

WIR MÜSSEN GESUNDHEIT ALS WACHSTUMSMARKT BEGREIFEN

Klaus-Dirk Henke

Herr Professor Henke, das Gesundheitssystem ist – neben der Einkommenssicherung im Alter – die zweite große Reformbaustelle der rot-grünen Regierung. Aber die Koalition traut sich nicht richtig an das Thema. Warum?

Die Gesundheit war schon immer ein heikles Feld. Zudem ist das Gesundheitswesen unendlich komplex, und das Sozialrecht ist noch undurchsichtiger als das Steuerrecht. Es lässt sich nicht einfach reformieren, so wie möglicherweise die Rentenversicherung. Und offenbar können die meisten Akteure im Medizinsektor – Ärzte, Pharmaindustrie, Krankenhäuser, Kassen – mit dem Status quo noch immer ganz gut leben. Vielleicht muss das System erst gegen die Wand fahren, bevor wirklich etwas passiert.

WAS SIND DENN DIE ZENTRALEN SCHWACHSTELLEN DES DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESENS?

Erstens: Es fehlt an Transparenz. Niemand weiß genau, wie viel eine Leistung kostet, wer sie bezahlt und wer den Preis dafür festsetzt. Zweitens: Derzeit gibt es Über-, Unter- und Fehlversorgung mit medizinischen Leistungen. Wir brauchen mehr Qualität und Ergebnisorientierung, Leistungen müssen kontrollier- und nachvollziehbar sein. Drittens: Es fehlen

Anreize, sparsam mit den Versichertenbeiträgen umzugehen. Viertens: Vernetzte Strukturen, eine engere Zusammenarbeit aller Beteiligten würde zum Beispiel Mehrfachuntersuchungen verhindern, aber auch das Abrechnungssystem modernisieren und dem Patienten die Orientierung erleichtern. Fünftens: Die Kopplung der Finanzierung an den Faktor Arbeit wird immer problematischer - durch die nach wie vor hohe Arbeitslosigkeit und die Erosion gewöhnlicher, lebenslanger Beschäftigungsverhältnisse. Und schließlich steigt die Lebenserwartung, was sehr positiv ist. Dennoch verursachen ältere Menschen höhere Ausgaben. Chronische Krankheiten - Rheuma, Asthma, Diabetes, Herz-Kreislauf - nehmen zu und werden immer teurer. Eine noch größere Herausforderung ist allerdings der medizinisch-technische Fortschritt.

DER VERSUCH DER GESUNDHEITSMINISTERIN ANDREA FISCHER, DIE KOSTEN ZU DECKELN, IST ALSO IN JEDEM FALL ZUM SCHEITERN VERURTEILT?

Die Dynamik, die im Gesundheitssystem steckt, wird sich nicht an Kostengrenzen halten, die Politiker setzen. Weil die Beitragssätze zur Krankenversicherung stabil bleiben sollen, ist seit Jahren das Geld knapp. Wir müssen aber die Gesundheit als einen Wachstumsmarkt mit enormem Potenzial und als eine personalintensive Dienstleistungsbranche begreifen. Denken Sie nur an die Telemedizin, die Pflege oder die zahlreichen neuen Heil- und Hilfsmittel. Mehr als vier Millionen Menschen arbeiten darin, die Bundesbürger geben Jahr für Jahr 570 Milliarden Mark für ihr Wohlergehen aus – das ist weit mehr als das Volumen des Bundeshaushaltes.

WIE MÜSSTE EIN ZUKUNFTSFÄHIGES GESUNDHEITSSYSTEM IHRER MEINUNG NACH AUSSEHEN?

Mit kosmetischen Reparaturen am jetzigen System ist es nicht getan. Generell brauchen wir mehr Wettbewerb und Deregulierung wie im Strom- oder Telekommunikationsmarkt und weniger Einfluss von Seiten der Politik. Die Abkoppelung des Krankenversicherungsbeitrags vom Arbeitseinkommen ist eine der wichtigsten Aufgaben. Wir brauchen ein System wie in der privaten Krankenversicherung: Es gibt eine Pflichtversicherung, und statt Beiträge zahlt jeder Bürger Prämien an eine Versicherung, unabhängig von seinem Einkommen. Als Mindestversorgung gibt es ein Standardpaket medizinischer Leistungen für alle, gleich einem VW Golf. Diese Leistungen werden regelmäßig an den Fortschritt angepasst. Das heutige Versorgungsniveau sollte dabei der Maßstab sein, den wir

uns als reiches Land leisten können. Eine zusätzliche Versorgung ist jedem freigestellt. In der Frage der Finanzierung bietet das jüngste Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Gleichstellung von pflicht- und freiwillig versicherten Rentnern eine Chance zur Erneuerung. Dazu gehört auch eine Mindestversicherungspflicht für alle auf hohem Niveau.

DAS WÄRE EIN PARADIGMENWECHSEL IN DER GESUNDHEITSPOLITIK - STATT KOSTENLOSER MEDIZIN FÜR ALLE SPITZENLEISTUNGEN NUR NOCH FÜR DIE, DIE ES SICH LEISTEN KÖNNEN?

Wir alle müssen uns daran gewöhnen, mehr Geld für unsere Gesundheit auszugeben. Auch in der Rentenversicherung werden Rücklagen für das Alter gebildet. Warum sollte das im Gesundheitssektor anders sein? Man muss den Leuten klarmachen, dass es medizinische Leistungen nicht zum Nulltarif gibt. Für Urlaub und Freizeit werden Milliarden ausgegeben – warum nicht auch für Medikamente, Massagen oder Brillen? Es geht ja nicht immer um Krebs und um Schicksalsschläge, sondern auch um Heil- und Hilfsmittel bis hin zur Reiseapotheke – Konsumausgaben wie andere auch. Das erfordert mehr Selbstverantwortung und als Voraussetzung Aufklärung und mehr Mündigkeit der Leute. Das geht natürlich nicht von heute auf morgen.

WAS IST MIT DEN MENSCHEN, DIE SICH EINE SOLCHE VERSICHERUNG NICHT LEISTEN KÖNNEN?

Sozialhilfeempfänger und Arbeitslose werden vom Staat unterstützt, wie bisher auch. Von einer in den Medien oft beschworenen Zwei-Klassen-Medizin kann also nicht die Rede sein. Denn bei aller Marktorientierung sollte man die Solidarität nicht vergessen. Das heißt aber nicht, dass die kostenlose Rundumversorgung für alle bestehen bleiben kann.

MEHR MARKTORIENTIERUNG BEDEUTET ZWANGSLÄUFIG, DASS DER VERSICHERTE EHER KUNDE ALS PATIENT SEIN MUSS. WÜRDEN DAS NICHT VIELE MENSCHEN ÜBERFORDERN?

Ich denke nein. Gäbe es mehr Wettbewerb, wäre der Patient mündiger und aufgeklärter. Heute dürfen Sie ja noch nicht einmal in einer Arztpraxis gegen Geld eine Leistung nachfragen. Das ist paradox in einem Markt mit einem Volumen von fast 40 Milliarden Mark. Nötig wäre mehr Verbraucherberatung, etwa durch Telefonhotlines, und eine neue, wirk-same Versicherungsaufsicht durch den Staat.

**WO BLEIBEN IN IHREM MODELL DIE ARBEITGEBER?
IHREN VORSTELLUNGEN ZUFOLGE WÄRE DIE PARITÄTISCHE
FINANZIERUNG DER KRANKENVERSICHERUNG AM ENDE.**

Ja. Der jetzige Arbeitgeberanteil am Krankenversicherungsbeitrag müsste ausgezahlt werden, so dass die Löhne, Gehälter und Renten ansteigen. Es muss natürlich sicher gestellt werden, dass das steuerfrei erfolgt.

WAS PASSIERT, WENN NICHTS PASSIERT?

Bleibe das jetzige System bestehen, gäbe es eine immer schärfere Rationierung von Leistungen, wie wir sie ja heute schon erleben: Bürokraten entscheiden darüber, welche Leistungen zugeteilt werden und welche zu teuer sind. Eine Zeitlang könnten wir uns sicher noch durchwursteln auf hohem Niveau. Wir haben zwar glücklicherweise noch nicht 750 000 Kranke auf der Warteliste für Behandlungen wie in Großbritannien, aber Rationierung wird für uns ein Thema, kein Zweifel. Dem sollten wir uns rechtzeitig stellen. Man muss aber auch sagen: Wir haben einen hohen Standard der Versorgung und sind für viele Länder ein Vorbild. Wollen wir dies halten, müssen wir uns den Herausforderungen durch technischen Fortschritt und alternde Bevölkerung stellen.

**AUCH DER EUROPÄISCHE BINNENMARKT KÖNNTE FÜR
DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSSYSTEM ZUM SPRENGSATZ
WERDEN. DARAN DENKT OFFENBAR NIEMAND.**

Stimmt. Das europäische Wettbewerbsrecht wird die kartellierten Strukturen der deutschen Krankenkassen bald aufbrechen.

**DIE BÜNDNISGRÜNE GESUNDHEITSMINISTERIN ANDREA
FISCHER HAT NACH ZÄHEM RINGEN IHRE REFORM DURCH-
GESETZT. WAR DAS EIN SCHRITT IN DIE RICHTIGE RICHTUNG?**

Das waren ja eher Details und die Einlösung von Wahlkampfversprechungen. Frau Fischer hat mehr Wettbewerb und Vertragsfreiheit eingeführt, wie schon ihre Vorgänger. Sie hat jedoch wichtige Fragen wie die zukünftige Finanzierung und Europa ausgeklammert. Im Herbst wird aber frischer Wind in die Szene kommen, wenn wieder steigende Beiträge drohen.