

Staatsmedizin – Wie Politiker Ihre Behandlung bestimmen



Zwei weiß bekittelte Puppen hängen an langen Fäden über dem Empfangstresen und begrüßen jeden Patienten des Sauerländers Dr. Klaus Köper. Die Holzköpfe sind mehr als nur Praxisdeko, sie sind stummer Protest des Internisten gegen die Gesundheitspolitik, die ihm vorschreibt, wie er seine Patienten zu behandeln hat: "Wir sind quasi Marionetten von oben und haben keine Entscheidungsfreiheit mehr – wir sind am Gängelband", klagt der Internist. Kritiker sagen: Wir sind auf dem besten Wege in die sogenannte Staatsmedizin (siehe "Stichwort").

Stichwort: Staatsmedizin

Ein staatliches Gesundheitswesen (wie beispielsweise in Großbritannien) gilt im Vergleich zu einem wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen als ineffizient und wenig leistungsfähig. Das Schlagwort Staatsmedizin greift diese Einschätzung auf. Es kritisiert, dass

- der Wettbewerb im Gesundheitswesen reduziert oder abgeschafft werden soll
- sich der Staat eine zu große Einflussmöglichkeit im Gesundheitswesen sichert
- einheitliche Leistungen für alle eingeführt werden sollen
- das Niveau der medizinischen Versorgung gesenkt wird und/oder die Rationierung von medizinischen Leistungen nötig wird

Quelle: Wikipedia.de

Die Pfade, auf denen sich Vater Staat in die medizinische Behandlung seiner Bürger einmischt, sind verschlungen und kaum zu durchschauen. Das macht es der Politik einfacher, für die Mangelmedizin wechselweise Ärzte, Krankenkassen oder Kliniken verantwortlich zu machen. Jeder Handschlag im deutschen Medizinbetrieb ist heute durch irgendwelche Institutionen vorgegeben. Mögen ihre Titel auch noch so honorig klingen wie etwa "Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin" – hinter allen steht die Politik als Strippenzieher. Dabei geht es – wie sollte es anders sein – in den wenigsten Fällen wirklich darum, eine optimale Behandlung für die Versicherten zu garantieren. Vielmehr hat Vater Staat bei allem nur eines fest im Blick: die Finanzen. Das System ist so kompliziert, dass es sich am besten an einem Beispiel erklären lässt.

Nehmen wir einen kleinen Jungen, sagen wir, mit Namen Paul. Bereits kurz nach seiner Geburt bekommt der Frischling das erste Mal Dr. med. Vater Staat zu sehen: Schon die erste Vorsorgeuntersuchung wenige Stunden, nachdem er das Licht der Welt erblickt, läuft nach gesetzlich vorgegebenen Richtlinien. In den ersten Lebensjahren läuft für Paul aber alles so weit unkompliziert, die Politik meint es gut mit den Kleinen: Kinder zahlen keine zehn Euro in der Arztpraxis, die diese an die Krankenkassen weitergeben muss, und sie bekommen sogar Medikamente bezahlt, die nicht verschreibungspflichtig sind. Doch merkwürdig: Paul muss gar nicht erst erwachsen werden, um plötzlich in die Mühlen der Bürokratie zu geraten. Ab seinem 12. Geburtstag beispielsweise zahlt die Krankenkasse doch nur noch die Medikamente, die der Arzt verschreiben muss. Alles andere, wie Fieberzäpfchen oder Hustensaft, ist nun Privatvergnügen von Mama und Papa. Logisch ist das nicht. Aber politisch gewollt.

Kurz danach kommt es für Paul noch dicker: Seine Zähne stehen schief, eine Spange muss her. Der Gang zum Kieferorthopäden löst erst einmal eine Flut von Bürokratie aus: Zunächst ist der Kieferorthopäde verpflichtet, Paul in eine der fünf "Indikationsgruppen" einzuordnen: Dabei gibt es fünf Schweregrade von "leichter" bis "extrem stark ausgeprägter" Zahnfehlstellung. Die Kasse zahlt erst ab Grad drei – bei "ausgeprägten" Fehlstellungen.

Willkommen Paul, in der Welt des "Gemeinsamen Bundesausschusses". Er ist es, der deine erste Vorsorge kurz nach der Geburt regelt, dir den Luxus der ersten zwölf Lebensjahre gönnt – und dir nun zusammen mit dem Kieferorthopäden in den Mund guckt (siehe Infokasten). Pauls Pech: Seine Zähne sind nicht so schief, dass die Kasse für die Behandlung zahlen müsste, meint der Ausschuss. Also müssen Pauls Eltern die Kosten selbst zahlen, wenn sie ihrem Filius gerade Zähne gönnen wollen.

Der Staat bestimmt ...

... und diese Institutionen machen mit

Kassenärztliche Vereinigung (KV)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen garantieren im Auftrag des Staates die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung. Von den Kassen erhalten sie dafür einen Pauschalbetrag, den sie dann unter den Ärzten verteilen. Meist reicht dieser Betrag nicht aus, mehr Geld gibt es aber nicht. Deshalb fungiert die KV als Sparkommissar. Als Körperschaften öffentlichen Rechts müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesetze der Regierung ausführen und werden dabei streng kontrolliert.

Krankenkassen

Anders als Privatversicherungen sind die Kassen Teil eines staatlich vorgeschriebenen Umlagemodells. Wie bei der Rentenversicherung bestimmen sich die Beiträge nicht nach den Kosten, die Sie verursachen, sondern nach Ihrem Einkommen. Auch welche Tarife erlaubt sind und welche nicht, regelt der Staat in seinen Gesetzen. Zusätzlich stehen die Kassen als Körperschaften öffentlichen Rechts unter der Aufsicht der Gesundheitsministerien.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Im G-BA sitzen Ärzte, Klinikvertreter und Krankenkassen. Er bestimmt, welche Behandlungen und Medikamente die gesetzlichen Krankenversicherungen bezahlen. Dabei muss er sich an die Gesetzesvorgabe "wirtschaftlich, angemessen, ausreichend und notwendig" – sprich: nicht zu teuer – halten. Jede Entscheidung des G-BA muss das Bundesgesundheitsministerium genehmigen. Vater Staat hat also immer die Kontrolle darüber, ob die Beschlüsse des Ausschusses politisch genehm sind.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Das IQWiG ist ein Institut, das im Auftrag von G-BA und Bundesgesundheitsministerium arbeitet. Es soll dem G-BA bei seinen Entscheidungen helfen und untersucht deswegen, wie groß der Nutzen von Medikamenten und Behandlungsmethoden im Verhältnis zu den Kosten ist. Kritiker glauben deswegen, dass es vor allem dafür da ist, möglichst viel Geld einzusparen. Immerhin ist das Institut zwar formal unabhängig – doch das Geld für seine Untersuchungen bekommt es von den Krankenkassen.

Beim nächsten Mal ist es für Paul einfacher: Die Kopfplatzwunde nach dem Fahrradcrash näht der Arzt in der Praxis, dafür reicht die Chipkarte der Krankenkasse. Was Paul nie erfahren wird: Die Narbe hätte durchaus kleiner sein können, denn feineres Fadenwerk oder sogar ein Hautkleber hätten ihre Dienste getan. Zu teuer, sagt die Politik.

Der zweite Fahrradunfall geht dann nicht so glimpflich ab: Ein gebrochenes Handgelenk verweist der niedergelassene Chirurg rasch in die nächste Klinik. Was Paul nicht weiß: Natürlich hätte der Chirurg den Bruch genauso gut behandeln können. Pauls Pech: Er fliegt am Ende des Quartals vom Rad – und der Arzt hat sein Budget bereits aufgebraucht, das ihm die Kassenärztliche Vereinigung (siehe Infokasten) zur Behandlung seiner Patienten zur Verfügung stellt. Also bleibt dem Mediziner nur der Griff zum Überweisungsschein. Andere Alternative: Er könnte Paul quasi gratis behandeln und die Kosten für Röntgen und Verbände selbst bezahlen.

Kurz vor seinem 18. Geburtstag verschläft Paul einen wichtigen Termin: sich eine Brille verschreiben zu lassen. In der Fahrschule darf er aber nur ans Steuer, wenn er eine Brille trägt. Die zahlt ihm als Volljährigem die Kasse nun nicht mehr – wiederum auf Weisung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Mit der 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsreform hat er den Geldhahn zugekehrt.

Paul ist nun Berufsanfänger, die Zeiten sind vorbei, in denen er bei Mama oder Papas Krankenversicherung mit unterschlüpfen konnte. Jetzt heißt es: Krankenkasse wählen. Gerne würde Paul sich privat versichern. Das darf er aber nicht, sagt die Politik. Das darf er erst, wenn er monatlich 3.975,00 Euro verdient. Bleibt also die Wahl zwischen verschiedenen gesetzlichen Kassen, immerhin lässt sich bei den unterschiedlichen Beitragssätzen schon so mancher Euro sparen. Doch auch dieses bisschen Bewegungsfreiheit hat bald sein Ende: Ab 2009 legt der Staat fest, wie viel Paul von seinem Einkommen an seine Krankenkasse zahlen muss. Damit ist der Staat endgültig der Einzige, der bestimmt, wie viel Geld für die medizinische Behandlung aller Bürger überhaupt noch ausgegeben werden darf.

Vorher aber will Paul noch Vater werden. Leider klappt es nicht so richtig mit dem Kinderkriegen. Hand in Hand mit seiner Freundin geht Paul zum Spezialisten, der dem Kinderwunsch ein wenig nachhelfen soll – und ist erstaunt, als dieser ihm bescheidet, zunächst sei ein Gang zum Standesamt angesagt, wolle Paul die Kosten für die künstliche Befruchtung nicht komplett selbst berappen. Die Spielregeln des Bundesausschusses: Wer ein Kind aus dem Reagenzglas will, muss über 25 Jahre alt und verheiratet sein, Frauen dürfen das 40. und Männer das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Auch müssen herkömmliche Behandlungsmaßnahmen wie die Hormontherapie versagt haben. Erst dann zahlt die Kasse – und zwar nur 50 Prozent der Rechnung und nur für maximal drei Versuche.

Die Jahre vergehen und Pauls Pumpe will nicht mehr so recht. Wie drei Millionen andere Deutsche leidet er an Arteriosklerose, einer krankhaften Verengung der Herzkranzgefäße. Jetzt läuft Dr. med. Vater Staat zur Hochform auf. Er hat für diese und viele andere, weit verbreitete Krankheiten spezielle strukturierte Behandlungsprogramme geschaffen – sogenannte Disease-Management-Programme (DMP). Paul beschließt, hier mitzumachen und schreibt sich in ein solches Programm ein. Ab diesem Tag muss sein Arzt jeden Behandlungsschritt dokumentieren und Paul nach speziellen, vorgegebenen Mustern behandeln.

Was Paul nicht weiß: Es ist noch gar nicht bewiesen, dass solche DMP seine Behandlung überhaupt verbessern. "Das Konzept der DMP ist völlig aus dem Ruder gelaufen und wird durch einen Wahnsinn an Bürokratie ad absurdum geführt", warnt beispielsweise der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Jörg-Dietrich Hoppe. Doch der Staat glaubt zu wissen, wie eine optimale Behandlung auszusehen hat. Er gründete sogar das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das neben anderen Aufgaben auch die Chronikerprogramme betreuen soll – im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses oder des Gesundheitsministeriums (siehe Infokasten S. 6).

Mit den Jahren gehen Paul die Zähne aus. Gerne hätte er eines dieser schicken Implantate, die das Lächeln wieder so strahlen lassen, wie zu Zeiten, als die Spange endlich ihren Dienst getan hatte. Das aber kann er sich nicht leisten. Zu wenig zahlt die Kasse. Und auch die Rechnung für die als Ersatz gewählte Brücke zahlt die gesetzliche Kasse nur zur Hälfte. Das Gesetz begrenzt den Zuschuss auf 50 Prozent "der für die Regelversorgung notwendigen Leistungen" – also auf die Hälfte der einfachsten Lösung. Pech für Paul: Er war nicht regelmäßig beim Zahnarzt. Denn dann hätte die Kasse wenigstens 65 Prozent des ungeliebten Zahnersatzes gezahlt.

Paulchen, sei froh – so richtig dicke kommt es dann wohl erst im Alter. Denn wenn sich an der derzeitigen Politik nichts ändert, werden der staatliche Reglementierungswahn, strikte Arzneimittelbudgets und überbordende Bürokratie wohl so manchen Arzt aus seiner Praxis vertrieben haben. Gerade die Hausärzte auf dem Lande werfen immer häufiger das Handtuch. Höchste Not deshalb in den Altenheimen: Diese sind auf Besuche der Hausärzte angewiesen. Wer also wird sich in Zukunft um die kranken Alten kümmern? Aber vielleicht gründet der Staat ja bis zu Pauls Rentenalter eine neue Behörde, die sich darum kümmert und neue Formulare erfindet ...

Gesundheitsökonom: Der Staat entscheidet über die medizinische Versorgung der Patienten



Professor Günter Neubauer

Auch unabhängige Experten sehen den staatlichen Einfluss auf das deutsche Gesundheitswesen kritisch. Einer von ihnen ist Prof. Günter Neubauer, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik der Bundeswehr-Universität München. Im Gespräch mit "durchblick gesundheits" erläutert der Gesundheitsökonom, in welchen Bereichen der Staat dominiert.

durchblick: In welchen Bereichen des Gesundheitssystems nimmt der Staat Ihrer Ansicht nach zu viel Einfluss?

Wir Ökonomen schätzen die geplanten einheitlichen Beitragssätze bei den gesetzlichen Krankenkassen als Verstaatlichung ein. Die Patienten werden das wahrscheinlich gar nicht merken, weil sie die Zusammenhänge auf den ersten Blick nicht so durchschauen. De facto bedeutet das aber, dass der Staat entscheidet, wie viel Geld für die Versorgung der Patienten zur Verfügung steht.

durchblick: Viele Ärzte beklagen, dass sie nicht mehr das verordnen können, was eigentlich nötig wäre. Greift der Staat zu sehr in die Entscheidungsfreiheit der Ärzte ein?

Das ist mit dem neuen Arzneimittel-Verordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) vorgeschrieben worden.

Dadurch begrenzt der Gesetzgeber die Verordnungsmöglichkeiten der Ärzte. Aber das ist nicht neu, sondern eine Fortsetzung der Politik. Das Problem wird auch mit der neuen Reform nicht gelöst, sondern die Ärzte werden weiter bei ihren Verordnungen reguliert und reglementiert.

durchblick: Was bedeutet das für die Patienten?

Generell muss man feststellen, dass die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems über sozialversicherungspflichtige Einkommen schlichtweg falsch ist. Solange man diese Art der Finanzierung nicht beseitigt – und das macht die Reform nicht, obwohl sie das für sich in Anspruch nimmt – wird die Vielzahl an Regulierungen beibehalten. Es kommt noch hinzu, dass der Staat nicht den Mut hat, den Patienten über Kostenbeteiligung an der Finanzierung des Gesundheitssystems zu beteiligen.

durchblick: Was könnte verbessert werden?

Patienten und Ärzte sollten mehr Möglichkeiten erhalten, sich frei zu entscheiden. Aus meiner Sicht sollten Patienten stärker prozentual an den Kosten von Arzneimitteln, Arzt- und Krankenhausbesuchen beteiligt werden – wobei man selbstverständlich Ausnahmen braucht, etwa für Kinder oder Sozialhilfeempfänger. Dann hätten die Patienten auch mehr Interesse daran, beispielsweise einen teuren Krankenhausbesuch durch eine Facharztbehandlung zu ersetzen.

Rubrik: Durchblick

21.06.2007 16:32 / Gaby Guzek / Mai 07

© änd Ärztenachrichtendienst Verlagsgesellschaft mbH