

Symposium am 9. Oktober 2007

Die Ressourcen-Allokation in der Medizin bei einer älter werdenden Gesellschaft oder:
Wird 2030 zur Realität?

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Ressourcen-Allokation in der Medizin ist in Deutschland durch den Gesetzgeber einerseits und durch die Selbstverwaltung in Form des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Die Finanzierung wird seit über 130 Jahren durch die Gesetzliche Krankenversicherung auf eine solide und breite Basis gestellt. In ihr ist das Solidaritätsprinzip festgeschrieben, das als sozialkompensatorisches Versicherungsprinzip Beschäftigte und Arbeitgeber jeweils die Hälfte des Versicherungsbeitrags zahlen lässt und für alle Versicherten den gleichen Schutz im Krankheitsfall vorsieht. Dank des Solidaritätsprinzips stehen den Krankenkassen heute über 140 Milliarden Euro jährlich zur Verfügung.

Das Solidaritätsprinzip basiert letztlich auf einem Konsens aller Beteiligten von sozialen Werten, denen zumindest implizit die folgenden Annahmen zugrunde liegen:

1. Soziale Ungleichheit produziert gesundheitliche Ungleichheit, die ihrerseits soziale Ungleichheit zu erzeugen oder zu stabilisieren vermag. Da die Ursachen sozialer Ungleichheit von den Betroffenen tendenziell umso weniger zu vermeiden sind, je nachhaltiger sie unter den Folgen zu leiden haben, sind zumindest hinsichtlich der Gesundheitsversorgung soziale Ausgleichsmechanismen existentielle Voraussetzung eines modernen Gesellschafts- und Staatsverständnisses.
2. Gesundheitliche Ungleichheit ist nicht allein eine soziale Verteilungsfolge, sondern sie ist auch unvermeidbar Folge gesellschaftlicher Arbeitsteilung, bzw. unterschiedlicher Risikoverteilung in der Arbeitswelt.
3. Gesundheitliche Ungleichheit ist immer auch Folge der biologischen Variabilität, die gesellschaftlich zu tolerieren und deshalb auch auszugleichen ist.
4. Gesundheitsrisiken sind im erheblichen Umfang Folge historisch entstandener und sozial ungleich „vererbter“ Gegebenheiten für Angehörige benachteiligter sozialer Schichten, die die individuelle Kompensationsfähigkeit überschreiten.
5. In einem modernen Menschenbild sind Individualität und Autonomie positiv besetzte Werte. Uniformität des Verhaltens und eine übermäßige soziale Kontrolle sind hingegen negativ besetzt. Soziale Kohärenz kann unter solchen Wertesetzungen nur gewahrt werden, wenn sie durch Toleranz ergänzt ist. Solidarische Risikoabsicherungen übernehmen hierbei auch gleichsam die Funktion einer materiellen Basis für gelebte menschliche Individualität.
6. Hinreichender Solidarausgleich ist, wenngleich mit unterschiedlichen Motiven, ein übergeordnetes Interesse aller wesentlichen gesellschaftlicher Akteure, besonders auch der Beschäftigten und der Arbeitgeber. Solche Interessen beziehen sich z. B. auf die Befriedung von Verteilungskonflikten, auf die Ökonomisierung von Bildungsinvestitionen oder auch auf die Kaufkraftsicherung der potenziellen Warenkonsumenten.
7. Solidarische Risikoabsicherung führt in erheblichen Maße zur moralischen und ökonomischen Entlastung des Staates und stärkt –zumindest am Beispiel der

Gesundheitsversorgung – die solidarische Eigenverantwortung der Bürger gegen die normative Kraft des Staates.

Aber schon heute ist absehbar, dass die solidarisch aufgebrauchten Finanzmittel für die Gesundheitsversorgung in den nächsten Jahrzehnten weniger werden, wenn wir nicht aktiv dagegen ansteuern. Die Anzahl an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist rückläufig.

Viele der heute Erwerbstätigen haben lediglich nicht existenzsichernde Mini- und Midijobs. Ein immer größerer Teil der Einkommen kommt nicht mehr aus der Erwerbstätigkeit. Gleichzeitig erwartet uns, auch dank der Fortschritte in der Medizin und der verbesserten Lebensbedingungen, eine größer werdende Zahl von älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern. Diesen wird unterstellt, dass sie aufgrund der Zunahme der chronischen Erkrankungen einen Großteil der Krankenversicherungsbeiträge für ihre Behandlung verbrauchen. Es ist absehbar, dass insbesondere die Befürworter einer privatisierten Gesundheitswirtschaft Verteilungskämpfe zwischen den Generationen versuchen zu provozieren. Die heute noch vorhandene Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Alten und Jungen, zwischen Alleinstehenden und Familien auf eine harte Probe gestellt werden. Diese Kämpfe werden sich ebenso auf die Renten- und Pflegeversicherung ausweiten. Die Politik ist gefordert, dieses Problem zu lösen. Eine solche Lösung muss dabei gesamtgesellschaftlich akzeptiert werden. Weder die letzte Gesundheitsreform noch die jetzt diskutierte Pflegereform haben an dieser Stelle eine Lösung gebracht.

Die Bevölkerung setzt großes Vertrauen darauf, ohne Rücksicht auf die eigene Einkommenslage bei jedem Arzt oder in jedem Krankenhaus behandelt werden zu können. Jeder soll die medizinische Versorgung erhalten, die er braucht, eine Unternehmensmanagerin genauso wie ein berenteter Industriearbeiter. Aktuelle Studien wie die des Mannheimer Zentrums für Europäische Sozialforschung zeigen, dass dieses Vertrauen durch die Gesundheitspolitik der Regierung sinkt. Grundsätzlich ist die Bevölkerung auch weiterhin von dem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem überzeugt.

Aus meinen Ausführungen zur Altersverschiebung wird deutlich, dass eine zukunftsfähige Krankenversicherung nicht mehr lange durch die alleinige Belastung der Lohneinkommen existieren kann. Mit dem Rückgang der Erwerbsarbeit sinken die Beiträge an die GKV, die Kosten indes werden aller Voraussicht nach weiter steigen. An dieser Stelle müssen wir neue Ressourcen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung finden oder drastische Einschnitte vornehmen. Und sie kennen unseren Lösungsvorschlag: Wir fordern seit Jahren die Einführung einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung. Es geht dabei nicht nur um die Zusammenlegung der gesetzlichen mit den privaten Krankenversicherungen, das wäre nur der erste Schritt. Darüber hinaus wird mit der Bürgerversicherung die Finanzierungsbasis verbreitert. Denn die Solidarität der Versicherten darf nicht mehr an der Beitragsbemessungsgrenze halt machen, sondern muss auch hohe Einkommen mit dem üblichen Beitragssatz belegen. Darüber hinaus sollen nicht nur Erwerbseinkommen, sondern auch Mieten, Kapital- und Zinseinkünfte zur Ermittlung des Beitragssatzes herangezogen werden. Auf diese Art und Weise sorgen wir für mehr Verteilungsgerechtigkeit: Zum einen führen wir alle Bürgerinnen und Bürger unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung zusammen; eine Selektion von guten Risiken, wie sie heute die privaten Versicherungen betreiben, ist dann nicht mehr möglich. Zum anderen erhält der arbeitende Mensch mehr von seinem Erwerbseinkommen ausbezahlt, weil eben alle Einkünfte zur Beitragsberechnung herangezogen werden.

Gleichzeitig müssen wir versuchen, den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung deutlich zu heben. In diesem Zusammenhang sind Anstrengungen auf allen Ebenen erforderlich, um ein flächendeckendes Netz von Präventionsangeboten aufzubauen. Eine dafür notwendige gesetzliche Grundlage fehlt uns noch: Die Bundesregierung hat es in den letzten Jahren nicht geschafft, ein entsprechendes Präventionsgesetz zu verabschieden. Viele der gutgemeinten Präventionsansätze beziehen sich ausschließlich auf die direkte Beeinflussung des Einzelnen, sehen aber eine soziale Teilhabe als Ziel der Prävention für den Einzelnen nicht vor. Teilhabe wird aber erst durch eine zielorientierte Verhältnisprävention ermöglicht. Denn: Wer keine Arbeit hat, wird krank. Wer keine Bildungschancen hat, wird krank. Wer sich in dieser Gesellschaft ausgestoßen fühlt, wird krank. Wer bei diesen Menschen die Entstehung von Krankheiten verhindern will, muss sich nicht nur um ihre gesundheitlichen, sondern auch um ihre sozialen Probleme kümmern. Das allerdings findet spätestens seit der Einführung von Hartz IV nicht mehr statt.

Seit einigen Jahren versucht der neoliberale Mainstream, die sozialstaatlichen Verpflichtungen zurück zu schrauben. Einige Politiker wollen uns glauben machen, dass wenn jeder für sich selbst sorgt, doch an alle gedacht sei. Die Mündigkeit des Bürgers wird als Argument benutzt, um genau diesen noch stärker zur Kasse zu bitten. Allein das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz von 2004 hat dazu geführt, dass über 16 Milliarden Euro an Belastungen auf die Versicherten abgewälzt worden sind. Durch Praxisgebühren und Zuzahlungen müssen schon heute Menschen auf einem Besuch beim Arzt verzichten, obwohl sie krank sind. Rezepte werden nicht eingelöst, weil die Patienten das Geld für die Rezeptgebühr nicht aufbringen können. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wird ein weiterer Anschlag auf das Solidaritätsprinzip vollzogen: Strafgebühren für diejenigen, die sich „nicht therapieadäquat“ verhalten oder Krebsvorsorgeuntersuchungen verweigern, sind der Versuch, zwischen guten und schlechten Versicherten zu unterscheiden. Gleichzeitig soll der Kassenwettbewerb dadurch angeheizt werden, dass Elemente der privaten Versicherungswirtschaft Einzug in die GKV halten: Durch Wahltarife wie dem Selbstbehalt, der Kostenerstattung oder Beitragsrückerstattung können Gesunde Mitgliedsbeiträge sparen, während chronisch Kranke mit dem vollen Tarif zur Kasse gebeten werden. Mit diesen Reformschritten wird der solidarische Zusammenhalt der Versichertengemeinschaft ernsthaft gefährdet.

Wenn es nach den neoliberalen Strategen ginge, dürfte sich dieser Zustand sogar noch verstärken: Sie wollen die Kassenleistungen weiter drosseln und die individuellen Zuzahlungen weiter erhöhen. Eine solche Politik führt zu einer klassenorientierten Gesundheit. Wer das Glück hat, über ausreichend Mittel zu verfügen, wird sich entweder über Zusatzversicherungen oder mit dem eigenen Vermögen die beste Behandlung leisten können. Wer arm ist, muss eben früher sterben. Die Schere zwischen Arm und Reich lässt sich auch heute schon in Zahlen messen: Bis zu sieben Jahre sterben Menschen der unteren Einkommensgruppe früher als Bezieher hoher Einkommen.

Aber kommen wir nun zu der Frage, wie die vorhandenen Mittel in der Medizin verteilt werden sollen: Das deutsche Gesundheitswesen ist, so werden Ärzte und Politiker nicht müde zu wiederholen, eines der besten der Welt. Das trifft nur zum Teil zu. Die Erreichbarkeit von medizinischen Einrichtungen in Deutschland ist in der Tat ausgezeichnet.

Aber das System ist sehr stark akutmedizinisch ausgerichtet. Für die Sofortversorgung von Patienten stehen unzählige diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung. Bei der Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patienten fehlt es jedoch an klaren Behandlungsstrategien und abgestimmten Behandlungspfaden. Das hat zur Folge, dass die

vorhandenen Ressourcen teilweise verschwendet werden. Diese Tatsache ist umso bedeutender, da gerade in diesem Bereich die Zahl der Betroffenen kontinuierlich steigt. Eine offene Rationierung traut sich die Politik zwar noch nicht, sie findet verdeckt aber bereits jeden Tag statt: Der verordnende Arzt muss mit seinem Budget darüber entscheiden, welchem Patienten er welche Versorgung verweigert. Wenn wir den chronisch Kranken und Älteren auch weiterhin die notwendigen Leistungen zukommen lassen wollen, müssen Mittel so effektiv wie möglich eingesetzt werden. Welche Aufgaben von der Versicherungsgemeinschaft übernommen werden sollen, dazu müssen wir einen gesamtgesellschaftlichen Konsens finden. Die Entscheidung darüber, wer welche Leistung erhält, kann nicht vom behandelnden Arzt alleine getroffen werden. Angesichts verkrusteter Strukturen im deutschen Gesundheitswesen mit sich gegenseitig argwöhnisch betrachtenden Sektoren und Interessengruppen ist das eine Herkulesaufgabe, der wir uns stellen müssen.

Unsere gestiegene Lebenserwartung ist ein Erfolg der modernen Medizin. Allen Erfolgen zum Trotz werden aber im Laufe ihres Lebens etwa 20 Prozent der Bevölkerung pflegebedürftig. Die moderne Medizin hilft lediglich, diesen Zeitpunkt auf spätere Lebensjahre zu verschieben. Welcher der aufgeführten Punkte des Solidaritätsprinzips der GKV lassen sich in der Pflegeversicherung wiederfinden? Hier muss ich feststellen, dass es ein krasses Qualitätsgefälle zwischen der Kranken- und der Pflegeversicherung gibt: Seit der Einführung der Pflegeversicherung ist diese lediglich als Teilkaskoversicherung konzipiert. Sie kann und soll die realen Kosten der Pflege nicht tragen. Auch der aktuelle Referentenentwurf zur Pflegereform enthält keine Ansätze, um diese programmierte Unterfinanzierung zu beheben. Die bereitstehenden Ressourcen sind so gering bemessen, dass es ohne eine Unterstützung durch die Familie oder ehrenamtliche Hilfe gar nicht möglich ist, bei Pflegebedürftigkeit die notwendige Zuwendung zu bekommen. Aus unserer Sicht ist es eine Schande, diese hauptsächlich alten Menschen mit ihren Bedürfnissen mehr oder weniger allein zu lassen.

Und anstatt wirkungsvolle Hilfen durch die Pflegeversicherung einzuführen, werden die Kosten klein geredet. Die Ansätze, die im bisherigen Arbeitspapier zur Pflegereform vorgelegt worden sind, können nicht darüber hinwegtäuschen, dass für nahezu alle schon heute Betroffenen die Leistungsanpassungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht ausreichen werden. Die vorgesehenen zusätzlichen Mittel für die Betreuung von Demenzkranken sind in unverfrorener Weise unzureichend. Wer meint, dass die Betreuung eines altersverwirrten Menschen mit einer Pflegestufe 0 oder umgerechnet 6,57 Euro am Tag möglich wäre, verdummt die Wählerinnen und Wähler. Wir müssen uns klar machen, dass wir für eine verantwortungsvolle und menschenwürdige Pflege entsprechende Mittel in die Hand nehmen müssen, alles andere ist Augenwischerei!

Aus unserer Sicht kann es nicht die alleinige Aufgabe der Familien sein, sich um die Pflege der Angehörigen zu sorgen. Für die Betreuung der älteren Generation müssen im jetzigen Pflegesystem private Zeit und Mittel aufgebracht werden, um den entstehenden Pflegeaufwand zu gewährleisten. Auch die Reform setzt vermehrt auf die familiäre und ehrenamtliche Hilfe. In den betroffenen Familien ist die Pflege der älteren Angehörigen hauptsächlich Frauenarbeit. Diese Frauen werden damit über Jahre aus der Berufstätigkeit verdrängt. Ihre Möglichkeiten am Arbeitsmarkt verschlechtern sich dadurch enorm. In diesem unterfinanzierten System müssen professionelle Pflegekräfte immer noch um ein auskömmliches Einkommen kämpfen. Aber selbst diese verhältnismäßig niedrige Entlohnung ist für viele Privathaushalte unmöglich zu finanzieren. Sie bedienen sich auf dem grauen und schwarzen Pflegemarkt, indem sie Kräfte aus Osteuropa zu teilweise unzumutbaren Bedingungen und Hungerlöhnen für die Pflege ihrer

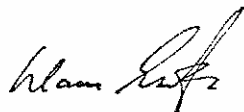
Angehörigen beschäftigen. Insofern liegt es auf der Hand, dass eine Reform der Pflegeversicherung die Kostensteigerungen berücksichtigen muss. Für die vergangenen zehn Jahre würde das 15 Prozent Aufschlag auf alle Pflegestufen bedeuten. Darüber hinaus muss für die dringend erforderlichen Qualitätssteigerungen die Sachleistungspauschale um mindestens 25 Prozent angehoben werden.

Die Pflege heute findet heute im Minutentakt statt. Die mechanistische Betrachtung von Pflege reicht aktuell über ein „satt, sauber, trocken“ nicht hinaus. Wir können nicht ernsthaft erstaunt sein über die fehlende Qualität der deutschen Pflegeleistungen, wenn wir nicht gleichzeitig sehen, dass die bisherige Finanzierung ein „Mehr“ an Betreuung gar nicht hergibt. Personalintensive Tätigkeiten, die beispielweise mit der Nahrungsaufnahme von Pflegebedürftigen einhergehen, müssen unter dem zunehmenden Kostendruck unterbleiben. Stattdessen werden Patienten nicht ausreichend oder über Magensonden personalsparend ernährt. Eine menschenwürdige Pflege aber ist kostenintensiv. Darüber müssen sich alle Beteiligten im Klaren sein. DIE LINKE ist für eine stärkere Einbindung der Versichertengemeinschaft in die Finanzierung der Pflegekosten. Wir brauchen eine deutliche Erhöhung der Pflegeleistungen und wir müssen Familien in ihrer aufopfernden Unterstützung ihrer älteren Familienangehörigen unterstützen.

Die grundsätzliche Frage steht im Raum, wie wir die auf uns zukommenden Lasten schultern wollen. Und von jeher kommt der Vorschlag der neoliberalen Kräfte, dieses Risiko lediglich individuell durch Bildung eines Kapitalstocks lösen zu lassen. Dabei müsste jedem Gesundheitsökonom klar sein, dass durch das Ansparen eines Kapitalstocks die voraussichtlichen Kosten nicht alleine zu bewältigen sein werden. Deshalb müssen wir das Pflegerisiko solidarisch absichern. DIE LINKE kämpft für eine Finanzierung der Pflege nach dem Modell der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung. Der Bedarf an Pflege muss dafür durch einen neuen Pflegebegriff definiert werden, der auch den Betreuungsbedarf von Demenzkranken beinhalten muss. Die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen, ihre soziale Teilhabe und die Bereitstellung von Assistenz stehen dabei für uns im Mittelpunkt. Wir sind uns darüber im Klaren, dass eine solche Ausweitung des Pflegebegriffs mit erheblichen Kosten verbunden sein wird. Aber wenn wir es ernst meinen mit einer deutlichen Verbesserung der Pflegesituation, müssen wir auch bereit sein, die Konsequenzen gemeinsam zu tragen.

Meine Damen und Herren, wir sind in Deutschland in den vergangenen 130 Jahre gut mit dem Solidaritätsprinzip beraten gewesen. Nun ist es an der Zeit, dieses Prinzip verantwortungsvoll weiter zu entwickeln. Und deshalb brauchen wir in der Medizin und in der Pflege eine neue solidarische Basis – die Bürgerinnen- und Bürgerversicherung.

Mit freundlichen Grüßen,



Klaus Ernst

Gesundheitspolitischer Sprecher und Stellvertretender Parteivorsitzender DIE LINKE.