

Es ist Fünf nach Zwölf- über das komplette Scheitern deutscher Gesundheitspolitik

Der Deutsche Ärztetag 2009 beginnt mit dem Tagesordnungspunkt Gesundheitspolitik und ärztliche Beteiligung. Hier lohnt ein Blick in die letzten 10 Jahre und eine kritische Bestandsaufnahme. 2001 wurde auf einer Tagung der Friedrich Ebert Stiftung in Berlin von den Professoren Glaeske, Lauterbach, Rürup und Wasem ein Positionspapier zur „Weichenstellung für die Zukunft der Gesundheitspolitik“ vorgestellt. Die 4 Verfasser sind heute alle an wichtigen Stellen des Gesundheitswesens platziert, Lauterbach im Gesundheitssachverständigenrat, Wasem als wichtigste Person für das ambulante Gesundheitswesen als Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA), Glaeske als Mitglied des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen. Rürup ist nachdem er die wegweisende Funktion in der Rürupkommission inne hatte, jetzt als Chefökonom der Finanzdienstleister AWD gewechselt (Versicherungen im Altvorsorgebereich!).

Der Aufbruch in eine neue Gesundheitspolitik von 2001 konzentrierte sich auf folgende Punkte:

Das deutsche Gesundheitswesen sei teuer, qualitativ schlecht gemessen am Outcome für die Patienten, ineffizient. Eine Kostenexplosion gäbe es seit vielen Jahren. Um es zu verbessern müssten:

die Fehlsteuerungen beseitigt werden, die sich aus Strukturdefiziten ergäben, diese seien im Fehlen evidenzbasierter Standards, im Fehlen einer sektorenübergreifenden Versorgung, im Fehlen von Disease-Management-Programmen, im Fehlen von Hausarztprogrammen und im Fehlen einer richtigen Prävention begründet.

Ursachen der gavierenden Mängel seien: Blockaden durch die Selbstverwaltung aus Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen.

Änderungen sollten erfolgen durch

Prävention vor Kuration, Einführung der DMPs, Fallpauschalenbezahlung (DRG) in den Krankenhäusern, IV-Versorgung, Positivliste, Wettbewerb durch Einführung eines Marktes für Gesundheitsleistungen, Übergang des Sicherstellungsauftrags von den KV-en auf die Krankenkassen,

Die „Rückführung“ von Kollektivverträgen, statt dessen sollen „Gruppen von Anbietern“ mit an deren Gruppen von Anbietern konkurrieren

Patienten sollen in einer „Versorgungspyramide“ betreut werden die bestehe aus

Hausärztlicher Versorgung möglichst in Hausarztverträgen, hier sollen die Kassen Direktverträge abschließen mit Mindestqualitäts- und Höchstpreisstandards, fachärztlicher Versorgung „flächendeckend“ plus fachärztlicher Versorgung ambulant aber krankenhaushängig, Krankenhäuser sollten außerdem selbst auch die ambulanten fachärztlichen Behandlungen anbieten der und stationäre Krankenhausversorgung.

-Steuerungsinstrumente müssen durch Transparenz erhöht werden, hier kam die elektronische Gesundheitskarte ins Spiel.

Kritik am „Mainstream“

Wissenschaftliche Kritik an dem damaligen „Mainstream“ in der Gesundheitspolitik kam von Hagen Kühn, Wissenschaftszentrum Berlin(WZB) auf der Tagung der Friedrich-Ebert Stiftung:

Hagen Kühn :

1- es gab und gibt keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, der Anteil am BIP war über 30 Jahre hinweg nahezu konstant um 10 %.

2- der demografische Wandel ist ein gerne benutztes Schlagwort, um die solidarische Absicherung der Krankheits- und Altersrisiken abzuschaffen

3- die gesamte vorgestellte Perspektive orientiert sich an der managed- care Medizin der USA, die dort schon damals gescheitert ist und dazu geführt hat, dass die US Medizin für die Masse der Bevölkerung teuer, ineffizient und ungerecht wurde.

Er hat gut begründet dass das Gatekeeper Modell mit prospektiver Bezahlung von Kopfpauschalen( capitation Modell) zur Unterversorgung führte, die Pauschalen an sich schlecht seien, die Qualität für den Patienten sich aus einem persönlichen Arzt Patienten Verhältnis ergäbe, bei dem der Arzt ausschließlich der Agent des Patienten zu sein habe und nicht der Agent der Krankenversicherung. Er müsse darauf vertrauen können, dass die Behandlung , die der Arzt vorschlägt, medizinisch richtig und nicht nur „kosteneffizient“ für die Kasse sei.

Wir betrachten die Ergebnisse von 8 Jahren Gesundheitspolitik aus den Hause Schmidt:

Die 4 Protagonisten haben ihre Ziele weitgehend erreicht

1- DRG Bezahlung in Krankenhäusern wurde eingeführt- aber was ist das Ergebnis?

Schon bei der Aufnahme in der Ambulanz fragen sich die Assistenzärzte, wie der Patient schnellstmöglich das Haus wieder verlassen könne. Flächendeckend zugenommen haben Stress für Ärzte und Patienten, Pflegemängel, aber die Überwachungs- und Kontrollindustrie ist explodiert.

2- Die DMPs wurden eingeführt, ein Millionengrab. Bisher gibt es keinerlei Nachweis eines wissenschaftlichen Benefits. Jetzt werden die Programme wahrscheinlich leise weinend wieder eingestampft, da die Kassen nicht mehr viel Geld dafür bekommen.

3- Das Gatekeeper Modell äußert sich in Hausarztverträgen, führt zu einem Flickenteppich an Versorgung, Aufgeben der freien Arztwahl, die Haus und Fachärzte als Quasiangestellte von Krankenkassen mit verpflichtender Onlineanbindung und Echtzeitkontrolle aller Vorgänge über Ärzte und Patienten ohne den Nachweis, dass bundesweit wirklich die wirtschaftliche Unabhängigkeit und Stabilität der Hausarztpraxen gesichert werden wird. Bundesweit sind die Kassen nicht bereit, das entsprechende Geld zu zahlen.

4- Die privaten Klinikkonzerne haben flächendeckend die Versorgung aufgekauft und machen aufgrund der neuen gesetzlichen Möglichkeiten den Facharztpraxen maximale Konkurrenz

mit ungleich langen Spießern, hier Steuerfinanzierung, dort Eigenfinanzierung mit persönlicher Haftung.

Die „Selbstverwaltung“ BÄK und KBV hat sich maximal den vorgeschriebenen Bahnen angepasst, beide sind der Meinung, das fünfstufige Versorgungsmodell sei richtig und man müsse hier Appeasement betreiben

5- Durch die Vergütungsreform und den bundeseinheitlichen Punktwert von 3,5 Cent( 2003 wurde betriebswirtschaftlich errechnet dass 5,11, nötig seien und die Arztpraxen zu finanzieren) wurden maximale Verwerfungen erreicht die zur akuten Gefährdung von mindestens 30 % der Arztpraxen geführt haben, genau das war beabsichtigt . Nur so können die Kapitalgesellschaften bundesweit Arztpraxen aufkaufen.

6- Nicht eingeführt wurde die Positivliste für Arzneimittel.. Hier sieht man, welche Lobby sich außer den privaten Klinikkonzernen im Ministerium durchsetzt.

7-Jahrenlang haben Frau Schmidt und Herr Lauterbach auf eine Entmachtung der KV Systems hin- gearbeitet, jetzt macht Frau Schmidt noch einmal einen Schlenker um vorübergehend die KV als Steuerungsinstrument des Staates noch zu erhalten. Das ansonsten ausbrechende Chaos ist auch für sie politisch zu riskant geworden

Hagen Kühn wurde nach seiner grundlegenden Kritik an den managed- care Plänen ab 2002 nie mehr zu einem Kongress der Friedrich- Ebert Stiftung eingeladen.

Und die Folgen der Politik?

Der Ärztenachwuchs befindet sich fast geschossen auf dem Weg ins Ausland oder in andere Berufe, 70 % wollen hier nicht als Arzt arbeiten. Neben dem absehbaren Ärztemangel kommt eine Welle der Inkompetenz auf die Bevölkerung zu, weil in den Kliniken die Nachwuchsärzte nicht mehr gut ausgebildet werden. Die wohnortnahe Versorgung ist akut bedroht, viele Haus und Facharztpraxen werden das angerichtete Chaos nicht überleben, die ärztliche Schweigepflicht ist bedroht durch das Milliardenprojekt Gesundheitskarte.

Was tun?

Wir brauchen einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik. Das abgelegte US Modell taugt nicht für unser Land. Die verantwortlichen Politiker müssen abgewählt und die verantwortlichen Entscheider ausgewechselt werden auf allen Ebenen.

Dr. Silke Lüder

Freie Ärzteschaft-Der Name ist Programm!