

Humanistische Union

Lieber reich und gesund als arm und krank

Soziale Auswirkungen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen

aus vorgänge Nr. 67 (Heft 1/1984), S. 88-93

Das beste Gesundheitswesen der Welt?

In den letzten Jahren ist eine »Tendenzwende« in der gesundheitspolitischen Diskussion unverkennbar. Es ist noch gar nicht so lange her, daß Sozialpolitiker und Mediziner in der BRD sich damit zu brüsten pflegten, in der BRD das »beste Gesundheitswesen der Welt« aufgebaut zu haben. Mit dieser Bewertung war zum einen das technologisch-infrastrukturelle Niveau der Gesundheitsversorgung gemeint, zum anderen aber auch die Gerechtigkeit der Verteilung ihrer Leistungen. Beides führte dazu, daß der traditionelle wechselseitige Verursachungszusammenhang von Krankheit und materieller Armut für überwunden gehalten wurde.

Was die tatsächliche soziale Verteilung von Krankheitshäufigkeit und Lebenserwartung angeht, hat diese Vorstellung zwar nie der Realität entsprochen, denn auch die »modernen« Volkskrankheiten waren und sind überwiegend Probleme der unteren sozialen Schichten und die Lebenserwartung korreliert immer noch weitgehend mit der Einkommenshöhe. Aber in der Verteilung und Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens schienen strukturelle soziale Privilegierungen abgeschafft zu sein. Hierin wurde auch der Unterschied zum medizinisch-technologisch wesentlich weiter entwickelten Gesundheitswesen der USA gesehen, weil dort aufgrund der weitgehenden Privatisierung der Risikoverarbeitung große Teile der Bevölkerung von seiner Inanspruchnahme faktisch ausgeschlossen sind.

Nun sind unsere Gesundheits- und Sozialpolitiker seit einiger Zeit aus bekannten Gründen nicht mehr in der angenehmen Situation, Zuwächse des Bruttosozialprodukts bzw. des staatlichen Steueraufkommens unter Volk verteilen zu können. Daß dieses nicht primär sozialpolitisch verursachte Problem bevorzugt als »Krise des Sozialstaats« perzipiert und thematisiert wurde, ist auf eingespielte Konsensbildungen in der haushaltspolitischen Prioritätensetzung zurückzuführen, die nicht das Thema dieses Aufsatzes sind. Wie dem auch sei: vom »besten Gesundheitswesen der Welt« hörte man immer weniger und unsere Politiker machten sich daran, mit der Katastrophenrhetorik von den »Grenzen der Belastbarkeit« des Systems der sozialen Sicherung und seinem drohenden »Zusammenbruch«, von der »Anspruchsinflation« und dem massenhaften »Mißbrauch« sozialstaatlicher Leistungen einen sprachpolitischen Wertwandel in die Wege zu leiten. Dieser flankierte propagandistisch eine Politik der verstärkten Polarisierung von arm und reich mit dem Mittel der sozialstaatlichen Umverteilung materiellen Wohlstand von unten nach oben, bei deren Realisierung zwischen der sozialliberalen und der christlichliberalen Regierungskoalition eher ein kontinuierlicher Übergang als ein konzeptioneller neuer Bruch festzustellen ist. Die Haushaltsbeschlüsse der Kohl-Regierung haben zum Teil lediglich vollstreckt, was ihre Vorgängerin bereits vorbereitet hatte, zum Teil haben sie diesem neue Elemente hinzugefügt; sie vermitteln aber auch einen Vorgeschmack davon, was - nimmt man die vorerst halboffiziellen Äußerungen einiger Unionspolitiker ernst - auf die Empfänger sozialstaatlicher Leistungen noch alles zukommt.

Stärkung der Eigenverantwortung durch Selbstbeteiligung?

Die unmittelbar gesundheitspolitischen Maßnahmen im Sinne der Kosten-»Selbstbeteiligung« der Leistungsempfänger muten im Gesamtkontext des Streichkonzertes auf den ersten Blick eher nebensächlich an. Sie scheinen, verglichen mit der Verschiebung der Rentenanpassung oder der Kürzung von Arbeitslosengeld und -hilfe, eher von symbolischer Bedeutung zu sein, zumal ja inzwischen bekannt ist, daß die Einnahmen der Kassen aus den Beiträgen zu den Krankenhauskosten geringer sind als die

Verwaltungskosten, die ihnen bei der Einziehung derselben entstehen. Aber auch von diesen zunächst nur symbolisch erscheinenden »Selbstbeteiligungs«-Maßnahmen sind mittel- bis längerfristig sehr reale Auswirkungen für die Leistungsempfänger zu erwarten.

Bekanntlich werden die subjektiven Verhaltensdispositionen von Sozialleistungsempfängern nicht nur vom formaljuristischen Tatbestand der Anspruchsberechtigung geprägt, sondern in erheblichem Maße auch von soziokulturell eingespielten Vorstellungen darüber, ob die Inanspruchnahme von Leistungen moralisch gesehen legitim oder verwerflich ist. Am krassesten zeigt sich dies im Bereich der Sozialhilfe, wo es wesentlich mehr Anspruchsberechtigte als Leistungsempfänger gibt. Der Grund dafür ist darin zu sehen, daß die »Fürsorge« mit dem Makel des Almosens, auf das man eigentlich kein Recht hat, behaftet ist. Um dem Stigma des sozial Minderwertigen zu entgehen, verzichten viele in Armut lebende Menschen »freiwillig« auf die Hilfe zum Lebensunterhalt, die ihnen nach dem Sozialhilfegesetz zusteht.

Ähnliche Wirkungen kann man von der »Selbstbeteiligung« im Gesundheitswesen erwarten. Was heißt denn überhaupt »Selbstbeteiligung«? Hat der 50jährige Arbeitnehmer, der ins Krankenhaus muß, nachdem er 30 Jahre lang Krankenkassenbeiträge bezahlt hat, sich damit vielleicht nicht an den Kosten seines Klinikaufenthalts »selbst beteiligt«?

Genau dieser Eindruck soll erweckt werden: der Tenor der politischen Begründungen der verschiedenen Durchlöcherungen des Versicherungsschutzes ist, daß es nicht mehr so weiter geht, daß die Leute permanent vom Staat etwas fordern, ohne daß sie was dafür tun, sondern daß sie sich jetzt endlich selbst an den Kosten beteiligen müssen. Wir erleben seit einigen Jahren die permanente mehr oder weniger direkte Beschimpfung derjenigen, die Versicherungsansprüche einlösen, auf die sie durch z.T. jahrzehntelange Beitragszahlungen ein Recht erworben haben, als »Ausbeuter der Solidargemeinschaft«, deren Verhalten von überzogenem Anspruchsdenken geprägt ist. Die »Selbstbeteiligungs«-Maßnahmen werden dann sehr reale soziale Wirkungen haben, wenn die Konsumenten dies zu verinnerlichen anfangen; sie werden nämlich dann, wenn die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ihnen nicht mehr als rechtmäßige Selbstverständlichkeit erscheint, analog den Sozialhilfeberechtigten zunehmend auf diese Leistungen verzichten. Genau auf solche Veränderungen individueller Verhaltensdispositionen zielt beispielsweise der Vorsitzende der Kommission Sozialpolitik im Wirtschaftsrat der CDU, Thomas Ruf, wenn er von »Selbstbeteiligungs«-Maßnahmen, die, wie er zugibt, keine unmittelbare Verbesserung der Finanzlage der Krankenkassen herbeiführen, einen längerfristig dann sehr wohl kostenwirksamen Abbau des »Anspruchsdenkens« erwartet.

Eine weitere Wirkung des jetzigen Maßnahmenbündels ist in der Vorbereitung zukünftiger, sehr viel einschneidenderer Beschränkungen des Versicherungsschutzes zu sehen. Die CSU-Gesundheitspolitiker haben schon Anfang 1982 auf einer Klausurtagung über die Einführung einer direkt prozentualen Beteiligung der Leistungsempfänger an den Krankenhaus- und Arzneimittelkosten beraten, und zwar schon nicht mehr unter dem Leitgedanken der »Anspruchsreduktion«, sondern bereits unter dem der unmittelbaren Senkung der Kassenausgaben. Derartiges ist natürlich politisch sehr viel einfacher durchzusetzen, wenn das Prinzip der »Selbstbeteiligung« vorher schon »im kleinen« gesellschaftsfähig gemacht worden ist. Hier liegt auch die besondere Bedeutung der Ausgrenzung sogenannter Bagatellarzneimittel aus der Leistungspflicht der Krankenkassen. Der horizontale Abbau des Versicherungsschutzes auf der Ebene der einzelnen Dienstleistung, der gewissermaßen das Prinzip von Rezeptgebühren und Krankenhauskostenbeiträgen bildet, wird damit um eine Maßnahme ergänzt, die den Weg zum vertikalen Abbau, d.h. zur Streichung kompletter Leistungskategorien eröffnet. Man darf gespannt sein, welches Arzneimittel oder welche medizinische Dienstleistung als nächstes zur »Bagatelle« erklärt wird.

»Selbstbeteiligung« und verfügbares Einkommen

Stellt man die »Selbstbeteiligung« nun in den Gesamtkontext der Verminderung des verfügbaren Einkommens aus sozialstaatlichen Transferleistungen, die durch die massiven Beschneidungen in den anderen Sektoren der Sozialpolitik entsteht, dann zeigen sich auch ihre unmittelbar spürbaren materiellen Auswirkungen für die Betroffenen. Die scheinbare Vielfalt der Maßnahmen, der Leistungskürzungen, Beitragserhöhungen und -neueinführungen usw. mag — und soll ja wohl auch — den Eindruck sozialer Ungewogenheit und gerechter Umverteilung erwecken. Wenn aber beispielsweise neuerdings vom Krankengeld Rentenversicherungsbeiträge und gleichzeitig von der Rente Krankenversicherungsbeiträge

erhoben werden, dann ist das nichts weiter als ein politischer Taschenspielertrick, durch den das, was aus der Sicht des verfügbaren Einkommens der Betroffenen schlicht Kürzung des Krankengeldes um gut 11% und Kürzung der Rente um zunächst 1% bedeutet, mit der Aura politischer Sachrationalität und Verteilungsgerechtigkeit umgeben wird. Läßt man sich auf die atomisierende und individualisierende Darstellungsweise, die zum sozialpolitischen Geschäft gehört, nicht ein, dann zeigt sich, daß die soziale Wirkung der ganzen kunstvollen Haushaltsoperationen in der fortschreitenden Absenkung des verfügbaren Einkommens derjenigen besteht, die auf sozialstaatliche Transferzahlungen zur Sicherung ihres Lebensunterhalts tatsächlich angewiesen sind; und das sind nun mal die unteren und untersten Einkommenschichten, vulgo: die Armen.

Hier wird die »Selbstbeteiligung« auch materiell im Alltag spürbar. Wenn ein Sozialhilfeempfänger, dessen »Hilfe zum Lebensunterhalt« am 1. 7. 83 um ganze 7 DM auf 345 DM monatlich angehoben wurde, während der ersten 14 Tage eines Klinikaufenthalts täglich 5 DM bezahlen muß, dann sind das für ihn rund 20% seines verfügbaren Einkommens. Angesichts des »Warenkorbs«, der bei der Berechnung der Sozialhilfe zugrundegelegt wird, kann man sich die Konsequenzen klarmachen. Wo soll er's hernehmen? Von den 5 Blatt Briefpapier oder den 4 Briefmarken? Ähnliches gilt für eine Kleinrentnerin mit, sagen wir, 850 DM Rente im Monat. Durch die Verschiebung der Rentenanpassung vom 1.1. auf den 1.7.83 hat sie für das Jahr 1983 ganze 231,70 DM mehr zu ihrer Verfügung als 1982. Alte Leute sind bekanntlich eher chronisch krank und daher dauernd medikamentös behandlungsbedürftig als jüngere. Für diese Frau, die praktisch ihr gesamtes verfügbares Einkommen in die Finanzierung ihres täglichen Lebensunterhalts umsetzt, bedeutet die regelmäßige Bezahlung von Rezeptgebühren oder Fahrtkosten zur krankengymnastischen Behandlung den unmittelbaren Zwang zur weiteren Senkung ihrer Lebenshaltungskosten; es sei denn, sie bringt ihre jetzt gestärkte »Eigenverantwortung« zur Anwendung und schränkt ihren Medikamentenverbrauch ein. Es wäre allerdings sicher eine Fehlinterpretation, würde man dieses Verhalten — im Sinne der offiziellen Begründung der Einführung von Rezeptgebühren — als Konsequenz gestärkten »Gesundheitsbewußtseins« ansehen. Ähnliche Überlegungen lassen sich für Empfänger von (gekürzter) Arbeitslosenunterstützung, für Empfängerinnen des (gekürzten) Mutterschaftsurlaubsgeldes etc. anstellen.

Nun besteht zwar die Möglichkeit, sich per Härtefallantrag von der Pflicht zur Selbstbeteiligung befreien zu lassen; abgesehen davon, daß durch die Notwendigkeit der Bearbeitung dieser Anträge ein zusätzliches bürokratisches Element in die Sozialpolitik eingeführt wird, ziehen sich die Antragsteller wiederum die Stigmatisierung als »besonders Bedürftige«, als Bittsteller und Almosenempfänger zu, die das herausragende Merkmal der Sozialhilfe bildet, indem sie um Leistungen nachsuchen, die über das »normale« Maß hinausgehen. Die Etikettierung als »Härtefall« hat die Bedeutung der gesellschaftlichen Marginalisierung und Deklassierung. Man muß davon ausgehen, daß viele sich dem entziehen werden, indem sie von der Möglichkeit des Härtefallantrages keinen Gebrauch machen.

»Selbstbeteiligung« an Gesundheitsleistungen wird also direkt materiell spürbar bei denjenigen, die nach der Abdeckung ihrer elementaren Reproduktionskosten eigentlich nichts mehr übrig haben. Sie bewirkt hier eine weitere Absenkung des verfügbaren Einkommens und damit des Niveaus der Lebenshaltung, was im gesamtgesellschaftlichen Maßstab gleichbedeutend ist mit einer Verschärfung der Polarisierung von arm und reich.

Lieber reich und gesund als arm und krank

Man weiß nicht erst, seitdem die CDU-Politiker Albrecht und George ihre Vorschläge zum Abbau des betrieblichen Arbeitsschutzes, zur Senkung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, zur Abschaffung von Mindestlöhnen usw. der Öffentlichkeit unterbreitet haben, daß die Gangart in der Industrie härter geworden ist. Die Arbeitnehmer werden zunehmend unter dem Gesichtspunkt der körperlichen Leistungsfähigkeit selektiert; Krankheit ist ein immer häufigerer Entlassungsgrund und bei der Reduktion der Belegschaften im Zuge von Rationalisierungen sind Alter und Krankheitshäufigkeit zentrale Auswahlkriterien. Für die Arbeitnehmer, die dem Schicksal des krankheitsbedingten Arbeitsplatzverlustes zu entgehen versuchen, indem sie Krankheitsepisoden verschweigen und auf angemessene medizinische Versorgung verzichten, resultieren erhöhte Gesundheitsgefahren. Für diejenigen hingegen, die es nicht schaffen, die also wegen

mangelnder Leistungsfähigkeit aus dem Lohnarbeitsverhältnis »freigesetzt« werden, ist somit Krankheit der erste Schritt des sozialen und materiellen Abstiegs vom Arbeitnehmer zum Arbeitslosengeld-, Arbeitslosenhilfe- und Sozialhilfeempfänger; eines Abstiegs, der angesichts der Arbeitsmarktsituation etwas von einer Einbahnstraße in die Armut hat — und der noch unausweichlicher wird, wenn, wie die CDU/FDP-Regierung es im Finanzplan für die Jahre 1983 - 1987 vorsieht, der Zugang zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeitsrente weiter erschwert wird. Auf der anderen Seite wird, wie gezeigt wurde, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für die Angehörigen unterer Sozialschichten zu einer zunehmenden materiellen Belastung. Gleichzeitig steigt im Verlauf sozialer Deklassierungsprozesse mit den damit verbundenen Verlusten an materiellem Wohlstand und sozialem Ansehen die Krankheitsanfälligkeit und -häufigkeit. Hier schließt sich ein *circulus vitiosus*. Was sich andeutet, ist, daß ein direkter gegenseitiger Verursachungszusammenhang von Armut und Krankheit eine zunehmende Bedeutung in gesellschaftlichen Marginalisierungsprozessen erhält. Der in den letzten Jahren zu beobachtende Morbiditätsanstieg der Lungentuberkulose, die, wie wir seit Rudolf Virchow wissen, eine klassische Armutskrankheit ist, deutet in alarmierender Weise darauf hin, daß diese Entwicklung erhebliche volksmedizinische Konsequenzen haben kann.

Neuregelungen zur Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 1983

- Anhebung der sogenannten Rezeptgebühr, die in Apotheken für Arzneimittel zu entrichten ist, von 1,50 DM auf 2,00 DM pro Medikament; ausgenommen sind Kinder unter 16 Jahren sowie Härtefälle.
- Beteiligung an den Kosten eines Krankenhausaufenthalts mit 5,00 DM pro Tag für die ersten 14 Tage des Aufenthalts; ausgenommen sind Personen unter 18 Jahren und Härtefälle.
- Beteiligung an den Kosten eines Kuraufenthalts mit 10,00 DM pro Tag für die gesamte Kurdauer; ausgenommen sind Personen unter 18 Jahren und Härtefälle.
- Ausschluß von Arzneimitteln bei »geringfügigen Gesundheitsstörungen« aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen.

Neuregelungen im Haushalt 1983 und 1984, die die Gesetzliche Krankenversicherung in anderer Weise einbeziehen

- Einführung eines Krankenversicherungsbeitrags für Rentner:
ab 1.7.83: 1%, ab 1.7.84: 2%, ab 1.7.85: 3%.
- Einbeziehung von Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld und anderen einmaligen Leistungen in die Beitragszahlung zur Krankenversicherung; Streichung des Weihnachtsfreibetrages von 100 DM.
- Heranziehung von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld und Übergangsgeld bei medizinischer Rehabilitation zur Beitragszahlung für die Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Andere »gesundheitsrelevante« Neuregelungen

- Kürzung des Übergangsgeldes bei der beruflichen Rehabilitation für pflegebedürftige Behinderte von 90 auf 80%, für alle übrigen von 75 auf 70%.
- Erschwerung des Zugangs zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente. Kürzung des Mutterschaftsurlaubs von 4 auf 3 Monate und des Mutterschaftsurlaubsgeldes von 25 auf 20 DM pro Tag.
- Einschränkung der unentgeltlichen Behindertenbeförderung im öffentlichen Nahverkehr sowie der Kraftfahrzeugsteuerbefreiung auf bestimmte Behindertengruppen.
- Beteiligung Behinderter an den Kosten einer Internatsunterbringung.

<https://www.humanistische-union.de/publikationen/vorgaenge/67-vorgaenge/publikation/lieber-reich-und-gesund-als-arm-und-krank/>

Abgerufen am: 13.04.2024