

---

# Leitbild für die Gesundheitspolitik: Wie soll sich das Gesundheitssystem der Zukunft entwickeln?

## Fünf Bemerkungen zur nachhaltigen Sicherung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung für alle

Josef Hecken

1. Die aktuellen und künftigen Diskussionen über Gesundheitssysteme dürfen nicht auf „bloß“ ökonomische Fragestellungen reduziert werden. Denn je nachdem, wie ein Gesundheitssystem der Zukunft ausgestaltet wird, werden auch fundamentale – ethische – Grundentscheidungen unserer Gesellschaft berührt. Wenn es richtig ist, dass sich der „humane“ Wert einer Gesellschaft auch und vor allem danach bestimmt, wie ein Gemeinwesen mit den schwächsten seiner Glieder umgeht, dann ist die Frage, ob es auch in Zukunft noch ein solidarisches Gesundheitssystem gibt, in dem Gesunde die Kranken und Vermögende die Mittellosen unterstützen, damit jedermann optimal versorgt wird, mehr als nur eine ökonomische Frage. Solidarisch im hier zugrunde gelegten Sinne bedeutet dabei aber nicht zwingend Umlagefinanzierung und Ankopplung der Finanzierung an das Arbeitseinkommen, sondern meint nur hohe Versorgungsqualität für alle kombiniert mit Belastungsobergrenzen zum Schutz des Einzelnen vor finanzieller Überforderung. Das kann auch durch ein Prämiensystem sichergestellt werden.

2. Bei der absehbaren demografischen Entwicklung sowie im Lichte des medizinisch-technischen Fortschritts ist das Postulat der Beitragssatzstabilität bei gleichbleibend hohem Leistungsniveau eine Lebenslüge der Gesundheitspolitik. Wir haben in Deutschland ein exzellentes Versorgungsniveau und keine Unterversorgung, 10,7 % des BIP fließen in den Gesundheitssektor (USA: 15,3 %, Schweiz: 11,6 %, Frankreich: 11,1 %, skandinavische Staaten: 9,1 %, Großbritannien: 8,3 %, Polen: 6,2 %; Quelle: OECD 2005).

Demografie, medizinisch-technischer Fortschritt und auch Prävention werden aber zwingend zusätzliche Ressourcen erfordern. Gleichzeitig erodiert die Einnahmebasis im bestehenden System. Die Lohnquote stagniert. Schließlich brechen im heutigen Bemessungssystem die Beitragseinnahmen bei jedem Übergang zu Alterseinkünften, also dem Renteneintritt, massiv ein. Die absolut und relativ am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe mit der höchsten medizinischen Leistungsintensität (= Rentner) wird in ihrer Eigenfinanzierung zunehmend defizitär und bedarf der Unterstützung.

Das führt zu einer „einfachen Alternative“: Entweder werden Leistungen aus dem System ausgegrenzt, oder es müssen mittel- und langfristig mehr Ressourcen in das System fließen.

Allein mit Strukturreformen im System lässt sich die absehbare und aus meiner Sicht unumgängliche Steigerung des Versorgungsbedarfs nicht auffangen, sondern nur dämpfen. Wer das negiert, umgeht damit nur die notwendige Grundsatzentscheidung: Wir müssen nämlich die Frage beantworten, ob und wie wir diesen „Preis“ bezahlen wollen und können.

3. Zwei Gründe sprechen dafür, dass wir das nicht nur wollen, sondern sogar müssen:

a. Entsolidarisierung, Rationierung und die hieraus zwangsläufig folgende Zwei-Klassen-Medizin würden das Fundament der Sozialen Marktwirtschaft zerstören, weil der alleinige Verweis auf Eigenvorsorge und Selbstverantwortung die Kraft vieler überfordern würde. Das Prinzip „Jeder für sich!“ führt im Bereich der Gesundheitspolitik ins Chaos, weil Menschen mit niedrigem Einkommen, wenn sie „versicherungstechnisch“ schlechte Risiken darstellen, objektiv nicht imstande sind, sich allein und aus eigener Kraft zu versichern, weil sie die Prämien nicht tragen können.

b. Das Gesundheitswesen ist nicht nur ein Kosten- oder gar ein „Unkostenfaktor“, sondern auch ein Beschäftigungs- und Wachstumsmotor der Zukunft, den es zu erhalten und – sofern finanzierbar – zu stabilisieren gilt. Bereits heute arbeitet jeder achte Beschäftigte in Deutschland in diesem Bereich. Das Zielspektrum von Gesundheitsleistungen beschränkt sich nicht auf die Erhöhung von Lebenserwartung und Lebensqualität, sondern kann auch Nachfrage in einem beschäftigungsintensiven Wirtschaftssektor schaffen und im technischen Bereich Kapazitätseffekte durch Erweiterung des Produktionspotenzials generieren. Das geht natürlich nicht um jeden Preis!

4. Wir brauchen ein grundlegend anderes Finanzierungssystem. Vordringlichste Aufgabe ist es, zunächst die Finanzierungsgrundlagen des Systems zu sichern, denn ohne stabile und verlässliche Finanzperspektiven sind alle weiteren Überlegungen Makulatur. Es muss ein neues Finanzierungssystem geschaffen werden, das

- die derzeitige Erosion der Einnahmen durch die einseitige Abhängigkeit der Beitragshöhe vom Arbeitseinkommen stoppt,
- damit durch die Abkoppelung von einer wachstums-

- schwachen Finanzierungsbasis eine höhere fiskalische Nachhaltigkeit erreicht,
- wachstums- und beschäftigungsfördernde Wirkungen durch Senkung der Lohnnebenkosten erreicht,
  - somit resistenter gegenüber einnahmeseitigen negativen Effekten des demografischen Wandels wird.

Insofern ist die Diskussion über „Gesundheitsprämie“ oder „Bürgerversicherung“ kein rein akademischer Streit, sondern von zentraler Bedeutung für die künftige Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems. Das GKV-WSG löst die Probleme nicht. Der Gesundheitsfonds und die „kleine Prämie“ sind nur vergleichsweise marginale Korrekturmaßnahmen, die mittelfristig den Status quo wahren und die Systemgrundentscheidung für die Zukunft offenhalten.

5. Wir brauchen Strukturreformen im System. Allein eine Finanzstrukturreform, die nur mehr Geld ins System bringt, genügt aber nicht! Erforderlich sind vielmehr auch Strukturreformen im System, die folgende Kriterien erfüllen:

*a. Solidarität sichern*

Solidarität ist ein Grundprinzip moderner, sozialer Gesellschaften. Das soll und muss auch so bleiben. Aber Solidarität hat dort Grenzen, wo die Verantwortung jedes Einzelnen beginnen muss. Wer das Solidaritätsargument als Rechtfertigung für ein Verharren im Status quo benutzt, der bringt das ganze System in Gefahr. Das Gesundheitssystem muss auch in Zukunft denjenigen Menschen helfen, die schwere Lasten nicht allein schultern können.

Sozialer Ausgleich beinhaltet aber nicht nur Rechte, sondern auch die Pflicht des Einzelnen, einen individuell zumutbaren Teil selbst zu tragen. Eine Rundum-Sorglos-Mentalität, mit der manche bedenkenlos Leistungen ein-

fordern, ohne an Vorbeugung und Vermeidung von Krankheiten zu denken, ist weder akzeptabel noch finanzierbar.

Partizipation und Eigenverantwortung des Patienten müssen zwingend gestärkt werden.

Ich warne hier allerdings vor Illusionen oder gar Schönfärberei: Ein multimorbider Versicherter ist regelmäßig nicht vergleichbar mit einem „normalen“ Marktteilnehmer in anderen Wirtschaftsbereichen, der kühl kalkulierend den Einsatz der knappen Ressource Geld optimiert.

Schmerz, Angst und Lebensbedrohung gepaart mit oft völliger Unkenntnis medizinischer Zusammenhänge sind Faktoren, die marktrationales Verhalten geradezu ausschließen.

Einfacher formuliert: In einer akuten medizinischen Bedrohungssituation will jeder für sich das Allerbeste, und dies möglichst in der unmittelbaren Umgebung sowie sofort. Dass dabei für den Einzelnen der Preis keine Rolle spielt, versteht sich von selbst.

Dies ist aber nicht das Hauptproblem: Das Hauptproblem liegt vielmehr darin, dass der Einzelne zudem nicht definieren kann, was „das Beste“ oder „das Optimale“ für ihn ist, und er deshalb auf Empfehlungen der Leistungserbringer angewiesen ist, die möglicherweise „optimale Behandlung“ anders definieren als der Patient. Für die Leistungserbringer ist „optimal“, was den höchsten Ertrag bringt, für den Patienten ist „optimal“, was ihm zuverlässig hilft. Beides ist oft nicht identisch. Hier muss deshalb die Steuerung ansetzen.

#### *b. Mehr Wettbewerb ermöglichen*

Die Krankenkassen sind bislang der einzige Bereich im Gesundheitssystem, in dem jeder Anbieter um seine Existenz – sprich: die Kunden – kämpfen muss. Im Unterschied dazu herrschen bei Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern bis heute kartellierte, monopolisti-

sche und geradezu planwirtschaftliche Strukturen. Diese Verhältnisse aufzubrechen, würde auf Dauer Produktivitätsreserven in Milliardenhöhe freisetzen. Der starre Grundsatz des „gemeinsamen und einheitlichen Handelns“ hat sich überlebt. Es muss künftig mehr Möglichkeiten für einzelvertragliche Vereinbarungen zwischen Kassen und Leistungserbringern geben.

Diese einzelvertraglichen Regelungen werden nicht nur die Qualität verbessern, sondern können auch Ausgaben reduzieren, wie die Praxis der Rabattverträge im Arzneimittelbereich zeigt.

Wichtig ist hierbei allerdings, dass unabhängig von Individualverträgen die Grundversorgung in der Fläche kollektiv organisiert und sichergestellt sein muss, damit mehr Vertragsfreiheit nicht zu einer faktischen Zugangsbegrenzung für immobile Patienten im Bereich der Regelversorgung wird.

Die Entwicklung zu einem stärker wettbewerblichen System bedarf zudem eines adäquaten ordnungspolitischen Rahmens, um Fehlentwicklungen mit Folgeschäden zu verhindern.

Weiterhin muss mehr Individualvertragsfreiheit auch zwingend durch das Wettbewerbs- und Kartellrecht flankiert werden.

### *c. Qualitätsorientierung durchsetzen*

Der Sachverständigenrat hat die qualitativen Defizite im deutschen Gesundheitssystem klar beschrieben: Jeder fünfte Euro, den die Krankenkassen ausgeben, wird nach seiner Einschätzung durch Über- oder Fehlversorgung verursacht. Gerade bei den Massenleiden stellen die Sachverständigen erheblichen Verbesserungsbedarf in der Versorgungsqualität fest. Deshalb bedarf es intensiverer Versorgungsforschung: Das System kann Fehlallokationen auf die Dauer nicht mehr finanzieren.

Viele Ärzte in Deutschland konzentrieren sich auf die Diagnostik und vernachlässigen häufig die therapeutischen Konsequenzen. Statistisch kommen in der gesetzlichen Krankenversicherung sieben Euro für die Diagnostik auf nur einen Euro für die Therapie. In Frankreich ist das Verhältnis dagegen 2 zu 1.

Trotz hoher Kosten kommen die Versicherten bei uns zu selten zu ihrem Recht, medizinische Leistungen in gesicherter Qualität zu erhalten. Mit dem Grundsatz der „Therapiefreiheit“ versuchen manche, offenkundige Mängel bei der Qualitätssicherung abzuwehren. Das ist ein Irrweg: Therapiefreiheit darf nicht als Beliebigkeit missverstanden werden. Der Qualitätsaspekt hat daher eine Schlüsselfunktion für jede wirkliche Reform der GKV.

Entscheidend ist es auch, dass es durch integrierte Versorgungsmodelle gelingt, die heute noch starren und in vielen Fällen extrem kontraproduktiven Sektorengrenzen zu überwinden.

Integrierte Versorgung, facharztgruppenübergreifende Zusammenarbeit in medizinischen Versorgungszentren und eine stärkere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe sind unabdingbar, um die Qualität zu steigern, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu minimieren und Ausgaben zu dämpfen.

Unabdingbar ist zudem eine stärkere Outcome- und Zielorientierung. Auch wenn jeder Patient anders und jeder Krankheitsverlauf speziell ist, so darf dies kein Vorwand dafür sein, die Prozess- und Ergebnisqualität nicht zu messen. Die Therapiefreiheit wird durch elementare und flexibel strukturierte Behandlungsleitlinien gerade nicht tangiert. Voraussetzung ist allerdings, dass diese Leitlinien primär fachlichen Zielsetzungen folgen und nicht ökonomisch zentriert sind.

Die Vergütungssysteme für Leistungserbringer müssen stärker qualitätsbezogen ausgestaltet werden. Um Trans-

parenz zu schaffen, müssen Qualitätsdaten zudem öffentlich gemacht werden.

*d. Prävention stärken*

Die Gesundheitspolitik darf sich nicht auf die Reparatur bereits eingetretener Krankheiten beschränken, sondern muss auf den Vorrang der Prävention setzen. Eine systematische Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten zahlt sich aus: So ist es in Finnland durch spezielle Präventionsprogramme gelungen, die Zahl der Herzinfarkte innerhalb von 20 Jahren um die Hälfte zu reduzieren.

Prävention muss verstetigt werden. Zwingend notwendig ist eine systematische Primärprävention insbesondere bei vulnerablen Gruppen. „Vulnerabilität“ meint hierbei eine erhöhte Erkrankungs-, Behinderungs- und Sterbewahrscheinlichkeit, die sich häufig dort findet, wo die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, deren volle Teilhabe an der Gesellschaft prekär oder beschädigt ist (alte Menschen, Arbeitslose, Menschen ohne Schulabschluss), mit engen oder armen materiellen Verhältnissen zusammentrifft.

*e. Mündige und mitverantwortliche Versicherte schaffen*

Die Forderung nach mehr Transparenz, Mündigkeit und Mitverantwortung aufseiten der Versicherten darf nicht länger folgenlos verhallen. Viele Versicherte empfinden auch heute keine Mitverantwortung, sondern verstehen sich nach wie vor als bloße „Konsumenten“. Bei den Versicherten muss über finanzielle Mechanismen ein Interesse an „vernünftigem“ Verhalten geweckt werden, ihnen muss nachhaltig deutlich werden, dass sie selbst für sich ein hohes Maß an Mitverantwortung tragen.

Die von mir auch künftig für unabdingbar gehaltene gesamtgesellschaftliche Solidarität und das Prinzip der Selbstverantwortung des Einzelnen schließen sich nämlich nicht aus, sondern bedingen einander sogar zwingend. Soli-

darität von anderen einfordern kann und darf nur derjenige, der vorher selbst alles ihm Zumutbare unternimmt, um Risiken zu minimieren und Belastungen zu reduzieren. Kurzfristig bedarf es deshalb der Implementierung von Steuerungselementen im System, die den einzelnen Versicherten zu auch ökonomisch vernünftigem Verhalten zwingen. Eine solche Steuerung kann z. B. über verpflichtende Selbstbehalte oder Selbstbeteiligungen erfolgen. Ohne eine solche Steuerung wird es nie einen mündigen Versicherten geben, der auch Interesse an ökonomischen Fragen hat. Selbstverständlich bedarf es auch bei einer zwingenden Selbstbeteiligung eines Überforderungsschutzes für Geringverdiener, Chroniker oder Schwerstkranke. Hier kann es gestaffelte Systeme geben, in keinem Fall darf aber die Selbstbeteiligung auf Null reduziert werden, damit immer eine zumindest minimale Steuerungswirkung bleibt.

Gesundheitsbewusstes Verhalten muss durch Bonus- und Malussysteme stärker stimuliert und notfalls auch erzwungen werden. Dazu gehört für mich auch, dass es finanzielle Sanktionen für die Versicherten geben muss, wenn sie in ihrer Wirksamkeit erwiesene und in der Durchführung nicht mit Risiken verbundene Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen nicht wahrnehmen.

Mittel- und langfristig muss es eine grundlegende Umstellung vom Sachleistungsprinzip auf das Kostenerstattungsprinzip geben, damit die Versicherten volle Kostentransparenz und damit auch ein Bewusstsein für den ökonomischen Wert von Gesundheitsdienstleistungen erhalten.

*Fazit*

Durch eine grundlegende Reform des Finanzierungssystems und durch gleichzeitige gravierende Veränderungen im Leistungs- und Vertragssystem kann es gelingen, trotz aller Herausforderungen auch in Zukunft ein solidarisches Gesundheitssystem zu erhalten, das eine gute Versorgungsqualität für alle gewährleistet und zugleich Wachstum und Beschäftigung generiert.

Aber: Vor Illusionen sei gewarnt; es gelingt nicht von allein. Jede Veränderung braucht Mut und Durchsetzungskraft!