

Ein Recht auf das, was medizinisch notwendig und sinnvoll ist

Interview mit dem DCCV-Vorsitzenden Ditmar Lümmen

Herr Lümmen, was erwartet die DCCV von der Gesundheitspolitik?

Für Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ist eine leistungsfähige Krankenversicherung von existenzieller Bedeutung. Wir brauchen eine verlässliche Versorgung für unsere Krankheit. Wir sind daher stets auf der Seite derjenigen, die nicht notwendige oder überflüssige Luxusleistungen ablehnen, weil damit finanzielle Ressourcen der gesetzlichen Krankenversicherung verschwendet werden.

Wir als chronisch Kranke haben aber ein Recht darauf, dass das, was medizi-

nisch notwendig und sinnvoll ist, für uns zur Verfügung steht und durch die Krankenversicherung bezahlt wird. Da chronisch Kranke diese Leistungen im Regelfall vor allem dann besonders dringend brauchen, wenn es Ihnen schlecht geht, muss auch sichergestellt sein, dass die erforderlichen Leistungen unbürokratisch bereit gestellt werden. Diese Anforderungen zu realisieren ist Aufgabe der Gesundheitspolitiker, welcher Couleur auch immer, sowie auch aller anderen Akteure in unserem Gesundheitswesen. An diesem Ergebnis müssen wir die Leistungen und angeblichen Erfolge messen. Das gilt insbesondere für die Umsetzung der Aussagen der Politik vor der Wahl.

Heißt das, es soll sich nichts ändern?

Im Gegenteil, es muss sich vieles ändern, um unser Gesundheitssystem für die Zukunft fit zu machen. In erster Linie ist notwendig für eine bessere Zusammenarbeit der unterschiedlichen Ebenen der Versorgung zu sorgen. Lassen Sie mich dies an einem Beispiel verdeutlichen: Wen ein Patient mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung von seinem behandelnden Arzt ins Krankenhaus eingewiesen wird, darf dies nicht das Ende eines Behandlungsabschnitts sein, sondern muss die Fortsetzung der Behandlung bedeuten. Der Arzt, der den Patienten am Besten kennt, muss nicht nur seine objektiven Befunde in einer Form weitergeben, die es der Klinik ermöglicht, diese weiter zu nutzen, sondern er muss auch wegen seiner umfassenden Kenntnis des Patienten, die zwangsläufig immer umfassender ist als die in der Klinik erhobenen Befunde, in die Therapieplanungen des Krankenhauses eingebunden werden.

Im Krankenhaus müssen die unterschiedlichsten Professionen (Gastroenterologie, Chirurgie, Hepatologie, Psychotherapie usw.) zusammen arbeiten. Für die Weiterbehandlung muss der behandelnde Arzt eingebunden werden. Dies ist ein Verständnis von Versorgung, die als vernetzte Aufgabe völlig neu gelernt werden muss. Dazu ist es vor allem nötig, die Sektorengrenzen aufzulösen und alle Behandlungsinstanzen zusammenzubringen.

Diese neue Form der Zusammenarbeit muss auch Folgen für die Honorierung ärztlicher Tätigkeit haben. Nur so kann es trotz oder wegen neuer Zusammenarbeitsstrukturen gelingen, die Ausgaben

zu begrenzen und das System wirtschaftlicher zu machen. Und auch andere Zöpfe gehören abgeschnitten.

Kann das die Gesundheitspolitik leisten?

Die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ist eine gemeinsame Aufgabe, aus der sich keiner der Beteiligten ausklinken kann. Die Politik muss und kann hierzu nur die Weichen stellen. Besonders gefordert ist die Selbstverwaltung im Gesundheitssystem: Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer und die Krankenkassen als Kostenträger müssen vor allem endlich den Willen aufbringen, in diesen Bereichen weiterzukommen. Wir haben doch vor allem deswegen so starre Grenzen mit allen ökonomisch unsinnigen Folgen, weil die einzelnen Sektoren sich gegen jede Änderung sperren. Übrigens viel zu häufig auch mit medizinisch unsinnigen Folgen. Wenn dieser Weg konsequent beschritten wird werden auch wir als Patientenvertreter im Gesundheitssystem uns nicht verweigern und sind bereit, Verantwortung zu übernehmen, und werden auch unangenehme Entscheidungen mit vertreten.

Ist die bisherige Politik gescheitert?

Nein, sicher nicht. Wir haben ein gutes Gesundheitssystem, eines der besten der Welt. Bei aller Kritik an Details gibt es keinen Zweifel, dass auch CED-Betroffene gut versorgt werden. Aber die Ressourcen

dafür sind nicht unbegrenzt – das Geld, das in das System fließen kann, kann nicht immer weiter gesteigert werden. Menschen werden zum Glück älter, die medizinischen Möglichkeiten werden besser.

Wir müssen also sicherstellen, dass im System nicht unnötig Geld ausgegeben wird und die vorhandenen Mittel tatsächlich zur optimalen Versorgung eingesetzt werden. Allerdings können wir es uns auch nicht leisten, auf dem gegenwärtigen Stand zu verharren, und uns der Illusion hingeben, es könne bei den Strukturen alles so bleiben wie es ist und es müsse lediglich mehr Geld ins System gepumpt werden, dann werde alles wieder gut.

Erstens kommen wir an die Grenzen der Leistungsfähigkeit sowohl derjenigen, welche das Geld für das System aufbringen müssen, als auch derjenigen die auf Leistungen angewiesen sind. Vor diesem Hintergrund erteilen wir auch allen Überlegungen zur Ausweitung von Eigenbeteiligungen, wie sie kürzlich in die politischen Diskussionen eingebracht worden sind, eine klare Absage. Chronisch Kranke sind durch die bisherigen Belastungen bereits soweit an den Rand dessen gedrängt worden, was sie selber zum funktionieren des Systems beitragen können, dass eine Ausweitung nicht möglich ist, ohne die Grenzen dessen, was unser Sozialstaat garantieren kann und muss, um sich Sozialstaat nennen zu dürfen, überschritten wird.

Gleiches gilt im Übrigen auch für alle Überlegungen, wie sie im vergangenen Jahr beim deutschen Ärztetag eingeleitet wurden, wo vehement ein Einstieg in eine Rationierung von medizinischen Leistungen gefordert wurde. Vor dem Hintergrund, dass in unserem Gesundheits-

system noch erhebliche Reserven vorhanden sind, bei deren konsequenter Nutzung, trotz einer Verbesserung der Versorgung, finanzielle Mittel eingespart werden, halte ich diese Diskussion für den Versuch, dringend notwendigen Reformen und Weiterentwicklungen auszuweichen und das bestehende System mit einem ständig steigenden Leistungs- und Einnahmeumfang für die Beteiligten festzuschreiben.

Eine solche Entwicklung halten wir für ethisch nicht verantwort- und mit unseren Traditionen und dem Verfassungsanspruch an einen Sozialstaat nicht vereinbar. Die Erfahrungen von Ländern, die eine solches System eingeführt haben, zeigen, dass dies eine Mehrklassensystem bei der Gesundheitsversorgung in einem Umfang zur Folge hat, die sich viele überhaupt nicht vorstellen könnten, wo die Frage, wer noch ausreichend medizinisch versorgt wird nur vom Geldbeutel abhängt.

Eine Solche Entwicklung ist mit den Diskussionen, die wir derzeit führen, nicht vergleichbar. Vor einem solchen System graut mir, darin möchte ich nicht leben, dagegen werden wir kämpfen.

Werden wir auch in Zukunft eine gesetzliche Krankenversicherung haben?

Zunächst einmal: Die Strukturen unseres gegenwärtigen Gesundheitssystems und das System der gesetzlichen Krankenversicherung sind für uns nicht sakrosankt. Wenn jemand ein besseres Konzept zur Strukturierung unseres Gesundheitssystems hat, werden wir uns damit unvoreingenommen beschäftigen.

Ein solches System muss allerdings bestimmte Grundanforderungen erfüllen: Die Absicherung aller Menschen, unabhängig vom aktuellen Einkommen, die Absicherung chronisch Kranker, die immer mehr kosten werden, als sie einbezahlen, eine Teilhabe am medizinischen Fortschritt und die Sicherstellung der Versorgung mit medizinisch notwendigen Leistungen. Aber: Ich kenne kein solches System. Kein Vorschlag, der im Moment vorliegt, überzeugt mich. Umso wichtiger ist es, das System der gesetzlichen Krankenversicherung zukunftsfähig zu machen.

In der DCCV sehen wir uns viele Einzelfragen vor diesem Hintergrund an, etwa die elektronische Gesundheitskarte oder die Entwicklungen bei der Kosten-Nutzen-Bewertung. Unsere Grundfrage ist immer. Stärkt es das System, baut es Fehlentwicklungen ab, trägt es zur Zukunftsfähigkeit bei?

Was erwarten Sie persönlich von der Gesundheitspolitik?

Ich habe selber Morbus Crohn mit einem keineswegs leichten Verlauf. Ich erwarte, dass eine Gesundheitspolitik betrieben wird, die absichert, dass ich und alle, die chronisch krank sind, sich darauf verlassen können, dass wir dann, wenn wir darauf angewiesen sind, stets das an Leistung bekommen werden, was wir benötigen, und uns keine bürokratischen Hürden aufgebaut werden, die wir in einem akuten Krankheitsschub nicht zu überwinden in der Lage sind.

Ich weiß aber auch, dass die DCCV und die anderen Patientenorganisationen intensiv hieran und hierfür arbeiten müssen, damit dies alles auch in Zukunft noch erhalten bleibt.