

Unabhängige Patientenberatung im Licht der aktuellen Gesundheitspolitik

Festvortrag 30 Jahre Gesundheitsladen München

30 Jahre – wer von den Gründerinnen und Gründern des Gesundheitsladens München dachte 1980, dass diese damals innovative Einrichtung so lange am Leben bleiben würde – und bleiben müsste?

Im Zusammenhang mit den Gesundheitstagen als Gegenveranstaltungen zu den herkömmlichen Ärztetagen entstanden die ersten Gesundheitsläden zunächst als eine Art Gewerkschaften für Beschäftigte im Gesundheitswesen. Dabei stand die Patientenstelle Zürich Modell für den heutigen Jubilar, den Patientenladen München. Die VereinsgründerInnen traten damals an, um nicht mehr nur zuzuschauen, hinzunehmen und Einzelfälle abzufedern, sondern um mitzugestalten. Die damaligen Ziele gelten bis heute: Einsatz für eine humane und patientenorientierte Medizin, für gesunde Lebensbedingungen für alle, Beachtung der psychischen, sozialen und ökologischen Faktoren von Gesundheit und Krankheit, Demokratisierung des Gesundheitswesens und Förderung der Selbsthilfe. Auch wenn viele dieser Ziele noch längst nicht erreicht sind, damals kam die Gründung der Gesundheitsläden einer „Revolution in der Gesundheitspolitik“ gleich.



Ging es zunächst um alternative berufsständische Bildung für Mediziner, kam es mit der Öffnung für nicht im Gesundheitswesen tätige Menschen zur Neuorientierung auf Volksbildung und öffentliche Gesundheitspflege. Der Gesundheitsladen München

unterhielt ab 1985 eine der ersten ambulanten Pflegeeinrichtungen der Stadt. Als ein Jahr später die kleine Altbauwohnung aus allen Nähten platzte, waren die Abspaltung des Selbsthilfezentrums von der ambulanten Pflegeeinrichtung und ein Umzug unvermeidbar. Die weitere Entwicklung des Gesundheitsladens war stetig und unaufhaltsam. Als bald begann die Stadt München den Gesundheitsladen im Zuge der Initiativförderung mit kommunalen Mitteln zu unterstützen, zunächst über das Sozialreferat und ab 1989 durch das städtische Gesundheitsreferat. Neben dem Engagement im Bereich Umwelt und Gesundheit kam es zu einem steten Ausbau der Patienten- und zunehmend auch Versicherterberatung: Mittlerweile leistet der Gesundheitsladen fast 6.000 Beratungen pro Jahr. Kam in früheren Jahren eher die alternative Szene, machen heute Menschen aus ganz verschiedenen sozialen Schichten Gebrauch vom Beratungsangebot des Gesundheitsladens. Im Vordergrund stehen dabei weniger medizinische als vielmehr Abrechnungsfragen im Zusammenhang mit Zahnarztrechnungen, Gewährung von Krankengeld und den berühmten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

Bemerkenswert ist dabei, dass die meisten Rat Suchenden Versicherte der Gesetzlichen (GKV) und nicht etwa der Privaten Krankenversicherung (PKV) sind. Könnte man doch beim oberflächlichen Blick auf den öffentlichen Teil des deutschen Gesundheitswesens mit seiner solidarischen Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge, dem Sachleistungsprinzip, der Wahlfreiheit der Versicherten, dem Leistungspaket und nicht zuletzt gesetzlichen Krankenkassen und ebenfalls öffentlich organisierten ambulanten Leistungserbringern, die miteinander wetteifern, wer die Interessen der Patienten besser vertritt, annehmen, dass alles trefflich geregelt sein sollte.

Ob das tatsächlich zutrifft und wo trotz der Bedingungen, die im weltweiten Maßstab zweifellos ihres Gleichen suchen, Probleme auftreten können, das wissen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsladens sicherlich besser als jeder andere. Steigender Beratungsbedarf von „NutzerInnen des

Gesundheitswesens“, wie sie heute im üblichen Sprachgebrauch heißen, kann natürlich verschiedene Ursachen haben. ÖkonomInnen und GesundheitspolitikerInnen führen mit wachsender Begeisterung das „Anspruchsverhalten“ der Menschen als Ursache für steigende Gesundheitsausgaben oder auch für wachsenden Beratungsbedarf an, propagieren aber gleichzeitig den/die aufgeklärte/n PatientIn und „shared decision making“. Viel wahrscheinlicher ist es aber, dass veränderte Verhaltensweisen von Kassen und/oder LeistungserbringerInnen das Bedürfnis nach bzw. den Bedarf an fachkundiger Beratung erhöhen. Das ist keineswegs die „Schuld“ einzelner Personen oder Institutionen, sondern hat vielmehr systemische Ursachen, die sich aus den Eigenarten des deutschen Gesundheitswesens und vor allem aus den diversen Reformen der letzten Jahrzehnte ergeben. Einige Gründe für die aktuelle und vermutlich anhaltend steigende Nachfrage nach Beratung im Gesundheitswesen möchte ich in diesem Vortrag beleuchten.

Marktideologie im Gesundheitswesen

Was man zurzeit beobachten kann ist eine unverkennbare Regression in der gesundheitspolitischen Debatte. Nach etlichen Jahren grün und vor allem sozialdemokratisch bestimmter Gesundheitspolitik konnte man den Eindruck, einige der unkaputtbaren Vorstellungen und vor allem Mythen wären etwas zurückgedrängt und ihre Anhänger trauten sich nicht mehr, bedenkenlos von „Kostenexplosion“ und dem unweigerlichen Ruin in Folge der demografischen oder medizinisch-technologischen Entwicklung zu sprechen, weil sie mit sehr begründetem Widerspruch rechnen müssen. Dieser Tendenz hat die Regierungsübernahme durch die schwarz-gelbe Koalition ein jähes Ende bereitet. Mit dem Antritt der Konservativen und vor allem der Liberalen kehrte der übliche Sermon aus wirtschaftswissenschaftlichen Fakultäten und Unternehmerverbänden geräuschvoll auf die politische Bühne zurück. Der Koalitionsvertrag von CDU-CSU und FDP spricht eine beredte Sprache.

Auch FDP-Gesundheitsminister Philipp Rösler begründete im September 2010 seine Gesundheitsreform mit den angeblich unvermeidlichen Herausforderungen des demografischen Wandels und der Notwendigkeit, die „Lohnnebenkosten“ von den Krankenkassenbeiträgen zu entlasten. Bemerkenswert ist diese Begründung allenfalls durch die Feststellung, dass die viel zitierten Lohnnebenkosten andere Posten enthalten als die Beiträge zur sozialen Krankenversicherung. Die Debatten vergangener Jahre vermittelten vielfach einen anderen Eindruck.

Auch wenn sich die derzeitige Regierungskoalition nach Kräften bemüht, das Ruder in Richtung Markt und Privatisierung zu drehen, wäre es zu viel der Ehre, sie allein für diese grundsätzliche Tendenz verantwortlich zu machen. Schließlich hatte sich spätestens seit Mitte der 80er Jahre auch in Deutschland mit zunehmender Wucht die Forderung nach mehr Markt im Gesundheitswesen in der Debatte durchgesetzt. Was in der Volkswirtschaft insgesamt erfolgreich ist, so das anfangs vorwiegend von Ökonomen vorgebrachte Credo, müsse auch im Gesundheitswesen funktionieren, das schließlich auch nichts anderes sei als ein spezieller Wirtschaftszweig. Diese primär wirtschaftstheoretisch hergeleitete Überzeugung fand rasch gesellschaftspolitischen Widerhall. Im Zuge der Weiterentwicklung der kapitalistischen Ordnung und im Dauerwettstreit mit dem real existierenden Sozialismus im Osten Deutschlands und Europas setzte sich zunehmend ein individualistisches und utilitaristisches Gesellschaftsbild durch, wonach jeder für sich selbst verantwortlich sei, individueller Wohlstand ausschließlich über Marktbeziehungen zu anderen Individuen entstehen könne und jeder Mensch grundsätzlich zuallererst die Mehrung des eigenen Nutzens im Auge habe.

Gerade dieser *homo oeconomicus*, der stets seinen individuellen Nutzen zu maximieren trachte, ist zu einem unverrückbar erscheinenden Menschenbild nicht nur der Wirtschafts-, sondern auch der Gesundheitspolitik geworden. Hier wie dort herrscht eine personalistische Sicht der Wirtschaftsabläufe, die sich praktisch ausschließlich mit den Handlungsgrundlagen zur Steigerung des subjektiven Nutzens beschäftigt, aber soziale Ursachen und Wirkungen völlig ausblendet. Dieses allseits zu beobachtende Dogma bestimmt in zunehmendem Maße auch den Handlungsspielraum und die Lösungsansätze in der Sozial- und Gesundheitspolitik. Marktschreier aus der Welt der Wirtschaftswissenschaft, Unternehmerverbände, etliche Sozialpolitiker und nicht zuletzt die bürgerlichen Medien preisen Wettbewerb, Markt und monetäre Anreizsysteme auch im Gesundheitswesen als garantierten und eigentlich auch alternativen Weg zum Erfolg.

Ökonomische und soziale Fehlentwicklungen und Kollateralschäden blenden sie dabei ebenso aus wie die vielfach belegte Tatsache, dass die marktwirtschaftliche Doktrin im Gesundheitswesen an bestimmte Grenzen stößt. Um das zu erkennen, muss man die üblichen marktschreierischen Thesen einfach mal zu Ende denken. Zum Beispiel die von Gesundheitsminister Philipp Rösler Ende September in mehreren Interviews geäußerte Standortbestimmung seiner Partei: "Die reine Lehre der FDP sieht so aus, dass wir die heutige Versicherungspflicht

abschaffen und jeden Menschen verpflichten, sich zu einem Basisschutz bei egal welchem Versicherungsunternehmen zu versichern." Die Bedeutung dieser Aussage hängt natürlich ganz entscheidend davon ab, was man denn unter „Basisschutz“ verstehen mag, denn diesen üblicherweise von medizinischen Theoretikern angeführten Begriff mit konkretem Inhalt zu füllen ist bisher nicht annähernd gelungen. Und davon, wie man einen solchen Kassenwettbewerb denn ausgestalten will: Mit Kontrahierungspflicht für alle Versicherungen? Mit oder ohne Risikostrukturausgleich? (RSA) Denn in einem Modell wie dem niederländischen hätten Unternehmen am Versicherungsmarkt nicht viel Freude – dort sind die Konditionen so weit festgelegt, dass der erwünschte Wettbewerb eigentlich gar nicht mehr stattfinden kann. Auch wenn reale Hoffnung besteht, dass auch Liberale in dem Maße Einsichten in Notwendigkeiten an den Tag legen, in dem sie konkrete Vorhaben auch ausgestalten und umsetzen müssen, lässt die grundlegende Skepsis in dieser Partei gegenüber sämtlichen Regulierungen und insbesondere Kontrahierungs- und anderen Zwängen sowie dem RSA nichts Gutes ahnen.

Um zu erkennen, welche Folgen ein weitgehend unregulierter Wettbewerb zwischen verschiedenen Krankenkassen haben dürfte, ist ein Blick in ein Land aufschlussreich, das zuletzt wegen einer spektakulären Bergungsaktion verschütteter Bergleute von sich reden machte. Das ferne Chile führte bereits 1981 einen kassenartübergreifenden Wettbewerb ein und ist heute neben Deutschland das einzige Land, in dem öffentliche und private Krankenkassen als Vollversicherungen nebeneinander stehen. Die charakteristischen Merkmale des chilenischen Systems sind heute eine ungehemmte Risiko- und Einkommenselektion der Privatversicherer; besonders bemerkenswert ist dort, dass Versicherte mit hohem Einkommen kaum Zuzahlungen zu leisten haben, während die Mittelschicht, die sich gerade noch ein Privatpolice leisten kann, einen erheblichen Batzen aus eigener Tasche zahlen muss.

Denn wenn reine Marktbeziehungen und damit die individuelle Zahlungsfähigkeit das alleinige Kriterium für den Zugang zu medizinischer Versorgung sind, kollidiert dies nicht nur unweigerlich mit der hippokratischen Ethik, jeden Menschen ohne Ansehen seiner Einkommens- und Lebensverhältnisse zu behandeln. Das ist allerdings weder für die VerfechterInnen einer marktwirtschaftlichen Ordnungspolitik noch für die zunehmend auf deren Argumentation zurückgreifenden Teile der Ärzteschaft ein Grund, ihre Überzeugungen zu revidieren. Sie gestehen zwar grundsätzlich ein, dass im Gesundheitswesen aus sozialen und ethischen Gründen kein völlig

freies Spiel der Kräfte von Angebot und zahlungsfähiger Nachfrage möglich ist. Dennoch versprechen sie sich und anderen „Effizienzgewinne“ durch die Einführung von marktkonformen Steuerungs- und Anreizmechanismen wie Wettbewerb unter Kassen und Leistungserbringern oder Patientenzuzahlungen. Derartige Maßnahmen sollen für patientenorientiertes Verhalten von Ärzten und Krankenhäusern und vor allem für eine „angemessene“ Inanspruchnahme durch mehr Kostenbewusstsein sorgen. Ganz im Sinne des individual-utilitaristischen Gesellschaftsbildes der herrschenden Ökonomie und des daraus abgeleiteten Eigenverantwortlichkeitscredos.

Eigenverantwortung

Der häufige, ja inflationäre Gebrauch von „Eigenverantwortung“ kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich dabei um einen sehr diffusen, vorwiegend politisch gebrauchten und vor allem stark ideologisch besetzten Begriff handelt, aus dem sich eine ganze Bandbreite von Auslegungen und Umsetzungsideen ableiten lassen - abhängig von jeweiligem politischem Standpunkt, professioneller Vorbzw. Verbildung oder anderweitigen Präferenzen und Interessen (vgl. Schmidt 2010). Die Eigenbeteiligungsdebatte ist in Bezug auf Motivation und Argumentationsstränge sehr eng mit einer zunehmend um sich greifenden Sozialstaatsschelte verknüpft, die Möchtegern-Vordenker Peter Sloterdijk anstieß und die in konservativen und vor allem (neo-)liberalen Kreisen begeistertes Echo erfuhr. Spricht die Debatte doch all jenen aus dem Herzen, die eine gefühlte „Überstrapazierung“ bzw. „Überdehnung“ oder gar einen angeblich um sich greifenden „Missbrauch“ des Sozialstaats beklagen. Das ist zwar nur gefühlt, aber tief in manchen Köpfen eingegraben. Sehr aufschlussreich war ein Talkshow-Auftritt von FDP-Generalsekretär Christian Lindner, bei dem er behauptete, ein Drittel der Hartz-IV-Empfänger erhielten bloß deshalb Sozialhilfe, weil sie arbeitsscheu seien. Dass Fachleute, die sich mit dem Thema befassen, die Missbrauchsrate übereinstimmend im unteren einstelligen Bereich ansiedeln, muss eine populistische Partei nicht anfechten, solange Bild und andere Medien Vorurteile nähren.

Allen Unkenrufen und konkreten Schleifungen zum Trotz: So leicht lassen sich die Bürger dieses Landes auch kein x für ein u vormachen und weder die soziale Sicherung als solchen noch die damit verbundene Umverteilung des zunehmend ungleicher verteilten Einkommens ausreden. Eine von der Bertelsmann-Stiftung in Auftrag beim Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen gegebene Studie zeigte nämlich, dass (Marstedt 2002). Der grundsätzlich positi-

ven Einstellung der Bürger in diesem Land zum Solidarsystem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) konnten bisher offenbar weder liberales Politikergerede, mediale Dauerberieselung noch die Arbeitgeberideenschmiede „Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft“ und andere Thinktanks viel anhaben. An der Medienkampagne zur Diffamierung des Sozialstaats beteiligen sich im Übrigen nicht nur die üblichen Verdächtigen des Boulevards, die wahlweise einen Florida-Rentner oder einen Hartz-IV-Empfänger mit Migrationshintergrund zum sozial-schmarotzenden Buhmann deklarieren. Eine Untersuchung des Zentrums für Sozialforschung der Universität Bremen im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung zeigte jüngst, dass gerade die bürgerlichen bis gutbürgerlichen Medien der sich als gebildet empfindenden Mittelschichten den Mythenreichtum der gesundheitspolitischen Debatte beflügeln, was bei ihren Lesern messbare Spuren hinterlässt (Braun/Marstedt 2010).

Das Solidarprinzip ist seit je her in der sozialen Krankenversicherung in Deutschland und anderswo verankert. Eigentlich verwundert in Anbetracht des allseits herrschenden Sozialabbaus nur eins: Dass die Gegner oder Kritiker des Solidarprinzips nicht darauf gekommen sind, es schlicht als sozialpolitischen „Unfall“ abzutun. Dieses grundlegende Prinzip geht nämlich auf eine Zeit zurück, in der die GKV noch nach dem Äquivalenzprinzip funktionierte, also so wie heute die Private Krankenversicherung (PKV). Die erste wesentliche Leistung der GKV war die Zahlung von Krankengeld. Die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall richtete sich nach der Höhe des Einkommens, zumindest bis zur Obergrenze, die hier ihren nachvollziehbaren Ursprung hatte. Insofern bestand eine Äquivalenz, also Gleichwertigkeit, zwischen den als Prozentsatz vom Lohn oder Gehalt errechneten Beitrag und dem Krankengeld, das sich ebenfalls auf einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens belief.

Die zunehmende Verlagerung des GKV-Pakets auf medizinische Versorgungsleistungen erfolgte, ohne das Prinzip der Finanzierung in Frage zu stellen, obwohl heute kein Zusammenhang zwischen dem Beitrag und der Inanspruchnahme besteht. Das und nichts anderes bezeichnet das Solidarprinzip: Jeder zahlt nach seinen Möglichkeiten und erhält nach seinem Bedarf. Und aus diesem Prinzip ergeben sich die Umverteilungseffekte von besser verdienenden zu ärmeren Bürgern, von wirtschaftlich aktiven zu Arbeitslosen und RentnerInnen, von jung zu alt.

Das ist eine sozialpolitische Antwort auf die auch wissenschaftlich fundierte Erkenntnis, dass gerade bei Bürgerinnen und Bürgern mit hohen Erkrän-

kungsrisiken die Fähigkeit zur Selbsthilfe, zur materiellen und sozialen Bewältigung der Krankheit besonders gering ausgeprägt ist. Viele empirische Studien belegen eine ausgeprägte soziale Ungleichheit bei Krankheit und Tod und zeigen einen klaren statistischen Zusammenhang zwischen Erkrankungshäufigkeit und Lebenserwartung auf der einen und Einkommen, Bildung und beruflicher Stellung auf der anderen Seite. Zugleich erstreckt sich die soziale Ungleichheit auch auf die Fähigkeit der Menschen, ihre Eigenverantwortung wahrzunehmen bzw. eigenverantwortlich zu entscheiden und zu handeln.

Derartige Erkenntnisse und Betrachtungen kommen allerdings im üblichen Gerede von der Eigenverantwortung der Menschen nicht vor. Das wäre wohl zu kompliziert für einfache politische Botschaften. Gerade im Gesundheitswesen mit seinen ausgeprägten externen Effekten und der starken Informationsasymmetrie zu Ungunsten des als Kunden wahrgenommenen Patienten ist die mit dem ökonomischen Verständnis von Liberalität verknüpfte Forderung, die Individuen müssten für die Folgen ihrer Handlungen verantwortlich sein, nur sehr eingeschränkt umzusetzen. Und außerdem: „Eigenverantwortung haben immer die anderen“, wie die Bochumer Gesundheitswissenschaftlerin Bettina Schmidt (2008) ihr Buch zum Thema betitelte. Das konnte der Kölner Sozialwissenschaftler Carsten Ullrich schon in den 1990er Jahren zeigen: GKV-Versicherte nehmen zwar nie selber eine „überflüssige“ Leistung in Anspruch, gehen aber davon aus, dass alle anderen das tun (Ullrich 1995).

Zuzahlungen

Mit vermutlich unbeabsichtigter Eindeutigkeit machte der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Andreas Köhler, kürzlich klar, worum es beim Thema Eigenverantwortlichkeit eigentlich geht: „Bislang lastet die Kostensteuerung immer auf dem Arzt. Ich halte es für notwendig, dass auch der Versicherte Eigenverantwortung übernimmt. Das setzt voraus, dass er weiß, was er an Kosten verursacht. Zudem muss er **einen gewissen Prozentsatz** an Eigenbeteiligung übernehmen“ (Köhler 2010; Hervorhebung J.H.). Wenn Gesundheitspolitiker und Lobbyisten von Eigenverantwortung sprechen, meinen Sie in aller Regel eigentlich Kostenbeteiligung. Dabei übersehen sie zum einen, dass die Patienten, die zum Arzt, ins Krankenhaus oder zu einem Therapeuten gehen, ja als Versicherte bereits im Voraus und unabhängig von der Inanspruchnahme bezahlt und sich somit ganz wesentlich an den anfallenden Kosten beteiligt haben. Eigenverantwortung bzw. Kostenbeteiligung bedeuten in der gesundheitspoliti-

schen Debatte folglich nichts anderes als die Rückkehr zur direkten Bezahlung von Gesundheitsleistungen – sei es teilweise in Form von Zuzahlungen, sei es durch Vorstrecken der gesamten Arztrechnung verbunden mit der Hoffnung, dass die Kasse möglichst viel davon rückerstattet, wie es bei der zurzeit diskutierten Kostenerstattung der Fall wäre.

Hinter der Zuzahlungsidee stecken zwei trivialökonomische Vorstellungen, die sich eigentlich widersprechen: „Was nix kostet, ist auch nix wert!“ und die wissenschaftlich als „Rationalitätenfalle“ verklausulierte Freibierthese des deutschen Gesundheitsökonom Herder-Dorneich (1981), die mittlerweile als Moral Hazard (Pauly 1968) einen erheblichen Teil gesundheitsökonomischer Publikationen bestimmt. Demnach müssten Menschen Freibier als etwas Wertloses empfinden, wofür allerdings überzeugende Hinweise fehlen.

Nach gängiger wirtschaftswissenschaftlicher Theorie sollen Zuzahlungen im Krankheitsfall nicht nur die Kassen finanziell entlasten, sondern vor allem die Menschen zu einer „vernünftigeren“ Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen veranlassen. Wer aus der eigenen Tasche bezahlen muss, so die Überlegung, werde nicht so „leichtfertig“ zum Arzt gehen wie bei kostenfreier Versorgung. Damit will man der gefühlten Überinanspruchnahme entgegen wirken, die sich bekanntlich in der europaweit höchsten Arztbesuchshäufigkeit zeige.

Der sonst so gerne von Liberalisierern und Konservativen bemühte „gesunde Menschenverstand“ stellt die Annahme, jeder versuche, so viel wie möglich zu konsumieren, nur weil es kostenlos ist, im Gesundheitswesen erheblich in Frage. Wie der erfahrene Gesundheitspolitiker Hartmut Reiners in seiner plastischen Art ausführt, lässt sich diese These mit dem Hinweis auf die zweifelhaften Freuden einer 24-Stunden-Blutdruckmessung, die schmerzhaften Begleiterscheinungen eines Zahnarztbesuches oder den reichlich herben Genuss einer Bypassoperation als unrealistisch verwerfen (Reiners 2006, S. 16). Über dieses Rationalitätsdilemma können auch seitenlange mathematische Modellbetrachtungen nicht hinwegtäuschen, wie sie gängige ökonomische Lehrbücher zur Begründung des Moral-Hazard-Theorems liefern (s. z. B. Schulenburg/Greiner 2001 und Breyer et al. 2005).

Vor allem aber entpuppt sich das Zuzahlungskalkül als Milchmädchenrechnung. Um zu sparen, vermeiden oder verschieben Patienten Arztbesuche, strecken Medikamentenpackungen oder brechen Therapien ab. Dies führt letztlich zu schwereren Krankheitsverläufen und zu erheblichen Kosten durch

vermeidbare Komplikationen. So kam die Begrenzung der Kostenübernahme für Psychopharmaka bei Schizophrenie-Patienten die US-Sozialkasse Medicaid einst teuer zu stehen: Zusätzliche Arztbesuche und stationäre Aufnahmen steigerten die Pro-Kopf-Ausgaben auf das 17-Fache der Einsparungen (Soumerai et al. 1994). Nach Berechnungen amerikanischer Gesundheitsexperten würde die zuzahlungsfreie Abgabe von Blutfett senkenden Mitteln an Risikopatienten das US-Gesundheitssystem um mehr als eine Milliarde Dollar entlasten (Goldman et al. 2006). Die vorübergehende Abschaffung einer wohlgerne geringfügigen - Rezeptgebühr in Italien verbesserte das Einnahmeverhalten von Hochdruckpatienten und verringerte die Krankenhauseinweisungen - allerdings nur bis zur Wiedereinführung der Zuzahlung (Atella et al. 2006). Eine Studie aus Kalifornien zeigte, dass höhere Arzneimittelzuzahlungen nicht nur zu mehr Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten, sondern auch zu vermehrten krankheitsbedingten Arbeitsausfällen bei rheumakranken Arbeitnehmern führten (Jinnett et al. 2007).

Diese Liste ließe sich beliebig fortsetzen. Erschwerend kommt hinzu, dass Selbstbeteiligungen wesentlichen gesundheitspolitischen Zielen zuwiderlaufen, denn sie treffen nicht nur chronisch Kranke, sondern auch ärmere und alte Menschen am stärksten. So beeinflussten geringfügige Erhöhungen der Arzneimittelzuzahlung in Kanada die Gesundheit von älteren Menschen und Sozialhilfeempfängern negativ - spürbar an der Steigerung von ambulanten und vor allem stationären Behandlungen (Tamblyn et al. 2001). Ähnliche Ergebnisse liegen aus Italien, den USA und anderen Ländern vor. Befreiungsregelungen wie zum Beispiel in Deutschland können diese Benachteiligung nur zum Teil ausgleichen; in den meisten Fällen sind sie auch zu kompliziert für viele Menschen, denen nichts anderes übrig bleibt, als Rat zu suchen, um sich vor finanzieller Überforderung zu schützen.

Kostenerstattung

Nun hat Gesundheitsminister Rösler die Abschaffung des Sachleistungsprinzips auf die gesundheitspolitische Agenda gehoben. Damit kommt er einer lange betsehenden Forderung niedergelassener ÄrztInnen nach, von denen bedenklich viele zur FDP-Unterstützer-Klientel gehören. Dass gerade Niedergelassene oftmals eher schlicht als recht zu denken pflegen, belegt ein Zitat von der Website *facharzt.de*, bei deren Besuch man als Arzt immer froh darüber ist, dass sie für Nicht-Mediziner prinzipiell nicht zugänglich ist, sonst müsste man sich große Sorgen über das Ansehen dieses Berufsstandes in

der Bevölkerung machen. Dort schreibt ein Forumsteilnehmer: „Es gibt eine optimale Vergütungsform für alle Ärzte, die Direktabrechnung.“ Offenbar hat der Autor dieses für das Forum sehr typischen Diskussionsbeitrags eine grundlegende Lehre aus wiederholten Multiple-Choice-Prüfungen während des Medizinstudiums nicht zu ziehen vermocht: Aussagen mit „immer“, „nie“ oder „alle“ kann man getrost als falsch einsortieren. Außerdem zeigt langjährige und vielfältige Erfahrung, dass es hochgradig naiv ist, von einer „optimalen“ Vergütungsform zu sprechen. Die ist bisher nicht gefunden und wäre auch dringend nobelpreisverdächtig; in den Niederungen des gesundheitspolitischen Alltags weisen nämlich sämtliche Honorierungsformen Vor- und Nachteile, Stärken und Schwächen auf, die es miteinander auszutarieren gilt. Auch dürfte Direktabrechnung den stationär tätigen MedizinerInnen schwerlich als „optimal“ erscheinen. Knapp 50 % und damit die Mehrheit der in Deutschland klinisch tätigen MedizinerInnen arbeiten im Krankenhaus (AOK Bundesverband 2010).

Beschränkt man diese Aussage einmal auf niedergelassene Ärzte, hat der Verfasser dieses Satzes möglicherweise recht: Direktabrechnung könnte für sie optimal sein – allerdings ausschließlich für sie. Wenn die PatientInnen erst einmal sämtliche in Rechnung gestellten Kosten bezahlen müssen, ist der niedergelassene Arzt natürlich fein raus, die Pappnase bekommt der Patient aufgesetzt. Der kann nämlich in aller Regel 1. gar nicht die Notwendigkeit der ihm angebotenen Maßnahmen einschätzen, 2. nicht wissen, ob die angebotene eine Kassenleistung ist und muss sich 3. hinterher noch selber darum kümmern, dass ihm die Kasse hoffentlich genügend von der bezahlten Rechnung erstattet. Mit der Einführung des Kostenerstattungsprinzips wären die niedergelassenen Ärzte jeglicher Verantwortung für die Finanzierung enthoben, hätten sich erfolgreich jeder Kontrolle durch das System entzogen und könnten dank ihrer fachlichen Vormachtstellung tun und lassen, was sie für richtig halten. Das passt zum schwarz-gelben Koalitionsvertrag: „Die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit ist ein tragendes Prinzip unserer Gesundheitsversorgung und sichert die Therapiefreiheit“ (CDU-CSU/FDP 2009, S. 87). Die Risiken und Nebenwirkungen einer auf Einzelkämpfern beruhenden ambulanten Versorgung blenden die Verfechter der Therapiefreiheit systematisch aus, so als wäre bei der Qualität niedergelassener ÄrztInnen nicht so wie überall sonst auf der Welt von einer Normalverteilung der Qualität auszugehen und deren Irrtumswahrscheinlichkeit vernachlässigbar. Für all jene hingegen, die evidenzbasierte Medizin erstrebenswert finden und Leitlinien nicht für ein Gängelungsinstrument gegenüber der „freien Ärzte-

schaft“ halten, ist die Einführung des Kostenerstattungsprinzips eine gräusliche Vorstellung.

Diese begründet sich nicht nur in der oftmals hemmungslos anmutenden Anwendung von IGeL-Leistungen bei GKV-Versicherten. Beobachtungen zum Verhalten niedergelassener MedizinerInnen gegenüber PrivatpatientInnen legen ebenfalls den Verdacht auf eine systematische Überversorgung nahe, die sich mittlerweile auch bedrohlich in den Renditen der PKV niederschlägt. Gegen diese Tendenz scheint das erhöhte „Kostenbewusstsein“ der PatientInnen nicht viel ausrichten zu können. Schließlich arbeiten Privatkassen schon lange nach dem Kostenerstattungsprinzip, so dass von maximaler Transparenz bei den Kosten auszugehen ist. Trotzdem steigen die Ausgaben der PKV seit Jahren kontinuierlich an und verursachen spürbare Beitragserhöhungen. Das ganze Gerede von Transparenzgewinnen und größerem Kostenbewusstsein gehört letztlich ebenso in den Bereich der sorgsam gepflegten Mythen wie die Idee vom „moral hazard“ oder den kosten senkenden Wirkungen von Zuzahlungen: Nur wer daran glaubt, mag Hinweise für ihre Gültigkeit finden, empirische Belege sind hingegen Mangelware (vgl. Reiners 2009, Holst 2010).

Wie viele andere gesundheitspolitische Maßnahmen würde die Einführung der Kostenerstattung in erster Linie Partialinteressen der üblichen Verdächtigen dienen. Eins ist dabei sicher: Sollte Kostenerstattung die Sachleistung ersetzen, werden die Gesundheits- und Patientenläden wichtiger als je zuvor. Wohin sonst sollen sich Versicherte und PatientInnen wenden, wenn sich bei Entscheidungen oder finanziell überfordert fühlen? Wer sonst soll ihre Interessen glaubhaft und uneigennützig vertreten?

Denn entgegen ihrer Selbstwahrnehmung taugen ÄrztInnen ernüchternd wenig zum Sachwalter von Patienteninteressen, auch wenn sie sich selber gerne für die einzigen wahren Versteher von deren Belangen halten. Aber immer offener verwischen niedergelassene Ärzte und ihre Lobbygruppen den Unterschied zwischen ihrer Berufsgruppe und der von Krämern, Bäckern und Autohändlern. So begründet Dr. Klaus Reinhardt, Landesvorsitzender in Westfalen-Lippe und stellvertretender Bundesvorsitzender des Hartmannbundes, der sich selbst fälschlich und irreführend „als „Verband aller Ärzte“ darstellt, die Forderung nach Kostenerstattung so: „... dies entspricht dem Prinzip des gesellschaftlichen Lebens – beim Kauf von Brötchen, Kleidung und allen anderen Anschaffungen ist es nicht nur üblich, sondern selbstverständlich.“ Ein Beitrag auf der Website facharzt.de lässt keine Fragen offen: „Kfz-Werkstatt repariert Unfallschaden und erstellt Rechnung, die

entsprechend dem Vertrag von der Versicherung erstattet wird. Ggf. muß der Autofahrer eine Differenz zahlen. Was ist daran ungewöhnlich oder unmoralisch?“

Sicherlich nichts; allerdings gilt der Besitz eines Kraftwagens gemeinhin auch weder als Menschenrecht noch als unverzichtbare Voraussetzung für menschliches Leben in Würde. Bei allem Verständnis für tief verwurzelte Ignoranz und ideologische Verbohrtheit, die Teile der Ärzteschaft auszeichnet: Warum sie unbedingt ihre eigene, als herausragend wahrgenommene berufliche Stellung mit der von Handwerkern und Mechanikern gleichsetzen möchten, wenn es um Pfründe geht, ist schwerlich nachvollziehbar. Viel hat sich geändert, seit Rudolf Virchow 1848 die Ärzte als die natürlichen Anwälte der Armen betrachtete (Die Medizinreform, 10.7.1848). Man stelle sich einmal vor, die Virchowsche Vorstellung ist Wirklichkeit „und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion“. Angesichts der Äußerungen und Denkweise eines nicht unerheblichen Teils der deutschen Ärzteschaft und ihrer Begeisterung für Sozialstaatsschelte à la Sloterdijk wäre es wohl auch längst um die Reste des gesellschaftlichen Zusammenhalts in diesem Lande geschehen. Die Tradition der modernen hippokratischen Ethik verlassen immer mehr Ärzte, wenn sie ihre eigenen, durchaus berechtigten finanziellen Interessen immer deutlicher über die uneingeschränkte Loyalität gegenüber den PatientInnen und deren Wohlergehen stellen und nicht mehr vorrangig im Interesse ihren „KundInnen“ Patienten handeln (Kühn).

Wettbewerb

Die Idee vom Kassenwettbewerb geistert hierzulande und anderswo seit mehr als zwei Jahrzehnten durch die gesundheitspolitische Debatte, und sie bestimmt in erheblichem Maße die Reformen. Der ideologische Überbau der herrschenden Reformagenda speist sich aus der weitgehenden Gleichsetzung von gesellschaftlicher mit ökonomischer Liberalität. Marktwirtschaft hat sich als ökonomisches Äquivalent zu Demokratie und (Wahl-)Freiheit durchgesetzt, wo der Staat in erster Linie „für eine freiheitssichernde Wirtschaftsordnung zu sorgen“ hat und persönliche Freiheit unabdingbar an eine marktwirtschaftliche Ordnung geknüpft ist. Öffentliche Eingriffe in das „freie Spiel der Marktkräfte“ und jede Art von Verpflichtung der Mitglieder eines Gemeinwesens, wie sie beispielsweise die „Zwangsbeiträge“ zur Sozialversicherung darstellen, beschneiden demnach die Freiheit der Individuen und verzerren die Marktwirtschaft (vgl. Breyer et al.

2005, S. 190). Hayek!

Die bisher augenfälligste Umsetzung des Wettbewerbsprinzips auf dem „Gesundheitsmarkt“ findet man auf der Finanzierungsseite, sprich bei den Krankenversicherungen - interessanterweise viel stärker bei der Gesetzlichen als bei der Privaten Krankenversicherung (PKV). Eigentlich gilt die PKV ja gemeinhin als die „marktförmigere“ Säule des deutschen Gesundheitswesens, während die GKV zwar ob ihres gigantischen Finanzvolumens große Begehrlichkeiten weckt, aber ansonsten bei Wirtschaftsfachleuten eher als Fossil und Hemmnis im Wirtschaftswunderland gilt. Während die PKV als heilige Kuh die unterschiedlichsten Regierungskoalitionen unbeschadet überdauert, legte zunächst Schwarz-Gelb unter Alt-Kanzler Kohl die Axt am Bestandschutz der GKV an, als sie mit Zustimmung der oppositionellen Sozialdemokraten das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 verabschiedeten. Die beiden rosa-grünen Regierungen (1998-2002, 2002-2005) und die große Koalition (2005-2009) setzten die Einführung von marktorientierten Reformen im deutschen Gesundheitswesen fort. An dieser Tendenz wird die seit Ende 2009 amtierende schwarz-gelbe Koalition mit Sicherheit nichts ändern, schließlich heißt es in ihrem Koalitionsvertrag: „Wettbewerb der Krankenversicherungen wirkt als ordnendes Prinzip mit den Zielen der Vielfalt, der Effizienz und der Qualität der Versorgung. Wir wollen, dass die Krankenversicherungen genügend Spielraum erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können und regionalen Besonderheiten gerecht zu werden“ (CDU/CSU/FDP 2009, S. 85).

Die GKV sieht sich traditionell als Interessensvertreterin und Anwältin ihrer Versicherten, für die sie nicht nur durch machtvolleres Verhandeln günstige Versorgungsbedingungen gewährleistet, sondern denen sie auch den Rücken gegenüber den mächtigeren Leistungserbringern stärkt. Doch der Kassenwettbewerb macht es der GKV zunehmend schwerer, diese Rolle glaubhaft und wirksam zu spielen. Jede einzelne gesetzliche Kasse muss um ihr wirtschaftliches Überleben kämpfen. Der bereits von der großen Koalition eingeführte und nun von Schwarz-Gelb verschärfte Zusatzbeitrag, den Krankenkassen von ihren Versicherten kassieren müssen, wenn sie mit den gesetzlichen Beiträgen nicht auskommen, bringt sie in eine echte Zwickmühle. Um ihre Bilanzen positiv zu gestalten, können Krankenkassen im Wesentlichen an zwei Stellschrauben ansetzen, nämlich den Einnahmen und den Ausgaben. Das einkommensabhängige Beitragsaufkommen hängt von der Lohnsumme und -verteilung der Versicherten ab, und wenn die Kassen ihre Einnahmen durch



Einführung eines festen Zusatzbeitrags erhöhen, laufen ihnen die Versicherten davon. Unter diesen Bedingungen bietet sich eher an, auf Teufel komm raus bei den Ausgaben zu sparen. Zwar müssen alle gesetzlichen Kassen im Sinne des Sozialgesetzbuchs V und entsprechend den Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses (gBA) ihren Versicherten ein bestimmtes Leistungspaket zur Verfügung stellen. Darüber hinaus gibt es aber ein paar Kann-Leistungen sowie in einigen Bereichen einen Ermes-

sensspielraum der Kassen. Das gilt vor allem für Rehabilitation wie beispielsweise Mutter-Kind-Kuren, Krankengeldzahlungen und für bisherige Kann-Leistungen der verschiedenen Kassen. Für gesetzlich Versicherte wird es nicht gemütlicher in diesem Land!

Schlussbetrachtungen

Stärker und unbeirrter als ihre Vorgängerregierungen untermauert die schwarz-gelbe Regierungskoalition systematisch die Bedeutung unabhängiger Patientenberatung. Das ist politisch bedauerlich und besorgniserregend, sichert aber den Patientenstellen hohen und zeitstabilen Bedarf zu. Allerdings sind die Beratungsstellen nach 30-jähriger überaus erfolgreicher Arbeit nicht nur engen Altbauwohnungen, sondern längst auch den Kinderschuhen entwachsen und brauchen eigentlich keine derartige Herausforderung mehr. Aber so schnell könnt Ihr Eure Arbeit nicht einstellen: Dafür sorgt ganz nebenbei die Koalition aus der das Konservative wieder entdeckenden CDU/CSU und der neoliberalen FDP mit jeder ihrer sozial- und gesundheitspolitischen Entscheidungen.

Literatur

AOK Bundesverband (2010). Ärztliche Versorgung in Deutschland. Entwicklung der Arztzahlen. AOK BV, Berlin (<http://www.aok-bv.de/gesundheitsversorgungsbereiche/arzt/index.html>).

Atella, Vincenzo; Peracchi, Franco; Depalo, Domenico; Rossetti, Claudio (2006). Drug compliance, copayment and health outcomes: evidence from a panel of Italian patients. *H Econ* 15 (9), S. 875-892 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112664983/PDFSTART>; http://www.rand.org/labor/adp_pdfs/2006_peracchi.pdf).

Braun, Bernard, Kühn, Hagen; Reiners, Hartmut (1999). Das Märchen von der Kostenexplosion. 3-Aufl., Fischer, Frankfurt am Main (<http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/MaerchenKostenexplosion.pdf>).

Braun, Bernard; Marstedt, Gerd (2010). Mythen zur Gesundheitspolitik: Auch gebildete Bürger irren.

Newsletter Gesundheitsmonitor 2/2010, Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh (http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-C8602066-C64844BD/bst/xcms_bst_dms_31900_31901_2.pdf)

Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Matthias (2005). *Gesundheitsökonomik*. 5. Auflage. Springer, Berlin-Heidelberg-New York.

Bundesärztekammer (2010). Tabelle 1: Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereichen seit 1960. BÄK, Berlin (<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/stat09tab01.pdf>).

CDU/CSU/FDP (2009). *Wachstum Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP*. 17. Legislaturperiode. CDU/CSU/FDP, Berlin (<http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf>).

Goldman, Dana; Joyce, Geoffrey; Zheng, Yuhui (2007). Increase in Prescription Drug Cost Sharing

Associated With Lower Rates of Drug Treatment, Adherence. JAMA 298 (1), S. 61-69 (<http://pubs.ama-assn.org/cgi/reprint/298/1/61.pdf>).

Hartmannbund (2010). Hartmannbund Nordrhein und Westfalen Lippe begrüßen Bekenntnis zur Kostenerstattung des KBV-Chefs Köhler. Presseerklärung vom 28.9.2010, Hartmannbund Nordrhein, Düsseldorf (<http://www.hartmannbund.de/enews/1429/136/begruessen-Bekenntnis-zur-Kostenerstattung-des-KBV-Chefs-Koehler/>).

Holst, Jens (2010). Moral Hazard – Über die Irrelevanz eines theoretischen Konzepts für die Praxis des Gesundheitswesens. In: Gerlinger, Thomas; Kümpers, Susanne; Lehnhardt, Uwe; Wright, Michael (Hg.): Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock. Hans Huber, Bern: S. 143-153.

Jinnett, Kimberly; Parry, Thomas; Lu, Yifan (2007). A Broader Reach for Pharmacy Plan Design. The Disability Effects of Cost Shifting. Integrated Benefit Institute, San Francisco (<http://www.ibiweb.org/publications/download/637>).

Köhler, Andreas (2010). „Der Patient muss Eigenverantwortung übernehmen“. Rheinische Post 11.10.2010, S. A4 (http://www.rp-online.de/wirtschaft/news/Patient-muss-Eigenverantwortung-uebernehmen_aid_916756.html).

Kühn, Hagen (2005). Der Ethikbetrieb in der Medizin. Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung? In: Hagemann, Ulrich; Simon, Ingeborg (Hg). Pharmazie im Gesundheitswesen heute, Berichte und Dokumente zur Zeitgeschichte der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin: S. 11-31 (<http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/2006/i06-303.pdf>).

Marstedt, Gerd (2002). Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV. In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Schnee, Melanie (Hrsg.). Gesundheitsmonitor, Bertelsmannstiftung Gütersloh, S. 112-129.

Reiners, Hartmut (2006). Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen. WZB Discussion Paper SP I 2006-305, Berlin (<http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2006/i06-305.pdf>).

Reiners, Hartmut (2009). Mythen der Gesundheitspolitik. Hans Huber, Bern.

Schmidt, Bettina (2008). Eigenverantwortung haben immer die anderen. Hans Huber, Bern.

Schmidt, Bettina (2010). Die Sanierung der Eigenverantwortung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften (JKMG) 46. Verantwortung – Schuld – Sühne. Argument-Verlag, Hamburg: S. 51-68.

Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der; Greiner, Wolfgang (2000). Gesundheitsökonomik. Mohr Siebeck, Tübingen.

Soumerai, Stephen; McLaughlin, Thomas; Ross-Degnan, Dennis; Casteris, Christina; Bollini, Paola (1994). Effects of Limiting Medicaid Drug-Reimbursement Benefits on the Use of Psychotropic Agents and Acute Mental Health Services by Patients with Schizophrenia. N Engl J Med 331 (10), S. 650-655 (<http://content.nejm.org/cgi/content/full/331/10/650>).

Tamblyn, Robyn; Laprise, Rejean; Hanley, James; Abrahamowicz, Michael; Scott, Susan; Mayo, Nancy; Hurley, Jerry; Grad, Roland; Latimer, Eric; Perreault, Robert; McLeod, Peter; Huang, Allen; Larochelle, Pierre; Mallet, Louise (2001). Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons. JAMA 285 (4), S. 421-429 (<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/285/4/421>).

Ullrich, Carsten (1995). Moral Hazard und gesetzliche Krankenversicherung. Möglichkeiten zu Mehrentnahmen an Gesundheitsleistungen in der Wahrnehmung und Bewertung durch gesetzlich Versicherte. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 47 (4), S. 681-705 (Abstract: <http://www.uni-koeln.de/kzfss/archiv94-96/ks954abs.htm#Moral%20Hazard%20und%20gesetzliche%20Krankenversicherung>).