



# Es gibt keine stabilen Lösungen

Claudia Hübl, [www.claudiahuebl.de](http://www.claudiahuebl.de)

*In den letzten 30 Jahren sind die Grundstrukturen des deutschen Gesundheitswesens, trotz Dauergesetzgebung, zahlreicher Novellen, Verordnungen, Talk-Shows und Presseerklärungen gemessen an den Angebotstrukturen und der Ausgabenentwicklung weitgehend unverändert geblieben. Daran wird auch die Gesundheitsreform 2006 nichts ändern. Erhöht wird nur die Komplexität des Systems.*

In Deutschland gibt es eine große verbale Aufgeschlossenheit für einen „marktwirtschaftlichen“ Wettbewerb, bei einer in der Realität weitgehend staatlich geprägten Verhaltensstarre und laufend steigenden Ausgaben. Zu all den Doppelstrukturen, die das deutsche Gesundheitssystem prägen, ist seit 1990 ein doppeltes Gesundheitsministerium gekommen. Der eine Teil davon residiert in Bonn: Für ihn wird nach Presseberichten gerade ein Neubau (!) für 28 Millionen Euro gebaut, und der andere Teil residiert im ehemaligen Ostberlin. Manche meinen sogar, der jüngere „genius loci“ dieses Ortes würde sich zunehmend in der aktuellen Gesetzgebung bemerkbar machen.

## 30 Jahre Dauergesetzgebung – Kommentar zur Gesundheitsreform

Vor 30 Jahren wurde das erste Kostendämpfungsgesetz mit dem Ziel einer „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ in Angriff genommen. Zahlreiche weitere folgten. Es herrscht bis heute Einigkeit darüber, dass Einsparungen, genauer gesagt Ausgabenreduzierungen, zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen, vor allem zur Senkung der Lohnnebenkosten, notwendig sind. Über die Wege dazu wurde meist keine Einigkeit erzielt. Nach den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2006 werden nunmehr die Lohnnebenkosten sogar durch eine Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung gesenkt.

Eine geschickte professionelle Öffentlichkeitsarbeit ist allerdings problemlos in der Lage, auch negative Entwicklungen als positives Ergebnis zu verkaufen.

*Exzellente PR-Kompetenz ist inzwischen wesentlich wichtiger als die Fachkompetenz.*

Bei der aktuellen Gesundheitsreform will die Regierung ein weiteres Mal die beste Gesundheitsreform für Deutschland. Wie immer wird das Ergebnis nicht am konkreten Inhalt des Gesetzes, sondern an den wendigen Absichtserklärungen gemessen.

### Fallpauschalensystem am Wendepunkt

Mit der Einführung des Fallpauschalensystems wurden große Erwartungen geweckt. Je komplexer und kasuistischer, das heißt auf den Einzelfall bzw. die tatsächlichen Kosten bezogen, es im Krankenhausbereich weiter entwickelt wird, desto mehr nähert es sich allerdings wieder dem früheren Selbstkostendeckungsprinzip. Einzelleistungssysteme tendieren zudem erfahrungsgemäß zur Leistungsausweitung, die daher wieder politische Gegenmaßnahmen erfordert, wie beitragsatzorientierte Punktwerte oder abgestaffelte Preise.

Die Freude über die in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform angekünd-

digte Abschaffung der Punktwerte und die Hoffnung auf die Abschaffung der Budgetierung im vertragsärztlichen Bereich ist deshalb etwas voreilig. „Die Reform der Arzthonorare ist richtig, sie darf aber nicht mehr kosten“, so der frühere Gesundheitsminister Seehofer in der „Financial Times Deutschland“.

Die künftige politische Akzeptanz des Fallpauschalensystems wird deshalb wesentlich davon abhängen, ob mit seiner Hilfe eine Ausgabenbegrenzung zu erreichen ist. Falls das nicht gelingt, werden die heute verbal so hoch im Kurs stehende Transparenz und Qualitätssicherung den Charakter von Sekundärtugenden bekommen und das Fallpauschalensystem den Weg alles Irdischen gehen. Wie schon Popper sinngemäß sagte: „Es gibt keine endgültigen Wahrheiten, sie gelten alle nur bis zu ihrer Falsifizierung“.

### Additive oder substitutive Wirkung ?

Die ausgeprägte strikte sektorale Trennung zwischen dem stationären und ambulanten Gesundheitssektoren in Deutschland gilt seit Jahrzehnten dem jeweils zuständigen Bundesministerium sowie Gesundheitsexperten als eine Ursache für hohe Kosten, im internationalen Vergleich aber durchschnittliche Effizienz und Qualität des Gesundheitswesens. Geändert hat sich grundsätzlich nichts.

*Seit Jahren wird ein Berg von Theorien und Ankündigungen auf einem Maulwurfshügel von konkreten Ergebnissen aufgebaut.*

Die etwa dreizehn gesetzlichen Regelungen zur besseren „Verzahnung“ des stationären und ambulanten Sektors in den letzten 30 Jahren kamen zudem immer additiv dazu, ohne bestehende Regelungen zu beseitigen. Ein echter Beitrag zu einer Komplexität, die selbst mit Hilfe der Chaostheorie nicht mehr steuerbar ist. Eine für das Gesamtsystem brauchbare Evaluation der jeweiligen Regelungen (Beske) ist nicht erfolgt, nicht vorgesehen (Ahrens) und unter den gegebenen Umständen auch gar nicht möglich.

Die Zahl der jeweils durch neue Behandlungsformen ausgelöst zu-

sätzlichen Leistungen und Ausgaben ist jedenfalls per Saldo größer als die der wegfallenden, allerdings meist verbunden mit einer geringeren Belastung des Patienten. Doch selbst da, wo eine Leistungsverlagerung von vergleichsweise stark belastenden (Bypass-Operationen) zu schonenderen Verfahren (PTCA) stattfindet, nehmen die Leistungen und Ausgaben insgesamt zu. Rückläufig ist lediglich ausgerechnet die älteste Form der integrativen Leistungserbringung, die belegärztliche Tätigkeit.

Dennoch ist hier Mitmachen klüger, als sich zu verweigern, da innerhalb des Systems die jeweilige Gestaltungs- und Finanzierungsmöglichkeit größer ist. Die vom Gesetzgeber angestrebte Leistungs- und Ausgabenreduzierung dürfte jedoch nicht erreicht werden.

### Wettbewerb als Zaubermittel

Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das Zaubermittel, mit dem Bewährtes bewahrt, Neues leicht eingeführt und überhaupt alle Probleme gelöst werden sollen. Man erkennt aber schnell, dass keine Veränderung des existierenden öffentlich-rechtlichen Gesundheitssystems in Richtung wirklich freier Märkte beabsichtigt ist. Das Sachleistungsprinzip wird nicht angetastet. Die Abrechnungsregeln für alle Leistungserbringer werden nicht den Marktgesetzen einer freien Preisbildung unterworfen. Der Kontrahierungszwang wird nicht abgeschafft, Krankenhausplanung und Strukturveränderungen verbleiben in den öffentlichen Händen.

Freier Marktzutritt, ein Zeichen wirklichen Wettbewerbs, findet nicht statt. Alle so genannten Wettbewerbshandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Patienten dienen nur den Zielen des Systems und nicht den Teilnehmern freier Märkte. Unter dem Diktat eines Budgets bzw. der Beitragssatzstabilität ist jeder Versuch einer wettbewerbsideologischen Fixierung als Steuerungsinstrument wirkungslos, es sei denn, es geht um einen Verdrängungswettbewerb.

Es ist deshalb nicht überraschend, dass sich unter diesen Voraussetzun-

gen im Hinblick auf die unterschiedlichen ordnungspolitischen Vorstellungen in den parteipolitischen Grundsatzprogrammen, bei der Wahl zwischen mehr Staat oder mehr Wettbewerb, der Gesetzgeber bei der anstehenden Gesundheitsreform unter dem Motto „doppelt hält besser“ mit hoher Wahrscheinlichkeit gleichzeitig für beide Versionen im Sinne eines „staatlich reglementierten marktwirtschaftlichen Wettbewerbs“ entscheidet – mit zusätzlichen Lasten für die Versicherten.

### Ungebremster Medizinischer Fortschritt

Der medizinische, medizinisch-technische und pharmakologische Fortschritt löst durch das Verschwinden bisher klarer Grenzen vertraute traditionelle Strukturen auf. Was früher eine verletzliche Kunst des Arztes war, wird zunehmend zu einem perfekten technischen Prozess. Das



Dr. Ernst Bruckenberger

stellt extrem hohe Anforderungen an das Management. Es benötigt hohe Sozialkompetenz, ein innovatives Handeln und das Gestalten sektorenübergreifender, prozessorientierter, regionaler und überregionaler Strukturen. Es muss deshalb eine selektive Professionalität entwickelt werden, die nicht nur das sucht, was wirksam ist, sondern auch das, was davon beim Patienten als Nutzen ankommt.

### Verunsicherung durch Beschleunigung

Die Beschleunigung des Wandels für den Krankenhausbereich führt zur Schrumpfung der Gegenwart. Die Zeitdauer stabiler Handlungsbedingungen nimmt ab. Stillstand durch Nicht-Handeln oder Nicht-Entscheiden ist nur bei Selbstaufgabe möglich. Wer sich den stetig wechselnden realen, aber auch virtuellen Handlungsbedingungen nicht immer wieder von neuem anpasst, verliert die Anschlussvoraussetzungen und -optionen für die Zukunft. Diese Entwicklung wird zwangsläufig durch eine sich zunehmend verselbstständig-

gende professionelle Öffentlichkeitsarbeit begleitet.

Die Handlungs- und Selektionsbedingungen verändern sich multidimensional und beständig. Es gibt keine Position, von der aus Optionen und Anschlüsse in Ruhe sondiert werden können. Das Ergebnis ist eine permanente Veränderung der Entscheidungslandschaft für das Gesundheitswesen, die nicht nur Erfahrungen und Wissensbestände stets von Neuem entwertet, sondern es nahezu unmöglich macht vorherzusagen, welche Anschlusspositionen und Handlungschancen in Zukunft relevant sein werden. Daher ist es eine natürliche Reaktion, zu versuchen, möglichst viele oder alle Optionen für spätere Realisierungen offen zu halten.

Diese Haltung führt zu einer Erweiterung der Komplexität, die wiederum eine weitere Beschleunigung induziert. Es ist nicht verwunderlich, dass die institutionell geprägte rechtsstaatliche Verarbeitungsgeschwindigkeit immer schneller vom tatsächlichen Wandel übertroffen wird und rechtsstaatliche Verhaltensweisen immer mehr in Zweifel gezogen oder als hinderlich angesehen werden. Dabei haben gerade Institutionen und formalisierte Regeln angesichts der prinzipiellen Handlungs- und Entscheidungsoffenheit der Menschen in einer freien immer mehr individualisierten Gesellschaft eine wichtige Entlastungs- und Sicherheitsfunktion.

Doch der Grad der „gefühlten“ Verbindlichkeit und das Sicherheitsempfinden bei den Betroffenen nehmen dramatisch ab. Die Akteure fühlen sich permanent unter Stress und Zeitdruck gesetzt, mit den Veränderungen Schritt zu halten und Handlungsoptionen und Anschlusschancen nicht durch das Veralten ihrer Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen zu verlieren.

Als Beispiel für diese Beschleunigungsthese diene die Entwicklung von der „Wochenschau“ (Kino) über die „Tagesschau“ (Fernsehen) bis zum gleichzeitig laufenden beweglichen Schriftband, das sogar Nachrichten in „Echtzeit“ verspricht. Der Extremfall wären „bestellte“ Ereignisse, die tatsächlich in „Echtzeit“ ge-

sendet werden können (siehe James Bond: „Der Morgen stirbt nie“). Die aktuelle Gesetzgebung folgt mit Eckpunkten, Gesetz, Novelle, Verordnung, Talk-Shows und den jeweiligen Presseerklärungen einem ähnlichen Muster.

## **Ausblick**

Die Erkenntnis, dass der jeweils aktuelle medizinische Fortschritt für jeden Einzelnen, keinerlei Wartezeiten, sprechende Medizin, usw., usw. in der bisherigen Solidarversicherung nach den Gesetzen der Logik unbezahlbar ist, nimmt zu. Der Zwang zur Leistungsreduzierung ist eine logische, aber ungewohnte Perspektive und vor allem für Politiker eine Aufgabe, die nach ihrem bisherigen Verhalten der Öffentlichkeit nur schwer verständlich zu machen ist. Die offensichtlich schrumpfende fachliche Eigenkompetenz der politischen Entscheidungsträger als Folge der permanent steigenden Komplexität des Gesundheitssystems und die begrenzte Bereitschaft, unangenehme, aber objektiv notwendige Entscheidungen zu treffen, verstärken den Einfluss der verantwortungsfreien Fremdkompetenz (politische „Gelegenheitsökonom“).

Die unzureichenden Konsequenzen aus dem demographischen Kollaps, die zu geringe Investitionsquote, die ausufernde Bürokratisierung, die ungeklärte Mengenregelung ab 2009, die nach wie vor geplante Ausgaben- und unsichere Entscheidungsträger werden tendenziell zum Sprengsatz des Systems. Ob die in der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit seit Jahrzehnten ausschließlich auf die Begriffe Kostendämpfung, Beitragssatzstabilität, Verzahnung, Wirtschaftlichkeitsreserven und Wettbewerb reduzierte Diskussion dem geschilderten hochkomplexen Szenario gerecht wird, erscheint zweifelhaft.

Eines ist jedenfalls sicher: Alle Forderungen nach Nachhaltigkeit, Zukunftssicherheit und Demographiefestigkeit – nichts davon ist möglich. Es gibt keine dauerhaften Lösungen bei sich permanent ändernden Rahmenbedingungen. ■

**Dr. Ernst Bruckenberger**  
Hitzackerweg 1 a  
30625 Hannover  
[www.bruckenberger.de](http://www.bruckenberger.de)