



Jobmotor Gesundheit

Vom Kostenfaktor
zum Zukunftsmarkt

Prof. Dr. Norbert Klusen



Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

Inhalt

Zukunftsmarkt Gesundheit	3
Für ein leistungsstarkes Gesundheitssystem	5
Wettbewerb entfesselt Dynamik	8
Qualität schafft Vertrauen	11
Prävention – zentraler Wachstums- markt statt „weiches Thema“	14
Deutschland als Innovations- standort für Gesundheit	15
Europa als Chance	19
Plädoyer für eine mutige, kraftvolle Reform	21

Herausgeber: Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg
Telefon: 040 - 6909 1783, Fax: 040 - 6909 1353, E-Mail: pressestelle@tk-online.de

© Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung – auch aus-
zugsweise – nicht gestattet.

Zukunftsmarkt Gesundheit

Die Gesundheitsreform 2006 fällt in eine Zeit tief greifender Umbrüche. Im zweiten Jahr hintereinander registrieren wir mehr als 5 Millionen Arbeitslose. Die industrielle Produktion, das Rückgrat der deutschen Wirtschaft, verlagert sich schrittweise in preisgünstige Länder in Osteuropa und Asien. Und das wirtschaftliche Wachstum in Deutschland erweist sich seit Jahren als zu schwach, um das Beschäftigungsvolumen zu vergrößern.

Gleichzeitig registrieren wir die ersten seismografischen Ausschläge jener Erschütterung, die unter der Bezeichnung „demografischer Wandel“ unser Leben verändern wird. Die Lebenserwartung der Menschen steigt immer weiter; die Zahl der Geburten ist dagegen auf ein Rekordtief gesunken. Schon jetzt steht fest: In den kommenden 20 Jahren wird die deutsche Bevölkerung im Durchschnitt dramatisch altern – und dann sogar schrumpfen.

Solche Rahmenbedingungen hat es seit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland vor fast 125 Jahren nicht gegeben. Sie stellen die Gesundheitspolitik vor Herausforderungen, für die es auch international kaum Beispiele oder Vorbilder gibt. Das heißt: Um ein modernes Gesundheitssystem für das 21. Jahrhundert zu schaffen, müssen wir politisches Neuland betreten – und zwar entschlossen und mutig. Nur so werden wir der Wucht des Wandels gerecht werden können.

Eine schonungslose Analyse der Gesundheitspolitik beginnt mit dem Eingeständnis, dass wir gedanklich in den Kategorien der alten Industriegesellschaft gefangen sind. Wegen seiner chronischen Finanzierungsschwierigkeiten fassen wir das Gesundheitswesen vor allem als Kostenproblem auf. Seit 30 Jahren greifen wir mit immer hektischeren und hilfloseren Notoperationen in dieses System ein, ohne dass langfristige Stabilität erreicht wurde. Die Politik der klassischen Kostendämpfung hat sich längst erschöpft.

In der Fußball-Welt müssten wir das deutsche Gesundheitswesen mit einem Spielsystem vergleichen, das sein Heil in der Defensive sucht. Mit einem dicht gestaffelten Abwehrriegel igeln wir uns vor dem eigenen Tor ein und verteidigen uns mit aller Kraft gegen gegnerische Angriffe. Auf die steigende Anzahl der Attacken reagieren wir mit immer ausgefeilteren Abwehrtricks. Aber wir kommen nicht auf die nahe liegende Idee, mit langen öffnenden Pässen die Offensive zu suchen. Wer allein die Taktik beherrscht, auf „null zu null“ zu spielen, wird niemals auf Dauer an die Spitze gelangen.

Wenn wir den Übergang von der Industrie- zur Wissenschaftsgesellschaft nicht nur propagieren, sondern gestalten wollen, müssen wir in der Gesundheitspolitik von der reinen Verteidigung auf Angriff umschalten. Wir brauchen dafür eine neue Betrachtungsweise auf das Gesundheitswesen. In einer älter werdenden und von Arbeitslosigkeit gebeutelten Gesellschaft ist das Gesundheitswesen keine reine Kostenbelastung mehr, sondern einer der wichtigsten Zukunftsmärkte für

Wachstum und Beschäftigung. Der demografische Wandel ist nicht nur Bedrohung, sondern auch Chance.

Schon jetzt gehört das Gesundheitswesen zu den Schlüsselbranchen in Deutschland. Mehr als vier Millionen Menschen arbeiten in Arztpraxen, Krankenhäusern, Kur- und Rehakliniken, Apotheken, Krankenkassen, Fitness-Studios und Wellness-Einrichtungen. Rund jeder neunte Arbeitsplatz hängt hierzulande an der Gesundheit, mehr als in der Automobilindustrie – mit steigender Tendenz.

Eine Studie des renommierten Hamburgischen WeltWirtschaftsinstituts (HWWI) im Auftrag der TK hat die enormen beschäftigungspolitischen Wirkungen aufgezeigt, die von einer tief greifenden Gesundheitsreform ausgehen können. Nach Berechnungen der Wissenschaftler können bis zum Jahr 2020 rund 640.000 zusätzliche Arbeitsplätze entstehen, wenn Wettbewerbsdefizite und falsche Anreizmechanismen jetzt mutig beseitigt werden. Hätten wir ein solches liberalisiertes, auf Effizienz ausgerichtetes Gesundheitswesen schon heute, ließe sich die Arbeitslosenquote nach dem Urteil der Ökonomen um 1,2 Prozentpunkte senken.

Neue Technologien sind Auslöser und Begleiter jeder großen gesellschaftlichen Weiterentwicklung. Ökonomische Quantensprünge erigneten sich mit der Erfindung der Dampfmaschine, die Millionen Menschen vom Land in die Städte ziehen ließ und sie von Bauern zu Industriearbeitern machte, oder mit der Verbreitung von Automobilen und Flugzeugen, die die Welt in ein Dorf

verwandelten. In einer reifen Industriegesellschaft wie Deutschland kann der Gesundheitssektor Träger einer solchen neuen Wachstumswelle sein und bislang nicht vorhandene Märkte, Arbeitsplätze und Infrastrukturen schaffen.

Die Voraussetzungen dafür sind günstig. Immer mehr Menschen sind bereit, einen wachsenden Teil ihres Einkommens in ihre Gesundheit zu investieren. Millionen Menschen verfügen zudem über die finanziellen Mittel, zusätzliche Gesundheits- und Pflegeleistungen zu konsumieren. Die durchschnittlichen Alterseinkommen und die Privatvermögen sind im Vergleich zur vorangegangenen Generation deutlich gewachsen.

Zur gleichen Zeit bahnen sich medizinische und technologische Innovationssprünge an, die neue Nachfrageschübe auslösen. Die Bio-, Gen- und Nanotechnologie werden weite Bereiche der Gesundheitsangebote revolutionieren. Zu erwarten sind erheblich effizientere Behandlungsverfahren, aber auch innovative Produkte in der Medizintechnik und neue Arzneimittel.

Das Verständnis und die Definition von Gesundheit befinden sich im Wandel. Noch begreifen wir Gesundheit vor allem als Abwesenheit oder erfolgreiche Behandlung von Krankheit. In Zukunft wird der möglichst lebenslange Erhalt von Wohlbefinden und damit die Bedeutung von Prävention erheblich zunehmen.

Die anstehende Gesundheitsreform in diesem Jahr wird zeigen, ob wir die Chancen dieser Entwicklungen beherzt nutzen – oder ob wir eine

weitere Gelegenheit für mehr Wachstum und Beschäftigung in Deutschland verpassen. Wir müssen unseren Blick weg vom Götzen eines stabilen oder gar sinkenden Beitragssatzes lenken und die Bedeutung der Gesundheit als Wirtschafts- und Arbeitsplatzmotor für die gesamte Volkswirtschaft erkennen. Nur so können wir die Bereitschaft der Menschen, mehr für ihre Gesundheit zu investieren, in neue Therapiemöglichkeiten und in neue Arbeitsplätze ummünzen.

Ein modernes Gesundheitssystem kann zu einer tragenden Säule einer zukunftsorientierten Wirtschaft werden. Beherzigt man dies, ergeben sich die Konsequenzen für die Gesundheitsreform 2006 beinahe wie von selbst.

Hastige Interventionen, politisch motivierte Wettbewerbsbeschränkungen und staatlicher Dirigismus – also die gesundheitspolitischen Rezepte der vergangenen 30 Jahre – haben Wachstum gehemmt und Arbeitsplätze nur scheinbar gesichert. Jetzt ist es an der Zeit, Verkrustungen am Gesundheitsmarkt aufzubrechen, bürokratische Strukturen zu entschlacken, mehr Investitionen zu ermöglichen und Freiräume für Kreativität zu schaffen. Nicht die Anliegen einzelner Interessengruppen dürfen im Mittelpunkt stehen, sondern die Qualität der Versorgung und die Aussichten auf Wachstum und Beschäftigung.

Die große Koalition der Volksparteien bietet dafür eine Chance. Eine Regierung, die sich auf so breite parlamentarische Mehrheiten stützt, muss auf Klientel-Interessen deutlich weniger Rücksicht nehmen. Das er-

öffnet Spielräume für grundlegende Weichenstellungen. Und es erlegt der Koalition die Verantwortung auf, diesen günstigen Zeitpunkt nicht leichtfertig verstreichen zu lassen.

Für ein leistungsstarkes Gesundheitssystem

Deutschland hat ein leistungsfähiges Gesundheitssystem. Dieser Befund wirkt auf den ersten Blick überraschend, weil wir seit Jahren vor allem über Schwächen und steigende Kosten klagen. Die beständige Schwarzmalerei hat Wirkung bei den Menschen hinterlassen. Umfragen zeigen, dass das Vertrauen der Patienten in die langfristige Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems nachlässt.

Natürlich besteht der dringende Bedarf an zügigen und umfangreichen Reformen. Aber das sollte den Blick auf das Wesentliche nicht verstellen. Kaum ein Gesundheitssystem der Welt ist gleichzeitig so leistungsstark und solidarisch wie die Krankenversicherung in Deutschland. Jeder Versicherte hat freien Zugang zu beinahe allen Ärzten des Landes. Jeder Patient, unabhängig von seinem Einkommen und der Höhe seiner Beiträge, hat Anspruch auf eine erstklassige medizinische Versorgung. Niemand muss monatelang auf eine notwendige Operation warten, wie dies in Großbritannien, Schweden und vielen anderen Ländern üblich ist. Kein chronisch Kranker braucht Angst zu haben, dass ihm die Solidargemeinschaft der Versicherten die Unterstützung entzieht.

Auch Menschen, die mit höheren persönlichen Krankheitsrisiken leben, stehen alle gesetzlichen Krankenkassen offen. Im Ergebnis möchte deshalb kaum ein Versicherter unser Gesundheitssystem mit dem eines anderen Landes tauschen. Das belegen Umfragen immer wieder.

Diese Errungenschaften sollten wir uns vor Augen führen, bevor wir an die Reform unseres Gesundheitswesens gehen. Der Grundsatz der Solidarität ist ein Wert, den es zu bewahren gilt. Und er ist ein bedeutender Standortfaktor für die internationale Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands.

Mit dieser Gewissheit wird es einfacher, bei der Gesundheitsreform nicht der Verlockung einer falschen Fährte zu folgen. Manche argumentieren: Je weniger Geld in die Gesundheitsversorgung fließt, desto stärker verbessere sich Deutschlands internationale Wettbewerbsfähigkeit. Das ist ein Irrtum.

Deutschland braucht auch in Zukunft kein billiges Gesundheitssystem. Unsere Gesundheitsversorgung ist uns wertvoll und teuer. Wir lassen sie uns jährlich rund 300 Milliarden Euro kosten, aufgebracht zum Großteil von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Aber diese Aufwendungen sind – entgegen den Behauptungen von Arbeitgeberverbänden – kein entscheidendes Hindernis für neue Jobs. Eine Studie von zwei renommierten Instituten im Auftrag der Techniker Krankenkasse belegt: Deutsche Unternehmen werden durch die Arbeitgeberbeiträge zur Gesundheit nur mit 3,2 Prozent des Produktionswertes belastet. In vielen anderen Industriestaaten, zum

Beispiel in Frankreich und den Niederlanden, werden Betriebe deutlich stärker für die Kosten der Gesundheitsversorgung herangezogen. Selbst in den USA, wo man Pflichtbeiträge der Unternehmen nicht kennt, zahlen Arbeitgeber gemessen am Firmenumsatz dafür genauso viel wie bei uns.

In der gesundheitspolitischen Debatte richten wir den Scheinwerfer viel zu einseitig auf die Kostendämpfung. Die Gefahr einer Beitragserhöhung wird beinahe zu einer nationalen Katastrophe aufgebauscht. Darin liegt ein strategischer Fehler. Ein Kas senbeitrag von zehn oder zwölf Prozent ist kein Wert an sich. Ein breit angelegtes, qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem hat seinen Preis. Die Versicherten erwarten weiterhin einen flächendeckenden Zugang zu guten Ärzten und allen medizinisch notwendigen Leistungen, hohe fachliche Exzellenz – und keine Rationierungen und Streichungen im Leistungskatalog. Dafür sind sie bereit, einen angemessenen Preis zu zahlen.

Neue Jobs entstehen nicht wegen niedriger Beiträge zur Krankenversicherung. Sie entstehen, weil Firmen interessante Produkte entwickeln und anbieten. Und sie verschwinden auch nicht wegen hoher Gesundheitskosten. Arbeitsplätze werden vernichtet, weil sich Rahmenbedingungen grundlegend verändern oder weil Unternehmen im Wettbewerb zu langsam reagieren. Beispiel Textilindustrie: Zwischen 1995 und 2000 sank die Belastung deutscher Arbeitgeber durch Gesundheitsabgaben in dieser Branche um 16,2 Prozent. Dennoch nahm die Zahl der Arbeitsplätze im selben Zeitraum um

26,8 Prozent ab und verlagerte sich in Billiglohnländer. Im Fahrzeugbau dagegen wuchs die Beschäftigung um 18,3 Prozent, obwohl sich die gesundheitsbedingten Kosten im selben Zeitraum um 31 Prozent erhöhten.

Wer die Gesundheitspolitik allein mit der Kostenbrille betrachtet, denkt nicht langfristig. Richten wir den Blick daher auf die enormen Wachstumschancen einer kreativen und innovativen Gesundheitsversorgung.

Die gesetzliche Krankenversicherung braucht dafür eine stabile Finanzierungsbasis. Dazu hat die Gesundheitsreform 2004 einen wichtigen Beitrag geleistet. Aber die wachsende Zahl von Rentnern und Ruheständlern, das anhaltend niedrige Wirtschaftswachstum, stagnierende Löhne und die angekündigte Streichung des Bundeszuschusses zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen bedeuten bereits wieder Einnahmeausfälle in Milliardenhöhe. Bei der Sanierung von Staatsfinanzen, Renten- und Arbeitslosenversicherung dürfen die Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung nicht länger in die Spiegelstriche auf den hinteren Seiten von Reformpapieren rutschen.

Die Techniker Krankenkasse betrachtet es durchaus als ihre Aufgabe, die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern zu gewährleisten. Es liegt auch im Interesse der Versicherten, dass die medizinische Versorgung der Kinder nicht von den Unwägbarkeiten des chronisch klammern Bundeshaushalts abhängt. In Phasen schwacher Konjunktur oder unter dem Konsolidierungsdruck von Maastricht-Kriterien könn-

te die Politik in Zwänge und Zielkonflikte geraten, die zu Lasten der Kinder – also der Erwachsenen und Beitragszahler von morgen – entschieden werden.

Eine stabile Finanzierung der GKV ist ohne Veränderungen im System der privaten Krankenversicherung (PKV) dauerhaft nicht möglich. Deshalb muss die PKV in die Diskussion über die Gesundheitsreform einbezogen werden. In fast keinem anderen Land der Welt kann sich ein Teil der Bevölkerung – ausgerechnet gesunde Menschen mit hohem Einkommen – so einfach aus der Solidarität der Krankenversicherten verabschieden, oftmals nach jahre- und jahrzehntelanger Zeit der beitragsfreien Familienversicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse.

Viele Patienten und politische Entscheidungsträger glauben, dass private Krankenversicherungen mehr Wahlmöglichkeiten bieten und mehr Effizienz im System erreichen. Wer auf die Realität blickt, erkennt rasch: Beides ist falsch. Privatversicherte können ihre Versicherung nur mit erheblichen finanziellen Einbußen wechseln, weil sie sonst ihre Altersrückstellungen verlieren. Die Prämien der PKV steigen schneller als bei der gesetzlichen Konkurrenz – auch weil die interne Organisation der Privaten deutliche Effizienzschwächen offenbart. 2004 wendeten die PKV-Mitgliedsunternehmen nach eigenen Angaben 11,6 Prozent ihrer Einnahmen für Verwaltung und Vertragsabschlüsse auf. Das ist mehr als doppelt so viel wie bei den gesetzlichen Krankenkassen.

Wir wollen die PKV nicht abschaffen. Das wäre rechtlich nicht möglich und

auch keine geeignete Antwort auf die Probleme. Ein angemessener finanzieller Beitrag der PKV für das Solidarsystem GKV wäre jedoch angebracht.

Wettbewerb entfesselt Dynamik

In vielen Bereichen hat sich gezeigt, wie die Einführung von Wettbewerb das Leben der Menschen erleichtert und zugleich Arbeitsplätze schafft. Telefonieren ist heute viel billiger als vor 20 Jahren. Auch wer Pakete verschicken will, kann dies rascher und günstiger als früher erledigen.

Leider scheuen sich viele politisch Verantwortliche noch immer, diese positiven Erfahrungen mit der Einführung des Wettbewerbs auch auf das Gesundheitswesen zu übertragen. Die Transplantation einer Niere oder die Operation am offenen Herzen sei eben etwas anderes, als ein Paket von A nach B zu tragen. Das ist zwar grundsätzlich richtig, aber auch ein leicht zu durchschauendes Totschlagargument. Denn die falsche Politik der staatlichen Bevormundung verschlingt jedes Jahr überflüssige Milliardenbeträge.

Aus Mangel an Mut beschränkt sich die Politik seit 30 Jahren auf eine Strategie der Kostendämpfung, ohne das Gesundheitssystem effizienter und leistungsstärker zu machen. Die Gesundheitsreform 2004 hat gezeigt: Wir streichen lieber medizinische Leistungen aus dem Behandlungskatalog, statt konsequent auf bessere Wirtschaftlichkeit und Effizienz durch mehr Wettbewerb und Marktdynamik zu setzen.

Drei Gründe haben zu dieser Entwicklung geführt: die Macht der Gewohnheit, eingetretene Pfade nicht zu verlassen, auch wenn sie längst in die falsche Richtung führen; die ungewöhnlich gut organisierte Lobby der Interessengruppen im Gesundheitswesen; vor allem aber ein paternalistisches Menschenbild bei vielen Verantwortlichen, die den Bürgerinnen und Bürgern noch immer nicht zutrauen, ihr Schicksal stärker in die eigenen Hände zu nehmen.

Die immer vielfältigeren Lebensformen der Menschen und ihre individuelleren Lebensstile verlangen zeitgemäße Antworten auch für das Gesundheitswesen. Darum sollte sich die Politik künftig darauf beschränken, Rahmenbedingungen zu setzen. Wer den Anspruch aufrechterhält, jede Entwicklung bis ins Detail steuern zu wollen, zwingt das Gesundheitswesen in ein veraltetes, untaugliches Einheitskorsett. Die Zeit ist reif für einen grundlegenden Neubeginn, der mehr Freiheit in alle Bereiche des Gesundheitssystems einziehen lässt.

Krankenkassen können die Rolle des Motors beim überfälligen Wandel im Gesundheitswesen übernehmen. Seit der Einführung der Wahlfreiheit und damit des (noch eingeschränkten) Kassenwettbewerbs 1996 haben sie vielfältigste Erfahrungen im Umgang mit den Mechanismen des Marktes gesammelt. Darum fordern wir die Politik auf, uns bei der anstehenden Gesundheitsreform neue Handlungsspielräume zu eröffnen. Der Lohn für diesen Mut wird beträchtlich sein: Wir erhöhen langfristig und dauerhaft die Effizienz des Systems und

verbessern gemeinsam mit unseren Vertragspartnern die Versorgungsqualität für die Patienten.

Wie dies funktionieren kann, zeigen die Erfahrungen nach der Gesundheitsreform 2004. Mit der „integrierten Versorgung“ haben die Krankenkassen Freiheiten für neue Versorgungsformen erhalten. Damit wird die starre Trennung der Patientenversorgung in einen ambulanten, einen stationären und einen Rehabereich mindestens teilweise überwunden.

Die neuen Behandlungsformen „aus einem Guss“ versprechen trotz Anschubkosten zu einem Erfolg zu werden: Für den Patienten erhöht sich die Qualität, und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung steigt. Wir testen die „integrierte Versorgung“ auf vielen Gebieten und in unterschiedlichen Herangehensweisen, um Erfahrungen zu sammeln und die besten Modelle herauszufiltern. Genau das ist Wettbewerb als Suchprozess.

Und gerade darum darf die Freiheit für die Krankenkassen bei der „integrierten Versorgung“ nicht enden. Mit der Gesundheitsreform 2006 muss die Politik eine generelle Vertragsfreiheit zwischen Kassen und Ärzten, Krankenhäusern sowie anderen Leistungsanbietern schaffen.

Ein Hindernis für diesen entscheidenden Schritt bildet das System der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Tausende Menschen sind in diesen Organisationen damit beschäftigt, für die Ärzte Sammelverträge mit den Krankenkassenverbänden zu schließen und das Geld unter den Medizinern zu verteilen.

Ein undurchsichtiges und ungerechtes Vergütungssystem verurteilt Ärzte dazu, Punkte für die KV zu sammeln, anstatt sich voll auf die Behandlung der Patienten zu konzentrieren. Bis zum Ende eines Quartals weiß kein Mediziner, wie viel diese Punkte in barer Münze wert sein werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ihre überholten Strukturen rasch und umfassend modernisieren – zu Gunsten eines neuen Selbstverständnisses: Wenn sie sich nicht zu Dienstleistern für Ärzte und Kassen entwickeln, haben sie ihre Daseinsberechtigung verloren.

An zu vielen Stellen im Gesundheitssystem werden die Kreativen bestraft und die Langsamen gestärkt – stets auf dem Rücken der Patienten. Das gilt besonders für die gigantische und bürokratische Umverteilungsmaschine namens „Risikostrukturausgleich“ (RSA). Mit dessen Hilfe werden jährlich 15 Milliarden Euro von erfolgreichen zu finanzschwachen Krankenkassen gepumpt. Der Grundgedanke war anfangs durchaus nicht falsch: einen Ausgleich zwischen Kassen mit jungen, gut verdienenden Mitgliedern und solchen mit vielen Rentnern und Familienangehörigen zu schaffen.

Aber das Instrument des Risikostrukturausgleichs hat sich dafür als untauglich erwiesen. Insbesondere die Verknüpfung mit den Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme) führt zu Fehlanreizen und Verschwendung von Beitragsgeldern in Milliardenhöhe. Die Krankenkassen sind betriebswirtschaftlich gezwungen, Millionen Menschen in diese teuren Chronikerprogramme

hineinzudrängen, weil sie für jeden von ihnen erhebliche Summen aus dem RSA kassieren – auch für Patienten, die aus medizinischen Gründen gar nicht in ein solches Programm gehören oder von ihm profitieren können. Quantität wird belohnt, die Jagd nach Dokumentation der lukrativsten Diagnose gefördert. Effizienz und Versorgungsqualität treten dahinter zurück.

In der Konsequenz explodieren die Kosten, während medizinische Erfolge bescheiden ausfallen. Nicht einmal die Ärzte profitieren wirklich: Sie klagen über umfangreiche Dokumentations- und Bürokratiepflichten, die ihnen durch die Chronikerprogramme entstehen. Wer ein modernes Gesundheitswesen schaffen will, muss Disease-Management-Programme vom Risikostrukturausgleich entkoppeln.

Schon der bestehende RSA gleicht einem bürokratischen Monster. Doch der angestrebte Übergang zu einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, im Fachjargon „Morbi-RSA“ genannt, würde Verschwendung und Verwaltungschaos noch ausweiten. Der Gedanke ist einfach: Für jeden Versicherten mit schlechtem Gesundheitszustand und hohem Ausgabenrisiko erhält die Krankenkasse eine Gutschrift aus dem RSA. Mit diesem Instrument würde das Prinzip „je kranker – zumindest auf dem Papier –, desto lukrativer“ flächendeckend ins Gesundheitswesen eingeführt. Plötzlich würde es sich für Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen auszahlen, Krankheiten von Patienten zu dramatisieren. Krankenkassen erhalten einen Anreiz, dass ihre Patienten möglichst teure Medikamente konsumieren,

anstatt Maß zu halten. Die Konsequenzen sind unzweifelhaft vorherzusagen: Eine neue Kostenlawine rollt heran, Überversorgung wird weiter gesteigert, Innovationskraft gelähmt, Wirtschaftlichkeit bestraft.

Der bürokratische Aufwand zur Berechnung des Morbi-RSA hätte kafkaeske Züge. Rund 800 Millionen Einzelverordnungen müssen für den Ausgleich zwischen den Krankenkassen erfasst, katalogisiert und bewertet werden. Das gleicht einem riesigen Arbeitsbeschaffungsprogramm für eine neue Gesundheitsbürokratie. Das sind nicht die Arbeitsplätze, die wir wollen. Und die kaum zu bewältigende Datenflut schafft hohe Anfälligkeiten für Fehler und Manipulationen.

Der Morbi-RSA würde auch den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen praktisch wieder außer Kraft setzen. Viele Kassen erhielten so hohe Subventionen aus dem RSA, dass sie niedrigere Beitragssätze erheben könnten als die Zahlerkassen. Bei einer Abwägung zwischen Kosten und Nutzen, zwischen guter Absicht und den katastrophalen Folgen muss klar werden: Der Morbi-RSA ist wettbewerbs-, leistungs- und innovationsfeindlich. Er würde alle Anstrengungen um mehr Wirtschaftlichkeit und Transparenz im Gesundheitswesen ad absurdum führen.

Der Appell an die Politik lautet: Die Verantwortung für das Gesundheitswesen sollte stärker in die Hände der einzelnen Krankenkassen und der Patienten gelegt werden. Wir könnten viel kundennäher und wirtschaftlicher agieren, wenn uns die vielfältigen staatlichen Reglementierungen nicht einengen würden.

Die Politik muss auf die veränderten Lebensstile und Bedürfnisse der Menschen reagieren. Immer weniger Menschen leben im Schutz der Großfamilie, Arbeitsbiografien verlaufen unsteter als früher, alternative Wohn- und Lebensformen etablieren sich, die Menschen werden immer mobiler. Mit der Verbreitung des Internets steigt das Selbstbewusstsein der Patienten.

Immer weniger Menschen betrachten ihren Arzt als „Halbgott in Weiß“, sondern fühlen sich als Partner und sammeln eigenständig Informationen über Krankheiten. Mündige Patienten erwarten von ihren Krankenkassen mehr Wahlfreiheit und maßgeschneiderte Angebote. Darum brauchen wir vom Gesetzgeber zusätzliche Gestaltungsspielräume, um unsere Angebote praxisnah auf ganz unterschiedliche Wünsche abzustimmen. Wir möchten diesen Kunden nicht achselzuckend eine Absage erteilen, weil uns die Hände gebunden sind – und sie dann möglicherweise an die private Konkurrenz verlieren.

Wettbewerb erzeugt Dynamik – das ist die positive Erfahrung aus der mittlerweile zehnjährigen Konkurrenz der Kassen. Viele Anbieter haben sich von behäbigen öffentlich-rechtlichen Anstalten zu modernen Krankenkassen entwickelt. Andere sind vom Markt verschwunden. Seit 1994 hat sich die Zahl der Krankenkassen von mehr als 1.100 auf derzeit rund 250 verringert. Keinem Patienten hat das geschadet. Dieser Konzentrationsprozess wird weitergehen. Einige Dutzend Krankenkassen in Deutschland sind langfristig genug. Darum ist es an der Zeit, dass die Politik bei der Gesundheits-

reform 2006 grünes Licht auch für Zusammenschlüsse von Kassen aus unterschiedlichen Sparten gibt.

Qualität schafft Vertrauen

Hohe Kosten, durchschnittliche Ergebnisse – so lautet die Klage über das deutsche Gesundheitswesen seit Jahren. Die Beispiele für Über- und Fehlversorgung sind eklatant: Noch immer konzentrieren sich viele Ärzte stärker auf die Diagnostik als auf die therapeutischen Konsequenzen. Mediziner nehmen aufwendigste Herzuntersuchungen an infarktgefährdeten Patienten vor, statt zunächst alles für die Senkung des Bluthochdruckes zu tun. Ein großer Teil der 100 Millionen Röntgenuntersuchungen pro Jahr ist überflüssig. Patienten leiden darunter, dass sich Ärzte in Praxen, Krankenhäusern und Rehakliniken unabhängig und getrennt um sie kümmern, statt Hand in Hand Heilungspläne zu erarbeiten.

Abschottung und Geheimniskrämerei schützen weniger qualifizierte Anbieter und begünstigen Verschwendung. Viele Kleinunternehmen, von der Hausarztpraxis bis zum kommunalen Kleinstkrankenhaus, agieren nach betriebswirtschaftlichem Kalkül und nicht nach dem besten Ergebnis für die Patienten und Beitragszahler. In der Folge lassen zum Beispiel viele Frauen medizinisch zweifelhafte Gebärmutterentfernungen oder Eierstockoperationen über sich ergehen. In Deutschland werden mehr Knie-Operationen, Amputationen an Zuckerkranken und Brustentfernungen vorgenommen als in irgendeinem

anderen Land Europas. Wissenschaftliche Studien kamen zu dem Befund: Bürgerinnen und Bürger in Gebieten mit besonders hoher Arzt- und Krankenhausdichte werden signifikant häufiger operiert und nehmen mehr Medikamente mit schädlichen Nebenwirkungen.

Eine Pauschalkritik wäre jedoch unfair. Denn in den vergangenen Jahren sind eine Reihe von Maßnahmen ergriffen worden, die zu höherer Versorgungsqualität von Patienten führten. Dies gilt besonders in Bereichen, in denen die Tür für mehr Wettbewerb geöffnet wurde. Dazu zählen die "integrierte Versorgung" von Patienten, die Förderung medizinischer Versorgungszentren oder die ambulante Behandlung in Krankenhäusern.

Qualität lässt sich nicht durch Appelle verbessern, sondern nur durch intelligente Rahmenbedingungen, die die Interessen von Leistungsanbietern und Patienten in dieselbe Richtung lenken. Konkret heißt das: Nur Angebote mit hoher Qualität sollten im Gesundheitswesen noch eine Chance am Markt bekommen. Das ist beileibe keine Selbstverständlichkeit, sondern setzt bei vielen Leistungsanbietern, aber auch bei Patienten und Krankenkassen, beträchtliche Mentalitätsveränderungen voraus.

Uns ist bewusst, dass sich Qualität im Gesundheitswesen nicht einfach definieren und auch nicht nach Einheitsmustern standardisieren lässt. Deshalb sind Leitlinien für die Behandlung bestimmter Krankheiten wichtig, dürfen aber nicht jede Individualität einschnüren wie ein Korsett. Allerdings ist auch jeden Tag zu

erleben, wie Mediziner den Grundsatz der „Therapiefreiheit“ dazu einsetzen, Beliebigkeit zu übertünchen und sich die Forderung nach verbindlichen Kriterien vom Halse zu schaffen.

Weil Qualität nicht nach „Schema F“ gemessen werden kann, sondern nur am Erfolg im Wettbewerb, sollten die Krankenkassen eine lebendige Konkurrenz um die beste Versorgungsqualität für die Patienten entwickeln dürfen. Wenn Krankenkassen in die Lage versetzt werden, Einzelverträge nur mit denjenigen Leistungsanbietern abzuschließen, die eine gute Versorgung bieten und Transparenz nicht scheuen, wird die konsequente Qualitätsorientierung als Leitstern eines modernen Gesundheitswesens quasi institutionell garantiert.

Die weitaus meisten Patienten werden dann die Wahl ihrer Krankenkasse an diesem Qualitätskriterium ausrichten. Freier Wettbewerb setzt alle Leistungsanbieter und auch die Kassen unter heilsamen Druck: Mediziner und Krankenhäuser müssen nachweisen, dass sie die Versicherten nach neuestem Stand des medizinischen Fortschritts behandeln und gleichzeitig die Mittel effizient und zielgenau einsetzen. Und jede Krankenkasse wird ihren Versicherten zeigen müssen, dass sie auf die Qualitätsstandards bei ihren Vertragspartnern herausragenden Wert legen.

Bei der „integrierten Versorgung“ zeigen wir bereits, wie wir Qualitätssicherung konkret verstehen: So verpflichten sich unsere Vertragspartner zum Beispiel darauf, definierte Qualitätsmaßstäbe einzuhalten und dies

auch zu belegen. Hierdurch garantieren wir unseren Versicherten, dass sie von unseren Vertragsärzten auf dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis behandelt werden.

Dass Billigmedizin auf Dauer nur für wenige Versicherte einen Anreiz darstellt, können wir schon mit dem geltenden eingeschränkten Wettbewerb belegen. Sonst wären nicht Hunderttausende von Kunden, die uns nur wegen Dumpingpreisen anderer Anbieter verlassen haben, nach einiger Zeit zu uns zurückgekehrt.

Qualität erhöht sich auch durch mehr Transparenz und Verbraucherschutz in der Medizin. Dabei steht die Politik trotz richtiger Ansätze erst am Anfang. Das zeigen die Qualitätsberichte, in denen Krankenhäuser seit August 2005 öffentlich Auskunft über die 30 häufigsten Diagnosen, die häufigsten Operationen, die Anzahl der Ärzte und die medizintechnische Ausstattung geben müssen. Die erhoffte Wirkung – eine transparente Qualitätsmessung für Patienten – geht von diesen Statistikfriedhöfen bislang nicht aus.

Für moderne Krankenkassen sind mehr Transparenz und Verbraucherschutz wichtige Anliegen. Darum bietet die TK eine Übersetzungshilfe für Medizinerlatein im Internet an. Wer Chiffren, Abkürzungen und unverständliche Begriffe auf seiner Klinik einweisung oder Krankenschreibung entschlüsseln will, findet dort die Lösung. Gleichzeitig erklärt die TK, welche Serviceleistungen zur jeweiligen Erkrankung angeboten werden und wie der Patient die Behandlung mit Eigeninitiative unterstützen kann. Als erste Krankenkasse hat die TK auch die Qualitätsberichte, die von

den Kliniken in einem falschen Datenformat geliefert worden waren, manuell nacherfassen lassen und in eine maschinenlesbare Form gebracht. So lassen sie sich mit Hilfe einer Suchmaschine strukturiert auswerten und vergleichen. Andernfalls wären Transparenz und Nutzen für die Patienten auf der Strecke geblieben. Mit dem Klinik-Lotsen der TK können die Patienten nun einzelne Ergebnisse miteinander vergleichen – zum Beispiel Fallzahlen bei der Therapie bestimmter Erkrankungen oder von Operationen.

Prävention – zentraler Wachstumsmarkt statt „weiches Thema“

Wenn die Deutschen ein Auto kaufen, nehmen sie die Verantwortung für ihren neuen fahrbaren Untersatz zumeist sehr ernst: Sie schauen regelmäßig nach dem Ölstand, prüfen die Bremsflüssigkeit, bringen es zur Inspektion, fahren es durch die Waschstraße und ziehen spätestens im November Winterreifen auf. Jeder Autobesitzer weiß, dass es langfristig günstiger ist, Geld für regelmäßige Wartung auszugeben, als sich von einer teuren Reparatur überraschen zu lassen oder das Risiko eines Unfalls einzugehen.

Mit ihrem Körper sind viele Menschen weniger umsichtig. Bei der Entscheidung zwischen Currywurst und Salat gewinnt häufig das reine Fett. Die Zeit für eine jährliche Krebsvorsorge wird häufig erst im Kalender freigeräumt, wenn jemand im Bekanntenkreis mit einem solchen Schicksalsschlag konfrontiert wird.

In einer wirksamen Prävention liegen jedoch langfristig die größten verborgenen Wirtschaftlichkeitsreserven für unser Gesundheitssystem und für die dauerhafte Gesundheit des Einzelnen. Darum müssen wir das gesundheitsbewusste Leben zu einem der wichtigsten Eckpfeiler einer modernen Gesundheitspolitik machen – nicht nur in Absichtsbestimmungen, sondern mit konkreten Maßnahmen, die ins Alltagsleben der Menschen vordringen und sie zu einer Verhaltensänderung motivieren. Wir müssen begreifen, dass Gesundheit nicht erst mit der Behandlung einer Krankheit beginnt, sondern damit, sie gar nicht erst entstehen zu lassen.

Wir wissen, dass Vorbeugung im Gesundheitswesen, abgesehen von gründlicher Zahnpflege, langfristig per Saldo kein Geld spart. Eine wirksame Prävention kann aber entscheidend dazu beitragen, den wachsenden Kosten durch den medizinischen Fortschritt und durch die alternde Bevölkerung besser zu begegnen. Wenn wir Krebs, Alzheimer und Parkinson auch in Zukunft bestmöglich für alle behandeln wollen, ohne dass die Kosten ins Unbezahlbare steigen, müssen wir Bluthochdruck und andere vermeidbare Wohlstandskrankheiten effizienter eindämmen.

Prävention ist längst kein „weiches Gesundheitsthema“ mehr. Wer so denkt, dem sei ein Blick auf die volkswirtschaftlichen Auswirkungen von verbreiteten und vermeidbaren Krankheiten empfohlen. Die im internationalen Vergleich hohen Gesundheitsausgaben in Deutschland sind auch darin begründet, dass jeder fünfte deutsche Arbeitnehmer an

Übergewicht und seinen Folgen leidet, in Japan und Korea dagegen nur 3,2 Prozent. In Deutschland rauchen 25 Prozent der Erwachsenen, in den USA nur 17 Prozent. Bewegungsmangel und Depressionen führen dazu, dass ein hoher Anteil der Beschäftigten früher als notwendig aus dem Arbeitsleben ausscheidet.

Unterlassene Prävention hat schwerwiegende Folgen auch für die Wirtschaft. Sehr bald werden immer weniger Jugendliche auf den Arbeitsmarkt drängen, und viele von ihnen werden wegen vermeidbarer Krankheiten gesundheitlich nicht voll einsatzfähig sein. Kinder bewegen sich heute nach Langzeitstudien 50 Prozent weniger als noch vor einer Generation, sie schauen mehr fern, verbringen mehr Zeit am Computer, haben weniger Freiräume zum Fußballspielen um die Ecke. 60 Prozent der Schüler haben bereits Haltungsschwächen. Schon im Kindheitsalter wachsen unsere Herzinfarkt- und Schlaganfallpatienten von morgen heran: Jedes fünfte Kind und jeder dritte Jugendliche in Deutschland bringt teilweise starkes Übergewicht auf die Waage. Siebenjährige zeigen bereits erste Anzeichen von Arteriosklerose und Altersdiabetes. Und die Erfahrung zeigt: Aus 80 Prozent der dicken Kinder werden dicke Erwachsene mit erhöhten Risiken für chronische Gefäß- und Gelenkerkrankungen.

Die Bemühungen um ein gesünderes Leben erreichen bisher nur einen Teil der Bevölkerung. Dabei handelt es sich überdurchschnittlich um gut verdienende Menschen, die ihr Leben aktiv gestalten. Sie ernähren sich gesünder, treiben mehr Sport, rauchen und trinken weniger und

nehmen gesundheitliche Vorsorgeuntersuchungen ernst.

Ein anderer Teil der Bevölkerung scheint von diesem Trend vollständig abgekoppelt zu sein. In weiten Bereichen einer wieder sichtbarer gewordenen gesellschaftlichen Unterschicht findet gesundheitliche Prävention kaum oder überhaupt nicht statt. Armut in den Elternhäusern macht sich bei vielen Kindern schon im Kindergarten oder bei der Einschulung auch gesundheitlich bemerkbar. Kinder aus sozialen Brennpunkten ernähren sich häufiger von Fastfood statt von frischem Obst und Gemüse, sie leiden häufiger an Depressionen, werden seltener zu Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt, seltener geimpft und sind häufiger krank. Wer will, dass Gesundheit in Deutschland nicht vom Geldbeutel der Patienten abhängt, muss daher die gesundheitliche Prävention besonders in den ärmeren Schichten der Bevölkerung verstärken und neue Formen der Ansprache finden, die die Betroffenen erreichen.

Der Report "Ernährungsrisiken" der TK zeigt zudem: Der Trend zu ungesunden Ernährungsgewohnheiten hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verstärkt. Zwar sind die Menschen inzwischen bestens über gesunde Ernährung informiert und haben gute Vorsätze, können sich den einschleichenden Gewohnheiten einer "Fastfood to go"-Gesellschaft aber immer weniger entziehen. Besondere Besorgnis erregt die Entwicklung bei den unter 25-Jährigen: Hier vereint sich Desinteresse an gesunder Ernährung mit einer starken Tendenz zu Fastfood, zum Essen im Vorübergehen, zu ungesunder Schnelllebigkeit.

Politiker haben die Steuerungswirkung von Prävention auf die gesamtwirtschaftliche Leistungsfähigkeit Deutschlands bisher völlig unterschätzt. Schon zehn Prozent weniger Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigern das Bruttosozialprodukt pro Kopf um einen Prozentpunkt, ergab eine Studie in 26 Industrieländern. Zwar kündigen Union und SPD in ihrer Koalitionsvereinbarung an, Prävention als eigenständige Säule der gesundheitlichen Versorgung zu betrachten und sie konsequent zu stärken. Politisch wirksam wird dieses Bekenntnis jedoch erst, wenn es auch in der Debatte um die Lohnnebenkosten den gebührenden Rang erhält. Wir müssen verstehen: Eine gesündere, körperlich und geistig fitte Arbeitnehmerschaft und Gesamtbevölkerung kann die internationale Wettbewerbsfähigkeit nachhaltiger stärken als einige Zehntelprozentpunkte weniger Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung. In diesem Punkt müssen wir uns aus den engen Denkschablonen lösen, die sich durch die permanente Wiederholung falscher Annahmen herausgebildet haben.

Bundestag und Bundesrat müssen ein Präventionsgesetz verabschieden, in dem sich die Bedeutung vorbeugender Gesundheitspolitik widerspiegelt und das Verantwortlichkeiten und Handlungsspielräume aller Beteiligten sinnvoll verknüpft. Dazu gehört auch die Einsicht, dass Gesundheitserziehung in Kindergärten und Schulen beginnt.

Unter dem Dach der Prävention kann eine viel versprechende Zukunftsbranche entstehen. Bereits in den vergangenen Jahren sind zahlreiche Arbeitsplätze in der Gesund-

heits- und Sozialberatung geschaffen worden. Die Investitionen in solche Jobs rentieren sich rasch, allerdings unter einer Bedingung: Die Beratung muss erheblich lebens- und praxisnäher werden. Mit dem Produzieren von Faltblättchen und dem Auslegen in Behördenfluren ist noch nichts gewonnen.

Erfolgreiche Prävention muss auf freiwillige Einsicht bauen, nicht auf Verbote und Zwang. Die Erfahrung aus Versuchen staatlicher Prohibition hat lediglich gezeigt, welchen Erfindungsgeist Menschen entwickeln, wenn sie sich von oben gegängelt fühlen. Verhaltensabhängige Sanktionen sind deshalb der falsche Weg. Wir können niemandem das Rauchen verbieten, aber für ein gesellschaftliches Klima sorgen, in dem der Griff zur Zigarette mit verwunderlichen Reaktionen der Mitmenschen quittiert wird. Wir können auch nicht das ganze Volk auf die Waage stellen, aber Kochkurse in den Schulen anbieten, in denen Lust auf frisches Gemüse und Obst geweckt wird. Wir sollten auch nicht individuelle Beitragssätze nach dem Verhalten der Versicherten berechnen, weil wir die Menschen und ihre Lebensweise auch nicht überwachen wollen. Aber wir werden nicht nachlassen, für ein gesundheitsförderndes Verhalten die Werbetrommel zu rühren.

Die Techniker Krankenkasse engagiert sich auf vielfältige Weise für ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein. Wir erinnern unsere Versicherten regelmäßig an die nächste Vorsorgeuntersuchung, bieten individuelle Impfkalender und eine Vielzahl von Gesundheitskursen an. An Schulen unterstützen wir Rauchfrei-Kampagnen.

Gemeinsam mit Professor Dr. Dietrich Grönemeyer werben wir in der großen und bundesweiten Initiative "Rückhalt für Deutschland" dafür, dass man selbst viel tun kann, um Rückenleiden erst gar nicht entstehen zu lassen.

Krankenkassen nehmen ihre Aufgabe in der Prävention engagiert wahr. Die zentrale Verantwortung für die Gesundheitsvorbeugung muss jedoch die Politik übernehmen. Es ist ein Irrweg, dass die Bundesländer aus Kostengründen die Impfungen von Kindern und Reihenuntersuchungen in Kindergärten und Schulen nach und nach reduzieren. Viele Haltungsschäden, Seh- und Hördefizite werden deswegen nicht rechtzeitig erkannt. Regeluntersuchungen von Kindern müssen überall wieder zum Normalfall werden. Eine gesetzliche Verpflichtung der Eltern zur Impfung ihrer Kinder oder zur Vorführung zur Vorsorgeuntersuchung, wie sie politisch verschiedentlich erwogen wird, lehnen wir jedoch ab. Ein lebensnaher Weg besteht darin, Eltern eine Prämie in Aussicht zu stellen, wenn sie gut geführte Impfpässe und Vorsorgehefte vorweisen – entweder als Finanzspritze oder als gesundheitsbezogene Sachprämie.

Deutschland als Innovationsstandort für Gesundheit

Allen Cassandra-Rufen zum Trotz zählt Deutschland weiter zu den innovativsten und erfindungsreichsten Ländern der Welt. Bei den internationalen Patentanmeldungen liegen die Deutschen mit 12,4 Prozent

hinter den USA und Japan auf Platz drei. Allerdings sind uns andere Nationen bei der Fähigkeit voraus, diese Erfindungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse in neue Produkte zu verwandeln und so Wertschöpfung und Wirtschaftskraft zu erzeugen. Das gilt auch für das Gesundheitswesen. Während Internetanschlüsse und E-Mail-Verkehr mittlerweile zum Standard jeder Firma und der meisten Privathaushalte zählen, werden in deutschen Arztpraxen jeden Tag zwei Millionen Rezepte wie anno dazumal auf Papier ausgestellt. Die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, die ab 2006 neben anderen Funktionen auch die papierlose Übertragung von Rezepten ermöglichen sollte, lässt weiter auf sich warten.

Medizinische Innovationen werden in den kommenden Jahrzehnten zu den entscheidenden Trägern der Wertschöpfung gehören. Deshalb müssen wir Deutschland als weltweit führenden Innovations-Standort im Gesundheitswesen begreifen und etablieren. Dazu gehören Investitionen in Wissenschaft und Forschung. Die Bundesländer sind gefordert, den hohen Standard der Forschung an den Universitätskliniken nicht kurzfristigen Haushaltszwängen zu opfern.

Mit den neuen Bio-, Gen-, Nano-, Informationstechnologien und der Materialforschung verbinden sich enorme Hoffnungen und Erwartungen. Dank dieser Erkenntnisse werden wir Krankheiten behandeln können, denen wir heute noch machtlos gegenüberstehen. Deutsche Wissenschaftler befinden sich auf zahlreichen Gebieten der medizinischen

Forschung an der Spitze der Erkenntnis. Bei der Stammzellen- und der Hirnforschung genießen sie Weltruf.

Die Entschlüsselung des menschlichen Genoms verspricht mittelfristig neue Medikamente zur maßgeschneiderten Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. Großes Potenzial sehen Experten in der Pharmakogenetik, bei der genetische Einflüsse auf die Wirkungen von Arzneimitteln erforscht werden. In der regenerativen Medizin versuchen Wissenschaftler, Hautzellen, Knorpel und Knochen oder Organe außerhalb des Körpers nachzuzüchten, um auf diese Weise gefährliche Transplantationen von Fremdorganen überflüssig zu machen. Forscher aus Baden-Württemberg haben ein Verfahren entwickelt, bei dem Nanofilter gezielt und schnell Gifte aus dem Blut herauswaschen. In Jülich wird mit einer „gläsernen Leberzelle“ erforscht, wie dieses komplizierte und bislang nicht ersetzbare Organ täglich 10.000 biochemische Substanzen verarbeitet. Mit diesem Wissen lassen sich anschließend neue Arzneimittel entwickeln, die Leberkrankheiten heilen können.

Auch die Telemedizin wird schon in wenigen Jahren zum wichtigen Faktor für die Versorgungssicherheit werden. Wo der nächste Hausarzt 30 Kilometer entfernt ist – in Ostdeutschland bald keine Seltenheit mehr – , wird das Tele-EKG, bei dem Herzrhythmen per Telefon übertragen werden, zum vielleicht lebensrettenden Instrument. Mit der elektronischen Übertragung von Röntgenbildern lassen sich in Minutenschnelle Zweit- und

Drittmeinungen einholen. Die Europäische Kommission schätzt das Marktvolumen der „Elektronischen Gesundheitsdienste“ auf 11 Milliarden Euro jährlich. Umso frapperender ist die Diagnose, dass in Deutschland viele Arztpraxen und auch Krankenhäuser einer Vernetzung und medialen Kommunikation gegenüber nicht aufgeschlossen sind.

Die Chancen der Zukunftsbranche Gesundheit ziehen privates Kapital inzwischen magnetisch an. Für junge Firmen, die neue medizinische Produkte entwickeln und auf den Markt bringen wollen, wirken die Risikokapitalspritzen oftmals wie ein Turbo für die Unternehmensentwicklung. Private Investoren bringen auch frischen Wind in Kliniken und Krankenhäuser, einen dringend reformbedürftigen Bereich des Gesundheitswesens. Dank dieses Kapitals können viele Kliniken ihren teilweise erheblichen Investitionsstau auflösen und den technischen Standard umfassend modernisieren. Die Einführung moderner Management-Methoden in diesen Krankenhäusern führt zu erheblichen Effizienzgewinnen und schwarzen Zahlen. Davon profitieren auch die Patienten.

An einer Flurbereinigung der 2.100 Krankenhäuser führt mittelfristig kein Weg vorbei. In zehn Jahren wird es einen Großteil der kommunalen Allerweltskliniken nicht mehr geben. An ihre Stelle treten besser organisierte, spezialisierte und miteinander vernetzte Krankenhaus-Unternehmen. Allerdings muss die Politik den Rahmen so setzen, dass übersteigerte Rendite-Erwartungen in privaten Kliniken nicht das Solidarprinzip der Krankenversicherung aushöhlen.

Die Klagen der Gesundheitswirtschaft über zu lange Prüfzeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses bei der Zulassung neuer Behandlungsmethoden empfinden wir manchmal als interessengeleitet, aber in anderen Fällen auch als berechtigt. Die Krankenkassen verstehen sich in diesem Gremium als Anwälte der Versicherten und Patienten. Das bedeutet: Wir fühlen uns verpflichtet, echte Neuerungen sorgfältig von Scheininnovationen zu trennen. Das ist keine Rechtfertigung für künstlich aufgeblähte Verfahren oder gar Trödelei. Wir folgen auch hier unserer Leitlinie, dass jeder Beitrags-Euro zu maximaler Versorgungsqualität führen muss. Im Sinne eines starken Gesundheits-Standorts Deutschland plädieren wir jedoch für frühzeitigere Abstimmungen zwischen innovativen Unternehmen und den Zulassungsgremien. So vermeiden wir, dass wertvolle Zeit vergeudet wird und medizinische wie ökonomische Chancen verschenkt werden.

Wir unterstützen grundsätzlich den Kurs in Richtung Hochleistungsmedizin. Unsere Versicherten erwarten, dass wir ihnen alle sinnvollen Möglichkeiten anbieten, die der medizinische Fortschritt zur Heilung von Krankheiten verspricht.

Wir sind davon überzeugt, dass moderne Gesundheitsleistungen und -produkte als Exportschlager des 21. Jahrhunderts dazu beitragen, den Standort Deutschland wieder zu einem weltweit attraktiven Markenzeichen zu machen.

Europa als Chance

Europa wächst in atemberaubendem Tempo zusammen. Der europäische Binnenmarkt, die Freizügigkeit und Dienstleistungsfreiheit verflechten die Volkswirtschaften der EU auf das Engste miteinander. Die wichtigsten wirtschaftspolitischen Entscheidungen fallen in Brüssel und nicht mehr in den nationalen Hauptstädten. Politik und Gesellschaft in Deutschland haben diese Verschiebung der realen Verhältnisse zu wenig nachvollzogen. Unser Denken bewegt sich weiter in den Kategorien des Nationalstaats. Wir betrachten den europäischen Wettbewerb häufig als Bedrohung, anstatt uns frühzeitig darauf einzustellen und seine Möglichkeiten zu nutzen. So verspielen wir Chancen, die sich für unsere leistungsfähige Wirtschaft eröffnen könnten.

Im Bereich der Gesundheit lässt sich diese Haltung sehr gut illustrieren. Schritt für Schritt etabliert sich ein europäischer und sogar weltweiter Gesundheitsmarkt, ohne dass dies bislang auf der politischen Tagesordnung behandelt wird. Die politischen Akteure begreifen Gesundheitspolitik als Innenpolitik und verschenken somit wertvolle Gestaltungs-, Wachstums- und Beschäftigungschancen.

Zwar wird es ein einheitliches Gesundheitssystem von Estland bis Portugal auf absehbare Zeit nicht geben; das muss auch gar nicht das Ziel sein. Aber die EU hat eigene Kompetenzen für die Gesundheit, und sie macht davon Gebrauch: in der Gesundheitsprävention, dem Seuchenmanagement, bei der

Sicherheit von Blutkonserven, der Erhebung europäischer Gesundheitsdaten oder der Förderung grenzüberschreitender Zusammenarbeit. Noch stärker wird das deutsche Gesundheitssystem künftig vom europäischen Binnenmarkt verändert. Die Zulassung und der Handel mit Arzneimitteln werden europäisch geregelt, die Dienstleistungsfreiheit wird Bewegung in die Organisation der häuslichen Pflege, Krankentransporte und anderer gesundheitsrelevanter Dienstleistungen bringen. Die größte Veränderung resultiert aus dem freien Personenverkehr: Ärzte, Krankenschwestern und anderes medizinisches Personal werden um Arbeitsplätze mit den Kollegen aus 24 (und mittelfristig noch mehr) anderen EU-Ländern konkurrieren.

Viele Patienten haben schon erkannt, welche Vorteile der europäische Binnenmarkt auch im Bereich der Gesundheit für sie bringt. Seit der Einführung des Euro sind Preisvergleiche für medizinische Leistungen und Medikamente in zahlreichen EU-Staaten einfach. Preisbewusste Patienten lassen sich in osteuropäischen Ländern zum Beispiel die Zähne sanieren. Polnische Kurkliniken werben in Deutschland aktiv um Kunden und jagen selbst traditionsreichen Bädern zusehends Marktanteile ab.

Auch in die umgekehrte Richtung setzt sich der Zug der Patienten in Bewegung. Kinderärzte in Aachen haben volle Wartezimmer, weil belgische Eltern ihren Nachwuchs lieber in Deutschland untersuchen lassen. Gesundheitstouristen kommen aus Russland, Arabien und vielen anderen Teilen der Welt, weil sie das

Label „Made in Germany“ auch im Bereich der Medizin mit Spitzenqualität gleichsetzen. Das deutsche Herzzentrum in Berlin behandelte im Jahr 2005 mehr als 500 ausländische Patienten aus 48 Nationen.

Auch wenn es sich noch um Einzelfälle handelt, markieren sie doch einen Trend: Der an seiner Gesundheit interessierte Kunde wird mobil. Für die bestmögliche gesundheitliche Versorgung wird er in immer größerer Zahl quer durch Deutschland, Europa und mitunter noch viel weiter reisen. Mit Einheits- und Standardangeboten geben sich viele Kunden nicht mehr zufrieden. Die Tourismus- und Hotelbranche stellt sich bereits darauf ein, dass die altbewährte Kur zum Auslaufmodell wird. Dagegen steigt die Zahl gesundheitsorientierter Wellness-Urlauber drastisch an: nach Berechnungen des Münchener Instituts für Freizeitforschung von 1,6 Millionen im Jahr 2002 auf 6,6 Millionen im Jahr 2010. Urlaub unter ärztlicher Aufsicht mit Rückengymnastik und Physiotherapie – so entstehen Zukunftsmärkte auch für Rehakliniken in attraktiven Kurorten, deren Betten heute zu rund 30 Prozent leer stehen.

Aus Sicht der Krankenkassen bietet der europäische Binnenmarkt hervorragende Chancen: In den Grenzregionen Nordrhein-Westfalens und Baden-Württembergs suchen Versicherte schon seit Jahren Ärzte und Kliniken auf der anderen Seite der Grenzen auf. Modern geführte Krankenhäuser verbessern ihre Marktchancen mit grenzüberschreitenden Netzwerken und Kooperationen. Schon im Jahr 2000 legte die Techniker Krankenkasse in ihrer Satzung

fest, dass sie allen Versicherten die Kosten für Gesundheitsleistungen im EU-Ausland erstattet, sofern sie im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind. Letztlich wurde das versagt, und es hat Jahre gedauert, bis der Gesetzgeber mit der Gesundheitsreform 2004 diese Freiheit gewährte.

Die Krankenkassen brauchen mehr Möglichkeiten, um ihren Versicherten im EU-Ausland einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können. Die Menschen werden mobiler – beruflich wie privat – und dem muss das Leistungsangebot der Krankenkassen Rechnung tragen.

Die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und damit ihre Zukunftsfähigkeit muss sich künftig in einem europäischen Bezugsrahmen beweisen. Die stärkere Patientenmobilität und die engere europäische Zusammenarbeit führen zu einer höheren Transparenz und ermöglichen Leistungsvergleiche zwischen den unterschiedlichen Systemen. Diesen Wettbewerb müssen wir annehmen.

Die Europäisierung des Gesundheitswesens ist eine strategische Aufgabe für die deutsche Gesundheitspolitik. Deutschland muss die Aufstellung von EU-Qualitätsstandards und EU-weit gültigen Zertifizierungen aktiv gestalten, um unser hohes Niveau zu schützen und eine Harmonisierungsspirale nach unten zu verhindern. Mit der Schaffung europäischer Referenzzentren können wir im europaweiten Vergleich der Systeme die hohe Qualität unserer Gesundheitsversorgung belegen. Wenn wir die besten Mediziner aus allen EU-Staaten für

unseren Arbeitsmarkt gewinnen wollen, müssen wir bürokratische Anstellungshürden abbauen. Viele EU-Staaten kennen kein selbstverwertetes Gesundheitssystem wie in Deutschland: Wir tun also gut daran, mit hoher Qualität und steigender Effizienz die Überlegenheit unseres Modells zu beweisen.

Plädoyer für eine mutige, kraftvolle Reform

Der Gesundheitsmarkt kann für Deutschland in den kommenden 20 Jahren zur Wachstumslokomotive werden. Dafür müssen wir allerdings jetzt die richtigen Weichen stellen. „Die Gesundheitsbranche steht unter Hochdruck, wie ein Topf, bei dem man den Deckel zuhält“, sagt der Zukunftsforscher Leo Nefiodow.

Die verzagten Stimmen aus der Politik sind uns aus früheren Gesundheitsreformen in lebendiger Erinnerung. Mehr medizinische Leistungen und mehr Beschäftigung, so lautet der Einwand, könnten die Preise und damit die Beiträge in die Höhe treiben. Das führe zu steigenden und standortschädlichen Lohnnebenkosten für die Wirtschaft.

Diese kurzsichtige Haltung, die am Kern des Problems vorbeizieht, gilt es zu überwinden. Die große Koalition bietet die politische Chance, eine grundlegende Reform durchzusetzen, die den schlafenden Riesen des Gesundheitsmarkts zum Leben erweckt. Schließlich verfügt sie potenziell über eine stärkere Durchsetzungskraft als alle Vorgängerregierungen seit 1969. Selbst im Bundesrat verfügen Union und SPD fast

über eine Zweidrittelmehrheit der Stimmen.

Sie sind daher gemeinsam aufgefordert und stehen in der Pflicht, diese Machtfülle mit zukunftsweisenden Inhalten auszugestalten. Es gilt, mutig Fesseln zu lockern, Bewegung auszulösen und neue Kräfte wirken zu lassen. Fruchtlöse Grundsatzdebatten um Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung, das Versinken in kleinteilige Kostendiskussionen, vor allem aber eine Einigung auf den kleinsten gemeinsamen Nenner wären fatal.

Das Rezept ist einfach: Wir müssen Anreize zu mehr Wettbewerb schaffen und verkrustete Strukturen aufbrechen, statt uns auf kleine Reparaturen zu beschränken, die nur auf einen Zeitraum von wenigen Jahren zielen. Denn die Menschen erwarten mit Recht, dass das Gesundheitssystem ihnen auch in Zukunft neueste Diagnose- und Therapiemethoden zu bezahlbaren Preisen bietet. Das ist nur zu leisten, wenn alle Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Rücksicht auf Lobby-Interessen konsequent gehoben werden.

Mit ihrem Koalitionsvertrag haben Union und SPD im Herbst 2005 beträchtliche Hoffnungen geweckt, dass dieser Weg eingeschlagen wird. Das Gesundheitswesen wird darin beschrieben als „eine dynamische Wirtschaftsbranche mit Innovationskraft und erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland“. Bundeskanzlerin Angela Merkel hat in ihrer Regierungserklärung angekündigt, sie wolle „mehr Vertragsfreiheit und Gestaltungsmöglichkeiten von den Patienten über die Krankenkassen bis hin

zu den Praxen und Krankenhäusern“.

Solche Bekenntnisse gilt es nun einzulösen. Wenn die gesetzliche Krankenversicherung auf Dauer attraktiv bleiben soll, braucht sie alle erdenkliche Freiheit, um aus jedem Beitrags-Euro die optimale Leistung herauszuholen. Die Anstrengung lohnt sich: Schließlich gilt es ein Gesundheitssystem zukunftsfest zu machen, das leistungsfähiger ist, als viele seiner Kritiker behaupten.

Die Gesundheitsbranche ist ein potenzieller Jobmotor für unser Land. Wir sollten es uns daher zum Ziel setzen, innerhalb eines Jahrzehnts im Gesundheitswesen mehr Wachstum und Beschäftigung zu schaffen als irgendein anderes Land in Europa – das Potenzial dafür haben wir. Fußballer würden sagen: Wir wollen Meister werden. Deswegen müssen wir heraus aus dem eigenen Strafraum und druckvoll angreifen. Zurück an die Spitze: Mit dieser Leitorientierung kann das Gesundheitswesen langfristig gesund.

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.



20.2/010 6/2006