

Die grundlegende Reform des Gesundheitssystems steht aus

14. Deutscher Krankenhaus Controller Tag

Dr. Günther Jonitz, Ärztekammer Berlin

Unser Gesundheitswesen ist in einer Krise. Nach Jahrzehnten der ungebrochenen Leistungsausweitung sind nun die Grenzen der Finanzierbarkeit erreicht. Die Kassenbeiträge steigen, die Proteste der Leistungserbringer und die Einschränkungen auf der Seite der Patienten nehmen zu. Woran liegt das?

Die Entwicklung im Gesundheitswesen ist eigentlich eine beispiellose **Erfolgsstory**. Bisher unbehandelte Krankheiten können erfolgreich therapiert werden (z. B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislaufkrankheiten, manche Krebserkrankungen, Infektionserkrankungen wie AIDS) und bislang unbehandelbare Hochrisikopatienten ebenfalls (Frühgeborene, Multimorbide, Hochbetagte). Kranke länger am Leben zu erhalten kostet Geld. Gleichzeitig werden nicht nur akute Krankheiten sondern mehr und Krankheiten behandelt, bevor sie manifest werden („Früherkennung“, Prävention). Auch das kostet Geld. Die Medizin steckt in der **Fortschrittsfalle**.

Auf der **Einnahmenseite** muss konstatiert werden, dass die Gesamtausgaben für Gesundheit in den letzten dreißig Jahren gemessen am Gesamtreichtum unserer Nation stabil geblieben sind. Dennoch sind die Beiträge für die Krankenkassen deutlich gestiegen. Dies liegt zum einen daran, dass die Bindung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen mehr von der Beschäftigtenrate und den Tariflöhnen abhängt als vom tatsächlichen Bedarf. Hätten wir die gleiche Lohnquote wie in den 80er Jahren, so betrügen die durchschnittlichen Krankenkassenbeiträge knapp 11%. Zum anderen wurde die GKV durch gesetzgeberische Maßnahmen in den letzten acht bis zehn Jahren um ca. 30 Milliarden Euro belastet. Mit dieser Summe wurden steuerfinanzierte Sozialkassen (Arbeitslosen- und Rentenversicherung) entlastet. „Verschiebebahnhof“ ist der politische Begriff dazu. Aktuell beträgt der Missbrauch der GKV durch den Staat ca. 3 Milliarden Euro pro Jahr, die Belastungen durch die Mehrwertsteuer noch nicht einberechnet.

Auf der **Ausgabenseite** besteht das Problem der unübersehbaren Leistungsfähigkeit. Wo früher für eine Krankheit lediglich ein oder zwei Therapieverfahren existierten, existieren jetzt viele bis zahlreiche. Die Behandlungsmöglichkeiten des Diabetes mellitus und seiner Komplikationen seien hier erwähnt.

Nicht verändert hat sich die **Organisationsform des Gesundheitswesens**. Es entspricht dem **Fließbandprinzip**: die Politik macht Gesetze, die Kassen besorgen Geld, der Arzt/die Leistungserbringer erhalten es und die Patienten bekommen medizinische Leistungen. Was am Ende dabei herauskommt, ist unbekannt. Eine gemeinsame Verantwortung existiert nicht, die Interessen der Akteure sind z. T. gegensätzlich, die Summe des Eigennutzens dieser Akteure ergibt keinen Gesamtnutzen, sondern einen Gesamtschaden. Das „Schwarzer-Peter-Prinzip“ wird praktiziert. Der Letztverantwortliche ist der in der Patientenversorgung tätige Arzt.

Dieses „**Versagen des Organisationsprinzips**“ ist allen modernen Gesundheitssystemen immanent, unabhängig davon ob staatlich organisiert (GB, NL) oder rein wettbewerblich-kommerziell (USA).

Ein reiner Systemwechsel hin zu einem halbstaatlichen Primärarztsystem, wie derzeit von der Bundesregierung angestrebt, ist also nicht hilfreich.

Angestrebt werden müssen fünf strategische Ziele:

1. **Systematisierung** der Patientenversorgung: Wer kümmert sich um Patienten mit Diabetes Mellitus, um sturzgefährdete Alte, um Jugendliche in Risikogruppen?
2. **Optimierung** der Behandlung: Was heißt eigentlich „gute Diabetes-Behandlung“? Hier liefert die Technik und Tugend der evidenzbasierten Medizin die richtigen Antworten
3. **Humanisierung**: Es sind Menschen im System Gesundheitswesen, mit normalen menschlichen Erwartungen, Hoffnungen, Einstellungen und Verhaltensweisen. Diese Menschen sind auf Seiten der Patienten und auf der der leistungserbringenden Berufe. Die Abläufe müssen deshalb menschlich gestaltet werden. Auf Ängste und deren fehlsteuerndes Potential muss gebührend eingegangen werden
4. **Transparenz**: Um eine solche Entwicklung zu ermöglichen, muss die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht werden. Patientenrelevante Qualitätsindikatoren sind für Prozessorganisation und Mittelverwendung nötig und steuern den Wettbewerb („Mache die Ergebnisse transparent und du erhältst einen Wettlauf der Systeme“ Reinhard Mohn)
5. **Führung**: Politik im „common sense“ und in gemeinsamer Verantwortung erlaubt eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens. Gesundheitspolitik, die ein gemeinsames Ziel anstrebt (hochwertige Behandlung und humane Betreuung), eine faire Diskussion ermöglicht, eine faire Umsetzung notwendiger Maßnahmen anstrebt und die den Menschen die Wahrheit über Zusammenhänge und Notwendigkeiten sagt, ist glaubwürdig und erfolgreich. Wissen und Erfahrungen zur erfolgreichen Steuerung eines Systemwandels sind bspw. aus den Verfahren der **Organisationsentwicklung** und des **Change Managements** entlehnbar.

Konkret: Zur Finanzierung: **Werte** müssen eingehalten werden: **Solidarität** heißt, dass „einer des anderen Last trage“. Dies geschieht sowohl bei einer Bürgerversicherung wie bei einer Kopfpauschale. Da der Anspruch auf Leistung im deutschen Gesundheitswesen prinzipiell für alle gleich ist, ist eine Kopfpauschale gerechter. Die **Subsidiarität** muss durch verstärkte finanzielle Eigenbeteiligung gestärkt werden. Als neues Werteprinzip muss eine künftige Finanzierung „gerecht“ sein. „**Gerechtigkeit**“ bedeutet heißt, dass das, was krank macht, auch finanziell zur Genesung beitragen muss. Im späten 19. Jahrhundert war dies der Faktor Arbeit. Im 21. Jahrhundert sind es die Faktoren Arbeitslosigkeit und „life style“. Wegen der Arbeitslosigkeit muss auch an die **soziale Verantwortung der Arbeitgeber und der Kapitalbesitzer** appelliert werden, die die gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen mitbestimmen.

Wegen der sekundär erworbenen Zivilisationskrankheiten Hypertonie, Diabetes mellitus etc. muss künftig eine **Abgabe auf gesundheitsschädliche Substanzen** erhoben und den Krankenkassen zugeführt werden. Ein roter Punkt bspw. auf Fast food Schachteln zeigt analog zum grünen Punkt, dass eine Abgabe auf Zucker, tierisches Fett, Salz, Nikotin oder Alkohol erhoben wurde (www.der-rote-punkt.de).

Auf der **Ausgabenseite** muss Transparenz über gute Versorgung erhöht und belohnt werden. Die existierenden Verfahren der Qualitätsdarlegung, Zertifizierung und/oder Bewertung (KTQ, BQS u.v.a.m.) müssen ausgebaut und nicht wie derzeit in Vorbereitung durch eine Bundesoberbehörde Gemeinsamer Bundesausschuss entmündigt werden. I-V Verträge sind zwingend mit validen Qualitätsindikatoren zu verbinden. Die öffentliche Diskussion über die Versorgung muss verstärkt werden - auch um Rosinen-picken zu verhindern.

Auf der **Führungsseite** (zwischen Einnahmen- und Ausgabenseite) muss entweder mit glaubwürdigem Personal oder mit besseren Methoden geführt werden. Da derzeit der erste Faktor illusionär zu sein scheint, bleibt die Führung mit Qualitätsmanagement als Methode der richtigen Prozesse, das Risk Management als Methode zur Verhinderung der fehlgesteuerten Prozesse und der evidenzbasierten Medizin als Methode der richtigen Fokussierung auf den tatsächlichen Nutzen für den kranken Menschen. Zusammen mit gesamtgesellschaftlichen Maßnahmen wie der Förderung von Bildung und Arbeit wäre dies der tatsächlich sinnvolle Systemwechsel weg vom autoritär gesteuerten hin zum lernenden System, das sich kontinuierlich daran misst, was dem Patienten nützt.

Dr. med. Günther Jonitz, Groß Glienicke 5. März 2007