

Alternativen zur Gesundheitspolitik der Bundesregierung: Eine andere Gesundheitspolitik ist möglich!

von: Renate Münder, 09.05.2003

Referat von Renate Münder auf der Veranstaltung von ver.di München „Gesundheit für alle – nicht nur für Reiche!“ am 9.5.2003 im Münchner Gewerkschaftshaus

Was die Kohl-Regierung ansatzweise versucht hat, aber nicht durchsetzen konnte, versucht jetzt die Schröder-Regierung rigoros im Sinne der Forderungen und Ziele der Unternehmer durchzusetzen: Die sogenannte „Privatisierung“ unserer Sozialversicherungssysteme. Arbeiter und Angestellte bezahlen alles und die Unternehmer nichts – das ist das Ziel. Das bedeutet letztlich nichts anderes als die Zerstörung des bisherigen Sozialversicherungssystems mit entsprechenden Folgen für die Gesundheit der abhängig Beschäftigten und das Gesundheitswesen insgesamt.

Der BDA bestimmt die Diskussion

Dieser Prozess wird vorangetrieben a) mit der Streichung der paritätischen Finanzierung durch die Privatisierung des Krankengelds und b) mit der Torpedierung des solidarischen Prinzips durch die immer stärkere Belastung der Kranken. Er bedeutet den ersten Schritt des Rückzugs der Unternehmer aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit dem endgültigen Ziel einer rein privaten Pflichtversicherung. Die Ärmsten sollen dann die allernotwendigste Hilfe durch den Staat erhalten.

Dies ist bereits 1994 einem Grundsatzpapier der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) zu entnehmen, wo es heißt: *„...Ein Wechsel vom bestehenden gesetzlichen Krankenversicherungssystem zu einer privaten Pflichtversicherung, bei dem der einzelne für seinen Versicherungsschutz selbst verantwortlich ist und sich der Staat auf die Betreuung von Problemgruppen beschränkt, (wäre) diskussionswürdig.“* (BDA, Sozialstaat vor dem Umbau, Köln 1994)

In einem weiteren BDA-Papier von 2001 werden dann all die Maßnahmen aufgelistet, die der BDA für das schrittweise Herankommen an dieses Fernziel für geeignet hält. Sie bestimmen seitdem die öffentliche Debatte, wobei wir drei Schwerpunkte unterscheiden können:

1. Konzentration des Leistungskatalogs auf Kernleistungen, d.h. die GKV ist nur noch für eine Basissicherung zuständig; Rationalisierung auf die wirklich „notwendigen“ Leistungen; Streichung von Leistungen bei nicht arbeitsbedingten Erkrankungen;
2. Senkung des Beitrags der GKV unter 12%, d.h. ein Arbeitgeberanteil von höchstens 6%; teilweise Entkoppelung vom Arbeitsverhältnis, d.h. die paritätischen Leistungen sollen nur noch für einen Kernleistungsbereich gelten; Befreiung der Betriebe von „Zwangsabgabelasten“; Umstellung auf private Zusatzversorgung; „Zugangsgeld“ beim Arzt; mehr Eigenverantwortung; Heranziehung der Ehepartner statt Familienversicherung;
3. Intensivierung des Wettbewerbs; kein Risikostrukturausgleich zwischen den

Krankenkassen; Kündigungsrecht der Kassen bei unwirtschaftlichen Krankenhäusern;

Einen Teil dieser Punkte haben Ministerin Ulla Schmidt und die Rürup-Kommission bereits aufgenommen. Und das strategische Fernziel der Unternehmer, die Entkoppelung der Sozialkassen vom Faktor Arbeit, wird jetzt schon innerhalb der SPD vertreten wie z.B. von Sigmar Gabriel (FR 22.4.2003).

Die Krankenversicherung ist kein Einzelfall. Den gleichen Prozess haben wir bei der Rentenversicherung erlebt, wo nach jahrelangem Trommelfeuer der Medien der Einstieg in die Privatisierung unter Riester und damit ebenfalls ein Systemwechsel erfolgte. Wir kennen auch die Hartz-Gesetze, die nur als Gesetze zur Verfolgung der Erwerbslosen und als Erpressungsmaßnahmen bezeichnet werden können. Wir kennen die weiteren Pläne der Regierung zu Leistungskürzungen bei den Erwerbslosen. Wir kennen die Pläne zur Zerstörung des Kündigungsschutzes. Es handelt sich bei all diesen Vorhaben um einen so massiven Angriff auf unsere sozialen Sicherungssysteme, wie wir ihn in der BRD noch nicht erlebt haben. Senkung der Lohnnebenkosten zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und zur Sicherung der Arbeitsplätze heißt dabei die demagogische Parole von Regierung und Kapital. Im Klartext erklären sie uns mit diesen Argumenten: Je rechtloser ihr seid, desto besser für euch. Am besten kein Arbeitsrecht, keine Tarifverträge, keine Sozialversicherung, es sei denn, ihr zahlt alles selber. Das ist gut zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit, für die Schaffung neuer Arbeitsplätze und eurer Existenzsicherheit. Wie ernst es Unternehmern und Regierung mit der Schaffung neuer und der Sicherung bestehender Arbeitsplätze jedoch ist, beweisen ihre Angriffe auf das geltende und kaum einen Arbeitsplatz sichernde Kündigungsschutzrecht. Ganz zu schweigen von ihrer Haltung zur gesetzlichen Begrenzung von Überstunden oder einer generellen Verkürzung der Arbeitszeit.

Die Agenda 2010 ist ein gigantisches Umverteilungsprogramm zugunsten des Kapitals. Allein beim Krankengeld geht es um 7,7 Mrd. Euro. Die Folgen der weltweiten ökonomischen Krise sollen auf die Beschäftigten und die Erwerbslosen abgewälzt werden.

Dies ist der reale Kern des Angriffs auf uns, und alle Debatten von Überalterung der Gesellschaft, Kostenexplosion im Gesundheitswesen, Druck der Globalisierung usw. sind nur Vorwände, die sich sachlich entkräften lassen. Wir erleben hier Klassenkampf von oben, und nur durch Druck von unten können wir ihm begegnen.

Aber auch für einen Abwehrkampf, der nur die Verteidigung des Bestehenden anstrebt, brauchen wir Perspektiven, die Alternativen zur herrschenden Politik darstellen. Sonst besteht die Gefahr, dass wir uns auf die von den Unternehmern forcierte Diskussion einlassen und in die Defensive geraten. Auch in diesem Bereich gilt: Eine andere Welt ist möglich!

Gesundheits- statt Krankheitspolitik

Um das zu erreichen, wäre eine grundlegende Umorientierung im Gesundheitswesen erforderlich. Weg von der alleinigen Orientierung auf die Behandlung von

Krankheiten, hin zur Verhinderung von Krankheiten durch Beseitigung ihrer Ursachen. Unsere gegenwärtige Praxis gleicht einem Rettungsschwimmer, der dauernd Menschen aus einem Fluss zieht und dann wiederbelebt, sich aber nicht fragt, wer denn flussaufwärts dauernd Menschen ins Wasser stößt.

Das Gesundheitswesen der BRD ist in erster Linie darauf ausgerichtet, die Arbeitskraft von kranken Menschen wiederherzustellen. So wird bei Rentnern aus Kostengründen nicht mehr das medizinisch Mögliche und Notwendige getan. Aber es ist kaum darauf ausgerichtet, die Gesundheit der Menschen zu erhalten und zu fördern. 90% der Ausgaben werden für die Erkennung und Behandlung bestehender Krankheiten verwendet, während der Anteil für Prävention und Gesundheitsförderung bei etwa 4% liegt.

Historisch kann man die Bedeutung der Gesundheitsförderung leicht belegen: Die entscheidenden Durchbrüche bei der Hebung des allgemeinen Gesundheitszustands der Bevölkerung in den letzten 150 Jahren sind auf die Verbesserungen der allgemeinen Lebensumstände wie Hygiene, sauberes Wasser, Wohn- und Ernährungssituation, Verkürzung der Arbeitszeit, Verschärfung der Arbeitsschutzbedingungen usw. zurückzuführen und nicht auf eine Verbesserung der individuellen Krankenbehandlung. Und um den Glauben an die ärztliche Kunst zu relativieren, seien folgende Zahlen aus einer US-Studie (des Instituts of Medicine der National Academy of Science in Washington) genannt: nur 4% der ärztlichen Leistungen genügen wissenschaftlichen Anforderungen, 14% liegen im Mittelfeld und für 51% gibt es überhaupt keinen wissenschaftlichen Nachweis. Eine andere Untersuchung der WHO kam 1996 zu dem Ergebnis, *„dass nur im Fall von etwa 20% aller medizinischen Leistungen eine gute empirische Evidenz für den Nutzen erbracht werden kann“* (zitiert nach isw-report 48: Gesundheit - ein Mordsgeschäft).

Gesundheitspolitik muss Gesellschaftspolitik sein

Die Konsequenz aus dieser Erkenntnis heißt: Wir brauchen eine Gesundheitspolitik, die sich als Gesellschaftspolitik versteht. Ihr Ziel muss der WHO-Definition von Gesundheit entsprechen, wo nicht nur die „bloße Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit“ erreicht werden soll, sondern ein „Zustand völligen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ angestrebt wird.

Wir brauchen dazu eine gesundheitsfördernde Umwelt, d.h. alle Infrastrukturmaßnahmen wie Verkehrsplanung, Bau neuer Wohnsiedlungen oder neuer Industrieanlagen müssen auf ihre Gesundheitsverträglichkeit geprüft werden. An erster Stelle muss die Zurückdrängung von Stress, Lärm und Umweltbelastungen im Individualverkehr und von Produktionsanlagen stehen.

Denn die Bedingungen am Arbeitsplatz, Überstunden, Schichtarbeit, Nachtarbeit, immer größere Verdichtung der Arbeit, sind verantwortlich für die Nr. 1 der Todesursachen, die Herz- und Kreislauferkrankungen, sowie den Kostentreiber der Muskel- und Skeletterkrankungen. Angst um den Arbeitsplatz, Stress und Mobbing sorgen dafür, dass immer mehr Menschen an psychischen Krankheiten leiden. Nach wie vor ist es eine Tatsache, dass ungefähr nur ein Drittel der Beschäftigten das Rentenalter erreicht. Ein weiteres Drittel stirbt vorher und ein Drittel scheidet wegen

Erwerbsunfähigkeit vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus (nach Ottmar Schreiner, sozialpolitischer Sprecher der SPD, 22.4.1992, Bundesdrucksache 12/2412 – zu diesem Thema sehr empfehlenswert: isw-report 51: Arbeit und menschliche Würde – Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Deutschland). 1992 meldete der Verband der Rentenversicherungsträger (VDR), dass seit Ende der siebziger Jahre jeder zweite Arbeiter und jeder dritte Angestellte Frühinvalide wurde und vor Erreichen des gesetzlichen Rentenalters Rente bezog.

Bei wissenschaftlichen Untersuchungen wurde dabei nachgewiesen, dass die durch Frühinvalidität aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Arbeiter und Angestellten im Verhältnis zur übrigen Bevölkerung eine deutlich geringere Lebenserwartung haben.

Angesichts solcher Tatsachen ist die Heraufsetzung des Rentenalters blanker Zynismus. Wir müssen unterstellen, dass damit gerechnet wird, dass noch mehr Menschen vor Erreichen des Rentenalters den Löffel abgeben oder Abschlüge in Kauf nehmen, weil sie dem Arbeitsdruck nicht mehr gewachsen sind. Anstelle einer für alle Arbeiter und Angestellten notwendigen Arbeitszeitverkürzung heißt es: Verlängerung der Lebensarbeitszeit!

Prävention im engeren Sinn

Der soziale Status entscheidet immer noch über die Lebenserwartung und die gesundheitlichen Chancen der Menschen. Arme Menschen sterben früher. Das ist nicht zu verändern, wenn die Individuen verantwortlich gemacht werden z.B. für falsche Ernährung, Zigarettenkonsum oder zu wenig Bewegung. Das Gesundheitsverhalten des einzelnen ist nicht Privatsache, sondern ist auf seine Existenzbedingungen zurückzuführen. Und so ist es auch nur zu ändern durch gesellschaftspolitische Lösungen und selbstverständlich auch durch Aufklärung, Kampagnen in Schulen oder im Fernsehen. Bonus- oder Malus-Systeme, wie sie jetzt im Gespräch sind, belohnen nur die, die eh schon gesundheitsbewusst leben.

Bessere Prävention und Gesundheitsförderung würden sich auch im finanziellen Bereich niederschlagen. Ca 25% der heutigen Kosten der Krankenversorgung könnten dadurch eingespart werden, schätzt Prof. Rolf Rosenbock vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Stattdessen wurden die meisten präventiven Maßnahmen aus dem Leistungskatalog der Kassen gestrichen. Ein Beispiel zeigt die Folgen: die Behandlung für Wirbelsäulenbeschwerden stiegen auf ein Vielfaches dessen, was vorher für Rückenschulungen ausgegeben wurde. Die IG Metall fordert deshalb eine Gesundheitsabgabe der Unternehmer in Höhe von 2,5 Mrd. Euro. Dieser Betrag entspricht dem Zuzahlungsvolumen, das die Versicherten neben ihren Beiträgen bereits heute zahlen müssen und ist damit ein Schritt in Richtung Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung. Die Abgabe soll zweckgebunden sein und ausschließlich der Finanzierung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dienen. Sinnvoll ist auch eine Wertschöpfungsabgabe, die sich u.a. am erwirtschafteten Gewinn eines Betriebs und nicht an den Zahlen der Arbeitskräfte orientieren soll.

Wie ist das Gesundheitswesen am besten zu organisieren zur Erreichung dieser Ziele?

Der kostensparendste Weg zur Finanzierung des Gesundheitswesens und der Verteilung auf eine größtmögliche Bevölkerung ist ein staatliches System, so urteilt der „Wanless Report“, benannt nach Derek Wanless, dem ehemaligen Chef der National Westminster Bank, also gewiss kein Sozialist. Das britische Gesundheitswesen der 50er und 60er Jahre kann denn auch zu recht vorbildlich genannt werden. Die Medikamentenpreise waren gedeckelt und die Ausgaben für Medizin betragen nicht mehr als 10% der Kosten von den Ausgaben für das Gesundheitswesen insgesamt (bei uns 16% bzw. 22%, wenn die Heil- und Hilfsmittel einbezogen sind). Heute jedoch ist der National Health Service verrufen für seine schlechten Leistungen. Denn natürlich kann auch ein staatliches System jederzeit heruntergefahren werden durch Drosselung der Finanzmittel, wenn die Beschäftigten zu schwach sind, mittels ihrer Gewerkschaften den erreichten Standard zu erhalten.

Ein anderes Beispiel bot die DDR, deren Gesundheitssystem durchaus verbesserungswürdig war, das aber auch nach Einschätzung westlicher Experten vergleichbare Leistungen wie das der BRD erbrachte - und das bei einem Viertel der Kosten! Denn dort war eine wichtige Voraussetzung für eine gute medizinische Versorgung gewährleistet: dass aus dem Gesundheitswesen niemand Profit herauschlagen konnte.

In Westdeutschland jedoch haben wir ein historisch gewachsenes anderes System, das öffentlich-rechtliche System der GKV, das durchaus ausbaufähig ist und zwar in Richtung Solidarität statt Privatisierung, Marktorientierung und Wettbewerb.

Das wichtigste durchzusetzende Ziel wäre eine einheitliche Krankenkasse für alle. Damit könnte die schädliche Konkurrenz der Kassen beseitigt werden, die Verwaltungskosten gesenkt, die Werbung entfielen ebenso wie alle Versuche, sich gegenseitig Mitglieder abspenstig zu machen. Die Versicherungspflicht muss dann auf die ganze Bevölkerung ausgedehnt werden, d.h. auch auf Beamte, Politiker, Freiberufler und Selbständige. Die Beitragsbemessungsgrenze muss deutlich angehoben werden, damit auch die Reichen sich nicht entziehen können. So wäre auch die Finanzierung selbst bei weiterhin hoher Arbeitslosigkeit auf eine bessere Grundlage gestellt.

Die Selbstverwaltungskörperschaft der Krankenkasse würde dann alles medizinische Pflegepersonal anstellen, die Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Ambulatorien, Polikliniken und Gesundheitszentren betreiben. Ärzte wie Pflegepersonal wären dort angestellt, so dass auch bei allen Ärzten Arbeitszeit und Gehalt tariflich festgelegt wären wie jetzt schon im Klinikbereich. Die riesigen Einkommensunterschiede zwischen den Fachärzten und den Haus- und Kinderärzten könnten nivelliert werden. Außerdem ist durch die Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Fachrichtungen in Gesundheitszentren, Gemeinschaftspraxen oder Polikliniken eine wesentlich bessere Qualität der medizinischen Versorgung und die gemeinsame Nutzung teurer medizinischer Geräte zu erreichen. Die Ärzte könnten sich dann endlich auf die Fähigkeit konzentrieren, möglichst nicht gebraucht zu werden statt an einem hohen Krankenstand ihrer Patienten interessiert zu sein!

Eine einzige Kasse wäre auch gegenüber der Pharmaindustrie und der Medizingerätetechnik in einer sehr viel stärkeren Verhandlungsposition und könnte

deren Anbieterdominanz mehr entgegensetzen. Die durchschnittliche Umsatzrendite der Pharmaindustrie lag nach eigenen Angaben im Jahr 2002 bei 20% (SZ 10.12.2002), bei den großen internationalen Monopolen im allgemeinen sogar bei 40-45% (nach Peter Eckert, Das Pharmakartell und der Studie des kanadischen Prof. Leo-Paul Lauzon). Das ist eine Zahl, von der viele Branchen nur träumen können! Wie finanzstark die Großkonzerne sind, zeigt sich auch daran, dass sie etwa 5 Mrd. Euro im Jahr, ca 20% ihres Umsatzes für Werbung ausgeben!

Das heißt allen Gejammers der Pharmakonzerne zum Trotz ist die Deckelung der Gewinne des medizinisch-industriellen Komplexes dringend auf der Tagesordnung. Der Staat kann z.B. Preisobergrenzen und Festbetragsregelungen einführen und die Dauer des Patentschutzes reduzieren. Unbedingt muss der Staat die Aufgabe der Kontrolle der Forschung und der Qualität der Medikamente wahrnehmen, was bei uns nur äußerst unzureichend geschieht. Überflüssige oder gar schädliche Produkte müssen vom Markt genommen werden können. Denn mindestens 3,5 Mrd. Euro werden jährlich in Deutschland für unwirksame oder zu teure Medikamente ausgegeben. Bei 788 angebotenen Präparaten sind Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nicht nachgewiesen. Nur die Hälfte der angebotenen Pharmazeutika ist amtlich zugelassen (nach „Metall“ 12/2001). Während in Deutschland 55.000 Medikamente auf dem Markt sind, mehr als in jedem andern Land der Welt, sind es in Dänemark dank Positivliste nur 4.600, in Portugal 4.500. Und je mehr Medikamente auf dem Markt sind, desto teurer sind sie, weil es billiger ist, weniger Medikamente herzustellen als viele, die sich in ihrer Zusammensetzung unterscheiden. Die Positivliste muss endlich her!

Zusammengefasst: Eine Zentralisierung des Gesundheitswesens würde seine Finanzen auf eine sichere Grundlage stellen, die Kosten senken und damit die Möglichkeit für eine angemessene Bezahlung des medizinischen Personals sowie für eine Verbesserung der Qualität bieten.

Aktuelle Aufgaben

Gemessen an dem, was gegen uns durchgesetzt werden soll, müssten die Aufgaben für uns als Gewerkschafterinnen und Gewerkschafter eigentlich klar sein. Aber ganz offensichtlich ist es nicht so. Die Vorstände unserer verschiedenen Gewerkschaften sind sich immer noch nicht einig. Und obwohl sie jetzt der Regierung wenigstens Paroli bieten, ist die Verzettelung des Widerstands äußerst schädlich und lässt eine Kompromisslinie immer noch offen.

Ich meine, es ist genug gesprochen. Wir müssen handeln, wenn wir als Gewerkschafterinnen und Gewerkschafter überhaupt noch ernst genommen werden wollen. Die Kundgebungen in Berlin von ver.di am 17.5. und der IGM in Nürnberg am 24.5. sind gute Ansätze, beteiligen wir uns zahlreich daran!

Aber selbst die Minimalforderung der Verteidigung der paritätischen Finanzierung und des solidarischen Prinzips sowie des bisherigen Renteneintrittsalters wird nur mit einer Massenmobilisierung zu erreichen sein, die weit über unsere Mitgliedschaft hinausgeht, d.h. auch Antiglobalisierungsgegner und Sozialverbände mit einbezieht. Und es wird auch nicht ohne Streik abgehen. 1996 konnten erst die Streiks in der

Metallindustrie in Baden-Württemberg die Verschlechterungen bei der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall abwenden - und diesmal ist der Angriff noch gewaltiger. Nicht nur die streikerfahrenen Beschäftigten in Frankreich, sondern auch die Arbeiter und Angestellten in Österreich machen uns mit ihrem Streik gegen die Rentenreform jetzt etwas vor!

Zurückweichen hat den Gewerkschaften nie genützt, das ermuntert die Unternehmer nur zu weiteren Vorstößen: das hat zuletzt die Zustimmung zur Riester-Rente wie zu den Hartz-Gesetzen gezeigt! Die da oben können nur das durchsetzen, was wir unten zulassen!

Gehen wir auf die Straße für diese Forderungen, mobilisieren wir unsre Kolleginnen und Kollegen in den Betrieben. Es explodiert in diesem Land so einiges, aber sicher nicht die Kosten des Gesundheitswesens, die seit über zwanzig Jahren stabil geblieben sind. Es ist an der Zeit, dass endlich wir explodieren!