

I. Einleitung

Warum erscheint uns das Gesundheitswesen als ein unüberschaubarer Dschungel, in dem Unangenehmes passiert? Sind die Zusammenhänge so schwer zu durchschauen? So schwer, daß sich viele Leute abwenden und in dumpfem Fatalismus sagen: „*Das, was auf uns zukommt, können wir sowieso nicht beeinflussen.*“ Der Grund dafür liegt darin, daß sich bislang niemand daran gemacht hat, die Fäden geduldig zu entwirren. Im vorliegenden Buch soll dies geschehen.

Wir alle wissen, daß wir in ein kollektives System von Netzwerken, Diensten und Abhängigkeiten eingebunden sind. Ohne die Einbindung in dieses System wäre der Einzelne nicht in der Lage, unsere über Jahrtausendeentwickelten Hilfsmittel zu nutzen und all die Annehmlichkeiten, all den Komfort und all die Sicherheit des modernen Lebens in unserer Gesellschaft zu genießen. Wenn wir dies bewahren wollen, müssen wir die gegenwärtige Mißwirtschaft im Gesundheitswesen, dem größten Wirtschaftsbereich unseres Landes, überwinden. Hier werden Gelder vergeudet, die uns anderswo fehlen.

Die meisten von uns haben andere Verhältnisse noch nie erlebt. Sie können sich daher nicht vorstellen, daß auch einmal andere Verhältnisse eintreten können. Ein Blick über den europäischen Tellerrand zeigt uns aber, daß dies in weiten Teilen der Welt der Fall ist. Die Mehrzahl der Menschen muß unter Umständen leben, die wir schwerlich ertragen könnten.

Was bedeuten diese Überlegungen für unser Thema, die Krise des deutschen Gesundheitswesens? Wir müssen alles, was wir hier erörtern, vor dem Hintergrund sehen, daß sich unser Lebensstandard nur dann halten läßt, wenn unser wirtschaftliches System funktioniert. Um all die Güter und Dienstleistungen produzieren zu können, auf die wir angewiesen sind, brauchen wir Sicherheit. Wir brauchen Sicherheitsnetze, die unseren Absturz verhindern. Wir brauchen militärische Sicherheit. Wir brauchen innere Sicherheit. Und wir brauchen gesundheitliche Sicherheit. All dies kostet Geld. Unsere Leistungsfähigkeit ist aber begrenzt. Wir können jeden Euro nur einmal ausgeben.

Eigentlich müßte sich leicht feststellen lassen, wo unser Geld am sinnvollsten einzusetzen ist. Die Komplexität unseres Gesundheitssystems bewirkt aber, daß der einzelne dies kaum noch erkennen kann. Mißwirtschaft ist die Folge. Dabei spielt auch eine Rolle, daß wir zwei verschiedenen Arten von Geld unterscheiden. Zum einen das eigene Geld, das wir uns selbst erarbeitet haben und mit dem wir sorgfältig umgehen. Zum anderen das anonyme Geld in den öffentlichen Töpfen. Dieses letztere Geld scheint niemandem zu gehören. Es auszugeben fällt uns viel leichter als bei eigenem Geld. Die Folge ist fatal. Alles, was mit anonymem Geld bezahlt wird, ist viel teurer als Waren oder Dienstleistungen, die wir aus eigener Tasche bezahlen. Die Leichtigkeit, mit der anonymes Geld ausgegeben wird, ist eine der wesentlichen Ursachen für die gegenwärtigen Mißstände in unserem Gesundheitswesen.

Eine weitere Ursache dieser Mißstände liegt in der fehlenden Verantwortlichkeit der Entscheidungsträger. In den zahlreichen politischen und gesellschaftlichen Gremien, die über unser Gesundheitssystem befinden, ist die Verantwortung für Entscheidungen – d. h. Ausgaben – niemals auf einen einzelnen zurückzuführen. Deren Verantwortlichkeit endet an der Grenze der eigenen Partei, des jeweiligen Interessenverbandes, des jeweiligen Ministeriums.

Die wichtigste Ursache liegt aber darin, daß wir die Kräfte von Markt und Wettbewerb weitgehend aus dem Gesundheitsmarkt – dem größten Teilmarkt unserer Wirtschaft – verbannt haben. Mehr als vier Millionen Menschen sind darin tätig. Mit einem Anteil von 11,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (im Jahre 2002) oder 234,2 Mrd. Euro (pro Einwohner 2840 Euro) ist dieser Gesamtmarkt für Gesundheit sogar der dominierende Wirtschaftsfaktor in Deutschland. Kein anderer Teilmarkt übertrifft ihn. Im internationalen Vergleich geben nur die Bürger der USA mit rund 15 Prozent des Bruttoinlandsproduktes mehr Geld für die Gesundheit aus. Staatlicher Dirigismus und politische Einflußnahme beherrschen diesen Markt. Das permanente Scheitern dieser Bemühungen in den letzten 120 Jahren hat zu keinem Umdenken geführt. Im Gegenteil, unverdrossen werden neue dirigistische Maßnahmen als wirksame „Gesundheitsreformen“ verkauft. Man könnte meinen, der Zusammenbruch der sozialistischen Staaten in Osteuropa hätte nie stattgefunden. Würde beispielsweise unser Automarkt auf diese Weise durch „Kraftfahrzeugfahrersicherungs-gesetze“ und „Autoproduktionsmodernisierungsgesetze“

reguliert, müßten wir im Trabant durch die Gegend fahren (nachdem wir zwanzig Jahre auf dessen „Zuteilung“ durch die Staatsbehörde gewartet haben).

Diese und weitere Ursachen erklären die gegenwärtige Krise unseres staatlich reglementierten Gesundheitssystems. Sie ist eine Krise der gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen, der Finanzierung und des Managements. Die ganze Bandbreite der Mißstände ist auf diese Systemfehler – die Reglementierung durch den Staat – zurückzuführen. Einige Beispiele mögen dies verdeutlichen:

- Die Beiträge der Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben nichts mit den Leistungen von Ärzten und anderen Gesundheitsproduzenten zu tun. Als Folge hiervon sind die Beitragszahler bemüht, ohne Rücksicht auf die Kosten möglichst viele Leistungen in Anspruch zu nehmen. So finden jährlich 560 Mio. Erstkontakte mit Ärzten statt, was acht Arztbesuchen pro Jahr entspricht. Insgesamt gaben laut einer Befragung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung im Jahre 1998 rund zwei Drittel der befragten GKV-Versicherten an, in den letzten drei Monaten niedergelassene Ärzte in Anspruch genommen zu haben. Dabei fanden durchschnittlich 3,3 Arztkontakte je Versicherten statt, wobei 56 Prozent dieser Befragten nur einen oder zwei Kontakte und eine Gruppe von sechs Prozent zehn und mehr Kontakte hatten. Die Zahl der in diesem Zeitraum kontaktierten Ärzte betrug durchschnittlich 1,6. Nur einen einzigen Arzt besuchten 59 Prozent, 27 Prozent zwei Ärzte, 12 Prozent drei und mehr Ärzte. Insgesamt fanden also pro Jahr 13,2 Arztbesuche statt, was bei rund 70 Mio. Versicherten rund 924 Mio. Arztbesuche ausmacht. Im Ausland liegen die Vergleichszahlen dagegen viel niedriger, in den europäischen Nachbarländern bei etwa einem Drittel. Deutsche gehen also dreimal soviel zum Arzt wie Nichtdeutsche. Das unsinnige System verführt sie dazu.
- Die Leistungen der Kassen an die Patienten bestehen nicht in Geld, sondern in Sach- und Dienstleistungen. Von allen anderen Mängeln dieser Vorgehensweise einmal abgesehen, ist dadurch Transparenz von vornherein ausgeschlossen. Man stelle sich vor, die Patienten müßten ihre Beiträge ebenfalls in Form von Sachleistungen erbringen: Der Handwerker gäbe bei seiner Krankenkasse Schuhe ab, der Bauer Kartoffeln, der Zeitungsdrucker zahlte mit Zeitungen, der Jurist mit Rechtsgut-

achten usw. Dies wäre zwar absurd, aber nicht absurder, als das sogenannte Sachleistungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

- In der ärztlichen Versorgung gibt es eine völlig unnötige Chinesische Mauer zwischen der ambulanten Patientenversorgung in den Praxen und der stationären Versorgung im Krankenhaus. Wird ein Patient ins Krankenhaus eingewiesen, sind seine bisherigen Untersuchungsergebnisse nichts mehr wert. Vielmehr werden alle für die Behandlung erforderlichen Untersuchungen ohne Rücksicht auf die Kosten nochmals durchgeführt.
- Die Organisation der meisten von der öffentlichen Hand getragenen Krankenhäusern leidet unter gravierenden betriebswirtschaftlichen Mängeln. Von modernem Management kann im allgemeinen keine Rede sein. Ärzte, Pflegekräfte und Verwaltungsdienst arbeiten oftmals mehr gegen- als miteinander. Die meisten Häuser fahren hohe Defizite ein. Hierfür muß dann der Steuerzahler eintreten (Stichwort „anonymes Geld“).
- Die Aufsicht über das öffentliche Krankenhaus-„Management“ liegt bei Landes- und Kommunalpolitikern. Diese sind mit dieser Aufgabe oftmals überfordert. Eine fachlich qualifizierte Aufsicht, wie sie in der Wirtschaft üblich ist, fehlt in vielen Fällen. Als Folge davon werden Managementfehler in den Krankenhäusern nicht behoben.
- Das kürzlich eingeführte Fallpauschalensystem (DRG), das die Liegezeiten der Patienten im Krankenhaus verkürzen soll, ist eine Quelle für Abrechnungstricks und zwingt die Ärzte zu bürokratischen Tätigkeiten, die mit ihrem Beruf nichts zu tun haben. Auch führt es zu Auseinandersetzungen zwischen den gesetzlichen Kassen und den öffentlichen Krankenhäusern, beides Institutionen der öffentlichen Hand. Nicht selten ist ein Kuhhandel über die Erstattung der Kosten die Folge.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten von den Kassen das den Vertragsärzten zustehende Geld für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in einer Summe und verteilen dieses nach fragwürdigen Regeln unter die Ärzte. Das ist so, als würden die Arbeitgeber die Löhne der Arbeitnehmer in einer Summe an die Gewerkschaften überweisen und es diesen überlassen, das Geld „gerecht“ zu verteilen.
- Die „forschenden“, aber längst kaum noch in Deutschland forschenden Pharmaunternehmen haben durch den Grundsatz,

daß die Kassen alles „bezahlen“ müssen, weitgehend freie Hand, Kosten zu produzieren. Alle Bemühungen um Preisbeschränkungen durch dirigistische Maßnahmen sind zum Scheitern verurteilt. Das einzige wirksame Instrument zur Bekämpfung von Wettbewerbsmißbräuchen – das Kartellrecht – wird in diesem Bereich nicht genutzt.

- Die Hersteller der nicht oder nicht mehr unter Patentschutz stehenden Medikamente (Generika) können ihre Waren in Deutschland bis zum Zwanzigfachen des auf dem Weltmarkt üblichen Preises verkaufen. Auch hier fehlt eine wirksame Mißbrauchskontrolle.
- Die Krankenkassen leben von der Hand in den Mund. Statt wie die privaten Krankenversicherer Alterungsrückstellungen zu bilden, um die Beiträge angesichts zunehmender Vergreisung unserer Gesellschaft auch in Zukunft bezahlbar zu halten, machen sie sogar Schulden. Daß dies gesetzlich untersagt ist, kümmert sie nicht.

Soweit die Liste der Beispiele. Unser Buch analysiert das deutsche Gesundheitssystem und stellt ihm die Diagnose. Es zeigt, wer die Akteure sind, welche Interessen diese verfolgen, welche Spielregeln dabei gelten, wo die Profiteure sitzen und wo die Verlierer, welchen Nutzen und welchen Schaden das System stiftet und was zu tun ist.

Um das Ergebnis vorwegzunehmen: Dieses System hat keine Zukunftsaussichten. Mit einzelnen Teilreparaturen, wie wir sie laufend erleben, ist es nicht getan. Wir müssen vielmehr die grundlegenden Systemfehler beseitigen, die schon im Kaiserreich beseitigt wurden. Das Ziel kann nur darin bestehen, ein modernes System zu schaffen, welches die Menschen nicht länger bevormundet, sondern als mündige Bürger respektiert. Dem Wettbewerb ist Raum zu geben. Für eine moderne Medizin sind Freiräume zu schaffen. Leistungen und Gegenleistungen müssen wieder ins Lot gebracht werden. Und Solidarität muß praktiziert werden, aber an der richtigen Stelle, und nur da, wo sie nötig ist. Der Staat muß sich zurückziehen und darauf beschränken, Mißstände zu unterbinden. Ein Beispiel bietet die derzeit in der privaten Krankenversicherung fehlende Möglichkeit, individuell gebildete Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherers mitzunehmen. Dies ist ein Mißstand, der den Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung praktisch ausschließt.

Hinter uns liegt ein langer Weg, auf dem die Menschen sich mühten, die Ursachen von Krankheiten nicht Göttern, eigenen früheren Verfehlungen und Dämonen zuzuschreiben, sondern mit dem Verstand zu ergründen und nach Abhilfe zu suchen. Man muß diesen Weg auf den einzelnen Gesundheitsfeldern – Arztberuf, Krankenhauswesen, Apotheken, Pharmaindustrie, Medizintechnik – in die Betrachtung einbeziehen, wenn man erkennen will, wo wir heute stehen und was wir geschaffen haben: Eine hochentwickelte und leistungsfähige Medizin mit qualifizierten und engagierten Menschen, die uns vielfach hilft, und die uns noch viel besser helfen wird, wenn wir sie auch effizient zum vollen Einsatz bringen können. Um dies deutlich zu machen, haben wir stets auch die historischen Entwicklungen skizziert, die zum heutigen Zustand geführt haben. Nur wenn man die Vergangenheit kennt, kann man die Zukunft gewinnen. Manche Schwachstellen des heutigen Systems, etwa die gesetzliche Krankenversicherung mit ihren von Grund auf verfehlten Prinzipien, lassen sich überhaupt nur durch eine Darstellung der historischen Umstände verstehen, die zu ihrer Entstehung und heutigen Ausprägung geführt haben.

Am Ende unserer Untersuchung steht ein Reformmodell. Es zeigt, wie ein modernes und zukunftsfähiges Gesundheitsmodell aussehen kann.