

Abschied von der Solidarität – her mit den Profiten!

...über den schleichenden Tod des solidarischen Gesundheitswesens

Viele Medizinstudierende erwarten, später einen Beruf ausüben zu können, in dem sie allen Patienten unabhängig von deren sozialem Status die bestmögliche gesundheitliche Versorgung zukommen lassen können. Aufgrund der im Genfer (Ärzte-)Gelöbnis von 1948 und in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte festgeschriebenen Grundsätze erscheint diese Erwartung nicht ganz unbegründet.

Doch schon bei den ersten Famulaturen, spätestens aber im Praktischen Jahr wird klar, dass es zwei Klassen von Patienten gibt: Privatversicherte und Kassenversicherte. Gegenwärtig wirken sich diese Unterschiede lediglich auf gewisse Luxusleistungen (Einzelzimmer, Chefarztbehandlung) und noch nicht in schwer beeinträchtigendem Maße auf die Qualität der medizinischen Versorgung aus.

Bettennotstand, lange Wartezeiten auf Operationen oder die langen Arbeitszeiten der Beschäftigten im Gesundheitswesen sind jedoch bereits die Anfänge einer schleichenden Umstrukturierung unseres Gesundheitswesens:

Bislang galt in Deutschland der Grundsatz der Solidarität für ein Gesundheits- und Krankenversicherungswesen, dessen Ziel es war, allen Menschen unabhängig von Einkommen und persönlichen Risiken die bestmögliche Gesundheitsversorgung zu bieten. Ziel von Privatisierungen und neuen Abrechnungssystemen wie den DRGs hingegen ist es, das Gesundheitswesen zu einem Gesundheitsmarkt umzugestalten, auf dem Patienten zu Kunden werden und dessen vorrangige Aufgabe es ist, Profite zu erwirtschaften.

Die Kostenlüge

Dass ein im internationalen Vergleich qualitativ hochwertiges und effektiv arbeitendes

des Gesundheitswesens ohne größere Widerstände der Bevölkerung durch viele kleine Reformen sukzessive zerstört werden kann, beruht auf einer Argumentation, der eine Lüge zugrunde liegt: Die Behauptung der Unfinanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgrund einer sogenannten Kostenexplosion. Gemeint ist damit die Verzehnfachung (von 25 Mill. DM (1970) auf 252 Mill. DM (2000)) der Ausgaben der GKV in den letzten 30 Jahren. Diese Zahlen an sich sind beeindruckend, führen aber in die Irre; denn sie sind weder inflationsbereinigt, noch wird das gleichzeitige Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (BIP) in dieser Zeit berücksichtigt. Betrachtet man nämlich sinnvollerweise nicht die Absolutkosten, sondern den Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben am BIP, so zeigt sich ein steiler Anstieg der Ausgaben bis 1975, danach aber lediglich eine Erhöhung von 10 auf 11 %, die nun wahrlich nicht als Explosion bezeichnet werden kann. Die Ausgabenentwicklung allein der GKV erhöhte sich zwischen 1975 und 2000 ebenfalls lediglich von 5,8 % des BIP auf 6,4 % – also um sicher nicht sehr explosive 0,6 Prozentpunkte.

Konkret heißt dies, dass bei allgemein steigendem Lebensstandard der Bevölkerung eben auch für eine qualitativ bessere Gesundheitsversorgung mehr Geld ausgegeben wird. Die Hauptgründe für den (moderaten) Kostenanstieg sind verbesserte und umfangreichere medizinische Angebote (moderne Diagnoseverfahren (Bildgebung, Labor,...), neue Medikamente,...), die demographische Entwicklung (wobei anzumerken ist, dass trotz steigender Lebenserwartung die meisten Gesundheitskosten in den letzten beiden Lebensjahren eines Menschen anfallen) und zunehmend ungesunde Lebensweisen, die zu den sogenannten Wohlstandskrankheiten führen. Zumindest die beiden erstgenannten Gründe lassen sich nicht vermeiden, so dass ein gewisser, aber sicher nicht dramatischer, Kostenanstieg hinzunehmen ist, wenn die Gesellschaft eine fortschrittliche Medizin wünscht.

Auch im internationalen Vergleich liegt Deutschland bei den Gesundheitsausgaben pro Einwohner erst an dritter Stelle hinter der Schweiz und den USA – da wundert es, dass bei vielen Sparmaßnahmen (wie beispielsweise den DRGs) immer gerne das Gesundheitssystem der USA als Vorbild genommen wird, bietet

dieses doch trotz höherer Kosten nur einem Teil der Bevölkerung (44 Mio. Menschen sind dort nicht krankenversichert!) eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung.

Pathophysiologie

Die „pathophysiologischen“ Mechanismen, auf denen der schleichende Tod des solidarischen Gesundheitswesens beruht, sind vielfältig.

Insbesondere die immer weiter fortschreitende Privatisierung des Gesundheitswesens zerstört die Grundlagen des Solidarsystems. Die privaten Krankenversicherungen (PKV) konkurrieren mit den GKV um weniger riskante, d.h. möglichst gesunde junge Versicherte, die bei den PKV dann ab einem gewissen Einkommen oft weitaus niedrigere Beiträge als bei den GKV bezahlen müssen. Für chronisch kranke oder alte Menschen hingegen sind die Beiträge bei den PKV entsprechend höher. Nur durch diese Spezialisierung auf möglichst risikoarme Patienten können die PKV ihr primäres Ziel, nämlich die Maximierung von Gewinnen, erreichen.

Den GKV und dabei insbesondere den Allgemeinen Ortskrankenkassen (denn auch innerhalb der GKV herrscht seit 1996 Wettbewerb) bleiben so die kostenintensiven Mitglieder – Folge ist, dass die Beiträge steigen.

Die Idee, dass durch eine Ausweitung der Marktanteile der PKV die Kosten für das Gesundheitswesen gesenkt werden können, ist widersinnig. Denn PKV haben neben den Ausgaben für Versicherungsleistungen und Verwaltung auch noch eine Rendite zu erwirtschaften, die sie für private Investoren attraktiv macht. So müssten alleine dadurch prinzipiell die Kosten für PKV höher liegen als für GKV, hätten ihre Versicherten dasselbe Risiko-profil. Dass die Kosten in einem System mit höherem Anteil von PKV nicht niedriger sind, zeigt das Beispiel USA.

Auch die Privatisierung von Kliniken führt nur scheinbar zu einer Kostenersparnis, denn Privatkliniken erzielen ihre

Tobias Weismüller, PJ,
Mainz,
e-mail:
tobias.weismueller@gmx.de

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität [...]“
Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Art. 25 (1)

„[...] Ich werde [...] bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. [...]“
Genfer Gelöbnis von 1948

Gewinne dadurch, dass sie sich auf besonders gewinnträchtige Bereiche spezialisieren. Eine wohnortnahe umfassende (und kostspieligere) medizinische Versorgung können sie nicht gewährleisten – diese bleibt den oft am Rande des Existenzminimums wirtschaftenden öffentlichen Kliniken überlassen.

Die steigenden Beiträge zur GKV, die immer wieder angeführt werden, wenn es darum geht, Reformen durchzusetzen, beruhen in erster Linie nicht auf steigenden Ausgaben der GKV, sondern auf sinkenden Einnahmen: Dadurch, dass die Löhne der Beschäftigten geringer steigen als das BIP (während die Gewinne der Wirtschaft höher werden) und dadurch, dass die Arbeitslosigkeit stark zugenommen hat, schrumpft die Einnahmehasis der GKV. Dieser bleibt also nicht anderes übrig, als die Beitragssätze zu erhöhen, um eine gleichgebliebene Ausgabenseite zu finanzieren. Zudem steigen durch immer kompliziertere Abrechnungsverfahren die Verwaltungskosten überproportional.

DRGs und deren Folgen

Es ist bereits beschlossene Sache: Ab 2003 werden der Kostenerstattung im Krankenhausbereich sogenannte „diagnosis related groups“ (DRGs) zugrunde liegen, auf Basis derer ärztliche Maßnahmen nach standardisierten Preisen vergütet werden. Dabei wird im Gegensatz zu bisherigen Fallkostenspaukchalen nicht ein Krankheitsbild pauschal vergütet, sondern es werden Vorerkrankungen, im Verlauf auftretende Komplikationen und notwendige medizinische Leistungen miterfasst.

So soll erreicht werden, dass sich die Vergütungen stärker auf die wirklich erbrachten Leistungen beziehen. Die DRGs ermöglichen es also, die Leistung eines Krankenhauses effektiv zu ermitteln und machen somit das Gesundheitswesen für private Investoren noch sehr viel interessanter, da die Möglichkeiten, Profite zu erwirtschaften, erweitert werden.

Neben den zunehmenden Privatisierungen werden die DRGs noch weitere fatale Effekte haben:

Die Ärzteschaft wird noch mehr als heute schon Verwaltungsaufgaben (nämlich das Eingruppieren in DRGs) wahrnehmen müssen, wodurch Kosten steigen und weniger Zeit für die Patienten bleibt. Durch steigenden Kostendruck werden zunehmend mehr Entscheidungen aufgrund ökonomischer anstelle medizinischer Er-

wägungen gefällt werden, was die Therapiefreiheit einschränkt und oft nachteilig für die Patienten sein wird. „Gut Abrechenbares“ (z. B. CT statt Sonographie) wird zwangsläufig häufiger durchgeführt werden. Um Betten rechnerisch doppelt belegen zu können, wird möglichst versucht werden, Patienten frühzeitig – häufig zu früh – zu entlassen.

DRGs sind also nicht einmal dazu geeignet das vordergründige Ziel – die Verringerung der Kosten im Gesundheitswesen – zu erreichen. Im Gegenteil – wie bereits mit Einführung der DRGs in den USA geschehen, sind auch in Deutschland weitere Kostensteigerungen zu erwarten.

Das eigentliche Ziel der Einführung von DRGs ist denn auch ein anderes. Durch sie soll der Gesundheitsmarkt, der in Deutschland immerhin ein Volumen von 130 Mill. € hat, für die internationale Finanzwelt geöffnet werden. Genau dies ist nämlich die Forderung des GATS, des „General agreement of trades and services“.

Globaler Kontext

Bereits die Einführung der DRGs zeigt, dass es nötig ist, das Augenmerk nicht nur auf die Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen zu richten, sondern auch den globalen Kontext zu betrachten.

International arbeitende Pharmaunternehmen, große Krankenhauskonzerne und Versicherungsgesellschaften sind die Global Player des Gesundheitsmarktes. Ihnen sollen in erster Linie die Veränderungen der Gesundheitssysteme verschiedener Länder nützen.

Im Pharmabereich bedeutet dies beispielsweise, dass Menschen in ärmeren Ländern sich teure neue Medikamente (z. B. gegen HIV) meist nicht leisten können. Gleichzeitig untersagen es internationale Abkommen zum Patentschutz diesen Ländern, die Medikamente weit aus kostengünstiger selber herzustellen. Die Folgen sind tödlich. Des weiteren werden Forschungsressourcen der Pharmamultis in unsinnige Lifestyle-Medikamente investiert, die in reicheren Ländern teuer verkauft werden können, an-

statt an neuen Therapiekonzepten für Krankheiten, die vor allem in ärmeren Ländern viele Opfer fordern (Tbc, Malaria, Schlafkrankheit) zu arbeiten.

Was die Beschäftigten im Gesundheitswesen angeht, so vollzieht sich mit diesen ein sogenannter externer und interner „brain-drain“. Das heißt, dass aufgrund ökonomischer Anreize gut ausgebildete Fachkräfte von ärmeren in reichere Länder abwandern, bzw. vom öffentlichen in den privaten Sektor. Folglich sinkt die Versorgungsqualität in ärmeren Ländern bzw. im öffentlichen Bereich.

Lösungsansätze

Will man die Zerteilung und Entsolidarisierung des Gesundheitswesens aufhalten, so muss eine Kehrtwende in der Gesundheitspolitik eingeleitet werden.

Zur Finanzierung der GKV müssten daher wieder alle Verdienenden je nach ihrer Leistungsfähigkeit herangezogen werden. Risikoselektion dürfte nicht stattfinden. Die Einführung einer Positivliste, preisgünstige Medikamentenimporte und Verschreibung von Generika wären Möglichkeiten, auf dem Arzneimittelsektor Kosten zu sparen. Ausweitungen der Präventionsmaßnahmen würden den Versicherten zu Gute kommen und Kosten senken. Sowohl Ärztinnen als auch PatientInnen müssten mehr Kostenbewusstsein bezüglich medizinischer Leistungen entwickeln – Voraussetzung ist höhere Kostentransparenz.

Weitere ausführliche Informationen zu diesen Themen findet ihr auf den Internetseiten von: www.attac-netzwerk.de und www.medico.de

