de