

Gesundheitsorganisation – Grenzen der staatlichen Verpflichtung

Regina Görner

Als Gesundheitspolitikerin bin ich angesichts dessen, was hier diskutiert wird, in einem Dilemma. Die Fachwissenschaftler, die sich hier äußern, haben weitgehend kapituliert vor der Aufgabe, Orientierungen und Standards für Entscheidungen der Politik zu liefern, aber sehr wohl Forderungen an die Politik gestellt, vor allem die, endlich Entscheidungen zu fällen.

Leider steht mir als Gesundheitspolitikerin nicht der Weg offen, den die meisten der anderen Diskussionsteilnehmer gewählt haben, nämlich sich zurückzuziehen auf die Teilperspektive ihrer jeweiligen Disziplin. Ich trage eine Gesamtverantwortung, die von mir fordert, die Interessen der PatientInnen ebenso im Blick zu haben wie die der BeitragszahlerInnen, der Beschäftigten in den Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitsbranche ebenso wie die der SteuerzahlerInnen. Das ist eigentlich die Quadratur des Kreises, zumal nicht einmal die Ärzte untereinander sich auf ein gemeinsames Interesse zu verständigen vermögen. Ich sehe mich mit der Forderung konfrontiert, die Ressourcen der Gesellschaft möglichst weitgehend für Gesundheit zu reservieren und, wenn dies an Grenzen stößt, die entstehenden Verteilungskämpfe immer zugunsten derer zu entscheiden, die sich gerade äußern.

Aber damit nicht genug: Wir PolitikerInnen sollen zudem „ausgleichen, was mit der Säkularisation verloren ging“. Wir sollen „Schulen bereitstellen, die einer jungen

Generation“ eine bessere „Orientierung vermitteln“, als wir alle selbst besitzen. Wir sollen Menschen bewegen, quasi gesamtgesellschaftlich „freiwillig zur Askese bereit“ zu sein – eine Aufgabe, bei der seit Jahrtausenden Religionen wie Philosophen nicht allzu gut aussahen. Und auf jeden Fall sollen wir die Menschen dazu bringen noch mehr Geld in die Hand zu nehmen, damit die gewachsenen Ansprüche, auf welche Weise sie auch immer entstanden sind, im medizinischen Alltagsgeschäft nicht zurückgewiesen werden müssen.

Und weil Ärzte darauf bestehen, dass jede noch so teure Innovation ohne Ansehen der Preiswürdigkeit dem Patienten zur Verfügung stehen müsse – jedenfalls in der eigenen Disziplin! – wird dann noch verlangt, die Politik solle sich mit der „ex ante-Makroallokation“ beschäftigen.

Kurz gesagt: Die Experten, die es eigentlich wissen müssten, legen sich nicht fest. Auf dieser Grundlage soll ich nun als Politikerin den ehrlichen Makler spielen. Dabei weiß ich nur zu gut um die Abhängigkeit von Ratgebern, z. B. in der Pharmaindustrie, ohne die valide Informationen kaum zu erhalten sind, kann aber kaum beurteilen, was an den Ratschlägen wirklich valide ist. Und zugleich bin ich in der Gesundheitspolitik auch noch mit den Grundproblemen jeglicher Politik konfrontiert:

Oft ist nicht durchsetzbar, was als richtig erkannt wurde. Kompromisse müssen geschlossen werden, die in der Sache vielleicht nicht gerechtfertigt sind. Trotzdem müssen die Nöte der Menschen berücksichtigt werden, wobei Handeln und Nichthandeln gleichermaßen Schuldigwerden bedeuten kann. Was bleibt mir also? Ich bekenne mich zur Fehlerhaftigkeit von Politik und zur Notwendigkeit, trotz dieser Umstände handeln zu müssen. So empfehle ich mich – mal fröhlich, mal verzweifelt – der Hilfe dessen, zu dem ich mich mit meinem Amtseid öffentlich bekannt habe und den wir unseren Heiland nennen dürfen.

Lassen Sie mich, nachdem ich die Grenzen meiner Gestaltungsrolle im Gesundheitswesen abgesteckt habe, zu einigen inhaltlichen Akzenten kommen. Hier ist gefordert worden, zwischen Grund- und Wahlleistungen zu unterscheiden und die Wahlleistungen nicht mehr aus der GKV zu finanzieren. Das ist leichter gesagt als getan. Die Grenzziehung selbst wird möglicherweise einen gigantischen Organisationsaufwand erfordern.

Man muss auf jeden Fall genau hinsehen, ob Aufwand und Ertrag in einem vernünftigen Verhältnis stehen. Gut gemeint ist hier noch nicht gut gemacht, wie man am Beispiel der Kontrollorgane der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern bei Kurzzeitfällen erkennen kann. Da werden Umgehungsstrategien provoziert, die die gewünschten Einsparungen schnell zunichte machen.

Zurück zur Frage nach den Grenzen des staatlichen Handelns: Es macht ordnungspolitisch natürlich Sinn, dem Einzelnen die Risiken zu überlassen, die er selbst tragen kann, die Solidarität der GKV aber da einzusetzen, wo der Einzelne überfordert ist. Mit dem jetzigen Reformprojekt wird die Ausgrenzung von Bagatellkosten stark vorangetrieben. Allerdings muss man sehen, dass Umgehungstatbestände auch hier schon programmiert sind, etwa ein Trend von den nicht mehr erstattungsfähigen hin zu den – teureren – erstattungsfähigen Medikamenten.

Im Folgenden werde ich mich auf einige Punkte konzentrieren, die mich in meinem Alltag als Landesministerin betreffen und die hier noch nicht thematisiert worden sind.

Der Staat steht vor der Herausforderung, seine Steuerungsaufgabe im Gesundheitswesen nicht einfach an den Markt abgeben zu können. Wir wissen, dass Gesundheit für die Menschen ein dominantes Gut ist, letztlich sogar ein Gut von existenzieller Bedeutung. Marktmechanismen können hier nur begrenzt funktionieren. Es gibt kein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage, dieser Markt

ist anbieterorientiert und intransparent. Und die in den üblichen Beiträgen erwähnten Beispiele bestärken mich in dem Verdacht, dass Transparenz und Patientensouveränität in der Praxis erst noch hergestellt werden müssen. Ich bekenne mich ausdrücklich zu Maßnahmen, die diese Potenziale aktivieren:

- Patientenquittungen, die für Patienten lesbar sein müssen,
- valide Informationsangebote, die die Verbraucherposition stärken, z. B. Verzeichnisse über Angebote im Gesundheitswesen, Handreichungen zur Auswahl des richtigen Pflegeheimes, oder Instrumente wie ein Qualitätssiegel für Pflege,
- Unterstützung der Patientenberatung.

Es wäre wünschenswert, dass auch die Kassen sich der Patientenberatung intensiver annähmen. Es gibt Ansätze, aber es ist nicht erkennbar, dass der MdK sich in dieser Rolle schon Meriten erworben hätte. Er agiert als Rechnungsprüfungsstelle für die Kassen selbst und wird von den Beitragszahlern als Missbrauchs-beseitigungs-, nicht aber als Beratungsinstanz gegenüber dem Medizinbetrieb verstanden.

Und ich frage mich, warum „aggressive Aufklärung“ von Patienten nur da erforderlich sein soll, wo möglicherweise haftungsrechtliche Konsequenzen für ÄrztInnen entstehen. Dass dieser Begriff hier mehrfach unwidersprochen im Raum stand, ist nur erklärlich, wenn im Allgemeinen eine eher „defensive“ Aufklärung praktiziert wird. Ich nenne dazu nur das Stichwort IGeL, bei dem man sich fragen muss, ob das ärztliche Prinzip, wonach nur das zu verordnen ist, was dem Patienten nicht schadet, nicht auch unter dem Gesichtspunkt des wirtschaftlichen Schadens gelten muss.

Markttransparenz und Patientensouveränität sind mir wichtig, weil ich weiß, dass Markt und Wettbewerb immer da, wo sie funktionieren können, eine sinnvolle Allokation

von Gütern und Dienstleistungen bewerkstelligen. Aber der Markt kann auch versagen. Natürlich kann auch der Staat versagen. Und darüber muss man sich bei der Steuerung des Gesundheitswesens bewusst sein.

Jede Steuerungsmaßnahme muss zunächst darauf hin überprüft werden, ob sie marktkonform ist, also funktionsfähige Märkte nicht aushebelt. Dass Steuerungsmaßnahmen zwar gut gemeint, letztlich aber schlecht gemacht sind, kommt nach meiner Wahrnehmung gar nicht selten vor. Hierzu nur ein paar Stichworte:

- Patienten sollen veranlasst werden, preisgünstigere Varianten von Arzneimitteln zu verwenden, die Zuzahlungen dafür werden aber so ausgestaltet, dass man für billige und teure Mittel den gleichen Betrag zahlen muss.
- Wenn die DMPs als Verteilungsgröße für den RSA verwendet werden, gefährdet man grundsätzlich begrüßenswerte Funktionen für Sekundärprävention und verbesserte Versorgung und setzt Anreize, z. B. eine Welle von Hochrisikofällen beim Diabetes zu „produzieren“.
- Wenn Schutzmaßnahmen für die Pharmaindustrie, wie im Gesundheitsreformkompromiss vorgesehen, die Reimporte beschränken, verringern sie damit die Chance zu Kostenreduzierungen.

Meine Erfahrung ist, dass alle Gesundheitspolitiker in den Reformen der letzten Jahre den Lobbys immer wieder haben Zugeständnisse machen müssen, die wir mit einer Einschränkung der vorhandenen Ressourcen haben bezahlen müssen. Leider ist die Lobby, die sich für Marktkonformität stark macht, immer nur solange aktiv, wie die eigenen Interessen berührt sind.

Zurück zum Grundsätzlichen: Der Staat soll natürlich nicht mehr tun als nötig, aber auch nicht weniger als erforderlich. Er soll die Freiheitsspielräume des Einzelnen und

der kleinen Einheiten nicht nur respektieren, sondern deren Wahrnehmung auch unterstützen. Er soll nur das an sich ziehen, was außer ihm niemand anderes kann. Maßstab für die Aufgabenverteilung ist das Subsidiaritätsprinzip, das die Aufgabenerfüllung immer möglichst dicht an den Problemen und bei den Menschen, die diese Probleme haben, ansiedelt.

Im Gesundheitswesen ergeben sich daraus z. B. die Therapiefreiheit und die Freiheit der Arztwahl, wobei aus medizinischen Gründen und nicht zuletzt wegen der Partikularisierung medizinischer Wahrnehmung die Lotsenfunktion eines Hausarztes immer notwendiger erscheint. Das muss man natürlich nicht gesetzlich regeln, aber wenn, wie jetzt vorgesehen, auf eine regelrechte gesetzliche Festschreibung verzichtet wird, dann muss – auch das gehört zur Subsidiarität! – wenigstens sichergestellt werden, dass der Patient überhaupt Ärzte vorfindet, die die Lotsenfunktion übernehmen können. Wenn ich mir ansehe, was es derzeit in meinem Land noch für Widerstände gegen die Einrichtung eines Allgemeinmedizinischen Lehrstuhls und entsprechender Weiterbildungsmöglichkeiten gibt, dann wird deutlich, dass die Grenzen der Ermöglichung von Souveränität und Eigenverantwortung immer dann schnell erreicht sind, wenn Interessen der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen betroffen sind.

Auf Freiwilligkeit zu setzen, sollte stets die erste Option sein. Deshalb habe ich gerade mit den Trägern der nicht-ärztlichen Weiterbildung, einigen Berufsverbänden, Kammern und Krankenhäusern einen Verein gegründet, um eine „Gesundheitsakademie Saar“ zu entwickeln. Wir könnten das natürlich auch staatlich machen, aber warum, wenn es auch durch public-private-partnership geht?! Theoretisch ginge es natürlich auch ganz ohne uns, aber meine Erfahrung ist, dass unsere Rolle als ehrliche Makler es konkurrierenden Trägern ermöglicht sich auf solche gemein-

samen Aktivitäten einzulassen, die für die Qualitätssicherung des Gesundheitswesens nicht nur in meinem Land von zentraler Bedeutung sind. Aber hier treten wir als Ministerium nicht als Normgeber auf, sondern als Partner unter Partnern.

Diese Zusammenarbeit mit allen Akteuren im Gesundheitswesen – nicht aus einer Haltung hoheitlicher Herablassung, sondern auf Augenhöhe – könnte zentral für die Gesundheitspolitik der Zukunft zu sein. Sie erhöht die Qualität politischer Entscheidungen, ermöglicht es die komplexen Sachverhalte aus verschiedenen Perspektiven zu sehen und dicht an den Problemen zu agieren. Gelegentlich gehört dazu auch einmal eine Moderatorenrolle, etwa bei dem Versuch, die Kassenärztliche Vereinigung Saar zu einer Satzungsänderung zu veranlassen, damit Notfallambulanzen *an* und nicht nur *in* Krankenhäusern eingerichtet werden können. Die KV Saar hatte sich den Status quo der Notfallversorgung in der Satzung festgeschrieben. Nur mit 2/3-Mehrheit konnte eine Änderung herbeigeführt werden. Hier war staatlicherseits nichts zu „verordnen“, aber geduldiges „Bohren dicker Bretter“ bis hin zu einer von mir veranlassten einstimmigen Bitte des Landtags an die KV haben dann schließlich doch Erfolg gezeitigt. Ganz flächendeckend sind die Notfallambulanzen am Krankenhaus z. Zt. zwar noch nicht, aber wir kommen voran.

In einem kleinen Land wie dem Saarland mit überschaubaren Strukturen funktioniert die Zusammenarbeit mit den Trägern und Akteuren im Gesundheitswesen sicher leichter als anderswo. Und da werden dann auch andere Grenzen der staatlichen Steuerungsaufgabe sichtbar: Immer wieder werde ich dazu gedrängt die Rolle des Schiedsrichters zwischen einigungsunwilligen Verhandlungspartnern zu übernehmen. Das lehne ich generell ab. Aus der Tarifpolitik weiß ich, dass das Fehlen eines Schiedsrichters die Einigungsbereitschaft enorm fördert.

Deshalb erfüllt es mich mit großem Unbehagen, dass bei der Einführung der DRGs die Akteure der Selbstverwaltung ein zweites Mal nicht die Kraft gefunden haben, eine Einigung untereinander herbeizuführen und stattdessen wieder die Ersatzvornahme des Bundesministeriums erfolgen musste. Das sind Akte der Selbstkastration, die den Staat förmlich zwingen, die selbst auferlegten Grenzen dann doch wieder zu überschreiten. Wenn die Akteure auf Bundesebene die Chance der Selbstverwaltung vertun, sollten sie jedenfalls in der Zukunft nicht die Entscheidungen kritisieren, die der Staat dann notgedrungen treffen muss.

Aus dem Subsidiaritätsprinzip ergibt sich, dass der Staat sogar hoheitliche Befugnisse nicht unbedingt selbst wahrnehmen muss, sondern anderen einen Teil seiner Aufgaben überlassen kann, wenn sie näher an den Problemen sind. Das gilt für Selbstverwaltungsstrukturen, aber auch für Kassenärztliche Vereinigungen oder Kammern. Und das ist auch gut so. Das wohlfeile Herummökeln an den Selbstverwaltungsstrukturen im Gesundheitswesen ist mittlerweile unerträglich. Man kann ja durchaus unterschiedlicher Meinung sein, ob und inwieweit Kammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften oder Kassenverbände ihre Arbeit gut machen. Ich habe daran im Einzelfall eine Menge Kritik. Aber ich werde dennoch immer für die Existenz solcher Kollektiveinrichtungen plädieren, denn sie ermöglichen in Feldern, in denen auf Steuerung nicht verzichtet werden kann, in aller Regel sachgerechtere Lösungen, als wenn die Politik selbst das übernehme.

Und sie können es im übrigen auch besser als die am Markt agierenden Individuen. Die Forderungen nach mehr einzelvertraglichen Lösungen im Gesundheitswesen sind zwischenzeitlich schon etwas leiser geworden. Man kann über solche Lösungen im Einzelfall reden, aber damit kann die Aufgabe nicht erledigt werden, die z. B. die KVen der Politik abnehmen, nämlich zwischen den Interessen

einzelner Arztgruppen den Vermittler und Schiedsrichter zu spielen. Dass die Kassen gar nicht in der Lage wären, die Verträge mit allen Anbietern einzeln auszuhandeln, weiß jeder, der sieht, wie lange es heute dauert, bis Verhandlungen über Budgets zum Abschluss kommen. Aber das ist mittlerweile sogar den Kassen klar.

Jedenfalls sollten sich die aus meiner Sicht unverzichtbaren Selbstverwaltungsstrukturen nicht im Kampf gegeneinander selbst das Wasser abgraben. Dafür gibt es leider genügend Beispiele. Es sollte eigentlich allen klar sein, dass Kritik an den kollektiven Strukturen nie nur die Kammern oder die Kassen trifft, sondern insgesamt das Vertrauen in die Institutionen des Gesundheitswesens untergräbt.

Außerdem: Wenn es mit den geforderten einzelvertraglichen Lösungen schief geht, dann ist ohnehin die Politik wieder gefordert. Ich sehe mich jedenfalls außerstande, es mit meiner Handvoll von Fachbeamten besser zu machen als die derzeitigen Akteure, auch wenn ich auf deren Seite eine Menge Verbesserungsmöglichkeiten sehe.

Abschließend komme ich zu einem Feld, in dem Organisationsverpflichtung und Grenzen dieser Pflicht für eine Länderministerin hartes Alltagsgeschäft sind: zur Krankenhausplanung. Glücklicherweise wurden im Gesundheitskompromiss die Länderkompetenzen erhalten, obwohl Forderungen nach einer monistischen Krankenhausfinanzierung auch für einige Politiker verlockend waren. Tatsache bleibt nämlich, dass die Belange des Gemeinwohls von niemandem besser bewerkstelligt werden können als von den Ländern, trotz aller Schwierigkeiten. Wer die bisherigen Ergebnisse kritisiert, sollte besser seinen Beitrag zur Verbesserung der Planungsaktivitäten leisten: Das Angebot an die Kassen, sich an den politischen Planungsentscheidungen zu beteiligen, wurde im Saarland jedenfalls bisher nicht angenommen.

Krankenkassen allein können für derart kostspielige Güter und Dienstleistungen, wie sie ein Krankenhaus umfasst, keine sinnvolle Allokation vornehmen, weil sie nun einmal die Interessen ihrer Mitglieder vertreten. Und die sind nicht identisch mit den Interessen der Regionen, die wir versorgen müssen. Welchen Beitrag sollen etwa die ins Kraut geschossenen virtuellen Betriebskrankenkassen zu der Frage leisten, ob älteren Schlaganfallpatienten im Hunsrück mehr Risiken zugemutet werden müssen als Einwohnern von Saarbrücken oder Homburg. Solche Fragen können die Kassen nun einmal nicht *beantworten* und schon gar nicht *verantworten*. Die einzigen, die sich für Entscheidungen und gute Ratschläge tatsächlich rechtfertigen müssen, sind nun einmal die Politiker, und die müssen sich dieser Aufgabe auch stellen.

Natürlich muss ich als Landesgesundheitsministerin künftig nicht bettengenau zumessen, wer welche Leistungen im einzelnen und unter Umständen jenseits jeder ökonomischen Grenzen vorhalten muss. Das kann man künftig anders machen. Vor allem aber konnte man schon im Vorfeld etwas dafür tun, dass Krankenhäuser angesichts der absehbaren DRG-Finanzierung nicht an erkennbar unwirtschaftlichen Konzepten festgehalten haben. Ich habe deshalb allen 27 Akutkliniken des Saarlandes deutlich gemacht, dass sie sich auf die geänderten Finanzierungsstrukturen besser rechtzeitig einstellen und Veränderungen auf den Weg bringen müssen, die ein Überleben auch in der Fläche sichern. Deshalb wurden unterschiedliche Versorgungsvorstellungen für elektive und nichtelektive Leistungen entwickelt. Die Kliniken wurden veranlasst, Schwerpunkte zu bilden und nicht länger alles um jeden Preis selber machen zu wollen, wie es leider für viele Krankenhäuser typisch war.

Wenn ich bei der Krankenhausplanung den wohlfeilen Ratschlägen der Ökonomen und Krankenkassen in mei-

nem Land gefolgt wäre, hätte ich einfach ein paar Kliniken schließen müssen, und dann wäre der Markt angeblich bereinigt gewesen. Das wäre ein gigantischer Trugschluss gewesen.

Natürlich kann man auch auf den großen Zusammenbruch setzen, aber in unseren Krankenhäuser steckt schließlich eine Menge Geld von Steuer- und Beitragszahlern, und man erwartet von der Politik zu Recht, dass sie Versorgungssicherheit gewährleistet. Also musste z. B. mit allen Beteiligten darüber diskutiert werden, warum ein Gutteil der Geburtshilfe-Stationen geschlossen werden muss, im übrigen gegen heftigen Widerstand nicht nur der örtlichen Kommunalpolitiker, sondern auch der betroffenen Mediziner. Mit allen Kliniken mussten Wege gesucht werden, wie sie ihr Angebotsspektrum verändern können.

Wir hatten uns mit allen Akteuren auf einen neutralen Gutachter verständigt, der den voraussichtlichen Leistungsbedarf in den einzelnen Disziplinen prognostiziert und dabei auch Benchmarking herangezogen hat. Wir haben dann im Ministerium die unterschiedlichen Bedarfe auf die Kliniken in der Region herunterbrechen müssen. Und dazu musste mit den Krankenhäusern individuell abgestimmt werden, auf welche Weise die vorgesehenen Krankenhausdienstleistungen auch in ökonomisch sinnvollen Einheiten vorgehalten werden konnten. Das kann man von keinem Gutachter erwarten.

Wir haben mit dem Krankenhausbedarfsplan die Krankenhauslandschaft im Saarland heftig gestutzt, wenn auch nicht so stark, wie es die Kassen gern gesehen hätten. Aber wir haben im Endeffekt mit allen Trägern eine Verständigung erreicht, was bedeutet, dass die Veränderungen auch sofort wirksam geworden sind und nicht noch Jahre ungeklärt bei Gerichten anhängig sind, wie das bei anderen Vorgehensweisen üblich war und ist.

Bei der Krankenhausplanung haben die inhaltlichen Fra-

gen mir als Gesundheitspolitikerin wesentlich weniger abverlangt als die Frage der Durchsetzbarkeit. Der Beschluss, ein Krankenhaus zu schließen, führt ja leicht zum gegenteiligen Ergebnis: Alle solidarisieren sich mit der betroffenen Klinik, am lautesten sogar diejenigen, die hoffen können, selbst von Veränderungen verschont zu bleiben, solange über andere diskutiert wird.

Meine Erfahrung zeigt:

Die staatliche Gesundheitsorganisation kann mehr bewirken, als sie in der Vergangenheit unter Beweis gestellt hat. Dazu muss sie sich aber ernsthaft um verlässliche Entscheidungskriterien und solide Informationsbasis bemühen, aber auch um die Entwicklung einer strategischen Planung, die die Verwirklichung der als richtig erkannten Sachverhalte erlaubt. Gefordert ist eigentlich die Kunst der Politik. Wenn wir davon etwas mehr an den Tag legen, müssen wir um den Staat als Akteur in der Gesundheitsorganisation sicher nicht fürchten.