

Fundamentaler Streit zwischen Hoppe mit Winn gegen Schmidt, Wasem & Etgeton - Eine Bewertung

Das vom Hartmannbund besetzte Thema

„Gesund um jeden Preis? Ein System und seine Grenzen“

ist gut gewählt, da es die berufs- und gesundheitspolitische Schneise sein wird, die die Ärzteschaft in ihrem Wahlprogramm 2009 kommunizieren sollte.

Es soll generell diejenige Grundversorgung angestrebt werden, in der von Politik, Experten, Patientenverbänden, Verbraucherschützern und Ärzten definierte Gesundheitsziele verwirklicht werden können.

Dazu sind einvernehmlich gestaltete Rahmenbedingungen erforderlich, die die gesamtgesellschaftliche Entwicklung nicht ausblenden.
Daraus müssen dann Konsequenzen gezogen werden.

Im folgenden bringe ich in ausgewählten Auszügen eine auf das Thema zusammengestellte

Mitschrift eines Vortrages von Prof. Beske, dem Träger der Paracelsus-Medaille der Dt- Ärzteschaft, vom 22.10.2008 im Essener Audimax .

Die Kreisstelle Essen ehrte in ihm an diesem Abend einen in höchstem Masse un-ideologischen Sachverständigen der Gesundheitspolitik, der fern jeglicher Interessenpolitik alleine auf wissenschaftlicher Faktenlage einleuchtend naheliegende, in der öffentlichen Debatte jedoch meist opportun verschwiegene Sachverhalte vermittelt, um **Perspektiven einer Gesundheitsversorgung** von morgen näher zu kommen.

Beske:

Gesundheitsversorgung muss sich prinzipiell an der demografischen Entwicklung orientieren.

Die lebende Generation kann nur dann Nachhaltigkeit in den sozialen Sicherungssystemen erwarten, wenn die Einwanderer-Quote um zwei bis drei Tausend pro Jahr steigt, was sich aus Zahlen des statistischen Bundesamtes entnehmen lässt. Demografie lässt sich nur am Anfang und Ende des Lebens beeinflussen. Die statistische Geburtenziffer liegt seit 30 Jahren bei ca. 2,4.

Das Ende des Lebens wird von der Sterblichkeit definiert. Die Bevölkerungszahlen lassen mit hoher Sicherheit einen Rückgang um -15 Millionen bis zum Jahr 2050 auf dann 68 Mio. Bundesdeutsche erwarten. Die heutige durchschnittliche Lebenserwartung Neugeborener von ca. 88 Jahren wächst alle 4 Jahre um plus ein weiteres Lebensjahr. Dies führt dazu, dass absehbar Neugeborene statistische Lebenserwartungen von 100 Jahren erreichen werden ! Die Anhebung der Alters-Grenze bewirkt, dass Leben verlängert wird.

Man muss sich deshalb klar machen, was diese Entwicklung bedeutet! Hier sind Konsequenzen gefordert.

In diesem Zusammenhang sei an die Altersstruktur der Bevölkerung erinnert. Die Anzahl der Hochbetagten über 80 Jahre wird in 2050 über 10 Mio. betragen. Was bedeutet das für die Sozialsysteme?

In 2008 versorgten noch 3 – 4 Erwerbstätige einen Rentner. In 2050 wird 1 Rentner nur noch von 1,6 Erwerbstätigen unterhalten. Welche Schritte sind damit notwendig, die Bevölkerung zu versorgen? Der 60-Jährige von heute ist wesentlich gesünder als der 60-Jährige von vor 30 Jahren. Was bedeutet das für die Gesundheitsversorgung? Es stellt sich die Frage nach den Kosten:

Die Pro-Kopf-Ausgaben der GKV betragen 2005 für:

30-Jährige: 847 €
40-Jährige: 1225 €
70-Jährige: 3393 €
90-Jährige: 4895 €

Das bedeutet: Je älter die Bevölkerung, desto höher die Kosten!

Die Ausgaben-Entwicklung der GKV von 2005 bis 2050 unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts (unter Annahme von 1% der jährlichen Steigerung hierfür) lässt nahezu sicher einen Anstieg von 143 Mrd € in 2005 auf bis zu 226 Mrd € in 2050 erwarten. Bei einer schrumpfenden Bevölkerung kommt es durch zunehmende Alterung zu einem steigenden Versorgungsanspruch!
Ein GKV-Beitragssatz von über 27% bedeutet gesellschaftspolitisch eine irreal hohe Beitragshöhe, die von keiner gesellschaftlichen Gruppe akzeptiert würde, sei es in Politik, Wirtschaft, Beitragszahler als Versicherungsnehmer.

Folgerung: Man muss sich darauf einstellen, dass für die Versorgung entweder immer mehr Mittel in der GKV erforderlich sind , oder dass Rationierung erfolgen muss. Angesichts dieser Tatsachen, die schon länger bekannt sind, gilt, den Kopf nicht in den Sand zu stecken, die Entwicklung nicht tatenlos auf sich zukommen zu lassen.

Was bedeutet das für die Gesundheitsversorgung?

1. Möglichkeit: ökonomisch: Gesundheit ist Markt, Wettbewerb (bes. nach Einführung des GKV-WSG) oder

2. Versorgungspolitische Ansatz: Es existiert kein Gesundheitsmarkt der Welt, in dem Markt als Rein-Prinzip verwirklicht ist. Ordnungspolitisch gibt es überwiegend Misch-Systeme.

Die Präsidentenwahl in den USA geht u.a. auch um die Frage der Einführung einer gesetzlichen Versicherung. Alle anderen Länder , vor allem Großbritannien und Schweden haben Systeme mit unterschiedlich starkem staatlichen Einfluß.

Einschub: *"Die gute wohnortnahe Versorgung bröckle ab", warnte Winn. "Eine statistisch hohe Arztdichte spiegele eben nicht wider, dass vor allem in ländlichen Regionen ein Mangel bestehe. Das gegenwärtige System habe die differenzierte Versorgung in Gefahr gebracht."*

Wer Gesundheitspolitik treibt, sollte seine Gesundheitsziele definieren!

1. Versorgungssicherheit der Bevölkerung! (Selbstverständnis der Gesellschaft, die sich im Grundgesetz als sozialer Bundesstaat definiert.)

2. Planungssicherheit der Leistungserbringer (Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser, Heilmittelerbringer).

Nur wer weiss, dass das, was er investiert, auch refinanziert bekommt, wird zu ständiger Anpassung und Versorgungs-Optimierung bereit sein.

3. Alter darf kein Faktor für Leistungs-Ausschlüsse sein. Bisher fand keine Medizin nach legitimer Zuteilung oder Nicht-Zuteilung statt. Aus finanzieller Not wird jedoch zunehmend spürbar rationiert. Bsp. KH-Budget's für je 1 Jahr reichen nicht aus. Bsp amb. Versorgung mit gedeckelten Leistungsbudgets reichen nicht aus. Es findet eine stille, heimliche Rationierung statt.

In anderen Ländern Europa's ist Rationierung dagegen ÖFFENTLICH selbstverständlich.

„Wir haben eine verdeckte, heimliche Rationierung“, betonte Hoppe unter Applaus. "Darüber müsse endlich öffentlich diskutiert werden."

Konsequenzen:

Mit begrenzten Mitteln lassen sich nicht mehr unbegrenzte Leistungen finanzieren!

Der Leistungskatalog ist ohne Kostendeckung.

Die Aufgabe der Kranken-Versicherungen wäre wie in der Rentenversicherung, nur soviel an Beiträgen einzuziehen, die die originären Aufgaben einer Krankenversicherung finanzieren. Alle übrigen versicherungsfremden Leistungen müssen herausgenommen werden. Allein damit würde der Beitragssatz auf unter 10,2% sinken. Die Politik muss das Wirkungsprinzip der Rentenversicherung auch in der Krankenversicherung einführen.

Aufgabe:

1.) Es muss von den beteiligten ges. Gruppen diejenige **Grundversorgung definiert** werden, in der bestimmte Gesundheitsziele wie o.g. verwirklicht werden. Das ist in Deutschland ein langwieriger Prozess. Schon 1889 wurde unter Bismarck eine Gesundheitskommission eingerichtet, die überlegte, wie mit begrenzten Mitteln vorgegangen werden konnte.

2.) **Leistungen müssen eingeschränkt werden.** Das wird die Politik nicht zugeben. Sie wird aber nicht darum herumkommen.

Soweit Prof. Beske, der für seine Ansprache mit stehenden Ovationen gewürdigt wurde, die Stimmung des medizinischen Publikums aufgreifend der Kreisstellenvorsitzende Dr. Ludger Wollring in einer Laudatio an den Referenten zum Ausdruck brachte. Zur PM sei des weiteren noch angemerkt:

Für die Einteilung der Leistungen empfahl Hoppe das Modell des Gesundheitsrates, das bereits Thema des Ärztetages in Ulm war. Darin sollten Patienten, Ethiker, Juristen, Ökonomen, Ärzte und andere Leistungserbringer entscheiden, „die wirklich erleben, was die Folgen der Entscheidungen an der Basis sind“, betonte Hoppe. Alle anderen Räte forderte Hoppe im Gegenzug abzuschaffen.

Dem ist zu zustimmen. ebenso dem **schwedischen Modell der Priorisierung**, die Rationierung in einem gesellschaftlichen Diskurs akzeptanzfähig macht. Leistungen einer ersten Kategorie sind für das Überleben notwendige Leistungen, die in einer Generationen-gerechteren Versicherungs-Reform versichert werden. Die in der zweiten Kategorie nicht notwendigen Leistungen, die Lebensqualität erhöhen, können zusatzversichert werden, während on Top-Gesundheitswünsche selbstfinanziert werden. Das Prinzip der Eigenverantwortung ist dabei jedoch ein für alle Kategorien unaufgebbares Grundprinzip der Salutogenese.

Ulla Schmidt hat abgelehnt, eine Debatte über Rationierung im Gesundheitswesen zu führen. „Die Verantwortung für ein bezahlbares Gesundheitssystem darf nicht allein bei der Politik abgeladen werden. Auch die Ärzte müssen dazu beitragen.“

Die Ministerin entzieht sich damit der alles entscheidenden **Frage einer ZENTRALEN ODER DEZENTRALEN Gestaltung der Gesundheitsversorgung.**

Diese die Zukunft entscheidende politische Fragestellung muss 2009 beantwortet werden. Als Beispiel sei der **Spitzenverband Bund** genannt, der in Zukunft bundeseinheitliche Verträge abschliessen soll, was einer Monopolstellung entspricht, wie sie größer nicht sein kann, so Beske.

Der Gesundheitsfonds ist die zentrale Zusammenführung aller Einnahmen der GKV 'en. Es bestehe keine Einnahme-Ausgabebalance mehr. Krankenkassen können nicht mehr über den Beitragssatz bestimmen. Eine zu erwartende Abschwächung auf dem Arbeitsmarkt (**Rezession** durch Börsen- und Banken-Crash) wird damit erhebliche Auswirkungen auf die Finanzausstattung und folglich durch seine Konstruktion staatlichen Interventionsbedarf nach sich ziehen.

Die **Festsetzung eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes** ist politisch bestimmt. Nur 15,5 % wurden politisch festgelegt. Das Absinken der Arbeitslosenversicherung nutzt nicht zur Kompensation. Die Politik wird damit absehbar ihre Einspareffekte aufgrund unklarer Gesundheitsziele gegenüber der Bevölkerung erläutern müssen. Die Einhundert in Berlin können es nicht besser wissen als die **100.000 Ärzte in der Peripherie**. Die Frage zentrale oder dezentrale Versorgung entscheidet mit über Priorisierungs- und Rationierungseffekte.

Wasem:

“ Die Ressourcen müssten begrenzt werden. Dafür gebe es verschiedene Wege. Über den Preis wie in der Marktwirtschaft sei dies im Gesundheitswesen nur begrenzt möglich, weil wenige den größten Teil der Kosten verursachten. Danach verblieben nur zwei Möglichkeiten: Durch explizite Rationierung, indem die Gesellschaft nützliche Leistungen aus dem Katalog der GKV heraus nehme.

Fundamentaler Streit zwischen Hoppe mit Winn gegen Schmidt, Wasem & Etgeton - Eine Bewertung von **Claas Huettenrauch**

Oder mit impliziter Rationierung, bei der ökonomische Anreize die Leistungserbringer zu einer Auswahl bewegten.

Auch die Pauschalen seien in diesem Licht zu sehen. Sie setze Anreize, Leistungen nicht zu erbringen. Einzelleistungsvergütung setzte dagegen Anreize, auch unnötige Leistungen vorzunehmen.... Es gebe noch Bereiche, wo qualitätsneutral eingespart werden könne. Wir können nicht ganz auf die implizite Rationierung verzichten. Die Leistungserbringer müssten die Begrenzung des Budgets für sich realisieren. "

Versorgungsbedarf der Versicherten oder Gesundheitsmarkt - Was will Wasem eigentlich ? Der Hausarztvertrag zB. spaltet die Ärzteschaft und unterbreitet versicherten unterschiedliche Versorgungsangebote. Wollen wir Markt oder wollen wir Versorgungsbedarf decken?

Die fachärztliche Versorgung - ambulant und stationär oder nur noch am Krankenhaus? Die zunehmenden Möglichkeiten insbesondere des § 113 sind problematisch. Ein Treppenwitz der Weltgeschichte, dass Polikliniken in den ehemaligen östl. Bundesländern abgeschafft wurden und in den alten Bundesländern über MVZ wieder eingeführt werden, wie Beske konstatierte.

Der Nachwuchsmangel im Arzt- und Pflegebereich nimmt gravierende Ausmasse an. Schon jetzt kann die Zahl der Schulanfänger den Bedarf an Studienanfängern nicht mehr decken. Geschweige denn damit die Lücken für den akademischen Nachwuchs zur ärztl. Versorgung.

Das Potential menschlicher Ressourcen reicht nicht mehr aus, o.g. Versorgungsziele zu erreichen.

Fazit:

Hoppe und Winn liefern im Streit mit Ministerin, Experte und Verbraucherschützer eindeutig die realistischere Beschreibung von bundesrepublikanischer Rationierungs-Wirklichkeit ab.

Gesundheitsversorgung kann darüber hinaus nur in der Peripherie stattfinden und nicht zentral wie seit Jahren aus Berlin fehlgesteuert.

CH