

Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsreform

Stephan von Bandemer/Josef Hilbert

Institut Arbeit und Technik

1. Eine pragmatische Bündelung der Reformperspektiven

Die Diskussion über eine der demographischen Entwicklung und dem medizinisch-technischen Fortschritt gerecht werdende Gesundheitsreform verläuft vielfach zu einseitig und ist ideologisch belastet. Konkurrenz zwischen Solidaritätsgedanke und dem Vertrauen auf Wettbewerb, Prävention und Akutmedizin, Leistungserbringern und Kostenträgern, stationärer und ambulanter Versorgung, Sozialstaat und Standortwettbewerb führen allerdings nicht wirklich weiter. Sinnvoll erscheint es eher, jenseits der reinen Lehre und den vermeintlichen Patentlösungen unter Beteiligung aller Akteure einen eher pragmatischen Weg zu gehen, der win win Situationen anstrebt und seinen Kurs zwischen Regulierung und Gestaltungsfreiheiten sowie Sozialpolitik und Ökonomie findet.

Ökonomisch ist der Gesundheitssektor eine der wichtigsten und auch in Zukunft wachsenden Branchen, die sich dadurch auszeichnet, dass sie Arbeitsplätze für die Produktion von Lebensqualität schafft. Gleichwohl zeigen Szenarien der Kostenentwicklung, dass das herkömmliche System nicht nur Arbeitsplätze im Gesundheitssektor produziert, sondern sich auch als eine Belastung anderer Sektoren herausstellt. Einer derartigen Entwicklung muss eine Gesundheitsreform entgegenwirken. Die entscheidende Frage muss daher lauten, wie es gelingen kann, die Wachstumschancen der Gesundheitswirtschaft zu entfesseln, ohne andere Sektoren gleichermaßen zu strangulieren oder die gesellschaftliche Solidarität erodieren zu lassen.

Fünf Punkte Programm Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsreform

- Verbindung von gesetzlicher Krankenversicherung und privater Zusatzversicherung
- Betriebliche Gesundheitsförderung und Unterstützung privater Zusatzversicherungen
- Staatliche Absicherung nicht Erwerbstätiger durch Mittel einer reformierten Arbeitslosen- und Sozialhilfe
- Effizienzsteigerung der Leistungserbringer
- Steigerung der Kompetenzen und Partizipation der Nutzer

Der derzeitigen Reformdebatte scheint diese Quadratur des Kreises nicht wirklich zu gelingen. Die derzeitige Gesundheitsministerin verteidigt mit allen Mitteln das bisherige System der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung und versucht es durch Effizienzsteigerungen der Leistungserbringer, eine Abschottung gegenüber der PKV sowie durch eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlagen zu retten. Die Opposition setzt mit je nach Parteipräferenzen unterschiedlicher Intensität auf Zusatzversicherungen, Selbstbeteiligungen und Wettbewerb. In der wissenschaftlichen Debatte wird das Kapitaldeckungsprinzip gegenüber der Umlagefinanzierung ebenso analysiert wie präventions- und verhaltensorientierte Strategien, die Stärkung der Selbsthilfe etc..

Ohne den Anspruch zu erheben, die unterschiedlichen Diskussionsstränge hier auch nur annähernd vollständig wiedergeben zu können, lässt sich dennoch konstatieren, dass kein Ansatz für sich genommen die erkennbaren Probleme in den Griff zu bekommen scheint. Die Problemstellung ist zu komplex, als dass sie sich durch einzelne klar strukturierte Maßnahmen lösen ließe. Wir schlagen daher vor, einen pragmatischen Kurs einzuschlagen, der darauf gerichtet ist, die Wachstumschancen der Gesundheitswirtschaft ohne Entsolidarisierung und ohne prohibitive Opportunitätskosten in anderen Branchen zu erschließen. Dies setzt eine Bündelung von Maßnahmen voraus, die von allen Seiten etwas mehr verlangt.

Vergleichbar zur Hartz-Kommission wird es dabei darauf ankommen, dass ein Rosinenpicken verhindert wird und nicht jede Seite sich die für sie angenehmste Perspektive zu eigen macht. Unterteilt man die Reformschritte in die Leistungserbringung und die Finanzierung so sehen wir vier Bereiche, die entsprechend gefordert sein werden. Bei der Leistungserbringung müssen die Anbieter die in der Tat verfügbaren Effizienzreserven weiter erschließen und die Nachfrager mehr Eigenverantwortung für die Gesundheit übernehmen. Auf Seiten der Finanzierung werden dagegen sowohl mehr öffentliche als auch mehr privat finanzierte Mittel bereitzustellen sein. Dazu sind flexiblere und innovative Finanzierungsformen notwendig, die auch die starre Abgrenzung der bisherigen Versicherungssysteme überwindet. Die empirische Basis für einen derartigen pragmatischen Kurs könnte wie immer besser sein, sie reicht jedoch aus, um belastbare Ergebnisse zu produzieren.

2. Mehr private und mehr öffentliche Mittel im Gesundheitssystem

Die Szenarien zur Entwicklung der Kosten im Gesundheitssystem signalisieren deutlich, dass die bisherige Finanzierung der GKV kaum geeignet sein wird, die für die Versorgung erforderlichen Mittel mittelfristig aufzubringen ohne damit die Lohnnebenkosten in beschäfti-

gungspolitisch prohibitive Größenordnungen zu steigern. Dies gilt umso mehr, wenn die Entwicklung in der Gesundheitswirtschaft im Zusammenhang mit anderen sozialpolitischen Entwicklungen wie der Rentenversicherung betrachtet wird.

Abbildung 1: Neuere Szenarien der Kostenentwicklung GKV

Quelle	Prognosezeitraum	Beitragssatzhöhe	Methodik/Annahmen
DIW 2001	2040	34 %	Produktivitätswachstum 2,1 %, Kostensteigerung medizinisch technischer Fortschritt 1 %, unveränderte Morbidität
Breyer/Ulrich 2000	2040	23 %	Zeitreihenanalyse der Wechselwirkung zwischen Fortschritt und Demographie
Hof 2001	2050	17 %- 19 %	Differenziertes Fortschreibungsmuster, rein demographischer Effekt, Lebenserwartung, Gesundheitspolitik
Hof 2001	2050	21 % - 26 %	Erweiterter ökonomischer Datenkranz, veränderte Ausgabenprofile, Einnahmen und Ausgaben
Pfaff 2001	2050	17 %	Basis: 9. Koordinierte Bevölkerungsvorberechnung (Variante 2), konstante alters- und geschlechtsspezifische Pro-Kopf-Einnahmen und –Ausgaben
Pfaff 2002	2050	20,2 %	Ausgaben steigen jedes Jahr stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV, Frauenerwerbsbeteiligung steigt bis 2025 bis auf ein Niveau etwas unterhalb der Männererwerbsbeteiligung, Rentenniveau sinkt bis 2030 auf 64 %

Quelle: Enquete Kommission Demographischer Wandel 2002-09-30

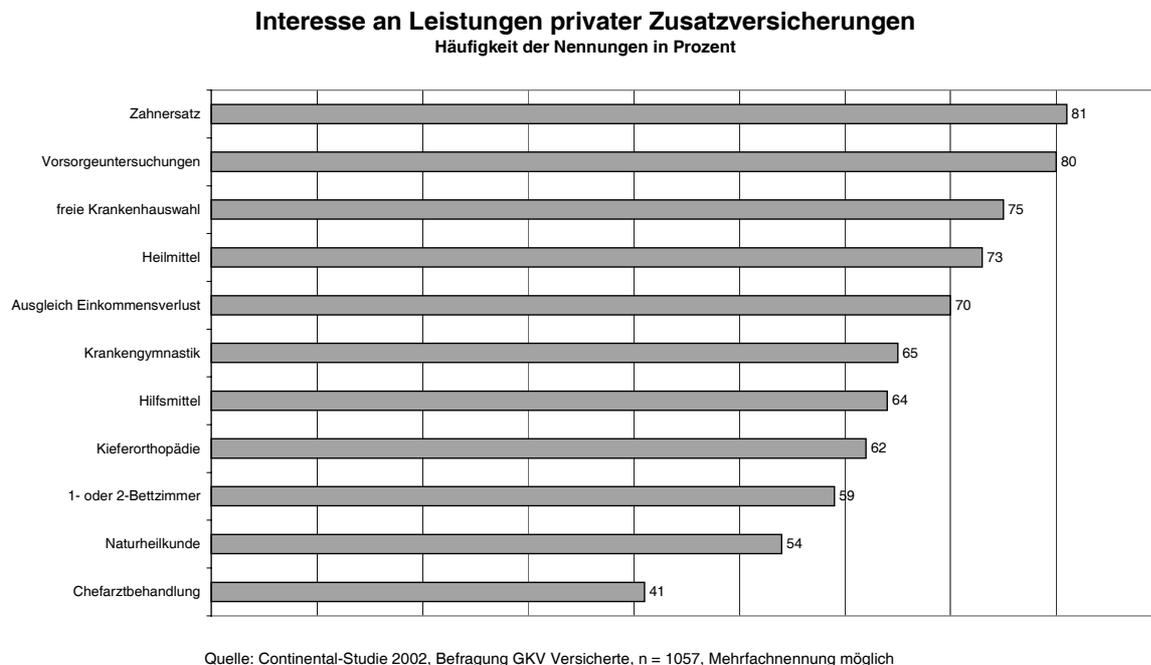
Insofern ist zu fragen, wie ergänzende Finanzierungsformen zu gestalten sind. Dabei gehen wir von den Präferenzen und der Leistungsfähigkeit der Versicherten aus, um möglichst viele Mittel für die Gesundheitsversorgung mobilisieren zu können. Eine Veränderung der Bemessungsgrundlagen auf Basis regulativer Veränderungen bleibt hiervon unberührt.

Den Ausgangspunkt einer Finanzreform der Gesundheitsversorgung kann die Grundidee der Pflegeversicherung bilden, die eine solidarische Versicherungslösung zugrundelegt, die aber nicht notwendiger Weise eine Vollversorgung gewährleistet, sondern erst unter Berücksichtigung des verfügbaren Einkommens der Versicherten zu einer adäquaten Versorgung führt. Dabei ist gleichzeitig zu gewährleisten, dass die Defizite der Pflegeversicherung – nur das, was aus der solidarischen Versicherung finanziert wird, wird den Patienten auch angeboten – vermieden werden.

Die solidarische Grundversorgung ließe sich daher durch private Zusatzversicherungen ergänzen. Bereits heute geben private Haushalte rund 35 Mrd. DM für private Zusatzversor-

gung aus. Das Interesse an privaten Zusatzversicherungen reicht von einer besseren Versorgung beim Zahnersatz über die den Ausgleich von Einkommensverlusten die Nutzung von Naturheilverfahren bis hin zur Chefarztbehandlung (Abbildung 2).

Abbildung 2:



Während die direkte Zuzahlung zu Leistungen in der Bevölkerung eher abgelehnt wird, stößt die private Zusatzversorgung eher auf breite Akzeptanz. So sind die Zuzahlungen auch weniger unter dem Gesichtspunkt der Erschließung zusätzlicher Mittel zu sehen als vielmehr unter dem Gesichtspunkt von verhaltenssteuernden Anreizfunktionen, die weiter unten behandelt werden. Hingegen können private Zusatzversicherungen beträchtliche Mittel für die Gesundheitsversorgung mobilisieren. Zur Mobilisierung wie sozialen Absicherung einer breiteren Nutzung der privaten Zusatzversicherung bestehen eine Reihe von Handlungsmöglichkeiten.

Als hinderlich erweist sich die starre Abgrenzung zwischen GKV und PKV. So sollten auch die gesetzlichen Versicherungen in die Lage versetzt werden, ihren Mitgliedern zusätzliche Versorgungsangebote unterbreiten und Tarife flexibler gestalten zu können. Dies verstärkt auch den Leistungswettbewerb zwischen den Kassen und kann zu einer erheblichen Mobilisierung zusätzlicher privater Mittel im Gesundheitssystem beitragen.

Als förderlich kann sich auch eine Unterstützung der Mobilität der Versicherten zwischen den Leistungsanbietern erweisen. So beträgt etwa bei einem Arbeitnehmer mit 250 € Beitrag der

Unterschied zwischen dem günstigsten und dem teuersten Anbieter der GKV 54 € monatlich. Gleichwohl haben bislang erst ca. 20 Prozent der Versicherten in den letzten Jahren die Krankenkasse gewechselt. Hieraus lassen sich weitere Ressourcen für private Finanzierungen erschließen, wobei eine Risikoselektion der Versicherer über Kontarhierungszwang und Schadensausgleich zu gewährleisten ist.

Gleichzeitig sollen auch die Unternehmen nicht aus der Verantwortung entlassen werden. Allerdings geht es dabei nicht um starre Anhebungen von Beitragszahlungen, sondern vielmehr darum, die privaten Zusatzversicherungen zu unterstützen. So können Betriebe etwa mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu Kostensenkungen für die Versicherer beitragen, deren Einsparungen (in Form von Beitragssenkungen) in entsprechende Zusatzversicherungen investiert werden können. Dies lässt sich zusätzlich analog der betrieblichen Altersvorsorge durch steuerliche Anreize unterstützen und tarifvertraglich flankieren.

Flankierend ist zu gewährleisten, dass auch die nicht erwerbstätige Bevölkerung die Chance erhält, eine angemessene Gesundheitsversorgung zu erhalten. Hierfür werden öffentliche Mittel zur Verfügung gestellt werden müssen. Hierfür bestehen jedoch bereits substantielle Ansatzpunkte, die gezielt gesteuert einen gerechten sozialen Ausgleich schaffen können. Bereits heute tragen die öffentlichen Haushalte etwa über die Beihilfen (ca. 7,5 Mrd. €) oder die Bundesanstalt für Arbeit (ca. 8 Mrd. €) beträchtlich zur Gesundheitsversorgung bei. Einen statistisch nicht abgrenzbaren Beitrag zur Gesundheitsversorgung in allerdings erheblicher Größenordnung leisten zudem die Kommunen über die Sozialhilfe. Die Gesundheitsversorgung von Sozialhilfeempfängern ist derzeit eher mit der Versorgung der Privatversicherten als mit der der GKV-Versicherten vergleichbar. Bei einer gezielten Steuerung der Mittel insbesondere der Bundesanstalt für Arbeit und der Sozialhilfe – etwa eine öffentliche Unterstützung von Versicherungsleistungen bei einer Überschreitung eines bestimmten Prozentsatzes des Haushaltseinkommens - bestehen gute Chancen, eine Benachteiligung der nicht erwerbsfähigen Bevölkerung zu vermeiden.

3. Leistungsaktivierung auf Seiten von Gesundheitsanbietern und Nachfragern

Für eine Effizienzsteigerung der Leistungserstellung sind mit etwa dem Fallpauschalengesetz oder den Disease Managementprogrammen wichtige Rahmenbedingungen geschaffen worden. Dabei bestehen allerdings noch beträchtliche Umsetzungsprobleme, die einerseits eine erhebliche Organisationsentwicklung bei den Leistungserbringern einschließlich der Organisation der bereichsübergreifenden Schnittstellen als auch eine Erhöhung der Kompetenz und Partizipation der Nutzer erforderlich macht.

Am Krankenhausbereich lässt sich exemplarisch zeigen, wo Effizienzressourcen erschlossen werden können. Dies reicht von den beiden zentralen Bereichen mit einer Vielzahl von Schnittstellen, dem Operationsmanagement und interdisziplinären Aufnahmen mit zentraler Diagnostik, bis hin zur Einführung von Behandlungsstandards in Form definierter Patientepfade. Dabei zeigen gute Lösungen, es durchaus möglich ist, gleichzeitig die Qualität zu verbessern und Kosten zu senken. Parallel dazu sind die Arbeitsbedingungen zu verbessern, um die Gesundheitsberufe wieder attraktiver zu gestalten und damit Beschäftigungspotenziale besser zu erschließen. Dazu gehören neue Arbeitszeitmodelle ebenso, wie die Entlastung des Personals von Aufgabenfernen Tätigkeiten etwa durch die Einstellung von Dokumentationsassistenten.

Gleichzeitig ist das Zusammenspiel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Akutversorgung, Prävention und Rehabilitation sowie Pflege zu verbessern. Eine bessere Vernetzung bedarf auch einer besseren Abstimmung der Versorgungsbereiche, die mit dem SGB V, SGB IX und SGB XI in unterschiedlichen Regelwerken und Verantwortlichkeiten gesteuert werden. Einen sinnvollen Beitrag auf Seite des Informationsaustausches kann dabei die elektronische Patientenakte leisten, die dazu beiträgt, Doppeluntersuchungen zu vermeiden und Informationskosten zu senken. Allerdings ist für die Optimierung der Schnittstellen auch eine Lockerung der Vorschriften für übergreifende Zusammenarbeit erforderlich, die etwa über Experimentierklauseln zugunsten der dezentralen Akteure erreicht werden kann.

Einen wesentlichen Beitrag zu mehr Effizienz und Effektivität können und müssen die Patienten durch ihr Verhalten beitragen. Dies lässt sich allerdings nicht nur über finanzielle Anreize erreichen, sondern setzt mehr Kompetenz und Beteiligung voraus. Dies reicht von der Prävention über den Konsum von Leistungen bis zum Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Dabei kann in der Prävention auf gesellschaftliche Trends von Fitness und Wellness gesetzt werden, die allerdings einer kompetenten Begleitung bedürfen (niemand muss beim Marathon sterben). Beim Konsum – etwa von Arzneimitteln – besteht bei vielen insbesondere chronisch kranken Patienten bereits eine hohe Kompetenz, die für die Versorgung genutzt und ausgebaut werden kann. Auch hier besteht jedoch entsprechender Bedarf einer professionellen Aktivierung. Auch hier bestehen wenn auch auszubauende Ansätze etwa in der Lockerung des Arzneimittelgesetzes (Stichwort Internetbestellung, elektronische Rezepte).

Auch die Stärkung der Kompetenz der Patienten kann exemplarisch verdeutlicht werden. So hat etwa ein klinischer Test der Medikamenteneinstellung bei Herzoperationspatienten ge-

zeigt, dass Patienten, die unter Anleitung und der zur Verfügungstellung von Diagnosegeräten ihre Medikation selbst gesteuert haben gegenüber einer Kontrollgruppe mit traditioneller ärztlicher Betreuung nicht nur schneller gesund wurden, sondern auch erheblich geringere Kosten produziert haben. Eine derartige Aktivierung der Patienten kann wesentlich zum besseren Wohlbefinden wie einer besseren Steuerung des Leistungsverbrauchs beitragen.

Ähnliche Entwicklungen sind etwa bei den acht Prozent der Bevölkerung denkbar, die unter chronischen Schmerzen leiden. Eine professionelle Beratung und der Umgang mit den Beeinträchtigungen kann hier wirkungsvoller und kostengünstiger sein, als ständig belastende neue Therapie und Behandlungsversuche zur Bekämpfung der Symptome.

4. Umsetzungsanforderungen

Die skizzierten Reformperspektiven sind durchgängig nicht neu. Dies hat den Vorteil, dass auf weitgehend gesicherte Erkenntnisse zurückgegriffen werden kann. Entscheidend für die Umsetzung ist allerdings, dass die unterschiedlichen Anforderungen nicht isoliert, sondern gebündelt werden. Das Festhalten am bisherigen System wird dabei ebenso scheitern wie ein völliger Systemwechsel. Insofern ist es notwendig, die verschiedenen Ansatzpunkte zu einem Paket zu schnüren, das fordert und fördert und eine Ausgewogenheit der unterschiedlichen Interessen gewährleistet. Dabei werden die Eckpfeiler von Eigenverantwortung und Solidarität, von privater und öffentlicher Finanzierung, von Leistungsaktivierung und Honorierung sowie der Verantwortlichkeit der Tarifparteien erhalten bleiben können, soweit nicht individuelle Positionen dogmatisiert werden.

Zielsetzung des Reformansatzes ist, die Chancen des Wachstums der Gesundheitswirtschaft bei einer verbesserten Lebensqualität zu erschließen, ohne dabei andere Bereiche durch explodierende Kosten zu belasten. So können Gesundheitsreform und Gesundheitswirtschaft sozialstaatlich gesteuert miteinander in Einklang gebracht werden.