

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz

10 Positionen zu einer Gesundheitsreform in Deutschland

Der Vorsitzende des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen erläutert im vorliegenden Beitrag und in dem anschließenden Interview mit „das Krankenhaus“-Chefredakteur Peter Ossen seine am 15. Mai 2002 beim Berliner Hauptstadtkongress vorgestellten Thesen zur Gesundheitsreform.

1 Das deutsche Gesundheitswesen leistet auf Grund verschiedener qualitativer und struktureller Defizite nicht das, was es angesichts des finanziellen, technischen und personalen Ressourceneinsatzes leisten könnte.

Diese Feststellung ergibt sich aus dem internationalen Vergleich gesundheitlicher und ökonomischer Indikatoren, aber auch aus der detaillierten Bewertung der Versorgung wichtiger chronischer Volkskrankheiten, die der Sachverständigenrat 2001 vorgenommen hat. Dessen Analyse befindet sich im Übrigen in Übereinstimmung mit den Stellungnahmen von nahezu 200 wissenschaftlich-klinischen Fachverbänden, Körperschaften des Gesundheitswesens einschließlich der Ärzteschaft und Vereinigungen chronisch Kranker in Deutschland, die der Rat im Jahr 2000 gesammelt und auf seiner Homepage hinterlegt hat. Die Defizite betreffen sowohl Über- wie Unter- als auch teilweise damit zusammenhängende Formen der Fehlversorgung. Überversorgung war unter anderem in akutmedizinischen Bereichen, Unterversorgung dagegen bei chronischen Krankheiten und ihren verschiedenen Präventionsstufen sowie in der Rehabilitation zu beobachten. Der Rat wies in seiner Schlussbetrachtung bereits damals darauf hin, dass eine kurzfristige ausgleichende Saldierung dieser verschiedenen Versorgungsdefizite schwierig ist und, abgesehen von Arzneimittel-Markteingriffen, nicht die von der Politik vielleicht erhofften 9-stelligen Euro-Beträge freisetzen könne. Der Abbau von Defiziten im Gesundheitswesen ist vielmehr ein dynamischer Prozess, der auch zeitweilige Kostensteigerungen nicht ausschließt. Der Rat forderte ferner auf Grund der festgestellten Defizite das Ende einer bloß pauschalen Kostendämpfung und Kostenbetrachtung (SVR-Gutachten 2000/01).

Die 2001/02 erfolgten Reformschritte im Teilsystem gesetzliche Krankenversicherung hinsichtlich einer stärker bedarfs- und qualitätsorientierten Mittelverteilung und einer angestrebten Strukturverbesserung in der Versorgung chronisch Kranker sowie der Ausgabendämpfung in dem weit überproportional expansiven Arzneimittelsektor weisen insoweit in die richtige Richtung. Die finanztechnische Verknüpfung einer risikoadäquateren Mittel-

allokation zwischen den Kassen (Risikostrukturausgleich, RSA) mit Versorgungsmodellen chronisch Kranker kann allerdings lediglich als Ausgangspunkt dienen, aber keine Dauerlösung sein.

2 Die vom „Runden Tisch“ angekündigten ersten Ansätze zur Stärkung der Prävention sind notwendig, reichen aber als langfristige Investition in die Gesundheit keinesfalls aus.

Im Bereich der Prävention bedarf es eines nationalen Umdenkens und gesetzlicher Anpassungen; auch außerhalb der GKV ist eine eigenständige Finanzierung von Präventionsprogrammen und -maßnahmen notwendig.

← Wir brauchen endlich eine den Vorgaben der WHO entsprechende Antiraucherpolitik; die deutschen Blockaden auf der EU-Ebene gegen solche Bestrebungen müssen aufhören. Es ist einfach beschämend, wenn in Dokumenten der WHO und amerikanischer Tabakkonzerne bestätigt wird, dass eine „Pro-Raucher-Politik“ in Deutschland „besonders erfolgreich“ installiert werden konnte.

← Es fehlt in Deutschland ebenso eine zukunftsorientierte nationale Förderpolitik für Präventionsforschung und für öffentliche Gesundheit („Public Health“). Auf Industrieforschung ist hier mangels „verkäuflicher“ Produkte nicht zu hoffen.

Die öffentliche Förderung der Genomforschung liefert zur Prävention der großen Volkskrankheiten – entgegen verschiedentlich geäußelter, politisch gefärbter euphorischer Einschätzungen – keinen maßgeblichen Beitrag. Die genetischen Risiken für die großen Volkskrankheiten beruhen auf „polymorphen“ (zudem exogen modulierten) Genmustern und ihre Wirkung, das heißt die so genannte Genexpression, wird zudem stark von der Umwelt und nicht zuletzt vom eigenen Verhalten beeinflusst. Gezielte genetische Eingriffe sind hier praktisch nicht zu erwarten, umwelt- bzw. verhaltensabhängige Einflüsse dagegen umso mehr.

Zur notwendigen Stärkung aller Formen der Prävention gehören Strukturen und Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention einschließlich präventiv-orientierter Rehabilitation, Patientenschulungen und einer bislang völlig fehlenden Prävention vor und in der Pflege. Notwendig sind ferner sowohl Programme, die auf Bevölkerungs- oder Gruppenebene (zum Beispiel Gruppenzahnprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen) als auch bei Individuen ansetzen (zum Beispiel individuelle Zahnprophylaxe oder Ernährungs- und „Rückenschulen“). ▶

Den Versicherungen sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, Bonusregelungen analog der Zuzahlungsminde- rung beim gesetzlichen Zahnersatz anzubieten oder nach dem Beispiel bestimmter Privatversicherer begünstigte „Präventionstarife“ einzuführen, ebenso Beitragsrück- erstattungen auf die Arbeitgeberanteile bei erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsförderungen mit niedrigen Krankenständen.

☛ Die Gesellschaft kann nicht länger umstandslos die zunehmend unbezahlbar werdende gesundheitliche Reparaturoption als Hauptentwicklungsziel des Gesund- heitswesens weiterverfolgen, wenn sie in einigen Jahren mit mehr als 10 Millionen Diabetikern und 30 Millionen Rückenkranken rechnen muss, deren Zahl sich durch die einfache Vermeidung von Übergewicht, Fehlernährung und physischer Immobilität halbieren ließe. Auch der Ent- wicklung psychischer Störungen oder Fehlhaltungen ist mehr Aufmerksamkeit als bisher zu schenken.

3 Angesichts der demographischen Zusatzbelastungen der kommenden Jahre und des bereits hohen Bei- tragsniveaus bedarf es – unmittelbar nach der Bundes- tagswahl – weiterer Reformschritte – sozial ausgewogen, aber ohne „Denkverbote“.

Die notwendige Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgungsstrukturen und der Prävention ist eine Dau- eraufgabe jedweder, auch zukünftiger Reformen. Darüber hinaus bedarf es in der nächsten Legislaturperiode weiterer Reformschritte, um die im Wesentlichen lohnabhängig finanzierte GKV angesichts des schrumpfenden Anteils der Erwerbspersonen und der Alterung der Versicherten finan- ziell zu sichern. Einflüsse aus dem Arbeitsmarkt, eine seit den 80er Jahren sinkende Lohnquote, aber auch überwie- gend schwächende Eingriffe des Gesetzgebers auf der GKV-Einnahmenseite (ausgenommen die Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse) haben dazu ge- führt, dass seit 1994 der Anteil der beitragspflichtigen GKV- Einnahmen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) tendenziell sinkt, während ihr Ausgabenanteil am BIP in etwa gleich bleibt. Zu beachten ist, dass der so genannte medizinische und medizinisch-technische Fortschritt sich per saldo nach aller Erfahrung stets kostenexpansiv ausgewirkt hat und dies vermutlich weiterhin tun wird. Dies war in den vergangenen 25 Jahren – neben Kapazitätseinflüssen von der Anbieter- seite her und weit mehr als sozio-demographische Ein- flüsse – die bestimmende Expansionsgröße der GKV- Ausgaben und letztlich die Ursache für die ständigen ausgabendämpfenden gesetzgeberischen Eingriffe.

In der Summe aller dieser Einflüsse stieg, als Ausdruck einer strukturellen Unterfinanzierung, der durchschnitt- liche Beitragssatz in der GKV praktisch Jahr für Jahr an. In Zukunft werden zusätzlich die demographischen Faktoren ein rasch ansteigendes Gewicht gewinnen (mit Beitrags- satzscenarien von bis zu 24 Prozent und mehr). Es ist ferner zu beachten, dass die derzeit von der Regierung und den gesetzlichen (sowie auch privaten) Kranken- versicherungen entwickelten Managementinstrumente („Disease“- und „Vertrags“-Management) in sich selbst einen kostensteigernden Effekt beinhalten. Damit sind

nicht nur befristete Anlauf- bzw. Entwicklungskosten ge- meint, sondern dauerhafte Kosten durch einen erhöhten Aufwand für Controlling und Vertragsverwaltung. Dieser muss durch Erfolge bei medizinisch verbesserten und zugleich wirtschaftlich sparsamen Behandlungen erst überkompensiert werden, um wenigstens marginal zu einer Ausgabendämpfung beitragen zu können. Hauptziel neuer Managementinstrumente kann nur eine Qualitäts- verbesserung der Versorgung sein.

☛ Leider operiert die Politik im Bereich der Disease- Management-Programme (DMP), ebenso wie bei der Fallpauschalenvergütung der Krankenhäuser, derzeit mit einem für Qualität und Kosten nachteiligen, illusorisch kurzen Zeitplan.

Die Eile beruht möglicherweise auf dem fahrlässig genähr- ten Missverständnis, die Politik könne mit der Einführung von DMPs und mit einer DRG-Finanzierung in den Krankenhäusern kurzfristig und in erheblichem Umfang „Geld im System“ sparen. Dies ist nach internationalen Er- fahrungen, insbesondere aus den USA, nicht der Fall.

Andererseits ist das derzeitige lohnabhängige Beitrags- niveau in der GKV mit 14,0 Prozent allein schon mit Blick auf die bereits hohe Sozialabgabenquote in Deutschland, die Maastricht-Kriterien und den lohnintensiven deutschen Arbeitsmarkt als eine politische Obergrenze zu betrachten, die schnellstmöglich gesenkt werden sollte. Es drohen zu- dem weitere Belastungen der Sozialabgaben aus der gleichfalls lohnabhängigen und defizitären Pflegeversiche- rung. Zwar könnte ein Anspringen der Konjunktur im kom- menden Jahr mit deutlich steigenden Grundlohnsummen scheinbar den Reformdruck in der GKV mildern. Dies sollte dann jedoch für Beitragssatzsenkungen in der Kombination mit weiteren Reformschritten verwendet werden.

4 Eine Gesundheitsreform in Deutschland kann nicht allein auf die GKV bzw. das SGB V reduziert sein. Sie muss sich zugleich auf Pflege, auf Rehabilitation, auf sonstige Sozialgesetzbücher, das BSHG sowie auf den öffentlichen Gesundheitsdienst – mit seinen vernachläs- sigten präventiven Funktionen im gemeindlichen und im schulischen Raum – beziehen.

Dafür bedarf es der vom Sachverständigenrat wiederholt angeregten gemeinsamen, akteursübergreifenden ge- sundheitlichen Zielbildungen und einer breiten politischen Mehrheit für eine Reform. Blicken wir auf die engere GKV- Reform, so ist keine der infrage kommenden finanziellen und anreizwirksamen Reformoptionen politisch attraktiv.

Auf der Ausgabenseite:

- die Bereinigung des Leistungskatalogs durch Aus- schluss von Leistungen, sei es durch den Gesetzgeber selbst oder durch („rechtsfest“ gemachte) gemeinsame Entscheidungsgremien der Selbstverwaltungskörper- schaften (so genannte Bundesausschüsse);
- die teilweise Umfinanzierung von Ausgaben durch Um- wandlung in nicht mehr voll solidarisch zu finanzierende Satzungsleistungen;

- die Umwandlung in Zuzahlungsleistungen mit Selbstbehalten, wobei diese Selbstbehalte durchaus auch sozial gestaffelt sein könnten;

- die steuerfinanzierte Verlagerung in andere Bundeshaushalte (zum Beispiel familienpolitische Leistungen der GKV).

Auf der Einnahmenseite:

- die stärkere Verlagerung der GKV-Mitfinanzierung auf andere öffentliche oder auf private Haushalte,

- auf andere Einkommensarten

- sowie höhere Versicherungspflichtgrenzen oder Beitragsbemessungsgrenzen.

Im Finanzierungsverhältnis zur PKV – hier steht die Verschiebung der bisherigen „Friedensgrenze“ bei der Pflichtversicherungsgrenze zur Diskussion – ist allerdings deren Quersubventionierungsbeitrag im Krankenhaus- und Praxissektor mitzubedenken.

← Keine der genannten Optionen reicht alleine für eine nennenswerte langfristige und beitragsenkende Wirkung aus; keine kann daher im Reformprozess von vornherein ausgeschlossen werden. Es wird vielmehr eine Mischung aller dieser Maßnahmen nötig werden, was die politische Umsetzung der Reform nicht leichter macht.

5 Das derzeitige SGB V reguliert zu sehr von Institutionen und Verfahrensdetails her und führt in der Summe nicht nur zu Intransparenz für Politik, Bürger, Patienten und die einzelnen Leistungserbringer, sondern auch zum Verlust von Innovationskraft und zu überlangen Innovationszeiten.

Das SGB V leidet auch für Fachleute in seinen Details und Wechselwirkungen an Intransparenz und Überregulation und bezieht sich zudem auf eine Vielzahl von zum Teil unterschiedlichen Rechtskreisen angehörenden Institutionen und Verbänden. Modernisierungsdefizite, beispielsweise bei der Mammographie und bei nahezu allen onkologischen Behandlungsketten, fehlende flächendeckende Diabetesprogramme, der schleppende Ausbau und die unzureichende Modernisierung von Individual-Präventionsprogrammen für ältere Menschen sowie von ambulanten Rehabilitationsangeboten nach oder neben der stationären Rehabilitation machen die Innovationsbremse im deutschen Gesundheitswesen deutlich. Diese Liste könnte man verlängern. Ferner ist eine Fülle nicht umgesetzter Bestimmungen festzustellen (zum Beispiel dreiseitige Verträge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, „Integrationsverträge“, „Strukturverträge“ etc.).

Der Gesetzgeber sollte daher zukünftig bei einer Neufassung des SGB V stärker von den Zielen als von Instrumenten und Institutionen her denken und das Regelwerk erheblich verschlanken. Die Spitzenverbände der Kassen und die gemeinsame Selbstverwaltung zwischen Krankenkassen, Ärzten, Krankenhausverbänden und anderen Leistungserbringern bedürfen eines gesetzlichen Rahmens, der nicht Detailregulationen und Institutionen

ID

medical
semantic
network

ID DIACOS[®]
qualifiziert codieren

ID EFIX[®]
eindeutig gruppieren

ID MACS[®]
differenziert analysieren

der
**Kontext
zu DRG**
inkl. DRG-KOMPASS

ID • Information und Dokumentation
im Gesundheitswesen GmbH
www.id-berlin.de

vorgibt, sondern auf der Basis gesundheitlicher und wirtschaftlicher Zielvorstellungen Kriterien und Inhalte des Allgemeininteresses festlegt, zum Beispiel im Sinne von „Pflichtenheften“ mit allgemeinen Qualitätsstandards, Standards des Zugangs für Versicherte und für Kranke sowie Standards der Transparenz von Kosten und Qualität.

Auf dieser Basis lässt sich ein gemeinsamer „Sicherstellungsauftrag“ von Kassen und Verbänden der Leistungserbringer bei gleichzeitiger vertraglicher Vielfalt verwirklichen, gleichgültig, ob die Verbände der Leistungserbringer öffentlich-rechtlich wie die KVen oder privatrechtlich wie die Verbände der Krankenhäuser organisiert sind. Innerhalb eines klaren zielorientierten und inhaltlichen Rahmenwerkes – im Ansatz ähnlich den 2001 verabschiedeten Rehabilitationsbehandlungszielen im neuen SGB IX – kann sich dann ein gezügelter Wettbewerb um die beste Lösung entfalten.

Eine Rahmengesetzgebung sollte auch Vorkehrungen gegen dysfunktionale Monopol- und Oligopolbildungen der Vertragsparteien treffen und damit Grundsätze des Kartellrechts aufgreifen. Dies gilt im Übrigen auch für den Bereich der privaten Krankenversicherung. Dazu muss die staatliche Aufsicht mit den Rechten einer Wettbewerbsaufsicht – ähnlich wie bei der Telekommunikation oder bei der Fortführung der deutschen Bahnreform – ausgestattet werden. Das ständige, auch rechnerische Nachjustieren wettbewerblicher Lösungen einschließlich risikogerechter Beitragsausgleiche sollte in Zukunft nicht zu einer permanenten Aufgabe des Gesetzgebers werden.

Eine Vielfalt von Anbietern und Versicherern sollte in der Lage sein, eine qualitätsgetriebene Erneuerung mit kürzeren Innovationszeiten sowie mehr Transparenz für Versicherte bei gleichzeitigen Wirtschaftlichkeitsverbesserungen zu bewirken. Ein verantwortungsbewusstes sowie attraktives und professionelles Unternehmertum der Versicherer und der Leistungsanbieter sollte gefördert werden; Eigeninitiative darf auch auf dieser Ebene nicht länger durch bürokratische Reglementierung erstickt werden, wie es heute vielfach geschieht. Wettbewerb ohne klare zielorientierte Rahmenvorgaben des Staates führt allerdings nicht zu den erhofften besseren Lösungen.

6 Der Patient muss zum zentralen gesundheitspolitischen Leitbild für Inhalte und Strukturen gesundheitlicher Dienstleistungen werden.

Die Rolle des Patienten im Gesundheitswesen ist im Wandel begriffen und wird sich in den kommenden Jahren weiter in Richtung einer wachsenden Entscheidungskompetenz und Mitsprache beim Behandlungsprozess entwickeln. Die Transparenz von Qualität und Kosten des Systems und seiner Einzeleinrichtungen muss für die Patienten, die letztlich in ihrem Auftrag handelnden Professionellen, ebenso natürlich für die Öffentlichkeit und die Politik in allen Bereichen als Daueraufgabe gestärkt werden.

Die Politik, der Verordnungsgeber, die professionellen und institutionellen Akteure sowie die Institutionen der Aus-

und Fortbildung müssen den eigenverantwortlichen und gut informierten Bürger, den kompetenten Patienten, zum Mittelpunkt ihrer Überlegungen und Dienstleistungen machen. Selbstorganisation und Mitwirkung der Patienten sind über die ersten Ansätze in der Gesundheitsreform 2000 hinaus weiter zu stärken.

Die Gesundheitsberufe, allen voran Ärzte und Pflegeberufe, sollten bereits in der Aus- und Weiterbildung, unter anderem in gemeinsamen „Partner“-Seminaren und „Fokus“-Gruppen mit Patienten, lernen, diese als Partner, insbesondere im Umgang mit chronischer Krankheit oder bei Chronifizierungsrisiken akuter Erkrankungen, zu be- greifen.

7 Für mehr Qualität und Qualitätstransparenz der Versorgung und mehr Qualität politischer und verbandlicher Entscheidungen bedarf es einer industrieunabhängig gestärkten Versorgungsforschung.

Der gewachsene Institutionalismus im deutschen System darf kein Selbstzweck sein. Die Institutionen und ihr Zusammenspiel bedürfen der ständigen Flexibilisierung und der Ausrichtung an den Bedürfnissen der Patienten, aber auch an den berechtigten Bedürfnissen der Gesundheitsberufe. Ebenso müssen sie auf altbekannte und zukünftige technologische, wissenschaftliche, soziale, somatische und psychosomatische Herausforderungen reagieren können.

Im stationären und ambulanten Sektor bedarf es dazu weiterer qualitätssteigernder Kompetenzbündelungen und vertikaler sowie horizontaler Vernetzungen.

Kommt die Konzertierte Aktion wieder?

Fragen von Chefredakteur Peter Ossen an Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz

Haben Sie die Positionen als Ratsvorsitzender vorge- tragen oder sind es Ihre „persönlichen“ Thesen?

Prof. Schwartz: Beides. Ich habe meine Thesen im Rat diskutiert und hohe Zustimmung erhalten. Es gibt Mitglieder mit besonderen politischen Bindungen, die zur Kostenwirkung von Disease Management und DRG-Einführung deutlich enthusiastischere Positionen als ich vertreten. Im Übrigen finden Sie die Inhalte der Thesen sinngemäß in den verschiedenen Gutachten des Rates.

Was ist der Kern dieser Thesen?

Prof. Schwartz: Wir sagen in unserem letzten Gutachten: 25 Jahre pauschaler Kostendämpfung sind genug; wir

Fortsetzung auf Seite 528

Für mehr Qualität und Qualitätstransparenz der Versorgung sowie mehr Qualität politischer und verbandlicher Entscheidungen ist ferner eine industrieunabhängig gestärkte Versorgungsforschung jenseits der heute nahezu ausschließlich dominierenden, industriegeförderten klinischen Studien notwendig.

Realitätsnahe Versorgungs- und Qualitätsforschung sowie die Versorgung an und mit Patienten selbst müssen im Alltag ineinander greifen. Auch die fortgesetzte, seit Jahrzehnten zu beobachtende Ignorierung sozialer und psychischer Forschungszusammenhänge bei der Gestaltung und Umsetzung von alltagsbezogenen Therapiekonzepten muss beendet werden.

Dazu könnte angesichts der klinikzentrierten Verfassung der meisten deutschen medizinischen Fakultäten ein zu errichtendes Max-Planck-Institut oder ein „Blaue-Liste“-Institut für medizinische und soziale Versorgungsforschung einen bedeutenden Beitrag leisten.

8 Für die „innere Finanzierung“ der GKV mit ihren verschiedenen Vergütungsformen muss das Geld vor allem beim multimorbiden Dauerpatienten den Leistungen folgen; die Vergütungen sollten zunehmend ergebnis- und qualitätsorientiert erfolgen. Dies ist mit Festpreisen nur dann vereinbar, wenn qualitätsabhängige Zu- oder Abschläge möglich werden, die bisher allerdings politisch nicht vorgesehen sind.

9 Die „innere Finanzierung“ muss ferner entsprechend dem Bedarf und den Präferenzen von Patienten und der zu Pflegenden vor allem personale Dienstleistungen in Gesundheitsversorgung und Pflege stärken – und leistet damit zugleich einen wichtigen Beitrag zur Arbeitsplatzgenerierung im Dienstleistungssektor Deutschlands.

Dies entspricht dem Bedarf und den Präferenzen der Patienten und gibt dem größten deutschen Dienstleistungs-Teilarbeitsmarkt für vollqualifizierte Arbeitskräfte – der auch in den USA die wichtigste „Jobmaschine“ in der Clinton-Ära war – die dringend benötigten Arbeitsplatzimpulse. Auch eine ambulante sowie stationäre zuwendungsorientierte, partnerschaftliche Medizin (im Sinne der These 6.) ist ohne eine angemessene und qualifizierte personelle Besetzung nicht möglich.

Dagegen sind die heute dysproportional und dysfunktional überhöhten Ausgaben im Pharmasektor und in Segmenten des Hilfsmittel- und „Medical-Products“-Marktes auf ein – auch im internationalen Vergleich – angemessenes Maß zurückzuführen. Allein eine Halbierung des auf ungezügelter Rezeptierung, falschen Packungsgrößen und insbesondere mangelnder Arzt-Patienten-Kommunikation beruhenden Arzneimittelmülls in Deutschland würde (Stand 2000) pro Jahr rund 3,2 Mrd. € für neue Dienstleistungsarbeitsplätze zusätzlich verfügbar machen.

10 Das deutsche Gesundheitswesen muss sich durch institutionelle Flexibilisierung und objektives Benchmarking im Vergleich mit unseren Nachbarn an der

europäischen Suche nach dem „besten“ Gesundheitswesen beteiligen.

Dazu gehören auch europaweit gesicherte Patientenrechte und Behandlungszugänge. Der schrittweise Abbau nationaler Mythenbildungen und Eigenbröteleien wird den politischen Blick aller Beteiligten für das Öffnen, was tatsächlich „geht“ oder „nicht geht“, wo das vorgebliche Patientenwohl tatsächlich bedroht wird oder eben nicht. Dies hilft dabei, innovativen und zugleich realistischen Reformprozessen eine Bresche zu schlagen.

Prof. Schwartz präsentierte die „10 Positionen zur Gesundheitsreform“ anlässlich der Eröffnung des Kongresses „Medizin und Gesundheit“ am 15. Mai 2002 in Berlin.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz,
Direktor der Abteilung für Epidemiologie,
Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule Hannover,
Vorsitzender des Sachverständigenrates für die
Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen,
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover ■

Erst denken, dann handeln.
Parkhaus als Geschäftsidee.

www.vollack.de/parkhaus

vollack® 
Erfolg bauen

Parkhaus AG

Ordnung: „Do it yourself!“

Ein Krankenhaus in Mönchengladbach:
In den Zimmern lagen die Fernsehprogramme, die Bedienungsanleitung und die Essenspläne auf dem Zimmertisch aus; diese wurden aus Versehen von den Patienten ins Essen getunkt und verschmutzt. Die Lösung an die Wand zu kleben, bedeutete verdreckte Wand.



Herr Gäbelein, der Einkäufer, fand die Lösung: das **catch-ball-SYSTEM!** Die Essenspläne hängen an der catch-ball-Schiene, sauber, leicht einzuschieben, leicht abzunehmen, alles mit einer Hand und hygienisch! Im Stationszimmer wird das System als „Infobord“ eingesetzt.

Fordern Sie weitere Informationen und ein Muster zum Testen an!

Franz Mensch GmbH · Gewerbering 20-21 · 86922 Eresing
Tel. 0 81 93/93 93-0 · Fax 0 81 93/93 93-26



**Fortsetzung des Interviews mit Prof. Schwartz
von Seite 526**

fordern mehr Zielbildung, Patientenorientierung, Präventionsorientierung, qualitätszentriertes Vorgehen bis in die Vergütungen hinein und einen gezügelteren Wettbewerb unter klaren staatlichen Rahmenvorgaben. Wie weit dieser gehen sollte, dazu gibt es innerhalb des Rates allerdings unterschiedliche Auffassungen. Wir appellieren ferner an eine internationale Orientierung. Das schärft den Blick: Zum Beispiel hat der amerikanische Minister Thompson auf dem Berliner Hauptstadtkongress die Investition von 4,5 Mrd. Dollar in mehr Prävention und die Überprüfung alternativer Verfahren zur DRG-Finanzierung angekündigt.

Sie plädieren für ein Ende einer bloß pauschalen Kostendämpfung. Was soll an deren Stelle treten?

Prof. Schwartz: Kostendämpfung meint Ausgabendämpfung. Ich habe gezeigt und gesagt, dass die Ausgaben der GKV sich konform mit dem deutschen Bruttoinlandsprodukt (BIP) entwickeln. Vergleicht man die GKV mit dem Dienstleistungssektor der Volkswirtschaft, wohin sie eigentlich gehört, dann wächst sie zu diesem unterproportional. Dazu trugen 5 große Kostendämpfungsgesetze in zweieinhalb Jahrzehnten bei. An den abgeschotteten Sektoren und den ungelösten Schnittstellenproblemen, an der wenig nutzerfreundlichen Versorgungsteilung, insbesondere für langfristig Kranke, an der zu geringen Präventionsorientierung haben diese Gesetze nichts geändert. Wir müssen mehr von den Patienten, von ihren Problemen her denken und organisieren. Diese Ziele müssen in das Gesetz und die Vertragspartner zu dem besten Weg dorthin durch mehr Flexibilisierung fähig gemacht, aber auch zugleich verpflichtet werden.

Mehr personale Zuwendung im Gesundheitswesen kostet mehr Geld. Wird die Gesellschaft bereit sein, diese Leistungen für ihre schwächsten Glieder – die Alten und Kranken – zu erbringen und zu bezahlen?

Prof. Schwartz: Im System gibt es Ineffizienzreserven, charakterisiert durch Überversorgung an einer und Unterversorgung an anderer Stelle. Deren Beseitigung darf allerdings nicht mit einer weiteren Aufblähung des Verwaltungsapparates bezahlt werden. Schon jetzt haben wir seit 1998 mehr als 14 000 Vollzeitkräfte im Therapie- und Pflegebereich entlassen und für fast jeden dritten Entlassenen eine Verwaltungskraft eingestellt. Im Übrigen hat der Rat in seinem letzten Gutachten – mit durchaus positiver politischer Resonanz – auf Milliardenreserven im Arzneimittelmarkt hingewiesen. Das ist ein Problem, das wir mit den Amerikanern teilen. Auch der Medical-Products-Markt ist in diesem Sinne noch kein intakter Markt.

Teilen Sie die Befürchtung von Prof. Hoppe, dass ein „Versorgungsnotstand“ in Deutschland droht?

Prof. Schwartz: Bundesärztespräsident Hoppe formuliert widersprüchlich: Wenn der Rat die Versorgung der chronisch Kranken in Deutschland kritisiert, wirft er uns Schwarzmalerei vor; wenn er selbst spricht, thematisiert er seit 3 Jahren den Versorgungsnotstand. Er verknüpft diesen jetzt allerdings zusätzlich mit der Tatsache, dass der Arztnachwuchs in strukturschwachen Gebieten Ostdeutschlands und in einigen Spezialfächern auch in Ballungsgebieten deutlich schwieriger zu gewinnen ist als bisher. Die Zeit des Ärzteüberangebots ist vorbei. Man wird ihm zustim-

men müssen, dass man sich auch um die professionellen Arbeitsbedingungen von Ärzten in Zukunft mehr Gedanken machen muss. Das gilt aber für die Pflegeberufe gleichermaßen. Beides unterstützt im Übrigen meine These von mehr Investitionen im personalen Bereich.

Beim Deutschen Ärztetag in Rostock wurde heftige Kritik an den „Expertenvorschlägen“ zur Gesundheitsreform laut. Fühlen Sie sich angesprochen?

Prof. Schwartz: Zunächst einmal nein, weil im politischen Teil der Deutschen Ärztetage Ärztefunktionäre auf jedem Deutschen Ärztetag seit 1870 höchst selten nur sachgerecht und ausgewogen formuliert haben. Da sind immer auch innerärztlicher Wahlkampf und Machtpöhlen mit der Politik im Spiel. Zugleich leider auch ja: Obwohl sich die Kritik des Ärztetages vor allem gegen Ratsmitglieder mit besonderer Politiknähe richtet, ist der gesamte Rat betroffen. Als Vorsitzender und in Übereinstimmung mit unserer Ratsmehrheit vertrete ich die Auffassung, dass eine „Äquidistanz“ der Ratsmitglieder zu allen politischen Parteien für dessen Arbeit förderlich ist.

Welche Auswirkungen wird das DRG-System in Deutschland auf mittlere Sicht haben?

Prof. Schwartz: Das Beste, was man über das DRG-System im Moment sagen kann, ist, dass die gewachsenen Strukturen in den Krankenhäusern gründlich überdacht werden müssen. Realistisch muss man feststellen, dass die Politik bei der Einführung des Systems über dessen Folgen, insbesondere auch auf die nachstationären Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung, der pflegerischen Versorgung, der ambulanten und stationären Rehabilitation, zu wenig nachgedacht hat. Die Krankenhäuser werden zu „Intensivstationen“, alle anderen Dienste müssen dringend ausgebaut werden, die ersparten Krankenhaustage lösen sich nur zum kleinsten Teil „in Luft auf“. Das verlangt eine gigantische Kraftanstrengung von allen Beteiligten, wenn wir am Ende wirklich eine bedarfsgerechte und kostengünstige Versorgung haben wollen.

Ist eine „breite politische Mehrheit“ für eine Gesundheitsreform in Deutschland Ihrer Meinung nach überhaupt denkbar?

Prof. Schwartz: Wenn nach der Wahl eine wahrhaftige Situationsanalyse auf den Tisch kommt, die holzschnittartige Heilsversprechungen vom Tisch kommen, Denkverbote aufgehoben werden, der Patient – wenigstens in Gedanken – immer dabei ist, der gute Wille da ist und die Konjunktur nicht zu stark anzieht und der Zwang zur Einigung bleibt – dann halte ich es für denkbar.

Horst Seehofer hat die umgehende Einberufung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen gefordert, um die „finanzielle Katastrophe der GKV“ abzuwenden. Erleben wir demnächst die Wiedergeburt dieses Gremiums – und mit welchen Perspektiven?

Prof. Schwartz: Ministerin Ulla Schmidt hat die Fortführung des Runden Tisches in Aussicht gestellt. Dieser ist von den beteiligten Institutionen her ja fest deckungsgleich mit der im Gesetz vorgesehenen Konzentrierten Aktion: Als Vertreter des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion bevorzuge ich selbstverständlich dieses Label. In der Sache steckt hinter beiden Ansätzen dieselbe Notwendigkeit: ohne Konsens keine vernünftige Reform. ■