

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit heute: Illusion oder Möglichkeit?

Anne-Céline Cornet und Christoph Dietrich¹

Problembeschreibung

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist eine zentrale Norm des hohen Zivilisationsniveaus und der kulturellen Identität auf beiden Seiten des Rheins. Sie steht in Frankreich wie Deutschland unter steigendem Druck durch demografischen Wandel, medizinischen Fortschritt, internationale Konkurrenz um rare Fachkräfte und wechselnde Morbiditätsprofile der Bevölkerungen. Ein stabiles Gleichgewicht zwischen Beitragsaufkommen und Inanspruchnahme der Krankenversicherungssysteme gibt es nicht mehr. Infolgedessen schießen die Finanzministerien in Paris und Berlin immer höhere Steuerbeträge für den Ausgleich der Defizite zu. Dieses Geld wird anderen öffentlichen Aufgaben wie Infrastruktur, Bildung, Umwelt, Energieentwicklung, Verteidigung und innere Sicherheit entzogen oder durch neue Schulden beschafft. Gerade gegenüber künftigen Generationen ist dies zutiefst ungerecht. Die Gesundheitssysteme stehen infolgedessen unter immensem Anpassungsdruck. Soll die universelle, solidarische Krankenversicherung überleben, müssen sie den sich kontinuierlich verändernden Bedingungen vorausschauend angepasst werden. Dabei ist es Aufgabe der Politik, diese komplexe Anpassung gerecht zu gestalten. Struktureller Veränderungen zu unterlassen, bedeutet, die Funktionsfähigkeit der Systeme so lange zu kompromittieren, bis sie faktisch weder leistungsfähig noch solidarisch, sondern letztlich zerstört sind.

Reparaturdienstverhalten statt Strukturanpassung

Seit Jahren multiplizieren sich die Gesundheitsreformen ohne langfristig konsolidierende Wirkung. Gleichzeitig fühlen sich viele Menschen schlechter versorgt und bangen, sich Gesundheit in Zukunft immer weniger leisten zu können. Gesundheitspolitik wird in beiden Ländern überwiegend als Krankenversicherungspolitik betrieben. Grundlegende strukturelle Reformen im Sinne eines höheren Wirkungsgrades der eingesetzten Ressourcen werden zugunsten der meist eiligen Generierung neuer Geldquellen oder globaler Einsparungen zur kurzfristigen Finanzierung der bestehenden, nicht angetasteten Strukturen und Besitzstände verschoben. Da Beitragserhöhungen, Steuerzuschüsse, Budgetdeckelungen und Honorarkürzungen keine strukturellen Reformen sind, wirken sie nicht nachhaltig. Jüngste organisatorische Reformversuche sind im Effekt zweifelhaft und ohne Evaluationsklauseln. Das französische Gesetz „Hôpital, Patient, Santé, Territoire“ stellt die mangelnde Koordinierung zwischen den Sektoren und ihren Akteuren sowie die regional unterschiedlichen

¹ Anne-Céline Cornet ist Referentin im französischen Verteidigungsministerium. Christoph Dietrich ist praktizierender Arzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Deutschen Bundestag. Der Text gibt ausschließlich die persönliche Meinung der Autoren wieder.

Versorgungsniveaus in den Fokus. Beide Probleme sind auch in Deutschland virulent und sollen 2011 in einem Versorgungsgesetz in Angriff genommen werden. Beide Länder tendieren zum stärker regulierenden Staat. Dabei kann der planwirtschaftliche Ansatz der Staatsmedizin nicht der komplexen Versorgungswirklichkeit gerecht werden. Die Befugnisse des Generaldirektors der gesetzlichen Krankenkassen (UNCAM), die Kompetenzen der regionalen Gesundheitsagenturen (ARS) in Frankreich sowie Sachleistungsprinzip, Regelleistungsvolumina, die Eingriffe der Krankenkassen in die Therapiefreiheit und die Bedarfsplanung in Deutschland sind Beispiele hierfür. In beiden Ländern werden Reformen vom Dogma der Beitragssatzstabilität blockiert, eine gedankliche Überwindung der gegenwärtigen Systeme nicht gewagt.

Exemplarisch ist der noch geringe Stellenwert der Qualitätssicherung. Wieviel Gesundheit mess- und vergleichbar effektiv bei den Versicherten ankommt, wird allenfalls am Rande politisch diskutiert. Evidenzbasierte Qualitätskriterien sind Voraussetzung für einen Vergleich gesundheitlicher Versorgungsleistungen. Dennoch haben es weder Politik in Frankreich noch Selbstverwaltung in Deutschland bisher vermocht, eine nur annähernd umfassende Qualitätssicherung auf der Grundlage solcher Kriterien zu etablieren. Ein weiteres Beispiel ist die Rationierung. Die Erkenntnis, dass niemals die Bereitstellung aller maximal denkbaren Gesundheitsleistungen und -produkte von einer Gesellschaft bestritten werden kann, ist nicht neu. Deshalb ist Rationierung ein unverzichtbares Instrument jeglichen Haushaltens. Insofern scheint es absurd, dieses Instrument im Gesundheitswesen abzulehnen, so als lägen hier unbegrenzte Ressourcen vor. Da auch das aktuelle Leistungsniveau nicht das maximal Machbare beinhaltet, greift eine implizite Rationierung. Sie erfolgt unregelt und intransparent – etwa durch Budgetierung. Dieses Vorgehen erscheint fragwürdiger als Regeln, die nach Kriterien ethischer und wirtschaftlicher Verantwortung durch einen demokratischen Konsens aufgestellt werden und öffentlicher Kontrolle unterliegen. Die Frage ist also nicht, ob rationiert wird. Die Frage muss sein, nach welchen Regeln rationiert wird und wie ein breiter gesellschaftlicher Diskurs über diese Regeln organisiert werden kann. Diese Diskussion lehnen deutsche wie französische Gesundheitspolitiker weitgehend ab.

Ministerialbürokratie versus Dickicht der Zuständigkeiten

In Frankreich liegen Entscheidungsfindung und -ausführung wesentlich bei einer dominanten Ministerialbürokratie, während in Deutschland Verbände und Selbstverwaltung oft umfassend in Parlamenten und Ministerien (Land und Bund) beteiligt werden und über Instanzen wie den Gemeinsamen Bundesausschuss erheblichen Anteil an legislativen und exekutiven Akten haben. Diese Vielheit wird politisch häufig genutzt, Verantwortung auf andere Akteure abzuschieben. Die Ineffizienz des H1N1-Managements durch ein Bundes- und 16 Landesministerien, denen 16 verschiedene Landeskatastrophenschutzgesetze vorlagen und die dramatische Zunahme der mehrfachresistenten Erreger in Deutschland sind typische Beispiele hierfür. Das französische System ermöglicht eine größere Stringenz notwendiger Steuerung, während das deutsche oft wirksschwache Kompromisse produziert. Andererseits besteht das französische Korrektiv öfter in

der Straße, wenn sich hierfür interessierte Organisatoren finden, während ausgehandelte Kompromisse in Deutschland häufig lähmende Konflikte vermeiden.

Vorschläge

Verbesserung der Versorgungsstrukturen statt Finanzierung des Mangels

Der Fokus der Gesundheitspolitik sollte sich von der Beitragssatzstabilität – unter Beibehaltung der gegenwärtigen Finanzierungsgrundlage – auf einen strukturellen, patientenorientierten und qualitativen Umbau verschieben. Gesundheitspolitik sollte grundsätzlich konkrete Zielgrößen definieren und Neuregelungen daran evaluieren. Die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sind stets darzustellen. Reformbedarf besteht insbesondere bei Infrastruktur, Prävention und Eigenverantwortung, den Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen, der Aus- und Weiterbildung, der kontinuierlichen (Weiter-)Entwicklung von Kriterien der Ergebnis- und Prozessqualität, der Beteiligung der Patientenstimme an Strukturentscheidungen, der Messung und Veröffentlichung der Versorgungsqualität, Evaluationen der Programme, leistungs- und qualitätsabhängigen Vergütungsanteilen und Investitionsförderung, mehr Freiheit der Berufsausübungsformen in den Gesundheitsberufen, der Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit, der Aufgabe staatsdirigistischer Zwangsmaßnahmen und kleinteiliger Bedarfsplanung, der Kostenerstattung statt bedarfsferner Budgets, einer besseren Koordinierung der Sektoren sowie der Förderung intermediärer und ambulanter Versorgungsformen.

Aufklärung und Mentalitätswandel

Diese Zusammenhänge zu vermitteln und einen breiten gesellschaftlichen Diskurs über die ethische Herausforderung einer gerechten Organisation knapper werdender Ressourcen anzuregen, ist Aufgabe der Politik. Beteuerungen, zukünftig mit knapperen Mitteln ohne umfassende Strukturreformen mehr leisten zu können, werden immer unglaubwürdiger und kompromittieren das Vertrauen in die Politik. Hinter der Ablehnung der Rationierung durch Politiker etwa verbirgt sich oft die Scheu, sie zu organisieren und den Sinn der Regelungen verständlich zu machen. Letztendlich wird sie deshalb unterlassen und die Folgen der „wilden“ Rationierung für das Leistungsniveau werden verschwiegen. Hier ist von der Politik mehr Mut gefordert, mehr Interesse für den langfristigen Gemeinwohlnutzen, mehr Vertrauen in die Vernunft der Menschen und der Verzicht auf populistische Strohfeuer. Mangelnde Akzeptanz notwendiger Veränderungen liegt nicht an mangelnder Auffassungsgabe der Bevölkerung, sondern an fehlender Bereitschaft zur Erklärung. Diese ist auch Aufgabe der Medien. Die ethische Brisanz von Gesundheit führt in Versuchung, Reformvorschläge als gut verkäufliche Skandale darzustellen. Veränderungen werden oft reflexartig als Versuch beschrieben, den Menschen wegzunehmen, worauf sie Anspruch haben. Dies gilt insbesondere bei Strukturreformen, die jedoch tatsächlich den langfristigen Erhalt von sozialer Sicherheit unter veränderten Bedingungen bewirken. Da auch im Gesundheitssystem nur die Anpassung das Überleben sichert, gefährdet auch dieses Medienverhalten die Zukunft der gesundheitlichen

Chancengerechtigkeit. Politik und Medien sollten keine undifferenzierten Verlustängste auslösen, sondern das Bewusstsein für Eigenverantwortung stärken. Sie sollten sachliche Aufklärung als Teil ihrer Aufgabe verstehen, so dass Veränderungen differenziert und mündig beurteilt und demokratisch bewertet werden können. Franzosen und Deutsche wollen in Gesellschaften leben, in denen unverschuldet in gesundheitliche Not geratene Menschen medizinisch hochwertig versorgt werden. In beiden Ländern ist es Konsens, dass die Solidargemeinschaft für die Kosten aufkommt, sofern der Betroffene dies nicht aus eigener Kraft kann. Doch um dieses Prinzip auszugestalten, müssen seine einzelnen Konstituenten definiert werden: Welches Mindestversorgungsniveau wird angestrebt? Was ist notwendig (Not abwendend), wo endet Not, wo beginnt Komfort? Wann ist Not unverschuldet, wann verschuldet? Wieviel Eigenverantwortung kommt dem Einzelnen zu? Welche Eigenleistung ist zumutbar? Ab wann führt die Assistenz des Systems zur Entmündigung und zum Verlernen von Verantwortung für die eigene Gesundheit? Welche bewusst eingegangenen individuellen Risiken muss die Solidargemeinschaft übernehmen, wenn die Bereitschaft zur Solidarität erhalten werden soll?

Breiter Diskurs

Die französischen Sozialkassen evozierten jüngst die Verantwortung der Patienten als Gegenpart zum freien Zugang zu den Gesundheitsleistungen, der im Code de la Santé Publique verankert ist. Im deutschen Sozialgesetzbuch heißt es: „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch gesundheitsbewusste Lebensführung, (...) dazu beitragen, Krankheit (...) zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“ Dieser Satz ist motiviert von dem Ziel des Erhalts von Solidarität. Er geht davon aus, dass es zutiefst ungerecht ist, wenn Gesundheitsschäden als Folge verantwortungsloser Verhaltensentscheidungen von denjenigen getragen werden, die selber Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Da hierdurch aufgrund der Mittelknappheit Leistungseinschränkungen auch für diejenigen entstehen, die unverschuldet in Not geraten, erzeugt mangelnde Eigenverantwortung soziale Ungerechtigkeit. Weder das französische noch das deutsche Gesetz machen Aussagen über Konsequenzen für denjenigen, der seiner Verantwortung nicht gerecht wird. Angesichts massiver Kostensteigerungen ist es aber unvermeidlich geworden, Eigenverantwortung für Gesundheit zu definieren und Konsequenzen unverantwortlicher Verhaltensentscheidungen zu regeln. Verantwortung wird erlernt durch das Tragen der Konsequenzen des eigenen Verhaltens. Ein Ersatz der Eigenverantwortung durch Kollektivverantwortung führt zum Verlernen individueller Verantwortung, überfordert schließlich jedes Solidarsystem und zerstört die Bereitschaft zur Solidarität. Eigenverantwortung und Verantwortung für andere bilden deshalb ein untrennbares Zwillingsspaar. Das Einfordern von Eigenverantwortung für die Gesundheit ist deshalb Voraussetzung für den Erhalt des solidarischen Beistandes in unverschuldeten Notlagen.

Vergleich

Der Vergleich der beiden Gesundheitssysteme zeigt, welcher Mehrwert im deutsch-französischen Austausch liegt. Die Systeme sind in ihren Zielen, ihrem jeweiligen gesellschaftlichen, politischen,

kulturellen und normativen Gepräge hinreichend ähnlich, um auf einer Ebene verglichen werden zu können und Übertragbarkeit zu ermöglichen. Sie sind andererseits in ihrer jeweiligen Ausgestaltung hinreichend unterschiedlich, um gegenseitig innovativ zu sein. Reformansätze, die in einem Land kontrovers diskutiert werden, werden im anderen Land oft schon angewendet und haben sich bewährt. Dadurch kommt dem einen für das andere Land Modellcharakter zu. Dies ist angesichts des Reformbedarfs von großem Wert.

Befruchtend für die Diskussion in Deutschland kann die Eigenbeteiligung in der Assurance Maladie sein. Sie wird in Deutschland oft mit dem Untergang des sozialen Staates gleichgesetzt, führt aber in Frankreich keineswegs zu Versorgungsnachteilen gegenüber Deutschland. Stattdessen erreicht Frankreich eine sinnvolle Steuerung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (sieben Arzt-Patient-Kontakte pro Jahr in Frankreich versus 18 in Deutschland im Jahr 2009). In Frankreich besteht mit der allgemeinen Beitragspflicht zur Assurance Maladie eine alle umfassende Solidargemeinschaft, während in Deutschland ein Zehntel der Bevölkerung ausschließlich privat krankenversichert ist. Während Elemente der deutschen Selbstverwaltung in Frankreich zu ausgewogeneren Entscheidungen führen könnten, wären in Deutschland klarere Verantwortlichkeiten und eine größere fachliche Autorität des Bundesministeriums sowie mehr zentrale Zuständigkeiten im Sinne gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet wünschenswert.

Anregen möchten wir auch eine regelmäßige deutsch-französische Gesundheitsmesse. Organisatoren könnten die Gesundheitsministerien sein. Sämtliche Akteure des Gesundheitswesens sollten daran teilnehmen, darunter Verwaltungen, Parlamente und Parteien, Selbstverwaltungsorgane, Krankenversicherungen, Patientenvertreter, Gesundheitsberufsverbände, Fachgesellschaften, gesundheitswirtschaftliche Unternehmen und die lebens- und versorgungswissenschaftlichen Einrichtungen. Die Messe sollte Fachseminare von Versorgungsforschung bis Gesundheitspolitik, themenspezifische Diskussionsveranstaltungen sowie ein Forum zur Präsentation von Projekten, politischen Initiativen und Lösungsansätzen bieten. Dabei sollen die Teilnehmer voneinander lernen, gegenseitig Anregungen geben, Transfermöglichkeiten prüfen, Erfahrungen austauschen und in einen dauerhaften Dialog treten. Wenn umfassende Strukturreformen gelingen, ist gesundheitliche Chancengerechtigkeit keine Illusion. Diversität und Ähnlichkeit des französischen und des deutschen Systems können durch Austausch und gemeinsame Weiterentwicklung zukunftsfähige Konzepte einer modernen Gesundheitsversorgung erzeugen und zum Fortschrittmotor werden, der gesundheitliche Chancengerechtigkeit in ganz Europa voran bringt.