
Pressemitteilung zur Pressekonferenz des IGSTF am 12. Mai 2009 in Berlin

– Langfassung –

Für ein verlässliches, solidarisches und gerechtes Gesundheitswesen

Vor dem Hintergrund der aktuellen wirtschaftlichen Entwicklung haben viele Bürger Angst um ihre Zukunft. Jetzt kommen Meldungen dazu, die Zweifel an der Stabilität und der Bezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung schüren. Die Bürger fragen sich, ob sie dann, wenn sie ernsthaft oder chronisch krank sind, auch das erhalten, was sie an medizinischen Leistungen brauchen und ob sie es auch bezahlen können.

„Nur Klarheit und eine Perspektive gibt Sicherheit. Die Bevölkerung muss wissen, was die künftigen Probleme sind und wie eine für jeden finanzierbare Gesundheitsversorgung auch in Zukunft möglich ist“, so eine Arbeitsgruppe bei der Vorstellung der 150 Seiten umfassenden Gesundheitspolitischen Agenda 2009¹ in Berlin, die detaillierte Vorschläge zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems enthält. Mitglieder der Arbeitsgruppe sind neben Prof. Fritz Beske, Dr. Franz-Joseph Bartmann, Ralf W. Büchner, Dr. Peter Froese, RA Peter Knüpper und Dr. Ulrich Thamer.

„Die durch die Bevölkerungsentwicklung und die Kosten des medizinischen Fortschritts entstehenden Probleme sind nicht durch Einzelmaßnahmen zu lösen. Erforderlich ist ein durchgängiges Konzept, damit Deutschland wieder ein verlässliches, solidarisches und gerechtes Gesundheitswesen zurückerhält“, so Prof. Fritz Beske, Direktor des IGSTF Kiel. Er fordert seit langem von der Politik, sich den Problemen der Zukunft zu stellen, diese Probleme ehrlich auch in der Öffentlichkeit zu diskutieren und ein zukunftsfähiges Konzept zu erarbeiten.

¹ Die Studie „Gesundheitspolitische Agenda 2009 – Für ein verlässliches, solidarisches und gerechtes Gesundheitswesen. Ein Handlungskonzept“ von Prof. Beske ist als Band 112 in der Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel erschienen und kann gegen eine Schutzgebühr von 10 € zzgl. Versandkosten bestellt werden bei: IGSTF Kiel, Weimarer Str. 8, 24106 Kiel, Tel. 0431–800 600, Fax 0431–800 60-11, E-Mail: info@igsf-stiftung.de.

Fünf Optionen für die Politik

Die Politik hat nach Ansicht der Arbeitsgruppe für die künftige Gestaltung der Gesundheitsversorgung im Grundsatz fünf Handlungsoptionen:

Option 1. Bekenntnis zum KV-System, dann aber mit allen Konsequenzen und damit Rücknahme aller Regelungen, mit denen die Arbeitsfähigkeit der KV beeinträchtigt wird und eindeutiges Bekenntnis zu einer starken Selbstverwaltung.

Option 2. Etablierung eines anderen, aber ebenfalls durchgängigen Kollektivvertragssystems ohne Körperschaften des öffentlichen Rechts durch eine öffentlich-rechtliche Beleihung z. B. von freien ärztlichen Zusammenschlüssen auf regionaler Ebene.

Option 3. Ablösung der Versicherungspflicht durch eine Pflicht zur Versicherung mit Markt und Wettbewerb als übergreifendes Prinzip, damit Aufgabe einer organisierten Gesundheitsversorgung.

Option 4. Staatsmedizin mit zentral regulierter und kontrollierter Gesundheitsversorgung, letztlich steuerfinanziert, mit Budgetierung, Wartelisten und stiller Rationierung.

Option 5. Weiterentwicklung der beiden letzten Gesundheitsgesetze, des GKV-Mdernisierungsgesetzes und des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes, mit unklarer Zielvorgabe. Am Ende dürfte ein staatlich reguliertes Hausarztssystem und eine krankenhauszentrierte Facharztversorgung stehen, ebenfalls mit Budgetierung, Wartezeiten und stiller Rationierung, verbunden mit dem Ende der Privaten Krankenversicherung heutiger Prägung.

Die Arbeitsgruppe bekennt sich zum KV-System mit Kollektivverträgen, allerdings nachdrücklich nur dann, wenn Kassenärztliche Vereinigungen wieder voll funktionsfähig gemacht werden (Option 1) und mit Umsetzung aller in diesem Konzept enthaltenen Vorgaben für ein funktionsfähiges KV-System. Anderenfalls könnte eine ebenfalls kollektivvertragliche Regelung ohne Körperschaften des öffentlichen Rechts mit einer öffentlichen-rechtlichen Beleihung z. B. von freien freiwilligen Zusammenschlüssen von Ärzten auf regionaler Ebene entwickelt werden. Wesentliche Merkmale sind in beiden Fällen die flächendeckende Versorgung, die solidarische

Finanzierung und die Selbstverwaltung. Kollektivverträge sichern ein verlässliches und gerechtes Gesundheitssystem.

Die Verfasser dieses Konzepts sind der Überzeugung, dass sich nur auf der Grundlage dieses Konzepts eine bedarfsgerechte und an den jeweiligen finanziellen Möglichkeiten orientierte Gesundheitsversorgung sicherstellen lässt. Andere Wege können gegangen werden. Um diese Wege in ihrer Gesamtheit und in ihren Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung beurteilen zu können, ist es jedoch erforderlich, dass diese Wege so konkret und so begründet vorgelegt werden wie es in diesem Konzept geschieht.

Situationsanalyse und Prognose

Auslöser der auf die Gesundheits- und Pflegeversorgung zukommenden Probleme sind im Wesentlichen die Bevölkerungsentwicklung und der medizinische Fortschritt. Bis 2050 geht die Bevölkerungszahl von 82 auf 69 Millionen zurück. Zurück gehen auch die nachwachsenden Generationen, die Altersgruppe 0 bis 19 Jahre, von 16 auf 10 Millionen, ein Minus von 6 Millionen, und die Altersgruppe der Erwerbsfähigen, statistisch die 20- bis 64-Jährigen, von 50 auf 35 Millionen, ein Minus von 15 Millionen. Die Altersgruppe der nicht mehr Erwerbsfähigen, der Alten, die Altersgruppe 65 Jahre und darüber, nimmt von 16 auf 23 Millionen zu. Heute kommen auf einen nicht mehr Erwerbstätigen gut drei erwerbstätige Personen. 2050 liegt die Relation bei 1 zu 1. Die Alten müssen dann von immer weniger Arbeitstätigen versorgt werden, finanziell, aber auch personell in allen Gesundheits- und Pflegeberufen. Diese Rechnung kann so nicht aufgehen.

Die Auswirkungen einer immer größeren Zahl von Alten sind eine ständig zunehmende Zahl von chronisch Kranken, von Patienten mit Mehrfacherkrankungen und von Pflegebedürftigen, deren Zahl von heute 2 Millionen auf 4,4 Millionen 2050 steigt, verbunden mit einem ständig steigenden Finanz- und Personalbedarf.

Die Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung und des medizinischen Fortschritts auf den Beitragssatz der jetzigen GKV bedeuten bis 2050 bei einer jährlichen 1-Prozent-Steigerung des medizinischen Fortschritts auf die Ausgaben der GKV eine Zunahme von heute 15,5 Prozent auf 27 Prozent, bei einer Steigerung des medizini-

schen Fortschritts von 2 Prozent auf 44 Prozent. Möglich ist jede Zahl zwischen 27 und 44 Prozent.

Ein derartiger Beitragssatz wird weder von der Bevölkerung noch von der Politik akzeptiert. Beitragssätze in dieser Größenordnung sind nicht realisierbar.

Grundlagen und Zukunft der Gesundheitsversorgung

Gesundheitsziele. Die künftige Politik muss ihre gesetzgeberischen Maßnahmen an Gesundheitszielen ausrichten. Die wesentlichen Ziele sind:

- Versorgungssicherheit für den Patienten auch im Alter
- Planungssicherheit für den Leistungserbringer
- Medizinischer Fortschritt für alle.

Gesundheitsziele müssen von der Politik akzeptiert und umgesetzt werden.

Ordnungspolitische Grundsätze bestimmen Art und Inhalt der Gesundheitsversorgung:

- *Dezentral statt zentral.* Was lokal geregelt werden kann, muss lokal geregelt werden. Dies gilt für die Gesundheits- wie für die Pflegeversorgung. Dies bedeutet, dass der Staat nur Rahmenbedingungen setzt und die Umsetzung der Selbstverwaltung und der lokalen Ebene überlässt.
- *Freiberuflichkeit.* Heilberufliche Verantwortung ist die Voraussetzung eines funktionierenden Gesundheitssystems. Ortsnahe Versorgung, ein dauerhaftes, von persönlichem Vertrauen geprägtes Verhältnis von Arzt und Patient sind Grundwerte, die ein gutes Gesundheitssystem auszeichnen. Freiberuflichkeit darf nicht nur gefordert, sie muss geschützt und gestärkt werden. Zur Sicherung der Freiberuflichkeit gehört die Entwicklung einer einfachen und gerechten Honorarordnung, der Schutz der ärztlichen Unabhängigkeit durch Begrenzung der Einflussnahme von Staat und Kapital.
- *Freie Wahl des Arztes* sichert das Vertrauensverhältnis des Patienten zum Arzt und anderen Leistungsträgern wie Apotheker oder Einrichtungen im Gesundheitswesen, z. B. des Krankenhauses. Der gewünschte Wettbewerb um Qualität kann nur im Kontext dieses Vertrauens verwirklicht werden.

Niemals sind vom Bundesgesetzgeber derartige Grundsätze definiert worden. Auch die jüngste Gesetzgebung enthält weder grundsätzliche Vorgaben noch lassen sich derartige Vorgaben aus dem Gesetzestext ableiten.

Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gesundheitsfonds und der von der Bundesregierung bundeseinheitlich festgesetzte Beitragssatz für alle Krankenkassen führen zu einer immer weitergehenden Zentralisierung und Regulierung des Gesundheitswesens. Das Versprechen auf eine dauerhaft gesicherte Finanzierung ist ohne die Definition eines Grundleistungskatalogs bei dem zu erwartenden Finanzbedarf für die Gesundheitsversorgung nicht einlösbar. Festgelegt werden können nur Strukturen der Finanzierung der GKV.

Vorschlag

- Solidarische Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber, wobei der Beitragssatz kaum über die jetzige Höhe von 15,5 Prozent steigen dürfte.
- Steuermittel. Der Staat entzieht der GKV Mittel in Höhe von bis zu 48 Milliarden Euro jährlich durch Übertragung der Finanzierung von Aufgaben, die als versicherungsfremde Leistungen oder als Gemeinschaftsaufgaben bezeichnet werden und durch Leistungen für andere Sozialversicherungsträger. Hiervon muss die GKV entlastet werden.
- Zuzahlungen der Versicherten.

Perspektive

Der bisherige Solidaritätszuschlag wird in gleicher Höhe als Demographiezuschlag zur Einkommensteuer der solidarischen Krankenversicherung zugewiesen.

Gesetzliche Krankenkassen. Die Krankenkassen erhalten auf regionaler Ebene ihre Finanz- und Gestaltungshoheit zurück.

Vorschlag

Es werden abgeschafft:

- *Wahltarife*, die der Krankenkasse Finanzmittel entziehen.

- *Spitzenverband Bund der Krankenkassen* (GKV-Spitzenverband) mit einer weitgehenden Verringerung lokaler Gestaltungsfreiheit.
- *Staatlich festgesetzter einheitlich Beitragssatz und Gesundheitsfonds* mit der Rückgabe der Finanzhoheit an die einzelne Krankenkasse.
- *Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich*, der mit der finanziellen Förderung ausschließlich von Krankheit falsche Anreize in der Gesundheitsversorgung setzt.

Eingeführt wird für jede Krankenkasse eine 10-prozentige, auf die Einnahmen berechnete Verwaltungs- und Förderpauschale, in die alle Verwaltungskosten und Satzungsleistungen einbezogen werden mit einer Prüfung durch Wirtschaftsprüfer.

Perspektive

Durch eine ausschließlich regionale Organisation von Krankenkassen auf Länderebene kann der Risikostrukturausgleich überflüssig werden. Der Status der GKV als Körperschaft des öffentlichen Rechts wird aufgehoben.

Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. Deutschland hat den umfangreichsten Leistungskatalog eines Gesundheitssystems weltweit. Ständig kommen neue Leistungen ohne Gegenfinanzierung hinzu, allein mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sechs neue Leistungen. Es ist undenkbar, dass dieser schon heute unterfinanzierte Leistungsumfang bei kontinuierlich sinkenden Einnahmen der GKV unverändert aufrechterhalten bleiben kann. Erforderlich ist eine öffentliche Diskussion über den Leistungsumfang der GKV, über Prioritätensetzung, über das, was aus dem Leistungskatalog herausgenommen oder was im Leistungskatalog verändert oder über Zuzahlungen cofinanziert werden kann und darüber, wie viel Finanzmittel die Gesellschaft bereit ist, für die Gesundheitsversorgung auszugeben. Dies ist ein dynamischer Prozess.

Die für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen Leistungen werden als Grundleistungen bezeichnet. Ihre Finanzierung erfolgt bis auf Zuzahlungen vollständig durch die GKV. Darüber hinausgehende und vom Versicherten gewünschte Leistungen sind Zusatzleistungen, die vom Versicherten bezahlt werden müssen,

gegebenenfalls abgesichert in der Privaten Krankenversicherung über eine Zusatzversicherung.

Finanzierung und Leistungskatalog der GKV sind zwei kommunizierende Röhren. Das in der GKV vorhandene Finanzvolumen bestimmt den zu finanzierenden Leistungsumfang. Steigt das Finanzvolumen, steigt der finanzierbare Leistungsumfang. Sinkt das Finanzvolumen, können auch nur weniger Leistungen finanziert werden.

Eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung erfordert

- einen bedarfsgerechten Leistungskatalog
- eine bedarfsgerechte Finanzierung dieses Leistungskatalogs
- eine leistungsgerechte Honorierung der Leistungserbringer.

Diese Regel ist durch nichts und schon gar nicht durch politische Dialektik aufzuheben. Es ist unverantwortlich, der Bevölkerung ein anderes Bild zu vermitteln. Nur auf dieser Grundlage ist es möglich, die in diesem Konzept definierten Gesundheitsziele und ordnungspolitischen Grundsätze zu verwirklichen.

Vorschlag

Politische Gremien diskutieren und verabschieden den vom G-BA vorgeschlagenen Grundleistungskatalog.

Zuzahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zuzahlungen sind ein individueller Beitrag bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Zuzahlungen gibt es in allen Industrienationen mit steigender Tendenz, da alle Gesundheitssysteme kaum noch zu finanzieren sind.

Zuzahlungen haben zwei Aufgaben:

- Sie sollen zu einer bewußteren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen und damit steuernd wirken.
- Sie sollen zur Finanzierung des Gesundheitssystems beitragen.

Zuzahlungen können nur dort steuernd wirken wo der Bürger auch entscheiden kann.

Vorschlag

- Ablösung der bisherigen Praxisgebühr durch eine Gebühr von 10 Euro ab dem vierten Praxisbesuch im Quartal. Die 10 Euro verbleiben bei der Krankenkasse.
- Einführung einer Gebühr von 10 Euro je Hausbesuch. Die 10 Euro verbleiben beim Arzt.
- Bei Arzneimitteln, Ersetzung der derzeitigen Zuzahlungsregelung durch eine Kombination von fester Zuzahlung von 5 Euro und einer prozentualen Zuzahlung von 10 Prozent der Differenz zum Apothekenabgabepreis mit einer Kappungsgrenze von 20 Euro.

Perspektive. Pauschale Rezeptblattgebühr von 10 Euro mit Befreiung für Kinder bis 14 Jahre und Weitergelten der Befreiung bei Auswahl eines besonders günstigen Arzneimittels.

- Aufhebung der zeitlichen Begrenzung der Zuzahlung von 28 Tagen bei Krankenhausbehandlung.
- Bei der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, Einführung einer Zuzahlung von 10 Prozent je Sitzung, rund 8 Euro, da die Eigenbeteiligung auch als therapeutisches Prinzip angesehen wird. Die Gebühr bleibt bei der Krankenkasse.
- Bei der künstlichen Befruchtung, Umstellung von 50 Prozent GKV und behandeltes Ehepaar auf je ein Drittel GKV, Ehepaar und Staat.
- Bei der Härtefallregelung, Aufhebung der Möglichkeit, bei chronisch Kranken die Belastungsgrenze von zwei auf ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen herabzusetzen.

Festbeträge und Festzuschüsse. In einer Entwicklung der GKV zu einem System von Grundversorgung und Zusatzversorgung werden Festbeträge und Festzuschüsse zu einem alle Leistungsbereiche umfassenden Prinzip. Ein Festbetrag im Rahmen der Grundversorgung sichert bis auf Zuzahlungen die bedarfsgerechte Versorgung. Festzuschüsse werden für eine über den Bedarf hinausgehende Versorgung als Zuschuss gezahlt. Wählt der Versicherte eine über die Grundversorgung hinausgehende Leistung, hat er einen gesetzlich festgelegten und unbürokratisch zu

gewährenden Anspruch an seine Krankenkasse in Höhe des Betrags, der von der Krankenkasse für diese Leistung im Rahmen der Grundversorgung aufzubringen wäre.

Vorschlag

- Festbeträge bei Hilfsmitteln. Bei Hilfsmitteln wird ein Grundleistungskatalog definiert, auf den der Versicherte Anspruch hat. Die Ausschreibung von Hilfsmitteln wird aufgehoben.
- Zahnmedizinische Versorgung. Das beim Zahnersatz bewährte Zuschuss-system wird mit Kostenerstattung auf andere Bereiche ausgeweitet: Parodontologie, Kieferorthopädie und Füllungen.
- Die Wahl von Kostenerstattung wird erleichtert.

Perspektive

Kostenerstattung wird zum Prinzip, Abtretungen erleichtern die Abrechnung.

Vertragsärztliche Versorgung und Kassenärztliche Vereinigungen. Grundlage des heutigen GKV-Systems mit solidarischer Finanzierung und Selbstverwaltung ist die Forderung der Bevölkerung nach einer gesicherten, flächendeckenden Gesundheitsversorgung mit freier Arztwahl. Es ist nicht zu erwarten, dass diese Forderung aufgegeben wird. Dieses Prinzip, das durch die beiden Elemente Kollektivvertrag und Körperschaft öffentlichen Rechts bei den Vertragspartnern Umsetzung findet, ist in Gefahr. Es wird von der Politik z. B. durch Selektivverträge und nicht erfüllbare Verteilungsaufgaben einer leistungsgerechten Honorierung systematisch zerstört. Die Folge ist zunehmend Kritik bei niedergelassenen Ärzten.

Vorschlag

- Aufhebung der Selektivverträge zur hausarztzentrierten Versorgung, besonderen ambulanten Versorgung und integrierten Versorgung.
- Neues und vereinfachtes Honorarsystem, das nicht belohnt, was sich finanziell rechnet, sondern bedarfsbestimmt orientiert ist, das Qualität in der Versorgung und das Patientengespräch fördert.
- Ersetzung des hauptamtlichen Vorstands durch einen ehrenamtlichen Vorstand mit hauptamtlicher Geschäftsführung.

- Bürokratieabbau mit der Verpflichtung zu einem Vorschlag für die Überarbeitung des gesamten SGB V und des KV-eigenen Regelwerks.
- Stärkung der Selbstverwaltung durch den Gesetzgeber.

Perspektive

Die KVen werden aus dem Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts entlassen. Gleichzeitig wird eine gesetzliche Beleihung mit dem kollektiven Versorgungsauftrag von freiwilligen Zusammenschlüssen von Ärzten für die Sicherstellung der Grundversorgung vorgenommen. Die Leistungserbringerorganisationen der Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheker werden entsprechend umgewandelt.

Perspektiven der Krankenhausversorgung. Die plurale Krankenhausversorgung mit öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft und einer Rahmenplanung durch die Bundesländer bleibt erhalten. Die Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer muss bedarfsgerecht sichergestellt werden.

Qualitätssicherung ärztlicher und zahnärztlicher Berufsausübung. Qualität ist eine ärztliche Aufgabe und liegt in der Zuständigkeit von Heilberufskammern und Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Elektronische Kommunikationswege mit einer Vernetzung von Gesundheitsberufen können die Qualitätssicherung unterstützen.

Arzneimittelversorgung. Die Arzneimittelversorgung gehört zu den hochregulierten Leistungsbereichen in der GKV mit zunehmender Komplexität, Unüberschaubarkeit und Widersprüchlichkeit. Dies wird durch einfache Regelungen für alle an der Arzneimittelversorgung Beteiligten ersetzt.

Arzneimittelhersteller. Die Regelungen zu Festbeträgen und Zuzahlungsbefreiungen bei besonders preisgünstigen Arzneimitteln unter Festbetrag werden ausgebaut und auf Innovationen ausgedehnt. Die Arzneimittelpreisverordnung und die mit ihr verbundene Rabattbeschränkung gelten umfassend.

Ärzte. Die Selbstverwaltung der Ärzte entwickelt regional Leitlinien für eine rationale Arzneimittelbehandlung, deren Einhaltung den Arzt von Wirtschaftlichkeitsprüfungen befreit.

Apotheken. In der Arzneimittelpreisverordnung wird eine heilberufliche Vergütungsordnung für Apotheker verankert. Im Arzneimittelgesetz wird der Versand von Arzneimitteln so definiert, dass die Arzneimittelabgabe nur Apothekern in Apotheken vorbehalten bleibt.

Private Krankenversicherung. Der Basistarif wird abgeschafft. Außerdem wird die Wartezeit für freiwillig Versicherte zum Wechsel in die PKV von drei Jahren auf ein Jahr zurückgeführt.

Perspektive

Die Versicherungspflichtgrenze wird abgeschafft.

Gemeinsamer Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird als oberstes Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung in seiner Entscheidungsbefugnis dadurch gestärkt, dass das Bundesgesundheitsministerium auf die Rechtsaufsicht begrenzt wird ohne die Möglichkeit, eine Genehmigung mit Auflagen zu verbinden oder zusätzliche Informationen und Stellungnahmen einzuholen.

Bürokratieabbau. Gefordert wird eine Durchforstung des gesamten SGB V und aller Regelungen im Gesundheitswesen im Hinblick auf Bürokratieabbau und Verwaltungsvereinfachung. Dies ist wirksame Rationalisierung im Gesundheitswesen, verbunden mit einem Abbau von Resignation und Demotivation in allen Gesundheitsberufen mit Anreizen für nachwachsende Generationen, einen Gesundheitsberuf zu wählen.

Gesetzgebung. Der Bundesgesetzgeber wird aufgefordert, frühere Gesetze zu evaluieren, Gesetze mit einer Situationsanalyse und einer Prognose zu versehen, in der Gesetzgebung die Pflicht zur Evaluation mit Fristsetzung der Berichterstattung an den Bundestag vorzusehen und, wo möglich, eine zeitliche Befristung von Gesetzesregelungen vorzugeben.

Versorgungsforschung. Die Versorgungsforschung muss ausgebaut werden. Es ist nicht zu vertreten, dass über Milliarden Euro entschieden wird, ohne dass der Sinn dieser Ausgaben oder ihre Verwendung einer Evaluation unterzogen werden.

Schlussbemerkung

Mit der gleichen politischen Energie und der gleichen politischen Dialektik mit der die jüngste Gesundheitsgesetzgebung durchgesetzt worden ist, wird es auch gelingen, einen anderen Weg in der Gesundheitsversorgung zu gehen, wenn dies politisch so gewollt wird.