

VIOLA SCHUBERT-LEHNHARDT

# Eckpunkte einer zukunftsfähigen, solidarischen Gesundheitspolitik

**Gesundheit zählt zu den wichtigsten Lebens- und Freiheitsgütern der Menschen. Jeder ist von der Gestaltung der Gesundheitspolitik betroffen. Ihr aktueller Stand und eine denkbar schlechte Fortentwicklung ziehen Ängste und Verunsicherungen nach sich. Mythen wie etwa die von einer Kostenexplosion oder von der Selbstverantwortung der Patienten wirken kontraproduktiv.**

**In Auseinandersetzung mit derlei Mythen entwickelt die Autorin ihre Eckpunkte für eine solidarische Gesundheitspolitik. Das Gesundheitswesen – als ein Wachstumsbereich – darf nicht weiter der Profitorientierung der Pharmaindustrie oder der Hersteller von Medizintechnik dienen, es muss vielmehr der Erhaltung der Gesundheit des Einzelnen dienen. National geht es um die Erhaltung eines solidarischen Finanzierungssystems, um eine verbesserte Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenkassen, eine staatliche Regulierung der Gesundheitsindustrie sowie um eine Qualitätsverbesserung durch Vernetzung, international muss durch die Chancen der EU und mit Blick auf eine solidarisch orientierte, neue Weltordnung die Bekämpfung sogenannter Volksseuchen in allen Ländern im Mittelpunkt stehen.**

**Berlin, im Juni 2002**

## Zieldefinition für ein solidarisches Gesundheitswesen

Das in einer gerechten Republik anzustrebende und hier beschriebene Gesundheitssystem sollte drei Prioritäten gerecht werden:

- Zugänglichkeit für alle Menschen unabhängig von ihrem sozialen oder staatsbürgerlichen Status;
- solidarische Finanzierung dieses Systems entsprechend der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Personen und
- eine dem wissenschaftlichen Standard entsprechende Versorgungsqualität.

Zweck des Systems ist die Schaffung eines optimalen Handlungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebotes für alle in Deutschland lebenden Menschen und nicht die Erzielung von Profit im Gesamtsystem oder auch nur von Gewinn in Einzelbereichen.

Dieser radikale Bruch mit der aktuell betriebenen Gesundheitspolitik fußt auf der Überlegung, Gesundheit sei nicht lediglich »Nutznießer« und Ergebnis von Gesellschaftspolitik, sondern vielmehr ein wichtiger Input-Faktor, eine Ressource für Individuen, Gemeinschaften und für die Gesellschaft insgesamt.

Er beinhaltet außerdem, dass nicht die weitere Privatisierung von Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen und die generelle Orientierung auf private Niederlassungen die Grundrichtungen künftiger Reformen sein können, da privatwirtschaftlich organisierte Einheiten stets gewinnorientiert arbeiten werden und müssen. Nur in kommunal geführten (und miteinander vernetzten) Einrichtungen lassen sich die humane Idee der Gesundheit(sförderung) mit Wirtschaftlichkeit verbinden.

Und ein zweiter radikaler Bruch ist im gegenwärtigen System notwendig: Gesundheitspolitik darf sich nicht weiterhin in erster Linie an den Maßstäben einer curativen Medizin messen und in ihrer Zielsetzung daran orientieren, sondern sie muss vielmehr zu einem salutogenetischem Ansatz übergehen. Dieser bedeutet eine Organisation des Alltagslebens der Menschen in einer Weise, die in sozialer und ökologischer Hinsicht deren nachhaltige Lebensinteressen stützt.

Seit Jahrzehnten wird international über Relationen der verschiedenen Einflussfaktoren auf Gesundheit diskutiert. Unabhängig von den unterschiedlichen Standpunkten zu den Anteilen der einzelnen Faktoren (wie Lebensweise, natürliche und gesellschaftliche Bedingungen und Vererbung) ist man sich heute darin einig, dass die Wirkung von medizinischen Leistungen des Gesundheitswesens auf den Gesundheitszustand durchschnittlich höchstens fünf bis zehn Prozent beträgt. Nicht die Entwicklung der Medizin und des Gesund-

heitswesens haben in der Vergangenheit den Gesundheitszustand einer Bevölkerung entscheidend verändert, sondern soziale Errungenschaften wie verbesserte Wohn- und Arbeitsbedingungen, ein höherer Bildungsgrad, eine bürgernahe Kommunalverwaltung oder ökologische Veränderungen wie die Kultivierung der Boden-Wasser- und Luftqualität, die Müllvermeidung, die Lebensmittelkontrolle u. a. m. Dementsprechend muss eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik nicht nur in die Lebenswelt der Menschen integriert sein, sondern vor allem von den Bürgerinnen und Bürgern in ihren alltäglichen Verrichtungen permanent mit entwickelt, getragen und umgesetzt werden.

Ein solcher Ansatz schließt ein, dass Menschen sich im öffentlichen Handeln leichter für eine gesunde Lebensweise entscheiden und diese praktizieren können. Die Stärkung solcher gesundheitsfördernder Lebensbedingungen richtet sich auf alle Lebenszusammenhänge: auf familiäre, wohnliche, nachbarschaftliche, betriebliche und kommunale. Und sie ist vor allem dort um einen Ausgleich ungleicher Lebenschancen bemüht, wo eklatante Defizite die selbstbestimmte Sorge für ein gelingendes Leben beeinträchtigen (vgl. Charta für ein soziales Gesundheitswesen, 2000).

## **Ängste bestimmen gegenwärtig die Einschätzung der künftigen gesundheitspolitischen Entwicklung**

Gesundheit gehört zu den persönlichen Freiheitsgütern jedes Menschen. Sie ist notwendige, jedoch nicht hinreichende Bedingung zur Wahrnehmung von Lebensmöglichkeiten und Entwicklungschancen bzw. zur Realisierung von Lebensentwürfen überhaupt. Insofern reagieren Menschen sehr sensibel, wenn dieses alle anderen Lebensbereiche durchdringende Merkmal individuellen Lebens durch die jeweilige staatliche Gesundheitspolitik mangelhaft gesichert bzw. Möglichkeiten zu seiner Erhaltung eingeschränkt oder erschwert werden.

Gegenwärtig kristallisieren sich in Deutschland vor allem folgende Ängste bezüglich der heutigen Gesundheitspolitik und ihrer künftigen Entwicklung heraus:

- Eine mangelnde weitere Finanzierbarkeit des gegenwärtigen Standards der Medizin in Deutschland. Als Folge davon werden Leistungsabbau und/oder steigende finanzielle Selbstbeteiligung des Einzelnen befürchtet (z.B. steigende Krankenkassenbeiträge, aber auch weiter zunehmende Preise für Medikamente sowie medizinische Heil- und Hilfsmittel).
- Eine nicht dem internationalen wissenschaftlichen Standard entsprechende Vorsorge und Behandlung (z.B. beim Mammographie-screening).

Als Folge davon werden Verschleppung und Fehlinterpretationen von Diagnosen, individuelle Mangel- bzw. Fehlversorgung und dadurch eingeschränkte Gesundheit bzw. frühzeitiger Tod befürchtet.

- Eine zunehmende Orientierung der weiteren Entwicklungen an den Vorgaben der Pharmaindustrie bzw. der Wirtschaft anstatt an den Lebens- und Gesundheitsbedürfnissen der Menschen (z.B. vorrangig Forschung und Investitionen zur Verhinderung behinderten menschlichen Lebens anstatt Schaffung optimaler Lebensvoraussetzungen für alle Menschen).

Als Folge wird befürchtet, dass sich z.B. Lebensmöglichkeiten für behinderte Menschen weiter verschlechtern bzw. dass behinderte Menschen noch stärker diskriminiert werden. Zunehmend wird in diesem Zusammenhang auch die Benutzung von Menschen als »Mittel zum Zweck« für Pharmaexperimente befürchtet.

- Eine Verschlechterung der Betreuung bzw. Versorgung von alten, kranken und behinderten Menschen durch weiteren Personalabbau bzw. Verringerung der finanziellen Mittel für ihre Versorgung.

Insbesondere die Situation in Senioren- und Pflegeheimen wird zunehmend als personell und finanziell bedrohlich empfunden. Befürchtet wird der weitere Abbau bestehender Standards (»Aufbewahrung anstatt Betreuung«), die weitere Einschränkung von Möglichkeiten zur eigenständigen Entscheidung, die Zunahme von Gewalt gegen die pflegebedürftigen Menschen und erhöhte individuell zu erbringende Kosten für Betreuung.

Gründe für diese Ängste sind in langjährigen Fehlsteuerungen der Entwicklung des Gesundheitswesens zu sehen wie auch in der mangelnden Durchschaubarkeit des Einflusses der verschiedenen Akteure (Gesetzgeber, Pharma-Industrie, Standesvertretungen, Krankenkassen etc.) auf dieses Politikfeld. Die Unkenntnis über hier existierende Verflechtungen und den Lobbyismus wird durch fehlende Demokratie in diesem lebensweltlich wichtigen Bereich weiter verstärkt und führt u.a. zu einer Mythenbildung über Ursachen und Auswirkungen zu erwartender Entwicklungstendenzen.

Daher ist es notwendig, hier zunächst auf eine Reihe solcher Mythen und Fehlinterpretationen einzugehen. Nicht nur deshalb, weil diese das öffentliche Meinungsbild entscheidend mit prägen, sondern vor allem weil sie die Ursachen für bestimmte Entwicklungsprozesse und damit reale Möglichkeiten einer alternativen Entwicklung verschleiern.

### *Funktionen von Mythen:*

- Ablenkung vom Problem
- scheinbare Verringerung des Problems
- Projektionen der Ursachen auf das Opfer
- Verdrängung der tatsächlichen Ursachen
- Delegation der Handlungsnotwendigkeiten auf andere

So soll zum Beispiel die seit Jahren die öffentliche Meinung manipulierende Legende von der Kostenexplosion im deutschen Gesundheitswesen von der massiven Schrumpfung der Finanzbasis der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Massenarbeitslosigkeit, von einer sinkenden Lohnquote sowie vom permanenten Rückzug der Unternehmen aus der Finanzierung der sozialen Sicherung ablenken.<sup>1</sup>

## Einige Mythen zur Gesundheitspolitik

Erwartungen an bzw. Einschätzungen zur Gesundheitspolitik sind u.a. durch folgende Mythen entscheidend geprägt:

erstens durch den *Mythos von der Kostenexplosion* im Gesundheitswesen;

zweitens durch den *Mythos vom Wettbewerb* (»Die Einführung bzw. der Ausbau des Wettbewerbs im Gesundheitssektor führe zu einer Kostensenkung.«);

drittens durch den *Mythos von der Selbstverantwortung der Patienten* (»Mehr Selbstverantwortung seitens der Bürgerinnen und Bürger für ihre Gesundheit führe zu Kostensenkungen im System.«).

Darüber hinaus existiert eine Reihe weiterer, von den genannten abgeleitete Mythen. Dazu gehören der Mythos vom »teuren alten Patienten« sowie die Vorstellung, Krankheit sei prinzipiell heilbar, »wenn ich den richtigen Arzt finde und dieser das richtige Medikament bzw. die richtige Therapie verordnet«. Die moderne Variante: Wenn die Genforschung endlich das »richtige« Gen für eine konkrete Krankheit entdeckt hat und dieses »umgeschaltet« wird, kann diese Krankheit ausgerottet werden. Zu nennen sind hierbei auch die Annahme, Bonussysteme würden das Gesundheitsverhalten fördern sowie der in der Bevölkerung verankerte Mythos von generell hohen Gehältern der Ärzte.

### *Mythos: Kostenexplosion*

Ein weit verbreiteter Mythos ist der *Mythos vom »explosionsartigen« Anstieg der Kosten* für die medizinische Versorgung der Bevölkerung. In seriöser medizinisch-ökonomischer Literatur wird heute jedoch bereits nicht mehr von »Kostenexplosion« als Ursache der Finanzprobleme im Gesundheitswesen gesprochen.<sup>2</sup> Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß das Gesundheitswesen ein Wachstumsbereich ist. Dies ist weder das Ergebnis von »Fehlentwicklungen« oder »Fehlsteuerun-

gen«, wie häufig versucht wird zu suggerieren, noch sind die Gesundheitsausgaben und ihr Anstieg in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern überdurchschnittlich hoch.

Die folgende Tabelle zeigt die *Gesundheitsleistungen ausgewählter europäischer Länder in Millionen Ecu und den jeweiligen Anteil am Bruttoinlandsprodukt dieser Länder in Prozent*.

	1980	%	1990	%	1998	%
Belgien	5729	6,5	10209	6,6	14182	6,3
Dänemark	3573	7,2	5895	5,6	8736	5,6
Deutschland	49003	8,4	91827	7,8	152692	7,9
Frankreich	37485	7,8	73012	7,8	109363	8,5
Finnland	2079	5,5	7440	6,9	6900	6,0
Großbritannien			41415	5,3	82612	6,6
Italien	16046	5	51368	6	60594	5,7
Niederlande	11334	9,2	19452	8,7	26846	7,6
Norwegen			6817	7,5	11619	8,9
Österreich	4117	7,3	8462	6,7	13652	7,2
Schweiz	9025	5,3	14187	6,6		

Quelle: Europäische Sozialstatistik Sozialschutz. Ausgaben und Einnahmen 1980-1998. Luxemburg, Europäische Kommission.

Eigentlicher Kern dieses Mythos vom »explosionsartigem Kostenwachstum« im Gesundheitswesen sind andere Prozesse. Im Wesentlichen handelt es sich dabei:

*Erstens*, um die Leistungsausweitung

a) durch den wissenschaftlich-technischen Fortschritt in der Medizin und

b) demographische Entwicklungen.

*Zweitens* ist hier die Preispolitik des medizinisch-industriellen Komplexes (z.B. Pharmaindustrie) zu nennen.

*Drittens* spielen die genannten Effizienzdefizite im Gesamtgefüge des Gesundheitssektors eine wesentliche Rolle.

Die unter a) genannte Leistungsausweitung (Anwendung neuer medizin-technischer Entwicklungen zur verbesserten Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation) ist eine der originären Zielrichtungen eines humanen Gesundheitswesens und steht damit von ihrer Grundtendenz her nicht zur Disposition. Überdacht und anders geregelt werden muss jedoch durchaus die Strukturierung dieser Angebot im Rahmen des Gesamtsystems (einige Stichworte: Spezialkliniken, gemeinsame Nutzung durch Vernetzung, Großgeräteplanung).

Die Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen setzen sich seit Jahren mit Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit in diesem Politikbereich auseinander. Schwerpunktmäßig beschäftigte sich der zuletzt vorgelegte Bericht mit der Über-, Unter- und Fehlversorgung bei den sog. großen Volkskrankheiten. Systematische Fehlsteuerungen in einer diesbezüglichen Gesundheitsversorgung sind wesentliche Ursachen für die Effizienzdefizite, die

<sup>1</sup> Ausführliches statistisches Material mit entsprechender Auswertung findet sich auf der Homepage von Attac – Arbeitsgemeinschaft soziale Sicherungssysteme: <http://www.attac-netzwerk.de/sozsuch/html>

<sup>2</sup> Eine ausführliche Auseinandersetzung mit diesem und ähnlichen Mythen, auf die hier lediglich verwiesen werden soll, findet sich in: Braun, B.; Kühn, H.; Reiners, H.: Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer der Gesundheitspolitik. Frankfurt a.M. 1998.

Finanzierungsprobleme und dafür, dass Deutschland in vielen Parametern für die Bevölkerungsgesundheit im europäischen und internationalem Vergleich zurück bleibt. Als Fazit und künftige Orientierung des Gutachtens heißt es daher: »Ein nachhaltiger Abbau von Über- und damit verbundener Fehlversorgung ... erfordert eine längerfristige Umsteuerung des Systems durch eine mehrschrittige, aber ziel- und gestaltungsorientierte und in ihren Zielen *beständig angelegte* Gesundheitspolitik. Sie verlangt eine *grundlegende Veränderung von Strukturen und Anreizen*, von Wissen und Werten. Sie verlangt veränderte Verantwortlichkeiten und Arbeitsstile der professionellen Akteure wie ihrer Institutionen. Strukturen und Grenzen innerhalb des Systems müssen sich an den Patienten, ihren Bedarfen und Bedürfnissen orientieren und nicht umgekehrt« (Unterrichtung durch die Bundesregierung, S. 14 – Hervorhebung d. Vf.).

Bezüglich des o.g. demographischen Arguments ist festzuhalten, dass die prognostizierte Alterung der Bevölkerung eher die Pflegeversicherung als die Krankenversicherung beeinflusst. Deren künftig zu finanzierendes Leistungsspektrum ist vor allem unter sozialen Aspekten zu sehen und zu entscheiden (Wohlfahrt für alle als Grundpfeiler einer humanen Gesellschaft), denn als medizinische Sachleistung.

Außerdem gilt: Entscheidend für zu treffende Maßnahmen und deren Kosten ist nicht das durchschnittliche Alter der Bevölkerung, sondern der durchschnittliche Gesundheitszustand.

#### *Mythos: Wettbewerb als kostensenkendes Instrument*

Diskussionen um die Notwendigkeit der Einführung des Wettbewerbs wurden vor allem seit den 90er Jahren verstärkt in die generellen Debatten um die Anwendung und Durchsetzung marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen im Gesundheits- und Sozialwesen einbezogen. Deren Einführung bzw. breite(ere) Anwendung wird als eines der wichtigsten, teilweise sogar als das entscheidende, Instrument zur Stabilisierung der Ausgabenentwicklung in der Krankenversicherung angesehen. Bereits hier zeigt sich jedoch eine der Einseitigkeiten bzw. die entscheidende Verzerrung bei der Anwendung des Instruments »Wettbewerb«.

*Vom ursprünglichen Wortsinn* her bedeutet dieser nämlich keineswegs die Einschränkung auf Kostenreduktion (oder Expansion des jeweiligen Anbieters zu Lasten der Mitbewerber), sondern: *an der Lösung einer Aufgabenstellung mit dem Ziel der Erreichung der besten Leistung bzw. des größten Erfolges<sup>3</sup> teilzunehmen*. Auf das Gesundheitswesen angewandt würde dies bedeuten, vor allem die Qualität gesundheitlicher Leistungen ständig zu verbessern und solche Güter zu produzieren (Ange-

bote bereitzuhalten), die den Bedürfnissen der Konsumenten entsprechen. Das Wettbewerbsziel »Qualität(ssicherung) medizinischer Leistungen« ist bisher jedoch kaum in den Formulierungen der Anbieter zu finden, noch sind handhabbare Kriterien entwickelt worden, wie der Wettbewerb in diese Richtung von Seiten der Gesundheitspolitiker stimuliert werden könnte. Ein erster Schritt in diese Richtung sollte die Schaffung einer demokratisch legitimierten unabhängigen Institution zur Entwicklung der entsprechenden Leitlinien und Standards, Erprobung und Anwendung von entsprechenden Instrumenten, einschließlich der Organisation einer permanenten Evaluierung und Anpassung, sein.

Experten verweisen nicht nur auf Gefahren dieser derzeit praktizierten, einseitigen Wettbewerbsorientierung, sondern sie *stellen die Möglichkeit der Steuerung des Gesundheitswesens durch Marktmechanismen generell in Frage*. Exemplarisch für diese Argumentationsstränge sei hier U. Deppe zitiert, da dessen Position eine Zusammenfassung der entsprechenden Argumente darstellt:

– »Wettbewerb und Effizienz als handlungsleitende Anreize im Gesundheitswesen konzentrieren sich stets auf einzelwirtschaftliche bzw. betriebliche Aspekte und vernachlässigen volkswirtschaftliche Versorgungsnotwendigkeiten. Was einzelwirtschaftlich effizient ist, muss keineswegs auch volkswirtschaftlich effizient sein. Und was ökonomisch rational ist, muss keineswegs für die medizinische Versorgung auch sinnvoll sein.

– Durch die Dominanz des Eigennutzes, den Kern neoliberaler Konzepte, wird soziales Verhalten im Sinne von Solidarität gegen das Risiko Krankheit verdrängt...

– Der erwünschte Patient des Marktes ist immer der zahlungsfähigste Patient mit dem geringsten Krankheitsrisiko und nicht derjenige, der am dringendsten medizinischer Hilfe bedarf. Bei Ausweitung des Marktes hinsichtlich der finanziellen Absicherung gegen das Risiko Krankheit wird es zu einer benachteiligenden Selektion vor allem chronisch Kranker, psychiatrischer Patienten sowie der Alten aus den unteren Sozialschichten kommen.

– Mehr Wettbewerb wird die Qualität der medizinischen Versorgung verändern – und zwar in der folgenden Richtung: Technische Leistungen werden noch stärker kommunikative Leistungen verdrängen, teure diagnostische Eingriffe ohne therapeutische Konsequenzen werden zunehmen und Prävention/Gesundheitsförderung wird es noch schwerer haben, sich gegenüber dem kurativen Medizinbetrieb durchzusetzen«<sup>4</sup>.

Weiterhin wird die *Absage an ein marktwirtschaftliches Modell der Gesundheitsversorgung* zum einen mit der Natur von Gesundheit, zum anderen mit der Natur des Verhältnisses zwischen Patienten und professionellen

3 vgl. Brockhaus-Enzyklopädie, Band 24, Mannheim 1994, S. 115 ff.

4 Deppe, H.U.: Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen. Frankfurt a.M. 1996, S. 148/149.

Gesundheitshelfern begründet. Kern der diesbezüglichen Argumentation ist die Feststellung, dass Gesundheit von Personen kein handelbares Produkt ist. Sie kann auf Grund folgender Besonderheiten prinzipiell keinen Warencharakter annehmen:

- »Bei Gesundheit handelt es sich um ein lebensnotwendiges, nicht käufliches Gut. Es ist ein kollektives Gut ..., ähnlich wie Luft, Wasser oder Bildung.
- Auf Krankheit kann nicht wie auf andere Konsumgüter »verzichtet« werden.
- Der Patient weiß in der Regel nicht, wann und warum er krank werde, an welcher Krankheit er wann leiden wird. Und er hat auch nicht die Möglichkeit, Art, Zeitpunkt und Umfang der in Anspruch zu nehmenden Leistungen selbst zu bestimmen. Krankheit ist ein vom Individuum kaum steuerbares Ereignis, sondern ein allgemeines Lebensrisiko. Die »Konsumentensouveränität« ist im Gesundheitswesen deutlich eingeschränkt.
- Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist keine gewöhnliche Produzenten-Konsumenten-Beziehung. Es gibt kein Gleichgewicht von Anbietern und Nachfragen, sondern der nachfragende Patient wird mit dem »Monopol« ärztlichen Wissens konfrontiert. Es besteht also »Anbieterdominanz«.
- Die Nachfrage des Patienten als Konsument erfolgt zunächst unspezifisch und wird erst durch die Kompetenz eines medizinischen Experten spezifiziert und definiert. Dieser wiederum hat aufgrund der begrenzten Wissenschaftlichkeit der praktischen Medizin einen großen Ermessensspielraum in seinem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen.
- Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ist darüber hinaus nicht preiselastisch, d.h. sie mit sinkenden Preisen steigt bzw. mit steigenden Preisen sinkt.
- Der Patient ist in der Regel nicht in der Lage, die ärztliche Tätigkeit fachkundig beurteilen oder kontrollieren zu können. Er ist in seiner Urteilsfähigkeit stark eingeschränkt, da ein erhebliches Informations- und Kompetenzgefälle zwischen ihm und dem Arzt besteht. Entscheidungen von Patienten sind deshalb von Defiziten und Unsicherheiten geprägt. Darüber hinaus befindet sich der Patient insbesondere bei ernsthafteren Erkrankungen in einem emotionalen Zustand, der rationale Entscheidungen reduziert. Auch ist umgekehrt der rationale Zugang zum Patienten nicht immer gewährleistet.
- Patienten befinden sich daher durch ihr Kranksein in einer Position der Schwäche und Abhängigkeit«.

#### *Mythos: Selbstverantwortung des Patienten*

Selbstverantwortung stellt eine der zentralen Kategorien in gesundheitspolitischen Diskussionen dar. Dieser Begriff hat in seiner dialektischen Beziehung von gesellschaftlicher und individueller Verantwortung einen bedeutsamen Inhalt: *Gesundheitsförderndes oder*

*-schädigendes Verhalten ist moralisch bewertbar* (und damit entsprechend sanktionierbar). Wenn es in den praktischen Möglichkeiten und in der Entscheidung des Einzelnen liegt, sich ein gesundheitsförderndes Verhalten anzuerziehen und einen entsprechenden Lebensstil zu praktizieren, wird er damit seiner Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und sich selbst gerecht.

Von diesem Ausgangspunkt her sind seit Jahren (spätestens sei den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts) unterschiedliche Ansätze zur Stimulierung einer gesundheitsfördernden Lebensweise entwickelt worden. Neben den in neuerer Zeit vorrangig entwickelten diversen Bonusmodellen waren es in der Vergangenheit vor allem Varianten der finanziellen Selbstbeteiligung an den Kosten medizinischer Leistungen, die über individuelle Verhaltensänderungen zur Leistungs- (und damit Kosten) ersparnis führen sollten. Häufig wurde und wird noch immer (!) der im engen Zusammenhang mit Selbstverantwortung stehende Begriff der Selbstbeteiligung nur eingeschränkt als finanzielle Selbstbeteiligung der Versicherten interpretiert. Diese Argumentationslinie wird durch ein entsprechendes »Freiheit«verständnis untermauert: Es wird unterstellt, der »mündige Bürger« habe die »freie Wahl« zwischen gesundheitsfördernden und -schädigenden Verhaltensweisen. Da hier nicht der Raum für Argumentationen über diverse Freiheitskonzeptionen und ihre Konsequenzen ist, sei zumindest auf folgende Zusammenhänge zwischen »Freiheit«, Lebensweise und Gesundheit in Form von Fragen verwiesen:

- Welche freie Wahl hat ein Obdachloser hinsichtlich gesundheitsfördernder Ernährungs- und Schlafgewohnheiten?
- Welche freie Wahl hat eine Arbeiterin am Fließband oder im Schichtsystem hinsichtlich des gesundheitsförderlichen Wechsels zwischen Anspannung und Ruhe oder unterschiedlichen körperlichen Belastungen?
- Welche freie Wahl hat der Angestellte angesichts wöchentlich »erwarteter« Überstunden in bezug auf gesundheitsförderlichen Ausgleich, Sport und Entspannung?
- Welche freie Wahl hat ein Kind, dessen Eltern Sozialhilfe empfangen, hinsichtlich seines Lebensstils?
- Welche freie Wahl haben Anwohner von Durchgangsstraßen bei der Ausschaltung von Lärmbelästigung?
- Welche freie Wahl haben Kundinnen im Supermarkt angesichts genmanipulierter und mit Abkürzungen etikettierter Produkte?
- Welche freie Wahl hat die Landbevölkerung bei fehlenden Angeboten vor Ort und eingeschränktem öffentlichen Nahverkehr hinsichtlich kontinuierlicher Wahrnehmung präventiver Untersuchungen und prophylaktischer Maßnahmen?

Die Reihe der Fragen und der dadurch veranschaulichten Zusammenhänge zwischen Lebenswelt und Gesundheit ließe sich fortsetzen. Sie verdeutlichen den zu

Beginn erläuterten salutogenetischen Ansatz einer künftigen Gesundheitspolitik sowie die Grenzen von Selbstverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit und distanzieren sich damit von finanziellen Haftbarkeitsmodellen für gesundheitliche Leistungen.

Internationale Erfahrungen führten wiederholt zu dem Nachweis, dass sich diese Maßnahme als Instrument der Kostendämpfung nicht bewährt. Deshalb kann hier auf eine explizite betriebswirtschaftliche Auseinandersetzung mit dem Konzept der finanziellen Selbstbeteiligung von Bürgerinnen und Bürger verzichtet werden.

Unabhängig von jeglicher finanzökonomischer Argumentation ist dieses Instrument *auch deshalb abzulehnen, weil es sich insbesondere auf Bezieher niedriger Einkommen negativ auswirkt* (dem Solidarprinzip entgegengesetzt ist). In Deutschland derzeit existierende Formen der finanziellen Eigenbeteiligung sind daher nicht nur auf dem bestehenden Niveau einzufrieren, sondern sukzessive zurückzufahren.

## Eckpunkte einer alternativen Gesundheitspolitik

### *Demokratische Teilhabe*

Dem eingangs beschriebenen lebensweltlichen Ansatz und der daraus hervorgehenden salutogenetischen Orientierung entsprechend, ist vor allem die wirkliche demokratische Teilhabe der Bevölkerung an künftigen Entwicklungen zu ermöglichen und dauerhaft sicherzustellen. Dies kann über die Einrichtung regionaler und zentraler Runder Tische oder ähnlicher Gremien und Initiativen geschehen. Entscheidend ist die Einbeziehung aller Akteure und nicht nur einzelner Experten oder Organisationen. Ein Ansatz in diese Richtung wurde im Sommer 2000 anlässlich des Berliner Gesundheitstages mit der Etablierung eines Gesundheitsparlaments unternommen. Dessen »Charta für ein soziales Gesundheitssystem« formuliert folgende Zielstellungen:

#### *Ziel 1:*

Gesundheitsförderung soll in Deutschland zu einem vorrangigen Anliegen in allen gesundheitsrelevanten Bereichen des Alltagslebens der Menschen werden. Ziel ist die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebenskultur, die in sozialer und ökologischer Hinsicht die nachhaltigen Lebensinteressen der Menschen stützt und das Bemühen um eine gesündere Lebensweise auch im öffentlichen Handeln zur leichteren Entscheidung macht.

#### *Ziel 2:*

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stär-

kung ihrer Gesundheit zu befähigen« (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO). Ausgangspunkt ist dabei das Konzept der Salutogenese, d.h. die Suche nach fördernden Rahmenbedingungen für ein gelingendes Leben in Selbstbestimmung. Die Stärkung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen richtet sich entsprechend auf familiäre, wohnliche, nachbarschaftliche, betriebliche und lokale Lebenszusammenhänge und ist vor allem dort um einen Ausgleich ungleicher Lebenschancen bemüht, wo eklatante Defizite die selbstbestimmte Sorge für ein gelingendes Leben beeinträchtigen.

#### *Ziel 3:*

In entwickelten Industriegesellschaften, in denen nicht mehr Hunger und quantitative materielle Existenznöte großer Bevölkerungsgruppen im Mittelpunkt öffentlicher Sorge stehen, gewinnt das Interesse an einer nachhaltigen, salutogenetischen und sinnstiftenden Lebensweise an Bedeutung. Die aktive Bemühung um gesundheitsfördernde Lebensbedingungen kann alle Menschen einbeziehen und ist kein Privileg von ExpertInnen oder einzelnen Berufen.<sup>5</sup>

Die skizzierten Bausteine der Salutiv sind nicht neu. Sie greifen Initiativen und Projekte auf, die sich in den letzten 20 Jahren in der Entwicklung der Gesundheitsförderung in Europa im Rahmen der Leitprogramme der WHO bewährt haben. Neu wäre für Deutschland, dass sie zu einem öffentlichen Gemeinschaftsprogramm in der skizzierten Form verbunden und von den politisch Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden aktiv unterstützt werden.

Die Orientierung auf konsequente demokratische Teilhabe aller in Deutschland lebenden Bürgerinnen und Bürger setzt als ersten Schritt die Sicherung der Durchschaubarkeit bestehender Strukturen, Finanzen und derzeitigen rechtlichen Möglichkeiten der bereits agierenden Institutionen und Gremien sowie die permanente Stärkung der Patientenrechte voraus. Sie beinhaltet das Nachdenken über Neuorganisation oder Abschaffung von diversen Standesvertretungen ebenso wie grundsätzlich notwendige Überlegungen zur handhabbaren Einbindung bzw. Vernetzung bestehender Initiativen.

#### *Verschränkung mit gesamtgesellschaftlicher Entwicklung*

Die zunehmende Verschränkung der Entwicklung des Gesundheitssystems mit der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung erfordert auch die Zunahme der Einbettung gesundheitspolitischer Aufgaben in die allgemeine wohlfahrtsstättliche Entwicklung. Gesundheitspolitik wird an Eigenständigkeit verlieren und zugleich als Bestandteil der Sozialpolitik an Bedeutung gewinnen.

<sup>5</sup> Vgl. Salutiv. Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag 2000, Berlin 2000.

Mittel- und langfristig muss eine entsprechende Gesetzgebung nicht nur einen Rückzug von Bund, Ländern und Gemeinden aus ihrer finanziellen Verantwortung verhindern, sondern diese befähigen, gesundheitliche Leistungen (im Sinne von Sozialleistungen) zu höheren Anteilen als gegenwärtig aus Steuermitteln mitzufinanzieren. Eine solche Entwicklungsrichtung beinhaltet gleichzeitig den weiteren personellen Ausbau dieses Berufsfeldes auf dem 1. Arbeitsmarkt, die Überarbeitung der derzeitigen Ausbildungs- und Qualifizierungsrichtlinien sowie Einsatzkonzepte – weder »green cards« für Pflegekräfte, noch unbezahlte Bereitschaftsstunden, unentgeltliche Berufsjahre von Ärzten im Praktikum oder Orientierungen auf freiberufliche Angebote stellen zukunftsfähige Modelle des hier angedachten Gesundheitswesens dar.

#### *Erhalt eines solidarischen Systems der Finanzierung*

Kern der Finanzierungsprobleme des deutschen Gesundheitswesens ist nicht die Ausgabenproblematik, sondern die Einnahmenseite. Insofern haben künftige Reformen (auch hier unterscheidet sich der vorliegende Entwurf generell von Vorstellungen der Regierungsparteien und beinhaltet insofern einen dritten Systembruch) sich vor allem hierauf zu beziehen und nicht in erster Linie weitere Ausgabenbeschränkungen, Budgetierungen u.ä. zu entwickeln. Im Gegenteil sind in einem ersten Schritt Maßnahmen der letzten Jahre, die das Solidarprinzip ausgehöhlt haben, zurückzunehmen. Dies gilt insbesondere für Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Wie internationale Vergleiche ausgewählter OECD-Länder gezeigt haben, wird durch solche Steuerungsmechanismen ohnehin keine Verhaltensänderung der Leistungsberechtigten erreicht. Es erfolgt lediglich eine Kostenumverlagerung (Scheil-Adlung, 1998).

Von der Grundtendenz her geht es in dem hier vorgelegten Entwurf eines künftigen Gesundheitssystems um den Erhalt bzw. um die umfassende Wiederherstellung des bestehenden solidarischen Systems der Finanzierung. Momentan ist dies durch Weichenstellungen der letzten Jahre bereits mindestens an vier Stellen ausgehöhlt:

1. zwischen Unternehmern und Beschäftigten, da beide inzwischen nicht mehr paritätische Anteile zur Finanzierung beitragen (durch einseitige Versichertenanteile bei Zuzahlungen usw.)
2. zwischen »armen« und »reichen« Kassen durch den Wettbewerb, da sie ökonomisch miteinander konkurrieren müssen
3. zwischen den Versicherten in einer Kasse durch die Möglichkeit der Beitragsrückerstattung
4. zwischen Gesunden und Kranken durch das Sachleistungsprinzip.

Diese Entwicklungen sollen in dem hier entwickelten System einer alternativen Politik schrittweise zurückge-

führt werden. Nur so ist die Solidarität zwischen Menschen unterschiedlicher Leistungsfähigkeit herzustellen. Deshalb sind nicht nur Neugründungen von Krankenkassen, Ausgliederungen einzelner Kassen und örtliche Sonderregelungen zu beschränken: das Krankenkassensystem ist weiter zu vereinheitlichen und die Anzahl der bestehenden Kassen ist schrittweise zu reduzieren.

Außerdem sind die derzeitigen Privatisierungstendenzen bei Versicherungen, Kassen, Krankenhäusern, Ärzten und anderen Anbietern einzelner Leistungen nicht nur zu unterbinden, sondern vor allem die Rückführung bereits erfolgter Privatisierungen in gesetzliche bzw. öffentliche Einrichtungen zu organisieren.

#### *Verbesserung der Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenkassen*

Parallel dazu ist die Einnahmesituation der Krankenkassen durch folgende Veränderungen zu verbessern:

1. Abkopplung der Beitragssätze von der Lohnsummenbezogenheit, stattdessen Wertschöpfungsabgabe
2. Versicherungspflicht jeder Erwerbstunde
3. Einbeziehung weiterer Gruppen in die GKV (Selbstständige, Rentner, Politiker; Aufhebung der Mitversicherung von Ehegatten, wenn diese über eigenes Einkommen verfügen)
4. Ausgleichszahlungen bei erfolgten Kürzungen von Einnahmen durch Arbeitslosigkeit, Rentenkürzungen, Nichtanpassung von Netto-Löhnen.
5. Herauslösung von krankenversicherungsfremden Leistungen aus dem Budget der Krankenkassen bzw. zusätzliche staatliche Mittelvergabe an die Kassen zur Finanzierung dieser Leistungen.

#### *Staatliche Regulierung der Gesundheitsindustrie*

Ein wesentlicher Schritt muss die Brechung des Diktats der Pharma-Industrie sein. Dies betrifft sowohl die Preisgestaltung (hier könnten ähnliche gesetzgeberische Vorgaben wie in Frankreich erlassen werden), als auch die Festlegung und Realisierung von öffentlich zu finanzierenden Forschungszielen. Ähnliches gilt für den Bereich der medizinischen Großgerätetechnik.

Dazu gehören die Festlegung und Einführung einer Positivliste für zugelassene Arzneimittel in Deutschland sowie die Rücknahme der »autitem«-Regelung. Diese untergräbt die Wahrnehmung der Verantwortung (bzw. genauer Haftung) des Arztes für die verordnete Therapie. Sie schränkt die Würde des Patienten (die Apotheke ist kein Ort für dem Krankheitsverlauf entsprechende intime, vertrauensvolle Gespräche) und seine aktive Teilhabe am Behandlungsprozess ein. Und sie ist vor allen Dingen kein Garant für eine dem wissenschaftlichem Standard entsprechende Versorgungsleistung.

N.B. ist diese Regelung ein klassisches Beispiel für die im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen bestehen-

den »Verschiebebahnhöfe«: Im gegenwärtigen System sind sowohl der Arzt als auch der Apotheker einzelwirtschaftlich agierende Unternehmer. Betriebswirtschaftlich widerspricht es jeglicher Logik, dass nun gerade der Apotheker zugunsten Dritter kostenneutral bzw. kostengünstig beraten und entscheiden soll.

#### *Qualitätsverbesserung durch Vernetzung*

Effizienzsteigerung in der Arbeit der verschiedenen Struktureinheiten des Gesundheitswesens und eine Orientierung an den gegenwärtigen und künftigen Betreuungs- und Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung ist nicht durch die Beibehaltung oder gar durch den Ausbau marktwirtschaftlicher Elemente zu erreichen, sondern vor allem durch die konsequente Schaffung integrierter Versorgungsformen und ihnen angepasster neuer Abrechnungs- und Honorierungsmodelle. Die gesetzlich auf den Weg zu bringende Integration muss folgende zwei Schwerpunkte haben:

1. Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs als durchgängiges Prinzip. Dies beinhaltet dann sowohl die Erweiterung des Katalogs ambulanter Leistungen wie auch die Entwicklung der Krankenhäuser zu öffentlichen Gesundheitszentren<sup>6</sup>, wobei deren duale Finanzierung beizubehalten ist.

2. Förderung von Praxisnetzen im weitesten Sinne (bis hin zur Beteiligung am »Gesunde Städte Netzwerk« bzw. Einbindung in die Ziele der Agenda 21). Die Vernetzung ist sowohl hinsichtlich verschiedenster Fachärzte untereinander als auch deren Verzahnung mit anderen Heilberuflern bzw. sozialen Betreuungsangeboten zu befördern. Sie ist außerdem als Chance zu nutzen, bestehende »Verschiebebahnhöfe« in der Erbringung und Finanzierung medizinischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsleistungen zugunsten der Betroffenen aufzulösen.

3. Veränderung des gegenwärtigen Abrechnungssystems (vor allem Rücknahme des Einzelleistungsabrechnungssystems) bis hin zur Entwicklung von neuen Anstellungs- und Honorierungsmodellen für Ärzte und alle übrigen Anbieter medizinischer Leistungen. Damit im Einklang sind regionale Gesundheitsziele zu erarbeiten sowie die Aufgabenbestimmung der einzelnen Bereiche des Gesundheitswesens zu überarbeiten. Dies schließt Geschlechterangemessenheit aller Angebote und die Berücksichtigung der spezifischen Bedarfe und Wertvorstellungen von Migrantinnen und Migranten ein. Weiterhin ist der öffentliche Gesundheitsdienst als Ort der Primärprävention zu stärken und gesetzliche Voraussetzungen sowie entsprechende Finanzmittel für die notwendige Zusammenarbeit zwischen Landesebene und Kommunen zu schaffen.

<sup>6</sup> Diese Idee beinhaltet auch die Verkleinerung und gemeindenahe Neuorganisation bestehender Krankenhäuser als regionale soziale Einrichtungen.

#### *Globalisierung*

Eine zukunftsfähige solidarische Gesundheitspolitik kann nicht nur aus dem Blickwinkel von Deutschland entwickelt werden. Die weiter fortschreitende europäische Integration auf immer mehr wirtschaftlichen und sozialen Ebenen und mit einer zunehmenden Länderzahl ist dabei ebenso zu berücksichtigen, wie internationale epidemiologische Tendenzen.

Die Einbeziehung solcher internationalen Tendenzen in die künftige Planung und Vernetzung gesundheitspolitischer Entwicklungen in Deutschland ist jedoch nicht in erster Linie ein sachlich-gegenständliches Gebot, sondern vor allem ein grundlegender Ansatz einer solidarisch orientierten neuen Weltordnung.

Auch hier gilt es, die vor allem durch die entwickelten Industriestaaten auf die Länder der 3. Welt übertragenen Tendenzen der Privatisierung des Gesundheitsbereichs zurückzunehmen und staatliche Gesundheits- und Sozialleistungssysteme zu stärken bzw. wieder aufzubauen. Weiterhin ist die Politik des »brain drain« zu stoppen sowie die »Benutzung« der Bevölkerung dieser Länder als billige Versuchspersonen für die Pharmaindustrie.

#### **Literatur**

- Attac (Hrsg.): Die Kostenexplosion und woran sie gemessen wird, <http://www.attac-netzwerk.de>.
- Badura B. / Hart D. / Schellschmidt H.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1999.
- Bürgerbeteiligungen im Gesundheitswesen. Eine länderübergreifende Herausforderung. Hrsg. BZgA, Köln, 2000.
- Brandenburg A. / Nowak M. / Winkler K.: Gesundheit und Bürgerbeteiligung - Leitideen und Praxis in Herne, in: Gesundheitswesen 54 (1992): S. 271-276.
- Braun B.: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen - Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln? GEK Edition Bremen Schwäbisch Gmünd, 2000.
- Deppe H.U.: Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen, Frankfurt/Main, 1996.
- Görres St. / Hoffmann W. / Terschüren C. (Hrsg.): Entwicklung des Gesundheitssystems bis zum Jahr 2020. Trends und Einflussfaktoren - Expertenpapier im Auftrag der Robert Bosch Stiftung, Bremen, 2000.
- Heiß G. (Hrsg.): Wie krank ist unser Gesundheitswesen? Das Gesundheitswesen in Deutschland und Europa an der Schwelle zum 21. Jahrhundert, Merz Verlag Mainz, 2000.
- Jeniche R.: Gesundheitszentren als kooperative Form ambulanter Gesundheitsversorgung, in: Salutiv. Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag 2000, Mabuse Verlag Berlin, 2000.
- Kühn H.: Wettbewerb im Gesundheitswesen und sozial ungleiche Versorgungsrisiken Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik 47 (1998) 6.
- Niehoff J.U.: Gesundheitspolitik - Dilemmata eines Politikbereiches in: Anforderungen an künftige Gesundheitspolitik. Dokumentation der wissenschaftlichen Arbeitstagung (Berlin, den 18. Mai 1996) Veröffentlichungen 6 der Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft, Berlin 1996.
- Rosenbrock R.: Die Gesetzliche Krankenversicherung am Scheideweg, in: Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit. Jahrbuch für Kritische Medizin Band 23, Hamburg, 1994.
- Rosenbrock R.: Dritte Stufe der Gesundheitsreform - das Ende des Solidarprinzips? in: Wird Gesundheit zur Luxusware? Humanitas Verlag Dortmund, 1998.
- Schubert-Lehnhardt V.: Die Gesundheit - ein Produkt? Der Patient - ein Kunde? trafo Verlag Berlin, 2000.
- Schubert-Lehnhardt V.: Ausgewählte Aspekte des Transformationsprozesses im Gesundheitswesen der neuen Bundesländer. Wertgewinn und Wertverlust für die Betroffenen. trafo Verlag Berlin, 1998.
- Unterrichtung durch die Bundesregierung Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Deutscher Bundestag. Drucksache 14/6871.
- Wasem J.: Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. Eigenverlag Janssen-Cilag GmbH, 1999.
- Wismar M.: Gesundheitswesen im Übergang zum Postfordismus, VAP: Frankfurt a.M., 1996.
- Wulf A. Globalisierung und Gesundheit. Wenn aus Patienten Kunden werden, <http://www.attac-netzwerk.de>