

## Verfrühte Erfolgsbilanzen

Wie nicht anders zu erwarten war, hat unser Bundesarbeitsminister, der — (nicht etwa der Gesundheitsminister) — auch für die Gesundheit zuständig ist, sehr schnell „abgespeckt“: Der „Blüm-Bauch“ ist verschwunden; so versichert er uns jedenfalls in einem „Bericht über die Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes“, den das Presse- und Informationsamt der Bundesregierung in Nr. 140/1989 seiner *Sozialpolitischen Umschau* veröffentlicht hat.

Sowohl der „Blüm-Bauch“ als auch die plötzliche Abmagerung unseres Bundesarbeitsministers sind nicht erstaunlich. Beides beruht schlicht und einfach auf Ankündigungseffekten, auf einer „self-fulfilling prophecy“, auf einer „Mitnahme- und Ausbeutungsmentalität“, wie Norbert Blüm selbst formuliert. Aber wie sollte es bei rational handelnden Bürgern auch anders zugehen?

Norbert Blüm berichtet via Bundespresse- und Informationsamt, die „Gesundheitsreform“ sei „notwendig“, „richtig“, „sozial ausgewogen“ und habe „Erfolg“. Was hätte er eigentlich sonst berichten sollen?

Sind die Erfolgsbilanzen aber nicht allzu vorschnell? Hat das GRG, nachdem es gerade seit einem Vierteljahr in Kraft ist, seine beabsichtigte Wirksamkeit wirklich schon eindeutig bewiesen? Läßt sich schon jetzt sagen, wie sich die Ausgaben und die Kosten (was ja nicht dasselbe ist) und — um auch das nicht ganz zu vergessen — die Gesundheit längerfristig entwickeln werden?

Was bedeutet eigentlich „Gesundheitsreform“? Offensichtlich doch nicht, daß unsere Gesundheit reformiert und dadurch besser wird. Was bedeutet eigentlich „Kostendämpfung“? Offensichtlich doch nicht, daß man ein bestimmtes Gut — hier die Gesundheit — zu geringeren Kosten als vordem erhält, sondern doch nur, daß die Ausgaben der Krankenversicherung gesenkt werden sollen, und sei es notfalls auch auf Kosten der Gesundheit.

Mit dem euphemistischen Terminus „Gesundheitsreform“ soll doch nichts anderes bewirkt werden, als gegenüber dem Wählervolk zu vertuschen, daß es zu einem beträchtlichen Teil um eine Verlagerung von Ausgaben aus dem Solidarverbund der Krankenversicherung in die höchst unterschiedliche Belastung des individuellen Haushaltsverbundes, anders gesagt um eine Privatisierung und Individualisierung vormals kollektiv, solidarisch und dadurch egalisierend und kompensierend getragener Aufwendungen geht; Aufwendungen, die demaleinst unter einem sozialen Aspekt als ausgleichs-, als umverteilungsbedürftig und -würdig in der Weise angesehen wurden, daß niemand wegen zu geringen Einkommens medizinische Versorgung entbehren, daß niemand wegen Armut „früher sterben“ und daß niemand wegen fehlender Krankenversicherung sich ohne ärztliche Hilfe mit Krankheiten herumquälen solle.

Ist das alles vergessen? Norbert Blüm sagt „Nein“. Er behauptet, wie eingangs gesagt, die Reform sei „notwendig“, „richtig“, „sozial ausgewogen“ und habe „Erfolg“.

Aber Erfolg hätte sie ja wohl nur dann, wenn sie mit weniger Aufwendungen zumindest die gleiche Gesundheit oder mit gleichbleibenden oder unterproportional steigenden Aufwendungen mehr Gesundheit produzieren würde. Was aber steht auf S. 3ff. in Nr. 140/1989 der *Sozialpolitischen Umschau*?

Die „Gesundheitsreform“ (die — man kann es nicht oft genug wiederholen — keine ist, weil sie ja unsere Gesundheit nicht verbessert) zeige „erste Erfolge“, weil

1. der durchschnittliche Beitragssatz der GKV in 1989 mit 12,9% stabil geblieben sei.

Mit diesem Argument könnte man den größten Erfolg der „Gesundheitsreform“ durch einen Beitragssatz von 0%, d.h. mit der völligen Abschaffung der GKV dokumentieren. Vielleicht ist es aber gerade umgekehrt eine durchaus folgerichtige Entwicklung, mit wachsendem Wohlstand und medizinischem Fortschritt einen steigenden Anteil des Einkommens für die Gesundheit aufzuwenden. Warum sollte das den

freien Präferenzen der überwiegenden Mehrheit widersprechen?

2. 60 Krankenkassen (welche? mit wievielen Mitgliedern?) ihren Beitragssatz „mit Blick auf die erwarteten Einsparungen“ ab 1989 gesenkt hätten.

Haben sie gespart, weil sie weniger für weniger, weniger für das gleiche oder weniger für mehr ausgegeben haben? Ersteres wäre eine Kostenerhöhung trotz Ausgabensenkung! Nur die beiden letztgenannten Fälle wären auch effizient.

3. die Preise für Brillengestelle „auf breiter Front“ zurückgegangen seien.

Wäre das wahr, wäre es wirklich ein (aber, mit Verlaub gesagt, der einzige) Spareffekt des GRG. Nur: Nach meiner persönlichen Erfahrung passen manche Gestelle für 300,— DM und mehr sogar nach 5 Jahren Nachbesserungsversuchen immer noch nicht. Offensichtlich hat es garnichts mit dem Preis eines Gestells zu tun, ob eine Brille „sitzt“ oder „drückt“.

4. Pflegemittel für Kontaktlinsen „erhebliche Preissenkungen“ aufwiesen.

Dies Argument sollte man schleunigst vergessen, weil Kontaktlinsen ja aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen worden sind, obwohl sie in nicht wenigen Fällen bessere Sehhilfen sind als Brillen. Was soll also (selbst wenn er stimmen würde, was hier nicht nachgeprüft werden kann) der Verweis auf Verbilligungen bei Hilfsmitteln für Hilfsmittel, die die GKV ohnehin nicht mehr bezahlen darf? Es kann doch wirklich nicht das einzige Erfolgserlebnis des (ansonsten sehr sympathischen) Bundesarbeitsministers sein, bei Leistungen, die er aus der GKV hinausgeworfen hat (und die ihn insofern in seiner Erfolgsbilanz überhaupt nichts mehr angehen), nebenbei Preissenkungen bewirkt zu haben.

5. sogar Arzneimittel, für die noch keine „Festbeträge“ festgesetzt seien, billiger angeboten würden, z.B. „Mucos-Salvan“ von Thomae in Biberach und „Tebonin“ von Schwabe in Karlsruhe.

Wenn es bei diesen Präparaten nicht nur um „Palliativmittelchen“ geht, die seit der „Gesundheitsreform“ ohnehin auf der „Negativliste“ stehen (ich bin kein Pharmakologe), kann man nur fragen: Wieso haben Sie, lieber Herr Bundesminister, und die von Ihrem Hause beaufsichtigten Krankenkassen sich so viele Jahre lang so übers Ohr lassen? Warum haben Sie nicht längst Höchstpreise für Pharmaka gesetzlich eingeführt? Und warum tun Sie das (was in vielen anderen Ländern gang und gäbe ist) nicht einmal jetzt? Die Festbeträge (die es ja wohl nur für Generika geben kann) mögen aller Ehren wert sein. Aber die wirksamsten, die sozusagen „alternativen“ (z.B. alternativ zu einem Krankenhausaufenthalt einsetzbaren) Medikamente, die gerade neu entwickelt worden und auf den Markt gekommen sind, lassen sich durch Festbeträge für wirkstoffgleiche Präparate (was ja keineswegs gleichbedeutend mit wirkungsgleichen Präparaten ist) doch ohnehin nicht einfangen. Auch dazu habe ich eine persönliche Erfahrung: 12 Tabletten, die über 80.— DM gekostet haben, haben mir einen Krankenhausaufenthalt erspart, der mindestens 3 Tage gedauert und mindestens 900,— DM gekostet hätte!

6. für 18 (in Worten: achtzehn) „Wirkstoffe der Gruppe 1“ bereits eine „Verständigung auf die Gruppenbildung“ erfolgt sei.

Was soll das? Gestatten Sie, Herr Bundesminister, daß ich dabei leicht in mich hineinkichere? Was sind 18 Wirkstoffe, wenn über die Wirkung dieser Stoffe kein Wort verloren wird? Die Stichworte „Galenik“ und „Bioverfügbarkeit“ haben Sie ja sicher irgendwann auch schon einmal gehört (aber bei Ihrer sogenannten „Gesundheitsreform“ offensichtlich geflissentlich wieder aus Ihrem Gedächtnis gestrichen).

7. über Festbeträge für Hörgeräte schon Verhandlungen im Gange seien.

Wie lächerlich einerseits, wie traurig und beschämend andererseits dieses Argument ist, bedarf wohl keiner Begründung.

8. die Ausgaben für Krankenhauspflege 1988 mit einem Anstieg um 3,0% unter der „Grundlohnentwicklung“ von 3,3% gelegen hätten.

Ob das stimmt oder nicht, spielt hier überhaupt keine Rolle; denn einerseits ist der Krankenhausesektor — bedauerlicherweise — vom GRG überhaupt nicht tangiert, und andererseits kann man ja wohl als positiv angesehene Entwicklungen in 1988 nicht als erfolgreiche Wirkungen eines erst 1989 in Kraft getretenen Gesetzes verkaufen. Die Ausgaben der GKV für stationäre Behandlungen mit dem GRG — sei es positiv oder negativ — in irgendeinen Zusammenhang zu bringen, ist also eindeutig ein Taschenspielertrick.

9. die Firma Ratiopharm, („der größte Hersteller von Generika“) „erstmalig in der Geschichte der pharmazeutischen Industrie im Fernsehen mit niedrigen Preisen für ihre Produkte geworben“ habe.

Wissen Sie, lieber Herr Bundesminister, wirklich nicht, daß die öffentliche Publikums-Werbung für Arzneimittel verboten ist? Dann sollten Sie sich vielleicht einmal bei Frau Lehr kundig machen! Einen politischen Erfolg mit einem gesetzeswidrigen, daher im Zweifel sogar strafbaren Verhalten belegen zu wollen, berührt jedenfalls merkwürdig.

Auf S. 5 von Nr. 140/1989 der „Sozialpolitischen Umschau“ des Presse- und Informationsamts der Bundesregierung vom 17. 4. 1989 steht: „Wäre die Reform nicht gekommen, so läge der Krankenkassenbeitrag heute bei 13,5%; denn es gibt keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß die Beitragsentwicklung der vergangenen Jahre sich 1989 nicht unverändert fortgesetzt oder sogar noch verstärkt hätte“.

Daß ohne Reform der durchschnittliche Beitragssatz zur GKV heute oder zumindest in absehbarer Zukunft höher wäre, ist sicher richtig. Aber es ist falsch, daß die Alternative zu solcher Entwicklung *nur diese* Reform war. Es hätte eine Fülle anderer Reform-Möglichkeiten gegeben, obwohl mit wissenschaftlichem Sachverstand und wissenschaftlicher Redlichkeit deren Wirkungen ebensowenig genau hätten vorausgesagt werden können wie die Wirkungen der beschlossenen Reform.

Daß der Bundesarbeitsminister vorgibt, die „Erfolge“ (welche anderen Wirkungen eigentlich sonst) seiner Reform schon jetzt, wo das GRG zum großen Teil noch nicht einmal in die Verwaltungspraxis umgesetzt ist, genau zu kennen, ist mit Sachverstand und Redlichkeit ebensowenig zu erklären, sondern nur mit dem beruflichen Ritual von Berufspolitikern, nie einen Fehler eingestehen zu dürfen.

Der objektive Beobachter muß jedoch nach dem Recht und nach den Gründen solcher Selbstsicherheit und Selbstgewißheit fragen. Selbst ein Norbert Blüm muß sich — auch wenn man es ihm nicht gerne zumutet — Fragen wie den folgenden stellen: Kann man nicht

1. die Preise für Arznei-, Heil- und Hilfs-Mittel ehrlicherweise autoritativ von Staats wegen verordnen, anstatt die Fiktion eines „freien Pharma-Marktes“ aufrecht zu erhalten,
2. die Krankenhauspflegesätze regulieren, ohne durch Unterbezahlung des Krankenpflegepersonals einen „Pflegerotstand“ als Erfolg einer „Gesundheitsreform“ auszugeben,
3. Einkommenseinbußen (zumindest relative, vielleicht sogar absolute) der „Anbieter“ im Gesundheitswesen durchsetzen, ohne die Qualität der sich in diesem unserem Lande zweifellos auf einem hohen Standard befindenden medizinischen Versorgung zu beeinträchtigen?

Deutsche Professoren sind in den letzten 20 oder 30 Jahren auch (zumindest relativ) um etliche Besoldungsstufen abgerutscht. Erfüllen sie ihre Amtspflichten deshalb schlechter? Ich rede nicht von ihrer Qualifikation,

sondern von ihrem Berufsethos. Können wir Universitätsprofessoren es uns leisten zu sagen, wir tun einfach weniger, weil wir in der Einkommenspyramide abgesunken sind?

Wenn wir das nicht können, warum ist es dann politisch nicht durchsetzbar, das Gleiche Ärzten, Apothekern, Heilpraktikern, Masseurern, Optikern, Audiotechnikern und anderen Berufen zuzumuten? Wer hat in dieser Gesellschaft eigentlich eine Erpressungsgewalt in der Hand, um sich an fast allen anderen gesellschaftlichen Gruppen vorbei eine unangefochtene Spitzenposition zu sichern? Können die „Götter in Weiß“ wirklich auf Dauer eine gesamte demokratische Gesellschaft für ihre Reitpferde, ihre druckluftgesicherten Tennishallen und ihre Karibik-Kreuzfahrt botmäßig machen?

Wenn die Krankenversicherung wirklich nicht mehr zu bezahlen ist — wie die Begründungen zum GRG behaupten — kann man doch nicht nur die armen (vielleicht sogar die allerärmsten) Patienten dafür verantwortlich machen. Kann man nicht „per ordre du mufti“, d. h. durch Gesetzgebungsakt, auch von denen einen gewissen Verzicht auf Einkommenszuwächse erzwingen, die hinter den Industriemanagern nach wie vor an der Spitze der Einkommenspyramide stehen? Warum wagt sich an dieses Problem keine Bundesregierung heran, wie rechts oder wie links sie auch immer stehen möge?

Kurzum: Wenn man die Krankenversicherung sanieren will — was (es sei nochmals betont) etwas völlig Anderes als eine Gesundheitsreform ist — muß man auch an Einkommensumverteilungen denken. Wenn man sich daran nicht wagt, wenn man sagt: „Wer oben ist, muß auch immer oben bleiben“, kann man das politische Ziel einer Gesundheitskostenreform vergessen, von einer Gesundheitsreform ganz zu schweigen.

Wollte man aber eine solche, eine wirkliche Gesundheitsreform, ernsthaft in Angriff nehmen, müßte man viel mehr als heute darüber wissen (und entsprechende Forschungen fördern), wann, warum, unter welchen Bedingungen Menschen krank werden oder gesund bleiben. Diese, die eigentlich entscheidende Frage, wird aber fast immer ausgespart. Es interessiert anscheinend nur die Frage der sogenannten Lohnnebenkosten, d. h. die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge. Solange es so bleibt, kann man nur sagen: Zur Sanierung der GKV werden am besten die „über Bord geworfen“, die „zu teuer“ sind, d. h. vor allem die Alten. 1985 ist in der Zeitschrift *Die Sozialversicherung* (S. 176 ff.) berichtet worden, daß 20% der Bevölkerung 85% der Gesundheitsausgaben verursachen. Bei den wenigen besonders teuren Patienten geht es offensichtlich um die sehr alten Menschen. Auf einem gesundheitsökonomischen Kolloquium vor etwa zwei Jahren in Bayreuth hat der Tübinger Anatom Martin Michael Arnold, Mitglied des *Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, darauf aufmerksam gemacht, daß die letzten Lebensjahre oder sogar nur die allerletzten Monate ebenso viel kosten wie alle vorangegangenen Jahrzehnte.

Aber soll man daraus den Schluß ziehen, der Ausweg aus der Finanzierungsmisere der GKV könne nicht mehr heißen: „Weil du arm bist, mußt Du früher sterben“, sondern: „Weil Du alt bist, mußt Du endlich sterben“, sonst geht unser Krankenversicherungssystem bankrott? Ist das die neue Devise unserer neuen Sozialpolitik? Oder habe ich an der sogenannten Gesundheitsreform irgendetwas falsch verstanden?

Vielleicht, wahrscheinlich habe ich etwas falsch verstanden. Aber niemand sagt mir, was, obwohl ich mich als Professor für Sozialpolitik redlich bemühe, es in Erfahrung zu bringen. Ich wüßte so gerne, wieso

— man einen nicht funktionierenden, nicht funktionierenden könnenden Wettbewerb zwischen GKV-Trägern zu brauchen glaubt,

— man Wettbewerb dort postuliert, wo er offensichtlich nichts bringt, z. B. zwischen Pharma- und anderen Produzenten,

ihn aber zwischen Ärzten und Krankenhäusern nicht zuläßt (da sei Beelzebub — sprich: die Länder als Krankenhausfinanziers — davor)

- man die Spitzen-Positionen der Ärzte in der Einkommenspyramide als sakrosankt ansieht,
- man mit sogenannten Festbeträgen massiv in die Marktpreisbildung eingreift, sich das Gleiche an anderen, vielleicht viel wichtigeren Stellen aber nicht traut,
- man zwischen nicht mehr erstattungsfähigen, nur nach „Festbeträgen“ (wobei die Kriterien für deren Festsetzung bisher absolut undurchsichtig und kaum erklärungs-fähig sind) erstattungsfähigen, nur mit einer „Selbstbeteiligung“ erstattungsfähigen und nach wie vor voll erstattungsfähigen Aufwendungen unterscheidet,
- man dies und jenes, fast nur Ungereimtes, wenig Gereimtes, kaum etwas Verständliches, verordnen, durch die Krankenkassen teilweise widerrufen, teilweise widerwillig exekutieren lassen kann,
- usw., usf.

Wenn die *Gesellschaft für Sozialen Fortschritt* Ende Mai eine Tagung zur „Gesundheitsreform“ veranstalten wird, kann sie mir vielleicht diese Fragen alle beantworten.

Prof. Dr. Dieter Schäfer, Bamberg