

# **Prävention braucht Motivation**

**Professor Dr. Peter Oberender**  
**Universität Bayreuth**

**Jürgen Zerth**  
**Geschäftsführer der Forschungsstelle für Sozialrecht und**  
**Gesundheitsökonomie**

Es gilt das gesprochene Wort

Berlin, den 13. Januar 2003

Anrede,

das deutsche Gesundheitswesen steht vornehmlich vor einem Qualitätsproblem, das aber gleichzeitig mit einem Finanzierungsproblem verknüpft ist. Vor allem sogenannte Zivilisationskrankheiten bestimmen zunehmend die gesundheitswissenschaftliche Diskussion. In Deutschland sind beispielsweise allein für die Diabetesversorgung über 15 Milliarden Euro pro Jahr anzusetzen. Die Kosten der Fehlernährung pro Jahr werden allein auf ca. 70 Milliarden Euro geschätzt. Gleichzeitig sind die Versorgungsergebnisse bei Diabetes und anderen chronischen Erkrankungen im internationalen Vergleich eher mittelmäßig.

Die Finanzierungslücke der GKV wird durch die mit steigenden Lebensalter zu erwartenden Ausgabensteigerungen nicht aufgefangen. Es ist mit einem massiven Anstieg der Beitragssätze zu rechnen (auf ca. 28 bis 30 % im Jahr 2040). Das Solidarprinzip in der gegenwärtigen Form, das auf einem Umlageverfahren fußt, wird nicht mehr in der Lage sein, den Herausforderungen zu begegnen (Familienlastenausgleich, Alterslastenausgleich).

Ein Festhalten am bisherigen Finanzierungssystem führt zwangsläufig in eine ständige Debatte um neue Kostendämpfungsmaßnahmen und Gesundheitsreformen. Ziel einer grundlegenden Reform muss es deshalb sein, die Ursachen von Ineffizienzen zu bekämpfen und systemimmanente, individuelle Anreize für Leistungserbringer und Versicherte zu setzen. Ein Ansatz zur Verbesserung der Versorgungssituation wird in einer Förderung und einem Ausbau der Prävention gesehen. Dies macht gesundheitsökonomisch und –politisch Sinn, da jede Investition in Gesundheit eine Investition in Humankapital darstellt.

Eine Präventionsoffensive wird jedoch oft mit dem Argument der Kosteneinsparung begründet. Häufig ist dies, wie beispielsweise Untersuchungen zum Mamma-Karzinom zeigen, nicht der Fall, vielmehr erfordert die Stärkung der Prävention eine Abwägung zwischen zukünftiger Lebensqualität und gegenwärtigen Kosten. Auch auf

gesamtwirtschaftlicher Ebene müssen Präventionsansätze nicht zwingend zu Kosteneinsparungen führen, insbesondere wenn infolge höherer Lebenserwartung mit höherem Lebensalter die Ko-Morbiditäten unabhängig von einer Präventionstherapie anwachsen (Medikalisierungsthese).

Das letzte Ziel präventiver Maßnahmen ist die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheit und die Verlängerung des Lebens unter Beachtung der Lebensqualität. Gerade aber die Verlängerung des Lebens führt dazu, dass immer mehr Menschen ein Alter erreichen, in dem sie vermehrt medizinische Leistungen erfordern. Der entscheidende Gewinn präventiver Maßnahmen liegt also vornehmlich im Aspekt der Lebensqualität.

Das Dilemma der Prävention, insbesondere der Verhaltensprävention, besteht darin, dass sich ein ökonomischer Erfolg nur erzielen lässt, wenn sich weite Kreise der Bevölkerung daran beteiligen. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass dies aus eigenem Antrieb nicht erreichbar ist. Aus diesem Grund werden motivierende Maßnahmen seitens der öffentlichen Hand gefordert. Solange diese Maßnahmen nicht in das individuelle Lebensprogramm eingreifen, sind sie unproblematisch. Anders verhält es sich jedoch, wenn Zwang ausgeübt wird. Für die komplexe Suche nach einem effizienten Mitteleinsatz bietet sich der Wettbewerb als Lösung an, dessen ökonomische Funktion es ist, knappe Ressourcen ihrer bestmöglichen Verwendung zuzuführen.

Präventionsmaßnahmen können aber bei einem Wettbewerb der Leistungsangebote als Differenzierungsmöglichkeit von Leistungserbringern und Krankenkassen im Wettbewerb dienen. Folglich hat eine sinnvolle Präventionspolitik an den Freiheitsgraden der Leistungserstellung anzusetzen. Damit wird aber die strukturelle Ausgestaltung der Leistungserstellung relevant, insbesondere der Abbau der sektoralen Abschottungen. Die Forderung nach einer verstärkten Integration der verschiedenen Leistungsbereiche ist bereits Gegenstand verschiedener Gesundheitsreformen gewesen. Ein Ausbau der integrierten Versorgung ist aber ohne eine grundsätzliche Strukturreform des gesamten Sicherungssystems kaum zu

erreichen. Entscheidend bleibt, gesundheitspolitische Ziele (Gesundheitsziele, Patientenziele) mit dem Anreizverhalten der Akteure zu verbinden. Dies erfordert eine konsistente gesundheitspolitische Ordnungspolitik.

Wirtschaftlichkeitsanreize für den Versicherten sind jedoch langfristig nur dann tragfähig, wenn Steuerungs- und Finanzierungseffekte verbunden sind. Eine bloße Zuzahlungspolitik ohne Auswahlmöglichkeit für den Versicherten hat mit einer Wettbewerbsordnung nichts zu tun. Damit stellt sich aber unmittelbar die Frage, ob das bisherige umlageorientierte Finanzierungssystem mit einkommensabhängigen Beiträgen und beitragsunabhängigen Leistungen überhaupt noch in der Lage ist, innovativen Gestaltungsoptionen adäquat Rechnung zu tragen, ohne dass eine Aushöhlung der solidarischen Finanzierung eintreten wird. Eine Alternative läge in einer Entkoppelung der Versicherungsbeziehung von der Solidarität begründet, wie es beispielsweise mit Kopfprämien oder aktuarischen Prämien möglich wäre. Die solidarische Unterschätzung ökonomisch Schwacher könnte dann außerhalb des Krankenversicherungssystem mit einer Subjektförderung in Form eines Versicherungsgeldes nach Art des Wohngeldprinzips erfolgen.

Ziel der Gesundheitspolitik muss sein, den Versicherten, der häufig - aber nicht immer - auch Patient ist, als gestaltende Kraft des Gesundheitssystem zu fördern. Eine Wettbewerbslösung bedeutet mehr Chancen, aber auch manche Risiken, jedoch geht es vor allem um die langfristige Zukunftsfähigkeit und Verlässlichkeit der Rahmenordnung im Gesundheitswesen.