

# Gesundheit im demokratischen Sozialstaat

## »REFORMITIS« IN DER GESUNDHEITSPOLITIK?

Die von der Bundesregierung und Opposition ausgehandelte Gesundheitsreform hat in vielen Kreisen Lob, aber auch Kritik geerntet. Vor allem Versicherte empfinden die Mehrkosten, die ihnen durch die Reform entstehen, oftmals als ungerecht und sähen es nicht ungern, wenn die Reform wiederum reformiert würde. Wie sich die Gesundheit und ihre Versorgung im demokratischen Sozialstaat darstellt und wie damit in anderen Ländern umgegangen wird, wurde am Institut für Politische Wissenschaften in der Abteilung Sozialpolitik und Public Policy untersucht.

Kaum ein Thema beschäftigt gegenwärtig die politische Öffentlichkeit und die alltägliche Kommunikation am Arbeitsplatz, im Familien- und Freundeskreis oder an den Stammischen mehr als die erneute Gesundheitsreform zu Beginn des Jahres 2004. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) stellt dabei nicht etwa einen Abschluss dar, sondern wurde bereits im Sommer 2003 bei der Vorstellung der »Eckpunkte der Konsensverhandlungen« durch Ministerin Ulla Schmidt und Horst Seehofer (CSU) als reformbedürftig deklariert.

Kenner der Abfolge von Gesetzen und deren Novellierung in den letzten beiden Jahrzehnten sprechen deshalb von »Reformhektik« oder davon, dass sowohl das Gesund-

heitswesen »krank« sei, als auch die Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik an »Reformitis« – einer chronischen Krankheit – leide.

Davon unbeeindruckt propagiert die Bundesregierung den Erfolg der letzten Reform, indem sie auf sinkenden Arzneimittelverbrauch und Zurückhaltung der Patienten und Patientinnen bei Arztbesuchen verweist. Die Krankenkassen verzeichnen im ersten Quartal 2004 zwar »schwarze Zahlen« und leicht gesunkene Beitragssätze, ob aber das Einsparpotenzial, mit welchem die Reformer gerechnet haben, erreicht werden könne, wagen sie zu bezweifeln. Und die Opposition hat fast vergessen, dass sie es war, die vor knapp einem Jahr insbesondere die

höhere Beteiligung der Patienten »an ihren Krankheitskosten« (Eckpunktepapier) durchgesetzt hat und nunmehr den Unmut der Bevölkerung geschickt auf die Ministerin lenkt.

Auf Landesebene befindet sich Gesundheitsministerin Dr. Ursula von der Leyen im Konflikt mit den Kieferorthopäden und hat zum ersten Mal in der Nachkriegsgeschichte den »Sicherstellungsauftrag« für die Versorgung an die Krankenkassen in Alleinverantwortung gehen lassen, wie es das Sozialgesetzbuch (SGB V) vorschreibt. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung begibt sich dagegen bereits auf den Weg zu den Gerichten, um ihren Honorarwünschen Nachdruck zu verleihen.

### Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform 22. Juli 2003

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland gilt weltweit nach wie vor als Vorbild.

Alle Versicherten haben den gleichen Anspruch auf die notwendige medizinische Versorgung, unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen.

Damit dies gewährleistet werden kann, müssen die vorhandenen finanziellen Mittel effizienter und wirtschaftlicher eingesetzt werden.

Zudem führen der medizinische Fortschritt und die zunehmende Zahl älterer Menschen zu einem Ausgabenanstieg, der die Entwicklung der Einnahmen auch in Zukunft übersteigen wird.

Diese Finanzierungslücke kann nicht einfach nur durch eine weitere Steigerung der Beitragssätze finanziert werden, denn steigende Sozialbeiträge führen zwangsläufig zu höheren Arbeitskosten und zu einer steigenden Arbeitslosigkeit.

Die Lösung der Finanzierungsprobleme kann aber auch nicht in einer Rationierung von Leistungen zulasten der Patienten und Patientinnen gesucht werden.

Sozial gerechter ist eine angemessene Beteiligung der Versicherten an ihren Krankheitskosten, durch die weiterhin ein hohes Versorgungsniveau bei gleichzeitig angemessenen Beitragssätzen gesichert wird.

### Wie rational ist Gesundheitspolitik?

Die Gesundheitssystemforschung ist mit diesem Durcheinander (»muddling through«) ständig konfrontiert.

Während andere Disziplinen (besonders Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie, aber auch die Public Health Forschung) »Konzeptionslosigkeit« oder gar »gesundheitsfremde Steuerung« beklagen und große Reformkonzepte entwickeln, wobei jeder Experte ein anderes Modell vorschlägt, sucht die politikwissenschaftliche Gesundheitsforschung – manchmal verzweifelt – nach einer gewissen »Logik« oder nach Regelmäßigkeiten in den beobachtbaren »ups and downs« der politischen Bemühungen um eine bessere Gesundheitsversorgung.

Den guten Willen zur ständigen Verbesserung kann kein unparteilicher Beobachter den zahlreichen Akteuren absprechen, die sich um die gesundheitliche Versorgung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sorgen. Selbst wenn für den Laien wegen der verwirrenden Nachrichten die Reaktion nahe liegt, Ankündigungen »der Politik« (aus allen Richtungen) nicht allzu ernst zu nehmen, zeigt die politikwissenschaftliche Forschung im Längsschnitt und im internationalen Vergleich, dass Regierungen stets versuchen, ihre Wahlversprechen einzuhalten, und Oppositionen stets bestrebt sind, dies zu desavouieren, um nach einem Machtwechsel das gleiche zu tun. Ausnahmen bestätigen die Regel.

Ein erster Befund lautet also:

Auch in der Gesundheitspolitik herrscht die Logik des Parteienwettbewerbs, und dieser ist höchst rational; man kann ihn sogar modellieren und »berechnen«.

Macherwerb und -erhalt sind die wesentlichen Ziele, wozu – abhängig vom Wahl- und Parteiensystem, die ja in unterschiedlichen Ländern unterschiedlich sind – ein Programmwettbewerb inszeniert wird, in welchem die unterschiedlichsten Politikinhalt – auch auf dem Feld der Gesundheit – zusammengebunden, gemischt und abgewogen werden, um Mehrheiten zu gewinnen.

Wie sollte es in Demokratien westlicher Prägung auch anders sein?

Je breiter die politische Beteiligung und je intensiver die Interessenorganisation und -artikulation einerseits und je offener der Wettbewerb unter den zur Wahl Stehenden, je effektiver der Minderheitenschutz ist, einschließlich eines angemessenen Rechtsweges (Indikatoren der vergleichenden Demokratieforschung), desto umfassender werden die Programme der Parteien.

Zweifelsohne führt dieser offene demokratische Prozess zum Gegenteil des von vielen Fachleuten Erhofften: Reduzierung der Tiefenschärfe politischer Diskurse, Opportunismus und Klientelismus, Personalisierung und Allerweltsversprechen, die kaum eintragbar sind.

### Alle spielen mit!

Mit diesen provokanten Thesen könnte sich das Wahlvolk gemächlich zurücklehnen und alle Verantwortung bei »der Politik« suchen, möglicherweise »politikverdrossen« werden und bei der nächsten Wahl die Rolle des Protestwählers präferieren und sich enthalten. Auch ein solches Verhalten wäre als rational zu bezeichnen. Wenn sich das Gefühl

einschleicht, die Stimmabgabe hätte ohnehin keinen Einfluss, die Mühe sich genauer zu informieren in Konflikt mit anderen sinnvollerem und erfreulicheren Tätigkeiten gerät, und schließlich ohnehin eine schleichende Enttäuschung über (alle) Parteien eingetreten ist, wäre es geradezu »irrational« – insbesondere in Deutschland mit seinem Dauerwahlkampf – zur Wahlurne zu gehen.

Dennoch sinkt die Wahlbeteiligung nicht in dem Ausmaß, wie es häufig von Skeptikern erwartet wird; problematisch erscheint vor allem, dass sich eher weniger (aus)gebildete und weniger verdienende Wähler dieser demokratischen Pflicht entziehen.

Kann das individuelle rationale Kalkül also den Gang zur Wahlurne nicht befriedigend erklären, greifen Politologen zu normativen Kriterien: demokratische Beteiligung als Schule der Nation ebenso wie als Voraussetzung für die Stabilität von Demokratien. Die Bürger werden aufgerufen, jenseits ihrer Privatinteressen auch Verantwortung für das demokratische Gemeinwesen zu übernehmen.

Tatsächlich drückt die immer noch hohe Wahlbeteiligung in Deutschland aber auch das Bedürfnis aus, den politischen Eliten »die Meinung zu sagen« (expressives Wahlverhalten).

Kann man diese Interpretation auf das Gesundheitswesen übertragen?

Zunächst ein Zahlenbeispiel: Das Institut für Demoskopie Allensbach hat im Sommer 2003 die Bevölkerung (repräsentativ, Alter über 16 Jahre) nach den Vorschlägen von Frau Schmidt und Herrn Seehofer befragt. »68 Prozent derjenigen, die über die zwischen der Regierung und der CDU/CSU-Opposition ausgehandelten Reformmaßnahmen Bescheid wissen, haben keine gute Meinung dazu. (...) Die überwältigende Mehrheit (...) geht davon aus, dass die Re-

formvorschläge (...) keinen Erfolg haben werden«; und schließlich »gibt es keine einzige unter all den Maßnahmen, auf die sich die Politik geeinigt hat, die mehr als ein Drittel der Bevölkerung für zumutbar halten würde. (...) Insgesamt beurteilen zwei Drittel der Befragten die Schmidt-Seehofer-Vorschläge als unausgewogen« (Allensbacher Berichte 2003/Nr. 20, siehe Abbildung).

Mit einem Satz: Das Wahlvolk spielt das von ihm selbst möglicherweise als »abgekartet« betrachtete Spiel mit. Wenn jeweils nur ein Drittel eine Maßnahme für zumutbar hält, müssen am Ende auch zwei Drittel unzufrieden bleiben; und diese Mehrheit der Unzufriedenen treibt den Parteienwettbewerb stets weiter an, gleichgültig, wer an der Regierung ist.

Niederlande von der Bertelsmann Stiftung für vorbildliche Gesundheitsreformen prämiert (obwohl dort sehr unterschiedliche, gar entgegengesetzte Vorhaben umgesetzt wurden).

Wie steht es mit den USA, ist Managed Care nicht das Allheilmittel? Eine neue Studie der Harvard University stellt lapidar fest: »there is a growing body of evidence that people are distrustful of managed care organisations (MCOs) and believe that MCOs are unlikely to provide necessary care should they become severely ill«. Das Gras ist immer grüner auf der *anderen* Seite des Zauns.

Die vergleichende Gesundheitssystemforschung muss jedoch solche Hoffnungen meist herb enttäuschen.

Greifen diejenigen, die Erfolge in anderen Ländern preisen, auf Konzepte zurück, die sich gerade in der Entwicklung befinden (beispielsweise in Kommissionen, die noch »konsistente« Blaupausen skizzieren), oder sind diese schon weitgehend umgesetzt oder gar evaluiert? Fünf Jahre später sieht vieles anders aus.

In der Schweiz beispielsweise ist das Reformmodell der »Kopfpauschale« (ein Vorschlag zur Reform der Finanzierung des Gesundheitssystems, welcher derzeit in der BRD von einer Seite des Parteienspektrums favorisiert wird) einige Zeit nach seiner Einführung nur knapp in einem Referendum bestätigt worden. Die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen waren kräftig gestiegen.

Eine Reform der ambulanten Versorgung in Großbritannien, die Anfang der 90er Jahre eingeführt und hoch gelobt wurde, ist fünf Jahre später nahezu komplett zurückgenommen und durch eine andere, wiederum »vorbildliche« ersetzt worden.

In den vergangenen Jahrzehnten stiegen die Ausgaben für das Gesundheitssystem in allen Ländern (Anteil am Bruttoinlandsprodukt, BIP), wenngleich mit unterschiedlicher Dynamik. Die Korrelation mit wachsender volkswirtschaftlicher Leistungsfähigkeit ist überdeutlich.

Das bundesdeutsche System gehört zu den »teuersten«, gleichwohl sind sich die Parteien einig, dass die »gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland weltweit nach wie vor als Vorbild gilt« (Eckpunktepapier).

Dem widersprechen internationale Beobachter wie die OECD und die WHO, die auf einen wunden Punkt in Deutschland hinweisen. Zwar scheidet das deutsche Gesundheitssystem bei vielen Versorgungsdaten vergleichsweise gut ab, zugleich sind die dafür aufgewendeten Mittel

Abbildung 1  
Schmidt-Seehofer-Vorschläge zur Reform des Gesundheitswesens  
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 7045, August 2003



### Was machen eigentlich andere Länder?

Einen Ausweg aus diesem Dilemma könnte das »Lernen von anderen Reformen« sein. Sind wir denn nicht, glaubt man der medialen Öffentlichkeit, von Gewinnern geradezu umstellt?

Die einen preisen Großbritannien, die anderen Schweden. Die Schweiz wurde vor einiger Zeit ebenso wie die

Zum einen blicken wir auf einen Markt der Möglichkeiten, bei deren Zusammensetzung, Mischung und Gewichtung die Konzeption von Reformpolitik vor dem gleichen Dilemma steht wie die Entwicklung politischer Programme im Parteienwettbewerb (»gehe zurück auf Start«), zum anderen wissen wir häufig nicht, in welchem Stadium sich jeweilige Reformvorhaben befinden.

zu hoch. Mangelt es uns an Effizienz?

Es verwundert nicht, dass hierzu umgehend eine andere Expertise vorgelegt wird:

Die angeblich zu hohen Ausgaben seien exakt der Grund, warum die deutsche Bevölkerung immer noch sehr hohe Wahlfreiheiten besitzt und weniger eigene Beteiligung an den Krankheitskosten trägt, warum hierzulande eine höhere Arztdichte und mehr Krankenhäuser als anderswo einen unbeschränkten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen garantieren.

Diese Ansicht teilen sogar britische Kollegen, die darüber nachdenken, wie die Gesundheitsausgaben in Großbritannien gesteigert werden können (siehe Abbildung), um den Abstand innerhalb der EU zu

**GDP:  
Gross Domestic Product**

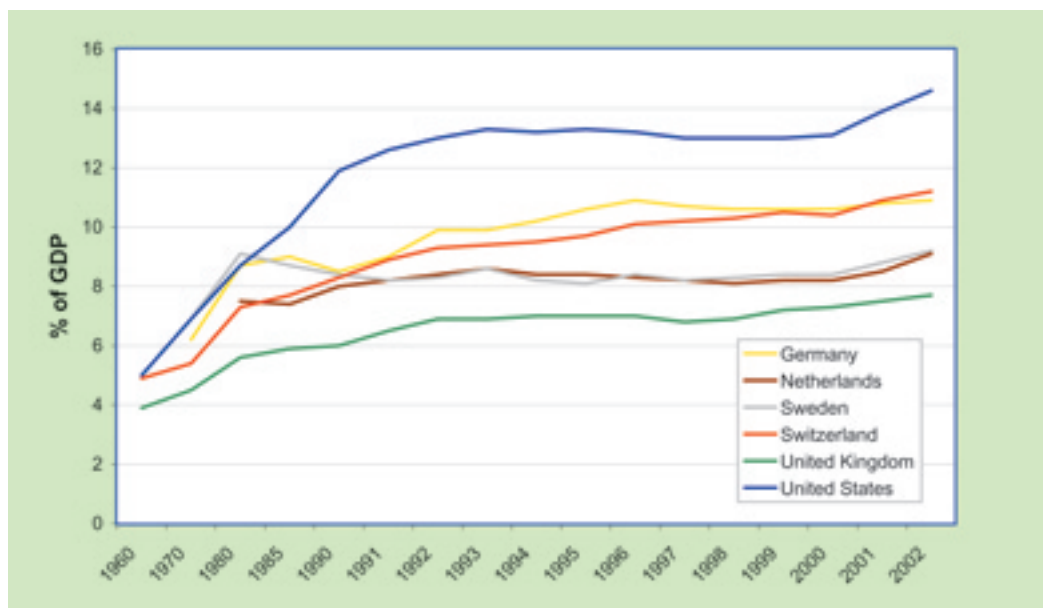
Bei derartig widersprüchlichen Befunden liegt das ganze Geheimnis der Gesundheitspolitik vielleicht darin, dass jede Gesellschaft jenes Gesundheitswesens pflegt und hegt, das sie in langer Zeit entwickelt hat.

Da die Gesundheitsversorgung innerhalb des Sozialstaates einen hohen Wert besitzt, steckt ihre fortlaufende Verbesserung und Anpassung an veränderte Verhältnisse in einem nicht endenden Netz von Konflikten. Gerechtigkeitsfragen stehen weit oben auf der Agenda.

Am Ende haben wir aber immer das verdient, was der politische Prozess, an dem wir alle beteiligt sind, hervorbringt.



**Prof. Dr. Bernhard Blanke**  
Jahrgang 1941, ist am Institut für Politische Wissenschaft, Abteilung Sozialpolitik und Public Policy, der Universität Hannover tätig.



verringern. Inzwischen werden hohe Ausgaben als Vorteil angesehen, was vor allem der Labour Regierung anzurechnen ist.

Gesundheitsausgaben sind also wesentlich politisch determiniert.

Bleibt nur noch die Frage, ob wir künftig so viel verdienen, dass wir uns »unser Gesundheitssystem« noch leisten können. Sonst muss das Wahlvolk eben auf andere Errungenschaften bundesrepublikanischer Sozialstaatlichkeit verzichten.

Abbildung 2  
*Health services expenditure as percentage of GDP*  
Quelle: OECD Health Data 2004, available online at <http://www.oecd.org>

**Literatur zum Text**

- Bailey, Stephen/Fingland, Lisa 2004: Financing Higher NHS Spendings from Increased National Insurance, in: Public Money & Management, Vol. 24, No 3, Oxford
- Blanke, Bernhard (Hg.) 1994: Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen
- Lamping, Wolfram 2000: The Grass is always greener – Die institutionelle Reorganisation von Wohlfahrtsstaatlichkeit, der Blick über die Grenzen und das Lernen aus Vergleichen, Discussion Paper No. 10, Abteilung Sozialpolitik und Public Policy, <http://www.aspp.uni-hannover.de>
- Miller, Nolan H. 2004: Market Structure, Commitment and Treatment Incentives in Health Care, John F. Kennedy School of Government, Faculty Research Working Papers Series, Harvard University, <http://ssm.com/abstract = 544902>
- OECD 2002: Measuring Up: Improving Health Systems Performance in OECD Countries, Paris
- Rosenbrock, Rolf / Gerlinger, Thomas 2004: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern usw.
- Schwartz, Friedrich-Wilhelm (Hg.) 2003: Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, 2. Aufl., München-Jena
- WHO 2000: World Health Report. Health Systems: Improving Performance, Genf