

Editorial

Was demokratisch ist, meint jeder zu wissen. Bei näherem Hinsehen aber versteht jeder etwas anderes darunter. Für die einen ist demokratisch, wenn die Mehrheit über die Minderheit entscheidet. Andere sprechen von Demokratie nur dann, wenn auf der Suche nach Kompromissen jeder Standpunkt einbezogen wird.

Wie man ein Gesundheitswesen „demokratisch“ führt, ist nicht unumstritten. Nach den Regeln der „Westminster-Demokratie“, wie wir sie vor allem aus Großbritannien kennen, ermächtigt der Wähler eine Partei, ihre Vorstellungen gegen jede andere durchzusetzen. Wie also das Krankenhauswesen organisiert wird, ob die Ärzte angestellt oder in freier Praxis arbeiten, was die Kasse bezahlt und was nicht, das entscheiden die Abgeordneten des Unterhauses. Auf dem Kontinent geht es in der Regel anders zu: Alle Interessengruppen, ob Ärzte, Krankenhausträger, Krankenkassen, Arbeitnehmer und Arbeitgeber oder wer auch immer, sitzen an einem permanenten runden Tisch und stimmen ihre Interessen gegen einander ab – immer unter dem Druck der Regierung, die vor allem darauf achtet, dass die Kosten nicht explodieren.

Welches System das bessere ist, lässt sich aus der Sache nicht schlüssig begründen. Es hängt vielmehr von den unterschiedlichen demokratischen Traditionen und kulturellen Prägungen ab und ist somit, salopp ausgedrückt, ein Stück weit Geschmackssache. Tatsache ist aber, dass beide Systeme ihre Nachteile haben. Das staatliche Gesundheitssystem britischer Prägung ist stark politikabhängig und -anfällig und es setzt voraus, dass Bürger wie Stakeholder im Gesundheitssystem akzeptieren, dass Regierung und Parlament die Weichen stellen (können). Und für das – soll man sagen: früher? – so viel gelobte deutsche Gesundheitssystem gilt: Die Entscheidungsfindung ist zäh, das Ergebnis wird nicht selten umgehend wieder angezweifelt, die Umsetzung verzögert – und die Patienten haben am runden Tisch erst vor Kurzem Platz genommen. Flotter, klarer, transparenter geht es auf jeden Fall da zu, wo die gewählte Regierung den Ton angibt: Das Volk hat entschieden.

Wie würde das Volk in Deutschland entscheiden? Mit Befragungsdaten des Gesundheitsmonitors hat sich Dr. Gerd Marstedt die Wünsche der Bevölkerung genauer angesehen – und kommt zu überraschenden Ergebnissen. Und nicht nur hierzulande sondern auch international zeigt sich, dass die Beteiligung der Patienten an gesundheitspolitischen Entscheidungen für alle Systeme eine Herausforderung ist.

Gesundheitspolitische Positionen und Parteipräferenzen der Wähler

Von Dr. Gerd Marstedt

Aus den USA kam unlängst die Meldung, dass parteipolitische Sympathien auch sehr viel aussagen können über gesundheitspolitische Sichtweisen. Anhänger der Republikaner, so hieß es im März 2008, halten zu 68 Prozent das US-Gesundheitssystem für das beste der Welt – ganz im Unterschied zu den Anhängern der oppositionellen Demokraten, bei denen nur 32 Prozent dieser Meinung waren. Bei derselben Umfrage sagten lediglich 19 Prozent der Republikaner, aber dreimal so viele Demokraten (56%), sie würden bei der kommenden Präsidentschaftswahl auch für einen Kandidaten stimmen, der das US-amerikanische Gesundheitssystem umgestalten und an das anderer Länder wie Kanada, Großbritannien oder Frankreich angleichen will (Harvard School of Public Health 2008).

Auch in Deutschland wurde schon über Wechselwirkungen zwischen parteipolitischer Orientierung und gesundheitspolitischen Meinungen berichtet. Ein Fazit, wie stringent diese Zusammenhänge sind, fällt allerdings schwer. Bisweilen findet man auf den ersten Blick verblüffende Befunde wie etwa jenen, dass Anhänger der CDU/CSU zugleich auch die striktesten Befürworter eines Rauchverbots in Gaststätten sind (Nichtraucher-Initiative Deutschland e.V. 2006). Allerdings sind hier wohl schlichtere Mechanismen am Werke: CDU/CSU-Sympathisanten sind nämlich unter anderem aufgrund ihres höheren Lebensalters auch sehr viel häufiger Nichtraucher.

Bisweilen wird auch deutlich, dass selbst in zentralen gesundheitspolitischen Fragen und trotz überaus starker parteipolitischer Kontroversen kaum Differenzen zwischen den Bürgern zu finden sind, auch wenn sie sich verschiedenen politischen Lagern zuordnen. So zeigten Befunde des Gesundheitsmonitors im Herbst 2004, dass Wähler aller Parteien den CDU/CSU-Vorschlag eines einheitlichen Krankenkassenbeitrags mehrheitlich als ungerecht bewerteten (Bertelsmann Stiftung 2004).

Spielt die gesundheitspolitische Programmatik der Parteien überhaupt eine Rolle für die Wahlentscheidung von Bürgern? Dass die Gesundheitspolitik die eigene Wahlentscheidung beeinflusst, sagen in einer Forsa-Umfrage fast 90 Prozent der Befragten. Deutlich wird in der Umfrage allerdings auch: Nur wenige Personen kennen tatsächlich die gesundheitspolitischen Konzepte der Parteien (Präventionsinitiative Gesundheitsbox 2005).



Der Verdacht, dass die meisten Bürgerinnen und Bürger nur über eine geringe Kenntnis parteipolitischer Programme verfügen, spielte vermutlich auch eine große Rolle bei der Entwicklung des „Wahl-o-mats“ (vgl.: Bundeszentrale für politische Bildung). Dieses im Internet bei Bundestags- wie Landtagswahlen präsentierte interaktive Programm soll Wählern zu einer rational begründeten Wahlentscheidung verhelfen. Dazu ermittelt das Programm die individuelle Zustimmung oder Ablehnung zu etwa 30 Kernaussagen aus unterschiedlichsten Politikfeldern – Kernaussagen, die vor allem aus Parteiprogrammen und vergleichbaren Dokumenten abgeleitet wurden. Aufgrund dieser individuellen Positionen etwa zum Tempolimit auf Autobahnen, zur Abschaffung der Wehrpflicht oder Einführung eines Mindestlohns erfährt der Nutzer, welche Partei die persönlichen Ansichten am häufigsten teilt.

Woran es gelegen hat, dass bei der letzten Bundestagswahl nur eine einzige gesundheitspolitische Aussage in die 30 Statements einbezogen wurde („Alle Bürger/innen sollen sich in einer gesetzlichen Krankenkasse versichern müssen“) ist unklar. Die Intention der Wahl-o-mat-Entwickler, eine sachliche Basis für die individuelle Wahlentscheidung herzustellen, verdeutlicht jedoch, dass Parteipräferenzen oftmals nur wenig mit einer Übereinstimmung mit parteipolitischen Programmen zu tun haben. Es wäre daher nicht überraschend, wenn Faktoren wie Alter, Bildungsniveau oder Gesundheitszustand gesundheitspolitische Einstellungen stärker beeinflussen als die jeweilige Parteiennähe.

Im folgenden Aufsatz wird systematisch der Frage nachgegangen, ob und in welchem Umfang die gesundheitspolitischen Positionen der Parteien auch bei ihren

Soziodemographische Merkmale nach Parteipräferenz (Angaben in Prozent)

	Alter bis 39	Alter ab 60	Fachhochschulreife, Abitur	Erwerbstätige	Oberschicht (5stufig)	Unterschicht (5stufig)	Männer	Haushalts-Nettoeinkommen hoch*	PKV**	Verheiratete
CDU/CSU	26	41	35	58	25	18	48	46	20	62
SPD	26	38	34	60	20	21	46	40	15	59
B90/Grüne	42	16	61	71	34	12	41	45	22	44
FDP	39	29	50	67	34	14	57	51	26	52
PDS/Linke	21	39	41	51	20	28	54	25	7	55
Nichtwähler	31	26	23	63	10	33	41	27	9	57
Unentschlossene	34	25	28	64	12	29	34	29	11	60
N=	17.118	17.118	16.710	15.388	15.070	15.070	17.118	16.337	16.248	17.053

*oberes Einkommens-Drittel, adjustiert nach Personen im Haushalt ** einschl. Beamte und Öffentl. Dienst mit Beihilfe

Tabelle 1

Sympathisanten und Wählern zu finden sind. Spielen Sachthemen, so wie sie in der unterschiedlichen Programmatik der Parteien auch für die Gesundheitspolitik formuliert sind, überhaupt eine nennenswerte Rolle für die jeweilige Parteipräferenz der Bürgerinnen und Bürger? Seit der ersten Erhebungswelle des Gesundheitsmonitors im Herbst 2001 wird regelmäßig die „Sonntagsfrage“ gestellt, also die Frage, welche Partei man wählen würde, wenn am nächsten Sonntag Bundestagswahlen wären. Die Beantwortung dieser Frage wird im Folgenden verknüpft mit einer Reihe gesundheitspolitischer Meinungen und Bewertungen.

Das soziodemografische Profil der Partei-Anhänger

Die folgende Tabelle 1 zeigt auf, dass die Sympathisanten der im Bundestag vertretenen Parteien sich auch hinsichtlich sozialstatistischer Merkmale teilweise deutlich unterscheiden. Auffällig sind unter anderem:

- Altersunterschiede: Besonders viele jüngere Befragte sympathisieren mit

den Grünen/Bündnis 90, während umgekehrt nur sehr wenig Jüngere Anhänger von PDS/Linken sind.

- Bildungsunterschiede: Das höchste Bildungsniveau findet sich bei Sympathisanten von Bündnis90/Grünen und FDP.
- Derselbe Befund gilt auch für die Zugehörigkeit zur Oberschicht. Umgekehrt finden sich unter den Anhängern der PDS/Linken relativ viele Unterschichtzugehörige.

Auffällig ist auch, dass sich die beiden großen Volksparteien CDU/CSU und SPD bei den Merkmalen ihrer Anhänger nur äußerst geringfügig unterscheiden. Altersstruktur, Bildungsniveau, Männeranteil und Familienstand sind nahezu identisch, und bei anderen Merkmalen wie Schichtzugehörigkeit oder Einkommen liegen die Differenzen in einer Größenordnung von höchstens 5-6 Prozentpunkten. Insbesondere im Vergleich der beiden großen mit den kleineren Parteien sind Unterschiede festzuhalten: Unter den Anhängern von Bündnis90/

Grünen und FDP finden sich fast doppelt so viele Jüngere wie bei den CDU/CSU- und SPD-Anhängern. Ähnlich große Abweichungen gelten auch für andere Merkmale.

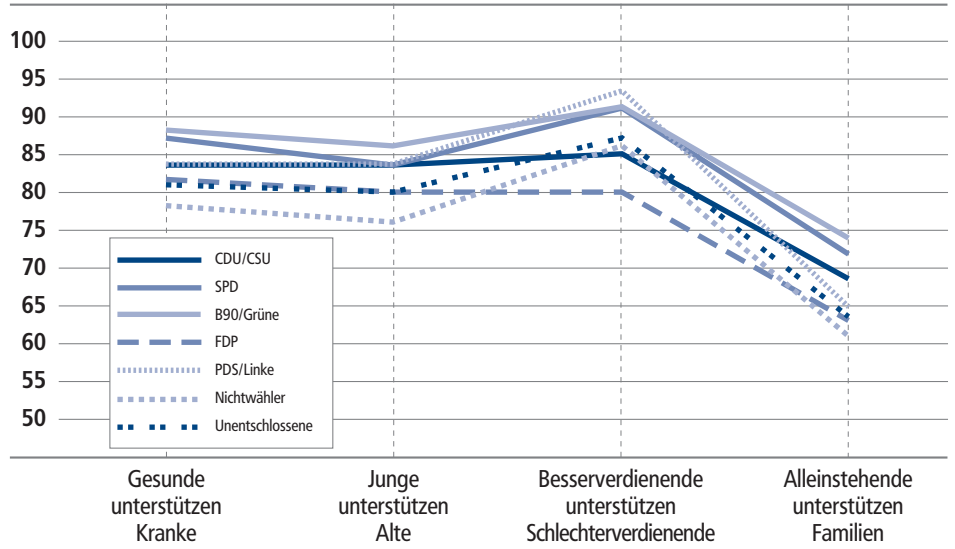
Denkbar wäre, dass bestimmte gesundheitspolitische Einstellungen nicht primär ein Effekt der Parteipräferenz sind, sondern beeinflusst werden durch das Bildungsniveau, das Lebensalter oder ein anderes Merkmal. Um diese Zusammenhänge zu überprüfen, wurden bivariate Analysen durchgeführt. Zum Beispiel für die Frage: Unterscheiden sich die Anhänger der verschiedenen Parteien hinsichtlich der Zustimmung zum Solidarprinzip? Zum anderen wurde in komplexeren multivariaten Analysen (logistische Regressionen) simultan auch der Einfluss anderer Aspekte betrachtet. Als potentielle Einflussfaktoren wurden dabei einbezogen: Lebensalter, Bildungsniveau, Haushaltseinkommen, Erwerbstätigkeit, Familienstand, Geschlecht, GKV-PKV-Zugehörigkeit, Selbsteinstufung des Gesundheitszustands und chronische Erkrankung.

Um den Einfluss dieser Merkmale im Vergleich zur Parteipräferenz zu verdeutlichen, werden im Folgenden „Odds-Ratios“ (OR) angegeben, und zwar nur solche, die statistisch mindestens auf dem 5-Prozentniveau signifikant sind. Odds-Ratios zeigen zum Beispiel an: Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Befragte im Vergleich zu jüngeren Befragten das Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung als gerecht bewerten.

Bewertung des Solidarprinzips in der GKV

Das Solidarprinzip ist ein zentrales Merkmal der Beitragsbemessung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), das eine Reihe von Umvertei-

Zustimmung zu verschiedenen Aspekten des Solidarprinzips



Angaben in Prozent

Befragte, die den Aspekt als vollkommen oder überwiegend gerecht bewerten, N=15.021–15.518

Abbildung 1

BertelsmannStiftung

lungsmechanismen vorsieht. Anders als in der Privaten Krankenversicherung, in der nach dem Äquivalenzprinzip individuelle Krankheitsrisiken bzw. empirisch ermittelte, unterschiedlich hohe Versorgungsbedarfe (nach Lebensalter und Geschlecht) für die Prämienhöhe maßgeblich sind, wird in der GKV nur das Einkommen zur Festlegung des Beitrags herangezogen. Dadurch genießen ältere und chronisch kranke Versicherte Vorteile, da sie – im Durchschnitt – höhere Kosten in der Versorgung bewirken. Durch die kostenlose Mitversicherung von (nicht erwerbstätigen) Ehepartnern und Kindern profitiert auch diese Gruppe vom Solidarprinzip. Auch Beziehende niedriger Einkommen (mit entsprechend geringerem Beitragssatz) begünstigt das Solidarprinzip, da ihnen dieselben ambulanten und stationären Versorgungsleistungen zustehen wie Versicherten mit höheren Einkommen und höherem Beitrag.

Betrachtet man die Zustimmung zu diesen vier Umverteilungsströmen, zeigen sich (Abb. 1) nur sehr geringfügige Abweichungen zwischen den Anhängern der verschiedenen Parteien. Die größten Differenzen finden sich für den Aspekt „Besserverdienende unterstützen Schlechterverdienende“, bei dem die Zustimmung um 13 Prozentpunkte auseinanderliegt, mit Anhängern der PDS/Linke am oberen (93% Zustimmung) und FDP-Anhängern (80%) am unteren Ende. Für die übrigen drei Verteilungsprinzipien ist die Zustimmungsraten ähnlich hoch bei den Sympathisanten der verschiedenen Parteien. Die Zustimmung zur kostenlosen Familienmitversicherung in der GKV ist generell zwar hoch (insgesamt etwa 70% finden dies gerecht), die Zustimmung zu den übrigen Solidarprinzipien (mit 80% bis 90%) in der Bevölkerung fällt jedoch noch deutlicher aus.

Bildet man einen zusammenfassenden Indikator für die Bewertung aller Aspekte, dann zeigt sich: 59 Prozent der Befragten bewerten alle vier Umverteilungsmechanismen zumindest als „überwiegend gerecht“, teilweise aber auch als „vollkommen gerecht“. Überprüft man, ob sich für diese Gesamtbewertung des Solidarprinzips Unterschiede finden je nach Parteipräferenz, dann zeigt sich mit einer Ausnahme wiederum eine sehr hohe Übereinstimmung. Lediglich FDP-Anhänger weichen nach unten ab. Bei den Sympathisanten der übrigen Parteien schwankt die positive Gesamtbewertung des Solidarprinzips nur geringfügig. Diese Quote beträgt für die Anhänger der Parteien: Bündnis90/Grüne 68 Prozent, SPD 66 Prozent, CDU/CSU 62 Prozent, PDS/Linke 60 Prozent, FDP 52 Prozent. Bei jenen Befragten, die nicht wählen wollen bzw. noch unentschlossen sind, ist die Zustimmung zum Solidarprinzip mit 53 Prozent bzw. 56 Prozent ein wenig niedriger.

In einer multivariaten Analyse zeigt sich dann, dass die Parteipräferenz durchaus einen Einfluss auf die Gesamtbewertung des Solidarprinzips hat. Ebenso stark, teilweise jedoch noch stärker ist der Effekt soziodemografischer Faktoren. So zeigt sich: Ältere stimmen sehr viel häufiger zu (OR für 60jährige und Ältere im Vergleich zu 18-39jährigen: 1,9), dies gilt auch für Verheiratete (OR 1,6) und Frauen (OR 1,3). Wenn man Unentschlossene als Vergleichsgruppe nutzt (OR: 1,0) zeigt sich hinsichtlich des Einflusses der Parteipräferenz: Anhänger von Bündnis90/Grünen bewerten das Solidarprinzip 1,6mal häufiger und SPD-Anhänger 1,3mal häufiger als gerecht. Für alle übrigen Parteien und auch für Nichtwähler gibt es keine signifikanten Zusammenhänge.

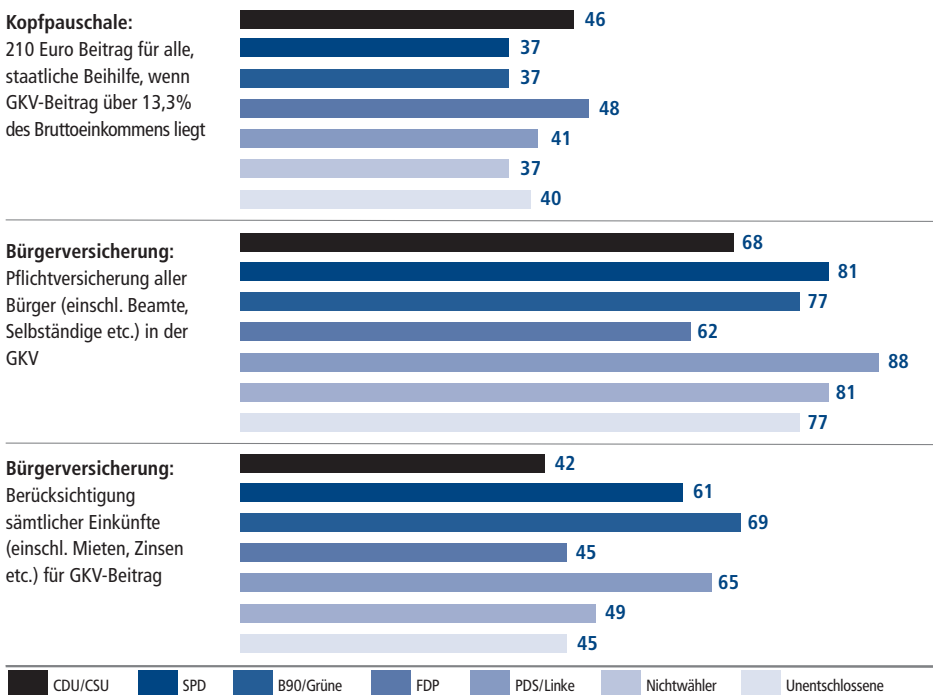
Bürgerversicherung versus Kopfpauschale

Die beiden großen Parteien in Deutschland, SPD und CDU/CSU, waren mit überaus konträren Konzepten zur Gesundheitsreform und Finanzierung der GKV in den Bundestagswahlkampf 2005 gezogen (vgl. Hans-Böckler-Stiftung). Die CDU/CSU favorisierte die sogenannte Kopfpauschale (später auch „Gesundheitsprämie“ genannt) mit einem für alle Versicherten einheitlichen Beitrag, zu dem es unterhalb eines bestimmten Einkommens einen staatlichen Zuschuss geben sollte. Die SPD andererseits warb für ihr Modell der „Bürgerversicherung“, das auch bei den Grünen und bei WASG und PDS auf Zustimmung stieß. Grundidee der Bürgerversicherung ist es, durchweg alle Bürger (einschließlich Beamte, Freiberufler,

Selbstständige) in eine Krankenversicherung aufzunehmen und für die Beitragshöhe sämtliche Einkünfte (einschließlich Mieten, Zinsen, Renten usw.) bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Abweichend von beiden Modellen plädierte die FDP auch 2005 wie schon in den Jahren zuvor für eine vollständige private Risikovorsorge.

Betrachtet man nun, ob diese unterschiedlichen Vorschläge auch von den jeweiligen Partei-Sympathisanten nachhaltig unterstützt werden (Abbildung 2), dann zeigt sich zunächst, dass das Modell der Kopfpauschale nur bei einer Minderheit von 41 Prozent aller Bürger Gefallen findet. Beim Modell der Bürgerversicherung stoßen die zwei Konstruktionsprinzipien auf unterschiedliche

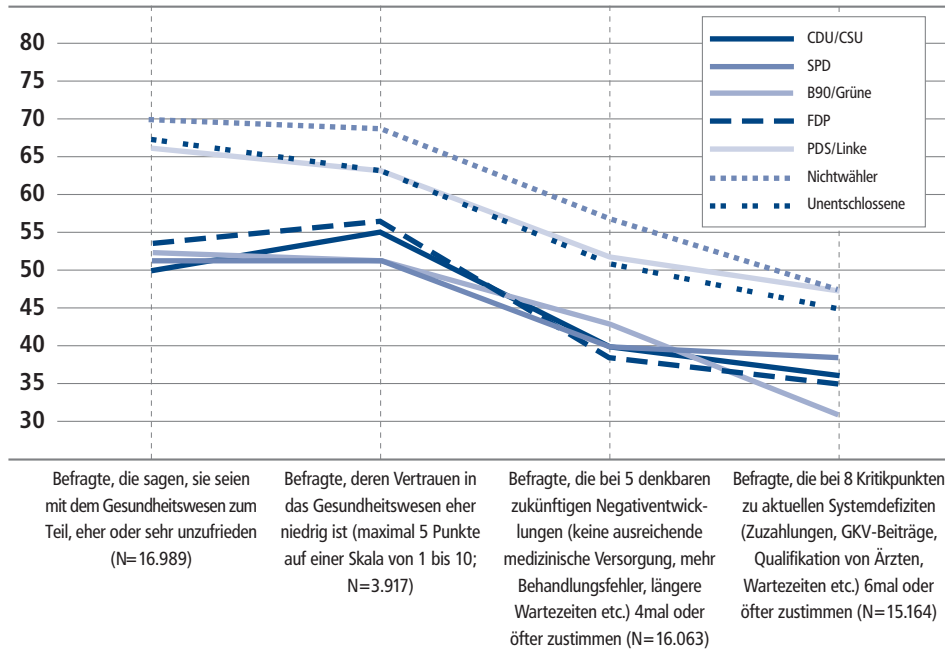
Zustimmung zu verschiedenen Vorschlägen zur Neugestaltung des Krankenversicherungssystems



Befragte (in Prozent), die den jew. Vorschlag vollkommen oder überwiegend gerecht finden; N= 4.906–5.254; Befragung: Herbst 2003 bis Frühjahr 2005

Abbildung 2

Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen bei verschiedenen Indikatoren



Angaben in Prozent

Abbildung 3

| BertelsmannStiftung

Resonanz. Während die Berücksichtigung aller Einkünfte für die Beitragshöhe nur von jedem zweiten als gerecht bewertet wird, findet der Einbezug aller Bürger in eine Versicherung bei drei von vier Befragten Zustimmung.

Die Differenzierung nach Parteipräferenz macht deutlich, dass die Kopfpauschale selbst bei CDU-Sympathisanten keine Mehrheit findet und nur von 46 Prozent als gerecht beurteilt wird. Umgekehrt findet der Vorschlag der Bürgerversicherung auch bei jenen die meiste Zustimmung, die mit den unterstützten Parteien sympathisieren, also SPD, Bündnis90/Grüne und PDS/Linke. Bemerkenswert ist auch, dass 68 Prozent der CDU/CSU-Anhänger und 62 Prozent der FDP-Anhänger es befürworten würden, wenn Selbstständige und Beamte in die Gesetzliche Krankenversicherung eintreten müssten.

Im Rahmen einer multivariaten Analyse zeigt sich, dass die Zustimmung zum Prinzip „Berücksichtigung aller Einkünfte“ überwiegend von der Parteipräferenz beeinflusst wird. Im Vergleich zu Unentschlossenen (OR: 1,0) als Referenzgruppe wird dieses Prinzip von Sympathisanten der SPD deutlich häufiger positiv bewertet (OR: 2,0), dasselbe gilt auch für Anhänger der Grünen (OR: 2,6) und der PDS/Linken (OR: 1,8), während CDU/CSU-Anhänger seltener dafür sind (OR 0,8). Zwar spielen hier auch andere Merkmale wie Einkommenshöhe, Geschlecht und Bildungsniveau eine Rolle, jedoch in sehr viel geringerem Umfang (OR: 1,1 bis 1,4). Ähnliche Zusammenhänge finden sich auch für die Zustimmung zum Prinzip „Eintritt aller Bürger in die Gesetzliche Krankenversicherung“. Auch hier ist die Zustimmung sehr stark beeinflusst von der Partei, mit der man sympathisiert (OR: SPD, PDS/Linke,

Grüne: 1,3 – 1,5 im Vergleich zu Unentschlossenen), allerdings spielt auch das Alter eine große Rolle, Ältere (ab 60) sind sehr viel häufiger dafür (OR: 2,0 im Vergleich zu unter 40jährigen) und ganz selbstverständlich sind Mitglieder der GKV entschieden dafür (OR: 11,6 im Vergleich zu Mitgliedern der PKV). Für die Zustimmung zur Kopfpauschale finden sich in der multivariaten Analyse nur schwache Zusammenhänge, wobei die Parteipräferenz keinen signifikanten Einfluss hat.

Private Risikoabsicherung für alle?

Die Forderung der FDP nach einer Auflösung der GKV und Einführung einer privaten Risikoabsicherung aller Bürger ist auch in einer Erhebungswelle des Gesundheitsmonitors zur Diskussion gestellt worden, und zwar im Frühjahr 2006. Dort war das Statement zu finden: „Die Gesetzliche Krankenversicherung sollte aufgelöst werden und alle Menschen sollten in der Privaten Krankenversicherung versichert sein – mit unterschiedlichen Beiträgen (je nach Krankheitsrisiko) und unterschiedlichen Leistungen (je nach Wunsch).“ Lediglich 9 Prozent aller Befragten (N=1.426) stimmten hier zu, 76 Prozent waren dagegen, 15 Prozent unentschlossen. Betrachtet man die Zustimmungquoten nach Parteipräferenz, dann ändert sich das Bild nicht nachhaltig.

Die Quote der Zustimmung ist bei Sympathisanten fast aller Parteien sehr niedrig, sie schwankt zwischen 4 Prozent (PDS/Linke) und 13 Prozent (CDU/CSU). Bei Nichtwählern und Unentschlossenen liegt die Quote mit 6 Prozent unter dem Gesamtdurchschnitt. Lediglich in der FDP fällt sie wie vorhersehbar mit 29 Prozent höher aus. Deutlich wird damit zugleich aber auch, dass selbst bei den Anhängern der FDP nicht einmal jeder Dritte eine Kernforderung „seiner“ Partei persönlich unterstützt: „Für die Absiche-

zung des Krankheitsrisikos schlägt die FDP einen Systemwechsel vor: den privaten Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle.“ (FDP 2005, S. 10)

Die Ergebnisse der multivariaten Analyse verdeutlichen entsprechend auch, dass FDP-Anhänger deutlich häufiger für eine private Krankenversicherung aller Bürger sind. Die Odds-Ratio beträgt – wenn man Unentschlossene als Vergleichsgruppe nimmt – für die Anhänger von CDU/CSU 1,6 und für die FDP 3,4. Für die übrigen Parteien sind die Effekte nicht signifikant. Deutlich wird aber auch, dass andere Faktoren noch stärkere Effekte ausüben. Dies gilt insbesondere für das Alter (OR für Jüngere 2,6 im Vergleich zu Älteren) und das Einkommen (OR für höhere Einkommen 2,1 im Vergleich zu niedrigen).

Weitere Indikatoren für Zufriedenheit und Systemvertrauen

Im Rahmen der Analyse wurden auch noch weitere Indikatoren überprüft, die auf unterschiedliche Weise die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem erfassen. Dabei ist sowohl die aktuelle Situation angesprochen wie auch Befürchtungen hinsichtlich zukünftiger Entwicklungen. Abbildung 3 zeigt für vier verschiedene Indikatoren das Ausmaß der Unzufriedenheit, wenn man nach der jeweiligen Parteinähe der Befragten differenziert. Deutlich wird hier vor allem die große Übereinstimmung zwischen den Parteien, wobei nur Anhänger der PDS/Linken sich noch einmal ein wenig abheben durch eine größere Häufigkeit der Kritik, die bei allen vier Indikatoren etwa 10-15 Prozentpunkte über dem Niveau der anderen Befragungsteilnehmer liegt. Derselbe Befund zeigt sich auch für Nichtwähler und noch Unentschlossene.

Dass nur die politische Nähe zur Partei PDS/Linke eine Rolle für die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit unserem Gesundheitswesen spielt, bestätigt sich auch in multivariaten Analysen. Bei den Anhängern anderer Parteien sind es vor allem Variablen wie Lebensalter (Jüngere sind unzufriedener), Gesundheitszustand (Befragte mit weniger guter oder schlechter Gesundheit unzufriedener) sowie die Zugehörigkeit zu einer privaten oder gesetzlichen Krankenkasse (GKV-Mitglieder unzufriedener), die für die Kritik am Gesundheitswesen eine Rolle spielen.

Zusammenfassung und Bewertung

In begrenztem Umfang finden sich durchaus signifikante Zusammenhänge zwischen Parteipräferenz und gesundheitspolitischen Meinungen, die sich auch sinnvoll interpretieren lassen. So sind beispielsweise Anhänger von PDS/Linke und SPD häufiger auch Verfechter des aktuellen Finanzierungssystems der Krankenversicherung, während sich bei FDP-Sympathisanten mehr Kritiker finden. Allerdings gilt fast durchweg, dass die Meinungen und Urteile der Befragungsteilnehmer genauso stark, in den meisten Fällen sogar noch stärker beeinflusst werden durch sozioökonomische oder gesundheitliche Einflussfaktoren.

Auffällig ist weiterhin, dass bestimmte, für eine Partei zentrale Positionen selbst bei den eigenen Sympathisanten und Wählern keine Mehrheit finden. Dies gilt etwa für die Zustimmung von CDU/CSU-Anhängern zum Reformkonzept „Kopfpauschale“ (später „Gesundheitsprämie“ genannt). Und noch deutlicher zeigt sich dies für Forderungen nach einer vollständigen privaten Risikovorsorge bzw. Umwandlung der Krankenversicherung nach dem Muster der PKV, die selbst unter FDP-Anhängern deutliche Minderheitenpositionen bleiben. Wie es scheint, gibt

es eine Reihe sozialer Ausgleichsprinzipien, die für die Mehrheit der Bürger zumindest innerhalb der Krankenversicherung, möglicherweise aber auch in anderen Bereichen des Sozialstaats unverzichtbar sind. Zu den in diesem Kontext inakzeptablen Veränderungsvorschlägen gehört unter anderem der für alle Versicherten gleich hohe Beitrag als Element der Kopfpauschale.

In ähnlicher Weise ist auch eine Privatisierung der Krankenversicherung für die allermeisten Bürger inakzeptabel. Zwar findet sich über alle Parteigrenzen hinweg eine Mehrheit für den Vorschlag, die aktuelle „Rundum-Sicherung“ der GKV durch eine Grundsicherung mit zusätzlicher privater Absicherung geringer Risiken abzulösen, zum Beispiel von Sportunfällen. Eine komplette Umstellung auf das Äquivalenzprinzip der PKV wird von der ganz überwiegenden Mehrheit jedoch abgelehnt. Ohne dies empirisch belegen zu können, vermuten wir hinter dieser Einstellung ein Gerechtigkeitsempfinden, das für eine solidarische Absicherung spricht, sowie eine gewisse Sicherheitsorientierung oder Scheu gegenüber den Risiken und Unwägbarkeiten der privaten Krankenversicherung. Einerseits besteht vermutlich für viele eine hohe Intransparenz hinsichtlich der Beitragsentwicklung im höheren Lebensalter, andererseits dürften viele auch ein Unbehagen verspüren, persönliche Krankheitsrisiken und darauf aufbauend auch spezielle Tarife zur medizinischen Versorgung auswählen zu müssen.

Das recht deutliche Beharren auf den Solidarprinzipien der GKV und ebenso auf einer in der GKV gewährleisteten relativ umfassenden Absicherung gegen Krankheitsrisiken bedeutet jedoch nicht, dass das Gesundheitssystem von Kritik verschont bleibt. Im Gegenteil: Die Mehr-

heit von 60 Prozent hält sogar „einschneidende Maßnahmen“ für nötig und es gibt eine Vielzahl von Einzelaspekten, die Unzufriedenheit hervorrufen.

Insgesamt haben wir es mit einer Bewertung des Gesundheitssystems auf zwei unterschiedlichen Ebenen zu tun, die über alle Parteigrenzen hinaus vorzufinden ist. Einerseits besteht eine überaus hohe Zustimmung zum gegenwärtigen Krankenversicherungssystem mit dem Solidarprinzip. Große Teile der Bevölkerung würden sogar einen Einbezug von Selbstständigen und Beamten in die GKV nach dem Modell der Bürgerversicherung befürworten. Andererseits findet sich jedoch auch ein hohes Maß an Unzufriedenheit und Kritik, die die Ausgestaltung dieses Prinzips (z. B. Zuzahlungen) und die Strukturen im Versorgungssystem (z. B. Wartezeiten) betreffen. Nimmt man hier die Partei PDS/Linke einmal beiseite, die durch ein etwas höheres Maß an Kritik auffällt, ist feststellbar, dass das quantitative Ausmaß der Unzufriedenheit bei Anhängern aller Parteien gleich groß ist und nur minimal variiert.

Wenn man zudem überprüft, ob es je nach Parteipräferenz qualitative Schwerpunkte der Kritik gibt, dann finden sich hierfür hier keine empirischen Belege – Etwa derart, dass Anhänger von Partei X eher ökonomische Probleme hervorheben (zu hohe GKV-Beiträge, zu hohe Zuzahlungen etc.) oder Sympathisanten von Partei Y eher Aspekte der Versorgungsqualität (Wartezeiten, ärztliche Qualifikationen etc.) kritisieren.

Was bedeuten diese Ergebnisse nun für die eingangs formulierte Fragestellung, ob und in welchem Umfang gesundheitspolitische Positionen der Parteien maßgeblich für die Zustimmung oder Ablehnung der Wähler sind? Es haben sich keine deutlichen Zusammenhänge zwi-

schen Parteipräferenz und gesundheitspolitischen Einstellungen gezeigt – die Wähler lassen sich bei ihrer Entscheidung für oder gegen eine Partei kaum von deren programmatischen Entscheidungen in der Gesundheitspolitik beeinflussen. Andere Untersuchungen lassen darauf schließen, dass es Politikfelder geben könnte, die für die Wahl einer Partei ausschlaggebend sind: So zeigt sich beispielsweise in der bereits zitierten Umfrage „Präventionsinitiative Gesundheitsbox“, dass die Befragten der Arbeitsmarktpolitik (83 Prozent der Nennungen) wesentlich größere Bedeutung zumessen als der Gesundheitspolitik (43 Prozent).

Als einer der zentralen Befunde der Umfragen des Gesundheitsmonitors bleibt festzuhalten, dass das gegenwärtige System der Krankenversicherung samt Solidarprinzip und den dort verankerten Prinzipien des sozialen Ausgleichs über alle Parteigrenzen hinweg – und auch jenseits aller Einkommens- und Schichtunterschiede – in der Bevölkerung breite Zustimmung findet.

Literatur:

- Bertelsmann Stiftung: Wähler aller Parteien lehnen einheitlichen Krankenkassen-Beitrag ab; Pressemitteilung 8.10.2004; <http://idw-online.de/pages/de/news86936>
- Bundeszentrale für politische Bildung (BPB): Wahl-O-Mat – Interaktives Wahltool, o.J.; www.wahl-o-mat.de auch unter: www.bpb.de/methodik/XQJYR3,0,0,WahlOMat_.html
- FDP – Die Liberalen: „Arbeit hat Vorfahrt. Deutschland-Programm 2005“; <http://files.liberales.de/fdp-wahlprogramm.pdf>
- Harvard School of Public Health (2008): Most Republicans Think the U.S. Health Care System is the Best in the World. Democrats Disagree. Press

Releases, March 20, 2008; www.hsph.harvard.edu/news/press-releases/2008-releases/republicans-democrats-disagree-us-health-care-system.html

- Hans-Böckler-Stiftung: Debatte um die Gesundheitsreform; www.boeckler.de/30724_31731.html
- Nichtraucher-Initiative Deutschland e.V. (2006): 61,6% CDU/CSU Wähler für rauchfreie Gaststätten; 18.9.2006; www.nichtraucherschutz.de/pressemitteilungen/pressemitteilungen_2006/61,6-prozentzeichen-cdu-slash-csu_w-ae-hler_f-ue-r_rauchfreie_gastst-ae-tten.html
- Präventionsinitiative Gesundheitsbox: Gesundheitspolitik: Kosten – Leistungen – Vorsorge. Wie würden die Bürger entscheiden? / forsa-Umfrage zur Gesundheitspolitik im Wahlkampf vorgestellt; 1.9.2005; www.presseportal.de/text/story.htx?nr=719904&action=bigpic&att=44380

Der Patient – im Mittelpunkt oder im Weg?

Alle Systeme tun sich schwer mit der Beteiligung der Betroffenen

Von Norbert Mappes-Niediek und Sophia Schlette

Er ist in aller Munde. Alle verdanken ihm ihre Existenz, alle berufen sich auf ihn, alle stehen um ihn herum. Nur er selbst bleibt im wort- und ideenreichen Alltag der Gesundheitspolitik meistens stumm: der Patient. Dass die Betroffenen im System eine Statistenrolle spielen, wird in immer mehr Industrieländern als ein Missstand betrachtet. Noch kann kein Steuerungssystem für sich in Anspruch nehmen, das Problem gelöst zu haben.

Der Kunde ist König – aber nur Könige sind auch Kunden

Der Markt: Eine vergleichsweise prominente Position haben Patienten noch in Systemen, die ihre Gesundheitsressourcen vom Markt verteilen lassen. Dort ist, zumindest in der Theorie, der Kunde König und bestimmt mit seiner Kaufkraft als letzte Instanz über Produktion und Dienstleistungen. Bloß sind eben nicht alle Patienten auch Kunden: Der Markt sättigt nur kaufkräftige Bedürfnisse. Weil aber jede Gesellschaft auf der Welt es ächtet, wenn Bedürftigen lebensnotwendige Hilfe versagt wird, unterhalten Länder mit marktorientiertem Gesundheitswesen zusätzlich aufwändige Parallelsysteme, die sich um die kümmern, die für den Markt finanziell nicht gerüstet sind – etwa Medicare und Medicaid in den USA. Die parallelen Strukturen machen das Gesundheitswesen noch teurer, beseitigen die sozialen Verwerfungen aber nicht. In marktorientierten Systemen nämlich bestimmen potente Anbieter nicht nur über die Leistungen, die sie selbst gewinnbringend verkaufen, sondern auch über die Entwicklung der Medizin. Prävention fällt dabei ebenso durch den Rost wie Forschung und Entwicklung zu

Behandlungsmethoden, die weniger Begüterten zugute kämen. Ein marktorientiertes Gesundheitswesen produziert der Erfahrung nach zwar mehr Leistungen als ein staatliches, und es bringt auch leichter Innovationen hervor. Es produziert aber, auf die Bevölkerung verteilt, deutlich weniger Gesundheit.

Der Souverän interessiert sich nicht für Gesundheit

Der Staat: Wo ein Staat die Ressourcen verteilt, ist der Patient wenigstens dem Anspruch nach der Souverän über das Gesundheitswesen: in seiner Eigenschaft als Wähler. Tatsächlich können demokratische Debatten in wichtige politische Grundsatzentscheidungen münden, die dann – wenigstens bis zur nächsten Wahl – für alle gelten und von allen respektiert werden. Aber das ist nicht die Regel. Gesundheitspolitik führt in den Parteiprogrammen und erst recht in Wahlkämpfen überall auf der Welt meistens ein Schattendasein. Einmal an der Macht, fällen die Politiker dann aber trotzdem weitreichende Entscheidungen. Patient ist der Wähler eben nur gelegentlich – und die Gefahr, dass er es einmal werden könnte, macht er sich als Gesunder nur ungern bewusst. Im Ergebnis bleibt der Patient an gesundheitspolitischen Entscheidungen meistens unbeteiligt.

Wo die Parlamentsmehrheit in Gesundheitsfragen das letzte Wort hat, sind harte, klare Entscheidungen leichter zu treffen: Es gibt ein Machtzentrum mit einer effizienten Struktur der Willensbildung, das für alles die Verantwortung trägt. Das System reagiert auf Impulse von oben in der

Regel sofort und zuverlässig. Gerade das kann aber auch zum Problem werden: In einem komplexen System wie dem Gesundheitswesen hat niemand, auch kein Minister, den nötigen Überblick, um abzuschätzen, wie eine beschlossene Maßnahme sich am Ende auswirkt. Eine gute Absicht kann sich auf dem Weg in die Wirklichkeit sogar ins Gegenteil verkehren. So werden immer wieder Korrekturen und Feinabstimmungen nötig, bis die nächste Regierung die Entscheidung der alten wieder über den Haufen wirft.

Was lange währt, wird deshalb noch lange nicht gut

Die Verbände: Viele europäische Länder, unter ihnen Frankreich, Deutschland, die Niederlande und Österreich, gehen in der Gesundheitspolitik zwischen Staat und Markt einen dritten Weg und lassen das System von den Beteiligten steuern. Die Selbstverwaltung aus Versicherern und Versorgern, über Jahrzehnte gewachsen, scheint gerechter als der Markt zu sein und sowohl kundiger als auch nachhaltiger zu entscheiden, als eine staatliche Bürokratie es könnte. An diesem (Selbst-)Bild sind Zweifel durchaus erlaubt: Kritiker sagen, dass die Steuerung über Verbände nicht viel mehr als den kleinsten gemeinsamen Nenner der Gruppeninteressen hervorbringe. Zwar dauern Entscheidungen, die von allen Akteuren unterstützt werden, wirklich erheblich länger als staatliche Ja-nein-Beschlüsse. Aber sie halten nicht unbedingt auch länger: Ist ein Beteiligter unzufrieden, muss er auf anderem Gebiet kompensiert werden.

Die Kritik an korporatistischen Systemen gilt üblicherweise ihrem Mangel an Demokratie und Transparenz. Die gewählten Parlamente segnen nur noch ab, was im vorparlamentarischen Raum von demokratisch nicht legitimierten Akteuren ausgehandelt wurde. Ablesen lässt sich das an den informellen großen Koalitionen, die sich im Bundestag zusammenschieben, wenn es um Gesundheitsreformen geht: Die Fraktionen geben ihren Gestaltungsanspruch ab. Am Ende ist kein gewählter Volksvertreter verantwortlich zu machen.

Im Gesundheitswesen entfaltet der Korporatismus besonders negative Wirkung. Fair ist das System nur, wenn alle Interessen gleich mächtig vertreten sind. Wo die Verbände steuern, sind aber die Anbieter von Gesundheitsleistungen meist im Vorteil. Ihre Kammern und Berufsverbände verfügen über große Erfahrung und starken Rückhalt und sind ja auch tatsächlich dazu gemacht, die Interessen ihrer Mitglieder schlagkräftig und kompetent zu vertreten. Auf der Seite der Betroffenen gibt es nichts Vergleichbares.

Patienten- oder Versicherteninteresse?

Ursprünglich kam im verbändegesteuerten deutschen Gesundheitswesen den selbstverwalteten Krankenkassen die Rolle zu, die Interessen der Patienten wahrzunehmen. Die Interessen der Versicherten sind aber von den Interessen der Patienten systematisch verschieden und können auch miteinander in Konflikt geraten: Der Versicherte will im Prinzip einen möglichst niedrigen Beitragssatz, der Patient dagegen will möglichst viel Leistung. Die Differenzierung ließ sich in der Alltagspraxis

jedoch meist vernachlässigen: Umfragen zeigen, dass der Versicherte seinen Status als Patient vorwegnimmt. Gesunde und Kranke pflegen im Ergebnis ähnliche Vorstellungen davon, was die Kasse tragen soll und was nicht.

Wenn Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen herrscht, fallen sie als Sachwalter von Patienteninteressen definitiv aus. Sie stehen miteinander in Konkurrenz und pflegen zu ihren Mitgliedern ein Verhältnis wie eine Versicherung zu ihren Kunden. Mit ihren wirtschaftlichen Eigeninteressen müssen sie sich gegen andere Kassen und deren Versicherte durchsetzen.

Die Reorganisation der Krankenkassen hat nun die bequeme Illusion beendet, die Interessen der Patienten seien im deutschen Gesundheitssystem schon angemessen berücksichtigt. Um den Patienten Beteiligung zu ermöglichen, mussten neue Strukturen geschaffen werden, die die Patienteninteressen den Ansprüchen der Anbieter kompatibel machen sollen: Mit Patientenanwälten, Patientenbeauftragten und Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss spielt Deutschland beim Empowerment der Betroffenen weltweit eine Führungsrolle.

Patienten haben die schwächste Lobby

Einem grundsätzlichen Dilemma entkommt die Strategie des Empowerment aber nicht: Patienteninteressen lassen sich aus systematischen Gründen nur schwer organisieren. Während für Ärzte das Arztsein, für Apotheker die Apotheke Mittelpunkt ihrer Existenz ist, ist das Patientsein

für die meisten Betroffenen nur ein vorübergehender Zustand, den sie kaum zur Basis einer zeitraubenden Selbstorganisation machen würden. Chronisch Kranke, die einen großen Teil ihrer Lebenszeit in Kontakt zum Gesundheitswesen stehen, haben besondere Interessen, bleiben auch als „Expert Patients“ fachlich Laien und sind oft zu stark beeinträchtigt, um tragfähige Strukturen zu unterhalten. Das führt dazu, dass Patienteninteressen von professionellen Dritten vertreten werden. Patientenanwälte können in ihrem Amt zwar Erfahrung und Kompetenz anhäufen und weitergeben, haben aber keine Organisation hinter sich, die sie wählt, stützt und kontrolliert. Einer schwachen Struktur, etwa einer Patientenanwaltschaft, dann umso mehr Entscheidungsgewalt zu übertragen, würde sie anfällig für Manipulationen machen. Wie man es auch dreht: Die Patienten, um die es ja gehen soll, sind im Kreis der Stakeholder immer die schwächsten.

Wenn es um die konkrete Beteiligung von Patienten geht – als Beteiligte am großen runden Tisch oder als Beirat, der vor einer parlamentarischen Entscheidung gehört werden muss –, bietet keines der drei Systeme wirklich überzeugende Lösungen. Staatliche Steuerung aber macht wenigstens in Ausnahmefällen eine bewusste Weichenstellung durch die Mehrheit der Bevölkerung möglich. Vor allem gibt sie den Betroffenen eine Notbremse an die Hand, über die sie in markt- oder verbändegesteuerten Systemen nicht verfügen.

Großbritannien: Mehr Macht für den Kunden

Die britische Regierung sucht nach einfachen und effizienten Möglichkeiten, Patienteninteressen ins Gesundheitswesen einfließen zu lassen. Hoffnung versprechen „Kundenbefragungen“. So wurden 2,3 Millionen Patienten von Allgemeinärzten gefragt, ob sie beim Arzt rasch einen Termin bekämen, ob ihr Arzt ihnen bei Überweisungen eine Auswahl von Anbietern biete und ob die Öffnungszeiten der Praxis ihnen zusage. Je nach Ergebnis erhalten die Praxen eine Gratifikation.

Die Patienten verteilten vorwiegend gute Noten: 86 Prozent kamen am Telefon gleich durch und hatten innerhalb von 48 Stunden ihren Termin. 84 Prozent waren zufrieden mit den Öffnungszeiten, und volle 94 Prozent bestätigten, dass sie etwa bei der Suche nach einem Krankenhaus eine Auswahl präsentiert bekommen hätten.

Befragungen wie diese haben einen hohen Stellenwert, denn das staatliche Gesundheitswesen in Großbritannien gibt Anbietern und generell Interessengruppen, also auch den Patienten, zunächst keine starke Stellung. In der Regel werden Entscheidungen der Zentrale an der Basis immer wieder als weltfremd, praxisfern oder gar widersinnig kommentiert und müssen gelegentlich nachjustiert werden. Das staatlich organisierte System muss sich zudem immer gegen das Vorurteil wehren, seine Mitarbeiter und Vertragspartner seien weniger motiviert als in privaten oder verbändezentrierten Systemen und hielten sich Patienten eher vom Leibe, als dass sie nach ihnen suchten. Auch deshalb wird der Nationale Gesundheitsdienst (NHS) immer wieder konkreten Kontrollen und Revisionen unterzogen.

Premierminister Gordon Brown hat nun eine weitere, grundsätzlichere Revision des NHS angekündigt. Operationale Ziele sind zunächst leichter Zugang zur Primärversorgung und verbesserte Krankenhaushygiene, wie sie immer wieder zum Thema geworden sind. Darüber hinaus aber will der Regierungschef künftig auch sicherstellen, dass klinische und nicht administrative Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung bestimmen. Die zentrale Kontrolle soll auf Kosten von Patienteneinfluss, von individueller Wahlfreiheit und von mehr Verantwortung vor Ort schwächer werden. Konkrete Vorschläge sind aber noch nicht in Sicht.

www.hpm.org/survey/uk/a10/2 und www.hpm.org/survey/uk/a11/3

Schweiz: Patienten zahlen die Differenz

Im langjährigen Streit zwischen den Kantonen und der Eidgenossenschaft um eine Reform der Krankenhausfinanzierung sind die Patienten wenigstens in einem Punkt die Verlierer geblieben. Nach dem bisherigen System muss sich jeder Versicherte in der Klinik seines Kantons behandeln lassen, wenn die Versicherung dafür aufkommen soll. Ausnahmen gibt es nur, wenn die Natur der Erkrankung eine Behandlung woanders nötig macht. Die Kantone hatten dafür plädiert, das alte System beizubehalten. Der Bund dagegen war für freie Wahl des Krankenhauses in der ganzen Schweiz eingetreten. Der Kompromiss stellt nun beide Streitparteien zufrieden: Künftig soll zwar Wahlfreiheit gelten, aber der Patient muss eventuelle Mehrkosten in einem Krankenhaus in einem anderen Kanton selbst tragen. Vor allem die Lastenverteilung zwischen dem Bund und den Kantonen war Gegenstand des Streits gewesen. Am Ende stiegen die Kantone mit höherer Belastung, aber geringeren Kompetenzen aus.

www.hpm.org/survey/ch/a11/1

Österreich: Umverteilung scheitert an Ärzteprotest

Gescheitert ist mit der ganzen Regierung im Juli auch eine große Gesundheitsreform, mit der die Kompetenzen zwischen Bund und Ländern neu hätten verteilt werden sollen. Die Regierung plante, die Leistungskataloge der regionalen Krankenkassen bundesweit zu vereinheitlichen. Gleichzeitig sollte die Prävention stärker an regionale und lokale Besonderheiten angepasst und die Kompetenz dafür folgerichtig dezentralisiert werden. Die Reform wurde zum Stolperstein für die Koalition, weil Ärzteproteste den üblichen Konsens zwischen allen Beteiligten unmöglich machten. Die Ärzte wehrten sich massiv gegen eine Fortbildungspflicht und gegen den Plan der Regierung in Wien, neben Einzelpraxen und den Ambulatorien der Landeskrankenhäuser auch privatwirtschaftliche Gesundheitszentren zuzulassen. Weil nach Realverfassung Lösungen nur im Paket möglich sind, stockte die ganze Reform. Auch Unstrittiges hat sich bislang nicht realisieren lassen.

www.hpm.org/survey/at/a9/1

Australien: Experten bereiten Reform vor

Elf Fachleute sollen nach dem Willen der australischen Regierung den Plan für eine große Gesundheitsreform erarbeiten. Die unabhängigen Experten vertreten verschiedene Sichtweisen und Blickwinkel, wie es heißt, sind aber nicht förmlich als Vertreter von Interessengruppen nominiert.

Die Kommission soll bis Ende 2009 grundsätzliche Reformvorschläge unterbreiten. Konkret soll das Umherschieben von Verantwortung zwischen Primärversorgung und Krankenhaussektor ein Ende nehmen und Prävention eine größere Rolle bekommen. Akut- und Altersversorgung sollen besser verknüpft sowie gesunde Lebensstile und frühes Eingreifen bei drohenden chronischen Erkrankungen gefördert werden. Besonderes Augenmerk soll darüber hinaus auf ländliche Gebiete, auf die indigene Bevölkerung und auf die Heranziehung von gut ausgebildetem und langfristige engagiertem Personal gelegt werden.

Australien hat ein staatliches Gesundheitswesen. Die wesentlichen Kompetenzen liegen allerdings bei den Provinzen. In den letzten Jahren war es zwischen der konservativen Bundesregierung und den ausnahmslos Labour-dominierten Provinzregierungen immer wieder zu Spannungen gekommen. Nach dem Labour-Wahlsieg Ende 2007 tat sich eine Gelegenheit zu einer grundsätzlichen Reform auf.

Das Verfahren, vor einer Gesundheitsreform erste Pläne von einer Kommission aus interessegeleiteten Experten aufstellen zu lassen, ist für ein staatliches Gesundheitssystem nicht selbstverständlich. Kritik kam aber keine. Lediglich die privaten Krankenversicherer beschwerten sich, dass sie in der Kommission nicht vertreten sind.

Finnland: „Gallische Dörfer“ verteidigen ihren Einfluss

Wer ein kleinförmig-kommunal organisiertes Gesundheitswesen verändern will, legt sich mit zähen Strukturen an. Diese Erfahrung hat die finnische Regierung machen müssen. Gesundheitsversorgung und Finanzierung sind im Lande traditionell Aufgabe der starken und selbstbewussten Gemeinden, die im Durchschnitt nur 5.000 Einwohner zählen. Um Versorgung und vor allem Finanzierung auf eine solidere Grundlage zu stellen, schlug die Regierung alternativ drei Lösungen vor. Vorschlag Nummer 1: Kleine Gemeinden sollten sich vereinigen, so dass jede neue mindestens 20.000 Einwohner zählen würde. Eine zweite Idee sah vor, dass Gesundheitsversorgung aus der kommunalen Verantwortung herausgelöst und die Aufgabe neu zu schaffender Regionen würde. Nach dem dritten Vorschlag hätten aus diesen Regionen mit je 100.000 bis 200.000 Einwohnern gleich eine neue Verwaltungsebene mit eigenem Parlament und mit Steuereinzugsrecht werden wollen. Die Kommunen allerdings, die in ihren Gesundheitszentren mehr Angestellte beschäftigen als in der eigentlichen Verwaltung, wehrten sich über die Parteigrenzen hinweg heftig. Der erste Vorschlag hätte ihre Existenz in Frage gestellt und die lokalen Machtverhältnisse durcheinandergewirbelt, der zweite und dritte Vorschlag hätte sie entscheidender Kompetenzen beraubt. Schließlich blieb von den ehrgeizigen Plänen nur eine stark abgespeckte Version übrig: Die Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnern – immerhin 77 Prozent – sollen für die Gesundheitsversorgung und deren Finanzierung Kommunalverbände bilden. Wirklichkeit allerdings ist auch dies noch nicht geworden.

Deutschland: Patienten reden mit – wenn auch nicht alle

In Deutschland wird seit 2004 die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten bei allen relevanten Gesetzesvorhaben einbezogen. Patientenvertreter sind seither auch im „Gemeinsamen Bundesausschuss“ von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen vertreten und reden in dessen Fachausschüssen mit. In der Arbeitsgemeinschaft „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ stellen sie sogar die Hälfte der Mitglieder. Und die Bundesärztekammer bindet Patientenvertreter ein, wenn sie Leitlinien für die Behandlung von chronischen Krankheiten erarbeitet. Die neue Form der Vertretung wird allgemein akzeptiert. Die Vertreter selbst klagen allerdings über mangelnde Ressourcen.

Nötig geworden sind die neuen Strukturen, weil die klassische Form der Beteiligung an Bedeutung verloren hat. Zwar stellen die Versicherten über Sozialwahlen noch immer die Hälfte der Mitglieder in der Selbstverwaltung der Kassen. Aber seit die Kassen in Konkurrenz zu einander stehen, läuft die Beteiligung nicht mehr unbedingt auf eine Interessenvertretung der Patienten hinaus.

Kritiker wenden ein, dass gut organisierte Interessen erheblich besser vertreten sind als allgemeine, die alle Bürger als potenzielle Patienten angehen. Tatsächlich dominieren die Verbände von Behinderten und chronisch Kranken. Eine Organisation, die mitreden will, muss zuvor vom Gesundheitsministerium anerkannt werden. Ein Kriterium dafür ist das „dauerhafte Bestehen“. Vorübergehender Krankenstand legt aber spontane und flüchtige Organisationsformen nahe.

Politische Reformprozesse in der Analyse

Wirksame Reformprogramme zu entwerfen, die durchsetzbar sind und öffentliche Akzeptanz finden – das ist aktuell eine der größten Herausforderungen an die Politik. Ausgehend von der Beobachtung, dass strategische Reformpolitik die kontinuierliche Berücksichtigung der drei strategischen Dimensionen Kompetenz, Kommunikation und Durchsetzungsfähigkeit bedeutet, hat das Programm „Politische Reformprozesse“ der Bertelsmann Stiftung deshalb das „Strategietool für politische Reformprozesse“ (SPR) entwickelt. Es dient gleichermaßen dem Aufbau von Strategiekompetenz wie der Analyse von Stärken und Schwächen bei bereits abgeschlossenen Reformprozessen.

Vier konkrete Reformen werden in diesem Band von Experten anhand der Kategorien des SPR untersucht: Die Gesundheitsreform der Großen Koalition, die Agenda 2010 unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsmarktreform, die Rentenreform der Regierung Schröder und die Steuerreform der Regierung Kohl. Alle diese Reformen haben ihre erfolgreichen Seiten und können dennoch nicht als Beispiele für Reformerfolg dienen. Die Anwendung des SPR zur differenzierten Analyse der Reformen macht klar, warum dies so ist, und zeigt Wege zu einer strategischen Reformpolitik.



Thomas Fischer, Andreas Kießling, Leonard Novy (Hrsg.) **Politische Reformprozesse in der Analyse. Untersuchungssystematik und Fallbeispiele.** Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2008. 324 Seiten, Broschur, 35,- Euro ISBN 978-3-86793-015-4

BertelsmannStiftung

Programm Evidenzbasierte Politikstrategien
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

www.gesundheitsmonitor.de
www.hpm.org

Verantwortlich
Dr. Juliane Landmann
Sophia Schlette

Redaktion
Kerstin Blum
Dr. Juliane Landmann

Autoren
Norbert Mappes-Niediek
Dr. Gerd Marstedt
Sophia Schlette

Kontakt
Martina Krause
Tel.: (05241) 81-8 13 81
Fax: (05241) 81-68 13 81
martina.krause@bertelsmann.de