

gall (Australian National University); Marie-Jane Monney (Psychoanalytikerin, Greifensee); Jakob und Sigi Moneta (Frankfurt a.M.); Prof. Jörg Paul Müller (Universität Bern); Prof. Dr. Jean-Luc Nancy (Universität Straßburg); Yaël Reinhartz Hazan (Journalistin, Genf); Dr. Regula Renschler (Publizistin, Basel); Prof. Fritz K. Ringer (Universität Pittsburgh); Harry Rosenbaum (Journalist, St. Gallen); Ursula Rosenzweig (Präsidentin Schweiz. Freundeskreis von Givat Haviva, Forch); Dr. med. Adriano Sassi (Präsident der Centrale Sanitaria Suisse CSS della Svizzera Italiana, Cureglia); Peter Schmid (Regierungsrat, Vorsteher der Erziehungs- und Kulturdirektion des Kantons Basel-Landschaft, Liestal); Friedrich Schorlemmer (Theologe, Wittenberg); Dr. Elisabeth Schweeger (Intendantin Schauspiel Frankfurt); Alexandra Senfft, Prof. Uta Klein, Christian Sterzing, Jörn Böhme, Tobias Kriener (alle Vorstand des Deutsch-Israelischen Arbeitskreises für Frieden im Nahen Osten, Düsseldorf); Uri Shani (Lehrer, D.N. Shimshon); Eyas Shbeta (Friedenspädagoge und Lehrer, Neve Shalom/Wahat al-Salam, Israel, z. Zt. Zürich); Dr. med. Monika Strauss (Fachärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie, St. Gallen); Joachim Varchim (AK Nahost, Berlin); Prof. Pedro Cruz Villalon (Universität Sevilla); Sönke Wandschneider (Theologe, Hamburg); Afra Weidmann (Autorin, Zürich); Anjuska Weil (Kampagne Olivenöl, Zürich); Jochi Weil-Goldstein (Projektverantwortlicher der Centrale Sanitaire Suisse CSS Zürich, Department Palestine and Israel, Zürich); Dr. med. Samuel Wiener-Barraud (Psychiater, Hombrechtikon); Dr. Susan Winnett (Literaturwissenschaftlerin, Hamburg)

Gesundheitspolitik: Solidarität statt Privatisierung und Marktorientierung

Sondermemorandum der Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik

(Auszüge)

Unter dem Slogan „Gesundheit ist keine Ware!“ fanden Mitte Juni bundesweite Protestaktionen gegen eine unsolidarische Umgestaltung und die weitere Privatisierung des Gesundheitssystems statt, initiiert von dem globalisierungskritischen Netzwerk Attac Deutschland. Am 14. Juni stellte die Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik zusammen mit ATTAC, der IG Metall-Bezirksleitung Hannover und dem ver.di-Landesbezirk Niedersachsen und Bremen ein Sondermemorandum zur Gesundheitspolitik vor, das wir in Auszügen dokumentieren. Die vollständige Fassung findet sich auf den Internet-Seiten der Memorandum-Gruppe (www.memo.uni-bremen.de) oder kann per Briefpost ans Postfach 330447, 28334 Bremen bestellt werden. Vgl. zum Thema auch die „Blätter“-Beiträge von Thomas Gerlinger (3 und 8/2001) sowie von Daniel Kreutz im Aprilheft diesen Jahres. – D. Red.

Gesundheitspolitik als Wahlkampfthema

Die Gesundheitspolitik gehört schon seit Jahrzehnten zu den wichtigsten Themen der Politik überhaupt und ist im Vorfeld des Bundestagswahlkampfes 2002 von mehreren großen Organisationen, darunter ver.di, IG Metall, DGB und ATTAC, aber auch von den Parteien zum Gegenstand von Kampagnen bzw. zum wichtigen Streitgegenstand im Wahlkampf gemacht worden. Schon bei der Bundestagswahl 1998 war die Empörung über die gravierenden unsozialen Einschnitte in die gesetzliche Krankenversicherung, die die alte schwarz-gelbe Koalition mit ihrem Gesundheitsminister Seehofer gegen Ende der Legislaturperiode durchgesetzt hatte, einer der wichtigsten Gründe, die letztlich zum Regierungswechsel geführt haben.

Die rot-grüne Regierung war in der Gesundheitspolitik zunächst mit beachtenswerten und mutigen Schritten gestartet, u.a. indem sie die Seehoferschen Reformen in weiten Teilen zurückerhielt, z.T. noch vor deren Inkrafttreten und indem sie – anders als die Vorgängerregierung – nicht allein auf „mehr Geld ins System“ setzte, sondern sich anschickte, Anreize sowohl für die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven als auch zur Qualitätssicherung zu setzen. Sie ist damit aber auf halber Wegstrecke gescheitert: Zum einen am Widerstand der betroffenen Leistungserbringer, also der ÄrztInnen, Krankenhäuser und Arzneimittelhersteller, und zum anderen an fehlenden Mehrheiten im Bundesrat.

Im Ergebnis hatte die Regierungskoalition nur ein abgespecktes Reformpaket durchsetzen können, das nur noch Regelungen enthielt, die nicht der Zustimmung des Bundesrates, d.h. der Länder, bedurften. Gescheitert waren vor allem das Globalbudget, die monistische Finanzierung der Krankenhausinvestitionen und damit de facto die Übertragung der Krankenhausplanung auf die Krankenkassen sowie die Regelungen zur Verbesserung der Datentransparenz. Dagegen konnten die ersten Schritte v.a. in Richtung

- Stärkung der hausärztlichen Versorgung
 - Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung – ggf. auch gegen den Willen der kassenärztlichen Vereinigung
 - Einführung einer Positivliste
 - Verbesserung der Qualitätssicherung
- wie geplant erreicht werden.

Konsequent umgesetzt wurde bisher keiner dieser Reformschritte. Vielmehr entzündete sich der politische Streit vor allem an der schon von Seehofer erst eingeführten, dann gekippten und von der rot-grünen Koalition wiederbelebten Budgetregelung für Arzneimittel. Der Druck von Ärzteschaft und Pharmaindustrie, denen es gelang, bei den PatientInnen und Versicherten den – unzutreffenden – Eindruck einer drohenden Rationierung notwendiger Arzneimittel zu erzeugen, führte letztlich zum Rücktritt der Ministerin Fischer und zur „Lächel“-Strategie der neuen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die durch Hinhalten, Rückzüge und gesundheitspolitischen Minimalismus das Gesundheitswesen bis zur Bundestagswahl 2002 konfliktfrei zu halten versuchte. Aber der nach außen demonstrierte Burgfrieden ist brüchig. Die strukturellen Probleme dieses Sektors haben die Politik rasch wieder eingeholt: Trotz deutlicher Beitragssatzsteigerungen Ende 2001 verzeichnen die Kassen im 1. Quartal 2002 bedrohliche Defizite, so dass die Gesundheitspolitik erneut zu einem der wichtigsten Stolpersteine für die Wiederwahl einer Bundesregierung zu werden droht.

Im Rückblick war die letzte Legislaturperiode trotz oder wegen an sich guter Absichten, die den Grundpositionen der Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik durchaus nahe kamen, ein gesundheitspolitisches Fiasko: Eine Serie von uneingelösten Versprechen, halbherzig konzipierten, oft nicht umgesetzten Reformvorhaben, Stückwerkreformen zur Ausbesserung der allergrößten Schäden, die das gesundheitspolitische Herumwerkeln der amtierenden Regierungskoalition und ihrer VorgängerInnen an einer der wichtigsten Säulen der sozialen Sicherung hinterlassen hat. Weder konnten ein weiterer Anstieg der Beitragssätze verhindert werden, noch sind die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nachhaltig gelöst. Wesentliche, seit Jahren einhellig geforderte Strukturreformen etwa bei der Qualitätssicherung, der Integrationsversorgung, der Krankenhausfinanzierung oder beim Krankenkassenwettbewerb sind nicht einmal annähernd verwirklicht.

So stehen die Wähler vor der Wahl zwischen Pest und Cholera. Die bislang vorliegenden programmatischen gesundheitspolitischen Äußerungen aus dem Regierungslager lassen nichts Gutes erwarten. Es wird weiter eher marginale Reförmchen auf dem Weg einer „Modernisierung“ des Gesundheitswesens geben. Aus den strukturellen Defiziten und aus dem Versagen einer immer weiter gehenden Marktorientierung wurde nichts gelernt. Die z.T. verkrusteten (Markt-)Machtstrukturen bleiben erhalten. Setzt man auf die derzeitige Opposition, so findet sich die PatientInnen plötzlich „im Mittelpunkt eines wettbewerblichen Gesundheitssystems“ (CDU-Eckpunkte) wieder, im Wunderland der Marktwirtschaft, in dem sie aus der Fülle vielfältiger Gesundheits- und Versicherungsprodukte, ganz souveräne und informierte KonsumentInnen, das für sie nützlichste oder angenehmste aussuchen kann und sich dann wundert, dass sie draufzahlt.

[...]

Das Märchen von der Kostenexplosion

[...]

Es ist [...] nicht die Ausgabenentwicklung, welche die permanenten Finanzierungsprobleme der Krankenversorgung verursacht. Seit etwa 1980 ist in Deutschland der Anteil der Gesundheitsausgaben bzw. der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt – wie übrigens in den meisten OECD-Staaten auch – nahezu konstant geblieben. (Der sprunghafte Anstieg von 1990 auf 1992 ist einigungsbedingt). Die vielbeschworene Kostenexplosion hat es nie gegeben.

[...]

Es sind auch künftig keine dramatischen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu erwarten, wie manche absichtsvoll dramatisierenden Prognosen Glauben machen wollen. Alle Argumente, die hierfür ins Feld geführt werden, lassen sich widerlegen bzw. relativieren.

Der demographische Effekt, d.h. die drohende Überalterung der Bevölkerung wird die Kosten nur unwesentlich steigern. Zwar ist schon wegen der steigenden Lebenserwartung und der sinkenden Geburtenraten („double aging“) auf absehbare Zeit mit einem wachsenden Altersdurchschnitt der Bevölkerung zu rechnen. Auch liegen in der Querschnittsbetrachtung die Kosten der Krankheitsbehandlung bei älteren Personen höher. Daraus folgt jedoch nicht automatisch ein dramatischer Anstieg der Gesundheitsausgaben,

- da medizinischer Fortschritt, höherer Lebensstandard und weniger belastende Arbeitsbedingungen nicht nur die Ursachen für eine höhere Lebenserwartung sind, sondern auch dafür, dass Krankheiten später einsetzen,

- da der weitaus größte Teil der Kosten für medizinische Behandlung statistisch ohnehin in den letzten Lebensjahren anfällt (Intensivmedizin, Transplantationen etc.) unabhängig davon, in welchem Lebensalter der Tod eintritt,

- da die Krankheitskosten hochbetagter Menschen auch heute niedriger als bei den „jungen Alten“ sind.

[...]

Bereits 1996 hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR/KAiG) die demographiebedingten Kostensteigerungen auf lediglich 0,8 bis 1 % jährlich geschätzt, also in einer Größenordnung, die selbst bei pessimistischen Schätzungen unter denen des allgemeinen Wirtschaftswachstums liegen.

Der Vergleich von Altenquoten (Anteil der über 65-jährigen) und Gesundheitsausgabenquote (Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt) in zwanzig OECD-Staaten ergibt ebenfalls keinen Beleg für eine von der Altersstruktur abhängige Kostensteigerung, das Gegenteil ist eher der Fall.

[...]

Langfristige Hochrechnungen bis zu den Jahren 2040 und 2050, die in jüngster Zeit in großer Zahl auf den Markt geworfen werden und in denen dramatische Kostensteigerungen prognostiziert werden, dienen einzig und allein der ideologischen Vorbereitung der Bevölkerung auf immer weiter gehende Einschnitte in das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen.

[...]

Wirtschaftlichkeitsreserven

Von einer drohenden Kostenexplosion kann also keine Rede sein, von einem überhöhten Kostenniveau aber schon. Nach wie vor leistet sich Deutschland ein – gemessen am Versorgungsniveau – zu teures Gesundheitssystem, wie mehrere internationale Vergleichsstudien belegt haben. Die Versorgung ist infolge gravierender Steuerungsmängel nicht effizient, so dass Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen, deren Umfang auf mindestens 20 Mrd. Euro allein für die GKV geschätzt wird. Ein erheblicher Teil der diagnostischen und therapeutischen Verfahren könnte durch wirtschaftlichere ersetzt werden oder ist schlichtweg überflüssig.

[...]

Budgetierung, Rationalisierung und Rationierung

Die Budgetierung von Ausgaben kann einen sinnvollen Rationalisierungsdruck erhöhen, ist aber letztlich ein problematisches Instrument, da

- die pauschalierende Fortschreibung von Budgets, wie sie aus der derzeitigen Politik der Beitragssatzstabilität folgt, nicht für eine bedarfsgerechte Fortschreibung der Ausgaben geeignet ist,

- die zur Zeit üblichen sektoralen Budgets einer längst überfälligen stärkeren Integration der einzelnen Versorgungsbereiche, insbesondere der ambulanten und der stationären Versorgung, im Wege stehen,

- sie den Leistungsanbietern Gelegenheit geben, die PatientInnen für ihre eigenen Einkommensinteressen zu instrumentalisieren, indem sie ihnen gegenüber behaupten, als Folge der Budgetierung müssten medizinisch an sich notwendige Leistungen rationiert, Therapien in das nächste Jahr verschoben oder PatientInnen an FachkollegInnen oder gar unnötigerweise in die Krankenhäuser überwiesen werden.

[...]

Die Budgetierung von Arzneimittelausgaben ist mittlerweile dem Druck von Ärzten, Pharmaindustrie und PatientInnen zum Opfer gefallen, mit der Folge dramatischer Kostensteigerungen, die auch durch die Ende 2001 eingeführten Maßnahmen des Arzneimittel-Ausgaben-Begrenzungsgesetzes nicht nachhaltig gedämpft werden konnten. Schätzungsweise hat allein der Arzneimittelsektor mit ca. 1,3 bis 1,5 Mrd. Euro zum Defizit der GKV in 2001 beigetragen.

[...]

Als Ersatz wurde nun von der Ministerin, nachdem ein ganzer Schwarm an Kostendämpfungsvorschlägen für den Arzneimittelsektor durch die Medien gejagt worden war, ein zusammengestoppeltes Notfall-Maßnahmenpaket vorgelegt, das Arzneimittel-Ausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG):

1. Apotheken sollen, sofern vom Arzt nicht ausdrücklich untersagt, unter wirkstoffidentischen Arzneimitteln jeweils das kostengünstigste auswählen.

2. Anpassung des Apothekenrabatts: Der Pauschalrabatt, den Apotheken den Krankenkassen per Gesetz gewähren müssen, wird von 5 % auf 6 % erhöht.

3. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen darf künftig Arzneimittel nach therapeutischem Nutzen und Wirtschaftlichkeit bewerten.

4. Krankenhäuser sollen in den Entlassungsberichten auch preisgünstige Arzneimittel für die ambulante Anschlusstherapie vorschlagen.

Eine weitere ursprünglich geplante Maßnahme, eine Absenkung der Hersteller-Abgabepreise im Nicht-Festbetragssegment um 4 % für zwei Jahre, wurde in einer für deutsche Verhältnisse ungewöhnlich offenen Form der Ministerin von der Industrie buchstäblich abgekauft. Die Pharmaindustrie bot an, einen „Solidarbeitrag“ in Höhe von 150 Mio. Euro an die Krankenkassen abzuführen, falls die Regelung nicht realisiert würde und bekam den Zuschlag bei 200 Mio. Euro. Zwar liegt dieser Betrag auch für die gut verdienende Pharmaindustrie ein wenig über der „Peanuts“-Schwelle, er ist gleichwohl aber „gut angelegt“: Da die deutschen Inlandspreise in manchen Nachbarländern Referenzgrößen für die dortigen Preisregulierungen sind, wären auch Erlöse im Ausland verloren gegangen. Zudem ist die Abschlagszahlung ein einmaliger Akt, während eine Preisabsenkung über Sockeleffekte die Erlöse auch der kommenden Jahre beeinträchtigt hätte.

Die verbliebenen Sparregelungen werden wenig Biss zeigen. Zwar würde die Verpflichtung der Apotheken, künftig das jeweils preiswerteste Markenpräparat auszuwählen, zusätzliche Einspareffekte v.a. bei der Logistik bewirken, die über die Anhebung des Apothekenrabatts an die Krankenkassen weitergereicht werden könnten. Es ist aber fraglich, in welchem Umfang die Regelung wirklich umgesetzt wird.

[...]

An die Kernprobleme der Arzneimittelversorgung traut sich die Gesundheitsministerin nicht einmal ansatzweise heran. Der Pharmasektor ist nach wie vor massiv durch Marktmacht geprägt. Es gibt in Deutschland, anders als in den meisten europäischen Staaten, keine wirksame Preiskontrolle. Die Festbetragsregelung, die sich als eine erstaunlich wirksame Preisbrem-

se erwiesen hat, kann immer mehr durch Scheininnovationen umgangen werden. Es gibt kaum einen Sektor des Gesundheitswesens, in dem Über-, Unter- und Fehlversorgung so verbreitet sind wie auf dem Arzneimittelmarkt. Aber der Politik ist nicht einmal die Umsetzung der schon 2000 gesetzlich vorgeschriebenen Positivlistenregelung geglückt, die es in fast allen europäischen Nachbarstaaten gibt und dort einen beachtlichen Beitrag zur Qualitätssicherung erbringen.

Was fehlt ist,

- die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln durch die Kassen auch von Wirtschaftlichkeits-, Preis- und Bedarfskriterien abhängig zu machen,
- die Umsetzung der Positivlistenregelung und
- eine verpflichtende qualitätsorientierte Hersteller-unabhängige pharmakologische Weiterbildung der Ärzte.

Alles in allem gehören das Arzneimittel- und das Honorarbudget zu den sinnvollen Regelungen, solange Wirtschaftlichkeitsspielräume bestehen und sofern sie angemessen fortgeschrieben werden. Eine maßvolle Durchsetzung auch der Regresse (wo erforderlich) könnte dazu beitragen, dass die Ärzte ein wenig mehr Widerstand gegen die Einflüsterungen der Pharmaindustrie leisten und damit auch den Interessen der PatientInnen und der Versicherten dienen.

Steigende Beitragssätze

Während es also einerseits keine Explosion der Gesundheitskosten zu beklagen gibt, die übrigens immer auch Gewinnsteigerungen der privaten Leistungsanbieter enthalten, sind andererseits die Beitragssätze in der GKV während der gesamten Nachkriegszeit nahezu kontinuierlich gestiegen.

Dies ist wesentlich darauf zurückzuführen, dass die Finanzierungsbasis in den 80er und 90er Jahren des letzten Jahrhunderts mehr und mehr schrumpfte. Bereits 1982 haben wir dazu konstatiert: „Die Entschärfung des Finanzierungsproblems auf der Einnahmenseite ist grundsätzlich nur im wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Zusammenhang denkbar, da die Grundlohnsumme als Finanzierungsbasis von den makroökonomischen Verteilungskonstellationen abhängig ist“ (Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik 1982). Dabei setzt sich bekanntlich die Finanzierungsbasis der GKV aus den beitragspflichtigen Löhnen/Gehältern und Sozialeinkommen zusammen. Sinken diese und damit die Lohnquote, ausgedrückt durch die Bruttolohn- und -gehaltssumme am Volkseinkommen (Wertschöpfung), dann müssen in Folge die Beitragssätze in der GKV auch bei einem konstanten Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt bzw. am Volkseinkommen steigen.

[...]

Privatisierung und Marktorientierung

Die Patentrezepte neoliberaler Ideologen laufen letztlich auf eine weitgehend wettbewerbliche, marktmanante Gestaltung des Gesundheitswesens hinaus und nehmen dabei die schleichende Erosion des Solidaritätsprinzips in Kauf, derzufolge die Finanzierung der Krankheitskosten nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und der Zugang zu medizinischen Leistungen nach Bedarf zu erfolgen hat. Marktorientierung bedeutet insbesondere:

- den Rückzug des Staates aus seiner Verantwortung für die Daseinsvorsorge,
- die zunehmende Privatisierung des Gesundheitsrisikos,
- die Übernahme privatwirtschaftlicher, d.h. marktwirtschaftlicher und betriebswirtschaftlicher Entscheidungs- und Steuerungsmodelle auf allen Ebenen des Versorgungssystems.

Zwar sind die extremsten Forderungen aus dem konservativen Lager, wie z.B. die Reduktion des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung auf ein (lebensnotwendiges) Minimum, eine kapitalgedeckte Finanzierung der Krankheitskosten und eine Deregulierung des Krankenkassenwettbewerbs und der Arzneimittelmärkte, derzeit ohne Chance. Elemente zunehmender Privatisierung und Marktorientierung prägen jedoch nicht nur in den gesundheitspolitischen Programmen fast aller im Bundestag vertretenen Parteien, sondern fin-

den sich bereits jetzt auf allen Ebenen des Gesundheitswesens. Dazu gehören so unterschiedliche Veränderungen des Krankenversicherungsrechts wie die zunehmenden Selbstbeteiligungen, die Beschränkungen des GKV-Leistungskataloges, die Entlastung der Arbeitgeber von der GKV-Finanzierung, die Forcierung des Krankenkassenwettbewerbes, die Privatisierung von Krankenhäusern, Schritte in Richtung auf risikoäquivalente Prämien statt solidarischer Beiträge und die Einführung eines Preissystems (Fallpauschalen) in die Krankenhausfinanzierung.

Dabei führen die „Selbstheilungskräfte“ des Marktes weder theoretisch noch empirisch am Gesundheitsmarkt zu allokatationseffizienten Ergebnissen. Der Grund liegt in den massiven sogenannten Marktfehlern, also strukturellen Gegebenheiten, die – auch nach Auffassung der Mainstream-Ökonomie – ein effizientes Funktionieren von Marktprozessen ausschließen oder stark einschränken. Als wichtigste Marktfehler der meisten Gesundheits„märkte“ gelten Informationsdefizite und Marktmacht.

Informationsdefizite sind geradezu typisch für Gesundheits„märkte“, insbesondere in der Form von Informationsasymmetrien zu Lasten der PatientInnen: Diese können – anders als die Leistungsanbieter – in der Regel Notwendigkeit und Qualität diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nicht angemessen beurteilen. Die unzureichende Urteilsfähigkeit z.B. gegenüber Arzneimittelqualitäten kann auch nur bedingt durch das Einschalten einer ExpertIn, der ÄrztIn, ausgeglichen werden, weil wiederum deren Expertise der PatientIn unbekannt ist. Gesundheitsgüter sind Vertrauensgüter, die dem Anbieter im Zweifel erlauben, die eigenen Einkommensinteressen gegen die der PatientInnen durchzusetzen, die sich ihnen anvertrauen. Opportunistisches Verhalten, von den Anbietern initiierte (unnötige) Leistungsausweitung und mangelnde Qualitätskontrolle sind die Folgen. Die Wahrnehmungs- und Urteilsfähigkeit der PatientInnen kann überdies durch das Leiden entscheidend getrübt sein.

[...]

Diese Marktfehler treffen insbesondere die Schwächsten unter den Versicherten. Nach wie vor konzentrieren sich die Gesundheitsausgaben massiv auf die Schwer- und Schwerstkranken, auf die Alten und auf die einkommensschwächsten Schichten der Bevölkerung.

Leistungsbeschränkung

Allen Bekenntnissen zum Solidaritätsprinzip in der GKV zum Trotz: Nach der Wahl wird die Frage der Neudefinition des GKV-Leistungskataloges und damit die der Trennung von Wahl- und Pflichtleistungen erneut auf der Tagesordnung stehen. Das ganze wird verbrämt mit Begriffen aus dem marktradikalen Vokabular wie „Förderung der Selbstbestimmung der Patienten“, „Subsidiarität“, „Stärkung der Eigenverantwortung“, „Entlastung der Solidargemeinschaft“ durch Reduktion der solidarisch zu finanzierenden Gesundheitsleistungen auf das „wirklich Notwendige“: Formulierungen, die schon aus der Diskussion um die Sozialhilfe, die nur den „wirklich Bedürftigen“ zukommen dürfe, sattem bekannt sind.

Im Kern geht es dabei um zwei Ebenen: Erstens um die Ausgrenzung von Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV und zweitens um die freiwillige Versicherbarkeit ausgegrenzter Leistungsangebote entweder durch gesetzliche oder durch private Krankenkassen. Dabei wird ein doppeltes Ziel verfolgt:

- Erstens soll die Gesundheitsversorgung teilprivatisiert, d.h. nicht mehr solidarisch und paritätisch durch die Versichertengemeinschaft und ArbeitgeberInnen finanziert werden, sondern über individuelle Zusatzversicherungen, Eigenleistungen und Patientenzuzahlungen, an deren Finanzierung die ArbeitgeberInnen nicht beteiligt sind.

- Zweitens soll privatwirtschaftlichen, d.h. gewinnorientierten Versicherungen ein Zusatzmarkt für die Versicherung von Wahlleistungen eröffnet werden.

Die Versicherten verlieren objektiv doppelt, indem ihnen einerseits der Schutz der Versichertengemeinschaft teilweise entzogen wird und sie insofern nicht mehr nach ihrer Leistungsfähigkeit, sondern nach ihrem persönlichen Risiko zur Finanzierung herangezogen werden, und indem sie andererseits gezwungen sind, stärker selbst als „Vertragspartner“ von ÄrztInnen etc. ihre Interessen durchzusetzen. Schmachhaft gemacht werden soll ihnen die Differenzierung in Wahl- und Pflichtleistungen vor allem mit der Aussicht, sie würden an Konsumentensouverä-

nität und an Freiheit gewinnen, sie könnten sich individuell einen maßgeschneiderten Versicherungsschutz zusammenstellen, es könnte so die Finanzierbarkeit der solidarischen Versicherung gesichert werden und sie würden selbst auch noch Beiträge einsparen.

All diese Argumente sind Augenwischerei: Die Finanzierung der gesellschaftlichen Gesundheitskosten ist ein Null-Summen-Spiel. In dem Maße, in dem die GKV und damit die ArbeitgeberInnen entlastet werden, steigen die Ausgaben für die Versicherten und insbesondere für die PatientInnen. Am Ausgabenvolumen ändert sich dadurch nichts. Und auch der Gewinn an Wahlfreiheit ist eine Schimäre. Untersuchungen zeigen, dass die weitaus meisten Versicherten vor allem an einem Rundum-Schutz interessiert sind. Außerdem sind sie auch gar nicht in der Lage, ihr persönliches Krankheitsrisiko in der Zukunft richtig einzuschätzen und dementsprechend rational bestimmte Versicherungsleistungen hinzu- bzw. abzuwählen.

[...]

Weitere Einschnitte in den bestehenden Leistungskatalog würden dazu führen, dass Kranke auch von notwendigen Leistungen ausgeschlossen werden. [...]

Daher ist zu fordern, dass auch künftig die Gesundheitsversorgung innerhalb der GKV alle geeigneten Leistungen umfassen muss. Privatisierungen in Form von Leistungsausschlüssen und Selbstbeteiligungen dürfen nicht weiter ausgebaut werden, sondern sind zurückzuführen. Insbesondere darf es keine Aufspaltung des Leistungskataloges in Pflicht- und Wahlleistungen geben. Fachlich ist der Leistungskatalog an der Evidence Based Medicine (EBM, Therapien, die sich auf die beste international verfügbare empirische Evidenz stützen) zu orientieren. Der medizinisch-technische Fortschritt ist einzubeziehen.

Dabei kommt es entscheidend darauf an, welche Institutionen über die Fortschreibung des Leistungskataloges der GKV befinden. Der bisher dafür zuständige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist dafür wenig geeignet: Die beteiligten Krankenkassen haben wegen des Kostendrucks, die beteiligten Ärzteverbände wegen der Aussicht, nicht in den Kassenkatalog aufgenommene Leistungen privat als Zusatzgeschäft anbieten zu können, gleichgerichtete Interessen an einer eher restriktiven Fortentwicklung des Leistungskataloges.

[...]

Kassenwettbewerb

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 sind die Kassenwahlrechte der gesetzlich Versicherten wesentlich erweitert worden, so dass die Versicherten zwischen allen regional zuständigen Orts-, und Ersatzkrankenkassen und zwischen allen „geöffneten“ Betriebs- und Innungskrankenkassen wählen können, wobei für die Kassen Kontrahierungszwang besteht.

An den Folgen dieser Marktöffnung lässt sich die ganze Misere eines wettbewerbsorientierten Gesundheitswesens ablesen. Schon im Vorfeld der Marktöffnung setzte eine gewaltige Fusionswelle ein, an deren Ende weniger als ein Drittel der Kassen übrig blieb.

[...]

Krankenkassen im Wettbewerb neigen immer dazu, sich stärker um das Interesse der vielen zahlenden, meist jüngeren und gesünderen Versicherten mit niedrigen Beiträgen und allerlei Wohlfühl-Angeboten zu kümmern als um das der wenigen kostenträchtigen, meist älteren PatientInnen. Das Beispiel der amerikanischen Health Maintenance Organizations zeigt, dass dies zu einer Ökonomisierung der Krankenversorgung und zu medizinisch bedenklichen Leistungskürzungen führen kann. Es treibt die Kassen zudem dazu, Risikoselektion zu betreiben, d.h. die „guten Risiken“ – junge, gesunde und gutverdienende Menschen aus Berufen mit weniger gesundheitlichen Risiken – zu werben und die „schlechten Risiken“ – Ältere, Einkommensschwache, Menschen mit gefahrträchtigen Berufen – aus ihrem Versichertenstamm fernzuhalten oder gar zu verdrängen.

[...]

Das weitaus wichtigste Kriterium, an dem sich Versicherte bei einem Kassenwechsel orientieren, sind die Beitragssätze der Kassen, die – je nach Kassenart – derzeit zwischen 11 % und 15 % streuen. Ein Wechsel in eine billigere Kasse kann dem Versicherten – und den ArbeitgeberInnen (!) – über 500 Euro an jährlicher Ersparnis bringen. Das Problem dabei ist, dass die Beitragssatzunterschiede fast ausschließlich von der Risikostruktur, also davon abhängen, wie

viele Gesunde und wie viele kostenträchtige Kranke jeweils unter den Versicherten sind. Da es überdies vor allem Gesunde sind, die die Kassen wechseln, spreizen die Beitragsatzunterschiede immer weiter auf und der Kassenwechsel beschleunigt sich. Am Ende dieses Teufelskreises steht eine Kassenlandschaft, in der es preiswerte Kassen für die Gesunden und teure für die Kranken gibt – eine deutliche Schwächung des Solidarprinzips in der Krankenversicherung.

[...]

Während etwa die Arzneimittelausgaben pro Versichertem im Durchschnitt um 10% stiegen, blieben sie bei den billigen Betriebskrankenkassen (BKK) etwa konstant, wuchsen dagegen bei den großen Ersatzkassen um nahezu 20%. Absolut stiegen die Arzneimittelkosten zwar auch für die Betriebskrankenkassen. Da aber im großen Stil gesunde Versicherte zu ihnen abwanderten, die keine Arzneimittel brauchen, bleiben die Ausgaben pro Kopf in etwa konstant. Die Ersatzkassen verloren im Gegensatz dazu gesunde Versicherte. Unter den verbleibenden Versicherten steigt folglich der Anteil derer, die Arzneimittel benötigen, und so steigen auch die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel.

[...]

Im Ergebnis zeigt sich das Konzept der Wettbewerbsöffnung des Krankenkassen „marktes“ als gescheitert und wohl nicht mehr reparierbar. Mit gescheitert ist damit der Versuch, Solidaritätsprinzip und Wettbewerb im Gesundheitswesen zu versöhnen oder wenigstens kompatibel zu machen. An eine Rückkehr zum ständisch organisierten „gegliederten Kassensystem“ mit kaum durchlässiger Mitgliederzuweisung ist aber auch nicht zu denken. Da drängt sich der Gedanke an die Einführung einer Einheitsversicherung für alle Versicherungspflichtigen oder auch für alle ArbeitnehmerInnen auf. Länder mit nicht-wettbewerblichen Versicherungs- bzw. Finanzierungssystemen stehen im internationalen Vergleich nicht schlechter da als wettbewerbsorientierte. Dänemark mit seinem steuerfinanzierten öffentlichen Gesundheitssystem weist beispielsweise Morbiditätsdaten auf, die sich im Vergleich von OECD-Staaten sehen lassen können, hat dabei sinkende Ausgaben zu verzeichnen und genießt hohe Zufriedenheitswerte bei den Bürgern. Selbst das vielgescholtene Gesundheitssystem in Großbritannien erbringt – bei wesentlich niedrigeren Kosten – eine Versorgungsleistung, die ebenfalls mit der anderer entwickelter Industriestaaten vergleichbar und damit deutlich besser als ihr Ruf ist.

Allerdings ist eine Einheitskasse – in welcher Form auch immer – derzeit politisch nicht durchsetzbar. [...]

Fazit

Die Sicherung einer umfassenden, solidarisch und paritätisch finanzierten Krankenversicherung ist die wichtigste gesundheitspolitische Aufgabe für die Zeit nach der Wahl. Die Erfüllung dieser Aufgabe ist gefährdet, weil die Politik den widerstreitenden Interessen der Lobbies von Pharmaindustrie, Krankenhausinvestoren, Ärzteschaft und Krankenkassen kaum etwas anderes entgegen zu setzen weiß, als immer neue Schritte der Privatisierung, Markt- und Gewinnorientierung des Gesundheitswesens, mit der sich die Politik zugunsten der „anonymen“ Marktkräfte aus der Verantwortung zu ziehen versucht und dabei nicht nur das für entwickelte Gesellschaften unverzichtbare Solidaritätsprinzip aus der Hand zu geben beginnt, sondern zugleich auch ganz unmittelbare Standortvorteile preisgibt, die mit sozialer Sicherheit und mit einem intakten und expandierenden Gesundheitswesen verbunden sind.

[...]



Hinweis: In dieser Ausgabe finden Sie eine Beilage des Klett-Cotta Verlages. Wir bitten um freundliche Beachtung.