

Gesundheitspolitik

Von Mythen geprägt

Einige Vorschläge zur Reform des Gesundheitswesens mögen gut klingen. Bei der Prüfung ihrer Inhalte sucht man jedoch vergeblich nach entsprechenden Fakten.

Nicht gerade mit Wohlgefallen betrachtet Prof. Dr. Fritz Beske die Eckpunkte des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG), mit dem Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt etwa 20 Milliarden Euro sparen will. „Wehe, wehe, wenn ich auf das Ende sehe“, zitiert der Direktor des Instituts für Gesundheits-System-Forschung, Kiel, stattdessen Wilhelm Busch. Viele der Vorschläge aus dem Bundesministerium seien nicht bis zu Ende gedacht. „Schnell hat man Einsparvolumina bei der Hand“, kritisiert Beske, „aber die Einsparpotenziale sind häufig nicht sorgfältig geprüft. So kann man keine Gesundheitspolitik machen.“ Beskes These: Viele der Vorschläge zur Reform des Gesundheitswesens beruhen eher auf Mythen denn auf wissenschaftlich nachprüfbareren Fakten. Einige dieser Mythen diskutierte Beske am 12. Mai in Berlin mit Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie der Krankenkassen.

Mythos: Das Brechen des Monopols der KVen schafft mehr Freiheit und spart Kosten – Diese Behauptung sei unbewiesen und führe zu einem rein marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitswesen, prognostiziert Beske. In der Tat würde mehr Vertragsfreiheit herrschen, wenn der Sicherstellungsauftrag von den KVen auf die Krankenkassen übergehen würde. Ob diese Freiheit jedoch mit allen ihren Konsequenzen richtig bedacht ist, bezweifelt Beske. Für den Patienten ginge ein großes Stück Freiheit verloren, da man sich von der freien Arztwahl und einer flächendeckenden Versorgung verabschieden müsste. Um eine qualitativ hochwertige (auch fachärztliche) Versorgung in der Fläche sowie Planungssicherheit aufrechtzuerhalten, plädiert der Gesund-

heitsexperte dafür, die bestehenden Grundstrukturen lediglich etwas flexibler zu gestalten.

Beskes Ansicht deckt sich mit den Vorschlägen der KBV. „Wir bieten ein flexibles System mit einem Wettbewerb um Qualität auf der zweiten Ebene“, erläutert Dr. Rainer Hess, Hauptgeschäftsführer der KBV. Neben den bisherigen Kollektivverträgen sollen individuelle Integrationsverträge, Disease-Management-Verträge sowie interdisziplinäre Versorgungsverträge möglich sein. Die AOK (die als größte Kasse vermutlich als Sieger aus dem Vertragskampf der Kassen hervorgehen wird) zeigt sich hingegen fest überzeugt davon, dass eine radikale Änderung der Vertragsform für Ärzte und Patienten Segen bringt. „Kollektivverträge haben sich in der Vergangenheit nicht bewährt“, argumentiert Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Dabei warnt Ahrens die Ärzte vor vorschnellen Horrorszenarien. Die könnten aber auch auf die Kassen selbst zukommen. Denn sie müssen künftig die ambulante fachärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen.

Mythos: Es gibt zu viele Doppeluntersuchungen – „Es gibt keine wissenschaftliche Untersuchung über Art und Umfang von unbegründeten Doppeluntersuchungen“, betont Beske. Dass es Doppeluntersuchungen gibt, dürfte unbestritten, in vielen Fällen aber auch begründet sein. Das Einholen einer Zweitmeinung, eine erneute Untersuchung nach einer Krankenhauseinweisung oder beim Facharzt gehören zum medizinischen Alltag. „Doktorhopping“ dürfte allerdings auch einen Teil der Doppeluntersuchungen ausmachen. „Dieses Problem ist jedem bewusst“, meint Dr. med.

Leonhard Hansen, stellvertretender KBV-Vorsitzender. „Es ist jedoch nicht durch politische Vorgaben, wie eine Praxiseintrittsgebühr, zu regeln.“ Diese sollen Patienten aber nach dem Willen des Gesetzgebers künftig bei der Konsultation eines Facharztes zahlen.

Mythos: Ärzte betrügen bei den Abrechnungen – Alle KVen und Krankenkassen werden Stellen für Korruptionsbeauftragte einrichten – so sieht es der GMG-Entwurf vor. Damit schwebt über allen Ärzten der Verdacht des Betrugs. Tatsächlich gebe es aber unter den Ärzten nicht mehr Betrüger als in anderen Berufsgruppen, erklärt Beske. Ein Betrug durch Ärzte finde lediglich eine breitere Resonanz. Beispiel Niedersachsen: 1 040 Ärzte wurden verdächtigt, Behandlungen toter Patienten abgerechnet zu haben; gegen 12 Ärzte wurde letztlich Strafanzeige erstattet.

Mythos: Die Patientenquittung bringt Transparenz und spart Kosten – Das Gegenteil ist der Fall. Darin sind sich KVen und Kassen einig. Regelmäßig Patientenquittungen zu verschicken kostet viel und erfordert einen hohen organisatorischen Aufwand. Dass die Patienten daran zudem nur ein geringes Interesse haben, geschweige denn ihr Verhalten ändern, zeigte ein Modellversuch in Rheinhessen. Fazit der Experten: Aus Transparenzgründen sollte die Patientenquittung höchstens fakultativ angeboten werden.

Mythos: Die Prävention löst alle Probleme – Einsparpotenziale in Milliardenhöhe verspricht der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen „theoretisch“ durch Prävention. „Diese Behauptung ist falsch“, meint Beske. Durch Prävention ließe sich die Lebensqualität verbessern und die Gesundheit fördern. Geld spare man jedoch nicht – im Gegenteil.

Mythos: Die Krankenkassen haben zu hohe Verwaltungskosten – „Wer einen Baum fällen soll, braucht eine Axt“, findet Beske. Die Politik dürfe nicht die hohen Verwaltungskosten der Krankenkassen beklagen, wenn sie ihnen gleichzeitig immer neue Aufgaben übertrage. Dr. med. Eva A. Richter-Kuhlmann