

Krankes System

Mehr und mehr wird das Gesundheitswesen dieses Landes nach den Grundsätzen der Profitorientierung organisiert. Viele Errungenschaften vergangener Tage sind schon lange geschleift

Von Wolfgang Albers

Wolfgang Albers, Jahrgang 1950, arbeitete viele Jahre als Oberarzt in der Allgemein- und Gefäßchirurgie in Berlin, ist Mitglied des Betriebsrates von Vivantes, des Zusammenschlusses von neun öffentlichen Krankenhäusern Berlins, gehört seit 2006 dem Berliner Abgeordnetenhaus an und ist gesundheits- und wissenschaftspolitischer Sprecher der Fraktion der Partei Die Linke. Im August erscheint von ihm ein Buch, in dem er sich ausführlich mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesen kritisch auseinandersetzt.

Wolfgang Albers: Zur Kasse, bitte! Gesundheit als Geschäftsmodell. Verlag Das Neue Berlin, Berlin 2016, 224 Seiten, 14,99 Euro

Das deutsche Gesundheitssystem war eine der stabilsten Säulen des bundesrepublikanischen Sozialstaats. Es hatte die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung in der Vergangenheit für jeden jederzeit und stets auf hohem Niveau gewährleistet. Natürlich machte es immer schon einen Unterschied, ob man als Privat- oder als Kassenpatient behandelt wurde. Das drückte sich in unterschiedlichen Wartezeiten vor den Sprechzimmern aus oder darin, dass man beim Zahnarzt Amalgamfüllungen bekam statt Keramikkrone. Und natürlich existierten auch schon in der Vergangenheit Stationen mit komfortablen Einbettzimmern, die als Zusatzleistung gebucht werden konnten, meist zusammen mit einer »bevorzugten« Chefarztbehandlung. Aber der Zugang zu einer notwendig werdenden medizinischen Behandlung war in der alten Bundesrepublik offen und für jeden garantiert. Die Definition der medizinischen Versorgung als öffentliche

Aufgabe im Rahmen der sozialen Daseinsvorsorge unter staatlicher Hoheit blieb im Kern unangetastet.

Ein »Wachstumsmarkt«

Das verändert sich seit einiger Zeit erheblich. Auf der einen Seite ist das Gesundheitswesen zum Objekt ökonomischer Begierden geworden. Er gilt als krisensicherer und konjunkturunabhängiger Anlagemarkt, zu dem die Frankfurter Allgemeine Zeitung schon vor Jahren vorausschauend für das westdeutsche Kapital feststellte: »Das Gesundheitswesen ist einer der wenigen Wachstumsmärkte, die es überhaupt noch gibt.« (FAZ vom 21. Mai 2005)

Das Wortkonstrukt »Gesundheitsmarkt« beschreibt dabei exakt die gegenwärtige Wandlung von einem ehemals im wesentlichen konsumtiven Wohlfahrtssektor der sozialen Daseinsvorsorge zu einem zunehmend rein renditeorientierten Bereich »Gesundheitswirtschaft«. Mittlerweile leben ganze Industriezweige von der schlichten kaufmännischen Erkenntnis: Die Menschen sind bereit, für ihre Gesundheit zu zahlen. 314,9 Milliarden Euro wurden im Jahr 2013 für die Gesundheit in diesem Land ausgegeben. 57,5 Prozent davon kamen aus den Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), das waren 181,5 Milliarden Euro. Dazu kommen noch einmal etwa 5,5 Milliarden Euro, die die Versicherten jährlich für individuelle Leistungen aus eigener Tasche zahlen. Die Versicherten in Berlin brachten im Jahr 2014 Zuzahlungen allein für Arzneimittel in einer Gesamthöhe von 83,3 Millionen Euro auf. Auf diesen Arzneimitteln lastet weiterhin, anders als in unseren Nachbarländern, der volle Mehrwertsteuersatz von 19 Prozent. Würden Medikamente bei der Festsetzung des Mehrwertsteuersatzes behandelt wie Krabben oder Schnittblumen, für die nur sieben Prozent an Mehrwertsteuer zu zahlen sind, brächte das eine jährliche Entlastung von rund vier Milliarden Euro für die Kassen.

Den Hintergrund der sogenannten Reformpolitik im Gesundheitswesen hat der heutige Finanzminister Wolfgang

Schäuble bereits 1988 als Chef des Bundeskanzleramts deutlich gemacht: »Unsere Arbeitskosten sind zu hoch, wir belegen einen Spitzenplatz. (...) Wir tun das unsere, sie zu senken. Dazu dienen die Strukturreform unserer Krankenversicherung und die Reform der gesetzlichen Rentenversicherung.« Natürlich wird niemand offen die Abschaffung des Sozialstaats bundesrepublikanischer Prägung fordern. Dafür würde er keine politischen Mehrheiten bekommen. Gefordert wird vielmehr, die »Wettbewerbsfähigkeit« des Standorts Deutschland nicht zu gefährden, indem die Arbeitskosten steigen – etwa durch zu hohe Abgaben der Unternehmer für Sozialleistungen.

Ergebnis des Kampfes

Ein Blick auf die Geschichte der Entwicklung des bundesrepublikanischen Sozialstaatsmodells zeigt, dass dieses weder als fürsorglicher Gunst- noch als hoheitlicher Gnadenerweis dahergekommen ist. Der Sozialstaat BRD ist das Ergebnis sozialer und ökonomischer Auseinandersetzungen. Seine Errungenschaften sind keineswegs milde Gaben, die je nach Kassenlage zugestanden werden oder nicht. Vielmehr stellt er sich als gesellschaftlicher Kompromiss dar, der durch diese Kämpfe vermittelt ist und der in seiner Erscheinung und im Ergebnis im wesentlichen bestimmt wird durch das jeweilige gesellschaftliche Kräfteverhältnis, das ihm zugrunde liegt.

Es geht dabei immer um die Frage von gesellschaftlicher Macht und Gegenmacht. So ist der gesellschaftliche Kompromiss, der bei der Konstituierung der Bundesrepublik als Sozialstaat zugrunde lag, geprägt durch die sozialen Kämpfe der Nachkriegsära. Auf der einen Seite bestimmt vom Druck einer organisierten Arbeiterbewegung und starken Gewerkschaften, auf der anderen Seite von dem Interesse der Unternehmer an optimalen Verwertungsbedingungen für das eingesetzte Kapital in der Aufschwungphase des wirtschaftlichen Wiederaufbaus.

Er war aber auch von dem politischen Bestreben beeinflusst, die junge Bundesrepublik in der damaligen Systemkonkurrenz mit den Staaten im Osten, die sich einer kapitalistischen

Entwicklung verweigerten, zum »Schaufenster des Westens« zu machen und als »Wirtschaftswunderland« als das »bessere«, weil sozialere System erscheinen zu lassen.

Mit dem Wegbrechen dieser Systemalternative und dem Rückgang der Industriearbeit in großen Verbänden, den sozialen Veränderungen in der modernen digitalisierten Arbeitswelt mit ihrer Zersplitterung und der fortschreitenden Prekarisierung: »Job statt Beruf« – hat sich das gesellschaftliche Kräfteverhältnis verschoben. Der historische Kompromiss wird aufgekündigt.

Bismarcks Zuckerbrot

Die Anfänge des deutschen Sozialsystems reichen bis weit in das 19. Jahrhundert zurück. Sie sind eng verbunden mit dem Erstarken der organisierten Arbeiterbewegung. Die Industrialisierung des Landes hatte nicht nur in ihren Ballungsräumen zu einem massiven Anwachsen der sozialen Probleme geführt. Bereits in den 1820er Jahren hatten sich in der Arbeiterschaft erste Fabrik- und Sterbekassen als Instrumente dieser Selbsthilfe gegründet. Aus der 1849 entstandenen »Kranken- und Sterbekasse hiesiger Fabrikarbeiter« in Berlin zum Beispiel ging später die Ortskrankenkasse in der Hauptstadt hervor.

Der Zustrom in die schnell wachsenden Städte hatte die ohnehin problematischen Wohn- und Lebensverhältnisse weiter verschlechtert. In den Fabriken herrschten zum Teil unerträgliche Arbeitsbedingungen. Die stetige Verschärfung der sozialen Lage brachte den Organisationen der Arbeiterbewegung massenhaften Zulauf. Ihr politischer Einfluss wuchs trotz aller staatlicher Repressionsversuche und wurde für die bürgerlich-monarchistische Obrigkeit zu einer realen Gefahr. Angesichts der sich schließlich auch in den Wahlergebnissen widerspiegelnden Organisationskraft der Arbeiterbewegung erschien die steigende Attraktivität sozialdemokratischen Gedankenguts den Staatsorganen zunehmend »staatsgefährdend«.

Zwar verwiesen selbst dem Staatsapparat verbundene Wissenschaftler und Beamte in diesem Zusammenhang immer wieder mahnend auf die Notwendigkeit einer sozialpolitischen Gesetzgebung, um im Sinne einer integrativen Befriedungspolitik zumindest Teile der Arbeiterschaft an den Staat zu binden, aber erst das Ergebnis der Reichstagswahlen von 1877, bei denen die sozialdemokratischen Kandidaten 9,1 Prozent der Stimmen erhielten und die »Umsturzpartei« in der Reichshauptstadt die Stimmen von fast 40 Prozent der Wähler erhielt, beunruhigte den Reichskanzler Bismarck. Seine Reaktion ist bekannt geworden unter dem Stichwort »Zuckerbrot und Peitsche«. Als Peitsche brachte er 1878 die »Sozialistengesetze« ein, mit denen er glaubte, die »gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie« eindämmen zu können, indem ihre Schriften verboten und ihre Agitatoren verfolgt wurden. Ein von Anfang an untauglicher wie hilfloser Versuch, eine gesellschaftliche Entwicklung mit der Knute Justitias zu stoppen. Die Sozialistengesetze traten 1878 in Kraft.

Aber Bismarck selbst wies in der Debatte um die Sozialistengesetze auf die Notwendigkeit sozialer Zugeständnisse hin und kündigte eine Sozialgesetzgebung an, mit der auf offensichtliche Missstände im Sinne einer »staatserhaltenden« Politik reagiert und der Einfluss der Sozialdemokratie zurückgedrängt werden sollte.

1883 schließlich wurde die Krankenpflichtversicherung für alle abhängig Beschäftigten eingeführt, die mit einem Jahreseinkommen von bis zu 2.000 Reichsmark im Bergbau, in der Industrie, bei der Eisenbahn oder in der Binnendampfschifffahrt, im Handwerk oder im Gewerbe tätig waren. Die Kasse gewährte im Krankheitsfall für dreizehn Wochen die Arzt- und Arzneikosten sowie ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des damals üblichen Tagelöhnerlohns. Zudem zahlte sie eine Wochenhilfeunterstützung und ein Sterbegeld. Die Finanzierung erfolgte zu zwei Dritteln durch die Arbeiter und zu einem

Drittel durch die Unternehmer. 1884 folgte die Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung, und 1889 vervollständigte die Invaliditäts- und Altersversicherung das Reformpaket.

Diese Maßnahmen wurden keineswegs aus sozialer Verantwortung, sondern aus politisch-strategischem Kalkül wie Bismarck selbst am 26. November 1884 im Reichstag deutlich machte: »Wenn es keine Sozialdemokratie gäbe und wenn nicht eine Menge Leute sich vor ihr fürchteten, würden die mäßigen Fortschritte, die wir überhaupt in der Sozialreform bisher gemacht haben, auch noch nicht existieren.«

Nach der Aufhebung der Sozialistengesetze im Jahr 1890 wurden die Strukturen, die durch die Gesetzgebung geschaffen worden waren, zu einem wichtigen Betätigungsfeld des sozialpolitischen Engagements auch der Arbeiterbewegung und ihrer Funktionäre. Sie verstanden die Kassen selbstbewusst als Kontrollinstanz zur Durchsetzung der Interessen ihrer Versicherten und forderten entsprechende Qualitätsstandards für die medizinische Versorgung ihrer Mitglieder ein.

Unterschiede in Ost und West

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde auch das Ärzte- und Gesundheitssystem, das sich in den zurückliegenden Jahrzehnten in Deutschland entwickelt hatte, auf den Prüfstand gestellt.

In den beiden deutschen Staaten kam es bei dem Neuaufbau und der Organisation der Gesundheitssysteme zu einer grundsätzlich unterschiedlichen Entwicklung. In der Deutschen Demokratischen Republik bestimmten im wesentlichen die gesundheitspolitischen Vorstellungen der Arbeiterbewegung aus der Weimarer Republik den Aufbau eines staatlichen Gesundheitswesens, das die Krankenversorgung dem kommerziellen Interesse entzog. Alle Teilbereiche der Sozialversicherung wurden dort zu einer Einheitsversicherung zusammengefasst, staatliche Polikliniken und Ambulatorien gegründet, in denen festangestellte Ärzte arbeiteten, und parallel dazu ein umfassendes betriebliches Gesundheitswesen aufgebaut.

In der Bundesrepublik dagegen wurden auch im Gesundheitswesen die alten privatwirtschaftlichen Grundstrukturen restauriert. Die niedergelassenen Ärzte erhielten dazu ihre Selbstverwaltung mit den entsprechenden Organen zurück. Das 1955 verabschiedete Gesetz über das Kassenarztrecht sicherte ihnen als Körperschaft öffentlichen Rechts nicht nur diese Selbstverwaltung, sondern bescherte ihnen auch standespolitisch den Erfolg, alleiniger Vertragspartner der Krankenkassen für alle ambulant zu erbringenden Leistungen zu sein. Damit setzten sie sich nach heftigen Auseinandersetzungen dank einer starken Lobby im konservativen Regierungslager gegen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft durch.

Im Gesundheitssystem der Bundesrepublik wurde damit dauerhaft eine doppelte Versorgungsstruktur implementiert. Durch die strikte Abgrenzung der Honorierung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung wurden diese Strukturen auch ökonomisch abgesichert.

Kassen in Unternehmen verwandeln

Ausgangspunkt aller Reformen im Gesundheitsbereich in der BRD war seit Mitte der 70er Jahre die Grundüberzeugung, dass sich die Sozialpolitik an der Reduzierung der Arbeitskosten zu orientieren habe. Die »Beitragssatzstabilität« wurde zur alles beherrschenden Zielstellung erklärt. Unter der Vorgabe einer »einnahmeorientierten Ausgabenpolitik« folgte eine »Kostendämpfungspolitik«, mit der die Kosten insgesamt zwar nicht gesenkt, aber für die Unternehmer dadurch »gedämpft« wurden, dass man sie schlichtweg auf die Beschäftigten abwälzte. Über Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen und die Streichung von Leistungen aus dem GKV-Katalog wurde eine Privatisierung der Krankheitskosten eingeleitet.

Aus Krankenkassen sollen auf dem freien Kapitalmarkt agierende Konzerne werden, die ihren Kunden Versicherungen verkaufen, um damit Renditen für die Aktionäre zu erwirtschaften. Die Versicherungsleistung ist so nur noch Mittel zum Zweck, Geld

zu verdienen. Sie ist nicht mehr der Zweck selbst. Geschäftsziel wird ein größtmöglicher Gewinn, ohne Gewinn ist ein solches Unternehmen für die Eigentümer nicht rentabel. Versicherungsschutz wird zum Spekulationsobjekt.

Die nordrhein-westfälische CDU sprach in ihrem Gesundheitspapier 2009 Klartext: »Die GKV als ein System, in dem man sich zwangsweise versichern muss, wird abgeschafft (...). Die GKV-Unternehmen werden in privatwirtschaftliche Unternehmen umgewandelt.«

CDU und FDP setzten diese Politik in ihrem Koalitionsvertrag von 2009 auf Bundesebene um: »Wir wollen, dass das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen grundsätzlich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung findet. (...) Wir wollen die Möglichkeiten ausbauen, dass auch außerhalb des gesetzlich finanzierten Bereichs Gesundheits- und Pflegeleistungen angeboten werden können.«

Dieser neoliberalen Wettbewerbslogik war bereits die sozialdemokratische Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (2001–2009) gefolgt. Mit ihrem 2008 verabschiedeten »Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung« wurde zum 1. Januar 2010 die Insolvenzregelung auch für die gesetzlichen Krankenkassen eingeführt. Damit verabschiedete sich die deutsche Sozialdemokratie endgültig von dem Gedanken der Krankenkasse als Solidargemeinschaft, an dessen Entstehung und Erhalt ihre Vorväter einen wesentlichen Anteil hatten, und öffnete die letzte Tür in den freien Wettbewerb. Das heißt, wir sind im Bereich der Gesundheitspolitik dabei, in die Zeit vor Bismarck und die Sozialistengesetze zurückzufallen.

Zwei-, Dreiklassenmedizin

Die offenkundige Existenz von Elementen einer Zweiklassenmedizin, manche sprechen mittlerweile auch von einer Dreiklassenmedizin, drängt immer stärker in das Bewusstsein der Öffentlichkeit. Es bleibt nicht verborgen,

dass Ärzte zu Unternehmern und Krankenhäuser zu Profitcentern gemacht wurden, dass das Gesundheitswesen immer weniger mit Gesundheit, sondern immer mehr mit Geldverdienen zu tun hat. Wenn aber Gesundheit eine Ware ist, dann ist der Umfang dessen, was sich der einzelne an Gesundheit kaufen kann, abhängig von seiner Kaufkraft.

Damit die Kranken nicht Opfer einer ideologisch bestimmten Durchökonomisierung des Gesundheitswesens werden, forderten schon 2003 Ärztinnen und Ärzte auf dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag eine Gesundheits- und Sozialpolitik, die den Ansprüchen einer Gesellschaft des langen Lebens gerecht wird. Die wirtschaftlichen Konsequenzen des medizinischen Fortschritts dürfen nicht länger als Kostenexplosion gebrandmarkt werden oder zu einer absurden Lohnnebenkostendebatte führen. Überfällig ist vielmehr eine ehrliche Diskussion darüber, wieviel der Gesellschaft die Gesundheit wert ist«, hieß es. Das war damals richtig und gilt solange, wie die Profitorientierung im Gesundheitswesen Bestand hat. Doch bei der bloßen Feststellung sollte es nicht bleiben.