

Gesundheitsreformen in Deutschland

Deren Entwicklung und Scheitern sind beliebte Themen von Politik, Medien und Stammtischen seit den 80er-Jahren. Die Frage „Wer steuert Deutschlands Gesundheitswesen?“ ist dabei ebenso wichtig wie die Frage „Was sind echte Reformen, woran scheitern gut gemeinte und gute Ideen?“. Wie Frau Dr. Anke Martini, ehemaliges Mitglied des Bundestages und Vorstandsmitglied von Transparency International Deutschland in dem Buch „Die fünfte Gewalt. Lobbyismus in Deutschland“, herausgegeben von Thomas Leif und Rudolf Speth, so treffend formuliert „glauben nur Blauäugige, dass Parlament und Gesetzgebung Deutschlands Gesundheitswesen steuern“.

Lobbyismus als Grundproblem

Legt man als Kernhypothese an, dass allen Bürgerinnen und Bürgern ihre Gesundheit im wahrsten Sinne des Wortes am Herzen liegt, so lassen sich folgende Postulate formulieren:

- Jedem Bürger und jeder Bürgerin unseres Landes soll die bestmögliche medizinische Versorgung ermöglicht werden.
- Eine heute als optimal anzusehende, qualitativ hoch stehende Versorgung ist auch heute noch bezahlbar.
- Der Lobbyismus und die Vorteilsnahme Einzelner und einzelner Gruppen in unserer Gesellschaft verhindern das Postulat 1 und 2, nämlich dass erstens qualitativ optimale medizinische Versorgung erreicht wird und dass zweitens die Qualität finanzierbar ist.

Die Situation der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist kritisch, steht auf der Kippe und wird von vielen Interessenten und Interessensgruppen derzeit endgültig? verspielt.

In der Tat bestimmen Funktionäre, Interessensverbände, Pharmabranche und Lobbyisten die Gesundheitspolitik. Begriffe wie Abrechnungsbetrug, Filz und Korruption werden immer wieder genutzt, um das

Gezerre um echte Reformen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland zu charakterisieren. Tatsächlich sind das aber nur die Komplikationen eines Systems, das nicht die Schiefelage bewirkt, sondern sie verkörpert.

Hypothesen

Folgende Hypothesen drängen sich dem im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland engagierten, aber auch im deutschen Gesundheitswesen als Patient verweilenden Beobachter auf:

- Echte Strukturänderungen (siehe unten) sind in den vergangenen Jahren, ja gar in Jahrzehnten, im deutschen Gesundheitswesen nicht vorgenommen worden.
- Die Strukturen im deutschen Gesundheitswesen sind auf der Welt einzigartig und gekennzeichnet von Doppelungen, mangelnder Transparenz und unsinnigen Trennungen, z. B. zwischen stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen.
- Im internationalen Vergleich ist die medizinische Versorgung für die einzelne Bürgerin und den einzelnen Bürger in Deutschland sowohl in der Tiefe als auch in der Breite noch gut. Dennoch ist die Qualität der medizinischen und psychosozialen Versorgung häufig verbesserungswürdig und verbesserungsfähig.
- Die medizinische Versorgung in Deutschland ist im internationalen Vergleich für die Qualität pro erbrachter Leistung (im angloamerikanischen: fee per item) zu teuer.
- Qualitätsmanagement und gar die Basis desselben, nämlich die Überprüfung von Qualität, sind ungenügend vorhanden oder werden nicht durchgeführt.
- Als einziges Land auf der Welt hält Deutschland zwei Facharztschienen in der so genannten ambulanten Praxisversorgung und parallel dazu in der Klinikversorgung vor.
- Teure Geräte sind im Überfluss vorhanden und werden über den medizinischen Nutzen für den einzelnen Patienten und

Editorial



Prof. Dr. med.
W. Kiess



Dr. med.
W. Siekmeyer

die Patientin hinaus unter anderem an ökonomischen Interessen orientiert zu viel eingesetzt. So können auch anerkannte ärztliche Fachzeitschriften verkünden, dass nirgends auf der Welt so viele Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt werden wie in Deutschland (laut Bruckenberger Herzbericht 2004 in Deutschland 8695, in Österreich 5537, in der Schweiz 4490 Linksherzkatheteruntersuchungen pro 1 Mio. Einwohner). Andere Länder arbeiten sehr viel effizienter. „Es ist kein Geheimnis, dass das Geschäftsmodell der interventionellen Kardiologie darauf beruht, möglichst viele Patienten zu kathetern“ (MMW Fortschr Med Nr. 38/2006). Und das ist nicht nur ein Phänomen der Kardiologie.

- Überteuerte Medikamente werden unnötig verschrieben. Dazu gehört die Tatsache, dass einzelne Medikamente in Deutschland teurer sind als in den meisten anderen Ländern der Welt und dass darüber hinaus sowohl in Krankenhäusern als auch in Arztpraxen und in den Apotheken (über den Verkaufstisch ohne Rezept) überteuerte Präparate ohne sachkundig überprüften klinischen Nutzen verschrieben oder gekauft werden. Im Übrigen sind überhöhte Arzneimittelpreise keine Gesundheitskosten sondern Quersubvention des Arbeitsmarktes, wenn bei deren Abschaffung die Industrie mit Verlagerung der Arbeitsplätze ins Ausland droht.
- Der Arzneimittelmarkt in Deutschland ist völlig überflutet. Der einzelne Arzt ist überfordert, die Mengen an Hochglanzbroschüren der Industrie in „sinnvoll“ und „nutzlos“, „seriös und „tendenziös“ einzuteilen. An eine differenzierte Kosten/Nutzen-Analyse, die auch „gut“, „besser“ und „weniger gut, aber ausreichend“ beinhalten kann, ist nicht zu denken. Mit einem Zehntel der Präparate könnten wir ohne Qualitätseinbußen auskommen.
- Diejenigen Leistungen in der Medizin, die nicht durch den Einsatz von Präparaten und medizinischer Technik charakterisiert sind, sondern aus Zuhören, Zuhören, Mut machen und Vertrauen schaffen bestehen, werden ambulant und stationär unterbewertet und gehen in

Krankenhäusern kaum in die Stellenberechnungen ein, und das, obwohl wir deren medizinische und selbst volkswirtschaftliche Bedeutung kennen. Was den Patienten bedrückt und ihm „auf den Magen schlägt“, suchen wir gastrokopisch.

- Vorbeugen ist besser als heilen. Und auch viel billiger. Dennoch nehmen wir hin, dass unsere geänderten Lebensgewohnheiten das Erkrankungsrisiko erhöhen, ohne dass wir engagiert eingreifen, erst recht nicht dort, wo das Bewusstsein für eine sinnvolle Gestaltung der Lebensführung noch erreichbar ist: bei Kindern und Jugendlichen. Auch wir diskutieren über Rauchverbote wie in anderen Ländern, aber später, zögerlicher und inkonsequenter. „Da... bei bis zu 90% der Infarktpatienten die klassischen Risikofaktoren (Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen Diabetes mellitus und Zigarettenrauchen) vorhanden waren, bleibt die Intensivierung der primärpräventiven Aktivitäten das Thema Nummer 1“ (Medizinische Klinik 2006; 101: 804).
- Die Ausbildung von Ärzten findet größtenteils in unterfinanzierten und personell unterbesetzten Institutionen wie Universitätskliniken oder anderen Krankenhäusern statt. Zudem haben diese Kliniken einen zu hohen Anteil an jungen Ärzten, die ihren Beruf mehr einüben als ausüben. Am Ende ihrer Weiterbildung verlassen die meisten fertigen Fachärzte die Krankenhäuser nicht nur wegen eines geringen Gehalts, sondern besonders wegen schlechter Arbeitsbedingungen, in Richtung Niederlassung. Die frei werdenden Stellen werden wieder von Anfängern besetzt, bis diese sich wieder entnervt niederlassen. Darüber hinaus üben sie in der Niederlassung völlig andere Tätigkeiten aus, für die sie erstens nicht ausgebildet werden und für die sie zweitens auch wieder überqualifiziert sind. Hierzu gehört z. B. der Kinderarzt, der jahrelang sehr erfolgreich Knochenmarkstransplantationen in der Kinderkrebsbehandlung durchgeführt hat, nach 12 Jahren Arbeitszeit sich aus einer Universitätskinderklinik in Süddeutschland verabschiedet und sich in eine kinderärztliche Niederlassung begibt,

wo seine Beschäftigung in der Behandlung akuter Infektionskrankheiten sowie der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen und präventiven Maßnahmen wie Impfungen besteht. Zurück bleibt ein Krankenhaus, dem der Transplantationsexperte fehlt.

- Bestens ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, die dieses System überstanden haben, verlassen das deutsche Gesundheitswesen und insbesondere Einrichtungen der Hochleistungsmedizin (Schwerpunktkrankenhäuser, Universitätskliniken) in das Ausland.

Vorschläge

Im Folgenden werden einige einfache Vorschläge dargestellt, deren Umsetzung zum Teil viele Jahre dauern würde, die aber nun endlich angegangen werden müssen, soll die Bevölkerung nicht eine dramatische Verschlechterung ihrer medizinischen Versorgung in Deutschland bei weiterhin sehr hohen Preisen und einer nahezu Nicht-Finanzierbarkeit des deutschen Gesundheitswesens erleben, möglicherweise aber nicht überleben. Die mündige Bürgerin, der mündige Bürger, die Patientin, der Patient müssen sich endlich Gehör verschaffen und das Diktat und die Unterdrückung durch Lobbyisten abschütteln. Es kann nicht sein, dass finanzielle Einzelinteressen einerseits das Wohl des Landes gefährden (siehe Lohnnebenkosten!) und auf der anderen Seite die Gesundheit des Einzelnen gefährden.

- Es gilt innerhalb der nächsten Monate die Basis dafür zu schaffen, dass von den derzeit ca. 300 Krankenkassen ca. 295 abgeschafft werden. Fünf große Krankenkassen, deutschlandweit operierend, die sich heftige Konkurrenz in ihren Preisen, aber auch in ihren Leistungen machen, würden tatsächlich Wettbewerb in das Gesundheitssystem bringen. Darüber hinaus würde eine solche Maßnahme sofort eine halbe bis eine Milliarde Euro Kosten freisetzen: Von den 295 Geschäftsführern, Vorständen und Aufsichtsräten lassen sich leicht die Gehaltskosten errechnen und dies als Pluspunkt für eine echte Gesundheitsreform verbuchen. Dabei wird es kaum zu einer Ar-

- beitsplatzreduktion im Bereich der Sachbearbeiter der Krankenkassen kommen, weil deren Arbeit ja dennoch gebraucht wird.
- Es gilt ebenso eine Vielzahl der kassenärztlichen Vereinigungen, Landesärztekammern, Bezirksärztekammern in ihrer jetzigen Form abzuschaffen. Eine immense Bürokratie, mit lukrativen Immobilien und vorzüglichen Arbeitsbedingungen ausgestattet, blockiert mit Funktionären, die zum Teil hohe Gehälter beziehen, eine echte Reform des Gesundheitswesens in allen Teilen der Republik. Qualitätssicherung in Krankenhäusern und Praxen sowie die Sicherung von anspruchsvoller und qualitativ hoch stehender Weiter- und Fortbildung und deren Erfolg müssen überprüfbar und nach in anderen Ländern längst zum Standard gehörenden Leitlinien umgesetzt werden.
 - Die parallel geführten Facharztschienen, einerseits in Niederlassungen und Ambulatorien tätige Fachärzte, auf der anderen Seite in den Krankenhäusern tätige Fachärzte, müssen auf eine eingeleisige Facharztschiene, deren Tätigkeit auf medizinische Zentren beschränkt ist, zurückgeführt werden. Das sich gegenseitige Überweisen von Patienten von einer Arztpraxis zur nächsten, in Fachkreisen durchaus manchmal als Pingpong-Spiel der deutschen Medizin zu bezeichnen, wird nachweislich immer wieder Patienten zum Verhängnis (mit tödlichem Ausgang).
 - Unsinnigen oder überflüssigen Untersuchungen in Praxis und Klinik, die betriebswirtschaftlichen Zwecken dienen, muss der ökonomische Sinn genommen werden. Leitlinien oder anerkannte Standards unbegründet zu missachten, darf nicht zum finanziellen Erfolg führen.
 - Die Abschaffung der Facharzniederlassungen würde zwar einerseits unter Umständen eine Überprüfung durch das Bundesverfassungsgericht erfordern und ganz sicher nur über viele Jahre oder wenige Jahrzehnte zu vollbringen sein, der Einspareffekt ginge in die Milliarden, die Verbesserung der medizinischen Versorgung wäre unübersehbar.
 - Die grundsätzliche Versorgung der Bevölkerung muss durch bestausgebildete Allgemeinärzte, die ihre Grenzen kennen und die eng mit regionalen Schwerpunktkrankenhäusern zusammenarbeiten, an denen Fachärzte beschäftigt sind, sichergestellt werden. Die Ausbildung der Allgemeinärzte muss entsprechend verbessert werden, sodass sie vor allem präventiven Aufgaben, wie z. B. der Überwachung von Größen- und Gewichtsentwicklung im Kindesalter oder der Messung des Blutdrucks bei Erwachsenen sowie der Durchführung von Impfungen und anderen Vorsorgeuntersuchungen auch wirklich gewachsen sind. Darüber hinaus muss die selbständige Kritikfähigkeit der Allgemeinärzte so ausgebildet sein, dass sie in z. B. Stufenkonzepten die Überweisung von Patienten mit chronischen Krankheiten und Krankheiten, die fachärztlicher Behandlung bedürfen, in die regionalen Behandlungszentren mit Facharzausstattung sicherstellen könnten.
 - Die regionale Versorgung der Bevölkerung muss geplant werden. Hier soll nicht der Planwirtschaft das Wort geredet werden, sondern rein inhaltlich auf durchaus nachprüfbarer medizinische Inhalte abgehoben werden: Es kann nicht dem Zufall oder wohl eher den betriebswirtschaftlichen Interessen von Krankenhausträgern, Krankenhauskonzernen und deren Aktionären überlassen werden, wo regionale Versorgungszentren stehen. In vielen Bereichen der Medizin gilt es für den mitteleuropäischen Raum als erwiesen, dass alle 50 bis 60 km ein bestausgerüstetes, regionales Zentralkrankenhause mit allen Facharzttrichtungen ausreichend, zielführend, suffizient und notwendig wäre. Es ist erwiesen, dass z. B. Kinder mit Zuckerkrankheit, die in einem größeren Abstand als 60 km von einem Kinderdiabetologischen Zentrum entfernt wohnen, häufigere Krankenhausaufenthalte, die zudem jeweils auch länger dauern, aufweisen, als Kinder, die in einer Umgebung von bis zu 50 km um ein Kinderdiabetologisches Zentrum wohnen. Diese regionalen Gesundheitszentren müssen alle Fachrichtungen aufweisen und insbesondere diagnosti-

sche Maßnahmen mit Behandlungseinheiten verbunden haben. Das Pingpong-Spiel zwischen diagnostischen Einrichtungen (z. B. radiologischen Praxen) und Behandlungseinrichtungen (z. B. chirurgischen Praxen) würde für den Patienten damit entfallen und immense Kosten (Krankheitsdauer, Überweisungswege, Immobilienkosten etc.) sparen.

- Basis einer jeden echten Gesundheitsreform müssen echtes Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen darstellen. Dabei kann das Stichwort Qualitätssicherung nicht nur ein bürokratisches und politisches Stichwort sein. Qualität lässt sich gerade in der Medizin anhand von evidenzbasierten Leitlinien, Ergebnissen (Operationserfolg), Sterblichkeit bei Eingriffen, Krankheitstagen einer arbeitenden Bevölkerung, Durchimpfungsraten etc. überprüfen. Mindestfallzahlen, z. B. bei Herzoperationen oder der Bestrahlung von bösartigen Tumoren, müssen von spezialisierten Einrichtungen nachgewiesen werden. Die Tatsache, dass z. B. in der Herzchirurgie in England seit den 80er-Jahren solche Mindestfallzahlen ganz selbstverständlich eingeführt sind, in Deutschland aber sowohl von Politikern als auch von Krankenkassen und von Ärzten die Notwendigkeit solcher Mindestzahlen noch immer vehement bekämpft wird, muss nicht weiter kommentiert werden.
- Ein einziger bundesweiter Krankenkassenverband kann mit Gesundheitszentren, Krankenhäusern bzw. den flächendeckend in der Republik die Grundversorgung der Bevölkerung übernehmenden Allgemeinärzten (im Verbund mit Gemeindefachärztinnen) Preise und Kosten verhandeln. Dabei müssen auch die Kosten der Krankenkassen selbst, ihre überbezahlten Immobilien und überbezahlten Funktionäre auf den Prüfstand gestellt werden.
- Das Institut für Qualitätssicherung muss gestärkt werden. Es muss sich dabei natürlich auch selbst auf den Prüfstand stellen lassen, da auch seine Arbeit seinen eigenen Qualitätsstandards entsprechen muss. In Großbritannien gibt es zum Vergleich das Qualitätssicherungsinstitut

NICE, das durchaus als paralleles Vorbild gelten kann.

- Über die skizzierten echten Reformmaßnahmen inhaltlicher Art im Gesundheitswesen gilt es Klarheit zu finden: Klarheit in Bezug auf eine Trennung zwischen Aufgaben im Gesundheitswesen, im Sozialbereich (Sozialversicherung, Sozialarbeit) sowie im Rehabilitationsbereich und in der Altersversorgung. Die vier Systeme Gesundheitswesen, Sozialbereich, Rehabilitationsbereich und Altersversorgung sind überlappend und müssen synergistisch genutzt werden. Alle vier Bereiche müssen gleichermaßen evidenzbasiert und überprüfbar sein. Sie müssen nach klar definierten und allen zugänglichen Kriterien regelmäßig einer Überprüfung unterzogen werden.

Mut für Reformen

Es soll Mut gemacht werden mit diesen nur angerissenen Reformgedanken, dass in Deutschland das Geld auch für viele Jahre ausreichen wird, dass die Bevölkerung flächendeckend eine hervorragende medizinische Basisversorgung sowie auch gleichzeitig eine hoch spezialisierte, qualitativ sehr hoch stehende Medizin genießen kann. Es müssen dabei auch und vor allem Mehrfachuntersuchungen sowie das Ärzte-Shopping und der rasche Gang zum Arzt bei Bagatellerkrankungen von den einzelnen Bürgerinnen und Bürgern als unnötig erkannt werden. Jeder im System, der Leistungserbringer als auch der Leistungsnehmer und schließlich der Finanzierende, muss dasselbe Ziel haben: Es gilt, die Bevölkerung gesund zu halten und im Krankheitsfall qualitativ bestens zu versorgen. Dabei ist es wichtig, dass sich jeder Mensch, ob gut verdienender, Selbständiger oder Sozialhilfe oder Harz IV empfangender Mitbürger, die tatsächlichen Kosten einer medizinischen Behandlung klarmacht. Es muss jedem Bürger und jeder Bürgerin transparent eine direkte Rechnung, was Krankenkosten wie Arztbesuch, Medikamente, Operationen, Krankenhausaufenthalte etc. ausmacht, zur Verfügung gestellt werden.

Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist in ihrer Trenn-

schärfe nur in Deutschland durchgeführt. Da es sich um denselben Patienten handelt, der einmal ambulante Versorgung und einmal stationäre Versorgung in Anspruch nimmt, ist die Trennung medizinisch und inhaltlich unsinnig. Um Ressourcen klug einsetzen zu können und Inhalte zu steuern, wäre eine Trennung zwischen Basisversorgung und spezialisierter Versorgung (Facharztversorgung) sehr viel sinnvoller. Erste vorsichtige Schritte wie die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung sowie der Zusammenschluss von Fachärzten in Ambulatorien, Praxiskliniken und teilstationären krankenhausähnlichen Strukturen sprechen eine deutliche Sprache: Nur Bürokratismus, falsch verstandener Protektionismus und Lobbyismus haben es verhindert, dass der Patient/die Patientin als Bestimmender im Gesundheitswesen angesehen wird.

Das Gesundheitswesen in Deutschland muss am Reißbrett neu definiert werden. Übermächtiger Lobbyismus durch die Pharmabranche sowie Funktionäre von Krankenkassen, Ärztelobbys, Verbänden (Wer verbündet sich gegen wen?) haben in den letzten Jahrzehnten eine echte Reform und eine Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens verhindert. Diese Einsicht ist nicht neu und den meisten denkenden Politikern auf lokaler, regionaler oder Bundesebene bekannt. Die Überhöhung von Bürokratien, juristischen Fallen, insbesondere aber der fehlende inhaltliche Qualitätsanspruch haben zu einem gefährlichen Stillstand geführt. Es gilt, anstelle eines ständigen Umverteilsens von Geld, echte Reformen auf inhaltlicher Basis durchzuführen. In diesem Falle reicht das Geld aus, um eine im internationalen Vergleich qualitativ beste Versorgung der Gesamtbevölkerung auf viele Jahre zu garantieren.

Leipzig, im Februar 2007
 Prof. Dr. med. Wieland Kiess
 Direktor der Universitätsklinik und
 Poliklinik für Kinder und Jugendliche

Dr. med. Werner Siekmeyer
 Leitender Arzt, Intensivmedizin
 Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
 der Universität Leipzig