

Gegenstimmen — attac  lädt ein

Zahl oder stirb

Die Zukunft des solidarischen Gesundheitssystems

Materialien zu der Veranstaltung mit
Dr. Wolfgang Albers
Monika Knoche
Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
9. Mai 2003, Grips Theater



Eine Veranstaltungsreihe in Zusammenarbeit mit dem GRIPS Theater

Inhalt

Rolf Rosenbrock <i>Kurze Rede von der Gesundheit</i>	3
Wolfgang Albers <i>Anmerkungen zur „Gegenstimmen“-Veranstaltung „Zahl oder stirb“</i>	6
Memorandum zur Reform des Gesundheitswesens <i>Sozialstaatliche Verantwortung statt marktgläubiger Privatisierung</i>	9
Heike Ulatowski <i>Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Patient bleibt sich selbst überlassen</i>	17
AG Soziale Sicherung von Attac Berlin <i>Für ein solidarisches Gesundheitssystem</i>	20
Einige Links zu weiterführenden Dokumenten	26
Im Buchhandel erhältliche Literatur	26



Kurze Rede von der Gesundheit¹

Von Rolf Rosenbrock²

Wer in Deutschland das Pech hat, mit seiner Ausbildung und seinem Einkommen zum untersten Fünftel der Bevölkerung zu gehören, hat auch gesundheitlich schlechte Karten: Menschen aus dem untersten Fünftel tragen über ihr ganzes Leben hinweg, von der Wiege bis zur Bahre, ein ungefähr doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben wie Menschen aus dem obersten Fünftel. Diese besser Gestellten leben im Durchschnitt nicht nur etliche Jahre mehr behinderungsfrei, sondern sie leben auch länger ohne Behinderung, in Deutschland ca. fünf bis sieben Jahre.

Dieser Zusammenhang gilt weltweit, er gilt global, national, regional und in allen Lebensbereichen. Die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ist deshalb die zentrale Herausforderung jeder Gesundheitspolitik, die diesen Namen verdient.

Was die Krankenversorgung angeht, steht Deutschland in dieser Hinsicht nicht schlecht da: die Gesetzliche Krankenversicherung funktioniert bei uns nach dem Solidarprinzip: Beiträge werden nicht nach dem je individuellen Erkrankungsrisiko, sondern nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erhoben, als Prozentsatz vom Bruttoeinkommen. Im Grundsatz hat in Deutschland damit jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem unabhängig vom Geldbeutel und vom sozialen Status Anspruch auf und Zugang zu einer vollwertigen und vollständigen medizinischen Versorgung. Das ist ein hohes gesellschaftliches Gut, das es zu verteidigen gilt.

Tatsächlich aber steht das System unter Dauerbeschuss, von verschiedenen Seiten: Marktradikale Kräfte, gesponsort z.B. von der Privaten Krankenversicherung, der Pharmaindustrie und von Ärzteverbänden und unterstützt von neoliberalen Fahnschwenkern aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft, schlagen vor, den Solidarausgleich aus der Krankenversicherung zu entfernen. Davon erhoffen sie sich bessere Geschäfte mit Versicherungspolicen, überteuerten Medikamenten und privaten Honoraren. Vorsätzlich nehmen sie damit offene Zwei-Klassenmedizin in Kauf, also Verhältnisse, unter denen im Krankheitsfall je nach Geldbeutel mehr gelitten oder auch früher gestorben wird.

Der Grund dafür ist einfach: Die soziale Krankenversicherung – das ist ein Jahresumsatz von ca. 140 Mrd. Euro, die nicht über den privaten Kapitalmarkt laufen. Das ist schon mal eine Provokation in einem Land, in welchem viel Kapital nach risikoarmer Anlage sucht. Nachdem bei der Rente der Einstieg in die Privatisierung so elegant gelungen ist, steht die Krankenversicherung ganz oben auf der Agenda. Nicht viel weniger gefährlich sind jene selbsternannten Reformer des Systems, die die soziale Krankenversicherung mit mehr Wettbewerb und Marktelementen weiter entwickeln wollen. Gerade zu Wahlzeiten schwillt das Gerede von Wahlleistungen, Selbstbeteiligung, Selbstbehalttarifen, Leistungsausgrenzung und Rationierung getöseartig an. Dahinter steht letztlich immer dies: dass die sozial und gesundheitlich schlechter Gestellten für ihre Gesundheit mehr bezahlen sollen oder aber eben schlechter behandelt werden. Verziert wird dieses simple Strickmuster gerne mit dem Schlagwort Selbstverantwortung, mit dem den Schwachen weis gemacht werden soll, dass sie selbst schuld sind an ihrem Unglück und deshalb auch selbst zahlen sollen. Das aber ist der sicherste Weg, Ungleichheit auf allen Ebenen zu vergrößern und echte Selbstverantwortlichkeit zu verhüten.

Derzeit konkurrieren die Krankenkassen nicht um bessere Versorgung oder mehr gesundheitliche Chancengleichheit. Aufgrund falsch gesetzter staatlicher Anreize konkurrieren sie um ‚gute Risiken‘,

¹ Rede zum Attac Aktionstag 14. September 2002 in Köln

² Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Jg. 1945, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, leitet im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) die Arbeitsgruppe Public Health; ist Mitglied im Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR KAIG), des Vorstands im Berliner Zentrum Public Health (BZPH), stv. Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) etc.



also v.a. um junge, gut gebildete und sicher beschäftigte Versicherte. Wenn es politisch wirklich gewollt wäre, ließe sich dies zügig und nachhaltig ändern. Das Instrument dafür trägt einen bürokratischen Monsternamen: morbiditätsausgleichender Risikostrukturausgleich – ist aber trotzdem notwendig. Solange wir so etwas nicht haben, gibt es zwischen Krankenkassen auf der einen und Ärzten, Krankenhäusern etc. auf der anderen Seite ein gemeinsames Interesse daran, Versicherte aus den etwas besseren Kreisen, also Menschen mit geringerem Krankheitsrisiko und deshalb auch mit geringeren Kosten, zu bevorzugen und chronisch Kranke – und das sind im Durchschnitt auch ärmere Versicherte – zu benachteiligen.

Auch dieser eher verdeckte Einzug der Zweiklassenmedizin ist weder notwendig noch zweckmäßig, es handelt sich um den weder sachlich noch sozial begründbaren Kotau vor der Dogmenwelt des Neoliberalismus und seinen zentralen Postulaten der Konkurrenz und der Deregulierung. Dabei bietet des Gesundheitswesens reiches Anschauungsmaterial für die Tatsache, dass Deregulierung in aller Regel zur Benachteiligung der Schwächeren und zugleich zu einem Mehr an Bürokratie führt. Aber was helfen Fakten schon gegen Ideologien...

Begründet werden die als Reformen getarnten Angriffe auf die erhaltenswerte Kernsubstanz der sozialen Krankenversicherung meist mit der These der Kostenexplosion, die das System angeblich unfinanzierbar macht. Aber diese Karte ist gezinkt: Ein nüchterner Blick auf die Zahlen verrät etwas ganz anderes: Die Kosten für die Krankenversorgung steigen seit über 20 Jahren ziemlich genau so schnell und so langsam wie das Bruttoinlandsprodukt. Der Anteil der Ausgaben der Krankenversicherung am Bruttoinlandsprodukt liegt seit 1980 konstant bei ca. 6 %, lediglich die deutsche Vereinigung führte zu einem leichten Anstieg. Da explodiert also gar nichts, und schon gar nicht seit 20 Jahren. Was steigt, sind die Beitragssätze. Die Beitragssätze aber sind v.a. deshalb gestiegen, weil die Einkommen aus abhängiger Arbeit hinter den Profiten des Kapitals zurückbleiben und die Arbeitslosigkeit steigt, die Lohnquote also gesunken ist; weil also beständig eine Umverteilung von unten nach oben stattfindet. Wäre die Lohnquote heute so hoch wie 1980, hätten wir heute auch die gleichen Beitragssätze wie damals, also ca. 12,5% und nicht – wie heute - 14%.

Die soziale Krankenversicherung ist also durchaus kein Auslaufmodell, sondern sie kann – entsprechenden politischen Willen vorausgesetzt – die Krankenversorgung für die gesamte Bevölkerung dauerhaft, nachhaltig und solidarisch finanzieren und steuern. Neben der solidarischen Finanzierung kommt ihr dabei die Aufgabe zu, die ganz überwiegend auf Einkommens- bzw. Gewinnmaximierung orientierten Träger der Krankenversorgung, also Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie, Pflegedienste etc. durch Verträge und Anreize dazu zu bringen, das und nur das zu tun, was gesundheitlich und medizinisch vernünftig, zweckmäßig und wirksam ist, und das mit hoher Qualität. Da ist viel zu tun: denn gegenwärtig findet dort in gigantischem Umfang und gleichzeitig sowohl Überversorgung wie auch Unterversorgung als auch Fehlversorgung statt. In keinem Land der Erde haben Marktmodelle Wesentliches zur Bewältigung dieser Probleme beigetragen, im Gegenteil. Eine vom Anreiz zur Jagd auf gute Risiken befreite soziale Krankenversicherung hingegen kann hier viel erreichen.

Eine für alle gleichermaßen zugängliche bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ist aber nur die eine Hälfte der Gesundheitspolitik, wie wir sie brauchen. Schließlich hat die Medizin lediglich zu knapp einem Drittel zu der Verlängerung des Lebens und der Verbesserung der Gesundheit in den letzten Jahrzehnten beigetragen.

Ungefähr genauso viel wäre wohl durch Krankheitsverhütung, also durch nicht-medizinische Prävention zu holen. Dazu müssten nur all die Kenntnisse und Erfahrungen umgesetzt werden, die wir auf diesem Gebiet gesammelt haben, z.B. in der in Deutschland unerhört erfolgreichen Aids-Kampagne der 80er und 90er Jahre. Zu lernen wäre auch aus den zahlreichen Beispielen aus Betrieben, Schulen, Krankenhäusern und Stadtteilen, in denen bewiesen wurde, dass individuelle und kollektive Hand-



lungsfähigkeit, Partizipation, Transparenz sowie funktionierende soziale Netzwerke Krankheit wirksam verhüten, und dass diese Ressourcen auch erfolgreich gefördert werden können. Aber mit solche Kampagnen ist nicht viel Geld zu verdienen, oftmals schränken sie sogar die Geschäftsmöglichkeiten ein, z.B. bei der Tabakindustrie oder der Ernährungsindustrie. Gesundheitskampagnen sprechen nicht die Sprache der Marktwirtschaft, weil sie sich eben nicht an individuelle Kaufkraft richten. Deshalb brauchen sie politische Unterstützung. Absichtserklärungen und Deklarationen zur Prävention haben wird genug, und zwar von allen politischen Seiten. Was fehlt, sind Taten, auch gegen die Interessen mächtiger Branchen und großer Konzerne.

Der größte und wichtigste Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung schließlich kommt aus Politikbereichen, die vorgeblich nichts mit Gesundheitspolitik zu tun haben. Da geht es um Bildung, Zugang zu und Verteilung von bezahlter Arbeit, um Einkommen und die Qualität sozialer Infrastruktur. Seit vielen Jahren öffnet sich in Deutschland die Schere bei der Verteilung von Einkommen, Vermögen und Bildungschancen, offene und verdeckte Armut breitet sich aus. Jede Wirtschaftspolitik, die diesen Trend wendet, ist zugleich auch gute und wahrscheinlich die wirksamste Gesundheitspolitik. Auch dies gilt global, national und regional.

Ich beschäftige mich seit mehr als 25 Jahren wissenschaftlich und politisch mit Gesundheit, Gesundheitspolitik und Krankenversorgung. In der Summe bin ich mir in drei Punkten ziemlich sicher:

1. Es ist prinzipiell möglich, auch in der kapitalistischen Marktwirtschaft eine Gesundheitspolitik zu betreiben, die diesen Namen verdient, die also die Gesundheit der Bevölkerung erhalten und verbessern kann. Aber die dazu notwendigen Regelungen müssen fast immer gegen marktwirtschaftliche Gewinninteressen, und damit gegen den neoliberalen Mainstream durchgesetzt werden. Ein funktionierendes Gesundheitswesen ist deshalb in der kapitalistischen Marktwirtschaft wie eine Bastion, die gegen beständig anstürmende Begehrlichkeiten von außen und meist kommerziell angetriebene Erosionsprozesse aus dem Innern verteidigt werden muss.
2. Eine Marktwirtschaft, die es zulässt, dass der gesellschaftliche Umgang mit Gesundheit und Krankheit nach den Gesetzen von Angebot und kaufkräftiger Nachfrage geregelt wird, untergräbt ihre eigenen Funktionsvoraussetzungen und Zivilisationsstandards.
3. Für die Gesundheitspolitik ist es nicht egal, wer regiert. Aber auch Regierungen, die vor der Wahl verkünden, den solidarischen Gehalt der Gesundheitspolitik erhalten zu wollen, brauchen öffentlichen und nachhaltigen Druck sozialer Bewegungen, um dem Sog der Privatisierung zu widerstehen. Gesundheit ist ein politisches Gut und muss immer wieder mit den Mitteln der Politik erkämpft werden.

Anmerkungen zur „Gegenstimmen“-Veranstaltung „Zahl oder stirb“

Von Wolfgang Albers³

In der gegenwärtigen gesellschaftlichen und somit natürlich auch in der gesundheitspolitischen Diskussion kommt es zunächst einmal darauf an, bestimmte Begriffe wieder zurecht zu rücken. Deshalb nutze ich gerne die Gelegenheit in einer Veranstaltungsreihe, die „Gegenstimmen“ heißt, entsprechende Widerworte zu geben.

Widerworte gegen eine Politik, die längst nicht mehr den Umbau, sondern schon lange den Abbau des Sozialstaats eingeleitet hat und die dementsprechend zu einer Transformation unseres Gesundheitswesens in ein „dereguliertes“ Element der freien Marktwirtschaft führen soll.

An die Stelle des gesellschaftlichen und sozialstaatlichen Kompromisses, der der Konstituierung der Bundesrepublik als freier und sozialer Rechtsstaat zugrunde lag und der vermittelt war durch die sozialen Kämpfe und den Druck der organisierten Arbeiterbewegung, nicht zuletzt aber auch durch die Notwendigkeit, sich in der damaligen Systemkonkurrenz als das „bessere“ System zu beweisen, tritt nun der Neoliberalismus als politische Herrschaftsvariante und lässt die uneingeschränkte Autonomie und die schrankenlose Freiheit des Privatkapitals zurückkehren.

Der Sozialstaat, der seine historische Schuldigkeit getan hat, gilt den Apologeten dieses freien Unternehmertums schon lange als Ballast auf ihrem Weg in die Freiheit der Märkte. Nun gibt es aber für die Abschaffung des Sozialstaats wohl auf längere Sicht politisch keine Mehrheit in diesem Land, deshalb wird auch keiner der neoliberalen Ideologen diese Abschaffung offen propagieren. Stattdessen setzt man auf gut bezahlte Experten in allen möglichen gesellschaftlichen Bereichen, die Bedrohungsszenarien entwickeln, einen vermeintlichen „Reformstau“ aufdecken und unter dem Vorwand, den Sozialstaat „zukunfts- und überlebensfähig“ zu machen, seine Grundfesten beseitigen. Sie mahnen einen scheinbaren „Reformbedarf“ an, der mit Sätzen eingeleitet wird wie: „Die Möglichkeiten des Sozialstaates, die soziale Sicherung in dem bisher gewohnten Umfang aufrecht zu erhalten, stoßen auf immanente Grenzen“⁴

Zu „Reformen“ werden dabei dann in der Regel all die sozialen Demontagepläne, die die Unternehmerverbände seit Jahren in der Schublade zu liegen haben. So wird jetzt die uralte wirtschaftsliberale Forderung, die soziale Krankenversicherung in eine Mindestsicherung umzuwandeln und durch eine private Vorsorge in Eigenverantwortung ohne Arbeitgeberanteil zu ergänzen, als moderne Antwort auf die Herausforderungen unserer Zeit an den Sozialstaat verkauft.

Wen wundert es in diesem Zusammenhang, dass der Begriff „Reform“ heute für die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialbereich, für Rentner, Arbeitslose und Kranke wie eine Kampfansage klingt und diese den Begriff allweil nur noch als Bedrohung ihrer sozialen Daseinsfürsorge empfinden können. Der ursprünglich emanzipatorische und soziale Inhalt dieses Begriffes, den Willi Brandt einst so definiert hat, dass Reformen Veränderungen sind, die die Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen verbessern, ist für diese Menschen vollkommen verschüttet. In der Tat ist es den neoliberalen Ideologen gelungen, die semantische Lufthoheit in der öffentlichen Diskussion allein dadurch zu gewinnen, dass sie bestimmte Begriffe quasi als Axiome vorgeben, um sie dann als von allen zu akzeptierende Wahrheit zur Grundlage der ganzen Diskussion zu machen.

So ist das oftmals widerlegte Märchen von der Kostenexplosion im Gesundheitswesen über die Jahre einzig durch die unwidersprochene, gebetsmühlenartige Wiederholung zum scheinbar allgemein anerkannten Ausgangspunkt jeder gesundheitspolitischen Diskussion geworden. Die Argumentation

³ Dr. Wolfgang Albers ist Chirurg, Betriebsrat und Delegierter der Berliner Ärztekammer

⁴ E. Ruebsam-Simon, „Deutsches Ärzteblatt“ 1.2.02

dieser Propagandisten der freien Marktgesetze bleibt aber nur so lange schlüssig, so lange sie sich in ihrer eigenen Logik bewegt. Folgt man allerdings dieser Logik, dann wird man sehr schnell vom neoliberalen Mainstream mitgerissen, wie die verschiedenen Beispiele gewerkschaftlichen und gesellschaftspolitischen Comanagements in der jüngsten Zeit zeigen.

Zu einigen Begriffen:

Da ist immer von der „Paritätischen“ Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung die Rede. Dabei wissen wir doch, auch der sogenannte Arbeitgeberanteil ist in Wirklichkeit nichts anderes als vorenthaltener Lohn. Die Kosten dafür können über die Preise abgewälzt werden. Von Parität kann überhaupt keine Rede sein, die wäre zum Beispiel als Wertschöpfungsabgabe der Unternehmer erst einmal einzufordern. Wir sollten das dann auch so sagen!

Zum Begriff der „Selbstbeteiligung“, oder wie Frau Merkel es ausdrückt, zum „Selbsbehalt“. Das klingt so, als wären die Leistungen der Gesetzliche Krankenkassen Geschenke. Sachverhalt ist doch, dass Sozialversicherte durch ihre monatlichen Kassenbeiträge bereits selbst für die Finanzierung ihrer möglichen Krankenbetreuung vorsorgen.

Wenn diese nun im Krankheitsfall, für den ja diese Vorsorge bereits erfolgt ist, erneut zur Kasse gebeten werden, ist das eine zusätzliche Belastung und dann ist es auch so zu benennen.

Mehr „Wettbewerb“ für das Gesundheitswesen sei notwendig, heißt es allorts. Im „Weltentwicklungsbericht 1993“ der Weltbank galt aber gerade das Gesundheitswesen noch als Beispiel für die Theorie des Marktversagens. Heute ist der „Wettbewerb“ als Instrument der Steuerung im Gesundheitssystem auch für deutsche Sozialdemokraten das Allheilmittel. Dabei wissen wir: Wettbewerb wirkt immer selektierend und polarisierend und sein Ziel ist der größtmögliche Gewinn. Wir erleben es doch gerade beim Wettbewerb der Kassen um den idealen Versicherten: Jung, gesund und gut verdienend. Um den chronisch Kranken gibt es diesen Wettbewerb nicht. Die Kasse, die sich darauf einließ, wäre bald bankrott. Wettbewerb führt zur Preiskonkurrenz und damit dazu, die Kosten einer Leistung letztlich auch auf Kosten ihrer Qualität zu senken.

Als eine Auswirkung beobachten sie in den Krankenhäusern eine Dequalifikation des Pflegepersonals. Der Anteil der 3-jährig ausgebildeten Pflegekräfte wird gesenkt und diese werden durch den eigentlich zu Recht ausgestorbenen 1-jährig ausgebildeten Krankenpflegehelfer ersetzt. Die gleichzeitig mit der Propagierung „Mehr Wettbewerb“ aufkommenden Forderungen nach den verschiedenen Formen institutionalisierter Qualitätskontrollen und Behandlungsrichtlinien in der Medizin sind im Grunde nichts anderes als das Eingeständnis dieser negativen Auswirkungen des Wettbewerbs auf die Qualität. Und bei den Behandlungsrichtlinien sei auch einmal der enorme Einfluss der Pharmaindustrie auf diese erwähnt.

Wo soll es hingehen?

Wir erleben einen Paradigmenwechsel in unserem Gesundheitssystem: War Geld früher das Mittel, die Behandlung von Krankheit zu ermöglichen, so hat die Behandlung von Krankheit nunmehr den Zweck, den größtmöglichen Profit zu bringen. Schon ist vom „Gesundheitsmarkt“ die Rede. Praxen und Kliniken werden dabei zu Verkaufsstätten von Gesundheitsleistungen. Der Patient wird zum Kunden. Wenn man aber den Patienten zum Kunden macht, wird aus dem Arzt zwangsläufig der Kleinrämer. Das Arzt-Patienten-Verhältnis bestimmt sich zukünftig über das Geld. Im Ergebnis wird dann im Zweifelsfall nicht der gesunde Patient, sondern die gesunde Bilanz das Therapieziel sein.

Zu dieser Politik gibt es nur eine Alternative:

Diametral entgegengesetzt stehen und vollkommen uneinverstanden sein.

Eine andere Medizin ist möglich!**Nachbemerkung:**

Ich habe oben den Satz zitiert: „Die Möglichkeiten des Sozialstaates, die soziale Sicherung in dem bisher gewohnten Umfang aufrecht zu erhalten, stoßen auf immanente Grenzen“

Unser Kampf um die Köpfe muss zum Ergebnis haben, dass künftig an gleicher Stelle Sätze stehen wie der folgende:

„Die Möglichkeiten des Sozialstaates, eine unsoziale Steuerpolitik in dem bisher gewohnten Umfang aufrecht zu erhalten, stoßen auf immanente Grenzen“

Eine andere Welt ist möglich!!

Sozialstaatliche Verantwortung statt marktgläubiger Privatisierung

Ein Memorandum zur Reform des Gesundheitswesens⁵

1. Vom Wert einer guten Gesundheitspolitik

Der Wert einer „guten“ Gesundheitspolitik für die Lebensqualität des/der Einzelnen wie für den Solidarcharakter der Gesellschaft kann kaum überschätzt werden. Die öffentliche Bereitstellung eines leistungsfähigen und solidarischen Systems der Krankheitsbehandlung und Gesundheitsvorsorge ist ein unverzichtbares Essential eines solidarischen Gesellschaftsmodells. Im Rahmen einer leitbildorientierten Begriffsbestimmung verstehen wir unter einer „guten Gesundheitspolitik“ die institutionelle und versorgungsinhaltliche Sicherstellung einer Versorgung:

- die in allen Feldern der Versorgungskette (Prävention/Gesundheitsförderung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge) maximale Qualität gewährleistet;
- die diese Qualität allen Mitgliedern der Gesellschaft ohne Zugangsschranken zur Verfügung stellt;
- an deren Finanzierung sich alle Gruppen der Gesellschaft entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit beteiligen
- und die die eingesetzten Ressourcen wirtschaftlich, also mit Blick auf Zielereichung und Mittelverwendung möglichst effektiv und effizient einsetzt.

Die aktuelle, vielfach als „Katastrophendiskurs“ geführte Debatte um die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems wird dem hohen Wert einer solidarischen Gesundheitsversorgung für eine sozialstaatlich verfasste Gesellschaft nicht gerecht. Die Rede vom vermeintlich unabdingbaren Systemwechsel in Richtung von mehr Deregulierung, Markt und Privatisierung findet zwar immer mehr Zuspruch. Doch zumeist sind so begründete Forderungen Ausfluss eines ökonomistisch verkürzten sowie einkommens- und gewinnorientierten Blicks auf das Gesundheitssystem, das vorwiegend als angeblich wettbewerbs- und standorthemmender Kostenfaktor wahrgenommen wird. Der sozialen und medizinischen Komplexität gesundheitspolitischer Versorgung und den vielfältigen Rückwirkungen auf den Solidargehalt der Gesellschaft wird diese Sichtweise nicht einmal im Ansatz gerecht.

Uns erfüllt diese Situation und die zunehmende gesellschaftliche Wertschätzung gesundheitspolitischer Deregulierungs-, Privatisierungs- und Wettbewerbsstrategien mit Sorge. Das Setzen auf den Markt als vermeintlich geeignetem Mechanismus zur Koordinierung von Gesundheitsressourcen vermag mit Blick auf eine gute Gesundheitsversorgung kaum Nutzen, aber viel Schaden zu stiften. Und dies mit kaum überschaubaren Folgeproblemen für die sozialstaatliche Substanz der Gesellschaft, die uns in der öffentlichen Debatte nicht in ausreichendem Maße bewusst zu sein scheinen. Fahrlässig werden die sozialemanzipatorischen Errungenschaften diskreditiert, die das deutsche Gesundheitssystem trotz aller (natürlich zu behebender) Defizite zweifelsohne bereitstellt. Zu wenig Beachtung erfahren die Risiken einer umfassenden Privatisierungsstrategie, die das Problem der Kumulation gesundheitlicher Versorgungsdefizite in sozial benachteiligten Schichten zu verschärfen und im Falle behandlungsaufwändiger Krankheiten selbst Angehörige mittlerer Einkommensgruppen materiell zu überfordern drohen. Und zu wenig Berücksichtigung findet die Gefahr eines umfassenden Vertrauensverlustes der Bevölkerung in die Verlässlichkeit des sozialstaatlichen Solidaritätsversprechens,

⁵ Die VerfasserInnen sind: Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz, Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin; Klaus Kirschner, MdB, SPD, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags; Monika Knoche, MdB, Bündnis 90/DIE GRÜNEN, Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags und Obfrau in der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“; Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, s.o.; Horst Schmitthenner, geschäftsführendes Vorstandsmitglied der IG Metall.

das sich gerade in Deutschland als eine unverzichtbarere Legitimitätsressource der politischen Demokratie erwiesen hat.

Unserer Auffassung nach muss eine strategische Reform des deutschen Gesundheitswesens nicht auf die Schwächung, sondern auf die Stärkung von Qualitätssicherung, Umverteilung und staatlich kontrollierter Steuerung zielen. Die vielfach propagierte Ausweitung von Marktmechanismen und die Reprivatisierung des Krankheitsrisikos stellen perspektivlose Sackgassenstrategien dar. Vor allem vermögen sie, wie gesundheitspolitische Erfahrungen zeigen und wissenschaftliche Analysen belegen, keinen Beitrag zur Realisierung der Kernanforderung an die deutsche Gesundheitspolitik zu leisten: zur Beseitigung der medizinischen und sozialen Versorgungsdefizite!

Mit dem vorliegenden Memorandum wollen wir einen Kontrapunkt zur heute dominierenden Sicht der Dinge setzen. Dabei sollen einige Politikfelder und reformpolitische Ansatzpunkte aufgezeigt werden, denen für eine, um die Korrektur der sozial- und versorgungspolitischen Defizite bemühte Reformpolitik besondere Priorität zukommt. Vollständigkeit in der Benennung der zu bearbeitenden Reformfelder oder in der Auflistung notwendiger Reformschritte ist nicht unser Anspruch. Vielmehr soll der Versuch der Skizze eines gesundheitspolitischen Entwicklungspfades unternommen werden, der sein Heil nicht in einem marktorientierten Umbau sucht, sondern das Festhalten an der sozialstaatlichen Letztverantwortung für die Stärkung der sozial- und gesundheitspolitischen Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zum Gebot der Stunde erklärt.

Aus dieser Perspektive rücken insbesondere:

- Qualitätsfragen mit Blick auf Strukturen und Prozesse in der Leistungserbringung,
- Effizienzfragen mit Blick auf das politische Steuerungsmodell,
- Präventionsfragen mit Blick auf die Arbeitswelt
- sowie Verteilungsfragen mit Blick auf das Finanzierungsmodell des deutschen Gesundheitssystems in den Vordergrund.

2. Wider den ökonomistischen Blick auf das Gesundheitssystem

Kein Zweifel, auch im deutschen Gesundheitssystem existieren Ineffizienzen und Verschwendungen, sind aktuell Ausgabensteigerungen zu konstatieren (etwa im Bereich der Arzneimittelversorgung), denen kein, oder lediglich ein fraglicher Zugewinn an therapeutischem Nutzen gegenübersteht. Kein Zweifel auch, dass sich die im Gesundheitssystem eingesetzten Ressourcen Fragen nach Effizienz und Effektivität gefallen lassen müssen; schließlich konkurrieren sie mit der Verwendung in anderen Feldern wie Alterssicherung, Ökologie oder Bekämpfung von Arbeitslosigkeit und Armut, die ebenfalls auf einen hohen gesellschaftlichen Nutzen verweisen können. Und doch vernebeln die gängigen Metaphern von der „unkontrollierten Kostenexplosion“, eines „Fasses ohne Boden“ usw. eher einen realistischen Gesamtblick auf Stärken und Defizite des Gesundheitssystems, als dass sie einen sachgerechten Beitrag zur Reform des Gesundheitswesens zu leisten in der Lage wären.

Diese ökonomistisch verzerrte Perspektive ist aus mehreren Gründen höchst problematisch: - Zum einen beinhaltet sie schlichtweg eine falsche Beschreibung der Realität. Wie vielfach belegt wurde, sind immer wieder ungerechtfertigte Ausgabensteigerungen in einzelnen Versorgungsbereichen zu beobachten, doch kann von einer „generellen Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen keine Rede sein. Der Anstieg der gesamten Gesundheitsausgaben verlief in den letzten zwei Jahrzehnten im Gleichschritt mit dem allgemeinen Wirtschaftswachstum, sodass der relative Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung an der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung heute (2001: 6,2%) nicht höher als zu Beginn der achtziger Jahre (1980: 6,1%) liegt.



- Zugleich lenkt insbesondere die Metapher von der Kostenexplosion den analytischen Blick einseitig auf die Ausgaben- und vernachlässigt vollständig die viel massiveren Probleme auf der Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenversicherung. So erodiert die Einnahmeseite der GKV vor allem infolge der seit Beginn der achtziger Jahre rückläufigen Lohnquote. Lag diese 1980 noch bei 74,5 Prozent, so ist sie bis zum Jahre 2001 auf 65,2 Prozent gesunken. Von 1980 bis zum Jahre 2000 stieg das BIP je Erwerbstätigen um 115,2 Prozent, die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit jedoch nur um 90,7 Prozent und die beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied lediglich um 84,3 Prozent. In dieser Entwicklung spiegeln sich vor allem die Folgen der strukturellen Massenarbeitslosigkeit, der Ausdehnung von Beschäftigungsverhältnissen jenseits des „Normalarbeitsverhältnisses“ sowie die verteilungspolitische Defensive der Gewerkschaften infolge dieser Verwerfungen auf den Arbeitsmärkten wider.

- Schließlich erweist sich ein ausschließlich auf die Finanzströme gerichteter Blick als weitgehend blind, wenn es um die Sichtung der versorgungsinhaltlichen Strukturprobleme des deutschen Gesundheitswesens geht. Wie der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ in seinem jüngsten Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (2000/2001) dargelegt hat, besteht das Kernproblem darin, dass defizitäre Strukturen, Anreize und Orientierungen im Prozess der Leistungserbringung zu gesellschaftlichen Versorgungslagen geführt haben, die in hohem Maße durch Momente der Über-, Unter- und Fehlversorgung geprägt sind. Obwohl in Deutschland, wie in anderen hochentwickelten Industrienationen, das gesellschaftliche Krankheitsspektrum vor allem durch chronisch-degenerative Erkrankungen geprägt ist, orientiert sich das Versorgungsgeschehen weitgehend am Paradigma akutmedizinischer Versorgung. Während der potentielle Beitrag der kurativen Medizin zur Verminderung der gesundheitlichen Probleme auf lediglich etwa ein Drittel geschätzt wird, bleiben die gesundheitspolitischen Potentiale einer aktiven Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik weitgehend unausgeschöpft; und von einer Beseitigung der sozialen Ungleichverteilung von Erkrankungsrisiken und Gesundheitschancen ist das deutsche Gesundheitssystem nach wie vor weit entfernt.

3. Und was kommt aus Europa?

Der Primat wirtschaftlicher Konsolidierungs- über sozialpolitische Versorgungsziele ist im Europa des Euro und des „Stabilitäts- und Wachstumspaktes“ weit verbreitet. Auf dem Lissabonner Gipfel (2000) hat sich die EU auf das „neue strategische Ziel“ verpflichtet, „die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt zu machen“. Durch die in anderen Politikfeldern bereits angewandte „offene Methode der Koordinierung“ sollen nun auch die Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten in diese strategische Ausrichtung eingepasst werden.

Nun könnte eine Europäisierung der gesundheitspolitischen Reformdebatten durchaus mit positiven Impulsen einhergehen, könnte der Blick über die Grenzen und auf „gute Praktiken“ in Nachbarstaaten auch für die deutsche Reformdebatte neue Perspektiven eröffnen. Doch die Dominanz von Marktöffnung und Wettbewerbsstärkung im europäischen Diskurs stimmt uns eher pessimistisch. Gerade der Europäische Stabilitäts- und Wachstumspakt legt die Nationalstaaten ohne Berücksichtigung der beschäftigungs- und sozialpolitischen Anforderungen auf eine unbedingte Politik der „Konsolidierung“ der öffentlichen Haushalte (zu denen auch die Sozialversicherungssysteme zählen) durch die Rückführung der Staatsausgaben fest. Daraus könnte leicht eine weitere Verfestigung ökonomistisch verkürzter Gesundheitspolitiken in den Mitgliedsstaaten resultieren. Und auch die Gefahr eines bevorstehenden Privatisierungs- und Deregulierungsschubes infolge der Kollision des deutschen Gesundheitsmit dem europäischen Marktrecht ist im öffentlichen Bewusstsein längst noch nicht ausreichend verankert. Europa könnte sich in der Gesundheitspolitik als Vehikel eines Prozesses der „negativen Integration“ erweisen.

4. Mehr Qualität und Rationalität durch evidenzbasierte Medizin

Das bereits zitierte Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat erneut aufgezeigt, dass die im deutschen Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen nicht so zielführend eingesetzt werden, dass allen Versicherten eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Versorgung (§§ 11 und 12 SGB V) zur Verfügung gestellt wird.

Die Existenz von Über-, Unter- und Fehlversorgung geht zur Zeit weniger auf einen Mangel an Ressourcen, sondern vor allem auf einen Mangel an Effektivität (in der Zielerreichung) und Effizienz (bei der Mittelverwendung) zurück. Das heutige Input-Outcome-Verhältnis ist das Problem!

Den häufig aus der Politik zu vernehmenden Ankündigungen, ohne Leistungsausgrenzungen Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen und den Prozess der Leistungserbringung einem systematischen Qualitätscontrolling zu unterziehen, sind bisher kaum ernsthafte Taten gefolgt. Dabei sollen Ansätze zur Qualitätssicherung, zur Förderung integrierter Versorgungsmodelle und zur Etablierung von Behandlungsleitlinien in der letzten Gesundheitsreform („GKV-Gesundheitsreform 2000“) nicht übersehen werden; aber zweifelsohne muss die Implementierung praktikabler Regeln und Maßnahmen zukünftig mit einem höheren politischen Druck versehen werden.

Die Wege, die zu gehen wären, sind bekannt. In der stationären wie in der ambulanten medizinischen Versorgung bedarf es einer systematischen und verbindlichen Ausrichtung der ärztlichen Entscheidungsfindung am Paradigma einer evidenzbasierten Medizin. Das Instrument besteht in entsprechenden Behandlungsleitlinien. Wir sehen keine andere Möglichkeit, das Übel mangelnder Effizienz und Qualität an der Wurzel, sprich: am ärztlichen Diagnose- und Therapieverhalten zu packen. Dabei huldigen wir weder einem naiven Glauben an die Unfehlbarkeit wissenschaftlicher Evidenzstudien, noch vernachlässigen wir die dringend gebotene Einbeziehung von erfahrungsgestützten Qualifikationen und Patientenkompetenzen in das Versorgungsgeschehen. Doch verbindliche Leitlinien, in denen die validen Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur, das klinische Erfahrungswissen des Arztes und die Präferenzen der Patienten in einem systematischen, transparenten und kommunikationsgestützten Prozess zusammengeführt werden, könnten als Wegweiser hin zu einer rationaleren und besseren Medizin fungieren. Das hat weder etwas mit „Kochbuch-Medizin“ noch etwas mit einem Anschlag auf die ärztliche Therapiefreiheit zu tun. Verunglimpfungen dieser Art bringen eher die Selbstverständniskrise der medizinischen Profession als ein modernes Verständnis von medizinischer Versorgung zum Ausdruck.

Dass dabei wichtige Voraussetzungen erst noch geschaffen werden müssen, steht außer Frage: So dürfen die Ansprüche an die wissenschaftliche Evidenz nicht unrealistisch hochgeschraubt werden und darf der absehbar erhebliche Forschungsaufwand nicht dazu führen, dass die Evidenzforschung den Wirtschaftsinteressen der Gesundheitskonzerne ausgeliefert wird; darf die traditionellen Evidenzstudien nur schwer zugängliche „Zuwendungsmedizin“ nicht unter die Räder geraten und dürfen keine unsachgemäßen und unproduktiven Fronten gegen die Anwender der Leitlinien, die Ärzte, aufgebaut werden. Doch wenn die Implementierung entsprechender Versorgungskonzepte als kooperativer Lern- und Beteiligungsprozess organisiert wird, ist diese Form der evidenzbasierten Medizin der heute dominierenden „eminenzbasierten“ allemal überlegen.

Doch für ein systematisches, umfassendes und vor allem verbindliches Qualitätsmanagement reichen auch evidenzbasierte Leitlinien nicht aus. Sie fungieren primär als Behandlungskorridore, die das Terrain abstecken, das dem Arzt für seine Indikation zur Verfügung steht. Abweichungen sind möglich, wenngleich begründungs- und rechtfertigungspflichtig. Nach amerikanischen Erfahrungen hängt die Wirksamkeit der Qualitätssicherungsverfahren allerdings maßgeblich von der Stellung der Leistungserbringer sowie den Sanktionsmöglichkeiten bei Qualitätsmängeln ab. Qualitätssicherungsverfahren

sind nach diesen Erfahrungen nämlich umso wirksamer, je größer die Einbindung der Kompetenz und Verantwortung der Leistungserbringer und der Patienten in die Definition der Qualitätsmaßstäbe und der Qualitätsentwicklung ist.

Da die Leistungserbringer die Verantwortung für die Qualität der Leistungen tragen und für ihre Realisierung in der Praxis verantwortlich sind, müssen sie umfassend in den Sicherungsprozess einbezogen werden. Doch keinesfalls darf sich der Staat mit seiner Letztverantwortung für die soziale Sicherungssysteme aus seiner Verantwortung stehlen. Wir können daher dem jüngst unterbreiteten Vorschlag, einem staatlichen „Institut für Qualität in der Medizin“ die zentrale Funktion bei der Definition von Qualitätsstandards und der Überwachung ihrer Einhaltung einigermassen abgewinnen. Der Vorwurf eines Marsches in die Staatsmedizin ist absurd gegenüber einer öffentlichen Instanz, die Standards vorgibt, deren Erfüllung die Voraussetzung für eine Teilnahme am Versorgungsgeschehen ist.

5. Staatliche Steuerungsverantwortung und Ausrichtung des Wettbewerbs auf die Optimierung der Versorgung

Ob die Durchsetzung und Überwachung einer qualitativ besseren Versorgung gelingt, ist nicht zuletzt eine Frage eines geeigneten Steuerungsmodells. In der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte dominiert der Ruf nach mehr Markt als Allheilmittel für die Verbesserung von Versorgungsqualität und Effizienz.

Wir machen demgegenüber geltend: Die Versorgung der Bevölkerung ist eine öffentlich wahrzunehmende Aufgabe und muss dies auch bleiben! Der Staat hat die Letztverantwortung für eine zweckmäßige, ausreichende und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Versorgung mit medizinischen Leistungen und muss sie auch behalten (Staat als „Ausfallbürge“). Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die aus dem Wettbewerb resultierenden ökonomischen Anreize bei Finanzierungsträgern wie Leistungserbringern zu unerwünschten Ausweichreaktionen geführt haben und führen (Risikoselektion, Leistungsverweigerung bzw. -verlagerung, Diagnose-Manipulation/Up-Coding), zu deren Korrektur immer wieder staatliche Interventionen notwendig werden.

Sofern Wettbewerbsmechanismen installiert werden, müssen die Anreize so gesetzt werden, dass Kassen und Leistungsanbieter ein Interesse an einer bedarfsgerechten Versorgung haben. Es muss verhindert werden, dass finanzielle Eigeninteressen von Kassen und/oder Leistungserbringern den Zugang der Versicherten und PatientInnen zu medizinischen Leistungen beschränken und zu einer suboptimalen Leistungsqualität führen. Das Angebot an Krankenhäusern und Leistungserbringern in Medizin, Pflege etc. sowie deren Leistungsqualität dürfen sich nicht an den Maßstäben betriebswirtschaftlicher Opportunität, sondern haben sich an regionalen Morbiditätsindikatoren zu orientieren.

Um dies zu gewährleisten, muss der Gesetzgeber den Risikostrukturausgleich so gestalten, dass finanzielle Anreize für eine Risikoselektion ausgeschlossen werden. Je schneller dies geschieht, desto besser. Jede Kasse soll im Ergebnis soviel Geld zur Verfügung haben, wie bundesdurchschnittlich zur Versorgung ihrer jeweiligen Risikomischung zur Verfügung steht. Um diesen Ressourcenbedarf zu ermitteln, bedarf es sozialepidemiologisch fundierter Kostenprofile, die auch die höheren Erkrankungsrisiken sozial benachteiligter Versicherter berücksichtigen. Erst unter diesen Bedingungen können die Kassen ihre Aufmerksamkeit und Energie vordringlich auf die Verbesserung der Versorgungsqualität, auf den Abbau von Unter-, Über- und Fehlversorgung richten, weil sich ‚Rosinenpicken‘ nicht mehr lohnt.

Sind die Anreize einer wettbewerblich induzierten Risikoselektion beseitigt, könnte auch eine neue Zuordnung des Sicherstellungsauftrages für die medizinische Versorgung ins Auge gefasst werden. Dabei sind die Maßstäbe und Anreizstrukturen, unter denen er wahrgenommen wird, von entscheidender Bedeutung. Die Gestaltung des Verhältnisses von Leistungserbringern und Finanzierungsträgern muss die heutige Machtasymmetrie zulasten der Krankenkassen beseitigen und sich an einem

Machtgleichgewicht orientieren. Doch so wichtig „gleich lange Spieße“ für Kassen und Leistungserbringer auch sind; letztlich können auch sie die staatliche Letztverantwortung nicht ablösen.

6. Das vergessene Politikfeld: die Arbeitswelt

Die aktuelle Debatte um eine Gesundheitsreform krankt ebenfalls an der Vernachlässigung eines zentralen Handlungsfeldes einer stringenten Gesundheitspolitik. Zwar befördert die ministerielle Trennung zwischen Gesundheits- und Arbeitsressort und die institutionelle Trennung zwischen Kranken- und Unfallversicherung die Isolierung beider Bereiche. Doch diese Scheidelinien sind historisch gewachsen und keineswegs sachlich begründet. Der konzeptionelle Entwurf einer gesundheitspolitischen Offensive muss zusammendenken, was zusammen gehört: die Arbeits- und die Lebenswelt. Eigentlich ist die Relevanz von Arbeitsbedingungen und –inhalten für den Gesundheitszustand der Menschen wie für die Finanzsituation des gesamten Gesundheitssystems kaum mehr umstritten. Doch die Hoffnung, der Trend vom produktionsorientierten Industrie- zum informationsbasierten Dienstleistungskapitalismus habe die Arbeitswelt gesünder gemacht, hat sich schlichtweg als Illusion erwiesen. Zwar mag der relative Anteil traditioneller körperlicher Belastungen in der Arbeitswelt von heute an Bedeutung verloren haben (ohne gleichwohl verschwunden zu sein!), doch haben neue Rationalisierungs-, Fertigungs- und Organisationskonzepte eine neue Qualität von psychischen und sozialen Belastungen hervorgebracht, deren Kosten zunehmend die Aufmerksamkeit betrieblicher Personal- und Organisationsmanager finden.

Auch wenn der gegenwärtige Forschungsstand über das Ausmaß der Folgeschäden arbeitweltbedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen unterentwickelt ist, so reichen die bisherigen Forschungsergebnisse aus, um die quantitativen Problemdimensionen sichtbar werden zu lassen. So schätzt die Internationale Arbeitsorganisation, dass arbeitsbedingte Erkrankungen und Unfälle ökonomische Verluste in Höhe von 4% des weltweiten Bruttosozialprodukts verursachen. Und eine neuere Forschungsarbeit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ermittelt ein Kostenvolumen für die direkte Krankheitsbehandlung infolge von körperlichen Belastungen in Höhe von 29 Mrd. Euro, und infolge psychischer Belastungen von 22 Mrd. Euro. Auch wenn hier Eins-zu-Eins-Übertragungen auf das Finanzproblem der GKV nicht möglich sind, so vermitteln diese Zahlen doch einen Eindruck der Größenordnung, in der Einsparmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung realisiert werden könnten. Kein Zweifel, die hier notwendigen Strategien einer aktiven Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik in den Betrieben liegen nicht im genuinen, und schon gar nicht im alleinigen Zuständigkeitsbereich der Akteure des Gesundheitssystems. Gleichwohl darf die Wichtigkeit von initiiierenden, informierenden und koordinierenden Maßnahmen der Krankenkassen für betriebliche Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung nicht unterschätzt werden. Doch entscheidend ist: eine gesundheitspolitische Reformstrategie, die eine effiziente und präventive Versorgungspolitik für sich reklamiert wird scheitern, wenn sie die Arbeitswelt als gesundheitspolitisches Handlungsfeld ignoriert.

7. Für ein stabiles und solidarisches Finanzierungsmodell der GKV

Vor allem angesichts der steigenden Beitragssätze wird die Zukunftsfähigkeit des Finanzierungsmodells der GKV immer öfter grundsätzlich infrage gestellt. Doch dabei werden die Ursachen dieser Entwicklung zumeist falsch erklärt. Neben zweifellos vorhandenen Ausgabeproblemen im Rahmen der Fehl- und Überversorgung liegt ein zentrales Strukturproblem – wie bereits erwähnt - auf der Seite der Einnahmen, vor allem in dem seit Jahren rückläufigen Anteil der beitragspflichtigen Einkommen am Volkseinkommen. Wäre der Anteil der Einkommen aus unselbständiger Arbeit am Bruttoinlandsprodukt wie die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung konstant geblieben, hätte es – unter sonst gleichen Bedingungen - keine Anhebung der Beitragssätze geben müssen!

Hinzu kommt das Problem, dass die Definition der Solidargemeinschaft, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, nicht mehr zeitgemäß ist. Heute sind lediglich etwa 88 Prozent der Bevölkerung in der GKV versichert. Im Zuge der Strukturbrüche auf den Arbeitsmärkten und der Zu-

nahme von Arbeits- und Beschäftigungsformen jenseits des klassischen Normalarbeitsverhältnisses wächst die Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und Einkommen, die nicht in der GKV versichert sind. Auch das alte Problem der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze gewinnt an Bedeutung. BezieherInnen von Einkommen, die oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen, verfügen über die Möglichkeit, aus der Solidargemeinschaft auszusteigen und sich der privaten Krankenversicherung anzuschließen („Exit-Option“). Eine Option, die im letzten Jahr über 220.000 Menschen in Anspruch genommen haben. Bleiben sie freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung, so zahlen sie lediglich von einem Teil ihres Brutto-Einkommens (zur Zeit von monatlich 3375 Euro) Versicherungsbeiträge.

Gesundheitspolitik sowie diverser Gerichtsurteile nicht unberücksichtigt bleiben. Die zu diagnostizierenden Ausgabenzuwächse bei Arzneimitteln haben zwar die Kosten, aber keineswegs die Versorgungsqualität erhöht; und die Absenkung der Beiträge für Arbeitslosenhilfe-Bezieher sowie die Einschnitte bei der Erwerbsminderungsrente haben das Problem der Verringerung der Einnahmen verschärft. Weitere Einnahmeausfälle sind infolge der Rentenreform und der gerichtlichen Entscheidungen zur Behandlung von tariflichen Sonderzahlungen und zur Beitragsleistung freiwillig in der GKV versicherter Rentner abzusehen. Es wäre unredlich, die aus diesen Entscheidungen resultierenden Finanzprobleme angeblichen Systemmängeln der GKV anzulasten.

Soll die Finanzbasis der solidarischen Krankenversicherung für die Zukunft gesichert werden und wird die Scheinlösung der „Konsolidierung über Leistungsausgrenzungen“ zurückgewiesen, erweisen sich vor allem vier Reformmaßnahmen als unverzichtbar:

- Die traditionsreiche Politik des „(Kosten-)Verschiebebahnhofes“ muss beendet und – zumindest teilweise – durch eine systemkonforme Risikozuteilung korrigiert werden. So sollte insbesondere die Beitragsbemessungsbasis für Arbeitslosenhilfe-Bezieher auf das letzte Bruttogehalt angehoben werden, um zumindest in diesem Bereich die GKV von den Arbeitsmarktproblemen zu entlasten.
- Die gesetzliche Krankenversicherung sollte zu einer „Erwerbstätigenversicherung“ weiterentwickelt werden. Dazu müsste zum einen die Möglichkeit, ab einer gewissen Einkommenshöhe die gesetzliche Krankenversicherung zu verlassen, beseitigt werden (Streichung der „Exit-Option“ durch Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze). Gleichzeitig sollten auch Werk- und Dienstverträge in die Versicherungspflicht einbezogen werden. Durch eine solche Reform könnte schließlich die Möglichkeit eröffnet werden, perspektivisch Selbständige, Freiberufler und Beamte in die GKV zu integrieren.
- Auch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung würde die Einnahmesituation des Solidarsystems verbessern. Sie könnte das Prinzip der „Beitragsleistung nach ökonomischer Leistungsfähigkeit“ stärken und somit für mehr Gerechtigkeit zwischen den Einkommenshöhen sorgen. Wo die Beitragsbemessungsgrenze letztendlich liegen sollte, wäre in einer breiten gesellschaftspolitischen Diskussion zu klären. Letztlich wird dies davon abhängen, welchen Stellenwert die Gesellschaft der Finanzierung des Gesundheitssystem und damit auch der gesellschaftlichen Solidarität zumessen will.
- Auf Dauer dürften die Arbeitseinkommen als alleinige Finanzquelle für die gesetzliche Krankenversicherung aber überfordert sein. Der vielfach diskutierte Option, generell Einkommen aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen in die Beitragspflicht zur GKV einzubeziehen, stehen wir mit einer gewissen Skepsis gegenüber. Einerseits würde sie zu einer Verbreiterung der Beitragsbasis und damit zu einer Stabilisierung der Einnahmen führen; andererseits geriete sie aber in Konflikt mit dem bewährten Prinzip der paritätischen Aufteilung der Beitragslasten zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer und ist in ihren Verteilungswirkungen innerhalb der Versichertengemeinschaft nur schwer abzuschätzen. Über ihre Tauglichkeit als Reformmaßnahme im Rahmen einer solidarischen

Reform des Gesundheitswesens kann wohl erst auf der Grundlage weiterer Forschungsergebnisse über ihre personelle Verteilungswirkung entschieden werden

Ein durch die Neudefinition des versicherten Personenkreises und des beitragspflichtigen Einkommens stabilisiertes Finanzierungsmodell, das durch die Beendigung der Verschiebepolitik zusätzlich gestärkt würde, könnte auch in Zukunft einen ausreichenden Finanzrahmen für das Solidarsystem bereitstellen, in dem auch die sogenannte „demographische Herausforderung“ sowie die Folgekosten des „medizinisch-technischen Fortschritts“ zu bewältigen wären.

Dabei werden die Kostenimplikationen dieser Sachverhalte – wie zuletzt ein im Regierungsauftrag erstelltes Gutachten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung erneut belegt hat - oftmals überschätzt und ungerechtfertigt dramatisiert. Nicht selten drängt sich der Eindruck auf, als sollte durch die so geschürte Verunsicherung und die Etablierung einer „Sachzwanglogik“ gesellschaftliche Akzeptanz für weitreichende Einschnitte in das Leistungsrecht organisiert werden, die in der Bevölkerung bis heute auf strikte Ablehnung stoßen. Vielfach wurde belegt: ein medizinisch-technischer Fortschritt, der alte Verfahren und Methoden durch bessere und wirtschaftlichere ersetzt (und nicht ergänzt!) und der verantwortlich in Anspruch genommen wird, wird ebenso wenig zum Kostenkollaps des Systems führen wie eine schrumpfende und älter werdende Bevölkerung, deren Menschen mit chronischen Krankheitsbildern effektiver behandelt werden und die ihren durchschnittlichen Gesundheitszustand durch eine qualitätsgesicherte Versorgung angehoben hat. Mit anderen Worten: das Steuerungsmodell des Gesundheitssystems, sein Vermögen, die externen Anforderungen mit stabilen Finanzen und einer effektiven und effizienten Versorgung in Betrieb und Gesellschaft zu verbinden, entscheidet darüber, ob die säkularen Trends der westlichen Wohlstandsgesellschaften das Gesundheitssystem gefährden oder nicht.

8. Vor einer gesellschaftspolitischen Grundsatzentscheidung!

Fassen wir zusammen: die These von der unbeherrschbaren Kostenexplosion als heute gängiger Begründung für eine umfassende Reform des deutschen Gesundheitswesens geht nicht nur an der Realität vorbei. Sie droht auch den neu erwachten „Reformeifer“ der Politik in die falsche Richtung zu lenken. Nicht eine unkontrollierbare Kostenentwicklung, sondern schwerwiegende Qualitätsdefizite und Unwirtschaftlichkeiten in der Versorgung, sozial ungleich verteilte Gesundheitschancen, ineffiziente Mechanismen im gesundheitspolitischen Steuerungsmodell, die fehlende Integration der Arbeitswelt in eine systematische Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik sowie die notwendige Stabilisierung der Einnahmehasis der GKV stellen die eigentlichen Herausforderungen an eine solidarische Reformpolitik im Gesundheitswesen dar.

Wir haben anhand einiger Reformvorschläge anzudeuten versucht, wie diesen Problemen begegnet werden kann und in welche Richtung sich das deutsche Gesundheitssystem entwickeln sollte. Doch jenseits aller Detailvorschläge ist eine grundlegende Entscheidung zu treffen: wollen wir auch in Zukunft die Sicherstellung einer guten Gesundheitsversorgung als einen gesellschaftlichen Solidarauftrag formulieren, für den neben den Akteuren des Versorgungsprozesses vor allem der demokratisch legitimierte Sozialstaat Verantwortung trägt; oder wollen wir es zulassen, dass sich der Sozialstaat mehr und mehr aus dem Feld der gesundheitspolitischen Versorgung zurückzieht und das System weiter für eine Logik öffnet, die sich an Konkurrenz- und Renditekriterien ausrichtet. Zur Zeit ist für alle, die es sehen wollen, zu beobachten, wie sich im politischen Raum eine „Große Koalition von Wettbewerbs- und Privatisierungsoptimisten“ formiert, von der die Menschen nichts Gutes zu erwarten haben. Dem irrigen Glauben an die Heilungskräfte von Konkurrenz und Renditestreben für ein reformbedürftiges Gesundheitssystem wollen wir die Aktualität und Modernität des Solidargedankens entgegen halten und aufzeigen, dass Alternativen zur aktuellen Reprivatisierungseuphorie existieren - und machbar sind.



Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Patient bleibt sich selbst überlassen⁶

Von Heike Ulatowski

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens schreitet scheinbar unaufhaltsam voran. Gegen das Kriterium der Wirtschaftlichkeit als einem von vielen lässt sich nichts einwenden; die moralische Verwerflichkeit besteht dagegen in dem (angestrebten) Primat ökonomischer Effizienz. Bereits seit Jahren ist zu beobachten, dass das Gesundheitswesen – wie überhaupt der gesamte soziale Bereich – immer mehr marktwirtschaftliche Konturen erhält. Die Pflege wurde schließlich vollends für den Markt freigegeben – mit der Konsequenz, dass seither zuhauf private Pflegefirmen mit primär betriebswirtschaftlicher Ausrichtung ihre Dienste anbieten. Der in der Regel alte und/oder kranke Pflegekunde kann jedoch seine Nachfragemacht nicht annähernd adäquat umsetzen. Letzteres gilt auch für das Verhältnis von Kranken zu Ärzten und Krankenkassen.

Reformvorschläge im Gesundheitswesen orientieren sich weitgehend am US-System, obgleich dort der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandsprodukt weltweit am höchsten ist. Da in den USA alle lukrativen Bereiche des Gesundheitssektors im Besitz von Aktiengesellschaften sind, kommt nur ein Bruchteil der Summe (20 Prozent) tatsächlich den Kranken zugute. Den Rest verschlingen Werbungskosten, Bürokratie und die Gewinnausschüttung an die Aktionäre. Von Effektivität kann also keine Rede sein. Ungeachtet dessen fahren die politisch Verantwortlichen weiterhin den „US-Kurs“. Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) und die erstaunlich zügige Erarbeitung der Disease-Management-Programme (DMP) lassen sich als weitere Beispiele für diese Entwicklung heranziehen.

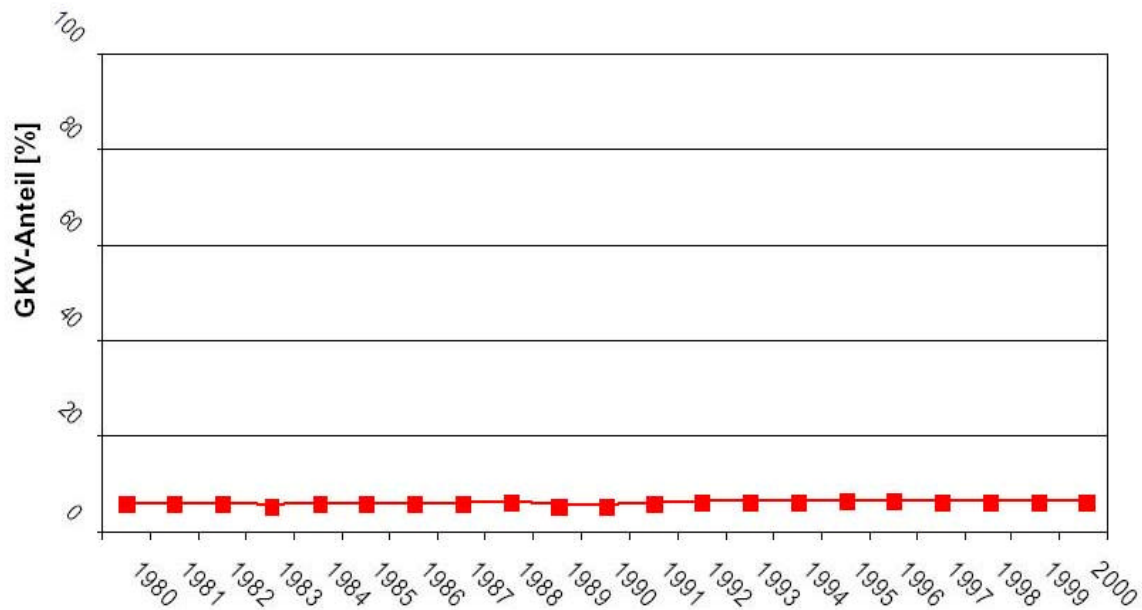
Wie reagieren die professionellen Helfer? In der Arzt-Patienten-Beziehung setzt sich zunehmend das Vertragsmodell durch, das auf der Entscheidungsautonomie des Patienten basiert, wobei der Arzt lediglich die medizinisch relevanten Informationen liefert. Ausgehend von der Annahme, dass Arzt und Patient sich bezüglich ihrer Wertvorstellungen grundsätzlich fremd sind, wird beim Vertragsmodell die ärztliche Fürsorgepflicht abgelehnt – mehr noch, der fürsorgliche Arzt wird des „Neopaternalismus“ bezichtigt. Die Asymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung ignorierend, wird der Patient nach diesem Ansatz sich selbst überlassen – gängige Floskel: „Es ist ja Ihr Körper/Ihre Krankheit“, während sich der Arzt der Verantwortung für das Wohlergehen seines Patienten entzieht. Dank dieser irrwitzigen Fehlinterpretation des Informed Consent entscheidet somit der mündige Patient – zwar nach einem fünf- oder gar zehnmütigen Beratungsgespräch, doch nach wie vor in weitgehender Unkenntnis der Materie – selbst über die für ihn geeignete Therapie.

Wenn ernst zu nehmender Protest ausbleibt, wird unser Gesundheitssystem zusehends unmenschlicher. Die vermeintliche Rationalität, die „neue Sachlichkeit“ im Umgang mit Patienten, wie sie das Vertragsmodell vorsieht und das Case Management perfektioniert, wird langfristig zu einer Zunahme der Irrationalität führen. Es wird nämlich offensichtlich missachtet, dass Menschen nicht nur ein Einkommen oder eine Krankheit, sondern auch eine Seele haben. Wird die Ärzteschaft diesem Anspruch nicht gerecht, dürfte ihr Ansehen in der Öffentlichkeit weiter sinken. Es ist nicht so sehr die Schulmedizin, die Menschen in Scharen Geist-, Wunderheilern und sonstigen Scharlatanen in die Arme treibt, es sind die Schulmediziner – schon heute. Die „Erfolge“ vieler illegal praktizierender Heiler sind keinesfalls in ihrer fachlichen Kompetenz begründet – wie auch, da ihnen jegliche medizinische/homöopathische/heilpraktische Ausbildung fehlt –, sondern in ihrer Fähigkeit, Menschen zuzuhören und ihnen das Gefühl zu vermitteln, sie würden in ihrer Individualität geachtet und in ihren Sorgen ernst genommen. Die Kombination von Anteilnahme und medizinischer Inkompetenz hat bei ernsthaft-

⁶ Aus Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 5 vom 01.02.2002, Seite A-246 / B-194 / C-182

ten Erkrankungen fatale Konsequenzen. Auf der individuellen Ebene bedeutet dies, dass der Kranke in Zukunft die Wahl haben wird, entweder von einem Arzt abgekanzelt oder von einem Heiler nicht geheilt zu werden. Aus soziologischer Sicht kann bezweifelt werden, ob eine Gesellschaft, die durch die wirtschaftliche Deregulierung ihres Gesundheitswesens letztlich nur die beiden Pole rationale Effizienz (etwa Disease oder Case Management) oder inkompetente Irrationalität (Handauflegen und Räucherstäbchen) zulässt, tatsächlich in der Lage sein wird, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ihrer Mitglieder zu gewährleisten.

Die sogenannte „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen hat es nie gegeben!



Quelle: Statistisches Bundesamt, Daten des Gesundheitswesens, BMG

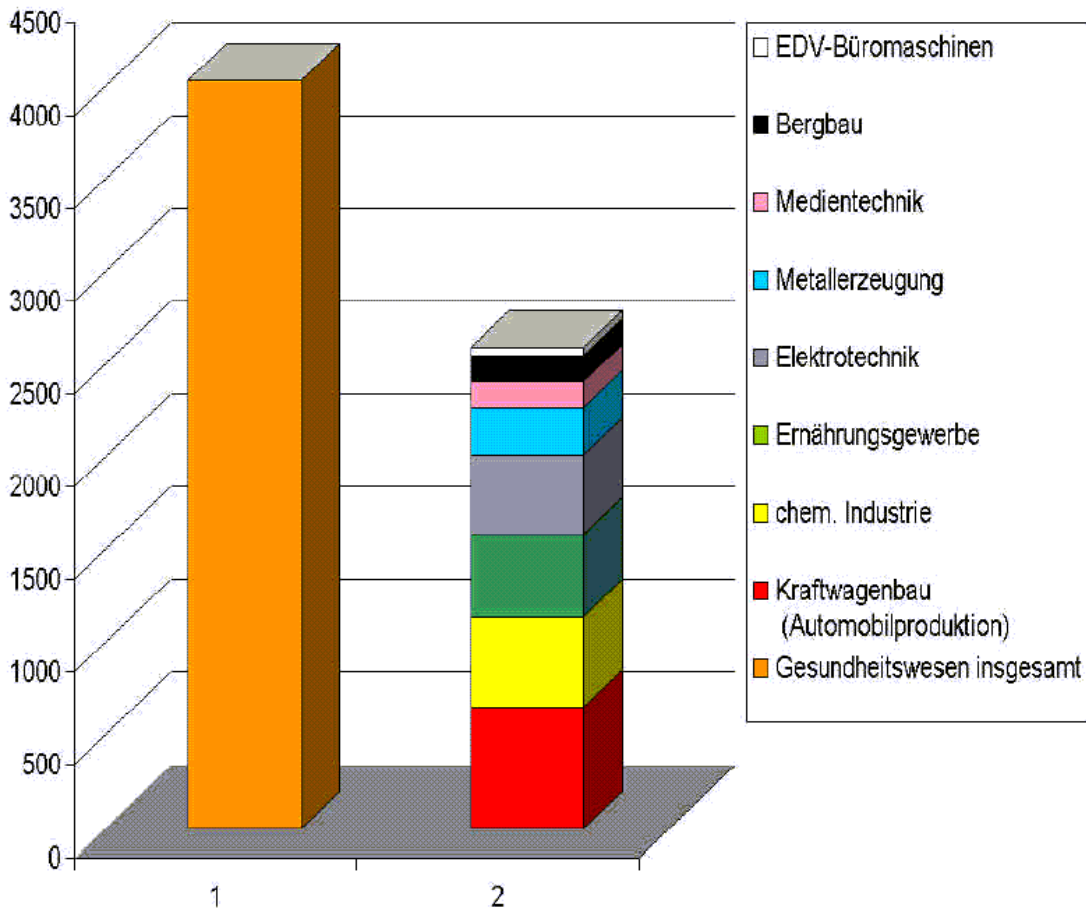
Entwicklung des prozentualen Anteils der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt in den Jahren 1980 bis 2000

	Bruttoinlandsprodukt [Mio. DM]	GKV-Leistungsausgaben [Mio. DM]	GKV-Anteil am Bruttoinlandsprodukt
1980	1.472.040	85.956	5,84%
1985	1.823.180	108.704	5,96%
1990	2.426.000	134.238	5,53%
1995	3.523.000	228.815	6,49%
1996	3.586.000	236.423	6,59%
1997	3.660.600	231.350	6,32%
1998	3.773.600	234.935	6,23%
1999	3.861.200	240.975	6,24%
2000	3.961.600	246.323	6,22%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Daten des Gesundheitswesens (2001)

Das Gesundheitswesen allein bietet mehr Arbeitsplätze als alle genannten Industriezweige zusammen

Beschäftigtenzahlen (in 1000 Personen) verschiedener Branchen im Vergleich mit der Gesamtbeschäftigtenzahl im Gesundheitswesen 1996



Quelle : Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung, BASYS

Für ein solidarisches Gesundheitssystem

Position der Berliner Attac-Arbeitsgruppe „Soziale Sicherung – gegen Privatisierung“ zum gegenwärtigen Reformstreit, April 2003

1. Gesundheit ist ein Menschenrecht

1.1. Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948 sagt in Artikel 25:

„Jedermann hat das Recht auf einen für die Gesundheit und das Wohlergehen..... angemessenen Lebensstandard, einschließlich.....ärztlicher Versorgung und notwendiger sozialer Leistungen, sowie ferner das Recht auf Sicherheit im Falle von.....Krankheit.“

1.2. Artikel 28 der Erklärung sagt: „Jedermann hat das Recht auf eine soziale und internationale Ordnung, in der die in dieser Erklärung ausgesprochenen Rechte und Freiheiten voll verwirklicht werden können.“

1.3. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.“

1.4. Die Bundesrepublik hat im Grundgesetz das Sozialstaatsgebot.

1.5. Der Verwirklichung des Sozialstaatsgebotes dient das Sozialgesetzbuch (SGB) als Grundlage.

Im SGB I (Allgemeiner Teil) heißt es in § 4. (Sozialversicherung): „Wer in der Sozialversicherung versichert ist, hat im Rahmen der Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung ein Recht auf

1. die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit und

2. wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit, Mutterschaft, Minderung der Erwerbsfähigkeit und Alter.“

1.6. Das SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) sagt in § 1. Solidarität und Eigenverantwortung:

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.....“

1.7. Hier wird juristisch eindeutig festgeschrieben, die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) soll eine Solidargemeinschaft sein. Wie weit die GKV, auch im Vergleich mit privaten Krankenversicherungen, ihrer Aufgabe gerecht wird und wo Reformbedarf vorhanden ist, soll im folgenden Teil gezeigt werden.

2. Das Solidarsystem der Gesetzlichen Krankenversicherung

2.1. Folgende Elemente kennzeichnen die GKV:

- . Versicherte mit höherem Einkommen zahlen größere Beiträge. Denn alle abhängig Beschäftigten zahlen den gleich hohen Prozentsatz vom Bruttolohn bzw. -gehalt; allerdings nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Das ist im Steuersystem anders. Da steigt sogar mit dem Einkommen der Prozentsatz.
- Alleinverdiener zahlen mit für Familien. Kinder und nichterwerbstätige Ehefrauen müssen nicht extra versichert werden.
- Jüngere zahlen mit für Ältere und Gesunde für Kranke
- Die Finanzierung erfolgt im Umlageverfahren, also unabhängig von den Finanzmärkten, Banken und von der Inflation.
- Die Versicherungsbeiträge werden paritätisch erbracht, das heißt hälftig von Arbeitnehmern und -gebern



2.2. In der privaten Krankenversicherung (PKV) sichert jeder seine „persönlichen Risiken“ selbst ab:

- Ein solidarischer Einkommensausgleich besteht nicht.
- Kinder und nichterwerbstätige Ehefrauen müssen im Unterschied zur GKV extra versichert werden.
- Schlechter persönlicher Gesundheitszustand kostet mehr Beitrag.
- Ältere zahlen weitaus höhere Beiträge als Junge.
- Die PKV arbeitet mit Kapitaldeckungselementen. Das heißt, es werden Versicherungsbeiträge auf den Finanzmärkten angelegt. Bei internationalen Finanzkrisen wie in den letzten 2 Jahren müssen die Beiträge erhöht werden.
- Im Gegensatz zur GKV erzielen in der PKV die Versicherungsgesellschaften Profite für sich, die sie von den Beiträgen der Versicherten abzweigen.

2.3. Somit wird das Sozialstaatsgebot nur in der GKV verwirklicht. Das Solidarprinzip im deutschen Gesundheitssystem ist ein wertvolles Kulturgut und unverzichtbar für einen gemeinwohlorientierten Gesellschaftsvertrag.

Aber das Solidarprinzip wird seit vielen Jahren durch neoliberale „Reformen“ und Leichtsinnigkeit angegriffen. Sogenannte Eigenverantwortung, das heißt mehr und mehr persönliche Zuzahlungen wurden in die GKV eingebaut. Sie sind für Gut- wie Schlechtverdienende gleich hoch und treffen deshalb die Einkommensschwachen am härtesten. Wir haben derartige Eigenbeteiligungen schon in der Zahnmedizin und bei Medikamenten, um nur einige zu nennen. Es entfällt dann die finanzielle Beteiligung der Arbeitgeber.

Was steht jetzt auf der Tagesordnung von neoliberalen Reformern?

Grundfinanzierung der GKV durch Kopfpauschalen. Z.B. 200 Euro monatlich für alle.

Praxisgebühr beim Arzt. Vorgeschlagen sind 15 Euro beim Arztbesuch.

Krankengeld privat versichern. Dadurch sollen 7 Mrd. Euro eingespart werden.

Drastische Erhöhung der Zuzahlungen für Medikamente. Das soll 6 Mrd. Euro einsparen.

Zahnersatz vollständig selbst bezahlen.

Trennung in GKV-Grundleistungen plus privat zu bezahlende Wahlleistungen.

Attac sagt NEIN zu dieser Kriegserklärung an das solidarische Gesundheitssystem!

Das würde einkommensschwache Versicherte unerträglich belasten, insbesondere im Krankheitsfall.

Das Solidarprinzip würde schwer beschädigt.

Attac lehnt deshalb neoliberale GKV-Reformen ab!

2.4. Es kommt darauf an, die entsprechende Begründung genauer anzusehen. Das ist insbesondere eine angebliche Kostenexplosion, die innerhalb der GKV unbezahlbar sei. Volkswirtschaftlich gesehen gibt es keine Kostenexplosion in der GKV. In den letzten 20 Jahren haben ihre Ausgaben, gemessen am Bruttoinlandsprodukt, fast gleichbleibend bei 6% gelegen. Diese Kennziffer wird international benutzt, und es zeigt sich in Deutschland eben keine Kostenexplosion, sondern eine Parallelentwicklung zur volkswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

2.5. Trotzdem hat es einen erheblichen Anstieg der GKV-Beitragssätze gegeben. Das ist verursacht durch überhöhte Profite auf dem Pharmasektor und bei den Herstellern medizinischer Geräte; vor allem aber auch durch steigende Arbeitslosigkeit und sinkende Lohnquote. Und da die Lohnquote, (also der Anteil von Löhnen und Gehältern am Volkseinkommen) in den letzten 20 Jahren von ca. 75

auf ca. 65 % gesunken ist, mussten die Beitragssätze steigen. Denn die GKV finanziert sich im Wesentlichen aus Arbeitsentgelt und -ersatzleistungen sowie Renten.

2.6. Die neoliberale Argumentation gipfelt in der Behauptung, die Lohnnebenkosten und darunter die GKV-Beitragssätze hätten einen gravierend negativen Einfluss auf Arbeitslosigkeit und Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft. Tatsächlich ausschlaggebend sind aber die Lohnstückkosten, die bekanntlich auch die Lohnnebenkosten einschließen. Und da liegt Deutschland in bester Position im internationalen Vergleich. Auch der enorme Exportumfang zeigt die ausgezeichnete Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft.

2.7. Es gibt geradezu eine Lohnnebenkosten-Panik, die wenig hinterfragt wird. Auch hier lohnt es sich, genauer hinzusehen. Es ist zunächst wenig bekannt, dass die Lohnnebenkosten noch weitaus mehr umfassen als nur die SV-Beiträge. Es gehören dazu auch die Lohnfortzahlung bei Krankheit, Urlaubsgeld, Geld für gesetzliche Feiertage, betriebliche Altersvorsorge und mehr. Die SV-Beiträge der Arbeitgeber machen nur etwa ein Drittel der Lohnnebenkosten aus. (Die SV-Beiträge der Arbeitnehmer sind nicht in den Lohnnebenkosten enthalten, sondern im Bruttolohn.)

Zweitens muss man die SV-Beitrags-Kosten der Arbeitgeber im Rahmen dessen sehen, was ein Beschäftigter insgesamt kostet. Das soll am Beispiel des verarbeitenden Gewerbes gezeigt werden. Dabei liegt das verarbeitende Gewerbe mit seinen Arbeitskosten pro Vollbeschäftigten durchaus im Mittelfeld aller Wirtschaftsbereiche, einschließlich der Dienstleistungsbereiche. Die Zahlen gelten für das Jahr 2000. Sie basieren auf Angaben des Bundesamtes für Statistik und auf einer Studie der IG Metall „Lohnnebenkosten – ein Verteilungskonflikt“ vom März 2003:

Arbeitskosten pro Vollbeschäftigten	44.807 Euro
Bruttolohn für geleistete Arbeitszeit	25.414 Euro
Lohnnebenkosten	19.393 Euro
davon SV-Beitrag d. Arbeitgebers	6.855 Euro

Von den gesamten Arbeitskosten entfallen also 15 % auf die SV-Beiträge des Arbeitgebers.

Ein Drittel davon sind GKV-Beiträge, also 5 % der Arbeitskosten. Und: je höher die Arbeitsproduktivität eines Betriebes, desto weniger fallen die Kosten der sozialen Sicherung ins Gewicht!

Fazit: Es ist falsch, die Lohnnebenkosten mit den SV-Kosten zu verwechseln und dabei das solidarische Gesundheitssystem aufs Spiel zu setzen!

2.8. Und was die Arbeitslosigkeit betrifft: Grade weil Deutschland eine so hohe Arbeitsproduktivität erzielt, nehmen die Arbeitsplätze ab! Arbeitsplätze entstehen vor allem dann, wenn die Nachfrage nach Waren und Dienstleistungen steigt. Dazu braucht es höheres Volkseinkommen und eine steigende Lohnquote. Im übrigen spielt das Gesundheitswesen mit seiner Personalintensität eine Sonderrolle, weil hier seit 1980 zusätzliche Arbeitsplätze entstanden sind, und es ist mit ca. 4 Millionen Beschäftigten einer der größten Arbeitgeber. Es gilt als zukunftssichere Wachstumsbranche, wenn nicht neoliberale „Reformen“ tiefe soziale Einschnitte und die Erosion der GKV-Einnahmen bringen.

2.9. Attac fordert zur Verbesserung der GKV-Finanzierung:

- Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht für das Gesundheitssystem. Damit würden alle Einkommen in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen; auch Zins-, Miet- und andere Kapitaleinkommen müssten GKV-beitragspflichtig werden.
- Die Beitragsbemessungsgrenze muss aufgehoben werden. Sie liegt heute bei 3.450,- Euro.

- Letztlich würde eine private Krankenversicherung überflüssig sein. Es würde dadurch zugleich der Missstand aufhören, dass Ärzte ihre GKV-Patienten gegenüber den privat Versicherten deutlich benachteiligen.
- Die Lohnquote ist wieder anzuheben, das heißt, die Verteilung des jährlichen Volkseinkommens auf Löhne, Gehälter und Gewinne (bzw. Vermögenseinkommen) muss in den kommenden Jahren zugunsten der Löhne und Gehälter erfolgen. Das auszuhandeln, ist vorrangig eine Aufgabe der Gewerkschaften.
- Zu prüfen ist der Vorschlag, die Arbeitgeberbeiträge für die Sozialversicherung durch Wertschöpfungsabgaben zu ersetzen, ohne damit die paritätische Finanzierung insgesamt aufzugeben. Das wäre ein Vorteil für ertragsschwache Betriebe.
- Versicherungsfremde Leistungen sollten steuerfinanziert werden. Gleichzeitig ist allerdings das Problem zu lösen, dass Unternehmen ganz legal ihre Steuern mindern können und außerdem Steuerflucht und -hinterziehung betreiben.
- Die Einnahmen der GKV werden aber auch geschwächt durch sogenannte „Verschiebebahnhöfe“. Dabei handelt es sich vor allem um den Entzug von Geldern, die bisher aus anderen SV-Zweigen in die GKV geflossen sind. Zum Beispiel sind das reduzierte GKV-Beiträge der Arbeitslosen. 2002 waren es insgesamt rund 6 Mrd. Euro.

3. Attac sagt Nein zur Privatisierung

3.1. Das solidarische Gesundheitssystem ist unverzichtbar, es muss weiterentwickelt werden. Es ist ein Menschenrecht, und Privatisierungselemente sind auch aus folgenden Gründen systemfremd:

- Heilung von Krankheiten können die Betroffenen nicht wie eine Ware auf dem Markt aushandeln.
- Kranke sind gegenüber dem Arzt keine gleichberechtigten VerhandlungspartnerInnen, denn es besteht in der Regel ein erhebliches Informations- und Kompetenzgefälle zugunsten des Arztes.
- Menschen wissen nicht, wann, wie lange und wie schwer sie krank werden. Wenn nur Grundleistungen solidarisch abgesichert sind und alles andere freiwillig und privat, so werden im Ernstfall viele PatientInnen ohne Schutz und hilflos sein. Was dann? Wo bleiben dann die Menschenrechte und das Sozialstaatsgebot?

3.2. Schon heute wird durch privat zu bezahlende Gesundheitsleistungen innerhalb des GKV-Systems die paritätische Finanzierung unterminiert. Nur noch 40% der Kosten muss der Arbeitgeber aufbringen, 60% werden von den Versicherten bezahlt. Dringen die Privatisierungselemente noch weiter vor, so ist das immer zugunsten der Arbeitgeber. Diese verlieren im übrigen dadurch auch mehr und mehr das Interesse daran, dass solidarisch finanzierte Gesundheitsleistungen effizient erbracht werden.

3.3. Entgegen neoliberaler Ideologie hat sich die Privatisierung des Gesundheitswesens in anderen Ländern nicht bewährt, (siehe USA.) Privatisierung führt eben nicht zu volkswirtschaftlichen Einsparungen und besserer Versorgungsqualität. Im Gegenteil, es gibt höhere Verwaltungskosten und: Zusätzlich muss ein möglichst hoher Profit erwirtschaftet werden. Arbeitskräfte werden schlecht bezahlt, viele entlassen.

3.4. Heute noch sind in Deutschland die stationären Gesundheitseinrichtungen überwiegend in kommunalem oder gemeinnützigem Eigentum. Es wurde geschaffen durch die Steuergelder der Allgemeinheit. Auch die große Finanznot der Kommunen darf nicht dazu führen, dass solches Gemeineigentum ohne Zustimmung der betroffenen Bevölkerung an Private verkauft wird. Hier muss die direkte Demokratie eingreifen, es müssen Volksbefragungen stattfinden. Ist die Privatisierung erst einmal erfolgt, haben auch die kommunalen Abgeordneten keinen Einfluss mehr auf die betroffenen Gesundheitseinrichtungen.



3.5. Im Jahre 2002 wurden in der GKV 142,62 Milliarden Euro ausgegeben, davon 46,03 Milliarden für die Krankenhausbehandlung, das ist der größte Posten im GKV-Budget. Hier will privates Kapital profitieren, das nach renditestarker Anlage sucht. Deshalb sind insbesondere Krankenhäuser das Zielobjekt von privaten Konzernen. Noch 1998 waren nur 7% der Klinikbetten in privater Hand. Aber es findet ein rasanter Wandel statt, dem energisch entgegen gearbeitet werden muss.

3.6. Die WTO (Welthandelsorganisation) versucht derzeit im Rahmen der GATS-Verhandlungen, möglichst viele Dienstleistungen zu privatisieren. Attac kämpft insbesondere gegen die weltweite Privatisierung und Liberalisierung von öffentlicher Daseinsvorsorge, also auch von Gesundheitsdienstleistungen. Zur Zeit ist die verhandlungsführende EU noch nicht bereit, die europäischen Gesundheitssysteme dem GATS auszuliefern. Diese Position muss unterstützt und dazu genutzt werden, die in Deutschland faktisch bereits stattfindende Privatisierung und Liberalisierung aufzuhalten und wo möglich auch rückgängig zu machen; insbesondere, weil sonst ein Einfallstor für GATS-Verpflichtungen besteht.

4. Unbestritten müssen die Gelder der Versicherten in der GKV sparsam verwendet werden, und es gibt Reformbedarf.

4.1. Beispielsweise muss die Zahl der rund 350 bestehenden Kassen drastisch vermindert werden. Angeblich sind so viele Kassen aus Wettbewerbsgründen notwendig. Aber es ist ein für die Patienten unsinniger Wettbewerb entstanden um Versicherte mit möglichst „günstigen Risiken“, also um Junge, Gesunde, Gutverdienende. Wer am meisten solche günstigen Versicherten an seine Kasse bindet, der kann zugleich die niedrigsten Beitragssätze bieten. Anstatt diesen Wettbewerb durch Risikosturtausgleich zu mildern, sollten die gesetzlichen Kassen unter einem Dach verwaltet werden und gleiche Beitragssätze haben. Das wäre im Sinne vernünftiger Sparsamkeit. Mindestens müsste der Risikosturtausgleich morbiditätsorientiert sein, das heißt, es sollte das Krankheitsrisiko der Versicherten in den verschiedenen Kassen berücksichtigt werden.

4.2. Keinesfalls sollten die Krankenkassen Einzelverträge mit Ärzten abschließen. Es würde ein unbarmherziger Wettbewerb um niedrigste Arzthonorare entstehen, die Patienten hätten darunter zu leiden. Vor allen Dingen würde auch die wohnortnahe Arztversorgung gefährdet. Denn kein Arzt kann ja mit allen Kassen einen Einzelvertrag abschließen. Das ergäbe eine Bürokratie ohnegleichen.

4.3 Schon das jetzige Honorarberechnungssystem für Ärzte ist verwaltungsaufwändig und vernachlässigt das Arzt-Patientengespräch zugunsten teurer Apparate-Medizin. Ambulant tätige Ärzte sollten öffentliche Angestellte mit festem Honorar sein, die nicht jeden Handgriff abrechnen müssen. Und so hätten sie auch mehr Zeit für Fortbildung, ein dringendes Erfordernis.

4.4. Ebenso vernünftig im Sinne sparsamer Mittelverwendung ist das Prinzip der Polikliniken und Gesundheitszentren, wo Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen unter einem Dach arbeiten und die Ausstattung (Räume, Apparate, Labors) gemeinsam nutzen können. Die Bundesregierung sollte in ihrem Bestreben unterstützt werden, solche Einrichtungen auch in Westdeutschland zu schaffen und zugleich ambulante und stationäre Behandlung miteinander zu verzahnen; nicht zuletzt würde die Qualität der Patientenversorgung verbessert werden.

4.5. Prävention wird derzeit vernachlässigt. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sagt in seinem Gutachten vom Jahre 2001, dass durch die heute bekannten Präventionsmethoden 25 % der Kosten in der Krankenversorgung eingespart werden könnten.

4.6. Enorm ist die Macht der Pharmakonzerne. Hier versucht Attac, den erforderlichen Basisdruck zu machen, um Einsparungen durch folgende Forderungen zu erreichen:

- Schnellstmögliche Einführung der sogenannten Positivliste; dadurch können nicht nur die überbeurteilten Medikamente aus den Apotheken verschwinden, es ließe sich auch die unsinnige Zahl der Me-



dikamente verringern und somit der Medikamentenvertrieb rationalisieren. Der Vorteil für die Patienten wäre enorm.

- Die Gewinnspanne für Medikamente ist zu hoch. An den preiswerten Reimporten ist zu sehen, dass die Pharmaindustrie den deutschen Patienten und seine GKV-Kasse ausbeutet.
- Der Wirksamkeitsnachweis von Heilmitteln ist generell von unabhängiger Seite zu erbringen.
- Grundlagenforschung muss unabhängig sein und an den Universitäten erfolgen. Sie soll vom Patentschutz ausgenommen werden, wie überhaupt der Patentschutz deutlich zu begrenzen ist. Patentrechte dürfen nicht über dem Menschenrecht auf Gesundheit stehen.
- Pharmakonzerne verschaffen sich verbesserte Absatzchancen durch Ärzte-„Weiterbildung“. Das muss überprüft und geändert werden.

5. Extrakt für Aktionsmöglichkeiten

Abschließend wird die Position der AG „Soziale Sicherung – gegen Privatisierung“ zum Reformstreit in kurzen Schlagzeilen dargestellt:

- NEIN zu Kopfpauschalen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)!
- NEIN zur Praxisgebühr beim Arzt!
- NEIN zur privaten Versicherung des Krankengeldes!
- NEIN zu jeglichen Zuzahlungen für medizinisch notwendige Leistungen!
- NEIN zum Leistungsabbau durch Unterscheidung von Grund- und Wahlleistungen!
- NEIN zur Privatisierung öffentlicher Gesundheitseinrichtungen!
- NEIN zu 30-Stundendiensten für Beschäftigte in Krankenhäusern

Wir wollen gemeinwohlorientierte Reformen, die das Solidarprinzip stärken und Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem beseitigen.

ES GIBT ALTERNATIVEN!

- JA zur allgemeinen Versicherungspflicht! Alle Einkommen sollen zur Finanzierung der GKV beitragen!
- JA zur Bändigung von Profiten, die auf Kosten der GKV- Versicherten gehen! JA zur Positivliste für Medikamente!
- JA zu mehr Qualität, Transparenz, Demokratie und Kontrolle im Gesundheitswesen! JA zu mehr Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz!
- JA zu guten, tariflich abgesicherten Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten!
- JA zum freien Zugang zu medizinischer Versorgung für Alle!

Wer Interesse hat, in der AG „Soziale Sicherung – gegen Privatisierung“ mitzuarbeiten, kann sich auf der Homepage www.attacberlin.de informieren. Die AG kommt monatlich an jedem 2. und 4. Mittwoch im GEW-Haus, Ahornstr. 5, (Nähe U-Bahnhof Nollendorfplatz) zusammen.



Einige Links zu weiterführenden Dokumenten

1. Erklärung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Alma-Ata anlässlich der International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
<http://www.who.int/hpr/NPH/docs/DeclarationAlmaAta.pdf>
2. Attac, Gesundheit ist keine Ware <http://www.attac.de/sozsich/>
3. LabourNet Germany, Diskussion: Wirtschaftspolitik und Gewerkschaften, Gesundheitswesen
<http://www.labournet.de/diskussion/wipo/gesund/>
4. GESUNDHEITS-DIENSTLEISTUNGEN AM VERHANDLUNGSTISCH DER WTO (WELTHANDELSORGANISATION), PROJEKTARBEIT, MAI 2002 52. Lehrgang der SOZAK Gruppe: WELTEAM Sozialakademie http://www.oegb.or.at/ooe/medien_aufbereitet/pdf/GATS.pdf
5. WTO Agreements and Public Health — A joint study by WHO and the WTO Secretariat
http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/who_wto_e.pdf
6. "Jobmaschine" Gesundheitswesen http://www.jobmaschine-gesundheitswesen.de/folie_1.htm
<http://www.jobmaschine-gesundheitswesen.de/Jobmaschine.pdf>
7. Europäischer Konvent - Schlussbericht der Gruppe XI "Soziales Europa" http://european-convention.eu.int/doc_register.asp?lang=DE&Content=WGXI
<http://register.consilium.eu.int/pdf/de/03/cv00/CV00516-re01de03.pdf>
8. Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik Gesundheitspolitik: Solidarität statt Privatisierung und Marktorientierung – Sondermemorandum - Kurzfassung - <https://www.attac-netzwerk.de/material/sm-kurz.pdf> <https://www.attac-netzwerk.de/material/sm-lang.pdf>
9. Industriegewerkschaft Metall <http://www.igmetall.de/themen/gesundheitsreform/>
10. Winfried Beck: In diesem Geschäft ist nichts heilig
<http://www.labournet.de/diskussion/wipo/gesund/beck1.html>
11. Rolf Schmücker: Europäische Integration und Gesundheitspolitik
<http://www.kgu.de/zpg/medsoz/ArbPap\SchmuckerEUGesundheit.PDF>

Im Buchhandel erhältliche Literatur

12. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Sondergutachten 1995 – Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit 1995, 205 S., brosch., 33,- EURO, 57,- sFr, ISBN 3-7890-3945-4
13. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Gutachten 2000/2001 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung III.4: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten 2002, 163 S., brosch., 25,- EURO, 43,80 sFr, ISBN 3-7890-8102-7
14. Statistisches Bundesamt - Robert Koch-Institut: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Die Hefte der Gesundheitsberichterstattung des Bundes können kostenlos bestellt werden beim Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung, Postfach 650261, 13302 Berlin
15. B. Braun / H. Kühn / H. Reiners Das Märchen von der Kostenexplosion: Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt/M (Fischer) 1999 (3. Aufl.)
16. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Opladen: Leske + Budrich, 1998, 74-124.
17. Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland . Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2001
18. Deppe Hans-Ulrich, Burkhardt Wolfram (Hrsg.): Solidarische Gesundheitspolitik - Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin ISBN 3-87975-847-6, Verlag VSA, 2002
19. Gesundheitstag 2000 Berlin, Autorenkollektiv, Zeitschrift Zukünfte, Jg. 9, Nr. 32, 2000 IZT - Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung Berlin