

Gesundheitspolitik im Sommerloch

Noch vor der Sommerpause publizierte das Bundesamt für Statistik den klaren Befund, dass die Gesundheitskosten in der Schweiz mit einem Anteil von 10,7 % des Bruttoinlandproduktes in den letzten Jahren konstant geblieben sind. Die Mär von der „Kostenexplosion“ wird jedoch mitten im Sommerloch in einem FDP-Zwölfpunkteprogramm unverdrossen weiter verbreitet. Auch „Wettbewerb“ bleibt ein beliebter ideologischer Ladenhüter, auch wenn die Krankenkassen uns gleichzeitig vor Augen führen, wie dieser Wettbewerb sich für die „schlechten Risiken“ fatal auswirkt.

Fakt ist: Das Gesundheitswesen hat ein Finanzierungsproblem und nicht in erster Linie ein Ausgabenproblem, es gibt keine Kostenexplosion, hingegen zufolge Rückzug der öffentlichen Hand aus der Finanzierung eine Prämienexplosion.

Gegenüber dieser Binsenwahrheit verschliesst sich die FDP hartnäckig. Im kürzlich vorgestellten Zwölfpunkteprogramm wird von „Kostensteigerung“ geredet, welche auf die „Anspruchshaltung“ und die „Vollkasko mentalität“ zurückgeführt wird. In dieser Marktlogik wird so getan, wie wenn medizinische Leistungen ein Genuss wären, von dem die Patienten nicht genug bekommen können. Das ist schlicht absurd, wenn man bedenkt, dass diese medizinischen Leistungen neben den materiellen Kosten vor allem physische und psychische Belastungen verursachen. Entsprechend simpel ist das von der FDP vorgeschlagene Rezept: durch moralische Appelle an die „Selbstverantwortung“ und höhere Selbstbeteiligung sollen die PatientInnen vom „Genuss“ dieser Leistungen abgehalten werden. Aus meiner ärztlichen Erfahrung weiss ich, dass dies dazu führt, dass Konsultationen zu spät erfolgen und die verspätete Diagnostik unter Umständen negative Folgen auf den Heilungsverlauf hat.

Das Gerede von der „Anspruchshaltung“ wurzelt in der Grundannahme, dass Gesundheit eine marktfähige Handelsware sei. Diese Grundannahme ist u.a. aus folgenden Gründen falsch:

- 1) Gesundheit ist keine Ware, sondern ein lebensnotwendiges Gut, eine Bedingung zur Erreichung der Lebensziele. Als öffentliches Gut ist es vergleichbar mit der Atemluft, dem Trinkwasser, Bildung und Verkehr.
- 2) Auf Gesundheit kann nicht wie auf Konsumgüter verzichtet werden.
- 3) Krankheit ist ein von den Individuen nur sehr bedingt steuerbares Ereignis.
- 4) Krankheit führt subjektiv zu Gefühlen der Unsicherheit, Schwäche, Abhängigkeit und vor allem Angst.

Die behauptete „Konsumentensouveränität“ ist also eine Illusion und die Vorstellung, die PatientInnen könnten auf dem Markt uneingeschränkt eigenverantwortlich handeln, ist unsinnig. Der Mainstream-Ökonom Joseph Stiglitz (Nobelpreisträger 2001) schreibt denn auch: „Märkte sind nicht effizient, wenn Information unvollständig ist, also eigentlich immer. Die unsichtbare Hand des Marktes ist vor allem deswegen unsichtbar, weil es sie nicht gibt“ (1).

Und der Ökonomie Kenneth Arrow, Nobelpreisträger 1972, stellte 1963 die These auf, dass sich die medizinische Versorgung nicht marktmässig organisieren lasse, weil Krankheit ein für den Einzelnen weder kalkulierbares noch vorhersehbares Risiko darstelle (2). Vor der neoliberalen Wende war es denn Teil des gesellschaftlichen Kräftegleichgewichts, dass öffentliche Spitäler und die soziale Krankenversicherung gleiche Behandlungschancen für alle im Krankheitsfall garantieren sollten. Jetzt steht die Demontage dieser sozialen Errungenschaft der ArbeiterInnenbewegung auf der Agenda.

Dass „Wettbewerb“ und „Privatisierungen“ nun alles richten sollen, wird von allen bürgerlichen Parteien gebetsmühlenartig wiederholt. Wie irrational dies ist, zeigt schon ein Blick auf das US-Gesundheitssystem, welches am meisten dereguliert, mit fast 14 % BIP-

Anteil aber das teuerste der Welt – und gleichzeitig bezüglich Versorgungsqualität (gemessen an Indikatoren wie Säuglingssterblichkeit, Lebenserwartung etc) eines der schlechtesten der industrialisierten Länder ist.

Die Folgen des Wettwerbs lassen sich bei den Krankenkassen drastisch vor Augen führen. Sog. Billigkassen für „gute Risiken“ (sprich: Junge und Gesunde) sind nun nach versicherungsrichterlichem Entscheid zulässig, was die Aufkündigung der Solidarität und des Ausgleichs zwischen den Generationen und zwischen Kranken und Gesunden bedeutet. Auch der bürgerliche Vorschlag einer separaten Pflegekostenversicherung für die Senioren läuft auf eine Desolidarisierung hinaus.

Einen noch fundamentaleren Angriff auf das Solidarprinzip der Krankenversicherung hat die SVP mit der angekündigten Initiative zur Aufspaltung des Leistungskatalogs gestartet. Man wartet nun seit längerem gespannt auf die Negativliste von medizinischen Leistungen, welche „verzichtbar“ sind und zu einer Prämieinsparung von 20 % führen würden. Die Diskussionen in Deutschland, wo ähnliche Bestrebungen bestehen, haben gezeigt, dass es aus medizinischer Sicht kein rationales Kriterium für die Definition etwa von „lebensnotwendigen“ Leistungen gibt, weshalb diese Modelle wieder aufs Eis gelegt wurden. Toni Bortoluzzi und seine Mannen schweigen sich denn auch bisher beharrlich darüber aus, welche Leistungen „verzichtbar“ sind. Aus Umfragen ist bekannt, dass ein breiter Leistungskatalog der Grundversorgung einem hoch gewichteten Bedürfnis entspricht, weshalb die SVP-Initiative zu einem Rohrkrepiere werden könnte.

Zunehmende Macht der Krankenkassen und der Privatassekuranz

Die Krankenkassen erhalten durch Oligopolbildungen eine immer dominierendere Stellung. Im stationären Bereich sollen sie durch den Wegfall der direkten kantonalen Subventionen (monistische Finanzierung) grössere Einflussmöglichkeiten auf die Spitäler bekommen, im ambulanten Bereich sogar auf die Auswahl der ärztlichen Leistungserbringer, falls der Kontrahierungszwang fällt, was bei den bürgerlichen Parteien beschlossene Sache scheint. Ein noch weitergehender Rückzug der öffentlichen Hand aus der Gesundheitsversorgung durch Verselbständigung oder Privatisierung der Spitäler wird die rentablen Bereiche der Privatassekuranz öffnen und im Bereich der Grundversicherung zu Qualitätsabbau führen, wie die Erfahrungen in deregulierten Versorgungssystemen in den USA und in anderen Ländern zeigen.

Alternativen

Neue Finanzierungsformen sind unabdingbar, wobei Umverteilung angesichts der aktuellen unsozialen Lastenverteilung unvermeidlich ist – 2/3 der Kosten werden von den Haushalten, vor allem über die unsozialen Kopfprämien finanziert.

Die SP hat mit ihrer Initiative zur Einführung einkommens- und vermögensabhängiger Prämien ein wichtiges Eisen im Feuer der aktuellen Debatte. Allerdings ist es ein offenes Geheimnis, dass der blairistische Flügel der Partei die Initiative am liebsten gegen Zugeständnisse bei der KVG-Revision zurückziehen würde. Der bürgerliche „Vorwurf“, der „versteckten Reichtumssteuer“ hat seine Wirkung schon getan.

Die Zerrissenheit der SP in gesundheitspolitischen Fragen zeigt sich auch darin, dass es im Kanton Solothurn der SP-Regierungsverteter ist, welcher die Privatisierung des Kantonsspitals vorantreibt.

Die Desolidarisierung durch die nun zu erwartende Flut von Billigkassen und die sich abzeichnende Monopolstellung der Krankenkassen in der Gesundheitspolitik sollten Anlass sein, über eine Initiative zur Einführung einer öffentlichen, demokratisch kontrollierten Einheitskasse nachzudenken. Dass die eidgenössische SUVA als schwerfälliger, bürokratisierter Koloss mit Tendenz zum Sozialabbau als Vorbild eben gerade nicht in Frage kommt, müsste in die Planung einer Initiative einfließen.

Krankheit ist eine existentielle Erfahrung und die Vorstellung, dass die Chancengleichheit bei der medizinischen Versorgung immer mehr in Frage steht, ist unerträglich. Der Kampf um den Erhalt eines leistungsfähigen Service Public und gegen Privatisierung und Zweiklassenmedizin kann deshalb mit breiter gesellschaftlicher Akzeptanz rechnen.

Christian Jordi

(1) Financial Times Deutschland, 13.5.02

(2) Arrow, K.J.: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care