

ver.di Bundesvorsitzender Frank Bsirske, Personalräte und Wissenschaftler fordern:  
**Strukturreform unseres solidarischen Gesundheitssystems**

### **Bilanz des deutschen Gesundheitssystems**

Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich durch das Prinzip der Solidarität aus: Einkommensabhängiger paritätischer Beitragsfinanzierung steht ein freier Leistungszugang im Bedarfsfall gegenüber, der allein durch die medizinische Notwendigkeit definiert wird. Eine Versorgung auf medizinisch hohem Niveau ist für alle Schichten der Bevölkerung gewährleistet. Der Leistungsumfang ist umfassend, einkommensunabhängig und wird gerecht finanziert. Medizinischer Bedarf und nicht die Zahlungsfähigkeit des Patienten bestimmen den Leistungsanspruch. Doch genau diese Errungenschaften, die dem deutschen System international viel Anerkennung eingebracht haben, werden jetzt zunehmend in Frage gestellt.

Herausforderungen entstehen aus zunehmender Multimorbidität der Bevölkerung gekoppelt mit einer steigenden Lebenserwartung und medizinischem Fortschritt. Sie lassen bei näherer Betrachtung eine Strukturreform als unvermeidbar erscheinen, wenn das Solidarsystem mit allen seinen Vorteilen nicht zerschlagen werden soll. Für diese Herausforderungen muss unser Gesundheitssystem allerdings erst noch fit gemacht werden.

Als Antwort auf die drängenden Probleme des Gesundheitswesens werden daher zur Zeit zwei Alternativen diskutiert: Der Ausbau des bewährten Solidarsystems mit dem Schwerpunkt qualitative Runderneuerung oder die Demontage zu Gunsten einer Zwei-Klassen-Medizin. Letztere entspricht der von CDU/CSU und FDP sowie von vielen Ärzteverbänden wie z.B. dem Hartmannbund vorgeschlagenen Privatisierung der Krankheitsrisiken und ist für uns keine Alternative zum Ausbau von Solidarität und Qualität des Systems. Die Erfahrungen der Vergangenheit mit staatlichen Eingriffen ins Gesundheitssystem (sog. „Kostendämpfungsmaßnahmen“) lehren, dass ohne echte Strukturreform keine dauerhaften Einsparpotenziale oder Qualitätsverbesserungen zu erreichen sind. Ohne eine echte Strukturreform kann die solidarische Krankenversicherung in der heutigen Form daher nicht überleben. In der Vergangenheit hat die Gesundheitspolitik bequem die Verantwortung für die Qualität der Versorgung der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen überlassen und die

Interessen der Patienten und Versicherten nicht selbst aktiv vertreten. Eine Einmischung der Politik in die Steuerung der Qualität wurde zudem von den Leistungserbringern konsequent abgelehnt. Unter dem Motto „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ haben sich die Beteiligten jahrelang gegenseitig blockiert. Notwendige Verbesserungen, um mehr Transparenz in der Versorgung zu erreichen, wurden wirksam verhindert.

Im Folgenden werden die skizzierten Probleme des deutschen Gesundheitssystems ausgeführt und die auf die Lösung dieser Probleme passenden Reformschritte für die nächsten Jahre dargestellt. Nur durch eine solche durchgreifende und richtungsweisende Reform kann das deutsche Gesundheitssystem auf die Herausforderungen von Demographie und moderner Technologie vorbereitet werden.

### **Folgen der „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“**

Eine Nicht-Einmischung der Politik in die Qualitätsfrage können wir uns nicht länger leisten. Durch diese Haltung konnten sich, ähnlich wie im Bildungssystem, erhebliche Qualitätsdefizite aufbauen. Für keine der Volkskrankheiten wie Brustkrebs, Darmkrebs, Herzinfarkt, die Zuckerkrankheit, Schlaganfall oder Bluthochdruck ist unsere Versorgung im internationalen Vergleich als vorbildlich zu betrachten. Allenfalls die Hälfte der Patienten wird so behandelt, wie es gesichert medizinisch wissenschaftlich sinnvoll wäre. An allen genannten Krankheiten sterben in Deutschland mehr Patienten als in den Nachbarländern. Unsere Lebenserwartung liegt daher unter dem Durchschnitt der EU. Obwohl in Deutschland mehr als doppelt so viele Herzkatheteruntersuchungen wie im europäischen Durchschnitt gemacht werden, mehr als in jedem anderen europäischen Land, ist unsere Todesrate durch Herzinfarkte weniger schnell als z.B. in den Niederlanden, England, Finnland, Schweden, den USA oder Kanada gesunken. Bei der Versorgung von Patienten mit akutem Herzinfarkt konnte in einer Studie von 54 Krankenhäusern<sup>1</sup> gezeigt werden, dass weniger als ein Drittel der Kranken optimal versorgt werden. Bei der Versorgung von Brustkrebs finden pro Jahr bis zu 100.000 unnötige Operationen statt, weil kein qualitätsgesichertes Mammographiescreening aufgebaut werden konnte. In der Folge sterben durch zu spät entdeckte Fälle jährlich mehr als 3.000 Frauen unnötig an Brustkrebs<sup>2</sup>. Wegen feh-

---

<sup>1</sup> MITRA Studie, Schuster et al., 1997

<sup>2</sup> Gutachten des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III, 2000 / 2001

lender Zentralisierung führt die Mehrheit der Krankenhausabteilungen, in denen Brustkrebs operiert wird, weniger Operationen pro Jahr durch, als dies von der Europäischen Kommission zum Zwecke der Qualitätssicherung empfohlen wird. Der Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft hat beim Krebskongreß 2002 festgestellt, dass ein großer Teil der Frauen mit Brustkrebs nicht optimal behandelt wird. Trotz der dritthöchsten Ärztedichte in Europa und den zweithöchsten Ausgaben für Gesundheit leistet unser Gesundheitssystem nur diese in vielen Teilen der Versorgung durchschnittliche Qualität und notwendige Strukturreformen werden von der Selbstverwaltung konsequent abgelehnt. Beispielsweise sind die Ärzteverbände auch dann nicht bereit, Befunddaten an Krankenkassen weiterzuleiten, wenn die Patienten in spezielle Chronikerprogramme eingeschrieben sind und der Datenweitergabe explizit zum Zwecke der besseren Koordination der Versorgung zugestimmt haben. Damit soll verhindert werden, dass die Qualität der Leistungserbringung transparent gemacht wird. Auch bei der Einführung von Fallpauschalen wird gemauert, so dass sich das neue, leistungsorientierte System und dessen qualitätsgesicherte Umsetzung ständig verzögert. Wir benötigen Kostenkontrolle durch Qualitätssicherung, nicht Kostendämpfung durch Qualitätsverzicht. Wir brauchen wirkliche Reformen, in denen es auch Verlierer auf der Seite von Leistungsanbietern geben wird, die sich der notwendigen Qualitätsoffensive verweigern: Qualität soll honoriert, Defizite in der Qualität aber auch sanktioniert werden. Die üblichen zeitraubenden Konsensgespräche führen nicht mehr weiter und bleiben – wie gewohnt - ohne Ergebnisse.

### ***Dauerhafte Sicherung der Finanzierung durch „mehr Geld ins System“ ist nicht möglich***

Statt einer echten Strukturreform wird von den Ärztefunktionären, den Arbeitgeberverbänden und Teilen der Politik eine scheinbar durch ihre Schlichtheit bestechende Lösung vorgetragen: Durch die Strategie „**mehr Geld ins System**“ in Form von zusätzlichen Zahlungen des Patienten und sogenannten Wahlтарifen für Versicherte wird die Gesundheitsversorgung vermeintlich wieder finanzierbar, ohne dass es zu einer Neuordnung von Strukturen sowie den damit verbundenen Macht- und Einkommensneuverteilungen kommen muss. Damit es so wie bisher weitergehen kann, soll das Solidarprinzip zerschlagen werden, so dass der Arbeitnehmer durch neue

Formen der Gesundheitsabgaben endlich weiter belastet werden kann. Dies wird schmackhaft gemacht mit dem Schlagwort der **Wahlfreiheit**. Aber Wahltarife sind nichts anderes als Zuzahlungen. Sie haben zur Folge, dass Leistungen, die jetzt selbstverständlich sind, in Zukunft extra gewählt und extra bezahlt werden müssen. In diesem Sinne sind Wahlleistungen immer auch Zahlleistungen für diejenigen, die sich diese leisten können. **Wahlfreiheit ist Zahlfreiheit**. Da nicht jeder zahlen kann, ist damit das Solidaritätsprinzip durchbrochen. An den Wahlleistungen wären die Arbeitgeber natürlich nicht beteiligt. Nicht der medizinische Bedarf bestimmt dann, wer behandelt wird, sondern das Einkommen. Kann ein Patient die benötigte Wahlleistung nicht zahlen, müssen andere für ihn nicht mehr eintreten. Er hat offiziell die Leistung nicht gewählt, auch wenn jeder weiß, dass die Abwahl erfolgte, weil er sich die Wahltarife nicht leisten kann. Den Leistungserbringern genügt das durch die hohe Arbeitslosigkeit nicht mehr so stark steigende Lohneinkommen der Beschäftigten für die Finanzierung ihrer Leistungen nicht mehr, obwohl bereits heute niemand in Europa mehr für Gesundheit ausgibt als wir.

Weitere Zuzahlungen und den Einstieg in die **Zwei-Klassen-Medizin** durch Wahlleistungen lehnen wir daher kategorisch ab. Weshalb sollten Patienten und Versicherte auch mit noch höheren finanziellen Belastungen für ein System aufkommen, welches nach Analysen des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hohe Effizienzreserven aufweist und im Vergleich zu den Gesundheitssystemen in Nachbarländern nur teurer, nicht aber besser ist? Weshalb sollten wir statt der Beseitigung der bestehenden teuren Qualitätsprobleme auf deren Stabilisierung durch die Einführung einer Zwei-Klassen-Medizin setzen? Weshalb sollten Unwirtschaftlichkeiten weiter finanziert und mitgeschleppt werden?

Für uns gilt, dass der Gewinner einer Reform im Gesundheitswesen der Patient sein muss, dem mehr Entscheidungsfreiheit und **echte** Wahlmöglichkeiten eingeräumt werden sollen. Die Wahl, mehr zu zahlen, ist keine echte Wahl. Sie bedeutet letztlich, dass sich die Möglichkeit der Übernahme von Eigenverantwortung eines Patienten auf die Wahl zusätzlicher finanzieller Belastungen beschränkt, solange seine finanziellen Möglichkeiten dies erlauben. Qualität wird weiterhin allein vom Arzt bestimmt, Transparenz soll es weiterhin nicht geben. Diese Art Wahlfreiheit ist in Wirklichkeit eine Entmündigung. Eine echte Wahl ist dagegen die **Wahl der Qualität der Versorgung** und zwar unabhängig von der Zahlungsfähigkeit. Dabei geht es zum Beispiel um die Wahl von Hausarztmodellen, Modellen der Behandlung mit bevorzugten

ärztlichen Einrichtungen, für deren Qualität die Krankenkasse besonders bürgt, oder von Einschreibemodellen für chronisch Kranke mit einer qualitätsgesicherten Versorgung der Krankheit durch spezialisierte Ärzte. Jeder sollte auch weiterhin den vollen Leistungsanspruch und den kompletten Leistungskatalog zur Verfügung haben, aber wählen dürfen, wo er diese Leistungen mit der besten Qualität erhalten kann. Dazu müssen die Voraussetzungen geschaffen werden. Die wichtigsten Voraussetzungen sind:

- Die Qualität der Leistungen und Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser) muss für den Versicherten und für die Öffentlichkeit vollständig und verständlich dargestellt und offen gelegt werden (**volle Transparenz**),
- die Krankenkassen müssen in die Lage versetzt werden, gute und schlechte Leistung identifizieren zu können und ihren Mitgliedern dies mitteilen zu dürfen, und
- den Krankenkassen muss es erlaubt werden, mit qualitätsorientierten Leistungserbringern bei speziellen Leistungen durch ergänzende Verträge bevorzugt zusammen zu arbeiten, ohne dass sie gleichzeitig kollektive Verträge mit Anbietern schlechterer Qualität schließen müssen (**Qualitätswettbewerb**).

**Wir lehnen eine einkommensabhängige Wahlmöglichkeit von Zuzahlungen ab und fordern eine einkommensunabhängige Wahlmöglichkeit guter Qualität.**

Ohne mehr Transparenz und leistungsorientierte Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern mit hoher Qualität wird weder eine echte Strukturreform eingeleitet noch kann eine Mobilisierung von Rationalisierungspotenzialen erwartet werden. Vielmehr wird weiterhin eine ineffiziente Leistungserbringung mit fehlender Transparenz in Qualität und Wirtschaftlichkeit zementiert. An Stelle von echten Innovationen in der Form neuer Qualitätsangebote, die für alle eingeführt werden würden, bliebe es bei der Finanzierung von Pseudoinnovationen ohne Zusatznutzen und der Erbringung von Leistungen, deren Wirksamkeit nicht wissenschaftlich gesichert ist (nicht dem Standard der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung entspricht). Ein echter Qualitätswettbewerb würde die bestehenden Versorgungsdefizite beseitigen ohne dass es zum Abbau von Arbeitsplätzen kommen müsste. So macht es z.B. keinen Sinn, dass in einer Kleinstadt vier Krankenhäuser jeweils Brustkrebs und Prostatakrebs operieren mit der Folge, dass keine Abteilung auf die notwendige Anzahl von

Operationen kommt (Mindestmengen), die für die Sicherung des Qualitätsstandards notwendig sind. Beispielsweise kann für über 10 operative Verfahren in der Herzchirurgie bzw. bei Krebserkrankungen, die nicht notfallmäßig durchgeführt werden müssen, als gesichert gelten, dass Zentren mit hohen Leistungszahlen bessere Ergebnisse erreichen als Zentren mit niedrigen Leistungszahlen. Das bedeutet z.B. für Patienten, die sich einer Bypassoperation, einem Herzklappenersatz, einer Ausschälplastik der Halsschlagader, einer Entfernung des Magens, der Niere oder von Teilen der Bauchspeicheldrüse unterziehen, weniger Komplikationen, geringere Sterberaten und weniger Infektionen<sup>3</sup>. Es ist leicht einzusehen, dass durch eine Spezialisierung bei Eingriffen, die nicht notfallmäßig durchgeführt werden müssen, für alle Beteiligten bei steigender Qualität die Kosten gesenkt werden. Damit würde sich für die Beschäftigten eine stärkere Spezialisierung und ein geringerer ökonomischer Druck ergeben. Der gesunkene ökonomische Druck und die verbesserten Qualifizierungsmöglichkeiten würden sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken. Es ist falsch, anzunehmen, dass die durch die Fehlanreize bedingten Qualitätsmängel von den Beschäftigten im Gesundheitssystem nicht wahrgenommen werden. Eine Verbesserung der Versorgungsqualität würde auch das Berufsbild der im Gesundheitswesen beschäftigten Menschen wieder aufwerten. Deren Zahl und Qualifikation muss sich am Versorgungsbedarf orientieren. Ohne Senkung der Krankheitskosten durch Qualität und Spezialisierung ist die weitere Zunahme des bereits jetzt bestehenden Preiswettbewerbs zu befürchten. Ein reiner Preiswettbewerb zu Lasten der im Gesundheitssystem Beschäftigten kann nur durch einen Qualitätswettbewerb statt eines reinen Preiswettbewerbs vermieden werden. Gute Qualität vermeidet unnötige Komplikationen und Folgeeingriffe sowie Leistungen ohne medizinischen Nutzen. Durch mehr Qualität und Effizienz im Krankenhaus lassen sich auch die Arbeitszeiten dort positiv beeinflussen. Dies wiederum führt zu mehr Arbeitszufriedenheit und fördert die Gesundheit der Beschäftigten - dies ist ein entscheidender Beitrag dazu, auf Betriebsebene Krankheitskosten zu senken.

Die Einnahmen der Krankenkassen lassen sich am wirkungsvollsten durch einen Abbau der Arbeitslosigkeit und durch Zahlung tarifgerechter Löhne und Gehälter steigern. Dadurch steigt die Einnahmehasis der Krankenkassen bei gleichzeitiger Senkung der Ausgaben. Eine Aushöhlung der paritätischen Finanzierung ist dagegen abzulehnen, weil sie einseitig die Arbeitnehmer belasten würde.

---

<sup>3</sup> Birkmeyer et al., 2002.

## ***Sicherung der Finanzierung und der Patientenversorgung durch Effizienz und Qualität***

Im Mittelpunkt einer echten Gesundheitsreform zur Stärkung tatsächlicher Eigenverantwortung des Patienten verbunden mit mehr Entscheidungsfreiheit, muss daher die Steigerung von Effizienz und Qualität des Gesundheitswesens stehen. Nur wenn es unterschiedliche effiziente und qualitativ hochwertige Angebote gibt, machen Transparenz und Wahlmöglichkeiten einen Sinn. Transparenz ohne Alternativen hilft nicht viel weiter. Daher muss Schluß sein mit der Einheitsversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ohne Mitsprache von Patienten und Krankenkassen bei der Entwicklung der Qualität und des Leistungsangebots. Es muss Schluß sein mit Krankenkassen, die sich nur im Beitragssatz unterscheiden, aber zu wenig dafür tun, ihre Versicherten zu gut informierten kritischen Nutzern des Gesundheitssystems zu entwickeln. Wissen und Transparenz in den Behandlungsdaten sind letztlich die Voraussetzung für die Übernahme von Eigenverantwortung, wenn sich diese nicht in der finanziellen Beteiligung des Patienten erschöpfen soll. Gesundes Verhalten und informierte Beteiligung müssen Ziele der Eigenverantwortung sein, nicht die Beschränkung auf eine steigende finanzielle Beteiligung.

Eine solche Steigerung von Effizienz und Qualität der Versorgung ist in Deutschland durch folgende Maßnahmen zu erwarten:

- *Sektorenübergreifende, integrierte Versorgung (Chronikerprogramme):* Durch eine stärkere Integration der Versorgung werden Reibungsverluste vermindert und Qualität und Effizienz verbessert<sup>4</sup>. Doppel- und Mehrfachuntersuchungen sowie das doppelte Vorhalten von Ressourcen wie z.B. OP-Kapazitäten werden verringert. An die Stelle einer fragmentierten, episodenhaften Therapie wird eine ganzheitliche Behandlung des Patienten gesetzt. Die Programme basieren auf wissenschaftlich gesicherten Handlungsempfehlungen (Leitlinien) für Ärzte und Patienten und erlauben so den Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung durch gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient. Sie beziehen das Wissen und Können aller Beschäftigten im Gesundheitswesen ein und optimieren dadurch die Versorgungsqualität. So sind Spezialisten eher auf dem aktuellen Stand des Wissens und setzen neue Verfahren auch rascher in die Routinetherapie um als breit gefächer-

---

<sup>4</sup> Feachem et al., 2002.

te Hausärzte<sup>5</sup>. Patienten in fortgeschrittenen Stadien wie z.B. zuckerkranken Patienten mit Komplikationen erhalten durch die Einbindung von Spezialisten (z.B. über die Anbindung an Krankenhausambulanzen) eine bessere Therapie der Zuckerkrankheit als Patienten, die nur beim Hausarzt betreut werden. Umgekehrt, weisen solche in Spezialambulanzen betreute Patienten in anderen Therapieaspekten wie der Prävention oder Therapie der Koronaren Herzerkrankung in ca. 75% der Fälle Defizite auf<sup>6</sup>. Entscheidend ist also nicht Hausarzt oder Spezialist, sondern die Einbindung des Spezialisten in die individuelle Therapieplanung, wie es in Chronikerprogrammen geplant ist.

- *Umbau des bestehenden **Risikostrukturausgleichs***: Ohne direkte Berücksichtigung der Morbidität werden die Beitragssätze der Krankenkassen mit vielen einkommensschwachen und chronisch kranken Versicherten weiter steigen, während die Beitragssätze der Krankenkassen mit einkommensstarken und gesunden Versicherten stabil blieben.
- ***Organisationsreform** der Krankenkassen*: Ein echter Qualitätswettbewerb der Krankenkassen setzt voraus, dass die Krankenkassen einheitliche Rechte und Pflichten in bezug auf die Aufnahme neuer Mitglieder haben.
- *Beibehaltung eines **einheitlichen Leistungskatalogs***: Die Beibehaltung eines einheitlichen Leistungskatalogs kann Effizienz und Qualität der Versorgung steigern, wenn Leistungen, die nachgewiesenermaßen unwirksam oder unwirtschaftlich sind, ausgeschlossen werden. Für unwirksame Leistungen bedarf es weder einer Zusatzversicherung noch einer privaten Finanzierung. Die freiwerdenden Ressourcen können statt dessen ins System zurückfließen und stehen für die Finanzierung echter Innovationen zur Therapieverbesserung zur Verfügung. Für den Patienten bleibt so der freie Zugang zu allen wirksamen Therapiealternativen erhalten.
- *Veraltete und **nicht wirksame Leistungen** ausschließen*: Aus Gründen der Qualitätssicherung und der Kostenkontrolle dürfen auch veraltete Verfahren oder Verfahren ohne nachgewiesenen medizinischen Nutzen, wie z.B. die Therapie mit alpha-Liponsäure bei der diabetischen Neuropathie nicht zu Lasten der GKV abgerechnet werden. Nur so kann ausreichend Raum für die Einführung von echten Innovationen erreicht werden.

---

<sup>5</sup> McCulloch et al., 1998.

<sup>6</sup> Ho et al., 1997

- **Die *Positivliste* wirksamer Arzneimittel muss in Kraft treten:** Die wissenschaftlichen Arbeiten an der Erstellung der Positivliste von wirksamen Arzneimitteln sind abgeschlossen. Daher sollte sie auch endlich für die Verbesserung der Auswahl in der Arzneimittelversorgung der GKV verbindlich werden. Nicht wirksame Arzneimittel produzieren nur Nebenwirkungen und Kosten. Arbeitsplätze werden nicht gefährdet, wenn statt unwirksamer Arzneimittel wirksame eingesetzt werden. Nur sichere und wirksame Arzneimittel führen auch auf Dauer zu sicheren Arbeitsplätzen.
- ***Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch die Krankenkassen:*** Wenn den Krankenkassen eine flexiblere Kontrahierung ermöglicht wird, ist eine Bevorzugung von effizienten Leistungserbringern, die gute Qualität anbieten, möglich. Zusammen mit der Publikation von Qualitätsdaten wird für den Patienten so die Möglichkeit geschaffen, sich für eine qualitativ hochwertige Behandlung bei einem effizienten Leistungserbringer zu entscheiden. Dies wird auch von Ärzten, Krankenhausabteilungen, Rehaeinrichtungen und Pflegeeinrichtungen unterstützt, die schon heute Qualität in den Mittelpunkt ihrer Versorgung stellen. Bislang gibt es zu wenige Anreize, mit besonders guter Medizin auch höhere wirtschaftliche Ergebnisse zu erzielen. In unserem System werden auch Mittelmaß und schlechte Qualität belohnt. Daher müssen Krankenkassen für die Sicherstellung von Qualität der medizinischen Versorgung und der Art und Weise, wie die von ihnen angebotenen Leistungen für ihre Versicherten erbracht werden, selbst verantwortlich sein.
- ***Mehr Vertragsfreiheit für Krankenkassen:*** Durch die Einführung von Qualitätsmerkmalen als Vertragsbestandteil kann ein Qualitätswettbewerb initiiert werden. Die Krankenkassen müssen auch in Krankenhäusern ambulante Leistungen einkaufen dürfen, wenn diese Leistungen von hoher Qualität sind und eine gute Kosten-Nutzen-Relation aufweisen.
- ***Qualitätsstandards:*** Für eine Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten ist die Information des Patienten über seine Erkrankung sowie die möglichen wissenschaftlich gesicherten (evidenzbasierten) Behandlungsmöglichkeiten Voraussetzung. Neben evidenzbasierten Behandlungsleitlinien gehören dazu beispielsweise die Definition von Mindestmengen in den jeweiligen medizinischen Leistungen: Qualifikation entsteht auch über die Häufigkeit der durchgeführten Operationen, diagnostischen oder therapeutischen Verfahren.

In den sektorenübergreifenden Chronikerprogrammen werden evidenzbasierte Leitlinien für Arzt und Patient eingesetzt. Sie setzen wissenschaftlich gesicherte Qualitätsstandards, wie z.B. die regelmäßige Kontrolle von HbA1c (Maß für die Güte der Blutzuckereinstellung) und die regelmäßige Inspektion der Füße von Zuckerkranken in verständliche Behandlungsempfehlungen um. Die Standards werden einheitlich von den Spitzenverbänden definiert und sichern eine flächendeckende Versorgung auf qualitativ hohem Niveau. Auf dieser Grundlage kann jeder Patient aktiv in die Behandlung seiner Erkrankung eingebunden werden. Auch Mindestmengen werden in bestimmten Programmen definiert. Beispielsweise müssen von Zentren zur Therapie von Brustkrebs im Rahmen solcher Programme eine definierte Anzahl von Eingriffen pro Jahr durchgeführt werden, um die Zertifizierung zu erhalten. Die europäische zentrale Institution schlägt dafür z.B. in ihrer Leitlinie 150 Eingriffe pro Institution und Jahr bzw. 50 Eingriffe pro Arzt im Jahr vor. Zusammen mit der Publikation von Qualitätsdaten (z.B. Komplikationsraten) ermöglichen sie dem Patienten eine Entscheidungsfindung auf dem Boden objektiver Informationen.

- *Vorbeugung (Prävention)*: Durch die Investition in Vorbeugung können langfristig teure Komplikationen in erheblichem Ausmaß vermieden werden. In einer Zwei-Klassen-Medizin werden gerade jene Schichten und Gruppen der Bevölkerung von der Prävention ausgeschlossen, die den größten Bedarf haben. Die Prävention muss vor allem außerhalb der medizinischen Institutionen aber auch innerhalb der Versorgung gestärkt werden. Von nationalen Präventionsprogrammen, wie sie z.B. in Finnland für die Prävention des Herzinfarktes erprobt wurden<sup>7</sup>, sind hier nachhaltige Effekte zu erwarten. Die Programme werden am Arbeitsplatz ausdrücklich auch durch die Gewerkschaften unterstützt<sup>8</sup>. Die Umsetzung des im Hinblick auf die Größe des Gesamtproblems ohnehin eher symbolischen § 20 SGB V, der die Kassen zum Angebot primärpräventiver Leistungen ‚insbesondere zu Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen‘ verpflichtet, leidet bislang unter den falsch gesetzten Anreizen aus der Konkurrenz der Krankenkassen.

---

<sup>7</sup> Vartiainen et al., 1994.

<sup>8</sup> So z.B. durch das in diesen Tagen abgeschlossene Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung. ver.di hat gemeinsam mit vier Modellbetrieben im Dienstleistungssektor über zwei Jahre hinweg die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements erprobt, das bei Organisation und Führung ansetzt. Die Ergebnisse zeigen, dass dadurch die Motivation der Beschäftigten und die Qualität der Arbeit verbessert und der Krankenstand erheblich gesenkt werden konnten.

- **Transparenz:** Zu einer umfassenden Information des Patienten gehört die Publikation von Qualitätsdaten (Komplikationsraten, Mindestmengen erfüllt, Anzahl Operationen pro Arzt, Therapiekonzepte auf dem Boden evidenzbasierter Leitlinien, etc.). Nur so kann der Patient nachvollziehen, welches Krankenhaus beispielsweise die Mindestmengen an bestimmten Operationen erfüllt, wie hoch die Komplikationsraten und die zu erwartenden Erfolgsaussichten einer Behandlung sind und kann sich aktiv für eine Therapie entscheiden.

Eine echte Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten setzt eine deutliche Verbesserung von Qualität und Effizienz voraus. Wir müssen an den derzeitigen Schwachstellen der Versorgung (Sicherstellung der Versorgung chronisch Kranker auf hohem Niveau, Verminderung der Risikoselektion sowie Stabilisierung der Kosten, Mangel an Prävention, Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung) ansetzen, wenn das deutsche Gesundheitssystem in Zukunft eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung für alle Versicherten anbieten soll, die so vorbildlich ist wie das Solidarsystem, welches jetzt zerschlagen werden soll. Dieses Ziel lässt sich nicht mit der Schaffung einer Zwei-Klassen-Medizin erreichen. Vielmehr erfordert es den Ausbau eines Systems des solidarischen Leistungswettbewerbs der Krankenkassen. Nur in einem solchen System kann der Patient auf dem Boden „harter Daten“ Entscheidungen zwischen wissenschaftlich gesicherten Therapiealternativen treffen und seine Eigenverantwortung in vollem Umfang wahrnehmen.

Frank Bsirske, Vorsitzender der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di

Prof. Dr. Gerhard Bäcker, Fachhochschule Niederrhein

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen

Brigitte Horn, stv. Personalratsvorsitzende, Klinikum Minden

Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W. Lauterbach, Universität Köln

Gabi Oppenheimer, Personalratsvorsitzende, Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Anita Pfaff, Universität Augsburg