

# „Modernisierung“ des Gesundheitssystems – und kein Ende?

Nun ist also seit Mitte Juli die Katze aus dem Sack: Die Bundesregierung hat, nach monatelanger Gerüchteküche und ausgiebiger Kungelei mit der Opposition, ihre „Eckpunkte“ für ein Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz verkündet. Allerdings hat damit die Diskussion kein Ende gefunden, sondern scheint erst jetzt richtig loszugehen. Jeder hat etwas an den bisher bekannten Plänen auszusetzen, Unterschiedliches, je nach politischer Couleur und Verpflichtung gegenüber den jeweiligen Mitgliedern. Daß die Ärzteschaft sich relativ ruhig verhält und die vorgesehenen Maßnahmen per saldo begrüßt, legt man so aus, daß sie Dank der Lobbyistenarbeit ungeschoren davongekommen sei. Dabei war es doch diesmal weniger ein Erfolg standespolitischer Arbeit als vielmehr ein unerwarteter Sieg der Vernunft bei den Politikern, daß Maßnahmen (zumindest zunächst) unterbleiben sollen, die eindeutig die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung verschlechtern hätten. Als Beispiel sei nur die Herauslösung der Fachärzte aus dem kollektiven Vertragssystem genannt. Auch haben die Ärztinnen und Ärzte seit mindestens zehn Jahren einen erheblichen Beitrag zur Stabilisierung unseres Gesundheitssystems in Form von ausbleibenden Vergütungssteigerungen, ja erheblichen Einkommensverlusten, erbracht. Aber, wie gesagt, noch hat der Bundestag nichts beschlossen.

Wieso eigentlich „Katze“? Der Berg hat gekreißt und, wieder einmal, nur ein jämmerliches Mäuslein geboren! Auch wenn Horst Seehofer kurz nach Abschluß der Verhandlungen mit der Regierungskoalition den ausgehandelten Kompromiß als „die größte Reform des Gesundheitssystems der Nachkriegszeit“ bezeichnete (und er muß dies dank mehrerer von ihm selbst zu verantwortender Reformen ja eigentlich wissen!),

sind sich doch fast alle Beteiligten und Unbeteiligten darin einig, daß das bisher Vorgesehene nicht ausreichen wird, eine dauerhafte Stabilisierung unseres Gesundheitssystems zu bewirken.

Dazu wird es nicht ausreichen, in bewährter Manier an unserem derzeitigen System herumzubasteln und mal hier, mal dort ein vorhandenes oder vermeintliches Loch zu stopfen. Zumal, wenn man dabei an anderen Stellen unseres sozialen Sicherungsnetzes neue Löcher aufreißt. Nein, wirkliche Änderungen am System müssen her. Aber welche?

Es liegen zahlreiche Vorschläge von verschiedenen Seiten auf dem Tisch, von Einzelmaßnahmen bis hin zu einem kompletten Systemwechsel. Verstehen Sie meine nachfolgenden Vorschläge bitte als das, was sie sind: Eine Zusammenfassung bereits vorhandener Ideen und meine private Meinung (denn eine allseits konsentrierte Meinung der deutschen Ärzteschaft gibt es wohl nicht).

Als Prämisse ist festzuhalten, daß, wie bisher, auch künftig jeder Bürger gegen die Risiken einer ernsten Erkrankung abgesichert sein muß, daß ihm eine optimale Versorgung nach dem Stand der Wissenschaft zuteil wird, und daß diese Versorgung jedem zusteht, unabhängig von seinem sozialen Status oder seinem Alter. Eine Rationierung von Leistungen, in welcher Form auch immer, ist aus ärztlicher Sicht nicht hinnehmbar. Hingegen muß in Kauf genommen werden, daß jeder die Risiken, die er dem Umfang nach selbst tragen kann, auch selbst übernimmt oder selbst zusätzlich versichert.

Einer der Hauptgründe für die Finanzierungsprobleme der solidarischen Krankenversicherung ist die lohnabhängige Beitragserhebung. Hohe Arbeitslosigkeit und sinkende Lohnquote machen diese ungeeignet für die Finanzierung eines leistungsfähigen Gesundheitssystems. Auch die Erweiterung der Bei-

tragsbemessung auf andere Einkommensarten löst das Problem nicht, würde jedoch die Krankenkassen mit erheblichem Verwaltungsaufwand belasten, sie quasi zu einem zweiten Finanzamt machen. Als Lösung bietet sich eine einkommensunabhängige Kopfpauschale an. Diese muß lebenslang kostendeckend kalkuliert sein, d.h. in jungen Jahren zahlt man mehr, als das System kostet, um im Alter mehr Kosten verursachen zu können, als man einzahlt. Das kann mit dem Aufbau eines individuellen Deckungsstocks ebenso funktionieren wie im Rahmen eines solidarischen Ausgleichs innerhalb einer Versichertengemeinschaft. Diese Kopfpauschale würde irgendwo in der Gegend von 200 € pro Kopf und Monat liegen. Die Subvention dieses Beitrags für Personen, bei denen sonst ein bestimmter Prozentsatz des Einkommens überschritten würde, kostet nach Berechnungen von Fachleuten ca. 20 Milliarden € pro Jahr. Würde der bisherige Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung festgeschrieben und steuerpflichtig ausgezahlt, würden hierdurch ca. 15 Milliarden € an zusätzlicher Lohn- bzw. Einkommensteuer eingenommen, so daß am Ende etwa 5 Milliarden € aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Das müßte sich doch wohl machen lassen. Auch böte die Kopfpauschale zusätzlich die Möglichkeit, durch einen geringen Aufschlag zur Finanzierung dieser Summe beizutragen. Sicher müßte jedoch die kostenlose Mitversicherung von Familienangehörigen stark eingeschränkt werden.

Ein zweiter Eckpunkt müßte anstelle einer Pflichtversicherung bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe eine Versicherungspflicht für eine zu definierende Grundversorgung für alle sein. Die jetzigen gesetzlichen Krankenkassen sind in privatwirtschaftliche Strukturen zu überführen und treten in Konkurrenz zu den jetzigen privaten Versicherungen.

Auch hierdurch entsteht ein erhöhtes Steueraufkommen, wohingegen eine Reduktion der Verwaltungskosten zu erwarten ist. Jeder kann sich entscheiden, bei welcher Gesellschaft er die Grundversorgung versichern will. Gewünschte Zusatzleistungen, wie Chefarztbehandlung, Ein- oder Zweibettzimmer, Kuren, Psychotherapie, bestimmte Heil- und Hilfsmittel etc. können zusätzlich versichert werden.

Notwendig ist ein Übergang vom Sachleistungssystem zu einem Kostenerstat-

tungssystem. Neben erhöhter Transparenz und einem erzieherischen Effekt zur Sparsamkeit böte dies z.B. die Möglichkeit einer sozial gestaffelten Erstattung. Ein Gremium aus Patientenvertretern, Leistungserbringern, Versicherern und Politik muß über die Mittelverwendung, die Aufnahme neuer Methoden in den Leistungskatalog der Grundabsicherung und andere Fragen entscheiden. Daneben sind weitere flankierende Einzelmaßnahmen nötig, die aufzuzählen den Rahmen dieses Artikels sprengen würde.

Dies alles bedarf mutiger Schritte, doch ohne sie bleiben alle Reparaturversuche Flickschusterei. Die Verantwortung für die Einleitung wirksamer Maßnahmen bleibt der Politik vorbehalten, und niemand kann und wird sie ihr abnehmen.

Dr. med. A. Möhrle  
Präsident

Landesärztekammer Hessen



## Jede Minute zählt für das Überleben

Das Frankfurter Herzinfarktregister soll die Versorgungsqualität von Herzinfarktpatienten verbessern.

Am 1. Juli 2003 ging das Frankfurter Herzinfarktregister an den Start. Unter der Leitung der Bezirksärztekammer Frankfurt beteiligen sich die Rettungsleitstelle und alle kardiologisch-internistischen Abteilungen der Frankfurter Krankenhäuser an der auf ein halbes Jahr befristeten Datenerhebung.

Warum ist dieses Register notwendig? Ein Hauptanliegen der Landesärztekammer Hessen, die die Schirmherrschaft für das Projekt übernommen hat, ist die Sicherung der medizinischen Versorgungsqualität in Hessen. Bereits 1994/1995 engagierte sich die Kammer für eine Verbesserung der Versorgung von Schlaganfallpatienten. Mit der Einrichtung von Stroke Units an Frankfurter Kliniken wurde in der Mainmetropole 1999 ein erster Weg beschritten.

In dem jetzt eingeführten Frankfurter Herzinfarktregister werden auf freiwilliger Basis im Frankfurter Stadtgebiet Daten von Patienten mit kardial verursachten Schmerzen in der Brust und akutem Herzinfarkt erhoben. Ziel ist es, die Qualität der klinischen Versorgung und der Transportwege über einen Zeitraum von sechs Monaten zu untersuchen und gegebenenfalls zu verbessern.

Wieviele Herzinfarkte gibt es in Frankfurt? Wann wird die Diagnose gestellt?

Wie sieht die Frühversorgung aus, und wie schnell kommt der Betroffene ins Krankenhaus? Dr. med. Lothar Born, Kardiologe und 2. Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt, erklärt, daß die Erhebung zum einen gesicherte Erkenntnisse über die Herzinfarkt-Häufigkeit innerhalb des genannten Zeitraums in Frankfurt liefern soll. Zum anderen erhoffe man sich exakte Informationen über die Rettungstransportwege und die Versorgung der Patienten in den Krankenhäusern.

In das Register werden sowohl der Zeitpunkt der Notarztverständigung, der Transport im Rettungsfahrzeug und die Aufnahme in der Klinik als auch die Symptome der Erkrankung, die Diagnose und die Therapie aufgenommen. Gemeinsam haben Bezirksärztekammer, Rettungsleitstelle und Kardiologen zwei Fragebögen entwickelt: Bogen Nummer 1 (gelb) erfaßt alle Daten, die bei der Rettungsleitstelle auflaufen, insbesondere die Zeit der Erstalarmierung, Zeiten des Eintreffens der Rettungskräfte, des Notarztes und der Ankunft in der Klinik. Auch die Erstmaßnahmen werden dokumentiert.

Bogen Nummer 2 (rot) ist für die Klinikaufnahme bestimmt. Hier werden die Abläufe der Therapie und die verschiedenen Therapiemöglichkeiten dokumentiert. Vor allem beim Herzinfarkt („Zeit rettet Herzmuskel“) ist es notwendig,

die Schnelligkeit bestimmter Therapieformen zu prüfen und zu bewerten. Die Daten beider Fragebögen werden zusammengeführt; Born ist für ihre Anonymisierung verantwortlich. Die Erfassung und Auswertung erfolgt durch die Landesärztekammer (Dr. med. Roland Kaiser). Im Februar 2004 sollen erste Ergebnisse der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Dann werden die an dem Projekt Beteiligten auch über die praktischen Konsequenzen der Erhebung entscheiden.

„Der Herzinfarkt ist ein Wettlauf mit der Zeit“, betont Born. Je früher das durch ein Blutgerinnsel verschlossene Herzkranzgefäß via Herzkatheter dilatiert werde, desto höher sei die Wahrscheinlichkeit, zu überleben. Jede Minute, um die sich die Behandlung im Krankenhaus verzögere, zähle. „Alles hängt davon ab, daß der Patient so schnell wie möglich in die Klinik kommt“. Daher soll das Projekt „Herzinfarktregister“ die Bevölkerung auch sensibilisieren und dazu bewegen, bei Verdacht auf Herzinfarkt sofort den Notruf 112 oder die örtliche Notrufnummer zu wählen.

Katja Möhrle

### Schlüsselwörter

Frankfurter Herzinfarktregister – Herzinfarkt – Herzkatheter – Kardiologe – Kardiologisch-internistische Abteilung – Medizinische Versorgungsqualität – Rettungsfahrzeug – Rettungstransportwege