Operation im Kernspintomographen

T. PFLAUM / PLUS 49 / VISUM

System ohne Steuerung

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor dem Infarkt – es ist unflexibel, uneffektiv, unbezahlbar. Ärzten, Klinikbetreibern und der Pharmaindustrie gerät das Wohl der Patienten mehr und mehr aus dem Blickfeld. Eine Totalreform ist überfällig.

Es gibt zwei Sorten von Gesundheitsministern: die reformeifrigen Neulinge mit dem großen Plan – und die im Dienst Zermürbten, die am Ende nur froh waren, wenn sie wieder aus dem Amt scheiden konnten.

Ehemalige wie Horst Seehofer, der wie kaum ein anderer die Begehrlichkeit des deutschen Gesundheitsunwesens kennt, blicken ohne jede Nostalgie zurück. All seine Gesetze zur Kostendämpfung, das weiß er heute, bewirkten im Normalfall nichts, im besten Fall brachten sie einen Zeitaufschub. „Und deshalb weiß ich genau“, sagt er, „Frau Fischer wird scheitern, wie auch ich gescheitert bin.“

Andrea Fischer, der Neuling, verbreitet noch jene Ich-pack-das-Stimmung, mit der auch Seehofer gestartet war. Und selbstverständlich hat sie das getan, was all ihre Vorgänger auf dem Posten des Gesundheitsministers ebenfalls getan haben.

Sie durchforstete in endlosen Nachtsitzungen riesige Aktenberge, versuchte sich dabei das Vokabular eines Experten anzueignen, für den Geld nicht mehr Geld heißt, sondern „Sonderentgelt“, „Fallpauschale“ oder „Leistungskomplexgebühr“. Sie hat all die professionellen Helfer um Rat gebeten, die in den diversen Beiräten und Sachverständigenkommissionen seit Jahren jede Windung des Gesundheitswesens seziert haben. Und natürlich hat sie auch die ganze Schar der „Leistungserbringer“ zum Gespräch geladen, wie sich die Ärzte, Krankenhauslobbyisten oder Pharmahersteller vornehm nennen.

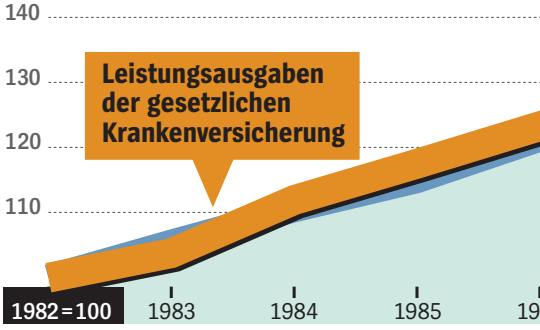
Das Ergebnis der Fleißarbeit umfasst 347 Seiten, heißt „Gesundheitsreform 2000“ und soll nun mit Hilfe von über 200 Änderungen und Ergänzungen bestehender Paragrafen ein System ins Gleichgewicht bringen, dessen Kosten seit Jahren ins Maßlose wachsen. Zentraler Baustein ist ein so genanntes Globalbudget, das die Ausgaben für die nächsten Jahre von Staats wegen festlegt und alle im Gesundheitswesen Beschäftigten zur strikten Einhaltung verpflichtet.

Es geht nicht nur um Sparsamkeit, es geht auch um die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit. Denn jede zusätzliche Beitragsmark treibt die Lohnkosten in die Höhe und damit die Zahl der Arbeitslosen, was wiederum das Fundament der Beitragszahler ausdünnt – und die Übriggebliebenen noch stärker belastet. Eine Spirale ist in Gang gekommen, deren unheilvolle Wirkung heute niemand mehr bestreitet.

Das Ziel ist also klar, die Aufregung dennoch gewaltig. Kaum ein Wochenende, an dem sich nicht irgendwo in der Republik die Standesvertreter der Gesundheitsberufe samt ihrer Helferheere zu einer Demonstration versammeln und Transparente hochhalten, auf denen sich „Herzinfarkt“ auf „Sarg“ reimt und „Therapie“ auf „nie“.

Von „umstürzlerischen Planungen“ spricht die Kassenärztliche Vereinigung, vor einem „Marsch in die Zwei-Klassen-Medi-

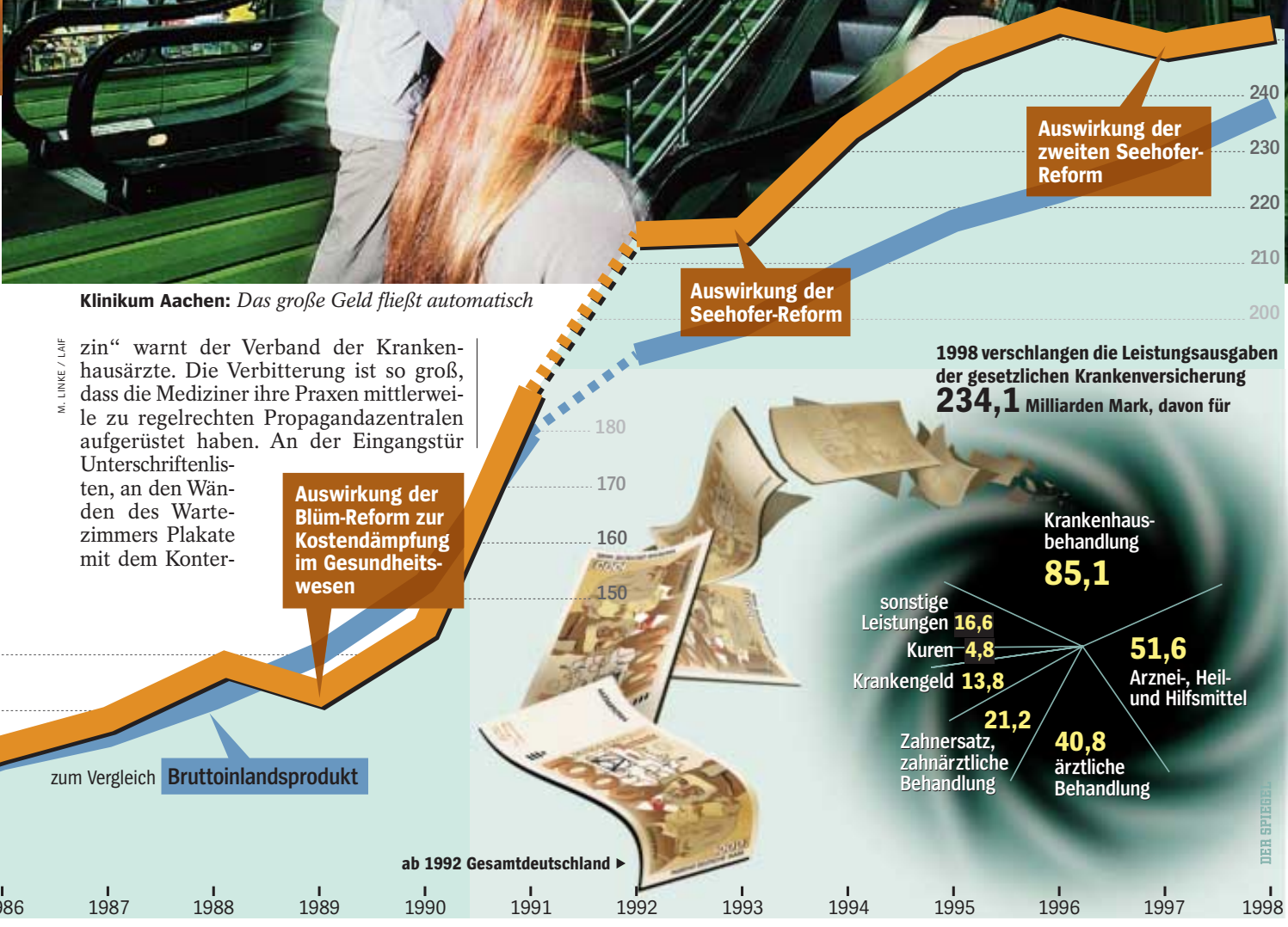
Teure Gesundheit



Klinikum Aachen: *Das große Geld fließt automatisch*

M. LINKE / LAIF

zin“ warnt der Verband der Krankenhausärzte. Die Verbitterung ist so groß, dass die Mediziner ihre Praxen mittlerweile zu regelrechten Propagandazentralen aufgerüstet haben. An der Eingangstür Unterschriftenlisten, an den Wänden des Wartezimmers Plakate mit dem Konter-



fei eines Patienten, der so aussieht, als ob er einem Schlägerkommando in die Quere gekommen ist.

Noch gibt sich Fischer zuversichtlich, dass sie und ihre Kabinettskollegen der rabiaten Ärztekampagne widerstehen können, dass ihr Gesetzeswerk nicht nur, wie geplant, in der kommenden Woche das Parlament passiert, sondern auch, einigermaßen intakt, den Vermittlungsausschuss im Bundesrat.

Andere sind da pessimistischer. „Ich habe diesen Feldversuch schon hinter mir“, sagt jener Mann, den sie einst den „Drachentöter“ nannten. Und der nun mitleidig, ja geradezu mitfühlend auf die Bemühungen seiner Nachfolgerin blickt.

Sechs Jahre lang war der CSU-Abgeordnete Seehofer Gesundheitsminister in Bonn, viele meinen, der erfolgreichste, den die Republik je hatte. Die besonders aufrührerischen Zahnärzte hat er besiegt, den Kosten für Arzthonorare und Klinikbetten einen Deckel verpasst und sogar der Pharmaindustrie ein paar Milliarden abgenommen. Nur kurz hielt die Wirkung, dann sprengte der aufgestaute Druck in den Ausgabentöpfen die sorgsam verschraubten Deckel wieder davon, erst bei den Arzneimitteln, dann in den Krankenhäusern und schließlich auch bei den Praxen.

Heute steht für den braven Katholiken fest: „Wir können so viel reglementieren und budgetieren, wie wir wollen, es wird nichts nutzen, unser Gesundheitswesen wird davon allenfalls schlechter und teurer.“

So viel Fatalismus war nie. Ist das der Frust der Gescheiterten? Oder tut sich ausgerechnet im Gesundheitswesen, jenem Teil des Staates, der den Menschen mehr als alles andere bedeutet, eine Kluft zwischen dem Möglichen und dem Nötigen auf, die unüberbrückbar ist? Für die Politiker zumindest stellen sich die Fragen existenziell: Wie viel Sanierungsarbeit verträgt die empörte Wählerschaft? Ist ein Erfolg beim Begrenzen, Deckeln, Budgetieren überhaupt möglich – und, wenn ja, nur um den Preis des Machtverlusts?

Ärzte-Karikatur: *„Radikal-Kur“* KÖLNER STADT-ANZEIGER

Denn die Rezepte, die da im Angebot sind, schrecken alle derart ab, dass eine auf breite Zustimmung angewiesene Parteiendemokratie sich kaum trauen darf, sie zu debattieren. Soll man wirklich, wie Seehofer nun leise vorschlägt, konsequent auf marktwirtschaftliche Steuerung setzen, was die Gegner sofort als „Zwei-Klassen-Medizin“ diffamieren?

Oder soll man im Gegenteil, nach englischem Vorbild, das Regelsystem ausweiten, indem jede medizinische Leistung nur noch streng nach gesetzlich festgeschriebenen Normen vergeben wird, um so wenigstens für stabile Preise zu sorgen? „Rationierung“ werden die anderen rufen und auf überfüllte Wartezimmer, verstörte Patienten und den einen oder anderen rätselhaften Todesfall verweisen.

Die Bürger stehen dem Treiben ratlos gegenüber. Was sollen sie von dem Getöse der organisierten Ärzteschaft halten, dem zufolge eine strenge Ausgabenbegrenzung das Wohl der Kranken gefährdet? Was ist dran an dem Gegenargument der Gesundheitsministerin, Geld sei genug vorhanden, es müsse nur besser und effizienter eingesetzt werden? Wie lässt sich dem scheinbar selbsttätigen Wachstum des Gesundheitswesens Einhalt gebieten und damit dem stetig steigenden Kostendruck?

Denn dass da irgendwas nicht stimmt, dass Anspruch und Wirklichkeit sich inzwischen kaum mehr berühren, spüren viele. Keine andere Nation in Europa gibt heute, gemessen an der Wirtschaftsleistung, mehr Geld für Gesundheit aus, rund 550 Milliarden Mark werden es voraussichtlich in diesem Jahr sein. Doch glaubt man den Ärzten, reicht diese Summe hinten und vorne nicht.

Die angebliche Leistungsbilanz liest sich wie eine konzertierte Aktion wider die Volksgesundheit: Deutsche werden dop-

ARIS

Protestdemo gegen die Gesundheitsreform*: *Die Bürger stehen dem Treiben ratlos gegenüber*

pelt so häufig geröntgt wie die Niederländer, gehen dreimal öfter zum Arzt als die Schweden und schlucken in ihrem Leben zweimal so viel an Medikamenten wie ein Norweger.

Kein Wunder, denn die Megamaschine verlangt nach Opfern, die hier zu Lande Patienten heißen: Über 287 000 Ärzte bieten ihre Dienste an; 2200 Kliniken haben Tag und Nacht ihre Pforten geöffnet, ebenfalls Europa-Rekord. In kaum einem anderen Land der Welt wartet ein so eindrucksvoller Gerätepark an Kernspintomographen, Linearbeschleunigern, Linksherzkatheter-Messplätzen auf neue kranke Kundschaft. Es gilt das Motto: Niemand ist gesund, nur viele sind unzureichend untersucht.

DPA

Reformer Seehofer

Was einst als ein Gewerbe begann, das allenfalls Linderung bei Schmerz und Siechtum versprach, hat sich zu einer Industrie entwickelt, die für zweite Herzen und dritte Zähne ebenso sorgt wie für künstliche Gelenke, neue Brüste oder gerade Nasen – und deren ökonomische Bedeutung die von Automobilbau oder Energiewirtschaft weit übersteigt.

Der Anteil der Gesundheitsfürsorge an der gesamten Volkswirtschaft ist in den vergangenen Jahren beständig gestiegen, seit 1970 von 6,3 auf nunmehr 10,7 Prozent. Damit liegt die Bundesrepublik – nach den USA – weltweit an der Spitze.

Und auch als Jobmaschine ist das Geschäft mit der Gesundheit längst konkurrenzlos. Rund 4,2 Millionen Menschen arbeiten heute im medizinisch-industriellen Komplex, wie der Gesundheitssektor von Ökonomen gern etwas despektierlich genannt wird. Das entspricht 12 Prozent aller Erwerbstätigen.

Allein bei den 582 gesetzlichen Krankenkassen sind über 145 000 Menschen beschäftigt, auf immerhin 10 000 Angestellte bringt es inzwischen selbst die Kassenärztliche Vereinigung, die in erster Linie die Honorarverwaltung ihrer Mitglieder besorgt. Und wo ehemals Arzt, Krankenschwester und Apotheker reichten, bieten heute über 80 Heilberufe ihre Dienste an.

Das große Geld für diesen Reparaturbetrieb fließt automatisch – zu gut 90 Prozent aus Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern, also aus Geldern, die dem Einzelnen zwangsweise abverlangt werden und auf deren Verwendung er keinen Einfluss hat.

Dem 550-Milliarden-Markt fehlt so ziemlich alles, was einen Markt ausmacht. Er ist wettbewerbsfeindlich, undurchsichtig und kundenfern. Er bestraft Qualitäts- und Kostenbewusstsein, fördert Verschwendung und Durchstecherei und tendiert wie jedes staatlich gelenkte System zu einer gigantischen Fehlsteuerung seiner Mittel.

Langsam beginnt sich auch unter den Patienten herumzusprechen, was Gesundheitsökonomen längst in aller Deutlichkeit nachgewiesen haben: Das deutsche Gesundheitswesen hat sich gründlich übersteuert, ihm droht der Infarkt. Die Liste der Unzulänglichkeiten und Widersprüche ist lang:

- Immer mehr Mediziner buhlen um die Patienten, allein die Zahl der niedergelassenen Ärzte hat sich seit 1977, dem Geburtsjahr des Begriffs Ärzteschwemme, von 36 000 auf heute 112 000 nahezu verdreifacht.
- Die Krankenkassen sollen den Kostendruck dämpfen – und tun das Gegenteil. Ihr Verwaltungsaufwand ist im vergangenen Jahr schon wieder um 5 Prozent gestiegen, auf insgesamt 13 Milliarden Mark. Ihre Angestellten, die nicht von ungefähr „Sofas“ heißen (die Abkürzung von Sozialversicherungsfachangestellte), kümmern sich kaum um politische Vorgaben.
- Allen Sparbemühungen und Budgetvorgaben zum Trotz rekrutiert die weiße Armee immer neue Helfer und Heiler, und die Politik lässt sie gewähren. Erst wurden die Freunde der Naturheilverfahren an die öffentlichen Geldtöpfe gelassen und nun, seit 1. Januar, auch die Heerschar der freischaffenden Psychologen. Allein in Berlin dürfen seit Anfang des Jahres 1147 Psychotherapeuten über die Kassen abrechnen. „Eine Therapiedichte wie in einem Woody-Allen-Film“, wie der „Tagesspiegel“ spöttisch anmerkt.
- Seit Jahren versuchen die Gesundheitspolitiker vor allem die explodierenden Pharmakosten unter Kontrolle zu bringen, indem sie zum Beispiel so genannte Bagatellmedikamente wie Hustentropfen oder Grippemittel aus dem Erstattungskatalog strichen. Doch die Pharmaindustrie ist stets schneller: Bereits in den ersten sechs Monaten dieses Jahres sind die Arzneimittelausgaben um gut 12 Prozent in die Höhe geschnellt.

Wie krank das Gesundheitswesen in Wahrheit ist, zeigt sich schon bei der Information über Leistungen und Preise, also genau der Form von Transparenz, die aus Verbrauchern erst Kunden macht und aus Versorgern Dienstleister und die deshalb für einen funktionierenden Markt unabdingbar ist.

Weder der Patient noch seine Kasse vermögen zu sagen, welche Qualifikation sich hinter dem Arztschild verbirgt, ob der gute Doktor also beispielsweise beizeiten eine Fortbildung besucht hat (wie dies bei Lufthansa-Piloten selbstverständlich ist) oder ob er noch immer auf Grundlage seines in Studententagen erworbenen Wissens laboriert (was die Standesordnung ausdrücklich gestattet).

Bis heute fehlt eine Übersicht aller im Handel erhältlichen Arzneimittel, deren genaue Zahl deshalb nicht einmal das zuständige Bundesamt angeben kann (sie wird auf etwa 40 000 geschätzt), geschweige denn, welche etwas taugen. Den Apothekern wiederum ist es verwehrt, Preisnachlässe zu gewähren, und weil sie keine

* Am 22. September in Berlin.

Tagamet Magen-Darm-Mittel, 50 Tabletten

Spanien	17,38 Mark*
Großbritannien	24,80 Mark*
Deutschland	26,73 Mark
Italien	30,10 Mark
Frankreich	30,80 Mark

*Packungsgröße umgerechnet

DER SPIEGEL

Voltaren Emulgel
Antirheumatikum, 100-Gramm-Tube

Deutschland	11,79 Mark
Frankreich	12,20 Mark*
Österreich	16,21 Mark
Großbritannien	21,28 Mark

*Packungsgröße umgerechnet

Aspirin Schmerzmittel, 20 Tabletten

Frankreich	4,46 Mark
Spanien	4,59 Mark
Österreich	5,00 Mark
Deutschland	7,45 Mark
Italien	8,08 Mark

Filialen oder gar Ketten besitzen dürfen, sind auch Großhandelsrabatte weitgehend ausgeschlossen.

Selbst den Krankenkassen, die doch miteinander konkurrieren sollen, ist Wettbewerb untersagt. Weder dürfen sie sich bei den angebotenen Leistungen nennenswert unterscheiden noch direkt miteinander messen. „Aus wettbewerbsrechtlichen Gründen dürfen wir keine Beitragsvergleiche anstellen“, heißt es in einer Broschüre der Betriebskrankenkasse Zollern-Alb, dabei wäre gerade dieser Vergleich für die Versicherten aufschlussreich: Der Beitragssatz der schwäbischen Kasse liegt derzeit bei 11,9 Prozent, mithin 3 Prozentpunkte niedriger als etwa bei der Berliner AOK, einer der teuersten Assekuranzen.

Und wofür die Beiträge der Versicherten, die der Arbeitgeber automatisch an die Kassen abführt, überhaupt verwendet werden, bleibt ebenfalls undurchsichtig. Regelmäßig moniert der Sachverständigenrat, der den Gesundheitsminister bei allen Gesetzesvorhaben beraten soll, den völligen Mangel „aussagekräftiger Indikatoren“, die zwingend notwendig wären, um „die äußerst komplexen Prozesse und Ergebnisse gesundheitlicher Leistungserstellung repräsentativ und entscheidungsrelevant abzubilden“.

Serevent
Antiasthmatikum, Dosierspray, 120 Sprühstöße

Frankreich	63,24 Mark
Spanien	78,05 Mark
Deutschland	84,99 Mark
Großbritannien	86,37 Mark
Österreich	97,07 Mark

Nicht einmal zur einfachsten Form der Leistungskontrolle, der Rechnungsstellung, konnte sich das Kartell der Kassierer bislang durchringen. Nach wie vor haben gesetzlich Versicherte keine Ahnung, wie viel ihre Behandlung eigentlich kostet, abgerechnet wird zwischen dem behandelnden Arzt, seiner Standesorganisation und der Krankenkasse. Und weil der die entsprechenden Daten lediglich auf Anfrage geliefert werden und auch dann nur in komprimierter Form, kann niemand beurteilen, ob der Arzt tatsächlich dreimal den Verband gewechselt hat, wie von ihm angegeben – oder nur einmal, ob er wirklich ein Ultraschallgerät eingesetzt hat – oder doch nur seine Hände.

Aufwand und Ertrag stehen schon lange nicht mehr in einem vertretbaren Verhältnis. Allen verfügbaren Studien zufolge lassen die hohen Gesundheitskosten keinen direkten Zusammenhang mit den messbaren Zahlen der Volksgesundheit erkennen. Weder werden die Deutschen älter als ihre Nachbarn, die zum Teil deutlich weniger in ihr Gesundheitswesen investieren, noch ist ihr Wohlbefinden erkennbar höher.

Auch beim Krankenstand belegen die Bundesbürger mit 16 Fehltagen pro Jahr einen Spitzenplatz unter den Industrienationen. Und gemessen an harten medizinischen Indikatoren wie Säuglings- und Müttersterblichkeit, postoperativen Komplikationen oder Lebenserwartung bei Krebsbehandlung liegen sie im internationalen Vergleich bestenfalls im Mittelfeld.

Tatsächlich drängt sich schon nach einem flüchtigen Blick in die medizinischen Fachzeitschriften und Bulletins der Eindruck auf, dass die Deutschen nicht an einer Unter-, sondern eher an einer Überversorgung leiden, dass nicht zu wenig geschnitten, gespritzt und kuriert wird, sondern zu viel.

Erst kürzlich hat die Deutsche Röntgengesellschaft sachlich-kühl vermeldet, dass auf gut die Hälfte der jährlich 100 Millionen Röntgenuntersuchungen verzichtet werden könnte, ohne dass den Patienten irgendein Schaden entstünde. Für 20 Prozent der aufwendigen Gefäßerweiterungen lässt sich bei näherer Betrachtung kein triftiger Grund erkennen. Von den derzeit im Klinikbetrieb besonders beliebten Eierstock- oder Eileiteroperationen gilt jede vierte als überflüssig, von den Blinddarm-

M. MATZEL / DAS FOTOARCHIV

Operation per Roboter

Cilest Verhütungsmittel, 63 Tabletten

Großbritannien	**19,39** Mark
Italien	**23,94** Mark*
Deutschland	**26,38** Mark
Frankreich	**49,71** Mark
Österreich	**51,78** Mark

*Packungsgröße umgerechnet

operationen bei Frauen sogar jede dritte. „Medizinisch nicht indiziert" heißt es dazu in den entsprechenden Klinikstudien, die Nebenwirkungen gibt es gratis dazu.

Und dass von den jährlich 800 Millionen verordneten Medikamentenpackungen nach Durchsicht des Beipackzettels schätzungsweise 20 Prozent unangebrochen bleiben, mithin Arzneimittel für vier Milliarden Mark im Müll landen, ist aus Sicht der Profis nur von Segen für die Allgemeinbevölkerung: „Ich wundere mich manchmal, wie gesund unsere Patienten sein müssen, dass sie all die Medikamente überhaupt vertragen", sagt Norbert Klusen, Chef der Hamburger Techniker Krankenkasse.

Dass Kosten und Nutzen gerade im Gesundheitswesen eklatant auseinander klaffen, dafür hat auch die zahlende Kundschaft mittlerweile ein ausgeprägtes Gespür. Nur 13 Prozent fühlen sich im Krankheitsfall „sehr gut versorgt", 57 Prozent „eher gut", doch immerhin 23 Prozent „eher schlecht" und 7 Prozent sogar „sehr schlecht". Vor vier Jahren betrug die Zahl derer, die mehrheitlich zufrieden oder gar sehr zufrieden sind, noch 91 Prozent.

So uneinig sich die Fachleute in der Therapie des maladen Gesundheitssystems auch sind, so einig zeigen sie sich in der Diagnose der Ursachen seiner Fehlfunktionen. Im Gegensatz zu jedem anderen Wirtschaftsbereich gilt im Gesundheitswesen nicht das Prinzip von Angebot und Nachfrage, nicht einmal theoretisch. Ausgerechnet im milliardenschweren Medizinbetrieb ist der entscheidende Steuerungsmechanismus des Wirtschaftslebens, der Preis, außer Kraft gesetzt.

Wer einmal seinen Beitrag in die Krankenversicherung entrichtet hat, kann fortan jede Leistung unbegrenzt in Anspruch nehmen, auf Wunsch auch mehrfach. Eine fabelhafte Ausgangslage, auf die sich die weiße Zunft ihrerseits kostentreibend ein-

B. NIMTSCH / DAS FOTOARCHIV

Landarzt (auf der Insel Hiddensee)
Jeder Handgriff wird in Rechnung gestellt

gestellt hat, schließlich ist zwar das Preisregulativ außer Kraft gesetzt, nicht aber der Erwerbstrieb der „Leistungserbringer".

Was liegt näher, als einer Schwangeren außer regelmäßigem Ultraschall auch eine Fruchtwasserentnahme zu empfehlen? „Z. A." (zum Ausschluss von) oder „V. a." (Verdacht auf), diese Kürzel auf der Krankenakte rechtfertigen heutzutage fast jeden Aufwand: von der ausführlichen Laboruntersuchung über EKG und EEG bis hin zur wöchentlichen Röntgenkontrolle und, bei besonders empfindsamen Seelen, auch zu psychotherapeutischen Sitzungen oder homöopathischer Schüttelmedizin.

„Z. A." können natürlich noch diverse Fachkollegen herangezogen werden, der Internist, der Kardiologe, der Hals-Nasen-Ohren-Spezialist, die sich dann gern revanchieren. Solche Ringüberweisungen sind zwar verboten, in der Regel aber kaum zu erkennen, es sei denn, man stellt sich so dreist an wie jüngst ein Berliner Allgemeinmediziner, der mit zwei Kollegen der Einfachheit halber nur die Überweisungsformulare tauschte, Diagnose inklusive. Gerichtsnotorisch wurde dieses Verfahren, als der Doktor einen bevorstehen-

den Praxisumzug versehentlich per Computerbrief auch dem Teil seiner Kunden annoncierte, der seine Praxis nie von innen gesehen hatte.

Das Risiko, bei der „Optimierung“ seiner Abrechnung aufzufliegen, wie die Manipulation in der Fachsprache heißt, ist gering, denn es gibt keine wirksamen Sanktionen. Was kümmert einen Klinikdirektor, dass im Schnitt 20 Prozent seiner Betten fehlbelegt sind, wenn seine Finanziers, die Krankenkassen, per Gesetz zur Übernahme aller Kosten verpflichtet sind? Warum wiederum soll ein Kassenchef dem

H. CHRISTOPH / DAS FOTOARCHIV

Chefarzt-Visite im Krankenhaus (in Hannover)
Wie eine Lizenz zum Gelddrucken

Krankenhausmanagement auf die Füße treten, wenn er sich doch jederzeit bei den Beitragszahlern schadlos halten kann? Und welches Interesse sollte ein Patient haben, seine Versicherung zu schonen, wenn für all seine Ansprüche stets die Allgemeinheit geradestehen muss?

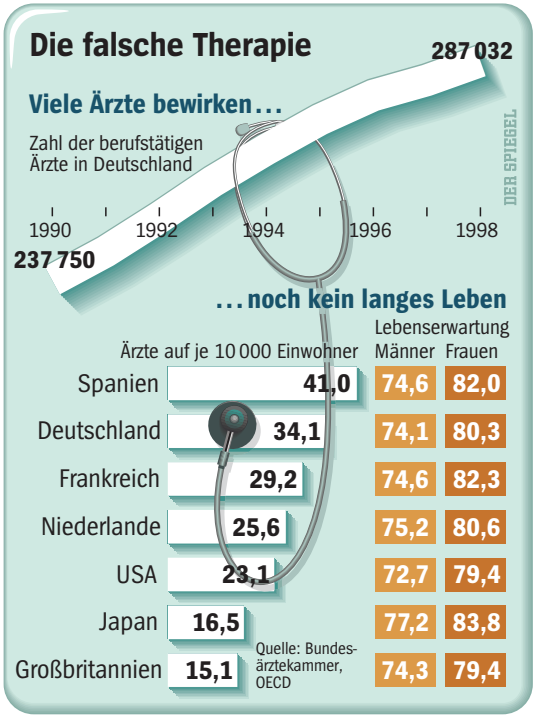
Den Grundstein für das heutige Gesundheitssystem legte der Deutsche Reichstag im Juni 1883 mit seinem „Gesetz betreffend die Krankenversicherung“, der ersten Sozialreform, die Reichskanzler Otto von Bismarck auf den Weg brachte. Gedacht war zunächst an eine Grundabsicherung gegen schwere Krankheiten und Beschwernisse, entsprechend moderat waren die Beiträge. Knapp drei Prozent des Bruttolohns mussten die Versicherten in die neu gegründeten Ortskrankenkassen einzahlen, ein Drittel der Kosten trugen die Arbeitgeber.

Schnell wuchs der Kreis der Versicherten, nach den Arbeitern wurden auch Angestellte zugelassen, dann alle Familienangehörigen, und mit zunehmender Mitgliederzahl stiegen die Kassen zu mächtigen Organisationen auf, denen die Ärzte zunächst keine wirklich starke Lobby entgegenzusetzen hatten.

Stolz verkündete die Kassenärztliche Vereinigung ihre Gründung im Jahre 1933, doch erst 1955 gelang der Ärzte-Genossenschaft mit dem so genannten Sicherstellungsauftrag der entscheidende Durchbruch: Alle Leistungen, die der „bedarfsgerechten Versorgung“ der Bevölkerung dienten, waren den Medizinern prompt zu vergüten.

Die finanziellen Folgen der nun einsetzenden Dauerkonjunktur des Medizinbetriebs ließen nicht lange auf sich warten. Beliefen sich die Ausgaben der Krankenkassen 1960 noch auf vergleichsweise bescheidene 9 Milliarden Mark, schnellten sie bis Mitte der Siebziger auf 61 Milliarden Mark steil in die Höhe.

Und nicht nur die Zahl der Medizinstudenten begann rapide zu steigen, was angesichts der verlockenden Aussicht auf einen Job, der die Vorzüge einer freiberuf-



lichen Tätigkeit mit denen einer quasi beamtenrechtlichen kombiniert, noch leicht einsehbar war. Auch das Einzelhonorar verdreifachte sich binnen eines Jahrzehnts von 66 526 Mark (1965) auf 213 104 Mark (1975); nimmt man die Kosten hinzu, die jeder Doktor durch Verschreibungen, Laborstudien oder die Konsultation von Kollegen verursacht, liegen die jährlichen Ausgaben pro Kassenarzt heute bei durchschnittlich einer Million Mark.

Als besonders verhängnisvoll erwies sich dabei im Rückblick die 1955 auf Druck der Ärzteschaft ebenfalls eingeführte Einzelleistungsvergütung. Hatten die Ärzte bis dato pro Patient und Quartal gegen Vorlage des Krankenscheins eine Pauschale bekommen, einen Fixbetrag, der alle Behandlungsschritte abgalt, konnten sie nun jeden einzelnen Handgriff in Rechnung stellen. Die Approbation glich damit einer Lizenz zum Gelddrucken.

Nur langsam dämmerte den politisch Verantwortlichen, welche absurden Effekte gerade diese Neuregelung zeitigte. So verdient der Doktor am meisten, der seinen Patienten förmlich auf den Kopf stellt. Derjenige hingegen, der die Differenzialdiagnostik beherrscht, Krankheitsbilder also genau zu deuten und damit auch zu behandeln weiß, minimiert durch Effizienz automatisch sein Einkommen. Ein Prinzip, an dem sich bis heute nichts geändert hat.

Und weil die Einzelleistungsvergütung das klärende Wort oder die klassische Abklopfmethode weitaus schlechter stellt als den Befund mittels Elektrokardiogramm, Sonographie oder Röntgengerät, gleichen heute selbst mittelprächtige Landarztpraxen ausgewachsenen Hochtechnologiezentren. Von allen Zulieferindustrien des Medizinbetriebs verzeichnet keine so heftige Umsatzsprünge wie das Spezialgewerbe der Großgerätehersteller.

Allein zwischen 1988 und 1992 stiegen die erstattungspflichtigen Ausgaben für Sonographie um 85, die für Kernspintomographie um sage und schreibe 434 Prozent – die teuren Apparate müssen schließlich ausgelastet werden.

Da trifft es sich gut, dass mit neuen Geräten und Diagnosetechniken auch neue Volkskrankheiten auftauchen, die Osteoporose etwa, auch Knochenschwund genannt. Insgesamt 30 Millionen Mark geben die Kassen pro Jahr für die Knochendichtemessung aus, ein aufwendiges, nur leider ziemlich nutzloses Verfahren. Da es bisher keine wirksame Therapie gibt, werden die meisten Patienten mit der Aufforderung nach Hause geschickt, künftig drei Gläser Milch zu trinken.

Mitunter steckt der Grund für die unvermutete Zunahme Besorgnis erregender Massenbefunde, ganz profan, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der Abrechnungsbibel der Mediziner. So hat sich die Zahl der Frauen, bei denen eine Risikoschwangerschaft diagnostiziert wurde, in Deutschland deutlich erhöht – und zwar just seit dem Tag, an dem im Honorarschlüssel eine entsprechende Abrechnungsziffer auftauchte.

Auf Betreiben der Fachärzte wurde jene Ziffer, die für eine Kniespiegelung gilt, per EBM besser gestellt – Zunahme der Arthroskopie binnen eines Jahres: 84 Prozent. Und dass selbst eher handwerklich orientierte Berufsstände wie die Orthopäden neuerdings gehäuft eine gründliche Aussprache in Rechnung stellen, lässt sich nach Ansicht der Experten nur so erklären, dass auch die Vergütung der so genannten sprechenden Ziffern angehoben wurde.

So schafft sich das Angebot seine eigene Nachfrage, „ökonomische Indikation“ nennen die Fachleute diese Form der Heilkunst, und nicht einmal Ärzte behaupten, das alles zum Wohle des Patienten geschähe. Befragt, welcher der von ihnen so eifrig angepriesenen Therapien sie sich sel-

„Radikale Normalisierung“

Wie sich Krankenhäuser auf den beginnenden Wettbewerb um Patienten einstellen.

Routineeingriffe im Krankenhaus von heute: Herzschrittmacher werden implantiert, künstliche Hüftgelenke eingesetzt, Kopfschmerzen per Computertomograf untersucht.

In Kliniken geht es inzwischen wie in Hightech-Zentren zu, die Methoden zur Diagnose und Therapie werden immer aufwendiger. Je mehr Medizintechnik im Einsatz ist, desto steiler steigt die Nachfrage nach ihr. Denn automatisch wächst die Zahl der Nebenbefunde, die aufgeklärt sein wollen – wer einmal anfängt zu untersuchen, der findet auch etwas.

Kein Wunder, dass die Behandlung im Krankenhaus der bei weitem größte Posten in der Bilanz der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Die Ausgaben haben sich seit 1980 von 25,5 Milliarden auf 85,1 Milliarden Mark mehr als verdreifacht.

Mit 66 Betten pro 10 000 Einwohner verfügen Deutschlands Kliniken über so viel Kapazität wie fast nirgendwo sonst auf der Welt. Jedes Jahr erhöhten sie ihre Etats und hoben die Pflegesätze an gemäß dem Gesetz, das der amerikanische Gesundheitsökonom Milton Roemer schon 1959 aufgestellt hat: „A built bed is a filled bed and a billed bed“ („Ein gebautes Bett ist ein belegtes Bett und ein abgerechnetes Bett“).

Bislang zahlten die Kassen anstandslos jeden Preis für den Fortschritt. Seit etwa einem Jahrhundert hätten Krankenhäuser im Grunde immer unter den gleichen Verhältnissen gearbeitet, sagt Heinz Lohmann, Vorstandssprecher des Landesbetriebs Krankenhäuser (LBK) in Hamburg: „wie in einem Naturschutzpark“.

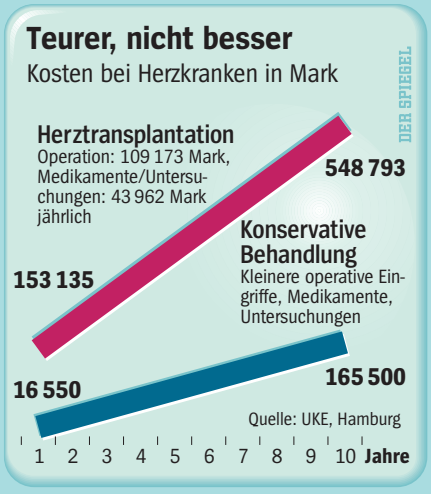
Nun aber beobachtet Lohmann, wie in der Branche eine „radikale Normalisierung“ beginnt: Krankenhäuser konkurrieren um Patienten, weil nicht mehr alles, was medizinisch machbar ist, auch finanzierbar sei. Wie andere ehemals staatsnahe Bereiche, Telekommunikation oder Energieversorgung, breche nun der Krankenhaussektor auf in eine zunächst reglementierte Marktwirtschaft, glaubt Lohmann: „Es wird einen Ausleseprozess geben.“

Bis 2010, schätzt der Manager, werden 20 bis 30 Prozent der Kliniken in Deutschland nicht mehr existieren: „Kein Mensch kann das alte System bewahren.“

Vor gut vier Jahren hat Lohmann begonnen, sein Unternehmen – mit über 13 000 Beschäftigten, die 400 000 Patienten im Jahr versorgen, größter Arbeitgeber Hamburgs und größter Gesundheitsbetrieb bundesweit – auf Wettbewerb zu trimmen. Damals standen 100 Millionen Mark Verlust in den Büchern der LBK.

C. AUGUSTIN / ACTION PRESS

Gesundheitsmanager Lohmann



Die Kassen hielten sich erstmals strikt an die Budgetierung, die der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer eingeführt hatte. Das Budget des LBK war um neun Prozent gekürzt worden, dessen Ausgaben aber waren um sechs Prozent gestiegen. Lohmann setzte einen schmerzhaften Prozess in Gang. 2000 Arbeitsplätze wurden abgebaut, zwei Kliniken fusionierten, eine wurde geschlossen. In der Folge schrumpfte das Defizit, im kommenden Jahr soll der Haushalt wieder ausgeglichen sein.

Helfen bei der Schrumpfkur wird ein neues Abrechnungssystem. Mit „Diagnostic Related Groups“ (DRG) will Lohmann herausfinden, wie wettbewerbsfähig jede einzelne Dienstleistung seiner Krankenhäuser ist. Dazu werden alle Leistungen in 641 einzelne Diagnose-Fall-Gruppen unterteilt und Durchschnittswerte der Behandlung ermittelt. Sie kennzeichnen unter anderem die durchgeführte Operation oder das Alter und Geschlecht des Patienten.

Damit wird es möglich, den Aufwand für jeden einzelnen Fall zu bestimmen, er wird ins Verhältnis gesetzt mit dem Aufwand für einen Durchschnittspatienten, der den Wert „1,00“ zugeordnet bekommt. Bei dem New Yorker Hospital, das als Vorbild diente, wird zum Beispiel eine Blinddarmoperation mit 0,81 bewertet, während die langwierige Leukämie-Behandlung 11,7 Punkten entspricht.

Nun kann Lohmann verfolgen, wie weit jedes seiner acht Krankenhäuser von diesen Werten abweicht und damit ihre Leistung vergleichen. „Wir haben damit ein Benchmark-System im eigenen Unternehmen“, sagt Lohmann.

Die meisten Kliniken in Deutschland sind noch nicht so weit. Die stationären Behandlungen werden nach wie vor überwiegend über Pflegesätze abgerechnet, die sich nach den anfallenden Kosten orientieren, nicht nach der Leistung. Damit verpuffte bislang der von Seehofer erhoffte Spareffekt durch so genannte Fallpauschalen und Sonderentgelte. Wenn ein Krankenhaus hier Verluste erzielt, kann es sie wieder ausgleichen: Es muss nur den Pflegesatz anheben.

Lohmann schwebt daher vor, das DRG-Verfahren nicht nur im Hamburger Landesbetrieb, sondern bundesweit zum Einsatz zu bringen. Bei Gesundheitsministerin Andrea Fischer habe diese Umstellung höchste Priorität, sagt er. So könne man herausfinden, wie wirtschaftlich jedes Krankenhaus arbeitet.

Dann werden wohl überraschende Ergebnisse ans Tageslicht kommen. Herzchirurgen des Universitätskrankenhauses Eppendorf in Hamburg (UKE) haben kürzlich ihre Erfahrungen mit unterschiedlichen Behandlungsmethoden der Patienten ausgewertet, die seit 1983 zur Herztransplantation vorgestellt wurden und nicht einen sofortigen Eingriff benötigten, um zu überleben. Ergebnis: UKE-Patienten, die konservativ, also mit Medikamenten oder konventionellen chirurgischen Maßnahmen behandelt wurden, hatten eine vergleichbare Lebenserwartung wie Patienten, denen ein neues Herz transplantiert wurde. Die Prognose für die nur mit Medikamenten behandelten Patienten sei „tendenziell sogar besser“.

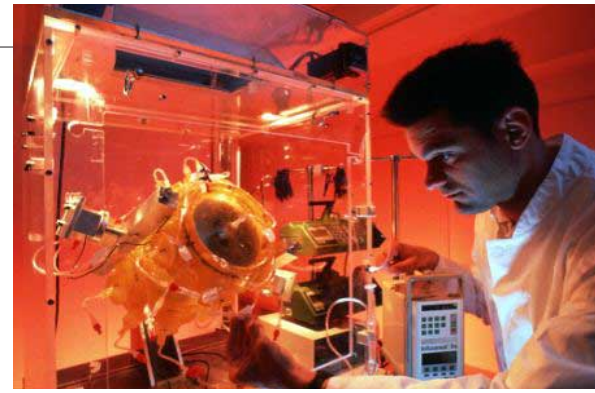
Der Unterschied zwischen beiden Methoden: Nach zehn Jahren kostet die Medikamenten-Behandlung 165 500 Mark, die Transplantation dagegen 548 793 Mark – das sind 232 Prozent mehr.

ber unterziehen würden, waren die Doktoren deutlich reserviert. Bei einer gutartigen Prostatawucherung zum Beispiel würden lediglich knapp 40 Prozent der Mediziner das Gewebe bei sich selbst entfernen lassen, normale Patienten hingegen werden zu über 80 Prozent operiert.

Begünstigt wird die Vielgeschäftigkeit („Polypragmasie“) durch den Umstand, dass jede langfristige Beobachtung und Bewertung neuartiger Behandlungsmethoden fehlt. Für einen Großteil der gängigen Therapieverfahren existiert bis heute kein Nachweis ihrer Wirksamkeit.

Seit Jahren schlagen Experten deshalb vor, Leitlinien zu entwickeln, die ein sachgerechtes und stufenweises Vorgehen vorschreiben. Doch bislang sind all diese Vorschläge am Verweis auf die „Therapiefreiheit“ gescheitert, auch wenn entsprechende Modelle wie etwa in der Schweiz zeigen, dass sich bei einer solchen Leitlinien-Medizin die Qualität der Behandlung eindeutig verbessert.

All dies haben die politisch Verantwortlichen natürlich erkannt, und so ist die Geschichte der Kostenexplosion im Gesundheitswesen auch eine Geschichte der Kostendämpfung. Seit der seinerzeit zuständige SPD-Sozialminister Herbert Ehrenberg 1977 dieses Wort erfand, hat der Deutsche Bundestag rund 50 Gesetze und



S. ELLERINGMANN / BILDERBERG

Medizinische Forschung*: *Kostenschub durch Fortschritt*

über 7000 Einzelbestimmungen verabschiedet, darunter so wohlklingende wie das „Gerechtigkeitsfestigungsgesetz“ oder, zuletzt im Dezember vergangenen Jahres, das „Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung“.

Doch so schnell sich das Gesetzesrad auch drehte, das Beharrungsvermögen des Systems war stärker. Entweder wurden die ministeriellen Anordnungen trickreich umgangen – oder einfach ignoriert.

So erwies sich die von Seehofer erlassene Großgeräteverordnung als reine „Luftnummer“, wie der Initiator freimütig einräumt. Keinerlei Wirkung zeigte die Androhung eines empfindlichen Regresses für Ärzte, die zu viele Rezepte ausstellen; Anfang des Jahres sah sich Andrea Fischer zu einer Generalamnestie genötigt. Und als die Krankenkassendirektoren für eklatantes Missmanagement per Gesetz in Haftung genommen werden sollten, schlossen die auf Kosten der Versicherten einfach entsprechende Zusatzversicherungen ab.

Auch die Pharmaindustrie hat längst gelernt, flexibel auf staatliche Preisregulationen zu reagieren: Da werden kurzerhand die Packungsgrößen geändert oder neue Arzneimittel auf den Markt gebracht, die lediglich Variationen längst bekannter Wirkstoffe enthalten, dafür aber den Vorteil haben, als Originalpräparate aus der so genannten Festpreisbindung entlassen zu sein.

Ganze Bataillone von Pharmareferenten sind damit beschäftigt, dem Absatz vor Ort aufzuhelfen, und nicht immer belassen es die Außendienstler bei guten Worten. Mal werden den Medizinern Reisen spendiert, wenn sie ein neues Produkt an den Patienten bringen, mal locken Prämien für so genannte Qualitätsstudien.

Und schon haben die Ärzte ein neues Betätigungsfeld ausgemacht, das Kompensation für entgangene Gewinne verspricht: die von Ministerin Fischer als besonders förderungswürdig erkannte Vorsorgeuntersuchung. „Lichtblick: freie Fahrt für Prävention“, verkündet die deutsche „Medical Tribune“ frohgemut und listet sogleich all die „Check-ups“ auf, die von den Kassen „außerhalb der gedeckelten Gesamtvergütung zu bezahlen sind“: „Krebsvorsorge, Schwangerschaftsvorsorge, alle Kindervorsorgen sowie die Schutzimpfungen“.

Ohnehin weist jede Ausgabenbegrenzung einen grundsätzlichen Mangel auf: So führt das Budget zwar zunächst dazu, dass sich die Betroffenen nur noch untereinander um einen möglichst großen Teil vom Kuchen balgen; es tritt eine Art Hamsterradeffekt ein, wie er derzeit besonders gut bei den niedergelassenen Ärzten zu beobachten ist. Da jede Mehrarbeit die Menge der zu vergütenden Leistungen vergrößert, die auszuschüttende Gesamtsumme aber stabil ist, sinkt der Punktwert des einzelnen Handgriffs immer weiter ab, und dies umso stärker, je mehr sich die Ärzte bemühen, den Einnahmeverlust durch weitere Arbeit aufzufangen.

Gerade dieser Verteilungskampf aber, der ja der eigentliche Grund für die heftigen Proteste der Ärzteschaft ist, hat auch für das Gesamtsystem höchst unangenehme Folgen. So veranlasst der anhaltende Preisverfall die Ärzte nicht nur, möglichst viele Patienten unter Einsatz von möglichst viel Technik durch ihre Praxen zu schleusen – eine von allen Gesundheitspolitikern zu Recht beklagte Form der Rationalisierung, die der Qualität der Gesundheitsversorgung nachweisbar schadet.

Die Sprechstunde nach Stoppuhr treibt auch das

Globale Konzerne

Pharma-Umsatz 1998 in Milliarden Dollar

1.	Merck & Co.	15,5
2.	Glaxo Wellcome	13,3
3.	Astra Zeneca	12,8
4.	Pfizer	11,8
5.	Bristol Meyers Squibb	11,4
6.	Novartis	11,1
7.	Roche	9,9
12.	Hoechst	7,8
16.	Bayer	4,8

DER SPIEGEL

Pharmafabrik (in Leverkusen): *Milliarden für den Müll*

DPA

* Bioreaktor zur Erforschung der künstlichen Leber.

Kostentreiber Kasse: Insgesamt geben die 582 Krankenversicherungen 13 Milliarden Mark jährlich für die Verwaltung aus

Techniker Krankenkasse

Kaufmännische Krankenkasse KKH

Deutsche Angestellten-Krankenkasse

Barmer Ersatzkasse

Innungskrankenkasse Hamburg

Betriebskrankenkasse der Stadt Hamburg

FOTOS: D. KRUSE

Arzneimittelbudget in die Höhe. Je weniger Zeit ein Arzt nämlich seinem Patienten widmen kann, desto eher ist er geneigt, den Rezeptblock zu zücken. Die Verschreibung dient ihm gewissermaßen als Leistungsnachweis, mit einem dann nur schwer korrigierbaren Gewöhnungseffekt beim Kunden.

Statt Anreize zu setzen, sich kostenbewusst zu verhalten, verstärken Budgets also nur die Verschwendungssucht. Und weil kein Gesundheitsminister den Versicherten einen Verzicht auf neue Heilmethoden zumuten kann, sah sich noch jeder Amtsinhaber nach kurzer Zeit gezwungen, Geld nachzuschießen und neue Ausgabentöpfe zu eröffnen – „Ausdeckelung“ heißt dafür das Fachwort.

So zweifelhaft die bisherigen Bemühungen der Politik sind, das malade System mit immer neuen Vorschriften, Gesetzen und Verordnungen stabilisieren zu wollen, so unbestritten ist auch die Pflicht des Gesetzgebers, endlich vorausschauend und entschieden zu handeln.

Es sind vor allem zwei Entwicklungen, die eine grundlegende Neuorientierung in der Gesundheitspolitik erzwingen werden, wenn die Beiträge zur Krankenversicherung nicht schon bald auf 20 oder gar 25 Prozent des Bruttolohns steigen sollen: der demografische Wandel, also die Tatsache, dass den Jungen immer mehr Alte gegenüberstehen, und der medizinisch-technische Fortschritt.

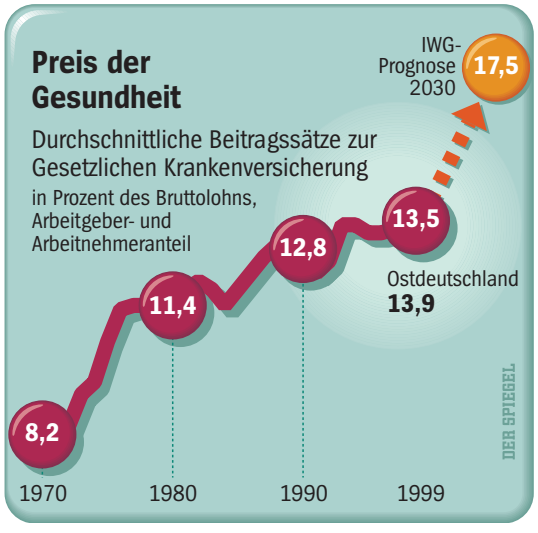
Welche zusätzlichen Belastungen gerade die Überalterung der Gesellschaft für die gesetzliche Krankenversicherung bringen wird, hat der Trierer Wirtschaftsprofessor Eckhard Knappe im Detail erforscht. So wird die Zahl der 20- bis 60-Jährigen bis zum Jahr 2040 voraussichtlich von heute 46,7 Millionen auf 36,2 Millionen sinken, die Zahl der Rentner aber, die im Schnitt nur den halben Beitragssatz eines Aktiven entrichten, auf Grund stetig steigender Lebenserwartung um gut 5 Millionen zunehmen. Ein Doppeleffekt, der das ohnehin angeschlagene System dann vollends aus der Balance bringt.

Verschärft wird diese Krise noch, weil ältere Menschen nicht nur weniger einzahlen als jüngere, sondern auch weitaus höhere Kosten verursachen. Aller Erfahrung nach nimmt der Bedarf an medizinischer Betreuung ab dem 40. Lebensjahr kontinuierlich zu, vor allem die Neigung zu chronischen und damit behandlungsintensiven Leiden steigt mit dem Alter. Ein 80-Jähriger verbraucht im Jahr Gesundheitsleistungen im Wert von rund 7000 Mark, mithin sechsmal so viel wie ein Jugendlicher.

Die Behandlungskosten der Rentner erhöhen sich zudem laufend, weil die medizinische Eingriffsschwelle stetig sinkt. Heute werden auch Gebrechen und Abnutzungen, die noch vor einer Generation als lästige, aber eben unvermeidliche Begleiterscheinungen des Alters galten, aufwendig diagnostiziert und therapiert – selbst wenn eine Heilung kaum in Aussicht steht. Versicherungstechnisch gesehen ist das Alter, ebenso wie Schwangerschaft und Geburt, keine natürliche Lebensphase mehr, sondern eine Krankheit.

Die Publizistin und Ärztin Heidi Schüller hat am Beispiel ihres Vaters eindrucksvoll gezeigt, wie aus einem etwas altersschwachen, aber doch rüstigen Rentner bei genauer Begutachtung ein Todkranker wird. Das gelegentliche Knacken in den Gelenken – klares Zeichen von „Arthrose“; der nächtliche Harndrang – „Prostataadenom mit Miktionsstörung“; der Hang zu längeren Verschnaufpausen – eindeutiges Indiz für „Herzinsuffizienz“ und „Belastungsdyspnoe“.

Welchen zusätzlichen Kostenschub der medizinische Fortschritt auslösen wird, das ist unter den Forschern noch umstritten. Nur dass ein wirksames Aids-Medikament oder eine neue Krebstherapie die Versicherungen auf einen Schlag mit einem zweistelligen Milliardenbetrag belasten und damit jedes Budget sprengen werden, das



S. ELLERINGMANN / BILDERBERG

Entspannungstherapie: *Das Angebot schafft sich eine eigene Nachfrage*

ist heute schon sicher. Und wenn, wie Experten vermuten, demnächst genetisch veränderte Schweineherzen in den Menschen eingesetzt werden können, ohne Abstoßungsreaktionen hervorzurufen, dann gibt es in Deutschland nicht 500, sondern pro Jahr 10 000 Herztransplantationen, Kosten pro Fall derzeit 500 000 Mark.

Keine Frage also: Eine Reformdebatte ist überfällig – über den gezielteren Einsatz der Mittel und effizientere Kontrollen, über das richtige Verhältnis marktwirtschaftlicher Elemente und staatlicher Regularien, über eine moderne Gesundheitspolitik also.

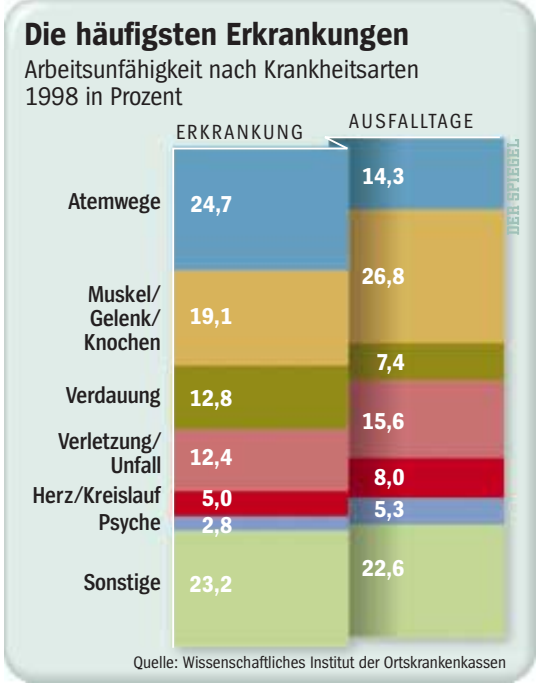
Womöglich wird auf Anhieb nicht der große Wurf gelingen, vielleicht werden Politiker, Bürger und all die am Gesundheitswesen Beteiligten einen mühsamen, manchmal auch frustrierenden Weg der kleinen Schritte gehen. Reformvorschläge jedenfalls gibt es zuhauf, sie müssen nur endlich aus den Expertenzirkeln und Fachdebatten den Weg vors große Publikum finden.

So wäre zunächst darüber zu reden, wie viel den Deutschen ihre Gesundheit künftig wert ist. Soll auch weiterhin das Prinzip der Beitragssatzstabilität gelten, was eine Rationierung besonders teurer Leistungen auf Dauer wohl unumgänglich macht? Oder sind die Bürger nicht vielleicht sogar bereit, mehr Geld für ein Gut zu investieren, das Umfragen zufolge selbst vor „Sicherheit“ und „Wohlstand“ rangiert – vorausgesetzt, sie gewinnen den Eindruck, dass mit ihren Beiträgen auch vernünftig gewirtschaftet wird?

Und wenn dem so ist, muss man dann nicht endlich zur Kenntnis nehmen, was die Fachleute seit Jahren fordern: nämlich den Beitrag zur Krankenversicherung vom Lohn zu entkoppeln, um so die unerwünschten Nebenwirkungen auf dem Arbeitsmarkt zu minimieren.

Als Nächstes wäre zu fragen, welche Steuerungsinstrumente geeignet sind, für einen besseren Einsatz der Mittel zu sorgen. Denn solange die Politik keine Anreize setzt, wird sich auch an der irrwitzigen Überproduktion nichts ändern.

Zu prüfen ist beispielsweise, ob anstelle der Punktwerttabellen nicht künftig wieder eine Art Fallpauschale gelten sollte, wie sie vor Einführung der Einzelleistungsvergütung existierte, ein Vorschlag, den der ehemalige Berliner Ärztekammerpräsident Ellis Huber mehrfach gemacht hat. Für die Mediziner hätte diese Regelung den Vorteil, dass sie verlässlich kalkulieren könnten und nicht erst nach Monaten wissen, wie viel sie verdient haben. Und endlich entfiele der Anreiz, aus der Sprechstunde ein Geschäft mit der Krankheit zu machen.



Auch für den Krankenhausbetrieb raten Gesundheitsökonomen zu einer Umstellung der Honorarstruktur. Statt wie bislang nur gut 20 Prozent der Eingriffe über Pauschalen abzurechnen, sollten künftig, so ihr Vorschlag, alle im Zusammenhang mit einer Operation anfallenden Leistungen gebündelt und mit einem Gesamthonorar vergütet werden. Vorzug dieser Lösung: Erstmals wäre die Kostenstruktur transparent und leicht vergleichbar; die Ärzte wären gehalten, effizienter und vor allem sauberer zu arbeiten. Bislang nämlich bedeutet auch jede Komplikation für das Hospital einen geldwerten Vorteil.

Vor allem aber muss die Politik mehr Wettbewerb zulassen, also dafür sorgen, dass die Krankenkassen endlich in der Lage sind, ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, die ihnen anvertrauten Gelder „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ einzusetzen.

Warum beispielsweise, so fragen sich die Wissenschaftler, wird dem einzelnen Versicherungsunternehmen nicht endlich das Recht zuerkannt, dem Kunden eine Liste ausgewählter Ärzte an die Hand zu geben, mit denen zuvor Sonderverträge geschlossen wurden? Die Idee dabei ist simpel: Die Vertragsärzte verpflichten sich auf die Einhaltung bestimmter Standards und erklären sich zudem bereit, alle Abrechnungen laufend kontrollieren zu lassen; der Patient wird an den eingesparten Kosten über einen Bonus beteiligt.

Solch ein „Einkaufsmodell“ lässt sich selbstverständlich auf die Klinikwirtschaft übertragen und würde dort, davon sind die Fachleute überzeugt, ebenfalls segensreich wirken. Bislang nämlich müssen die Krankenkassen alle Verträge „gemeinsam und einheitlich“ abschließen, eine Regelung, die dazu führt, dass es auch auf das Votum der Kassen ankommt, denen zum Beispiel der gewerkschaftliche Organisationsgrad einer Klinik bedeutsamer erscheint als effizientes Management.

Und dass gerade bei der Wirtschaftlichkeit gewaltige Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern bestehen, können die agileren unter den Krankenkassen, die Innungen oder die Techniker, anhand eines mittlerweile ziemlich ausgefeilten Controllings gut erkennen – nur genützt hat ihnen diese Erkenntnis bislang wenig. Im Zweifel kann der Klinikdirektor immer auf ein paar Freunde auf der Gegenseite setzen, die er aus dem Sportclub oder dem örtlichen Parteiverein kennt.

Wie paradox mitunter die politischen Vorgaben sind, zeigt auch der so genannte Risikostrukturausgleich. Gedacht war dieses Finanzinstrument zunächst, um die unterschiedlichen Kosten der Kassen auf

Grund ihrer Mitgliederstruktur auszugleichen. Die reichere Kasse, die viele junge Versicherte hat („gute Risiken"), muss der ärmeren, zu deren Patientenstamm überdurchschnittlich viele Alte und Kinderreiche zählen („schlechte Risiken"), finanziell beistehen.

In der Praxis ist der Strukturfonds zu einer Umverteilungsmaschine ausgeartet und bestraft die Sparsamen. Wer clever wirtschaftet, indem er beispielsweise die Verwaltungskosten senkt oder ein modernes Vertragscontrolling aufbaut, muss mittlerweile einen Großteil seiner Überschüsse abführen.

Und auch die Gesundheitspolitiker betrachten den Finanzausgleich als einen großen Verschiebebahnhof. So will Gesundheitsministerin Fischer nun die Not leidenden Ost-AOK mit zusätzlich 1,3 Milliarden Mark alimentieren lassen – ein Koppelgeschäft, das ihr die Zustimmung der Ostländer im Bundesrat sichern soll.

Am Ende freilich werden die politisch Verantwortlichen nicht umhinkommen, auch die Patienten in die Pflicht zu nehmen. Gerade weil die Segnungen der Spitzenmedizin weiterhin jedermann zur Verfügung stehen sollen, bedarf es einer Unterscheidung zwischen dem, was die Bürger selbst tragen können, und dem, was nur solidarisch zu finanzieren ist.

Keine Frage, dass diese Grenze gerade im Gesundheitswesen besonders schwierig zu ziehen ist. In keinem Markt fällt es den Verbrauchern naturgemäß so schwer, die Notwendigkeit empfohlener Leistungen zu bewerten. Selbst den strengen Befürwortern des Wettbewerbs ist klar, dass zwischen Praxis und Autowerkstatt ein gewaltiger Unterschied besteht, dass man sehr wohl auf den Wechsel des Vergasers verzichten kann, weil in diesem Monat nun mal das Geld fehlt, nicht aber auf den Einbau einer neuen Niere.

Doch ebenso klar ist: Eine Reform, die diesen Namen auch verdient, muss das Gesundheitsbewusstsein der Bürger stärken und sie dazu anhalten, nicht mit jeder Kleinstbeschwerde zum Arzt zu laufen, nicht bei jedem Unwohlsein Pille oder Spritze zu verlangen.

Zudem lässt sich ja fragen, ob alle Venensalben, Einlagen oder Stützstrümpfe, wie heute üblich, überwiegend von der Allgemeinheit zu zahlen sind, ja sogar teure Behandlungsmethoden, von denen sich bestenfalls sagen lässt, dass sie die Gesundheit nicht ernsthaft beeinträchtigen.

Die entsprechenden Instrumente sind bekannt und gut erprobt: Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen oder den so genannten Selbstbehalt, wie ihn die privaten Versicherungen seit Jahren erfolgreich anbieten: Bis zu 1000 Mark an Arztkosten trägt der Patient selbst, gegen entsprechend günstigere Prämien, erst dann zahlt die Versicherung.

Gerade die rot-grüne Regierung hat es sich zum Ziel gesetzt, die Selbstbestimmungsrechte des Patienten zu stärken. Warum die Autonomierechte nicht erweitern, den mündigen Bürger also auch die Entscheidung treffen lassen, welchen Krankenversicherungstyp er für angemessen hält?

Wie ein solches Stufenmodell aussehen könnte, hat der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen anschaulich beschrieben. Die Basis ist demnach eine Pflichtversicherung, die der gesamten Bevölkerung auferlegt, sich gegen alle ernsthaften Erkrankungen abzusichern, die den Schutz einer Solidarkasse unabdingbar machen.

DPA

Säuglinge auf der Entbindungsstation*: *Besonders förderungswürdig*

Hinzu kämen mehrere Aufbaustufen, mit Zusatzleistungen wie Kuren oder Massagen, die zudem die Möglichkeit einer kleineren oder größeren Selbstbeteiligung bieten und gesunde Lebensführung honorieren. Dies heißt ja nicht, dass der Einzelne auf gefährliche Sportarten oder den übermäßigen Genuss von Alkohol verzichten müsste, er kann nur nicht länger erwarten, dass die erhöhten Kosten, die aus seinem Lebenswandel erwachsen, von der Solidargemeinschaft automatisch kompensiert werden.

Der Vorteil dieses „Zwiebelmodells" liegt auf der Hand. Er baut nicht nur der „Nulltarif-Illusion" vor, wie Ökonomen die weit verbreitete Annahme nennen, dass alle Gesundheitsgüter scheinbar kostenlos zu haben sind. Erstmals hätten es die Versicherten auch in der Hand, ihr Gesundheitsbudget selbst zu steuern. Wer das Rundum-Sorglos-Paket wünscht, zahlt den normalen Beitragssatz; wer mit weniger auszukommen glaubt, steht sich entsprechend günstiger. Es ist ja ohnehin ein weit verbreiteter Irrglaube, dass sich Versicherungssysteme für den Kunden immer lohnen. Die Ökonomen unterscheiden zwischen unvorhergesehenen Risiken, gegen die ein Versicherungsschutz dringend geboten ist, und so genannten planbaren Operationen, also Kosten, die in jedem Fall auf einen zukommen und damit überschaubar sind. Der Zahnersatz ist eine solche planbare Operation, und weil auch die Assekuranzen wissen, dass der Schadensfall mit nahezu hundertprozentiger Sicherheit eintritt, müssen die Beiträge die erwartete Schadenssumme abdecken, zuzüglich Verwaltungsgebühr. Woraus folgt: Wer beizeiten das Geld zurücklegt, fährt finanziell gesehen auf keinen Fall schlechter, meist sogar deutlich besser.

Selbstbeteiligungssysteme sind bei jenen Bürgern, denen sie bislang offeriert wurden, durchaus beliebt: Von den neuen Kunden der privaten Krankenversicherung schließen über 90 Prozent einen entsprechenden Vertrag ab – und das, obwohl der Arbeitnehmer, der einen Teil des Kostenrisikos selbst trägt, einen geringeren Krankenkassenzuschuss vom Arbeitgeber erhält.

Und auch mit dem Stufenmodell haben die Privatversicherungen gute Erfahrungen gemacht. Viele wählen bei entsprechendem Angebot den so genannten Elementartarif. Sie sparen dabei 30 Prozent des normalen Beitragssatzes und verzichten dafür auf gängige Versicherungsleistungen wie Psychotherapie, Brille oder die Behandlung bei einem Heilpraktiker.

Gerade weil die Medizin am Beginn einer Entwicklung steht, die ganz neue Techniken und Heilungsmöglichkeiten eröffnet, braucht das Land eine neue Gesundheitspolitik. Die Zeit, da alles bezahlbar war, was technisch machbar ist, gehört der Vergangenheit an. Die Gesellschaft – und auch jeder Einzelne – muss sich entscheiden. Wie viel Risiko trägt die Allgemeinheit? Was ist uns unsere Gesundheit wert? Und ist das Machbare auch tatsächlich das Wünschenswerte?

Einen nutzlosen Streit über „Wirtschaftlichkeitsreserven", „Globalbudget" oder „Zwei-Klassen-Medizin" jedenfalls kann sich das Land am allerwenigsten leisten. Gerade von einer rot-grünen Regierung darf die Republik mehr Mut zur Debatte erwarten. Es gilt – auch und vielleicht gerade in der Gesundheitspolitik – jener Satz von Willy Brandt, mit dem er den Wahlkampf 1972 siegreich bestand: Wer morgen sicher leben will, muss heute für Reformen kämpfen.

Jan Fleischhauer, Alexander Jung

* Im Elisabethkrankenhaus in Leipzig.