

Die Ressourcen-Allokation in der Medizin bei einer älter werdenden Gesellschaft

oder: Wird 2030 Realität?

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Gesundheitspolitik hat es in den vergangenen Jahren versäumt, unser Gesundheitswesen auf die Herausforderungen der Zukunft vorzubereiten. Der medizinische Fortschritt ruft durch seine Erfolge eine immer größere Behandlungsnachfrage hervor, die Alterung der Bevölkerung und damit die Zahl dauerbehandlungsbedürftiger Menschen wird auch in den nächsten Jahren stetig steigen, zugleich aber versprechen Politik und Krankenkassen den Versicherten weiterhin nahezu unbegrenzt Leistungen – trotz der politischen Forderung nach Beitragssatzstabilität.

Die Ressourcenknappheit besteht unverändert fort, wird aber weitgehend ignoriert. Die Politik sucht nach wie vor sucht ihr Heil in Kostendämpfung und strikter Ausgabenbegrenzung, selbst um den Preis der (impliziten) Rationierung. Die Verantwortung für diese primär an kurzfristigen ökonomischen Zielen orientierte Absenkung des Versorgungsniveaus gibt sie an die Mikroebene weiter, also an die Leistungserbringer.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sind Strukturen entstanden, die dem Ziel einer standardisierten, möglichst „kosteneffizienten“ Medizin dienen sollen. Im ambulanten Bereich hat sich die Ministerialbürokratie besonders viel Mühe gegeben, die Verantwortung für Rationierung den Ärzten zuzuweisen. Denn der Staat möchte nicht mit den Folgen der Ressourcenbegrenzung identifiziert werden. Deshalb soll der Gemeinsame Bundesausschuss – de jure zwar noch Instrument der gemeinsamen Selbstverwaltung, de facto aber ausführende Behörde – maßgeblich über die Verteilung der knappen Mittel entscheiden und über Maßnahmen zur Qualitätskontrolle die Leistungsmenge und auch Leistungsinhalte steuern.

Das GKV-WSG ist auch das Sprungbrett in die Einheitsversicherung. Die institutionelle Verankerung eines omnipotenten Spitzenverbandes Bund der

Krankenkassen zielt ebenso wie die Einführung des PKV-Basistarifs auf eine solche Vereinheitlichung der Vollversicherung ab. GKV und PKV werden angeglichen, um in einem zweiten Schritt die noch bestehenden Unterschiede ganz aufheben zu können. Das zielt auf eine Einheitsversicherung mit Einheitsbeitrag und Einheitsmedizin.

Durch diese weitreichenden Strukturveränderungen steuert unser Gesundheitswesen unaufhörlich auf eine Sackgasse zu. Am Ende dieser Straße werden vor allem ältere, chronisch kranke Menschen nicht mehr die Versorgung bekommen, die sie bisher gewohnt sind.

Die finanziellen und personellen Ressourcen sind einfach nicht mehr ausreichend, um das derzeit noch hohe Niveau der Versorgung aufrechtzuerhalten. Das gilt gleichermaßen für die medizinische wie pflegerische Versorgung. Ein Blick auf die Fallzahlstatistik genügt, um die Dimension des Problems zu erkennen. Wurden im Jahr 1991 noch 14,5 Millionen Patienten in den Krankenhäusern behandelt, so waren es im Jahr 2006 schon 16,8 Millionen – eine Zunahme von 2,3 Millionen Behandlungsfällen (bei gleicher Bevölkerungszahl). Zugleich ging die durchschnittliche Verweildauer der Patienten kontinuierlich zurück, von 14 Tagen im Jahr 1991 auf 8,5 Tage im Jahr 2006. Das bedeutet: In immer kürzerer Zeit werden immer mehr Patienten stationär behandelt.

Welche negativen Auswirkungen diese enorme Arbeitsverdichtung auf die ärztliche Tätigkeit hat, ist hinlänglich bekannt und jüngst erst durch die Umfrage des Marburger Bundes unter 19.000 Ärzten bestätigt worden: Knapp 80 Prozent der Ärztinnen und Ärzte arbeiten 50 bis 80 Stunden pro Woche. Jeder zweite der Befragten erwägt, seinen Job aufzugeben.

Die Politik hat einen Preiswettbewerb initiiert, der zu einem spürbaren Abbau des bisherigen Versorgungsniveaus geführt hat und maßgeblich auch den Ärztemangel bedingt. Engpässe in der hausärztlichen Versorgung sind in ländlichen Regionen bereits spürbar. Bei der Behandlung und Betreuung von Demenzkranken müssen wir schon jetzt von einer Unterversorgung sprechen. Dabei steht uns die eigentliche Herausforderung erst noch bevor,

wenn die Experten Recht behalten, die einen rasanten Anstieg in den nächsten zwei bis drei Jahrzehnten prognostizieren. Bei einer moderaten Steigerung der Lebenserwartung ist bis zum Jahr 2040 mit einer Erhöhung um etwa 120 Prozent bzw. mit einer Gesamtzahl von 2,2 Millionen Fällen von Demenz zu rechnen. Sollte es einen Durchbruch in der Behandlung von Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen geben, könnte diese Zahl sogar bis auf drei Millionen anwachsen. Darauf ist unser Gesundheitswesen nicht vorbereitet.

Ein Blick in die Medizingeschichte verdeutlicht, dass die Zunahme vieler früher weitgehend unbekannter chronischer Leiden auf den Rückgang akuter Infektionskrankheiten und der erfolgreichen Bekämpfung anderer lebensbedrohlicher Erkrankungen zurückzuführen ist. Menschen, die heute mit Morbus Alzheimer leben (etwa sieben Prozent aller Fünfundsechzigjährigen), wären früher längst an anderen Erkrankungen gestorben - meist an heute behandelbaren koronaren Herzkrankheiten, denen die gleiche genetische Disposition zugrunde liegt (Apo-E4-Gen).

Durch neue Therapien und bessere Lebensumstände wird sich die durchschnittliche Lebenserwartung weiter erhöhen können. Unsere Gesellschaft muss allerdings auch bereit sein, die durch den medizinischen Fortschritt induzierte Leistungsexpansion zu bezahlen. Denn Ressourcenverknappungen würden zwangsläufig die von uns allen gewünschte Gesellschaft des langen Lebens begrenzen und zu erheblichen sozialen Spannungen führen.

Die Finanzierung des medizinischen Fortschritts ist nach wie vor ungeklärt. Die Politik erweckt noch immer den Eindruck, als könne mit den Ressourcen einer Budgetmedizin der medizinische Fortschritt für alle gesichert werden. Das aber ist eine bewusste Irreführung der Öffentlichkeit.

Die Fortschritte in der Behandlung, Betreuung und Pflege alter Menschen werden das Gesundheitswesen heutiger Prägung auf Dauer überfordern. Eine Gesellschaft des langen Lebens wird deshalb offen und ehrlich diskutieren müssen, mit welchen Ressourcen und unter welchen strukturellen Bedingungen gute Medizin dauerhaft gesichert werden kann.

Es geht dabei um die Frage, wie gute Medizin dauerhaft für die gesamte Bevölkerung gesichert werden kann, trotz demografischer Entwicklung und trotz Finanzmisere der gesetzlichen Krankenversicherung.

Verschiedene Reformmodelle wurden in den vergangenen zwei Jahren diskutiert. Ich will an dieser Stelle die einzelnen Modelle nicht darstellen, geschweige denn bewerten. Die Extremvarianten Bürgerversicherung auf der einen Seite und Kopfpauschalen- oder Gesundheitsprämienmodell auf der anderen Seite dürften ohnehin noch in guter Erinnerung sein. Jenseits dieser systemfremden Modelle gibt es durchaus noch Optionen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, über die bisher zu wenig nachgedacht worden ist. Das Krankenversicherungssystem heutiger Prägung hat über Jahrzehnte maßgeblich zum sozialen Frieden in unserem Land beigetragen und viele Krisen bestanden. Deshalb plädiere ich dafür, Möglichkeiten einer Weiterentwicklung auszuloten, bevor Schritte zu einem Systemwechsel unternommen werden.

Für eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens

Verbreiterung der Einnahmebasis der GKV

Ausschließlich lohnbezogene Einnahmen werden nicht mehr ausreichen, um zu einer soliden Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung beizutragen. Die Einnahmebasis muss entsprechend der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten auf sämtliche Einkommensarten ausgedehnt werden. Dadurch ließe sich der durchschnittliche Beitragssatz spürbar senken. Zur Verbreiterung der Einnahmebasis müssen dann sämtliche Einkünfte gemäß dem Einkommenssteuerrecht herangezogen werden.

Missbrauch der GKV beenden

Seit Jahrzehnten destabilisiert die Politik selbst durch Ausweitung versicherungsfremder Leistungen sowie durch Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige („Verschiebebahnhöfe“) die GKV in jährlich zweistelliger Milliardenhöhe. Allein die sogenannten Hartz-Gesetze belasten die GKV jährlich mit 3,6 Milliarden Euro. Durch die Rücknahme des Bundeszuschusses zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen gingen dem GKV-System weitere 4,2 Milliarden Euro verloren. Die GKV muss deshalb dringend auf ihre originären Aufgaben zurückgeführt werden.

Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen

Die Eigenverantwortung der Versicherten und die Inanspruchnahme solidarisch finanzierter Leistungen müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zu einander stehen. Große Risiken müssen selbstverständlich umfassend abgesichert sein. Aber Versicherte müssen auch ihrer eigenen Verantwortung für die Solidargemeinschaft nachkommen, in dem sie z.B. durch Prävention und Gesundheitsvorsorge aktiv zur Risikominderung beitragen.

Familienversicherung nur noch für erziehende Elternteile

Die generell beitragsfreie Ehegattenversicherung ist angesichts der demografischen Entwicklung nicht mehr zeitgemäß. Allerdings sollte diese Form der Versicherung angesichts der für die Gesellschaft bedeutsamen Erziehungsarbeit für diejenigen Elternteile aufrechterhalten bleiben, die sich ausschließlich der Kindererziehung widmen.

Stabile Steuerfinanzierung für die Versicherung von Kindern

Eine vollständige Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Kinder aus Steuermitteln könnte zu einer Entlastung allein in der GKV von weit über 10 Milliarden Euro führen. Die Krankenversicherung der Kinder ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es ist allerdings sicherzustellen, dass die

Steuerfinanzierung nicht haushaltspolitischer Kurzsichtigkeit oder Beliebigkeit anheim fällt, sondern in ihrem Umfang verlässlich bleibt. Damit wäre den Versicherten und Patienten wie auch der nachwachsenden Generation gleichermaßen gedient.

Alterungsrückstellungen durch Gesundheitssoli

Der Anteil der beitragszahlenden Rentner unter den gesetzlich Krankenversicherten hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Im Jahr 2005 waren knapp 17 Millionen Rentner Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung, fast zehn Prozent mehr als 1998. Dieser zahlenmäßige Anstieg der Rentner hat zu erheblichen Mindereinnahmen der GKV geführt, weil Rentner im Durchschnitt weniger als Arbeitnehmer in die GKV einzahlen. Die Schere zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) geht immer weiter auseinander. Betrug die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben im Jahr 1993 noch 24,9 Mrd. Euro, so klafft inzwischen eine Lücke von 35 Mrd. Euro (2005). Die stetig steigende Quersubventionierung der KVdR durch die GKV muss durch einen demografiebezogenen Ausgleichsfaktor sowie durch den Aufbau eines Systems zur Alterungsrückstellung durch einen "Gesundheitssoli" sukzessive reduziert werden.

Die Debatte über die Reform der Finanzierungsstrukturen muss sich an den Erfordernissen einer modernen Medizin und Pflege orientieren, die allen Menschen gleichermaßen zugute kommt. Jeder Mensch muss unabhängig von seinem sozialen Status, seinen finanziellen Möglichkeiten und auch seinem Alter jederzeit Zugang zu einer vollständigen und hochwertigen Krankenversorgung haben. Denn auch das ist ein Gebot der Generationengerechtigkeit: Wir dürfen die älteren Menschen nicht schlechter behandeln als unsere Kinder.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. C. Fuchs
Hauptgeschäftsführer
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin