

Robert Paquet

Klassenlose Gesundheit



Robert Paquet

(* 1953) ist freiberuflicher Berater im Gesundheitswesen und Redaktionsmitglied des gesundheitspolitischen Informationsdienstes *gid*. Seit 2009 Lehrbeauftragter an der MHH Hannover.

rp@robert-paquet.de

Die Gesundheitspolitik der neun Jahre vor der letzten Bundestagswahl war sozialdemokratisch geprägt und ihren Ergebnissen gebührt Respekt. Ulla Schmidt hat als Ministerin – trotz der Restriktionen jedweder Regierungspolitik – das Gesundheitswesen so stark umgekrempelt wie kein deutscher Gesundheitspolitiker zuvor.

Dabei gab es drei annähernd gleichbedeutende Prioritäten. An erster Stelle stand soziale Gerechtigkeit bei der Finanzierung: Durch den »morbidityorientierten Risikostrukturausgleich« wurde der Wettbewerb zwischen den Kassen fairer und der Steuerzuschuss für die GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) hat die Versicherten merklich entlastet. Die Bürgerversicherung blieb allerdings ein bisher unerreichtes Ziel. An zweiter Stelle stand die Strukturreform der gesetzlichen Krankenkassen. Die Modernisierung der Kassen war dabei Mittel zu einem klar definierten Zweck: dem Wettbewerb als Effizienzmaschine. An dritter Stelle ging es darum, die Versorgungsstrukturen zu modernisieren und auf die künftigen Herausforderungen vorzubereiten. Die Stichworte sind: hausarztzentrierte und Integrierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme etc. Da gab es Fehler im Detail, aber der sozialdemokratische Kompass blieb immer klar erkennbar.

Dass die Gesundheitswirtschaft in der Krise ein stabilisierender Faktor für die Gesamtwirtschaft und den Arbeitsmarkt ist, hat die SPD spätestens im Bundestagswahlkampf mit Frank-Walter Steinmeiers *Deutschlandplan* herausgestellt. Gerade weil sich »Gesundheitsleistungen« weitgehend auf einem nationalen Binnenmarkt abspielen, haben die internationalen Finanzmarktprobleme in diesem Bereich nicht so stark durchgeschlagen. Sicher müssen die Beschäftigungschancen und die Produktivitätspotenziale der Gesundheitswirtschaft genutzt werden. Effizienz ist für das Gesundheitswesen – angesichts der restriktiven Finanzierungsmöglichkeiten des Staates und der Sozialversicherungen in der absehbaren Zukunft – das oberste Gebot der Stunde.

Die SPD hat viel mehr als andere Parteien die Chance, in ihrem gesundheitspolitischen Konzept als konsequenter Effizienzanwalt im Interesse der Beitragszahler und Patienten aufzutreten. Sie knüpft damit einerseits an die Grundlinien ihrer bisherigen Gesundheitspolitik an. Andererseits sollte sie diese Perspektive in einigen Punkten radikalisisieren und sich zugleich vor den Verführungen opportunistischer Bündnisse hüten. Die folgenden Punkte geben dazu einige Hinweise.

Modernisierung der Versorgungsstrukturen

Das Leistungsversprechen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) klar: »Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.« Das Angebot in der Gesundheitsversorgung muss daher ständig weiterentwickelt und qualitativ verbessert werden. Gleichzeitig soll dieses Leistungsangebot für die Versicherten der Krankenkassen aber finanzierbar bleiben. Aus diesen Anforderungen ergibt sich als Daueraufgabe der Gesundheitspolitik zur Rationalisierung und Produktivitätssteigerung in der Versorgung beizutragen. Die Auflösung der Grenzen zwischen ambulanten und stationären Angeboten und den zugewiesenen Claims bestimmter Berufsgruppen muss dabei zum zentralen Ziel einer aufgeklärten Gesundheitspolitik werden.

Heute sind Facharztpraxen vielfach in der Lage Leistungen zu erbringen, die vor 20 Jahren nur von hochqualifizierten Krankenhäusern erbracht werden konnten. Umgekehrt ist es vielfach sinnvoll, die Kompetenzen der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu nutzen. Daran sieht man, dass die früher starren Leistungsgrenzen zwischen den Sektoren allmählich verschwimmen. Die Überwindung dieser sektoralen Grenzen wurde mit dem Konzept der Integrierten Versorgung im Krankenversicherungsrecht bereits begonnen. Diese Entwicklung muss konsequent weitergeführt werden.

Heute gilt auch nicht mehr generell, dass die stationäre Versorgung bestimmter Krankheitsfälle teurer ist als ihre ambulante Versorgung. Hier muss relativiert werden.

Der zentrale Hebel für eine Verflüssigung der sektoralen Grenzen ist dabei die Einführung eines einheitlichen Vergütungssystems medizinischer Leistungen für den stationären und ambulanten Bereich. Dass dafür eine vereinheitlichte Preisbildung in allen Bereichen erforderlich ist, liegt auf der Hand: Das heißt z.B., dass auch die Investitionen im Krankenhausbereich über die Leistungspreise refinanziert werden müssen (monistische Finanzierung).

Nur die grundsätzliche Bereitschaft, die Sektorengrenzen unseres Versorgungssystems zur Disposition zu stellen, bietet auch die Möglichkeit, die von der Sache her oft naheliegenden Mischformen in der Versorgung weiterzuentwickeln (Tages- und Nachtkliniken, Öffnung der Krankenhäuser für die fachärztliche Versorgung etc.).

Neue Kooperationsformen von Ärzten und Fachpersonal mit anderen Versorgungsaufgaben, so wie sie ansatzweise in den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) konzipiert sind, sollten nachdrücklich unterstützt werden. Ihre Anbindung ans Krankenhaus bzw. ihre enge Kooperation mit stationären Einrichtungen liegt im Interesse der Patienten. Dabei ist die Kooperation der Ärzte in größeren Verbänden der stärkste Antrieb zur Qualitätssicherung. Zusammenarbeit erfordert nämlich immer Regeln und die gemeinsame Verständigung auf explizite Standards und Ziele.

Das größte Hindernis für diese Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen liegt in der Rücksichtnahme auf überkommene berufsständische Interessen. Im Gegensatz zu FDP und CDU/CSU, die sich seit Jahrzehnten weitgehend auf

»Rationalisierung und Produktivitätssteigerung in der Versorgung ist Daueraufgabe der Gesundheitspolitik.«

eine Klientelpolitik zugunsten der etablierten Berufsgruppen und Institutionen festgelegt haben, hat die SPD hier andere Möglichkeiten. Sie kann sich wirklich an den Interessen der Patienten orientieren und diese zum zentralen Maßstab der Veränderung in der Versorgung machen.

Die Eifersüchteleien zwischen Ärztegruppen, zwischen ambulanten und stationären Anbietern und die immer noch mangelhafte Kooperation und Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften behindern den Weg zu einer effizienten Versorgung massiv. Der in Deutschland besonders ausgeprägte Arztvorbehalt für viele Verrichtungen und Routineaufgaben frustriert die Krankenschwestern und Pflegekräfte und hält die Ärzte von planerischen Aufgaben und der Kommunikation mit den Patienten ab. In den Krankenhäusern klagen je-

»Gesundheitspolitik hat immer noch zuviel mit Standespolitik zu tun.«

doch die Ärzte über die Bürokratie, obwohl sich die Kliniken selbst gegen die regelhafte Übernahme der Behandlungs-Dokumentation durch spezialisierte Fachkräfte gewehrt hatten. Die Betriebsführung eines Krankenhauses oder eines größeren MVZ ist eine betriebswirtschaftliche Aufgabe, für die Mediziner nicht ausgebildet werden. Es ist daher vollkommen unsinnig, dass die neue Bundesregierung die Leitung eines MVZ ausschließlich Ärzten vorbehalten will. Das sind nur wenige Aspekte, die aber deutlich machen, dass die »Gesundheitspolitik« immer noch zu viel mit Standespolitik und immer noch zu wenig mit der Gesundheit der Patienten zu tun hat.

Ein vielversprechender Ansatz ist die gerade begonnene Arbeit an einem sektorübergreifenden Qualitätssicherungskonzept. Der Gemeinsame Bundesausschuss, das zentrale Richtliniengremium für die GKV, hat diese Initiative gerade gestartet. Dass es dazu einer besonderen gesetzlichen Ermächtigung im SGB V bedurfte, zeigt, wie auch das Regelwerk der Qualitätssicherung bisher auf die überkommenen institutionellen Strukturen ausgerichtet ist und eben nicht aus der Sicht des Patienten entwickelt wurde und nicht die aus dieser Perspektive sinnvollen Abläufe der Versorgung für die Gesundheitsdienstleistungen ins Auge fasst. Dahinter steht das Grundproblem, dass das ganze Krankenversicherungsrecht an Institutionen ausgerichtet ist. Nicht die Patientenperspektive ist der Ausgangspunkt, sondern das Sozialgesetzbuch regelt die Rechte und Pflichten der Krankenhäuser, der Krankenkassen, der Ärzte etc. Wenngleich man das nicht von heute auf morgen ändern kann, sollte die Relativierung dieser institutionellen Perspektive doch bereits angedacht werden.

Finanzierungssystem

Angesichts der demografischen Entwicklung, der Kosten des medizinischen Fortschritts und der Erosion der bisherigen Finanzierungsbasis der GKV ist die Frage der nachhaltigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung sehr ernst zu nehmen. Für eine Finanzreform der GKV gibt es jedoch zur Zeit keine Alternative zum Konzept der Bürgerversicherung. Dabei gibt es allerdings innerhalb dieses Rahmens beachtliche Gestaltungsspielräume.

Kritisch zu hinterfragen ist etwa die beitragsfreie Mitversicherung von nicht-erwerbstätigen Ehegatten. Für Ehepartner, deren Nicht-Erwerbstätigkeit

durch Pflegeleistungen oder die Betreuung kleiner Kinder begründet ist, sind Vergünstigungen oder Steuerzuschüsse zum GKV-Beitrag denkbar.

Angesichts der enormen administrativen Probleme der »Verbeitragung« von Zinseinkünften und anderer Einkommensarten hatte die SPD in ihrem Wahlprogramm als Ausweg eine Erhöhung des Steuerzuschusses für die GKV vorgeschlagen. In diese Richtung sollte weiter gedacht werden. Dabei muss der gegenwärtige Steuerzuschuss vor allem dauerhaft im Gesetz abgesichert werden.

Die gegenwärtige, in der GKV eingeschlossene Einkommensumverteilung ist unbefriedigend. Wegen der Beitragsbemessungsgrenze kommen insbesondere die mittleren und gehobenen Einkommenschichten für die geringer Verdienenden auf. Die Spitzenverdiener tragen dagegen zur Solidarität in der GKV nichts bei. Wenn man hier die Umverteilung stärken will, gibt es mehrere Möglichkeiten: Vielfach vorgeschlagen wurde, die Beitragsbemessungsgrenze auf den Wert in der Rentenversicherung anzuheben. Auch der Steuerzuschuss könnte angehoben und auf weitere Leistungen der GKV erstreckt werden. Schließlich wäre bei niedrigen Einkommen denkbar, einen expliziten GKV-Zuschuss aus Steuermitteln zu zahlen.

Mindestens so wichtig wie die Bürgerversicherung ist die Vereinheitlichung des Krankenversicherungsmarktes. Dabei können die Probleme, die mit der Zwei-Klassen-Medizin und der mangelnden Solidarität der Versicherten in der Privaten Krankenversicherung (PKV) mit der GKV zusammenhängen, als bekannt vorausgesetzt werden. Hinzu kommt, dass der existierende Doppelstandard im Leistungsrecht und bei der Honorierung die Qualitätssicherung und eine sinnvolle Leistungssteuerung in der GKV behindert. Außerdem sind die daran gebundenen Privilegien für die PKV-Versicherten inzwischen durchaus fragwürdig, bescheren ihnen aber zuverlässig überproportionale Prämiensteigerungen.

Der massiven Kritik der SPD an der PKV entspricht allerdings bisher kein Konzept, wie man sie tatsächlich zurückdrängen kann. Das hängt offenbar damit zusammen, dass der sinnvollste Ansatzpunkt dafür nicht kostenlos zu haben ist. Denn die PKV ist immer noch rund zur Hälfte eine Versicherung der Beamten und Pensionäre. Die SPD müsste sich hier einmal auffaffen, und auch gegen den Widerstand ihrer Länder-Finanzminister auf die generelle GKV-Versicherung der nachwachsenden Beamten drängen. Damit könnte rund die Hälfte des bisherigen PKV-Nachwuchses in die GKV umgelenkt werden. Die Zahlung des GKV-Arbeitgeberbeitrags für die Beamten käme die öffentlichen »Dienstherren« zwar kurz- und mittelfristig etwas teurer. Man bekäme aber für das »PKV-Problem« einen ordnungspolitisch und verfassungsrechtlich sauberen ersten Lösungsschritt. Für die Beamten im Versicherungsbestand der PKV könnte man außerdem ein (ggf. begrenztes) Wahlrecht für die GKV einräumen.

»Die Spitzenverdiener tragen zur Solidarität nichts bei.«

Die Gesundheitswirtschaft ist mehr als das öffentliche Gesundheitswesen. Hinzu kommen neben den privaten Krankenversicherern auch die Pharmaindustrie, die Hersteller von Medizintechnik und Medizinprodukten sowie diverse Dienstleistungsunternehmen. Alle zusammen bilden eine dynamische Wirtschaftsbranche. Ungeachtet dessen sind die Wirkungen auf den Arbeits-

markt differenziert zu betrachten. Zwar hat es in den letzten zehn Jahren bescheidene Zuwächse bei der Zahl der Beschäftigungsverhältnisse gegeben. In Vollzeitäquivalenten stagniert die Beschäftigung jedoch seit 1997 bei 3,4 Millionen Arbeitsplätzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass höchste Wertschöpfung vor allem in der Industrie stattfindet. Dort ist die Produktivität schon heute sehr hoch und dementsprechend niedrig ist die Gesamtzahl der Beschäftigten. Auch die Exportquote erreicht dort Spitzenwerte, so dass sich auch mit einer weiteren Steigerung keine nennenswerten Arbeitsmarkteffekte mehr für Deutschland erzielen lassen.

Gesundheitswirtschaft und vorsorgende Sozialpolitik

»Gesundheitspolitik muss sich dem Maßstab ›vorsorgender‹ Sozialstaatlichkeit stellen.«

Für die Ausdehnung des sogenannten Zweiten Gesundheitsmarktes (Wellness, Gesundheitstourismus etc.) sollte die SPD dagegen den Verbraucherschutz in den Vordergrund rücken. Nicht alles was dort angeboten wird, ist nützlich und gesund. Die Leitlinie müsste eher dem entsprechen, was die SPD-Bundestagsfraktion in einem aktuellen Antrag für ein modernes Patientenrechtegesetz zur Prüfung vorschlägt: »Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für so genannte individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), der gewährleistet, dass diese Leistungen niemandem aufgedrängt werden, nicht zur Ersetzung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch führen, nur nach umfassender Aufklärung über Inhalt und Preis sowie vorheriger schriftlicher Einwilligung erbracht werden und umfassender Qualitätssicherung und -kontrolle unterliegen.«

Abschließend eine Bemerkung zum Stellenwert der Gesundheitspolitik: Genau so wenig wie man die Gesundheitspolitik den Ärzten überlassen sollte, darf man sie alleine von den Gesundheitspolitikern machen lassen. Wirken doch viele andere Politikbereiche mehr oder weniger direkt auf die Gesundheit der Bevölkerung ein. Neben dem Arbeitsschutz und der betrieblichen Gesundheitsförderung haben auch die Verkehrspolitik und die Stadt- und Regionalplanung Auswirkungen z.B. bei der Frage nach alters- und gesundheitsgerechten Lebensbedingungen.

Für eine wirksame gesundheitliche Prävention dürfte jedenfalls eine »gesundheitsbewusste« Schul-, Bildungs- und Familienpolitik wichtiger sein als ein Präventionsgesetz, dessen Ultima Ratio darin besteht, GKV-Gelder abzuweigen und den Ländern für deren Gesundheitsmaßnahmen zur Verfügung zu stellen. Die Stärkung der gesundheitsbezogenen Prävention und des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder tut zwar not, muss aber sachgerecht aus deren eigenen Mitteln finanziert werden.

Schließlich muss sich die Gesundheitspolitik auch damit abfinden, dass möglicherweise durch Bildungsinvestitionen mehr für die Gesundheit künftiger Generationen erreicht werden kann, als durch explizite Gesundheitsmaßnahmen (z.B. für übergewichtige Kinder) heute. Mit anderen Worten: Auch die Gesundheitspolitik muss ihren Stellenwert am kritischen Maßstab einer »vorsorgenden« Sozialstaatlichkeit messen lassen.