

2002 Nr 82

Gesundheitspolitik heute: Determinanten, Optionen und Visionen

Vortrag im Rotary-Club München am 13.11.2002

K.Überla

Herr Präsident, liebe rotarische Freunde

Als Thema für meinen Vortrag habe ich gewählt: Gesundheitspolitik heute: Determinanten, Optionen und Visionen.

Aus der Distanz eines Beobachters, der nahezu drei Jahrzehnte im Gesundheitsbereich tätig ist, will ich Gesichtspunkte zusammentragen, die die gegenwärtige Diskussion bestimmen. Dabei werde ich vieles weglassen müssen.

Die Gesundheitspolitik wird im Wahlkampf der nächsten Wochen eher eine untergeordnete Rolle spielen. Angesichts der anstehenden Probleme ist das bedauerlich.

Wir haben kein schlechtes Gesundheitswesen. In **England** sind die Kosten niedriger, aber die Wartezeiten sind lang und die Patienten sterben in der Wartezeit. Seit kurzem werden englische sozialversicherte Patienten bei uns operiert, weil man in England ein neues Hüftgelenk nicht so schnell und kostengünstig erhalten kann.

In den **USA** sind etwa 50 Millionen Menschen nicht versichert, können ihre Behandlung nicht bezahlen und sterben im Prinzip unbehandelt, nachdem sie bei Unfällen kurz aufgenommen und sofort wieder abgeschoben werden. Dabei ist der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttosozialprodukt dort mit etwa 15 % deutlich höher als bei uns mit 11 - 12 %.

Der Wert eines Gesundheitssystems darf nicht bestimmt werden durch Spitzenleistungen an wenigen Stellen für Reiche. Gesundheit ist ein Allgemeingut wie Luft und Wasser und muß für alle in einer ausreichenden Qualität bereitgestellt werden.

Ich werde zunächst die wichtigsten Determinanten und Begriffe beschreiben, die heute eine Rolle spielen. Im zweiten Teil will ich dann auf die gesundheitspolitischen Positionen der Parteien eingehen.

Aus meiner Sicht sind für das deutsche Gesundheitswesen drei bestimmende Determinanten besonders wichtig: Die explodierenden Innovationen der Medizin mit ihren Folgen, die Altersentwicklung und die Fragmentierung des Gesundheitswesens in getrennte Bereiche, die weder in der Leistung noch in der Finanzierung gemeinsam handeln können. Hinzu kommen weitere Gesichtspunkte, die ich nur kurz nennen werde.

Die Innovationen der Medizin sind in ihren Folgen kaum zu überschätzen. Die Molekular-Biologie, die Biotechnologie, die Gentechnologie und die Bioinformatik eröffnen phantastische und konkrete neue Möglichkeiten. Neue bildgebende Verfahren revolutionieren Diagnostik und Therapie. Operationen werden durch Roboter präziser. Vor einer Behandlung werden die Verfahren für einzelne Patienten simuliert. Die Medizinische Informatik erlaubt es, weltweit die Verfahren und Informationen zu verknüpfen.

Die Folgen von all dem sind klar: die Kosten sind nicht mehr für alle bezahlbar. Wir haben bereits eine Mehrklassenmedizin in allen Ländern der Welt. Wer reich ist, holt sich die Informationen und das, was er meint brauchen und bezahlen zu können. Der Masse der Menschen fehlen die Mittel und Informationen. Sie fällt dem verbreiteten Zufall und dem Irrtum anheim.

Die **Altersentwicklung** tut ein übriges. Die Lebenserwartung in Deutschland liegt für Männer bei 78, für Frauen bei etwa 85 Jahren und steigt weiter. Man stirbt nicht mehr schnell wie vor hundert Jahren. Die Menschen sind nach einer Krankheit aber nicht geheilt, sondern mit vielerlei Systemen versorgt, die Wartung und Ersatz benötigen - Hüften, Implantate, Stents, Bypässe, Knochenmarkstransplantationen, künstliche Organe - jeder kann die Liste aus eigener Erfahrung fortsetzen. Die reparierten Menschen brauchen in ihren letzten Jahren eine aufwändige Pflege.

Unser Gesundheitssystem ist fragmentiert in getrennte Bereiche mit eigener Gesetzlichkeit. Wir haben vielfältige und komplizierte Regelungen. Renten und Altersversorgung, Pflege, niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser werden jeweils für sich reguliert. Die Akteure müssen ihre jeweilige Klientel befriedigen. Der Blick auf das Ganze wird vom System verhindert, ist strittig und geht unter. Es ist allen Eingeweihten klar, daß das nicht so weitergehen kann.

Für die Gesundheit einer Bevölkerung ist der **allgemeine Wohlstand** eine wichtige Größe, das zeigen viele Untersuchungen. Wenn man den Wohlstand erhöht, verbessert sich die Gesundheit. Umgekehrt ist klar, daß ein massiver wirtschaftlicher Einbruch wie nach 1929 oder wie in den letzten Jahren in Rußland die Lebenserwartung deutlich reduziert. Eine ähnlich massiver Wirtschaftseinbruch würde auch bei uns die Lebenserwartung vermindern.

Ein neues Schlagwort ist **Evidence Based Medicine – EBM**. Es bedeutet im Kern, daß nur bezahlt wird, was auf der Basis empirischer Untersuchungen auch wirklich wirkt und hilft. Das ist relativ wenig. Nur etwa ein Drittel aller derzeit gängigen Verfahren in der Medizin sind nachgewiesen wirksam. Über ein

Drittel kann man streiten und das letzte Drittel gehört in den Bereich des Zufalls, man kann würfeln.

Ich habe bereits vor drei Jahrzehnten zusammen mit anderen das Prinzip vorgeschlagen: nur zu bezahlen, was nachweislich wirkt. Das war damals nicht durchsetzbar. Auch heute ist das umstritten. Einerseits kann EBM die Kosten in vielen Bereichen senken. Andererseits erfordert das neue bürokratische Verwaltungsverfahren. Im übrigen glauben viele Menschen an unbewiesene Verfahren und zahlen gern dafür: Anthroposophie, Homöopathie, Akupunktur, chinesische Medizin und indische Gurus sind gefragt. Warum soll man das nicht erlauben?

Ein weiteres Schlagwort sind die **DRGs- Diagnostic Related Groups**. Ihre Einführung wurde kürzlich gesetzlich vorgeschrieben. DRGs bilden die etwa 30.000 Krankheiten und Syndrome auf nur 1200 Begriffe ab, die von Australien übernommen wurden, einem Land, über dessen Gesundheitssystem man verschiedener Meinung sein kann. Daß die individuellen Umstände des einzelnen Kranken und die lokale Situation dabei unberücksichtigt bleiben, ist allen klar.

Den Krankenhäusern werden demnächst nur die festgelegten DRGs bezahlt. Um den Katalog wird im einzelnen noch gefeilscht.

In allen Ländern, in denen DRGs eingeführt wurden, hat dies in wenigen Jahren zu einer drastischen Reduzierung der Zahl der Betten und der Krankenhäuser geführt. Jedes 5. Krankenhaus wird pleite sein. Besondere Probleme haben die Universitäten und die großen Städtischen Häuser. Sie müssen die schweren Fälle aufnehmen, können sie nicht weiter überweisen und bleiben auf den Kosten sitzen.

Profitieren werden die großen Krankenhausketten, die sich auf bestimmte Leistungen spezialisieren können, die Gewinn bringen, beispielsweise 30 Bypassoperationen oder 30 Hüftgelenke pro Tag.

Die Fusionen von Krankenhäusern werden zunehmen. Der Wettbewerb um Patienten wird härter. Die Versorgung der Bevölkerung wird insgesamt schlechter werden. Wenn die Wähler wüßten, was auf sie im Gesundheitsbereich nach der Wahl zukommt, würde das Ergebnis der Wahl sicher beeinflussen.

Der Arzneimittelbereich steht aus Kostengründen ebenfalls besonders im Blickpunkt. Die Pharmaindustrie trägt über den Export und ihre Ausgaben für Forschung und Marketing zum Bruttosozialprodukt bei. Die Ausgaben für Arzneimittel liegen insgesamt bei etwa 30 Milliarden € pro Jahr. Ein

wesentlicher Teil wird von den Patienten aus eigener Tasche bezahlt, insbesondere für alternative Therapierichtungen.

Wenn man alle Patienten mit Diabetes, mit deutlichem Risiko für einen Herzinfarkt oder für einen Schlaganfall nach dem Stand des Wissens mit wirksamen Medikamenten versorgen würde, wären die Arzneimittelkosten allein für diese drei chronischen Krankheiten nahezu aufgebraucht. Nur weil viele Patienten aus mancherlei Gründen die erforderlichen Medikamente gar nicht erhalten, sind die Kosten für Arzneimittel insgesamt so niedrig wie heute.

Die **Apotheker** sorgen für einen eigenen Konflikt. Sie wollen sich neben dem Arzt als Berater für Patienten profilieren durch die sogenannte „out idem“ Regelung. Der Arzt soll nur die Wirksubstanz verschreiben und der Apotheker aus Medikamenten mit dieser Substanz das jeweils billigste auswählen. Solche Medikamente können aber durchaus unterschiedliche Wirkungen haben. Patienten und Ärzte sollen aus Kostengründen die Verantwortung dafür, welches Präparat angewendet wird, dem Apotheker überlassen.

Die Schnittstelle zwischen Versorgung im Krankenhaus und in der niedergelassenen Praxis ist ein weiterer wichtiger Diskussionspunkt. Lassen sich durch bessere Zusammenarbeit die Kosten senken und die Qualität der Versorgung verbessern? Hunderte von Modellprojekten werden derzeit durchgeführt. Einige haben sich in nichts aufgelöst, die meisten sind noch nicht abgeschlossen und die endgültigen Ergebnisse fehlen. Es muß sich erst zeigen, was und wieviel einzelne Modelle wirklich bringen.

Kann man das Leben verlängern durch Prävention und ist das insgesamt kostengünstiger? Die Meinungen dazu gehen auseinander.

Die eine Position lautet: Über die Hälfte der Lebenserwartung ist genetisch bedingt, ist also Schicksal. Für die andere Hälfte ist die Prävention zu teuer und nicht durchsetzbar. Es ist kostengünstiger, nur die akuten Behandlungen zu bezahlen.

Die andere Position lautet: Vorsorge und Krankheitsfrüherkennung bringen auf Dauer erhebliche Einsparungen.

Ein Kritiker dieser zweiten Position – Prof. Beske Kiel – warnt vor Illusionen. Prävention kostet zunächst neues Geld und erfordert neue Investitionen. Auch Beske ist für Prävention. Er macht jedoch geltend, daß es in keinem Land der Welt wissenschaftlich begründete Untersuchungen über globale Einsparungen im Gesundheitswesen durch Prävention gibt. Die dazu vorliegenden Schätzungen seien unreal und ohne Bezug zur Wirklichkeit.

Als letztes der Begriff **Lebensstile**: Was nützt es, wenn man gesund lebt? Dazu nur kurz:

Die Nahrungsaufnahme ist sicher entscheidend. Bei nahezu allen Tierarten kann man die Lebenszeit um ein Drittel oder mehr erhöhen durch Ernährung an der Grenze des Hungers. Übergewicht reduziert die Lebenserwartung auch beim Menschen deutlich.

Rauchen verkürzt das Leben beträchtlich. Alkohol in kleinen Mengen scheint unschädlich zu sein. Infektionen beenden das Leben vieler Menschen vorzeitig.

Grob ausgedrückt: Fressen, Saufen, Huren und Infektionen sind die Killer der modernen Menschheit wie vor hunderten von Jahren. Ob die Gesundheitspolitik da viel vermag, darf bezweifelt werden.

Optionen für die Gesundheitspolitik werden von verschiedenen Seiten vorgelegt. Ich will nur zwei nennen: Das Gutachten des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, an dem Freund Scriba wesentlich beteiligt war, und einen Vorschlag zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens im Auftrag des Verbands der forschenden Arzneimittelunternehmer (VFA).

Das **Gutachten des Sachverständigenrats** hat den Titel „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“. Es beschäftigt sich in zwei Bänden mit zahlreichen Themen. In der Kurzfassung hat es 96 Seiten, in der Langfassung etwa 1000 Seiten. Es ist die wichtigste Quelle für Vorschläge und Zahlen zur Gesundheitspolitik.

Das Gutachten zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems im Auftrag des VFA ist weniger bekannt und kaum zugänglich. Ich will es daher kurz skizzieren. Es wurde vom Sozialökonomischen Institut der Universität Zürich erstellt (Prof. Zweifel, Dr. Breuer).

Darin wird eine nachhaltige und grundsätzliche Reform mit marktwirtschaftlicher Ausrichtung vorgeschlagen. Risikoabhängige Prämien sollen eingeführt werden, d.h. jeder soll nach seinem Risiko mehr oder weniger zahlen und dies auch wählen können. Es soll eine Vielfalt von Honorierungsmöglichkeiten für ambulante und stationäre Leistungen und für Arzneimittel geben. Eine Mindestversicherungspflicht für alle soll eingeführt werden. Der Kontrahierungszwang für die Krankenkassen und Leistungserbringer soll aufgehoben und durch umfassenden Wettbewerb ersetzt werden. Die soziale Flankierung für diejenigen, deren Prämien einen bestimmten Anteil ihres Einkommens überschreitet, soll ein System von Prämiensubventionen übernehmen. Die Absicherung des Risikos für diese Bedürftigen wird durch einen Steuer-Transfer-Mechanismus herbeigeführt.

Die Realisierung dieses Vorschlags würde in wenigen Jahren zu einer weitgehend Umgestaltung des Gesundheitswesens aus einem Guß mit einer schrittweisen transparenten Kostendeckung entsprechend den jeweiligen individuellen Bedürfnissen führen.

Wie sehen nun **die gesundheitspolitischen Programme und Vorstellungen der Parteien** auf dem Hintergrund der beschriebenen Determinanten und Vorschläge aus? Sie sind in verschiedenen Veröffentlichungen dargestellt und ich greife die wichtigsten Punkte heraus.

Es gibt zwei grundsätzlich verschiedene Richtungen und Gruppierungen: die CDU-CSU mit der FDP einerseits, und die Gruppe der SPD, von Bündnis 90 die Grünen und die PDS andererseits.

CDU und CSU fordern mehr Wettbewerb und Flexibilität. Im Mittelpunkt soll wieder der Patient stehen. Ärztliche Therapiefreiheit soll Vorrang vor einer Listenmedizin haben. Feste Preise für die medizinische notwendigen Leistungen sollen festgesetzt werden. Die Versicherten sollen größere Wahlfreiheit über den Umfang ihres Versicherungsschutzes haben und selbst darüber entscheiden können. Sie sollen auch eine Aufstellung der vom Arzt erbrachten Leistungen erhalten. Eine umfassende Stärkung der Prävention wird angestrebt mit entsprechenden Anreizen in einem Aktionsprogramm Prävention. Außerdem soll eine andere Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik zu mehr Wirtschaftswachstum führen.

Die **F.D.P.** verlangt mehr Wahlmöglichkeiten und mehr Information. Budgetierung und Reglementierung sind aus ihrer Sicht der falsche Weg. Die F.D.P. will ein liberales Gesundheitswesen mit mehr Eigenverantwortung, Wettbewerb, Wahlfreiheit und Transparenz. Sie will die Abschaffung der Ausgabendeckelung. Zwangsbeiträge sollen nur für Kernleistungen gelten, der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) soll auf das medizinisch unbedingt Notwendige begrenzt werden. Eine Kostenerstattung soll die Sachleistungen ablösen. Die Arbeitgeberbeiträge sollen an die Arbeitnehmer ausgeschüttet werden.

Die **SPD** will die solidarische Krankenversicherung beibehalten. Es wird eine Neuorientierung an Gesundheitszielen und am Bedarf chronisch Kranker vorgesehen. Der Leistungskatalog soll für alle Krankenkassen einheitlich und gemeinsam sein. Es soll eine neue öffentlichen Institution geschaffen werden, die Behandlungsleitlinien formuliert. Mehr Vertragsfreiheit für Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser wird verlangt. Der Kontrahierungszwang mit den Kassenärztlichen Vereinigungen soll aufgehoben werden. Eine bessere Abstimmung zwischen stationären und ambulanten System soll erfolgen.

Hausärzte sollen besondere Tarife erhalten, wenn sie als Lotsen fungieren. Ein Gesundheitspaß soll auf freiwilliger Basis eingeführt werden.

Auch das **Bündnis 90 – die Grünen** will das Solidarprinzip erhalten. Eine Abkehr vom bisherigen System halten sie für einen Rückschritt. Die Finanzierung der GKV soll nicht nur die erwerbsunabhängigen Einkommen einschließen, sondern auch Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitaleinkünfte. Sogenannte „Wellness-Leistungen“ sollen außerhalb der GKV etabliert werden. Die Umweltpolitik soll weiter eine wichtige Rolle spielen.

Die PDS will ebenfalls mehr Solidarität statt Privatisierung. Eine allgemeine Versicherungspflicht soll eingeführt werden. Eine entsolidarisierende Konkurrenz der Kassen, Einkaufsmodelle und ein damit verbundener Preisunterbietungs- und Verdrängungswettbewerb wird abgelehnt. Die Trennung zwischen ambulanten, stationären, Reha- und Präventionsbereich soll aufgehoben werden.

Das also sind die Vorstellungen der Parteien.

Was kommen wird, ist abzusehen: entweder ein Durchwursteln auf der Basis von Kompromissen oder eine mehr oder eher weniger radikale Umgestaltung in unterschiedliche Richtung je nach Wahlausgang.

Wo bleiben da Visionen?

Im politischen Raum ist die Gesundheit weiter zweitrangig, obwohl alle davon reden. Es gibt beispielsweise noch keine Gesundheitspartei.

Die Menschen haben den Glauben daran verloren, daß irgend eine Institution oder Person ihre gesundheitlichen Interessen wirklich vertritt.

Ich denke, man sollte das Gesundheitswesen nicht in erster Linie an den Kosten ausrichten, wie dies heute geschieht.

Der Weg, den CDU-CSU und FDP einschlagen, ist richtig, aber er wird zu ängstlich begangen. Zu kleine Schritte sind heute falsch. Eine rasche grundsätzliche Neugestaltung könnte in wenigen Jahren zu einer Sanierung unseres fragmentierten Systems führen. Die Solidarität mit den finanziell Schwachen käme dabei nicht zu kurz. Auch die Chancen, die in Europa liegen, sollten aktiv aufgegriffen werden.

Unsere individuelle Gesundheit ist eine andere Sache, als das System, in dem wir leben. Diese individuelle Gesundheit gehört in einen ganz persönlichen Rahmen, der sich ständig ändert.

Die eigene Gesundheitsgeschichte in dem sich ändernden Lebensrahmen weiter zu schreiben und wie ein Märchen oder wie ein Kunstwerk immer neu zu erzählen und zu gestalten , gehört zum erfolgreichen Altern, das ich uns allen wünsche.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.