

# Die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland

Institut für  
Gesundheits-System-Forschung  
Kiel



**Diesen Vortrag hielt Herr Professor Dr. med. Fritz Beske während der 31. Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer am 13. November 2004.**

Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen, meine Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, zunächst einmal herzlichen Dank für die Einladung. Ich bin gern gekommen aus zwei Gründen. Der eine Grund, ein Vortrag dieser Art ist immer wieder Anlass, die eigene Position zu überdenken und zu prüfen, ob man in dem, was man analytisch tut und was man prognostisch denkt, auch tatsächlich mit der Realität übereinstimmt und Sie wissen, dass meine derzeitige Tätigkeit primär die Tätigkeit der Politikberatung ist. Und das Zweite, wer wie ich mehr am Schreibtisch sitzt, mehr schreibt und mehr spricht, verliert natürlich sehr schnell den Kontakt zu der Basis, zur Realität. Und von daher freue ich mich auf die Diskussion, denn ich gehe aus jeder Diskussion bereichert nach Hause und nehme von jeder Diskussion etwas mit, was für mich Wert hat.

Erlauben Sie mir, mit zwei Berichten von zwei Fernsehsendungen zu beginnen. Die eine Fernsehsendung „heute journal“ am 21. August 2004, Marietta Slomka berichtete über die Situation in Hausarztpraxen in England und darüber, dass deutsche Ärzte mit einem guten Honorar und der Bezahlung von allem, was dazugehört, zum Wochenende nach England fahren, um in diesen Praxen zu helfen, die Wartezeiten abzubauen. Das wurde ausgeschmückt, wie das so üblich ist und was mir bei Marietta Slomka doch sehr eindrucksvoll erschien, es ist beinahe so nicht ihre Art, zum Schluss sagte sie nachdenklich: „Offenbar ist unser Gesundheitswesen doch nicht so schlecht.“ Und das Zweite war Berlin

am 31. Oktober 2004 mit Peter Frey, „Berlin direkt“ unter der Überschrift „Die Schuldenfalle“. Dieses war für mich eine der eindrucksvollsten Sendungen, die ich seit langem gesehen habe. Er begann mit der Darstellung einer Klasse in Berlin von Vier-, Fünf-, Sechsjährigen eines Kindergartens, es wurde nur gezeigt, wie sie spielten und wieder ausgeblendet. Dann war sein Aufhänger die Diskussion CDU/CSU über die Gesundheitspolitik. Er führte aus und belegte es, dass die öffentliche Hand in Deutschland Schulden in der Größenordnung von 1,4 Billionen € aufgebaut hat. Das sind 1.400 Milliarden € mit ständig steigender Tendenz. Er sagte, dass ja die Rentenversicherung auch Schulden sind, denn Renten sind Ansprüche und ein Drittel des Bundeshaushaltes geht in die Renten, die heute bei 79 Milliarden und 2010 bei 82 Milliarden jährlich liegen. Er berichtete von anderen Verpflichtungen, die wir eingegangen sind und resümierte und schaute dann wieder zurück in diese Klasse, die er am Anfang gezeigt hat mit der Bemerkung: „Diese und ihre Kinder werden in Deutschland ihr gesamtes Einkommen dafür einzusetzen haben, um die Schulden zu bezahlen, die ihre Eltern und Großeltern gemacht haben.“ Und dies ist Realität. Mit einem Satz, wir haben uns übernommen, wir leben über unsere Verhältnisse.

Und nun zum Gesundheitswesen. Ich darf den Auftrag so verstehen, dass ich natürlich primär über das Gesundheitswesen berichte, denn das steht ja im Mittelpunkt der Diskussion. Es gibt kaum noch jemand, der versteht, was in der gesundheitspolitischen Diskussion läuft. Ich habe längst aufgegeben, die vielen Vorschläge, Varianten, Veränderungen, was auch immer, für die Finanzierung des Gesundheitswesens zu registrieren, zu sortieren oder in ihrer Konsequenz zu bedenken. Es ist unmöglich geworden und im Grunde genommen geht diese Diskussion auch an der Bevölkerung vorbei. Die orientiert sich an der Praxisgebühr, an Dingen, die sie ganz persönlich betreffen und berühren, aber sicher nicht an der Zukunftsperspektive des deutschen Gesundheitswesens. Versuchen wir zu sortieren. Es gibt zwei Denkrichtungen in der gesundheitspolitischen Diskussion. Die erste Denkrichtung ist die gesundheitsökonomische Denkrichtung, die zweite ist die versorgungspolitische Denkrichtung. Die gesundheitsökonomische Denkrichtung beschäftigt sich ausschließlich mit der Frage, wie finanziere ich unser Gesundheitswesen und dies langfristig,

heute sagt man ja nachhaltig, und alles, was vorgeschlagen wird in der Versorgung wird umgerechnet auf die ökonomische Auswirkung. Diese Diskussion wird von Ökonomen geführt, wie überhaupt, meine Damen und Herren, die gesundheitspolitische Diskussion fast ausschließlich von Ökonomen bestritten wird. Es gibt kaum Ärzte, die in der Politikberatung tätig sind, ich bin praktisch der Einzige, bis auf Herrn Lauterbach, alles andere sind Ökonomen. Sie sind Ökonomen und sie denken ökonomisch, das heißt, sie denken in dem, was sie als Ökonomen gelernt haben und das ist primär der Markt und alles, was mit dem Markt in Verbindung steht. Die versorgungspolitische Seite, die ich vertrete, versucht unverändert, die Versorgung des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Ich würde sagen, die Leistungsträger, natürlich sehr stark auch die Ärzte, denn ohne die Leistungsträger und deren Funktionstüchtigkeit ist eine Gesundheitsversorgung nicht möglich. Es geht aus meiner Sicht darum, das zweite Argument zu betonen und immer wieder zu sagen, was bedeutet das für die Versorgung des Patienten und nicht die Dominanz der Ökonomie überlassen. Ich würde sogar so weit gehen zu sagen, im Grunde genommen ist das Primäre die Versorgung der Bevölkerung mit den beiden Bereichen Patient sowie Planungs- und Leistungserbringer. Die Finanzierung ist eine Dienstleistung im Gesundheitswesen. Nun, Ausgangspunkt ist naturgemäß die Kostensituation im Gesundheitswesen, ist der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich muss Ihnen nicht sagen, dass das eine Diskussion ist, die so alt ist, wie wir denken können. Immer wieder gab es Steigerungen, immer wieder gab es Kostendämpfungsgesetze, immer wieder gab es neue Aufgaben im Gesundheitswesen, die finanziert werden mussten. Sie waren teuer. Immer wieder gab es Kostendämpfungsgesetze und von daher hat natürlich diese Problematik eine ganz besondere Bedeutung.

Ich muss jedoch zum Beitragssatz zwei Dinge sagen. Das eine, es wird mit einer gewissen Berechtigung gesagt, dass Gesundheitskosten Lohnkosten sind. Aber wir sollten einmal diese Diskussion in ihrer Bedeutung richtig bewerten. Wenn man sagt, dass die Arbeitskosten 100 % sind und die Lohnnebenkosten 80 %, dann sind das 180. Setzt man sie einmal mit Euro gleich: 180 €. Der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung würde um 10 % gesenkt, ergeben rund 150 Milliarden,

auch um es einfach zu machen, 15 Milliarden, 1,5 Beitragssatzpunkte. Damit, und ich bitte, dies genau zu beachten, meine Damen und Herren, würden sich die Lohnkosten von 180 auf 179,40 reduzieren. Das ist die Dimension, über die wir tatsächlich reden. Die Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung sind 6 % der Lohnnebenkosten, d. h. also, im Grunde genommen wird diese Frage in der öffentlichen Diskussion überbewertet, überdimensioniert, aus welchem Grunde auch immer, was nicht bedeutet, dass auch ich der Meinung bin, man sollte die Gesundheitskosten von den Arbeitskosten trennen. Und das Zweite, die Gesundheitskosten sind nicht primär durch das Gesundheitswesen begründet. Wir haben kürzlich eine Arbeit vorgelegt, die nachgewiesen hat, dass allein durch die letzten Renten- und Arbeitsgesetze die gesetzliche Krankenversicherung mit 0,86 Beitragssatzpunkten belastet wird. Politische Entscheidungen, Sie kennen die Schlagworte Verschiebebahnhof, und versicherungsfremde Leistungen, haben die GKV mit gut zwei Beitragssatzpunkten belastet. Ohne diese politischen Entscheidungen läge der Beitragssatz nicht bei 14,2, sondern bei 12,2 % und wenn man dann noch der Meinung ist und der Meinung kann man sein, dass die Versorgung von Kindern nicht eine Aufgabe allein der Versicherten, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, dann würde dieser Beitragssatz noch einmal um fast anderthalb Punkte sinken, das heißt, wir lägen ohne politische Entscheidungen und ohne die beitragsfreie Finanzierung von Kindern bei um die 10 % und das ist die Realität.

Vieles von dem, über das wir heute diskutieren, ist von der Politik hausgemacht. Die Politik ist natürlich niemals bereit, es einzugestehen. Wenn ich sage, dass der Ausgangspunkt der Beitragssatz ist, dann ist natürlich auch die primäre Diskussion eine Finanzierungsdiskussion und damit sind wir bei der Bürgerversicherung und bei der Kopfpauschale/Gesundheitsprämie. Ich brauche diese im Einzelnen nicht zu erläutern, zumal es zu jeder eine Fülle von Variationen gibt, nicht durchgerechnet in ihren Konsequenzen, nicht zu Ende gedacht und in meinen ganzen wissenschaftlichen Arbeiten orientiere ich mich immer sehr gern an Wilhelm Busch in seinem Vorwort zu Max und Moritz: „Aber wehe, wehe, wehe, wenn ich auf das Ende sehe.“ Bürgerversicherung heißt im Grunde genommen: einer für alle. Auch die Reichen, die

Wohlhabenden, müssen zahlen und jetzt kommt eine interessante Entwicklung. Es gibt ja eine Kommission in der SPD, die die Bürgerversicherung im Einzelnen ausarbeiten soll. Sie hat ein unvollständiges Manuskript an den Vorstand gegeben und eine Vorstandsdiskussion hat gezeigt, dass die Probleme mit der Umsetzung der Bürgerversicherung so gewaltig sind, dass man sich davor hüten sollte, vor der Wahl Einzelheiten der Bürgerversicherung in die Bevölkerung hineinzutragen und zu erörtern. Die politische These lautet: Wir fordern die Bürgerversicherung. Das kommt an, einer für alle, auch die Wohlhabenden müssen zahlen, das kommt an, aber bitte keine Einzelheiten. Wir werden also, vermute ich, die Diskussion über die Bürgerversicherung als ein Element der Diskussion über die Bundestagswahl im Herbst 2006

weiterhin zu ertragen haben. Nun hatte sich die Diskussion etwas zurückgenommen, bis die CDU der SPD die Steilvorlage gab, nämlich die Auseinandersetzung über die Kopfprämie im Gesundheitswesen, d. h. die Kopfpauschale und ich brauche Ihnen auch nicht die Auseinandersetzung zwischen CDU und CSU zu erläutern. Das Letzte, was ich gehört habe ist, dass man im Prinzip bei der Kopfpauschale bleibt, dass man aber die Kopfpauschale reduziert von 180 ursprünglich auf jetzt 109 € im Monat und dass man die Differenz zur Kostendeckung decken will. Wie man sie decken will, ist noch offen. Es gibt da die beiden grundsätzlichen Wege, dass man entweder über Steuern finanziert oder im Sozialversicherungssystem bleibt und hier wieder über irgendeine Kombination von Arbeitgeber – Arbeitnehmer oder nur Arbeit-

nehmer den Differenzbetrag aufbringt. Nun werden wir, meine Damen und Herren, davon auszugehen haben, dass die Kosten weiter steigen und damit auch die Beitragssätze weiter steigen. Die Diskussion über diese Finanzierung im Gesundheitswesen geht weiter. Und nun verlasse ich den Bereich der Wissenschaft und wage eine Prognose. Und bei Prognosen vergesse ich niemals dieses schöne Wort: Prognosen von heute sind der Irrtum von morgen. Aber trotzdem, man muss natürlich auch ehrlich sein. Ich wage die Behauptung, dass es vor der Bundestagswahl 2006 weder eine Gesetzesvorlage für eine Bürgerversicherung, noch für eine Kopfpause geben wird und dies aus zwei Gründen. Der eine Grund, keine Partei wird in der Lage sein, bis zur Bundestagswahl einen Gesetzentwurf zu erarbeiten. Die organisatorischen, die verfassungsrechtlichen, die rechtlichen, die anspruchsbegründeten Probleme sind so groß, dass in einem gewachsenen System, wie wir es haben, eine Umstellung fast unmöglich ist.

Dies ist der eine Punkt. Und wenn man nach der Bundestagswahl beginnt, mit neuen Leuten, mit zum Teil unerfahrenen Leuten, bei dieser Komplexität einen Gesetzentwurf zu erarbeiten, dann wage ich, ich bin zehn Jahre Staatssekretär gewesen, die Prognose, darüber vergeht eine Legislaturperiode. Der zweite Grund, ein Wahlprogramm ist das eine, aber die Umsetzung des Wahlprogramms nach der Wahl ist das andere. Und hier wirken ganz andere Faktoren, als sie bei der Abfassung eines Wahlprogramms von Bedeutung sind. Man weiß nicht, wer im Bundestag ist, man weiß nicht, welche Partei die Mehrheit hat, man weiß nicht, welche Koalition mit welchen unterschiedlichen Auffassungen es gibt, man weiß nicht, wer im Bundestagsausschuss für Gesundheit sein wird und dort führend argumentieren kann, man weiß nicht, wer Gesundheitsminister wird, man weiß nicht, wie die Länderebene sich entwickelt, d. h. es gibt eine Fülle von Imponderabilien und aus diesen Gründen bin ich der Meinung, wir werden eine Weiterentwicklung des Systems erleben, gewiss eine Auffassung, die ich für richtig halte. Ich halte einen Wechsel von einem System auf das andere nicht für möglich, auch nicht für gut und wenn man an Zeiträume denkt, Herr Seehofer hat gesagt: Mein System wird in 50 Jahren verwirklicht sein können und die SPD sagt, na ja, wir brauchen 30 Jahre, bis denn

die Bürgerversicherung tatsächlich eingeführt ist. Das heißt also, stellen wir uns darauf ein, dass wir im System weiter entwickeln. Und ich kann nur hoffen, dass es genügend Politiker und genügend Institute und genügend Politikberater gibt, die sich auf diese Situation einstellen und für die Zeit 2006, Herbst 2006 einen Vorschlag vorlegen können, wie es denn im System weiter gehen kann und dies in allen Bereichen, nicht nur in der Finanzierung, sondern auch in der Struktur und auch in der Leistungsebene.

Und damit bin ich bei der Leistungsseite. Jede Medaille hat zwei Seiten und das Gesundheitswesen hat die Finanzierung und hat die Leistung. Ich möchte von der Leistung einmal nur den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgreifen und diskutieren, allerdings mit einer Vorbemerkung. Wer über den Leistungskatalog diskutiert, beides, Erweiterung, Kürzung, muss, wissen, was er mit seinem Gesundheitswesen will, d. h., er muss Gesundheitsziele definieren. Er muss sagen, was soll unser Gesundheitswesen für die Bevölkerung leisten. Und er muss die Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung umschreiben. Wir haben Gesundheitsziele definiert, sie sind, glaube ich, so einfach und einprägsam, dass sich der Notwendigkeit dieser Ziele niemand entziehen kann und ich würde auch sagen, sie werden in jeder Festtagsrede angeführt und in keiner Podiumsdiskussion würde ein Politiker wagen, sich von diesen Grundsatzzielen zu distanzieren. Das erste Gesundheitsziel lautet: Krankheit darf nicht zur Armut führen. Ich habe ein Jahr in Amerika studiert als Arzt, meinen Master of Public Health gemacht und konnte schon damals erleben, was es heißt, krank zu werden. Die USA haben 42 Millionen ohne Versicherungsschutz, die Ausgaben steigen pro Jahr um 10 %. Die Arbeitgeber, die gerade bei den großen Firmen zu 75 % die Beiträge für die Krankenversicherung ihrer Beschäftigten übernommen haben, haben auf 65 %, auf 60 % reduziert. Es ist also eine Krise und immer mehr geraten durch Krankheit in Armut. Dies kann ein sozialer Rechtsstaat wie Deutschland nicht tolerieren. Das Zweite, der medizinische Fortschritt muss allen zugute kommen. Wir finanzieren mit unseren Steuern den medizinischen Fortschritt mit. Der medizinische Fortschritt ist ja im Grunde genommen mit die Wurzel für ärztliches Handeln, er ist mit die Grundlage für die Verlängerung der Lebenserwar-

tung, der Lebensqualität und es ist völlig unmöglich, strukturiert und organisatorisch und damit legislativ irgendeine Gruppe aus der Teilnahme, aus der Teilhabe an dem medizinischen Fortschritt auszuklammern. Von daher eine These, die, glaube ich, unumstritten ist. Ich bitte nur, schon an dieser Stelle die Konsequenzen zu beachten.

Meine Damen und Herren, ein Arzneimittel gegen eine große Volkskrankheit, importiert vom Ausland, unsere pharmazeutische Forschung geht ja nahezu auf null zu. Das heißt, die gesamte Finanzierung wird nicht nur die GKV, sondern auch den Bundestag beschäftigen, gegen Demenz, Alzheimer, gegen Herzinfarkt. Wir können solche Entwicklungen erwarten, d. h. also, es ist leicht gesagt, medizinischer Fortschritt für alle. Vielleicht schaffen wir es noch, aber es kommt der Zeitpunkt, wo diese Problematik die Bevölkerung insgesamt tangieren wird. Das Dritte, Alter darf kein Leistungsausschluss sein. Auch hier würde ich sagen, niemand darf sich und wird sich dieser These widersetzen. Das europäische Bild sieht ganz anders aus. Wir haben Länder, in denen von einem bestimmten Alter an Haemodialyse nicht mehr gewährt wird, eine neue Hüfte nicht mehr möglich ist und das alles steht nicht explizit in einem Gesetz, in keiner Vorschrift, sondern implizit. Es ist tägliches Handeln derjenigen, die mit ihrem Geld nicht alles leisten können und wenn ein Krankenhaus keine neuen Prothesen kaufen kann, kann es keine Prothesen einsetzen. Das ist die stille Rationierung, und trotzdem meine ich, auch hier gilt, Deutschland ist eine Kulturnation und niemand kann der Forderung widersprechen, Alter darf kein Leistungsausschluss sein. Das sind die drei wesentlichen Thesen. Ich möchte zwei weitere hinzufügen. Das eine ist die wohnortnahe Versorgung und hierüber allein könnten wir uns heute unterhalten. Ich sehe mit großer Sorge, wie durch eine Reihe von Gesetzen, ich habe mit Interesse einiges von dem verfolgt, was hier heute gesagt worden ist, wir dabei sind, einen unserer großen Vorteile, eines der wesentlichen Elemente unseres Gesundheitswesens zu zerstören, nämlich wohnortnahe Versorgung. Ein Thema für sich. Und das Zweite, Versorgungssicherheit für den Patienten und Planungssicherheit für den Leistungserbringer. Der Patient ist heute schon verunsichert. Er wird es mit Sicherheit noch mehr, wenn am 1. Juli 2005 er plötzlich spürt, dass er auf einmal über Nacht für Zahnersatz und

Krankengeld selbst bezahlen muss, dass er einen Abzug hat oder mehr bezahlen muss. Ich bitte Sie mal, die Bevölkerung zu fragen, wer von denen, die Sie fragen, es tatsächlich weiß. Sie werden von der tatsächlichen Situation, von der Wirklichkeit überrascht. Das heißt also, wir stellen beides in Frage, die Versorgungssicherheit und die Planungssicherheit und hier wurde auch die Planungssicherheit angesprochen.

Und da bin ich schon etwas bei dem, was ich noch gleich kurz abhandeln will, das GMG. Meine Damen und Herren, das GMG ist natürlich ein technisches Gesetz, es ist aber auch Ideologie und wer wirklich wissen will, was man beabsichtigt, muss den Entwurf zum GMG lesen und darin stand der Einzelvertrag und der Einzelvertrag von Fachärzten bedeutet, dass jemand einen Vertrag von irgendeiner Kasse, wir haben 280 Kassen, jede Kasse mit jedem Leistungserbringer einen Vertrag abschließt, zum Teil begrenzt, mit Kündigungsklauseln, was auch immer und ich frage Sie, wer unter diesen Voraussetzungen noch in seine Praxis investiert. Wir haben Gesundheitssysteme, die anders strukturiert sind, Mangel an Geld haben sie alle, aber wenn ich die fachärztliche Versorgung am Krankenhaus konzentriert habe, habe ich automatisch das Prinzip der Wartezeiten implementiert. Wir haben also mit unserer Versorgung noch eine Versorgung, die die von mir genannten Voraussetzungen erfüllt. Wir stellen beide in Frage und damit nur wenige Worte zum GMG. Ich glaube, es ist zu früh zu sagen, was das GMG wirklich bringt, was ich bedaure. Ich habe noch nirgends gelesen, dass man versucht, das GMG zu evaluieren. Wer ein solches Gesetz verabschiedet, wer so viel Strukturneuerungen und Strukturänderungen impliziert, müsste eigentlich den Wunsch haben, nach einer Reihe von Jahren zu wissen, was ist denn daraus eigentlich geworden? Das heißt, ich darf es einmal personifizieren, ich würde als Gesundheitsminister sagen, hier haben wir das Gesetz und wo ist die Begleitforschung zum Gesetz? Um in einigen Jahren sagen zu können, dies hat sich bewährt, jenes hat sich nicht bewährt. Ich möchte das GMG im Augenblick nicht bewerten, ich darf nur so viel sagen, Sie wissen es, die primäre Zielsetzung des GMG, nämlich die Senkung des Beitragssatzes auf 13,6 % Punkte Ende dieses Jahres ist verfehlt. Die Diskussion läuft in eine ganz andere Richtung. Man spricht eher wieder von Beitragssatzsteigerungen, das

heißt, dieses wird zwar das Thema sein, aber keine Erfolgsstory für die Bundesgesundheitsministerin. Und für die anderen Bereiche erhoffe ich mir, dass man irgendwann weiß, was daraus geworden ist. Wir machen den Versuch. Wir haben in unserem Institut 42 Veränderungspunkte definiert. Wir sammeln Material zu diesen 42 Punkten und wenn wir es schaffen, dann werden wir im Frühjahr 2005 für das Jahr 2004 und im Jahr 2006 eine Evaluation für 2005 mit einer Bewertung für die Zeit nach der Bundestagswahl 2006 vorlegen. Ich darf schon sagen, ich halte es für unverantwortlich, so Strukturen zu verändern, ohne sich gleichzeitig die Frage zu stellen, was wird aus den Veränderungen in der Versorgung der Bevölkerung?

Und damit noch einmal zurück zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wir haben einige Ordner von Forderungen nach einer Veränderung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung, auch von einer Methodik, wie man an so etwas herangehen kann, wir haben nur keine Vorschläge. Naturgemäß scheut sich jeder, einen Vorschlag für eine Veränderung und im Wesentlichen ja auch Reduzierung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung zu machen und dabei bin ich bei den beiden Punkten, die ich angeführt habe, Peter Frey mit der Schuldenfalle, wir haben uns übernommen, und auch die Entwicklung des Beitragssatzes in der GKV, der Beitragssatz wird steigen, wir kommen also um eine Neubestimmung des Leistungskatalogs der GKV nicht herum. Diese Diskussion wird nur anhand eines konkreten Vorschlags geführt werden können. Alles andere ist im Grunde genommen, verzeihen Sie diese Formulierung, eine Luftblase, die platzt, wenn man eine Nadel hineinsticht. Allgemeine Formulierungen haben wir genug. Auch hier haben wir die Absicht, einen Vorschlag vorzulegen, aber einen Vorschlag vorzulegen, der substantiiert ist und der sich zunächst auf eine sehr breite Basis, auf ein sehr breites Erfahrungsbild stützt. Dazu eine Reihe von Bausteinen. Wir haben in Heft 39 des Deutschen Ärzteblattes eine Umfrage an alle Ärzte, unterstützt von Herrn Hoppe und von Herrn Richter-Reichhelm, über den Leistungskatalog der GKV mit der Bitte an die Ärzte, uns ihre Meinung, ihre Erfahrung zu schicken. Erweiterung des Leistungskatalogs, Reduktion des Leistungskatalogs, weil wir wollen, dass endlich das

geschieht, was man fordert und was man nicht tut, man soll die Ärzte insgesamt in die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens einbinden. Die Reaktion ist eher mäßig, wir haben an die 1000 Rückmeldungen, wir haben noch mal im Deutschen Ärzteblatt erneut darauf hingewiesen, wir haben mit Fachärzterverbänden gesprochen, die bringen uns ins Internet, die Chefärzte wollen es machen, der Hausarztverband will es machen. Wir fassen noch einmal nach in der Hoffnung, dass es mehr werden. Wir haben ein Zweites gemacht oder machen ein Zweites. Einige von Ihnen mögen gelesen haben, dass wir eine Arbeit veröffentlicht haben unter dem Titel: das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich – eine Antwort auf die Kritik. Mich hat dieses Schlechtmachen des deutschen Gesundheitswesens auch in Kenntnis der Situation in anderen Ländern so nachhaltig gestört, dass wir die Aussagen der WHO und die Aussagen der OECD einmal anvisiert haben mit dem Ergebnis, nichts, aber auch gar nichts ist dran. Die WHO hat ihr Ranking-Verfahren zurück gezogen, indirekt im Ausdruck des Bedauerns, weil die wissenschaftliche Welt der ganzen Welt dieses Verfahren wirklich bis zum letzten Punkt verdammt hat und die Statistiken der OECD weisen aus, mal sind wir besser, mal sind wir schlechter. Meine Damen und Herren, in hoch industrialisierten Ländern sind die Unterschiede im Leistungsgeschehen relativ gering. Die Unterschiede in der Lebenserwartung sind relativ gering, was ist ein Jahr bei 80, in der Sterblichkeit sind sie bedingt, in der Qualitätssicherung sind sie bedingt, es gibt Stärken, es gibt Schwächen, Deutschland hat seine Vor- und seine Nachteile. Aber einen Vorteil hat Deutschland und dies haben eine Reihe von Untersuchungen bestätigt, auch die Weltgesundheitsorganisation, wir sind noch das Land mit den geringsten, mit den im Abstand geringsten Wartezeiten auf medizinische Leistungen. Nicht die Stunden in der Praxis, sondern um überhaupt einen Arzttermin, einen Facharzttermin, einen Krankenhaustermin zu bekommen und Sie wissen, in anderen Ländern wartet man bis zu einem Jahr auf eine Operation und auch das stellen wir im Augenblick in Frage. Wir tun ein Weiteres, wir haben Vorwürfe bekommen, dass die gesagt haben, also gut, die Qualität mag ja vergleichbar sein, aber wir sind viel zu teuer. Im Augenblick werten wir den Leistungskatalog in Deutschland im internationa-

len Vergleich aus und wir haben schon jetzt den Eindruck, dass in der Leistungsbreite und Leistungstiefe und in der Gewährung von Geldleistungen Deutschland im Vergleich mit 14 vergleichbaren Ländern ebenfalls weit über den anderen Ländern liegt. Das heißt, in Deutschland wird sehr viel im Gesundheitswesen geleistet und auch diese Erfahrungen gehen in eine Neubestimmung des Leistungskatalogs der GKV ein. Und wir tun ein Letztes und Drittes oder Viertes, auch Sie, Herr Präsident, werden einen Brief in den nächsten Tagen bekommen. Wir bitten 160 Verbände im deutschen Gesundheitswesen, uns ihre Erfahrungen über eine Neugestaltung des Leistungskatalogs einzubringen. Verschiedene Kammern, verschiedene freie Verbände haben sich mit dieser Problematik befasst, wir wollen diese Erfahrungen haben und wir wollen sie einbringen in eine Neubestimmung des Leistungskatalogs der GKV. Eines sage ich im Voraus, die Diskussion über die Finanzierung des Gesundheitswesens geht an der Bevölkerung vorbei. Eine Diskussion über den Leistungskatalog führt zu einem Aufstand in Deutschland, einem Aufstand der Sozialverbände, einem Aufstand von wem auch immer. Und die Schlagworte höre ich schon heute, sozialer Kahlschlag, Zweiklassenmedizin, Ungleichheit der Behandlung, was auch immer und von daher, ich glaube, Sie können etwa mein Alter abschätzen, kann ich es mit erlauben, so etwas zu machen, weil ich keine Zukunft habe und keine Zukunft suche. Ich kann morgen aufhören. Aber ich möchte noch diesen Vorschlag in die öffentliche Diskussion einbringen, einfach aus der festen Überzeugung heraus, dass wir diese Diskussion in der breiten Öffentlichkeit führen müssen und damit eine Diskussion über die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen, auch um zu vermeiden, dass es eine implizite Rationierung gibt, die es ja zum Teil heute auch schon gibt, wenn wir ehrlich sind und wenn ich höre, was ich hier gehört habe, dass man für einen Arzttermin schon beinahe Monate braucht, das ist nicht die Regel, aber es nimmt zu, dann kann das nicht etwas sein, was wir uns für die Zukunft wünschen. Ich darf noch ein paar Punkte anschnitten, dann nur dieses eine Wort zum internationalen Vergleich, von Ihnen ist es angesprochen. Die Diskussion, die heute in Deutschland geführt wird über die Finanzierung des Gesundheitswesens wird in allen vergleichbaren Industrienationen genauso geführt. In jedem

Land fehlt das Geld, um die Medizin so an jedem zu verwirklichen, wie es die Medizin erlaubt und die Ansprüche, auch die berechtigten Ansprüche, die Erwartungen der Bevölkerung zu befriedigen. Und jedes Land versucht, in seinem System mit dieser Problematik fertig zu werden und keinem ist es bisher gelungen. Das eine und andere kann man von anderen Ländern lernen, aber übernehmen kann man nichts. Die Niederlande erwägen ein neues Gesundheitssystem, die Schweizer, von denen wir die Kopfprämien übernommen haben, wissen eigentlich nicht so recht, was sie machen sollen, denn sie haben Kostensteigerungen von 5 bis 6 % pro Jahr und 50 % der Bevölkerung können die Kopfpauschale nicht zahlen und sind in ein sehr intensives Verfahren, individuelles Verfahren eingebunden, um abzuschätzen, was der Staat, der Kanton, wer auch immer, für diese Personen oder diese Familien zur Erfüllung der Kopfprämie leisten muss. Das heißt also, wir stehen nicht allein und ein Wort zur Qualität habe ich schon gesagt. Dann erlauben Sie mir noch ein paar Bemerkungen zu zwei, drei Punkten, die sicher für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens auch ihre Bedeutung haben. Ich habe Ihnen gesagt, dass ich Versorgungspolitiker bin und dass ich versuche, zu beurteilen, was bedeutet irgendeine Veränderung für den Patienten und für den Leistungsträger? Ich habe übrigens neulich nachgedacht, Herr Präsident, mir gefiel der Leistungserbringer nicht, mir gefiel schon gar nicht, was jetzt ist, der Patient ist ein Kunde, da muss der Arzt ein Verkäufer sein. Ich bin immer noch ein Anhänger von dem Arzt-Patienten-Verhältnis und da fiel mir das Wort von dem Leistungsträger ein. Finde ich eigentlich ganz gut. Also Leistungsträger, an die denke ich, wenn ich die Diskussion im Gesundheitswesen verfolge und wenn ich mir jetzt vorstelle, was im Krankenhaus mit dem DRG-System passiert, dann frage ich mich wirklich, was hat der Patient davon und was hat der Arzt davon, was haben die Mitarbeiter im Krankenhaus davon und ich muss Ihnen ehrlich sagen, positive Seiten habe ich dieser Entwicklung noch nicht abgewinnen können. Als ich in den USA studierte, begann das DRG-System. Nach einer Vorbereitungszeit von 15 Jahren in einer Reihe von Krankenhäusern. Und ich habe gesehen, wie speziell ausgebildete Krankenschwestern in die Krankenhäuser gegangen sind, sich die Krankengeschichten vorgenommen haben und geprüft

haben, ob die Eingruppierung in die Fallpauschale richtig ist, ob die Nebendiagnosen richtig waren, ob der Aufenthalt richtig war, ob damit der Anspruch des Krankenhauses an die Bezahlung begründet war oder nicht. Das ist die eine Seite. Es wird ein unvorstellbares Kontrollsystem aufgebaut, weil man, um es so offen zu sagen, mit DRG fantastisch betrügen kann, wenn man es nur richtig macht. Das muss also verhindert werden, von daher ein Kontrollsystem. Zweitens, wir haben eine ungeheure Leistungsverdichtung im Krankenhaus, naturgemäß, denn die Verweildauer sinkt, die Leistung muss erbracht werden. Drittens, wir werden auf eine Reihe von Krankenhäusern verzichten müssen und jetzt gibt es gerade wieder eine Prognose, dass jedes siebente Krankenhaus zur Disposition steht, entweder verkauft oder schließen, insbesondere kommunale Krankenhäuser bis 200 Betten und auf der anderen Seite fordert man, dass Ambulanz immer mehr ins Krankenhaus verlagert wird. Damit ist die wohnortnahe Versorgung um ein weiteres Element in Frage gestellt. Und wir haben uns angemaßt, dieses komplexe und komplizierte System in wenigen Jahren in Deutschland flächendeckend einzuführen mit Ausnahme, glaube ich, der Psychiatrie. Ich weiß nicht, ob das funktioniert und ich hoffe, dass man sich die Frage stellt, cui bono? Was hat der Patient davon, was hat das Gesundheitswesen davon, was hat der Leistungserbringer, was haben Arzt und Patient im Krankenhaus davon? Ich habe noch keine eindeutige Antwort auf diese Frage bekommen, und ich glaube auch, die Illusion, dass es billiger wird, ist eben eine Illusion.

Das Zweite ist die Pflege. Ich habe von den Ökonomen gelernt, Aufwand kostet Geld, Verwaltungsaufwand kostet Geld, Pflegeaufwand kostet Geld. Wir sind eine alternde Bevölkerung und naturgemäß wird die Zahl derjenigen, die im Alter betreut werden müssen, zunehmen, ambulant und stationär, und derjenigen, die sie betreuen, wird abnehmen in diesem Bereich und Pflege, ambulante Pflege, Pflegeheime, so ein Pflegeheim ist primär eine pflegerische Maßnahme. Wir haben gerade in Schleswig-Holstein eine Diskussion hinter uns, Krankenkassen gegen Pflegeheime im DRK, über eine mangelnde Pflege und ich überspitze jetzt einmal und lasse Marginalien beiseite. Auf der einen Seite wurde gefordert, jeder Patient muss eine höchst individuelle Betreuung haben und die

Pflegeperson muss für ihn da sein, wann immer er die Pflegeperson braucht. Die Patientin, die pflegebedürftige Person braucht Zuwendung. Auf der anderen Seite aber Geld Aufstockung von Mitteln, die steht natürlich überhaupt nicht zur Diskussion, denn wir Kassen haben kein Geld und ich weiß nicht, wie dieses Problem gelöst werden soll. Wir alle fordern, die Gesellschaft fordert Zuwendung, Zuwendung im ärztlichen Bereich, Zuwendung durch die Krankenschwester, Zuwendung im Pflegeheim, aber Zuwendung ist Aufwand und Aufwand kostet Geld und die Gesellschaft ist weder in der Lage noch bereit, dieses zu bezahlen und von daher habe ich meine Probleme mit der Zukunft der Pflegeversicherung, steht ja auch täglich in den Zeitungen. Ich hätte die Pflegeversicherung nie eingeführt. Ich hätte Elemente der

Pflegeversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung integriert, aber ich hätte keinen isolierten Bereich Pflegeversicherung geschaffen, auch um die ganze Schnittstellenproblematik, die es ja gibt, gar nicht erst in die Diskussion zu bringen und sie füllt ja Aktenordner, die Auseinandersetzung zwischen dem, wer was zahlen soll, die Pflege oder die gesetzliche Krankenversicherung. Auch die Pflegeversicherung geht dem Zustand der Insolvenz zu. Auch in der Pflegeversicherung weigert man sich, die Beitragsätze zu erhöhen. Es soll bei 1,7 % bleiben. Auch in der Pflege fordert man Zuwendung, erhöhte Zuwendung, individuelle Zuwendung, mehr Personal und ich weiß nicht, wie dieses aufgelöst werden soll. Es ist die Quadratur des Kreises. Und zwei weitere Punkte, der erste Punkt steht eigentlich unter dem

Motto: In einer Zeit, wo die Mittel knapp sind, muss alles zur Disposition gestellt werden und damit auch die Rehabilitation und dabei primär die stationäre Rehabilitation. Auch dies darf ich nur sagen, weil ich, wie gesagt, keine Zukunft habe. Ich hatte mal einen Aufsatz geschrieben, wo ich etwa gesagt habe, wir haben eine Entwicklung, wo in den Akut-Krankenhäusern Betten, Stationen, Räumlichkeiten frei werden und technische Einrichtungen vorhanden sind und wir haben eine große Zahl von stationären Reha-Einrichtungen irgendwo auf der grünen Wiese und ich frage mich, ob es nicht sinnvoll ist, zusätzlich zu der Anschlussheilbehandlung auch einen relativ großen Teil der stationären Pflege aus den entfernt liegenden stationären Reha-Einrichtungen an das Krankenhaus zu verlagern, in einem Prozess, der Jahrzehnte

---

dauern kann von mir aus, aber der eingeleitet werden muss. Ich habe die bitterbösesten Briefe bekommen, die ich je bekommen habe von der BFA und von den Landesversicherungsanstalten und warum, meine Damen und Herren? Hier formuliere ich so, weil ich kein Manuskript habe und es so genau auch nicht stimmt, aber die Reha-Einrichtungen sind für die Selbstverwaltung eine Spielwiese. Die Selbstverwaltung in der Rentenversicherung kann im Grunde genommen nicht nachvollziehen, was passiert. Da sitzt ein Arbeitgeber und Gewerkschafter, also ein Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Die Rentenversicherung ist im Gegensatz zur Gesundheitsversorgung im Grunde genommen einfach. Es ist ein mathematisches Exempel, wie viele Leute werden alt, wie viele Ansprüche haben sie auf Rente, wann muss die Rente gezahlt werden, wer zahlt sie, wie viel fehlt, wie viel muss der Bundeshaushalt zahlen und dieses wird mit einem Riesenzahlenberg der Vertreterversammlung vorgelegt. Ich könnte auch nur nicken. Aber Reha-Einrichtungen, das verstehe ich, da wird geplant, da wird eingeweiht, da wird gebaut, da wird besichtigt und es ist eine wunderbare Sache für die Patienten. Aber auch hier die Bemerkung, es gibt kein Land der Welt, kein Land der Welt, das eine so ausgebaute stationäre Rehabilitation hat wie Deutschland. In den USA werden Sie nach einer Rückenoperation entlassen und da wird gesagt, nun sieh mal zu, wie du gesund wirst. Eine Rehabilitation gibt es nicht. Ich bin ein großer Anhänger der ambulanten, ein großer Anhänger der teilstationären Rehabilitation. Ich bin ein großer Anhänger der Rehabilitation überhaupt, aber ich frage mich, ob die Struktur, die wir heute haben, in Zukunft so bleiben muss, kann, wie sie heute ist und ich meine, auch dies muss auf den Prüfstand.

Und die letzte Bemerkung ist die Prävention. Auch hier habe ich mir die Finger verbrannt, weil ich gesagt habe, und ich rede hin und wieder zur Prävention, Prävention ist ein völlig benachteiligter Zweig unseres Gesundheitswesens. Wir müssen erheblich in die Prävention investieren, nur, Prävention spart kein Geld. Ich habe zwölf Punkte definiert, wo man Prävention betreiben muss. Verbesserung der Lebensqualität und Schutzimpfung, der ja sofortige Erfolg, damit auch Kostenersparnis im Einzelfall, Reduktion von Arbeitsunfähigkeit, damit auch Kostenersparnis, Lebensverlängerung und damit bin ich

bei dem Punkt. Es gibt eine einzige, wissenschaftlich begründete, kritische Diskussion, die sich mit den Kosten der Prävention beschäftigt und das ist eine niederländische Arbeit mit den Angaben aller niederländischen Gesundheitsbereiche von 1989 mit dem Ergebnis, Prävention ist eine fantastische Sache. Die Leute werden älter. Aber weil sie älter werden, kosten sie mehr Geld im System. Also Prävention ist etwas Wunderbares, aber wir sollen uns davor hüten zu glauben, dass mit Prävention auch nur eine einzige Mark gespart wird. Natürlich, in bestimmten Dingen sofort, wenn jemand keine Masern bekommt, weil er geimpft ist. Aber ansonsten ist es ein langfristig angelegter Prozess und damit bin ich bei dem Kernpunkt, er kostet Geld. Im Übrigen wird ja bei der Prävention oft vergessen, dass Prävention sehr, sehr viel mit Disziplin und mit Selbstdisziplin zu tun hat. Ich erinnere an das Wort von Mark Twain: „Mit Rauchen aufhören, ganz einfach, habe ich hundert Mal getan.“ Ich selbst habe, ich weiß es nicht, wie oft, aufgehört zu rauchen, bis ich es mit 35 Jahren geschafft habe und wenn die Weihnachtszeit vorbei ist, habe ich meine Mühe, meine Pfunde wieder abzuspecken, also diese Prävention macht Spaß, Prävention kann viel Spaß machen, wenn man Dinge tut, die ohnehin Spaß machen und auch einen präventiven Charakter haben, man muss aber auch hier wissen, wovon man spricht und dabei bin ich bei meinem Kritikpunkt in dem, was im Augenblick über die Prävention läuft. Prävention ist so alt, wie es medizinisches Denken gibt. Ich kann mir kein Arztgespräch vorstellen, das nicht auch einen präventiven Charakter hat. Jede Krankenschwester, jeder Physiotherapeut, jeder Zahnarzt, sie alle treiben irgendwie Prävention und so ist es über die Jahrtausende gewesen. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat um die Jahrhundertwende die Prävention aufgebaut mit der Säuglingsfürsorge, mit der Mütterfürsorge, mit der Tuberkulosebekämpfung, mit der Schutzimpfung, was auch immer und dann ist sie ein bisschen in Vergessenheit geraten und ich bin sehr froh, dass über den Entwurf, wenn er denn kommt, eines Gesetzes und auch über eine Stiftung, die Prävention den Stellenwert bekommt, den sie braucht. Aber, meine Damen und Herren, wir haben von der Finanzenge der Rentenversicherung, wir haben von der Finanzenge der gesetzlichen Krankenversicherung gesprochen. Und

was macht der Gesetzgeber? Er investiert nicht einen müden Euro in die Prävention, sondern zwingt die Sozialversicherungsträger, die Gesetzliche Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Unfallversicherung in den Topf Prävention, in diesen 250 Millionen einzuzahlen, um Prävention betreiben zu können, um sich gleichzeitig hinzustellen, Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Nicht eine Mark gibt die öffentliche Hand. Und ich halte es für nicht vertretbar, mit einem Gesetz aus der Gesetzlichen Krankenversicherung 180 Millionen herauszuziehen, nur um den Glorienschein zu haben, wir fördern die Prävention. Prävention kostet Geld und ich höre nicht auf zu fordern, dass über eine Erhöhung der Alkohol- und Tabaksteuer mit einer Milliarde pro Jahr die Prävention finanziert wird. Wir haben eine Fülle von Ideen in Deutschland, eine Fülle von Einrich-

tungen, die Prävention betreiben. Jeder Sportbund macht Prävention, sie alle brauchen Geld, wer raucht, wer übermäßig trinkt, Tabakgebrauch, Alkoholmissbrauch, sollte mit dem, was er mehr für das zahlt, was ihm Freude macht, auf der einen Seite die GKV entlasten, ein Teil des Geldes soll in die GKV, aber mit dem anderen Geld muss die Prävention wirklich so ausgebaut werden, wie sie es verdient und das heißt, ich brauche Geld. Und damit komme ich zu einer abschließenden Bemerkung. Was wünsche ich mir für die Zukunft? Wir haben gesagt, Versorgungspolitik heißt, den Patienten und den Leistungsträger in den Mittelpunkt zu stellen und zu prüfen, welche Auswirkungen hat denn das, was getan wird, auf den Patienten, auf den Leistungserbringer, auf den Arzt und auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Irgendetwas an Gesetzgebung wird auch nach

dem September 2006 kommen. Ich kann nur hoffen und ich kann mir nur wünschen, dass man nicht mehr ökonomisch denkt, dass man nicht nur populistisch denkt, dass man sich nicht in Allgemeinheiten erschöpft und dass man prüft und nachweist, dass das, was man tut, wirklich dem Patienten und wirklich dem Leistungserbringer zugute kommt im Sinne einer guten und einer weiterhin guten Versorgung unserer Bevölkerung.

(Hinweis: Es handelt sich um eine unredigierte Bandabschrift eines freien, ohne Manuskript gehaltenen Vortrags. Veröffentlichung mit freundlicher Genehmigung des Autors.)