

Notwendige strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen

Von Dr. Axel Holz

In der Debatte um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens reicht es nicht aus, Finanzierung, Strukturveränderungen, Qualität u.ä. als einen Aspekt aus dem Gesamtsystem herauszuheben und Reformüberlegungen zu unterziehen. Nachhaltige Finanzierung, Prävention, Qualität und Effektivität der Versorgung sowie Patientenorientierung sind eng verknüpft. Ein zukunftsfestes Gesundheitswesen muss in allen genannten Punkten Lösungen anbieten und deren gegenseitige Abhängigkeit berücksichtigen.

1. Die PDS hat mit ihrem Konzept einer solidarischen Bürgerversicherung bereits einen realistischen Ansatz für eine sozial gerechte und nachhaltige Finanzierung der Krankenversicherung vorgelegt. Er beruht auf einer Verbreiterung des Personenkreises und der Beitragserhebung nach der tatsächlichen finanziellen Leistungskraft der Versicherten. Das ist heute nicht der Fall. Teile der Bevölkerung und erhebliche Einkünfte werden derzeit nicht zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogen. Durch die Einbeziehung aller Personen und Einkünfte wird mehr Solidarität hergestellt, ja kann sogar eine vorübergehende Entlastung der Beiträge zu Gunsten der Versicherten um bis zu zwei Prozentpunkten erzielt werden. Mit der Umstellung der Unternehmensbeiträge auf eine Wertschöpfungsabgabe würde auch deren Beitrag zur Finanzierung der Krankenversicherung gerechter verteilt, weil personalintensive Unternehmen nicht mehr gegenüber kapitalintensiven Unternehmen benachteiligt würden. Der Wert der Arbeitskraft würde damit in der Gesellschaft wieder einen höheren Stellenwert erlangen. Die Nachhaltigkeit des vorgelegten Konzeptes besteht gerade darin, dass die tatsächliche, wachsende Wertschöpfung und die unterschiedlich verteilten tatsächlichen individuellen Einkommen der Bürger in die Beitragsfinanzierung einfließen würden.
2. Prävention spielt im gegenwärtigen Gesundheitswesen noch eine zu geringe Rolle. Die Vermeidung von Krankheiten durch individuelle und betriebliche Prävention bleibt eine Zukunftsaufgabe der Gesundheitspolitik. Besonders die Abmilderung der Folgen sozialer Benachteiligung im Gesundheitswesen wird erst durch verstärkte Vorsorge in sozial benachteiligten Gruppen durch Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und gesundheitlicher Aufklärung ermöglicht. Auch die Selbsthilfe bleibt ein wichtiger Pfeiler der Patientenbegleitung. Die Kassen sollten verpflichtet werden, die gesetzlich vorgesehenen Gelder hierfür auch tatsächlich einzusetzen. Dem öffentlichen Gesundheitsdienst kommt bei der Umsetzung präventiver Ziele eine wichtige Rolle zu. Die genannten Präventionsziele sollten Grundlage eines zukünftigen Präventionsgesetzes werden. Dabei darf die erfolgreiche Umsetzung diese Ziele nicht durch Parallelzuständigkeiten unterschiedlicher Sozialversicherungsträger konterkariert werden. Die Finanzierung der Prävention sollte durch alle Träger der Sozialversicherung erfolgen. Solange private Krankenkassen für die Vollversorgung einzelner Versicherter zuständig sind, dürfen diese nicht aus der finanziellen Verantwortung für präventive Leistungen entlassen werden.

3. Die verstärkte Orientierung des Gesundheitswesens an den Patienteninteressen und deren Mitsprache sollte auch institutionell ausgebaut werden. Die Schaffung einer Patientenbeauftragten ist hierfür bereits ein sinnvoller Schritt. Allerdings sollten die Patientenvertreter auch in den Selbstverwaltungen der Krankenkassen Mitsprache haben und in den Bundesgremien, wie dem gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, Stimmrecht erhalten.
4. Die hohe Zahl der Krankenkassen stößt berechtigt auf die Kritik der Versicherten. Trotz eher konstanter Verwaltungskosten von ca. 5 % der Gesamtausgaben ist deren finanzieller Gesamtumfang immer noch erheblich. Die bereits erfolgte Abschaffung von Sonderrechten einzelner Krankenkassenarten reicht aber nicht aus, um die Kassenlandschaft deutlich zu verkleinern. Noch immer werden große Kassen mit vielen chronisch kranken Mitgliedern benachteiligt. Deshalb ist es erforderlich, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) der Krankenkassen zügig einzuführen. Die Berücksichtigung von Chronikerprogrammen im Rahmen dieses Finanzausgleiches zwischen den Kassen ist ein richtiger Weg. Die gelegentlich geforderte Abschaffung des RSA ist hingegen, durch ein Gutachten bestätigt, nicht verfassungskonform. Ein solcher Schritt würde die finanziellen Disproportionen zwischen den bestehenden Kassen eher verstärken.
5. Die Qualität der medizinischen Versorgung muss deutlich verbessert werden. Die BRD befindet sich diesbezüglich im europäischen Vergleich eher im Mittelfeld. Das neu gegründete Qualitätsinstitut könnte hierin seine vornehmliche Ausgabe finden. Qualitätsdefizite werden aber auch durch Strukturprobleme und falsche Vergütungsanreize befördert. Die geplante Reform der ärztlichen Vergütung soll eine stärkere Leistungsorientierung ermöglichen. Dennoch setzt das ärztliche Vergütungssystem nach wie vor falsche Anreize. Immer noch wird die Apparatedizin überbewertet, während die gesprächsorientierte Medizin bei der Leistungsvergütung unterbewertet wird.
6. Die Sicherstellung einer flächendeckenden ärztliche Versorgung stellt seit geraumer Zeit ein massives strukturelle Problem insbesondere in den ostdeutschen Ländern dar. Noch immer scheuen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen davor, wirksame Anreize für die Niederlassung von Ärzten in strukturschwachen Regionen zu schaffen. Es bleibt dabei: die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht geeignet, die wachsenden Probleme einer gerechten ärztlichen Vergütung und regionalen ärztlichen Versorgung sicherzustellen. An ihre Stelle sollte die öffentliche Planung der ärztlichen Versorgung treten.
7. Die sogenannte Integration von stationärer und ambulanter Versorgung wird seit geraumer Zeit durch kassenspezifische großflächige Projekte praktiziert. Dadurch können insbesondere im stationären Bereich ambulante Aufgaben miterledigt und die vorhandenen Strukturen effektiver genutzt werden. Damit wird allerdings das Problem wenig effektiver kleiner Krankenhäuser nicht gelöst. Durch die schrittweise Einführung einer fallpauschalenorientierte

Vergütung der Krankenhausleistungen geraten kleine Krankenhäuser zunehmend in Gefahr. Die Privatisierungswelle der großen Krankenhäuser unterstützt diesen Prozess. Die Effektivität der Krankenhausversorgung darf nicht zu Lasten der legitimen Löhne der im Krankenhaus Beschäftigten gehen. Darüber sollten sich auch die zuständigen Kommunen ein realistisches Bild machen. Aufgabe der PDS ist es, in Zusammenarbeit mit Gewerkschaften und Initiativen hierbei argumentative und praktische Unterstützung zu leisten. Die Perspektive kleiner Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen sollte in neuen kollektiven Versorgungsformen, in medizinischen Versorgungszentren bzw. Polikliniken, gesucht werden. Hierbei können Patientennähe, ärztliche Kooperation, Verwaltung und Bewirtschaftung effektiver gestaltet werden. Leider werden für die Schaffung solcher Zentren derzeit keine ausreichenden Anreize geschaffen. Im Gegenteil: Die finanzielle Behandlung der medizinischen Versorgungszentren als Praxisgemeinschaften gefährdet sogar die noch bestehenden Polikliniken erheblich in ihrer Existenz.

8. Trotz erfolgreicher Steuerungsversuche der Arzneimittelversorgung durch gesetzgeberische Maßnahmen der Bundesregierung ist ein weiterer deutlicher Anstieg der Arzneimittelkosten absehbar. Noch immer werden zu teure und nicht selten wenig wirksame Arzneimittel verschrieben. Durch hohe Maßstäbe bei der staatliche Zulassung und effektive Preiskontrolle kann und muss der ausufernde Arzneimittelmarkt unter Kontrolle gebracht werden. Dabei sind die Einführung einer Positivliste und eine generelle Festbetragsregelung für alle Arzneimittel vielversprechende Steuerungsinstrumente. Letztlich darf eine wirksame und hochwertige Arzneimittelversorgung die finanzielle Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gefährden.
9. Jahr für Jahr gehen der gesetzlichen Krankenversicherung enorme Mittel durch Falschabrechnung und Betrug verloren. Die Einführung einer elektronischen Versichertenkarte mit sicheren Identifikationsmerkmalen, aber auch die systematische Verfolgung von Falschabrechnungen bei den Leistungserbringern könnten bei der Lösung dieses Problems helfen. Dazu ist es aber auch erforderlich, das Abrechnungssystem erheblich zu vereinfachen und die strafrechtliche Verfolgung von Abrechnungsbetrug zu verstärken.