

Die prekäre Balance zwischen Solidarität und Wettbewerb – ein Fazit



Ein in der öffentlichen Debatte oft gepflegter Alters-Alarmismus, die Warnung vor dem demografischen Niedergang Deutschlands, ist überzogen und verstellt den Blick auf die Chancen, die mit der Alterung der Bevölkerung einhergehen. Darin waren sich die Teilnehmer des 1. Frankfurter Forums für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen einig. Es gibt zu dieser verengten Sicht des demografischen Wandels inzwischen eine Gegenbewegung, stellte das Forum fest: Studien deuteten darauf hin, dass für einen großen Teil dieser Menschen ein höheres Alter nicht mit zunehmenden Einschränkungen, sondern über weite Phasen mit guter Lebensqualität einhergeht. Dies werde für die Gesellschaften des Alterns in Europa inzwischen sogar als internationaler Wettbewerbsvorteil gesehen. Insoweit biete das Humanpotenzial älterer Menschen tatsächlich Chancen für einen Wachstumsprozess.

Forumsteilnehmer warnten in diesem Zusammenhang vor einer Verengung des Produktivitätsbegriffs auf die ökonomische Produktivität. Produktivität gehe weit über das hinaus, was mit Gelderwerb abgegolten wird. Im traditionellen Begriff von Produktivität geraten viele Aktivitäten aus dem Blickfeld, die als gesellschaftlich wertvoll erachtet werden, aber keinen Beitrag zur Wertschöpfung leisten – etwa die Pflege oder die Erziehung. Viele Menschen erfahren heute erst im Alter von über 80 Jahren substantielle Funktionseinschränkungen. Daher gebe es eine große Gruppe von 60- bis 80-Jährigen, die noch im gesellschaftlichen Produktionsprozess integriert sein könnten, und zwar weit über Tätigkeiten in Pflege und Familie hinaus. Teilnehmer betonten, eine schrumpfende Gesellschaft sei auf diese Gruppe der aktiven Alten

künftig angewiesen. Diese grundsätzlich positive Sicht des gesellschaftlichen Alterungsprozesses wurde von Forumsteilnehmern befragt im Hinblick auf die künftige Finanzierbarkeit der Sozialsysteme. Kernproblem sei, dass eine stärker werdende Alterskohorte ihre Rente und Gesundheitsversorgung von einer kleiner werdenden Kohorte finanziert bekommen will. Der sich verändernde Altersaufbau könne auch mit einer politischen Prioritätenverschiebung einhergehen, warnten Teilnehmer: Dann bestünde die Gefahr, dass alternde Gesellschaften nicht genügend Geld in Bildung investieren und stattdessen eher die Gesundheitsversorgung ausbauen. Sich wandelnde Mehrheitsverhältnisse zwischen Alterskohorten werden sich auch in Wahlentscheidungen widerspiegeln, lautete eine weitere These.

Solidarität – ein vieldeutiger Begriff

Für kontroverse Diskussionen sorgte der Begriff der Solidarität in der Gesundheitsversorgung. Besonders bewegte Teilnehmer die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass auch alte Menschen künftig Zugang zum medizinischen Fortschritt haben. Die eine Position beklagte, dass in der politischen Debatte immer stärker die Äquivalenz von Beiträgen und Leistungen in den Sozialsystemen betont wird. Als Folge gebe es Bestrebungen, einen Teil der großen Lebensrisiken – wie etwa Krankheit – zu individualisieren. Das gehe auch mit einer Abwertung der Solidargemeinschaft und der solidarisch-paritätischen Finanzierung der GKV einher. Diesem Trend müsse Einhalt geboten werden. Zugespitzt lautete die These, dass Knappheitsproblem in den Sozialsystemen sei tatsächlich

ein Verteilungsproblem. Denn anders als oft behauptet, sei die Beständigkeit des so genannten Generationenvertrags in den Sozialversicherungssystemen nicht durch die Alterung gefährdet.

Die andere Position warnte vor dem Glauben, man könne Knappheitsprobleme in der Versorgung alleine über wachsende Verteilung und damit Egalisierung regeln. Für den Gesundheitszustand der Menschen und für die soziale Verteilung von Gesundheitschancen seien andere Faktoren viel wichtiger als die finanzielle Ausstattung des Gesundheitswesens. Denn eine Ungleichheit der Gesundheitschancen bestehe bereits, bevor ein noch so egalitär angelegtes Gesundheitssystem überhaupt zu wirken beginne. Vielmehr zeige sich, dass Sozialstatus, Bildung, Einkommen, Beruf und Gesundheitsverhalten eng miteinander verkoppelt sind. Bei jeder Investition in die Gesundheitsversorgung müsse man daher die Opportunitätskosten bedenken, die dadurch entstehen, dass diese Mittel nicht mehr für andere wichtige Zwecke – etwa gesunde Wohnverhältnisse, Umweltschutz oder Bildung – zur Verfügung stehen. Nicht trotz, sondern wegen der sozialen Gerechtigkeit müsse über Leistungseinschränkungen und Kostenbegrenzungen im Versorgungssystem nachgedacht werden, lautete das Plädoyer.

Ausgehend von dieser Beobachtung entspann sich unter den Teilnehmern eine Debatte über Vor- und Nachteile der kapitalgedeckten versus der umlagefinanzierten Krankenversicherung. Knappheit werde in Gesellschaften des Alterns unausweichlich sein, weil sich zwar die Lebenserwartung, nicht aber die Erwerbstätigkeit verlängere. Bereits seit zehn Jahren sei beobachtbar, dass die Alterseinkünfte real sinken. Dieser Trend werde sich

aller Voraussicht nach fortsetzen. Damit aber werde die Finanzierungsbasis für öffentliche Güter immer schmaler. Allein mit einer breiteren Bemessungsbasis für die solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung sei es daher nicht getan, lautete die eine These. Denn die gesetzliche Krankenversicherung vernachlässige die Solidarität zwischen den Generationen, weil sie trotz demografischer Veränderungen keine Vorsorge für künftige Generationen von Beitragszahlern treffe, lautete das Plädoyer für die kapitalgedeckte Vorsorge.

Stärken und Schwächen der Umlagefinanzierung

Die Gegenthese hob darauf ab, der umlagefinanzierte Generationenvertrag sei die einzig zuverlässige Option, die die Chancen und Risikenverteilung auf lange Sicht unter Berücksichtigung der volkswirtschaftlichen Gegebenheiten abfedere. Wollte man auch nur 15 Prozent des Leistungsversprechens der Gesetzlichen Krankenversicherung auf Kapitaldeckung stützen, dann rede man von einer Billion Euro. Diese Summe rentabel an den Finanzmärkten unterzubringen, sei schwierig, gaben Verfechter des umlagefinanzierten Systems zu bedenken. Der aktuelle Schwachpunkt solidarisch finanzierter Systeme werde stets ausgeblendet: Er bestehe darin, dass bereits seit mehreren Jahren die wirtschaftliche Produktivität schwächer wächst als die Einkommensumverteilung. Vor allem dieser Umstand habe die umlagefinanzierte Krankenversicherung in Turbulenzen gebracht.

Jenseits von Verteilungs- und Finanzierungsproblemen betonten Teilnehmer die Notwendigkeit einer Debatte über Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung.

Denn die GKV sei auf den gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsnutzen ausgerichtet. Und hier werde die Schere zwischen dem, was medizinisch für den Einzelnen machbar und dem, was das Kollektiv fähig und willens sei zu zahlen, immer größer, lautete die Diagnose. Nötig sei daher eine neue Balance zwischen dem, wofür die Solidargemeinschaft benötigt wird und dem, was der einzelne Bürger an Lebensrisiken selber tragen muss. Der Solidarität sei als Komplementärbegriff die Eigenverantwortung zuzuordnen, wurde argumentiert. Hierbei lohne der Blick in andere Länder, um zu sehen, wie dort die Grenze zwischen Solidarität und Eigenverantwortung gezogen wird. Ein Beispiel dafür sei Dänemark, wo strengere Maßstäbe für die Indikationsstellung von Ärzten gelten würden. Statt im Erkrankungsfall sogleich sämtliche diagnostische Maßnahmen auszuschöpfen, würden im Nachbarland weitaus restriktiver Leistungen veranlasst als in Deutschland.

Allerdings bezweifelten Teilnehmer, ob eine Übertragung dieser Maßstäbe auf Deutschland möglich ist. Ärzte arbeiteten stets im Spannungsfeld zwischen Zivil- und Haftungsrecht einerseits und sozialrechtlichen Pflichten andererseits. Danach schulden Ärzte ihren Patienten auf der einen Seite eine Versorgung gemäß dem medizinischen Behandlungsstandard, auf der anderen Seite gilt für sie das Wirtschaftlichkeitsgebot, nur das zu tun, was wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig ist. Das Kriterium der Eigenverantwortung, so das Fazit, taue als Steuerungsinstrument im deutschen Gesundheitswesen nur sehr begrenzt. Kritisch wurde angemerkt, dass dies nicht nur an der Anspruchshaltung von Patienten liege, die Leistungen einforderten, sondern auch an Ärzten, die häufig selbst Vorbehalte gegen effektive Steuerungsinstrumente zur Kostenbegrenzung hätten.

Eigenverantwortung als Worthülse

Krankenkassen und Ärzte fürchteten, dass Patienten, die auf ihre Eigenverantwortung hingewiesen werden, abwandern. So wie die Gesetzliche Krankenversicherung angelegt sei, müsse die im Sozialgesetzbuch V statuierte Eigenverantwortung eine Worthülse bleiben, stellten Teilnehmer klar. Denn die als Prämisse unterstellte Solidargemeinschaft zwischen Krankenkassen und unter Ärzten existiere nicht, vielmehr befänden sie sich im Wettbewerb. Daher werteten Teilnehmer die Diskussion über

Solidarität als „fiktiv“: Weder Versicherte, noch Krankenkassen verhielten sich entsprechend. Das sei nicht verwunderlich, weil der Patient als Nachfrager medizinischer Leistungen nicht gleichzeitig der ist, der diese finanziert – das tun die Krankenkassen. Damit entfalle ein regulatives Element zwischen Angebot von medizinischen Leistungen und der Nachfrage. Die weltweit höchste Rate von 18 Arztkontakten pro Patient und Jahr im deutschen Gesundheitswesen sei dafür nur ein Beleg. Damit stelle sich die Frage, was sich die Gesellschaft in der Gesundheitsversorgung leisten wolle. Auf der Agenda stünden damit Instrumente wie beispielsweise Kosten-Nutzen-Bewertungen. Mit ihrer Hilfe, so plädierten viele Teilnehmer, sollten finanzielle Grenzen gezogen werden, um die Gesamtfinanzierung des Systems nicht zu gefährden.

Kontrovers verlief die Debatte über die Frage, ob eine wachsende Individualisierung der Therapie unkontrollierbare Kostenfolgen in der Gesundheitsversorgung nach sich ziehen wird. Ärzte erhoffen sich von einer individualisierten pharmakogenetischen Diagnostik, dass die Patienten davon profitieren können, die auf Standardtherapien nicht ansprechen. Einzelne Teilnehmer befürchteten, diese neuen Therapieoptionen könnten frühere Bemühungen von Ärzten, Patienten für eine standardisierte, leitlinienorientierte Therapie zu gewinnen, wieder erschweren. Andere Teilnehmer wiesen diese Befürchtung zurück: Eine individualisierte Therapie eröffne für einzelne – genetische – Prädispositionen bei Patienten neue Möglichkeiten. Das bedeute aber nicht, dass es dann keinen medizinischen Standard mehr gebe und Kosten nicht mehr verglichen werden können.

Das Fazit dieser Teilnehmergruppe war insoweit optimistisch: Der medizinisch-pharmakologische Fortschritt leistet unter der Maßgabe, dass die Gesellschaft die Hilfe für den in Not geratenen Einzelnen in den Mittelpunkt stellt, einen wichtigen Beitrag für eine bessere Versorgung.