

Das zeigt, dass Solidarität etwas ist, das man in unserem Gemeinwesen immer wieder erkämpfen und verteidigen muss, gerade weil objektive Maßstäbe dafür fehlen, wie zukünftig Solidarität in der Praxis eigentlich aussehen soll. Dieser Kampf ist Aufgabe der Politik. Die geführten Konsensverhandlungen und die dabei getroffenen Regelungen im GKV-Modernisierungsgesetz haben das Spannungsverhältnis zwischen Solidarität und finanzieller Leistungsfähigkeit unseres Solidarsystems deutlich gemacht. Angesichts dieser Herausforderung sind wir Grüne mit unserem Konzept der Bürgerversicherung für mehr Solidarität im Gesundheitswesen in den Ring gestiegen. Diejenigen, die es ablehnen – ich nenne sie immer die „Geht-nicht-Fraktion“ –, sind gefragt, tragfähige und finanzierungsfähige Alternativen auf den Tisch zu legen.

Staatliche Gesundheitsorganisation – Modelle für die Zukunft

Monika Brüning

Der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung war in den letzten Monaten intensiv mit kurzfristigen Maßnahmen zur Stabilisierung des gegenwärtigen Gesundheitssystems beschäftigt. Die Möglichkeit sich hier mit Langzeitperspektive grundlegend mit Gesundheitspolitik zu befassen, trägt zur Horizonterweiterung bei, um nicht den Blick für das Ganze zu verlieren.

Zunächst seien die Rahmenbedingungen erwähnt, die bei den Überlegungen für die staatliche Gesundheitsorganisation der Zukunft nicht unberücksichtigt bleiben können. Die Gesundheitsreform auf der Grundlage des GKV-Modernisierungsgesetzes, das verabschiedet wurde, verschafft der Politik eine Atempause, um den umfassenden Umbau des Gesundheitssystems anzupacken. Allen Beteiligten war klar, dass sich dringend etwas ändern muss. Obwohl in Deutschland eine durchaus gute medizinische Versorgung vorhanden ist, bestehen doch in nicht wenigen Bereichen Über-, Unter- und Fehlversorgung der Patienten.

Das erklärte Ziel der Union ist es, die medizinische Versorgung nach den Grundsätzen zu gewährleisten, wie sie in den §§ 70 ff. SGB V formuliert sind. Die medizinische Versorgung muss bedarfsgerecht, gleichmäßig und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend erfolgen. Sie muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.

Auch in Zukunft muss das medizinisch Notwendige geleistet werden. Rationalisierung darf nicht in unsoziale Rationierung von Gesundheitsleistungen umschlagen.

Aber die finanziellen Lasten durch den – grundsätzlich begrüßenswerten – medizinischen Fortschritt und die Alterung der Gesellschaft nehmen rapide zu. Beides führt dazu, dass eine Finanzierungslücke entstanden ist, die sich weiter vergrößert. Es müssen Wege gefunden werden, damit medizinische Leistungen und Spitzenmedizin allen Patienten ohne Ansehen ihres Alters oder ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit zugute kommen.

Die demografische Entwicklung erleichtert die Aufgabe nicht. Uns fehlen junge Menschen. Wir haben eine viel zu niedrige Geburtenrate. Deutschland ist unterjüngt! Daher muss mehr für die Familien getan werden; nicht nur, aber auch in finanzieller Hinsicht. 2001 entfielen von 664 Milliarden Euro Sozialleistungen immerhin 228 Milliarden auf das Gesundheitswesen, aber nur 99 Milliarden auf Ehe und Familie (Ehegattensplitting, Kindergeld, Jugendhilfe, Erziehungsgeld, Familienleistungsausgleich), was unzureichend ist. Daher gehören auch Maßnahmen zur finanziellen Entlastung von Familien in die gesundheitspolitischen Überlegungen.

Unabhängig davon sollten die vorhandenen Mittel effizienter eingesetzt und die Qualität der medizinischen Versorgung deutlich gesteigert werden. Der sozial gerechte Weg ist, durch strukturelle Reformen Effektivität und Qualität der medizinischen Versorgung zu erhöhen. Ein solcherart leistungsfähiges Gesundheitswesen benötigt nachhaltige und gerechte Finanzierungsgrundlagen. Es kann allerdings nicht bei der lohnabhängigen Finanzierung des Systems bleiben. Immer weniger lohnabhängig Beschäftigte stehen einer stetig wachsenden Zahl an Leistungsempfängern gegenüber. Eine steigende Sockelarbeitslosigkeit und völlig veränderte Erwerbsbiographien erfordern eine Ent-

koppelung der Beiträge von den Löhnen. Um die Wirtschaft wieder anzukurbeln, ist eine Entlastung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer notwendig. Daher müssen die Sozialleistungen wieder unter die 40-Prozent-Marke gedrückt werden. Um für alle am Gesundheitssystem Beteiligten Planungssicherheit zu gewährleisten, muss außerdem dringend über eine Einbeziehung von Kapital- und anderen Einkünften außerhalb des Erwerbseinkommens in die Berechnung der Krankenkassenbeiträge nachgedacht werden.

Welche Ziele sollen mit diesen Überlegungen zur Reform des Gesundheitssystems verfolgt werden? Das Hauptziel ist ein freiheitliches und humanes Gesundheitswesen, das nach den Prinzipien Solidarität und Subsidiarität gestaltet ist. Die Überlegungen bewegen sich dabei in dem Spannungsfeld von Humanität, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Vor allem anderen geht es darum, den Menschen als Patienten und Versicherten wieder in den Mittelpunkt zu rücken. Er ist Akteur und nicht bloß ein passiver Leistungsempfänger. Der mündige Patient bedarf nicht der bürokratischen Gängelung. Er will keine Betreuung von der Wiege bis zur Bahre, sondern Beteiligung. Seine Selbstverantwortung und sein Wille zur Eigenvorsorge muss gestärkt werden. Denn die Union sieht den Menschen als Wesen, das in der Lage ist vernünftig und verantwortlich zu entscheiden. Dies gilt auch für sein Gesundheitsverhalten und im Grundsatz auch im Krankheitsfall. Es ist die Aufgabe der Politiker den Menschen die notwendige Freiheit zu sichern. Es gilt auch hier der Satz des Begründers der Sozialen Marktwirtschaft, Ludwig Erhard: „Ich will mich aus eigener Kraft bewähren, ich will das Risiko des Lebens selbst tragen, will für mein Schicksal selbst verantwortlich sein. Sorge Du, Staat, dafür, dass ich dazu in der Lage bin.“¹ Der Patient ist nach ärztlicher Auffassung selbstverständlich kein Kunde im herkömmlichen Sinne

der Sozialen Marktwirtschaft. Er sollte aber auch als Kunde, der durchaus in der Lage ist selbstverantwortlich zu handeln, verstanden werden. Nicht Bevormundung durch den Staat oder die Krankenkassen, sondern ein größeres Maß an Selbstbestimmung bei Erhalt einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung ist daher das Ziel unserer humanen, patientenorientierten Gesundheitspolitik.

Dabei darf es aber nicht zu einer vollständigen Entsolidarisierung kommen. Denn Freiheit umfasst sowohl Rechte als auch Pflichten. Jeder Einzelne trägt auch Verantwortung gegenüber den Mitmenschen und den zukünftigen Generationen. Die Freiheit des Einzelnen verwirklicht und bewährt sich in der Zuwendung zum Nächsten und in der Gestaltung des menschlichen Zusammenlebens, insbesondere bei Schwäche und Krankheit. Wir müssen also dafür Sorge tragen, dass dem Einzelnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gesichert ist. Schließlich kann Krankheit jeden jederzeit treffen. Er muss vor Verarmung und Not durch die finanziellen Folgen einer Erkrankung geschützt werden. Die Menschen müssen sich auch in Zukunft darauf verlassen können, dass sie im Falle einer Erkrankung, insbesondere einer schweren oder chronischen Erkrankung, durch die Solidargemeinschaft abgesichert sind.

Solidarität bedarf aber der Verantwortung. Jeder Einzelne muss sich seiner Verantwortlichkeit bewusst sein. Eine Überbeanspruchung des Solidargedankens, wie wir es in der Vergangenheit erlebt haben, kann sich unser System nicht leisten. Dies betrifft allerdings nicht nur die Patienten – z. B. bei überzogener Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – sondern alle Beteiligten. Als Beispiele seien hier genannt: Betrugs- und Korruptionsfälle bei den Leistungserbringern, gestiegene Personal- und Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. Nur durch konsequentes eigenverantwortliches Handeln wird die Solidargemeinschaft vor Überforderung geschützt.

Wenn der Patient eine aktivere Rolle im Gesundheitssystem übernimmt, bedingt dies eine Bewusstseins- und Verhaltensänderung, d. h. eine Einsicht in den Wert „Gesundheit“ durch den Patienten bzw. Versicherten und eine dementsprechende Lebensführung. Die Menschen messen dem Erhalt ihrer Gesundheit einen hohen Stellenwert zu. Das Sprichwort: „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“, kommt nicht von ungefähr. Und die Menschen sind bereit viel für ihre Gesundheit zu tun und auch etwas dafür zu zahlen. Durch eine stärkere Beteiligung der Patienten an der Bezahlung ihrer medizinischen Leistungen schaffen wir ein erhöhtes Kostenbewusstsein und eine verantwortungsbewusste Inanspruchnahme der Leistungen. Durch die Begrenzung der Zuzahlung auf 2 Prozent des Bruttojahreseinkommens bzw. 1 Prozent bei chronisch Kranken ist gewährleistet, dass die Selbstbeteiligung nicht über das Maß der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit hinausgeht. Auch Familien als Keimzellen der Gesellschaft müssen besonders berücksichtigt werden. Dies sichert die Union vor allem dadurch, dass die Familienversicherung, d. h. die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Ehegatten beibehalten wird, und Kinder sowie Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr von den Zuzahlungsregelungen ausgenommen sind.

Langfristig wird so mehr Selbstverantwortung und Vorsorge des Einzelnen erreicht. Unter dem Gesichtspunkt der Eigenverantwortung und der Nachhaltigkeit kommen der Gesundheitsförderung und der Prävention insbesondere mit Blick auf die Vermeidung altersbedingter Krankheiten besondere Bedeutung zu. Erfolgreiche Prävention erhöht die Lebensdauer und die Lebensqualität. Daher haben Prävention und gesundheitliches Marketing in einem modernen Gesundheitssystem eine zentrale Bedeutung. Nur am Rande sei bemerkt, dass die tatsächliche Kosteneinspa-

rung durch Prävention schwer quantifizierbar und durchaus umstritten ist.

Um unsere Präventionsziele zu erreichen, treten wir erstens dafür ein, die Aktivitäten von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung in einem Aktionsprogramm Prävention, formuliert als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, zu bündeln. Zweitens muss sich für den Einzelnen, der sich gesundheitsbewusst verhält, sein Verhalten auf der Beitragsseite und bei der Leistungsgewährung „lohnen“.

Auch müssen wir den Patienten und Versicherten die aktive und verantwortliche Teilhabe an der Sorge um ihre „Gesundheit“ einräumen. Es müssen ihnen mehr Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten an die Hand gegeben werden.

Denn Menschen, die im Sinne der Subsidiarität in eigener Verantwortung gut für sich selbst und damit für einen eigenen Versicherungsschutz sorgen können, dürfen nicht in eine Zwangssolidarität getrieben und Eigenverantwortung damit erstickt werden. Das Subsidiaritätsprinzip bedeutet übertragen auf die Ausgestaltung unseres Gesundheitssystems, dass dem Einzelnen Entscheidungen nur dann abgenommen werden, wenn erwiesen ist, dass der Staat sie besser fällen kann. Und hier muss der Staat den Bürgern wieder mehr zutrauen. Die Bürger müssen ihrerseits wieder mehr Mut beweisen, ihre Zukunft und auch ihre gesundheitliche Absicherung in die eigene Hand zu nehmen. Sie müssen dies als Chance begreifen.

Wie sehen nun die Rahmenbedingungen eines solchen freiheitlichen und humanen Gesundheitswesens der Zukunft aus?

Beim Patienten soll mit Prävention, Selbstbestimmung und Wahlfreiheit angesetzt werden. Im System geht es um mehr echten Wettbewerb, um mehr Transparenz und Qualität.

Insbesondere Selbstbestimmung, Wettbewerb und Transparenz bedingen sich untereinander. Versicherter

bzw. Patient auf der einen, Leistungserbringer wie Ärzte und Krankenhäuser auf der zweiten Seite und schließlich die Krankenkassen als Kostenträger auf der dritten Seite stehen zueinander in einem gesunden, sich austarierenden Verhältnis.

Auf der zweiten, der Leistungserbringerseite, muss es nach Auffassung der Union mehr Wettbewerb und Flexibilität geben. Insbesondere die bisher starren Sektorengrenzen zwischen ambulantem, stationärem und Rehabilitationsbereich müssen bei den Leistungsangeboten überwunden werden. Dies wird erreicht, wenn Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zukünftig sektorenübergreifend und krankheitsprozessorientiert begriffen werden. Die integrierte Versorgung, wie sie im GKV-Modernisierungsgesetz ermöglicht wird, ist ein guter Anfang. Alle Beteiligten, Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Physiotherapeuten oder Pflegedienste, finden sich zur Behandlung einer Krankheit zu einem Team zusammen. Über die bisher bestehenden Barrieren des Rechts, der Kommunikation oder der Vergütung hinweg muss die Behandlung durch den jeweils richtigen Akteur am richtigen Ort zur richtigen Zeit ermöglicht werden.

Außerdem müssen die Leistungsanbieter wie Ärzte, Pflegekräfte, Apotheker sich wieder auf ihre eigentliche Aufgabe konzentrieren können, nämlich den einzelnen Patienten dem anerkannten Stand der Medizin gemäß zu behandeln. Um dies zu erreichen, ist es erforderlich, ihre Tätigkeit zu entbürokratisieren. Sie müssen von überflüssigen Verwaltungsaufgaben und Gängelung befreit werden.

Und schließlich ist es das Anliegen der Union diese Berufe durch eine veränderte Vergütung wieder attraktiver zu machen. Wir wollen die Vergütung nicht mehr primär an der finanziellen Situation der Krankenkasse, sondern an der Morbidität und dem Versorgungsbedarf der Patienten ausrichten. Die Umstellung der Vergütung im ambulanten

Bereich von der Gesamtvergütung auf morbiditätsorientierte Regelleistungsvolumina, bei der die ärztlichen Leistungen bis zu einer Obergrenze nach festen Punktwerten vergütet werden, weist in diese Richtung. Natürlich geht es auch um eine verantwortliche Arbeitszeitregelung, wie sie derzeit diskutiert wird.

Insgesamt will die Union zuverlässige Rahmenbedingungen und langfristige Planungssicherheit und Verlässlichkeit für die Leistungserbringer schaffen, damit diese sich dem Wettbewerb stellen können. Dies gilt insbesondere auch für diejenigen, die sich für die Selbstständigkeit und Freiberuflichkeit entscheiden und damit gleichfalls Garanten einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung sind.

Auf der dritten Seite, derjenigen der Kostenträger, also der gesetzlichen Krankenkassen, soll es nach Auffassung der Union mehr Verantwortung für die Ausgestaltung des Angebots geben. Den Kassen muss die Freiheit eingeräumt werden, auf der Grundlage eines einheitlichen Grundleistungskatalogs unterschiedliche Selbstbehalttarife und Mehrleistungen anzubieten. Somit würde der Versicherte in die Lage versetzt, sich im Rahmen des solidarischen Systems sein eigenes, quasi maßgeschneidertes, Versicherungspaket zu schnüren. Dies zwänge die Krankenkassen in einen Wettbewerb miteinander um attraktive Angebote und Leistungspakete. Mit der privaten Versicherung des Zahnersatzes wird der Einstieg in wettbewerbsorientierte und darüber hinaus auch lohnunabhängige Versicherungsformen ermöglicht. Mehrleistungen müssen nicht unbedingt voll solidarisch finanziert werden.

Ziel ist es, den Menschen als Versicherte mit Blick auf ihre Lebensplanung künftig eine größere Wahlfreiheit über den Umfang des Versicherungsschutzes zu ermöglichen. Der Einzelne soll entscheiden können, ob er den bisherigen Versicherungsumfang beibehalten, zusätzliche Leistungen

erhalten oder bei gleichzeitiger Beitragsermäßigung Leistungen abwählen oder einen Selbstbehalt übernehmen will. Dasselbe gilt für die Wahlmöglichkeit zwischen Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzip.

Das gesamte Gesundheitssystem muss für alle Beteiligten transparenter gestaltet sein, als dies bisher der Fall war. Denn ohne Transparenz wird es keinen wirklichen Wettbewerb geben.

Um seine Wahlfreiheit und seine Mitgestaltung ausüben zu können, benötigt der Patient verständliche und aussagekräftige Informationen über seinen Gesundheitszustand und in Betracht kommende Therapien. In diese Richtung gingen die Vorschläge für eine „Patientenquittung“, ausgestellt von den Leistungserbringern, sowie für die Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Versicherten jährlich über die Verwendung der Beitragsmittel zu informieren.

Aber auch die Krankenkassen benötigen ein Mehr an Informationen. Sie müssen Bescheid wissen über die Leistungsfähigkeit der Anbieter. Sie müssen Kenntnis davon haben, welche Vorstellungen und Wünsche ihre Versicherten hegen. Und auch der Arzt muss die Möglichkeit haben, dem Patienten gegenüber Aussagen über die Leistungsfähigkeit der gewählten Krankenkasse im Wettbewerb zu treffen.

Mehr Information ist vor allem bezüglich der Qualität der Gesundheitsversorgung notwendig, wobei es insbesondere um die Ergebnisqualität, aber auch um Prozess- und Strukturqualität geht. Nicht zuletzt unter diesem Gesichtspunkt ist es wichtig, dass die ehemals starren Grenzen überwunden werden. Angesichts der Umstellung der Krankenhausvergütung auf DRGs (Diagnosis Related Groups) ist dies dringlicher denn je. Denn verkürzte Liegezeiten erschweren die Qualitätsdarstellung. Die Erkenntnisse des Qualitätsmanagements müssen alle Beteiligten – Patienten und Versicherte sowie Leistungserbringer und

Krankenkassen – unter angemessener Berücksichtigung des Datenschutzes nutzen können.

Die Union will ein Gesundheitssystem, das von Solidarität und Subsidiarität geprägt ist. Die Versorgung aller, nach dem allgemeinen Stand der Medizin, ungeachtet ihres Alters und ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit, muss gesichert werden. Dennoch ist eine angemessene Beteiligung der Versicherten an den Kosten ihrer Gesundheitsversorgung notwendig, nicht nur zur Finanzierung des Systems, sondern auch, um den Wert des Gutes „Gesundheit“ wieder verstärkt bewusst zu machen. Dabei muss die individuelle Belastbarkeit berücksichtigt werden, was mit der Härtefallregelung gewährleistet werden soll.

Wir wollen menschliche Zuwendung statt Bürokratie, ein System, in dem es weniger Budgetierung und dirigistische Einflüsse gibt. Nicht Kontrolle und Gängelung, sondern Anreize und Wettbewerb sorgen für Effizienz im System. Für die mündigen Patienten, als die wir die Menschen sehen, wollen wir freie Arztwahl statt Staatsmedizin, Therapiefreiheit statt Listenmedizin und Wettbewerb statt Einheitsversorgung.

Anmerkung

¹ Erhard, Ludwig: Wohlstand für alle. 1957.

Gesundheitspolitische Aspekte der österreichischen Außen- und Entwicklungspolitik

Senta Wessely-Steiner

Die folgenden Beispiele gesundheitspolitischer Aspekte der österreichischen Außen- und Entwicklungshilfepolitik beschränken sich auf einige Ereignisse der letzten 12 Monate, an denen sich dennoch die Diversität in Bezug auf Themen und Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen – bilateral, in kleiner Gruppe und global – aufzeigen lässt. Die Mitarbeit in internationalen Organisationen sowie auf EU-Ebene wird bewusst ausgelassen.

Außenpolitik

Im Bereich der Außenpolitik – hier sind derzeit 35 bilaterale Verträge mit anderen Staaten oder internationalen Organisationen *ausschließlich* zum Thema Gesundheit in Kraft – seien folgende Bereiche erwähnt:

- Netzwerk menschliche Sicherheit (Human Security Network),
- Irak,
- Radioaktive Quellen bzw. Materialien,
- „Jahr des Wassers“.

Österreich hatte bis Mai 2003 im *Netzwerk menschlicher Sicherheit*, dessen politisches Konzept von „menschlicher Sicherheit“ auf das Individuum und sein Leben in Sicher-