

## Kosten und Finanzierung von Leistungen im Gesundheitswesen

Es ist kein Geheimnis – Die Finanzierung aller Leistungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung und deren Folgekosten setzen sich aus mehreren „Töpfen“ zusammen. Gelder aus verschiedenen Kassen sozialer Sicherungssysteme, staatliche Zuschüsse und private Mittel – Wir bewegen uns im Bereich der gesetzlich und auch privat finanzierten Krankenkassen in einer rationierten Medizin. Die bisherigen Sanierungskonzepte – unabhängig von den gerade regierenden Verantwortungsträgern – mögen eine finanzielle Katastrophe verhindert haben, haben die Probleme aber im Kern nicht lösen können. Die Probleme will ich nachfolgend umreißen:

1. Die Patienten (auch die mündigen und kompetenten Patienten) werden in einem hochkomplexen System alleine gelassen. Freiheit der Arztwahl – Anspruch und Wirklichkeit
2. Die Rationierungen sind teilweise wenig transparent und führen zu vermeidbaren Qualitätsverlusten (z.B. ständig wechselnde Rabattverträge bei den Arzneimitteln mit der Folge schlechterer Identifizierbarkeit bei kontinuierlicher Medikamenteneinnahme oder die krankenhausseitig geleisteten Bonuszahlungen an Chefärzte mit dem Ziel der Umsatzsteigerung vs. ungünstiger Risiken durch die DRG Vergütungen)
3. Die uneingeschränkte Verfügbarkeit von kostspieligen medizinischen Innovationen für alle Versicherten ohne eine gravierende Zunahme an Lebensqualität und Lebenslänge übersteuert eine solide und bewährte gesundheitliche Versorgung
4. Die Solidarversicherung hat bisher keine Lösung für den demografischen „Pilzkopf“ gefunden, der das System zudem auch länger als die dem „Pilzkopf“ vorausgegangene Generation beanspruchen wird (Längere Lebenserwartung).

Schon heute ist eigentlich jedem, der sich mit den **Grundfragen der Solidarversicherung** auf dem Hintergrund unserer kinderärmeren Bevölkerungsentwicklung mit höherer Lebenserwartung und verändertem Erkrankungsspektrum (mehr chronische Erkrankungen) beschäftigt, klar: **Es muss sich Grundlegendes ändern.**

### Welche Möglichkeiten gibt es?

1. Die Grundabsicherung für den Krankheitsfall muss solidarisch auf eine breitere Bevölkerungsschicht ausgedehnt werden (z.B. Bürgerversicherung) und neben dem Erwerbseinkommen auch andere Einkommensarten in die Beitragsbemessung integriert werden (=> größerer finanzieller Spielraum durch breitere Basis).
2. Es wird ein Katalog zur Grundabsicherung definiert. Darüber hinaus können im Baukastensystem Zusatzversicherungen (z.B. für Zahnersatz, Naturheilkunde und Psychotherapie...) mit unterschiedlichen Gestaltungsmöglichkeiten abgeschlossen werden (=> Grenzen der Grundabsicherung noch enger setzen, diese haben dann aber Beständigkeit und werden in guter Qualität geleistet).
3. Die Krankenversicherungen werden zusammengelegt und die Beihilfe in das bestehende System eingebunden (=> um Verwaltungskosten einzusparen)
4. Fachärztliche stationäre und ambulante Versorgungsebene werden nach Effizienz Gesichtspunkten verzahnt und dem gegenüber eine qualifizierte primärmedizinische Versorgung im ambulanten Bereich ausgebaut (=> Pat. entscheidet sich für einen Primärversorger seiner Wahl, der ihn durch das System lotst und dem Pat. eine beständige Vertraute Primärversorgung bietet).
5. Der Patient wird durch Kostentransparenz als mündiger Partner ernst genommen und hat die Aufgabe, Abrechnungen in erster Instanz zu prüfen, bevor diese weitergeleitet werden.



## Reinhard Köller

Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren  
[www.praxis-koeller.de](http://www.praxis-koeller.de)

Zur Vertiefung und weiteren Differenzierung meiner Gedanken sei der Leser eingeladen, [LINK mit Nennung der Überschrift des Artikels Gesundheitswesen] weiter zu lesen.

Bedenken Sie, dass die Schere zwischen arm und reich auch in unserem Land größer wird (siehe Armutsbericht der Bundesregierung). Hinzu kommt die gewaltige demografische Herausforderung, die auch die übrigen Sozialversicherungen (Pflege und Rentenversicherung) vor gewaltige Herausforderungen stellt. Drittens müssen wir uns fragen, wie lange wir uns als Exportnation mehr über die Quantität als über die Qualität unserer Wirtschaftsleistung (Bruttoinlandsprodukt vs. Produkt mit Werteorientierung, Nachhaltigkeits- und Zukunftsfähigkeit der Wirtschaftsleistung). Sollen die Solidarversicherungssysteme auch in Zukunft „überlebensfähig“ sein und dem Versicherten jenseits der Subsidiarität zu bezahlbaren Bedingungen ein effizientes Leistungsspektrum anbieten, muss durch eine grundlegende Reform das System neu geordnet werden!

Leisten Sie einen Beitrag, damit der Stein ins Rollen kommt:

Wenden Sie sich PRÄGNANT an die Bundestagsabgeordneten Ihres Wahlkreises oder auch die Fachausschüsse in den Parteien sowie an das Bundesgesundheitsministerium und äußern Sie Ihre Erwartungen an die Gesundheits- und Sozialpolitik! **Treten Sie für Reformen ein, die länger als eine Wahlperiode halten.** Verweisen Sie auf die guten Erfahrungen alleine in Österreich und der Schweiz. Lesenswert ist in diesem Kontext der Artikel von Prof. Edda Weimann: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/134070/Universeller-Krankenversicherungsschutz-Garant-fuer-eine-gute-Versorgung>



## **Sozialversicherung: Quo vadis?**

### **Leitlinien der Sozialen Sicherungssysteme – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität**

**Die Diagnose - Unsere sozialen Sicherungssysteme sind für die gegenwärtigen und zumal für die zukünftigen Herausforderungen nicht belastungsfähig**

**Die Lösung - Ist unsere parlamentarische Demokratie fähig, einen Umbau auch gegen partikulare Interessen zum Gemeinwohl zu leisten?**

Unter Reichskanzler Otto Fürst von Bismarck wurden im 19. Jahrhundert die **Grundlagen unseres Sozialversicherungssystems** gelegt.

Eigenverantwortung, die kollektive Hilfe nur in Situationen der Überforderung des Einzelnen (Subsidiarität) ermöglicht sowie Solidarität der Stärkeren gegenüber den Schwächeren stellen die Grundprinzipien dar, die bis heute die Sozialversicherungssysteme entscheidend prägen (sollen). Souveränität und Eigenverantwortung, Subsidiarität staatlichen Handelns, Verteilungsgerechtigkeit, Effektivität und Effizienz, Nachhaltigkeit und Stabilität, Rechts- und Planungssicherheit sowie Transparenz sind gültige und allgemein anerkannte Leitlinien für eine grundlegende Reform unserer Sozialen Sicherungssysteme<sup>1</sup>!

Im Bereich der Krankenversicherung findet der Ausgleich des Stärkeren gegenüber dem Schwächeren nicht nur zwischen arm und reich, sondern auch zwischen den Gesunden und von Krankheit Betroffenen statt.

Um schon zu Beginn Klartext zu reden: Ich sehe die Notwendigkeit, die Struktur der sozialen Sicherungssysteme grundlegend umzubauen und die bisherige politische Praxis der Beschränkung auf punktuelle Reparaturen in Teilsystemen zu verlassen. Alle wissen, dass alleine die demografische Entwicklung unser bisheriges System in naher Zukunft in den Kollaps führen wird. Partielle Engpässe in der Pflege oder der ländlichen Krankenversorgung sind bereits heute deutlich zu spüren. Die medizinische Innovation trägt das ihrige zur Diskrepanz zwischen Mitteln und Kosten bei. Die Ressourcenallokation ist nicht nur eine ökonomische (Rationalisierungspotentiale), sondern genauso eine politische und eine ethische Frage.

Auf politischer Ebene ist der zunehmend ineffizienter gewordene Partikularismus mit seiner überbordenden Bürokratie zu beklagen. Analog zur Energiewende brauchen wir auch eine Neuordnung unserer Verwaltung mit einer schlanken Bürokratie und effizienten Ressourcennutzung. Dieses Thema betrifft die sozialen Sicherungssysteme genauso wie den Bund – Länder Partikularismus, der zudem die Umsetzung unpopulärer politischer Entscheidungen in wahlperiodischem Takt behindert.

Zur ethischen Ebene: Neben der ganzheitlichen Strukturreform bedarf es 130 Jahre nach Bismarck auch inhaltlicher Neuformulierungen in dem Spannungsfeld von z.B. individuellen Lösungsmöglichkeiten durch einen hoch technisierten Medizinbetrieb und einer für alle Bürger finanzierbaren guten Gesundheitsversorgung ohne Anspruch auf die teuerste (zumal nicht immer beste) Medizin. Die Balance zwischen Stärkung der Eigenverantwortung des Einzelnen bzw. von

---

<sup>1</sup> ich beziehe mich u.a. auf den Entwurf zur „Reform der sozialen Sicherung“ – eine Gemeinschaftsinitiative der Bertelsmann Stiftung, Heinz Nixdorf Stiftung und Ludwig-Erhard-Stiftung, veröffentlicht 2004 im Springer Verlag



Institutionen<sup>2</sup> und kollektiver Hilfe muss wieder hergestellt werden. Bezogen auf die Gesundheitsversorgung: Wir wissen aus dem Raum der PKV, wie viel eine solide, gute primärmedizinisch strukturierte Gesundheitsversorgung für den Einzelnen kostet. Unvorhersehbare Gesundheitsrisiken sind bei weitem nicht der stärkste, die Finanzierbarkeit des Systems sprengende Faktor. Und Ausgaben für die Gesundheitserziehung und Prävention machen sich auf jeden Fall bezahlt. Der Grenznutzen vieler heute in der Medizin möglichen hochpreisigen Diagnostik- und Therapiemaßnahmen ist bekannt und

### **Gesundheitsversorgung und Pflegeversorgung - Status quo und Ausblicke**

Wo stehen wir heute? Welche Hintergründe haben aktuelle Herausforderungen und welchen Herausforderungen werden wir uns in den nächsten zwanzig bis dreißig Jahren stellen müssen?

Verständlicherweise geht es mir – weil ich als Arzt, und wir beide, Sie und ich, als Patient – persönlich betroffen bin (sind), vordergründig um eine der fünf Säulen der Sozialversicherung: das Krankenversicherungssystem. Ich bin mir aber bewusst, dass die sozialen Sicherungssysteme im Grunde nur gemeinsam bewertet werden können und als Komplex auf den Prüfstand der Zukunftsfähigkeit gehoben werden müssen. Gerade Lösungen / Reformen jenseits einer Flickschusterei mit Haltbarkeitsdauer unterhalb einer politischen Wahlperiode dürfen sich nicht nur auf ein einzelnes Versicherungssystem begrenzen. Dringender als je zuvor sehe ich im Blick auf die nächsten zwanzig bis dreißig Jahre Handlungsbedarf für eine tragfähige grundlegende Reform. Das hat auch ganz „egoistische“ Gründe: Unsere Generation ist nämlich der Pilzkopf, der „zu wenig geboren und zu viel kontrolliert“<sup>3</sup> hat. Damals dachte natürlich keiner an Rente... oder Pflegebedürftigkeit. Wenn jetzt schon gestöhnt wird, da viele in Brot und Einkommen stehende die Umlagefinanzierung der Versicherungen für die zahlenmäßig schmalere Eltern-Generation zu leisten hat – wie soll es in 20 Jahren gehen? Oder es geht eben nicht mehr!

Zweitens ist es mir ein Anliegen, die Hintergründe täglicher Grenzerfahrungen in (m)einer Arztpraxis näher zu beleuchten. Jedem ist bewusst, dass die Krankenversicherungen kein „Rundum sorglos Paket“ mehr bieten (können). Und trotzdem bleiben viele Fragen unbeantwortet.

Warum werden einzelne erfolgreiche preiswertere Therapien von den gesetzlichen Kassen (GKV) nicht bezahlt und fallen verzehren Eigenmittel? Und weniger erfolgreiche sehr teure Therapien sind Kassenleistungen. Wer entscheidet und nach welchen Kriterien? Hier möchte ich Sie einladen, ein wenig hinter die Kulissen zu schauen.

Sinn meiner Gedankensammlung soll verständlicherweise nicht eine umfassende Sachinformation oder eine hinreichende Auseinandersetzung mit (berufs-) politischen Grundsatzpapieren, Reformentwürfen von Expertengruppen oder Statements von beteiligten Gruppen und Verbänden sein. Vielmehr geht es mir um persönliche Akzente.

Sie, lieber Leser, werden meine Gedanken vielleicht zur eigenen Meinungsbildung aufgreifen bzw. nutzen wollen. Vor allem sollen sie Ihnen helfen, mich besser kennenzulernen.

### **Gedanken und Anfragen**

- **zum politisch gewollten Wettbewerb im Gesundheitswesen**

---

<sup>2</sup> wie z.B. Unternehmen und staatlichen Institutionen (und ihr Einfluss auf das körperliche wie das psychosoziale Wohl ihrer Mitarbeiter / der Bevölkerung)

<sup>3</sup> gemeint ist Einführung der Pille zur hormonellen Geburtenkontrolle



- **zur Zukunft der Solidargemeinschaft in einem wirtschaftlich expandierenden Markt mit wachsenden demografischen und das Morbiditätsspektrum betreffenden Herausforderungen**
- **zum ärztlichen Berufsverständnis**

Aufgrund meiner Spezialisierung für ganzheitliche regulative Medizin an der Schnittstelle hochschulmedizinischer und komplementärer Therapieverfahren arbeite ich häufiger auch außerhalb des von den gesetzlichen Krankenkassen vorgegebenen (finanziellen) Rahmen.

Die Abrechnung für im Einzelfall sinnvolle, aber außerhalb des GKV Rahmens positionierte Diagnostik- und Therapieleistungen erfolgt in meiner Praxis für gesetzlich Versicherte gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) / dem Hufelandverzeichnis für naturheilkundliche ärztliche Leistungen. Ich lege einen gegenüber PKV Versicherten etwas erniedrigten Steigerungssatz zugrunde.

Beispielsweise stellt der allergrößte Teil der von mir bei verschiedenen Indikationen (Erkrankungen) angewendeten Neuraltherapie keine gesetzliche Kassenleistung dar, während diese Therapie von den PKV (Private Krankenkassen) nahezu vollständig erstattet wird. Bei Zusatzversicherungen ist es eine Frage der Vertragsgestaltung und der Abrechenbarkeit z.B. über den Hufeland Leistungskatalog.

Seit 2012 kommt Bewegung in die Erstattungspraxis naturheilkundlicher Leistungen – aber nur im Schneckentempo. So beteiligen sich einzelne gesetzliche Krankenkassen an den Kosten einzelner naturheilkundlicher Therapien mit Jahressätzen zwischen 100 – 400 Euro. Leider ohne eine sinnvolle wissenschaftliche und ökonomische Evaluation.

Andere Länder mit einer vergleichbar strukturierten Gesundheitsversorgung – wie die Schweiz – sind hier weiter. Durch einen Volksentscheid wurde 1995 an der Universität Bern die KIKOM (Kollegiale Instanz für Komplementärmedizin) mit inzwischen 4 Fachbereichen eingerichtet (Homöopathie, Akupunktur, Neuraltherapie und Anthroposophische Medizin). Sie vereint in klinischer Patientenbetreuung, Forschung und Lehre konventionelle Medizin und Komplementärmedizin. Mehrjährige nationale Forschungsprogramme wurden ins Leben gerufen, welche für die Neuraltherapie bei ausgewählten Indikationen auch die ökonomische Effizienz gegenüber konventionellen Verfahren nachweisen konnten. Wie ich später ausführte, ist die Integration der Anthroposophischen Medizin aus wissenschaftlichen Sicht m.E. nicht zu rechtfertigen.

### **Gedanken und Anfragen**

Als Arzt setze ich mich für eine zugewandte Medizin unter Einsatz ärztlicher „soft skills“ ein. Eine Synthese aus verantwortlicher Fürsorge und die Selbstkompetenz stärkende Beratung für den „Kotherapeuten seiner eigenen Erkrankung“ (= Patient) ergänzen mein Leitbild. Das funktioniert nur mit einem angemessenen Zeiteinsatz.

Als Arzt, der die Integration auch komplementärer Therapieverfahren auf rationaler Grundlage insbesondere bei chronischen Erkrankungen aktiv nutzt und sich der wissenschaftlich betriebenen Medizin verpflichtet hat, weiß ich um die Tatsache, dass auch bei aller Bescheidenheit eine rein über Zuflüsse der Solidargemeinschaft geführte Einzelpraxis längst nicht mehr lebensfähig ist! Wenn Patienten dieses Profil ambulanter Medizin mit exzellenter Vernetzung in alle Richtungen nutzen wollen (und viele wollen dies), gelingt es derzeit nur mit der Substitution von Mitteln außerhalb der Solidargemeinschaft.



Eine Folge von Entwicklungen und politischen Entscheidungen, die mit der Einführung der Budgetierung von ärztlichen Honoraren unter dem 1989 von Norbert Blüm eingebrachten Gesundheitsreformgesetz begann. In heutiger Schärfe aber erst durch weitere Reformen - wie der Einführung von Vergütungspauschalen und Komplexbildungen 2006 ff - zum Tragen kam.

Die Solidargemeinschaft, verwaltet durch gesetzliche und private Krankenversicherungen, sah und sieht sich in Deutschland unterschiedlichsten Interessenlagen ausgesetzt. Die seit der Nachkriegszeit etablierten Strukturen und gewachsenen Kompetenzen der Organe der Selbstverwaltung wurden insbesondere durch die gesundheitspolitischen Entscheidungen der Großen Koalition ins Wanken gebracht. Hintergrund war der Versuch einer „grundlegenden Gesundheitsreform“, bei jedoch ausgeprägten Differenzen zwischen den Koalitionspartnern (Gesundheitsprämie versus Solidarische Bürgerversicherung).

Die Krankenversicherungen wurden vor neue Aufgaben gestellt, auf die sie wenig vorbereitet waren. Sie konnten nun jenseits des Kollektivvertrages (ausschließlicher Vertragspartner auf ärztlicher Versorgungsebene waren ja bisher die Kassenärztlichen Vereinigungen) sog. Selektivverträge direkt mit den Leistungserbringern abschließen. Modellvorhaben wie die Gerac Akupunkturstudie oder Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung oder sog. Integrierte Versorgungsmodelle zur fachübergreifenden bzw. sektorenübergreifenden (z.B. ambulant – stationär oder stationär – rehabilitativ) Versorgung abschließen.

Die Politik war motiviert durch wachsende Probleme einer zunehmenden Chronifizierung (incl. sog. Drehtüreffekte) und zielte u.a. auf eine bessere Koordinierung von Behandlungsketten zur Beschleunigung des Heilerfolges und zur Reduktion von Nebenwirkungen. Den Organen der Solidargemeinschaft sollte es erleichtert werden, modellhaft neue Versorgungswege zur Optimierung der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erkunden und zugleich alte Strukturen aufzubrechen.

Die Kritiker sehen zugleich aufkeimende Probleme wie die Schaffung von Insellösungen, die sich nicht flächendeckend umsetzen lassen. Oder wachsende Anforderungen an eine schon jetzt überbordende Verwaltung und Bürokratisierung. Oder zunehmende Verunsicherungen für alle Beteiligten in dem ohnehin schon komplexen Versorgungssystem. Manche solcher wesentlichen Kritikpunkte haben sich leider zunehmend bewahrheitet. So haben sich beispielsweise die gesetzgeberseitig den Krankenkassen als Pflichtprogramm auferlegten hausarztzentrierten Versorgungsverträge wirklich stabil nur in Baden Württemberg entwickelt, wo sie über die vertrauten Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigung organisiert wurden.

Politik kann durch Gesetzgebung keine Probleme lösen, die an ganz anderen (nicht politischen) Orten ihre Ursachen haben. Ein demokratisch geführter Staat ist so gut, wie sich seine Demokratie zum Wohle des Volkes erfolgreich gegen einseitige Interessenslagen, Lobbyisten und demokratiefeindliche Einflüsse wehren kann. Der Friedensnobelpreis 2012 zeigt eindrucksvoll, was parlamentarische Demokratien leisten können. Die Fronten zwischen Ärzten und Krankenkassen oder auch zwischen innerärztlichen Gruppierungen haben sich verhärtet. Dies, obwohl sich alle nach schlanken, sachorientierten und transparenten Steuerungsinstrumenten sehnen. Fehlt es an einer kompetenten Führung, die Entscheidungen auf der Basis langfristig angelegter verbindlicher Werteorientierung sachgerecht fällt und in allen Ebenen konsequent realisiert? Oder ist dies eine wirklichkeitsferne Vorstellung?

### **Beispiel für den Einfluss und die Tragweite, den selbst kleine Interessengruppen bei grundlegenden politischen Entscheidungen ausüben können**

In den siebziger Jahren (1976 - 1978) gab es Gründe, das bis dahin gültige Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) zu novellieren. Welche Kriterien, welche Maßstäbe sollten als Orientierungsrahmen für diese Novellierung gelten? Auf welcher Entscheidungsgrundlage werden Medikamente als wirksam anerkannt und für den Verkehr zugelassen?



Eine Herausforderung, die schnell verschiedenste Interessengruppen auf den Plan brachten. Anfragen an die Methodenvielfalt wissenschaftlicher Nachweis- / Beweisführung sind berechtigt. Eine einseitige Reduktion auf den „Goldstandard“, auf kontrollierte klinische Studien würde aus wissenschaftstheoretischer Sicht einen unzulässigen Reduktionismus bedeuten. Der Pharmazeutischen Industrie kann sie im Sinne einer ökonomisch motivierten Marktberreinigung dagegen dienlich sein.

Wie können wissenschaftstheoretische Kriterien wie die der Freiheit von nicht-wissenschaftlichen Interessenlagen, Reproduzierbarkeit, Erfahrungsbegründung, Prognosefähigkeit, innere und äußere Konsistenz ... und ethische Aspekte (z.B. nihil nocere) bei der Bewertung von neuen oder bereits im Verkehr befindlichen Arzneimitteln oder anderen Therapieverfahren bestmöglich zur Anwendung gebracht werden?

Diese Aufgabe galt es seitens der Legislative zu lösen, um darauf ein konsistentes Gesetz mit transparenten Kriterien für die praktische Umsetzung aufbauen zu können.

Durch die Anerkennung von „Besonderen Therapierichtungen“ (Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophische Medizin) im Rahmen des neu formulierten Arzneimittelgesetzes AMG bekannte sich der Gesetzgeber explizit zu einem unwissenschaftlichen „Wissenschaftspluralismus“ und öffnete der Beliebigkeit eine Tür. Diese wird seither von durchaus gegensätzlich positionierten Interessengruppen als gemeinsame „open door“ genutzt (...und de jure nicht missbraucht, da ja gesetzlich legalisiert!). Während die Phytotherapie als eine der hier genannten besonderen Therapierichtungen zweifelsohne ihre Berechtigung hat und Pharmakologie ohne Phytotherapie nicht denkbar ist, muss die Anthroposophische Medizin als ein in sich geschlossenes System bewertet werden, das sich als religiös – weltanschauliches Konstrukt außerhalb einer wissenschaftlichen Beurteilbarkeit positioniert.

### **Die heutige Medizin hat formal kein wissenschaftstheoretisches, aber ein Problem mit hoffähig gewordenen medizinfernen und wissenschaftsfernen Interessen. Damit ein Vertrauensproblem, das ein entschlossenes Umdenken vor allem in der Ärzteschaft erfordert.**

In aller Deutlichkeit gilt meine Kritik sowohl an die Adresse der sich klar außerhalb des wissenschaftlichen Regelwerkes positionierenden Außenseitermethoden in der komplementären Medizin als auch einer sehr heterogenen Ärzteschaft, die unabhängige wissenschaftlich begründete ärztliche Kunst unzureichend in Theorie und Praxis kultiviert. Es ist schon erstaunlich, wie unwissenschaftlich so manche Studien konzipiert, in anerkannten Journalen publiziert und dann auch noch von Ärzten mit wissenschaftlichem Rang und Namen Ergebnisse als wissenschaftlich bewiesen kommentiert werden. Wahrlich scheinen hier ganz andere Interessen durch. Der kluge Laie ist schon verwundert, was man mit Studien „so alles“ beweisen kann und stößt mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit früher oder später auf Dissonanzen, wenn nicht auf offenkundige Widersprüche (was per se kein Beweis für Unwissenschaftlichkeit darstellt!).

Den Aspekt der vernachlässigten ärztlichen Kunst im Medizinbetrieb hat ein Professor für Innere Medizin einmal so ausgedrückt: „Aber wie wird diese Medizin dem Patienten angeboten und nahegebracht? Der technische Fortschritt der Medizin hat zwar unglaublich viel verbessert und erleichtert. Aber es scheint, dass die so genannten „soft skills“, das Zuhören, die empathische Begleitung mit einfühlsamen Erklärungen, die *Behandlung* im Wortsinn (d. h. auch die körperliche Untersuchung) oft vernachlässigt werden – wir alten Ärzte, die wir selbst Patienten geworden sind, erfahren das am eigenen Leibe. Eine unselige, das Wesen ärztlicher Behandlung völlig verkennende Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat den Patienten zum „Kunden“ und den Arzt zum „Anbieter“ gemacht, die Anbieter sollen sich Konkurrenz machen.

Die Krankenhäuser werden zur Ablieferung hoher Zahlen finanziell einträglicher Diagnosen und Eingriffe gedrängt, das Abrechnungssystem begünstigt die kurze Verweildauer zu Lasten des Patienten mit mehreren oder unklaren Erkrankungen, und das Ganze endet in einem bisher nicht dagewesenen bürokratischen Aufwand. (Ob die Ökonomen uns wohl einmal die größere Effizienz bei geringeren Kosten vorrechnen werden?)“ [Auszug aus dem Artikel von M. Anlauf „Ist die Alternative Medizin eine Alternative“ in AVP Arzneiverordnung in der Praxis Band 38 Ausgabe 4 Juli



2011] Keineswegs teile ich jede Kritik an die Adresse der Alternativmedizin, in den Grundzügen sehe ich aber Übereinstimmung.

### **Die Ärzteschaft wird in der Bevölkerung einen Vertrauenszugewinn und einen prägenden Einfluss auf die Politik haben können, wenn sie sich**

- **in neuer Geschlossenheit auf ihre Kernkompetenzen besinnt,**
- **innerärztlichen Lobbyismus überwindet und sich**
- **ethisch in Wort und Tat klar „pro Leben“ positioniert (für das schöpfungsgemäße Leben von der Zeugung bis zum Tod und gegen eine den Menschen beherrschende Ökonomie)**

Die vielfältigen Problem-Facetten der industriellen und in das postindustrielle Zeitalter fortentwickelten hoch spezialisierten Medizin will ich nur andeuten. Dank wirtschaftlicher Prosperität können beispielsweise medizinisch nicht induzierte Mengenentwicklungen (insbesondere die Diagnostik<sup>4</sup> betreffend), dem Anliegen einer zugewandten gesundheitsfördernden Medizin entgegenstehende Honorierungssysteme oder Strukturprobleme noch weitgehend kompensiert werden. Unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung und in Zeiten einer schwächeren Wirtschaft kann und wird es schneller (als uns lieb ist) zu handfesten Versorgungsproblemen kommen.

Mit meinem dritten Punkt zur ethischen Einstellung habe ich mich auch klar gegen alle medizinisch nicht indizierten Abtreibungen und ärztlich assistierten Suicid positioniert. Und für ein Honorarsystem, das die Kernkompetenzen und „Soft Skills“ ärztlicher Leistungen in einer zugewandten und zugleich hoch komplexen Medizin angemessen bewertet. Aktuell sind wir – von Ausnahmen abgesehen – davon weit entfernt.

Die Positionen der Ärzteschaft werden am prägnantesten während der Bundesärztertage, die einmal pro Jahr abgehalten werden, dargestellt, in mehrheitlichen Beschlüssen zugespitzt und publiziert. Sie sind über das Deutschen Ärzteblatt ([www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)) oder der Internetpräsenz der Bundesärztekammer ([www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)) jedermann zugänglich.

2002 wurde ein relativ weitreichendes Statement zur Gesundheits- Sozial- und ärztlichen Berufspolitik abgegeben – nachzulesen in  
„<http://www.baek.de/page.asp?his=0.2.23.2450.2451.2452>“

„Präambel“ während des Bundesärztertages 2002 in Rostock zum Tagesordnungspunkt I:

#### **„Forderung der Ärzteschaft 2002: Medizin mit Menschlichkeit**

Das deutsche Gesundheitswesen geht weiter den Weg in die Mangelverwaltung. Die deutsche Ärzteschaft nimmt ihre Verantwortung für die Versorgung der Patienten – als individuellen Behandlungsauftrag, aber auch als öffentliche Aufgabe gegenüber der Gesellschaft – wahr. Unser Auftrag, die gesundheitlichen Probleme der Patienten professionell nach dem anerkannten Stand der Medizin zu lösen, muss auch im Sozialversicherungssystem erfüllbar bleiben. Dies ist akut bedroht. Nicht mehr nur die soziale Gestalt des Gesundheitswesens ist in

---

<sup>4</sup> Es kann nicht sein, dass z.B. teure radiologische Diagnostik beauftragt wird, ohne den Patienten angemessen untersucht zu haben. Ärztliche Qualifikation erfordert eine aus dem Untersuchungsergebnis resultierende präzise Formulierung meiner Erwartungen an den mit apparativer Diagnostik beauftragten Kollegen. Es ist m.E. ein No Go, Patienten in Praxen erst apparativ zu untersuchen, bevor der Arzt ihn ein erstes Mal anamnestiziert und untersucht hat! Das unbestrittene Problem medizinisch nicht indizierter Mengenentwicklung ist natürlich weit umfassender. Die Ärzteschaft sollte das Problem klar adressieren und mit den Playern der Solidargemeinschaft Lösungswege erarbeiten.





Gefahr, sondern grundlegende Versorgungsaufträge werden – wenn keine Neuorientierung erfolgt – nicht mehr zu erfüllen sein.

Die rücksichtslose Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens, eines zentralen Teils unseres Sozialsystems, führt nicht nur zu einer Ausgrenzung der sozial Schwachen und Kranken, sondern – wie immer deutlicher sichtbar wird – auch zu einem allgemeinen Qualitäts- und Funktionsverlust.“  
... „Notwendig seien:

A)

1. Die Sicherstellung der notwendigen Ressourcen für das Gesundheitswesen durch Erweiterung der Einnahmehasis, u. a. durch Ausdehnung auf andere Einkunftsarten und eine gerechtere Gestaltung der Familienmitversicherung,
2. Beendigung der sozialpolitischen "Verschiebepahnhöfe" zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung und Aufgabe der versicherungsfremden Leistungen,
3. Kostentransparenz, damit Bürger wissen, was für ihre Gesundheit einerseits und für die Verwaltungsapparate der Krankenkassen und Versicherungen sowie für Sachverständige andererseits ausgegeben wird,
4. Abschaffung der Budgets: das Morbiditätsrisiko müssen die Krankenkassen tragen - dies ist ihre Aufgabe als Versicherung,
5. Selbstbehalte mit Steuerungsfunktion, weil Nachdenken über die eigene Gesundheit hilft, bewusster mit Ressourcen umzugehen und
6. Ausgliederung von Individualleistungen, weil persönliche Bedürfnisse, die keinen medizinischen Bedarf darstellen, nicht durch die Solidargemeinschaft finanziert werden dürfen!

B) Eine klare Ausrichtung auf medizinische Notwendigkeiten durch

1. Anpassung der Versorgungsstrukturen in Krankenhaus und Praxis an die Entwicklung der Medizin
2. Optimierung der Leistung - u. a. durch Einsatz evidenz-basierter Medizin,
3. eine Positivliste für Arzneimittel, die wissenschaftlich und nicht politisch begründet ist und
4. Strukturierte Versorgungsprogramme (Disease-Management-Programme), die der Verbesserung der Versorgung und nicht der Kontrolle der Patienten dienen, d. h.: DMPs für die Patienten, nicht gegen sie!
3. Die Beachtung des Arbeitszeitgesetzes, die Freistellung klinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte von Verwaltungsarbeiten und Pflegeaufgaben!
4. Eine vernünftige Einführung der DRGs; Zeit geben zum Planen, Erproben und Justieren!
5. Schluss mit der Expertokratie - keine neuen Institute, keine weiteren gesundheitsökonomischen Eskapaden, keine überflüssigen, inhaltslosen und teuren Gutachten mehr!
6. Keine weiteren Diffamierungen von Ärztinnen und Ärzten!
7. Eine gerechte Honorierung ärztlicher Leistung!"

Was ist aus den Appellen und Forderungen der Ärzteschaft zehn Jahre nach dem Bundesärztekongress 2002 geworden? Was ist von Anfang an oder durch zwischenzeitliche Entwicklungen kritisch zu sehen?

Ich habe am Ende meines Textes ein Interview platziert, in dem ein bereits 2003 verfasstes Modell zur umfassenden Reform der Sozialversicherungssysteme vorgestellt und kritisch angeschaut wird („Reform der sozialen Sicherung“ Friedrich Breyer, Wolfgang Franz, Stefan Homburg, Reinhold Schnabel, Eberhard Wille: Reform der sozialen Sicherung. [Springer-Verlag](#) (Berlin, ...) 2004. 169 Seiten. ISBN 978-3-540-20703-0). Der Fokus des Interviews liegt auf dem Teil „Krankenversicherung“. Das Modell kommt meinen Vorstellungen zur Zukunft der Gesundheitsversorgung recht nahe. Leider hat es rel. wenig Resonanz erhalten. Möglicherweise ist es seiner Zeit voraus. Oder es löst angesichts des Anspruches eines „Gesamtkonzeptes“ und erheblicher Eingriffe in die vertrauten Strukturen der Selbstverwaltungsorgane (Auflösung der Agentur für Arbeit, um nur ein Beispiel zu nennen) Skepsis aus.



Es liegt in der Natur von Modellen, dass es die Grundzüge eines Lösungsweges und nicht jedes Detail beschreibt. Soll es tatsächlich realisiert werden, fängt die Detailarbeit erst an. Trotzdem und gerade in der wachsenden Krise brauchen wir durchdachte Modelle, die eine echte Alternative darstellen.

### **Annahmen aus meiner ärztlichen Perspektive...**

Nehmen wir an, innerärztlich würde einmütig der kluge, ethisch ausgewogene und sparsame Einsatz von apparativer Diagnostik und die Förderung der ärztlichen Kernkompetenzen „intelligent belohnt“ – wie könnte der Abbau von jahrzehntlang induzierten Überkapazitäten apparativer Medizin wirtschaftlich über welchen Zeitraum abgedeckt werden? Wie würde die Rechtsprechung auf weniger Apparatemedizin (weniger „objektives“ Beweismaterial?... ) reagieren?

Nehmen wir zusätzlich an, Patienten seien keine Kunden mehr und Ärzte keine Konkurrenten im Wettbewerb um den Gesundheitsmarkt. Ärzte seien wieder geschlossen motivierte Fürsorger für ihre Patienten, mit ärztlicher Kompetenz und sozialer Verantwortung ausgestattet. Zusammenarbeit zwischen den Fachgruppen und den Sektoren geschehe vertrauensvoll zum Wohl des Patienten. Anreizsysteme für kostensparendere Lösungswege mit Validierung von Outcome Parametern (z.B. Health Technology Assessment HTA) würden von allen Beteiligten gefördert und ethisch fragwürdige Binnenverträge zur Steigerung profitabler Diagnostik- und Therapieleistungen konsequent abgelehnt.

Nehmen wir an, die Krankenkassen wären von allokativen Risiken befreit (schlechte Risiken = chronisch Kranke „abladen“ und gute Risiken = Gesunde ins Versicherungsboot holen) und durch z.B. ein Grundprämienmodell von stärkeren Schwankungen der finanziellen Zuflüsse unabhängig. Sie seien aus der unseligen Rolle als reine Kassierer und Verteiler von Geldern befreit und zu gestaltenden „Mitspielern“ geworden. Sie würden sich über die Steuerung der Qualität und Effizienz der Krankenversorgung (s.o., kostenreduzierende Lösungswege ohne Einbrüche der harten Outcome Parametern) profilieren können: Medizinisch hochwertige Primärarztmodelle, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle, schnelle und qualitätsorientierte Krisenintervention bei Arbeitsunfähigkeit oder drohender Pflegebedürftigkeit, Einsatz von Positivisten statt ständig wechselnder Rabattverträge u.s.w. und zugleich sinnvolle Gesundheitsförderungsprogramme starten...

Wettbewerb bekäme wieder eine konstruktive Farbe, die systemimmanente Gesundheitsrisiken und Kosten könnten gesenkt werden (siehe alleine Erkrankungen durch unbedachte Medikamenteninteraktionen...), der Versicherte würde nicht zwischen den Fronten aufgerieben und die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und dem medizinischen Dienst der KK hätte eine neue Chance für eine konstruktive Zusammenarbeit.

Nehmen wir zudem an, Politik und die Organe der Solidargemeinschaft würden die Vergütung für medizinische Leistungen an der Morbidität und dem wahren Versorgungsbedarf der Versicherten ausrichten. Die Durchbrechung von Entwicklungen zur Chronifizierung und die Gesundheitsförderung würde einen breiteren Raum einnehmen. Anreize zur Eigenbeteiligung von Familie, Nachbarschaft oder wohnortnaher sozialer Netzwerke seien implementiert. Und jede am Einzelfall nachgewiesene kreative Form überdurchschnittlicher Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder rel. Unabhängigkeit von Hilfen für den Alltag würde belohnt werden. Verunsicherte Patienten müssten nicht mehr von einem zum nächsten Arzt rennen. Oder monatelang auf einen Therapieplatz warten, weil Kapazitäten nicht flexibel bedarfsgerecht gesteuert werden können.

Die Herausforderungen erstrecken sich natürlich auf weit mehr Felder als von mir hier angedeutet. Persönlich erfordert es Kreativität und Kompromissfähigkeit, unter den aktuell gegebenen Bedingungen für mich und meine Patienten einen Weg zu finden, den ich mit meiner christlich ethischen Prägung und meinem ärztlichen Berufsverständnis vereinbaren kann. Ich will mich aber auch herausfordern lassen und in Richtung Politik und Standesorganisation meinen Beitrag leisten.



## Reinhard Köller

Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren  
www.praxis-koeller.de

Kürzlich wurde ich von Klinikern als „Wunderdoktor“ bezeichnet. Dabei habe ich nichts anderes getan als beherzt mein medizinisches Wissen und meine ärztliche Erfahrung eingebracht. Unter Zeitdruck eine präzise Anamnese erstellt und gezielt körperlich untersucht. Mit drei möglichen Differentialdiagnosen ging es in die nahegelegene Klinik. Dort habe ich den Patienten den Kollegen in der Zentralen Notaufnahme mit den strukturierten Informationen übergeben. Wenig später lag der Patient mit der apparativ bestätigten Diagnose eines frischen Mesenterialinfarktes<sup>5</sup> auf dem OP Tisch. Gründliche und präzise Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung haben seit Jahren einen hohen Stellenwert in meinem ärztlichen Alltag. Je genauer die Fragestellung an den apparativ arbeitenden Diagnostiker, desto schneller und präziser kann die Diagnose und nachfolgende Therapie erfolgen. Ein Plädoyer nicht nur für die Höherbewertung der Kernkompetenzen ärztlicher Kunst, sondern auch ein Beleg für eine gut funktionierende „Integrierte Versorgung ohne Selektivvertrag“ mit den hoch spezialisierten Kollegen im nahegelegenen Schwerpunkt Krankenhaus.

© Reinhard Köller | Alle Rechte vorbehalten  
Stiftstraße 31, 20099 Hamburg

---

<sup>5</sup> siehe Publikation im Deutschen Ärzteblatt 2012 – Akute mesenteriale Ischämie – ein vaskulärer Notfall. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(14): 249-56; DOI: 10.3238/arztebl.2012.0249 „Die Letalität der akuten mesenterialen Ischämie (AMI) beträgt 50 bis 70 % und ist seit Jahrzehnten unverändert hoch (1). Der Grund hierfür liegt zum einen in der ungenügenden Einbeziehung des Krankheitsbildes in die Differenzialdiagnostik des Abdominalschmerzes, es wird nicht daran gedacht, zum anderen in einer inakzeptablen Therapieverzögerung, auch wenn die Diagnose in Erwägung gezogen wird (2). Ursächlich hierfür ist häufig der zeitkonsumierende Einsatz ungeeigneter diagnostischer Verfahren. So beträgt selbst bei Verdacht auf einen Mesenterialinfarkt die diagnostische Verzögerung durchschnittlich 7,9 Stunden, während unter der Therapie noch einmal 2,5 Stunden vergehen, bevor das mesenteriale Stromgebiet reperfundiert ist (3). Bereits innerhalb einer warmen Ischämiezeit von 6 Stunden kommt es zur Desintegration der Mukosabarriere mit Translokation. Danach folgen morphologische Veränderungen der Darmwand.“