

Immer besser – aber immer teurer

Montag, 8. Februar 2010

Angesichts des Medien-Hypes um eine mögliche acht Euro Zuzahlung in der gesetzlichen Krankenversicherung kann man es nicht oft genug sagen: Entgegen der Volksmeinung „Ick zahl’ imma mehr un krich imma wenjer“ wird die gesundheitliche Versorgung im Lande keineswegs kontinuierlich schlechter. Sie verlagert sich vielmehr immer stärker in kaum oder gar nicht sichtbare Bereiche: Wer sieht schon oder erfährt am eigenen Leibe, dass die Leistungen der Transplantationsmedizin inzwischen zur Regelversorgung für jeden GKV-Versicherten gehören (vorausgesetzt, es findet sich ein Spenderorgan)? Welchem Normalversicherten ist klar, dass die medizinischen Leistungen im Bereich der Kardiologie – vor allem Entwicklungen bei der Bypass- und Stent-Technologie – zu einer drastischen Senkung von Todesfällen durch Schlaganfälle oder Herzinfarkte geführt haben? Wer kennt ein früh geborenes Kind, das durch die Segnungen der kostenintensiven Prä- oder Neonatalmedizin einem sicheren Tod oder einer schwersten Behinderung entgangen ist und das heute als unauffälliges Schulkind einen normalen Alltag erleben kann?

Es sind solche Beispiele die im Grunde bei jeder Diskussion, bei jedem Statement zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung mit genannt werden müssten, damit uns endlich klar wird, worüber wir eigentlich reden: Die GKV ist keine Veranstaltung, in der ich für mich selber aufkomme, um meine Spargroschen in Zeiten vermeintlicher oder echter Not für medizinischen Versorgung aufzuwenden, sondern in der GKV zahlen Gesunde für Kranke im Vertrauen darauf, dass auch für sie im Krankheitsfall andere Gesunde bereit stehen werden, um für ihre Versorgung aufzukommen. Das und nichts anderes ist das Solidarprinzip der GKV, und wenn die Menschen Spitz auf Knopf darauf befragt würden, ob sie diese Solidarität wirklich wollen und ob sie dafür zu zahlen bereit sind, dann würde ich darauf wetten, dass unser solidarisches GKV-System einen sehr breiten Rückhalt in der Bevölkerung genießt.

Mit der Skandalisierung von Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen schlagen Oppositionspolitik und willfährige Presse jedoch einen fatalen Weg ein: Sie diskreditieren nämlich die Umverteilungsmechanismen der GKV-Gemeinschaft und tun so, als ob Geld in irgendwelchen dunklen Kanälen versickert, während der kleine Mann auf der Straße immer weiter und immer stärker zur Kasse gebeten wird. Auf der Basis willentlich vorenthaltener Informationen (denn Presse und Opposition wissen um die eigentlichen Finanzierungsmechanismen) wird eine Neid-Debatte inszeniert und gegen das Solidarprinzip ausgespielt. Das kann nicht lange gut gehen, und wir können – siehe die oben zitierte Volksmeinung – buchstäblich von Woche zu Woche sehen, wie das Solidarprinzip der GKV unter dieser fahrlässigen Propaganda auf der Strecke bleibt. Nur, wie gesagt: Ich bin mir sicher, dass dieses Prinzip nach wie vor von der ganz überwiegenden Zahl der Bürger präferiert würde, wenn man sie denn über dessen Wirkungsprinzip ordentlich und kontinuierlich informierte.

Um so unverständlicher ist es, dass O-Töne aus dem Volk und auch Moderatorenaussagen, die das beliebte Alles-wird-schlechter-Lied anstimmen, fast immer unwidersprochen bleiben. Nein, meine lieben Schwarzseher. Mit Blick auf unsere medizinische Versorgung wird keineswegs alles schlechter, sondern es wird – im Gegenteil – mit wachsendem medizinisch-technischen Fortschritt immer besser! Nur leider wird's auch immer teurer, und deswegen sollten wir in der Tat sehr genau und gemeinsam und immer wieder neu überlegen, welche Aufgaben wirklich der Solidargemeinschaft aufgebürdet werden müssen, und was der Einzelne selbst zahlen kann und sollte (bei den Brillen hat das ja schon ganz gut geklappt). Das Jammern aber über die eigenen Belastungen sollte rasch ein Ende haben, damit uns nicht irgendwann das Geld für die wirklich gemeinsam zu tragenden Lebensrisiken fehlt, weil unser Solidarprinzip zwischenzeitlich wegen kollektiven Meckerns zusammengebrochen ist!

Pharma-Bashing geht immer

Montag, 15. März 2010

Gesundheitsminister Philip Rösler hat endlich das Heft des Handelns in die Hand genommen und sich dabei zunächst – wie schon seine Vorgänger – in Populismus gerettet. Die als entfesselt dargestellte Pharmaindustrie zu bändigen, hat noch allemal beim Wahlvolk positive Resonanz gefunden. Und nicht nur von seinen ungeliebten Vorgängern und Vorgängerinnen hat Rösler dabei gelernt, sondern auch vom sicher ebenfalls ungeliebten Ex-Bundeskanzler Gerhard Schröder. Denn ähnlich wie Schröder wagt Rösler die mediale Flucht nach vorne, indem er vor allem „Bild, BamS und Clotze“ über seine politischen Absichten informiert. Im Falle Röslers wird zwar auch die FAZ noch mit exklusiven Informationen versorgt (wer will, kann das als Hebung des politischen Niveaus interpretieren), Jens Spahn allerdings, war deutlich „not amused“, von den Absichten des Ressort-Chefs aus der Zeitung erfahren zu müssen. Im Dienste der Sache jedoch, scheint man sich auf einer gemeinsamen Klausurtagung Ende der Woche wieder zusammengerauft zu haben.

Nun also – oh Wunder – ein Arzneimittelpargesetz. Tatsächlich ist es mehr als fällig, Kosten und Nutzen der Arzneimitteltherapie in Relation zueinander zu setzen. Auch die Pharmaindustrie selbst widersetzt sich einem solchen Schritt nicht mehr, weil überdeutlich geworden ist, dass sich das hohe Lied der wettbewerbsaffinen Branche kaum noch glaubwürdig singen lässt, wenn man nicht zugleich bereit ist, sich diesem ureigensten Messinstrument des Wettbewerbs zu stellen. Der Teufel allerdings steckt im Detail: Wird nämlich der Kosten/Nutzen-Deckel auf den Arzneimittelpreis geschraubt, bevor das Medikament im Markt seinen Nutzen überhaupt beweisen konnte (und das wäre ja wohl eher eine hypothetische Kosten/Nutzen-Bewertung), dann ist der echte Erkenntniswert gleich null, und ein Prinzip notwendiges Bewertungssystem für den effizienten Umgang mit Medikamenten verkommt zu reinen Preisbremse. Wichtig wird es also schon sein, das jeweilige Arzneimittel seinen Nutzen in der echten Versorgungsrealität erst

unter Beweis stellen zu lassen. Ob dann für den Bewertungszeitraum ein reduzierter Preis gezahlt oder eine eventuelle Rückzahlung bei unerfüllter Nutzererwartung vereinbart wird, ist politisch zu entscheiden.

Konfliktär dürfte auch die Frage diskutiert werden, wer hier eigentlich miteinander in Preis- und Bewertungsverhandlungen eintreten soll. Die Wünsche der Industrie, hier solle mit jeder Kasse einzeln ein Modus erarbeitet werden, ist vollkommen unrealistisch und geht sowohl am Markt als auch an den Patientenbedürfnissen vorbei. Mit zwingender Logik kann nur der GKV-Spitzenverband als Verhandler für den Marktzugang von Pharmainnovationen infrage kommen. Enge, mit Ersatzvornahmen bewehrte Entscheidungsfristen müssen darüber hinaus dafür sorgen, dass neue Arzneimittel nicht durch zähe Verhandlungsmarathons den Patienten vorenthalten werden. Wenn es Philip Rösler gelänge auf diesem Gebiet neue, praktikable und einigermaßen konsentierete Vorschläge vorzulegen (und durchzusetzen) hätte er sich tatsächlich um eine Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der GKV verdient gemacht. – Und das würde ihm und seinem Ansehen langfristig weit mehr Ruhm einbringen als sämtliche populistischen Griffe in die Mottenkiste der Regulierung durch Zwangsrabatte und Preis-moratorien.

Ärzte? Mangelhaft!

Montag, 12. April 2010

„Ärztemangel!“ – Man kann’s bald nicht mehr hören. Dabei dürfte Deutschland zu den Ländern mit der höchsten Ärztedichte weltweit zählen. Und das bei keineswegs höherer Lebenserwartung im Vergleich zu anderen Industrieländern. Böswillig ließe sich also behaupten: Die exzessive Neigung des Deutschen zum Arztbesuch scheint eher kontraindiziert zu sein, und eine Reduktion der Ärztezahl könnte sich demographisch durchaus positiv auswirken.

Wie auch immer – Ärztemangel haben wir eigentlich nicht in der Republik. Wohl aber einen Ärzteverteilungsmangel. Während sich nämlich in Ballungsräumen die Doktors auf die Füße treten (und trotzdem gut verdienen), gehen andernorts die Praxislichter aus, weil die Arbeitsbedingungen unzumutbar und die Honorare dürftig sind. Offensichtlich ist es also nicht gelungen, Versorgungsbedarf und Niederlassungsneigung der ambulant tätigen Ärzte miteinander in Deckung zu bringen. Das hat aber mit Ärztemangel nichts zu tun, sondern ist schlichtes Systemversagen der ärztlichen Selbstverwaltung. Erstaunlich, dass gerade die Cassandra-Rufer wider die Staatsmedizin jetzt vom Staat rasche Hilfe zur Überwindung des größtenteils selbstverschuldeten Verteilungsproblems erwarten. (In der Regel heißt das natürlich mehr Geld.) Stattdessen wären Überlegungen angezeigt, wie die kostbare Ressource Arzt möglichst effizient und patientenfreundlich eingesetzt werden kann. In diesem Zusammenhang könnte man vielleicht mal darüber nachdenken, ob das quartalsweise Einbestellen des Patienten zur Auslösung honorarrelevanter Pauschalen eigentlich die richtigen Anreize setzt. Und ob nicht die sektorierte Honorierung einzelner Facharztgruppen die Tendenz zu Doppeluntersuchungen fördert ...

Ähnliches gilt übrigens auch für die Nachwuchsförderung: Es liegt vor allem in der Ärzteschaft, die Unattraktivität des Arztberufes zu ändern und das Berufsbild modernen Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen anzupassen. Stattdessen wird von einer „Feminisierung“ der Medizin gesprochen, als handele es sich hierbei erstens

um ein soziologisches Schreckgespenst und zweitens um ein Naturereignis, dass etwa so unabwendbar (und unkontrollierbar und überraschend) über die gebeutelte Ärzteschaft hereinbricht, wie ein Tsunami. Seltsam nur: Hat irgendetwas schon mal aus irgendeiner anderen Branche diesen Monsterbegriff verwenden hören? Ich jedenfalls nicht. Nur in der Medizin scheint sich dieses Schreckensphänomen unerklärlich und unbezwingbar auszubreiten, und die armen Mediziner zur Strukturanpassungen zu zwingen, die sonst augenscheinlich keinem anderen Arbeitsbereich der Welt zugemutet werden. Man hört so richtig die panischen Hilferufe der Gesundheitsbranche: Hilfe, Frauen! Hilfe, Kinder! Hilfe, neues Denken, Strukturveränderungen, Effizienzzwänge ...!

Niemand sage, dass das alles so einfach ist, aber die Neigung der Gesundheitsakteure, allen Unbill lautstark nach außen zu tragen, statt sich mal zu fragen, was denn vielleicht die eigene Verantwortung sein könnte, ist schon recht ausgeprägt. Gerade im Gesundheitswesen sollte diesbezüglich aber ein sehr viel höheres Maß an Eigenverantwortung, Sensibilität und Selbstdisziplin verlangt werden können. Schließlich wird hier mit der Verunsicherung der Bevölkerung Schindluder getrieben, die keineswegs einschätzen kann, wer hier eigentlich für welche Systemmängel welche Verantwortung trägt. Der Politik die Schuld in die Schuhe zu schieben und gleichzeitig das Gespenst der Staatsmedizin an die Wand zu malen, zeugt allerdings von einer gewissen Schizophrenie, die bei der zu versorgenden Bevölkerung wirklich kaum zu vermitteln ist.

Geld – oder nicht Geld?

Montag, 19. April 2010

Gibt es eine wachsende „Kommerzialisierung“ des Versorgungsgeschehens? Da wäre ich vorsichtig. Richtig ist sicher, dass über Geld intensiver nachgedacht wird, wenn die finanziellen Quellen spärlicher sprudeln. Das alleine hat aber mit Kommerzialisierung nichts zu tun. Wenn es nämlich tatsächlich so ist, dass Geld ein adäquates Erziehungsmittel für Erwachsene darstellt (und diese Auffassung ist ja nicht ganz abwegig), dann scheint es durchaus legitim, Fehlversorgung im System durch Veränderung der finanziellen Anreize zu kompensieren. Es mag die Akteure stören, dass ihnen mit der Möhre vor der Nase eine andere Richtung aufgezwungen werden soll – allein: Sie folgen in der Regel dann doch, Murrend zwar, aber immerhin. Also, der Versuch der Systemsteuerung durch Geld ist erstmal nichts Verdammliches, wenn man zugesteht, dass das System überhaupt gesteuert werden muss (aber wer will das ernsthaft bezweifeln). Bleibt die Frage, ob grundsätzlich – oder im Einzelfall – richtig gesteuert wird, und hier lässt sich tatsächlich trefflich streiten. Da ist es mit dem Geld nämlich wie mit den Arzneimitteln: Keine Wirkung ohne Nebenwirkung. Hier haben also die Politik, aber auch die Geld verteilenden Gremien der Selbstverwaltung eine hohe Verantwortung, und keineswegs ist es immer so, dass die Anreize für vernünftige Versorgung richtig verteilt werden.

Grundsätzlich sollte man sich nämlich einmal überlegen, wann Geld für die Versorgung eines medizinischen Behandlungsfalls gezahlt werden soll und muss, und wann Geld vielleicht gerade dann fließen sollte, wenn ein Behandlungsfall *nicht* eintritt. Es scheint sich nämlich lange eingebürgert zu haben (möglicherweise zu einer Zeit als man über Geldsorgen im Gesundheitssystem noch nicht nachdenken musste), dass grundsätzlich jede Behandlungsleistung honoriert wird (und niemand möge sagen, dass dieses System nicht auch ziemlich gut durchkommerzialisiert war). Spannend wird die Sache aber, wenn wir anfangen diejenigen zu belohnen, die dafür sorgen, dass Behandlungsfälle eben gerade

nicht eintreten. Dafür müssten man sich aber mal Gedanken machen, welche Fälle das sein könnten. Eine akute Blinddarmentzündung lässt sich wohl kaum dazu zählen. Der entzündete Appendix muss raus, und das muss natürlich auch bezahlt werden. Aber das Dekubitusgeschwür? Klar, muss auch behandelt werden – aber wer bezahlt's? Denn da hätte man ja in aller Regel wohl etwas besser machen können. Also müsste man zusehen, dass nicht nur ohne Sinn und Verstand die Versorgung von Dekubitalgeschwüren bezahlt wird (dann „verkaufen“ wir nämlich chronische Wunden und deren Versorgung – und was ist das für eine perverse Kommerzialisierung?), sondern wir müssen uns Methoden ausdenken, wie sich gerade die Nicht-Entstehung eines Dekubitus honorieren lässt.

Über solche neuen Anreizsysteme nachzudenken hat grundsätzlich nicht mehr mir Kommerzialisierung zu tun, als die blinde Vergütung von mehr oder minder sinnvollen Einzelleistungen. Nur wird hier danach gefragt, ob es nicht zweckmäßiger (und patientenfreundlicher) sein könnte das medizinische Nicht-Ereignis zu honorieren statt das Ereignis. Politische Aufgabe wäre es jetzt – nicht nur für die Politik, sondern auch für Selbstverwaltung und Krankenkassen –, sich sehr genau zu überlegen, wann der eine und wann der andere Finanzierungsweg der bessere ist.

Im alten China, so sagt man, wurden Ärzte dafür bezahlt, dass sie die Bevölkerung des ihnen anvertrauten Versorgungsbezirks gesund hielten. Immer wenn jemand krank wurde, musste der Doktor einen Teil seines Honorars abgeben. Auch hier drohen offensichtliche Fehlanreize, aber eine Mischung aus Fallvergütung und Fallverhinderungsvergütung sollte sich auch im deutschen System etablieren. Hier über die richtigen Anreize nachzudenken, hat mit Kommerzialisierung grundsätzlich nichts zu tun.