

## **Teuer und krank – unser Gesundheitswesen**

Öffentliche Veranstaltung am 13. Oktober 2006 in München (isw)

**1.** In vielen Bereichen des öffentlichen Sektors unserer Gesellschaft finden gegenwärtig Veränderungen statt, die mit marktwirtschaftlichen Instrumenten (Wettbewerb, Markt und Privatisierung) gesteuert werden sollen. Das betrifft inzwischen auch die Krankenversorgung. Nun: Grundlage der Krankenversorgung sind freilich immer ökonomische Determinanten. Die Frage lautet deshalb: Wo sind die ökonomischen Grenzen, wo werden politische oder ethische Fragen bestimmend? Die bruchlose Übertragung ökonomischer Gesetze und Instrumente auf außerökonomische Sachverhalte wird als *Ökonomisierung* bezeichnet - wenn das Gewinnkalkül (der Tauschwert) die Oberhand über den Gebrauchswert gewinnt. An ihr wird zurecht kritisiert, dass die Menschen, die davon betroffen sind, auf das Menschenbild des *homo oeconomicus* – also den sozusagen natürlich-egoistischen und Nutzen maximierenden Menschen - reduziert werden. Es geht bei einer solchen Zuspitzung keineswegs um eine generelle Verurteilung von Ökonomie, sondern um die Kritik ihres Allmachtsanspruchs. Zu fragen ist dabei nicht nur nach dem Zuviel an Ökonomie, sondern auch danach, ob die eingesetzten Instrumente dem jeweiligen Sachverhalt angemessen sind. Die Ökonomie – wenn sie aus der Gesellschaft herausgerissen wird - unterliegt nämlich der Gefahr, ihre Grenzen zu sprengen und zur Norm des menschlichen Zusammenlebens insgesamt zu werden. Und unter den hegemonialen Bedingungen von Kapital, Markt und Konkurrenz reduziert sich dann Gesellschaft auf das Konstrukt einer blanken *Marktgesellschaft*. Zu fragen ist deshalb stets nach dem jeweils spezifischen Modell von Ökonomie, das den historisch vermittelten Herrschaftsstrukturen zugrunde liegt.

**2.** Gesundheit oder Krankheit kann als Ganzes nicht den Charakter einer marktfähigen Handelsware annehmen. Es fällt auf, dass es weltweit kein Gesundheitssystem gibt, das alleine marktwirtschaftlich organisiert ist. Das hängt unter anderem mit folgenden Besonderheiten zusammen:

- Bei Gesundheit handelt es sich um ein lebensnotwendiges Gut. Es hat den Charakter eines Gebrauchswert. Er ist hoch besetzt wie Sprüche zum Ausdruck bringen: Gesundheit ist das höchste Gut oder man wünscht sich zu bestimmten Anlässen Gesundheit – oder prostet auf Gesundheit. Gesundheit ist ein kollektives und öffentliches Gut, ähnlich wie Atemluft, Trinkwasser, Bildung, Verkehrs- oder Rechtssicherheit.
- Auf Krankheit kann *nicht* wie auf Konsumgüter verzichtet werden.
- Der Patient weiß nicht wann, und warum er krank wird, an welcher Krankheit er leiden wird. Er hat in der Regel nicht die Möglichkeit, Art, Zeitpunkt und Umfang der in Anspruch zu nehmenden Leistungen selbst zu bestimmen. Krankheit ist eine von den Individuen kaum steuerbares Ereignis sondern ein *allgemeines Lebensrisiko*.
- Die Nachfrage des Patienten erfolgt zunächst unspezifisch und wird erst durch die Kompetenz eines medizinischen Experten definiert. Es besteht ein erhebliches *Informations- und Kompetenzgefälle* zugunsten des Arztes. Dieser wiederum hat aufgrund der begrenzten Wissenschaftlichkeit der praktischen Medizin einen großen *Ermessensspielraum* bei seinem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen
- Der Patient befindet sich durch sein Kranksein in einer Position der Unsicherheit, Schwäche, Abhängigkeit und insbesondere *Hilfsbedürftigkeit* häufig in Verbindung mit Angst und *Scham*.

Schon die Beschreibung des Verhältnisses von Markt und Patient macht deutlich, dass hier *öffentliche Schutzfunktionen* wahrgenommen werden müssen. Es spricht also viel dafür, dass die Versorgung von Krankheit sich nicht dem Mechanismus von Angebot und Nachfrage unterwerfen lässt. Das Gesundheitswesen gilt deshalb auch als ein Beispiel für die *Theorie des Marktversagens*. Die Ergebnisse, die die Verteilungskräfte des Marktes sonst hervorbringen können, sind hier unzureichend. Der Markt ist nämlich eine blinde Macht. Er ist richtungslos und Ziele müssen ihm vorgegeben werden. Der Staat, das demokratische Gemeinwesen, hat deshalb wichtige Aufgaben wahrzunehmen. Er hat den Schutz und die Sicherheit seiner Bürger zu gewährleisten. Und Richtung weisende Entscheidungen müssen hier politisch gefällt werden.

**3.** Innerhalb des heute hegemonialen neoliberalen Modells von Ökonomie ist deutlich zwischen einer *betriebswirtschaftlichen* und einer *gesamtwirtschaftlichen* Logik zu unterscheiden. Am Ende der betriebswirtschaftlichen Rationalität steht immer die Rentabilität, der Gewinn des einzelnen Betriebs. Und die Gewinnperspektive ist umso günstiger je schneller sich Investitionen amortisieren. Was aber für den einzelnen

Betrieb von Interesse ist, muss für die Gesamtwirtschaft noch lange nicht zweckmäßig und sinnvoll sein. Nicht selten widerspricht sich sogar die Wirtschaftlichkeit dieser beiden Dimensionen. Besonders deutlich wird das beim Umweltschutz. Die Ausweitung der betriebswirtschaftlichen Rationalität bedeutet heute nicht selten eine enorme Vergeudung gesellschaftlicher Ressourcen. Die so entstehenden *sozialen Kosten* können von den einzelnen Unternehmen solange ausgeklammert und vernachlässigt werden, bis das Gemeinwesen unter gesamtwirtschaftlichen, ökologischen oder sozialen Aspekten einschreitet. Auch im Gesundheitswesen kennen wir dieses Phänomen. So kann beispielsweise die Verschiebung von Kosten aus dem ambulanten in den stationären Sektor und umgekehrt durchaus für die jeweilige Institution einen Vorteil bedeuten, obwohl sie unter einer Gesamtsicht verteuern wirkt. Und der kanadische Gesundheitsökonom *Robert Evans* stellt dazu sarkastisch, aber treffend fest, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht unwirksame oder gar gefährliche gesundheitliche Dienstleistungen den gleichen Gewinn erbringen können, wie wirksame und nützliche.<sup>1</sup>

**4.** Ähnlich verhält es sich mit dem Wettbewerb. Wirtschaftlicher Wettbewerb im Gesundheitswesen um den Versicherten (aus der Sicht der Krankenkassen) und den Patienten (aus der Sicht der Leistungserbringer) ist keine abstrakte Konkurrenz, sondern ist immer konkreter *Wettbewerb um den rentablen Versicherten oder Patienten*. Und das, was rentabel ist, bemisst sich zuerst an dem einzelwirtschaftlichen Interesse der jeweiligen Institution:

- So sind die *Leistungserbringer* (Krankenhäuser, Vertragsärzte, Apotheken etc.) an der Zahlungsfähigkeit des Patienten interessiert, also dem Umfang seines Versicherungsschutzes – weiter an der Art und Höhe ihrer Honorierung (Pauschale, Einzelleistung, Kostenerstattung etc.) und nicht zuletzt auch daran, wie stark die von ihnen erbrachten Leistungen kontrolliert werden.
- Die *Krankenversicherungen* sind unter dem Gesichtspunkt der Rentabilität daran interessiert, Erwerbstätige mit hohem Einkommen und einem möglichst geringen Krankheitsrisiko zu versichern.
- Resultat: Der ideale Versicherte bzw. Patient ist derjenige, der die höchste Rentabilität verspricht, das geringste Krankheitsrisiko mit sich bringt und die großzügigste Versicherung hat. Solche Zielorientierungen werden im deutschen Gesundheitswesen abgeschwächt (Risikostrukturausgleich, Härtefallregelungen). Es hat sich nämlich gezeigt, dass vor allem alte und chronisch kranke Patienten aus den unteren Sozialschichten – also gerade die großen Gruppen, die medizinischer Hilfe am dringendsten bedürfen – durch den Wettbewerb benachteiligt werden. Beim Wettbewerb gibt es immer Gewinner und Verlierer. Die Verlierer sind die Schwachen. Wettbewerb polarisiert – er verschärft die soziale Ungleichheit. Und das wiederum ist nicht eine Frage „bösen Willens“ oder fehlender ethischer Grundsätze, sondern das ist Ausdruck des Prinzips des wirtschaftlichen Wettbewerbs. *Dieser bedeutet nämlich per se Selektion.*

**5.** Der primäre Ort des gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheit ist die Intimsphäre. Es geht um die Beziehung zwischen Arzt und Patient.<sup>2</sup> Dabei handelt es sich um spezifische Beziehungen, die Menschen miteinander eingehen, welche nicht in der Öffentlichkeit liegen. Die Arzt-Patient-Beziehung gilt nach wie vor als eine asymmetrische. Unterschiedliche Wissensverteilung und instrumentelle Fähigkeiten, einseitige fachliche und soziale Kompetenzen bis zur Verordnung von Sanktionen statten die soziale Position des Arztes mit der Macht des Experten aus. Nur - ob und wie der Arzt diese Macht einsetzt, hängt wesentlich von externen Einflüssen ab. Ärzte haben bei ihren Entscheidungen einen großen Ermessensspielraum. Das betrifft die Indikationsstellung, die Diagnostik und die therapeutischen Möglichkeiten.

Woher kommt es also, dass Ärzte in ihren Entscheidungen so flexibel sein können? Ein wesentlicher Grund dafür ist offenbar die *begrenzte Wissenschaftlichkeit* der angewandten/klinischen Medizin mit ihrer notwendigen Orientierung auf den „*Einzelfall*“. Und der Einzelfall zeichnet sich durch unterschiedliche Merkmale oder Symptome aus bei gleicher Krankheitsbezeichnung. Ein weiterer Grund ist der *Zwang zur Praxis*. Dadurch entsteht ein großer *Ermessensspielraum*, der bis an die Grenze der Beliebigkeit gehen kann. Er begünstigt unterschiedliche – gelegentlich sogar gegensätzliche - Handlungsweisen: Entweder, dass zu viel - oder, dass zu wenig gemacht wird.

**6.** Dieses personenbezogene, unsichere, sensible und komplexe Feld ist anfällig für Außeneinwirkungen. Geld, Konkurrenz, juristische Absicherung, Karriereabsichten, wirtschaftliche Existenz- und Arbeitsplatzängste haben ein Leichtes, darauf Einfluss zu nehmen und den Entscheidungsprozess für eine bestimmte Maßnahme bewusst oder unbewusst zu funktionalisieren. In der praktischen Medizin wird zunehmend um Marktanteile

<sup>1</sup> Vgl. N. Schmacke, Konzentration auf die „wirklich wichtigen Leistungen“?, in: Die Ersatzkasse, H. 11, 1997, S. 398.

<sup>2</sup> H.-U. Deppe, Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, Frankfurt a.M. 2005, 3. Aufl., S. 209-258.

gekämpft. Es gibt zahlreiche Beispiele dafür, dass sich unterschiedliche ärztliche Entscheidungen bei gleicher oder ähnlicher Morbiditätslage nicht mit „medizinischem Sachverstand“ erklären lassen.

### Beispiele<sup>3</sup>

- So wurden 1993 in den USA 2,5 mal so viele Frauen *hysterektomiert* und knapp doppelt so viele *Kaiserschnitte* durchgeführt wie in Schweden, im selben Jahr wurden in den USA 4,4 mal so viele *koronare Bypässe* operiert wie in Kanada.
- Dazu passen Ergebnisse einer Studie aus dem Schweizer Kanton Tessin: *Tonsillektomien*, *Hysterektomien*, *Cholecystektomien* und *Hämorrhoidenentfernungen* wurden bei Ärztinnen / Ärzten und Rechtsanwältinnen / Rechtsanwälten deutlich seltener durchgeführt als bei der Allgemeinbevölkerung. Während sich Ärztinnen / Ärzte und Rechtsanwältinnen / Rechtsanwälte kaum voneinander unterschieden, war die Rate der Eingriffe in der Allgemeinbevölkerung um 19 – 84 Prozent höher.
- Das kassenärztliche Abrechnungsgeschehen in Deutschland zeigt, dass Internisten mit eigener Röntgeneinrichtung ein vielfaches an *Röntgenleistungen* im Vergleich zu jenen Kollegen veranlassen, die Röntgenuntersuchungen als Auftragsleistung durchführen lassen.
- Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern liegt Deutschland mit diagnostischen *Herzkatheteruntersuchungen* und *Koronarinterventionen* weit an der Spitze. Im Mittel wurden 1993 in Europa 1146 Untersuchungen pro 1 Millionen Einwohner durchgeführt. Deutschland überschreitet diesen Wert mit 5028 um knapp das Fünffache (Frankreich: 2754, Österreich: 2721, Schweiz: 2602).
- Hinsichtlich der *Arthroskopie* des Kniegelenks zeigten Studien in den Niederlanden, dass etwa 78 Prozent aller vorgenommenen Eingriffe nicht notwendig gewesen wären. Derartige Beobachtungen lassen sich gegenwärtig bei der Anwendung mikroinvasiver Verfahren im Bauch- und Beckenraum machen.

Von vielen Ärzten wird der Widerspruch zwischen ökonomischen Zwängen und einzelfallabhängiger Patientenversorgung *noch* als grundlegend unvereinbar miteinander wahrgenommen. Kosten-Nutzen-Kalküle stoßen *noch* immer auf eine geringe Akzeptanz. Aber es ist festzustellen, dass außermedizinische Selektionskriterien in die Entscheidungen von Ärzten eingehen. In einer Studie zu diesem Thema heißt es: „Zu beobachten ist eine schleichende Anwendung von Altersgrenzen, weitere Kriterien sind Versichertenstatus, Beruf, Bildung und sozialer Status. Doch mit den Worten eines Gesprächspartners: ‘Das würde nie jemand offen sagen’. Keines dieser Kriterien ist durch moralische, rechtliche oder medizinische Legitimationsmuster gestützt.“<sup>4</sup> Nach einer neueren Studie lehnen 85,8 Prozent der Krankenhausärzte eine Rationierung aus ökonomischen Gründen ab – müssen es aber inzwischen täglich machen (moralische Dissonanz).<sup>5</sup> - Noch ist in Deutschland das vorgeschriebene Verteilungskriterium die „medizinische Notwendigkeit“, was nicht mit Minimalversorgung verwechselt werden darf.

Warum spreche ich das alles an? Warum spitze ich einige Dinge auch zu?

Damit kein Missverständnis entsteht: Mir geht es hier nicht darum, die Medizin schlecht zureden. Es geht mir vielmehr darum, den Charakter der Medizin herauszuarbeiten.

**7.** Die medizinischen Institutionen werden auf dem Hintergrund dieser *weichen* wissenschaftlichen Erkenntnisse seit einiger Zeit mit den *harten* Gesetzen neoliberaler Wirtschaftskonzepte konfrontiert. Und die Ausweitung der Gesetzmäßigkeiten von Markt, Wettbewerb und Rentabilität auf das Arzt-Patient-Verhältnis wird dieses tief greifend verändern. Das auch heute schon brüchige *Vertrauensverhältnis* wird sich immer mehr in ein merkantiles *Vertragsverhältnis* verwandeln. Der Abschluss eines Vertrages ist aber nicht gerade Ausdruck von besonderem Vertrauen, sondern beruht eher auf Misstrauen. Er soll eine riskante Beziehung zwischen mehr oder weniger Fremden kontrollierbar absichern, während Vertrauen eine persönliche enge Beziehung und gegenseitige Kenntnis voraussetzt. *Vertrauen* ermöglicht die Mitteilung intimer Informationen, die - weil sie für die ärztliche Behandlung von grundlegender Bedeutung sein können - auch der Schweigepflicht unterliegen. Darüber hinaus basiert das Vertrauensverhältnis auf einer ungleichen Beziehung, in der vom Experten erwartet wird, dass er nach bestem Wissen und Gewissen um das Wohl des Laien besorgt ist. Folglich kann man sich auf die Kompetenz des Experten stützen, mit seinen guten Absichten rechnen, seine Aussagen glauben, sich ihm anvertrauen. Vertrauen unterstellt verantwortliches Handeln. Leistungen, die auf der Grundlage von Vertrauen erbracht werden, gehen in Richtung eines glaubwürdigen Versprechens. Es beruht auf Zuverlässigkeit und Wohlgesonnenheit. Vertrauen ist nicht käuflich!

*Verträge* dagegen sind Ausdruck der jeweiligen Rechtsordnung. Sie stellen übereinstimmende Willenserklärungen mit vereinbarten gegenseitigen Verpflichtungen dar. Insbesondere die Entwicklung des

---

<sup>3</sup> Vgl. ders., a.a.O., S. 192ff.

<sup>4</sup> E. Kuhlmann, „Zwischen zwei Mahlsteinen“ – Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings, in: G. Feuerstein, E. Kuhlmann (Hrsg.), Rationierung im Gesundheitswesen, Wiesbaden 1998, S. 72.

<sup>5</sup> H. Kühn, Patient-Sein und Wirtschaftlichkeit, in: Jb. f. Kritische Medizin, Nr. 42, 2005, S. 21.

Marktes und des privaten Eigentums haben den Charakter des Vertragswesens geprägt. Auf dem Markt treten sich nämlich formal gleichberechtigte Eigentümer gegenüber, die ihre Waren zu einem ausgehandelten und vereinbarten Preis tauschen. Freilich sind die Käufer und Verkäufer immer auf ihren eigenen Vorteil aus. Sie haben unterschiedliche Interessen.

Mit der wachsenden Kommerzialisierung des Arzt-Patient-Verhältnisses wird vom Arzt immer nachhaltiger eine spezielle, messbare Leistung zu einem festgesetzten Preis verlangt. Diese Leistung bekommt zunehmend Merkmale einer Ware oder Dienstleistung, die unter Bedingungen der Konkurrenz hergestellt und verteilt wird. Entsprechend verwandelt sich der Patient mehr und mehr in einen Kunden bzw. Klienten, an dem verdient werden soll. Und der „beste Kunde“ ist in der Regel der, an dem am meisten verdient wird. Patienten werden unter solchen Bedingungen dann vielleicht wie „königliche Kunden“ *bedient*, aber nicht mehr wie kranke Menschen *behandelt*.<sup>6</sup> Je mehr der Wettbewerb zunimmt, desto mehr wird die kaufkräftige Nachfrage des Patienten angesprochen. Es wird damit ein merkantiler Anreiz geschaffen, dass mehr Leistungen erbracht werden, die Patienten *wünschen* gegenüber jenen, die sie *brauchen*. Im Zweifelsfall wird etwas sofort gemacht – und nicht vielleicht kontrolliert abgewartet. Die Erbringung von Leistungen orientiert sich immer mehr an dem, was Patienten aus Laiensicht unter Qualität verstehen. Die Qualität ärztlichen Handelns reduziert sich immer mehr auf die kurzfristige Zufriedenheit von Patienten. Und durch Zufriedenheit sollen „Kunden“ gebunden werden.

Die „geheimen Verführer“ des Marktes, seine werbenden Potenziale, werden sich genau auf die Patientengruppe konzentrieren, um deren Zufriedenheit konkurriert wird.

Rentabilität und kommerzielles Eigeninteresse, die genuinen Begleiterscheinungen des wirtschaftlichen Wettbewerbs, werden sich deutlicher in den Vordergrund drängen. Darüber hinaus wird sich die Richtung der Entscheidungsstruktur im Arzt-Patient-Verhältnis verändern: Während noch heute weitgehend das medizinisch Notwendige und der Schweregrad einer Krankheit - also der Bedarf - als handlungsleitendes Entscheidungsziel gelten, werden es unter den Bedingungen der Konkurrenz immer stärker ökonomische Kriterien.

Damit Sie sehen, dass es sich bei meinen Ausführungen nicht um abstrakte Spekulationen handelt, möchte ich auf einen Artikel verweisen, der in einer hessischen Tageszeitung erschienen ist. Er trägt die Überschrift: „Staatsanwaltschaft ermittelt ... gegen Ärztlichen Direktor“. Und im Text heißt es: „Dabei werde geprüft, ob der Ärztliche Direktor den Mitarbeitern einer Klinik die Anweisung gegeben habe, die *Aufnahme kostenintensiver Risikopatienten abzulehnen* und für die vorhandenen Kapazitäten stattdessen *finanziell lukrative leichtere Fälle zu bevorzugen*. In letzter Konsequenz könnte damit der Tod eines schwer kranken Patienten oder zumindest die Verschlechterung seines Gesundheitszustandes billigend in Kauf genommen worden sein.“<sup>7</sup>

Dabei geht es mir weniger um die persönliche Schuld, die einem Arzt beigemessen werden kann. Im Grunde handelte dieser ärztliche Direktor folgerichtig systemrational. Es ist vielmehr das System, das Strickmuster, das zu solchen Äußerungen provoziert. Das System, das Anreize setzt, Belohnungen verspricht, wenn *man* sich so verhält.

**8.** Mit der wachsenden Kommerzialisierung der Krankenversorgung kommen selbst gut informierte Patienten in eine schwierige und unübersichtliche Situation. Was bedeuten nämlich ärztliche Auskünfte während einer Behandlung wie: „das ist medizinisch nicht notwendig“; „das Risiko des Eingriffs ist bei Ihnen zu hoch“; „diese Maßnahme ist in Ihrem Fall unwirksam“? Heißt das, sie ist medizinisch nicht gerechtfertigt - oder heißt es lediglich, sie ist zu teuer? Woher weiß der Patient, warum ihm der Arzt diesen Rat gegeben hat? Ist es tatsächlich die Therapie der Wahl, die für seine Krankheit medizinisch erforderlich ist? Werden ihm Behandlungsalternativen verschwiegen? Hängen von solchen Empfehlungen vielleicht das Einkommen, die Karriere, der Arbeitsplatz des Arztes oder gar die wirtschaftliche Bonität eines Krankenhauses ab, die den Aktienkurs und die Dividende bestimmen? Shareholder value lässt grüßen! - Damit zeichnet sich – wie ich meine - die Grenze betriebswirtschaftlicher Rationalität in der Krankenversorgung ab, die dann vielleicht noch *rentabel* ist, aber nicht mehr den Normen unserer Zivilisation entspricht. Der Druck der wirtschaftlichen Konkurrenz setzt das betriebswirtschaftliche Modell der Gefahr aus, seine immanenten destruktiven Potenziale zu ignorieren. Und das führt zu einer *Kulturwende in der Medizin*.<sup>8</sup>

Das gleiche gilt auch für die theoretische Medizin mit ihrer Forschung am Menschen.<sup>9</sup>

**9.** Was sind die Schlussfolgerungen, die ich daraus ziehe?

Für mich ergibt sich aus diese Problemlage, dass es in einer Gesellschaft *am Gemeinwohl orientierte Schutzzonen* geben muss, die nicht der blinden Macht des Marktes und den deregulierenden Kräften der Konkurrenz überlassen werden dürfen. Bei solchen gesellschaftlich definierten Schutzzonen denke ich an den

<sup>6</sup> Dieser Gedanke lässt sich auch für andere Gesellschaftsbereiche formulieren. Vgl. hierzu: J. Wertheimer, Die Universität bedient keine Kunden, sondern erzieht Menschen, in: Frankfurter Rundschau vom 4. Dezember 1997.

<sup>7</sup> Giessener Anzeiger vom 28. April 2004

<sup>8</sup> H.-U. Deppe, Vor einer Kulturwende in der Medizin, in: Soziale Sicherheit, H. 5, 1999, S. 183-185.

<sup>9</sup> Vgl hierzu: Ders., Zur sozialen Anatomie des Gesundheitswesens, a.a.O., S. 204.

Umgang mit vulnerablen Gesellschaftsgruppen (Kinder, Alte, Psychiatrie etc.), an vulnerable soziale Gesellschaftsziele wie Solidarität und soziale Gerechtigkeit oder an vulnerable Kommunikationsstrukturen (Z.B. Arzt-Patient-Beziehung). Sie bilden gleichsam den Kernbestand des europäischen Sozialmodells und dürfen nicht der Logik des Börsenparketts untergeordnet werden.

Meine wissenschaftliche Arbeit konzentriert sich auf den forschenden Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Dabei handelt es sich keineswegs um periphere oder marginale gesellschaftliche Phänomene. Immerhin zählt das Recht auf Gesundheit zu den Menschenrechten. Gelegentlich verleitet die schamlose Instrumentalisierung von sozialen Grundwerten für eine Verschleierung partikularer Interessen zu der falschen Annahme, dass sich der Sinn von Menschenrechten in ihrem Missbrauch erschöpfe. *Menschenrechte lassen sich aber nicht kommerzialisieren, sie lassen sich auch nicht vermarkten, ohne dass sie daran zerbrechen.*

**10.** Auf diesem allgemeinen Hintergrund möchte ich zur Gesundheitsreform 2006 Stellung nehmen. Am 25. Oktober 2006 soll der Entwurf eines Gesundheitsreformgesetzes vorgelegt werden.

**10a.** Das **deutsche Gesundheitssystem** hat eine lange Tradition. Es ist in der Welt als Bismarck-Modell bekannt geworden. Seine **Kernelemente** sind:

- Die direkte Koppelung der Finanzierung an die Wirtschaftsentwicklung. Die Finanzierung erfolgt über Beiträge nicht über Steuern.
- Die Beiträge sollten von Kapital und Arbeit paritätisch finanziert werden.
- Das Solidaritätsprinzip in der GKV ist mehr als ein Versicherungsprinzip. Das Versicherungsprinzip regelt lediglich einen Schadensausgleich. Bei dem Solidaritätsprinzip haben die Sozialversicherten einen gleichen Leistungsanspruch bei unterschiedlichen Beiträgen.
- Der bargeldlose Verkehr zwischen Arzt und Patient (Sachleistungsprinzip).
- Der freie Zugang der Sozialversicherten zu den ambulanten Einrichtungen der Krankenversorgung.

Es scheint ein sehr **flexibles Instrument** zu sein. Immerhin hat es seit seiner Existenz zwei Weltkriege und zwei große Inflationen überstanden. Freilich müssen immer wieder Anpassungen an die jeweilige gesellschaftliche Entwicklung stattfinden.

**10b.** Die beiden großen Parteien, **SPD und Union**, sind mit zwei unterschiedlichen Modellen zu Gesundheitsreform in den letzten Bundestagswahlkampf gezogen. Die SPD hat es mehr in den Vordergrund gestellt. Die Union war eher zurückhaltend. Es handelt sich um das Modell der **Kopfpauschale**, das von CDU/CSU propagiert wird und das Modell der **Bürgerversicherung**, das in unterschiedlichen Varianten von der SPD, der Linkspartei und den Grünen vertreten wird.

Das Modell der **Kopfpauschale** bedeutet einen **Strukturwandel** des Bismarck-Modells. Jeder Versicherte soll eine gleiche Pauschale – also eine Pauschale pro Kopf - für seine Krankenversicherung bezahlen. Das begünstigt die höheren Einkommen und benachteiligt die niederen Einkommen. Es ist eine Abkehr vom derzeit geltenden Solidaritätsprinzip, verschiebt die paritätische Finanzierung und Entkoppelt die Finanzierung von der Entwicklung der versicherungspflichtigen Einkommen. Die Kopfpauschale ist nahezu bei allen Akteuren und Betroffenen ein sehr ungeliebtes Kind – selbst in weiten Kreisen der Union.

Die **Bürgerversicherung** ist eine Veränderung **im** bestehenden System. Die Basis der Finanzierung soll mit diesem Modell über Arbeiter und Angestellte hinaus auch auf die Selbständigen und Beamte sowie auf Kapitalerträge ausgeweitet und die Beitragsbemessungsgrenze erhöht werden.

**10c.** In der **Großen Koalition** müssen sich nun die SPD und die Union mit ihren unterschiedlichen Modellen auf ein gemeinsames Konzept für die Gesundheitsreform 2006 einigen. Sie müssen unter einen Deckel bringen, was offensichtlich nicht geht.

Aus den gemeinsamen Verhandlungen sind die vorliegenden **Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006** hervorgegangen. Danach soll u.a. ein **Gesundheitsfond** eingerichtet werden, die Finanzierung der Krankenversicherung soll um **Steuergelder** erweitert werden und die Kassen sollen einen **Zusatzbeitrag** von ihren Versicherten erheben können.

Zunächst zum **Gesundheitsfond**:

Der Gesundheitsfond ist gedacht als neue **Geldsammelstelle**, aus der dann eine Grundpauschale pro Versicherten an die Krankenkassen überwiesen. Die Pauschale kann leicht von Kasse zu Kasse variieren.

**Bisher** ziehen die Kassen die Beiträge selbst ein. Das soll nach den letzten Meldungen auch so bleiben und ist nicht zuletzt auf den öffentlichen Druck der Gewerkschaften zurückzuführen. Sie kalkulieren darüber hinaus **kassenindividuell** die Höhe des Beitragssatzes und beschließen ihn in der **Selbstverwaltung**. Wenn also Kassen mit ihrem Geld für die Versorgung des medizinisch Notwendigen nicht auskommen, müssen sie den Beitragssatz erhöhen, der dann von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bezahlt wird.

Mit der **Einführung eines Gesundheitsfonds** bestimmen die Kassen nicht mehr über die Höhe der Beiträge von AG und Versicherten. Die Beitragshöhe wird **gesetzlich festgelegt**. Die Krankenkassen verlieren also die **Finanzhoheit**.

Der Aufbau eines Gesundheitsfonds führt also zu einer **partiellen Entmachtung der Kassen**. Es kommt zu einer **Verschiebung von Gestaltungsmacht**. In einer Phase, die eigentlich und generell auf Privatisierung setzt, zieht der **Staat** mit der Einführung eines Gesundheitsfonds umfassendere **Entscheidungsmacht an sich** – möglicherweise um gegebenenfalls weitere Privatisierungen im Gesundheitswesen einfacher durchsetzen zu können.

Sicher nicht zu Unrecht wird von **Kassenseite** befürchtet, dass die Einrichtung eines Gesundheitsfonds der Einstieg in das CDU-Modell der Kopfpauschale ist. So heißt es: „Wenn das bis 2010 gelingt (Einrichtung eines Gesundheitsfonds), dann braucht man nur noch den prozentualen Versichertenbeitrag umzumodeln und in einen Pro-Kopf-Betrag umzurechnen und hat eine reinrassige Kopfpauschale ... Es wäre eine geniale Strategie für den Ausstieg aus der sozialen Krankenversicherung, die auf Solidarität gründet, und die gezielte Hinwendung zur Privatisierung des Krankheitsrisikos.“<sup>10</sup> Erhebliche **Widerstände** von einem dann vielleicht existierenden **Gesundheitsfonds**, eines abgehobenen bürokratischen Gebildes offensichtlich ohne gewählte Selbstverwaltung, werden kaum zu erwarten sein.

**Das heißt: Der Widerstand der Kassen heute gegen die Einrichtung eines Gesundheitsfonds ist auch ein Kampf der Kassen gegen die Kopfpauschale in der Zukunft.**

Zusätzlich zu den Beiträgen sollen in den Gesundheitsfond **Steuermittel** fließen. Das widerspricht zwar dem Prinzip des Bismarck-Modells, ist aber nicht ganz neu. In den letzten Jahren flossen bereits pro Jahr 4,2 Mrd. Euro **Steuergelder von der Tabaksteuer** in die GKV. Nach den Eckpunkten soll die Krankenversicherung der **Kinder** komplett durch Steuern aus dem Bundeshaushalt finanziert werden (14-16 Mrd. Euro). Damit begonnen werden soll im Jahr **2008 mit 1,5 Mrd.** Euro. Jahr für Jahr soll dieser Betrag aufgestockt werden. Dem Bundesfinanzminister ist allerdings heute noch nicht klar, woher das Geld kommen soll. Die geringe Starthöhe des Steuerzuschusses hat bei der SPD Frustrationen hervorgerufen – aber sie hat es geschluckt!

Obwohl gegen eine **Steuerfinanzierung der Krankenversorgung** generell nichts einzuwenden wäre – immerhin handelt es sich bei der Krankenversorgung um eine gesellschaftliche Aufgabe – sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt, der durch eine Politik des „schlanken Staates“ gekennzeichnet ist, Zweifel angebracht. Seit Jahren sind die öffentlichen Haushalte klamm. Der Bundesfinanzminister hat seit Jahren enorme Schwierigkeiten, die Maastricht-Kriterien zu erfüllen. **Um zu sehen, was in Zeiten leer gefegter Kassen passieren kann, brauchen wir gar nicht lange zu spekulieren.** Gerade wurden nämlich die 4,2 Mrd. Euro aus der Tabaksteuer für die GKV gestrichen, um Haushaltslöcher beim Bund zu stopfen. Das ist **Politik nach Kassenlage**. Sie ist für eine nachhaltige Gesundheitspolitik abträglich. Diese darf nicht durch kurzfristige politische Entscheidungen erschüttert werden. Eine solide Krankenversorgung erfordert eine zuverlässige Planungsgrundlage. Und die Krankheiten richten sich schon gar nicht nach der tagespolitischen Finanzsituation des Staates.

Darüber hinaus stellt sich generell die Frage, ob **Steuerfinanzierung oder Beitragsfinanzierung** sozial gerechter ist? Dabei ist genau hinzusehen, wie das Steuersystem gestrickt ist, wer davon begünstigt und wer davon benachteiligt wird.

Nun als letztes die Frage, was passiert, wenn eine Kasse mit der vom Gesundheitsfond zugewiesenen Grundpauschale nicht auskommt? In diesem Fall sollen nach den Eckpunkten die betroffenen Kassen berechtigt sein, von ihren Versicherten einen **Zusatzbeitrag** erheben zu dürfen. Dieser Zusatzbeitrag wird **alleine von den Versicherten** der jeweiligen Kasse bezahlt. Die Unternehmen sind daran nicht beteiligt. Die **Parität** soll hier nicht gelten. Der Zusatzbeitrag soll zwar 1% eines Versichertenhaushaltes nicht überschreiten und er soll insgesamt auch nicht mehr als 5% der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen, **aber es bedarf keiner großen Phantasie**, dass an dieser Schraube schnell gedreht werden kann und sich dann **Einkommensschwache einen vollen Versicherungsschutz kaum noch leisten können.**

**Insgesamt** fällt bei den **Eckpunkten für eine Gesundheitsreform 2006** zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf, dass sie näher an der **Kopfpauschale** als an der **Bürgerversicherung** sind. Von der Bürgerversicherung ist so gut wie nichts mehr übrig geblieben. Weiter fällt auf, dass auf die **eigentlichen Finanzprobleme der GKV** nicht hingewiesen wird, geschweige denn dazu Reformvorschläge gemacht werden. Kein Wort wird darüber verloren, dass die **neoliberale Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik, die stagnierenden Erwerbseinkommen und die anhaltende Massenarbeitslosigkeit** den Umfang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung eingedampft hat. Solang hier keine **grundsätzliche Umorientierung** stattfindet, und die neoliberalen Bedingungen weiterhin als unveränderlich akzeptiert werden, ist die **nächste Finanzierungskrise** mit oder ohne Gesundheitsfond in der Krankenversorgung vorprogrammiert.

---

<sup>10</sup> H. Rebscher, Merkels wahre Motive, in: Frankfurter Rundschau vom 29. Juli 2006.