

Diskussionspapier für den



„Gesundheits-Armut“ und „Pflege-Armut“: Die Reformideologien der letzten Jahrzehnte und ihre Folgen



(Foto: Armin Strauch)

Professor (Gast) Albrecht **Goeschel**
Staatliche Universität Rostov
Technische Hochschule -
University of Applied Sciences
Giessen-Friedberg
Universität Vechta
Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale
Tenno a. Gardasee

Marquartstein, Oktober 2011

Herausgeber

Prof. (Gast) Albrecht **Goeschel**
Staatliche Universität Rostov
Technische Hochschule –
University of Applied Sciences
Giessen-Friedberg
Universität Vechta
Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale
Tenno a. Gardasee

Anschrift Deutschland:
83250 Marquartstein
Staudacher Straße 14

Tel.: 08641/7130
Fax: 08641/63242
Mail: mail@studiengruppe.com

Gestaltung

Katharina Walter

Inhalt

Seite

Vorbemerkung	4
1. Von Lambsdorff zu von der Leyen	4
2. „Professoren“ als Stichwortgeber	4
3. Kostendämpfung durch Eigenverantwortung	6
4. Beitragsstabilität und Organisationsreform	6
5. Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit	7
6. Krankenhausmarkt und Kassenwettbewerb	8
7. Kopfpauschale, Bürgerversicherung und Zentralfonds	10
8. Behandlungsrationierung, Gesundheitswirtschaft und Pflegekapitalisierung	14
9. Zentralisierung der Finanzmittel und Regionalisierung der Behandlungsleistungen	16
10. Armut und Gesundheit versus „Gesundheits-Armut“	19

Vorbemerkung

Der Sozialverband VdK hat für das Jahr 2011 eine Kampagne für pflegende Angehörige initiiert. Dies ist sachgerecht, da der größte Teil der Pflegeversorgung noch immer durch die Familien geleistet wird.

Umso wichtiger ist es, die langfristigen Absichten der Politik, möglichst viele Ausgaben und möglichst viel Aufwand für Gesundheit und Pflege auf die Einzelpersonen und Familien abzuwälzen zu erkennen und eine vollwertige Pflegeversicherung und eine bestmögliche Pflegeversorgung anzustreben.

Der nachfolgende Text gibt einen Überblick über die Diskussionen zur Gesundheits- und Pflegereform seit den 1980er Jahren und die darin wirksamen Ideologien. Er soll dazu beitragen, die aktuellen Argumente und Dogmen der Pflegediskussion in den Rahmen der Reform-Ideologien der letzten Jahrzehnte einzuordnen und damit einschätzbar zu machen.

1. Von Lambsdorff zu von der Leyen

Wer den Zeitraum von der Wende in der Wirtschafts-, Sozial-, und Gesundheitspolitik zu Beginn der 1980er Jahre, d.h. die Zeit der ersten Kohl-Genscher-Regierung und des „Lambsdorff-Papieres“ bis zum Jahre 2010 mit seiner Ersetzung einer verfassungskonformen Grundsicherung durch „Von der Leyen-Gutscheine“ überblickt und wer vielleicht auch noch das „Sozialpaket“ des eher glücklosen Theodor Blank aus den 1960er Jahren in Erinnerung hat, der wird einige Grundmuster erkennen, nach denen die vormalige „Soziale Marktwirtschaft“ bzw. der Soziale Bundesstaat Deutschland **um-** und vor allem **abgebaut** worden ist. Jedenfalls gilt für das heutige „Geschäftsmodell Deutschland“, in dem ein möglichst kostengünstig produzierter Rohstoff Wissen bzw. seine Qualitätsprodukte hochprofitabel in den Europa- und Weltmarkt exportiert werden, dass eine angemessene und nachhaltige Reproduktion des Standortes und seiner Bevölkerung gar nicht mehr finanziert wird und daher Armut in allen wesentlichen Lebensbereichen, gerade auch in der Gesundheits- und Pflegelage die zwangsläufige Folge ist.

2. „Professoren“ als Stichwortgeber

Zunächst muss man daran erinnert werden, dass noch in den frühen 1970er Jahren ein junger Arzt seine Standesrechte hatte verlieren sollen, weil er öffentlich das Thema „Ärzte“ und „Geld“ diskutieren wollte und

damit gegen die Regeln des Standes verstoßen hatte – vier Jahrzehnte nach diesem „Fall Mausbach“ wird noch im entlegensten ärztlichen Kreisverband diskutiert, wie viel Ethos ärztlichen Handelns der Monethos die Ökonomie der Gesundheitswirtschaft noch zulassen kann.

Dass sich in nur vierzig Jahren der gesundheitspolitische Diskurs in sein Gegenteil verkehrt hat, bedarf näherer Betrachtung und Erklärung vor allem auch deshalb, weil seine heutige Ausprägung sonst nicht zutreffend eingeschätzt und seine zukünftige Auswirkungen nicht verlässlich abgeschätzt werden können.

Wesentliche Voraussetzung dafür, dass in der Gesundheitspolitik insbesondere Wertedebatten und Wissenschaftsdiskurse eine so zentrale Rollen spielen ist der systembedingte enge Zusammenhang von solidarischer Beitragsfinanzierung und gewinnorientierter Leistungserbringung, d.h. die Notwendigkeit andauernder und mehrseitiger Legitimation von Abgabenerhebung, Umverteilung, Gewinnrechtfertigung etc. in der Gesetzlichen Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung. Erst durch diesen sozialen und institutionellen Resonanzkörper des spezifischen deutschen sozialstaatlichen Gesundheitswesens hat eine eher dürftige „Gesundheitsökonomie“ ,auf weite Strecken ist sie nicht mehr als eine deskriptive Branchenstatistik, und haben eher unbedeutende „Gesundheitsökonomien“, auf weite Strecken eher „Branchenbetriebswirte“, eine Deutungshoheit und Bedeutung erlangen können, die ihnen vor den Maßstäben einer tatsächlichen Sozial-, Regional- und Makroökonomie nicht wirklich zukommt.

Es war in der Tat wirkungsanalytisch gesehen vor allem ihre Rolle als „Stichwortgeber“ in den wesentlichen Transformationsdiskursen der vormaligen wohlfahrtsstaatlich-ständischen Gesundheitsversorgung, die einer ganzen Galerie von Akademikern Experten- und Kommissionspositionen, ja teilweise überhaupt erst ihre Professuren eingebracht hat – ähnlich wie bei der durchaus auch nicht kleinen Schar ihrer wissenschaftlich-politischen Widersacher.

Aus der Rückschau können einige große Diskurse identifiziert werden, bei denen „Professoren“ wertende, insbesondere abwertende Begriffe und Bilder als „Stichworte“ mehr propagiert als diskutiert und mit Hilfe der Fach- und Allgemeinmedien kolportiert haben, aus denen dann die Partei- und Verbändepolitik „Reformprogramme“ gefertigt hat. Diese Diskurse waren aber nur der kommunikative Nebelschleier, in und unter dem das parlamentarisch-administrativ-korporatistische System dann

Gesetze, Verordnungen und Verwaltungshandeln mit teilweise ganz anderen Wirkungen als die gestellten Aufgaben geformt hat.

3. Kostendämpfung durch Eigenverantwortung

Ein erster dieser Diskurse entfaltete sich zwischen der Mitte der 1970er Jahre regelrecht erfundenen „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen und der Mitte der 1980er Jahre auf ihren Höhepunkt kommenden regelrechten Professoren-Kampagne gegen „Anspruchsdenken“ und „Entmündigung“ und für mehr „Eigenverantwortung“ und „Selbstbeteiligung“. Protagonisten dieser Kampagne waren z.T. heute noch rührige Namen wie Beske, Neubauer, Oberender, Schulenburg aber auch mittlerweile verstummte Gesundheitswissenschaftler wie Herder-Dorneich, Münnich oder Zoller. Das Personal dieses Diskurses besetzte dann auch unter Ausschluss der fundamentalistischsten Prediger die von der Regierungspolitik geschaffenen Institutionen der Dauerbeobachtung und Dauererörterung der Entwicklung im Gesundheitswesen, insbesondere den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

4. Beitragsstabilität und Organisationsreform

Von diesem Gremium wurden kontinuierlich seit der zweiten Hälfte der 1980er Jahre Struktur-, Prozess- und Orientierungsdaten zur Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung zusammengetragen und vorgestellt. Wohl wurden dabei zwar die Pauschalideologien des „Entmündigungs“- bzw. „Eigenverantwortungs“-„Diskurses“ nicht mehr reproduziert, dafür jedoch insbesondere unter der Prämisse der „Beitragssatzstabilität“ die soziale Krankenversicherung mit ihren realen Sachleistungen systematisch für eine staatliche Lohn- und Einkommenspolitik neben der autonomen Tarifpolitik und mit dem Ziel einer Abflachung der Lohnkurve instrumentalisiert. Charakteristisch war dabei eine spezifische Art der Problemmodellierung auf der Grundlage der als solche unhinterfragten Begriffe, Indikatoren, Strukturen, Prozesse und Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Gesundheitsversorgung. Mit dem Abrücken von den vormaligen Pauschalideologien war gleichzeitig ein Absehen von vor- und übergeordneten Gesellschaftskonzepten verbunden. Aus den Wirtschaftsverbänden wurde parallel dazu seit mindestens einem Jahrzehnt die mit der Lohnfortzahlung zusammenhängende „Krankenstand-Debatte“ geführt.

Der Schwerpunkt des damaligen Reformdiskurses wurde auf immanente und mittelfristige Probleme wie etwa die Risiko- und

Beitragssatzunterschiede innerhalb der ja selbst zu hinterfragenden Teilgruppe der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten je nach Kassenarten (bspw. AOK und EKen) gelegt. Dieser Diskurs lieferte im wesentlichen die Begründungslage für die Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahr verabschiedeten „Reformen“ der Gesundheitsversorgung mit ihrer fundamentalen Schwächung der Länderkompetenz bzw. Stärkung der Bundeskompetenz durch entsprechende Krankenhausregelungen sowie eine vereinheitlichende Krankenkassengleichstellung. Gesamtwirtschaftlich und gesamtgesellschaftlich entscheidender war aber die hinter diesem Problem- und Lösungsschleier vollzogene Beitragsstabilisierung bzw. Gesundheitsbudgetierung durch die Bindung des Gesundheitsverbrauchs an die Grundlohnsteigerung. Protagonisten dieses „entideologisierten“, zugleich aber technokratisch-systemverändernden Diskurses waren Namen wie Arnold, Henke, Neubauer, Pfaff, Schwartz etc.

5. Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit

Eine dritte Stufe in der Gesundheitsreformdiskussion lässt sich zeitlich nach den großen Gesundheitsreformen bzw. nach der Wiedervereinigung erkennen: Eine nur noch im Rahmen den stagnativen Lohnentwicklung zugelassene sowie von den politisch durchsetzungsstarken Leistungsanbietergruppen beanspruchte Morbidität, die der tatsächlichen Epidemiologie immer weniger entspricht, machte die politische Morbidität der „Budgetierung“ aus. Gleichzeitig waren durch die Preisgabe des partiellen Regionalprinzips in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch alle sonstige sozialen und ökonomischen Bindungen dieses Budgets mit Ausnahme der Lohnkosten bzw. der Anbieterinteressen beseitigt worden. Nun wurde „Wettbewerb“ zur Lösungsformel für alle in diesem Budgetsystem nicht lösbaren Probleme. Nachdem das entscheidende Ziel einer sozusagen automatisierten Lohn- und Einkommenspolitik durch Beitragssatzstabilisierung und Budgetierung erreicht war, mussten dessen zwingende Folgen, nämlich verschärfter Leistungsabbau vor allem auch den zur Liquidierung anstehenden Kassenorganisationen und Leistungsanbietern, bspw. Krankenhäusern durch verstärkte Ideologieproduktion nahegebracht werden: „Wettbewerb“ und „Wirtschaftlichkeit“, insbesondere in der Krankenhausversorgung, aber nunmehr als systemisches Umbauziel, auch „Eigenverantwortung“ waren nun für Jahre das zentrale Thema im Gesundheitsdiskurs, den die bekannten oder wiederaufgetauchten Sprecher wie Henke, Neubauer, Oberender, Schwartz, Wille etc. anführten. Prof. Norbert Walter, Chefökonom der Deutschen Bank, blieb mit seiner damaligen Forderung

nach vollständiger Privatisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung in einer Außenseiterposition, gegenüber der die zuvor beschriebenen Stichwortgeber und Diskutanten als vergleichsweise „gemäßigt“ erscheinen konnten.

Anzumerken ist dabei, dass in dieser Phase, in der sich auch noch die Zusammenlegung der Gesundheitssysteme der beiden deutschen Staaten einerseits und die heraufziehende Europäische Währungsunion mit ihren Spardiktaten andererseits sich auswirkten bzw. abspielten vergleichsweise geräuschlos weil außerhalb der zentralen Anliegen von Gesundheitspolitik, Kassenverbandspolitik und Gesundheitswirtschaftsinteressen eine weitere Sozialversicherung eingeführt wurde: Die Soziale Pflegeversicherung. Ihr vorbereitender und begleitender Diskurs blieb eigenartig blass. Das beinahe ein Jahrzehnt zuvor anstoßgebende Pfaff-Gutachten erklärt dies: Die Pflegeversicherung war insbesondere ein Instrument zur Befreiung der Gesundheitswirtschaft vom „Sozialballast“.

6. Krankenhausmarkt und Kassenwettbewerb

Ende der 1990er Jahre war dann der systemische Widerspruch zwischen der Budgetierung der Krankversicherungsausgaben mit dem Ziel der Lohnabflachung in der Gesamtwirtschaft und zwischen den Absatznotwendigkeiten der weiter zu einer umsatz- und arbeitsplatzstarken Dienstleistungsbranche gewachsenen Gesundheitswirtschaft so eklatant geworden, dass Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung nicht länger nach dem Kostenparadigma allein diskutiert werden konnten. Ein Sondergutachten des Sachverständigenrates zum Thema „Gesundheitswesen als Kostenfaktor und Zukunftsbranche“ fing diesen Widerspruch ein, ohne allerdings auf der Ebene der Bundespolitik zu angemessenen Konsequenzen zu führen. Vielmehr wurde in den ersten Jahren des neuen Jahrtausends in einer massiven Kampagne von Bundesregierung und Spitzenverbänden der Krankenversicherung bei gleichzeitigem Erlahmen der politischen und finanziellen Widerstandskraft der Länder die Krankenhausfinanzierung von der Daseinsvorsorge durch Bedarfsplanung, Investitionsfinanzierung und Kostendeckung auf Wettbewerb und Leistungspreise umgestellt und hierdurch die bisherige ausgeprägte Sozialfunktion der Krankenhausversorgung einschließlich der Pflegekomponente eliminiert bzw. minimiert. Protagonisten dieser Marktorientierung im stationären Kernbereich der Gesundheitsversorgung waren wieder Namen wie Neubauer, Oberender und Wasem. Als gesundheitspolitisch-gesundheitsökonomisches Endziel wurde in dieser Zeit die Beseitigung der letzten Reste der

Bedarfsplanung und Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder und statt dessen eine unternehmensähnliche Gesamtfinanzierung, die sogenannte „Monistik“ aus den abgerechneten Leistungspreisen und möglichst Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern angestrebt. Hierfür plädierte u.a. dezidiert AwD-Professor Rürup.

Der „Wettbewerbs“- und „Wirtschaftlichkeits“-Diskurs mit seiner Konzentration auf den stationären Sektor hat ähnlich wie im Bereich der Krankenkassenorganisationreform einen semantischen Nebelschleier erzeugt, in und hinter dem diesmal unter den Bedingungen der schon verankerten Budgetierung insbesondere der Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen dort ein lukrativer Gesundheitsmarkt mit erklärter Gewinnerzielungsabsicht eröffnet wurde. Dies hat sich u.a. in einer Welle von Verkäufen öffentlicher Krankenhäuser an private Klinikkonzerne bzw. von Zusammenlegungen öffentlicher Krankenhäuser zu öffentlichen Großkliniken vollzogen.

In der Krankenhauspolitik lässt sich die ganz spezifische Art der Neoliberalisierung, d.h. Deregulierung in Deutschland, nämlich ihre Rechtfertigung gerade auch innerhalb eines sozialdemokratisch-alternativpolitischen Diskurses exemplarisch nachzeichnen: Als Dauererzählung vom „Kassenlosen Krankenhaus“ der 1960er Jahre zum „Krankenhaus im Wettbewerb“ der Jahre um 2005.

Der semantische „Exit“ aus dem mit einem Gesundheitsmarkt verbundenen Dilemma von Selektion, Exclusion und Entsolidarisierung einerseits, Pflichtbeitragsfinanzierung andererseits wurde, verbunden mit Namen wie Lauterbach und Rosenbrock in einem „Qualitätsdiskurs“ gesucht, der unter verschiedenen Überschriften nach der Jahrtausendwende geführt wurde und zur Etablierung eines entsprechenden Institutes führte – das mittlerweile aber seiner Kontrollfunktion schon wieder weitgehend beraubt ist. Das damals von Professor Lauterbach ausgegebene Stichwort lautete: Zweiklassen-Medizin bezogen auf die Qualität der Versorgung.

Sehr viel folgenreicher war die nach der Wiederwahl der sozialdemokratisch-grünalternativen Koalition dann sehr absichtsvoll von der zuständigen Bundesministerin losgetretene Diskussion über die optimale Zahl der Krankenkassen und die spätere Einsetzung einer Kommission zur Krankenversicherungsneuordnung. Dieses Reformziel muss dabei im Kontext der jahrelangen Arbeitsmarktreform, verbunden mit dem Namen Hartz gesehen werden. Stichwortgeber für die Krankenkassendiskussion waren nun zwei scheinlegerische Lager mit

Protagonisten wie Börsch-Supan, Franz, Henke, Knappe, Lauterbach, Rosenbrock, Rürup, Wasem, Wille etc. und den Themen „Pauschalprämie“ versus „Bürgerversicherung“.

Zum politikwissenschaftlichen Grundwissen gehört, dass während politisch-ideologischer Debatten materiell-praktisch solche Positionen wirksam werden, die latent schon strukturell-institutionell eventuell sogar prozedural angelegt, aber kommunikativ noch nicht anerkannt sind. Konkret: In der damaligen Situation einer insbesondere im Kernbereich der stationären Versorgung vorangetriebenen Durchsetzung eines „Gesundheits-Marktes“ mit zunehmend umsatzsteuerpflichtigen Aktivitäten und den dort vorherrschenden Erwerbseinkommen aus eher niedrig bezahlter, d.h. verbrauchsrelevanter Beschäftigung machte die von der neuen Großen Koalition verfügte drastische Mehrwertsteuererhöhung die Gesundheits-„Wirtschaft“ und ihre Gesundheits-„Arbeiterinnen- und Arbeiter“ zu einer bedeutenden Verbrauchssteuerquelle. Neben der Verlagerung „Versicherungsfremder Leistungen“ aus dem Steuerhaushalt in die Krankenversicherung wurden nun auch die direkten und indirekten Mehrwertsteuereinnahmen aus der Gesundheitswirtschaft und den Arbeitseinkommen und Verbrauchsausgaben ihrer Arbeitskräfte zu einer der Hauptgegenfinanzierungen für die seit Jahrzehnten betriebene Politik der Steuererleichterung für Unternehmen, Vermögen und Hocheinkommen.

7. Kopfpauschale, Bürgerversicherung und Zentralfonds

Die Versicherungsfremdleistungen der Krankenversicherung als Ansatzpunkt für einen Diskurs über die Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung haben, soweit sie von den Professoren Beske und Schmähl thematisiert worden sind, durch ihre spezialistische Reduktion zunächst keine ausreichende ordnungspolitische Durchschlagskraft entwickelt sondern sind in einer eher entpolitisierten Diskussion über die Gerechtigkeitsaspekte einer Steuer- bzw. Beitragsfinanzierung einerseits und einer Übernahme der Kinderausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung durch den Bundeshaushalt andererseits untergegangen.

Allerdings lieferte die gleichzeitige feuilleton-ökonomische Diskussion über Zivilgesellschaft, Einfachsteuer und Bürgergeld etc., angeführt u.a. von dem Münchner Soziologie-Professor Beck einerseits und dem Heidelberger Rechtsprofessor Kirchhof andererseits den semantischen Hintergrund für eine bis heute anhaltende Debatte über die Scheinalternative von nunmehr „Kopfpauschale“ versus „Bürgerversicherung“ in den Jahren 2000 – 2010.

Hintergrund ist eine Problemmodellierung, bei der unter dem heutzutage eher verdachterregenden Gerechtigkeitsgesichtspunkt erörtert wird, ob ein Solidarausgleich bezüglich der gesundheitlichen Daseinsvorsorge gleichwertig belastender zwischen einkommensunterschiedlichen und abgabenunterschiedlichen Beitragszahlern oder zwischen abgabeneinheitlichen Beitragszahlern und einkommensunterschiedlichen Steuerzahlern erreicht werden kann, wie also Versicherung und Umverteilung am belastungsgerechtesten ausgewogen werden können.

Dabei gilt für die Anfang der 2000er Jahre von der CDU ins Spiel gebrachte und von einer breiten Professorenregie applaudierte und argumentierte Pauschalprämie bzw. Kopfpauschale, dass diese von Anbeginn an auch als Einstieg in den Umstieg vom Umlage- auf ein Kapitaldeckungsverfahren diskutiert wurde. Protagonisten waren und sind hier vor allem die Professoren Börsch-Supan, Franz, Henke, Knappe, Rürup und Wille.

Kennzeichnend war und ist für die Pauschalprämiendiskussion dass sie zusätzlich zur offenen Staatsfinanzierung aus den Krankenkassenbeiträgen via Versicherungsfremdleistungen auch eine Steuererleichterung für Gutverdiener und Hochverdiener aus Krankenkassenbeiträgen beinhaltet: Zwar sollen von der Pauschalprämie Überforderte einen Sozialzuschuss aus Steuermitteln erhalten, durch die Pauschalprämie Begünstigte aber brauchen keine Ausgleichsabgaben bei der Besteuerung leisten.

Vor allem aber erfährt durch die Verallgemeinerung des Prämiensystems die anteilsstarke Steuerfinanzierung der Kapitaldeckungsversicherung für Gesundheit, die so genannten Private Krankenversicherung (PKV) über die dort mehrheitlich versicherten Beamten eine breite Legitimation. Die Gruppe der Beamten zählt auch nach der Darlegung der Kapitaldeckungsversicherung eindeutig zu den Gut- und Hochverdienern und erhält im Krankheitsfall Beihilfezahlungen als Besoldungsanteil. Für zusätzliche Kosten werden häufig PKV-Verträge geschlossen – sozusagen ein Kombimodell aus Steuern und Prämien.

Die Konzeption der Bürgerversicherung setzt grundsätzlich zwar kritisch an dieser Doppelstruktur von Umlage – bzw. Kapitaldeckungsversicherung an, hat sich im Diskussionsverfahren jedoch bereits selbst auf Minimallösungen zurückgenommen. Mit dem richtigen Argument, dass Beitragsfinanzierung besser vor Staatszugriffen schützt und mit der richtigen Forderung nach Abbau bzw. Ausgleich der Versicherungsfremdleistungen würde durchaus eine bessere Problemlösung der Finanzierungs- und Sozialausgleichsdefizite erreicht.

Mängel im Gerechtigkeitsbereich bedeutet die weiterstehende vor allem Gutverdienerfamilien begünstigende Familienmitversicherung. Eine Zurücknahme der durch das GRG abgebauten Versicherungspflicht für Gut- und Hochverdiener und eine Einbeziehung weiterer Einkommensquellen wie im Einkommenssteuerrecht vermeiden auch die verdeckte Steuerbegünstigung für Gut- und Hochverdiener im Pauschalprämienkonzept mit seiner fehlenden Ausgleichsabgabe.

Entscheidende Schwäche der Bürgerversicherung ist damit aber zugleich, dass sie durch diese Verbreiterung der Einnahmen aus weiteren Einkommensquellen die Beiträge noch stärker einer allgemeinen Gesundheitssteuer als Verbrauchssteuer* annähert.

Es fehlt eine aus der Lohnfortzahlung entwickelte **Eigenbeteiligung der Wirtschaft**, vor allem als Minderarbeitgeber an der Gesundheitsversorgung. Hier ist an eine analog zum (Negativ)beispiel der Niedriglohnaufstockung durch Arbeitslosengeld II konstruierte **Ausgleichsabgabe** für Prekarbeschäftigte zu denken.

Insgesamt leidet die Präsentation der Bürgerversicherung daran, dass sie nicht ausreichend verdeutlicht, dass das Pauschalprämienmodell vor allem dazu dient, den sinkenden Wert der Arbeit, ausgedrückt durch stagnative oder rezessive Löhne nun auch bei den Neben-Löhnen nicht nur leistungsseitig durch Budgetierung sondern auch beitragsseitig durch Prämienpauschalen für die Arbeitgeber durchzusetzen. Ebenso fehlt eine offene Diskussion über das zu Legitimationszwecken in den Vordergrund gestellte Problem der „Generationengerechtigkeit“.

Auch kapitalgedeckte Systeme sind demografiesensibel, da Entsparen aus Altersrückstellungen Ansparen aus Einkommensüberschüssen benötigt – hierbei im Unterschied zum Umlageverfahren allerdings das Investitionsgeschehen beeinträchtigt. Zuständig für die demografischen Drohkulissen waren in dieser Phase der Debatte vor allem die Professoren Börsch-Supan, Raffelhüschen, Rürup und Sinn.

Gänzlich übersehen wird in der Kopfpauschalen- bzw. Bürgerversicherungsdiskussion, dass eine Versicherungspflicht mit Pauschalprämien und Kapitaldeckung letztlich eine „Besteuerung“ vor allem von Erwerbseinkommen zugunsten von Kapitalfonds und Gewinnmaximierung sowie Abgabenerleichterungen für Hochverdiener bedeuten.

* An entsprechende Vorschläge für eine allgemeine Gesundheitssteuer aus dem BMF im Jahre 2010 sei erinnert. Erinnert sei auch daran, dass umgekehrt die teilweise Steuerfinanzierung der Krankenhausversorgung im Investitionsbereich vollständig in die Beitragsfinanzierung verschoben werden soll (Monistik!)

Die als „Kompromiss“ zwischen Kopfpauschale und Bürgerversicherung gefundene Lösung eines zentralen Gesundheitsfonds mit Einheitsbeiträgen einerseits und risikoadjustierten Pro-Kopf-Zahlungen an die Krankenkassen, entwickelt von einem unbekanntem Verwaltungssoldaten aus dem Bundesfinanzministerium bewirkte neben lautstarkem Protest der gesamten Krankenkassenkammerilla, die nach Abwehr der Regionalfonds der 1980er Jahre und 1990er Jahren nun die Zentrallösung bekam vor allem, dass sich die „kritische“ Diskussion nur noch auf das Rand- und Scheinproblem „Zusatzbeiträge“ konzentrierte, flankiert durch ein bisschen Gemurre über Beitragserhöhungen durch den Einheitsbetrag und Zuwenigzahlung der Bundesanstalt für Arbeit für Grundsicherungsempfänger.

Dabei lag der eigentliche interessante Effekt des „Gesundheitsfonds“ darin, dass er die Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung noch einmal erhöhte: Die Beitragsanpassungs – und Bundeszuschussregelung zum Fonds etablierte eine systematische Unterfinanzierung und über die Zusatzbeitragsmechanik asymmetrische Verlagerung wachsender Gesundheitsausgaben auf die Beitragszahler. Der Zusatzbeitrag ist natürlich **auch** ein Gerechtigkeitsproblem vor allem aber eine Ausdehnung der bisher auf den **Leistungsbereich** konzentrierten „Selbstbehalte“ nun auch auf den **Beitragsbereich**. Mehr oder weniger gerade während der Finanz- und Realkrise unbeachtet oder unerkannt blieb in der Gesundheitsfonds-Debatte die verräterische Figur der Kassen-Insolvenz: Hier geht es um nicht weniger als um die potentielle Liquidierung von Sozialkapital durch dessen rechtliche Annäherung an Privatkapital – ein Trend, der auch in anderen Bereichen der sozialen Krankenversicherung, z. B. bei Wahlтарifen sichtbar wird. Als „kritischer Professor“ beim Thema trat Jürgen Wasem aus Greifswald hervor, der sich mit dem Thema „Zusatzbeiträge“ befasste, während es eigentlich um die Entwicklungslinie einer mit der Ablehnung der Kassenregionalisierung eingeleiteten, dem Plädoyer für Kassenkonzentration fortgesetzten und der Kasseninsolvenz gekrönten Privatisierung gehen müsste. Die von Karl Lauterbach mitgetragene Verschönerungsdiskussion zum Thema „Integrierte Versorgung“ – eine Idealistenidee angesichts des gleichzeitig propagierten „Mehr Wettbewerb“, sprich: „Mehr Konkurrenz“ trägt auch nicht zur Präzisierung der Gesundheitsfondsdiskussion bei: Lauterbachs „Zweiklassen-Medizin-These“ ist mehr wortradikal als analysescharf.

8. Behandlungsrationierung, Gesundheitswirtschaft und Pflegekapitalisierung

Gegen Ende des ersten Jahrzehnts nach der Jahrtausendwende, ab 2007 wurde eine offene Debatte über Behandlungsrationierung begonnen – zugespitzt auf das Thema „Priorisierung“. Im System der sozial finanzierten Gesundheitsversorgung sollte demnach nur noch ein Katalog unverzichtbarer Behandlungsleistungen gewährt werden, speziell in der Krankenhausversorgung nur noch die Notfallversorgung planerisch vorgegeben werden. Als Stichwortgeber traten hier die Professoren Hoppe, Walter und Zimmermann, aber auch Wasem auf den Plan.

Die von der neuen schwarzgelben Koalition verfolgte Doppelstrategie einer Verschiebung der Finanzierungslast in der sozialen Krankenversicherung durch Fixierung der Arbeitgeberbeitrages einerseits und Flexibilisierung der Arbeitnehmerbeiträge einschließlich Zusatzbeiträge andererseits und institutioneller Etablierung einer „Gesundheitswirtschaft“ setzte die schon 2005 eingeschlagene Linie fort: Damals wurden Krankengeld und Zahnersatz einseitig auf die Beitragszahler verlagert. Im gleichen Zeitraum wurden an einer ganzen Reihe vor allem von Fachhochschulen das Lehrgebiet „Gesundheitswirtschaft“, Publikationsformate zu diesem Thema und Kongressserien zum Thema etabliert und realisiert.

Damit wurde allerdings die Unvereinbarkeit von angestrebter schrumpfender Sozialleistungsbasis der Gesundheitsversorgung zur Entlastung der Gesamtwirtschaft und erwünschter Umsatz- und Gewinnsteigerung in der Gesundheitswirtschaft verschärft. Die Gesundheitsreform der schwarz-gelben Koalition ist derzeit genau in diesem Dilemma von angestrebter Rezession oder zumindest Stagnation des Budgets der sozialen Gesundheitsversorgung und ebenso angestrebter Expansion der Umsätze, Gewinne und auch Steuerabführungen der kommerziellen Gesundheitswirtschaft gefangen. Die Priorisierungsdebatte schafft in dieser Situation der notwendigen „Willkürspielräume“ für die weiteren Lösungsversuche.

Epidemiologisch, institutionell und politisch könnte es allerdings auch so sein, dass die separate Pflegeversicherung hier einen unauffälligeren Ausweg bietet. „Sturmvögel“ sind hier die Gutachten des Sachverständigenrates für die Entwicklung im Gesundheitswesen, die in den letzten Jahren Themen wie Gesundheit und Demografie, Pflegeversicherung und Krankenversicherung und Integrierte Versorgung favorisiert haben. Tatsächlich ist es ja so, dass einerseits die

Epidemiologie sich zunehmend von der Akuttherapie entfernt und immer größere Volumina der Morbidität nicht mehr in der Gesundheitswirtschaft mit ihrer High-Tech- und Prestigemedizin, sondern in der Sozialwirtschaft als Pflege, Betreuung etc. abgearbeitet werden. Der dort wesentlich niedrigere Ressourcenverbrauch könnte es ermöglichen, über die nur bescheiden ausgestattete soziale Pflegeversicherung den Hauptteil der sozialen Gesundheitsversorgung zu finanzieren und mit den vergleichsweise reichlichen Mitteln der sozialen Krankenversicherung über eine Fehlversorgung mit High-Tech- und Prestigemedizin die kommerzielle Gesundheitswirtschaft zu finanzieren.

Von Anfang an, beginnend mit dem Pfaff-Gutachten von 1984 und fortgesetzt mit der Debatte über die „Fehlbelegung“ der Krankenhäuser mit „Pflegefällen“ zwischen 1989 und 1994 mit dem sich in den letzten Jahren häufenden Untersuchungen zur Alters- und Kostenstruktur in der Krankenversicherung wurde die Pflegeversicherung als Entlastung für die Krankenversicherung konzipiert.* Stichwortgeber in diesem Bereich ist insbesondere Professor Raffelhüschen.

Insgesamt stellt die Pflegeversicherung ein Labor für die Privatisierung der Sozialversicherung dar: Die begann mit ihrer Entlastungs-, besser Aufspaltungsfunktion für die Krankenversicherung unter Beibehaltung einer besonderen privaten Pflegeversicherung bei gleichzeitiger nichtmehrparitätischen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung (Lohnfortzahlung, Feiertage). Noch mehr gilt dies für die Konzipierung als Festbeitragsversicherung mit anhaltender Unterfinanzierung, die angesichts absinkender Renten Altersarmut rasant verschärft. Der Einbau eines Reproduktionsfaktors, also von Beitragszuschlägen bei Kinderlosigkeit korrespondiert mit dem Demografiefaktor, also Leistungsabbau in der Rentenversicherung gemäß Gesellschaftsalterung: Alle diese Konzepte lösen die Finanzierung der Sozialsicherung von der Wertschöpfung und binden sie an Personen und Einkommen.

Die mittlerweile in Frage gestellten Pläne für eine zusätzliche Kapitaldeckung der Pflegeversicherung verdeutlicht deren Laborfunktion. Nicht vergessen werden darf auch der Verzicht auf eine Bedarfsplanung und Investitionsförderung in der Pflegeversorgung.

Gleichzeitig wird von den Sozial- und Wohlfahrtsverbänden eine Bürgerpflegeversicherung bzw. Zusammenlegung in Kranken- und Pflegeversicherung in die Diskussion gebracht. Auch hier gilt, dass bei Kapitaldeckung der Pflege den Entsparern genügend Ansparer gegenüberstehen müssten und dadurch die Investitionstätigkeit, d.h.

Wertschöpfung beeinträchtigt wird. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Doppelzuständigkeit von Gesundheits- und Familienministerium für das Pflegethema: Es könnte sein, dass die faktisch noch immer vor allem familiäre Pflege, kombiniert mit leicht verbesserten Zuschüssen, als gesellschaftlicher Großversuch eine flächendeckend „Eigenbeteiligung“ installiert wird.** Die Diskussion muss die Eigenbeteiligung in der Krankenversicherung und die Pflege durch die Familien in Zusammenhang bringen.

9. Zentralisierung der Finanzmittel und Regionalisierung der Behandlungsleistungen

Seit den heftigen Auseinandersetzungen um die Ebenenfestlegung der Durchführung der Gesetzlichen Krankenversicherung, diskutiert als Organisationsreform der Krankenversicherung und realisiert als Abzug aus der Wertschöpfung per „Lohn-Nebenkosten“ und Umverteilung realisiert in „Beiträgen gemäß Einkommen“ in der Gesundheitsversorgung konnte die „Regionaldimension“ trotz einer regelrechten „Spitzenverbände- und Bundespolitikverschwörung“ nicht wirklich eliminiert werden. Auch noch in späteren Veröffentlichungen gab es diese noch mit den Namen wie Gitter, Oberender und Wille. Zu groß waren und blieben die regionalen Disparitäten in Wertschöpfung, Lohnniveau, Beitragskraft, Infrastruktur, Leistungsbeanspruchung und letztlich auch Morbidität und Epidemiologie. Diese zeigen sich derzeit bspw. im regionalen Hausärztemangel. Wiewohl dies alles für eine Finanzierung einschließlich Solidarausgleich der Krankenversicherung auf Regionesebene mit überregionalem Finanzausgleich zwischen den Kassen gesprochen hätte, stand dem das Staatsinteresse möglichst großer Kassenfonds, mittlerweile realisiert im Gesundheitsfonds und einheitlicher Leistungssteuerung realisiert im gemeinsamen Ausschuss (G-BA) entgegen, unterstützt vom Eigeninteresse des Kassenmanagements an Größergewinn durch konkurrenzerzwungene Fusionen. Unvergessen bleibt die Forderung der Bundesgesundheitsministerin Schmidt nach höchstens 50 Kassen und einer Bundes-AOK, der sich auch Karl Lauterbach angeschlossen hat.

Die Umwandlung der Gesetzlichen Krankenversicherung in einen quasi-steuerfinanzierten Satelliten-Haushalt des Bundes erfolgte insbesondere durch Eliminierung des vormaligen kassenübergreifenden

* Exemplarisch zeigt sich dies in dem gegenüber den Abbau der Akutkrankenhausbetten weit überproportionierten Aufbau von Pflegeplätzen

** Die gleichzeitige Schwächung der Hausärzte ist in diesem Zusammenhang zu beachten

Finanzausgleichs der Rentner- Krankenversicherung, der Modell für einen umfassenden Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen bzw. ihren Erstreckungs- bzw. Zuständigkeitsräumen hätte sein können. Er wurde ersetzt durch einen grundsätzlich individualisierten, d.h. mitgliederbezogenen Risiko- und zusätzlichen Morbiditätsausgleich und Konkurrenz zwischen Kassen, verschärft durch mögliche Zusatzbeiträge und Wettbewerb um wahlfreie Mitglieder. Von außen vorgegeben war dabei ein Budget, das an eine deflationär definierte Lohnquote gebunden war. Durch die Gleichzeitigkeit von bundeseinheitlichen Beiträgen (Fonds) und zentraler Leistungsvorgabe (G-BA) ist die Bindung von Betrag und Leistung gelöst. Die Finanzierung erfolgt nun durch eine Gesundheitsverbrauchssteuer, die mit ca. 160 – 170 Mrd. Volumen etwa der allgemeinen Verbrauchssteuer d.h. der Mehrwertsteuer entspricht.

Weitere Elemente wie die Fixierung des Arbeitgeberbeitrages, die teilweise Steuerdeckung von Unterfinanzierung und die Steuerdeckung versicherungsfremder Leistungen verstärkt diese Steuerhaftigkeit der Beiträge. Eine Bürgerversicherungslösung würde daran nichts ändern sondern diese Tendenz durch Einbeziehung weiterer **individueller** Einkommensquellen eher ausbauen.

Neben dieser Individualisierung der Krankenversicherung vor allem mittels Risiko- und Morbiditätsausgleich gegenüber ihrem vormaligen Charakter als regionale Solidarfonds wurden die Reste dieser mehrheitlich regionalen Solidarfonds durch den Mechanismus von Unterfinanzierung vor allem von Versorgerkassen, Zusatzbeiträgen und Kassenwechselrecht verstärktem Konkurrenzdruck ausgesetzt.

Hinzu kommt die GKV-Interne Umverteilung von unten nach oben innerhalb der Versicherungspflichtgrenze zwischen Geringverdienerfamilien mit mehreren erwerbstätigen Beitragszahlern und Besserverdienerfamilien mit nur einem Beitragszahler.

Durch die deutlichen Regionalunterschiede in der räumlichen Verteilung bspw. der Mitversichertenquoten wurden zusätzliche horizontale Umverteilungen zwischen Zuständigkeitsgebieten bzw. Kassen mit hohem Anteil von Besserverdienern und mit niedrigem Anteil von Mitversicherten bzw. Zuständigkeitsgebieten bzw. Kassen mit hohem Anteil an Niedrigverdienern bzw. hohem Anteil an Mitversicherten ausgelöst. Insbesondere diese horizontale Umverteilung zwischen Kassen fordert die Hereinnahme der Disparitäten in die Kassen durch Fusionierung in der Fläche oder in der Höhe mit der Folge immer weiterer Zentralisierung zu einem Satellitenhaushalt des Bundes.

Die im Zuge der Einrichtung der Gesundheitsfonds von den Ländern, insbesondere Bayern vorgetragene Argumente zu den damit verbundenen unerklärten Finanzausgleichen zwischen den Ländern treffen zwar das richtige Thema der Liquidierung der für das Einkommensbeitrags- und Sachleistungssystem konstitutionellen räumlichen Verknüpfung und Körperschaftlichkeit der Sozialfonds – spricht aber mit den Ländern die falsche Ebene an. Die auf dieser Ebene nach 1992 verlorene Schlacht um eine Förderalisierung der Sozialversicherung bleibt verloren.

Der mittlerweile sozusagen nach jahrzehntelanger Tabuisierung wieder breit geführte Regionaldiskurs in der Gesundheitsversorgung ist auch allenfalls in dem von Professor Neubauer für die bayerischen Arbeitgeberverbände ausgedachten „Regionalen Gesundheits-Kombi“ Kranken-„Kassen“-Diskussion – wenn auch in pervertierter Form: Der Regionalaspekt soll hier nicht räumlich begrenzter Sozialfonds für die Gesundheitsreproduktion legitimieren, sondern die Beitragszahlung der Arbeitgeber fixieren und kassen- und damit teilweise regionsindividuelle dynamische Arbeitnehmerbeiträge etablieren – eine Art „Regionale Kopfpauschale“. Gleichzeitig hat die bayerische Sozialministerin Hadertauer der Stadt München untersagt, erhöhte Grundsicherungssätze wegen des dort hohen regionalen Preisniveaus zu zahlen.

Eine ähnliche Pervertierung erfährt der Regionalaspekt durch Professoren wie Rürup, Wille und Sinn. Während Wille und Rürup in einem Auftragsgutachten für die Bundesgesundheitsministerin Schmidt zur Krankenhausfinanzierung noch jeden Regionalaspekt der Sozialversicherung allgemein geradezu erregt verwerfen, plädiert Rürup als Wirtschaftssachverständiger für eine Absenkung der Sozialversicherung im Rentenbereich damit, dass sich das Bild von Gewinner- und Verliererregionen ebenso im Westen wie im Osten finde und daher eine generelle Höherberechnung der Ostrenten entbehrlich sei. Noch deutlicher wird Professor Sinn, der eine Anpassung der Hartz IV-Sätze nach unten in solchen Regionen fordert, die niedrigere Lebenshaltungskosten haben.

Neben dieser Tabuierung und Liquidierung der Regionaldimensionen, d.h. der Marktabgrenzung für Solidarfonds zugunsten einer Individualisierung der Krankenversicherung gibt es eine Surrogatform von Regionaldimensionen: Die bundesweit-zentralen Ersatzkassen richteten im Zuge der Gesundheitsreform des Jahres 1992 „Landesvertretungen“ ein, die die Gesamtheit der bundesweiten

Ersatzkassen bei landesbezogenen Vertragsverhandlungen gemeinschaftlich zu vertreten hatten.

Im Gefolge des Gesundheitsfonds wollen nun die Länder analog zur Krankenversicherung Bund als gemeinsamen Kassenverband nun 16 Krankenversicherungen Land als gemeinsame Kassenverbände gründen. Solche Hybrid-Gebilde ändern nichts an der vor allem über den Risiko- und Morbiditätsausgleich erfolgenden Individualisierung des Solidarmorbiditätsausgleichs.

Besonders interessant ist eine ganz andere Variante von „Regionalismus“ in der Gesundheitsversorgung: Eingeleitet mit dem Konzept „Regionaler Gesundheitskonferenzen“ einer Art gehobener Gesundheitsstammtische in NRW hat sich mittlerweile eine Doppelversion regionaler Gesundheitsaktivitäten entwickelt:

Die vom Bundesbildungsministerium geförderten „Gesundheitsregionen“, bei denen es darauf ankommt alle gesundheitswirtschaftlichen Potentiale von der Pharmaforschung bis zum Pflegenetz zu aktivieren und die eher aus dem Selbsthilfe – und Gesundheitsbewegungsbereich kommenden Regionalinitiativen. Interessanterweise hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 „Effizienzreserven“ erhöhter Regionalisierung entdeckt: „Koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug“ – vorgetragen von alten und neuen Namen wie Glaeske, Kuhlmeier, Rosenbrock und Wille.

10. Armut und Gesundheit versus „Gesundheits-Armut“

Seit eineinhalb Jahrzehnten gibt es in Deutschland einen gesundheitspolitisch-epidemiologischen Diskurs zum Thema Armut und Gesundheit der sich in jährlichen Kongressen zu diesem Thema präsentiert. Bestritten wird dieser Diskurs eher vom Rand- und Mittelbau der Gesundheitswissenschaften her – auch wenn ihm einige Public-Health-Professoren wie Badura und Rosenbrock und auch Lauterbach gelegentlich etwas Glanz verleihen.

Mit dem 2005er Gutachten und 2007er Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist dieser Diskurs nunmehr im Zentrum der Dauerlegitimation der Gesundheitsversorgung angelangt: gehaltvoller ist er dadurch nicht geworden. Dieser Diskurs, von spezialisierten Themen wie der medizinischen Versorgung von Obdachlosen oder Illegalen abgesehen kreist um die Banalität gesundheitlicher Ungleichheit, ihrer Erkrankungsformen und Beschreibbarkeit sowie den Möglichkeiten ihrer

Verminderung mal im Betrieb, mal in der Schule, mal zu Hause oder auch im Stadtviertel.

Auch wenn nicht vergessen werden darf, dass dieses Thema ein Kernthema der „Kritischen Medizin“ der 1960er und Folgejahrzehnte war, verbunden mit Namen wie Abholz, Deppe, v. Ferber, Jahn, Kühn, Mielk etc., sitzt er irgendwie dem Trugschluss auf, dass ausgerechnet „Gesundheit“ für alle zumindest als Krankenbehandlung gleich zugänglich und als Zustand gleichwertig sein soll – bei einer ansonsten in ihren allergrundsätzlichsten Grundsätzen auf Ungleichheit aufgebauten Gesellschaft samt Wirtschaft.

Eigentlich stellt sich die Frage, warum gerade in einer Phase, in der die Daseinsvorsorge im Bereich Gesundheit, die auf Ausgleich ausgelegt ist, in eine Wirtschaftsbranche und Steuerquelle einerseits, eine allenfalls Grundversorgung mit Pflegeanhang andererseits verwandelt wird, gesundheitliche Ungleichheit, sozusagen als Unterabteilung der Über-, Fehl- und Unterversorgungsdebatte thematisiert wird. In der politischen Kommunikation erhält diese Armut- und Gesundheits-Diskussion eine höchst beschönigende Funktion: Gäbe es etwa mehr „Gesundheit“, „Bildung“ etc. für alle, wäre alles gut.

Die Zweiklassenmedizinthese von Prof. Lauterbach und die Priorisierungsdebatte von Prof. Hoppe in der zweiten Hälfte der 2010er Jahre weisen hier bessere Erkenntniswege: Auch im Leistungsbereich Gesundheit, bei der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Alltagsfähigkeit und Wohlbefinden wurden die Gesetze der Verarmung, die Zwänge zur Vernutzung der Kräfte wirksam, nimmt „Gesundheits-Armut“ zu. Nicht ein „Zuwenig Gesundheit“ für Ärmere sondern eine „Zuviel Verarmung“ auch bei der Gesundheit ist das Problem.