

# Zukunftsforum Politik

Broschürenreihe  
herausgegeben von der  
Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.

Nr. 49

Winand Gellner / Gerd Strohmeier

## **Gesundheitspolitik und öffentliche Meinung**

Sankt Augustin, Dezember 2002

ISBN 3-933714-53-2

Redaktionelle Betreuung: Elvira Giebel-Felten

### **Inhalt**

Für eine grundlegende Gesundheitsreform

*Ulf Fink* 7

Gesundheitspolitik in der öffentlichen Meinung.

Ausgewählte Ergebnisse der Demoskopie

*Winand Gellner* 13

Nach der Wahl: Mut zu wirksamen Strukturreformen

*Herbert Rebscher* 19

Gesundheitspolitik – ein Thema?

Zu den Gründen der guten Kommunikationsfähigkeit der

Gesundheitspolitik und der schlechten Vermittelbarkeit eines

langfristig erforderlichen gesundheitspolitischen Reformkonzepts

*Gerd Strohmeier* 26

---

### **Download-Publikation**

Der Text dieser Datei ist identisch mit der Druckversion der Veröffentlichung. Die Titelei der Printausgabe beträgt 4 Seiten und wurde in der digitalen Version auf zwei Seiten zusammengefasst.

Für eine wettbewerbliche Neugestaltung des Gesundheitswesens	
<i>Cornelia Yzer</i>	36
Die Autorinnen/Die Autoren	45

---

### **Download-Publikation**

Der Text dieser Datei ist identisch mit der Druckversion der Veröffentlichung. Die Titelei der Printausgabe beträgt 4 Seiten und wurde in der digitalen Version auf zwei Seiten zusammengefasst.

# **Für eine grundlegende Gesundheitsreform**

*Ulf Fink, MdB*

Schon zu Beginn der nächsten Legislaturperiode wird eine grundlegende Gesundheitsreform unumgänglich sein. Die Beitragssatzsteigerungen zahlreicher Krankenkassen zu Beginn dieses Jahres sind nur die Vorboten einer besorgniserregenden Entwicklung. Der zusätzliche Versorgungsbedarf einer immer älter werdenden Gesellschaft und der medizinisch-technische Fortschritt werden in absehbarer Zeit derartig hohe Kosten im Gesundheitswesen verursachen, dass die Beitragseinnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) damit einfach nicht Schritt halten können. Wer nicht will, dass die Beiträge ins Unermessliche steigen und wer nicht will, dass die Versicherten ihr Vertrauen in unser Gesundheitssystem verlieren, kommt nicht daran vorbei, unser Gesundheitswesen nachhaltig neu auszurichten. Gefragt ist eine Gesundheitsreform, die den demographischen Veränderungen Rechnung trägt und zugleich sicherstellt, dass der medizinische Fortschritt allen Menschen zuteil wird, ohne bei den großen Risiken eine Frage des Geldbeutels zu sein. Eine solche grundlegende Reform darf nicht Stückwerk bleiben, sondern muss zu Ergebnissen führen, die mittel- und langfristig noch tragfähig sind. Eckpfeiler der Reformüberlegungen sollten folgende sein:

## **Prävention in neuer Perspektive**

Eine der wichtigsten Optionen, um die Herausforderung des Gesundheitswesens im 21. Jahrhundert zu bestehen, liegt in der Stärkung der Prävention. Prävention muss bei der kommenden Gesundheitsreform eine ganz zentrale Rolle spielen.

Tatsache ist, dass die Investitionen für Prävention zur Zeit nicht einmal 4,5 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen. Auf der anderen Seite gehen zahlreiche wissenschaftliche Studien davon aus, dass durch verstärkte Investitionen in lang- und mittelfristige Prävention sich 25 bis 30 Prozent der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland theoretisch einsparen ließen. Das ist ein gewaltiges Einsparpotenzial. Bei der Prävention handelt es sich darüber hinaus um eine humanitäre Aufgabe ersten Ranges: Ein Gesundheitssystem hat erst dann seinen Namen verdient, wenn es dafür sorgt, dass die Menschen nicht krank werden, sondern so lange wie möglich gesund bleiben. Die Stärkung der Prävention könnte – dies hat die deutsche AIDS-Aufklärungskampagne bewiesen

– eine *notwendige Zukunftsinvestition* sein und zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen.

Prävention ist aber nicht eine Aufgabe, die allein von der GKV übernommen werden kann. Es stellt sich vielmehr die Frage, wie Prävention in allen Sektoren des gesellschaftlichen Lebens verankert werden kann. Es ist daher vornehmlich Aufgabe der Politik, Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen und als solche auch zu vermitteln. Die Union fordert die Schaffung eines umfassenden, ressortübergreifenden „Aktionsprogramms Prävention“ und die Entwicklung von Strategien im Sinne einer Bündelung von Ressourcen gemeinsam mit den Einrichtungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Nicht zuletzt ist auf Länder- und kommunaler Ebene ein verändertes Verständnis von Gesundheitspolitik erforderlich, das im Rahmen eines integrierten und ressortübergreifenden Managements Ressourcen bündelt und zugleich ungenutzte Potenziale ausschöpfen hilft. Erfahrungen aus anderen Ländern sind hierfür wegweisend:

1. Zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung läuft seit 1998 in Großbritannien unter der Beteiligung von elf Ressorts die Kampagne „Our healthier Nation“. Definiert wurden Gesundheitsziele auf unterschiedlichen Ebenen, für deren nationale und lokale Erreichung Ressourcen bereitgestellt wurden.
2. Die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Finnland ist ein gelungenes Beispiel für einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz. Unter Beteiligung zahlreicher Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Betriebe, Medien und der Politik wurde seit Anfang der 70er-Jahre eine Bandbreite von Maßnahmen zur Reduktion von Risikofaktoren auf nationaler und kommunaler Ebene durchgeführt. Diese reichen von Information und Beratung über Screeningprogramme bis hin zu gesetzlichen Regelungen zum Rauchen. Innerhalb von 25 Jahren konnte Finnland die kardiovaskuläre Mortalität um über 60 Prozent senken und hierbei vom weltweit letzten Platz zu den vordersten Plätzen aufsteigen.

Diese Beispiele verdeutlichen, dass auch in Deutschland, wenn die Notwendigkeit zur Prävention von der Politik erkannt und ihre Umsetzung unterstützt wird, ein konzertiertes Vorgehen machbar und erfolgversprechend ist.

Darüber hinaus muss der Bund innerhalb seiner gesetzgeberischen Kompetenzen eine Verzahnung und Harmonisierung der unterschiedlichen Präventionsbegriffe herbeiführen. Über die GKV und die soziale Pflegeversicherung hinaus lassen sich Vorschriften zur Prävention auch im Bereich der gesetzlichen

Unfallversicherung am Arbeitsplatz, in öffentlichen Einrichtungen, in Schulen und Kindergärten finden (§§ 1, 14-25, 26ff. SGB VII). Auch die Rentenversicherung und das Bundessozialhilfegesetz enthalten Regelungen, die präventive Inhalte und Leistungen tangieren. Eine Bündelung, Abstimmung und Neukodifizierung der weit verstreuten Ansätze zur Prävention ist allein durch ein übergreifendes Präventionsgesetz („SGB XII“) zu erreichen. Bei der gesetzlichen Verzahnung, Bündelung und Neuregelung sollte gleichzeitig die Gleichstellung von Prävention und Rehabilitation mit der Kuration herbeiführt werden.

Allein mit einer Veränderung der biologischen, sozialen und technischen Umwelt („Verhältnisprävention“) wird eine präventive Neuausrichtung nicht zu schaffen sein. Ohne das Zutun eines jeden Einzelnen bleiben alle gutgemeinten Ansätze einer Präventionspolitik im Sande stecken. Kein Gesundheitswesen in der Welt kann darauf verzichten, dass sich jeder Versicherte auch selbst um seine Gesundheit kümmert. Großes Gewicht kommt daher der Verhaltensprävention zu. Ein verhaltenspräventiver Ansatz kann aber nur dann Erfolg haben, wenn Anreize für eine gesundheitsbewusste Lebensführung gesetzt werden, z.B. in Form eines „Bonus“. In der GKV existieren u.a. bereits folgende Anreizsysteme:

- Bislang einzigartig ist die Reduktion von Zuzahlungen zum Zahnersatz bei jährlicher Durchführung zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen (Bonusheft). Das Prinzip der Reduktion von Zuzahlungen wurde auch bei kontinuierlicher Wahrnehmung einer kieferorthopädischen Behandlung im Kindes- und Jugendalter eingeführt. Eine Zuzahlungsreduktion ließe sich bei Inanspruchnahme regelmäßiger präventiver Leistungen auch auf andere Bereiche (Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel etc.) ausdehnen.
- Ein interessantes Modell ist die Reduktion des Beitragssatzes. Zur Förderung eines integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagements erhalten von der AOK Niedersachsen diejenigen Betriebe, die definierte Qualitätskriterien erfüllen, prospektiv eine Reduktion ihres jährlichen Beitragssatzes um einen vollen Monatsbeitrag sowohl für den Arbeitgeberanteil als auch für die einzelnen Beschäftigten, die bei der AOK versichert sind. Das Hauptmerkmal dieses wissenschaftlich begleiteten Projekts ist, dass Arbeitsplatz und Arbeitsbedingungen so ausgestaltet werden, dass sie eine „Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit“ werden.

Das Thema Zuzahlungen wird in Zukunft im deutschen Gesundheitswesen einen weitaus größeren Raum in Anspruch nehmen als bisher. Generell ist zu überlegen, Versicherte, die sich verantwortungsbewusst im Sinne der Prävention

verhalten, in den betreffenden Leistungsbereichen ganz oder teilweise von Zuzahlungen freizustellen.

## **Leistungsumfang bei beschränkten Finanzmitteln**

Kein Gesundheitswesen der Welt kann mit begrenzten Mitteln unbeschränkte Leistungen versprechen. An dieser Tatsache kommt niemand vorbei. Da auch in der GKV das Gesetz der „Knappheit der Mittel“ gilt, müssen die solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen damit in Einklang gebracht werden. Dies bedeutet: Es führt kein Weg daran vorbei, den Leistungskatalog der GKV dahingehend zu überprüfen, was künftig solidarisch und kollektiv und was vom Einzelnen privat bezahlt werden kann. Über die Methode, wie der Leistungskatalog an die künftigen Gegebenheiten anzupassen ist, kann man unterschiedlicher Auffassung sein. Man kann eine Aufteilung des Leistungskataloges in Kern- und Wahlleistungen bevorzugen. Man kann eine solche Aufteilung auch ablehnen und nur ein begrenztes „Opting-Out“ bestimmter Leistungen vorschlagen. Man kann auch ganz andere Wege und Methoden bevorzugen und alternative Strategien mit unterschiedlichen Gewichtungen entwickeln. Die Frage nach der Methode ist jedoch nachrangig und kann einer intensiven Diskussion vorbehalten bleiben. Gegenstand des Konsenses muss aber sein, dass die Zeit für einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen gekommen ist. Jede vernünftige Gesundheitspolitik muss unweigerlich zu der Erkenntnis gelangen, dass wir uns von der bisherigen Vollversorgungsmentalität in der GKV getreu dem Motto „alles für alle“ nunmehr verabschieden müssen. Die von mir geleitete Gesundheitsreformkommission „Humane Dienste“ der CDU hatte im Hinblick auf die Neugestaltung des Leistungskataloges schon weitreichende Vorschläge unterbreitet. Durch die fast wörtliche Übernahme unserer Vorschläge in den Leitantrag des Bundesvorstands zum Dresdener Parteitag ist der Grundstein dafür gelegt worden, in eine vertiefende politische Diskussion einzutreten. Wichtig ist, dass die Hauptakteure für die schwierige Neugestaltung des Leistungskataloges eindeutig herausgestellt worden sind. Es handelt sich um den Gesetzgeber, um die Selbstverwaltung und um den Versicherten selbst. Diese drei Akteure sind verpflichtet, ihre Aufgaben im Zusammenspiel miteinander verantwortungsbewusst wahrzunehmen. Wenn dieses Zusammenspiel gelingt, braucht man sich um eine zukunftsfähige Neuausrichtung des Leistungskataloges keine Sorgen zu machen.

## **Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit**

Ein Wettbewerb mit solidarischem Ausgleich verdient als Steuerungsinstrument den Vorzug vor staatlichem Dirigismus, Bürokratismus und Planwirtschaft. Auf Grund dieser Erkenntnis mag es nicht verwundern, dass die von der Bundesregierung betriebene Politik der Budgetierung am Ende vollends gescheitert ist. Budgetierung ist letztlich nicht geeignet, Rationalisierungsreserven zu erschließen. Stattdessen führt sie zu Leistungsverweigerungen, Unterversorgung und zur Zwei-Klassen-Medizin. Es ist daher an der Zeit, mit der Budgetierung in allen Sektoren des Gesundheitsbereiches Schluss zu machen!

Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb in der GKV ist, dass die unmittelbar Beteiligten ein Eigeninteresse an Effizienz und Qualität haben und ihre Handlungs- und Gestaltungsspielräume erweitert werden. Erst die innovative Öffnung der Anbieterseite ermöglicht einen effizienzfördernden Wettbewerb um bessere Versorgungsstrukturen, höhere Versorgungsqualität und niedrigere Preise. Hierzu ist es hilfreich, die Verpflichtung der Krankenkassenarten zu einheitlichem und gemeinsamem Handeln abzubauen und die Bindung der Krankenkassen an das Vertragsmonopol der kassenärztlichen Vereinigungen zu lockern. Den Krankenkassen müssen größere Spielräume im Vertragsbereich eingeräumt werden, damit zentrale Verträge zur Organisation und Qualität der Versorgung sowie deren Vergütung in Zukunft auch von der Einzelkasse abgeschlossen werden können, und zwar ohne die bisher übliche Zwangskoordination mit den anderen Kostenträgern.

So wichtig der Wettbewerb in der GKV auch ist – er darf nicht um seiner selbst Willen gefördert werden. Es gibt z.B. einen Bereich, in dem Wettbewerb wenig Sinn macht. Gemeint ist der Kassenwettbewerb im Rahmen der Primärprävention gemäß § 20 SGB V. Neben der besonderen Anfälligkeit für präventionsfremdes Marketing findet der hier so wichtige „Setting-Ansatz“, mit dem besonders gesundheitsgefährdete und sozial schwache Gruppen erreicht werden sollen, unter Wettbewerbsbedingungen statt, die eine freie funktionsbezogene Entfaltung von Prävention eher verhindern. Bezeichnend ist, dass von Seiten der Krankenversicherungen lediglich ein Bruchteil dessen, was für Leistungen zur Primärprävention ausgegeben werden soll, auch tatsächlich investiert wird. Dieses Ergebnis entspricht nicht dem, was mit der Neuregelung des § 20 SGBV vom Gesetzgeber eigentlich gewollt war. Es ist daher zu überlegen, wie der Bereich der Prävention von einem Wettbewerb ausgenommen werden kann, der hier nicht zum Erfolg führt.

## **Veränderungen bei der Finanzierung**

Im Hinblick auf eine grundlegende Gesundheitsreform kommen wir auch nicht daran vorbei, uns mit den Veränderungen bei der Finanzierung zu beschäftigen. Damit ist das Thema „Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage“ gemeint. Zugegeben: Dieses Thema birgt eine Menge Brisanz. Und dennoch können wir es auf lange Sicht nicht tabuisieren.

Die Finanzierung unseres Krankenversicherungssystems erfolgt bisher über die Anbindung an den Lohn. Dies hat sich auch grundsätzlich bewährt. Die Anbindung an den Lohn führt aber auf Grund demographischer und arbeitsmarktlicher Veränderungen nur zu einem schwachen Wachstum der Beitragseinnahmen. Demgegenüber erlangen andere Einkommensarten eine größere Bedeutung, ohne dass sie generell zur Beitragsbemessung herangezogen werden. Es muss daher geprüft werden, ob sonstige Einkommen zur Beitragsbemessung herangezogen werden können. Dies ist nicht zuletzt eine Frage der Gerechtigkeit. Es ist nicht nachvollziehbar, dass ein Versicherter ohne weitere Einkünfte als dem Lohn denselben Beitrag zahlt, wie ein Versicherter, der erhebliche zusätzliche Einnahmen aus Vermietung, Zinsen, Aktiengewinne etc. hat. Eine Einbeziehung anderer Einkommensarten könnte stufenweise über einen längeren Zeitraum geschehen, wobei die Erhebung, z.B. durch Freibeträge, erleichtert werden könnte. Eine solche Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage könnte zu einer Verringerung der Beitragslast für alle Beitragszahler führen. In diesem Zusammenhang ist besonderes Augenmerk auf die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) zu richten. Während in den 60er-Jahren noch über 90 Prozent der Ausgaben für Rentner durch entsprechende Einnahmen für Rentner gedeckt waren, hat sich dieser Anteil auf nur leicht über 40 Prozent in den 90er-Jahren ermäßigt. Zum Solidarprinzip der GKV gehört selbstverständlich der Ausgleich zwischen Alt und Jung. Die Frage ist allerdings legitim, ob das jetzt erreichte Ausmaß dieses Ausgleichs noch mit dem Solidarprinzip vereinbar ist.

## **Reform aller Gesundheitsbereiche**

Die kommende Gesundheitsreform darf sich nicht allein in der Neuordnung des Krankenversicherungssystems erschöpfen, sondern muss die Bereiche Pflege, Rehabilitation und Behindertenhilfe mit einschließen. Vor allem am Beispiel der Pflegeversicherung ist deutlich geworden, dass sich der Bedarf der älteren Menschen an Sozialleistungen auf mehrere Sicherungssysteme erstreckt,

insbesondere auf die Rentenversicherung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Sozialhilfe. Um die Zielgenauigkeit und Effizienz der Leistungserhöhung zu steigern, muss über die Veränderung von Zuständigkeiten nachgedacht werden. Hierbei muss vorrangig die Zusammenführung von Pflegeversicherung und Krankenversicherung geprüft werden.

# Gesundheitspolitik in der öffentlichen Meinung. Ausgewählte Ergebnisse der Demoskopie

*Winand Gellner*

Die andauernde Diskussion um die Zukunft des Gesundheitswesens zeigt, dass kurzfristige Notlösungen – wie sie in der Vergangenheit an der Tagesordnung waren – nicht mehr ausreichen, um das Gesundheitssystem vor dem drohenden Kollaps zu retten. Steigende Arbeitslosigkeit, der demographische Wandel sowie der medizinische Fortschritt führen dazu, dass die Gesundheitsausgaben immer höher, die Finanzierungsbasis aber immer geringer wird. Alle Beobachter sind sich daher einig, dass ein Paradigmenwechsel in Form einer grundlegenden Strukturreform stattfinden muss, strittig sind allein der Zeitpunkt und das Ausmaß der Umgestaltung des überkommenen Versorgungs- und Leistungsmodells.<sup>1</sup> Ein derartiger Einschnitt lässt sich jedoch nur schwer gegen die – v.a. in den Köpfen der Bürger – verankerten Vorstellungen eines allgegenwärtigen und vorsorgenden Sozialstaats durchsetzen. Insofern ist die *politische Kommunikation* jeglichen Reformkonzepts von entscheidender Bedeutung. Damit rückt die Frage in den Mittelpunkt, wie sich den zunehmend verunsicherten Bürgern eine einschneidende Strukturreform vermitteln lässt. Schließlich gehört es zu den wohl schwierigsten Aufgaben in der repräsentativen Demokratie, den Bürgern komplexe politische Inhalte über massenmediale Kommunikation zu vermitteln und damit auf einer breiten Basis Transparenz und Verständnis zu schaffen. Der Transfer des Reformkonzepts in den öffentlichen Meinungs- und Willensbildungsprozess der Bevölkerung hat insoweit eine herausragende Bedeutung. Dies ist kein leichtes Unterfangen. Zwar stellt die Gesundheitspolitik ein „issue“ mit hohem Konfliktcharakter dar, das sich infolgedessen sehr gut auf der politischen Medienagenda platzieren lässt. Allerdings drohen die stark divergierenden Interessen der verschiedenen Akteure, eine pragmatischrationalen Diskussion zu verhindern. Überdies impliziert die Gesundheitspolitik hochkomplexe Funktionsmuster, die sich kaum auf – für die massenmediale Vermittlung notwendige – einfache Darstellungsmuster reduzieren lassen. Folglich ist nicht nur die *Entwicklung*, sondern auch die

---

<sup>1</sup> Vgl. die im Erscheinen begriffenen Ergebnisse einer von ZUFOG im Herbst 2001 in Berlin durchgeführten Tagung: W. Gellner, M. Schön (Hrsg.): Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?, Baden-Baden: Nomos, 2002.

*Vermittlung* eines effizienten Reformkonzepts für die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens von essenzieller Bedeutung.

Neben den Medien ganz allgemein spielt bei diesen Vermittlungsprozessen auch die Demoskopie eine wichtige Rolle.<sup>2</sup> Richtig angewendet, lässt sich durch Bevölkerungsumfragen durchaus herausfinden, *welche* Präferenzen im Hinblick auf die Reform des Gesundheitssystems in der Bevölkerung *wie* verteilt sind. Problematisch aber ist, dass sich die Demoskopie in gleicher Weise dazu eignet, eigene Interessen zu verhüllen bzw. zu befördern.<sup>3</sup> Und gerade ein hochumstrittenes und notwendigerweise auf Grund der Komplexität bei der Darstellung für die breite Bevölkerung stark zu vereinfachendes Politikfeld wie die Gesundheitspolitik eignet sich vorzüglich für demoskopisch gestützte populistische Politik. Die jüngsten, sehr aufwändigen Plakataktionen in den Zeitungen (private Krankenversicherer)<sup>4</sup> oder aber die entsprechenden Plakate in den Arztpraxen bzw. die Absichtserklärungen der Gewerkschaften, Gesundheitspolitik zu einem zentralen Kampagnenthema zu machen, verdeutlichen, dass alle beteiligten Interessengruppen die Kunst der Vereinfachung, bzw. der populistischen Verengung beherrschen. Die Globalisierungsgegner von Attac bringen ihre Programmatik auf die schlichte Kampfformel: „Gesundheit ist keine Ware“.<sup>5</sup> Und auch der AOK-Bundesverband äußert sich im Hinblick auf Leistungsreduktionen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung populistisch verzerrt: „Wer die Leistungen der GKV rasiert, produziert Glatzen“.<sup>6</sup>

Soweit also der Stand der öffentlichen bzw. veröffentlichten Diskussion, soweit es sich um die populistische Verkürzung programmatischer Aussagen handelt. Dies ist durchaus typisch für die öffentliche Arena eines komplexen Politikfeldes

---

<sup>2</sup> Vgl. hierzu allgemein den Aufsatz von F. Decker: „Politische Meinungsforschung in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Bilanz nach fünfzig Jahren.“, in: ZPol. 01/2001, S. 31-69.

<sup>3</sup> Vgl. hierzu W. Gellner: „Demoskopie, Politik, Medien. Anmerkungen zu einem problematischen Verhältnis“, in: Otfried Jarren/Heribert Schatz/Hartmut Weßler (Hrsg.): Medien und politischer Prozess. Politische Öffentlichkeit und massenmediale Politikvermittlung im Wandel, Opladen 1996, S. 169-184.

<sup>4</sup> FAZ-Sonntagszeitung v. 15.9.02.

<sup>5</sup> Zit. Nach Kölner Stadt-Anzeiger v. 13.2.02.

<sup>6</sup> Zit. Nach FAZ v. 25.5.02.

und gilt sicherlich weniger für den Fachdiskurs, obwohl auch dieser selbstverständlich je nach Arena durch Gemeinplätze und Stereotype geprägt sein kann. Typisch für Populismus ist im Wesentlichen immer die Behauptung, dass sich eine Interessengruppe oder ein politischer Akteur zum Sprachrohr einer an sich sprachlosen Öffentlichkeit mache.

Tatsächlich aber ist der öffentliche Meinungs- und Willensbildungsprozess komplex und plural. Entgegen den gerade skizzierten einseitig verkürzenden Perspektiven ist in unserem Zusammenhang danach zu fragen, was wir aus verlässlichen demoskopischen Umfragen zu den Einstellungen der Bevölkerung in der Bundesrepublik zur Gesundheitspolitik wissen. Im Folgenden sollen dazu einige durchaus widersprüchliche Befunde aus der Demoskopie präsentiert und bewertet werden. Dabei ist zunächst einschränkend darauf hinzuweisen, dass selbstverständlich die Auftraggeber immer auch versuchen, auf die Ergebnisse von Umfragen Einfluss zu nehmen.<sup>7</sup> Abgesehen aber von diesen oftmals nur schwer zu durchschauenden klientelistischen Unwägbarkeiten, die in jedem Falle zu einer gesunden Skepsis gegenüber allen veröffentlichten Umfragedaten führen sollten, deutet sich aber eine gewisse Übereinstimmung der erfragten Bevölkerungspräferenzen bei einigen wesentlichen Fragen an.<sup>8</sup>

Das Bild der Gesundheitspolitik innerhalb der Bevölkerung lässt sich vergleichsweise klar konturieren. Zum einen ist ein immer noch vergleichsweise hohes, allerdings zunehmend nachlassendes Vertrauen in die Zukunftsfähigkeit des Systems insgesamt erkennbar. Dem widerspricht nicht, dass die Bevölkerung einen durchaus realistischen Blick auf die tatsächlichen Verhältnisse hat. Dazu gehört im Besonderen die Einschätzung, dass die Trennung in private und gesetzliche Krankenversicherung tatsächlich eine Art Zweiklassenmedizin produziere. Kritisch werden die institutionellen Träger der Gesundheitspolitik betrachtet, das allgemein verbreitete Misstrauen gegenüber der Politik und ihren Akteuren ist auch bei der Gesundheitspolitik erkennbar. Darüber hinaus lässt sich ein sehr hoher Informationsbedarf feststellen, der einhergeht mit Forderungen nach mehr Transparenz, nicht zuletzt im Hinblick auf die Kompetenz der Ärzte.

---

<sup>7</sup> Vgl. hierzu die Diskussion in der FAZ-Sonntagszeitung v. 21.4.02.

<sup>8</sup> Im Einzelnen handelt es sich dabei um die sog. Janssen-Cilag-Umfrage des Berliner IGES-Instituts. Auszüge finden sich in der Ärzte Zeitung v. 23.4.02 und vom 14.5.02 sowie Ergebnisse von Polis (SPIEGEL 16/02), EMNID (AOK-Pressemitteilung v. 7.6.02), Allensbach (FAZ v. 17.4.02) und aus dem Sozio-Ökonomischen Panel (FAZ v. 16.4.02).

Damit wiederum verkoppelt ist ein recht hohes Vertrauen zu den Hausärzten. Dessen ungeachtet finden sich ebenfalls häufig Forderungen nach der Berücksichtigung neuer gesundheitspolitischer Akteure, wie beispielsweise Selbsthilfegruppen und auch Patientenorganisationen.<sup>9</sup> Für die Zukunftsdiskussion sehr wichtig ist schließlich ein letzter Aspekt: die durchwegs hohe grundsätzliche Zustimmung zu differenzierten Leistungskatalogen.

Wenn im Besonderen danach gefragt wird, welche beitragsreduzierenden Maßnahmen akzeptiert würden, lässt sich eine hohe Zustimmung zur Einführung einer Vorsorgepflicht erkennen. Offensichtlich sind also die von den verschiedenen politischen Parteien präsentierten Präventionsprogramme für eine große Mehrheit in der Bevölkerung akzeptabel. Auch die so genannten Hausarztmodelle sowie eine Arzneimittelliste, wonach der Arzt nur Medikamente verschreiben darf, die dort aufgeführt sind, finden bei etwa knapp der Hälfte der Bevölkerung grundsätzliche Zustimmung. Weniger akzeptiert ist die Bereitschaft, bei Bagatelleerkrankungen auf einen Versicherungsschutz zu verzichten. Die Einführung einer so genannten Praxisgebühr, der Verzicht auf Psychotherapie, die Beschränkung auf so genannte „preferred providers“<sup>10</sup> oder auch die Reduktion der Leistungen zum Zahnersatz sind nur begrenzt bzw. wenig akzeptabel (s. Schaubild 1).

Ebenfalls aufschlussreich sind die Meinungen in der Bevölkerung, wenn es um die Akzeptanz von Maßnahmen geht, die zu Mehrkosten bei den Versicherten führen würden. Es ist offensichtlich, dass eine vergleichsweise große Mehrheit bereit wäre, für eine Innovationsgarantie zu zahlen, wenn also der Zugang zu innovativen Arzneimitteln garantiert wäre. Gleiches gilt in reduzierter Form für die Bereitstellung alternativer medizinischer Versorgung, einer Zusatzvorsorge sowie für den Einschluss heilpraktischer Behandlung. Für eine EU-weite Versorgung oder gar kosmetische Behandlung wären nur vergleichsweise wenige gefragte Personen bereit, einen erhöhten Beitrag zu entrichten (s. Schaubild 2).

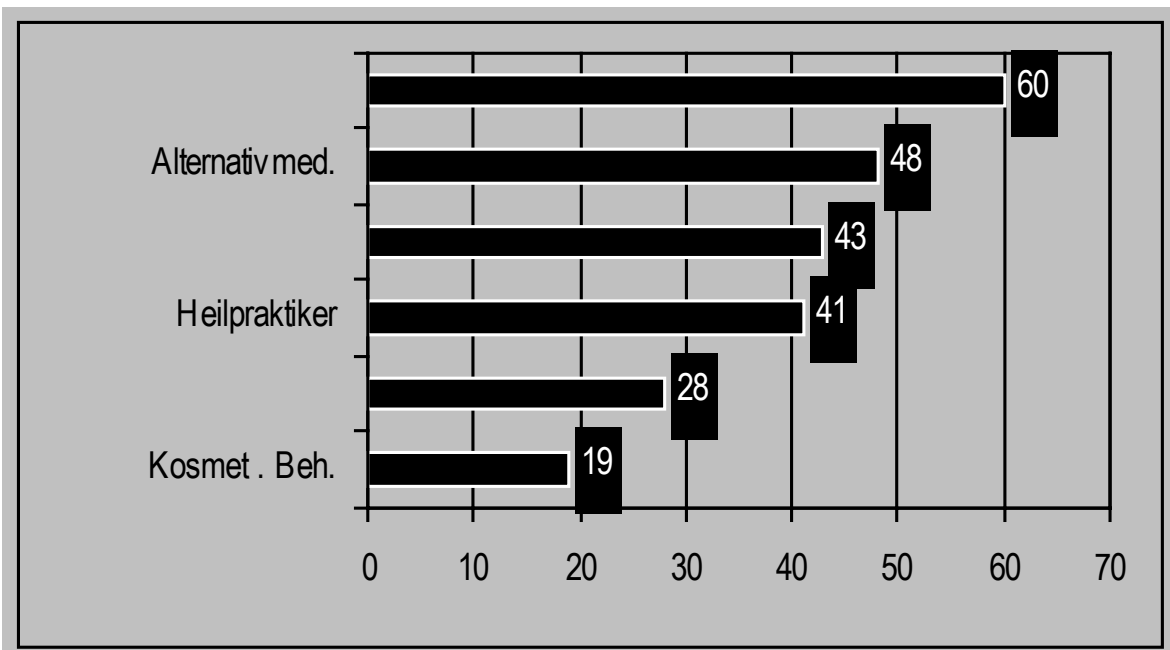
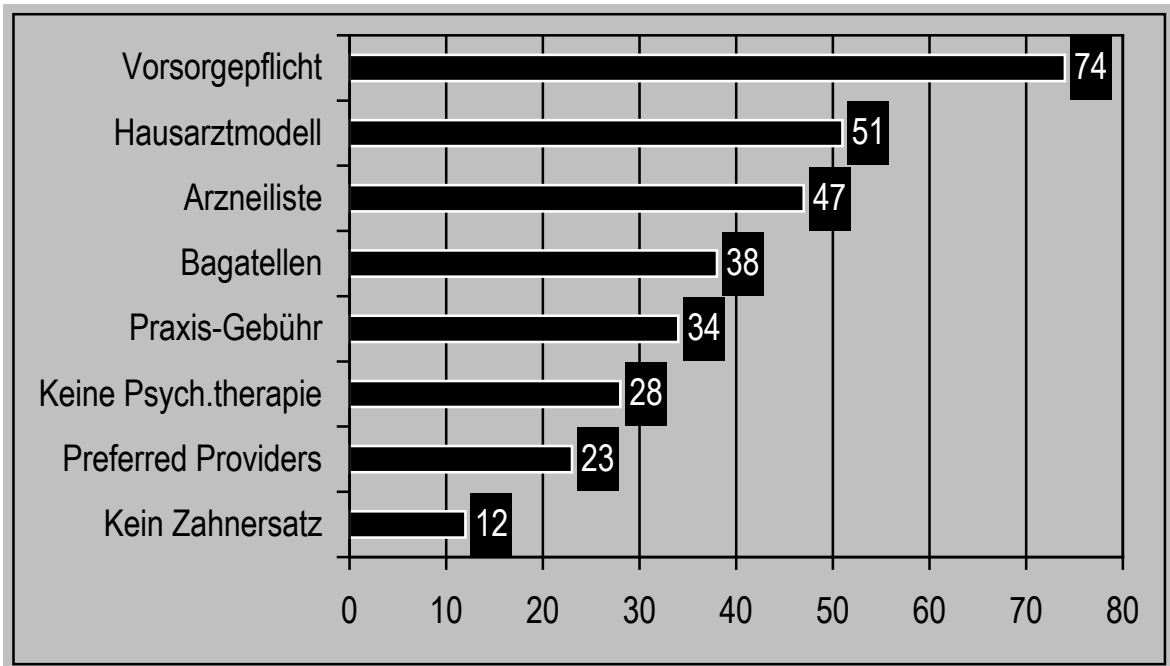
---

<sup>9</sup> Zur politischen Bedeutung und Artikulationsfähigkeit von Patientenorganisationen wird im Jahre 2003 ein weiteres Projekt von ZUFOG durchgeführt werden.

<sup>10</sup> Dieses Model 'bevorzugter Versorger' ist dem amerikanischen Managed-Care-Modell nachempfunden und verpflichtet die Patienten zur Wahl spezifischer Ärzte.

**Schaubild 1: Akzeptanz von beitragsreduzierenden Maßnahmen in Prozent.**

**Schaubild 2: Akzeptanz von beitragssteigernden Maßnahmen in Prozent.**



Wenngleich hiermit ein durchaus reformfreudiges Bild der Einstellungen in der Bevölkerung gezeichnet wird, finden sich gleichzeitig ebenfalls Positionen, die auf eine starke Verankerung des Solidarprinzips bzw. ein hohes Ausmaß an Staatsvertrauen hindeuten. Nach wie vor hält knapp die Hälfte der deutschen Bevölkerung nach Ergebnissen des DIW die finanzielle Absicherung von Kranken für eine ausschließliche Staatsaufgabe. Nur 6 Prozent der Bevölkerung glauben, dass dies eine persönliche, private Angelegenheit sei. Dem entspricht eine Befragung von EMNID, wonach über 80 Prozent der Bevölkerung es gut finden, dass in der Gesetzlichen Krankenversicherung junge Menschen für alte und gesunde für kranke Menschen eintreten.

Insoweit also kann man zusammenfassen, dass die Bevölkerung im Hinblick auf die Reform des Gesundheitswesens eine durchaus gespaltene Perspektive einnimmt. Auf der einen Seite ist eine gewisse Reformakzeptanz und im Besonderen eine Bereitschaft zu differenzierten Leistungskatalogen erkennbar, gleichzeitig aber soll der Staat nach wie vor die zentrale Verantwortung haben. Insoweit also zu erwarten, dass die Bevölkerung weitreichende Einschränkungen der staatlichen Rolle und eine verstärkte persönliche Verantwortung akzeptieren würde, ist zweifelhaft. Als vergleichsweise überraschungsfreies Ergebnis der demoskopischen Befunde kann man resümieren, dass natürlich gerade diejenigen, die betroffen (also krank) sind, Spitzenversorgung und umfassende Betreuung erwarten, gleichzeitig tut sich derjenige, der gesund ist, erheblich leichter mit dem Verzicht auf Leistungen bzw. mit der Akzeptanz von Wahloptionen. Diese Divergenz ist in der Natur der Sache begründet und macht die politischen Entscheidungen über die Zukunft des Gesundheitssystems so schwierig, wenn man „Volkes Stimme“ hören möchte. Schon im Mittelalter wusste Alkuin, dass die „vox populi“ zwei Gesichter habe, dass sie all zu leicht zur „vox Rindvieh“ werden könne. Gute Politik berücksichtigt dies und wird bei allem Respekt vor der Stimme des Volkes gelegentlich gut beraten sein, sich im politischen Prozess der Meinungs- und Willensbildung über sie – auch wenn es schmerzlich sein mag – hinwegzusetzen.

# **Nach der Wahl: Mut zu wirksamen Strukturreformen**

*Herbert Rebscher*

Im deutschen Gesundheitswesen wird seit Jahren über grundlegende Strukturreformen diskutiert. Die Probleme sind komplex und nicht unbekannt: Sie reichen von mehrdimensionalen Ausgaben- und Einnahmeproblemen, über ungelöste Kapazitätsfragen hin zu vielfältigen Qualitäts und Wirtschaftlichkeitsproblemen. Dabei unterscheiden sich die politischen Akteure bekanntlich schon in der Problemanalyse. Die divergierenden Sichtweisen wirken dann auf die feilgebotenen Rezepturen, die mitunter eine Systemdebatte nach der anderen auslösen. Auf Grund der politischen Interessenlagen und der besonderen (föderalen) Konstellationen in Deutschland ist aber auch in Zukunft davon auszugehen, dass radikale Systemwechsel im sensiblen Gesundheitswesen kaum Erfolgchancen besitzen. Insofern steht eher eine schrittweise Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung auf der politischen Tagesordnung.

Die Wahlen im Herbst 2002 sind den Parteien heute willkommene Gelegenheit, ihre Konzepte zukünftiger Politikgestaltung zu präsentieren. Dabei versuchen alle Akteure, mit werbewirksamen Programmen beim Wähler zu punkten und die Konturen gegenüber den Gegnern zu schärfen. Aussagen zur Gesundheitsreform werden dabei auf einige wenige Kernbotschaften heruntergebrochen. So zeigt der Blick in die Parteiprogramme vor allem Eines: Die Politik sieht sich in der nächsten Legislaturperiode verpflichtet, eine große Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anzugehen. Die konkreten Wege und Instrumente zu einer zukunftsfähigen Krankenversicherung bleiben allerdings vage und offen formuliert. Auf dem schwierigen gesundheitspolitischen Terrain will momentan kein Parteistrategie ins Straucheln geraten. Das gilt auch für die Politikansätze, die beim Thema Gesundheit primär Klientelpolitik im Schilde führen.

Um so wichtiger ist es, die Diskussion und Auseinandersetzung über zentrale Reformnotwendigkeiten voranzutreiben. Die Ersatzkassen haben daher bereits Anfang Mai 2002 einen umfassenden Forderungskatalog für eine nachhaltige Strukturreform vorgestellt. Ausgangspunkt sind zum einen zukünftige demographische, ökonomische und soziale Herausforderungen. Zum anderen stehen langjährige Probleme auf der Agenda: Effektivitäts- und Effizienzfragen

der Versorgung, Stabilisierung der Finanzierungsgrundlagen sowie der verzerrte Wettbewerb zwischen den Kassen.

Ein Systemwechsel – hin zu einer stärker privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherung – ist weder ökonomisch noch sozial- und gesundheitspolitisch zielführend. Die zuweilen öffentlich geforderte Abkehr von der sozialen Sicherung wäre nur eine Belastung für die Versicherten sowie für Produktivität und Effizienz unserer Volkswirtschaft. Die Strukturprinzipien Solidarität, Sachleistung, Selbstverwaltung und Pluralität bilden daher weiterhin die Ausgangsbasis einer zukunftsfähigen GKV.

Hauptziel der Ersatzkassen bleibt es, den Versicherten eine umfassende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu sozial tragbaren Beitragssätzen anzubieten. Die GKV muss weiterhin Garant sein für eine umfassende Absicherung breiter Bevölkerungskreise gegen die mit Krankheit verbundenen Risiken. Eine Aufspaltung des Leistungskataloges in Grund- und Wahlleistungen – bei der das medizinisch Notwendige nicht mehr allen Patienten zu Gute kommt – ist entschieden abzulehnen. Die Protagonisten des Grund-/Wahlleistungsmodells zeigen gerade aktuell mit ihrer Unterstützung der Vollfinanzierung von Mutter-Kind-Kuren, wie unausgegoren der ganze Ansatz ist. Zum einen wird deutlich, dass die Politik nicht im Stande wäre, Leistungskürzungen bzw. Ausgliederungen tatsächlich politisch umzusetzen. Wenn es zukünftig systematisch darum ginge, bisherige Regelleistungen auszugliedern, würde die Politik schnell einbrechen. Dem öffentlichen Druck wäre sie nicht gewachsen. Zum anderen lässt sich beispielhaft zeigen, dass Mutter-Kind-Kuren als Wahlleistung schon versicherungsmathematisch einen Sinn machen. Wenn die große Mehrheit der Versicherten diese Leistung abwählt, da Mutter-Kind-Kuren für sie individuell nicht in Frage kommen, dann werden die Prämien für die Interessierten praktisch unerschwinglich. Im Ergebnis würden sich daher auch keine Anbieter auf dem Versicherungsmarkt finden. Dieses Beispiel zeigt, dass auch eine Individualisierung der Wahlentscheidung keine Lösung darstellt. Die Beitragssätze würden in dem Maße steigen, wie junge, gesunde Versicherte völlig rational Leistungen abwählten. Das ist höchstens ein Wahlkampfgeg – keine Problemlösung.

Unser Gesundheitswesen muss wie alle gesellschaftlichen Bereiche an neue Entwicklungen angepasst werden. Dafür sind mehr wettbewerbliche Suchprozesse zuzulassen. Aufgabe einer kommenden Strukturreform ist es daher, den ordnungspolitischen Rahmen der GKV weiterzuentwickeln. Im Vordergrund muss dabei die Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung

stehen. Denn diese ist ein bislang unvollendetes Projekt. Um zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit zu gelangen, kommt es darauf an, endlich die Angebotsseite wettbewerblich zu öffnen. Wettbewerb ist aber kein Selbstzweck. Er hat der ständigen Verbesserung der Versorgung für die Patienten zu dienen. Es geht vor allem darum, die vorhandenen Mittel wirtschaftlicher einzusetzen. Und nicht um „mehr Geld“, wie dies immer wieder von den Leistungserbringern gefordert wird. Beim Ausgabenniveau ist Deutschland schon heute Weltspitze, bei der Qualität hingegen nur Mittelfeld. Dies hat der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen allen Beteiligten ins Stammbuch geschrieben. Seine Diagnose: Defizite bei der Versorgung chronisch Kranker sowie Überkapazitäten, die negative ökonomische und medizinische Konsequenzen hervorrufen. Parallel dazu: Unterversorgung bei der präventiven und rehabilitativen Behandlung chronischer Krankheiten.

Die Ursachen der Qualitätsprobleme liegen vor allem in mangelhaft abgestimmten Strukturen und Prozessen auf Seiten des medizinischen Angebots. Hinzu kommt eine nicht ausreichende Anwendung internationaler Standards und qualitätsgesicherter medizinischer Leitlinien. Vor allem die Vor- und Nachsorge für Chroniker, z.B. von Diabetikern, und für Krebskranke, weist erhebliche Mängel auf. Wir müssen daher die leitliniengestützte Medizin in Deutschland voranbringen.

Weiteres Reformthema muss die bessere Integration der Medizin sein. Die Trennung der Versorgungsbereiche führt zu unnötigen Mehrfachuntersuchungen. Mit der doppelt besetzten Facharztversorgung in Krankenhaus und Praxis werden zudem teure Parallelstrukturen vorgehalten. Trotz gesetzlicher Öffnungsversuche ist die Versorgung immer noch nicht sektorübergreifend organisiert. Wesentliche Fortschritte in Effektivität und Effizienz der Versorgung sind nur zu erreichen, wenn die sektoralen Budgets abgelöst werden. Der Motor dafür liegt in mehr Freiräumen für flexible Verträge. Es sind daher Möglichkeiten zur kassenartenspezifischen Vertrags- und Honorargestaltung zu schaffen. Im ambulanten Vertragsbereich ist es vordringlich, das Kollektivvertragssystem wettbewerblich zu öffnen. In der Folge ist auch eine Neudefinition des Sicherstellungsauftrages erforderlich.

Auch in Sachen Prävention gibt es noch ungenutzte Potenziale. Wirksame Prävention ist aber eine lohnende Investition in die Zukunft. Sie kann auch den befürchteten Auswirkungen der demographischen Entwicklung entgegenwirken. Viele Gesundheitsschäden von morgen können vermieden werden, wenn die Förderung der Gesundheit zu einem neuen Leitbild wird. Prävention ist eine

gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht allein von der GKV geleistet werden kann. Die Präventionsstrategien müssen insgesamt zwischen den unterschiedlichen Akteuren besser koordiniert werden.

Besondere Aufmerksamkeit ist zukünftig auf die Arzneimittelversorgung zu legen. Verbesserungen bei Qualität und Wirtschaftlichkeit sind hier gerade vor dem Hintergrund der Ausgabendynamik erforderlich. Dies zeigen erneut die ersten Quartalszahlen für 2002. Und das trotz „Spargesetz“ mit erhöhtem Apothekenrabatt und der Einmalzahlung der Pharmaindustrie. Die Dynamik ist weiterhin ungebremst, obwohl sie auf zweistelligen Zuwachsraten des Vorjahres aufsetzt. In diesem Minenfeld – mit allen industriepolitischen Verwicklungen und Apothekerinteressen – müssen die Strukturen gänzlich auf den Prüfstand. Die Ersatzkassen fordern die Öffnung der Vertriebswege, u.a. die Aufhebung des Versandhandelsverbots. Zudem ist ein europa- und kartellrechtlich abgesichertes Festbetragskonzept erforderlich, das in Zukunft die Steuerungskompetenz der Selbstverwaltung stärkt. Um die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen und mehr Transparenz in das Verordnungsgeschehen zu bringen, muss zügig das „Elektronische Rezept“ eingeführt werden.

Zudem muss der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gerechter werden. Daueraufgabe der Politik ist es, Entsolidarisierung und Risikoselektion zu bekämpfen. An erster Stelle stehen der Wegfall der einseitigen Gründungsrechte sowie die Abschaffung der Öffnungsoption für Betriebs- und Innungskrankenkassen. Auch der Risikostrukturausgleich (RSA) gehört erneut auf die politische Agenda. Denn die Reform des RSA ab 2002 enthält keine wirksame Lösung gegen die Schieflage im Wettbewerb. Bei einer Konzentration Junger und Gesunder in einzelnen Kassen führt der RSA dort weiterhin zu einer Überdeckung der tatsächlichen Leistungsausgaben. Die Zeche zahlen die Alten und die Kranken. Wir brauchen daher dringend eine RSA-Reform, die dafür sorgt, dass den „ScheinBKKn“ nicht länger mehr Mittel zufließen als sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Rückführung des RSA auf das wesentliche Ziel ist für die Ersatzkassen der Maßstab für eine künftige Reform. Über die geplante Neukonzeption des RSA als direkt morbiditätsorientierter Ausgleich ist eine kritische Reflexion unerlässlich. Vor der Einführung eines „Morbi-RSA“ müssen unbedingt die zahlreichen grundsätzlichen Probleme gelöst sein.

Auf der Einnahmenseite ist ein entschlossener Beitrag der Politik erforderlich, die finanzielle Stabilität der GKV zu sichern. Die seit Jahren von unterschiedlichen Regierungen betriebene „Politik der Verschiebebahnhöfe“ kann

kein Gesundheitswesen ohne dauerhaften Schaden überstehen. Denn der Finanzkraftentzug summiert sich für den Zeitraum von 1995 bis 2003 auf rund 30 Milliarden Euro (vgl. Tabelle).

Seit Jahren trägt auch die ökonomische Entwicklung mit ihrer anhaltend hohen Arbeitslosigkeit zur Einnahmeschwäche der GKV bei. In dieser Situation ist die Politik in der Pflicht, die GKV nicht durch neue Verlagerungen zu belasten. Zudem sind bisherige „Verschiebebahnhöfe“ zurückzuführen.

Um den bestehenden Rationalisierungsdruck zu erhalten, verbieten sich derzeit Reformoptionen, die lediglich zu „mehr Geld im System“ führen. Die Finanzierungsgrundlage der GKV sollte weiterhin Lohn und Gehalt sein. Ein Systemwechsel zu anderen Einkunftsarten brächte massive systematische, ökonomische und politische Probleme. Es ist aber notwendig, die Belastungen gerechter zu verteilen und die Solidarität zu stärken. Die Ersatzkassen fordern daher die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze. Damit würde insgesamt die GKV als Arbeitnehmersversicherung gestärkt. Unabhängig von der Einkommenshöhe wären so alle Arbeitnehmer in der sozialen Krankenversicherung versichert. Im Vordergrund dieser Maßnahme steht nicht die Erschließung neuer Finanzquellen. Denn an der bestehenden Beitragsbemessungsgrenze wollen die Ersatzkassen – wie auch die Bundesgesundheitsministerin – festhalten.

**Gesetzesgrundlage und finanzielle Belastung der GKV von 1995 bis 2003  
(in Mrd. EUR).**

<b>Gesetzesgrundlage</b>	<b>Zeitraum</b>	<b>Plausible Belastung in Mrd. €</b>
Senkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Leistungsbezieher nach dem Arbeitsförderungsgesetz durch das Rentenreformgesetz 1992 vom 18.12.1989	1995-2003	17,51
Senkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Bezieher von Übergangsgeld durch das Rentenreformgesetz 1992	1995-2003	1,67
Erhöhung der Beiträge aus Krankengeld durch das Rentenreformgesetz 1992 [Mrd. €]	1995-2003	4,89
Senkung der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch das arbeitsrechtliche Beschäftigungsförderungsgesetz vom 25.09.1996	1996-1999	0,15
Senkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Arbeitslosenhilfe durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz vom 25.09.1996	1997-2003	0,86
Senkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Bezieher von Arbeitslosenhilfe durch das Einmalzahlungs-Neuregelungsgesetz vom 21.12.2000	2001-2003	1,83
Neuregelung der Renten wegen Erwerbsminderung durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20.12.2000	2001-2003	1,79
Neuregelung der Beitragsbemessung für freiwillig in der GKV versicherte Sozialhilfeempfänger durch Urteile des Bundessozialgerichts vom 19.12.2000	2001-2003	0,57
Beitragsausfälle durch Entgeltumwandlung nach dem Altersvermögensgesetz vom 26.06.2001	2002-2003	0,56
<b>Summe</b>	<b>1995-2003</b>	<b>29,83</b>

Quelle: Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung, „Politische Entscheidungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung“, Kiel, Mai 2002.

Fazit: Reformpolitik nach der Wahl muss sich den Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsproblemen stellen. Dazu braucht es politischen Mut, denn dies ist ein steiniger Weg. Alles andere aber wäre ein Ausweichen auf Nebenschauplätze. Für die Versicherten muss eine umfassende Versorgung und Teilhabe am medizinischen Fortschritt gewährleistet bleiben.

## **Fazit**

Die Probleme des deutschen Gesundheitswesens reichen von Ausgaben und Einnahmeproblemen, über ungelöste Kapazitätsfragen, hin zu vielfältigen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsproblemen. Auf Grund der politischen Interessenlagen und besonderen (föderalen) Konstellationen ist davon auszugehen, dass radikale Systemwechsel im sensiblen Gesundheitswesen kaum Erfolgchancen besitzen. Die schrittweise Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung muss daher auf die politische Tagesordnung. Die Ersatzkassen haben bereits Anfang Mai 2002 einen umfassenden Forderungskatalog für eine nachhaltige Strukturreform vorgestellt. Reformpolitik nach der Wahl muss sich vor allem den Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsproblemen stellen.

# **Gesundheitspolitik – ein Thema?**

## **Zu den Gründen der guten Kommunikationsfähigkeit der Gesundheitspolitik und der schlechten Vermittelbarkeit eines langfristig erforderlichen gesundheitspolitischen Reformkonzepts**

*Gerd Strohmeier*

„All political history shows that the standing of the government and its ability to hold the confidence of the electorate at the general election depend on the success of its economic policy“, stellte Harold Wilson (zit. nach Gavin / Sanders 1997: 631) einst fest. Die Wirtschaftspolitik ist es also, die die Medienagenda dominiert, als zentrales Wahlkampfthema fungiert und unter Umständen sogar den Wahlerfolg garantiert. Und die Gesundheitspolitik? Ist die Gesundheitspolitik kein Thema? Kann die Gesundheitspolitik überhaupt zu einem relevanten Thema für die Massenmedien werden?

Im Folgenden soll dargestellt werden, dass die Gesundheitspolitik zu einem entscheidenden Thema auf der Medienagenda und damit auch in der öffentlichen Meinung werden kann, die Gründe dafür jedoch gleichzeitig die Gründe für die schlechte Vermittelbarkeit eines langfristig erforderlichen Reformkonzepts in der Gesundheitspolitik sind.

### **I. Reformmüdigkeit im deutschen Gesundheitswesen**

„Seit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung (künftig GKV) für einen begrenzten Kreis von Industriearbeitern im Jahr 1883 haben radikale Umgestaltungen des deutschen Gesundheitssystems Seltenheitswert“, stellt Douglas Webber (1988: 156) zu Recht fest. Karl Jung (zit. nach Webber 1988: 156) geht noch weiter. Für ihn ist die GKV „gewissermaßen noch im Urzustand“ des Bismarckschen Gesetzes von 1883. Reformversuche für das deutsche Gesundheitswesen gab es in der Vergangenheit zuhauf, jedoch mehr gescheiterte als gelungene. Nachdem bis zum Ende der 60er-Jahre sämtliche Reformversuche mehr oder weniger vollständig gescheitert waren, wurden danach diverse mutige Reformvorhaben im Verlauf des politischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozesses so stark verwässert, dass sie anschließend nicht mehr wiedererkannt werden konnten.

Douglas Webber (1988: 199) führt Erfolg und Scheitern von Reformversuchen auf das Zusammenspiel von konjunkturellen Variablen (dazu zählen „die Wirtschaftskonjunktur, der ‚Zeitgeist‘ bzw. das Klima der öffentlichen Meinung und der wahrgenommene gesundheitspolitische Problemdruck“) und institutionellen Variablen (dazu zählen „die Heterogenität der ‚gesundheits-systeminternen‘ Klientel, vertreten in der (meistens aus mehr als einer Partei zusammengesetzten) Bundesregierung, die Veto-Chancen der Länderregierungen sowie die korporatistische Struktur der Interessenvertretung der Leistungsanbieter – vor allem der Kassenärzte“) zurück. Vor allem Letztere seien besonders wirksam: „Die Versuche, Strukturreformen im deutschen Gesundheitssystem durchzusetzen, scheiterten und scheitern regelmäßig an Koalitionsregierungen, an der föderativen Staatsstruktur und an der korporatistischen Organisation der Leistungsanbieterinteressen“ (Webber 1988: 199).

Geht man der Frage nach, welche Akteure große Reformprojekte im deutschen Gesundheitswesen verhinderten und verhindern, stößt man auf eine Reihe von „Vetospielern“, d.h. Individual- oder Kollektivakteure, deren Zustimmung für einen Kurswechsel in der Politik nötig sind (Tsebelis 1995: 293). Dazu zählen die Partner innerhalb der Regierungskoalition, der Bundesrat (zumindest dann, wenn dieser nicht von den Regierungsparteien kontrolliert wird und über Zustimmungsgesetze, z.B. im Bereich der Krankenhausfinanzierung, entscheidet), die korporatistisch organisierten Leistungsanbieter usw. Wichtigstes Instrument dieser „Vetospieler“ und zugleich größter „Vetospieler“ von allen ist jedoch die öffentliche Meinung. Von ihr geht der entscheidende Druck aus, der Reformen zu Fall bringen kann. So musste schon Konrad Adenauer (zit. nach Webber 1989: 265) bemerken, dass es außerordentlich schwierig sei, „gegen 70.000 Ärzte, von denen jeder 30 Patienten am Tag hat (...), ein Gesetz zu machen“. Zwar spielt der Wahlkampf in den Wartezimmern noch immer eine nicht zu unterschätzende Rolle, doch haben sich die Druckmittel in der modernen Mediendemokratie etwas verlagert: Breiter öffentlicher Druck wird insbesondere über die Massenmedien ausgeübt, die die immer kleiner werdenden Teilöffentlichkeiten der modernen Mediengesellschaft noch halbwegs „zusammenschweißen“.

## **II. Reformbedarf im deutschen Gesundheitswesen**

Mit der Rückkehr von Horst Seehofer ist auch die Gesundheitspolitik als zentrales Thema im Bundestagswahlkampf 2002 zurückgekehrt. Die

Gesundheitspolitik könnte – im Gegensatz zu anderen „aufgeschwemmten“ Wahlkampfthemen – auch nach dem 22. September eine zentrale Rolle auf der bundespolitischen Agenda spielen. Schließlich erscheint eine grundlegende Strukturreform in der Gesundheitspolitik dringender denn je: Der Versorgungsbedarf wächst, der medizinische Fortschritt stagniert und die zur Verfügung stehenden Ressourcen schwinden. Ergo: Die Gesundheitskosten werden immer höher – und immer geringer werden die dafür verfügbaren finanziellen Mittel. Vollkasko mentalität der Versicherten, streikende Ärzte, drohende Bankrotte der Krankenkassen, Überalterung der Gesellschaft, lauten einige der Negativschlagzeilen. Negativliste, Positivliste, Globalbudget, Strafzahlungen für Ärzte, lauten einige der altbekannten Handlungsalternativen. Fest steht jedoch: Die wirklichen Handlungsalternativen nehmen ab, die Probleme zu. Insbesondere die Abnahme der Geburtenrate und der finanziellen Ressourcen sowie die Zunahme der Lebenserwartung und des medizinischen Fortschritts in der Diagnostik und Therapie von Krankheiten stellen das Gesundheitswesen vor eine Zerreißprobe. Viel zu spät ist erkannt worden, dass die Verschiebung der Alterspyramide nicht nur ein Problem für die Rentenversicherung darstellt. Ohne Erfolg haben Regierungen, Selbstverwaltungen von Ärzten und Gesetzliche Krankenkassen das Gesundheitssystem zu reformieren versucht: die Beitragsätze drohen in absehbarer Zeit auf über 20 Prozent zu steigen. Die Zukunft der Gesundheitspolitik ist ungewiss – und das Ungewisse erscheint ungewisser als je zuvor: Analysen und Politikberatung sind unkoordiniert, die Entscheidungsprozesse intransparent und die Resultate ineffizient.

Auch der rot-grüne Regierungswechsel von 1998 hat an dieser Situation nicht viel geändert. „Neun gute Gründe“ führte Gerhard Schröder im Wahlkampf 1998 auf seiner „Garantiekarte“ auf, um die Wähler von der SPD zu überzeugen. Grund Nr. 8 war die „bezahlbare Gesundheit“. Dahinter war zu lesen: „durch Entlastung chronisch Kranker bei der Zuzahlung, Jugendliche erhalten wieder Zahnersatzleistungen“. Unmittelbar nach der rot-grünen Amtsübernahme strich die neue Bundesregierung das so genannte Krankenhaus-Notopfer, senkte die Zuzahlung zu Medikamenten und beendete den Ausschluss Jugendlicher vom Zahnersatz. Die „kleinen“ Versprechen wurden folglich schnell umgesetzt. „Bezahlbarer“ wurde „die Gesundheit“ jedoch kaum – schon gar nicht auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Durch die Abschaffung des Arznei-Kollektivregresses, der die Ärzte für zu schnell wachsende Arzneimittelausgaben haftbar machte, wurde vielmehr das Gegenteil erreicht. Eine „richtige“ Reform blieb schließlich aus. Der Steuer- und Rentenreform wollte oder durfte keine Gesundheitsreform mehr folgen. Insgesamt wurde „wenig angepackt und noch

weniger erreicht“ (Lipicki 2002). Das große Reformprojekt im Gesundheitswesen soll es erst in der zweiten Legislaturperiode von Rot-Grün geben, doch im Moment ist fraglich, ob es die je geben wird. Fest steht: Eine Gesundheitsreform muss es in der nächsten Legislaturperiode auf jeden Fall geben, unabhängig von der Zusammensetzung der Regierung. Kurzfristige Notlösungen – wie sie in der Vergangenheit an der Tagesordnung waren – reichen nicht mehr aus, um das Gesundheitssystem vor dem drohenden Kollaps zu retten. Das weiß mittlerweile jeder. Und jeder vermag es sich auf irgendeine Weise zunutze zu machen: Die Parteien werfen sich gegenseitig die Schuld an dem Desaster vor, die Leistungserbringer machen mit Leistungsentzug auf sich aufmerksam und so manches Versicherungsunternehmen wirbt höhnisch „Machen Sie Ihre eigene Gesundheitsreform!“ ([www.huk-gesundheitsreform.de](http://www.huk-gesundheitsreform.de)).

Alle Beobachter sind sich letztlich einig, dass ein Paradigmenwechsel in Form einer grundlegenden Strukturreform in der Gesundheitspolitik stattfinden muss. Im Klartext bedeutet dies entweder eine Erhöhung der Kosten oder eine Senkung der Leistungen für den Einzelnen. Größere Einschnitte lassen sich jedoch nur schwer gegen die – v.a. in den Köpfen der Bürger – verankerten Vorstellungen eines allgegenwärtigen und vorsorgenden Sozialstaats durchsetzen. Insofern ist die politische Kommunikation jeglichen Reformkonzepts von entscheidender Bedeutung. Damit rückt die Frage in den Mittelpunkt, ob und wie sich einschneidende Reformkonzepte für das Gesundheitswesen der Bevölkerung vermitteln lassen. Schließlich gehört es zu den wohl schwierigsten Aufgaben in der repräsentativen Demokratie, den Bürgern komplexe sowie auch unbeliebte politische Inhalte über massenmediale Kommunikation zu vermitteln und damit auf einer breiten Basis Transparenz und Akzeptanz zu schaffen. Der Transfer eines Reformkonzepts in den öffentlichen Meinungs- und Willensbildungsprozess der Bevölkerung hat insoweit eine herausragende Bedeutung. Folglich ist nicht nur die Entwicklung, sondern auch die Vermittlung eines effizienten Reformkonzepts für die Umgestaltung und somit für die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens von essenzieller Bedeutung. Als Vermittlungsagenturen haben hierbei die Massenmedien eine zentrale Bedeutung. Schließlich bieten die Massenmedien in modernen Mediengesellschaften die einzige Möglichkeit, eine politische Kommunikation mit großer Breitenwirkung zu realisieren. Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang jedoch fraglich, inwiefern sich über die Massenmedien die Gesundheitspolitik vermitteln und die öffentliche Meinung für ein gesundheitspolitisches Reformkonzept sensibilisieren lässt.

### III. Wie die Massenmedien funktionieren

„Man kann über sie denken, wie man will, sie verehren oder verachten, aber man muss sie beherrschen“, stellte bereits vor geraumer Zeit Oswald Spengler mit Blick auf die spezifische Rolle der Massenmedien fest. Gemeint war mit dieser zugespitzten Aussage weniger, dass man die Medien, sondern vielmehr, dass man deren Funktionslogik beherrschen müsse, um öffentlich erfolgreich kommunizieren zu können. Kurz: Um zu wissen, wie die Massenmedien funktionieren, muss man schlichtweg wissen, was die Massenmedien wollen.

Mit Blick auf Politikfelder wollen die Massenmedien in erster Linie Themen, die ihre Quoten, Auflagen oder „Klicks“ steigern können, d.h. Themen, die sich „verkaufen“ lassen, bzw. – wissenschaftlich ausgedrückt – Themen, die einen sehr hohen Nachrichtenwert implizieren. Der Nachrichtenwert, der dafür verantwortlich ist, dass ein Thema überhaupt zur Nachricht werden kann, resultiert aus der Kombination einer Vielzahl von Nachrichtenfaktoren. Diese lassen sich folglich als Merkmale von Personen oder Ereignissen definieren, die über deren medienspezifische Relevanz bzw. insbesondere deren Selektionswahrscheinlichkeit bestimmen. Je mehr und je intensiver Nachrichtenfaktoren mit einem Thema in Verbindung gebracht werden können, desto höher ist dessen Nachrichtenwert. Das – überwiegend ökonomisch motivierte – Medienziel, einen möglichst hohen Nachrichtenwert zu bieten, erfordert seitens der Massenmedien die Auswahl von Themen, die eine Vielzahl von Nachrichtenfaktoren aufweisen, sowie oftmals auch die Akzentuierung oder Inszenierung von Nachrichtenfaktoren. Zu den wichtigsten Obergruppen von Nachrichtenfaktoren zählen nach Schulz (1997: 70ff.): der Status (z.B. elitäre Nationen, Institutionen oder Personen), die Valenz (z.B. Aggressionen, Kontroversen, bedrohte Werte oder Erfolge), die Relevanz (z.B. Tragweite eines Ereignisses oder Betroffenheit Einzelner), die Identifikation (z.B. Nähe, Ethnozentrismus oder Emotionalisierung des Geschehens), die Konsonanz (z.B. Affinität eines Ereignisses zu anderen wichtigen Themen oder Stereotypie eines Ereignisses) und die Dynamik (z.B. Frequenz, Ungewissheit oder Überraschungen bei einem Ereignisablauf).

Mit Blick auf die Gesundheitspolitik scheinen insbesondere die Rubriken Valenz und Relevanz von besonderer Bedeutung für die Erzeugung des Nachrichtenwerts zu sein. Drei spezifische Nachrichtenfaktoren stehen hierbei im Vordergrund: der Negativismus, die Betroffenheit und das Konfliktpotenzial.

„Bad news is good news“. Diese viel zitierte „Medienweisheit“ bringt die Bedeutung des Nachrichtenfaktors Negativismus bestens zum Ausdruck: Je

negativer ein Thema klingt, desto höher ist dessen Nachrichtenwert. Dabei steht nicht die Frage im Mittelpunkt, ob ein Thema als Problem existiert, sondern vielmehr, ob ein Thema als Problem wahrgenommen wird: Was schlecht ist, muss nicht unbedingt schlecht klingen – und umgekehrt, was schlecht klingt, muss nicht unbedingt schlecht sein. Entscheidend für die Höhe des Nachrichtenwerts ist natürlich, dass etwas schlecht klingt.

Die Betroffenheit steht für die persönliche Involvierung, die ein Thema hervorrufen kann: Je mehr Menschen sich von einem Thema betroffen fühlen, desto höher ist dessen Nachrichtenwert. Die Differenzierung zwischen der wahrgenommenen Betroffenheit und der tatsächlichen Betroffenheit ist dabei von fundamentaler Bedeutung. Schließlich fühlen sich Menschen nicht immer von einem Thema in dem Maße betroffen, wie sie tatsächlich betroffen sind. Die bewusste Involvierung kann die reale Involvierung schließlich sowohl unter- als auch übertreffen. Entscheidend für die Höhe des Nachrichtenwerts ist natürlich die bewusste Involvierung bzw. wahrgenommene Betroffenheit.

Das Konfliktpotenzial steht für das Ausmaß und die Intensität der Kontroverse, die ein Thema auslösen kann: Je heftiger ein Thema umstritten ist, desto höher ist dessen Nachrichtenwert. Dabei spielt es im Prinzip keine Rolle, ob sich hinter den Kontroversen tief greifende inhaltliche „Klüfte“ oder nur marginale Differenzen verbergen, die symbolisch hochstilisiert werden. Entscheidend für die Höhe des Nachrichtenwerts ist, dass Kontroversen wahrgenommen werden, und nicht, warum sie wahrgenommen werden.

#### **IV. Der Nachrichtenwert der Gesundheitspolitik**

Der Gesundheitspolitik ist mit Blick auf alle drei aufgeführten Nachrichtenfaktoren generell ein sehr hoher Nachrichtenwert beizumessen.

Hinsichtlich des Negativismus kann die Gesundheitspolitik wegen der vielfältigen Probleme des deutschen Gesundheitswesens einen sehr hohen Nachrichtenwert annehmen. Dies machen sich die diversen Akteure in der Gesundheitspolitik natürlich zunutze: „Die Beschwörung von Krisen gehört zum Handlungsrepertoire der Akteure in der Gesundheitspolitik und wird von den Massenmedien verstärkt, denn Krisen sind Nachrichten“, konstatiert Manfred Groser (1998: 584). Doch nicht nur die Krisen des deutschen Gesundheitswesens, sondern auch die Instrumente zur Bekämpfung dieser Krisen implizieren ein hohes Maß an Negativismus und somit einen hohen Nachrichtenwert. So hat alleine das Wort Gesundheitsreform einen äußerst

negativen Beigeschmack, da es nicht selten mit Sozialabbau gleichgesetzt wird. Besonders hoch ist der Nachrichtenwert natürlich auch von Themen, die – systembedingte – Überforderungen der Ärzte und z.B. daraus resultierende Kunstfehler mit lebensgefährlichen Folgen für Patienten zum Gegenstand haben. „Tödlicher Stress im Krankenhaus“, lautete beispielsweise die Überschrift eines solchen Themenbeitrags im SPIEGEL (05/2000: 54). Besonders gut eignet sich die Gesundheitspolitik folglich auch für das Spiel von „Gut und Böse“. Letzteres sind dabei allzu oft die Ärzte, Kassen und Pharmakonzerne. So war z.B. im SPIEGEL (27/2001: 22) unter dem Titel „Spielball der Lobby“ folgendes „finstere Schauspiel“ zu lesen: „Nahezu ohnmächtig sieht die Bundesregierung unter Gerhard Schröder zu, wie das Verbundsystem aus Ärzten, Kassen und Pharmakonzerne sich künftig noch mehr Geld einverleibt (...). Gegen die feinen Herren der Gesundheitsbranche haben die Politiker kein Rezept. Den größten Schaden tragen die Patienten davon“. Dass der Anstieg der Arzneimittelausgaben, der von den Krankenkassen immerzu als Ursache für deren hohe Defizite genannt wird, aber nicht nur auf steigende Preise, sondern auch auf bessere Behandlungsmöglichkeiten der Patienten und deren steigende Lebenserwartung zurückzuführen ist (FAZ 10.06.2002 Nr. 131: 13), wird gerne verschwiegen.

Mit Blick auf die Betroffenheit ist der Gesundheitspolitik ebenfalls ein sehr hoher Nachrichtenwert beizumessen. Man denke nur an die breite Masse der Bevölkerung, die Mitglied in einer Gesetzlichen Krankenversicherung und direkt von deren Beitragserhöhungen betroffen ist. So waren 1999 in den alten Bundesländern 87 Prozent und in den neuen Bundesländern sogar rund 95 Prozent der Bevölkerung Mitglied in einer Gesetzlichen Krankenversicherung (Mikrozensus, zit. nach Bundesministerium für Gesundheit 2001). Allerdings dürften sich bei Weitem nicht so viele GKV-Mitglieder von der Gesundheitspolitik in dem Maße betroffen fühlen wie sie tatsächlich betroffen sind. Dafür sorgt insbesondere die weitgehende Intransparenz im Bereich der Gesundheitskosten.

Auch hinsichtlich des Konfliktpotenzials ist der Gesundheitspolitik ein äußerst hoher Nachrichtenwert inhärent. Dafür „bürden“ die diversen gesundheitspolitischen Akteure (die Bundesregierung, Parteien, Länderregierungen, Krankenkassen(verbände), Kassenärztliche Vereinigungen, Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften, der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie etc.) mit ihren zum Teil stark divergierenden Interessen, die sich das hohe Problematisierungspotenzial der Gesundheitspolitik – wie bereits erwähnt – entsprechend zunutze machen. So haben sich z.B. die Parteien im Vorfeld der

Bundestagswahl 2002 mit zum Teil stark divergierenden Konzepten zur Gesundheitspolitik positioniert. Dabei sorgt insbesondere die auf dem Prinzip des Sozialvertrags basierende „Solidarhaftung“ für kontroverse Diskussionen und höchst unterschiedliche Lösungsansätze: Während die SPD eine Aufteilung der Leistungen in Grund- und Wahlleistungen strikt ablehnt, weil sie dadurch eine Zwei-Klassen-Medizin befürchtet, wirbt die Union für die größere Wahlfreiheit der Versicherten in ihrem so genannten „Regierungsprogramm“: „Die Versicherten sollen künftig eine größere Wahlfreiheit über den Umfang ihres Versicherungsschutzes erhalten. Sie sollen künftig selbst entscheiden können, ob sie den bisherigen Versorgungsumfang beibehalten, zusätzliche Leistungen erhalten oder bei gleichzeitiger Beitragsermäßigung Leistungen abwählen oder einen Selbstbehalt übernehmen wollen.“

## **V. Gute Kommunikationsfähigkeit ist gleich schlechte Reformfähigkeit?**

Aus der Betrachtung der diversen Nachrichtenfaktoren folgt, dass die Gesundheitspolitik generell einen sehr hohen Nachrichtenwert impliziert. Daraus folgt, dass ein – dringend benötigtes und im Grundsatz von allen Seiten gefordertes – gesundheitspolitisches Reformkonzept gut auf der Medienagenda und somit auch in der öffentlichen Diskussion platzierbar ist. Daraus folgt jedoch nicht, dass dieses Reformkonzept, so gut es für alle Beteiligten sein mag, auch gut vermittelbar ist. Oder wie sollte ein Reformkonzept in der massenmedialen Kommunikation bestehen – unter den Bedingungen des Negativismus, der starken Betroffenheit Einzelner und des hohen Konfliktpotenzials? Gerade ein Reformkonzept, das für alle Beteiligten „gut“ und somit auch für jeden Einzelnen besser sein könnte, droht, von den gesundheitspolitischen Akteuren in den Massenmedien „zerrieben“ zu werden. So ist es bereits mehrmals geschehen, z.B. 1988, als kein anderes Thema so lange die Medienagenda beherrschte wie das Blüm'sche Gesundheitsreformgesetz, das dabei sukzessive demontiert wurde. Es wurde letztlich ein erbitterter Widerstand gegen Blüms Reformvorschläge mobilisiert, der einen großen öffentlichen Druck hervorbrachte: Die (ver)-öffentlich(t)e Meinung spiegelte alles andere als eine „überschwängliche Euphorie“ wider und stellte damit eine entscheidende Vetomacht dar. Zwar konnte eine Gesundheitsreform durchgepeitscht werden, „Blüms Triumph unterschied sich jedoch nicht wesentlich vom Triumph des alten Mannes in Hemingways gleichnamigen Roman. Wie diesem ist es auch ihm geglückt, den großen Fisch an Land zu ziehen. Allein, es war ein Pyrrhussieg. In den lobbyverseuchten Gewässern wurde dem Fisch übel mitgespielt, und als er schließlich

aufs Trockene kam, war nicht viel mehr von ihm übriggeblieben als ein Gerippe“ (Webber 1989: 296).

Das Problem besteht also darin, dass die Gründe für die gute Kommunikationsfähigkeit der Gesundheitspolitik gleichzeitig die Gründe für die schlechte Vermittelbarkeit eines gesundheitspolitischen Reformkonzepts sind. Doch dies scheint nicht das einzige Problem für die massenmediale Vermittlung eines gesundheitspolitischen Reformkonzepts zu sein. Massenmediale Kommunikation ist stets Reduktion von Komplexität. Da das deutsche Gesundheitswesen mittlerweile zu einem regelrechten Synonym für Überkomplexität avanciert ist, erfordert die Vermittlung eines umfassenden Reformkonzepts eine wesentliche Reduktionsleistung seitens derer, die dieses Konzept propagieren, seitens derer, die es mediatisieren, und seitens derer, die es rezipieren. Das konkrete Problem besteht nun darin, dass die Gesundheitspolitik hochkomplexe Funktionsmuster impliziert, die derart undurchsichtig sind, dass sie sich nicht auf – für die massenmediale Vermittlung notwendige – einfache Darstellungsmuster reduzieren lassen. Schließlich wird das deutsche Gesundheitssystem zu Recht als hochkomplexes, unlenkbares Verhandlungssystem bezeichnet. Dabei ist hervorzuheben, dass es keinesfalls nur die Bürger sind, die wegen der Komplexität des Gesundheitswesens den Überblick verloren haben: Auch zahlreiche Politiker haben längst resigniert und versuchen oftmals mit Pauschalaussagen ihre Unwissenheit zu kaschieren. So weiß die ehemalige Gesundheitsministerin Andrea Fischer (zit. in SPIEGEL 46/2000: 27) zu berichten, dass Fragen der Gesundheitspolitik den Kollegen in der Regel entweder „zu kompliziert“ oder – vielleicht gerade deshalb – „scheißegal“ gewesen seien. Hierbei zeigt sich das Problem, dass einige politische Eliten, die die Komplexität des Gesundheitssystems in der massenmedialen Vermittlung reduzieren, diese Komplexität selbst nicht mehr durchblicken. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass sich politische Eliten die Komplexität des Gesundheitswesens zunutze machen, indem sie geschickt „plausible Unwahrheiten“ produzieren und diese für die politische Argumentation instrumentalisieren. Im Ergebnis bedeutet dies in jedem Falle, dass die öffentliche Diskussion über die Gesundheitspolitik – bewusst oder unbewusst – meist mit Halbwahrheiten geführt wird.

So gut sich also die Gesundheitspolitik als Thema für die Medienagenda eignen mag, so schlecht eignet sich die Medienagenda für die erfolgreiche Vermittlung eines langfristig erforderlichen gesundheitspolitischen Reformkonzepts.

## VI. Literatur

- Gavin, Neil T./Sanders, David: The Economy and Voting*, in: Norris, Pippa/Gavin, Neil T. (Hrsg.): *Britain Votes 1997*, in: *Parliamentary Affairs*, Vol. 50, 04/97.
- Groser, Manfred: Gesundheitspolitische Kommunikation*, in: Jarren, Otfried/Sarcinelli, Ulrich/Saxer, Ulrich (Hrsg.): *Politische Kommunikation in der demokratischen Gesellschaft, Ein Handbuch mit Lexikonteil*, Opladen: Westdeutscher Verlag, 1998.
- Lipicki, Christian: Wahlkampf im Wartezimmer des Arztes ist keine Lösung, Das Gesundheitswesen soll sich um fast jeden Preis gesundschrumpfen*, in: *Das Parlament*, 2002.
- Mikrozensus, nach Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2001*, Bonn 2001.
- Schulz, Winfried: Politische Kommunikation. Theoretische Ansätze und Ergebnisse empirischer Forschung zur Rolle der Massenmedien in der Politik*, Opladen: Westdeutscher Verlag, 1997.
- Tsebelis, George: Decision Making in Political Systems: Vetoplayers in Presidentialism, Parlamentarism, Multi-Cameralism and Multi-Partyism*, in: *BJPS* 25.
- Webber, Douglas: Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland*, in: *Leviathan*, Vol. 16, No. 2, 1988.
- Webber, Douglas: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland – II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby*, in: *Leviathan*, Vol. 17, No. 2, 1989.

# Für eine wettbewerbliche Neugestaltung des Gesundheitswesens

*Cornelia Yzer*

Es besteht dringender Bedarf an einer Gesundheitsstrukturreform. Dieses Thema hat die Fachzirkel verlassen und wird längst auch in der Öffentlichkeit diskutiert. Und dies ist nicht verwunderlich.

Denn das deutsche Gesundheitssystem in seiner heutigen Form ist nicht zukunftsfähig. Die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit sind längst überschritten. Die Finanzierbarkeit ist auf Dauer nicht mehr gewährleistet. Jeder, der eine grundlegende Reform des Systems hinauszögert, verschärft die Probleme, mit denen der Patient bereits heute im Behandlungsalltag konfrontiert ist.

Und diese Probleme haben längst die Versicherten auf den Plan gerufen. Immer häufiger, wir haben es gehört, äußern sie sich unzufrieden über unser Gesundheitswesen.

Die Versicherten fragen nach der Gerechtigkeit. Ein Durchschnittsverdiener und sein Arbeitgeber zahlen bei 30 Jahren Erwerbstätigkeit ca. 100.000 Euro in die Gesetzliche Krankenversicherung ein. Ist es gerecht, dass dieser Versicherte dann beim Eintritt einer Erkrankung nicht darauf vertrauen kann, die bestmögliche Therapie zu erhalten? Ist es gerecht, dass er mit Rationierung durch Kostendämpfungsmaßnahmen konfrontiert werden kann und er keine frühzeitige Eigenvorsorge durch Zusatzversicherungen treffen konnte? Ist es gerecht, dass er den Umfang seiner Absicherung nicht selbst bestimmen kann? Darf man ihn zum Objekt im Versorgungsgeschehen macht?

Der Patient meint zu Recht: Nein.

Tatsache ist, dass das deutsche Einheitsgesundheitssystem auch die Qualität nivelliert. Der richtige Solidargedanke wird ad absurdum geführt, weil er schlechte Qualität für alle schafft.

Bereits heute bestehen in vielen Indikationsgebieten erhebliche Versorgungsdefizite. Sogar der von der Bundesregierung beauftragte Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat die Unterversorgung mit Medikamenten bei Herzerkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen, wie Asthma, sowie Krebs und Depressionen dokumentiert und dringend Verbesserungen eingefordert.

Diese Defizite ließen sich auch für andere Krankheiten fortschreiben. Der VFA hat bereits im Jahr 2000 Unterversorgung mit innovativen Arzneimitteln in 13 Indikationsgebieten nachgewiesen. Immer mehr Menschen wissen darüber Bescheid. Denn die Qualitätsmängel werden zunehmend offenkundig.

Wenn ich hier ausschließlich Defizite im Arzneimittelsektor beschreibe, so deshalb, weil dies das Gebiet ist, auf dem ich mich am besten auskenne. Vergleichbare Defizite finden sich ebenso in anderen Leistungssektoren des Gesundheitswesens.

Zentrale Parameter der medizinischen Versorgungsqualität, wie die Lebenserwartung der Bevölkerung oder die Sterblichkeitsziffern bei wichtigen chronischen Erkrankungen, haben sich in Deutschland in den letzten zehn Jahren weniger positiv entwickelt als in den meisten europäischen Nachbarländern. Das liegt unter anderem daran, dass Deutschland bei der Innovationsgeschwindigkeit, also bei der Einführung neuer Therapien, im internationalen Vergleich zu den Schlusslichtern zählt.

Ein wesentlicher Grund für Unterversorgung in Deutschland liegt darin, dass Wettbewerb um die beste Qualität systematisch ausgeschaltet wurde, indem Wettbewerbsstrukturen rigoros unterbunden wurden. Stattdessen wurden durch Reglementierungen Fehlanreize gesetzt. Dadurch wurden ineffiziente Versorgungsstrukturen gefördert und erhalten.

Frei nach dem Motto: Jedes auftauchende Problem ist den politisch Verantwortlichen eine neue Regulierung wert.

Regulieren und reglementieren – das scheint das Hobby der politisch Verantwortlichen zu sein. Zur wahren Leidenschaft wächst sich dieses Hobby aus, wenn es um den Arzneimittelsektor geht. Denn der Arzneimittelsektor soll ja der eigentliche Kostentreiber im Gesundheitswesen sein.

So einfach, so falsch.

Denn die Arzneimittel machen lediglich 15,3 Prozent der Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung aus. Zum Vergleich: Krankenhausbehandlungen schlagen mit 35,4 Prozent zu Buche.

## **Demographische Entwicklung und therapeutischer Fortschritt werden vernachlässigt.**

Was in der Diskussion gerne einmal unerwähnt bleibt, sind die demographische Entwicklung zum einen und der medizinische Fortschritt zum anderen.

Deutschland ist heute weltweit das Land mit dem vierthöchsten Durchschnittsalter der Bevölkerung. Davor liegen nur Japan, Italien und die Schweiz. Deutschland ist das Land mit dem dritthöchsten Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahren – nach Italien und Griechenland. Die demographische Alterung wird sich auch in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen, begleitet von der Abnahme der Bevölkerungszahl. Es wird damit gerechnet, dass in fünfzig Jahren rund 36 Prozent der Bevölkerung 60 Jahre und älter sind. Derzeit sind es 23 Prozent.

Das unter Bismarck 1883 in Kraft getretene Gesundheitssystem kann bei dieser Gesellschaftsstruktur nicht mehr funktionieren. Mit dem erfreulichen Anstieg der Lebenserwartung steigt zugleich der Anteil derer, die kostenintensive medizinische Versorgung benötigen, maßgeblich an. Man darf diesen Menschen neue Technologien der medizinischen Versorgung, zu denen auch innovative Arzneimittel zählen, wohl nicht vorenthalten, nur weil ein historisches GKV-Modell den medizinischen Fortschritt nicht mehr schultern – sprich finanzieren – kann.

Der medizinische Fortschritt gewinnt eine immer größere Dynamik. Dies muss in unser aller Sinne sein, denn jeder von uns wird eines Tages der Patient sein. Hier einige wenige Beispiele für den großen therapeutischen Beitrag, den innovative Arzneimittel leisten:

- Beinvenenthrombosen und Lungenembolien entstehen durch Blutgerinnsel und können bei „Verstopfung“ größerer Blutgefäße in der Lunge lebensbedrohlich werden. Besonders gefährdet sind ältere, immobile Personen und Patienten nach Operationen.

In Deutschland werden jährlich über 50.000 Menschen mit Thromboembolien in Krankenhäusern behandelt und etwa 7.500 sterben an Lungenembolien. Innovative Arzneimittel zur Vorbeugung und Behandlung dieser Komplikationen haben mit dazu beigetragen, dass heute auch ältere Personen chirurgisch behandelt werden können und in den Genuss einer höheren Lebensqualität gelangen. Trotz einer erheblichen Zunahme der Operationszahlen ist die Rate der Thromboembolien in den vergangenen zehn Jahren nicht angestiegen. Bei Schwangeren konnte die Zahl der Thromboembolien von mehr als 170 auf etwa 100 pro 100.000 Geburten reduziert werden. Gerinnungshemmende Arzneimittel mit weiter verbesserter Wirkung stehen kurz vor der Zulassung.

- Für Magen-Darm-Geschwüre gab es über lange Zeit kaum eine erfolgreiche medikamentöse Behandlung. Nicht selten musste ein Teil des

Magens entfernt werden. Mit der Entdeckung des Bakteriums *Helicobacter pylori* als häufige Ursache von Magen-Darm-Geschwüren können seit Mitte der 90er-Jahre sogar zur Ausrottung dieses Erregers Arzneimittelinnovationen eingesetzt werden. Damit wurde erstmals eine medikamentöse Heilung von Magen-Darm-Geschwüren möglich. Dies hat zu enormen Kostenersparnissen geführt.

- Von Migräne sind etwa 10 Prozent der Bevölkerung betroffen. Die daraus entstehenden Kosten für die deutsche Volkswirtschaft werden auf etwa 2 Milliarden Euro geschätzt. In den 70er-Jahren setzte die gezielte Entwicklung von Arzneimitteln zur Migränebehandlung ein.

Mit den so genannten Triptanen stehen seit 1991 innovative Arzneimittel zur Verfügung. Sie lindern spezifisch die Beschwerden der Migräne. Die Triptane sind besser wirksam und verträglicher als ältere Migränemittel, sie verbessern die Lebensqualität und vermindern Produktivitätsausfälle am Arbeitsplatz nachhaltig.

Auch diese Reihe von Beispielen ließe sich fortsetzen. Deutlich wird: Wer den therapeutischen Fortschritt für Patienten will, wird sich darauf einstellen müssen, dass der Anteil der Arzneimittelausgaben an den Gesamtausgaben für Gesundheit steigen wird.

Hier liegt ein Wachstumsmarkt, der jedoch über Mengen- und Preisreglementierung gebremst werden soll.

## **Ein Bündel von Reglementierungsinstrumenten fesselt das Gesundheitswesen**

Deshalb hat die Politik im Laufe der Jahre viel Kreativität entfaltet und ein Bündel teils widersprüchlicher Regulierungsinstrumente geschnürt. Lassen Sie uns ein wenig im Regulierungsdschungel herumspazieren:

Da ist die **Negativliste**. Diese Liste legt fest, welche Arzneimittel nicht erstattet werden dürfen. Dabei geht es vor allem um Präparate, deren Wirksamkeit nicht belegt ist. Diese aus der Erstattung auszuschließen, findet die Industrie grundsätzlich völlig in Ordnung. Wir haben daher immer wieder vorgeschlagen, die Liste konsequent auszuweiten.

Warum bei einem funktionsfähigen Instrument bleiben, wenn es auch noch andere gibt, dachte sich die zwischenzeitlich auch mit anderer Mehrheit besetzte

Bundesregierung und versucht nun schon eine ganze Legislaturperiode, eine **Positivliste** durchzudrücken.

Das Projekt ist aufwändig und umstritten, eine Bundesratsmehrheit ist nicht zu erwarten. Aber eine Expertenkommission war beschäftigt und noch immer bleibt die Frage, was eine Positivliste mehr leisten kann, als eine erweiterte Negativliste.

Auch Preisregulierungen sind Realität im deutschen Gesundheitswesen. Durch so genannte **Festbeträge** lassen sich seit 1989 Arzneimittelpreise wunderbar regulieren. Heute sind nahezu zwei Drittel aller Verordnungen unter Festbetrag. Stolz wird darauf verwiesen, dass die Gesetzlichen Krankenkassen durch die Festbeträge jährlich 1,5 Milliarden Euro einsparen. Klingt gut, hat aber einen Haken:

Festbeträge sind ein weitreichender Eingriff in die Marktpreisbildung. Solche interventionistischen Maßnahmen sind nur dann gerechtfertigt, wenn die Marktkräfte nicht wirken. Das Gegenteil ist der Fall.

Im betroffenen Marktsegment sind die Preise auch ohne Intervention rückläufig.

Dies hat sich gezeigt, als aus rechtlichen Gründen Anpassungsrunden scheiterten. Europaweit liegt Deutschland seit Jahren im unteren Preisdrittel. Trotzdem hält die Bundesregierung am Festbetrag fest – allenfalls will sie ihn in der nächsten Legislaturperiode bis Ende 2003 auf den Prüfstand stellen.

## **Elemente des Sparpaketes verunsichern Patienten**

Um trotzdem in der Zwischenzeit bei den gleichen Produkten an der Kostenschraube drehen zu können, ist die Bundesregierung jetzt auf die Autidem-Regelung gekommen. Wirkstoffe statt Präparate sollen verschrieben werden. Darum soll der Apotheker statt des Arztes das Präparat auswählen. Er muss die Auswahl jedoch im unteren Preisdrittel treffen. Das kann dazu führen, dass dem Patienten bei jeder Verordnung ein anderes Präparat ausgehändigt wird.

Gerade bei einer Dauerbehandlung droht dies, die Therapietreue zu beeinträchtigen, wenn der Patient in der einen Apotheke grüne Pillen, in der anderen Apotheke gelbe Tabletten und in der dritten Apotheke weiße Dragees erhält.

Außerdem werden die Nebenwirkungserfassung und -zuordnung erschwert und die ärztliche Therapiekontrolle beeinträchtigt. Ein Vetorecht des Patienten ist nicht vorgesehen. Seine Präferenz spielt keine Rolle.

Gerade noch abgewehrt werden konnte ein **Preisabschlag** von vier Prozent auf innovative, patentgeschützte Produkte. Weil die pharmazeutische Industrie belegen konnte, dass die gleiche Maßnahme unter Bundesgesundheitsminister Seehofer vor neun Jahren mit dem Verlust von 23.000 Arbeitsplätzen (von 1993-1999) und Investitionen verbunden gewesen war, nahm die Bundesregierung von der Wiederholung dieses missglückten Kostendämpfungsexperiments Abstand.

Ordnungspolitisch ist es für die pharmazeutische Industrie nun einmal wesentlich, dass die Marktpreisbildung und der effektive Patentschutz für innovative Arzneimittel garantiert sind. Ansonsten lassen sich Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen von durchschnittlich 800 Millionen Euro für ein einziges neues Medikament nicht refinanzieren.

Doch, auch wenn die Bundesregierung dies anerkennt, ist das betroffene Produktsegment nicht vor neuen Reglementierungen sicher.

## **Sparen durch Reimporte kommt einer Milchmädchenrechnung gleich**

Getroffen wird es von der Reimportförderklausel. Unter Re- und Parallelimporten versteht man Arzneimittel, die vom Hersteller in einen ausländischen Markt geliefert worden sind und dort einen staatlich festgesetzten niedrigeren Preis als in Deutschland haben.

Solche Preisfestsetzungen sind in vielen europäischen Ländern üblich, die selbst keine Pharmastandorte sind. Die Medikamente werden von Importhändlern aufgekauft und nach Deutschland zurück verbracht.

Die Regierung meint, mit Reimporten könne man ganz wunderbar die Arzneimittelkosten senken. Deshalb sind die Apotheken bei der Abgabe von Arzneimitteln verpflichtet, eine Reimportquote von aktuell 5,5 Prozent und künftig von 7,0 Prozent einzuhalten.

Die Reimporteure freuen sich, denn eine solche garantierte Umsatzsteigerung gibt es in keiner anderen Branche!

Die Politik argumentiert natürlich mit dem Kostenvorteil.

Durch die niedrigeren Preise der Reimporte haben die Gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2001 rund 60 Millionen Euro eingespart. Und das sind sage und schreibe etwa 0,3 Prozent der Gesamtausgaben für Arzneimittel.

Dafür werden Anwendungs- und Dosierungsprobleme mit reimportierten Arzneimitteln in Kauf genommen. Nach Auskunft der Deutschen Diabetes-

Gesellschaft und des Berliner Landesverbands des deutschen Diabetikerbunds häufen sich die Beschwerden von Diabetikern über reimportierte Insulin-Produkte. Auch die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) berichtet über zunehmende Reklamationen.

Ein weiterer interessanter Effekt ist, dass die Praxis der Reimporte den Bundeshaushalt mehr kostet als die Gesetzliche Krankenversicherung einspart:

Durch die Umlenkung der Produkte über das Ausland entgehen dem deutschen Fiskus Steuereinnahmen in beträchtlicher Höhe, die nicht durch entsprechende Steuerzahlungen der Importeure kompensiert werden. Stattdessen entstehen im Ausland Steuerpflichten und weitere Kosten, die über die Preise der Importarzneimittel gedeckt werden müssen.

Nachteile erfährt auch die forschende pharmazeutische Industrie. Auf Dauer kann es sich keine Branche leisten, Forschung, Entwicklung und Produktion unter den inländischen Kostenbedingungen aufrecht zu erhalten, wenn sie beim Absatz ihrer Produkte mit dem Preisniveau von Billigländern konfrontiert wird.

Und weil das Reglementieren so schön ist, geht es gleich auf zu neuen Ufern:

Man könnte ja eine **Vierte Hürde** für Arzneimittel einführen. Findet zumindest die SPD. Neben Wirksamkeit, Qualität und Sicherheit soll künftig noch der Zusatznutzen belegt werden. Denn angeblich lässt sich zum Beispiel mit der Ausgrenzung von Analogpräparaten das marode Gesundheitssystem retten.

Auch diese Annahme ist falsch, was erfahrungsgemäß allerdings beim Vorhandensein politischer Mehrheiten die Umsetzung des Vorhabens nicht behindern muss.

Tatsache ist: Häufig erweisen sich Analogpräparate als Weiterentwicklung bekannter Substanzen. Sie sind therapeutisch vorteilhaft, weil sie zum Beispiel ein geringeres Nebenwirkungsspektrum haben als die Ersubstanz.

Für den Arzt und auch den Patienten bedeutet dies eine wertvolle therapeutische Diversifizierung der Arzneimittelpalette.

Analogpräparate sind zudem in der Regel ökonomisch vorteilhaft für das Gesundheitssystem, da sie Preiswettbewerb auslösen, indem sie noch während der Patentlaufzeit die Monopolstellung der Ersubstanz am Markt durchbrechen. Dies kann erhebliche Einsparungen für die Krankenkassen zur Folge haben.

So liegen zum Beispiel die Tagesdosiskosten des ersten Wirkstoffs aus der Reihe der CSE-Hemmer deutlich über den Tagesdosiskosten der nachfolgenden

Entwicklungen. Die Krankenkassen konnten dadurch allein im Jahr 2000 rund 130 Millionen Euro sparen.

Es bleibt festzuhalten: Die vierte Hürde bringt weder eine erhöhte Qualitätssicherung noch sinnvolle Einsparungen. Sie hat lediglich einen erhöhten Verwaltungsaufwand zur Folge.

Sie ist ein Standorthindernis erster Güte. Denn wenn sich Schrittinnovationen für die Industrie nicht mehr lohnen, wird dies auch generell negative Auswirkungen auf die Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten der Branche haben.

Doch was das Schlimmste ist: Die Patienten müssen länger auf neue Arzneimittel warten als nötig, wenn die vierte Hürde tatsächlich kommt.

## **Wir brauchen eine wettbewerbliche Neugestaltung des Gesundheitswesens**

Sollte nun irgendwer annehmen, zumindest der Arzt sei angesichts dieser Vielzahl von Mengen- und Preisregulierungen bei seinen Therapieentscheidungen frei von Reglementierungen, der irrt.

Jahrelang haben Ärzte unter dem Druck von Arzneimittelbudgets ihre Verordnungen vornehmen müssen; bei Überschreitung des Budgets drohte Regress. Diese Budgets haben zu Rationierung und Unterversorgung mit innovativen Arzneimitteln geführt. Deutschland ist europäisches Schlusslicht, was die Verordnungen innovativer patentgeschützter Arzneimittel angeht: Der Verordnungsanteil bei diesen wichtigen Medikamenten liegt bei 24 Prozent der Gesamtarzneimittelausgaben.

Im vergangenen Jahr hat die Bundesregierung dies anerkannt und deshalb die Budgets abgeschafft – allerdings nicht, ohne zugleich Richtgrößen und Zielvereinbarungen einzuführen, zu deren Einhaltung der Arzt verpflichtet ist. Heute wissen wir, dass Richtgrößen nichts anderes sind, als Budgets in neuem Gewand, die wegen Untauglichkeit abgeschafft worden sind.

Soweit mein Weg durch den Regulierungsdschungel im deutschen Gesundheitswesen – Teilbereich Arzneimittelsektor.

Sollten Sie jetzt den Eindruck haben, dass dieses System für Sie nicht überschaubar ist, teilen sie diesen Eindruck mit der Mehrheit Ihrer Mitbürger. Wer hier durchsteigen will, muss eine Reise nach Absurdistan antreten!

Deshalb brauchen wir eine Gesundheitsreform, die den Namen Strukturreform verdient.

Nur ein Regulierungsstopp sowie eine wettbewerbliche und sozial flankierte Neuorientierung des Systems wird auch eine Qualitätsverbesserung bringen. Eine neue Balance von Solidarität einerseits und Selbstbestimmung sowie Eigenverantwortung des Versicherten andererseits ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Reform des Gesundheitswesens.

Wir brauchen eine allgemeine Versicherungspflicht für die Bevölkerung, damit sich jeder darauf verlassen kann, auch in Zukunft gegen die großen Lebensrisiken abgesichert zu sein.

Gleichzeitig muss jedem Bürger die Möglichkeit eingeräumt werden, eine Auswahl zwischen Leistungen und Formen der Krankenversicherung zu treffen. Wahlangebote für die Versicherten erfordern zugleich eine Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenversicherer und der Leistungserbringer.

Ein funktionierender Wettbewerb der Kassen und Leistungsanbieter wird auch eine hochwertige Gesundheitsversorgung garantieren. Erforderlich sind risikoadäquate Beiträge, wobei der notwendige soziale Ausgleich steuerfinanziert werden muss.

Die Krankenversicherung ist mit den aktuellen Umverteilungsaufgaben überfordert.

Diese soziale Umverteilungsaufgabe muss zur Stärkung des Solidarprinzips auf das Steuersystem konzentriert werden.

Entsprechend ist die Gesetzliche Krankenversicherung von versicherungsfremden Leistungen zu befreien und sozialpolitische Verschiebebahnhöfe, die allein im Jahr 2001 zu einer Belastung von rund 5,2 Milliarden Euro geführt haben und in diesem Jahr zu einer Belastung von etwa 6,3 Milliarden Euro führen werden, sind abzubauen.

Wenn dies geschieht, dann haben wir den Regulierungsdschungel gelichtet, die Finanzen geordnet, die Qualität verbessert und endlich den Patienten für mündig erklärt. Dann wird er sich auch wieder positiv äußern, wenn er zum deutschen Gesundheitswesen befragt wird.

## **Die Autorinnen/Die Autoren**

*Ulf Fink*, MdB (bis September 2002), Senator a. D., ehemaliges Mitglied des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag

*Prof. Dr. Winand Gellner*, Inhaber des Lehrstuhls für Politikwissenschaft II der Universität Passau, Herausgeber von PIN – Das Online-Portal (<http://www.politik-im-netz.com>)

*Herbert Rebscher*, Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes der AngestelltenKrankenkassen e. V. (VdAK) und des AEV-Arbeiter-Ersatz-kassen-Verbandes e. V. (AEV)

*Dr. Gerd Strohmeier*, wiss. Assistent am Lehrstuhl für Politikwissenschaft II der Universität Passau, Chefredakteur von PIN – Das Online-Portal

*Cornelia Yzer*, Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) e. V.