

Daniel Kreutz

Referat Tagesseminar

“Gesundheit ist keine Ware!“

Attac-Köln, 16.03.02

Neoliberale Reformstrategien

Wenn man den parteiübergreifenden Mainstream der gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland über einen größeren Zeitraum betrachtet, dann kristallisieren sich zwei zentrale Reformstrategien heraus, die beide in die Richtung gehen, mit dem Ziel der Kostensenkung (Verbilligung, „Beitragsstabilität“) des Gesundheitswesens **Ge-sundheit zur Ware** zu machen.

1. Risikoprivatisierung

Da geht es darum, den paritätisch beitragsfinanzierten Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung zu reduzieren und einen Teil des bisherigen Leistungsumfangs von den Versicherten privat finanzieren zu lassen. „Mehr Eigenverantwortung“ ist gleichsam die amtliche Überschrift dieses Ansatzes. Dabei ist nicht die Eigenverantwortung derer gemeint, die für Krankheitsrisiken in der Arbeits- und Lebenswelt verantwortlich sind, sondern gemeint sind die PatientInnen und Versicherten, die mehr Eigenverantwortung für die Kosten ihrer gesundheitlichen Versorgung übernehmen sollen.

Der Ansatz „mehr Eigenverantwortung“ hat in der Vergangenheit zu unterschiedlichen Konkretisierungen geführt.

1.1 Zuzahlungen

Das älteste Instrument für „mehr Eigenverantwortung“ sind die **Zuzahlungen** - zu Arzneimitteln, zur Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung. Und dies Instrument der Zuzahlungen ist nach wie vor aktuell (BDA: „umfassende prozentuale Selbstbeteiligung in allen Leistungsbereichen“).

„Selbstbeteiligung“ ist eine bemerkenswerte Wortschöpfung. Sie suggeriert, dass die Versicherten ohne dem quasi „umsonst“ versorgt würden und verdrängt, dass sie ohnehin die Hälfte des Beitragsaufkommens direkt bezahlen. Und sogar der AG-Beitrag ist ihr Entgeltbestandteil. Der frühere SPD-Gesundheitsminister von NRW, Hermann Heinemann, nannte das bedeutend treffender „zusätzliche Abkassierung von Kranken“ – aber das war Anfang der 90er Jahre.

Nun haben die Zuzahlungen den politischen Nachteil, dass sie tatsächlich nur gezielt die Kranken belasten, die gleichsam für ihre Erkrankung noch finanziell bestraft werden. Die Risikoprivatisierung über Zuzahlungen stößt daher irgendwann auf erhebliche Legitimationsprobleme.

1.2 Teilprivatisierung des GKV-Leistungskatalogs

Deshalb haben in den 90er Jahren Vorschläge der Risikoprivatisierung an Bedeutung gewonnen, die sich auf die Gesamtheit der GKV-Versicherten beziehen. Die Überschrift hierfür heißt „neue Balance zwischen solidarischer und eigenverantwortlicher Absicherung“. Zur Umsetzung werden zwei verschiedene Modelle diskutiert:

Das eine ist das Modell „Rentenreform“: Ein Teil des bisherigen GKV-Leistungskatalogs soll gestrichen und zur Grundlage einer privaten Kranken-Zusatzversicherung gemacht werden, die ohne Beteiligung der Arbeitgeber nur noch von den Versicherten bezahlt wird. Damit würde denn auch der privaten Versicherungswirtschaft ein neuer, zusätzlicher Markt eröffnet.

Das andere Modell findet unter dem Dach der Träger der GKV selbst statt. Die Stichwörter heißen hier „Grund- und Wahlleistungen“ und „Stufentarife“. Ein Teil der bisherigen Leistungen wird aus dem Pflichtleistungskatalog, auf den alle Versicherten Anspruch haben, herausgenommen und als Wahlleistungen definiert. Die paritätische Finanzierung gilt dann nur noch für die verschlankten Pflichtleistungen; wer die Wahlleistungen will, muss mehr bezahlen. Wenn man daraus Versorgungspakete unterschiedlichen Umfangs schnürt, sozusagen Standard-, Komfort- und Luxusklasse, dann kommt man zu Stufentarifen für die Versicherten. Der Arbeitgeberbeitrag finanziert immer nur die Hälfte des Standard-Pakets, die Erweiterungen sollen die Versicherten allein bezahlen.

Obwohl die Debatte über eine Aufspaltung des GKV-Leistungskatalogs schon seit vielen Jahren andauert, ist immer unklar geblieben, welche Leistungen denn herausgenommen und privatisiert werden sollen. Meistens werden immer nur ein paar „Schaubispiele“ gehandelt, wo sich der Laie fragt: „Ja muss das denn wirklich von einem Beitrag mitbezahlt werden?“ Doch eins ist klar: Wenn die Aufspaltung des Leistungskatalogs funktionieren soll, dann kann und wird es nicht nur um Kleinigkeiten am Rande gehen. Denn für Kleinigkeiten am Rande werden nur wenige bereit sein, für eine Privatabsicherung zu bezahlen. Da müssen dann schon Leistungen drin sein, von denen viele sagen: „Ja, dass brauche ich“.

Risikoprivatisierung **ökonomisiert die Nachfrage** der PatientInnen nach Gesundheitsleistungen. Neben der Frage „Was brauche ich, um gesund zu werden?“ gewinnt die Frage an Gewicht: „Kann ich mir das leisten?“ Und auf Seiten der Krankenversicherungsträger heißt es dann nicht mehr: „Du bekommst, was Du brauchst“, sondern es heißt „Du bekommst, was Du bezahlst“.

2. „Einkaufsmodelle“

Das Stichwort „Einkaufsmodelle“ kennzeichnet den zweiten strategischen Ansatz neoliberaler Gesundheitsreform. Allerdings ist das ein Insider-Begriff. Die offiziellen Überschriften heißen „mehr Wettbewerb unter den Anbietern“ und „die Macht der Ärztekartelle brechen“.

Was ist die Grundidee dabei?

Die Idee ist: Die Krankenkassen sollen in die Lage versetzt werden, sich die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (Krankenhäuser und Arztpraxen) einzeln auf einem Anbietermarkt einzukaufen, auf dem die Einzelanbieter in Preiskonkurrenz untereinander stehen. Der Preiswettbewerb soll Preissenkungen bewirken, und „zu teure“ Anbieter können dann außen vor bleiben.

Die Philosophie des „rheinischen Kapitalismus“ an dieser Stelle war ja die, dass im stationären Bereich die Länder als staatliche Ebene dafür verantwortlich waren, dass es genügend Krankenhäuser mit den erforderlichen Fachabteilungen und der nötigen Bettenzahl gab und dass sie im Interesse einer wohnortnahen Versorgung übers Land verteilt sind. Das alles ist Teil der Krankenhausplanung der Länder. Sie haben den Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung.

Im ambulanten Bereich liegt der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, die für alle ihnen angeschlossenen Arztpraxen Kollektivverträge mit den Kassenverbänden abschließen.

In beiden Fällen bezahlen die Kassen die Leistungen von allen Einzelanbietern, die im Krankenhausplan und in den KVen drin sind. Diese Kollektivregelungen und Kollektivbeziehungen sollen nach dem „Einkaufsmodell“ durch Marktregelungen und Marktbeziehungen ersetzt werden.

Grundlage der „Vermarktlichung“ der Gesundheitsdienstleistungen ist zunächst ihre „**Verpreislichung**“. Nur wenn Preisvergleiche möglich sind, kann der Kunde am Markt ordentlich einkaufen.

2.1. Stationär

Im stationären Bereich hat die Verpreislichung bereits mit der Gesundheitsreform von Lahnstein 1992 begonnen (GSG; informelle Große Koalition). Damals wurde die Krankenhausvergütung auf ein Mischsystem aus Pflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen umgestellt. Die Fallpauschalen waren dabei die ersten „Quasi-Preise“. Schon damals wurden Krankenhäuser Quasi-Unternehmen, die sich fortan im wirtschaftlichen Wettbewerb gegeneinander zu behaupten hatten.

Die Gesundheitsreform 2000 hat dann die Weichen gestellt auf die Komplettumstellung der Krankenhausvergütung auf Fallpauschalen, die kürzlich mit dem Fallpauschalengesetz vollzogen worden ist.

Zukünftig gilt damit – vereinfacht gesagt: Ein Blinddarm kostet in Deutschland im Regelfall X €, egal wie lange der Patient damit im Krankenhaus liegt.

Die Verantwortung der Länder für die Krankenhausplanung zu ersetzen durch das Recht der Kassen, zu bestimmen, wo sie welche Häuser einkaufen, ist aus verfassungsrechtlichen Gründen ziemlich hochschwellig. Aber das ist auch gar nicht nötig. Es reicht, wenn die Länder die konkrete Ausgestaltung des Krankenhausplans Aushandlungsprozessen zwischen Kassenverbänden und den einzelnen Krankenhausträgern überlassen und sich auf eine „Letztverantwortung“ für Rahmenbedingungen und die Genehmigung der Aushandlungsergebnisse zurückziehen.

Bei den Kassenverbänden laufen die Informationen über die wirtschaftlichen Stärken und Schwächen jedes einzelnen Hauses zusammen. Sie haben Sonderkündigungsrechte, um unwirtschaftliche und aus ihrer Sicht überflüssige Häuser und Abteilungen im Einzelfall vom Netz zu nehmen. Damit sind sie in der Lage, einzelne Häuser in Verhandlungen gegeneinander auszuspielen und womöglich gar zu erpressen – nach dem Motto „Entweder ihr stimmt dieser oder jener Forderung von uns zu, oder wir geben dem Haus Sowieso den Zuschlag“. Im Hintergrund steht dabei das Motto, unter das die Kassen schon vor Jahren ihre Krankenhauspolitik stellten: „Konzentration auf leistungsfähige Standorte“. Denn aus ihrer Sicht gibt es viel zu viele Krankenhäuser in Deutschland – besonders in NRW.

2.2 Ambulant

Für den **ambulanten Bereich** sieht jetzt das Eckpunktekonzept des BMG ebenfalls die Einführung von **Fallpauschalen** vor, also die Verpreislichung.

Zweitens ist vorgesehen, dem einzelnen Arzt das „Recht“ zum Abschluss von **Einzelverträgen** mit den Kassen zu geben, also das System der Kollektivverträge aufzubrechen oder aufzuheben.

Teils wird auch weniger verschwiegelt gefordert, den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung von den KVen auf die Kassen zu übertragen. Dann wären sie für die Gestaltung der ganzen ambulanten Infrastruktur zuständig und könnten sich nach Maßgabe ihres Bedarfs die benötigten Praxen einzeln einkaufen.

2.3 Auswirkungen für die PatientInnen

Wenn wir einen Wettbewerbsmarkt der Anbieter haben, auf dem sich die Kassen die Dienstleister einkaufen, wem fällt dann die **Kundenrolle** zu? Wie immer dem, der zahlt, den Kassen. Nicht etwa den PatientInnen. Die Stellung der PatientInnen nähert sich hier eher der eines „Rohstoffs“ mit dessen „Verarbeitung“ das Geschäft gemacht wird („Patientengut“).

Das Gesundheitswesen als Wettbewerbsmarkt mit Nachfragemonopol (-oligopol) der Kassen bedeutet **Ökonomisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses**.

Die Krankenhausverweildauer etwa wird zu einem zentralen Wettbewerbsinstrument der Häuser untereinander. Wer kürzer liegt, bringt schwarze Zahlen, wer länger liegt, bringt rote. Arbeiten die Anbieter unter Wettbewerbsbedingungen, können sie nicht sagen: „Ich gebe dem Patienten, was er braucht“, sondern sie müssen sich auch fragen: Welche Auswirkungen hat das auf meine Wettbewerbsfähigkeit?“ M.a.W.: betriebswirtschaftliche Kostenkalküle gewinnen im Arzt-Patienten-Verhältnis an Gewicht, während die Bedeutung des individuellen medizinischen oder therapeutischen Bedarfs abnimmt.

Zweitens sind Preise ein **monetäres Steuerungsinstrument** im Wettbewerb. Monetäre Instrumente können monetäre Ergebnisse erzielen – z.B. dass die Versorgung billiger wird. Aber monetäre Instrumente sind blind für Fragen der Qualität.

Wenn Arzt oder Krankenhaus ihre Kosten senken wollen, dann ist dabei erst mal uninteressant, zu wessen Lasten und wie das Ergebnis erzielt wird.

Im Krankenhaus verteilen sich Sparzwänge nach Maßgabe der Kräfteverhältnisse. Da haben die Chef- und Oberärzte die besseren Karten als das Pflegepersonal, und das hat wiederum die besseren Karten als das hauswirtschaftliche Personal. Und in der ambulanten Praxis können Einsparungen bei schädlichen, bei überflüssigen und bei notwendigen Leistungen erwirtschaftet werden. Das Steuerungsinstrument „Preis“ gibt da keine Richtung vor.

Und weil das so ist, muss der marktförmige Umbau des Gesundheitswesens eingeehrt werden mit Apparaten der Qualitätssicherung und mit Regelungen zur Stärkung der Stellung der PatientInnen. Das alles sind aber günstigstenfalls Maßnahmen der nachsorgenden Schadensbegrenzung gegenüber dem Marktgeschehen.

3. Beitragspflicht für Vermögenseinkommen

In jüngerer Zeit gibt's zur **Finanzierung** der GKV noch einen neuen Vorschlag, der in den Mainstream der Debatte – sozusagen in die Neue Mitte – aufgenommen wurde. Der bezieht sich direkt auf das Thema des Rückzugs der Arbeitgeber aus der paritätischen Finanzierung. Scheinbar handelt es sich um einen langjährigen Vorschlag aus dem solidarischen Lager, denn er heißt: Einbeziehung von Vermögenseinkommen der Versicherten in die Beitragspflicht. Damit soll aber nicht die Einnahmeseite der GKV gestärkt werden, sondern die Mehreinnahmen von den Versicherten sollen als Gegenfinanzierung von Beitragssenkungen zur Entlastung der Wirtschaft dienen. Zu diesem Zweck hat man plötzlich entdeckt, dass eine ungerechte Lastenverteilung gibt zwischen denen, die nur ihr Erwerbseinkommen haben und denen, die zusätzlich über beitragsfreie Vermögenseinkommen verfügen.

Dieser Punkt erinnert an das, worum es bei der ganzen Reformdebatte überhaupt geht: Um Umverteilung zugunsten der Arbeitgeber, zugunsten der Wirtschaft und zu Lasten der versicherten ArbeitnehmerInnen und all derer, die auf ein leistungsfähiges solidarisches Gesundheitssystem angewiesen sind.

4. Politische „Gefechtslage“

1. ist es wichtig, noch mal festzustellen: Die Risikoprivatisierung auf der Ebene der Krankenversicherung hat bisher noch nicht stattgefunden, während die Vermarktlichung der Gesundheitsdienstleistungen schon in vollem Gang ist. Da fehlt substanzial nur noch der ambulante Sektor.

2. kann man zugespitzt sagen, dass die Strategie der Risikoprivatisierung traditionell von den Arbeitgeberorganisationen und von FDP und CDU/CSU vorrangig verfolgt wird. Dabei finden sie Unterstützung bei den ärztlichen Standesorganisationen (Zahnärzte). Das „Einkaufsmodell“ ist dagegen eine sozialdemokratische Erfindung und erfreut sich der Unterstützung der Krankenkassen und von erheblichen Teilen der Gewerkschaftsapparate.

Dem entspricht denn auch die Gefechtslage, die bisher für den Wahlkampf inszeniert wird. Ulla Schmidt spielt die Heilige Johanna der solidarischen Krankenversicherung gegen die bösen liberal-konservativen Buben und orientiert mit netten Formulierungen auf's Einkaufsmodell ambulant.

Tatsächlich werden aber beide Strategien längst in beiden Lagern diskutiert und verfolgt. Im vergangenen Jahr wurde deutlich, dass nicht nur der Bundeswirtschaftsminister, sondern auch das Kanzleramt auf Risikoprivatisierung orientiert. Auch die Grünen haben sich dieser „Modernisierung“ geöffnet. Und selbstverständlich sind auch die Liberal-Konservativen für „mehr Wettbewerb“ unter den Anbietern.

„Mehr Eigenverantwortung **und** mehr Wettbewerb“ wird die Überschrift der Gesundheitsreform 2003 werden – egal wie die Wahl ausgeht. Ob das BMG nach einer Bestätigung von Rot-Grün noch von Frau Schmidt geführt wird, weiß auch niemand. Und schließlich haben wir die rot-grüne Rentenlüge erlebt, wo hinterher das genaue Gegenteil dessen stattgefunden hat, was vorher geschworen wurde.

Eine Regierung, von der man wenigstens erwarten könnte, dass sie den neoliberalen Systemwechsel im Gesundheitswesen stoppt – geschweige denn, dass sie einen Richtungswechsel für ein solidarisches System vollzöge – eine solche Regierung ist nicht im Angebot.

Deshalb sagt Attac, dass Wählen kein Mittel ist, um gegen „Gesundheit als Ware“ und für ein solidarisches Gesundheitssystem zu streiten, sondern dass man darum kämpfen muss, gleichgültig, wie der Kanzler nach dem 22. September heißen mag.