

Kann man gute Medizin kaufen?

Peter Friemelt* über Priorisierung, Kostenerstattung, IGeL, Patientenquittung ...

Peter Friemelt betrachtet das Verhältnis des Arztes zum Geld aus der Sicht der Patienten und kommt zu dem Schluss, dass die Bezahlung der Ärzte unabhängig sein muss von den erbrachten Leistungen – und zwar in jeder Hinsicht.

Das medizinische System wird immer undurchsichtiger. Da wäre es doch am einfachsten, wenn es für alle einfacher würde, wenn wir genau wüssten, was wir fürs Geld bekommen.

Doch fangen wir vom Anfang an:

Finanziert wird das Gesundheitssystem zum immer noch übergroßen Teil durch die Beiträge der gesetzlich Versicherten und deren Arbeitgeber, sie zahlen den Großteil der 170 Milliarden Euro in die Kassen. Und was können sie dafür kaufen? Können sie dafür überhaupt was kaufen, oder zahlen sie nur?

Was gute Medizin ist, ist eine uralte Diskussion.

Das Sozialgesetzbuch V, das die Leistungen und Aufgaben der gesetzlichen Kassen beschreibt, gibt mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot und mit dem § 70 zu Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit, gemäß dem die »Krankenkassen und die Leistungserbringer ... eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten« haben, eine klare Richtung vor.

Die Instanz, die bestimmt, was eine bedarfsgerechte und gleichmäßige,

dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten ist, ist der *Gemeinsame Bundesausschuss* (G-BA), der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der Krankenkassen gebildet wird. Mittlerweile hat er auch Patientenvertreter vorzuweisen, die allerdings kein Stimmrecht haben, so dass sie im entsprechenden Paragraphen nicht mal genannt werden.

In diesem Zusammenhang ist sehr wichtig: Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt laut SGB V § 92 die »zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.« Das bedeutet, dass der G-BA natürlich auch darauf achtet, dass das Geld reicht. So könnte man unterstellen, er verweigert sich allen neuen Maßnahmen, die unnötig teuer sind. Das ist aber nicht so.

Interessant ist in jedem Fall, dass die Ärzte und die Krankenhäuser direkt in diesem Gremium mit Stimmrecht vertreten sind. Das bedeutet, dass sie auch immer an abschließenden Entscheidungen beteiligt sind. Und viele dieser Entscheidungen kommen einstimmig zustande. Verallgemeinernd könnte man sagen, dass Ärzte außerhalb des G-BA die Entscheidungen ihrer KollegInnen innerhalb des G-BA beklagen.

Immer wieder gibt es Entscheidungen des G-BA, die auch von Patienten bemängelt werden, vor allem wenn gegen neue Methoden votiert wird. Die PatientenvertreterInnen im G-BA können auch etwas erreichen: Die erste erfolgreiche Aktion gleich am Anfang der Patientenbeteiligung war der Beschluss zu einer weicheren Chronikerregelung. Und aktuell wurde im Bereich Zahnersatz eine patientenfreundlichere Regelung durchgesetzt.

Und sie können auch Anträge einbringen, dass bestimmte neue Methoden in den Unterausschuss Methodenbewertung eingebracht werden. Das geschieht meist dann, wenn sich Patientengruppen an die Patientenvertreter des G-BA wenden. Die HRT-Untersuchung, eine computergestützte Sehnervenanalyse bei der Glaukombehandlung, wird derzeit in diesen Unterausschuss eingebracht.

Und da kommen Ärzte daher und wollen einem zusätzliche IGeL-Leistungen verkaufen!

Seit Jahren tingeln PatientenberaterInnen durch das Land, klären die Leute bei Vorträgen und sogar im Fernsehen über ihre Rechte auf – ihre Rechte gerade bei diesen sog. Individuellen Gesundheitsleistungen IGeL. Wir gehen davon aus, dass diese Wunschleistungen oft die Wunschleistungen von Ärzten sind, die ihr Einkommen aufbessern wollen. Denn wenn man das Sozialgesetzbuch V ernst nimmt, dann sind die IGeL nicht notwendig – und wenn sie notwendig sind, gehören sie in den Leistungskatalog der Krankenkassen. Der Nutzen der meisten IGeL ist umstritten. Glücklicherweise sind die Ärzte dazu verpflichtet, bei solchen Behandlungen schriftliche Verträge mit den Patienten abzuschließen. Wenn sie das unterlassen, brauchen die Patienten auch nichts zu zahlen. Zumindest für den Fall, dass sie nicht an den Arzt gebunden sind. Wenn sie bei ihm oder ihr bleiben wollen, dann zahlen sie wahrscheinlich auch ohne Vertrag für eine Leistung, die möglicherweise unnütz ist oder sogar eine Kassenleistung sein kann. *Gekauft* haben sie diese fragwürdige Leistung in jedem Fall. Das kann so nicht in Ordnung sein. Auch nicht, wenn z.B. – wie aktuell – die Frauenärzte gegen die Honorarreform protestieren: »Die Honorareinbrüche kann man nicht durch Privatpatienten und individuelle Gesundheitsleistungen kompensieren«, sagte der Gynäkologe Dr. Helge Knoop von *GenoGyn zur Ärztezeitung* vom 3. August 2010, viele Leistungen seien bei weitem nicht mehr kostendeckend. Stimmt das oder nicht? frag ich mich und fragen sich viele andere von IGeL betroffene PatientInnen.

Der Arzt kündigt seinem Patienten

Das folgende Beispiel stellt das *Kaufen* von guter Medizin in ein noch anderes Bild:

Ein eigentlich recht engagierter Arzt kündigt seinem Patienten die Behandlung sehr kurzfristig auf. Er sei nicht mehr bereit, die





sen, seinen teuersten, Patienten durchzuziehen. Ihm drohten Regressforderungen von den Kassen u.a. Der schwerkranke Patient steht nach Jahren bei dem gleichen Arzt vor dem Problem, dass er innerhalb von drei Tagen einen neuen Arzt finden muss, der ihm die lebensnotwendigen Medikamente und Anwendungen verordnet.

Das Handeln des Arztes ist natürlich nicht zu akzeptieren. Aber ehrlicherweise muss man sagen: Es gibt die Regressausschüsse bei den Kassen, an denen *keine* Patienten beteiligt sind. Diese Ausschüsse können die betroffenen Ärzte sehr unter Druck setzen, Ob das nun eine echte Bedrohung ist oder eher nicht vermag ich nicht zu beantworten. Trotzdem: Der teure aber arme Patient kann sich seine Behandlung nicht *erkaufen*, sie muss ihm selbstverständlich zustehen.

Die guten Grundsätze des Sozialgesetzbuchs V werden hier missachtet. Doch nicht nur hier.

Krankenhausfinanzierung oft nur möglich über zu viele, teure Untersuchungen

Die Kosten in den Kliniken steigen. Das Abrechnungssystem über Fallpauschalen hat manche Klinik in erhebliche Finanznöte gebracht. Krankenhäuser erster Versorgungsstufe haben hohe Bereitstellungskosten, die aber unzureichend vergütet werden. Viele Kliniken überleben nur durch die Durchführung teurer apparatemedizinischer Behandlungen, die in vielen Fällen nicht notwendig, manchmal gefährlich für den Patienten sind. Die PatientInnen *erkaufen* sich die hochwertige Versorgung indirekt über nicht klar indizierte Untersuchungen. Das kann so nicht in Ordnung sein.

Kostenerstattung – wird »kaufen« dadurch möglich?

Die FDP (und mit ihre viele Ärzte, allen voran der Verband der »Freien« Ärzteschaft) hält Kostenerstattung für das Mittel der Wahl für den sorgsameren Umgang mit unserem Ge-

sundheitswesen. Patienten können auch schon jetzt Kostenerstattung wählen. Sie bekommen aber nicht mal im besten Fall alle Kosten von ihrer Kasse erstattet. Und auf den Kosten, die keine Kassenleistung sind oder die über den Kassensatz hinausgehen, bleiben sie allein sitzen, als Eigenbeteiligung sozusagen. Wenn das der Weg ist, den Herr Rösler gehen will, dann müssen wir die Kostenerstattung genauso bekämpfen wie die Kopfpauschale.

In vieler Munde – Patientenquittung

In eine ähnlich Richtung, wenngleich weniger radikal, geht die Patientenquittung. Der Verbraucherzentralen-Bundesverband tritt massiv dafür ein. Sie ist aber keine neue Forderung. Bereits seit 2004 haben Patienten darauf einen rechtlichen Anspruch. Allerdings nur auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen BAGP begrüßte damals schon diese Möglichkeit als einen Schritt zu mehr Transparenz.

Abwegig finden und fanden die PatientInnenstellen allerdings Vorstellungen wie diese: »Immerhin hat Minister Rösler angekündigt, dass jeder Kassenpatient eine Abrechnung bekommt, damit er sieht, welche Kosten er verursacht hat. Das geht in die richtige Richtung. (...) »No decision about me without me.« Das ist die positive, für jeden konsensfähige Version des Prinzips Eigenverantwortung. Der Patient entscheidet und bezahlt als logische, aber unausgesprochene Konsequenz dann auch mit eigenem Geld. Bei uns kommt im Zusammenhang mit Eigenbeteiligung immer gleich das Totschlagsargument der Zwei-Klassen-Medizin.« So der Chef des Arzneimittelhändlers *Celesio*, Fritz Oesterle, im Interview mit der SZ vom 5. August 2010. Oesterle negiert damit das Prinzip der solidarischen Gesundheitsversicherung vollkommen. Er tritt über den Umweg der Patientenquittung deutlich für eine weitere Privatisierung der Gesundheitsrisiken ein. Er ignoriert die hohen Beiträge und die jetzt schon hohe Eigenbeteiligung, die die gesetz-

lich Versicherten leisten. Er zeigt damit auf, wohin die an sich sinnvolle Patientenquittung führen kann.

Gute Medizin ist ein Menschenrecht

Gute Medizin muss über die Kassen finanziert werden. Sie darf kein Marktartikel sein wie ein Fernseher oder was auch immer. Das Gesundheitswesen muss weg von der Marktorientierung. Doch solange das Einkommen des (niedergelassenen) Arztes daran geknüpft ist, was er verordnet oder nicht verordnet, kann sich der Patient nie sicher sein, aus welchem Grund der Arzt gerade eine Leistung verordnet oder ablehnt. Wäre sein Einkommen unabhängig davon, könnte der Patient sicherer sein, dass seine Behandlung nicht unmittelbar von solchen Überlegungen mitbestimmt ist.

Gute Medizin darf man also nicht kaufen können (oder müssen?). Sie muss Jeder und Jedem zustehen. Gute Medizin ist ein Menschenrecht.

* Peter Friemelt ist Patientenberater im Gesundheitsladen München

Mythen über die Private Krankenversicherung

Natürlich darf beim Thema Ärzte und das Geld die Private Krankenversicherung (PKV) nicht fehlen. Viele Ärztinnen und Ärzte gehören zu ihren schärfsten Verteidigern, da sie für sich und gesellschaftlich die These der PKV teilen, dass diese das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über höhere Leistungsvergütungen mit vielen Milliarden Euro pro Jahr subventioniere.

Diese These hatte das *Wissenschaftliche Institut der AOK* im Jahr 2006 in einer Studie auf ihre Stichhaltigkeit hin untersucht und es hat sich gezeigt, dass die Subventionierungsthese der PKV einer kritischen Überprüfung nicht Stand hält. Eine Zusammenfassung der Studie hatten wir im Rundbrief Nr. 2/2006 (S. 14f.) abgedruckt. Wer die Studie ganz lesen möchte, möge sich an das *Wido* oder die *vdää-Geschäftsstelle* wenden. (Johannes Leinert: Subventioniert die PKV das Gesundheitswesen? Eine kritische Analyse, *Wissenschaftliches Institut der AOK*, Bonn März 2006)