

# Sozialstaatliche Verantwortung statt marktgläubiger Privatisierung<sup>1</sup>

Ein Memorandum zur Reform des Gesundheitswesens [Auszüge]<sup>2</sup>

## Vom Wert einer guten Gesundheitspolitik

[...] 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, das sich gerade in Deutschland als eine unverzichtbare Legitimitätsressource der politischen Demokratie erwiesen hat. [...]

## 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 Prozent) nicht höher als zu Beginn der achtziger Jahre (1980: 6,1 Prozent) 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 (GKV). So erodiert die Einnahmehasis 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 Bruttoinlandsprodukt 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. [...]

## Und was kommt aus Europa?

[...] 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

1 Das Memorandum zur Reform des Gesundheitswesens wurde am 11. Juli 2002 veröffentlicht. 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, Leiter der Arbeitsgruppe „Public Health“ im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen;  
Horst Schmitthener, geschäftsführendes Vorstandsmitglied der IG Metall.

2 Die Auswahl der vorliegenden Textstellen hat Klaus Heidel vorgenommen. Klaus Heidel ist Mitbegründer und Mitarbeiter bei der Werkstatt Ökonomie e.V. und Sprecher von Social Watch Deutschland.

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 Gesundheits- mit 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.

### **Mehr Qualität und Rationalität durch evidenzbasierte Medizin**

[...] 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!

[...] 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. [...]

### **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 beziehungsweise -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. [...]

### **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 arbeitsweltbedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen unterentwickelt ist, so reichen die bisherigen Forschungsergebnisse aus, um die quantitativen Problemdimensionen sichtbar werden zu lassen [...].

### **Für ein stabiles und solidarisches Finanzierungsmodell der Gesetzlichen Krankenversicherung**

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 Ausgabe-problemen 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 Zunahme 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. [...]

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-)Verschiebepolitik“ 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. [...]

- Auf Dauer dürften die Arbeitseinkommen als alleinige Finanzquelle für die gesetzliche Krankenversicherung aber überfordert sein. Der vielfach diskutierten 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 Beitraglasten zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer und ist in ihren Verteilungswirkungen innerhalb der Versicherten-gemeinschaft 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. [...]

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 entgegenhalten und aufzeigen, dass Alternativen zur aktuellen Reprivatisierungseuphorie existieren – und machbar sind.