

SÜDWESTRUNDFUNK

SWR2 AULA – Manuskriptdienst

Erste Hilfe gesucht Ist das Gesundheitssystem noch zu retten?

Autor und Sprecher: Professor Wolfgang U. Eckart *
Redaktion: Ralf Caspary
Sendung: Sonntag, 9. Januar 2011, 8.30 Uhr, SWR 2

Bitte beachten Sie:

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

Mitschnitte auf CD von allen Sendungen der Redaktion SWR2 Wissen/Aula (Montag bis Sonntag 8.30 bis 9.00 Uhr) sind beim SWR Mitschnittdienst in Baden-Baden für 12,50 € erhältlich.

Bestellmöglichkeiten: 07221/929-6030

Kennen Sie schon das neue Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem kostenlosen Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert. Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder swr2.de

SWR 2 Wissen können Sie ab sofort auch als Live-Stream hören im SWR 2 Webradio unter www.swr2.de oder als Podcast nachhören: <http://www1.swr.de/podcast/xml/swr2/wissen.xml>

Ansage:

Mit dem Thema: „ Erste Hilfe gesucht - Ist das Gesundheitssystem noch zu retten?“

Würde man unserem Gesundheitsminister diese Frage stellen, er würde sie mit Ja beantworten und sich gleichzeitig zum Retter stilisieren. Seit dem 1. Januar 2011 ist Röslers Reform in Kraft getreten, er selbst hält sie für einen Meilenstein, andere eher für einen unnötigen Stolperstein.

Zu diesen Kritikern zählt auch Wolfgang U. Eckart, Professor für Medizingeschichte an der Universität Heidelberg. Er sagt: Diese Reform antwortet nicht auf angemessene Weise erstens auf den demografischen Wandel und zweitens auf die permanente Steigerung der Kosten für Medikamente und ärztliche Behandlung.

In der SWR2 AULA zeigt Eckart, warum die jüngste Gesundheitsreform misslungen ist, gleichzeitig beschreibt er die Entstehung des deutschen Gesundheitssystems.

Wolfgang U. Eckart:

Ein sonderbarer Begriff prägte in den vergangenen Monaten die öffentliche Debatte um Finanzierungsprobleme der medizinischen Versorgung der deutschen Bevölkerung: die **Gesundheitsreform**. Wir haben uns schon so sehr an diesen Begriff gewöhnt, – er war 1988 Wort des Jahres, 1996 Kandidat für das Unwort des Jahres –, dass wir gar nicht mehr hinterfragen, was den dieses sonderbare Wortgebilde eigentlich ausdrücken möchte. Ist denn **Gesundheit** als Beschreibung eines Zustandes körperlicher Verfasstheit – oder gar als Wert schlechthin – überhaupt ein reformierbares Gebilde? Kann man ihm auf dem Wege einer geregelter Neuordnung, nichts anderes meint der Begriff der Reform, neue Eigenschaften zuweisen, die kurzfristig diese Zustandsbeschreibung des Körperlichen in seiner organischen und gesellschaftlichen Situation verändern und neu definieren?

Selbstverständlich meint **Gesundheitsreform** einen solchen Versuch auch gar nicht, sondern steht lediglich für die verfehlte Bezeichnung eines ganz anderen Vorhabens, nämlich das einer *Finanzierungsreform des Gesundheitswesens*. Gleichwohl machen sich wortschöpferische Fehlleistungen dieser Art immer verdächtig; gerade weil sie Vorhaben hinter Begriffen verstecken, die in ihrer Einfachheit scheinbar eingängig sind. Ist doch Reform anders als Revolution in unserem Verständnis von vorn herein ebenso positiv konnotiert wie Gesundheit.

1. Was heißt Gesundheit?

Ein Blick auf die Geschichte des Begriffs „Gesundheit“, auf das staatliche Bemühen um seine Absicherung und auf Versuche, diese Absicherung auch finanzieren zu können, lohnt also allemal. Im Folgenden soll daher genau diesen Problemen nachgegangen werden, um abschließend noch einmal hinterfragen zu können, was „Gesundheitsreform“ heute bedeutet und welche staatlichen Schritte einer Finanzierungsreform des Gesundheitswesens oder staatlicher Gesundheitsfürsorge angemessen sein könnten.

Folgen wir der in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946 festgelegten Definition von „Gesundheit“, so ist darunter ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ zu verstehen. „Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes“, so heißt es in der Definition weiter, „bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“.

Eine solch weitgehende Definition von Gesundheit, die der vollständigen Abwesenheit körperlicher Störungen oder Gebrechen auch noch geistiges und soziales Wohlergehen zugesellt, ist älteren Bestimmungen des Begriffs Gesundheit fremd. Noch in der Mitte des 19. Jahrhunderts ist Gesundheit ganz funktionalistisch vor allem ein durch „keine Abweichung gestörter Zustand des Lebens und Körpers“ zu verstehen, „wobei nicht nur alle körperlichen und geistigen Verrichtungen gehörig

vor sich gehen, sondern sich dieses auch durch ein Gefühl des Wohlbehagens“ ankündigt.

2. Gesundheit und Staat

In der westlichen Kulturwelt bemächtigt sich der Staat auf dem Wege von Verordnungen und Gesetzen etwa seit dem 16. Jahrhundert der Gesundheit als Deutungs- und Ordnungsmacht. Zwar hat es auch früher von der Antike bis ins Spätmittelalter solche Einflussversuche gegeben. Gesundheit als Staatsziel jedoch ist erst ein Produkt des Absolutismus. Dies erklärt etwa der Heidelberger Hofarzt Joachim Struppius in seiner 1573 veröffentlichten *Nützlichen Reformationen zu guter Gesundheit und Christlicher Ordnung*. Medizin, so Strupp, bemühe sich in erster Linie darum, dass der geistlichen und weltlichen Herrschaft "die Leiber ihrer Unterthanen [...] gesund und leiblich erhalten werden", damit diese "der eigenen Haushaltung, nötige Arbeit und Geschäfte besser zu verrichten" in die Lage versetzt würden. Seien doch die "Leiber" der Untertanen die wichtigsten "Fundamenta und Seulen aller menschlichen Handlungen und Gewerben". Medizin dient der Gesunderhaltung der Untertanen, aber sie ist auch Instrument staatlicher Prosperität.

Im Aufgeklärten Absolutismus des 18. Jahrhunderts wird der Medizin gar die Rolle einer herausragenden Staatsdienerin, einer Wächterin über die allgemeine Gesundheit, Mehrerin des gemeinen Wohls und gesundheitspädagogische Erzieherin des Volkes zugewiesen. Die Zentralbegriffe der Zeit, nämlich der der "Medicinischen Policey" und der einer "Staatsarzneykunde" verdeutlichen die Option einer Gesundheitspflege und sozialen Fürsorge, die auch den letzten Untertanen noch erreichen sollte. Die theoretische Grundlegung der "Medicinischen Policey" erfolgte gegen Ende des 18. Jahrhunderts durch den Pfälzer Johann Peter Frank. Die Aufgabe des Arztes, so Franck, bestehe vor allem darin, als Diener des gesundheitlichen Gemeinwohls, den aufgeklärten Herrscher von der Notwendigkeit einer zentralisierten öffentlichen Gesundheitspflege zu überzeugen, die allen Untertanen gleichmäßig zukommen sollte, und zugleich der Bevölkerung, ganz im Sinne der Aufklärung, Gesundheitserziehung zu bringen.

3. Von der gescheiterten Revolution zur Sozialreform

In ein gänzlich neues Verhältnis zwischen Staat, Patient und Staatsökonomie führt die Kritik an der kameralistischen Medizinalverwaltung – insbesondere Preußens – in der Zeit des Vormärz und der Revolution von 1848. Waren die Ärzte bis dahin ganz in den Dienst des Staates zum Zwecke der aufgeklärt effektiveren Ausbeutung ihrer Patienten für den Herrscher und seinen ökonomisch-militärischen Machtapparat genommen worden, so verstehen sich die radikal-liberalen unter Ihnen nun als Anwälte ihrer Patienten nicht nur in körperlicher, sondern auch in sozialer Hinsicht. Nun endlich, so ihre Forderung, müsse der Staat seine gesundheitlichen Verpflichtungen gegenüber den Untertanen anerkennen und wahren. In der Paulskirche soll das Recht auf Gesundheit gar in den Verfassungskatalog des neuen bürgerlich-demokratischen Staates aufgenommen werden.

„Die Medicin“, so formulierte Rudolf Virchow radikal-liberal am 4. August 1848, „ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medicin im Großen“ – Dies war kein forscher Wahlkampfsspruch, sondern eine Forderung mit klaren Konsequenzen: "Es genügt also nicht“, fuhr Virchow fort, „dass der Staat jedem Staatsbürger die Mittel zur Existenz überhaupt gewährt, dass er daher jedem,

dessen Arbeitskraft nicht ausreicht, sich diese Mittel zu erwerben, beisteht; der Staat muss mehr thun, er muss jedem soweit beistehen, dass er eine gesundheitsgemäße Existenz habe. Das folgt einfach aus dem Begriff des Staates“.

Letztlich ist es jedoch nicht die Bürgerliche Revolution von 1848/49, die soziale Rechte für Kranke und Gesunde umsetzt, sie scheitert, sondern das Kaiserreich zwölf Jahre nach seiner Gründung in Versailles (1871) in der durchaus vorbildlichen und international bis heute beispielhaften Sozialgesetzgebung seines Kanzlers Bismarck. Es handelte sich hierbei um drei gesetzliche Neuerungen: 1883 das **Gesetz zur Krankenversicherung**, 1884 das Gesetz über die **Unfallversicherung** und 1889 das **Alters- und Invalidenversicherungsgesetz**.

Das uns heute interessierende Gesetz zur Krankenversicherung des Jahres 1883 schuf unsere Ortskrankenkassen und legte die Versicherungsleistungen zu zwei Dritteln auf die Schultern der Arbeiter und zu einem Drittel auf die der Unternehmer. Darüber hinaus wurde den gewerblichen Arbeitern in den ersten 13 Wochen der Arbeitsunfähigkeit vom dritten Krankheitstag an eine Beihilfe gewährt. Eine Ausweitung dieser Regelung auf alle Arbeiter erfolgte 1911. Die so geschaffene und in den Grundzügen noch heute existierende gesetzliche Krankenversicherung ist Teil des Solidarsystems. Gesetzliche Grundlage ist heute das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs.

Anders als in der privaten Krankenversicherung, zahlen alle Versicherten solidarisch gleichermaßen, egal ob sie alt oder jung, dauerhaft krank oder gesund sind. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Beitragssatz staatlich vorgegeben. Er ist nicht risikoabhängig, sondern auf das Einkommen oder die berufliche Stellung bezogen. Die gesetzliche Krankenversicherung ist umlagefinanziert (es werden keine Rückstellungen für die höheren Kosten älterer Versicherter gebildet) und sie ist nicht demographiesichert (die Alterung der Bevölkerung führt zu tendenziell immer höheren Beitragssätzen). Damit ist die Krankenversicherung stets an Größe und Zahlungsfähigkeit der Solidargemeinschaft, also letztlich an die konkrete Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft gekoppelt.

Und hier liegt der Hase im Pfeffer, denn die finanzielle Basis der Krankenversicherung ist einerseits durch den demographischen Wandel, die Alterung unserer Gesellschaft also, die Abnahme der Kinderzahlen und die prozentuale Zunahme der Zahl der Nichterwerbsfähigen und andererseits durch die seit Jahrzehnten herrschende Massenarbeitslosigkeit gekennzeichnet. Hinzu kommt als weiterer ökonomischer Faktor die massive Steigerung von Kosten im Gesundheitswesen auf allen Ebenen. Diesen Entwicklungen versucht der Gesetzgeber seit nunmehr vier Jahrzehnten durch sogenannte Gesundheitsreformen gegen zu steuern.

4. Gesundheitsreformen – eine endlose Geschichte

Als Gesundheitsreform werden in Deutschland gesetzliche Eingriffe in die Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung bezeichnet. Ihr Ziel ist eine kurzfristige Veränderung der Finanzierung medizinischer Leistungen. Die Förderung präventiver Ansätze zur Verhinderung krankheitsbedingter Kosten spielte bei bisherigen Gesundheitsreformen eine geringe Rolle, da spürbare Ersparnisse erst nach mehreren Legislaturperioden einsetzen würden. Insofern wäre der Begriff *Finanzierungsreform im Gesundheitswesen* in der Sache präziser. Solche Reformen

dienten in den vergangenen vier Jahrzehnten meist der Stabilisierung des Beitragssatzes und waren in der Regel mit Einschränkungen der Leistungen, Erhöhung der Zuzahlungen an die Versicherungen und Änderungen in der Bezahlung der Leistungserbringer verbunden. Beitragsänderungen wirken sich auf die Lohnnebenkosten der Arbeitgeber und auf die Lebenshaltungskosten der Versicherten aus. Erinnerung sei hier nur knapp an die wesentlichen Meilensteine der Gesundheitsreformen in der Bundesrepublik seit den 1970er Jahren. So etwa an die

- Kostendämpfungsgesetze der Jahre 1977 und 1982, in denen erstmals **Arznei- und Heilmittel-Höchstbeträge** und **Leistungsbeschränkungen** festgelegt, Bagatell-Medikamente nicht mehr bezahlt und Zuzahlungen pro Arznei-, Verbands- und Heilmittel eingeführt wurden;
- an das Gesundheitsreformgesetz von 1989 unter Norbert Blüm CDU, das etwa die Einführung einer „**Negativliste**“ für unwirtschaftlich beurteilte Medikamente brachte, zur Einführung von Festbeträge für Arzneimittel und einer höheren Rezeptgebühr für Arzneimittel führte;
- an die Gesundheitsreformgesetze der Jahre 1993-2002 der Minister Seehofer, Dreßler und Schmidt mit der **Einführung der Budgetierung** im Gesundheitsstrukturgesetz des Jahres 1993, das empfindliche Zuzahlungen für die Versicherten mit sich brachte;
- an die weiteren **Budgetverschärfungen** besonders unter Ulla Schmidt im Beitragssicherungsgesetz des Jahres 2002;
- an das „Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ des Jahres 2003 mit der Streichung des Entbindungs- und Sterbegeldes und der Einführung einer sogenannten **Praxisgebühr**. Vor allem aber sollte dieses Gesetz der Regierung Schröder im Rahmen der Agenda 2010 den inzwischen auf 14,4 % gestiegenen Durchschnittsbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung auf etwa 13 % des Einkommens zurückführen, um so erstmals die Lohnnebenkosten zu senken. *De facto* markierte das Gesetz den verhängnisvollen Einstieg in die Schwächung des **Dualitätsprinzips** und des **Solidaritätsprinzips** in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Bilanz all dieser Reformansätze ist katastrophal, weil sie auf die Grundprobleme der Finanzierungsschwierigkeiten im Gesundheitswesen, den demographischen Wandel, massive Kostensteigerungen im Gesundheitswesen auf der Seite der Pharmaproduzenten und Leistungsanbieter (Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeanbieter) und auf die hohe Arbeitslosenzahlen letztlich keinen nachhaltigen Einfluss nehmen konnten. Dem demographischen Wandel wurde so gut wie keine Aufmerksamkeit gezollt, eine wirkliche Kostenkontrolle pharmazeutischer Produkte und anderer Heilmittel war gegen die starke Lobby der Industrie unmöglich, der Kostensteigerung bei den ärztlichen Anbietern konnte aufgrund einer standhaften ärztlichen Interessensvertretung und der Macht der Leistungsanbieter im Krankenhausbereich kein Einhalt geboten werden. Aber auch am Gesundheitsverhalten und an der stetig steigenden Leistungserwartungshaltung der Versicherten wurde nicht wirklich gearbeitet. Insgesamt mangelte es allen Gesundheitsreformansätzen an der gesamtgesellschaftlichen Einbettung der Maßnahmen, am Mut zur Durchsetzung langfristiger Perspektiven vor dem Hintergrund dramatischer gesellschaftlicher Wandlungsprozesse auch gegen massive Widerstände. Jede der genannten Reformen war angetreten zum „Großen Sprung“, und alle ver stolperten im Bodengestrüpp des Lobbyismus oder endeten bei großer Kurzatmigkeit in kleinen Schritten.

5. Gesundheitsreform und soziale Gerechtigkeit heute?

Vor diesem Hintergrund trat die amtierende Bundesregierung an, die Gesundheitsfinanzierung grundlegend zu ändern und scheiterte ebenso kläglich wie ihre Vorgängerinnen. Am 11. November 2010 hat der Bundestag dem "Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung" (GKV-Finanzierungsgesetz) zugestimmt. Mit dieser Reform sollte ein Milliarden-Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung verhindert, ein „fares und stabiles Gesundheitssystem“ auf für künftige Generationen geschaffen und das gesamte Gesundheitsversicherungssystem „dauerhaft auf ein solides Fundament gestellt“ werden. Zugleich ging es dem Gesetzgeber um die Schaffung nachhaltiger „Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb“ im Gesundheitssystem, der letztlich „zu mehr Qualität und Effizienz“ führen sollte.

Diesem gewaltigen Anspruch auf Nachhaltigkeit allerdings kann die am 1. Januar 2011 in Kraft getretene „Gesundheitsreform“ auch nicht annähernd gerecht werden, denn ihr eigentliches Ziel ist nicht die Sicherung einer angemessenen, gerechten und solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung, sondern scheinbar in erster Linie die „Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten und damit Sicherung von Arbeitsplätzen in Deutschland“. So kann man es deutlich auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit nachlesen. Ihr tatsächliches Ziel ist also nicht auf die Versorgungsinteressen der gesetzlich Versicherten, sondern auf die Lohnnebenkostenreduzierung der Arbeitgeber gerichtet.

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung steigen im kommenden Jahr von 14,9 auf 15,5 Prozent. Die Arbeitnehmer zahlen 8,2 Prozent von ihrem Bruttolohn. Die Arbeitgeber tragen 7,3 Prozent. Ihr Anteil wird künftig eingefroren, der Anteil der Arbeitnehmer bleibt nach oben flexibel. Das bedeutet, dass künftige Kostensteigerungen allein von den Arbeitnehmern bezahlt werden. Die Kosten aber, und mit ihnen die Beiträge, werden mit Sicherheit steigen. Die Kassen können individuell Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern verlangen, wenn sie mit dem Geld aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen. Die Zusatzbeiträge werden allein von den Versicherten bezahlt, und sie sollen auch nicht mehr nach oben hin begrenzt sein und unabhängig vom Einkommen erhoben werden.

Der Verband der Ersatzkassen begründet dies mit den Ende Oktober von Schwarz-Gelb beschlossenen Änderungen an der Gesundheitsreform: Die rund 150.000 niedergelassenen Ärzte sollen zur ohnehin eingeplanten Honorarerhöhung von einer Milliarde noch einmal rund 120 Millionen Euro dazu bekommen, die Kliniken 400 Millionen Euro und die Zahnärzte etwa 27 Millionen Euro. Diese zusätzlichen Ausgaben müssen nun allein die Versicherten aufbringen. Hinzu kommen zusätzliche Belastungen, so etwa die Praxisgebühr, die bei der Inanspruchnahme verschiedener Fachärzte schnell zu Buche schlägt.

Und die Preiskontrolle pharmazeutischer Produkte? Hier soll das „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung“, – eine „große politische Botschaft“, so Gesundheitsminister Philipp Rösler am 9. Juli 2010 vor dem Deutschen Bundestag, – „drei wesentliche Ziele verfolgen“: „Wir wollen den Zugang der Patientinnen und Patienten zu den bestmöglichen Medikamenten auch in Zukunft garantieren [...]. Wir wollen die damit einhergehenden Kosten besser kontrollieren [...]. Wir wollen den Mittelstand stärken.

[...] Wir leisten damit unseren Beitrag zu Wachstum und Beschäftigung auch und gerade in der Gesundheitswirtschaft“. Tatsächlich aber wird der Preisgestaltung der Pharmaindustrie auch für die Zukunft kein wesentliches Hindernis in den Weg gelegt. Milliarden könnten eingespart werden, wenn dem Preismonopol der Pharmaindustrie endlich Einhalt geboten würde, wenn eine effektive Kontrolle von Nützlichkeit, Wirkungseffektivität und Preisgestaltung politisch gegen die starke Pharma-Lobby endlich gestaltet und eine bereinigte Liste der Pharmaprodukte auf der Basis identischer Wirkstoffe endlich zur Verschreibungsmesslatte erhoben werden würde.

In der Kostenentwicklung der pharmazeutischen Produkte müssen wir im Moment von einer Preissteigerung von etwa 4,8 % pro Jahr ausgehen. Vergleicht man die Medikamente auf dem deutschen Markt, die noch patentgeschützt sind, etwa mit denen in Schweden, so sind die deutschen annähernd 50 Prozent teurer, bei patentungeschützten Präparaten, bei den Generika also, liegt der Teuerungsunterschied gar bei annähernd 100 Prozent. Allein in diesem Bereich wären gewaltige Kostenreduzierungen im Gesundheitssystem möglich. Diese fette Wiese aber zu mähen, wagt die derzeitige wirtschaftsliberale Bundesregierung nicht.

6. Pflegedefizite in einer alternden Gesellschaft

Unsere Gesellschaft altert, nicht dramatisch, aber stetig. Dies bedeutet, dass immer mehr alte Menschen pflegebedürftig werden. Wie Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes zeigen, könnte durch den absehbaren demografischen Wandel in Deutschland die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,2 Millionen im Jahr 2007 auf 2,9 Millionen im Jahr 2020 und etwa 3,4 Millionen im Jahr 2030 zunehmen. Der Anstieg bis zum Jahr 2020 dürfte somit 29 % und bis 2030 rund 50 % betragen. In einer langfristigen Betrachtung bis zur Jahrhundertmitte müssen wir mit einer Verdopplung der Zahl der Pflegebedürftigen auf dann 4,5 Millionen rechnen.

Es ist bestürzend, dass gerade in diesem zentralen Bereich der zu erwartenden Kostenentwicklung im Gesundheitssystem die sogenannte Jahrhundertreform des Gesundheitssystems überhaupt nicht greift. Das von der Bundesregierung beschlossene Finanzierungskonzept wird durch Einsparungen in der Krankenhausfinanzierung schon mittelfristig neue Löcher in die Patientenversorgung reißen. Und diese Einsparungen werden nach einem Personalabbau im Pflegedienst von etwa 50.000 Stellen allein in den vergangenen zehn Jahren zu weiteren Stellenreduzierungen im Pflegebereich führen. Der bereits existierende Pflegenotstand wird sich drastisch verschärfen.

Eine Gesundheitsreform aber, die diesen Namen verdient, muss vorrangig den Pflegenotstand angehen, das alarmierendste Signal des demographischen Wandels, und in diesem Zusammenhang endlich ein bundeseinheitliches Personalbemessungssystem schaffen.

7. Was ist zu tun?

Wir werden wohl in kurzer Zeit schon erleben, dass sich auch die 2010 beschlossene Gesundheitsreform als viel zu kleines Reförmchen erweist und zu einer Flut gesetzlicher Nachbesserungen führt. Wo aber müsste eine intelligente und nachhaltige Finanzierungsreform des Gesundheitssystems angreifen? Hier ist zwischen lang- und kurzfristigen Maßnahmen zu unterscheiden.

Langfristig muss endlich über mehr Gesundheitsbildung in unserem Staat nachgedacht werden. "Bildung, Wohlstand und Freiheit", hat schon der Sozialreformer und Sozialmediziner Rudolf Virchow im 19. Jahrhundert auch für unsere Situation treffend formuliert, "sind die einzigen Garantien für die dauerhafte Gesundheit eines Volkes". Gerade in die **Gesundheitsbildung** zu investieren, ist sowohl akut fürsorgliche als auch nachhaltig nationalökonomische Aufgabe des Staates. Dies aber lässt sich nicht durch bunte Anti-Aids-Plakate der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erledigen. Gesundheitliche Aufklärung liegt im Interesse staatlicher Gesundheitspolitik. Sie soll in Deutschland als eine übergreifende Daueraufgabe von allen staatlichen Ebenen unter Einbindung der Betroffenen durchgeführt werden. Dies aber ist ein unverzichtbarer Bildungsauftrag. Gesundheitserziehung gehört in die Kindergärten, in die Grund- und Hauptschulen, an die Berufs- und Fachschulen, an die Gymnasien und auch deutlich besser gefördert in die Erwachsenenbildung. Wir reden viel über beschämende Bildungspaketchen etwa in der Hartz IV-Versorgung. Über eine nachhaltige Gesundheitsbildung an unseren Schulen aber redet niemand.

Nachhaltige Maßnahmen zur Kostenreduzierung im Gesundheitssystem müssen endlich auch den demographischen Wandel berücksichtigen. Dies aber erfordert Mut, denn hier sind Lastenumverteilungen notwendig. Jedes Kind ist eine bedeutende Zukunftsinvestition in unseren Staat. Kinder sichern als zukünftige solidarische Beitragszahler unsere Renten ebenso wie unsere Gesundheitsversorgung. Warum aber wagen wir es nicht, diesen wichtigen Beitrag zur Zukunftssicherung der Gesellschaft deutlich über das Kindergeld hinaus zu gratifizieren? Jedes Kind muss für die Mutter oder für die Familie etwa zu einer deutlichen Beitragsreduktion in der Gesundheitsversicherung führen. Eine Berücksichtigung des demographischen Wandels in einer älter werdenden Gesellschaft sollte sich auch in der Basisfinanzierung des Gesundheitssystems niederschlagen. Hier muss über eine Ergänzung der bisherigen Umlagefinanzierung nachgedacht werden. Sie muss durch gleichlaufende Kapitalbildungsmaßnahmen ergänzt werden, die durch dynamische, gewinnbemessene Arbeitgeberbeiträge und einen flexiblen Arbeitnehmerbeitrag in Abhängigkeit von der Kinderzahl und Einkommen realisiert werden könnten.

Auch die Behebung des Pflegenotstandes und die langfristige Sicherung besonders der Altenpflege in unserer Gesellschaft sind dringende Aufgaben einer intelligenten und nachhaltigen Gesundheitsreform. Einsparungen in der Krankenhausfinanzierung dürfen sich gerade auf die Pflege nicht nachteilig auswirken, sondern müssen bei den maßlos überhöhten Diagnose- und Therapiekosten ansetzen. Die Privatisierungswelle in der Krankenhausversorgung, die dramatisch auch auf die Universitätsklinik übergreift, hat erheblich zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen beigetragen. Hier kann durchaus ohne Minderung des Leistungsangebots gespart werden. Auch an eine Senkung und Regulierung überhöhter Chefarztgehälter ist zu denken, während Lohnsteigerungen im Pflegebereich und bei Assistenzärzten dringend notwendig sind. Erstaunlich ist auch, wie wenig darüber reflektiert wird, dass die inzwischen eingeleitete Abschaffung der Wehr- und Ersatzdienstpflicht, den gesamten Pflegebereich katastrophal schwächen wird. Die Einführung eines sozialen Pflichtjahres für alle 18-Jährigen könnte hier Abhilfe schaffen und zugleich das Bewusstsein für das Solidarprinzip unserer Gesellschaft schärfen.

Kostenreduzierung in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem bedeutet auch den Verzicht auf radikalliberalen Wirtschaftsprotektionismus. Pharmazeutische und Gesundheitsmittel produzierende Unternehmen, die in unserem Marktssystem gewinnorientiert wirtschaften wollen, müssen auch Beiträge zur Sicherung des Gesundheitssystems leisten, die über ihre Steuerleistungen hinausgehen und sich prozentual etwa am Jahresgewinn der Unternehmen bemessen könnten. Dies wäre recht und billig in einer Gesellschaft, die so stark auf den Gesundheitsmarkt fixiert ist wie die unsere. Gesundheitsprodukteanbieter wecken und steuern hohe Verbrauchererwartungen und gestalten nahezu unabhängig die Preise ihrer Produkte. Infolge dessen sind sie in diesem Bereich auch solidarisch gemeinverpflichtet.

Kurzfristige Maßnahmen zur finanziellen Sicherung des Gesundheitssystems liegen auf der Hand. Wenn sich unser Gemeinwesen darauf verpflichtet hat, den Zusammenhang von Krankheit und sozialer Lage zu berücksichtigen, bedeutet dies im Sinne des Solidarprinzips automatisch Fürsorgefinanzierung für die Schwachen der Gesellschaft durch die wirtschaftlich Stärkeren. Gerade hier aber versagt die aktuelle Gesundheitsreform. Jede Lastenumverteilung von der profitorientierten Gesundheitsindustrie auf die Schultern der Schwachen bedeutet soziale Ungerechtigkeit. Arbeitsplatzsicherung unter dem Damoklesschwert einer asozialen Lohnnebenkostenreduktion ist ein Indikator für den Abschied vom gesellschaftlicher Solidarität und den Beginn sozialer Desintegration, für mehr Krankheit und früheren Tod. Konkret bedeutet dies: Radikale Preiskontrolle aller Pharmaprodukte und Heilmittel durch den Staat und die Wiederherstellung eines gerechten Dualitätsprinzips zwischen Arbeitgebern und Pflichtversicherten. Zur Wiederherstellung des Solidaritätsprinzips in der Gesundheitsfinanzierung gehört auch ein einkommens- und kapitalgestaffelter Investitionsbeitrag aller Erwerbsfähigen und Besitzenden, die nicht gesetzlich versichert sind. Ein solcher Schritt würde nicht zuletzt einen ersten Beitrag zur Wiederherstellung der Behandlungsgleichheit zwischen Pflicht- und Privatversicherten darstellen.

Auf dem Gebiet der Gesundheitsleistungen sind vergleichbare Maßnahmen erforderlich. So muss der dramatischen Kostensteigerung im Bereich der privatisierten Krankenhausversorgung dringend Einhalt geboten werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die zunehmenden Privatisierungstendenzen im Bereich der medizinischen Maximalversorgung der Universitätsmedizin. Hier ist die besondere Aufsichts- und Fürsorgepflicht des Staates geboten, wenn der explosiven Leistungskostenentwicklung Einhalt geboten werden soll. Gesellschaftlich finanzierte Infrastruktur im Bereich der Universitätsmedizin darf nicht durch Privatisierung zur zügellosen Profitmaximierung von Krankenhausunternehmen führen.

Kostenreduzierung in einem solidarischen Gesundheitsversorgungssystem bedeutet aber auch ein verschärftes Maß an Solidarität auf der Ebene der Leistungsnehmer. Jeder, der einer medizinischen Versorgungsleistung bedarf, soll sie im Sinne des solidarischen Fürsorgeprinzips auch ungeschmälert bekommen. Lebensleistung in einer solidarischen Gemeinschaft allein aber berechtigt nicht zum unkontrollierten und zügellosen Bezug medizinischer Leistung. Ein fairer Generationenvertrag gilt nicht nur von Jung nach Alt, sondern auch umgekehrt. Alter enthebt nicht gesellschaftlicher Mitverantwortung in der Gesundheitsfinanzierung. Für unsere Krisensituation heißt dies: Beschränkung in der Anspruchs- und Erwartungshaltung muss von jeder Generation gefordert werden.

Furchtlos nachzudenken wäre in diesem Zusammenhang auch über zusätzliche Versicherungsbeiträge besonderer Krankheitsrisikoträger in unserer Gesellschaft. Wer aufgrund seines riskanten Lebensstils der Solidargemeinschaft höhere Gesundheitsleistungen abfordert, solle an diesem Finanzierungsrisiko entweder unmittelbar durch Lebensstil-Risikopauschalen oder mittelbar durch eine drastische Erhöhung etwa der Alkohol- und Tabaksteuern beteiligt werden.

Ist unser Gesundheitssystem noch zu retten, hieß die eingangs gestellte Frage; ja, das sicher möglich, lautet die Antwort. Hierzu allerdings bedarf es intelligenter, mutiger und nachhaltiger Lösungsansätze in sozialer Verantwortung, nicht aber kurzatmiger Reformschritte und einseitiger Klientelpolitik.

*** Zum Autor:**

Wolfgang U. Eckart, geboren 1952, Studium der Medizin, Geschichte und Philosophie in Münster; 1977 Approbation als Arzt, 1978 Promotion zum Dr. med.; 1986 Habilitation für Geschichte der Medizin; 1988-92 Professor für die Geschichte der Medizin und Direktor der Abteilung Geschichte der Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, seit 1992 Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin an der Universität Heidelberg. Eckarts Forschungsschwerpunkte sind: Das Entstehen der neuzeitlichen Medizin im 16. und 17. Jahrhundert, Medizin in der Literatur, Medizin und Krieg, Ärztliche Mission.

Literaturauswahl:

- Illustrierte Geschichte der Medizin. Von der französischen Revolution bis heute. Springer, Berlin, 2010. 374 S., 325 farbige Abbildungen [ISBN: 978-3-642-12609-3].
- Geschichte der Medizin. 6. Aufl., Springer, Berlin, 2008; 370 S. 42 Abb. [ISBN 3540792155].