

# Prolog

Am 1. Januar 2004 ist das GKV-Modernisierungsgesetz in Kraft getreten. Als Ärztinnen und Ärzte müssen wir uns vor allem fragen, wie sich die Gesundheitsreform auf die tatsächliche Versorgung der Patienten ausgewirkt hat. Nach einem Jahr sind strukturelle Veränderungen, wie sie mit dem GKV-Modernisierungsgesetz und der DRG-Einführung bezweckt wurden, nur in Ansätzen erkennbar. Die rasch fortschreitende Übernahme von Kliniken durch profitorientierte Betreiber zeigt deutlich, dass das Angebot an Krankenhausleistungen sich mehr und mehr am Renditekalkül der Investoren und nicht mehr am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausrichtet. Patienten, deren Behandlung Krankenhäusern keinen Profit verspricht, werden bestenfalls noch in Schwerpunktkrankenhäuser verlegt. Wir stehen vor der grotesken Situation, dass der Mangel als Wettbewerb verkauft wird, die Patientenbehandlung aber planwirtschaftlich zurechtgestutzt wird.

Angekündigt hatte die Regierung eine große „Qualitätsoffensive“ im Gesundheitswesen. Statt dessen aber wurde erneut ein Spargesetz aufgelegt, um „Effizienzsteigerungen“ zu erreichen. Dahinter verbirgt sich die Vorstellung, dass auch unter den Bedingungen strikter „Beitragssatzstabilität“ ein gleichbleibend hohes Niveau der Versorgung erreicht werden könne. Ein Blick auf die so genannten Disease-Management-Programme für chronisch Kranke zeigt den Widersinn dieser Politik. In Sachsen hatte es eine ausgezeichnete Diabetes-Vereinbarung gegeben, die mit allen an der Behandlung des Diabetikers betrauten Ärztegruppen erarbeitet worden war. Das jetzt vom Bundesgesundheitsministerium durchgedrückte DMP Diabetes aber ist bei weitem nicht so gut, von Bürokratie überfrachtet und zudem nicht evaluierbar. Es erfolgt de facto auch keine Qualitätssicherung. Aber es geht hier nicht um Medizin, es geht hier um Gesundheitspolitik oder besser gesagt um gesundheitspolitische Steuerung und Umverteilung. Denn die Krankenkassen, die Disease-Management-Programme anbieten, werden aus dem Risikostrukturausgleich besonders honoriert. Und da liegt der eigentliche Anreiz für die Krankenkassen, nämlich möglichst viele Versicherte in den Programmen unterzubringen. Die Kopplung der Programme an den Finanzausgleich der Kassen entpuppt sich immer mehr als absolute Fehlsteuerung.

Die letzte Gesundheitsreform hat hier keinen Ausweg gewiesen. Ein Kardinalfehler dieser Politik liegt in der Annahme, trotz der demografischen Entwicklung in unserer Gesellschaft könne auf die bisherige flächendeckende Versorgung der Patienten verzichtet werden. Niemand scheint daran zu denken, was bei der derzeitigen völligen Unterfinanzierung der Krankenhäuser passieren würde, wenn wir eine Katastrophe zu bewältigen hätten, gleich welcher Art.

Es bleibt auch unverständlich, wie die Politik angesichts dieser Tatsachen von Qualitätsoffensive sprechen kann, wenn in ländlichen Gegenden Ostdeutschlands die hausärztliche Versorgung Stück für Stück zusammenbricht. Die Versorgungsprobleme reichen dort bis in die Krankenhäuser, wo Ärzte und Pflegepersonal zunehmend aus dem europäischen Ausland angeworben werden. Hinzu kommt eine drastische Konzentration der Versorgung im stationären Bereich. Auf der einen Seite suchen immer mehr Patienten das Krankenhaus auf – die Fallzahlen sind also stetig steigend – andererseits droht immer mehr Krankenhäusern das Aus. Gerade in den strukturschwachen Gebieten werden ältere, alleinstehende Menschen

sehr viel längere Wege zum nächsten Krankenhaus auf sich nehmen müssen. Kann das wirklich unsere Vision einer Gesellschaft des langen Lebens sein?

Durch das neue Abrechnungssystem in den Kliniken wird die Situation weiter verschärft. Ohne Erfahrungswerte abzuwarten, ist hier ein System eingeführt worden, das einen ungeheuren ökonomischen Druck erzeugt, der an die Patienten weitergeben wird. Die Folge ist eine Rationierung in der Versorgung der Patienten. Um Qualität und Professionalität auf der Versorgungsebene zu wahren, muss deshalb die Definitionskompetenz für die medizinische Versorgung bei uns Ärzten liegen. Andernfalls würden der Rationierung keine Grenzen mehr gesetzt.

Es war nicht schwer, diese Entwicklung vorherzusehen. Bislang haben alle Gesundheitsreformen der vergangenen drei Jahrzehnte ähnliche Effekte gehabt. Nach anfänglichen „Sparerfolgen“ mussten die politisch Verantwortlichen erkennen, dass eine gute, am aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierte Versorgung der Patienten auf Dauer nicht mit gleich bleibenden oder sogar geringeren finanziellen Mitteln zu bewerkstelligen ist. Man kann den medizinischen Fortschritt nicht einfach einfrieren wie Arbeitgeberbeiträge. Man kann aber dafür sorgen, dass die gesetzliche Krankenversicherung nicht über Gebühr belastet wird und politische Entscheidungen zu einem Rückgang der Einnahmen führen. Die Bundesregierung selbst hat es schließlich zu verantworten, dass den Krankenkassen durch Verschiebungen zwischen den Sozialversicherungsbereichen und versicherungsfremde Leistungen allein im vergangenen Jahr 8,08 Milliarden Euro an Mehrbelastungen aufgebürdet wurden. Im Jahr 2005 wird sich die finanzielle Mehrbelastung der GKV sogar auf 10,75 Milliarden erhöhen und auch in den Folgejahren wird die gesetzliche Krankenversicherung mit Mehrausgaben durch die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen rechnen müssen. Allein die Arbeitsmarktgesetze seit 2002 (u.a. „Hartz I bis Hartz IV“) bedeuten für die Krankenkassen ab 2006 eine jährliche Mehrbelastung von 3,5 Milliarden Euro.

Die Politik plündert die GKV und zugleich brechen deren Einnahmen weg. Es gibt aber keine Einsparreserven mehr. Wir müssen deshalb weiter mit Nachdruck dafür eintreten, die Finanzierung des Gesundheitswesens dauerhaft zu stabilisieren, um auch in einer älter werdenden Gesellschaft eine Patientenversorgung auf hohem Niveau zu gewährleisten. Nur dann werden die wachsenden Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts allen Menschen zugute kommen können.