

Umstrittene Fußnote

„Dieses Dokument ist in einem gemeinsamen Beratungsprozeß durch den AOK-Bundesverband, den Arbeitskreis Gesundheit und Soziales der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder, die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände, die Bundesärztekammer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnen-Stellen, das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., den Deutschen Pflegerat, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Notgemeinschaft Medizingeschädigte e.V., den Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. sowie die beteiligten Länder erstellt worden.“ GMK

darauf gedrungen, das Recht von Kindern auf eine altersgemäße Versorgung im Krankheitsfall aufzunehmen. Durch Dokumente wie das vorliegende werde Patienten vorgegaukelt, daß man ihre Rechte stärke. Sie würden in Wirklichkeit durch politische Vorhaben wie zum Beispiel ein Globalbudget geschwächt.

Innerhalb des Bremer Senats für Gesundheit sieht man das anders. Was das Dokument betrifft, sei von vornherein klar gewesen, daß es um eine Beschreibung von Bestehendem und nicht um die Neusetzung von Recht gehe, erklärte Bruns. Die Zusammenstellung gebe Bürgern jedoch einen besseren Überblick als zuvor. Und wie soll sie verbreitet werden? Nach Informationen von Bruns sind im Laufe des Jahres mehrere Veranstaltungen zum Thema „Patientenrechte“ geplant. Außerdem bereite man in Bremen eine Broschüre dazu vor.

Die GMK hat sich noch innerhalb eines Beschlusses „Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ zum Aspekt „Patientenorientierung“ geäußert. Darin ist unter anderem festgelegt:

► Bis zum Jahr 2003 sind neutrale Patienteninformationssysteme über die Einrichtungen des Gesundheitswesens aufzubauen.

► Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens müssen regelmäßig Patienten befragen. Die Spitzenorganisationen sollen für jeweils gleiche Gruppen von Leistungserbringern bis

2003 Empfehlungen zur Methodik, Vergleichbarkeit und Evaluation solcher Befragungen festlegen.

► Auf Landesebene sind „von Interessen der einzelnen Beteiligten im Gesundheitswesen unabhängige Patientenberatungsstellen“ einzurichten.

► Bis 2003 sind Patientenvertretungen beziehungsweise Verbraucherschutzverbände in die Gremien des Gesundheitswesens einzubeziehen, die sich federführend mit Qualitätsmanagement auseinandersetzen.

Was damit konkret gemeint ist und wie diese Vorhaben finanziert werden sollen, ist unklar. Bruns erläutert, die Gesundheitsministerkonferenz siede die Projekte offensichtlich „eher auf der finanzierbaren Seite“ an.

An die obige Aufstellung schließen sich weitere Vorgaben zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen an. Auf die Vorbehalte der Ärzteschaft wird in diesem Beschluß immerhin eingegangen. So heißt es: „Die GMK konstatiert, daß die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu einigen Zielen noch umsetzungsbezogenen Klärungsbedarf haben, den sie zum Beispiel über Modellmaßnahmen ange-

hen möchten, bevor sie die Zielformulierung umfassend mittragen können.“

Die KBV stößt sich nach Darstellung von Dr. Dominik Graf von Stillfried, Leiter der Abteilung Grundsatzfragen, an mehreren Punkten. So kritisiert sie, daß die GMK der externen Qualitätssicherung Vorrang vor der internen geben wolle. Außerdem wolle sie diverse Maßnahmen einführen, ohne zu wissen, ob sich daraus eine Verbesserung für die Versorgung der Patienten ergebe, und, wenn ja, zu welchem Preis. Insgesamt findet Stillfried es unbefriedigend, daß die Gesundheitsminister der Länder die Vorbehalte der Ärzteschaft zwar aufgenommen haben, die umstrittenen Passagen sich jedoch demnach im Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform 2000 wiederfinden.

Zurück zu den Patientenrechten: Die Bundesärztekammer plant nach Angaben von Montgomery, zu diesem Thema selbst ein Dokument vorzulegen und es in der Öffentlichkeit zur Diskussion zu stellen. Ähnlich war die Kammer 1998 mit den Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung verfahren – ein Vorgehen, das damals viele begrüßten. Sabine Rieser

Diskussion über Zukunft des Gesundheitswesens

Keine Chance für Visionen

Zu einer „visionären Schau in die Zukunft des Gesundheitswesens“ hatte die Landesärztekammer Hessen eingeladen. Doch die aktuelle Auseinandersetzung um die Gesundheitsreform 2000 versperrte den Weitblick.

Wir wollen bewußt nicht über das Gesetz sprechen“, leitete Dr. med. Siegmund Drexler im Namen der Landesärztekammer Hessen am 18. Juni 1999 im Frankfurter Universitätsklinikum die Diskussionsveranstaltung ein. Ein Blick auf die Referentenliste hätte ihn bei dieser Einschätzung etwas vorsichtiger stimmen müssen. Neben dem Philosophen und Politologen Prof. Dr. Iring Fetscher saßen auf dem Podium:

der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Alfred Möhrle; der für die Gesetzliche Krankenversicherung zuständige Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit, Dr. med. Hermann Schulte-Sasse; und der stellvertretende Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. med. Lothar Krimmel. Diese Zusammenstellung versprach ein anregendes Streitgespräch, aber ein tagesaktueller

Bezug zur Gesundheitspolitik schien unvermeidbar. Und so sahen sich die nur wenigen Zuhörer im großen Hörsaal des Frankfurter Klinikums recht schnell mit einer kontroversen Debatte konfrontiert, die sich hauptsächlich auf die mit der Gesundheitsreform 2000 zu erwartenden strukturellen Veränderungen bezog.

Der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Alfred Möhrle, hält das deutsche Gesundheitswesen immer noch für leistungsfähig. Auf der Einnahmeseite habe man allerdings mit der Kostenentwicklung, bedingt durch den medizinischen Fortschritt und die demographische Entwicklung, nicht Schritt halten können. Eine medizinische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Stand des Jahres 1970 wäre heute ohne weiteres zu finanzieren.

Rationierung droht bei der Versorgung

Auch wenn hier und da noch Rationalisierungsreserven vorhanden seien, gehe kein Weg daran vorbei, über andere ärztliche Honorierungssysteme nachzudenken. Anderenfalls drohe die Rationierung bei der medizinischen Versorgung. Auch die Verringerung der Zahl der niedergelassenen Ärzte könne eine Entlastung bringen. Der inzwischen vom Bundeskabinett gebilligte Gesetzentwurf werde den Anforderungen nicht gerecht, sondern führe zu einem Umbau des Systems mit einer künftigen Vorranghaft der Krankenkassen, das Globalbudget bedeute den Einstieg in die Rationierung.

Für Schulte-Sasse scheinen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf, den er mitgestaltet hat, einige Visionen bereits in greifbare Nähe gerückt zu sein. Ein entscheidendes Defizit der derzeitigen medizinischen Versorgung sei die völlig unzureichende Datenlage darüber, was sich genau innerhalb des komplexen Gesundheitssystems abspiele. Im Vergleich zu anderen Ländern konstatierte Schulte-Sasse eine gute Ausgangslage – so etwa ein dichtes Netz von Krankenhäusern mit einer hohen Versorgungsstufe und viele niedergelassene Fachärzte. Diese sogenannte Strukturqualität

münde allerdings nicht in eine entsprechende Prozeßqualität: Niemand wisse genau, was mit dem Patienten im Gesundheitssystem geschieht. Hier sei zuviel Zufall im Spiel, es bestehe eine zu große Bandbreite an Optionen, die bei der medizinischen Versorgung gewählt werden können. Schließlich zeige die Ergebnisqualität, führte Schulte-Sasse aus, daß die gute Strukturqualität in Deutschland nicht zu einem Vorsprung vor Ländern mit geringerer Strukturqualität führe. Da seiner Ansicht nach das Gesundheitssystem in Deutschland, vergleicht man es mit den Pro-Kopf-Ausgaben für medizinische Versorgung in Europa, nicht unterversorgt ist, sei es vordringlich, die Datenlage zu verbessern. Eine Versorgungsforschung, wie es sie in anderen Ländern bereits gebe, müsse auch in Deutschland etabliert werden. Das Gesundheitsreformgesetz ermögliche die dafür erforderliche Datentransparenz, so daß künftig Steuerungselemente innerhalb des Gesundheitssystems besser eingesetzt werden könnten.

Rückschritt in die Zeit vor 1923

Für die deutschen Kassenärzte komme die Realisierung der Gesundheitsreform – so meinte Krimmel – einem Rückschritt in die Rechtsverhältnisse vor 1923 gleich. Ein bestehendes Gleichgewicht werde massiv zugunsten der Krankenkassen verschoben. Die Reform bedeute nichts weniger als ein „Ermächtigungsgesetz für die Krankenkassen“. In der Diskussion werde zumeist außer acht gelassen, daß das ärztliche Einkommen vor Steuern nur 6,2 Prozent der Kassen-Gesamtausgaben ausmache, gegenüber 7,7 Prozent in 1990. Allerdings werde der Ärzteschaft die Verantwortung für die Entwicklung in fast allen anderen Bereichen zugewiesen. Einer stetig zunehmenden Morbidität könne man nicht immer weniger Ressourcen entgegensetzen. Schon heute gebe es eine gravierende Unterversorgung bei bestimmten Krankheitsbildern. Der medizinische Fortschritt habe, führte Krimmel aus, die Behandlung bestimmter Krankheiten erst möglich

gemacht; dies habe allerdings auch zu einem explosionsartigen Kostenanstieg in diesen Bereichen geführt. Krimmel bestritt, daß es noch Rationalisierungsreserven gebe. Das geplante Globalbudget könne nichts anderes bedeuten als Rationierung von Gesundheitsleistungen. Damit werde zudem das dynamische Wachstum des volkswirtschaftlich bedeutsamen Gesundheitsmarkts abrupt gestoppt. Dies ziehe auch einen Stellenabbau nach sich.

Prävention und liberaler Staat

Etwas auf verlorenem Posten stand der Philosoph und Politologe Iring Fetscher, da er in seinem Beitrag tatsächlich jenseits der aktuellen Auseinandersetzung um die Gesundheitsreform 2000 auf mögliche künftige Entwicklungen einging. Wichtig erscheint ihm, den Gedanken der Prävention künftig noch stärker im ärztlichen Handeln zu verankern. Zwar bestehe hier ein gewisses Spannungsverhältnis zu einem liberalen Staatsverständnis, doch sollte auch ein liberaler Staat Überzeugungsarbeit im präventiven Bereich leisten dürfen. Man müsse sich fragen, ob nicht derjenige, der fahrlässig mit seiner Gesundheit umgehe, zutiefst un-solidarisch handle und damit die eingeforderte Solidarität des Gesunden mit den Kranken aufs Spiel setze. Fetscher bezweifelte, daß der Hausarzt alter Prägung den zukünftigen Anforderungen einer medizinischen Versorgung auf dem neuesten Stand noch gerecht werden könne; Ärzteteams seien dafür eher geeignet. Aus seiner Patienten-Perspektive ist künftig eine Art Ärzte-TÜV wünschenswert.

Die Landesärztekammer Hessen wird die Initiative für eine dort institutionell verankerte Zukunftswerkstatt ergreifen. Dies kündigte Kammerpräsident Möhrle zum Abschluß der Veranstaltung an. Wer sich nicht das Heft aus der Hand nehmen lassen wolle, müsse sich frühzeitig mit den zukünftigen Möglichkeiten ärztlichen Handelns auseinandersetzen. Erstrebenswert sei es, eine solche Entwicklung auch bei der Bundesärztekammer in Gang zu setzen. Dr. Thomas Gerst