

9. isw-forum

Gesundheit – ein Mordsgeschäft



ver.di

Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft e.V.
Landesbezirk
Bayern

ISW _____ **REPORT NR.48**

institut für sozial-ökologische wirtschaftsforschung münchen e.V.

Schutzgebühr: 2,50 Euro

Inhalt

Vorwort	1
Die ReferentInnen	2
Prof. Dr. Hans-Ulrich Deppe: Zur neoliberalen Anatomie des Gesundheitssystems – Neoliberalismus und Gesundheitspolitik	3
Dominik Schirmer: Mythen, Ideologien und "Geheimoperationen" – Die Gesundheitspolitik der Bundesregierung	9
Prof. Dr. Horst Spar: Das Märchen von der Unbezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung	14
Prof. Dr. Peter Eckert: Gesundheit unter dem Profitdiktat des Pharmakartells	19
Steffi Nitschke: Privatisierungsbestrebungen – am Beispiel Klinikum Kassel	23
Anhang: Das "Kanzleramtspapier", Gesundheitsausgaben, Kassenkampf, Kapitaldeckung im Gesundheitswesen	27

Impressum

isw-report 48, September 2001

Herausgeber: isw – institut für sozial-ökologische wirtschaftsforschung e.V.
80639 München, Johann-von-Werth-Str. 3, Tel. 089/130041 Fax: 168 94 15
email: isw_muenchen@t-online.de, <http://www.isw-muenchen.de>

Konto: Sparda Bank München, Konto-Nr. 98 34 20 (BLZ 700 905 00)

Mitherausgeber: ver.di e.V. Landesbezirk Bayern

Redaktion und verantwortlich im Sinne des Presserechts: Fred Schmid

Layout: Monika Ziehaus

Titelgrafik: Bernd Bücking

Redaktionsschluss: 18. August 2001

Eigendruck im Selbstverlag

Schutzgebühr: 2,50 EUR

Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit vorheriger Genehmigung des isw e.V.

Vorwort

"Gesundheit" steht heute vielschichtig im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion. Stichworte wie Embryonenforschung und Gentechnik, BSE und Maul- und Klauenseuche, Zukunft des Gesundheitswesens und Gesundheitsreform mögen zur Verdeutlichung genügen.

Vor allem ist der Gesundheitsbereich ein schwergewichtiger ökonomischer Faktor, mit dem sich vielfache Interessen verknüpfen: Knapp eine halbe Billion Mark an Gesundheitsausgaben (11 Prozent des Sozialprodukts), fast 250 Milliarden DM allein im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), vier Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen ... – das beinhaltet in einem kapitalistischen System per se die Gefahr, dass Gesundheit von einem Gut zur Ware wird und vorrangig unter dem Profit- bzw. Kostenaspekt betrachtet wird. Mit dem neoliberalen Umbau der Gesellschaft und der damit verbundenen Erosion der Sozialsysteme ist diese Gefahr akut geworden.

Nach der Wahl 2002 will die Bundesregierung das Gesundheitssystem radikal "kurieren". Wie bei der Rente, soll sich der Bürger stärker an den Kosten beteiligen. Was im Kanzleramt vorerst noch in der Schublade liegt, forderte Arbeitgeberpräsident Hundt bereits offen: Reduzierung der medizinischen Versorgung auf einen "Grundstandard". Wer mehr Gesundheit will, soll sich medizinische Leistungen hinzukaufen. Im Klartext heißt das: Abbau von Leistungen, Aufgabe des Solidarprinzips und Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherung. Die Allianz-Versicherung/Tochter Vereinte Krankenversicherung geht noch weiter und fordert die totale "Kapitaldeckung im Gesundheitswesen".

Aufklärung und Widerstand tun Not! Gesundheit ist ein Gut und keine Ware.

Das 9. isw-forum "Gesundheit – ein Mordsgeschäft" ist unser Beitrag zur Diskussion. In diesem isw-report veröffentlichen wir die Beiträge der ReferentInnen und fügen einen kurzen Fakten-Anhang hinzu.

Die ReferentInnen

Professor Dr. Hans-Ulrich Deppe

Hans-Ulrich Deppe ist Professor für Medizinische Soziologie und Sozialmediziner. Seit 1972 lehrt und forscht er am Universitätsklinikum der J.W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Er ist Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie.

Neben zahlreichen anderen Publikationen erschien 2000 im VAS-Verlag sein Buch "Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems – Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland". ISBN 3-88864-304-x, 287 Seiten, 36,80 DM. www.vas-verlag.de

Dominik Schirmer

Dominik Schirmer ist Sekretär des Gewerkschaftszusammenschlusses ver.di und Leiter des Fachbereichs Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen im Landesbezirk Bayern.

Professor Dr. Horst Spaar

Horst Spaar ist Mitglied der Interessensgemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V. in Berlin und Verfasser zahlreicher Veröffentlichungen zum Thema. Hauptbetätigungsfeld der Interessensgemeinschaft, die seit Oktober 1991 besteht, ist die Durchführung wissenschaftlicher Veranstaltungen.

Professor Dr. Peter Eckert

Peter Eckert war mehr als zwanzig Jahre als Arzt an verschiedenen Krankenhäusern tätig, zuletzt als Chefarzt in der Chirurgischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Saarbrücken. Seit 1985 arbeitete er in der Forschung der Pharmazeutischen Industrie, zuletzt von 1989 bis 1996 bei der Bayer AG. Peter Eckert lebt in Bonn.

1998 erschien im VSA-Verlag sein Buch "Das Pharmakartell". ISBN 3-87975-721-6, 278 Seiten, 34,80 DM. www.vsa-verlag.de

Steffi Nitschke

Steffi Nitschke, Krankenschwester, ist Betriebsratsmitglied und ÖTV-Vertrauensleutesprecherin am Klinikum Kassel

Hans-Ulrich Deppe

Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems – Neoliberalismus und Gesundheitspolitik

In vielen Bereichen des öffentlichen Sektors unserer Gesellschaft finden gegenwärtig Veränderungen statt, die mit marktwirtschaftlichen Instrumenten gesteuert werden sollen. Das betrifft auch die Krankenversorgung. Grundlage der Krankenversorgung sind freilich immer ökonomische Determinanten. Doch wo sind die ökonomischen Grenzen, wo werden politische oder ethische Fragen gesellschaftsbestimmend? Die um sich greifende, bruchlose und unkontrollierte Übertragung ökonomischer Gesetze und Instrumente auf außerökonomische Sachverhalte und Probleme wird als *Ökonomisierung* bezeichnet. An ihr wird zurecht kritisiert, dass die Menschen, die davon betroffen sind, auf das Konstrukt des *homo oeconomicus* reduziert werden.¹⁾ 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 unterliegt der Gefahr, ihre Grenzen zu sprengen und zur Norm des menschlichen Zusammenlebens insgesamt zu werden, wenn sie das gesellschaftliche Ganze ihren Imperativen subsumiert. Und unter den hegemonialen Bedingungen von Kapital, Markt und Konkurrenz reduziert sich dann Gesellschaft auf das Konstrukt einer *Marktgesellschaft*. Zu fragen ist deshalb nach dem jeweils spezifischen Modell von Ökonomie, das den historisch vermittelten Herrschaftsstrukturen zugrunde liegt.

Gesundheit oder Krankheit kann als Ganzes nicht den Charakter einer marktfähigen Handelsware annehmen. Das hängt unter anderem mit folgenden Besonderheiten zusammen:

- Bei Gesundheit handelt es sich um einen lebensnotwendigen Gebrauchswert. Es 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 inanspruchzunehmenden Leistungen selbst zu bestimmen. Krankheit ist ein von den Individuen kaum steuerbares Ereignis sondern ein *allgemeines Lebensrisiko*.
- Die *Konsumentensouveränität* ist im Gesundheitswesen deutlich eingeschränkt.
- Der nachfragende Patient wird mit dem Monopol des ärztlichen Wissens konfrontiert. Es besteht *Anbieterdominanz*.
- Die Nachfrage des Patienten als Konsument erfolgt zunächst unspezifisch und wird erst durch die Kompetenz eines medizinischen Experten definiert und spezifi-

ziert. 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 (Indikationsstellung, Evidence based medicine).

- Der Patient befindet sich durch sein Kranksein in einer Position der Unsicherheit, Schwäche, Abhängigkeit und *Hilfsbedürftigkeit* in Verbindung mit Angst und *Scham*.



Prof. Deppe beim 9. isw-forum

Schon die Beschreibung des Verhältnisses von Markt und Patient macht offensichtlich, 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 hervorbringen können, sind hier insuffizient. 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. Und richtungweisende Entscheidungen müssen hier politisch gefällt werden.

Innerhalb des heute hegemonialen Modells von Ökonomie ist deutlich zwischen einer betriebswirtschaftlichen und einer gesamtwirtschaftlichen Rationalität zu unterscheiden. Denn was für den 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 Unternehmen solange ausgeklammert und vernachlässigt werden, bis das Gemeinwesen unter gesamtwirtschaftlichen und sozialen Aspekten interveniert. 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 mikroökonomischer Sicht unwirksame oder gar gefährliche gesundheitliche Dienstleistungen den gleichen Gewinn erbringen können, wie wirksame und nützliche.²⁾

Der primäre Ort von Krankheit ist die Intimsphäre

Der primäre Ort des gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheit ist die Intimsphäre, die als der abgeschirmte Kern des Privaten beschrieben wird. Beim Arzt-Patient-Verhältnis³⁾ handelt es sich um spezifische soziale Beziehungen, die Menschen miteinander eingehen, welche nicht in der Öffentlichkeit der bürgerlichen Gesellschaft liegen. Und die Merkmale des Intimen widersprechen der geforderten Transparenz des Marktes konstitutiv. Gleichwohl können wir feststellen, dass sich die traditionellen Zuordnungen zu den einzelnen Sphären der Gesellschaft seit Anfang der 70er Jahre verändern. Das Intime ist stärker öffentlich geworden. Zu denken ist dabei vor allem an den Umgang mit sexuellen Fragen, psychischen Problemen und der persönlichen Betroffenheit durch Krankheit. Man spricht darüber – auch öffentlich. Die Selbsthilfebewegung hat dabei eine nicht unbedeutende Rolle gespielt. Parallel zu dieser Entwicklung kommt es auch zu einer Veränderung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Seiner Herkunft nach ist es paternalistisch und autoritär strukturiert. Hier gilt der Arzt als Anwalt eines unmündigen Patienten. Die Veränderung dieses Verhältnisses geht zwar langsam, aber offensichtlich in eine Richtung, die mehr partnerschaftlich orientiert ist. Dabei bekommen Mitbestimmung und Mitverantwortung, aber auch Information und Kontrolle zunehmend Bedeutung. Der Arzt als "Anwalt" wird immer mehr zum "Treuhand".⁴⁾

Die Arzt-Patient-Beziehung ist asymmetrisch

In der Medizinsoziologie gilt die Arzt-Patient-Beziehung nach wie vor als eine asymmetrische. Unterschiedliche Wissensverteilung und instrumentelle Fähigkeiten, einseitige fachliche und soziale Kompetenzen bis zur Verordnung von Sanktionen statt der soziale Position des Arz-

tes mit der Macht des Experten aus. Nur – ob und wie der Arzt diese professionelle Macht einsetzt, hängt wesentlich von externen Einflüssen ab. Dabei spielt eine nicht unerhebliche Rolle, welchen Stellenwert z.B. die professionelle Macht bei der Gestaltung des eigenen Einkommens hat, nach welchen Kriterien Überweisungen und Verordnungen vorgenommen werden oder was die ausgesprochenen und unausgesprochenen Richtlinien der Indikationsstellung sind. In der ambulanten Versorgung ist die Konkurrenz seit langem ein nicht zu unterschätzender externer Faktor. Es ist bekannt, dass die "Klientenzentrierung" der Ärzte steigt, je stärker die Konkurrenz um Patienten einkommenswirksam wird. Die Anpassungsbereitschaft der Kassenärzte ist dabei nahezu grenzenlos, ob es sich um die Standortwahl ihrer Praxis, Sprechzeiten, die Anzahl der behandelten Patienten, Arzneimittelverordnungen, Verschreibungen bis hin zu therapeutischen Anwendungen handelt, von denen bekannt ist, dass sie nicht nur unwirksam, sondern gelegentlich sogar schädlich sind.

Ermessensspielraum, Indikationsstellung und Fehldiagnosen

Woher kommt es also, dass Ärzte in ihren Entscheidungen so flexibel sein können? Es ist nicht nur ihre Stellung in der ambulanten Versorgung als Unternehmer, auch im Krankenhaus mit seinen abhängig Beschäftigten ist das Spektrum medizinischer Entscheidungen breit. Ein wesentlicher Grund dafür ist offenbar die *begrenzte Wissenschaftlichkeit* der angewandten Medizin mit ihrer notwendigen Orientierung auf den "Einzelfall". Ein weiterer Grund ist der *Zwang zur Praxis*. Er konfrontiert die Medizin konstitutiv mit den Unwägbarkeiten der menschlichen Wirklichkeit, die sich auch mit mathematischer Zuverlässigkeit nur bedingt erfassen und in standardisierte Handlungsbezüge integrieren lassen. 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. Das betrifft nicht nur die Indikationsstellung, also die Begründung für die angemessene Anwendung eines bestimmten Heilverfahrens, sondern auch die unterschiedlichen Methoden, mit denen solche ärztlichen Maßnahmen durchgeführt werden können. Damit korrespondiert einerseits die rechtlich fixierte Therapiefreiheit des einzelnen Arztes und andererseits, dass ein nicht-indizierter Eingriff den rechtswidrigen Tatbestand der Körperverletzung erfüllen kann.

Die begrenzte Wissenschaftlichkeit der angewandten Medizin manifestiert sich offensichtlich auch in einer keineswegs vernachlässigbaren Häufigkeit von Fehldiagnosen. Ähnlich wie an der Harvard Medical School kam an der 1. Medizinischen Universitätsklinik in Kiel eine Untersuchung anhand von Obduktionen zu dem Ergebnis: Zwischen 1959 und 1989 bewegte sich die Rate der Fehldiagnosen zwischen 7 und 12 Prozent. Des Weiteren konnte in 25 Prozent der Fälle eine nicht gestellte Diagnose nachgewiesen werden. Die häufigsten diagnostischen Irrtümer waren Lungenarterienembolien, Myokardinfarkte, Malignome und Infektionen.⁵⁾ In europäischen Universitätskliniken stehen 35 bis 40 Prozent der als todesursächlich vermuteten pathogenetischen Pro-

zesse in deutlicher Diskrepanz zum Ergebnis klinischer Obduktionen. Bei diesen Fällen seien die klinischen Diagnosen nicht völlig falsch, aber doch korrekturbedürftig, ergänzungsbedürftig und insgesamt verbesserungswürdig. Trotz dieser Erkenntnis ist die Häufigkeit von Sektionen in Deutschland erheblich zurückgegangen. Die Obduktionsrate aller in deutschen Krankenhäusern verstorbenen Patienten betrug 1980 14,6 Prozent und 1995 nur noch 1,2 Prozent.⁶⁾

Das Institute of Medicine der National Academy of Science in Washington kommt noch zu viel weitreichenderen Ergebnissen. Es geht davon aus, dass nur etwa 4 Prozent aller medizinischen Dienstleistungen, die täglich erbracht werden, dem Anspruch auf wissenschaftliche Nachweisbarkeit (Evidence) genügen. 45 Prozent der Gesundheitsleistungen bewegten sich im Mittelfeld und für 51 Prozent gebe es überhaupt keinen wissenschaftlichen Nachweis im engeren Sinn.⁷⁾ Eine andere Schätzung vertritt, dass lediglich 10 bis 20 Prozent aller Therapieempfehlungen auf "harten" wissenschaftlichen Daten beruhen.⁸⁾ Und ein Expertengremium der WHO kam 1996 zu dem Ergebnis, "dass nur im Fall von etwa 20 Prozent aller medizinischen Leistungen eine gute empirische Evidenz für den Nutzen erbracht werden kann, während im Bereich der übrigen 80 Prozent ein stufenloser Übergang von mehr oder weniger stark plausibler Evidenz bis hin zu gar keiner Evidenz zu konstatieren sei".⁹⁾

Die Internistenzeitschrift *Medizinische Klinik* ließ die in ihr zwischen 1979 und 1996 publizierten 132 Originalarbeiten, in denen die Ergebnisse kontrollierter Studien mitgeteilt wurden, überprüfen. Die untersuchten Arbeiten erfüllten die Anforderungen an methodisch hochwertige kontrollierte Studien "nicht oder nicht befriedigend". Nur in sechs von 132 Arbeiten gab es beispielsweise Angaben über Fallzahlplanungen, eine Voraussetzung, um überhaupt statistisch bedeutsame Aussagen machen zu können.¹⁰⁾

Unterschiedliche ärztliche Entscheidungen

Dieses personenbezogene, unsichere, sensible und komplexe Feld ist anfällig für Außeneinwirkungen. Geld, Konkurrenz, juristische Absicherung, Karriereabsichten, wirtschaftliche Existenz- und Arbeitsplatzängste haben deshalb 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 gekämpft.¹¹⁾ Es gibt zahlreiche Beispiele dafür, dass sich unterschiedliche ärztliche Entscheidungen bei gleicher oder ähnlicher Morbiditätslage nicht mit "medizinischem Sachverstand" erklären lassen.

Von vielen Ärzten wird der Widerspruch zwischen ökonomischen Zwängen und einzelfallabhängiger Patientenversorgung noch als grundlegend unvereinbar miteinander wahrgenommen. Utilitaristischen Denkmodellen entlehnte Kosten-Nutzen-Kalküle stoßen noch immer auf eine äußerst geringe Akzeptanz. Gleichwohl ist festzustellen, dass außermedizinische Selektionskriterien in die Entscheidungen von Ärzten eingehen. In einer Studie zu diesem Thema heißt es: "Zu beobachten ist eine schlechende Anwendung von Altersgrenzen, weitere Kriterien sind Versichertenstatus, Beruf, Bildung und sozialer Sta-

tus. Doch mit den Worten eines Gesprächspartners: "Das würde nie jemand offen sagen. Keines dieser Kriterien ist durch moralische, rechtliche oder medizinische Legitimationsmuster gestützt."¹²⁾ Noch ist in Deutschland das vorgeschriebene Verteilungskriterium die "medizinische Notwendigkeit". Diese ist allerdings nicht nur eine biologische Größe, sondern wird auch – und zwar nicht unwesentlich – von verteilungspolitischen und normativen Prämissen sowie dem jeweils spezifischen gesellschaftlichen Kontext geprägt.

Das medizinisch Notwendige

Mit der "medizinischen Notwendigkeit" von Leistungen in der Krankenversorgung wird die Medizin als Wissenschaft angesprochen, denn "Qualität und Wirksamkeit der (GKV-) Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen".¹³⁾ Diese Formulierung des Sozialgesetzbuches geht zurück auf eine schon frühe und bis heute geltende Rechtsprechung, die besagt, dass Krankheit als ein Zustand zu verstehen ist, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung zur Folge hat. Dadurch wird die Definitionsmacht dessen, was medizinisch notwendig ist, weitgehend der ärztlichen Profession übertragen. Sie steht allerdings in einem engen Zusammenhang mit dem "Wirtschaftlichkeitsgebot".¹⁴⁾ Und hier heißt es: "Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen." D.h., was medizinisch notwendig ist, wird von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt. Was nicht notwendig ist, muß der Versicherte selbst bezahlen.

Im Hintergrund der Debatte um das medizinisch Notwendige steht auch die aktuelle gesundheitspolitische Frage, ob sich der derzeit noch für alle Krankenkassen einheitliche Leistungskatalog in einen "Grund- und Wahlleistungsbereich" zweiteilen lässt. Die Liste der Wahlleistungen könnte dann dem Wettbewerb unter den Bedingungen der "Selbstbeteiligung" preisgegeben werden. Alle ernsthaften Definitionsversuche in dieser Richtung sind allerdings bisher gescheitert. Mit der Limitierung kassenärztlicher Einkommen durch Praxisbudgets (1997) ist ein offener Streit innerhalb der Kassenärzte entbrannt, was notwendig ist und was darüber hinausgeht, was also die Krankenkasse bezahlt und was zusätzlich von dem Kassenpatienten zu bezahlen ist. Leistungen, die früher als notwendig galten und folglich keine Zuzahlung erforderten, sollten nun auf einmal nicht mehr notwendig sein.

Ermessensspielraum und Notwendigkeit bilden den Nerv einer Diskussion, die um "überflüssige Operationen", unnötige Herzkatheder und Ballondilatationen der Herzkranzgefäße (PTCA) oder vermeidbare Krankenhausaufnahmen geführt wird. Abhilfe sollen rationale und überprüfbare Kriterien durch Leitlinien, Richtlinien, Standards bis hin zu einer evidenzbasierten Medizin schaffen, die zum Ziel haben, die pragmatische ärztliche Erfahrung durch wissenschaftlich gesicherte Forschungsergebnisse zu ersetzen.

Vertrauens- oder Vertragsverhältnis

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 tiefgreifend verändern. Das auch heute schon brüchige Vertrauensverhältnis¹⁵⁾ 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 essentieller 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.

Verträge dagegen sind Ausdruck der jeweiligen Rechtsordnung. Sie stellen übereinstimmende Willenserklärungen mit vereinbarten gegenseitigen Verpflichtungen dar. Insbesondere die Entwicklung des 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 auf ihren eigenen Vorteil aus.

Bei einer ärztlichen Behandlung wird die Rechtsbeziehung zwischen Arzt bzw. Krankenhaus und Patienten heute durch die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs, die Rechtsprechung und das Sozialgesetzbuch bestimmt. Die Leistung, die der Arzt für den Patienten erbringt, besteht in seinem Bemühen um Hilfe und Heilung. Sie führt zwar nicht immer zu dem gewünschten Heilungserfolg, der auch vom Arzt nicht verlangt werden kann. Der Arzt schuldet dem Patienten vielmehr eine Behandlung nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft. Obwohl der Arzt zu Aufklärung verpflichtet ist und den Patientenwillen zu respektieren hat, willigen Patienten häufig in die vom Arzt vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen ein, ohne ihr Risiko voll zu durchschauen. Der Patient vertraut in dieser Situation dem Arzt gutgläubig.

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*.¹⁶⁾ 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*. Sie orientieren sich immer mehr an dem, was Patienten /Versicherte 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.

Zufriedenheit des Patienten als Richtschnur ärztlichen Handelns

Auf welchem unsicherem Boden sich die Ausrichtung ärztlichen Handelns an dem subjektiven Merkmal der Zufriedenheit bewegen kann, lässt sich u.a. an der ärztlichen Verschreibung von Arzneimitteln verdeutlichen. Ärzte verweisen in diesem Zusammenhang nicht selten auf die Erwartungshaltung ("Begehrlichkeit") ihrer Patienten. Viele Kranke verlangten Medikamente. Sie setzten Ärzte fordernd unter Druck. Wenn sie kein Rezept erhielten, seien sie unzufrieden und fühlten sich schlecht behandelt. Inwieweit diese Einschätzung die Verordnung von Medikamenten beeinflusst, untersuchten Anfang der 90er Jahre zwei vergleichbare Studien in Australien und England. Dabei wurde eine verblüffende Beobachtung gemacht: Höher noch als die Erwartungshaltung der Patienten war die Meinung der Ärzte darüber, ob ihre Patienten ein Medikament wünschen. Waren nämlich die befragten Allgemeinärzte der Meinung, dass ihre Patienten eine Arzneimittelverschreibung erwarteten, so erhielten diese eine 10mal höhere Verschreibungsrate als die Patienten, von denen die Ärzte annahmen, dass sie keine Verschreibung erwarteten.¹⁷⁾ Allerdings waren die Erwartungen der Patienten und die Einschätzung der Ärzte keineswegs identisch. Die Fehleinschätzung der Ärzte war nicht unerheblich. So wollten 13 Prozent der Patienten, denen Ärzte eine Erwartungshaltung unterstellten, keine Arzneimittelverschreibung.¹⁸⁾

Das Phänomen der Zufriedenheit hat sich inzwischen in den entwickelten Industrieländern als eine "Kultur der Zufriedenheit" ausgebreitet, die heute – insbesondere in den USA – die Haltung der Mehrheit und nicht mehr der Minderheit darstellt, schreibt *J. K. Galbraith*.¹⁹⁾ Aus der Geschichte könne gelernt werden, "dass einzelne Personen – aber auch Gruppen – die im Hinblick auf ihre wirtschaftliche, soziale und politische Lage begünstigt sind, sämtliche sozialen Werte und jegliche politische Kontinuität dem System zuordnen, von dem sie selbst am meisten profitieren. Diese Zuordnung erfolgt auch dann, wenn es schlagende Beweise dafür gibt, dass das Gegenteil richtig ist. Es ist allein der Glaube der Begünstigten, der diese anhaltende, aber an kurzfristigen Zielen ausgerichtete Zufriedenheit hervorruft und dafür sorgt, daß sich die ökonomischen und politischen Vorstellungen der Zeit dem anpassen. Es gibt einen sehr aufnahmebereiten politischen Markt für das, was uns zufriedenstellt und absichert. Und es wird immer soziale

Gruppen geben, die diesen Markt bedienen und seine Früchte in Form von Geld oder öffentlichem Applaus ernten." 20)

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. Auf seiten der Patienten werden Leistungen dann stärker unter dem Gesichtspunkt der Einklagbarkeit (Kunstfehler-Prozesse) und der Kontrolle (second opinion) gesehen. Es wird eine Gewährleistungspflicht erwartet. Das Kostenbewusstsein der Patienten wird steigen, insbesondere wenn daran die Höhe ihrer Versicherungsbeiträge geknüpft ist. Andererseits wird sich aus Furcht vor Haftungsansprüchen die "Absicherungsmedizin" ("defensive Medizin") ausweiten, d.h. es werden immer mehr diagnostische Maßnahmen durchgeführt, auch wenn sich daraus keine wissenschaftlich vertretbaren therapeutischen Konsequenzen ergeben. Das Wort vom "diagnostischen Overkill" macht bereits seit einiger Zeit die Runde.

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 als handlungsleitendes Entscheidungsziel gelten, werden es unter den Bedingungen der Konkurrenz immer stärker ökonomische Kriterien. Sie werden gleichsam zum Maßstab von "Triage".

Ethische Aspekte

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? Oder ist dem Arzt gerade mitgeteilt worden, dass sein Budget bereits überschritten ist? Damit zeichnet sich die Grenze betriebswirtschaftlicher Rationalität in der Krankenversorgung ab, die dann vielleicht noch rentabel ist, aber nicht mehr dem Gesellschaftsvertrag 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*. 21)

Die zunehmende Kommerzialisierung scheint aber nicht nur für die praktische Seite der Medizin zum Problem zu werden, sondern auch für die Forschung am Menschen. So vertritt *Jeffrey Baker* vom Albright College in Pennsyl-

vania die begründete These, dass offenbar nicht wenige Wissenschaftler es an der erforderlichen Sorgfalt fehlen lassen. Die Rechte der Patienten seien nur unzureichend geschützt. Nicht ohne Grund wären nach dem aufsehenerregenden Todesfall eines jungen, mit einer Genfahre behandelten Mannes an einigen amerikanischen Einrichtungen Forschungsprojekte ausgesetzt oder gar untersagt worden. Die Ursache für diese Entwicklung sieht er wie viele andere in der zunehmenden Kommerzialisierung der medizinischen Forschung. Ergebnisse müssten in kürzester Zeit erzielt werden. Ausführliche und faire Aufklärung der sogenannten Probanden hingegen koste Zeit und könne Patienten am Ende abschrecken. Andererseits seien viele Wissenschaftler finanziell an den Firmen beteiligt, deren Produkte sie in klinischen Studien untersuchten. Sie hätten ein unmittelbares Interesse, viele "Probanden" in Studien einzubringen. 22)

Dieser hier entfaltete Diskurs fortschreitender Entfremdung in der Beziehung zwischen Arzt und Patient und in der Forschung unter den Bedingungen ihrer Kommerzialisierung lässt sich nach *Jürgen Habermas* auch für die Gesellschaft insgesamt feststellen. Er schreibt:

"Entfremdungseffekte entstehen vornehmlich dann, wenn Lebensbereiche, die funktional auf Wertorientierungen, bindende Normen und Verständigungsprozesse angelegt sind, monetarisiert und bürokratisiert werden." Und weiter heißt es: "Eine wachsende gesellschaftliche Komplexität bewirkt noch nicht per se Entfremdungseffekte. Sie kann ebenso die Optionsspielräume und Lernkapazitäten erweitern ... Soziale Pathologien ergeben sich erst in der Folge einer Invasion von Tauschbeziehungen und bürokratischen Regelungen in die kommunikativen Kernbereiche der privaten und öffentlichen Sphären der Lebenswelt. Diese Pathologien sind nicht auf Persönlichkeitsstrukturen beschränkt, sie erstrecken sich ebenso auf die Kontinuierung von Sinn und auf die Dynamik der gesellschaftlichen Integration." 23)

Zur Zeit befinden wir uns also in einer schwierigen, zum Teil unübersichtlichen Situation. Es herrscht ein Klima, das vor allem von zwei Strömungen geprägt wird:

Die Erkenntnisse der naturwissenschaftlichen Medizin über den Zellkern und molekularbiologische Zusammenhänge sowie daraus folgende Überlegungen für therapeutische Eingriffe sind beeindruckend. Die Medizintechnik scheint bisher unüberwindliche Grenzen zu sprengen. Unter diesen medienwirksamen Ereignissen beginnt sich das gesellschaftliche Verständnis von Krankheit und Gesundheit zu verschieben – freilich mit großen Problemen.

Die andere Seite ist die ökonomische Entwicklung im Gesundheitswesen. Inzwischen wird in fast allen Bereichen unseres Gesundheitssystems fieberhaft nach Möglichkeiten des Einsatzes von Marktmechanismen, wirtschaftlicher Konkurrenz und betriebswirtschaftlichen Konstrukten gesucht. Damit droht das ärztlich indizierte Notwendige der ökonomischen Rentabilität als Hauptkriterium medizinischen Handelns zu weichen.

Die Kombination von Biologie und Ökonomie kann zu fatalen Folgen führen, wenn sich das Menschenbild auf den "homo biologicus" und den "homo oeconomicus" reduziert. Ich möchte hier gar nicht die spezifischen Erfahrungen unserer Geschichte bemühen, weil sich heute diese Beziehungen in einem anderen Licht, unter anderen politischen Bedingungen, darstellen. Aber ich denke,

es ist Aufgabe sich dieser Entwicklung bewusst zu werden und auf die Gesundheitspolitik in der Weise einzuwirken, dass das Gemeinwesen vor einer unkontrollierten und selbstbestimmten Kombination von Biologie und Ökonomie geschützt wird.

Für mich ergibt sich aus diese Problemlage, dass es in einer Gesellschaft am Gemeinwohl orientierte *Schutz-zonen* 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 Umgang mit vulnerablen Gesellschaftsgruppen, an vulnerable soziale Gesellschaftsziele wie Solidarität und soziale Gerechtigkeit oder an vulnerable Kommunikationsstrukturen. Sie bilden gleichsam den Kernbestand des europäischen Sozialmodells.

Dabei geht es zunächst um die Akzeptanz dieser Qualität. Die Quantität, die Größe und der Umfang solcher gemeinwohlorientierten Schutzzonen, ist abhängig von der jeweiligen Kampfkraft der gesellschaftlichen Gruppen, die dafür eintreten. Für meine wissenschaftliche Arbeit konzentriert sich das 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.*

Quellen

- 1) R. Dahrendorf, Homo sociologicus, Köln 1961, S. 8.
- 2) Vgl. N. Schmacke, Konzentration auf die "wirklich wichtigen Leistungen?", in: Die Ersatzkasse, H. 11, 1997, S. 398.
- 3) H.-U. Deppe, Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, Frankfurt a.M. 2000, S. 209-258.
- 4) T.C. James, The Patient-Physician Relationship: Covenant or Contract? In: Mayo Clin. Proc., Vol. 71, 1996, S. 917-918.
- 5) Ch. Schafii, W. Kirch, Thema: Fehldiagnosen, in: Der Kassenarzt, Heft 40, 1993, S. 34f. Es gilt dabei zu berücksichtigen, daß in Universitätskliniken die Patienten mit den schwersten und kompliziertesten Krankheiten liegen. Und Autopsien werden vor allem bei unklaren Diagnosen vorgenommen.
- 6) E B, Obduktionen – Bedenklicher Rückgang, in: Dt. Ärzteblatt, H. 13, 2000, S. 685
- 7) Nach: M.J.Field, K.N. Lohr (Hrsg.), Guidelines For Clinical Practice: From Development to Use, Washington 1992.
- 8) R. Volkert, Der lange Weg in die Praxis, in: Dt. Ärzteblatt, H. 27, 1998, S. 1368.
- 9) Die Ortskrankenkasse, H. 17-18, 1997, S. 563.
- 10) Deutsches Ärzteblatt, H. 13, 1999, S. 639.
- 11) R. Flöhl, Die Chirurgie kämpft um Marktanteile, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 14. April 1999.
- 12) 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.
- 13) §2 SGB V.
- 14) §12 SGB V.
- 15) St. Busse, Chr. Schierwagen, Vertrauen, in: J. Sandkühler (Hrsg.), Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften, Hamburg 1990, Bd. 4, S. 719ff.
- 16) 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.
- 17) J. Cockburn, S. Pit, Prescribing Behaviour in Clinical Practice: PatientsExpections and DoctorsPerception of PatientsExpectations - a Questionary Study, in: BMJ, Vol. 315, 1997, S. 521.
- 18) N. Britten, O. Ukoumune, The Influence of PatientsHopes of Receiving a Prescription on DoctorsPerception and the Decision to Prescribe: a Questionnaire Survey, in: BMJ, Vol. 315, 1997, S. 1509. Zu ähnlichen Ergebnissen für Deutschland kommt: E. Lippert-Urbanke, Primärärztl. Arzneimittelverordnung: Wechselseitige Erwartungen von Arzt und Patient, Diss.med. Universität Göttingen 1997.
- 19) J.K. Galbraith, Die Herrschaft der Bankrotteure, Hamburg 1992, S. 21ff.
- 20) Ebenda, S.12.
- 21) H.-U. Deppe, Vor einer Kulturwende in der Medizin, in: Soziale Sicherheit, H. 5, 1999, S. 183-185.
- 22) St. Sahn, Patienten nur unzureichend geschützt, in: Frankfurt Allgemeine Zeitung vom 15. November 2000.
- 23) J. Habermas, Die postnationale Konstellation, Frankfurt a.M. 1998, S. 227f.



Prof. Deppe während der Diskussion beim 9. isw-forum. Rechts: Hubert Thiermeyer, Mitarbeiter des isw e.V.

Dominik Schirmer

Mythen, Ideologien und "Geheimoperationen" Die Gesundheitspolitik der Bundesregierung

**Wo wird das "Geschäft" gemacht,
wie sieht der Markt aus?**

Eckdaten zum Gesundheitswesen

Betrachtet man die Entwicklung in der medizinischen Versorgung, so stieg die Zahl der Ärzte im Vergleich zu 1970 um knapp 130 %. Die Anzahl der Zahnärzte hat sich im gleichen Zeitraum um 59 % erhöht. In der größten Gruppe des nichtärztlichen Personals – dem Pflegedienst im Krankenhaus – waren 1999 416.000 Frauen und Männer beschäftigt. Die Zahl der Krankenhäuser und zur Verfügung stehenden Betten ging ebenso wie die Verweildauer im Krankenhaus zurück. Konkret in Zahlen ausgedrückt kann man zusammenfassen, dass in den letzten zehn Jahren etwa 10 % aller Krankenhäuser geschlossen wurden, 15 % aller Krankenhausbetten abgebaut worden und die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten um etwa 20 % zurückgegangen ist. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der Behandlungsfälle um ein Vielfaches zu und wurde das Personal um etwa 26.000 Stellen abgebaut. Kurz gesagt: Immer mehr Leistungen wurden von immer weniger Personal in immer kürzerer Zeit und bei weniger Betten und Krankenhäusern erbracht. ¹⁾

Die Ausgaben für Gesundheit betragen 1997 insgesamt 516,6 Mrd. DM. Davon wurden 62 % für medizinische Behandlung (ambulante und stationäre Behandlung einschließlich Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz) erforderlich. Die Krankheitsfolgeleistungen, im wesentlichen Rehabilitationsmaßnahmen, Entgeltfortzahlungen sowie Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten, beanspruchten gut 24 % der Gesamtausgaben. ²⁾

Das Gesundheitswesen ist mit diesem Umsatzvolumen von über 500 Milliarden DM und einem Anteil von etwa 10 Prozent am BIP ein bedeutender Wirtschaftssektor. Mit mehr als vier Millionen Beschäftigten ist es nach der Automobilindustrie zweitgrößter Arbeitgeber. Die Krankenhäuser – mit über 1,1 Mio. Beschäftigten – *zählten* (!) im Zeitraum 1976/1994 zu den zwanzig Branchen mit dem höchsten Beschäftigungszuwachs.

Pflege

Es ist davon auszugehen, dass das Pflegewesen heute und morgen eines der bedeutendsten gesellschaftlichen Handlungsfelder ist. Nach Schätzungen werden pro Jahr in Deutschland nahezu 80 Milliarden DM mit steigender Tendenz allein für Personalkosten in der Pflege ausgegeben. Der Pflegemarkt umfasst etwa 25.000 zugelassene Einrichtungen, an die zur Zeit 21 Milliarden DM aus Mitteln der Pflegeversicherung fließen. Grob geschätzt sind es mehr als acht Millionen Menschen, das entspricht 10 Prozent der gesamten Bevölkerung, die als Leistungs-

empfänger (Pflegestufe 0 bis 3) oder semiprofessionelle Leistungserbringer (Familienangehörige und sonstige Bezugspersonen im Umfeld der zu Pflegenden) von den Entwicklungen im Pflegewesen maßgeblich betroffen sind. ³⁾ Daneben werden mehr als 15 Millionen Patienten Jahr für Jahr in den 2.252 Krankenhäusern (1999) medizinisch und pflegerisch versorgt. Mehr als die Hälfte aller Krankenhausbetten und gut zwei Drittel der Krankenhauskosten entfallen dabei auf Patienten mit chronischen Krankheiten.



Dominik Schirmer beim 9. isw-forum

Etwa 1,1 Millionen Menschen sind hierzulande als *Pflegefachkräfte* beruflich mit der Erbringung von pflegerischen Dienstleistungen in ambulanten oder stationären Arbeitsfeldern beschäftigt. Der Anteil beschäftigter nichtdeutscher Pflegenden betrug 1995 etwa 7 Prozent. Zugleich werden etwa 118.000 Menschen an etwa 1.800 Ausbildungsstätten in einem Pflegeberuf ausgebildet. Davon ausgehend, dass ein Ausbildungsplatz in einem Krankenpflegeberuf den Kostenträger etwa 33.000 DM (Altenpflege: 23.500 DM) im Jahr kostet, beläuft sich die grob geschätzte Summe der gesamten Ausbildungskosten für etwa 120.000 Auszubildende der Pflegeberufe auf etwa 4 Milliarden DM pro Jahr. Diese gewaltige Summe wird derzeit zum größten Teil von den Krankenkassen-

sen aufgebracht, da die Ausbildung in den Pflegeberufen nicht in das übliche duale System der Berufsausbildung integriert ist. Gleichzeitig muss bedacht werden, dass der Berufsverbleib ausgebildeter Pflegefachpersonen aufgrund der unbefriedigenden Arbeitsbedingungen nur bei etwa 5 bis 7 Jahren liegt.

Krankenhaus

Die Krankenhauslandschaft in der BRD verändert sich: Immer mehr Akutkliniken erhalten nicht nur eine private Rechtsform, sondern sie werden von ihren öffentlichen Trägern an private Gesellschaften verkauft. Von den allgemeinen Krankenhäusern hatten 1998 nur 419 (20 %) einen privaten Träger, wobei diese Häuser nur knapp 7 % der Betten vorhielten. Dies erscheint noch überschaubar, doch zeigt bereits der Vergleich mit älteren Zahlen die Dynamik: In den Jahren 1991 bis 1998 haben die privaten Häuser ihre Bettenkapazität um 50 Prozent gesteigert und die Zahl der Häuser hat um fast 25 Prozent zugenommen. Dies, obwohl die Zahl der Krankenhäuser und der Betten insgesamt rückläufig war! ⁴⁾

Diese Umstrukturierung ist politisch beabsichtigt, da sich die öffentliche Hand aus der Krankenhausfinanzierung zurückzieht und die "monistische" Finanzierung eingeführt werden soll. Es sind vor allem die fehlenden Finanzmittel für notwendige Investitionen, die die öffentlichen Träger zum Verkauf ihrer Häuser veranlassen.

Die privaten Träger, die in den Krankenhausbereich investieren, sind nicht mehr – wie in den vergangenen Zeiten – einzelne Ärzte oder Unternehmer, die ein Krankenhaus betreiben, vielmehr sind es inzwischen im Wesentlichen etwa 20 Klinikketten bzw. -konzerne, die sich auf dem Markt bewegen.

Zu den großen Unternehmen in der Akutversorgung gehören Sana, Asklepios, Helios, Paracelsus und die Rhön-Klinikum AG (RKA). Neu auf dem Krankenhausmarkt ist der Pharmakonzern Fresenius mit seiner Tochtergesellschaft "ProServe", die vor kurzem erst die Klinikgruppe Wittgenstein (WKA) mit etwa zwanzig Akut- und Rehakliniken aufgekauft hat. Fresenius hat sich als strategisches Unternehmensziel die Positionierung und Etablierung auf dem Krankenhausmarkt auf die Fahne geschrieben und wird, um dies zu erreichen, in den nächsten Jahren in diesem Sektor erhebliche Investitionen tätigen. Börsenanalysten beurteilen die wirtschaftliche Zukunft und Ertragskraft dieser Unternehmen durchweg positiv!

Die Konzerne streben in der Regel die Unabhängigkeit von einzelnen Kostenträgern oder gesundheitspolitischen Entwicklungen an. Dies gilt gerade auch für Investitionen: Staatliche Zuschüsse werden bei Baumaßnahmen und Sachinvestitionen nur in sehr geringem Umfang in Anspruch genommen; die Konzerne bauen auf ihre eigene Finanzkraft, welche sich – wie im Falle der RKA – aus US-amerikanischen Pensionsfonds speist.

Dabei sind gerade die Investitionen in Neubauten eines der wichtigsten Merkmale z.B. der RKA: Die Kliniken werden rentabel geführt, weil die Häuser umgebaut oder ganz neu erstellt werden, um die Arbeitsweise zu optimieren und den Personaleinsatz möglichst gering zu halten. Die RKA rechnet mit 1,50 – 4 DM Erstinvestitionen pro 1 DM Umsatz pro Jahr für den Neubau oder ca. 300.000 DM für einen Arbeitsplatz.

Solche Investitionsmittel standen den öffentlichen Krankenhäusern in den letzten Jahrzehnten vielfach nicht zur Verfügung; ein wichtiger Grund dafür, dass immer mehr Kliniken zur Übernahme an investitionsbereite Konzerne angeboten werden.

Auch das vielfach benutzte, aber falsche, Argument, dass die privaten Klinikkonzerne nur im Reha-Bereich oder bei aussuchbarem Patientenkontext tätig wären, kann nicht gelten: So wird z.B. der Umsatz bei der RKA zu über 95 Prozent mit den Akutbetten – vor allem mit GKV-Versicherten – erwirtschaftet.

Fakt ist: Diese Entwicklung der "Verbetriebswirtschaftlichung" des Gesundheitswesens bzw. des Krankenhausssektors ist politisch – hier herrscht Konsens bei allen Bundestagsfraktionen (mit Ausnahme der PDS) und den wichtigsten gesellschaftlich dominierenden Gruppen – gewollt und beabsichtigt.

Welche Ideologie steht hinter diesem politischen Konzept?

Die Politik gibt der Beitragssatzstabilität allerhöchste Priorität. Sinnvoller wäre eine politische Entscheidung darüber gewesen, welche Gesundheitsleistungen in welcher Qualität den Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung gestellt werden sollen, und daran hätten sich die Ausgaben zu orientieren.

Das sogenannte Globalbudget ist nichts anderes, als die Summe der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), und Budgetsteigerungen sind an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden, also an die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Einkommen der Beschäftigten.

Das ist eine problematische Konstellation wenn man weiß, dass

- die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten (und damit der Hauptbeitragszahler der GKV) von 1990 – 1996 um 2,4 Millionen abgenommen hat;
- die Lohnquote von 1982 – 1997 um 8 % gesunken ist und
- der Anstieg der Grundlohnsumme je GKV-Mitglied seit 1990 von durchschnittlich 5 % auf 1,4 % in 1998 gesunken ist. Und das bei gleichzeitiger Massenarbeitslosigkeit und einem Sozialversicherungssystem, aus dem gerade die Besserverdienenden sich weiterhin – z.B. durch die Privatversicherung – herausziehen können.

Ver.di sieht hier mit vielen Wissenschaftlern und Gesundheitsexperten die Gefahr der Rationierung – also der Begrenzung – von Gesundheitsdienstleistungen, wenn man gleichzeitig betrachtet, dass

- wir eine zunehmend älter werdende Bevölkerung haben, die auch zunehmend "kränker" wird und einen entsprechenden Bedarf an medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungen beanspruchen wird;
- eine rasante Entwicklung des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts, der den Menschen ja zugute kommen soll, auch weiterhin stattfinden wird.

Die Bundesregierung hält an einem verfehlten Grundansatz für die Reform des Gesundheitswesens fest. Mit jährlichen Ausgabenbegrenzungen, die sich an der Entwicklung der Beitragseinnahmen der Kassen orientieren, sind die grundlegenden Finanzierungsprobleme des Gesundheitswesens weder kurz- noch längerfristig zu lösen.

Auch Beitragsstabilität wird damit auf Dauer nicht geschaffen. Eine Bemessung des vorgesehenen Globalbudgets an der Einnahmeentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung wird regelmäßig hinter der allgemeinen Preissteigerungsrate und den Einkommenserhöhungen zurückbleiben. Dies führt zu einer schleichenden Rationierung. Sinnvoller wäre eher ein am Bruttoinlandsprodukt (BIP) orientiertes Globalbudget.

Die GKV hat bekanntlich nicht nur ein Ausgabenproblem, sondern in erster Linie ein enormes Einnahmeproblem. Dieses ergibt sich aus den sinkenden Lohnquoten und aus der anhaltenden hohen Arbeitslosigkeit. Verschärfend wirkt, dass der Staat in den zurückliegenden Jahren erhebliche eigene Finanzierungsverpflichtungen auf die GKV abgewälzt hat, statt dafür Steuermittel einzusetzen (Entlastung der Arbeitslosen- und Rentenversicherung auf Kosten der GKV u.a.m.).

Weil es die Bundesregierung nicht wagt (oder will?), den gesellschaftlichen Reichtum zur Bewältigung elementarer Gemeinschaftsaufgaben gerechter zu verteilen, verringern sich auch die Spielräume für die Gesundheitspolitik. Der Konflikt, in den sich die Bundesregierung schon mit dem sogenannten "Vorschaltgesetz" für 1999 hineinmanövriert hat, hat sich fortgesetzt: Was hat Priorität im Gesundheitswesen – die Sicherung niedriger Lohnnebenkosten oder Erhalt und Verbesserung einer qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung für alle?

Dabei ist die Bundesregierung auf ein eingebildetes Problem fixiert. Sie will – und hier wäre ich bei einem "Mythos" – die sogenannten Lohnnebenkosten senken, um die Beschäftigung zu erweitern. Erstens gibt es keinerlei Beleg für die Hoffnung, mit sinkenden Lohnnebenkosten würde die Beschäftigung steigen. Zum zweiten sinken die sogenannten Lohnstückkosten, d.h. die Bruttoarbeitskosten (darin sind sämtliche Lohnnebenkosten enthalten bezogen auf die Wertschöpfung). Die sinkenden Lohnstückkosten zeigen sich auch in der hervorragenden Wettbewerbsfähigkeit und dem enorm hohen Außenhandelsüberschuss der Bundesrepublik. Wenn die Lohnstückkosten und die gesamtwirtschaftliche Lohnquote sinken, können die Lohnnebenkosten nicht zu hoch sein. Ohne steigende Sozialversicherungsbeiträge wären Lohnstückkosten und Lohnquote noch dramatischer gesunken, als das gegenwärtig der Fall ist. Das damit verbundene Ungleichgewicht von Produktion und Konsum wäre noch stärker angestiegen, darüber vermittelt hätte ein noch stärkeres Wachstum der Arbeitslosigkeit stattgefunden. Insgesamt wirkt die Politik der Bundesregierung krisenverschärfend, sie wird durch die Vergrößerung der Arbeitslosigkeit ihr beschäftigungspolitisches Ziel ins Gegenteil verkehren.

Es kann nicht Alleinzweck der Gesundheitspolitik sein – und schon gar nicht einer Gesundheitsreformpolitik –, lediglich eine Betrachtung der Kostenseite vorzunehmen. Zweck jedes gesundheitspolitischen Handelns sollte vielmehr sein, ein Gesundheitswesen weiterzuentwickeln, welches

1. die Entstehung von Krankheiten so weit wie möglich verhindert und
2. kranken Menschen die bestmöglichen Personal-, Sach- und Finanzmittel zur Verfügung stellt, um möglichst schnell zu gesunden bzw. möglichst gut mit ihren Krankheiten oder Behinderung zu leben.

Aus gewerkschaftspolitischer Sicht ist hier insbesondere die Frage nach einer "Verbreiterung" der Finanzbasis der GKV zu diskutieren. Aus paradigmatischen Gründen und aufgrund des populären politischen Mainstreams, scheidet hier eine Erhöhung der Beitragssätze von vornherein aus, da sie nicht durchzusetzen wäre. Anders verhält es sich bei der "Verbreiterung" der Finanzbasis allerdings dann, wenn man hier die Einbeziehung zusätzlicher Einkommenschichten betrachtet, die heute aufgrund der Höhe ihres Einkommens oder weil sie verbeamtet sind, nicht an der solidarischen Krankenversicherung teilnehmen.⁵⁾ Ganz zu schweigen davon, dass auch darüber nachgedacht werden könnte, andere Einkommensarten bei der Beitragsberechnung zu berücksichtigen.

Die Bundesregierung verstärkt den Eindruck, dass Gesundheitspolitik auch für sie lediglich Teil einer wirtschaftsliberalen Gesamtstrategie ist. Die Grundsätze einer solidarischen Gesundheitssicherung werden so aber nicht gefestigt, sondern in Frage gestellt.

Notwendig ist eine Strukturreform, die das Gesundheitswesen tatsächlich effektiver gestaltet und die Gesundheitsinteressen aller Teile der Bevölkerung, insbesondere der schwächeren, im Auge hat. Eine in Teilbereichen sicher sinnvolle Rationalisierung im Gesundheitswesen ist nicht durch eine Verknappung der Mittel, sondern durch planvolles, zielgerichtetes Handeln zu erreichen. Daran fehlt es.

Womit ich zu einem weiteren Mythos kommen möchte, der im Februar dieses Jahres selbst einige aus der "Linken" aufschrecken ließ: Die "Geheimoperation" Gesundheitswesen.⁶⁾

Der "Stern" im Februar 2001: "Geheimoperation Gesundheitsreform: Wer mehr will, muss mehr zahlen". Geplant sei – so der Stern – ein abgespeckter Leistungskatalog in der GKV, Selbstbeteiligung für Risikosportarten und 20 Mark 'Eintrittsgebühr' beim Arzt. Laut Wirtschaftsminister Müller, so der Stern, solle dies eine 'Revolution' im Gesundheitswesen werden.

Pech nur für das Hamburger Bilderblatt: Die "Operation" war natürlich so "geheim", dass Ministerin Schmidt gleich alles dementierte. Ähnliches haben wir in diesem Zusammenhang auch beim sogenannten "Kanzleramtspapier", auf das ich noch eingehen werde, auch gehört.

Aber: Was war denn nun so geheim, dass selbst in linken Kreisen – zumindest kurzzeitig – helle Aufregung herrschte? Die angeblichen "Belege" sind doch seit Monaten, wenn nicht Jahren bekannt. Über die Beschränkung des Leistungskatalogs der GKV auf das "medizinisch Notwendige" hatten z.B. die Grünen in ihrem Parteirat schon im vergangenen Herbst philosophiert. Das Eintrittsgeld für den Doktor findet sich im Jahresgutachten 2000 des Sachverständigenrates und die Diskussion über Zuzahlungen für Fallschirmspringer, Drachenflieger und Snowboarder ist so alt wie das Ungeheuer von Loch Ness!

Allerdings gilt es daraus nicht den falschen Schluss zu ziehen, dass mit Ministerin Schmidt Ruhe an der "Gesundheitsfront" eingekehrt sei. Die Akzentverschiebung Fischer → Schmidt ist offensichtlich! Dies gilt nicht nur im Bereich der Gentechnik-Debatten, wo sich Schmidt am deutlichsten von Fischer absetzte, sondern auch in der klassischen Gesundheitspolitik.

Schmidt ging erst einmal auf die Suche nach dem Dialog mit den Lobbyverbänden im Gesundheitssystem. Dies erschien, nachdem sich Fischer mit der Ausgabenbudgetie-

rung und dem immer wiederkehrenden Appell, die Wirtschaftlichkeitsreserven im System zu mobilisieren, den Ärger von Ärzten und Pflegekräften auf sich zog, auch erforderlich. Diese "Suche nach dem Dialog" kommentierte Ex-Gesundheitsminister Seehofer damit, dass es schon ein politischer Treppenwitz' sei: Die Grüne Fischer musste zwei Jahre lang die von Rudolf Dreßler vorgezeichnete alte SPD-Politik betreiben und die SPD-Ministerin Fischer verabschiedet sich nun davon.

Insofern ist es Kennzeichen der Schmidt'schen Politik, dass sie eine Politik des "Allen wohl und niemand wehe" praktiziert. Den Ärzten hat sie den Kollektivregress für überzogene Arzneimittelbudgets erlassen, den Patienten will sie wieder "Vertrauen in das System" geben, den Rentnern die Beiträge auf Zins- und Mieteinnahmen erlassen, die Pharma-Lobby mit an einen großen "Runden Tisch" bitten und trotzdem die Krankenkassen nicht stärker belasten.

In der jüngsten Ausgabe des Ersatzkassen-Report wird dies folgendermaßen karikiert:

Man stelle sich vor:

Auf den deutschen Autobahnen gewinnen Raser die Oberhand. In der Öffentlichkeit wird die Zahl von Unfällen durch überhöhte Geschwindigkeit auf den Straßen beklagt. Die Bevölkerung fordert dringend Maßnahmen zur Steigerung der Sicherheit im Straßenverkehr.

DER VERKEHRSMINISTER, ganz neu im Amt, kommt schon vor seiner Amtseinführung zu der Erkenntnis, dass offensichtlich die bisherigen Maßnahmen zur Verkehrssicherung mit Richtgeschwindigkeiten und Geschwindigkeitsbegrenzungen nicht ausreichend beachtet werden. Der Minister beklagte "erhebliche Umsetzungsprobleme" bei den Gesetzen und vermisst die "Akzeptanz" der Regelungen bei den Rasern im Straßenverkehr.

Mit einem mutigen Rundumschlag sorgt der Verkehrsminister für folgende Maßnahmen:

- Alle Verkehrsschilder zur Richtgeschwindigkeit und Geschwindigkeitsbegrenzungen werden abgebaut.
- Aus den Kraftfahrzeugen werden alle Bremseinrichtungen ausgebaut.
- Verkehrssünder, die ihre Bußgelder nicht bezahlt haben, kommen in den Genuss einer Generalamnestie.

Als innovative Maßnahme zur Verkehrsberuhigung werden Fahrer und Beifahrer von Kraftfahrzeugen gemeinsam verpflichtet, die Verantwortung für sicheres Fahren zu übernehmen. In einer "Zielvereinbarung" sollen sie sich vor Fahrtantritt auf verkehrssicheres Fahren verständigen.

Da es keine Geschwindigkeitsbegrenzungen mehr gibt, entfallen natürlich auch alle Bußgeldandrohungen. Die Polizei hat aber die Möglichkeit, verkehrssicheres Fahren mit einem Bonus zu belohnen.

Absurdes Theater in der Verkehrspolitik? Nein, Realität in der Gesundheitspolitik! Konkret beim Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) – ohne Airbag für die Kassen.

"Zu schnelles Fahren" bei der Arzneimittelverordnung (Ausgabenanstieg 1. Quartal 2001 bei den Ersatzkassen: + 13,5 Prozent) wird belohnt durch den Abbau wirksamer Steuerungsinstrumente. "Prinzip Hoffnung" heißt die Devise.

Quelle: Ersatzkassen-Report, Juli 2001

"Ruhe an der Gesundheitsfront" ist bzw. war die Devise! So kommentiert der CDU/CSU-Sozialexperte Karl-Josef Laumann: "Die Ministerin ist eine rheinische Frohnatur als Beruhigungspille. Sie muss endlich klar sagen was sie will."

Auf der Basis der bisherigen Gesundheitspolitik wird es bei einer neuerlichen Gesundheitsreform enorme Einschnitte für die Versicherten geben. Darüber herrscht weitestgehend Konsens unter allen sogenannten Gesundheitsexperten. Und das es diese "Reform" in der nächsten Legislaturperiode geben wird, ist bereits angekündigt. Doch wie diese "Geheimoperation" in der nächsten Legislaturperiode aussehen soll, wenn sie angesichts der jüngsten Dynamik im Bereich der Beitragsatzsteigerungen der GKV bis dahin überhaupt noch verzögerbar ist, das wollen weder Schmidt noch Schröder oder sonst wer in der SPD oder bei den Grünen vor dem Urnengang verraten.

Insofern ist es der Koalition äußerst unangenehm, dass Anfang Juli die Süddeutsche Zeitung ein "geheimes Kanzleramtspapier" mit der Überschrift: "Vorhaben des BMG für die nächste Legislaturperiode: Fortführung der Gesundheitsreform" veröffentlicht hat. Erst wurde die Existenz dieses Papiers dementiert, dann wurde es als "unautorisiertes Arbeitspapier" deklassiert. Die Richtung ist aber klar: In einer Problembeschreibung werden die "bedrohlichen" Beitragsatzanstiege mit den üblichen Erklärungsmustern "Demographischer Wandel" und "Medizinischer Fortschritt" dargestellt.

Als "Problemlösung" gibt es nun drei Rezepte:

- Ein Wettbewerbsmodell mit mehreren Versicherungstarifen, jeweils mit komplettem Leistungsanspruch aber mit mehr oder weniger Wahlfreiheit ausgestattet. Der Arbeitgeber finanziert "paritätisch" nur in den niedrigsten Tarif.
- Ein Modell mit Grund- und Wahlleistungen.
- Die Einführung einer Kapitaldeckung für die Altersrückstellung in der GKV.

Die Vor- und Nachteile, fast möchte man sagen "Nebenwirkungen" der drei Modelle werden beschrieben und ebenfalls ein 'Kombinationspräparat' aus zwei oder gar drei Modellen als Medizin für unser Gesundheitswesen erwogen!

Das bedeutet das Ende für unser bisher in dieser Form bestehende solidarische Gesundheitssystem. Und wenn man in diesem Zusammenhang die Kommentierungen diverser SPD-Politiker, wie z.B. dem Gesundheitsminister Rheinland-Pfalz, Florian Gerstner, hört, werden wir nun systematisch darauf vorbereitet!

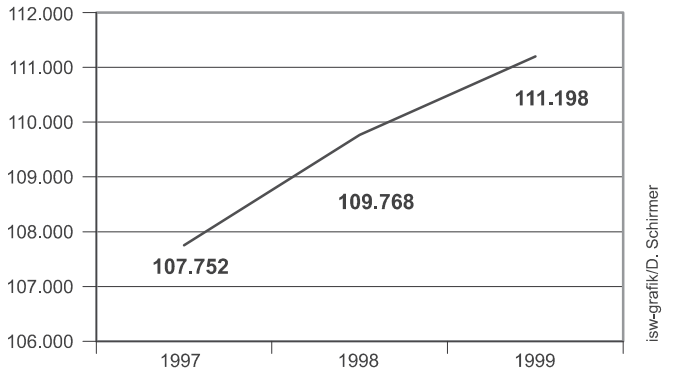
In diesem Sinne sollten wir darüber diskutieren, wie wir **das** (!) Wahlkampfthema 2002 "Gesundheit" nutzen können, um zu einer politischen Initiative, gar Offensive zu gelangen, welche für den Erhalt des solidarischen Gesundheitswesens eintritt.

Quellen

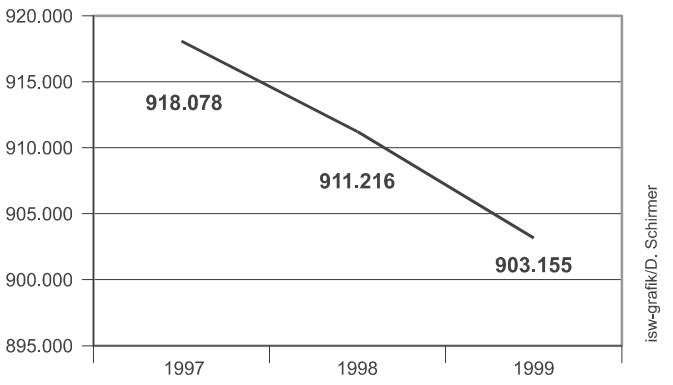
- 1) Quelle: Daten des Statistischen Bundesamtes und eigene Berechnungen.
- 2) Quelle: ebd.
- 3) Quelle: Robert Bosch Stiftung: Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart 2000
- 4) Vgl. Gewerkschaft ÖTV (Hrsg.): Schwerpunktthema Rhön Klinikum AG. In: Infodienst Krankenhäuser 11 (April 2001). S. 5ff. und HPS Research (Hrsg.): Gesundheitsreport Juli 2001 "Ruhe vor dem Sturm". Büttelborn
- 5) Alleine die Anhebung der heutigen Pflichtversicherungsgrenze zur GKV auf die der gesetzlichen Rentenversicherung könnte dazu genutzt werden, die Beitragssätze um 0,7 Prozentpunkte abzusinken, ein klarer Vorteil für die Bezieher unterer und mittlerer Einkommen und eine deutliche Entlastung der Lohnnebenkosten dieser Einkommensgruppen. Nebenbei bemerkt auch eine gewerkschaftliche Forderung.
- 6) Vgl. Karl Doemens: "Richtig nett" - Die neue Gesundheitsministerin. In: Dr. med. Mabuse 130 (März/April 2001), S. 21ff.

Entwicklungen im Krankenhausbereich

Ärzte im Krankenhaus

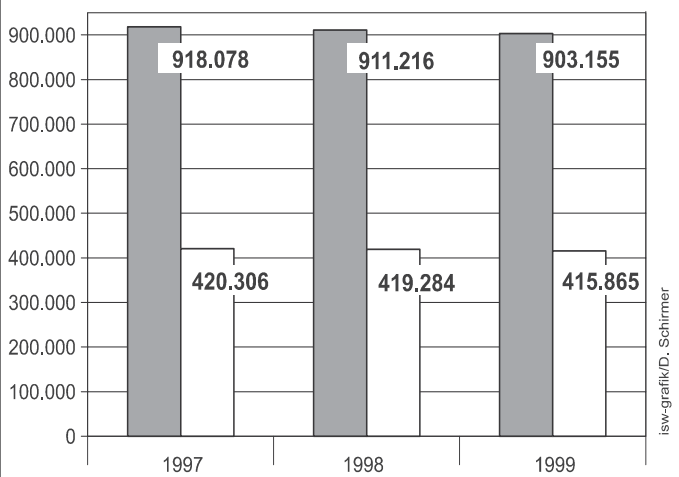


Nichtärztliches Personal im Krankenhaus

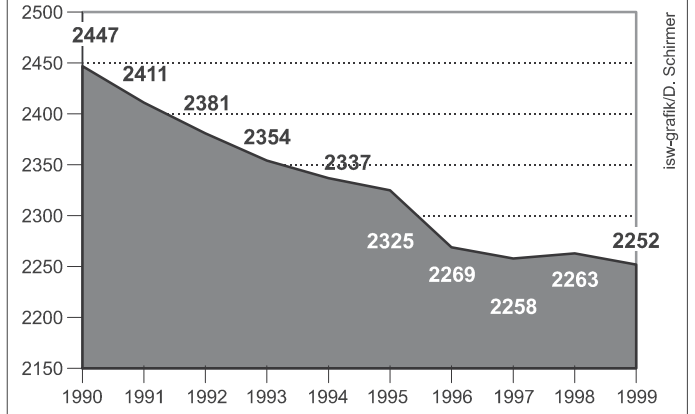


Nichtärztliches Personal im Krankenhaus

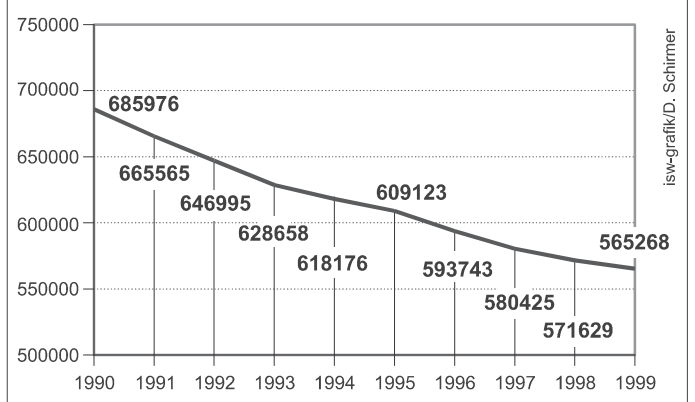
■ Nichtärztliches Personal
□ darunter Pflegepersonal



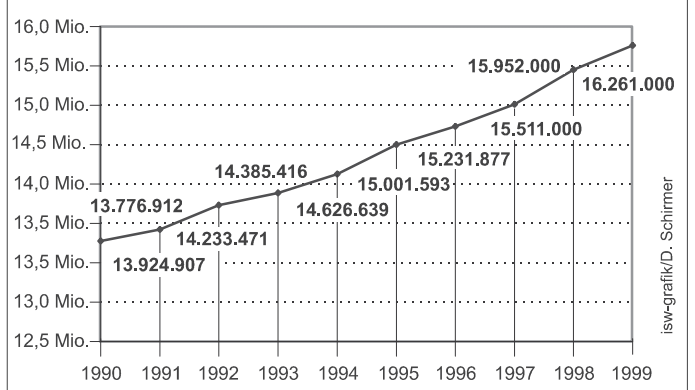
Zahl der Krankenhäuser



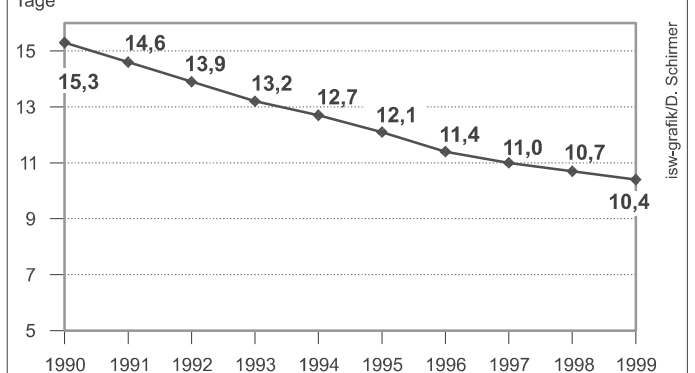
Bettenabbau in den Krankenhäusern



Behandlungsfälle in Krankenhäusern



Verweildauer in Krankenhäusern



Horst Spaar

Das Märchen von der Unbezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung

Gesundheitspolitik war in der Bundesrepublik Deutschland immer ein eher randständiges Politikthema. Dagegen wurde der Frage nach der Verteilung der Kosten für die Gesundheitsversorgung stets große Bedeutung beigemessen. Bei dem darin reflektierten Verteilungsstreit spielten dann allerdings auch gesundheitspolitische Leitthemen eine Rolle, von denen das Wichtigste das der Verantwortung ist, wobei im Wesentlichen vier Fragen von besonderem Interesse sind:

1. Wer trägt die Verantwortung für die soziale Ungleichheit der Risiken?
2. Gibt es einen politischen oder moralischen Anspruch auf einen solidarischen Risikoausgleich, der dann auch rechtlich zu fixieren ist?
3. Was heißt eigentlich private und eigenverantwortliche Risikovorsorge?
4. Gibt es einen allgemeinen Nutzen solidarischer Finanzierung, und wer hat darauf Zugriff?

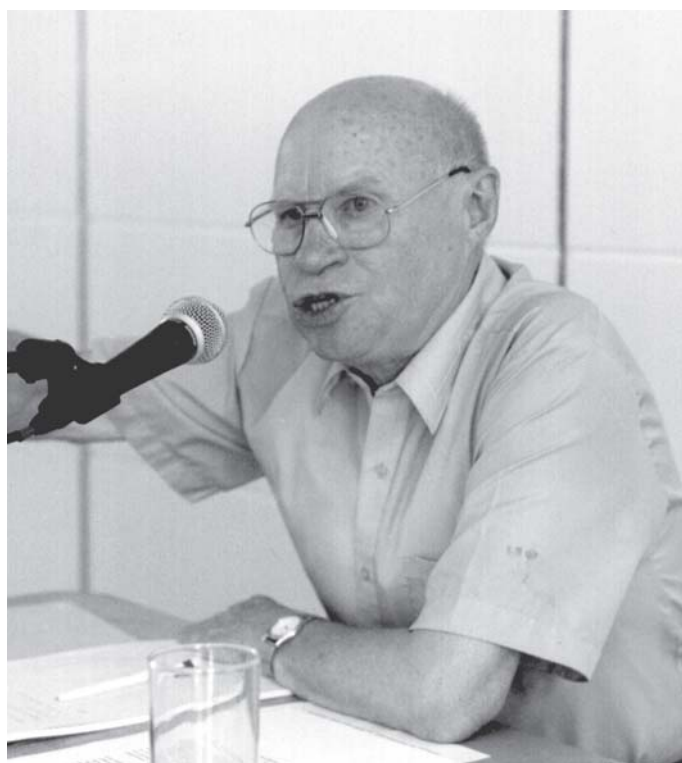
Bei der Auseinandersetzung mit diesen Fragen sollte zunächst Folgendes klargestellt werden: Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung wäre in der Bundesrepublik ebenfalls kein besonderes politisches Thema, wenn die Arbeitgeber nicht daran beteiligt wären oder sich dieses Problem mit einem Festbetrag vom Halse halten könnten. Andererseits ist zu beachten, dass der Staat in der Bundesrepublik, im Unterschied zu anderen Ländern, mit Steuermitteln an der Gesundheitssicherung – abgesehen von seiner Mitverantwortung bei der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung – kaum beteiligt ist.

Bevor ich nachfolgend zu den Prognosen über die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems Position beziehe, will ich zunächst zu den genannten gesundheitspolitischen Leitfragen in gebotener Kürze Stellung nehmen:

Zu Frage 1

Die Frage nach der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung wird in hoch tendenziöser Weise als Widerspruch zwischen individueller und gesellschaftlicher, bzw. sozialer Verantwortung konstruiert. Diese Konstruktion impliziert die Grundposition, dass das Individuum gleichsam das Gegenstück der Gesellschaft sei. Im Gegensatz hierzu folge ich der These, dass die Gesellschaft eine Assoziation der Individuen ist und folglich auch die Summe ihrer privaten Interessen darstellt. Offenkundig können sich aber in der heutigen Gesellschaft die privaten Interessen nicht als gleichberechtigte Interessen durchsetzen. Die Interessenkonflikte sind deshalb auch weniger individuelle Konflikte, sondern vorrangig Gruppenkonflikte. Bei der Diskussion um die gesundheitspolitische Verantwortung geht es daher auch nicht um einen Konflikt von individuellen und gesellschaftlichen Interes-

sen, sondern um Gruppenkonflikte, die in der politischen Auseinandersetzung zielstrebig instrumentalisiert werden. Hier stellt sich bereits die Frage an die Politik, ob sie an einem Ausgleich solcher sozialen Gruppenkonflikte überhaupt interessiert ist, oder ob sie bislang nicht vielmehr in der sich verschärfenden Auseinandersetzung selbst Partei ergriffen hat.



Prof. Dr. Spaar beim 9. isw-forum

Die aktuelle Situation in der Verantwortungsverteilung ist überschaubar: Die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind finanziell etwa zur Hälfte für die Aufwendungen selbst verantwortlich. Die andere Hälfte trägt bisher noch die Arbeitgeberseite. Aus diesem Geldvolumen speist sich in der Bundesrepublik, neben der Versorgung der Versicherten, auch ein gigantischer Wirtschaftsraum nebst Arbeitsmarkt für gesundheitliche Dienstleistungen. Anders als im übrigen Europa und auch anders als in den USA, spielt die staatliche oder besser fiskalische Verantwortung in der Bundesrepublik, wie eingangs bereits erwähnt, dabei kaum eine Rolle. Ohne stärkere Auswirkungen für diesen Wirtschaftsraum kann daher eine fundamentale Neuordnung der Finanzierungsverantwortung nicht erfolgen. Es wäre wohl auch zu kurz gegriffen, wenn unterstellt würde, dass von den Verantwortlichen dies jemand ernsthaft wollte.

Worum es offensichtlich geht, sind einerseits Eingriffe in die Parität der Verantwortung für die Finanzierung. Zum Anderen geht es um den Umfang des Dienstleistungsmarktes, aber nicht etwa um seine Strangulation. Das Ziel ist vielmehr seine Expansion, um Raum für neue Anbieterinteressen zu schaffen, was im deutlichen Konflikt zu einer bedarfsorientierten medizinischen Versorgung steht. Es wäre daher lohnenswert der Frage nachzugehen, ob die derzeitige Finanzierung der GKV mittelfristig nicht zu einer Begrenzung der Marktexpansion – etwa gemäß § 12 des V. Sozialgesetzbuches und dessen Gebot einer notwendigen, erforderlichen und wirtschaftlichen Leistungserbringung – führen könnte.

Privat und eigenverantwortlich zu tragen sind die Lasten der Krankenversorgung sowieso schon im beträchtlichen Umfang. Hinzu kommt, dass die Privatisierung politisch nicht erst erfunden und durchgesetzt werden muss, da das Solidaritätsprinzip ohnehin auf einer gesetzlichen Pflicht zur individuellen Verantwortung gegenüber dem Gemeinwohl beruht.

Worum es wirklich geht, ist die Einführung einer hierzu konkurrierenden Form der Eigenverantwortung, die nicht durch Solidarität, sondern durch Äquivalenz begründet ist: Und das heißt, jeder hat auf **das** Anrecht, was er kaufkräftig **nachfragen** kann, **so viel und nicht mehr**.

Zu Frage 2

Die Frage nach der Rechtfertigung eines solidarischen Risikoausgleichs berührt drei Aspekte. Ein erster fragt nach der **genetischen Varianz** und würde zu mindestens einen solidarischen Risikoausgleich im Sinne eines moralisch-ethischen Imperativs rechtfertigen. Ein zweiter fragt nach dem, was Sozialepidemiologen die **vertikale Ungleichheit** nennen. Diese ist je nach dem Stand des Wissens sehr wohl als die Reproduktion gesellschaftlich erzeugter oder vermittelter Verteilungsungleichheit in den gesundheitlichen Verhältnissen aufzufassen. Der dritte Aspekt berührt dann die Frage der so genannten **horizontalen Ungleichheit**, die am einfachsten als die Ungleichheit von Lebenskonzepten und -entwürfen gedeutet werden könnte.

Jeder dieser Ansätze vermag zwar Hilfe zu begründen, nur eben auf sehr unterschiedliche Art und Weise. Der erste Aspekt am ehesten im Sinne subsidiärer Hilfe, der letzte als eine Art Solidarität der sozial gleichen, was mit einer Äquivalenzversicherung noch immer gut funktionieren würde. Der eigentlich kritische Punkt ist der vertikale Risikoausgleich, denn hier geht es nicht um Optionen oder Wertpositionen, sondern um Menschenrechte. Hier geht es um nichts geringeres als das Recht, erlittene soziale Ungleichheit in den Chancen und in der Verteilung der Ressourcen, der wichtigsten Ursache für den Vorteil der anderen, zumindest auch bei der Gesundheitsversorgung auszugleichen.

Die aktuelle Diskussion reflektiert aber nur vordergründig einen Wandel in der Bereitschaft zur Solidarität. Tatsächlich geht es um einen fundamentalen Strukturwandel der sozialen Interessen. Über solche Konsequenzen nachzudenken schloss auch jüngst der Präsident der Bundesärztekammer auf dem Ärztetag in Ludwigshafen nicht aus, als er erklärte, dass Faktoren wie Altersentwicklung, Leistungsfähigkeit der Medizin, Veränderungen der Einkommensstrukturen und entwickeltes Anspruchsdenken der

Versicherten dazu führen würden, unvoreingenommen über die Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung nachzudenken.

Zu Frage 3

Es kann keinen Zweifel daran geben, dass es notwendig ist, die so genannte individuelle oder auch private Verantwortung für die Gesundheit zu stärken. Selbstredend könnte jeder weitere Fortschritt in diese Richtung ein Beitrag zur Annäherung der sozialen Gleichheit der Menschen sein. Wenn aber heute vor allem konservative Politiker das hohe Lied der Eigenverantwortung singen, so meinen sie zwar damit eine fundamentale Umgestaltung der menschlichen Lebens- und Verteilungsverhältnisse, ohne die es keine Gleichheit der Menschen in der Verantwortbarkeit ihres Lebens und seiner Umstände geben kann. Sie ignorieren jedoch, dass die so genannte private Vorsorge nur dann unmittelbar zu einer akzeptablen Perspektive wird, wenn alle Menschen den gleichen Zugang und die gleiche Verfügungsgewalt über Ressourcen und deren Gebrauch besitzen. So weit linke politische Bewegungen in dieser keineswegs neuen Vision versagt haben, könnte es Hoffnung geben, wenn sich nun die anderen für ein solches wahrhaft umstürzlerisches Ziel einsetzen. Historische Erfahrungen und aktuelle Aussagen, wie z.B. über den Abbau der "Bevormundung" im Gesundheitswesen, verdeutlichen jedoch, dass dies keineswegs so gemeint ist. Denn es geht hier nicht nur um einen Konflikt zwischen links und rechts, sondern vor allem zwischen oben und unten.

Zu Frage 4

Man würde Bismarck sicherlich Unrecht tun, wenn man ihm unterstellt, er hätte bei der Konstruktion der sozialen Krankenversicherung nicht ihren immensen Nutzen kalkuliert. Der mindeste Nutzen sollte sozialer Frieden sein. Wenn heute die soziale Versicherung zur Disposition gestellt wird, so offensichtlich, weil man auch diesen sozialen Frieden, wie er später durch den "Sozialstaat" verkörpert wurde, nicht länger als Nützlichkeit begreifen will.

In dieses politische Szenario hinein wurden nun eine Reihe gutachterlicher Stellungnahmen erstellt, die sich vor allem zur Entwicklung der Beitragssätze der GKV in den nächsten fünfzig Jahren äußern. Das ist an sich nichts Neues und auch nichts besonders Bemerkenswertes. Interessant sind nur die Modifikationen in der Argumentation. Das "klassische" Szenario ist gut vertraut und wurde auch vom Ärztetag dem Sinne nach noch einmal erhärtet: Die Lebenserwartung steigt, Frauen widerstehen der Gebärpflicht, durch die steigende Alterslast können die Jungen im Sinne des Generationenvertrages für die Alten nicht mehr aufkommen, eine daraus resultierende Erhöhung der Beitragssätze würde die Lohnnebenkosten unangemessen steigern, was zur Folge hätte, dass die GKV in der heutigen Form nicht in der Zukunft fortbestehen kann. Dieses Szenario begleitet die Entwicklung der GKV zumindest schon seit Anfang der Siebzigerjahre und hätten die Prognosen zugetroffen, müsste die BRD schon längst in der Selbstverelendung umgekommen sein.

Stellvertretend für die zahlreichen Gutachten seien hier nur die Argumentationen von Knappe (Trier) und Ulrich (Greifswald) aufgegriffen und verkürzt nachgezeichnet.

Ähnlich wie bei anderen Experten, stehen bei ihnen zwei Szenariorollen im Mittelpunkt, die demografische Entwicklung und der Innovationsdruck. Hierzu nutzen sie u.a. die Vorausberechnungen der Bevölkerung bis zum Jahre 2050 und die Fortschreibung der Kostenentwicklung jenseits des 60. Lebensjahres, die sie als eine Folge der Innovation zu erklären versuchen.

Dabei wird bezüglich der demografischen Entwicklung mit folgenden Thesen operiert:

Erstens kommt es ab 2010 zu einer deutlichen Abnahme der Bevölkerung, die um 2050 rund 20 Millionen betragen könnte.

Zweitens erfolgt eine Relationsverschiebung der 20- bis 60-jährigen gegenüber den über 60-jährigen von 25 Prozent im Jahre 1992 auf 80 Prozent im Jahre 2050.

Drittens führt die sinkende Geburtenrate bei gleichzeitiger Steigerung der mittleren Lebenserwartung um 4 Jahre dazu, dass nach Interpretation der Gutachter auch die Leistungen der GKV für alte Menschen um vier Jahre zunehmen werden.

Dieser **demografische Faktor** würde, so besagen unterschiedliche Schätzungen, im Jahre 2050 zu einer Beitragssatzerhöhung von 15 bis 17 % der Bruttoarbeitslöhne führen, also gegenüber heute um etwa 1,5 bis 3,5 Prozentpunkte steigen. Das würde bedeuten, dass auf je 100 DM Lohneinkommen 75 Pfennig bis 1,75 DM Mehrausgaben für Beiträge jeweils für Arbeitnehmer und Arbeitgeber entfallen. Unterstellen wir einmal in den nächsten 50 Jahren der Einfachheit halber eine lineare Steigerung, so wären das 1,5 bis 3,5 Pfennige je 100 DM Lohneinkommen pro Jahr. Diese Schätzungen, auf die heute leider kaum noch jemand hinweist, stellen im Vergleich zu den Prognosen der letzten 30 Jahre dramatische Korrekturen nach unten dar. Und vermutlich fallen auch die jetzigen Berechnungen noch zu hoch aus, da eine Reihe von Prognoseannahmen durchaus umstritten sind.

Da also das klassische Todsclagargument der "Demografie" für den Kampf gegen die Gesetzliche Krankenversicherung offensichtlich an Schärfe verloren hat, suchten Politiker und von ihnen beauftragte Gutachter nach neuen Argumenten und kamen zu dem Ergebnis, dass der Innovationsdruck die GKV vernichten werde. In diesem Argument liegt gegenüber früheren Gutachten auch ein gewisser Fortschritt. Denn was in der Vergangenheit schon das demografische Argument nicht hergab, musste die Behauptung von der wachsenden Morbiditätslast ersetzen, die durch das individuelle Fehlverhalten verursacht würde. Die Bissigkeit dieser Argumentation, die sich ohnehin stets nur auf künstliche und zudem schlecht gearbeitete Gebisse gründete, hat nun aber offensichtlich auch an Wirkung verloren. Stattdessen rückt der **Innovationsdruck** in den Vordergrund.

Hierzu wird mit folgenden Argumenten operiert:

Erstens: Die Ausgabensteigerung ist seit 1970 im Wesentlichen eine Folge der Innovationen in der Medizin.

Zweitens: Der Innovationsdruck wird durch die beitragswirksame Einkommensentwicklung nicht kompensiert und schlägt Jahr für Jahr mit einem Saldo von + 1 % zu Buche, weshalb die Beitragssätze seit 1979 von 8,2 % auf 13,6 % im Jahre 2000 gestiegen sind.

Drittens: Deshalb wird um 2040 ein Beitragssatz von 25 % und um 2050 ein Beitragssatz von über 30 % zu erwarten sein.

Viertens: Erst mit dem Innovationsdruck wird auch der demografische Wandel (der hier für die Argumentation wieder benötigt wird) zu dem explosiven Gemisch mit seiner gigantischen Sprengkraft.

Bevor auf diese Argumente näher eingegangen werden soll, möchte ich an dieser Stelle einen Überblick der wichtigsten hieraus abgeleiteten Schlussfolgerungen und Politikempfehlungen geben, ohne sie im Einzelnen zu erläutern. Das betrifft einerseits solche neoliberalen Forderungen wie

- die rigorose Leistungskürzung und verstärkte Budgetierung,
- die weitere Intensivierung des Kassenwettbewerbs,
- die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und seine Ersetzung durch Einkaufsmodelle,
- die Liberalisierung der Vertrags- und Organisationsformen,
- die Ausdehnung der Direktbeteiligung und der Kosten-erstattung,
- die Veränderung der Entgeltsysteme,
- die Einführung von Grund- und Wahlleistungen (mit 10–20 % gekürztem Leistungskatalog + Hausarztmodell),
- der Zukauf freier Arztwahl,
- die Kombination von risikoäquivalenten Prämien mit Steuertransfersystem (sprich: Sozialhilfemodell + Haftpflichtversicherung).

Andererseits tauchen aber auch zum Teil bei den gleichen Gutachtern eher linksorientierte Forderungen auf, wie

- die Integration der ambulanten und stationären Versorgungskonzepte,
- die Verzahnung von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege,
- die Rationalisierung des gegliederten Systems der Krankenversicherung,
- die Ausdehnung der Beitragbemessungsgrenze,
- die Einschränkung bzw. Abschaffung der kassenärztlichen Vereinigung,
- die Fusion von Versicherten und Leistungserbringern,
- die größere Leistungstransparenz der Kassen und verstärkter Risikostrukturausgleich innerhalb der GKV,
- die Einführung von Positiv- bzw. Negativlisten und Herabsetzung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel.

Hier ist nun für jeden etwas dabei. Wenngleich auch ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Beitragsprognose und diesen Schlussfolgerungen nicht erkennbar ist, so weisen diese Schlussfolgerungen aber mehr oder weniger alle auf das Kernproblem hin, dass nämlich ein erheblicher Modernisierungstau sowohl im Finanzierungs- als auch im Leistungserbringersystem besteht. Also sind die steigenden Beitragssätze offenbar doch nicht die Folge des Innovationsdruckes, insbesondere in der gefährlichen Mischung mit den demografischen Pro-

blemen, sondern vielmehr das Ergebnis einer ineffizienten Gesundheitsversorgung. Diese sei aber wiederum, so meinen die Gutachter, maßgeblich die Folge der Reformunfähigkeit des derzeitigen Systems, insbesondere auf der Seite der Leistungserbringung. Offenbar sind die Autoren aber der Ansicht, dass diese Reformunfähigkeit nur zu überwinden ist, wenn die Versicherten auf die soziale Sicherheit in der Krankenversorgung verzichten, was jedoch gleichzeitig ein Eingeständnis wäre, dass die Macht der Leistungserbringer größer ist, als die der Zahler. Wenn aber Reformfähigkeit etwas mit Zukunftsfähigkeit zu tun hat, so hält sich, wie wir sehen können, das Vertrauen dieser Gutachter in das bestehende System ganz offensichtlich stark in Grenzen.

Zusammenfassend kommen die Gutachter daher dem Sinne nach zu der Feststellung, dass nur subsidiäre Leistungen künftig Gegenstand nationaler Politikhoheit sein können, weil jede andere Dienstleistung den Wirtschaftsprinzipien der EU unterliegen würde, weshalb für die soziale Krankenversicherung in Europa kein Platz mehr sein kann. Während jedoch alle anderen EU-Länder, die über ein staatliches System der Krankenversorgung verfügen, damit kaum Probleme haben dürften, bleibt für die BRD, nach Meinung der Gutachter, dann nur noch die Stärkung der **Äquivalenzversicherung** übrig.

Es kann hier selbstredend keine vollständige Analyse der Argumentationsführung in den Gutachten zu den drohenden Beitragssatzsteigerungen gegeben werden. Daher möchte ich vier Argumentationspunkte herausgreifen, die in der "Beweisführung" der Gutachter einen zentralen Platz einnehmen. Und zwar:

Erstens:

Das Argument von der wachsenden Lebenserwartung.

Zweitens:

Das Argument vom Druck der Innovationen.

Drittens:

Das Argument von der Unbezahlbarkeit und der daraus resultierenden Notwendigkeit der Beitragssatzerhöhungen und

Viertens:

Das Argument von der Belastung der Lohnnebenkosten.

Zum ersten Argument

Besonders beliebt ist die These von der Bedrohung der Sozialsysteme durch die steigende Lebenserwartung. Ihr unterliegt die vereinfachte Vorstellung, die für viele Laien typisch ist, dass die Menschen immer älter werden, wobei hier bis 2050 vier Jahre veranschlagt werden. Damit wird gleichsam unterstellt, dass nicht die Lebenserwartung der Neugeborenen wächst, sondern die der 65-jährigen um vier Jahre ansteigt. Für diese Annahme gibt es allerdings wenig hilfreiche Indizien. Der Kernprozess besteht doch nicht darin, dass die Menschen älter werden, sondern dass mehr Menschen so alt werden, wie es weniger in der Vergangenheit geworden sind. Die Zunahme der Lebenserwartung besagt damit vor allem, dass das **soziale Privileg, alt zu werden, immer mehr abgebaut wird**. Die Gewinne an Lebenserwartung entstehen folglich nicht dadurch, dass die Alten älter werden, sondern dass vorzeitiges Sterben begrenzt wird. Man könnte auch sagen, dass hier soziale Gerechtigkeit in der Weise

entsteht, dass immer mehr von denen, die in die sozialen Sicherungssysteme eingezahlt haben, auch die Chance erfahren, sie im Alter zu nutzen.

Die Bevölkerungsprognosen weisen aber auch noch auf einen anderen sehr wichtigen Aspekt hin, den der Geburtenhäufigkeit. Es ist wohl als realistisch anzunehmen, dass diese auf dem heute niedrigen Niveau längerfristig bestehen bleibt. Etwa ab 2010 – 2015 wird sie die Ursache für einen erheblichen Bevölkerungsrückgang sein, wodurch sich die Situation der Sozialsysteme fundamental ändern könnte. Der Rückgang der Bevölkerung bedeutet hier aber vor allem einen Rückgang der verfügbaren Arbeitskräfte. Was die Politik nicht vermag, könnte dann die demografische Entwicklung schaffen, nämlich Vollbeschäftigung herbeizuführen, und das auch mit all ihren positiven Folgen für die Finanzierung sozialer Sicherheit. Allerdings dürfte die demografische Komponente der Finanzierung der Sozialsysteme nur nachrangig eine Folge der Geburtenentwicklung und der Sterblichkeit sein, weil zu einem wesentlichen Einflussfaktor hier die Entwicklung der Migration in Europa werden wird, wozu es allerdings vorerst noch keine sicheren Prognosemöglichkeiten gibt.

Zum zweiten Argument

Was den beschworenen Innovationsdruck anbetrifft, so ist er offenbar Gespenst und Hoffnung zugleich. Zumindest bleibt er in allen Spekulationen stets unscharf benannt. Viele reden davon, sagen aber meist nicht, was sie meinen. Wenigstens zwei Aspekte sollten dabei unterschieden werden: a) die **Produktinnovation**, also die Innovationsleistung, die zu neuen Möglichkeiten medizinischer Interventionen führt und b) die **Indikationsinnovation**, also der Aspekt medizinischer Neuerungen, der über den Einsatz des medizinischen Know-hows entscheidet.

Bei der Produktinnovation interessiert ökonomisch der Preis, während die Indikationsinnovation über die Häufigkeit der Anwendung und damit letztendlich über die Kosten für die Krankenkassen entscheidet. Die Erfahrungen zeigen, dass für die Finanzierbarkeit des Systems nicht die Produktinnovationen entscheidend sind, sondern die Indikationsinnovationen. Es ist also nicht der medizinisch-technische Fortschritt selbst das Problem, sondern seine Anwendung. Konkret ausgedrückt heißt das: In der Vergangenheit hatten die Krankenversicherungen weniger ein Problem mit der Bewältigung der Produktinnovation, wohl aber mit den ungesteuerten Mengenausweitungen, die nicht dem Bedarf, sondern den Einkommensinteressen der Leistungserbringer folgten.

Wie alle Gesundheitsreformen bewiesen haben, gibt es reichlich Gründe für die Annahme, dass die Erfahrungen der Vergangenheit hier auch für die Zukunft gelten werden, wenn es nicht gelingt, einen Organisationsrahmen für die Leistungserbringung zu finden, der den § 12 des V. Sozialgesetzbuches praktisch durchführbar macht. Dieser Organisationsrahmen muss selbstverständlich auch die GKV selbst einbeziehen, um bei ihr alle Erscheinungen der Selbstdemontage zu stoppen, wozu auch der Kassenwettbewerb gehört. Im Übrigen wäre es angebracht, einmal vorbehaltlos zu prüfen, welche bewahrenswerten Erfahrungen aus dem Gesundheitssystem der DDR hier übernommen werden könnten.

Zum dritten Argument

In Wirklichkeit verschleiert die mit schwindelerregenden Beitragssätzen prognostizierte Unbezahlbarkeit das tatsächliche Finanzierungsproblem. Demografie und die Innovation werden dazu benutzt, um vom eigentlichen Problem abzulenken. Die Prognoseexperten argumentieren samt und sonders mit Beitragssätzen, die sich auf das Bruttoeinkommen beziehen, ohne jedoch die Einkommensentwicklung zu berücksichtigen. Die Falle in der sich die Finanzierung befindet, besteht ja nicht darin, dass Produkte ihre Preise ändern und auch der Bedarf eine dynamische Größe ist. Das Problem liegt vielmehr in der Anbindung der Finanzierung an die Grundlohnsummen. Aber was passiert hier?

Die durchschnittliche Lohnquote, d.h. der Geldanteil vom Bruttosozialprodukt, der in Form von Löhnen und Gehältern in die Taschen der Arbeitnehmer geht, ist zwischen 1960 und 1982 trotz der zeitweiligen Stagflation von rund 64 Prozent auf 73 Prozent gewachsen und seit dem wieder unter das Niveau von 1960 abgesunken. Also wird die Bundesrepublik gemessen am BSP immer reicher, während der Anteil, der hiervon für die Einkommen der Arbeitnehmer wirksam wird, ständig sinkt. Die sinkende Lohnquote ist dabei primär die Folge hoher Arbeitslosigkeit und fundamentaler Veränderungen in der Struktur der Lohnsummen. Damit sind in Wahrheit die dramatischen Prognosen für die Beitragssatzentwicklung nichts anderes als der Ausdruck düsterer Prognosen hinsichtlich der Einkommensentwicklung.

Denn dies ist nun wirklich richtig: Wenn die Einkommensentwicklung bleibt wie bisher und wie es offenbar die Gutachter unausgesprochen vermuten, dann kann das in der Tat nur mit dramatischen Beitragssatzsteigerungen aufgefangen werden. Das aber würde den Finanzierungssicherheits der solidarischen Krankenversicherung mit Sicherheit zerstören und nur zwei Optionen lassen, nämlich Sozialhilfe und Haftpflicht für die Ärmern und Äquivalenzversicherung für die Besserverdienenden. Wie die aktuellen Diskussionen zeigen schließt die Politik diese Optionen nach 2002 keineswegs mehr aus.

Zum 4. Argument

Hierzu möchte ich nur eine kurze Bemerkung machen, weil zur These von der angeblichen Belastung der Lohnnebenkosten durch die Beitragsanteile der Arbeitgeber zur Krankenversicherung bereits ausführlich argumentiert worden ist. Es sei hier nur auf die Schrift von Braun, Kühn und Reiners mit dem Titel "Das Märchen von der Kostenexplosion" hingewiesen. Bemerkenswert hieran ist jedoch, dass den Ergebnissen dieser Schrift nie ernsthaft widersprochen worden ist. Das Buch wurde zwar breit diskutiert, aber selbst diejenigen, die der Schrift letzten Endes zustimmen mussten, waren niemals bereit, die Ergebnisse dieser Untersuchung in ihrem politischen Handeln umzusetzen.

Lassen Sie mich abschließend eine andere Rechnung aufmachen:

In der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden in der Vergangenheit mit einer relativen Konstanz 6 Prozent des Bruttosozialproduktes umgesetzt. Nicht mehr und nicht weniger. Angenommen, dies würde sich auch in

den nächsten fünfzig Jahren nicht ändern, und weiter vorausgesetzt, das Bruttosozialprodukt wächst in diesem Zeitraum mit der gleichen Dynamik wie seit 1960, dann würde die GKV um 2050 über rund 1 Billion DM oder 500 Milliarden Euro verfügen. Unterstellen wir die demografischen Vorausberechnungen als zutreffend, so müsste dieses Geldvolumen für rund 50 Millionen Versicherte reichen. Das wären durchschnittlich 10.000 Euro pro Kopf und Jahr und damit ein Vielfaches dessen, was die Versicherten derzeit für die Krankenversicherung aufbringen müssen. Da gäbe es auch für demografische und innovative Entwicklungen noch reichlich Spielraum.

Um es auf den Punkt zu bringen: Die als dramatisch unterstellten Beitragssatzentwicklungen mit ihren Konsequenzen für die Bezahlbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung könnten zur Realität werden, wenn es zu einer weiteren rapiden Verschlechterung der Einkommensentwicklungen käme. Und hier liegt, abgesehen von allen anderen Schlussfolgerungen zur Überwindung der Ineffektivität des Systems, das entscheidende Problem, ob sich das Märchen von der Unbezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung in eine ernst zu nehmende Gefahr für die Gesetzliche Krankenversicherung verwandelt. Das allerdings würde nicht ohne tief greifende Auswirkungen auf das gesellschaftliche Gesamtsystem und seinen sozialen Frieden bleiben.

So weit einige Bemerkungen über das Märchen von der Unbezahlbarkeit der Krankenversicherung unter den Bedingungen der Existenz einer sozialen Krankenversicherung.

Literatur

Deppe, Hans-Ulrich: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems- Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. VAS-Verlag Frankfurt/Main 2000.

Braun, Bernard: Ist Beitragssatzstabilität in der Gesetzlichen Krankenversicherung realistisch und ohne unerwünschte Nebenwirkungen zu erreichen?, 2001 (noch unveröffentlichtes Manuskript)

Braun, Bernard; Kühn, Hagen; Reiners, Hartmut: Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt/Main 1998.

Niehoff, Jens-Uwe: Zwei Gespenster: Die demografische Entwicklung und der Innovationsdruck in der Medizin. Mythen in der verteilungspolitischen Debatte. (Präsentation im Manuskriptdruck), Altwustrow 2001.

Schmacke, Norbert (Hrsg.): Gesundheit und Demokratie. Von der Utopie der sozialen Medizin. VAS-Verlag Frankfurt/Main 1999.

Knappe, E. u. Rachold, U. : Demografischer Wandel und GKV. In: Knappe / Winkler (Hrsg.) Sozialstaat im Umbruch; Frankfurt/Main 1997, S. 91-118.

Ulrich, V. u. Breyer, E. : Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. 220 (2000) 1, S. 1-17.

Bericht über die Eröffnung des 104. Deutschen Ärztetages. In: Deutsches Ärzteblatt, Jahrg. 98, H. 21, Ausg. C, S. 1080

Spaar, Horst: Gesundheitsschutz in der DDR-Anspruch, Entwicklung und Grenzen. In: Gegen den Zeitgeist, Zwei deutsche Staaten in der Geschichte. GNN-Verlag, Schkeuditz 1999.

Peter Eckert

Gesundheit unter dem Profidiktat des Pharmakartells

Das Kartell der "Gesundheitsindustrie" resultiert aus dem Zusammenwirken von Ärzten und Apothekern, Behörden und Ministerien, der einschlägigen Industrie (Pharma/ Medizinische Hilfsmittel) sowie den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Störend in diesem Kartellmonster sind die Versicherten und Patienten. Den Gesetzen der Globalisierung folgend, beteiligen sich alle Anbieter am Ausbluten der Sozialsysteme. Besonders beklemmend ist die Verlogenheit und Unfähigkeit der Politik, dieser dubiosen Entwicklung entgegen zu wirken.

Worum geht es?

Es geht um einen riesengroßen Markt, um eine fast unerschöpfliche Geldquelle für diejenigen, die staatlich garantiert und ermächtigt, den Zugriff darauf erhalten haben. Unter dem Vorwand sozialer Leistungen wurden dem deutschen Bürger im Jahr 2000 rund 1,4 Billionen Mark aus der Tasche gezogen. Dazu kamen noch 850 Milliarden Mark Steuergelder, von denen auch einige Milliarden direkt und indirekt in das Gesundheits- und Sozialsystem hineingepumpt wurden. Trotz einer angeblichen Beruhigung der Kostenspirale in den Jahren 1992 bis 1996, stiegen zwischen 1991 und 1997 die Gesundheitsausgaben um 37 Prozent an. Bis 2002 stehen neue Anhebungen der Krankenkassenbeiträge ins Haus. Die Anbieter fordern mehr Geld, obwohl der Nutzen für ihre Leistungen nicht abschätzbar ist. Hier gilt das Prinzip: Der Markt schafft Indikationen.

Zu den aktuellen Zahlen im Gesundheitswesen sei auf das Referat von Dominik Schirmer verwiesen.

Folgerungen

Will man wirklich helfen, ein bezahlungsfähiges wie brauchbares Sozialsystem zu errichten, muss eine neue Art des Beitragswesens – ohne Emotionen und politisches Denken – etabliert werden.

Eine schier unlösbare Aufgabe angesichts der übermächtigen Interessensgruppen. Ein Sozialstaat ist umso legitimationsbedürftiger, je knapper die Mittel werden. Befürwortern der totalen Selbstregulierung stehen die Gegner auf der Seite des egalitären Liberalismus, die am Prinzip der Güterverteilung festhalten, entgegen. Für den egalitären Liberalen ist der Mensch ein Lebewesen, das aus Klugheit und Einsicht kooperiert, sich nachteiligen Einschränkungen unterwirft, um seine Autonomie zu erhalten. Gerechtigkeit ist ihm kein Selbstzweck, sondern das Mittel zum Ausgleich ungerechtfertigter Mängel und Nöte. (1) Der Sozialstaat ist deshalb kein egalitäres, sondern ein moralisches Gebot. "Sein Ziel sollte daher sein, dass nicht jeder Bürger das Seine, sondern jeder Bürger genug bekommt".

Pharmaindustrie

Die Pharmabranche gehört zu den wichtigen Spielern im Konzert um Geld, Macht und Einfluss auf die Politik. Um die Jahrhundertwende bedeuteten die Bemühungen der Pharmaindustrie, neue und billige Arzneimittel zu entwickeln, einen Fortschritt. Der ärmere Bürger wurde in der Lage versetzt, Medikamente zu kaufen, die bis dahin nur dem wohlhabenden Bürgertum und Adel vorbehalten waren. Diese Tendenz hielt bis zum Ausbruch des 2. Weltkrieges an. Nach 1945 kam es zu einer drastischen Veränderung, denn Universitäten und etwas später die Max Planck Institute gaben aus verschiedenen Gründen die eigene medizinisch-pharmakologische Forschung auf. Diese wurde nun komplett von den Pharmafirmen selbst übernommen.



Prof. Dr. Eckert beim 9. isw-forum

Aus der "Weltapotheke Deutschland" wurde ein Pharmaforschungsland zweiter Ordnung. Schweizer, britische und amerikanische Großunternehmen verdrängten die Deutschen von ihren Führungsplätzen. Schon sehr früh, lange bevor andere Industriezweige die Globalisierung vorantrieben, waren die Zusammenschlüsse in der Pharmaindustrie die Vorreiter dieser verhängnisvollen Ökonomie.

Seit fast 20 Jahren verkörpern die Pharmasparten der Chemiemultis die Speerspitzen der globalen Verquickungen, die damit ihre Unkontrollierbarkeit erreichten und ihre Gewinne multiplizierten. Ihre Investitionen werden

seit Jahren mit hohen Renditen belohnt, die im wesentlichen aus den Sozialversicherungsbeiträgen der *Hochpreisländer* (USA/Kanada, Europa sowie Japan/Australien) stammen. Die durchschnittliche Rendite, der ROI (Return on Investment), beträgt 20 % bis 30 %. Einige Unternehmen bringen dies auf 40 % bis 60 %. Deutsche Firmen sollen angeblich erheblich weniger einbringen, liegen aber höher als die Gewinne der Superbanken bei 13 % bis 20 %. (2)

Arzneimittelsicherheit: Hintergründe

Die große Wende für die Pharmaindustrie, die bis dahin als wichtiger Vertreter der humanen Ethik und Würde auftrat, bildete der Conterganskandal. Erste Anzeichen für medikamentöse Missbildungen durch Contergan gab es bereits 1956. Dies machte die amerikanische Zulassungsbehörde, die FDA (Food and Drug Administration), misstrauisch, und die Beamten informierten den amerikanischen Senat. Während in den USA also Senator Kefauver schon 1960 eine systematische Kontrolle der Arzneimittelsicherheit forderte, versuchte das wenig verantwortliche Handeln der Mitarbeiter der Firma Grünenthal, den Contergan-Skandal zu vertuschen. Die Firmenleitung verstieß gegen alle bekannten Prinzipien einer wissenschaftlichen Entwicklung von Medikamenten und hielt fünf Jahre an dem Vertrieb des Thalidomid fest, obwohl erste Warnungen seit 1956 existierten. 1962 kam es endlich zum Vertriebsstop. Hoffnungslos und beinahe ausgegrenzt blieben 5.000 lebende Opfer. Erst zwölf Jahre später, 1976, verabschiedete der Deutsche Bundestag das noch heute existierende, damals moderne Arzneimittelgesetz, welches trotz zahlreicher Anpassungen und Novellen, noch immer schlecht bis gar nicht umgesetzt wird. Den Insidern ist bekannt, dass es trotz des Contergandebakels bis heute noch immer vergleichbare Schadensfälle gibt.

Das Gesundheitsministerium hat vorsätzlich eine Entmachtung der Fachgremien herbeigeführt, denn das ehemalige Bundesgesundheitsamt ist nicht ohne weiteres in der Lage, Medikamente trotz hoher Schadenspotentiale vom Markt zu verbannen. Dies tun für sie die "Sachverständigen Juristen" im aufsichtführenden Bundesministerium und die deutschen Gerichte – besser: Sie tun es nicht. Die Gesetzgebung ist ausreichend, nur die Aufsicht auf die Ausführenden fehlt. Im Bereich Ärzte und Apotheken funktionieren auch nur Scheinorganisationen, die ausschließlich der Beruhigung der Öffentlichkeit dienen. Die Industrieaufsicht ist alles andere als wirksam, denn sie wird länderbezogen von zuständigen Amtsstellen der Regierungspräsidenten kontrolliert. Wirtschaftliche Erwägungen haben vor solchen zur Arzneimittelsicherheit den Vorrang. (3)

Die Ergebnisse klinischer Studien, welche die Basis für neu zugelassene Arzneien bilden, werden nicht veröffentlicht, obwohl viele Fachgruppen dies seit Jahren fordern. Ohne Zweifel ein politischer Frevel, denn mancher Beamter des BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte), ein neuer Name für den strukturell nicht geänderten Vorläufer, das BMG (Bundesgesundheitsministerium), gibt in schwachen Momenten zu, dass ihm die Bevormundung durch Politiker und Juristen schon lange missfällt. Es gibt aber noch mehr Ungereimtes: Trotz jahrzehntelangen Forderungen der kritischen

Fachwelt gibt es noch immer keine bundesweite Krebsstatistik und keine länderübergreifende Informationspflicht – für schwere, lebensbedrohliche Infektionen und Hospitalismus.

Das Verhalten der Pharmaindustrie gilt als korruptionsverdächtig: Kaum zu glauben, aber wir Deutschen sind in der weltweiten Korruptionsskala weiter als gedacht. Wir rutschen beachtlich nach unten. Platz 1 der Liste der Organisation für "Transparency International" hält Finnland mit 9,9 von 10 möglichen Bewertungspunkten. Das Schlusslicht, mit 0,4 Punkten von 91 Ländern, bildet Bangladesch. Deutschland hat 7,4 Punkte und rutschte damit um drei Plätze tiefer auf Rang 20. Diese Organisation gegen Korruption nimmt seit Jahren das deutsche Gesundheitswesen unter die Lupe. Sie tut dies, um das komplexe Gesundheitswesen als Einfallstor zur Korruption aufzuzeigen. Vor einem Jahr kam die Studie zu dem Schluss, dass die ärztliche Selbstverwaltung und ihre Akademien die Fortbildung nicht der Pharmaindustrie überlassen darf.

Die Wege zur Übernahme der Pharmaforschung durch die Industrie sind vielfältig. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes investierte die deutsche Industrie 1991 und 1993 finanzielle Mittel in Höhe von vier Mrd. DM in die medizinische Basisforschung. Diese finanziellen Ressourcen enthalten nicht jene Aufwendungen, die unter dem Begriff der "Klinischen Prüfungen" von Arzneimitteln zusammengefasst werden. Der Forschungsbeitrag der Industrie war damit höher, als alle Universitäten (3–3,5 Mrd. DM) und staatliche Organisationen (1 Mrd. DM) gemeinsam zur Verfügung haben. Daraus resultieren zwangsläufig Mitsprache, dirigistische Beeinflussungen und Abhängigkeiten. Kein Wunder, dass manipuliert, geschönt, gefälscht wird. 1997 wurde die Öffentlichkeit durch die Fälschungen der Forscher Herrmann und Brach aufgeschreckt und sensibilisiert. Seit 2001 prüft ein universitäres Gremium die Glaubwürdigkeit und Korrektheit der wissenschaftlichen Beiträge, Ergebnisse und Untersuchungsmethoden des akademischen Lehrers der beiden, Prof. Dr. Mertelsmann. Aber es gibt im Dunkelfeld noch vieler solcher betrügerischen Delikte an deutschen Universitäten, die von den Verantwortlichen "klein" gehalten werden.

1997 war ich in der Forschungsleitung eines mittelständischen Pharmaunternehmens in Dresden tätig. Zu meinen Aufgaben gehörte die Kontrolle der externen und internen Forschung. Es fiel mir damals sofort auf, dass ein junger Forscher aus Homburg/Saar ungewöhnlich hohe Kosten verursachte und die Ergebnisse mehr als dürftig waren. Dieser universitäre Karrierist betrieb angeblich ein modernes Institut im Keller der Universität und führte intrazelluläre Messungen aus, die zur Prüfung der Rezeptorbeeinflussung der Zelloberflächen durch Arzneimittel dienten. Ich forderte von dem "Forscher" die Messergebnisse zu den Untersuchungen an und erhielt zunächst dumme und später gar keine Antworten. Einer der führenden internationalen und nationalen Forscher auf diesem Gebiet, dem ich den Sachverhalt vorlegte, bestätigte meine Bedenken, dass hier ein eklatanter Forschungsbetrug betrieben wurde. Als die Verträge von der Firma gekündigt wurden, traten Rechtsanwälte auf, die auf die "Einhaltung der Verträge" pochten. Die Information der Klinikleitung und obersten universitären Verwaltung ergab, dass der junge "Forscher" illegal tätig war

und weder personell noch zeitlich in der Lage war, solche aufwendigen Untersuchungen zu betreiben. Wer aber glaubt, dass etwas geschah, befindet sich auf dem Holzwege. Typisch für das Saarland, wurde die Sache vertuscht und mit der Mitteilung begründet, man habe den jungen Herrn, der doch solch ein hoffnungsvoller Forscher sei, abgemahnt. Der Forscher forscht noch heute in "Deutsch-Südwest" weiter.

Werbemittel als unsichtbare Macht der Pharmaindustrie

In den USA gibt die Pharmaindustrie pro Arzt 5.000 US-Dollar für Werbezwecke aus und stellt für jeden 15. Arzt einen Pharmaberater ein. In Deutschland dürften die Verhältnisse ähnlich sein. Bei uns gibt die Branche 20 Prozent des Gesamtumsatzes für Werbung aus und bildet damit die Spitze aller Wirtschaftsunternehmen. Das wäre der kleine Betrag von 10 Mrd. Mark/Jahr. Durch diesen finanziellen Aufwand ermöglicht, erhält der größte Teil der Ärzte jeden Monat 6 kg nicht bestellte, durch Werbung finanzierte Fachzeitschriften, von denen 2,5 kg reine Werbung sind. (4) Man kann davon ausgehen, dass ein unbekannter Anteil aller Ärzte aus diesem Haufen hingeschluderten Papiers ihre Informationen erhält. Je schlechter es einer dieser pseudowissenschaftlichen Zeitungen geht, umso rascher nimmt sie wissenschaftlichen Mist zur Publikation auf. Das Gewissen kennt keine Grenzen. Unsere Gesellschaft neigt dazu, durch ethische Reden Gesetze zu umgehen.

Die Pharmareferenten stellen ein buntes Häufchen von tragischen bis schillernden Personen dar. Die meisten haben ihre Wurzeln in akademischen Berufen – vor allem im Osten, wo sie keine Arbeitschancen in ihren erlernten Berufen erhalten. Chemiker, ältere Akademiker, Kaufleute, Biologen, Lehrer. Mit Schnellkursen wird ihnen das "Aufklärungsgespräch", eine besondere Taktik, beigebracht. Durch kleine Geschenke, Wecker, Kugelschreiber, Schreibtischutensilien, Opernkarten, kleine Terminkalender auf elektronische Basis, Rechner, Übersetzer, Weine aus eigenem Firmenanbau wird das ärztliche Gewissen "gestärkt und intensiviert". Geschenke sollen nämlich das persönliche Verhältnis zwischen Referenten und Mediziner unterstreichen und mit dem angebotenen Produkt identifiziert werden. In zweiter Linie folgen Golfreisen, Kulturreisen ins In- und Ausland, also etwas kostspieligere "Ausflüge", flankiert von kurzen Alibiveranstaltungen, die als wissenschaftliche Symposien deklariert werden. Die Leitung solcher Tagungen übernehmen universitäre oder andere Popanze der Medizinszene. So richtig großes Geld gibt es erst, wenn der Doktor seine Krankenhausapotheke überredet, neue Medikamente seiner Lieblingsfirma in dem Krankenhaus einzuführen.

Nach meinen heutigen Kenntnissen hat 1979 die damalige Sandoz AG, jetzt ein Teil des Konzerns Novartis, ein Produkt mit dem Namen Heparin-Dihydergot zur postoperativen Thromboseprophylaxe trotz Protestes einiger Chefärzte und ganz besonders von mir, in das größte Klinikum im Saarland eingeführt. Sandoz hatte bei der Zulassung 1977 nur unzureichende klinische Prüfungen durchgeführt und das Medikament als innovative neue Entwicklung bundesweit eingeführt. Die Firma verbreitete damals, dass der Anteil des Mutterkorngiftes, Dihydergot, als neue synthetische Substanz, nicht die schädli-

genden Einflüsse besaß. Mit dieser ungeprüften "Wahrheit" kam es zu schweren Schäden in ganz Deutschland. Es handelte sich bei den Nebenwirkungen um Todesfälle, Schlaganfälle und Gliedmaßenamputationen.

1981 kam es bei einer jungen Frau im Klinikum Saarbrücken zu einem Zwischenfall, der zu Amputationen von Gliedmaßen führte. Eine schäbige Rolle spielte die Ärztekammer Saar, die falsche Gutachten erstellte und eine Verleumdungskampagne gegen einen Arzt einleitete. Die gerichtliche Auseinandersetzung dauerte von 1988 bis 2000. Das OLG Saarbrücken klärte die Sachverhalte auf, die einer Überprüfung durch den Bundesgerichtshof stand hielten. Die Ärzte waren unschuldig. Novartis aber trat in zwei Instanzen als Nebenkläger gegen die Ärzte auf mit der Absicht, diese für ihre eigenen Fehler verantwortlich zu machen. Eine völlig neue Variante der Pharmaindustrie, die sich in der Regel, hat sie Dreck am Stecken, im Hintergrund klein macht. Dieses Verhalten von Novartis zeigt mir die praktischen Ergebnisse der Globalisierung, die gegen einzelne Personen vorgeht, den Staat zurückdrängt, die Macht selbstherrlich ausübt und mit Hilfe von Anwälten die Geschädigten noch anklagt. Das ist ein Blick in die Zukunft. (2)

Apropos Ärzte: Viele Ärzte sind durch eine chaotische Berufspolitik gezwungen, solche Wege, welche die Pharmaindustrie vorgibt, zu gehen, um ihr Einkommen zu verbessern. Trotz eindeutig geregelter Berufsordnung, § 32, wird dagegen verstoßen. Diese Standesregelung sieht vor, dass der Arzt in seinen Entscheidungen unabhängig sein soll und zum Wohle der Kranken keine bösen Dinge tun darf.

Wir haben fast 25 Prozent zu viele Mediziner, wobei ein relativer Mangel an Ärzten in den Kliniken einem Überfluss im niedergelassenen Bereich gegenübersteht. Berechnet auf internationaler Basis, benötigen 400 Patienten einen Arzt. Derzeit kümmert sich statistisch ein Arzt um 240 Patienten, das sind rund 82.000 von 290.000 Ärzten zu viel. Untersuchungen aus der Schweiz zeigen die Folgen der Arztdichte am Beispiel der Krankenversicherungskosten. Im Kanton Appenzell mit 13 Ärzten für 10.000 Menschen kostet die Krankenversicherung monatlich 133 sfr. In Genf, mit 62 Ärzten auf 10.000 Einwohner, müssen die Versicherten die Summe von 320 sfr. monatlich aufbringen. Diese jüngsten Ergebnisse stützen ältere Untersuchungen aus 1980, die das Baseler Prognoseinstitut durchführte: Nimmt die Ärzteschaft um 50 % zu, verdoppeln sich die Gesundheitskosten um 100 %.

Die klinische Prüfung als Mittel der Wahl zur Globalisierung

Der Außenstehende ist beeindruckt, wenn er in seriösen Zeitungen unkritische Betrachtungen der Pharmaindustrie liest. Welch ein Sicherheitsstandard, was für Kosten, die arme Industrie. Er kann es nicht wissen, dass auch Journalisten wider besseres Wissen für Geld schreiben und dabei wegsehen. Während in den USA elf die FDA beratende Ärzte die Zulassung eines Zytostatikums zur Krebsbehandlung ablehnten, lässt die europäische Behörde EMEA zum gleichen Zeitpunkt das in Amerika vorerst nicht zugelassene Medikament zu, obwohl die Unzulänglichkeiten der klinischen Prüfungen erkannt worden waren. Die europäische Behörde ließ das Mittel (TEMOZOLOMID) zu, ohne den Wirkungsnachweis zu kennen.

Statt Sorgfalt unterliegt die Behörde den Forderungen der Industrie nach Beschleunigung der Zulassungen. Die FDA musste von 1994 – 1998 etwa 172 neue Produkte aus Sicherheitsgründen vom Markt nehmen. Die Tendenz steigt. Nun aber hört man Schlimmes aus den USA. Dank des Einflusses des neuen Präsidenten Bush werden plötzlich Verstrickungen zwischen der Behörde und der Industrie aufgedeckt. So werden, ganz untypisch für das Spitzeninstitut, die FDA, Todesfälle nach Einnahme bestimmter Arzneien, plötzlich fast so lange wie in Deutschland toleriert, ohne dass Sicherheitsmaßnahmen ergriffen werden. *The Lancet*, ein medizinisches Spitzenblatt, bezichtigte die Behörde als "Handlanger der Industrie". Man vermutet Absprachen zwischen den Mitarbeitern der Behörde und *GlaxoSmithKline*, einem der ersten Multis.

Das Geschäft mit der Prophylaxe

Das Diktat um die Gesundheit heißt Prophylaxe. Ein Mordsgeschäft: Der hohe Blutdruck. Kein Zweifel, der zu hohe Blutdruck ist ungesund oder gar tödlich. Nur was entspricht der zu therapierenden Höhe des Blutdruckes? Noch vor Jahren waren alle systolischen Blutdrucke über 140 mm Hg und alle diastolischen Werte über 100 mm Hg behandlungsbedürftig. Man erkannte aufgrund mehrerer Studien, dass die Senkung des diastolischen Blutdruckes um 5–8 % eine signifikante Reduzierung von Komplikationen der Herz-Kreislaufkrankheiten zur Folge hatte. Es gab weniger Herzinfarkte und Schlaganfälle. Seit einigen Jahren gilt aber der untere Wert von 90 mm Hg, obwohl bisher nicht eine einzige Studie belegt hat, dass die Blutdruckhöhe von 90 mm Hg ein höheres Alter und signifikant weniger Infarkte beschert. Das Geschäft ist riesengroß, denn um den Beweis der Wirkung eines Medikaments zu führen, müssen Millionen Menschen täglich eine Pille einnehmen. Für einen Monat kosten die Medikamente zwischen 60 und 200 DM. Müssen mehr als zwei oder drei unterschiedliche Pillen verordnet werden, verdoppeln und verdreifachen sich die Kosten der Krankenkassen und die Zuzahlungen der betroffenen Verbraucher. Ob es die Pillen sind, die helfen oder ob andere Faktoren (Lebensweise, Körpergewicht, Genussmittel, Zigarettenskonsum etc.) die entscheidende Rolle spielen, können solche Studien weder ein- noch ausschließen. Um eine Verbesserung der Risiken um 2 % –6 % auszumachen, müssen Hunderttausende Patienten die Pillen einnehmen. Hier kommt eine unheilige Allianz zwischen Ärzten und Pharmaindustrie zustande. Solche Millio-neneinkünfte sind natürlich nur in den drei Hochpreisregionen USA/Kanada, Europa, Japan und Australien möglich und für die Pharmabranche lohnend.

Erwiesen ist übrigens bisher, dass nur Aspirin in kleinen Dosierungen alle möglichen Risiken im Herz-Kreislaufsystem senkt. Das aber hat, gemessen an den Produkten der Konkurrenz, einen viel zu niedrigen Preis, klagen die Bayermanager. Bei den anderen Therapieprinzipien herrscht seit 1997 ein heftiger Krieg, geht es doch um Milliarden pro Jahr. In diesem Streit um das beste Wirkprinzip kämpfen Professoren und Industrie mit harten und unfairen Argumenten. Man scheut sich nicht, die Ergebnisse klinischer Prüfungen statistisch so zu verbiegen, dass Ärzte und Verbraucher nicht mehr erkennen können, was nützlich oder sinnvoll ist. Willige Professoren gibt es auf der ganzen Welt genug. Eines ist klar erkennbar: Der

Glaube, dass eine Pille die ungesunde Lebensweise positiv beeinflussen könnte, stammt aus der Küche der Pharmaindustrie und ist bloße Marketingstrategie.

Ein weiteres Beispiel bietet die derzeitige Kampagne zur Antiraucherpille, die das Gesagte unterstreicht. Seit Jahren wird die Nichtraucherpille empfohlen. Ein Bombengeschäft für die Firma *GLAXO*, die das *Bupropion* (*Zyban*) vertreibt. Siegesicher erklärte die Firma, dass nach einem Jahr 20 bis 30 % vom Rauchen entwöhnt, also abstinent sind. Eine neue Studie meldete jedoch Bedenken gegen diese Aussage an. Es gibt nicht nur erhebliche Nebenwirkungen aller Art, sondern auch Todesfälle. In einem *ROTE-HAND-Brief* vom 5. Juli 2001 gibt Glaxo die Häufigkeit von Krampfanfällen mit 1:1000 (1%) an. Das Fazit dieser Studie ist, dass nur wenige Raucher entwöhnt werden können. Nach sechs Monaten sind lediglich 16 % entwöhnt. Unter Placebo erreichen dieses Ziel immerhin 9 %. Daher klaffen bei dieser Pille Anspruch und Wirklichkeit auseinander. Für die Mehrheit der Patienten bringt dieses Medikament eine Nebenwirkungsrate von 44 %. Dafür, dass Millionen Raucher diese Pille einnehmen und dafür viel Geld zahlen, ist die Effektivität zu gering. (5) Ein Mordsgeschäft für Glaxo. Mal sehen, wie lange die Behörden warten, um diesem Spuk ein Ende zu bereiten.

Wohin führt diese Entwicklung?

Man muss sich die Dimensionen vorstellen. Ein "Block-Buster" unter den Arzneimitteln zur Senkung des Blutdruckes erwirtschaftet 1–4 Mrd. US-\$ im Jahr. Man kann davon ausgehen, da der Jahrespreis etwa 500–1000 Dollar beträgt, dass einige Millionen Menschen behandelt werden. Wenn nur 1 % tödliche Nebenwirkungen auftreten, sind dies jährlich 200.000 bis 300.000 Menschen, die durch die Prophylaxe sterben. Allein in den USA werden 1,3–1,5 Millionen Menschen wegen unzureichender Dosierung, unklarer Indikation und falscher Verordnung von Arzneimitteln stationär behandelt. Fast 200.000 Betroffene sterben an den Folgen, was lediglich den offiziell registrierten Fallzahlen entspricht. Vorsicht ist geboten, denn auf diesem Feld ist die Dunkelziffer hoch; man rechnet für die tatsächlichen Zwischenfälle mit einem Faktor bis zum achtfachen. Die direkten Kosten zur Therapie der Pillenfehlbehandlung betragen 1994 geschätzt 60 Mrd. US-\$. Berücksichtigt man die Folgekosten, dann stiegen 1995 die Gesamtaufwendungen auf 136 \$. Damit haben die Arzneimittelschäden auf der Skala volkswirtschaftlicher Relevanz den Platz 1 noch vor den Herz-Kreislaufkrankheiten mit 117 Mrd. US-\$, Diabetes mit 61 Mrd. US-\$ und Fettsucht 46 US-\$. Jede vierte Krankenhausbehandlung, jeder fünfte ambulante Notfall und jeder sechste Arztbesuch wird durch den Fehlgebrauch von Arzneimitteln verursacht. Global kann man die Zahlen mit 3–8 (bei hoher Dunkelziffer) multiplizieren. (2)

Die letzten Beispiele legen eine Umverteilung der Kosten nahe. Nur welche Partei und welche Politiker sind bereit, sich mit dieser Macht anzulegen.

Literatur

- (1) Kersting, Wolfgang: Theorien der sozialen Gerechtigkeit. Metzler, Stuttgart, 2000
- (2) Eckert, Peter: Das Pharmakartell. VSA-Verlag Hamburg, 1998
- (3) Arzneitelegramm: 6/2001: 57, 32. Jhg., Juni 2001
- (4) Der Arzneimittelbrief: Jhg. 35, N°2, 9, Februar 2001
- (5) Der Arzneimittelbrief: Jhg. 35, N° 6, 43, Juni 2001

Steffi Nitschke

Privatisierungsbestrebungen – am Beispiel Klinikum Kassel

Wie der Titel der Veranstaltung "Gesundheit – ein Mordgeschäft" schon sagt, geht es im Gesundheitswesen um mordsmäßig viel Kohle. Die Gewinne der Pharmaindustrie steigen von Jahr zu Jahr ins Unermessliche. Das Kapital sucht sich neue Märkte, um jetzt auch im Krankenhausbereich abzusahnen.

Aber es besteht auch die Gefahr, dass der Titel der Veranstaltung sich auf andere Weise bewahrheitet: Dass nämlich Gesundheit zu einem Mord-Geschäft wird. In einem Gesundheitswesen, wo das Geld im Vordergrund steht, besteht die große Gefahr, dass die Schwachen und wirklich Hilfsbedürftigen auf der Strecke bleiben. Eine Tendenz, die sich hier breit macht und der mit allen Mitteln etwas entgegen gesetzt werden muss.

Aber nun vom Abstrakten zum Konkreten: Wie angekündigt werde ich über die Privatisierungsbestrebungen am Klinikum Kassel berichten. Über unseren Kampf dagegen und somit auch über die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf Patienten und Beschäftigte.

1992: Vom Eigenbetrieb zur gemeinnützigen GmbH

Bereits 1992 wurden die Städtischen Kliniken, wie das Klinikum Kassel damals noch hieß, in eine gemeinnützige GmbH umgewandelt. Dieses Modell galt lange Zeit bundesweit als das Vorzeigemodell. Durch den Protest der ÖTV-Betriebsgruppe konnte damals vieles von dem, was der Geschäftsführung im Sinn stand, verhindert werden: Die Stadt Kassel blieb hundertprozentiger Gesellschafter, die Gemeinnützigkeit konnte durchgesetzt werden, und die Beschäftigten waren somit weiter im öffentlichen Dienst beschäftigt. In den ausgehandelten Gesellschaftsverträgen konnten einige Verbesserungen bezüglich der Mitbestimmung und der Interessensvertretung festgeschrieben werden.

Die Beschäftigten hatten natürlich auch damals Angst um ihre Arbeitsplätze, aber die Beteiligung an den damaligen Protesten ist mit der Beteiligung an den jetzigen Auseinandersetzungen nicht zu vergleichen.

Obwohl 1992 sowohl der heutige SPD-Stadtkämmerer als auch der Geschäftsführer eine Privatisierung definitiv ausschlossen, wurde damals schon von einigen Seiten betont, dass die Umwandlung in eine GmbH nur der erste Schritt in Richtung einer vollständigen Privatisierung ist. Unsere Skepsis war also berechtigt – heute stehen beide an der Spitze der Privatisierungstreiber.

Die Auswirkungen, die die Umwandlung in eine GmbH hatte, zeigten sich nicht sofort. Für die Beschäftigten blieb erst mal alles beim alten.

Ich denke, vieles von dem, was inzwischen passiert ist, wäre auch ohne die Umwandlung geschehen – allein durch die restriktive Gesundheitspolitik. Aber durch die Rechtsform der GmbH wurden Weichen gestellt.

Ausgründungen und Umstrukturierungen

Nicht lange nach der Gründung der GmbH ging es los mit Privatisierungsgerüchten um die Wirtschaftsdienste. 1995 wurde eine neue Konzernstruktur gegründet, die neben der Übernahme von zwei städtischen Altenheimen, die Gründung eines Reha-Zentrums und einer Wirtschaftsdienste Tochter namens ökomed vorsah. Dieser Konzern hat heute rund 4.000 Beschäftigte.



Steffi Nitschke beim 9. isw-forum

1995 gelang es ÖTV und dem Betriebsrat noch, die Gründung einer Billiglohn-GmbH zu verhindern. Die Wäscherei wurde zwar privatisiert, aber alle Beschäftigten wurden auf andere Arbeitsplätze übernommen. In Küche und Reinigungsdienst wurde ein privates Management eingestellt. Dieses konnte sich allerdings nicht lange halten, da es massive Beschwerden über die Qualität des Essens und der Reinigung gab. Für die Beschäftigten im Reinigungsdienst und in der Küche wurde ein "Beschäftigungssicherungsvertrag mit fünf Jahren Laufzeit vereinbart. In den letzten Jahren wurden die Arbeitsintensität in diesen Bereichen enorm ausgebaut, allein im Reinigungsdienst wurden über dreißig Stellen abgebaut.

Als 1999 der Beschäftigungssicherungsvertrag auslief, kam es wieder zur Androhung einer Totalprivatisierung des Wirtschaftsbereiches. Die Tarife im privaten Bereich liegen um 25 bis 30 Prozent niedriger! Doch durch die Zusage der Besitzstandswahrung wurde der Widerstandswille der Beschäftigten zerstört. Da ein Protest nicht mehr möglich war, sah sich der Betriebsrat nach langen Auseinandersetzungen gezwungen, einem um 13 Prozent niedrigeren Haustarifvertrag für alle Neueingestellten ab 2000 zuzustimmen. Wir handelten nach dem Motto: 13 Prozent weniger sind zwar schlecht, aber immer noch besser als 30 Prozent weniger und eine Totalprivatisierung.

Aber nicht nur im Bereich der Wirtschaftsdienste kam es in den letzten Jahren zu Verschlechterungen. Vor dem Hintergrund der gedeckelten Krankenhausbudgets, wo noch nicht einmal die Tarifsteigerungen ausgeglichen werden (wenn sie auch noch so mager sind), wird der Druck auf alle Beschäftigten immer größer. Die Arbeitsbelastung wird ins Unerträgliche gesteigert. Man kann es auf die kurze Formel bringen: Immer mehr Patienten, werden von immer weniger Personal in immer kürzerer Zeit behandelt.

Aktuelle Debatte über den Totalverkauf

Auslöser der Debatte über den Totalverkauf war im November 1999 ein Artikel in der Lokalzeitung mit der Überschrift "Die Stadt muss sich selber helfen". In diesem Artikel forderten führende SPD-Politiker der Stadt, das Klinikum – neben anderen städtischen Betrieben – zu verkaufen, um so aus der städtischen Schuldenfalle zu kommen. Nebenbei bemerkt, das Klinikum macht bis heute Gewinne in Millionenhöhe, an die die Stadt aber nicht rankommt. Wir reagierten auf diesen Artikel sofort mit einer Resolution der Beschäftigten, die sich gegen den Verkauf des Klinikums und gegen jede Privatisierung aussprach. Daraufhin folgte von den SPD-Politikern eine Beschwichtigungskampagne: Bei dem Ganzen würde es sich um ein Strategiebündel handeln, an dem der Verkauf an letzter Stelle stünde.

Für uns also kein Grund, uns beschwichtigen zu lassen. Und so kam es auch zu dem, was so manch ein SPD-Genosse bis heute nicht verkraftet hat. Die ÖTV, unterstützt durch die Sozialistische Alternative (SAV) und die PDS, rief im März 2000 alle städtischen Beschäftigten zu einer Protestdemo vor dem SPD-Unterbezirksparteitag auf. Mit dem Motto: "Wenige verkaufen das Tafelsilber und viele müssen die eingebrockte Suppe auslöffeln", wurden die Delegierten aufgefordert, einen Leitantrag abzulehnen, in dem die ausdrückliche Option auf den Verkauf der städtischen Unternehmen festgelegt war. Mit Ölfass-Trommeln und Trillerpfeifen machten die rund 300 Demonstranten darauf aufmerksam, dass Privatisierung Diebstahl an öffentlichem Eigentum ist.

Zu unserem Bedauern, wenn auch nicht zu unserer Verwunderung – wenn man sich die bundesweite Kürzungs- und Privatisierungspolitik der SPD anschaut – wurde der Antrag mit einer knappen Mehrheit angenommen. Die ÖTV-Betriebsgruppe reagierte sofort mit einer großangelegten Kampagne unter dem Titel: "Kein Verspielen der Kasseler Gesundheitspolitik – Hände weg vom Klinikum Kassel".

Wir machten in Flugblättern deutlich, dass der Verkauf des Klinikums die Bankrotterklärung der Kasseler Kommunalpolitik nur kurzfristig hinauszögern, längerfristig aber an der Finanzsituation nichts ändern würde. Im Gegenteil, Privatisierung bedeutet immer auch Arbeitsplatzabbau, was in der Folge die Sozialausgaben der Stadt dann explodieren lässt.



Neben Rationalisierung und Zentralisierung würde es bei einer Privatisierung zu einer Absenkung der Tarife kommen, da Private Investoren ihre Rendite abziehen wollen.

So würde eine Krankenschwester im Alter von 28 Jahren nach dem Tarifvertrag der privaten Krankenhausbetreiber 780 DM brutto im Monat weniger verdienen. Wäre diese Krankenschwester verheiratet und hätte zwei Kinder summiert sich der Verlust auf sage und schreibe rund 1.200 DM brutto im Monat, weil es in diesem Tarifvertrag keine soziale Komponente gibt.

Außerdem gibt es keine betriebliche Altersversorgung, also keine Zusatzversorgungskasse (ZVK). Und dies hat noch einmal gravierende Auswirkungen: Eine Beschäftigte, die 5.000 DM brutto verdient und seit 25 Jahren im Öffentlichen Dienst arbeitet, bekommt im Rentenfall ca. 3.300 DM Rente. Ohne ZVK wäre diese Rente pro Monat um ca. 1.000 DM niedriger.

Aber nicht nur die Beschäftigten wären bei einer Privatisierung arm dran, auch für die Bevölkerung wären die Auswirkungen gravierend:

- Betriebswirtschaftliche Ergebnisse wären wichtiger als eine optimale medizinische Versorgung. Aktionärsbedienun vor Patientenbedienun.
- Wegfall der Notfallversorgung, da zu hohe Vorhaltekosten entstehen.
- Bettenreduktion und drastische Verkürzung der Verweildauer.
- Einführung einer 2-Klassen-Medizin. (Zum Vergleich: In den USA wird pro Kopf der Bevölkerung soviel Geld ausgegeben, wie in keinem anderen Land der Welt. Trotzdem steht dieses Gesundheitswesen großen Teilen der Bevölkerung gar nicht zur Verfügung; und 40 Prozent der aufgewendeten Gelder werden dem System entzogen, weil sie als private Gewinne abgeschöpft werden.

Dies haben wir durch Flugblattaktionen in der Innenstadt und auf Demonstrationen bekannt gemacht.

Der Auftakt unserer Kampagne war die 1. Mai-Kundgebung im Jahr 2000. Wir nutzen diesen Tag, um unseren Protest in die Öffentlichkeit zu bringen. Rund zweihun-

dert KollegInnen nahmen – zum größten Teil in Dienstkleidung – an der Demo teil. In meiner Rede bei der Kundgebung, konnte ich ankündigen, dass wir erst wieder Ruhe geben, wenn die Verkaufspläne vom Tisch sind. Und zur Erinnerung an die Politiker, mit Blick auf die Kommunalwahl 2001, dass sie nicht vergessen sollen, dass 4.000 Beschäftigte auch genauso viele WählerInnen sind. An diesem Tag gaben wir auch öffentlich unseren Protestsong "Vom Möncheberg da kommen wir, ... der Magistrat will uns verkaufen, doch das wird mit uns nicht laufen ..." zum Besten.

Und außerdem gaben wir den Startschuss für unsere Protestkartenaktion, mit der die Kasseler Stadtverordneten aufgefordert wurden, die Pläne über den Verkauf zu stoppen. In den nächsten Wochen wurden, nicht nur unter den Beschäftigten, sondern auch an Infoständen in der Innenstadt und in anderen Kasseler Betrieben Unterschriften gesammelt. Allein die KollegInnen der Kasseler Sparkasse sammelten über 300 Karten, und auch KollegInnen des Baunataler VW-Werkes unterstützen die Aktion massiv. Als wir die Protestkarten mit einer kleinen Delegation im Juni 2000 der Stadtverordnetenvorsteherin übergaben, hatten wir über 4.000 Karten zusammen.

Auch betrieblich gab es einige Höhepunkte zu feiern: An unserer Betriebsversammlung im Frühjahr 2000 (am 18. Mai) nahmen rund 800 KollegInnen teil – soviel wie nie zuvor. Normalerweise kommen so 200 bis 250. Die KollegInnen brachten ihren Unmut in einer Fülle von Wortbeiträgen zum Ausdruck. Es wurde sichtbar, dass die Belegschaft voll hinter dem Betriebsrat und der örtlichen ÖTV steht. Ein Kollege schilderte eindrucksvoll, welche Ängste die Beschäftigten haben und machte klar, dass es weitere Aktionen geben muss.

Von der Verkaufsdebatte zur "Zukunftssicherung"

Angesichts solch einer starken Gegenwehr, bekamen die Politiker, wohl besonders wegen der bevorstehenden Kommunalwahl, mehr und mehr kalte Füße. Und so manch ein Politiker hat sich gewünscht, diese Debatte lieber nicht angezettelt zu haben – zumindest nicht vor der Wahl. So sagte die CDU ihre volle Unterstützung zu und betonte, dass es mit ihr einen Totalverkauf nicht geben würde. Auch die SPD veränderte ihre Position. Nach dem Motto "Vorwärts Genossen, wir marschieren zurück" kam auch für die SPD nun ein Totalverkauf nicht mehr in Frage.

Doch nun kam die Geschäftsführung zum Zuge. Nachdem der Geschäftsführer Schäfer im Frühjahr noch gegen einen Verkauf war, setzte er sich nach der Sommerpause an die Spitze der Bewegung. Mit der Aussage: "Wir wollen Zentrale nicht Filiale sein", machte er seine Beweggründe mehr als deutlich. Denn wäre das Klinikum an eine Krankenhauskette verkauft worden, so wäre neben vielen anderen Arbeitsplätzen auch sein eigener überflüssig geworden. Seine Vorstellung: mit sogenannten "Strategischen Partnern" aus der Wirtschaft selbst Steuermann einer Privaten Klinik werden. Denn, so Schäfer, nur mit Partnern aus der Wirtschaft könne man expandieren und nur mit Expansion lässt sich die Zukunft sichern. Untermauern wollte er seine Argumente mit der dubiosen Arthur-Anderson-Studie, die von Privatisierungsbefürwortern immer wieder als Argumentationshil-

fe benutzt wird. Zusätzlich wurde – weil das ja zur Zeit auch sehr modern ist – für sehr viel Geld ein eigenes Gutachten in Auftrag gegeben. Dieses kam dann zu dem Schluss – wen überrascht es, frei nach dem Motto: "Wes' Brot ich ess, des Lied ich sing" –, die beste Strategie zur Zukunftssicherung wäre die Loslösung von der Stadt und eine Kooperation mit strategischen Partnern aus der Wirtschaft. Außerdem verhindere der BAT die Gewinnung von hochqualifiziertem und motiviertem Personal. Geschäftsführer Schäfer wollte erreichen, dass er vom Aufsichtsrat beauftragt wird, konkrete Verkaufsverhandlungen zu führen.

Wir ließen uns aber auch von dieser Argumentation nicht einlullen und gingen wieder in die Offensive. Für Ende November 2000 wurde eine weitere Betriebsversammlung angesetzt. Drei Wochen vorher wurde zur Mobilisierung wöchentlich eine Betriebszeitung rausgegeben. Als die Geschäftsführung ihr Zukunftskonzept, in Form eines massiven Sparpaketes, vorlegte, forderten wir die Beschäftigten auf, mit Protestbriefen zu den Sparvorschlägen Stellung zu nehmen. Viele Beschäftigte aus unterschiedlichen Abteilungen folgten dem Vorschlag.

Das Sparpaket sah unter anderem vor:

- 10 Prozent Personaleinsparungen
- Schließung von Stationen
- Streichung von 20 Ausbildungsplätzen

Der Vorschlag, eine sogenannte "leistungsgerechte Bezahlung" einzuführen, stieß zunächst bei einigen Kolleginnen und Kollegen auf Zustimmung. Fühlen sich doch viele nicht ihrer Leistung entsprechend bezahlt – was ja auch zutrifft. Als wir allerdings in Veröffentlichungen darüber aufklärten, dass es sich hier um ideologisch verbrämte Nasenprämien für sogenannte Leistungsträger handelt, und es für die Masse der Leute weniger geben würde, da über allem ja der Spargedanke steht, wechselte die Stimmung abrupt. Die Betriebsversammlung toppte dann mit über 1.000 TeilnehmerInnen und einer sehr wütenden und kämpferischen Stimmung, die schon sehr gute Versammlung im Frühjahr.

Als wir erfuhren, dass im Dezember ein gemeinsamer Antrag von SPD und CDU zur Neupositionierung des Klinikums im Stadtparlament beraten werden sollte, begaben wir uns mit einer Delegation auf die Zuschauertribüne und machten unseren Unmut gegen die Verkaufspläne mit Transparenten deutlich. In diesem Antrag, und auch später in der Aufsichtsratsvorlage, wurden bestimmte Richtlinien für eine "strategische" Neupositionierung aufgestellt. Ein Gutachten sollte die Sache mal wieder richten. Dieses Gutachten, das mittlerweile vorliegt, sollte prüfen, mit welcher Gesellschaftsform das Klinikum Kassel am besten für die Zukunft gerüstet ist.

Folgende Modelle wurden geprüft:

1. Status Quo – jetzige Struktur bleibt erhalten
2. Strategische Partner – mit der Wirtschaft
3. Privatisierung – Totalverkauf
4. Auf Wunsch der Arbeitnehmervertretung: Regionale Partnerschaft – Verbund mit kommunalen Krankenhäusern.

Durch diesen Prüfauftrag kehrte erst einmal Ruhe ein im Betrieb. Das Sparpaket wurde auf Eis gelegt. Und auch der Ausbildungsplatzabbau konnte, durch eine eigenständige Kampagne, die wir zusammen mit den Auszubildenden organisiert haben, verhindert werden.

Während der Wahlkampfzeit nutzten wir natürlich die etwas politischere Stimmung in der Bevölkerung aus. Gemeinsam mit anderen Städtischen Betrieben waren wir die letzten Samstag vor der Wahl mit Infoständen in der Innenstadt präsent. Mit Postkartenmotiven "Grüße aus dem verkauften Kassel" und einem Quiz "Wer wird Millionär, wenn die Kliniken verkauft werden?" machten wir auf unsere Situation aufmerksam. Der Höhepunkt war eine Demonstration kurz vor der Wahl, zu der alle städtischen Betriebe mobilisiert haben.

Der aktuelle Stand

Das Auftragsgutachten ist zu dem Schluss gekommen, dass das Modell "Regionale Partnerschaft", was einen Verbund mit den Kommunalen Krankenhäusern der Umgebung vorsieht, die beste Variante der Zukunftssicherung darstellt. Aktuell wurde ein Lenkungsausschuss unter Beteiligung der Arbeitnehmervertretung gegründet, der die genauen Bedingungen formulieren soll.

Ich denke, man kann die aktuelle Entwicklung zumindest als einen kleinen Teilsieg betrachten, da der Totalverkauf vom Tisch ist. Ebenfalls als einen Sieg würde ich betrachten, dass unser ehemaliger Geschäftsführer und einer der Hauptprivatisierungstreiber nach Berlin zur net.ge wechselte. Und nebenbei bemerkt, kam die Kasseler SPD wohl zu der Auffassung, dass die Verkaufsdebatte um das Klinikum einer der Hauptgründe war, warum sie bei der Kommunalwahl ca. 10.000 Stimmen eingebüßt hat.

Soweit zu unser bisheriger Kampagne.

Fazit und Schlussfolgerungen

Wichtig war es, sofort in die Offensive zu gehen und mit einer breiten Öffentlichkeitsarbeit Druck aufzubauen gegenüber der Politik und der Geschäftsführung. Nicht nur die Beschäftigten mussten informiert werden, auch die drohenden Auswirkungen auf die Bevölkerung zu thematisieren war richtig, da nur so eine breite Solidarität erzielt werden konnte. Während der "heißen" Kampagnenphase haben wir uns wöchentlich in einem Aktionskomitee getroffen, um die weiteren Schritte zu planen. An diesen Treffen haben teilweise bis zu 20 Leute teilgenommen. Außerdem war die Gegenwehr die beste Mitgliederwerbekampagne die wir jemals hatten: Über 200 KollegInnen konnten wir neu für die ÖTV gewinnen.

Das Fazit muss lauten: Ob nun Verkaufsdebatte, angeregt durch die Politiker, oder "Zukunftsdebatte", angeregt durch den Geschäftsführer: Es handelt sich nur um andere Argumente, das Ziel aber ist das gleiche. Die Beschäftigten, die jahrelang für den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens gesorgt haben, sollen am Ende die Zeche zahlen.

Klar ist, dass die Auseinandersetzungen noch nicht zu Ende sind. Das können sie auch gar nicht, wenn man sich die Gesundheitspolitik anschaut. Durch die Einführung eines neuen pauschalierten Abrechnungssystems/DRGs, wird die Konkurrenz unter den Krankenhäusern steigen und der wirtschaftliche Druck immer mehr zunehmen. Und dieser wird sich, gerade im Krankenhausbereich, bei dem es sich um einen sehr personalintensiven Arbeitsbereich handelt, besonders auf die Arbeits- und Einkommensbedingungen der Beschäftigten auswirken. Die Frage ist, welche Schlussfolgerungen daraus gezogen wer-

den müssen. Uns ist klar, dass der Kampf gegen die Privatisierung auf Dauer nur Erfolg haben kann, wenn er sich ausdehnt und auch politisch die Weichen anders gestellt werden.

Wir sind ja kein Einzelfall, bundesweit läuft eine Kahl-schlagspolitik im Gesundheitswesen. So wurden seit 1991 in Berlin 15.000 Betten abgebaut, und ein Ende ist noch nicht in Sicht. Allein in diesem Jahr sollen 1.000 Stellen abgebaut werden. In ganz Deutschland gibt es Krankenhäuser, die Privatisierungsbestrebungen ausgesetzt sind. Eigentlich wäre es die Aufgabe der Gewerkschaften, einen gebündelten Kampf dagegen zu führen. Zusammen mit KollegInnen aus Stuttgart haben wir einen Antrag an die damalige ÖTV-Hauptverwaltung gestellt, und als einen ersten Schritt gefordert, dass eine bundesweite Konferenz von Vertrauensleuten, Betriebs- und Personalräten aus den Krankenhäusern durchgeführt wird – zu den Themen: Kampf gegen Privatisierung und Verteidigung des Flächentarifvertrags. Die Antwort der ÖTV war sehr kurz gefasst: Sie haben zur Zeit leider keine Zeit, da die Novellierung des Betriebsverfassungsgesetzes bevorsteht, und dies ihre Kapazitäten bindet. Mit dieser Antwort und auch ansonsten mit der Gewerkschaftspolitik, besonders im Hinblick auf Privatisierung des Öffentlichen Dienstes, kann man sich nicht zufrieden geben. Eine Konsequenz, die ich schon seit längerem daraus gezogen habe, ist die organisierte Oppositionsarbeit im "Netzwerk für eine kämpferische ÖTV", bzw. jetzt nach der ver.di-Gründung "Netzwerk für eine kämpferische und demokratische ver.di". Das Netzwerk ist ein bundesweiter Zusammenschluss von KollegInnen die mit dem Kurs der Gewerkschaftsführung unzufrieden sind, die diesem etwas entgegen setzen wollen und sich dafür innerhalb der Gewerkschaft einsetzen.

Es muss meines Erachtens aber auch darum gehen, Einfluss auf die Politik zu nehmen. Für mich ist Gesundheitsversorgung ein zu hohes Gut, als dass sie Profitinteressen unterstellt werden darf. Ein solidarisches und öffentliches Gesundheitswesen, wo nicht die Rendite, sondern die Interessen der Patienten und Beschäftigten im Vordergrund stehen, ist für mich das Zukunftsmodell. Um dieses zu verwirklichen braucht es allerdings mehr als eine größere "Kampagne".

Das "Kanzleramts-Papier"

Vorhaben des BMG für die nächste Legislaturperiode: Fortführung der Gesundheitsreform

I. Problem

Prognostizierter Beitragssatzanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung bis 2040 von derzeit 13,4 % je nach Schätzung auf bis zu 31 %. Grund:

- **Demografie-Effekt:** Rentner zahlen geringere Beiträge, sind auf der Ausgabenseite aber überdurchschnittlich teuer. Der Subventionsbedarf für die Krankenversicherung der Rentner erreichte bereits im Jahre 2000 über 60 Mrd. DM bzw. 25 % der Gesamtausgaben. Dieser Effekt verschärft sich in den nächsten Jahren; die Kosten je Rentner und die Lebenserwartung steigen, der Subventionsbedarf muss von einer sinkenden Zahl von Erwerbstätigen getragen werden. Der Subventionsbedarf für die Rentner erreicht im Jahre 2040 rd. 24 Beitragssatzpunkte.
- **Medizinischer Fortschritt:** Die Entwicklung neuer, teurer Behandlungsverfahren wird die Kosten je Versicherten nach Schätzungen durchschnittlich um bis zu 26 % pro Jahr steigen lassen.
- Eine Kürzung der Gesundheitsausgaben entsprechend der Finanzentwicklung nach dem Vorbild von "Nullrunden" in der Rentenversicherung ist nicht möglich, da nach dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes die Sozialversicherung die medizinisch notwendige Behandlung bereitstellen muss und diese nicht beliebig entsprechend der Finanzlage einschränken darf.

II. Lösungen

Es gibt drei Grund-Modelle für eine nachhaltige Gesundheitsreform. Die Ansätze sind grundsätzliche modular miteinander kombinierbar.

1. Wettbewerbsmodell:

Angebot mehrerer Versicherungstarife, jedoch kompletter Leistungsanspruch

- Beibehaltung des vollen Anspruchs auf alle notwendigen Leistungen in jedem Tarif.
- Drei-Tarif-Modell (Vorbild Schweiz):
 - (1) "HMO"-Tarif (Einkaufsmodell der Krankenversicherung)
 - (2) Sachleistungstarif mit freier Wahl des Arztes und des Krankenhauses
 - (3) Kostenerstattungstarif (wie für Privatpatienten) mit wählbarem Selbstbehalt

Der HMO-Tarif wird Grundlage für den Arbeitgeber-Anteil zur gesetzlichen Krankenversicherung.

- Im HMO-Tarif erfolgt die medizinische Behandlung ausschließlich durch ausgewählte Vertragspartner der Krankenkassen bzw. einem gesonderten, ambulant-stationären Gesundheitsdienst ("Health maintenance organisation" – HMO); die freie Arztwahl wird insofern eingeschränkt. Die Krankenkasse erhält das Recht, Ärzte, Krankenhäuser, Arzneimittel und Massagen selbst einzukaufen bei Freistellung von Gebührenordnungen und sonstigen Reglementierungen (freie Preisvereinbarungen). In der Schweiz wurden entsprechende Tarife von privaten Krankenversicherungen seit 1990 angeboten. Der Marktanteil dieser Tarife steigt kontinuierlich. Die Prognos AG hat für diese Versorgungsformen Kosteneinsparungen von 30 bis 35 % nachgewiesen. Diese Einsparung reicht aus zur Gegenfinanzierung der Effekte durch Demografie und medizinischen Fortschritt.

- Im Sachleistungstarif erhält die/der Versicherte wie bisher alle Leistungen auf die Krankenversichertenkarte. Die Mehrkosten zum HMO-Tarif trägt die/der Versicherte selbst.

- Im Kostenerstattungstarif wird die/der Versicherte vom Arzt als Privatpatient behandelt. Die Mehrkosten vom HMO-Tarif trägt der/die Versicherte.

2. Grund- und Wahlleistungen

- Die Entlastung ergibt sich durch Kürzung von Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung. Diese Leistungen können auf freiwilliger Basis durch private Zusatztarife finanziert werden.

- Hauptproblem ist eine sinnvolle Überführung von Leistungen in freiwillige Wahlleistungen. Eine notwendige Kostenentlastung kann nicht erreicht werden, wenn nur Bagatelleistungen und medizinisch nicht notwendige Leistungen ausgesteuert werden. Das Volumen dieser Leistungen ist viel zu gering, um einen spürbaren Beitragssatzeffekt in der Pflichtversicherung auszulösen. Beispielsweise wird ein Beitragssatzeffekt von rd. 2 % erst erreicht, wenn die Heil- und Hilfsmittel als Ganzes in Wahlleistungen überführt werden.

- Wahlleistungen treffen schwerpunktmäßig die nichtärztlichen freien Heilberufe (sogenannte Heilmittelversorgung wie z.B. Krankengymnastik und Sprachtherapie) und die Gesundheitshandwerker (sog. Hilfsmittelversorgung, wie z.B. Rollstühle, orthopädische Schuhe usw.). Da eine ausnahmslose Streichung von Heil- und Hilfsmitteln unrealistisch ist (Stichwort: "krebskranke Kinder"), müssen die Einsparverluste durch Überführung weiterer Leistungen in die Wahltarife ausgeglichen werden. In der Diskussion wird vor allem der Zahnersatz genannt, da Zahnverlust durch Prävention bis zu einem bestimmten Alter als vermeidbar angesehen wird.

- Die Seehofer-Administration wollte im Jahr 1996 die Heil- und Hilfsmittelversorgung zu "Kann"-Leistungen machen ("Gestaltungsleistungen"). Der Gesetzentwurf wurde nach massiven Protesten der freien Heilberufe und des Gesundheitshandwerks zurückgezogen. Interessanterweise hat der damalige Koalitionspartner FDP sich zum Sprachrohr dieser Berufsgruppen gemacht.

- Alternativ könnte durch Übernahme "versicherungsfremder Leistungen" in die Steuerfinanzierung eine Beitragssatzsenkung von rd. 4 Prozentpunkten erreicht werden (Anlage 2: Positionen "Schwangerschaft/Mutterschaft" sowie "Sterbegeld").

3. Einführung einer Kapitaldeckung für die Altersrückstellung in der Krankenversicherung

- Die aktiven Erwerbstätigen könnten verpflichtet werden, zusätzlich eine Altersrückstellung für ihre Krankenversicherung im Rentenalter zu bilden. Bei Kombination der oben genannten Optionen I bis III würden sich folgende drei Krankenversicherungsbeiträge ergeben: Beitrag in die Pflichtversicherung, Wahlleistungstarif, Altersrückstellungen. Damit würde der Beitragssatz langfristig stabil bleiben.

- Entscheidendes Problem dieser Option ist die Deckung des Finanzierungsdefizits in der Krankenversicherung der Rentner der Übergangsphase für alle Rentner, die noch keine Altersrückstellung in der Krankenversicherung gebildet haben konnten. Gegenwärtig erreicht das Einnahmedefizit in der Krankenversicherung der Rentner jährlich 60 Mrd. DM, mit stark steigender Tendenz. Diese Subventionen müssten aus Steuereinnahmen, für die Dauer einer Generation, finanziert werden, bis die ersten Jahrgänge ins Rentenalter eintreten, die ihren Finanzbedarf aus den Altersrückstellungen decken können. Angesichts dieser Übergangsprobleme werden Vorschläge zur Einführung eines Kapitaldeckungsverfahrens in den gesetzlichen Krankenversicherung als unrealistisch bewertet.

Gesundheitsausgaben

Im Februar 2001 präsentierte das statistische Bundesamt erste Ergebnisse der neuen Gesundheitsausgabenrechnung (GAR) für das Berichtsjahr 1998 und als Vergleich ausgewählte Ergebnisse des Berichtsjahres 1996.

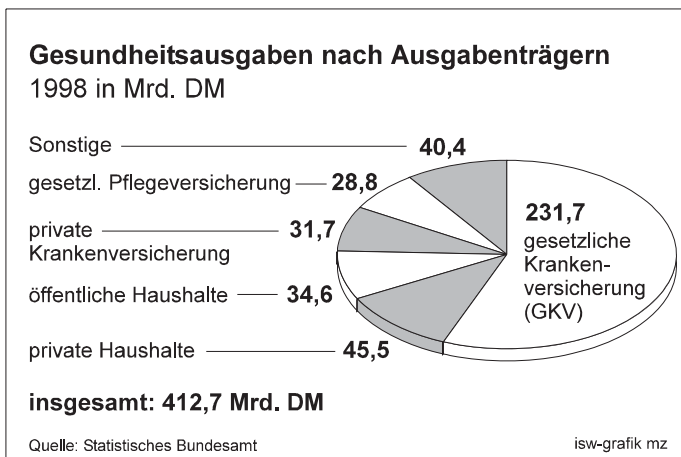
Danach wurden 1998 insgesamt 412,7 Mrd. DM für Gesundheitsleistungen ausgegeben. Von 1992 bis 1998 stiegen die Gesundheitsausgaben nominal um 92,1 Mrd. DM (+ 28,7 %).

Anteil Gesundheitsausgaben am BIP				
	1992	1994	1996	1998
in Mrd. DM				
Bruttoinlandsprodukt	3.078,6	3.328,2	3.586,5	3.784,4
Gesundheitsausgaben	320,6	352,9	405,8	412,7
in Prozent				
Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP	10,4	10,6	11,3	10,9
in DM				
Gesundheitsausgaben je Einwohner	3.980	4.330	4.960	5.030

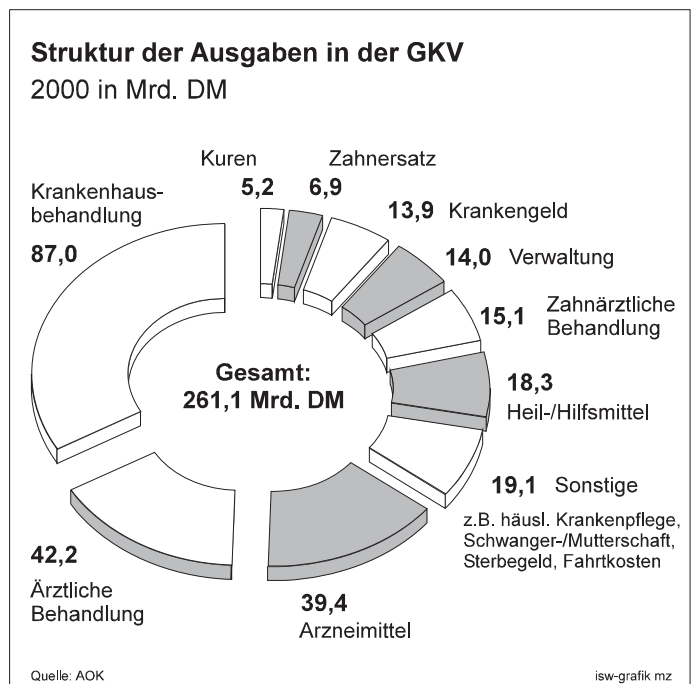
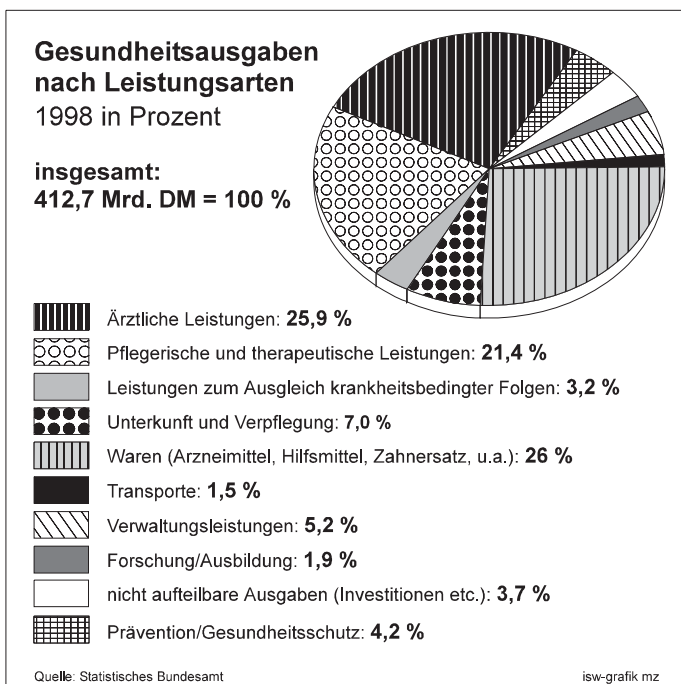
Quelle: Statistisches Bundesamt

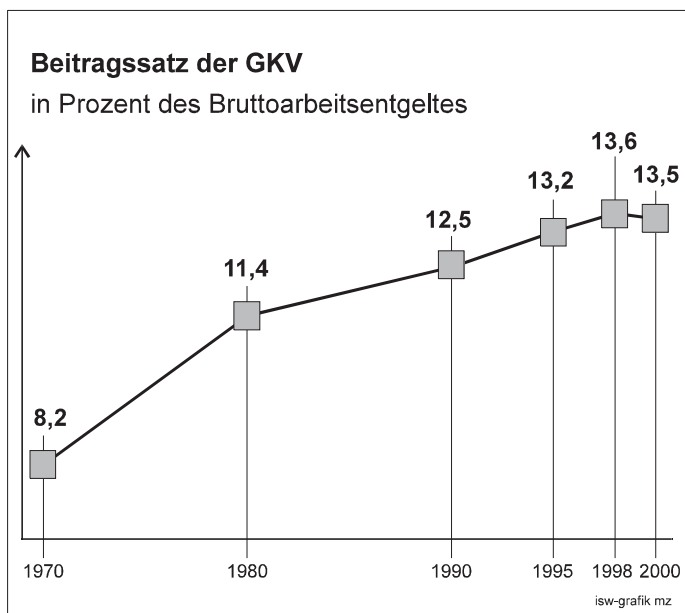
Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen 1998 – in Prozent	
Einrichtung	insgesamt
insgesamt	100,0 %
Gesundheitsschutz	
- öffentlicher Gesundheitsdienst	0,8 %
- sonstige	1,6 %
ambulante Gesundheitsversorgung	
- Arztpraxen	13,4 %
- Zahnarztpraxen	6,1 %
- Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe	2,7 %
- Apotheken	12,7 %
- Gesundheitshandwerk	7,8 %
- Einrichtungen der ambulanten Pflege	2,3 %
stationäre u. teilstationäre Gesundheitsversorgung	
- Krankenhäuser	28,8 %
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	3,0 %
- stationäre und teilstationäre Pflege	6,5 %
Krankentransporte / Rettungsdienste	
	1,2 %
Verwaltung	
	5,3 %
sonstige Wirtschaftszweige	
	3,7 %
Ausland	
	0,2 %
nicht aufteilbare Ausgaben (Investitionen etc.)	
	3,7 %

Quelle: Statistisches Bundesamt, Neue Gesundheitsausgabenrechnung



"Durch bessere Prävention und Gesundheitsförderung können ca. 25 % der heutigen Kosten der Krankenversorgung eingespart werden."
 Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Leiter der AG Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung





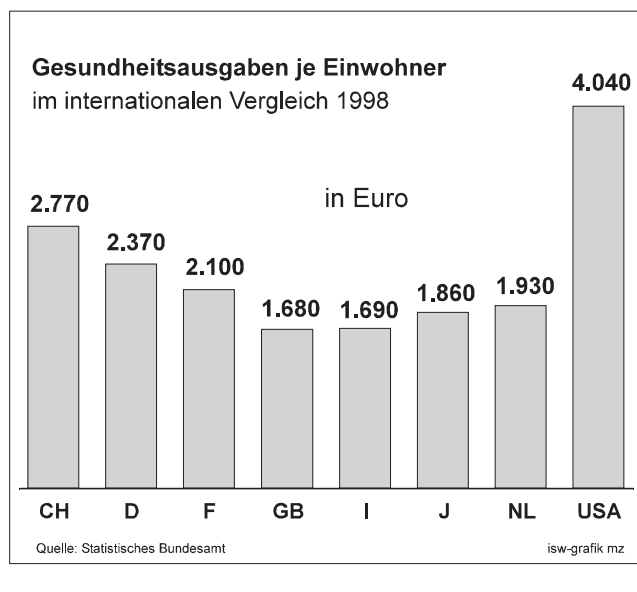
Reformmaßnahmen im deutschen Gesundheitswesen seit 1993	
1993	Übergang von der Kostenerstattung der einzelnen ambulanten Behandlungsmaßnahmen zur Festlegung eines sektoralen Gesamtbudgets für die ambulante Versorgung
1994	Einführung eines Risikostrukturausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen
1996	Einführung der freien Kassenwahl durch die Versicherten mit Kontrahierungszwang der Kassen
1997	Einführung eines limitierten Budgets für die einzelne Praxis (Praxis-Budget) anstelle sektoraler Gesamtbudgets; dabei spezielle Budgets für die Verschreibung von Medikamenten
1998	Beginn der Reform der Krankenhausfinanzierung; Ziel ist die Einführung von Fall-Pauschalen anstelle von Tages-Pauschalen
2000	Reform des Sozialgesetzbuches (V): Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, integrierte Versorgungsnetze mit Leistungserbringern aufzubauen; Diskussion über die Abkehr vom Praxis-Budget und die Rückkehr zu einem (oder mehreren) Global-Budget(s)
2001	Einschränkung der freien Wahl der gesetzlichen Krankenkassen; Aufhebung der Androhung finanzieller Konsequenzen bei Überschreitung des Medikamenten-Budgets
seit 1980	über 2000 Einzelgesetze mit dem Ziel der Kostendämpfung

Quelle: ifo-Institut (ifo-Schnelldienst 10/2001)

US-Gesundheitskosten sind die höchsten ...

Dabei sind 44 Millionen US-Bürger nicht versichert. 40 Millionen Rentner können sich neben ihrer Krankenversicherung keine Medikamentenversicherung leisten. 63 Prozent der Amerikaner sind über ihre Arbeitgeber privat krankenversichert. – aber: "... es ist kein Geheimnis, dass vielen Unternehmen die Krankenversicherungskosten schon heute zu teuer geworden sind. Die Boomzeiten sind vorbei, in denen Unternehmen großzügige Krankenversicherungspakete anbieten mussten, um Mitarbeiter anzulocken. Die Arbeitslosigkeit steigt und die Machtverhältnisse auf dem Arbeitsmarkt ändern sich entsprechend. Das amerikanische Gesundheitswesen hat gerade in den letzten Jahren von der Sorglosigkeit des Booms profitiert. Die Versicherungsgesellschaften entwickelten auf Nachfrage der Unternehmen aufwendige Managementsysteme für chronische Krankheiten wie Diabetes, und die Anbieter von Gesundheitsleistungen nutzten die Zeit, um sich zu schlagkräftigen Konglomeraten zusammen zu schließen. In Cleveland etwa kontrollieren zwei Kliniken 80 Prozent des Marktes und konnten es sich jüngst leisten, die Preise bis zu 15 % anzuheben. Derartige Kostensteigerungen haben bisher die Unternehmen zu drei Viertel übernommen, aber auch Patienten werden zunehmend zur Kasse gebeten. In Kalifornien hat die Versicherungsgesellschaft Calpers die Zahlungen für Medikamente gerade von fünf auf 30 Dollar erhöht."

Südd. Zeitung, 9. Juli 2001



Kassenkampf

Jagd auf Gesunde Krankenkassenmitglieder in Millionen			
	Januar 1996	Januar 2001	Differenz in %
Ortskrankenkassen	22,15	19,63	- 11,40 %
Ersatzkassen	18,58	18,04	- 2,90 %
Betriebskrankenkassen	5,22	8,43	+ 61,43 %

Quelle: Der Spiegel, 14/2001

"Der Kassenwettbewerb richtet sich vor allem auf gute Risiken – also gesunde und gutverdienende Versicherte –, denn diese verursachen geringere Behandlungskosten, ermöglichen der Kasse einen niedrigeren Beitragssatz und damit Vorteile gegenüber der Konkurrenz. Bedenkt man, dass in westlichen Gesellschaften etwa 30 % aller Leistungsausgaben auf die teuersten 1 % der Versicherten und bereits etwa 70 % aller Leistungsausgaben auf 10 % der Versicherten entfallen, so wird deutlich, welchen finanziellen Nutzen eine Kasse daraus ziehen kann, wenn es ihr gelingt, den Anteil dieser Gruppen an ihrem Versichertenkreis möglichst niedrig zu halten. Auf diesem Wege können viel wirksamer Kostenvorteile gegenüber den Konkurrenten erzielt werden, als etwa über die Schaffung effizienterer Versorgungsstrukturen. Daher verhindert der Kassenwettbewerb eher die notwendigen Innovationen, als dass er sie fördert. ... Ohne staatliche Eingriffe droht ein Teufelskreis aus immer neuen Beitragssatzanhebungen und Mitgliederabwanderungen. Vor diesem Hintergrund hat sich eine Debatte um die Reform des Risikostrukturausgleichs entwickelt."

aus: Thomas Gerlinger (wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Public Health, Berlin), in: Blätter für deutsche und internationale Politik, 3/01, S. 348/349

Vorschlag der Versicherungskonzerne: "Kapitaldeckung im Gesundheitswesen"

Bayerischer Rundfunk (Bayern II, 6.3.2001):

Die Vereinte Krankenversicherung, ein Tochterunternehmen der Allianz-Gruppe, hat ein Konzept vorgelegt, das für das gesamte Gesundheitswesen eine Revolution bedeuten würde ...

Die Vereinte fordert, dass die gesetzliche Krankenversicherung nach heutigem Muster abgeschafft und durch eine private Pflichtversicherung ersetzt wird. Das heutige Prinzip, wonach alle Arbeitnehmer und Arbeitgeber einzahlen, um die jeweils aktuellen Kosten zu decken, sei der Überalterung der Gesellschaft nicht gewachsen, heißt es von der Vereinten. Die Versicherung zitiert wissenschaftliche Untersuchungen, wonach sich bei diesem System die Beitragssätze der gesetzlichen Kassen in den nächsten Jahrzehnten verdoppeln werden. Die Vereinte fordert aber nicht nur eine private Zusatzvorsorge, wie sie in der Rentenversicherung jetzt vorgesehen ist, sondern eine komplette Umstellung der Krankenversicherung auf ein privates, kapitalgedecktes System. Professor Klaus Henke *, der als Wissenschaftler das Modell für die Vereinte mit entwickelt hat, ist sich der Tragweite dieser Forderung bewusst: (O-Ton) "... dass dieses Modell schon eine kleine Revolution darstelle. Wenn Sie in dem letzten Jahresbericht der 'Fünf Weisen' mal gelesen haben, dann ist von denen ja die Unterscheidung gemacht worden, 'wollen wir Evolution oder Revolution' und die Hälfte des Textes dort ist Revolution. Dieser Revolution schließt sich die Vereinte an".

Zu ausgesprochenen Billigtarifen, wie sie heute in der Privatversicherung für Junge und Gesunde möglich sind, werde das neue Modell aber nicht zu haben sein, meint der Vereinte-Chef: (O-Ton Ulrich Rumm, Vorstandsvorsitzender der Vereinten Krankenversicherung AG) "Klar sein muss, soziale Sicherheit und sozialer Frieden haben wie der Zweitwagen oder die dritte oder vierte Urlaubsreise auch ihren Preis." Mindestens rund 400 Mark Monatsbeitrag müsste jeder Erwachsene in der neuen allgemeinen Privatversicherung zahlen, haben Wissenschaftler im Auf-

trag der Vereinten ausgerechnet. Bei denjenigen, die sich keine dritte oder vierte Urlaubsreise und auch keinen solchen Versicherungsbeitrag leisten können, soll der Staat einspringen und rund 90 Milliarden Mark im Jahr über Steuern umverteilen.

Der Vorstandschef der Vereinten ist sich klar, dass diese Vorschläge von der Politik grundlegende Umwälzungen verlangen. Dennoch wünscht er sich von der Bundesregierung zügiges Handeln: (O-Ton Ulrich Rumm) "Deshalb sollten wir den Fehler, der in der Rentenversicherung gemacht wurde, nämlich zu lange warten, in der Krankenversicherung nicht wiederholen."

* Direktor des Europäischen Zentrums für Staatswissenschaft

Versicherungspflicht für Grundabsicherung

"Angeboten werden von diesen Versicherungsunternehmen sowohl Grund- als auch Zusatzversicherungen. Um zu vermeiden, dass der Einzelne durch eine Erkrankung in wirtschaftliche Not gerät, weil er auf den Abschluss einer Krankenversicherung verzichten muss, plädiert dieses Modell für eine allgemeine Versicherungspflicht in der Grundabsicherung. ... Vom Ansatz her muss jeder – bei freier Wahl des Unternehmens – eine Versicherung für eine Grundabsicherung mit einem definierten und an den Fortschritt immer wieder anzupassenden Leistungsumfang abschließen."

aus: Ulrich Rumm, Kapitaldeckung im Gesundheitswesen, Vereinte KV

Ein ähnliches Modell stellte die Deutsche Krankenversicherung (DKV), die größte Private Krankenversicherung und Tochterunternehmen der Münchner Rück (diese wiederum mit der Allianz liiert) vor.

Ältere Mitglieder der bisherigen GKV könnten nicht problemlos in eine solche Privatversicherung wechseln, da für sie nicht der entsprechende Kapitalstock für das Alter aufgebaut ist. Der bundesweite Bedarf an diesen Altersrückstellungen wird auf 1,2 Billionen DM geschätzt. Offen ist, wieviel davon der Staat/Steuerzahler aufzubringen hätte.

Schon jetzt ...

Trotz höherer Schadenquote

Vereinte verdoppelt ihren Gewinn

Aber verschärfte Maßnahmen des Krankenversicherers gegen die Steigerung der Aufwendungen

SZ, 7.3.2001

und bald wie bei der Rente:

Staatliche Förderung der privaten Vorsorge

Ein Reibach für Fonds und Versicherer

Experten rechnen mit jährlicher Neuanlage in zweistelliger Milliardenhöhe / Chancen für AS-Fonds

SZ, 8.1.2001

isw-report ISSN 1614-9289

- report 73: **Klima-Killer Konzerne** Wie Konzerne und Marktwirtschaft das Klima kaputt machen (April 2008) Sonderpreis 2,00 EUR + Vers.
- report 74: **Neoliberalismus, Demokratieabbau, Neofaschismus** Doku des 16. isw-forums (Juni 2008) Sonderpreis 1,00 EUR + Versand
- report 76: **Krise. Rezession. Absturz. – Wege aus der Krise** (April 2009) Sonderpreis 2,00 EUR + Versand
- report 77: **Die kapitalistische Krise und die neue globale Machtverteilung** Doku des 17. isw-forums (Juni 2009) SP 1,00 EUR + Vers.
- report 78: **Die Große Krise und die Lähmung der Gewerkschaften** (September 2009) Sonderpreis 1,00 EUR + Versand
- report 79: **Wirtschaftsdemokratie und Vergesellschaftung** (Januar 2010) 3,50 EUR + Versand
- report 81: **Besser – kürzer – arbeiten.** Die Große Krise und die Zukunft der Arbeit (Doku 18. isw-forum) Juli 2010 / 3,00 EUR + Versand
- report 82: **Die Mär von der Zählung der Finanzmärkte.** Der Countdown zur nächsten Krise läuft (November 2010) 3,50 EUR + Versand
- report 83/84: **China. Krise als Chance? Aufstieg zur ökonomischen Weltmacht** (Dezember 2010) 5,00 EUR + Versand
- report 85: **Scheitern EURO und EU?** Doku des 19. isw-forums (Juni 2011) 3,00 EUR + Versand
- report 86: **Die arabischen Revolten und der Westen** (Sept. 2011) Sonderpreis: 1,00 EUR + Versand
- report 87: **ABC der Schulden- und Finanzkrise** (Dezember 2011) 4,00 EUR + Versand
- report 88: **Welt-Einkommensverteilung.** In den Nationen immer ungleicher. Schwellenländer holen auf (März 2012) 3,00 EUR + Versand
- report 89: **Dringend gesucht: Alternative zum Kapitalismus. Doku des 20. isw-forums** (Juni 2012) 2,50 EUR + Versand
- report 90: **Euro-Zone: Inkassobüro für die Banken? Zerbricht der Euro? Kraft für ein soziales Europa?** (Sept. 2012) 3,00 EUR + V.
- report 91: **Grüne Wende. Neue Farbe oder neues System?** (Dez. 2012) 3,50 EUR + Versand
- report 92: **Der Überfall der Banken.** Wie die Banken die Gesellschaft ruinieren u. wie sie an die Kette zu legen sind (April 2013) 3,50 EUR
- report 93: **Die Schulden streichen!** Grundlage für eine Erneuerung Europas (21. isw-forum) (Juni 2013) 2,50 EUR
- report 94: Zwischen Dauerkrise, Widerstand, Transformation: **Kapitalismus am Ende?** (Sept. 2013) 3,50 EUR
- report 95: **Die Krise und die Spaltung Europas. Europa am Scheideweg** (Dez. 2013) 3,50 EUR
- report 96: **Widerstand – Kapitalismus oder Demokratie** (März 2014) 3,50 Euro + Versand

isw-spezial ISSN 1614-9270

- Nr. 20: **Die Entwicklungsländer im System von WTO u. IWF** (April 2007) 4 EUR + Versand
- Nr. 21: **Mit Hochgeschwindigkeit aufs falsche Gleis** Bahnprivatisierung (Sept. '07) Mithrsg: Bündnis Bahn für Alle 1,00 EUR + Versand
- Nr. 23: **Wendejahre in Osteuropa** Zusammenbruch, Transformation, Wirtschaftskrise (November 2009) 1,00 EUR + Versand
- Nr. 24: Für die Krise zahlen? Nein! **Wie die Linke in Europa gegen die Sparprogramme mobil macht** (Sept. 2010) 2,00 EUR + Versand
- Nr. 25: **Arbeitskämpfe in China.** Chinas Gewerkschaften in der Transformation (Dezember 2011) 4,50 EUR + Versand
- Nr. 26: **Die Herren des Geldes – Reichtum und Macht des 1 %** (März 2012) 2,50 EUR + Versand
- Nr. 27: **Wettbewerb schadet der Gesundheit.** Eine Analyse der Gesundheitspolitik in Deutschland (Juni 2013) 3,00 EUR + Versand

isw-wirtschaftsinfo ISSN 1614-9262

- Nr. 48: **Bilanz 2013 – Ausblick 2014** zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in **Deutschland u. Euro-Zone** (April 2013) 4,00 EUR + V.
- **CD:** alle Grafiken aus wirtschaftsinfo 48 (Powerpoint) 5,00 EUR + Versand

isw-forschungshefte ISSN 1614-9254

- Nr. 4: **Der Markt. Theorie, Ideologie, Wirklichkeit.** Eine Kritik der herrschenden Wirtschafts-ideologie (Juli 2010), 4,00 EUR + Versand

isw-Grafik-Report ISSN 1867-7363

- Nr. 12: **NATO. Rüstung. Krieg.** (Januar 2009) Sonderpreis 3,00 EUR + Versand

alle lieferbaren isw-Publikationen siehe
www.isw-muenchen.de

Ich bestelle die oben angekreuzten Titel

Name
Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Unterschrift _____

Ich abonniere isw-report und wirtschaftsinfo "Bilanz"

ab isw-report 96 / 97 / 98 / 99
zum Abo-Preis von 18 Euro (Auslandsabo: 28 Euro)

- Ich zahle nach Rechnungstellung
- Buchen Sie den Abo-Betrag von meinem Konto ab (siehe Kasten)

Name
Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Unterschrift _____

Datum _____

Ich möchte Fördermitglied des isw e.V. werden

Ich unterstütze die Arbeit des isw ab(Monat/Jahr)
mit einer monatlichen Spende von EUR (mind. 6 Euro)

Als Fördermitglied erhalte ich alle im Förderzeitraum erscheinenden
isw-Publikationen (Printmedien) des isw e.V. als Mitgliederzeitschrift.

Ich zahle nach Rechnungstellung
 Ich zahle per Dauerauftrag
 Buchen Sie den Förderbeitrag von meinem Konto ab

Die Abbuchung soll erfolgen: vierteljährlich halbjährlich jährlich

Name
Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Unterschrift _____

Zahlung per SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Wenn Sie sich für die Zahlung per Lastschrift entschieden haben, schicken wir Ihnen ein Formular zu, in das Sie Ihre Bankdaten eintragen können. Mit gleicher Post erhalten Sie auch die für das Sepa-Lastschriftverfahren notwendigen Daten: unsere Gläubiger-Identifikationsnummer, Ihre Mandatsreferenznummer sowie den Abbuchungstermin.



**NO JUSTICE
NO PEACE!**

<http://www.isw-muenchen.de>

ISSN: 1614-9289