

Solidarsystem auf Abwegen

Patienten und Ärzte: Kommerzialisierung im Gesundheitswesen stoppen

Gesunde stützen Kranke – funktioniert das noch? Die Zweifel am Umbau unseres Solidarsystems wachsen. Nicht was Patienten brauchen und Ärzte verordnen entscheidet, sondern was Geld spart oder einbringt.

MARTIN HOFMANN

Hanna P. (Name geändert) leidet an einer Hornhautdegeneration ihrer Augen. Operativ ersetzt wurde die Hornhaut bereits. Doch die Transplantate verhindern den Zerfall des Gewebes nur gewisse Zeit. Eine zweite Transplantation ist zu riskant. Um ihre Sehkraft zu erhalten, braucht Hanna P. speziell angepasste Kontaktlinsen. Sie stützen das dünner werdende Gewebe. Ihre Betriebskrankenkasse weigert sich jedoch seit Januar, 300 Euro für die nach Heilmittelverordnung erstattungspflichtigen Sehhilfen zu zahlen. Auch für die mehrstündige Arztleistung will sie nur die Quartalspauschale von 18,43 Euro überweisen.

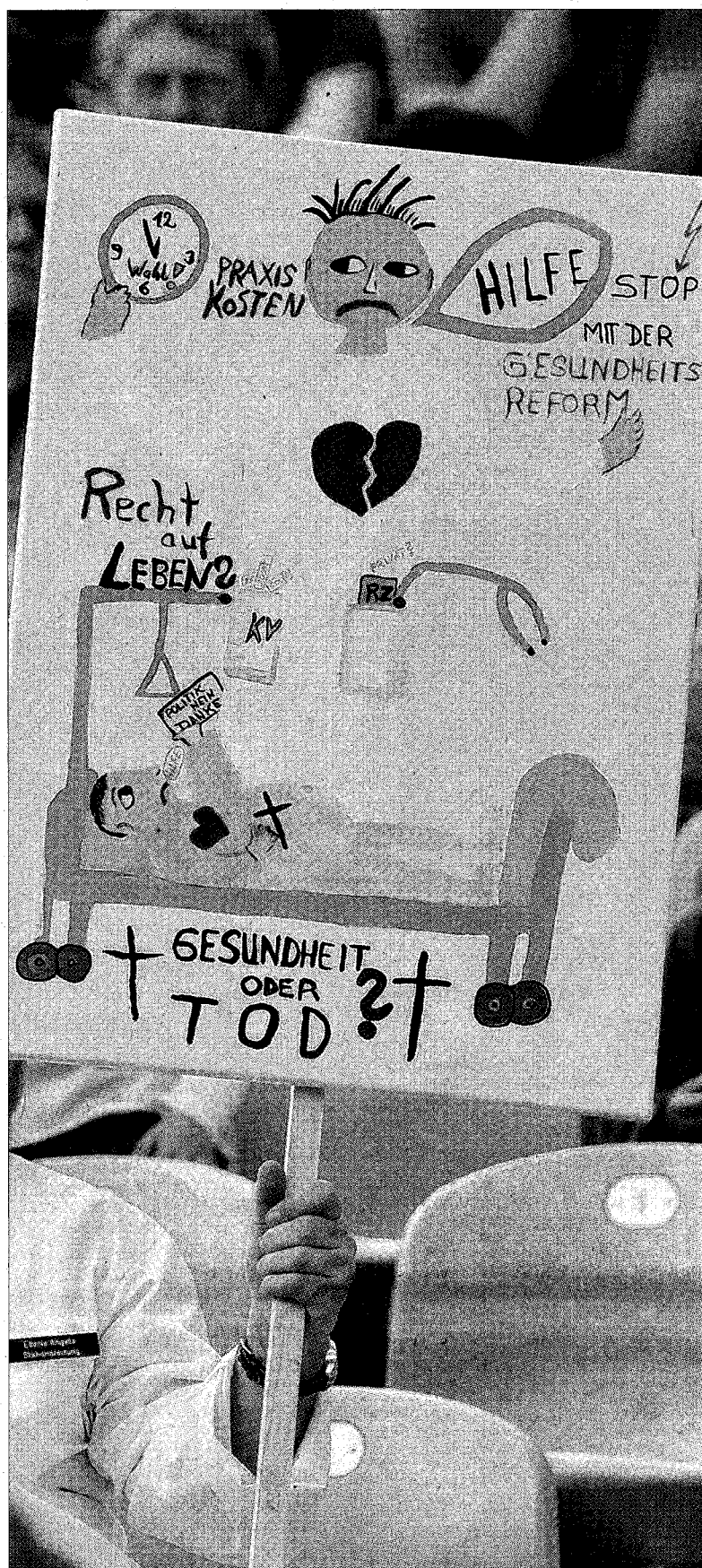
Ein Einzelfall? Hans Walter Roth, Augenarzt und Experte für Sehhilfen, versorgt 40 solcher Patienten. Bei Hanna P. hat er die Behandlung eingestellt, solange die Kasse weiter Ausflüchte sucht, die Rechnung für die Linsen zu begleichen. Der Ulmer Arzt: „Zuletzt erklärte die Kasse, ich hätte meine Kontonummer nicht angegeben. Sie steht auf jedem Schreiben.“ Hanna P. musste er arbeitsunfähig schreiben. Sie sieht ohne Linsen fast nichts, mit ihnen beinahe hundert Prozent.

An Patienten mit seltenen Erkrankungen zeigt sich zuerst, welche Richtung das Gesundheitswesen zurzeit nimmt. In Kliniken diktieren Fallpauschalen die Krankenversorgung. Schon bei der Aufnahme ist durch diesen Festbetrag klar, wann der Patient entlassen werden muss, egal wie weit er genesen ist. „Es geht nur noch ums Geld“, fasste Prof. Stefan Schwarz vom Zentrum für seelische Gesundheit an der Uniklinik Mannheim bei einer Tagung

Unnötige Behandlungen, um Geld zu verdienen

der Ärztegewerkschaft Marburger Bund die Maßgaben zusammen. Vorrang haben nicht nur Privatversicherte, sondern auch „Cash-Cows“, gesetzlich Versicherte mit Krankheiten, die gut abrechenbar sind. Zunehmend werden auch unnötige Behandlungen veranlasst. Beispiel: Kommt ein künstlich beatmeter Kranker in eine Klinik, wird diese, ob notwendig oder nicht, 24 Stunden fortgesetzt. Das spült eine Extrassumme in die Krankenhauskasse.

Buchautorin Renate Hartwig geißelt diese Kommerzialisierung des Solidarsystems. „Der Arzt wird zum Manager betriebswirtschaftlicher Vorgaben statt Kranken zu helfen. Aus Patienten werden gewinnbringende Humanprodukte“, warnte sie vor 22 000 Menschen, die vergangenen Sonntag ins Münchner Olympiastadion gekommen waren, um noch vor der Bundestagswahl gegen diese Entwicklung zu protestieren. 509 regionale Bürger-Initiativen



Die zunehmende Kommerzialisierung des Gesundheitssystems regt Patienten und Ärzte auf. Die Proteste – hier in München – nehmen zu. Foto: dpa

– mehr als eine in jedem der 416 Stadt- und Landkreise – hat sie ins Leben gerufen. Sie kämpfen gegen diesen Umbau. Hartwig wirft den verantwortlichen Gesundheitspolitikern vor, die wohnortnahe, flächendeckende Versorgung durch Haus- und Fachärzte systematisch zu zerschlagen. Sie ließen zu, dass Gesundheitskonzerne Krankenhäuser aufkaufen und medizinische Versorgungszentren etablieren, in denen anonyme Behandler tätig sind. Gewinne lassen sich dabei nur auf Kosten menschenwürdiger Versorgung erzielen.

Renate Hartwig appelliert auch an die Ärzteschaft, sich mit den Bürgern zu solidarisieren, statt sich in

einem Kleinkrieg um Honorare vorführen zu lassen. Um Licht in das Dunkel der Geldströme im Gesundheitssystem zu bringen, müssten Bürger und Ärzte zusammenstehen, wenn sie etwas erreichen wollen. Denn Geld, da ist sie sich absolut sicher, ist ausreichend vorhanden, um auch Menschen mit seltenen Krankheiten zu helfen, Windeln für Behinderte zu finanzieren, die nicht sofort durchweichen, nur weil die Kasse sich mit einem Billiganbieter liiert hat.

167 Milliarden Euro bringen die gesetzlich Versicherten pro Jahr auf, damit Kranken geholfen wird. Viel Geld fließt in die Kontrolle von als notwendig erkannten Behandlungen.

Wie viel diese Bürokratie verschlingt, weiß niemand. Man kann nur vermuten, dass mehr Aufwand betrieben wird, um Einzelmaßnahmen zu verhindern als diese selbst kosten würden.

Im Alltag einer Arztpraxis entpuppen sich Reformziele der Gesundheitspolitiker und ihrer Berater als sinnloses Verschwenden von Geldmitteln. Da haben Kassen mit Kliniken und Ärztenetzen fast 4000 Verträge zur so genannten integrierten Versorgung abgeschlossen, um die angeblich unzulängliche Zusammenarbeit zwischen Haus-, Fachärzten und Krankenhaus zu verbessern. Hans-Peter Meuser, Allgemeinarzt aus Lengenfeld im Rheinland, hält den Politikern vor, potemkinische Dörfer aufzubauen. Alle zwei Monate landet ein solcher Vertrag auf seinem Schreibtisch. Unterschreibt er, verpflichtet er sich, etwa Patienten mit Gefäßerkrankungen einer kleinen Betriebskasse in eine Klinik ins entfernte Ruhrgebiet

Wohnortnahe Versorgung wird aufgeweicht

zu schicken. Dabei gibt es zwischen Köln und Düsseldorf genug Krankenhäuser, die sie behandeln können. Diese Spezialisten kennt Meuser und er weiß, dass seine Patienten gern wohnortnah versorgt werden wollen. An der unlängst debattierten Zuweisungsprämie von 50 Euro pro Patient hat er überhaupt kein Interesse. Dennoch flossen bereits im Jahr 2008 rund 660 Millionen Euro Versichertenbeiträge in diesen Sektor. Fazit: Barer Unfug.

Geballten Unmut unter Patienten erzeugen zunehmend Rabattverträge, die Krankenkassen mit Arztverbänden abschließen. „Da dürfen etwa Herz-Kreislaufpatienten ständig Medikamente anderer Firmen ausprobieren“, schimpft Ilka Enger, Vorsitzende des bayerischen Facharztverbandes. Florian Brückner, Allgemeinarzt aus Nersingen bei Neu-Ulm, fügt hinzu: „Die Schwierigkeiten mit Nebenwirkungen erfahre ich oft erst, wenn sich der Patient wieder vorstellt. Denn verordnet habe ich das Mittel, das der Kranke am besten verträgt.“ Mit Häusern privater Klinikkonzerne erlebt er, dass Kranke in seine Praxis zurückkehren, denn dort sollen teure Diagnoseverfahren abgewickelt werden. Doch eine Arztpraxis ist auch ein Unternehmen, das strikten Budgets unterworfen ist.

Die Irrungen und Wirrungen deutscher Gesundheitspolitik ließen sich fast beliebig fortsetzen, „es nimmt zu“, sagt Brückner. Sicher ist: Sie dienen allem, nur nicht dem Wohl der Patienten. „Sie zu stoppen, ist erste Bürgerpflicht“, sagt Renate Hartwig. Keine Frage, das Gesundheitswesen ist einer der wenigen Wachstumsmärkte und die Begehrlichkeiten sind groß, Gewinne aus diesem 250-Milliarden-Markt zu erwirtschaften. Hartwig erinnert die Politiker aller Parteien jedoch an das Sozialstaatsprinzip dieser Republik: „Gesunde zahlen für Kranke, damit ihnen geholfen wird. Reine Profitinteressen haben in solch einem Solidarsystem wirklich keinen Platz.“

Pflege – ein verdrängtes Thema

Jeden trifft sie – die Versorgung älterer Angehöriger – doch wird darüber kaum gesprochen. Schon gar nicht im Wahlkampf. Es gäbe viel zu sagen.

ELISABETH ZOLL

Stell' Dir vor es ist Wahlkampf – und wichtige Themen werden gar nicht angesprochen. Wie die Pflege beispielsweise. Über fotografengerechte Auftritte der Wahlkämpfer in Alten- und Pflegeheime geht die Auseinandersetzung mit der immer älter werdenden Gesellschaft nicht hinaus. Dabei gäbe es viel zu besprechen – und in der kommenden Legislaturperiode auch zu regeln. Mit fehlendem Geld haben die Missstände in Heimen und in der häuslichen Pflege nichts zu tun, sagt der Münchner Pflegeexperte Claus Füssek. Wohl aber mit dem mangelnden Willen, die Weichen zu stellen.

■ **Häusliche Pflege:** „Der günstigste Pflegedienst ist noch immer die Familie. Wenn es nicht gelingt, diese wirksam zu entlasten, kollabiert das System.“ Füssek will eine bezahlbare Entlastungspflege für pflegende Angehörige. „Warum soll es keine kostenlose Tagespflege für schwer demente Menschen geben?“, fragt er. Bei Krippenplätzen für Kleinkinder werde dies auch debattiert. Bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen herrsche dagegen Schweigen. „Das Thema wird kollektiv verdrängt.“

■ **Stationäre Pflege:** Handlungsbedarf gibt es auch im stationären Bereich. Die oftmals mangelnde ärztliche Versorgung in Heimen führe

Mehr Unterstützung für pflegende Angehörige

dazu, dass Betagte wegen Kleinigkeiten bei Nacht oder an Wochenenden in Kliniken eingeliefert werden. Das sei nicht nur teuer, das schädige und verwirre die Betroffenen in extremem Maße.

■ **Personelle Ausstattung:** Wo ganze Familien kapitulieren, weil sie die Betreuung ihrer multimorbiden Angehörigen auch bei größter Bereitschaft nicht mehr leisten können, dürfe die Aufgabe nicht an angelesene Kräfte in Heimen übergeben werden. Wegen der hohen Anforderungen in stationären Einrichtungen plädiert Füssek dafür, das Verhältnis Fachkräfte und Angelesene nachjustieren. Zudem müsse dafür gesorgt werden, dass hochmotivierte Pflegerinnen und Pfleger nicht schon nach wenigen Jahren das Handtuch werfen, weil die Zustände in den Einrichtungen unzumutbar sind. „Markenzeichen einer guten Einrichtung ist die geringe Fluktuation.“

■ **Gesetzlicher Rahmen:** Hier passt der Pflegeexperte. „Die notwendigen Gesetze sind vorhanden. Sie müssen aber eingehalten werden.“ Füsseks Blick geht in eine andere Richtung. „Wenn die Kinder nicht mehr nach ihren Angehörigen schauen, dann kann auch eine Ulla Schmidt nichts mehr bewirken.“ Und „schauen“ heißt für ihn auch, Laut geben, wenn Missstände sichtbar werden.