

**Rede des Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz,
Medizinische Hochschule Hannover**

Es war Minister a.D. Seehofer, der vor 2 Jahren konstatierte, die deutsche Sozialversicherung sei vom „Aushängeschild“ des Sozialstaats zu einem „Krisenfall“ geworden. Das deutsche Gesundheitswesen ist zu zwei Dritteln vom Zustand der Sozialkassen abhängig. Diese werden ausschließlich über Lohnkosten und Staatseinnahmen finanziert. Fortgesetzte gesamtwirtschaftliche Rationalisierungsanstrengungen, der Fortfall hunderttausender Arbeitsplätze in der ehemaligen DDR und weiterer hunderttausender seit der extremen Liberalisierung des Welthandels durch neoliberale WTO- und Gatt-Abkommen haben allerdings zu einem Rückgang der Lohnanteile in der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung Deutschlands geführt: hätten wir die volkswirtschaftliche „Lohnquote“ der 80iger Jahre, läge unser GKV-Beitragsatz derzeit bei nahe 11% und nicht bei 14 bis 15%.

Die verschiedenen nationalen Neuregelungen zum deutschen Arbeitsmarkt, insbesondere zu den sogenannten Minijobs bewirken, dass diese mittlerweile auf 8 Millionen emporgeschossen sind mit derartig niedrigen Anteilen an Sozialabgaben, dass diese, jedenfalls soweit sie Vollversicherungen im Bereich der gesetzlichen Kassen betreffen, in keiner Weise kostendeckende Beitragsanteile liefern. Wenn weiterhin viele Vollzeit Arbeitsplätze in Minijobs zerlegt werden und zusätzlich: wenn ab kommendem Januar Arbeitslose auch 400 Euro-Jobs anzunehmen gezwungen werden, bedeutet dies eine weitere nachhaltige Zerstörung der Finanzierungsgrundlagen unseres sozialen Gesundheitswesens.

Vielen Menschen, aber offenbar auch Politikern ist darüber hinaus die Bedeutung staatlicher Finanzmittel im deutschen Gesundheitswesen offenbar zu wenig geläufig. Diese aus Steuereinnahmen stammenden Mittel wurden in Deutschland jahrzehntelang dafür eingesetzt, um durch Zuschüsse an die Rentenversicherung bzw. die Rentner-Krankenversicherung das Versorgungssystem für die Älteren oder für rentenberechtigte Behinderte finanzierbar zu halten und damit zugleich die Umverteilungskosten zu Lasten der aktiv im Arbeitsleben Stehenden zu reduzieren, das heißt auch, um die allgemeinen Lohnkosten erträglich niedrig zu halten. Diese staatlichen Mittel, dazu gehören auch Zuschüsse für die Bundesknappschaft oder die landwirtschaftliche Krankenversicherungen, wurden schon in der Ära Kohl zurückgefahren und die Umverteilungskosten zu Lasten der Löhne am Arbeitsmarkt erhöht. Erhöht wurden zugleich aber auch schrittweise bei den Rentnern und Behinderten die Beitragsabzüge und die privaten Eigenleistungen. Und sie werden im Zuge dieser Politik auch in Zukunft erhöht werden. Sie müssen deswegen erhöht werden, weil dies eine völlig logische und unausweichliche Konsequenz einer Politik ist, bei der die Umverteilungsfunktion des Staates im Sinne sozialer Gerechtigkeit wegen mangelnder staatlicher Mittel, sprich mangelnder steuerlicher Mittel, reduziert wird und ein Ausgleich über die Sozialabgaben am aktiven Arbeitsmarkt wegen der Schwäche dieses Arbeitsmarktes nicht durchsetzbar ist.

Aber um zu verstehen, ob diese Entwicklung quasi naturgesetzlich unausweichlich ist, oder bereits jetzt schon mit rein demographischen Problemen zu begründen ist (was, ich schicke das vorweg – nicht der Fall ist bzw. noch nicht der Fall ist) muss man etwas grundsätzlicher werden und etwas gründlicher nachdenken:

Diese Entwicklung ging einher und geht einher mit einer von vielen Menschen bereits für gültig erachteten, letztlich aus der sogenannten Michigan School der USA (Milton Friedman) stammenden wirtschaftlichen bzw. politischen Idee vom „Staatsversagen“,

deren logische Konsequenz es ist, dass die Mittel, die der Staat einzunehmen und auszugeben hat, Jahr für Jahr reduziert wurden.

Dies wurde und wird damit begründet, dass durch die damit einhergehenden Steuerreformen zu Lasten des Staates und zugunsten von Unternehmen mehr Investitionsmittel frei werden und durch Steuersenkungen bei den Beziehern von (höheren) Einkommen Mittel für mehr Inlandskonsum und mehr Inlandsnachfrage frei würden und darüber neue Absatzmärkte und Arbeitsplätze außerhalb staatlicher Einrichtungen oder außerhalb staatlicher Einflüsse geschaffen werden.

Dies war bei uns eindeutig nicht der Fall und war auch in den meisten sonstigen westlichen Staaten nicht oder nicht eindeutig der Fall.

Die ebenfalls aus den USA unter der Leitvorstellung der „Reagannomics“ übernommene Vorstellung, dass man durch Senkung der Steuersätze der obersten Einkommensgruppen Inlandsnachfrage schafft, erwies sich nicht nur bei uns als ein Irrtum, weil die dadurch freigesetzten Mittel keineswegs alle in den Inlands-Konsum und sehr häufig statt dessen in Geldanlagen gehen, die keine Inlandsarbeitsplätze schaffen. Dasselbe gilt für die zu Beginn der rot/grünen Ära beschlossenen Steuererleichterungen für Industrie und die Bankenwirtschaft, insbesondere auf Abschreibungen und Beteiligungsverkäufe. Die entsprechenden jährlich 13- bis 14stelligen Einnahmenverluste des Staates können bis heute nicht kompensiert werden.

Angesichts dieser Misere mag es vordergründig verständlich sein, aber es ist in Bezug auf das Gesundheitswesen und seine zukünftige Finanzierbarkeit unlogisch, wenn der wichtigste gesundheitsökonomische Berater von Ulla Schmidt seit den Tagen der „Rürup-Kommission“ öffentlich die Einbeziehung aller Beamten und Selbstständigen in die GKV zu deren „Sanierung“ fordert. Diese als Bürgerversicherung politisch wirkungsvoll deklarierte Sanierungsidee ist deswegen nicht klar durchdacht, weil sie nur dann zur erleichterten Finanzierung des Gesundheitswesens beitragen könnte, wenn die Summe aller heutigen staatlichen Mittelzuflüsse über Beamtenbeihilfe etc. eindeutig viel niedriger wären als die zu erwartenden neuen Zusatzeinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aus der Einbeziehung der Beamten als Pflichtmitglieder. Dies ist schon rechnerisch eindeutig nicht der Fall. Vielmehr werden dadurch per Saldo dem Gesundheitswesen wiederum dreistellige Millionenmittel entgehen werden, und soll das System auf gleicher Höhe wie heute funktionsfähig erhalten werden, müssen daher diese fehlenden Mittel anderweitig, das heißt über neue erhöhte Beiträge aufgebracht werden. Die Abschaffung der Beihilfe für Millionen Staatsbedienstete vermag Staatskassen aber nicht das Gesundheitswesen zu entlasten. Dasselbe ist mit der Einbeziehung der Selbstständigen der Fall, die heute über die Private Krankenversicherung Beiträge erbringen, die teilweise doppelt so hoch liegen wie die Spitzenbeiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das Modell einer gesamtstaatlichen Pflichtversicherung für alle schiebt per Saldo noch mehr Finanzierungsaufgaben im Gesundheitswesen den Sozialkassen zu und führt zum Abbau bisheriger staatlicher Transferzahlungen über die Beamtenbeihilfe und mindert zugleich den privaten Mittelzufluss zum Gesundheitswesen über die PKV. Das kann nicht sinnvoll sein.

Das ist leider nur einer der zahlreichen nicht gegengerechneten Reform-Maßnahmen bzw. -Vorschläge. Einer der bislang wichtigsten, bereits in der vorigen Legislaturperiode verabschiedete Reformvorschläge ist die Einführung der sogenannten DRG-Finanzierung in die deutschen Akutkrankenhäuser. Hierbei handelt es sich, vereinfacht gesprochen, um die Einführung von Festpreisen je Kranken und seine

Krankheit in den Krankenhäusern, gleichgültig welchen Typ das Krankenhaus darstellt und weitgehendst gleichgültig gegenüber Details beim individuellen Kranken, zum Beispiel durch das Vorliegen mehrerer Erkrankungen oder Erschwernisse aufgrund von Behinderungen.

Diese Schwächen waren bekannt. Ebenso bekannt war ihr starker Effekt in Richtung erheblicher Verweildauerkürzungen in den USA bekannt geworden unter dem Schlagwort: „quicker and sicker“. Ebenso bekannt sind die Effekte des durch das Festpreissystem ausgelösten verschärften wirtschaftlichen Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern mit der Folge des Abbaus von qualifizierten Vollzeit Arbeitsplätzen. In den USA hatte dies bereits zur Kritik der eigenen Regierung an diesem System geführt und zu zahlreichen Gesetzen in amerikanischen Bundesstaaten, in denen es Krankenhausträgern verboten wurde, vollqualifizierte Stellen der Pflege unter ein bestimmtes Mindestmaß zu senken, das für die Qualität als unerlässlich angesehen wird. Die trotz dieser vielen Bedenken als politische Begründung in Deutschland für die Einführung der DRG's ins Feld geführten hohen deutschen Bettenzahlen und Verweildauern waren zum Zeitpunkt der deutschen parlamentarischen Beschlussfassung vor 3 Jahren bereits seit einem Jahrzehnt kontinuierlich rückläufig, gaben also keinen zwingenden Anlass. Die neue Vergütungsform ist darüber hinaus unstrittig mit einem Bürokratieschub im Krankenhaus zu Lasten der ärztlichen, wie pflegerischen, wie Verwaltungsdienste erkaufte, und zwar nicht nur, wie internationale Erfahrungen zeigen, als „episodische“ Transaktionszusatzkosten, sondern als dauerhaft erhöhte Friktionskosten. Bereits 1995 (Schwartz et al. 1995) wurde darauf hingewiesen, dass unter entsprechenden US-amerikanischen Bedingungen dort (1994) die Krankenhausverwaltungskosten mit ca. 15% etwa dreimal höher (!) lagen als unter dem „veralteten“, aber einfachen deutschen Abrechnungssystem fern, dass außerdem die theoretischen Effizienzgewinne nicht nur durch erhöhten Verwaltungsaufwand, sondern auch in Gesamtsystemsicht durch eine Verlagerung von ehemals akut-stationären Versorgungsaufgaben in die häusliche oder stationär-pflegerische Versorgung weitgehend aufgezehrt werden.

Man hat sich zunächst politisch in Deutschland über alle diese Bedenken hinweggesetzt. Soeben hat der Bundesrat zurecht eine nachhaltige Verzögerung des Ernstfalles dieser neuen Vergütung an deutschen Krankenhäusern bis 2009 beschlossen, kurz wieder einmal die Notbremse in einem zu wenig überlegten Prozess gezogen.

Wir beobachten allerdings in Deutschland bereits mehrjährig Strukturveränderungen im Krankenhausbereich mit Pflegeabbau und Dequalifizierung von Pflege durch Umwandlung von Voll- in Teilzeitstellen. Die Vorbereitung auf das neue Abrechnungssystem führte ferner bereits zu einem deutlichen Anwachsen der Zahl der Verwaltungsangestellten. Der patientenbezogene Dienstleistungsanteil in unseren Hospitälern ist damit tendenziell rückläufig. Es erschwert auch ein besseres Qualitätsmanagement in einem der wichtigsten, nämlich im kommunikationsbezogenen Teil der ärztlichen und pflegerischen Versorgung. Warum haben die für die deutschen Krankenhäuser primär zuständigen Regierungen der Länder sich den hier aufgeworfenen Problemen erst jetzt gestellt und erst jetzt auf die Notbremse getreten? Es waren wieder finanzielle Erwägungen. Denn viele Länder erhofften sich einen schrittweisen Rückzug aus ihrer eigenen Krankenhausfinanzierung im Zuge der Fallpauschaleneinführung, die als Vollkostenpauschalen einschließlich Investitionskosten kalkuliert werden sollten. Damit wären die

Krankenhausinvestitionen allein Sache der Kassen geworden, und damit wären wir wieder beim leidigen Thema des Rückzuges des Staates aus seinen Aufgaben, - hier mit der Folge, dass die Investitionskosten der Krankenhäuser über Sozialbeiträge finanziert und diese entsprechend erhöht werden müssen. Die Idee, durch Abbau von Krankenhäusern hier ohne negative Folgen sparen zu können, führt insofern in die Irre, als die im Krankenhaus wegfallenden Pflēgetage im ambulanten System oder in der Pflegeversicherung mit entsprechender Beitragswirksamkeit dort wieder aufgefangen werden müssen. Österreich hat das Experiment der Fallpauschalenfinanzierung in Krankenhäusern ja gerade einige Jahre durchexerziert; es ergaben sich keine Einsparungen im System, aber viele Probleme, zum Beispiel in der Palliativversorgung Schwerstkranker.

Vernünftigerweise sollte, um von der Kritik nun auch zu Gegenvorschlägen zu kommen, die vom Bundesrat in dieser Frage in Deutschland erzwungenen Denkpause dazu genutzt werden, um die Krankenhausfinanzierung mit ihren Auswirkungen auf Menschen und Beiträge noch einmal gründlich zu überdenken, zum Beispiel in Richtung von einfachen Basisfallwerten für große Krankheitsgruppen und Krankentypen und darüber hinaus, ganz im Sinne der Patienten und Verbraucher, mit qualitätsabhängigen Zuschlägen im Sinne von positiven Anreizen für mehr Versorgungsqualität. Besondere Zuschläge sollte es auch für Patientengruppen geben, deren Behindertenstatus eine besonders aufwändige Versorgung erfordert.

Der Krankenhaussektor ist nur ein Beispiel für das gegenwärtig zu beobachtende halbherzige und nicht zu Ende gedachte Handeln des Staates. Ein gleich gut geeignetes Beispiel ist die „integrierte Versorgung“, die vielen Patienten- und Behindertenverbänden unter der Vorstellung „abgestimmte Leistungen aus einer Hand“ attraktiv erscheint. De facto beobachten wir ein nur sehr halbherziges Agieren der Kostenträger und der Leistungserbringer auf diesem Gebiet. Das liegt auch an den staatlichen Anreizen, die eine Anschubfinanzierung nur bis 2006 vorsehen, und damit für jedes anlaufende Projekt schon jetzt Befristungen und Änderungen der Rahmenbedingungen in Aussicht stellen. Das macht was langfristige Strategieänderungen und Investitionen von vornherein zweifelhaft bzw. lässt keine langfristigen Gewinnpotenziale erwarten. Überdies sind die Manager unseres Systems mit vielen anderen Aufgaben überlastet, dazu gehört nicht nur die aufwändige und risikoreiche Änderung der Krankenhausfinanzierung, sondern im ambulanten Sektor die Einführung eines ebenfalls neuen Vergütungssystems und darüber hinaus die Vorbereitung der Einführung einer sehr kostspieligen Einführung eines Patientenkartensystems, dessen Einführungskosten und Unterhaltskosten inzwischen einigermaßen klar, dessen Nutzen oder gar politisch versprochene Kostensenkungspotenziale nur wolkig umschrieben sind. So behindern die verschiedenen Reformthemen sich wechselseitig, dies schafft Unsicherheit am Markt und Unsicherheit bei den Betroffenen.

Unter dieser Unsicherheit leiden auch die Umsetzungen von Reformideen, die den Behinderten und chronisch Kranken insbesondere am Herzen liegen. Der hohe Kostendruck im System betrifft zum Beispiel auch den Rehabilitationsmarkt. Hier stehen die Leistungsanbieter auch nur relativ schwach organisiert den Kostenträgern gegenüber, die Preismargen bei der Rehabilitationsleistung verfallen und die Leistungsangebote sinken derzeit tendenziell. Das ist nicht im Interesse der Behinderten und der chronisch Kranken. Das beeinträchtigt aber auch die Umsetzung der vor

wenigen Jahren mit so viel Optimismus beschlossenen gesetzlichen Bestimmungen zur besseren Teilhabe dieser Personengruppen im Versorgungsprozess. Was wir hier brauchen sind kenntnisreiche und verantwortungsbewusste Versicherungsträger, insbesondere auch bei den gesetzlichen Krankenkassen, die trotz Kostendrucks qualitätsvolle Rehabilitationsleistungen in bedarfsgerechtem Ausmaß bereitstellen und den Versicherten im Sinne der gesetzlichen „Teilhabe“ Wahl- und Mitgestaltungsmöglichkeiten geben.

Unter den verschiedenen Optionen der Reformgesetzgebung sind abschließend drei vom Grundsatz her zu loben, zwei bereits ausgeführt, einer noch unausgeführt: Es wird mir nicht Beifall bei Ihnen eintragen, aber die Praxisgebühr halte ich für eine notwendige Einrichtung, weil die deutschen Arztpraxen in langjährigen europäischen Vergleichen überflutet waren mit Bagatellfällen mit kurzen und viel zu häufigen Arzt- und Patientenkontakten mit der Folge, dass deutsche Ärzte für die wirklich Kranken zu wenig Zeit aufbrachten. Dies war nicht nur ein Ergebnis zu voller Wartezimmer, sondern dies war auch das Ergebnis einer auf pauschalierten Mitteln und fixen Budgets basierenden Vergütung zwischen Krankenkassen und Ärztevereinigungen mit der Folge, dass auch bei einer Verdopplung der Patientenzahl der finanzielle „Kuchen“ immer gleich blieb. Das ging letztlich auf Kosten der wirklich Kranken, und wenn man den Kuchen nicht dicker machen wollten, musste man, wie andere Länder dies schon längst getan hatten, in irgendeiner Weise dafür Sorge tragen, dass Patienten nicht wegen jeder Bagatelle zum Arzt gehen.

Die zweite Reform, die im Grundsatz zu loben ist, ist die Reform des Arzneimittelmarktes, obwohl es hier bei der Einführung und Umstellung zu vielen Härten kam und kommt. Das Wichtigste ist die Ausweitung der Festbeträge zu Lasten der Pharmaindustrie und ihrer hohen Preise. Zuletzt kostete der deutsche Arzneimittelmarkt mehr als die gesamte ambulante ärztliche Versorgung zusammen. Die Zeit verbietet auf weitere Details einzugehen, obwohl dies nötig wäre.

Der dritte zu lobende Ansatz ist die Absicht eines „Präventionsgesetzes“. Nur eine gesunde Zukunft für diejenigen, die es in der Hand haben, gesund zu bleiben, wird auch in Zukunft die Mittel für jene verfügbar machen, die den gesamten medizinischen Fortschritt zur Behandlung ihrer Krankheiten brauchen.

In fünf Punkten lässt sich zusammenfassen, was Not tut:

1: Als Erstes und Wichtigstes muss in Deutschland und in Europa die Idee eines sozial verantwortlichen und gerechten Staates erneut definiert werden. Die europäischen Staaten dürfen nicht zu Handlungsgehilfen einer immer internationaler operierenden Wirtschaft ohne eigene Gestaltungsmöglichkeiten degradiert werden. Dies ist auch nicht notwendig, wie uns die skandinavischen Staaten vorexerzieren. Dafür bedarf es auch der Aufbringung und der Verwendung angemessener steuerlicher Mittel, die gerade im Gesundheitswesen sich letztendlich auch in den dringend benötigten Inlandsarbeitsplätzen sinnvoll niederschlagen. Die Idee, dass Steuersenkungen unerlässlich für das Anspringen von Konjunktur sind, ist ebenso falsch, wie die Idee, dass richtig eingesetzte zusätzliche Steuermittel in jedem Fall Gift für die Konjunktur und den Arbeitsmarkt seien.

2: Daraus ergibt sich auch unmittelbar die zweite Forderung: Der Gesundheitssektor muss als sinnvoller und produktiver und der in Bezug auf Arbeitsplätze ertragreichste und stabilste Wirtschaftssektor verstanden, gewürdigt und erhalten werden. Die Gerechtigkeitsidee im Gesundheitswesen verbietet es von selbst, dass ein solches

Gesundheitswesen vollkommen nach Marktgesetzen durchorganisiert wird, solche Versuche führen auch international zu keinen überzeugenden Lösungen. Innerhalb des Systems müssen bürokratische Abläufe vermindert und nicht, wie in den letzten Jahren leider geschehen, noch zu Lasten der Versorgung vermehrt werden.

3: Das System darf auch nicht mit halb durchdachten organisatorischen oder politischen Innovationen überschwemmt werden. Dazu gehört die forcierte Einführung einer IT-Technologie. Statt dessen bedürfte es der inzwischen wieder vernachlässigten Stärkung lebendiger und für jedermann verständlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen. Erst transparente Qualität schafft auch die Voraussetzung, dass Patienten sich selbstverantwortlicher entscheiden und Patientenverbände ihre Teilhaberechte auch wirkungsvoll einsetzen können.

4: Die Stärkung von Prävention und von Rehabilitation sind Forderungen, die im Interesse der heutigen und der möglichen morgigen chronisch Kranken und Behinderten zu verwirklichen sind, um die Gesellschaft fähig zu machen, sich denen zuzuwenden, die Hilfe brauchen und diese Hilfe auch in Zukunft in bestmöglicher Form zu gewähren.