
Allokation im Gesundheitswesen

Detlef Parr

In unserem Gesundheitswesen verschließen allzu viele der Beteiligten vor Begriffen wie Ressourcenknappheit, Rationierung oder gar Prioritätensetzung die Augen. Die Kluft zwischen dem Bedarf und den zur Verfügung stehenden Ressourcen wollen wir nicht zur Kenntnis nehmen. Wir quälen uns schon seit Ende der 70er Jahre lieber von einem Kostendämpfungsgesetz zum nächsten, nehmen die sogenannte verdeckte und schleichende Rationierung in Kauf und drücken uns vor einer eigentlich überfälligen Debatte.

Ca. 90 % unserer Bevölkerung werden nach wie vor in dem Gefühl bestärkt, durch den Besitz der Versichertenkarte unbegrenzten Anspruch auf eine gute medizinische Versorgung zu haben. Der Patient kann in freier Wahl zum Arzt gehen, er kann problemlos mehrere Ärzte aufsuchen, er bekommt umfassende Verschreibungen von Medikamenten und Hilfsmitteln und auch von Rehamaßnahmen und Kuren. Wir haben zwar in Deutschland mühsam Zuzahlungsregelungen als steuerndes Element eingeführt, aber international betrachtet auf einem eher geringen Niveau.

Der Patient weiß, dass er, sobald er ernsthaft erkrankt ist, sich ausschließlich um seine Genesung sorgen kann und nicht zusätzlich in eine soziale Not gerät. Das ist auch richtig so und sollte bei allen Reformbemühungen nicht angetastet werden.

Im Grunde möchten wir allerdings bis heute nicht so ganz wahrhaben, dass wir uns dieses breit angelegte hohe Versorgungsniveau unter Beibehaltung des traditionellen Bismarck'schen Systems nicht mehr leisten können, be-

sonders dann, wenn die Einnahmen an die Lohnkosten gekoppelt bleiben, wie es jüngst die Große Koalition beschlossen hat.

Sicher: Wir verfügen über ein erfolgreiches Gesundheitswesen, das inzwischen eine lange Tradition besitzt und das der Bevölkerung bis heute eine exzellente und umfassende gesundheitliche Versorgung ermöglicht hat, ein Gesundheitswesen, das allen Unkenrufen zum Trotz immer noch zu einem der besten der Welt gehört. Und außerdem ist es – das dürfen wir nicht außer Acht lassen – einer der größten Arbeitgeber Deutschlands – ein Wachstumsmarkt *par excellence*. Aber dieser Wachstumsmotor stottert. Er stottert, weil die Mehrheit im Bundestag weiter die Illusion vom fürsorglichen, für alles zuständigen Sozialstaat nährt, einem Vollkasko-Sozialstaat, der über Zwangsbeiträge das Volk beglücken will, das aber lange schon nicht mehr kann. Rationierung, Budgetierung und Bürokratisierung bestimmen das Bild der Gesundheitspolitik. Und aktuell drohen weitere planwirtschaftliche Eingriffe zulasten des Einzelnen. Es geht aber kein Weg daran vorbei: Ein Sozialstaat moderner Prägung muss sich auf die Absicherung seiner Bürger in schwierigen Lebenslagen und den Schutz vor Überforderung konzentrieren. Nur so kann er seine Berechtigung erhalten. Und dazu gehört der Mut, den Leistungskatalog der GKV auf den Prüfstand zu stellen und neu zu justieren.

Andere Staaten gehen mit dieser Thematik weitaus pragmatischer um und bekennen sich zur sogenannten expliziten Rationierung, Schweden zum Beispiel, wo schon Anfang der 1990er Jahre eine Parlamentskommission eingesetzt wurde, die Prioritätenlisten von Indikationen für bestimmte Versorgungsfelder formuliert hat. Oder das berühmte Beispiel aus Oregon, USA, wo im Rahmen eines „Health Plan“ der Leistungsumfang der staatlichen Medicaid-Versorgung mithilfe einer Prioritätenliste auf eine

Grundversorgung beschränkt wurde. Entwaffnend ehrlich wird entschieden, wer aus welchen Gründen prioritär Zugang zu einer bestimmten medizinischen Versorgung hat. Doch ist es wirklich wünschenswert, dass eine Behörde hierüber entscheidet, dass also möglicherweise den Ausschlag gibt, welche politische Färbung eine Kommission hat? Wollen wir an dieser Stelle überhaupt dieses Ausmaß an Transparenz, das einem kranken Menschen drastisch vor Augen führt, dass er in einer Prioritätenliste weit hinten steht? Was nützt uns eine solche Transparenz, wenn für den Großteil der Versicherten keine Wahlmöglichkeiten als Ausweg geschaffen werden? Ganz zu schweigen davon, dass mir staatliche Behörden mit ihren unpersönlichen Entscheidungen per se Unbehagen bereiten. Und ganz zu schweigen davon, dass die Länder, die mit Prioritätenlisten arbeiten, das Instrument der Wartelisten bei der medizinischen Versorgung der Patienten explizit einsetzen. In Schweden herrscht ein klar reglementierter und limitierter Zugang zur medizinischen Versorgung. Dies fängt bei den Terminen für eine fachärztliche Untersuchung an und endet bei mehrmonatigen Wartezeiten für operative Eingriffe, wo keine unmittelbare Lebensgefahr droht. Die Frage, ob und inwieweit hier Grenzziehungen fließend sind, beantwortet sich von selbst. Und damit geraten auch wieder die positiven Attribute von Prioritätenlisten wie die Transparenz und insbesondere die Rechtsklarheit ins Wanken. So ein System ist weit entfernt von den Elementen des Wettbewerbs, der Therapiefreiheit und der Eigenverantwortung. Es kann und darf nicht das Ergebnis der Politik sein, dass Patienten darauf angewiesen sind, dass ihnen eine Behandlung von dritter Seite zugeteilt wird. Da ist es doch besser, sich darüber Gedanken zu machen, welche Leistungsbereiche zukünftig in die Eigenverantwortung überführt werden sollten – die Absicherung des Zahnersatzes etwa (Finanzierungsumfang ca. 4 Mrd.

Euro) oder der gesamten Zahnbehandlung (Umfang ca. 7 Mrd. Euro). In diesem Bereich kann jeder in der Solidargemeinschaft durch Prophylaxe und sorgfältige Pflege die Höhe der Kosten beeinflussen. Oder das Krankengeld: Müssen wir die Krankenversicherung mit über das Existenzminimum hinausgehenden Beiträgen belasten (Umfang ca. 7 Mrd. Euro)? Und wie sieht es mit den privaten Unfällen aus? Hier sind wir manchmal doppelt und dreifach versichert (Umfang ca. 8 Mrd. Euro). Diese insgesamt 26 Mrd. Euro bedeuten eine Senkung des Beitrages um 2,7 %, ein Einsparvolumen, das zur privaten Absicherung der herausgenommenen Leistungen von jedem Versicherten verwendet werden könnte – nach seinen Bedürfnissen und seiner individuellen Entscheidung. Dann entwickeln wir unseren bis heute umverteilenden Staat zu einem aktivierenden, der Eigenverantwortung in Gang setzt und marktwirtschaftlichen Wettbewerb herausfordert.

Zur Klärung von Allokationsfragen sind wir bisher mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss einen Weg im Rahmen der Selbstverwaltung gegangen. Dort wird über die Einschränkung oder gar Ausschließung der Erbringung und Verordnung von Leistungen entschieden. Mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, dem IQWiG, wurde dem Ausschuss eine Einrichtung an die Seite gestellt, die die wissenschaftliche Bewertung von medikamentösen und sonstigen therapeutischen Verfahren vornimmt und damit dem Ausschuss Empfehlungen geben soll. Die Arbeit und die Entscheidungsprozesse, die dort stattfinden, sind nur für die transparent, die direkt in die Arbeit einbezogen sind. Selbst für uns Gesundheitspolitiker ist es oft nicht einfach, Entscheidungsprozesse zu verfolgen und so zu verstehen, dass wir sie unseren Bürgern darlegen können. Evidenzbasierung ist der neue Schlüsselbegriff. Auf dieser Grundlage werden die Entscheidungen gefällt, sodass sie scheinbar nicht an-

greifbar sind. Insbesondere das IQWiG argumentiert mit einem Anspruch auf Absolutheit seiner Bewertungen, der mir manchmal erschreckend erscheint. Die Entscheidungen zu den Insulinanaloga oder der Vorbericht für die Stammzelltherapie bei akuter Leukämie sind da Beispiele aus jüngerer Zeit. Nun plant die Bundesregierung, die Selbstverwaltung einzuschränken und den Bundesausschuss noch stärker dem Staat direkt unterzuordnen. Das ist nicht nur aus liberaler Sicht abzulehnen. Wir nähern uns dadurch doch mehr und mehr der Staatsmedizin. In einem Kommentar in der *Financial Times Deutschland* vom 15. August 2006 zur geplanten Reform des GemBA wird ausdrücklich davor gewarnt, diesen der staatlichen Fachaufsicht zu unterstellen. Zulassungsentscheidungen würden politisiert und möglicherweise von Wahlterminen und Stimmungslagen abhängig gemacht. Ich hoffe, dieser Kommentar, den ich sehr unterstütze, hat bei den Verantwortlichen Gremien und Personen Gehör gefunden.

Außerdem bereitet mir Sorge, dass die Versicherten keine Wahl mehr haben. Ca. 72 Millionen Bundesbürger sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert – drei Viertel davon pflichtversichert – einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen und Rentner. Sie haben keine Chance, vom GemBA ausgeschlossene Therapien zu erhalten. Lediglich der geringe Teil der freiwillig Versicherten kann sich einen Krankenversicherungsschutz suchen, der diese Leistungen anbietet – wobei dies durch die geplante Gesundheitsreform der Großen Koalition nun auch noch eingeschränkt werden soll. Der Großteil der Versicherten ist gezwungen, in diesem System zu verweilen. Um bei den Insulinanaloga zu bleiben: wir haben von vielen Diabetes-Patienten gehört, dass ihnen sehr wohl etwas an diesen Medikamenten liegt. Sie bekommen ihnen besser, und sie können sie besser handhaben. Es mag vielleicht ihr subjektives Empfinden sein, aber ich finde, jeder

Patient muss an dieser Stelle die Chance bekommen, über seine Behandlung mitentscheiden zu dürfen.

Daher plädiere ich nach wie vor für ein Versicherungsmodell, in dem die Wahlfreiheiten der Patienten, was den Umfang ihres Versicherungsschutzes angeht, möglichst groß sind. Der Patient sollte autonom entscheiden können, ob er eine Versicherung haben möchte, die diesen „Luxus“ an medizinischer Versorgung bietet, oder nicht. Dann kann ich als Anbieter einen Basistarif entwickeln, in dem rigide festgehalten wird, was medizinisch notwendig ist. Dann bin ich gegen die großen Lebensrisiken abgesichert. Dann kann ich als Versicherter die Wahl treffen, welche zusätzlichen Leistungen ich in Anspruch nehmen möchte, und welchen Preis ich dafür zu zahlen bereit bin. Über mehr Wettbewerb und mehr Wahlfreiheit würden wir die Menschen in die Allokationsentscheidung miteinbeziehen und sie nicht zum willenlosen Objekt machen. Darüber hinaus plädiere ich dafür, die Frage der Generationengerechtigkeit mit in die Rationierungsdebatte einzubeziehen. Denn wenn wir sagen, dass wir heute immer noch auf einem sehr hohen Versorgungsniveau agieren, dann wissen wir, dass wir das auf Kosten der jungen Generation tun. Wir verschieben die Ressourcenknappheit um einige Jahrzehnte, aber sie wird unsere Gesellschaft einholen, wenn wir nicht zeitig mit dem Aufbau von kapitalgedeckten Modellen anfangen. Das Beispiel der Pflegeversicherung zeigt, dass wir vor zwölf Jahren einen Riesenfehler gemacht haben, sie umlagefinanziert einzuführen. Ich glaube, nur über den Weg der Kapitaldeckung können wir es schaffen, den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standard und insbesondere den medizinischen Fortschritt in unserem Gesundheitswesen auch in Zukunft weiter zu gewährleisten. Wir brauchen einen Basistarif gepaart mit Kontrahierungszwang, um allen Menschen eine Krankenversicherung zu ermöglichen und sie vor den großen Lebensrisiken zu

schützen. Wir brauchen mehr Wahlfreiheit für die Versicherten mit z. B. einer möglichen Festlegung auf bestimmte Behandlungsformen, der Wahl eines Selbstbehalts oder der Inanspruchnahme einer Beitragsrückerstattung! Im Hinblick auf die knappen Ressourcen müssen Anreizsysteme geschaffen werden, die ein wirtschaftliches Handeln attraktiver machen. Eindeutige Informationen für die Versicherten, aber auch für die Leistungserbringer auf der Grundlage fester Preise, mit gleichzeitigem Bürokratieabbau, sind dafür absolut notwendig.

Ich befürchte, dass wir dabei sind, genau den umgekehrten Weg zu gehen: Wettbewerb ist auf der Grundlage der Vorstellungen der Großen Koalition nicht möglich. Beiträge durch Ministerien festlegen zu lassen und eine riesige Umverteilungsmaschinerie in Gang zu setzen, kann nicht ernsthaft das Ziel unserer Bemühungen auf diesem Gebiet sein: Der Weg zur Einheitskasse und zur Einheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung ist vorprogrammiert, aber er ist und bleibt falsch! Unter dem Deckmäntelchen der Solidarität die PKV hier einzubeziehen und damit ein funktionierendes Alternativsystem auszutrocknen, ist ordnungspolitisch ein unverzeihlicher Fehler

Kommen wir zu den Heilberufen. Es ist nicht fair und ethisch auch nicht länger zu verantworten, die Leistungserbringer in ihrem Alltag der sogenannten schleichenden Rationierung auszusetzen, so wie wir es in Deutschland alleine durch die Kostendämpfungspolitik der vergangenen Jahre getan haben. Ärzte und Krankenhäuser agieren innerhalb von begrenzten Budgets. Die Arbeit der niedergelassenen Ärzte ist darüber hinaus durch Richtgrößen limitiert, neuerlich noch ergänzt durch das Bonus-Malus-System – alles Instrumente, um Ärzte zu einem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten zu führen. Sind dies Maßnahmen der Rationalisierung oder etwa doch schon der Rationierung? Wie stark ist der Alltag der Ärzte heute schon davon

geprägt, dass sie nicht mehr das verordnen können, was sie als medizinisch notwendig erachten, und inwieweit ist dies politisch beabsichtigt?

Wie ernst ist uns eigentlich die Forderung nach dem mündigen Patienten, wenn wir ihm keine Chance geben, mit seiner Krankenversicherung, mit seinem Arzt gemeinsam über den richtigen Weg zu seiner Genesung zu entscheiden? Der Bundestag ist dabei, die Möglichkeit einer individuell optimierten Therapie mehr und mehr aufzugeben zugunsten einer allgemeinen Durchschnittstherapie, die bezahlbar erscheint – ohne dass sich der Patient für einen anderen umfassenden Versicherungstarif entscheiden darf. Damit wird er mit der zu erwartenden Rationierung und mit langen Wartezeiten leben müssen, ohne sich dagegen wehren zu können. Es sei denn, wir ringen uns endlich zu einem grundsätzlichen Systemwechsel durch, der den Versicherten in den Mittelpunkt rückt:

- mit einer Pflicht zur Versicherung für medizinisch absolut notwendige Leistungen,
- mit der freien Wahl eines darüber hinausgehenden Versicherungsschutzes,
- mit der Ablösung des Sachleistungsprinzips durch Kostenerstattung für mehr Transparenz und Mitsprache,
- mit einer Trennung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten und
- mit Altersrückstellungen, um das neue System demografiefest zu machen.

An dieser Stelle könnten wir noch ergänzen: Außerdem sollten wir verstärkt die Ressourcennutzung optimieren.

Bei allen drängenden Fragen, die mit der Problematik von Rationierung und Allokation verbunden sind, möchte ich zunächst von einem positiven Beispiel berichten. Lassen Sie mich an dieser Stelle ein Berliner Projekt vorstellen, das durch seine beeindruckenden Ergebnisse besticht. In diesem Modellprojekt arbeiten an die 40 stationäre Pfl-

geheime mit angestellten oder fest eingebundenen niedergelassenen Ärzten zur ärztlichen Betreuung der Heimbewohner. Effektive Prophylaxe seitens der Ärzte wird durch Anreizsysteme belohnt, wenn beispielsweise Krankenhauseinweisungen durch erfolgreiche Sturzprophylaxe vermieden werden können. Die Vorteile liegen auf der Hand: Die AOK Berlin (als Träger des Projektes) spart jährlich rund 4 Mio. Euro – die Kosten für das Projekt sowie Personalkosten für Ärzte und Physiotherapeuten sind davon schon abgezogen. Doch das Wichtigste ist, dass die zumeist demenziell erkrankten Heimbewohner in ihrer vertrauten Umgebung verbleiben können. Die Vorteile, die das hat, liegen auf der Hand.

Lassen Sie mich die die eindrucksvollen Ergebnisse – ein Glücksfall für alle – zusammenfassen:

- Es gibt 50 % weniger Krankenhauseinweisungen als in anderen Heimen ohne eingebundene ärztliche Versorgung.
- Die Zahl der Krankentransporte ist sogar um 60 % zurückgegangen.
- Laut Hochrechnungen könnten die Kassen durch dieses Modell, wenn es bundesweit eingeführt werden würde, rund 600 Mio. Euro jährlich sparen.
- Last, but not least, ist die verbesserte Lebensqualität der Bewohner zu nennen, die sich zwar monetär nicht beziffern lässt, aber, und darüber sind wir uns sicherlich alle einig, Erholungsprozesse beschleunigt.

Alle Beteiligten profitieren von diesem Projekt – bürokratische Hürden hin oder her. Aber auf die Hindernisse einer vertragsrechtlichen Gestaltung für eine bundesweite Umsetzung möchte ich an dieser Stelle nicht näher eingehen. Wie man jedoch an diesem Beispiel sehen kann, ist es möglich, die so oft geforderten Qualitäts- und Effizienzsteigerungen, gepaart mit Transparenz und Innovation, beeindruckend umzusetzen. Und das nun schon seit *acht* Jahren –

das möchte ich hier auch nicht unerwähnt lassen. Andere Kassen wollen dieses Projekt nun endlich auch für ihre Versicherten anbieten.

Ich frage mich häufig, weswegen wir nicht noch intensiver den Ansatz der Ressourcenoptimierung im Gesundheitswesen nutzen. Wir müssen die Chancen, die sich uns bieten, stärker nutzen, als dies bisher geschehen ist. Ein Thema, das mir besonders am Herzen liegt, ist die Prävention. In diesem Zusammenhang stellen Impfungen eine der effektivsten und kostengünstigsten Präventionsmaßnahmen dar. Auch heute werden noch Impfstoffe entwickelt, die enorme Spareffekte in sich bergen. Eine besonders attraktive Neuentwicklung ist die Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV), die, wie Studien gezeigt haben, 70 bis 80 % der Gebärmutterhalstumore verhindern kann. Auch die Forschungsaktivitäten für die Entdeckung eines Impfstoffes gegen das tödliche Hepatitis-C-Virus lohnt sich: Weltweit werden heute 170 Millionen Infizierte geschätzt. Sie sehen, welche enormen unerschlossenen Möglichkeiten im Gesundheitssystem noch schlummern.