

# Welche Leistungen können aus der solidarischen Finanzierung der GKV in private Verantwortung überführt werden?

Gekürzte Fassung eines Vortrags auf der  
Jubiläums-Tagung der Evangelischen Akademie Berlin  
und des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
»Gesundheit verteilen« am 27./28. Juni 2003 in Berlin

*von Hermann Schulte-Sasse*

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen <sup>®</sup> oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X 2<sub>ε</sub> in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 21. Mai 2004

#### IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens  
Redaktion & Gestaltung: Dipl. Pflege- u. Gesundheitswiss. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft ·

German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 27 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4450 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail [gero.langer@medizin.uni-halle.de](mailto:gero.langer@medizin.uni-halle.de)

Website <http://www.medicin.uni-halle.de/journal/>

ISSN 1610–7268

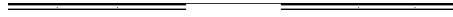
Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

## Über den Autor

Kurzvita des Herrn Staatssekretärs Dr. Hermann Schulte-Sasse:

1948 geboren. Studium der Humanmedizin, Approbation 1975. Weiterbildung zum Internisten. 1993 bis 1997 berufsmäßiger Stadtrat (Gesundheitsreferent) der Landeshauptstadt München. 1997 bis 1998 Aufbau und Leitung des Stabsbereichs für Medizin beim AOK-Bundesverband. 1998 bis 2001 Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung und das Krankenhauswesen. Seit 1. Februar 2002 Staatssekretär für Gesundheit und Verbraucherschutz im Berliner Senat.



Die Diskussion über die Zukunft unseres Gesundheitswesens wird heute vorrangig an den steigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung festgemacht. Für die Gesetzliche Krankenversicherung wird immer häufiger hinterfragt, in welchem Maße und wo das Prinzip der Solidarität der Versicherten noch Bestand haben kann, steigt doch der direkte und indirekte Lohnanteil, der für die Krankenversicherung aufzubringen ist, seit Jahren kontinuierlich.

Schon heute hat das System von Zuzahlungen im Krankheitsfall, das jetzt mit dem GMG weitere Elemente erhalten und ausgebaut werden soll, einen Teil der Finanzierungslasten auf die Kranken verschoben und das traditionelle Solidarprinzip der GKV unterminiert. Der alte Solidaritätsbegriff ist als Orientierungsprinzip in den sozialpolitischen Debatten nicht mehr selbstverständlich.

Einer der am häufigsten genannten Gründe für den steigenden Finanzbedarf des Gesundheitswesens ist der demographische Wandel.

Wie auch viele andere Kommentatoren hat z.B. der damalige Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, in seiner Eröffnungsrede des deutschen Ärztetages 1998 die These vertreten, dass das Älterwerden der Gesellschaft ein zentrales Element der Finanzierungskrise des deutschen Gesundheitswesens ist: "Die Wahrung von Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland und Europa hängt ferner in hohem Maße davon ab, die richtigen Konsequenzen aus der weiterhin starken Zunahme der Zahl älterer Menschen zu ziehen." Welche die richtigen Konsequenzen sein sollten, führte Vilmar nicht näher aus. Eine der möglichen Antworten ist die Ausgrenzung bestimmter Leistungsarten für Menschen oberhalb einer zu definierenden Altersgrenze.

In der diesjährigen Pfingst-Ausgabe berichtet die Süddeutsche Zeitung, dass der Präsident des Statistischen Bundesamtes, Johann Hahlen, einen »dramatischen« Alterungsprozess der deutschen Bevölkerung prognostiziert. Nach Berechnungen von Destatis wird im Jahr 2050 jeder dritte in Deutschland lebende Bürger 60 Jahre oder älter sein. Zur Jahrhundertmitte soll demnach jeder Neunte älter als 80 Jahre sein. Während heute hundert 20- bis 59-Jährigen 44 Senioren gegenüber stehen, werde dieser »Altenquotient« im Jahr 2050 schon 78 betragen.

Als weiterer ausgabensteigernder Faktor wird der medizinische Fortschritt genannt, dessen Dynamik zwingende Ausgabensteigerungen zur Folge haben sollen, die sich nicht im jetzigen Finanzvolumen der GKV auffangen lassen sollen.

Vor diesem Hintergrund sind die Forderungen nach einem Umbau der Sozialsysteme verständlich. Die vorgetragenen Vorschläge lassen sich dabei systematisch zwei Gruppen zuordnen: 1. Erweiterung der Finanzierungsbasis und 2. Einschränkungen des Leistungskatalogs.

Mein Part ist es, Forderungen nach Einschränkungen des Leistungskatalogs kritisch zu kommentieren. Dabei sind sog. »versicherungsfremde« Leistungen wie z.B. das Mutterschaftsgeld zu unterscheiden von Leistungen, die ohne vernünftigen Zweifel typisch für Leistungen von Krankenversicherungen sind. Auch wenn über die konkrete Qualifizierung von Leistungen als »versicherungsfremd« im Einzelfall unterschiedliche Ansichten bestehen können, so handelt es sich hier im Grundsatz doch um sozialpolitisch erwünschte Leistungen, die der Gesetzgeber dem solidarisch finanzierten System der GKV

zugeordnet hat, im dem ca. 90 Prozent der Bürger versichert sind, anstatt sie aus Steuermitteln zu finanzieren, an dessen Aufkommen alle Bürger unseres Landes beteiligt sind. Solche Leistungen zukünftig aus Steuermitteln zu finanzieren und sie damit aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszugliedern ist eine sinnvolle Korrektur, obwohl diese Leistungen damit jährlich wiederkehrend unter den Druck der staatlichen Haushaltskonsolidierung und der Aufteilung knapper Ressourcen auf die verschiedenen politischen Handlungsfelder geraten.

Der frühere Bundesverfassungsrichter Ernst-Wolfgang Böckenförde hat zu Leistungsbegrenzungen in der GKV kürzlich in einem Beitrag für die Frankfurter Rundschau ausgeführt: »Was die Leistungsbegrenzung angeht (...) sollte am Anfang die Prüfung stehen, wie weit bestimmte Leistungen dem Sicherungssystem von der Sache her überhaupt zugehören oder in Zeiten voller Kassen einfach einbezogen oder draufgesattelt worden sind. Danach ließe sich dann verantwortungsvoll über Abschlüsse, Eigenvorsorge, Ausgliederungen etc. diskutieren.«

Hinweisen will ich an dieser Stelle nur am Rande darauf, dass der Bund den Krankenkassen Mutterschaftsleistungen konsequenterweise als familienpolitische Fremdleistung bis 1989 pauschal erstattete, diese Erstattung dann aber im Rahmen der Haushaltskonsolidierung einstellte.

Mit dem Thema der »versicherungsfremden« Leistungen will ich mich jetzt aber nicht befassen, da m.E. die gesundheitspolitisch besonders brisante Forderung auf Einschränkungen der Gewährung medizinischer Leistungen zielt.

Einschränkungen des Leistungskatalogs im medizinischen Sinne beziehen sich entweder auf einzelne Leistungen selbst oder aber auf die Empfänger von Leistungen, indem einzelnen Gruppen bestimmte Leistungen nicht mehr zur Verfügung gestellt werden sollen. Beispiele für Ausgrenzungen von ganzen Leistungsarten sind z.B. die Forderung nach Ausschluss von zahnmedizinischen Leistungen, Sterilisation oder künstlicher Befruchtung. Einschränkungen von Leistungsansprüchen für einzelne Versichertengruppen werden z.B. diskutiert für die Behandlung von Freizeitunfällen und die Vorenthaltung bestimmter Leistungen wie die koronare Bypass-Operation oder der Dialyse bei Patienten oberhalb einer bestimmten Altergrenze.

Ich werde mich im Folgenden zuerst mit dem Thema der Herausnahme einzelner Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV befassen.

Die Diskussion um den Leistungskatalog der GKV hat einen langen Vorlauf. Von Seiten der Arbeitgeber sowie Teilen der Ärzteschaft wird seit Jahren gefordert, den Leistungsumfang der GKV einzuschränken auf diejenigen Leistungen, die medizinisch »unbedingt« notwendig seien. Aus der Ärzteschaft wurde als erster Schritt zu einer solchen Begrenzung das Konzept »individueller Gesundheitsleistungen« (IGeL) entwickelt, die nach den Vorstellungen ihrer Protagonisten zwar medizinisch sinnvoll sein sollen, aber keine notwendigen medizinischen Leistungen seien.

Tatsächlich sind nicht alle medizinisch sinnvollen Leistungen Bestandteil des GKV-Leistungskataloges. Ein Beispiel dafür sind reisemedizinische Maßnahmen wie die Malaria-Vorsorge vor Urlaubsreisen in die Tropen oder die Entfernung von Tätowierungen. Es ist ohne Zweifel sinnvoll, bei einer privaten Urlaubsreise medizinisch Vorsorge zu treffen bzw. die Entfernung von Tätowierungen durch einen qualifizierten Arzt

durchführen zu lassen. Solche Leistungen in einem Katalog »individueller Gesundheitsleistungen« aufzulisten ist völlig unproblematisch und dient der Transparenz.

Ein näherer Blick in den sog. IGeL-Katalog zeigt aber, dass dort aber auch zahlreiche Leistungen aufgeführt sind, die selbst im GKV-Leistungskatalog enthalten sind. Zur Unterscheidung von GKV-Leistungen wird die Indikationsstellung beim einzelnen Patienten herangezogen.

Der Internist Ludger Beyerle, der im Berufsverband deutscher Internisten eine prominente Rolle spielt, ist ein Verfechter der IGeL-Strategie und erläutert diese Unterscheidung so: »Als Faustregel kann gelten, dass Leistungen, auf die Patientensymptome hinweisen, von der Kasse zu tragen sind und Leistungen, für die es aus Anamnese und Befund keinen Hinweis gibt, privat liquidiert werden müssen. Beispiel: EKG mit Belastung: **Variante 1:** Patient mit Belastungs-Angina: Das EKG ist eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. **Variante 2:** Sportler, der seine Belastungsreaktion und Hinweise auf die Kondition (PWC) haben möchte: Das EKG ist eine Privatleistung.«

Dem wird man kaum widersprechen wollen, doch leider ist eine solche eindeutige Zweiteilung medizinischer Leistungen eher selten. Für eine Reihe von in der Liste aufgeführten Leistungen gibt es keine eindeutige Grenzziehung, unter welchen Umständen sie als GKV-Leistung zu erbringen ist und wann nicht. Das sieht auch Beyerle: »Klar ist, dass sich zwischen beiden Indikationen eine breite Grauzone befindet, deren Schwerpunkt eher in Richtung Krankenkassen belassen werden sollte.«

Die von den IGeL-Protagonisten vorgebrachte Unterscheidung zwischen notwendigen und nicht-notwendigen, aber medizinisch sinnvollen Leistungen ist so betrachtet eine Fiktion, ein Form des Selbstbetrugs. Naiv ist auch die Annahme, dass solche Leistungen nur auf Verlangen der Patienten erbracht werden. In der Literatur über IGeL-Leistungen wird regelmäßig auf die ökonomische Attraktivität des Konzeptes für den niedergelassenen Arzt hingewiesen, deren Vergütung außerhalb aller Budgetierungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt wie jede andere privatärztliche Behandlung auch.

Auf dieses eigentliche Motiv deutet Beyerle nur sehr verschämt hin: »Es ist abzusehen, dass so ein System gemischt bezahlter Leistungen innerhalb weniger Jahre bis in die letzte Praxis hineinwachsen und durch die Umbuchung bisher vergeudeter Mittel als erhebliche Stütze der seriösen Medizin fungieren kann.« Soll diese Formulierung etwa darauf hindeuten, dass Leistungen nach dem IGeL-Ansatz nicht mit seriöser Medizin vereinbar sind?

Ein Beispiel für unseriöse Praktiken ist die Pulsierende Signaltherapie, zu der Prof. Ewerbeck von der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg anmerkte: »Eine Datenlage, die eine breite Anwendung bei "Gelenkbeschwerden, Arthrose, Rheuma, Rückenschmerzen, Sport- und Unfallschäden, Schleudertrauma und vieles andere mehr als gesichert indiziert erscheinen lässt, liegt nach unserer Auffassung bis jetzt nicht vor. Es sollte bedacht werden, dass eine Vermarktungsstrategie, die eine "kausale Therapie von Verletzungen"(!) anbietet und in eindeutiger Weise wirtschaftliche Aspekte der Kassenspraxis hervorhebt, ("Das moderne Konzept führt zu einer langfristigen Bindung des Patienten an die Praxis"), dem Ansehen des Berufsstandes Ärzte schaden kann.«

Ich habe erhebliche Zweifel, ob die IgeL-Medizin mit der ärztlichen Berufsethik vereinbar ist und wundere mich seit langem, dass es dazu keine breite anspruchsvolle Ethik-Debatte gibt. Kann es ärztlich vertreten werden, dass Leistungen auf Nachfrage umstandslos erbracht werden, deren Nutzen-Risiko-Bewertung unsicher oder gar ungünstig ist?

Bestimmte Leistungen wie z.B. eine Ultraschall-Untersuchung der Halsschlagader zur Bewertung einer möglichen Gefäßeinengung oder eine Bestimmung des PSA-Wertes zur Bewertung einer möglichen Erkrankung der Vorsteherdrüse (Prostata) werden bei gegebener Indikation wegen der dabei angenommen positiven Nutzen-Risiko-Relation innerhalb der GKV erbracht. Verschiebungen der Indikationsschwelle gehen aber auch mit Verschiebungen der Nutzenbewertung und der Nutzen-Risiko-Relation einher. Dies ist ja gerade der Grund, warum eine nüchterne Abwägung der vorhandenen Datenlage zum möglichen Nutzen und potentieller Risiken aus veröffentlichten Studien es geboten erscheinen lassen, diese Leistungen in der GKV nur einem definierten, engeren Kreis von Patienten zukommen zu lassen.

Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer hat vor drei Jahren in diesem Zusammenhang von einer »Zweiteilung der Versorgung, ja jeden Arztes« gesprochen und das zugrunde liegende Muster beschrieben: »hier innerhalb des vertragsärztlichen Rahmens strenge Rationalität und Wirtschaftlichkeit, dort Anbieter-Kunden-Beziehungen, wie wir sie bisher nur von Waren- und Dienstleistungsmärkten her kennen, auf denen Wirtschaftlichkeit und Qualität durch andere Mechanismen eingefordert werden.« Auch die Zentrale Ethikkommission sieht die Folgen, die eine solche Handlungsmaxime für Ärzte mit sich bringen kann, wenn sie anmerkt: »Es ist nicht auszuschließen, dass diese Entwicklung die mangelnde Bedarfsgerechtigkeit und Ungleichmäßigkeit der Versorgung weiter verstärkt.«

Da aber die Beziehung zwischen Ärzten und ihren Patienten auf Vertrauen des Patienten in die uneigennützig, allein dem Patientenwohl verpflichtete Professionalität seines Arztes baut, gefährden solche, eher dem kommerziellen Bereich zuzuordnende Entwicklungen die Voraussetzungen für eine gute Medizin.

Ich verweise dazu auf den Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Hoppe, der sich kritisch mit dem Kunden-Begriff auseinandersetzte: »Ein solcher Begriff ist meines Erachtens fehl am Platz. Er nährt die gefährliche Vorstellung, das Patient-Arzt-Verhältnis könne und müsse zu einer Art Konsumenten-Dienstleister-Verhältnis umgestaltet werden. Denn der Patient ist in Wahrheit doch kein Konsument mit der dazu gehörenden Souveränität in der Wahlentscheidung. Und: "Ärztinnen und Ärzte, die ihre Patienten nicht als (zumindest primär) schutzbedürftige Individuen betrachten, haben ihren Beruf verfehlt. Denn die Beziehung Patient-Arzt ist keine Geschäftsbeziehung, und der Arztberuf ist ein freier Beruf und kein Gewerbe.«

Meine Damen und Herren,

Ich habe mich mit dem IGeL-Konzept deshalb näher befasst, weil darin prototypisch ein medizinisches, aber auch ein gravierendes ethisches Problem aller Bemühungen zum Ausdruck kommt, Leistungen aufzuteilen einerseits in notwendige, der GKV zuzuordnende, und andererseits nicht notwendige, aber irgendwie doch medizinisch sinnvolle, und deshalb nicht der GKV zuzuordnende, privat abzurechnende Bereiche.

Dieses Problem stellt sich nicht, wenn einzelne Leistungsarten vollständig aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden. Dies gilt z.B. für Sterilisierungen oder künstliche Befruchtung, was der Entwurf des Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetzes ja auch vorsieht. Allerdings gibt es nicht allzu viele andere Beispiele, die sich für eine medizinisch eher unproblematische Ausgrenzung anbieten würden. Diese marginalen Leistungsbereiche dann in einen vorher zu bereinigenden IGeL-Katalog aufzunehmen wäre ebenfalls unproblematisch. Jedenfalls ist nach Auffassung aller mir bekannten Stellungnahmen von Experten sicher, dass auf diesem Weg eine nennenswerte finanzielle Entlastung der GKV nicht zu erreichen ist.

An dieser Stelle muss auf ein andersartiges Problem hingewiesen werden. Neue Diagnose- oder Behandlungsverfahren erweitern meistens die Handlungsmöglichkeiten der Medizin, immer wieder aber erlauben sie es, ältere Verfahren vollständig zu ersetzen. Neben den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen, die nach § 135 Absatz 1 SGB V die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen zu überprüfen haben, ob sie nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse medizinisch noch notwendig und wirtschaftlich sind, ist es selbstverständlich auch Aufgabe der ärztlichen Fachgesellschaften klarzustellen, welche Methoden aufgrund des medizinischen Fortschritts obsolet sind.

Diese nicht so sehr versicherungsrechtliche, sondern der ärztlichen Profession selbst obliegende Aufgabe der Bereinigung des Leistungskataloges wird unzureichend wahrgenommen. In der Regel kommt es nicht zu einem Ersatz einer alten durch eine neue Methode, sondern zu einem Nebeneinander von alt und neu, im diagnostischen Bereich sogar zu einem häufig irrationalen Nacheinander von Untersuchungsmethoden, ohne das ein solches Vorgehen einen medizinisch relevanten Informationszugewinn ermöglicht.

Ich zitiere beispielhaft den Kardiologen Professor Hanrath, der vor wenigen Jahren beklagte: »Wir müssen den Krankenkassen Unterstützung geben und uns überlegen, wenn etwas Neues in Diagnostik und Therapie kommt, worauf wir verzichten können, damit das dann aus dem Leistungskatalog gestrichen wird. Ich darf Ihnen ein Beispiel nennen: Die Phonokardiographie und die Karotispulskurven-Registrierung sind im Zeitalter der Doppler-Echokardiographien eine obsolete Technik. Ein Geräusch kann man auskultieren und gut dokumentieren mit der Doppler-Echokardiographie. Es ist unglaublich, wie häufig noch diese Ziffer abgerechnet wird.«

Wie hartnäckig sich tradierte Methoden in der Medizin trotz aller entgegenstehenden Erkenntnisse halten können, hat am Beispiel der Bettruhe ein Beitrag für die Fachzeitschrift *Der Internist* vor drei Jahren auf der Grundlage einer Metaanalyse diskutiert: »Was steckt hinter der Empfehlung, Patienten nach bestimmten Eingriffen oder bei bestimmten Erkrankungen automatisch ins Bett zu verbannen? Viel mehr als tradierte Verhaltensweisen nicht, wie diese Metaanalyse zeigt. Im Gegenteil, die Genesung des Patienten wird eher verzögert als unterstützt, und Bettruhe erweist sich in 25 Arbeiten - davon zeigen 9 Publikationen signifikante Ergebnisse auf - sogar als schädlich. (...) Die Überzeugung vom Nutzen der Bettruhe hat sich jedoch im medizinischen Denken fest eingenistet und wird auch dann nicht über Bord geworfen, wenn die Unwirksamkeit dieser Maßnahme offensichtlich wird. (...) Dass Bettruhe dem Patienten nicht nur nützt, sondern auch schaden kann, ist medizinisch evident. Dennoch liegt hinter der Bettruhe



als Therapie ein Dogma, an dem auch dann noch festgehalten wird, wenn die Unwirksamkeit als Behandlungsstrategie längst erkannt ist und darüber hinaus die gefährdenden Folgen durch die Immobilität beschrieben wurden.« (Lindner, 2000)

Ich habe hier ein für medizinische Laien leicht nachvollziehbares Beispiel gewählt. Es lassen sich aus dem Arsenal medizinischer Diagnostik und Therapie zahlreiche ähnliche Beispiele ergänzen.

Es stellt sich aber nicht nur die Frage, welche älteren Leistungstypen bzw. -arten durch neue Methoden ersetzt oder ersatzlos gestrichen werden können. Sehr viel wichtiger ist die Prüfung der Frage, ob zu einem neuen Verfahren ausreichende Erkenntnisse vorliegen, die einen gezielten Einsatz zum Nutzen von Patienten wahrscheinlich werden lassen. Vor allem im Bereich von diagnostischen Methoden und Medizinprodukten sind hier gravierende Defizite festzustellen. Es wird in der medizinischen Literatur immer wieder diskutiert, dass bestimmte Moden in Therapie und Diagnostik eine rasche Verbreitung erfahren, ohne dass empirische Befunde aus Studien ein solches Verhalten begründen könnten.

Bei solchen Phänomenen sind Ärzte häufig Opfer einer raffinierten Werbestrategie, die neue Verfahren in moderner Verpackung durch bekannte Experten propagieren lassen, die dafür gut bezahlt werden, oder die in vielgelesenen medizinischen Zeitschriften verbreitet werden.

Leider ist auch das allen Ärztinnen und Ärzten zugesandte Deutsche Ärzteblatt allzu willig, zweifelhafte Botschaften zu verbreiten, wie ein Leserbrief des Münchner Klinischen Chemikers Professor Seidel vor drei Jahren zeigt: »...in dem Bericht über ein Symposium der Firma PlasmaSelect soll vermittelt werden, dass man durch eine alleinige Fibrinogen-Apharese das Problem des "diabetischen Fußes" lösen in der Lage ist ... Die Technik ist weder innovativ noch gibt es Studien, die - wie behauptet - zeigen, dass Diabetiker mit Spätkomplikationen durch die Behandlung mit dieser Apharese profitieren. In Wahrheit gibt es nicht eine einzige vernünftig publizierte Studie, auf die sich die Propagandisten von PlasmaSelect stützen können. (...) Dies ist nichts anderes als ein dreifacher Bluff, der bei Patienten irrige Hoffnungen erweckt, bei Ärzten unter Umständen Verwirrung stiftet und bei unerfahrenen Käufern von PlasmaSelect-Aktien durch Abzocken schmerzliche materielle Verluste nach sich ziehen wird. Bei aller und zum Teil durchaus berechtigter Euphorie gegenüber der modernen Biotechnologie in der Medizin erwartet der Leser aber Kompetenz in der Diskussion und Berichterstattung. Sofern es sich um die Behandlung von Patienten handelt, ist wenigstens ein Mindestmass an Verantwortungsbewusstsein, an wissenschaftlicher Redlichkeit und Sorgfalt zu fordern. Alle drei Tugenden werden durch PlasmaSelect, durch seine Diener und durch den genannten Bericht im Deutschen Ärzteblatt verletzt.«

Dies alles weist auf die Notwendigkeit hin, die Verfahren der medizinischen Praxis grundsätzlich einer kritischen Prüfung zu unterziehen. Für diesen Ansatz steht heute weltweit der Begriff der »evidence based medicine«. Damit wird die Vorstellung verbunden, dass nur bei einer ausreichenden empirischen Begründung ein medizinisches Verfahren angewandt werden sollte.

Nicht-Mediziner mag die Tatsache überraschen, dass zahlreiche in der Versorgung von Patienten eingesetzte Verfahren eine theoretisch-spekulative, keinesfalls aber eine empi-

rische Basis haben. Es sollte nicht mehr akzeptiert werden, dass solche Verfahren zum Einsatz kommen – innerhalb und außerhalb der GKV.

Die schwierige und kontrovers diskutierte Frage ist die nach der jeweils adäquaten Evidenz, die für die »Zulassung« eines Verfahrens zu fordern wäre. Wie muss die Evidenz aussehen, um eine Entscheidung für die Leistungspflicht in der GKV zu treffen? Welche Evidenz neben kontrollierten Studien soll für welche medizinischen Verfahren akzeptiert werden?

Evidenz-basierte Entscheidungsprozesse sollten flexibel sein. Sie sollten die Forderung nach strengen Maßstäben in Einklang bringen mit den Grenzen des aktuellen Stands medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse. Andernfalls könnten weite Bereiche medizinischer Probleme innerhalb der GKV nicht mehr behandelt werden.

Die Akteure sollten zudem anerkennen, dass die entscheidende Frage ist, ob es eine überzeugende Evidenz für die Effektivität unter Alltagsbedingungen gibt, und nicht, ob es Studien eines besonderen Designs gibt. Ich zitiere dazu Weber und Lauterbach (2000): »Wirksamkeit und Effektivität können nicht gleichgesetzt werden, da die Wirksamkeit in klinischen Studien unter Idealbedingungen mit einer minimalen Patientenzahl unter relativ homogenen Ausgangsbedingungen ermittelt wird. Effektivität bedeutet Wirksamkeit unter Realbedingungen, die einer Vielzahl von Einflussfaktoren ausgesetzt sind.«

Für diese leistungsspezifizierenden Entscheidungen sollte aber auch der Kostenaspekt nicht außer Acht gelassen werden. Die Süddeutsche Zeitung hat am 17. Juni dieses Jahres ein Interview mit dem Duisburger Gesundheitsökonom Professor Wasem veröffentlicht, in dem er auf die Frage »Nach dem Sozialgesetzbuch soll der Patient das medizinisch Notwendige erhalten. Wie definieren Sie das?« antwortet: »Wenn etwas sichtbar nützt, dann ist es medizinisch notwendig. Ich würde aber noch einen Schritt weiter gehen: Wenn der Nutzen extrem teuer ist, dann müssen wir als Gesellschaft zumindest die Diskussion führen, ob wir das bezahlen wollen. Wir müssen uns fragen, ob wir ein zusätzliches Kriterium, nämlich eine vertretbare Kosten-Nutzen-Relation einführen. Diese Diskussion haben wir bisher nicht.«

Auch wenn Wasem hier offenbar eher an neue und sehr teure medizinische Technologien denkt, so gibt es in diesem Zusammenhang doch ein zur Zeit heftig diskutiertes Beispiel: die sogenannte vierte Hürde für Arzneimittel. Danach soll die Marktzulassung allein keine ausreichende Voraussetzung mehr sein für den Zugang zum GKV-System. Erst ein angemessenes Verhältnis von Nutzen und Kosten eines neuen Arzneimittels im Verhältnis zu vorhandenen Alternativen würde den Zugang zum GKV-System begründen. Ein solches System existiert bereits in Australien und England.

Es wundert nicht, dass die pharmazeutische Industrie einen solchen Weg der Eingrenzung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung heftig bekämpft. Den Wissenschaftlern des englischen staatlichen Instituts, dass zur Analyse der Kosten-Nutzen-Relation des bei Multipler Sklerose eingesetzten und eminent teuren Arzneimittels Beta-Interferon Patientendaten aus Studien einsehen wollte, wurde dies von den Firmen verweigert mit der Begründung der Vertraulichkeit der Patientendaten.

Die unabhängige Fachzeitschrift »Arzneimittelbrief« (2002) kommentierte: »Diese Argumentation mag formal richtig sein, inhaltlich ist sie aber kontraproduktiv und abzulehnen. Für die Allgemeinheit relevante Daten, die im Rahmen von klinischen Studien

erhoben werden, sollten nicht das geistige Eigentum von Firmen sein, das je nach Firmeninteressen publiziert werden kann oder nicht. Hier muss das Gemeinwohl über dem Firmenwohl stehen. Und für die Anwender der Medikamente muss gelten: wenn Studiendaten nicht von unabhängigen Gremien überprüft werden dürfen, dann muss man prinzipiell davon ausgehen, dass eine Manipulation stattgefunden haben kann.«

Ich komme nun zu der zweiten Möglichkeit der Eingrenzung medizinischer Leistungen, die sich nicht mehr auf einzelne Leistungsarten bzw. -typen bezieht, sondern auf gesonderte Gruppen von Leistungsempfängern. Diese können in unterschiedlicher Weise definiert werden. In der Diskussion gängige Kriterien sind bestimmte Gründe bzw. Umstände für eine Erkrankung oder Altergrenzen.

Ein Beispiel für die erste Variante ist die Forderung nach Ausschluss von »privaten Unfällen« aus dem Leistungskatalog der GKV, wie sie die Herzog-Kommission vorgebracht hat. Damit wird offenbar an Unfälle in der Freizeit gedacht, was von anderen, z.B. vom ehemaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, bereits seit Jahren vorgeschlagen wird. Genannt werden hier Unfälle beim Skifahren, beim Paragleiten und bei anderen Freizeitsportarten.

Auch wenn sich möglicherweise eine eindeutige Auflistung der auszugliedernden Freizeitverletzungen bewerkstelligen lässt, stellen sich doch in der versicherungsrechtlichen Realität eine Reihe schwieriger Probleme. Ein Teil der Verletzungen wird folgenlos ausheilen, ein anderer aber wird lebenslange Einschränkungen von Funktionen des Körpers, seiner Gliedmaßen oder von Organen, zur Folge haben. Z.B. kommt es häufiger bei sportbedingten Verletzungen zu Thrombosen, die selbst wiederum zu chronischen Krankheiten führen können.

Später abzugrenzen, welche Gesundheitsstörung im Einzelnen welchem Anlass zuzuordnen ist, wird gegebenenfalls auch für Gutachter schwer zu entscheiden sein und zu Auseinandersetzungen unterschiedlicher Gutachten führen können, wenn die Zuständigkeit verschiedener Kostenträger zu klären ist. Damit hätten wir es mit einer weiteren Schnittstelle im Gesundheitsversorgungssystem zu tun, die uns bereits heute in der Organisation einer umfassenden Behandlung von Patienten immer wieder behindert. Hinweisen will ich in diesem Zusammenhang auf das Beispiel der Rehabilitation und die Abgrenzungsschwierigkeiten im Einzelfall zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Rentenversicherung und der Unfallversicherung.

Der Vorschlag der Herzog-Kommission würde darauf hinauslaufen, das bisher geltende Finalprinzip (der Behandlungsanspruch innerhalb der GKV ist unabhängig von seinem Anlass) zu ersetzen durch das Kausalprinzip (der Behandlungsanspruch hängt von den ursächlichen Umständen ab). Ein erster Schritt zur Aufweichung des bisher allein geltenden Finalprinzips würde im übrigen unweigerlich zu späteren Ausweitungen führen. So ist ein beliebtes Argument im Stammtischmilieu, Suchtkranke für ihr gesundheitliches Problem persönlich verantwortlich zu machen.

Neben dem Kausalitätsprinzip wird als Ausgrenzungskriterium immer wieder das Altersprinzip genannt. Für entsprechende Vorschläge sind in den letzten Wochen der Konstanzer Gesundheitsökonom Friedrich Breyer und der Münsteraner Theologe Wiedemeyer (?) von allen Seiten heftig gescholten worden. Breyer hatte vorgeschlagen dar-

über nachzudenken, Menschen über 75 Lebensjahre bestimmte teure Leistungen nicht mehr zu gewähren.

Tatsächlich wird in anderen Ländern bei knappen Behandlungsmöglichkeiten bereits heute so verfahren. Sind z.B. die Dialyseplätze begrenzt, so wird die Zuteilung von Patienten zu den knappen Plätzen nach krankheitsbezogenen prognostischen Kriterien vorgenommen, aber vorrangig in der Gruppe alter Menschen oberhalb eines bestimmten Lebensalters. Ein in der Fachdiskussion besonders aufmerksam wahrgenommenes Beispiel ist Neuseeland, wo eine explizite Rationierung medizinischer Leistungen methodisch besonders anspruchsvoll durchgeführt wird.

Breyer hat in einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung am letzten Wochenende seinen Vorschlag vehement verteidigt. »Dieses Kriterium bedeutet fundamentale Gleichbehandlung. Denn anders als die meisten Menschen, die glauben, das sei Altersdiskriminierung, bin ich überzeugt, dass man nur von Diskriminierung sprechen kann, wenn es um unabänderliche Merkmale geht. Das Alter aber ändert sich ständig. Eine bessere Behandlung der Jungen hat den großen Vorteil, dass jeder Mensch gleich lange jung ist und die gute Behandlung bekommt. Zudem weiß jeder genau, wie viel Zeit er hat, um die Leistungen durch eigene Vorsorge zu erreichen. (...) Ich halte die Altersgrenze in einem liberalen Rechtsstaat für wesentlich besser vertretbar als die Auswahl durch Ärzte, wie sie längst Alltag ist. Es ist zum Beispiel bekannt, dass gebildetere - und damit besser verdienende - Patienten im Vorteil sind. Sie können besser auf den Arzt einreden, um Leistungen zu erhalten.«

Man merkt dieser Argumentation an, dass sie unter einem hohen Rechtfertigungsdruck steht. Das zuletzt zitierte Argument taugt in diesem Zusammenhang aber kaum, da der Vorteil gebildeterer und gegebenenfalls auch besser verdienender Patienten in der Kommunikation auch unter Rationierungsbedingungen erhalten bleibt und die Rationierung an diesem als sozial ungerecht empfundenen Verhalten von Ärzten nichts oder allenfalls nur wenig ändern wird.

Wie auch immer man als Bürger unserer Gesellschaft solche Vorschläge im einzelnen ethisch bewertet, sollte man doch offen sein für eine sachliche Diskussion von Für und Wider und nicht bereits im Vorfeld Tabuschilder errichten mit dem Ziel, jede Diskussion dieser Art empört zurückzuweisen.

Ich selbst halte diese Vorschläge, soweit sie mir bekannt geworden sind, für unausgegoren und teile insbesondere die zugrunde liegende Annahme nicht, dass der heutige Zustand der gesetzlichen Krankenversicherung schon keine andere Wahl mehr lasse als solche Entscheidungen zu treffen.

Meine Damen und Herren,  
ich komme nun zum Schluss.

Die These, dass der demographische Wandel und der medizinische Fortschritt notwendigerweise zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen führen werden, wenn es u.a. nicht zu Leistungsverweigerungen, also einer harten Rationierung von Leistungen in der GKV kommt, ist m.E. nicht begründet, zumindest ist sie umstritten.

F.W.Schwartz und R.Busse (1994) haben festgestellt, »dass nicht so sehr die Einführung neuer Techniken und Verfahren an sich die Kosten im Gesundheitswesen zwingend steigen lässt, sondern vielmehr ihr ungeprüfter, nicht-standardisierter und zumeist auch

individuell nicht hinreichend reflektierter Einsatz zusätzlich zu herkömmlichen Technologien.« Die beiden Autoren gehen nach plausiblen Berechnungen davon aus, dass der demographische Steigerungseffekt der Kosten im Gesundheitswesen bei 0,5 bis 0,6 Prozent pro Kopf und Jahr liege und betonen, dass das keineswegs ein sozialer Sprengsatz sei.

Das eigentliche Problem bei der Leistungserbringung und den daraus folgenden finanziellen Konsequenzen für die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach meiner in langen Jahren gewachsenen Überzeugung nicht der formale Umfang des Leistungskatalogs oder die fehlende Differenzierung von Leistungen für abgrenzbare Patientengruppen, sondern der Umgang mit den einzelnen Leistungsarten in der konkreten Patientenversorgung. Damit meine ich sowohl die grundsätzliche Entscheidung für eine einzelne Behandlung selbst («Braucht dieser Patient jetzt eine spezifische Behandlung?») wie auch die konkrete Wahl eines bestimmten Behandlungsverfahrens aus einer größeren Menge möglicher Verfahren.

Ich sehe mich dabei in völliger Übereinstimmung mit dem früheren langjährigen Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Schorre, der ausführte: »Nun muss an dieser Stelle aber auch gesagt werden, dass über die Neuordnung des Leistungskataloges nur begrenzt Mittel zur Verbesserung des Finanzierungsproblems der GKV mobilisiert werden können.« Und: »Der viel wesentlichere Aspekt hinsichtlich der Reduktion des ständig steigenden Leistungsangebotes besteht in der strengeren Indikationsstellung vor Ort durch den behandelnden Arzt. Die Versorgung der Patienten leidet nicht, wenn die Ärzteschaft die Menge der erbrachten Leistungen durch eine strengere Indikationsstellung vertretbar zurücknehmen würde.«

Diesem Befund stimme ich nach eigener Erfahrung und nach Kenntnis der dazu verfügbaren Literatur uneingeschränkt zu. Die eigentliche Herausforderung ist eine Rationalisierung medizinischer Versorgung, die das ehemalige Mitglied des Sachverständigenrats für das Gesundheitswesen, Prof. van Eimeren (1998), als »weiche Rationierung« bezeichnet: »Eine weiche Rationierung beschreibt zwar in den wichtigsten Bereichen das empfohlene ärztliche Vorgehen (z.B. klinische Leitlinien, Einholen von Zweitmeinungen vor der Zustimmung zu kostenträchtigen Schritten), legt jedoch nicht alle finanziellen Mittel in dieser Form fest. Dies wäre einerseits wohl kaum für alle Indikationsstellungen sachlich und ökonomisch möglich und würde andererseits jede Innovation und jede abweichende Detailbewertung im Versorgungsalltag vor Ort unmöglich machen (sog. harte Rationierung).«

Dieser anspruchsvollen, zuallererst die ärztliche Profession herausfordernden Aufgabe, deren medizinisch-fachliche und ethische Implikationen einer anderen eingehenden Diskussion bedürfen, würde durch Leistungsbeschränkungen ausgewichen. Offenbar können auch aus ökonomischer Sicht Bedenken gegen eine solche Strategie des Ausgabenmanagements in der GKV vorgetragen werden, wie das folgende Zitat des Professors für Volkswirtschaftslehre und Forschungsdirektors am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) Berlin, G. Wagner, belegt: »Eine solche Politik der Leistungskürzung hat nichts mit einer Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen, also mit Sparsamkeit, zu tun. Mehr Effizienz bedeutet, ein Ziel kostengünstiger zu erreichen und nicht, ganz auf ein Ziel zu verzichten. (...) Im Gegenteil: wenn durch weniger Pflichtleistun-

gen der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung sinkt, wird Reformdruck aus dem System genommen, das im großen Stile zu Verschwendung neigt. (...) Leistungskürzungen wären ein bequemer Ausweg, mit dem sich Politik und der Medizinbetrieb komplizierte Reformen ersparen würden, die auf mehr Wettbewerb setzen.«