

Doris A. Zimmermann

Ökonomisierung und Privatisierung im bayerischen Gesundheitswesen

Mythen als Legitimationsmuster



BayernForum der Friedrich-Ebert-Stiftung

Politische Bildung stärkt die Demokratie

Das BayernForum ist das Bildungsbüro der Politischen Akademie der Friedrich-Ebert-Stiftung für München, Oberbayern und Schwaben. Das Angebot des BayernForums wird ergänzt durch die Arbeit der Akademie Frankenwarte in Würzburg, der Georg-von-Vollmar-Akademie in Kochel und des FES-Regionalbüros in Regensburg.

Ermutigung und Befähigung zum bürgerschaftlichen Engagement und zum politischen Ehrenamt – dies ist das Leitziel der politischen Bildungsarbeit der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Die Friedrich-Ebert-Stiftung ist eine gemeinnützige, private und kulturelle Einrichtung, die den Ideen und Grundwerten der sozialen Demokratie verpflichtet ist. Sie ist die älteste politische Stiftung in Deutschland. Gegründet wurde sie 1925 im Vermächtnis Friedrich Eberts, des ersten demokratisch gewählten Reichspräsidenten.

Die Aufgaben der Friedrich-Ebert-Stiftung sind vor allem:

- politische und gesellschaftliche Bildung von Menschen aus allen Lebensbereichen im demokratischen Geist
- Förderung der internationalen Verständigung und der Partnerschaft mit den Entwicklungsländern
- Förderung von Studierenden und NachwuchswissenschaftlerInnen aus dem In- und Ausland durch Stipendien
- wissenschaftliche Forschung und Beratung
- Förderung von Kunst und Kultur als Elemente einer lebendigen Demokratie

Das Arbeitsprogramm des BayernForums konzentriert sich auf folgende Projekte:

- Forumsveranstaltungen zum Dialog von Politik und Gesellschaft
- Tagesseminare und Workshops, besonders zur Unterstützung von landes- und kommunalpolitisch engagierten Bürgerinnen und Bürgern Bayerns
- Landespolitische Gesprächskreise, z. B. Münchner Mediengespräche, Forum Bildung macht Schule, Unternehmerinnen Roundtable, Managerkreis Bayern, Forum Migration und Integration, Forum Europa in der Welt, Forum Familie und Gender, Forum Soziale Demokratie, Forum Sozialpolitik
- Ausstellung "Rechtsradikalismus in Bayern"
- Jugend und Politik
- Akademie für Bürgerengagement

Das aktuelle Programm des BayernForums finden Sie auf unserer Homepage www.bayernforum.de, das bundesweite Angebot unter www.fes.de

Kontakt

BayernForum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Prielmayerstr. 3, 80335 München Tel.: 089/51 55 52 40, Fax: 089/51 55 52 44

E-mail: bayernforum@fes.de, Internet: www.bayernforum.de



Doris A. Zimmermann

Ökonomisierung und Privatisierung im bayerischen Gesundheitswesen

Mythen als Legitimationsmuster







Der Beitrag wird vom BayernForum der Friedrich-Ebert-Stiftung herausgegeben. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von der Autorin in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Impressum: BayernForum der Friedrich-Ebert-Stiftung I Prielmayerstraße 3 I 80335 München I Gestaltung: Volk Verlag München I Printed in Germany 2011 I ISBN 978-3-86872-621-3

Inhaltsverzeichnis

Vorbe	emerkung	7
Vorwo	ort	8
Einleit	tung	9
1	Ökonomisierungs- und Privatisierungsprozesse	10
1.1	Ökonomisierung	10
1.2	Privatisierung der Leistungserbringung in Bayern	11
1.2.1	Krankenhäuser	13
1.2.2	Stationäre Pflege	24
1.2.3	Ambulante Pflege	25
1.2.4	Arztzahlen: niedergelassene Ärzte (Vertragsärzte)	26
1.2.5	Wirtschaftlichkeit und Qualität	27
1.3	Privatisierung von Gesundheitskosten	29
2	Mythen als Legitimationsmuster	34
2.1	Kostenexplosion	34
2.1.1	Entstehung und Entwicklung der Kostenexplosion	34
2.1.2	Gesundheitsausgaben: GKV und PKV im Vergleich	38
2.2	Demografische Entwicklung – soziale und gesundheitliche Ungleichheit	39
2.2.1	Entwicklung der Lebenserwartung	40
2.2.2	Morbidität (Krankheit) und Mortalität (Sterblichkeit)	41
2.2.3	Krankheitskosten im Alter	44
2.2.4	Pflegebedürftigkeit im Alter	46
2.3	Medizinisch-technischer Fortschritt	48
2.3.1	Angebotsinduzierung im Gesundheitswesen	48
2.3.2	Ausweitung von Diagnostik und Therapie in bayerischen Krankenhäusern	49
2.3.3	Medikalisierung sozialer Probleme	52
2.3.4	Medikalisierung natürlicher Vorgänge	56
2.3.5	Arzneimittel – Pharmaindustrie	57
2.3.6	Erfindung von Krankheiten	61
2.3.7	Unzureichende wissenschaftliche Evidenz: Vorsorge und Früherkennung	63
2.4	Lohnnebenkosten	70
2.4.1	Abgabenquote im EU-Vergleich	71
2.4.2	Bruttolohnentwicklung, Arbeitskosten, Lohnnebenkosten im EU-Vergleich	72
2.4.3	Beispiele: Belastung der Arbeitgeber durch Krankenversicherungsbeiträge	77
2.5	Eigenverantwortung	79
2.5.1	Gesundheitsökonomie	79
2.5.2	Gesundheitspolitik: Eigenverantwortung im SGB V	81
2.5.3	Wirkung von Selbstbeteiligungen: Zuzahlungen und Praxisgebühr	83

3	Alternativen und Handlungsfelder in Bayern	92
3.1	Zusammenfassende Thesen	92
3.2	Handlungsfelder und Gestaltungsansätze	92
3.2.1	Gesundheitspolitik als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe	93
3.2.2	Integrierte Versorgung	94
3.2.3	Vermeidung von Verschwendung und Leid	95
Literat	turverzeichnis	101
Die Ai	utorin	106

Vorbemerkung

Das deutsche Gesundheitssystem hat sich in einem über Jahrhunderte andauernden Entwicklungsprozess herausgebildet. Ein wichtiger Meilenstein in diesem Prozess war die Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahre 1883. Trotz wechselnder Herrschaftssysteme sowie kultureller, sozialer und ökonomischer Verwerfungen besteht die GKV zumindest in ihren strukturellen und institutionellen Grundzügen bis heute fort-abgesehen von der gänzlich unterschiedlichen Entwicklung des Gesundheitswesens in Westdeutschland und der ehemaligen DDR nach dem Zweiten Weltkrieg. Von Anfang an war die GKV nicht auf die Erhaltung und Förderung von Gesundheit konzentriert (präventives Paradigma), sondern auf die Behandlung von Krankheiten durch Ärzte (kompensatorisches Paradigma, kurative Medizin). Die Ende des 19. Jahrhunderts von der erstarkenden Sozialdemokratie und der Arbeiterbewegung geforderte Alternative, wie z. B. die Regulierung des Arbeitsschutzes und der industriellen Beziehungen bei gleichzeitigem Fortbestand der selbst verwalteten Hilfskassen, konnte sich gegen den massiven Widerstand des monarchistischen Herrschaftssystems und der deutschen Großindustrie nicht durchsetzen.

Die bemerkenswerte Kontinuität der GKV verdeckt freilich die teils gravierenden Veränderungen in den Begründungen und Umdeutungen, wie sie insbesondere seit Mitte der 1990er Jahre in den gesundheitspolitischen Debatten festzustellen sind. Um die Jahrtausendwende setzt sich die Auffassung des Gesundheitswesens als "Wachstumsmarkt" in Politik, Medien und Teilen der Wissenschaft durch. Während die zahlreichen seit Mitte der 1970er Jahre eingeführten "Gesundheitsreformen" vor allem Kostendämpfungsziele verfolgten, rücken nun verstärkt wirtschaftspolitische Zielsetzungen in den Vordergrund. Die gesundheitspolitischen Beschlüsse von CDU und FDP der letzten Jahre sowie die aktuelle Gesetzgebung der schwarzgelben Bundesregierung deuten auf einen grundlegenden Systemwechsel hin: Das Programm beider Parteien scheint langfristig auf die Abschaffung der GKV als staatliche Sozialversicherung und die schrittweise Einführung eines privatwirtschaftlichen Krankenversicherungssystems abzuzielen. Die damit einhergehende Umwandlung der gesetzlichen Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen wird bereits von einzelnen Kassen gefordert. Die politischen Organe der Ärzteschaft wie Bundesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung sowie ein Großteil der Ärzte unterstützen den Kurs der Bundesregierung zumindest teilweise.

Doris A. Zimmermann analysiert in ihrem Beitrag aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive einige Aspekte des Ökonomisierungs- und Privatisierungsprozesses mit Bezug zum bayerischen Gesundheitswesen. Sie identifiziert die in Politik, Medien und Teilen der Wissenschaft teils seit Jahrzehnten verbreiteten gesundheitspolitischen Begründungsmuster als Mythen und wirft einen kritischen Blick auf die möglichen Folgen der von der CDU-CSU/FDP-Bundesregierung forcierten Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens. Einen spezifischen Akzent setzt sie auf zwei zentrale Ausblendungen in gesundheitspolitischen Diskursen: zum einen der enge Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, wie er in einer Vielzahl internationaler und nationaler Studien empirisch belegt ist, zum anderen die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen als wesentliche Ursachen von Erkrankungen und gesundheitlichen Belastungen, die im populären Eigenverantwortungsdiskurs zum individuellen (Fehl-)Verhalten verkehrt werden. Kurz: Gesundheit und Krankheit werden ökonomisiert, privatisiert und individualisiert. Demgegenüber zeigt sie – basierend auf dem verfassungsrechtlich verankerten Sozialstaatsprinzip und der daraus abgeleiteten Verpflichtung des Staates zur Daseinsvorsorge für alle Bürgerinnen und Bürger – realistische Alternativen und praktische Handlungsfelder in der zukünftigen Gestaltung der bayerischen Gesundheitspolitik auf. Der Beitrag richtet sich als Diskussionsgrundlage an alle interessierten Menschen und Einrichtungen, die sich kritisch und konstruktiv mit den Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen auseinandersetzen möchten.

Horst Schmidt M. A. Leiter des BayernForums

Vorwort

"Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen." Zwischen dieser Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1946 und den Befürchtungen, Deutschland bewege sich auf eine Drei-Klassen-Medizin zu, spielt sich seit Jahren die öffentliche Diskussion über das Gesundheitssystem in Deutschland ab. Festzuhalten ist, dass – trotz aller Unkenrufe – dieses System eines der besten weltweit ist.

Sinkende Einnahmen aufgrund einer veränderten Arbeitswelt, schwarze Schafe aus allen am System beteiligten Gruppen, regionale Unter- aber auch Überversorgung, horrende Ausgaben für Arzneimittel sind die Hauptschwierigkeiten, die Gesundheitspolitik zu bewältigen hat. "Außer in Afghanistan gibt es nirgends mehr Warlords als im deutschen Gesundheitssystem", ein Zitat des ehemaligen Verfassungsrichters Dr. Steiner bringt die Problematik kurz und trocken auf den Punkt. Beunruhigend ist, dass nach allen Untersuchungen Menschen aus den unteren Einkommensgruppen ein deutlich höheres Krankheitsrisiko haben als Wohlhabende.

Die Publikation von Doris A. Zimmermann enthält eine Fülle von Gesundheitsdaten aus und für Bayern, die in dieser Form neu ist. Die überaus schwierige Materie ist umfassend und verständlich erläutert und daher eine wertvolle Orientierungshilfe für medizinische Laien, aber auch für Fachleute. Darüber hinaus bietet sie zahlreiche Anregungen und zum Teil provozierende, zum Widerspruch reizende Schlussfolgerungen in Bezug auf mögliche Einsparpotenziale. Ich wünsche dem Buch eine breite LeserInnenschaft, die sich informieren lässt und es als Anstoß für einen konstruktiven Diskurs über die notwendige Fortentwicklung und Verbesserung der Versorgung begreift.

Kathrin Sonnenholzner Mitglied des Bayerischen Landtags Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion



Einleitung

Ökonomisierungs- und Privatisierungsprozesse im Gesundheitswesen sind nicht neu und vollziehen sich im zeitlichen Verlauf eher schleichend. Seit Mitte der 1970er Jahre dominieren monetäre Steuerungsinstrumente die gesundheitspolitische Ausrichtung der Krankenversorgung, auf die das deutsche Gesundheitssystem verengt ist: zum einen das Ziel der Kostendämpfung, zum anderen das Ziel der Beitragssatzstabilität. Beides sind keine originär gesundheitspolitischen Ziele, die an einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung orientiert sind, sondern primär wirtschafts- und finanzpolitische Ziele. Das erste Kostendämpfungsgesetz von 1977 war u. a. eine Reaktion auf eine angeblich drohende "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen. Fast alle weiteren Gesundheitsreformen standen unter dem Primat von Kosteneindämmung.

Ab Mitte der 1990er Jahre ist ein gesundheitspolitischer Paradigmenwechsel in Richtung Ökonomisierung und Privatisierung mit vier Kernelementen zu beobachten:

- Einführung von Wettbewerb in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) durch die freie Kassenwahl – damit werden Krankenkassen zu konkurrierenden Versicherungsunternehmen, die jeweils einzelwirtschaftliche Interessen verfolgen,
- Einführung von Individualbudgets bzw. Pauschalen, (1) im stationären Sektor die Fallpauschalen (zunächst 25 %, seit 2004 Abrechnung fast aller Krankenhausleistungen nach landeseinheitlichen Fallpauschalen), (2) im ambulanten Bereich die Honorierung von ärztlichen Leistungen durch Praxisbudgets, Punktzahlobergrenzen oder Regelleistungsvolumina damit zugleich Ausrichtung auf individuelle Akteure wie Krankenhäuser und Arztpraxen,
- Privatisierung von Krankheitskosten und Verlagerung von im Wesentlichen gesellschaftlich bedingten Gesundheitsrisiken auf Patienten oder Versicherte,
- Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen mit erheblichen Strukturverschiebungen in der Trägerschaft: Abnahme vor allem von öffentlichen, teils auch freigemeinnützigen Trägern bei gleichzeitiger Zunahme von privaten oder marktwirtschaftlichen Trägern, darunter Klinikkonzerne.

Der politisch erzeugte Druck infolge der Umstellung auf marktwirtschaftliche Prinzipien wie Wettbewerb und betriebswirtschaftliche Steuerung des Gesundheitswesens wirkt auf öffentliche und freigemeinnützige Träger gleichermaßen.

Bis auf wenige Ausnahmen gibt es zu den Ökonomisierungs- und Privatisierungsprozessen im deutschen Gesundheitswesen und deren Auswirkungen kaum empirische Forschung (Ausnahmen exemplarisch: Böhlke u. a. 2009; Tiemann/Schreyögg 2009; Zimmermann 2008). Mittlerweile ist das Gesundheitssystem stark zersplittert und höchst intransparent, ein Dschungel aus einer Vielzahl von Akteuren und Gruppen mit je spezifischen Macht-, Standes- und Profitinteressen. Kein Wunder, denn es geht um ein Ausgabenvolumen von mehr als 263 Milliarden Euro (2008), das sind 10,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Die gesundheitspolitischen Debatten sind geprägt von teils seit Jahrzehnten stereotyp wiederholten Mythen, die als Legitimationsmuster für "Reformen" in Politik, Medien und Teilen der Wissenschaft benutzt werden. Die Gründe für die damit verbundene Irreführung der Öffentlichkeit dürften teils auf Unkenntnis der Faktenlage beruhen, teils in der Verschleierung von Partial- und Profitinteressen zu suchen und den politischen Akteuren durchaus bewusst sein.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, im ersten Schritt einige der verstreuten Befunde und öffentlich zugänglichen Daten zur Ökonomisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen zu analysieren und im Zusammenhang mit zentralen Mythen zu diskutieren – soweit wie möglich auf *Bayern* bezogen (Kap. 1 und 2). In einem zweiten Schritt werden Alternativen und Handlungsfelder in Bayern aufgezeigt, die sich am Kernziel von *Gesundheits*-Politik orientieren: Erhaltung und Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit (Kap. 3).

1 Ökonomisierungs- und Privatisierungsprozesse

Jenseits der öffentlichen und medialen Aufmerksamkeit vollzieht sich im Gesundheitswesen eine allmähliche Verschiebung vom öffentlichen Sektor zum privaten oder marktwirtschaftlichen Sektor. Dieser keineswegs zufällige, sondern politisch beabsichtigte Prozess umfasst zwei zunehmend verschränkte Elemente: zum einen die Ökonomisierung, zum anderen die Privatisierung des Gesundheitswesens. Seit Mitte der 1990er Jahre werden die Stärkung von Wettbewerb und damit die Forcierung von marktwirtschaftlichen Elementen zum gesundheitspolitischen Haupttrend.

1.1 Ökonomisierung

Zentrale Merkmale des Ökonomisierungsprozesses im Gesundheitswesen sind:

(1) Ziele: Nicht die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit durch Prävention und Gesundheitsförderung, sondern die Gesundheits-Wirtschaft als Wachstumsmarkt wird zum gesundheitspolitischen Kernziel. Beim "Zukunftskongress Gesundheitswirtschaft" Ende April 2010, veranstaltet vom Bundesgesundheitsministerium in Berlin, sagte die Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) zur Eröffnung: "Das Thema ist von allergrößter Bedeutung für die Zukunft und Wirtschaftsstärke unseres Landes." (Deutsches Ärzteblatt 29.04.2010) Der Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) erklärte, der "Gesundheitsstandort Deutschland" müsse gestärkt werden und betonte: "Die Gesundheitswirtschaft wird weiter wachsen und als Jobmotor noch wichtiger ... Unser Ziel ist es, die Wachstumspotenziale weiter zu stärken." (Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 29.04.2010) Versicherte und Patienten werden auf Standortund Wirtschaftsfaktoren reduziert - im Klartext auf die Rolle von zahlungskräftigen Konsumenten. Nicht Gesundheit, sondern Krankheit wird zum dominanten Wachstumsmotiv. Fluchtpunkt der ökonomischen Verwertungslogik ist die Pathologisierung der gesamten Gesellschaft und damit die Umwandlung von gesunden Menschen in behandlungsbedürftige Kranke.

(2) Regulierung. Auf der Makroebene ist ein schleichender ordnungspolitischer Wandel festzustellen, der zwar bisher keines der grundlegenden Strukturprinzipien beseitigt, jedoch deren Gewichtung in einem langfristigen Prozess gravierend verändert hat: Ökonomische Interessen und Parameter, marktwirt-

schaftliche Steuerung und die Forderung nach "mehr Eigenverantwortung" haben im Gesundheitswesen eindeutig Priorität erlangt, während das Bedarfs-, Solidaritäts- und Sachleistungsprinzip entscheidend geschwächt wurden. Auf der Agenda der schwarz-gelben Bundesregierung steht die Forcierung dieser Entwicklung in Verbindung mit einer schrittweisen Deregulierung und weiteren Privatisierung von Gesundheitsrisiken, Kosten und Versorgungseinrichtungen.

(3) Inhalte. Nicht die medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen, kranken und alten Menschen, die mitfühlende Teilnahme der unter Ängsten und Schmerzen leidenden Patienten, die humane Begleitung von Sterbenden und die bedarfsspezifische Förderung von Gesundheit durch Prävention stehen im Fokus des Gesundheitswesens. Vielmehr ist bereits heute eine enorme Ausweitung des medizinisch-industriellen Komplexes in Diagnostik und Therapie in Verbindung mit der Medikalisierung der Gesellschaft zu erkennen. Nicht mehr ethische Kriterien wie Vertrauen und Sorge, professionelle Handlungsmotive von Ärzten, Pflegekräften oder Therapeuten und Versorgungskriterien wie Bedarf, Angemessenheit und Nützlichkeit bestimmen das Gesundheitswesen, sondern zunehmend Prinzipien der Kapitalverwertung und betriebswirtschaftliche Motive wie Ertrags- und Gewinnmaximierung. So werden Krankenhäuser zu expandierenden Wirtschaftsbetrieben und Klinikkonzernen, Arztpraxen zu Kaufläden und Krankenkassen zu Unternehmen.

(4) Akteure. Nicht nur die direkten Leistungserbringer und die so genannten Vorleistungsindustrien wie Pharmaindustrie, Medizintechnik und Augenoptik, medizinische Laboratorien und Großhandel haben Interessen an der (weiteren) Ökonomisierung des Gesundheitswesens, sondern auch eine Vielzahl von eher mittelbaren Branchen und Akteuren. Das Spektrum reicht von Infrastruktur-Leistungen wie ITund Bauindustrie über Dienstleister wie Zulieferer, Banken und Versicherungen, Wirtschafts-, Unternehmens- und Steuerberatungen, Anwaltskanzleien, PR- und Werbeagenturen, Forschungsinstitute, Kongress- und Messeveranstalter bis hin zu Bildungseinrichtungen, Medien und Verlagen. Hinzu kommen eine Reihe von einflussreichen Akteuren, die im Hintergrund agieren wie Stiftungen, darunter die Bertelsmann-Stiftung, Think-Tanks (Denkfabriken) und elitäre Netzwerke, Wirtschafts- und Interessenverbände, Lobbyorganisationen etc. und internationale Institutionen wie die EU, hier vor allem die Europäische Kommission, OECD, Welthandelsorganisation (WTO), teils auch der Internationale Währungsfonds (IWF) und die Weltbank.

(5) Sprache: Ein untrügliches Zeichen für die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist der Wandel in der sprachlichen Terminologie – dazu einige Stichwörter: Gesundheitsmärkte, Marktpotenziale, Gesundheitssektor als lukrativer Markt für Investoren, Krankenhaus-, Apotheken-, Pflege- und Versicherungsmarkt, Marke XYZ; Patient als "Kunde", "Konsument" oder "Nachfrager"; Krankenhaus-, Fall- und Pflegemanagement, Managed Care, Wertschöpfung, Rentabilität, Effizienz, Optimierungspotenziale, Produktivität, Rationalisierung, Kennzahlensteuerung, Outsourcing, Bench-Marking, Fallpauschalen, Case-Mix-Index, Outcome, Medizincontrolling etc. Hinzu kommt die semantische Umdeutung von einst zentralen Werten und Begriffen wie "Solidarität", "Gerechtigkeit", "Freiheit", "Mündigkeit", "Eigenverantwortung" etc., die ein grundsätzlich verändertes Menschen- und Patientenbild erkennen lassen.

Bereits in den 1970er Jahren wurde der sich ausdehnende medizinisch-industrielle Komplex und die mit ihm einhergehende Ökonomisierung des Gesundheitswesens kritisch hinterfragt, doch die bis heute anhaltenden kritischen Stimmen prallen an der Glorifizierung des "medizinisch-technischen Fortschritts" und des Marktes ab. Medizin, Neurowissenschaften, Medizintechnik, Pharma- und IT-Industrie wachsen immer stärker zusammen, darunter der Aufbau einer gigantischen technischen Infrastruktur, der in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen wird. Unter dem Label "medizinischtechnischer Fortschritt" weitet sich der medizinischindustrielle Komplex auf immer mehr gesellschaftliche Bereiche aus – zu charakterisieren als "kapitalistische Landnahme" (Klaus Dörre), "Anspruchsinflation der Wirtschaft" (Jens Beckert) oder "ökonomischer Imperialismus". Zu welchen absurden Effekten die inzwischen dominierenden Markt- und Profitinteressen im Gesundheitswesen führen können, wird an einigen Beispielen im Kapitel 2 "Mythen als Legitimationsmuster" aufgezeigt.

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und dessen Verwertungslogik führt schließlich zu einer Zweck-Mittel-Verkehrung. "Geld bleibt nicht Mittel zur Sicherstellung der Versorgung, sondern die Versorgung von Kranken wird tendenziell zum Mittel, durch das Gewinn erzielt werden soll." (Kühn 2004, S. 26) Mit anderen Worten, Geld wird nicht mehr

dazu benötigt, um Patienten zu versorgen, sondern es werden (mehr) Patienten gebraucht, um Geld zu verdienen. Somit erhält der betriebswirtschaftliche Zweck, nämlich die monetäre Wertschöpfung oder die Rentabilität, Priorität und die Patientenversorgung wird zum Mittel, um diesen Zweck zu erfüllen. Völlig ausgeblendet werden die sozialen, kulturellen, ökonomischen und personellen Kosten sowie die Externalisierung von Folgekosten der Ökonomisierung auf die Gesellschaft – kurz: Marktversagen. Die Verlagerung von einer gesellschaftlichen, dem Gemeinwohl verpflichteten Perspektive (Makroebene) auf ein einzelbetriebliches Interesse von konkurrierenden Individualakteuren (Mikroebene) kann bereits aus einer volkswirtschaftlichen Sicht mit höchst problematischen Effekten verbunden sein. Das heißt, was einzelbetrieblich vernünftig erscheint, kann sich volkswirtschaftlich als unsinnig oder kontraproduktiv erweisen.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass das im SGB V § 70 verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot als Bestandteil des gesetzlichen Versorgungsauftrags weder mit der Marktförmigkeit der Leistungserbringung und der Krankenkassen noch mit dem Einsatz des gesamten betriebswirtschaftlichen Instrumentenkastens gleichgesetzt werden darf. Anders formuliert, Wirtschaftlichkeit und Markt sind nicht dasselbe. Insofern hat die Ökonomisierung des Gesundheitswesens klare Grenzen, sie ist weder Selbstzweck noch Sachzwang. Diese Grenzen sollen jedoch nach dem Willen der schwarz-gelben Bundesregierung gänzlich niedergerissen und die Zweck-Mittel-Verkehrung im Gesundheitswesen Realität werden, forciert als "Gesundheitswirtschaft" und "Wachstumsmarkt" inklusive Erschließung von Exportchancen bei der Vermarktung von Gesundheitsdienstleistungen. Gesundheitspolitik wird damit endgültig verkehrt zur Wirtschaftspolitik.

1.2 Privatisierung der Leistungserbringung in Bayern

Die Versorgung der Bevölkerung ist in Deutschland nach wie vor fragmentiert in einen stationären und ambulanten Sektor. Der *stationäre Sektor* umfasst Einrichtungen wie Krankenhäuser, Reha-Kliniken und die stationäre Pflege (Pflegeheime). Leistungserbringer im *ambulanten Sektor* sind niedergelassene Ärzte (Hausärzte und Fachärzte sowie Zahnärzte) entweder in Einzel- und Gemeinschaftspraxen oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ),

ambulante Pflegedienste, Apotheken, Therapeuten, Gesundheitshandwerker, Einzel- und Großhandel, Labore, Service-Unternehmen und sonstige ambulante Einrichtungen. Als *Träger* der stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen haben sich historisch drei Gruppen herausgebildet:

- öffentliche Träger auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene,
- freigemeinnützige Träger vor allem Wohlfahrtsverbände und Kirchen,
- private Träger privatwirtschaftlich geführte Unternehmen, darunter vier große Klinikkonzerne wie Rhön-Klinikum AG, Helios Kliniken Gruppe (Tochter des Weltkonzerns Fresenius SE), Asklepios Kliniken GmbH und Sana Kliniken AG mit jeweils Umsätzen in Milliardenhöhe. Alle vier Konzerne haben auch in Bayern jeweils mehrere Standorte neben anderen privaten Klinikketten.

Die Privatisierung der Leistungserbringung auf der Ebene der individuellen Akteure (Mikroebene) umfasst zwei zusammenhängende Prozesse:

- Verschiebung von Teilen oder gesamten öffentlichen Einrichtungen in private Trägerschaft, z. B. Auslagerung von Servicebereichen an private Dienstleister (Outsourcing) oder Verkauf von kommunalen Krankenhäusern an private Klinikbetreiber als letzter Schritt im materiellen Privatisierungsprozess; Vorformen sind z. B. Managementverträge (Übernahme des Klinikmanagements durch private Unternehmen), formelle Privatisierung (Umwandlung eines kommunalen Krankenhauses in eine Kapitalgesellschaft), Beteiligungen an öffentlichen Kliniken durch Privatunternehmen, Verbünde und Netzwerke oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als Mischformen, Modelle im Bereich Public Private Partnership (PPP) oder Öffentlich-Private Partnerschaft (ÖPP) etc.
- Aufgabenverlagerung aus dem öffentlichen in den marktwirtschaftlichen Bereich, d. h. Rückzug des Staates aus seinem verfassungsrechtlich verankerten Auftrag der Daseinsvorsorge, aus politischer Gestaltung und Verantwortung

Das prinzipiell widersprüchliche Verhältnis von marktwirtschaftlicher Steuerungslogik einerseits und öffentlicher Verantwortung für eine bedarfsgerechte und gleichmäßige medizinische Versorgung sowie eine humane Krankenbehandlung der Patienten (§ 70 SGB V) andererseits wird zunehmend in privatwirtschaftliche Organisationsformen verlagert. Dies zeigt sich exemplarisch am Wandel der *Trägerstrukturen*, die sich in Richtung private Leistungsanbieter verschieben. In keinem anderen europä-

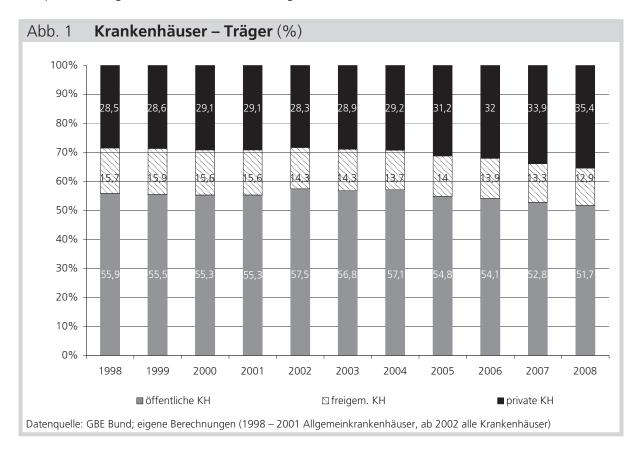
ischen Land wurde der Privatisierungsprozess von Krankenhäusern derart umfassend betrieben wie in Deutschland. Selbst eine Universitätsklinik wurde inzwischen privatisiert: 2005 verkaufte die hessische Landesregierung die Uni-Klinik Marburg-Gießen an den Rhön-Konzern. Ein "schleichender Systemwechsel" zeichnet sich damit keineswegs nur bei der Finanzierung der Ausgaben in der "Gesundheitsreform" der schwarz-gelben Bundesregierung ab, sondern hat sehr viel weiterreichende Konsequenzen.

Der Privatisierungsprozess der Leistungserbringung im bayerischen Gesundheitswesen wird im Folgenden an einigen Beispielen und Indikatoren aufgezeigt: Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflege. Anschließend wird die Entwicklung der Arztzahlen in Bayern betrachtet und die Frage erörtert, ob private Krankenhäuser tatsächlich wirtschaftlicher sind und eine bessere Qualität erbringen, wie immer wieder behauptet wird.

1.2.1 Krankenhäuser

(1) Die *Anzahl* der bayerischen Krankenhäuser ist von insgesamt 409 Einrichtungen im Jahre 1998 auf 379 in 2008 gesunken.¹ Seit der Jahrtausendwende haben sich die *Trägerstrukturen* deutlich zugunsten der privaten Träger verändert, wie Abbildung 1

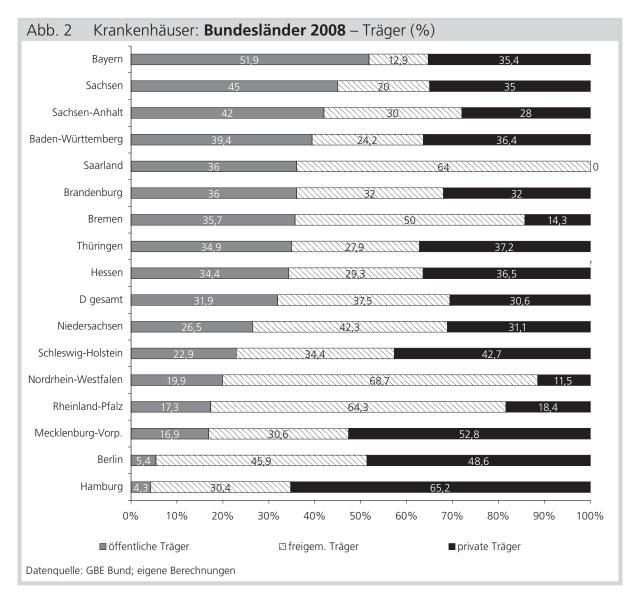
zeigt. 2008 war nur noch gut die Hälfte der Krankenhäuser (51,7 %) in öffentlicher Trägerschaft. Auch bei den freigemeinnützigen Trägern ist eine leichte Abnahme zu verzeichnen, während der Anteil der privaten Träger innerhalb weniger Jahre auf über ein Drittel gestiegen ist (35,4 % im Jahre 2008).



Datengrundlage der nachfolgenden Angaben und Grafiken ist, soweit nicht anders angegeben, die umfangreiche Datenbank "Gesundheitsberichterstattung des Bundes" (www. gbe-bund.de), zitiert als: GBE Bund. Die Datenbank wurde 2002 umgestellt und differenziert seither die Trägerstrukturen nach allen Krankenhäusern: Allgemeinkrankenhäuser und Spezialkliniken. Bis 2001 beziehen sich die Angaben zu den Trägern auf Allgemeinkrankenhäuser, in denen zwischen 97 und 98 Prozent der Patienten behandelt werden, der Rest wird in Spezialkliniken wie psychiatrische und neurologische Kliniken behandelt.

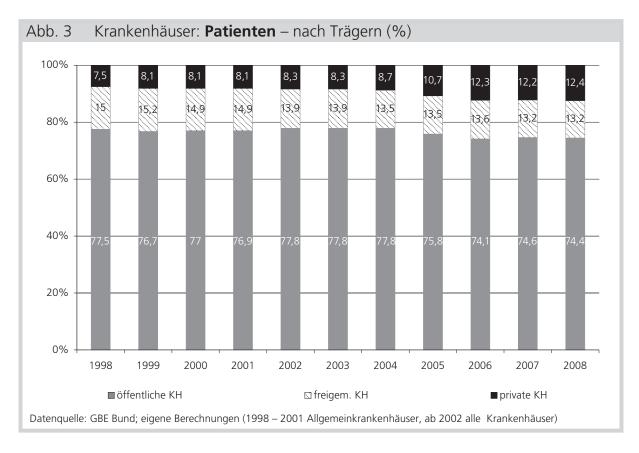
(2) Die Privatisierung der bayerischen Krankenhauslandschaft ist im Vergleich zu anderen *Bundesländern* langsamer verlaufen. Bayern war im Jahre 2008 das Bundesland mit dem höchsten Anteil an

öffentlichen Kliniken, während dieser Anteil z. B. in Hamburg und Berlin verschwindend gering ist (Abb. 2). Das Saarland ist bisher das einzige Bundesland ohne private Kliniken.

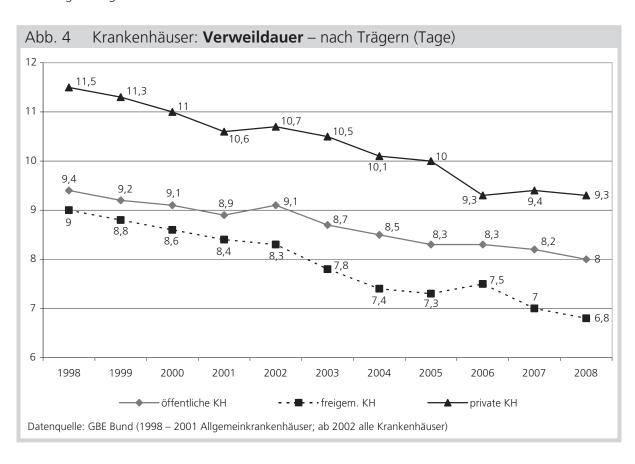


(3) Ein weiterer Indikator für den Privatisierungsprozess ist die Anzahl der in Krankenhäusern behandelten *Patienten* (Fälle). Auch hier ist zwischen 1998 und 2008 eine kontinuierliche Verschiebung in Richtung privater Träger zu beobachten: von

7,5 % in 1998 auf 12,4 % in 2008 (Abb. 3). Im Jahre 2008 wurde bereits jeder achte Patient in Bayern in privaten Kliniken behandelt. Auch bei den freigemeinnützigen Trägern sind die Fallzahlen prozentual zurückgegangen.

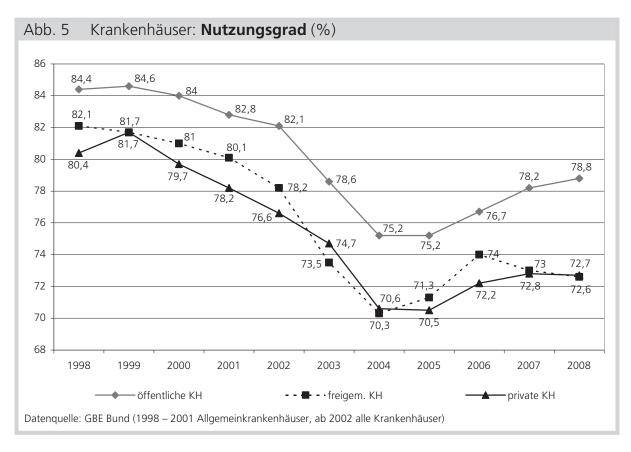


- (4) Bemerkenswerte Unterschiede zwischen den Trägern sind bei der *Verweildauer* der Patienten festzustellen (Abb. 4). Hier zeigen sich folgende Entwicklungen:
- Bei allen drei Trägern ist die Aufenthaltsdauer von Patienten im Krankenhaus zwischen 1998 und 2008 gesunken – im Schnitt von 10 Tagen in 1998 auf 8 Tage in 2008. Die Einführung des DRG-Systems ab 2004 (Abrechnung von Krankenhausleistungen nach landeseinheitlichen Fallpauschalen) hat keinen direkten Einfluss auf die Verweildauer der Patienten, sondern ist bereits ein längerfristiger Trend.
- Bei den freigemeinnützigen Trägern ist die Verweildauer der Patienten stets am geringsten, d.
 h. hier werden die Patienten deutlich früher entlassen.
- Die Aufenthaltsdauer der Patienten in privaten Kliniken ist in allen Jahren am höchsten, d. h. hier bleiben die Patienten länger im Krankenhaus. Welche Gründe die auffallenden Unterschiede bei der trägerspezifischen Verweildauer von Patienten in bayerischen Kliniken haben, wäre eine interessante Forschungsfrage.



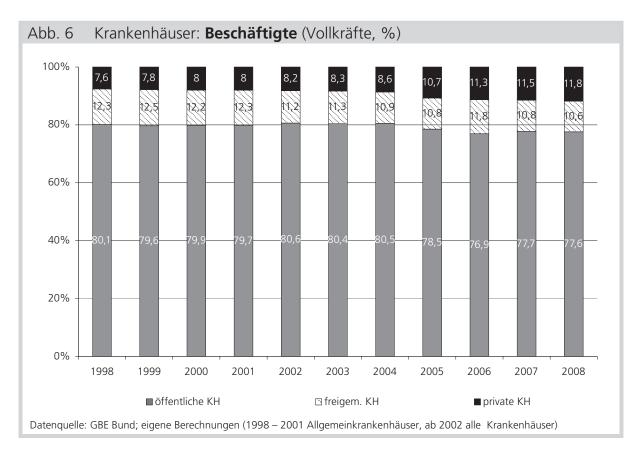
(5) Auch der *Nutzungsgrad* in bayerischen Krankenhäusern zeigt bemerkenswerte Trägerunterschiede. Die Bettenauslastung in öffentlichen Krankenhäusern ist im Vergleichszeitraum stets am besten. Aufgrund der sinkenden Patientenzahlen hat sie bei allen Trägern erheblich abgenommen. Obgleich die Patientenzahlen seit 2007 in Bayern wieder deutlich

steigen, sinkt die Bettenauslastung bei den freigemeinnützigen und privaten Trägern seit 2006 (Abb. 5). Dieses Ergebnis widerspricht der verbreiteten Behauptung, wonach private Unternehmen effizienter wirtschaften. Denn die Auslastung von Kapazitäten ist eines der zentralen Motive betriebswirtschaftlichen Handelns.

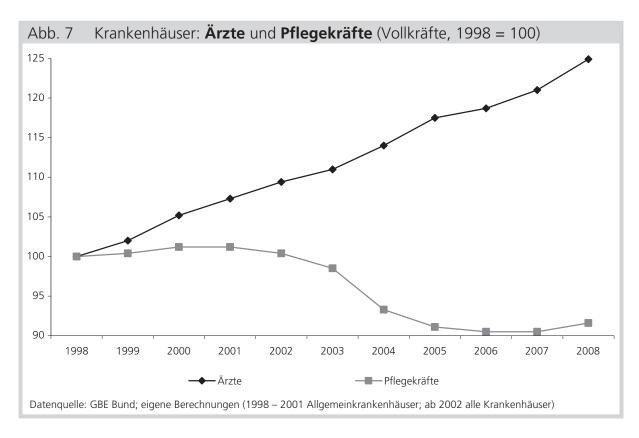


(6) Die zunehmende Privatisierung von bayerischen Krankenhäusern spiegelt sich ebenso in der Entwicklung der *Personalstruktur* (umgerechnet in Vollkräfte, alle Beschäftigtengruppen). Insgesamt ist die Anzahl der Beschäftigten von 125.785 in 1998 bis 2002 auf 128.101 gestiegen, danach wurde Personal bis 2006

kontinuierlich abgebaut (120.338 Vollkräfte). Seit 2007 ist wieder ein leichter Anstieg festzustellen (123.155 in 2008). Um die Jahrtausendwende waren noch vier Fünftel aller Beschäftigten in öffentlichen Kliniken tätig, 2008 sank der Anteil auf gut drei Viertel (77,6 %, Abb. 6).

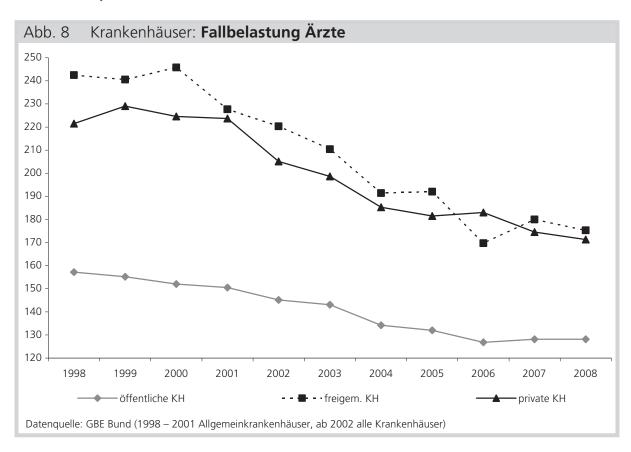


Wie sich die *Beschäftigung* der Ärzte und Pflegekräfte als die beiden Hauptgruppen in bayerischen Krankenhäusern zwischen 1998 und 2008 entwickelt hat, wird in Abbildung 7 deutlich. Danach hat sich die Anzahl der Ärzte kontinuierlich um 25 % erhöht (von 15.598 in 1998 auf 19.487 in 2008). Demgegenüber ist bei den Pflegekräften ab der Jahrtausendwende bis 2007 ein kontinuierlicher Abbau festzustellen. 2008 wurde dieser Trend gestoppt und die Anzahl der Pflegekräfte leicht erhöht (49.185 in 1998, 49.776 in 2000, 44.514 in 2007, 45.076 in 2008), u. a. aufgrund der steigenden Patientenzahlen.



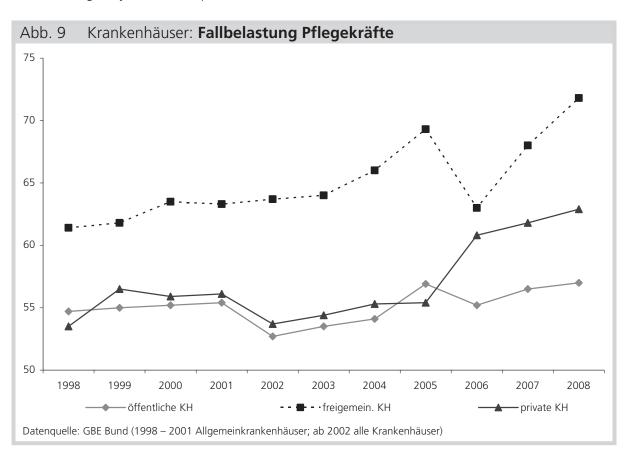
Erhebliche Unterschiede zwischen den drei Trägergruppen zeigen sich auch bei der *Fallbelastung* von Ärzten und Pflegekräften. Im Zeitvergleich von 1998 und 2008 sind folgende Entwicklungen festzustellen

- zunächst die Fallbelastung der Ärzte (Abb. 8):
- Aufgrund der kontinuierlichen Erhöhung der Arztzahlen in bayerischen Krankenhäusern hat sich
- deren Fallbelastung zwischen 1998 und 2008 bei allen drei Trägern deutlich verringert.
- Im Vergleich zu den privaten und freigemeinnützigen Trägern ist die Fallbelastung der Ärzte in öffentlichen Kliniken weitaus geringer.



Die Fallbelastung der *Pflegekräfte* in bayerischen Krankenhäusern hat sich zwischen 1998 und 2008 gänzlich anders entwickelt als bei den Ärzten (Abb. 9). Hier sind folgende Tendenzen erkennbar:

- Bei den freigemeinnützigen Trägern ist die Fallbelastung in allen Jahren jeweils am höchsten und steigt weiter. (Der starke Knick in 2006 hängt u. a. mit der Entwicklung der Patientenzahlen zusammen.)
- Bis 2005 ist die Fallbelastung der Pflegekräfte bei den öffentlichen und privaten Trägern ähnlich, danach steigt sie jedoch in den privaten Kranken-
- häusern Bayerns deutlich. Dies dürfte u. a. mit der Einführung des DRG-Systems 2004 zusammenhängen, weil seither nicht mehr Pflegetage, sondern Fallpauschalen abgerechnet werden.
- In öffentlichen Krankenhäusern steigt die Fallbelastung der Pflegekräfte seit 2006 abermals leicht, sie liegt aber deutlich unter den Werten der privaten und der freigemeinnützigen Träger. (Absolute Fallbelastung 2008: 57 in öffentlichen, 72 in freigemeinnützigen und 63 in privaten Kliniken.)



- (7) Ein Blick auf die Entwicklung der Fallkosten in Krankenhäusern nach den drei Trägergruppen ist nur für Deutschland möglich, da keine öffentlich zugänglichen Daten zur trägerspezifischen Ermittlung der Kosten für Bayern verfügbar sind. In der Tabelle 1 sind jeweils die durchschnittlichen Kosten angegeben: Fallkosten gesamt, Sach- und Personalkosten, Fallkosten pro Arzt und Pflegekraft für den Zeitraum von 2002 bis 2008 (alle deutschen Krankenhäuser). Die Ergebnisse widerlegen eindeutig Behauptungen, wonach private Träger "wirtschaftlicher" seien.
- Insgesamt sind die durchschnittlichen Fallkosten bei den öffentlichen Trägern höher als bei den privaten und freigemeinnützigern Trägern. Dies hat verschiedene Gründe – hierzu nur einige Stichwörter: (mehr) Aufwendungen für Forschung und Ausbildung, vergleichsweise bessere Bezahlung und Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, Vorhaltung von Infrastruktur und spezifischen Leistungen etc. Bei den privaten Trägern sind die Fallkosten zwi-

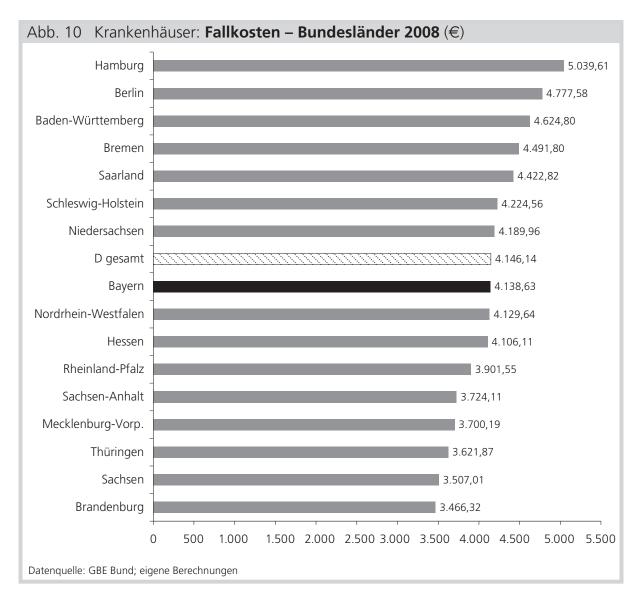
- schen 2002 und 2008 im Schnitt erheblich stärker gestiegen als bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern.
- Bei den *Sachkosten* sind bei allen Trägern in etwa gleiche Kostensteigerungen festzustellen.
- Bei den Personalkosten indes sind die Kosten bei den privaten Trägern mit 16,7 % erheblich höher gestiegen als bei den beiden anderen Trägergruppen.
- Noch deutlicher zeigt sich diese Entwicklung bei den durchschnittlichen *Fallkosten pro Arzt*, die mit 33,8 % bei den privaten Trägern weitaus stärker gestiegen sind als bei öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern.
- Die durchschnittlichen Fallkosten pro Pflegekraft sind aufgrund des Abbaus von Pflegepersonal in deutschen Krankenhäusern zwischen 2002 und 2008 gesunken. Bei den privaten Trägern sind sie jedoch auch bei den Pflegekräften um 4,7 % gestiegen, bei gleichzeitig höherer Fallbelastung.

Tab. 1 Fallkosten Krankenhäuser Deutschland Vergleich: 2002 und 2008 (Euro, Durchschnitt)								
Fallkosten	200	2	200	Differenz				
	Euro	%	Euro	%	Kosten %			
Fallkosten gesamt	3.477,14	100	4.146,14	100	+ 19,2			
– öffentliche Träger	3.833,87		4.593,62		+ 19,8			
– freigemeinnützige Träger	3.011,78		3.584,53		+ 19,0			
– private Träger	3.145,10		3.929,13		+ 24,9			
Sachkosten pro Fall	1.171,12	33,7	1.559,89	37,6	+ 33,2			
– öffentliche Träger	1.273,74	33,2	1.706,80	37,2	+ 34,0			
– freigemeinnützige Träger	1.012,40	33,6	1.342,41	37,5	+ 32,6			
– private Träger	1.185,61	37,7	1.578,08	40,2	+ 33,1			
Personalkosten pro Fall	2.268,32	65,2	2.475,26	59,7	+ 10,4			
– öffentliche Träger	2.520,60	65,7	2.777,13	60,5	+ 10,2			
– freigemeinnützige Träger	1.967,93	65,3	2.141,72	57,7	+ 8,8			
– private Träger	1.906,37	60,6	2.223,90	56,6	+ 16,7			
Fallkosten pro Arzt	525,04	15,1	691,65	16,7	+ 31,7			
– öffentliche Träger	586,85	15,3	775,14	16,9	+ 24,3			
– freigemeinnützige Träger	453,37	15,1	589,33	16,4	+ 23,1			
– private Träger	427,82	13,6	646,04	16,4	+ 33,8			
Fallkosten pro Pflegekraft	821,07	23,6	812,35	19,6	- 1,1			
– öffentliche Träger	880,08	23,0	874,26	19,0	- 0,7			
– freigemeinnützige Träger	758,25	25,2	752,79	24,4	- 0,7			
– private Träger	703,49	22,4	736,88	18,8	+ 4,7			

Datenquelle: GBE Bund; eigene Berechnungen (ab 2002 alle Krankenhäuser)

Ein Vergleich der durchschnittlichen Fallkosten in Krankenhäusern zeigt für das Jahr 2008 massive Unterschiede zwischen den *Bundesländern* (Abb. 10). Danach hat Hamburg, wo zwei Drittel aller Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind, die bei weitem höchsten Fallkosten, gefolgt von Berlin und

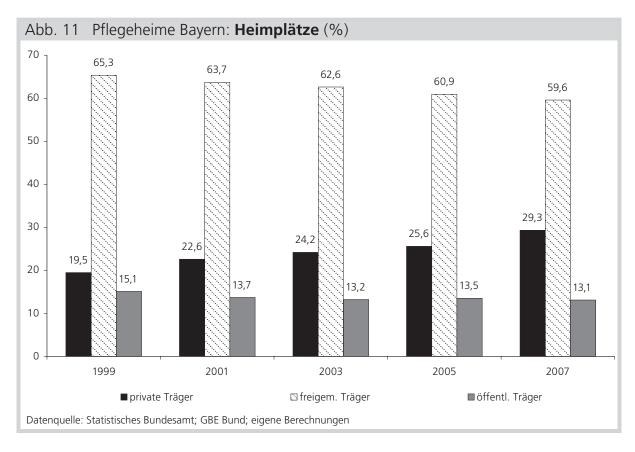
Baden-Württemberg. Bayern liegt mit 4.138,63 Euro im Mittelfeld und leicht unter dem Bundesdurchschnitt. Im Vergleich zu 1998 liegt jedoch der Kostenanstieg in Bayern mit 40,8 % über dem deutschen Durchschnitt (37,2 %).



1.2.2 Stationäre Pflege: Pflegeheime

In der stationären Pflege, lange Zeit eine Domäne der freigemeinnützigen Träger, zeigen sich ebenfalls deutliche *Privatisierungstendenzen*. So ist der Anteil der privaten Pflegeheime von gut einem Viertel im Jahre 1999 (26,9 %) auf fast ein Drittel im Jahre

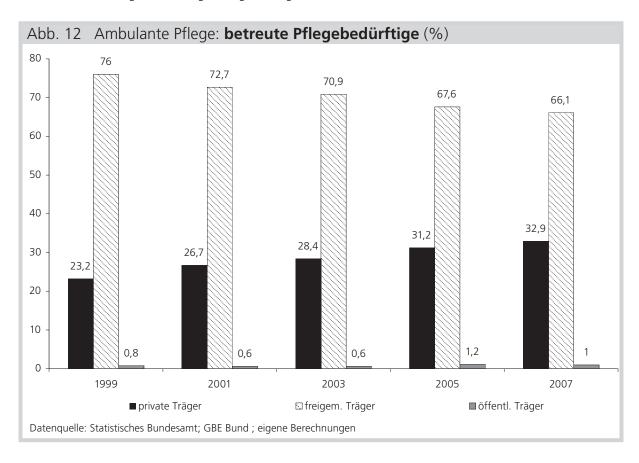
2007 gestiegen (31,6 %), während er bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern zurückgegangen ist (von 59,3 % auf 56,8 % bei freigemeinnützigen und von 13,9 % auf 11,6 % bei öffentlichen Trägern). Eine ähnliche Entwicklung ist bei den Heimplätzen festzustellen: 2007 waren bereits drei von zehn Heimplätzen in privater Trägerschaft (Abb. 11).



1.2.3 Ambulante Pflege

In der ambulanten Pflege spielen die öffentlichen Träger so gut wie keine Rolle. Deutliche Verschiebungen haben sich zwischen den freigemeinnützigen und privaten Trägern ergeben. So hat sich die *Anzahl* der privaten Pflegedienste von 40,7 % im Jahre 1999 auf 52,6 % im Jahre 2007 erhöht, während sie bei den freigemeinnützigen Trägern im glei-

chen Zeitraum von 58,4 % auf 46,1 % gesunken ist. Damit hat sich das Verhältnis zwischen privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen umgekehrt. Da private Pflegedienste oftmals kleine Unternehmen sind, wird die Mehrheit der Pflegebedürftigen von freigemeinnützigen Einrichtungen betreut, allerdings mit deutlich sinkenden Anteilen, wie Abbildung 12 zeigt: 1999 waren es noch gut drei Viertel (76 %), 2007 nur noch zwei Drittel (66,1 %).

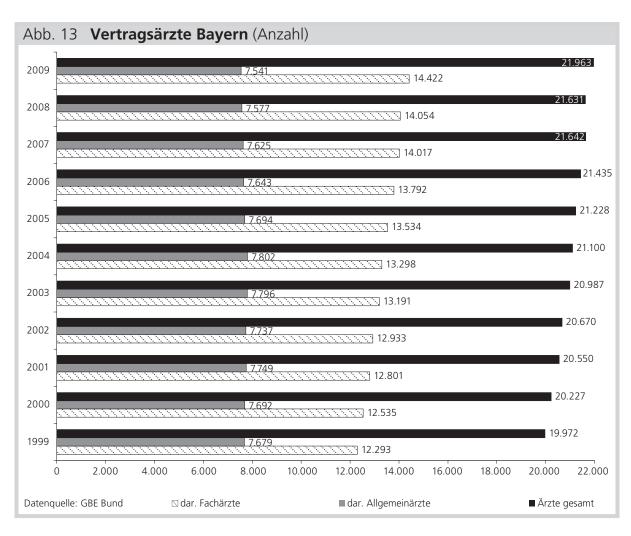


1.2.4 Arztzahlen: niedergelassene Ärzte (Vertragsärzte)

Im Vergleich zu anderen Flächenstaaten Deutschlands ist die Arztdichte in Bayern mit 180 Einwohnern pro Arzt im Jahre 2008 am höchsten (zum Vergleich: Baden-Württemberg 193, Nordrhein-Westfalen 203, Niedersachsen mit 233 als Schlusslicht). Die Gesamtzahl der bayerischen Ärzte ist in den letzten 20 Jahren kontinuierlich gestiegen: von 43.296 im Jahre 1989 auf 71.037 im Jahre 2009, das entspricht einer Zunahme von 64,1 % – im Jahresdurchschnitt 3,2 %. Die Anzahl der Vertragsärzte in Bayern ist im gleichen Zeitraum ebenfalls gestiegen, von 14.961 im Jahre 1989 auf 21.963 im Jahre 2009, was einer Zunahme von 46,8 % entspricht – im Jahresdurchschnitt 2,3 %. Zwischen 1992 und 1993 ist ein kräftiger Sprung nach oben zu erkennen. Zur Erinnerung: Zu dieser Zeit wurde auf eine "Ärzteschwemme" verwiesen.

Die langfristige Betrachtung deutet auf einen problematischen Trend hin, wonach die Anzahl der Allgemeinärzte (einschließlich Praktische Ärzte) bereits seit 1993 stagniert oder sogar rückläufig ist, während die Facharztzahlen weiter steigen. Das heißt, die Schere zwischen den Fach- und Allgemeinärzten öffnet sich. Abbildung 13 zeigt folgende Entwicklungen zwischen 1999 und 2009:

- Die Anzahl der Vertragsärzte in Bayern ist insgesamt um 10 % gestiegen.
- Bei den Fachärzten ergibt sich im gleichen Zeitraum eine Steigerung von 17,3 %.
- Dagegen ist die Anzahl der Allgemeinärzte (einschließlich Praktische Ärzte) um 1,8 % gesunken.
 Die Zahl der Hausärzte in Bayern ist zwischen 1999 und 2009 leicht um insgesamt 3,7 % gestiegen, zum Teil mit deutlichen Schwankungen zwischen den Jahren: von 9.827 in 1999 auf 9.980 in 2009.



Ein genauerer Blick auf die Arztdichte, d. h. die Anzahl der ambulanten Ärzte je Einwohner im Jahre 2009, zeigt zum Teil extreme *regionale Unterschiede* sowie starke Unterschiede zwischen kreisfreien Städten und Landkreisen (Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Gesundheitsberichterstattung des Landes Bayern, Indikator 8.8). Hier zunächst die Zahlen zur Arztdichte nach Regionen (bayerische Regierungsbezirke):

 Oberbayern 	429
 Mittelfranken 	530
Schwaben	569
 Oberpfalz 	600
 Unterfranken 	602
 Oberfranken 	620
 Niederbayern 	621
Bayern gesamt	518

Deutlicher werden die teils krassen Unterschiede in der Arztdichte bei einer kleinräumigen Betrachtung zwischen *kreisfreien Städten* und *Landkreisen* – hierzu einige Beispiele (Tab. 2): Die Stadt Rosenheim hat die höchste Arztdichte, der Landkreis Coburg die geringste Arztdichte in Bayern.

Tab. 2 Arztdichte : Städte – Landkreise							
	Stadt	Landkreis					
Rosenheim	264	558					
Landshut	277	1.092					
München	291	510					
Regensburg	297	758					
Ansbach	306	871					
Schweinfurt	312	1.050					
Coburg	333	1.096					

Datenquelle: GBE Bayern, Indikator 8.8

Zwischen der Arztdichte und der regionalen Lage einzelner Landkreise ist ein deutlicher Zusammenhang erkennbar, was auf die Attraktivität der Gegend als wichtiger Einflussfaktor bei der Niederlassung von Ärzten verweist. So hat der Landkreis Starnberg mit 340 die höchste Arztdichte aller bayerischen Landkreise, gefolgt von Garmisch-Partenkirchen mit 447 (Platz 2) und Lindau am Bodensee mit 492 (Platz 3). Allein diese Daten legen die Vermutung nahe, dass es in Bayern keinen

"Ärztemangel" gibt, sondern vielmehr ein *Verteilungsproblem*. Die teilweise massiven regionalen Unterschiede in der Versorgungsdichte sind aus medizinischen Gründen kaum zu erklären.

Bei den *Psychotherapeuten* (ohne Kinder- und Jugendpsychotherapeuten) fallen die Unterschiede in der Versorgungsdichte zwischen Städten und Landkreisen teilweise noch krasser aus als bei den ambulanten Ärzten – hier einige Beispiele aus dem Jahre 2005, aktuelle Zahlen liegen leider nicht vor (Quelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Gesundheitsberichterstattung des Landes Bayern, Indikator 8.13). Danach hat der Kreis Starnberg die höchste Therapeutendichte aller bayerischen Landkreise.

Bamberg Stadt (Platz 1)	1.046
 Regensburg Stadt (Platz 2) 	1.052
München Stadt (Platz 3)	1.155
 Würzburg Stadt (Platz 4) 	1.183
 Starnberg (Landkreis – Platz 1) 	1.763
 Lindau am Bodensee (Landkreis) 	3.771
Ansbach (Landkreis)	12.278
Bayreuth (Landkreis)	36.324

Anzumerken ist, dass niedergelassene Ärzte (Vertragsärzte) in Deutschland über ein Versorgungsmonopol verfügen und zugleich freiberufliche Unternehmer sind. Sie haben sowohl ein ausgeprägtes Interesse an kontinuierlichen Honorarsteigerungen als auch am Verkauf ihrer Dienstleistungen, sei es durch die (vermehrte) Behandlung von zahlungskräftigen Privatpatienten oder durch den Verkauf von "Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)".

1.2.5 Wirtschaftlichkeit und Qualität

Eine der spannendsten Fragen im Privatisierungsprozess des Gesundheitswesens ist die Fragestellung, ob private Krankenhäuser tatsächlich wirtschaftlicher sind und eine bessere Qualität erbringen als öffentliche Kliniken, wie von Privatisierungsanhängern immer wieder behauptet wird. Aufgrund der ungenügenden Forschungslage in Deutschland lässt sich diese Frage derzeit nur schwer beantworten. Wie jedoch die Studie der Ökonomen Oliver Tiemann und Jonas Schreyögg von der "Munich School of Management" aus dem Jahre 2009 belegt, sind private, gewinnorientierte Kliniken weder effizienter noch erbringen sie eine bessere Leistungsqualität als nicht-gewinnorientierte, öffentliche Einrichtungen – im Gegenteil.

Hier einige der zentralen Ergebnisse der Studie:

- Kliniken in öffentlicher Trägerschaft haben eine signifikant höhere Effizienz und erbringen bessere Leistungen als Kliniken anderer Eigentumsformen. Insbesondere private, gewinnorientierte Kliniken sind deutlich ineffizienter.
- Private Krankenhäuser rücken primär die Gewinnperspektive in den Fokus ihres Handelns, während öffentliche Kliniken aufgrund begrenzter Ressourcen ihr Handeln vorrangig an der Input-Effizienz orientieren.
- In Regionen, in denen ein besonders ausgeprägter Wettbewerb zwischen Kliniken vorherrscht, sind private Krankenhäuser unwirtschaftlicher als andere Trägerformen.
- Gegen all jene, die Wettbewerb zu einem ordnungspolitischen Dogma erheben und zum Allheilmittel erklären, spricht ein klarer Befund der Ökonomen: Der Wettbewerbsdruck hat einen signifikant negativen Einfluss auf die Klinikeffizienz.
 Fazit der Studie: Der anhaltende Privatisierungstrend in Deutschland ist nicht der geeignete Weg, um knappe Ressourcen wirtschaftlich zu nutzen, da öffentliche Kliniken weniger Ressourcen benötigen als private, gewinnorientierte Kliniken.

Diese Befunde werden durch eine Reihe von internationalen Studien gestützt. Eine systematische Auswertung und Meta-Analyse von Studien zum Vergleich von privaten und nicht-privaten Hospitälern durch die kanadische Forschergruppe um P. J. Devereaux aus dem Jahre 2004 zeigt folgende Hauptergebnisse:

- Patienten in privaten, gewinnorientierten Kliniken haben ein signifikant höheres Mortalitätsrisiko als in nicht-gewinnorientierten Kliniken. (Damit wurden Ergebnisse aus einer früheren umfangreichen Studie der Forschergruppe bestätigt.)
- Die *Behandlungskosten* in privaten Hospitälern sind insgesamt erheblich höher als in nicht-gewinnorientierten Kliniken. (Vgl. Abschnitt 2.1)

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens wertete für das 2007 vorgelegte Gutachten verschiedene internationale Studien aus, vor allem aus den USA, und kam – neben den bereits referierten Ergebnissen zu Mortalität, Effizienz und Kosten – zu zwei weiteren Schlussfolgerungen (2007, S. 361):

Die Versorgungsqualität ist in nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern in 59 % der Fälle besser, in 29 % der Kliniken gleich und lediglich in 12 % der privaten Kliniken besser.

 Das Leistungsspektrum umfasst in gemeinnützigen Krankenhäusern auch solche Leistungen, die "unrentabel" sind, während die privaten Kliniken sich auf rentable Leistungen konzentrieren.

Darüber hinaus liefert das umfangreiche, zwischen 2002 und 2009 durchgeführte "WAMP-Projekt" vom Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) und dem Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen, unterstützt von der Hans-Böckler-Stiftung, Bosch-Stiftung, GEK, TK und Landesärztekammer Hessen, zu den Auswirkungen des 2004 in Krankenhäusern eingeführten DRG-Systems zahlreiche Hinweise auf einige sehr problematische Entwicklungen in privaten Kliniken, darunter zu den Arbeitsbedingungen von Pflegekräften und Ärzten sowie zur Behandlungsqualität von Patienten (vgl. Auswertungen einzelner Studienabschnitte in: Zimmermann 2008).

In völligem Gegensatz zu den bisher dargestellten Ergebnissen aus nationalen und internationalen Studien kommt eine 2009 vorgelegte Untersuchung des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) Essen, Institut für Gesundheitsökonomik, erstellt im Auftrag des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK). Die von den Autoren Augursky u. a. angekündigte "wissenschaftlich fundierte Bewertung der Krankenhausprivatisierung" findet aus einer auffallend einseitigen Perspektive zugunsten der Privatisierung statt, gerade so, als hätte das Ergebnis zu den angeblichen Vorteilen von privaten Kliniken wie erfolgsorientiertes Management, Wirtschaftlichkeit, Qualität und Ertragskraft und dem Ausblick auf den "Zukunftsmarkt Krankenhaus" bereits vor der Analyse festgestanden. Diese "Studie" zeugt wie ähnliche Berichte aus Forschungszentralen großer Banken, Versicherungen oder Unternehmensberatungen von einer eindeutig ideologisch fixierten Perspektive pro Privatisierung, gespickt mit unklaren Begriffen und Glaubenssätzen, fragwürdigen Zahlen und "dressierten" Grafiken. Größtes Manko der Studie ist freilich die völlige Ausblendung der volkswirtschaftlichen, sozialen und personellen Auswirkungen der Privatisierung und Ökonomisierung im Gesundheitswesen wie Über- und Fehlversorgung, Medikalisierung, Ressourcenverschwendung oder die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen der in Krankenhäusern beschäftigten Menschen.

Die Privatisierung von kommunalen Krankenhäusern ist auch in Bayern sehr umstritten und wird von einer großen Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger klar abgelehnt. Jüngstes Beispiel ist der Bürgerentscheid im Landkreis Rottal-Inn in Niederbayern, wo im November 2009 fast 90 % gegen den Verkauf von drei Kliniken an den Rhön-Konzern votierten.

1.3 Privatisierung von Gesundheitskosten

Hier ist ein längerfristiger Blick auf die Entwicklung der Gesundheitskosten nach Ausgabenträgern erforderlich, um die bereits Mitte der 1990er Jahre einsetzende finanzielle Belastung der privaten Haushalte zu erkennen. Wie Tabelle 3 zeigt, sind die anteiligen Ausgaben der privaten Haushalte seither drastisch gestiegen und haben sich zwischen 1992 und 2008 mehr als verdoppelt: von 16,5 Milliarden Euro in 1992 auf 35,3 Milliarden Euro in 2008 – außer den höheren Beiträgen zur Krankenversicherung. Im gleichen Zeitraum sind die gesamten Gesundheitsausgaben lediglich um zwei Drittel (66,7 %) gestiegen. Das heißt, die Gesundheitskosten werden zunehmend in die privaten Haushalte verlagert, z. B. durch höhere Zuzahlungen, Ausgliederung von Leistungen aus dem GKV-Katalog, Einführung der Praxisgebühr etc. Begründet wird dies mit der "Eigenverantwortung" von Patienten und Versicherten (s. Abschnitt 2.5).

Tab. 3	ab. 3 Gesundheitsausgaben in Deutschland 1992 – 2008 nach Ausgabenträgern (Mio. Euro)								
Jahr	gesamt	GKV	PH	PKV	SPV	ÖH	AG	GRV	GUV
1992	157.874	98.718	16.527	11.679	-	17.628	6.953	3.530	2.838
1993	162.385	98.929	17.587	12.607	_	18.933	7.294	3.902	3.133
1994	174.305	107.327	18.944	13.402	_	19.681	7.541	4.121	3.289
1995	186.322	112.474	18.743	14.275	_	19.920	7.802	4.405	3.408
1996	194.711	116.143	18.860	14.618	10.930	18.217	8.086	4.431	3.426
1997	195.715	115.178	20.680	15.650	15.125	14.098	8.339	3.118	3.526
1998	201.078	117.734	22.809	16.148	15.813	13.420	8.508	3.092	3.554
1999	206.581	121.166	23.293	16.969	16.349	13.406	8.533	3.213	3.652
2000	212.147	123.914	24.416	17.604	16.706	13.614	8.677	3.528	3.687
2001	220.079	128.399	25.662	18.440	16.875	14.194	9.162	3.644	3.703
2002	227.991	132.935	26.909	19.453	17.319	14.347	9.447	3.729	3.852
2003	233.604	135.583	28.276	20.438	17.452	14.429	9.745	3.735	3.947
2004	233.828	131.570	31.996	21.138	17.600	14.048	9.891	3.641	3.944
2005	239.736	135.877	32.627	22.023	17.888	13.583	10.143	3.598	3.998
2006	245.264	139.755	33.836	22.476	18.060	13.062	10.438	3.573	4.064
2007	253.349	145.361	34.651	23.452	18.382	13.026	10.743	3.677	4.056
2008	263.216	151.465	35.338	24.896	19.161	13.044	11.175	3.862	4.274

Datenquelle: GBE Bund

Erläuterungen zu Abkürzungen:

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

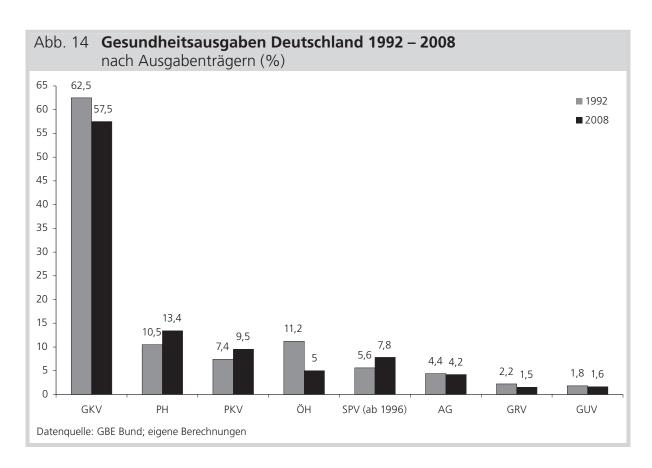
PH = Private Haushalte

PKV = Private Krankenversicherung SPV = Soziale Pflegeversicherung ÖH = Öffentliche Haushalte

AG = Arbeitgeber

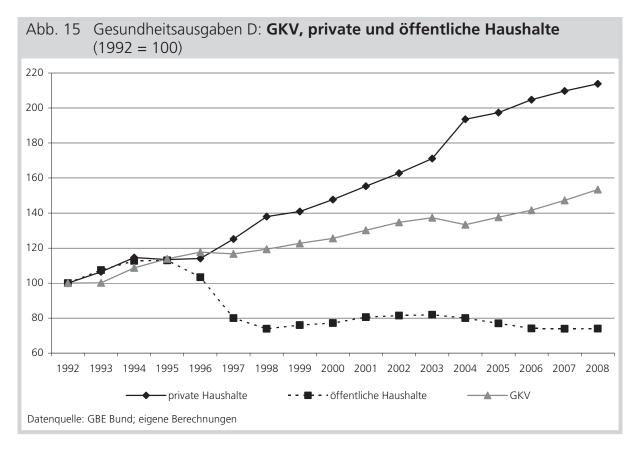
GRV = Gesetzliche Rentenversicherung GUV = Gesetzliche Unfallversicherung Abbildung 14 gibt einen Überblick über die prozentualen Anteile der Ausgabenträger im Zeitraum von 1992 bis 2008. Hier sind folgende Entwicklungen zu erkennen:

- Bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist der prozentuale Anteil deutlich auf 57,5 % in 2008 gesunken. Noch stärker trifft dies für die öffentlichen Haushalte (ÖH) zu, die 2008 nur noch 5 % aller Gesundheitsausgaben getragen haben (darunter Beihilfen für Beamte).
- Kräftige Ausgabensteigerungen sind vor allem bei den privaten Haushalten (PH) mit einem Anteil von 13,4 % in 2008 festzustellen – neben
- der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der 1996 eingeführten Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Ein Vergleich der Ausgabenanteile von privaten Haushalten (PH) und der Privaten Krankenversicherung (PKV) zeigt fast parallele Kurven in der Kostenentwicklung. (Vgl. Abschnitt 2.1)
- Bei allen anderen Ausgabenträgern sind die anteiligen Gesundheitsausgaben gesunken, darunter der Anteil der Arbeitgeber (AG) auf 4,2 %, der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV).



Die zunehmende Privatisierung von Gesundheitskosten seit Mitte der 1990er Jahre veranschaulicht Abbildung 15 im Vergleich der privaten und öffentlichen Haushalte sowie der GKV. Hier sind folgende Tendenzen erkennbar:

- drastische Absenkung der öffentlichen Gesundheitsausgaben zwischen 1995 und 1998; seither stagnieren sie auf etwa gleichem Niveau,
- relativ moderate Entwicklung der GKV-Ausgaben.
- massive Erhöhung der Gesundheitskosten privater Haushalte. Ursächlich für den kräftigen Sprung im Jahre 2004 sind vor allem die Einführung der Praxisgebühr sowie die Belastung der Patienten mit höheren Zuzahlungen für Arzneimittel durch das "Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz (GMG)" von 2003. Bei seiner Verabschiedung im Bundestag hieß es zur Begründung: "Ziel der Regelung ist es, die Eigenverantwortung des Versicherten zu stärken." (Bundestagsdrucksache 15/1525, S. 83; vgl. Abschnitt 2.5)



Die Zahlung der privaten Haushalte von 35.338 Mio. Euro im Jahre 2008 verteilt sich auf folgende Ausgabenblöcke:

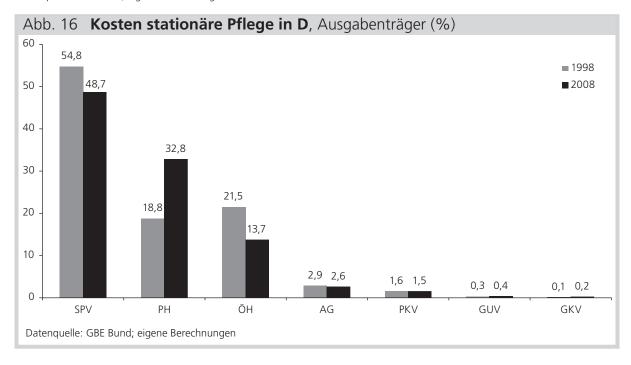
- fast ein Fünftel für Arzneimittel (6.590 Mio. Euro)
- rund je ein Sechstel für ärztliche Leistungen (5.731 Mio. Euro), Unterkunft und Verpflegung (5.721 Mio. Euro), pflegerische und therapeutische Leistungen (5.565 Mio. Euro)
- gut ein Siebtel für Hilfsmittel (4.817 Mio. Euro) und knapp ein Zehntel für Investitionen (3.160 Mio. Euro)
- der Rest verteilt sich auf Zahnersatz (2.563 Mio. Euro), Prävention (972 Mio. Euro), sonstiger medizinischer Bedarf (145 Mio. Euro) und Transporte (73 Mio. Euro).

Die Privatisierung von Gesundheitskosten wird ferner bei einem spezifischen Blick auf die Entwicklung der Pflegekosten im stationären und ambulanten Bereich zwischen 1998 und 2008 deutlich. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Kosten und prozentualen Anteile der Kostenträger.

Wie Abbildung 16 veranschaulicht, haben die privaten Haushalte (PH) im Jahre 2008 bereits ein Drittel aller stationären Pflegekosten getragen, während die Anteile der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der öffentlichen Haushalte (ÖH) deutlich gesunken sind (auch bei den restlichen Ausgabenträgern).

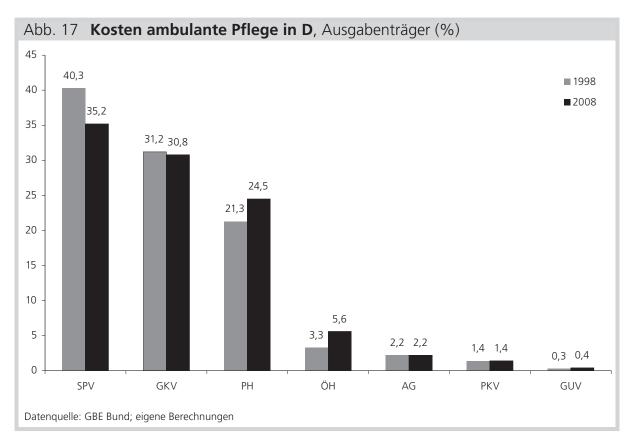
Tab. 4 Stationäre und ambulante Pflegekosten 1998 + 2008 (Mio. Euro)								
	stationäre Pflege				ambulante Pflege			
Träger	1998		2008		1998		2008	
	Kosten	%	Kosten	%	Kosten	%	Kosten	%
SPV	7.182	54,8	9.682	48,7	2.048	40,3	3.024	35,2
PH	2.464	18,8	6.522	32,8	1.079	21,3	2.105	24,5
ÖH	2.816	21,5	2.731	13,7	170	3,3	483	5,6
GKV	11	0,1	48	0,2	1.583	31,2	2.648	30,8
AG	379	2,9	507	2,6	113	2,2	188	2,2
PKV	214	1,6	296	1,5	70	1,4	120	1,4
GUV	40	0,3	85	0,4	14	0,3	34	0,4
gesamt	13.106	100	19.872	100	5.077	100	8.602	100

Datenquelle: GBE Bund; eigene Berechnungen



In der ambulanten Pflege haben sich die prozentualen Kostenanteile der privaten Haushalte (PH) zwischen 1998 und 2008 auf ein Viertel erhöht (von 21,5 % in 1998 auf 24,5 % in 2008).

Demgegenüber ist der Anteil der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) erheblich gesunken (von 40,3 % in 1998 auf 35,2 % in 2008; Abb. 17).



Erläuterungen zu Abkürzungen:

SPV = Soziale Pflegeversicherung

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

PH = Private Haushalte ÖH = Öffentliche Haushalte AG = Arbeitgeber

PKV = Private Krankenversicherung

GUV = Gesetzliche Unfallversicherung

Fazit: Der Privatisierungsprozess der Leistungserbringung in Bayern umfasst zwei zentrale Tendenzen: zum einen die deutliche Verschiebung in den Trägerstrukturen zugunsten privater Anbieter, zum anderen die starke Verlagerung von Gesundheitskosten in die privaten Haushalte – neben steigen-

den Beiträgen. Die Privatisierung von Gesundheitsleistungen ist, so lässt sich vorläufig festhalten, nicht nur mit höheren Kosten, sondern auch mit Effizienz- und Qualitätseinbußen verbunden. Im folgenden Kapitel 2 werden weitere Belege für diese These angeführt und analysiert.

2 Mythen als Legitimationsmuster

Das Gesundheitswesen ist wie kaum ein anderer Politikbereich gekennzeichnet von einem Dickicht aus plakativen Behauptungen, Täuschungen, Märchen, Halbwahrheiten, Ideologien, parteipolitischen Kämpfen und einer Vielzahl von Akteuren, die an der Produktion der sich zu Mythen verfestigenden Stereotypen mitwirken. "Es dominieren Phrasen, von denen die meisten, die sie dreschen, gar nicht ahnen, dass sich hinter ihnen handfeste ökonomische Interessen verbergen." (Reiners 2009, S. 9) Die Medien als Transporteure, teils auch als Produzenten solcher "Botschaften" spielen in diesem Prozess eine zentrale Rolle. Sie tragen wesentlich zur Verfestigung solcher Mythen in der Öffentlichkeit bei und verleihen damit wirtschaftlichen und ideologischen Partialinteressen einen nicht mehr hinterfragbaren legitimatorischen Status. Im Folgenden werden fünf der gängigsten Mythen auf ihre empirische Stichhaltigkeit geprüft und mit belegbaren Fakten kontrastiert:

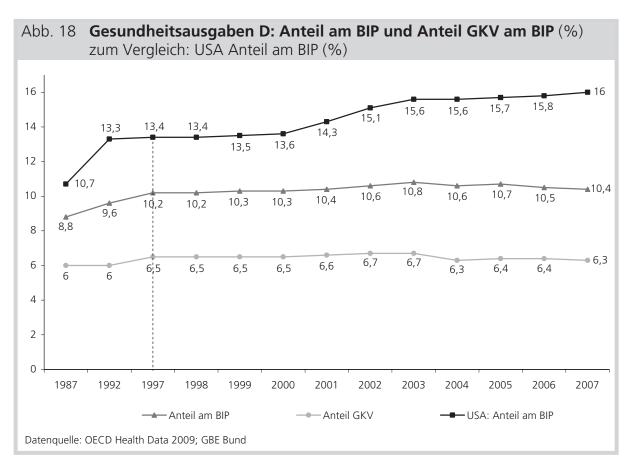
- Kostenexplosion
- Demografische Entwicklung
- Medizinisch-technischer Fortschritt
- Lohnnebenkosten
- Eigenverantwortung

2.1 Kostenexplosion

2.1.1 Entstehung und Entwicklung der "Kostenexplosion"

Seit 35 Jahren geistert eine "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen durch die Politik- und Medienlandschaft – bis heute. Bereits 1975 titelte Der Spiegel "Krankheitskosten: Die Bombe tickt". (Der Spiegel 19/1975 vom 05.05.1975, 20/1975 vom 12.05.1975). Prophezeit wurde eine Kostenexplosion und hochgerechnet, dass die Westdeutschen im Jahre 2000 nur noch für den Gesundheitsdienst arbeiten würden. 1978 setzte der damalige Sozialminister von Rheinland-Pfalz Heiner Geissler nach, um mit Hilfe einer grafisch "dressierten Kurve" die dramatische Ausgabenentwicklung zu belegen. So beruhte die Mitte der 1970er Jahre ausgerufene "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen von Anbeginn auf einer statistischen Manipulation (Braun/Kühn/Reiners 1998).

Wenn sich die damaligen Prophezeiungen tatsächlich erfüllt hätten, müsste es dafür Belege geben. Wie haben sich die Gesundheitsausgaben in Deutsch-



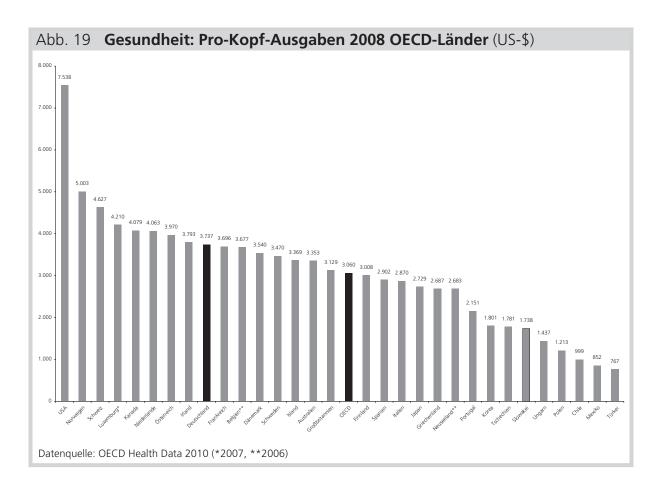
land und im internationalen Vergleich tatsächlich entwickelt? Ein wichtiger Indikator ist der Anteil der Gesundheitsausgaben eines Landes am jeweiligen Bruttoinlandsprodukt (BIP). Abbildung 18 zeigt die Entwicklung von 1987 bis 2007 im Vergleich zu den USA und den Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am BIP. In Deutschland liegen die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) zwischen 1997 und 2007 relativ konstant bei etwa 10,4 %. Auch der Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am BIP liegt seit über 20 Jahren konstant bei etwa 6,4 %, und zwar vor und nach der Wiedervereinigung. Hier explodiert gar nichts! Demgegenüber haben sich die Gesundheitsausgaben in dem überwiegend marktwirtschaftlichen Gesundheitssystem der USA völlig anders entwickelt. Seit 2000 steigen sie nochmals deutlich und erreichen 2007 bereits einen Anteil von 16 % am Bruttoinlandsprodukt (BIP).

Ein weiterer Indikator sind die *Gesundheitsausgaben pro Einwohner.* Wie Abbildung 19 zeigt, sind die Pro-Kopf-Ausgaben im Vergleich aller OECD-Länder im Jahre 2008 in den USA bei weitem am

höchsten und mehr als doppelt so hoch wie in Deutschland, das auf Platz 9 liegt.

Hier einige ausgewählte Indikatoren zum überwiegend marktwirtschaftlichen *Gesundheitssystem der USA*, die in Deutschland gern als "Vorbild" dargestellt werden (vgl. Zimmermann 2008):

- Es ist weltweit nicht nur das teuerste, sondern auch eines der ineffizientesten Systeme.
- Die Fallkosten in einem US-amerikanischen Krankenhaus lagen 2004 bei 13.128 Euro zum Vergleich: in Deutschland 3.908 Euro. (brandeins, nach Berechnungen von McKinsey) Von jedem Dollar entfallen allein 34 Cent für Verwaltungskosten, ohne jeden Gesundheitsgewinn.
- Die Qualität der Versorgung ist im Vergleich zu anderen Industrieländern eine der schlechtesten und dies, obwohl die Pro-Kopf-Ausgaben in den USA weltweit am höchsten sind.
- Die regionalen Versorgungsunterschiede sind stark ausgeprägt, sowohl in Diagnostik und Therapie als auch bei den Behandlungskosten.
- Fast 20 % der US-Amerikaner sind nicht krankenversichert Tendenz steigend, trotz der Gesund-



heitsreform 2010 (Bernhard Braun, Forum Gesundheitspolitik 10.11.2010). Ebenso viele gelten als unterversichert. Das heißt, vier von zehn US-Bürgern können sich aus Kostengründen trotz des Bedarfs keine ausreichende medizinische Versorgung leisten.

- Die Lebenserwartung der US-Amerikaner ist im Vergleich zu anderen Industrieländern um Jahre niedriger: 2007 in den USA 78,1 Jahre, in Schweden 81 Jahre. Zudem differiert sie zwischen Weiß und Schwarz sowie zwischen Arm und Reich um Jahrzehnte. Eine aktuelle Auswertung von Todesfällen in den USA aus den Jahren 2007 und 2008 zeigt sogar erstmalig eine sinkende Lebenserwartung (Deutsches Ärzteblatt 13. Dezember 2010).
- Die Säuglingssterblichkeit liegt mit 6,9 pro 1000 Säuglingen weitaus höher als etwa in Deutschland mit 3,9 oder 2,5 in Schweden – OECD-weit an fast letzter Stelle.
- Die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten in den USA sind extrem. Unter den Industrieländern haben die USA das höchste Einkommensgefälle und zugleich die stärksten sozialen und gesundheitlichen Probleme (Wilkinson/ Picket 2009). Infolge der Finanz- und Wirtschaftskrise ist die Armut auf ein Rekordhoch gestiegen (Spiegel online 01.11.2010; Süddeutsche Zeitung 17.09. 2009).
- Das Gesundheitssystem der USA steht mittlerweile auf Platz 1 der Wirtschaftskriminalität.

Seit Jahren verfolgen Union und FDP das Ziel, in Deutschland eine Kopfpauschale einzuführen, wie sie die Schweiz bereits seit 1996 hat. Ein genauerer Blick auf die Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben zwischen 1987 und 2008 im Vergleich von USA, Schweiz und Deutschland zeigt Abbildung 20. Während sich die Gesundheitsausgaben pro Einwohner im Vergleich zwischen der Schweiz und Deutschland von 1987 bis 1995 mehr oder minder parallel entwickelten, geht die Schere seit Einführung der Kopfpauschale in der Schweiz im Jahre 1996 immer weiter auseinander. So sind die Kosten pro Einwohner in der Schweiz von 1996 bis 2008 um 69,2 % gestiegen, in Deutschland waren es 55,8 % (zum Vergleich: in den USA plus 93,3 %). Die Differenz der Pro-Kopf-Ausgaben zwischen Deutschland und der Schweiz ist bis 2008 um mehr als das Zweieinhalbfache gestiegen (von 336 US-\$ in 1996 auf 890 US-\$

Das Schweizer Modell der Krankenversicherung umfasst außer der einheitlichen Kopfprämie von durchschnittlich 250 Euro im Monat für Erwachsene als Grundversicherung (2009) zwei weitere verpflich-

tende Elemente, nämlich eine jährliche Franchise im Krankheitsfall (Selbstbehalt, ca. 300 Franken) und eine 10-prozentige Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten (bis 700 Franken) – mit Wahlmöglichkeiten bei der Zuzahlungshöhe. Anders als in Deutschland sind die Arbeitgeber in der Schweiz nicht an der Finanzierung der Krankenversicherung beteiligt. Rund zwei Drittel aller Gesundheitsausgaben werden von privaten Haushalten getragen – Tendenz steigend. Inzwischen kann sich nahezu die Hälfte der Schweizer Bürgerinnen und Bürger die im Jahre 2010 um durchschnittlich 10 % gestiegenen Prämien nicht mehr leisten, darunter Familien mit Kindern und einkommensschwache Gruppen. Noch stärker steigen die Prämien für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Immer mehr Menschen sind daher auf staatliche Zuschüsse angewiesen. Die Ärztezeitung schrieb am 22.12.2009: "Die Schweizer sind mit ihrer Kopfpauschale kreuzunglücklich". Nach 14 Jahren Erfahrungen zeigt die Bilanz, dass keines der drei ursprünglichen Kernziele erfüllt wurde: Kostenkontrolle, Qualitätssteigerung und innovative Versorgungsmodelle. Ganz im Gegenteil, der von Neoliberalen und Konservativen gepriesene Wettbewerb unter den über 90 Schweizer Versicherungsunternehmen funktioniert nicht. Sie betreiben in erster Linie Risikoselektion oder "Rosinenpickerei", indem sie sich wechselseitig mit kostenaufwändigen Aktionen junge und gesunde Versicherte abjagen. (ARD Tagesschau 13.11.2009; Forum Gesundheitspolitik 21.11.2009)

Die von der schwarz-gelben Bundesregierung beschlossene Einführung eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags ist ein Einstieg in die Kopfpauschale. Gezahlt wird er ausschließlich von den gesetzlich Versicherten. Die Höhe des Zusatzbeitrages können die Kassen jeweils selbst bestimmen, das heißt, der kassenindividuelle Zusatzbeitrag kann erheblich höher ausfallen als die jährlich vom Bundesversicherungsamt prospektiv errechnete durchschnittliche Pauschale (Referenzwert). Die Belastung der Versicherten durch Zusatzbeiträge ist auf zwei Prozent des individuellen Einkommens begrenzt und wird bei Überschreitung dieser Grenze durch einen Sozialausgleich kompensiert, der sich allerdings bei genauem Blick als Mogelpackung erweist – neben steigenden Bürokratiekosten. Durch die gleichzeitige Erhöhung des Beitragssatzes und unter Beibehaltung des 2005 eingeführten Sonderbeitrages von 0,9 % müssen Arbeitnehmer künftig bis zu 10,2 % ihres Bruttogehaltes für die Krankenversicherung zahlen, während der Arbeitgeberbeitrag bei 7,3 % eingefroren wird. Das bedeutet vor allem für Geringverdiener eine gravierende Belastung und faktisch eine Einkommenseinbuße, wie ein einfaches Rechenbeispiel bei einem monatlichen Bruttoeinkommen von 800 Euro veranschaulicht:

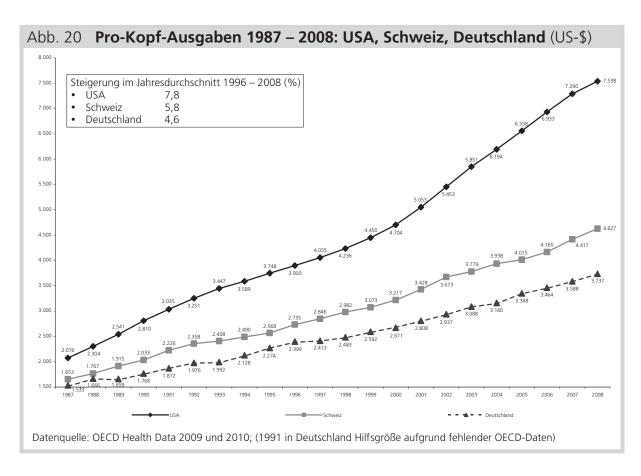
- 8,2 % Krankenversicherung = 65,60 Euro, plus 2 % Zusatzbeitrag als Eigenanteil = 16 Euro (z. B. festgelegt nach prospektiver Schätzung), insgesamt 81,60 Euro oder 10,2 % vom Bruttoeinkommen
- bei einem höheren kasseninviduellen Zusatzbeitrag von 30 Euro wären bereits 95,60 Euro Krankenversicherung zu zahlen, und zwar ohne Sozialausgleich, denn den gibt es nur auf Basis des durchschnittlichen Zusatzbeitrags

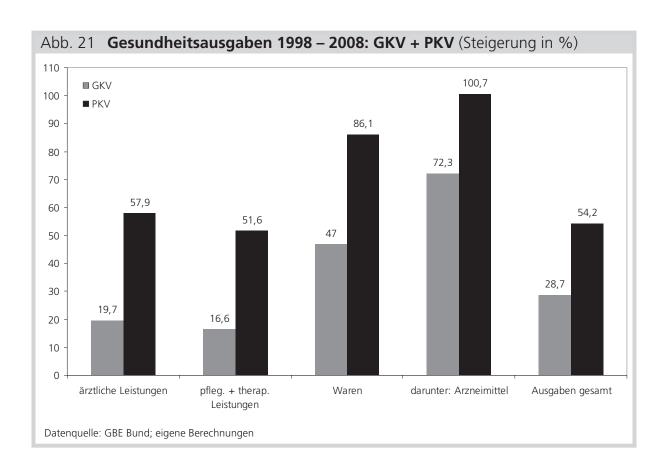
Je höher das Einkommen, umso mehr verringert sich der prozentuale Anteil der Krankenversicherung, oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze geht der Beitrag noch stärker zurück.

Wie eine Studie des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln zum Sozialausgleich zeigt, wird der pauschale Zusatzbeitrag von der Bundesregierung künftig wahrscheinlich so gering angesetzt, dass der aus Steuermitteln aufzubringende Sozialausgleich mög-

lichst niedrig ist. Das heißt, Kostensteigerungen im Gesundheitswesen werden in Zukunft zum einen weitgehend auf die Mitglieder der GKV abgewälzt, zum anderen werden immer mehr Haushalte auf den Sozialausgleich angewiesen sein. Der vom Bundesgesundheitsministerium empfohlene Wechsel der Krankenkasse, wenn diese höhere Zusatzbeiträge verlangt, kann nur als illusorisch bewertet werden. "Ein Wechsel der Krankenkasse wird kaum noch finanziell vorteilhaft sein, sofern sämtliche Krankenkassen Zusatzbeiträge einheben müssen. Somit könnte gelten, dass sobald Zusatzbeiträge notwendig geworden sind, diese umso schneller ansteigen." (Lüngen/Büscher 2010, S. 4)

Fazit: Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag als Einstieg in die Kopfpauschale ist ungerecht, verschärft die soziale und gesundheitliche Ungleichheit, wälzt künftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ausschließlich auf die Versicherten oder Patienten ab und ist ein entscheidender Schritt in Richtung Systemwechsel, sprich durch (weitere) Privatisierung von Gesundheitskosten und Ökonomisierung des Gesundheitswesens.





2.1.2 Gesundheitsausgaben: GKV und PKV im Vergleich

In kaum einem anderen europäischen Land gibt es parallel zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein privates Versicherungssystem wie die Private Krankenversicherung (PKV) in Deutschland. Dennoch fordern FDP und Union, private Versicherungsunternehmen sowie eine Reihe von Ökonomen und Ärzteverbänden seit vielen Jahren eine umfassende Privatisierung des Versicherungsschutzes. Begründung: Die PKV könne besser wirtschaften, biete eine bessere Versorgung der Patienten und habe eine effizientere Verwaltung als die angeblich aufgeblähten Strukturen in der GKV. Diese Behauptungen erweisen sich als schlicht falsch. Wie Abbildung 21 belegt, sind die Kosten bei der PKV in allen Versorgungsbereichen bei weitem stärker gestiegen als in der GKV – im Zehnjahresvergleich um fast das Doppelte.

In der Öffentlichkeit werden immer wieder die vermeintlich hohen *Verwaltungskosten* bei den gesetzlichen Krankenversicherungen bemängelt. Ein Vergleich zwischen der GKV und der PKV im Zeitraum von 1998 bis 2008 zeigt freilich, dass

die Verwaltungskosten bei der PKV mit 16 % im Jahresdurchschnitt fast dreimal so hoch sind wie bei der GKV mit 5,7 %. Wie das Handelsblatt am 6. Oktober 2010 schreibt, zahlt die PKV allein für die Gewinnung eines Neukunden rund 11.000 Euro; insgesamt belaufen sich die Bürokratiekosten der PKV-Unternehmen auf mehr als 4,5 Mrd. Euro jährlich. Bezahlt wird dies von den Privatversicherten. Zudem widerlegt dies Behauptungen, wonach die Privatisierung der Krankenversicherung effizienter sei. Die starken Prämienerhöhungen der privaten Krankenversicherungen Anfang 2010 und die sich häufenden Berichte von Privatpatienten über die deutlich nachlassende Bereitschaft der privaten Kassen bei der Kostenerstattung sind weitere Belege für die Unhaltbarkeit solcher Behauptungen. Hinzu kommen erhebliche finanzielle Probleme für die PKV als Folge der Finanzkrise. Anders als behauptet stellt sich heraus, dass die PKV keineswegs krisenfester ist als die GKV. Kurz: "Es zeigt sich somit, dass die Privaten der gesetzlichen Krankenversicherung praktisch in keinem Punkt überlegen sind. Ihre Prämien sind in den vergangenen Jahren deutlich stärker angestiegen ..." (Financial Times Deutschland 21.10.2010)

Ein zunächst im Bundeswirtschaftsministerium geheim gehaltenes Gutachten von Anfang 2010 zur Privaten Krankenversicherung (PKV) unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung attestiert dem PKV-System eklatante Mängel. Neben den im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weitaus höheren Leistungsausgaben werden junge und gesunde Kunden von den Versicherungsunternehmen mit günstigen Tarifen geködert. In der Folgezeit führt dies allerdings zu überdurchschnittlichen Prämienzuwächsen. Das heißt, trotz der Altersrückstellungen kann es zu sprunghaften Beitragssteigerungen kommen. Die Frage, ob die höheren Leistungsausgaben der PKV vor allem in der ambulanten Versorgung mit einer höheren Versorgungsqualität verbunden sind, lässt sich aufgrund des Mangels an empirischen Untersuchungen gar nicht beantworten. Worin also die leistungsbezogenen Vorteile für Privatversicherte gegenüber der GKV tatsächlich bestehen, ist weitgehend ungeklärt. Überdies verweist das Gutachten auf erhebliche Wettbewerbsdefizite in der PKV. Die älteren Versicherten, die stärker von Beitragserhöhungen betroffen sind, haben wegen des drohenden Verlustes der Altersrückstellungen kaum Möglichkeiten, den Anbieter zu wechseln. Der Wettbewerb um Versicherte konzentriert sich daher ganz auf Neukunden, was die Ineffizienzen im privaten Versicherungsangebot noch verstärkt. (Quellen: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung IGES, Berlin 2010; Forum Gesundheitspolitik 28.02.2010; verschiedene Presse-Artikel) Überdies nutzt die PKV einen Großteil der Infrastruktur des Gesundheitswesens, im Klartext bedeutet dies, die PKV wird von der GKV bzw. mit Steuermitteln subventioniert.

Kurz: Bei der Privaten Krankenversicherung steigen die Kosten massiv, zugleich sinken die Leistungen. Und dies, obgleich in der PKV ein gesünderes und sozioökonomisch weitaus besser gestelltes Klientel versichert ist als in der GKV. Inzwischen ist bekannt, dass Privatpatienten besonders stark von Überdiagnostik und Übertherapie betroffen sind. Sie gehen häufiger zum Facharzt, unterziehen sich zahlreichen diagnostischen Prozeduren, werden länger im Krankenhaus behandelt und häufiger operiert. Peter Sawicki, ehemaliger Leiter des Instituts für Qualität Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG), bringt es auf den Punkt: "Privat Versicherte warten kürzer auf unnötige Operationen und überflüssige Röntgenaufnahmen." (Süddeutsche Zeitung 28.06.2009) Es gibt demnach keinen vernünftigen Grund für ein Weiterbestehen der PKV, schon gar nicht für deren Ausbau.

Wenn es eine "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen gibt, dann trifft dies auf die Private Krankenversicherung (PKV), das überwiegend marktwirtschaftliche Gesundheitssystem der USA und die Schweiz seit Einführung der Kopfpauschale im Jahre 1996 zu – nicht aber auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Kernproblem der GKV ist nicht die Ausgabenseite, sondern es sind die bereits seit Mitte der 1970er Jahre sinkenden Einnahmen, u. a. durch steigende Arbeitslosigkeit, sinkende Löhne etc. Daher stiegen bereits damals die GKV-Beiträge, was FDP und Union umdeuteten als "Versagen des Sozialstaates" (Bechmann 2007). Mit der Bürgerversicherung gibt es eine sinnvolle Finanzierungsalternative – in Verbindung mit dringend notwendigen Strukturveränderungen im Gesundheitswesen auch eine qualitative Alternative.

2.2 Demografische Entwicklung – soziale und gesundheitliche Ungleichheit

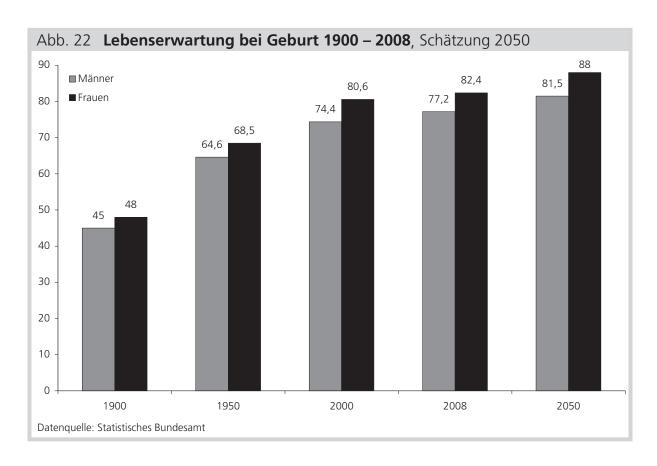
Die demografische Entwicklung in Deutschland ist, wie auch in anderen Ländern, durch zwei Grundtendenzen gekennzeichnet: eine steigende Lebenserwartung bei einer gleichzeitig sinkenden Geburtenrate. Folge: Die Menschen werden älter und die Bevölkerung geht insgesamt zurück. Angesichts dieser Entwicklung wird seit Jahren in Medien, Politik, Wirtschaft und Teilen der Wissenschaft vor einer dramatischen Kostensteigerung gewarnt. Am Horizont erscheinen gar Horrorszenarien wie "demografische Zeitbombe", "Vergreisung", "Krieg der Generationen" oder "Methusalem-Komplex". Die Folgen seien u. a. wachsende Gesundheitsausgaben und drastisch steigende Beiträge, was wiederum einen Umbau der Sozialsysteme erfordere – konkret: die Privatisierung der Sozialversicherung durch "Kapitaldeckung". Nach dieser Lesart erscheint die steigende Lebenserwartung als bedrohlich und als Sachzwang, der für interessenpolitische Zwecke instrumentalisiert wird. Wie es sich tatsächlich mit der demografischen Entwicklung verhält, wie sich das Krankheitsspektrum (Morbidität) und die Sterblichkeit (Mortalität) im Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, wie sich Krankheitskosten und Pflegebedürftigkeit der älter werdenden Menschen entwickeln, ist Thema dieses Abschnitts.

2.2.1 Entwicklung der Lebenserwartung

Historisch betrachtet steigt die Lebenserwartung bereits seit mehreren Generationen und ist kein neues Phänomen. Abbildung 22 zeigt, dass die Lebenserwartung in Deutschland bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen um rund 20 Jahre gestiegen ist. Ein Grund dafür war vor allem die sinkende Säuglingssterblichkeit, später auch die geringere Sterblichkeit. In der zweiten Jahrhunderthälfte von 1950 bis 2000 halbierte sich der Zugewinn an Lebensjahren, Männer wurden im Schnitt 10 Jahre und Frauen 12 Jahre älter. Nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes wird sich die Lebenserwartung zwischen 2000 und 2050 um weitere 7,2 Jahre erhöhen (Männer plus 7,1 Jahre, Frauen plus 7,4 Jahre; Statistisches Bundesamt 2007 und 2009). Demnach haben frühere Generationen erheblich größere demografische Veränderungen "verkraftet" als die heutige und die künftige Generation (Bosbach/Bingler 2008).

Das Statistische Bundesamt hat inzwischen seine Modellrechnung aktualisiert und die "12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung" bis zum Jahre 2060 vorgelegt. Dabei werden verschiedene Varianten auf Basis von drei Variablen berechnet: Geburtenrate, Lebenserwartung und Wanderung. Alle drei Variablen sind keine unveränderlichen Größen, sondern beeinflussbar und gestaltbar. Beispiel Geburtenrate: Wie die neuere demografische Forschung zeigt, ist die Geburtenrate entscheidend von der ökonomischen Situation abhängig (Demografische Forschung 2/2009, S. 1 f). Zudem sind Voraussagen für derart lange Zeiträume mit sehr hohen Unsicherheiten verbunden, die gar nicht seriös eingeschätzt werden können, wie beispielsweise soziale, ökonomische, politische oder medizinische Veränderungen. Obwohl Modellrechnungen kaum hilfreiche Grundlagen für politische Lösungen zur Gestaltung des demografischen Wandels bieten, werden sie als Prognosen benutzt, um die Notwendigkeit der "Kapitaldeckung" als einzig richtigen Weg darzustellen (vgl. Kühn 2004; Reiners 2009). Spätestens seit der Finanzkrise ist jedoch klar geworden, dass diese "Lösung" nicht nur hoch riskant und teuer, sondern auch mit weitaus höheren Verwaltungs- oder Transaktionskosten verbunden ist.

Inzwischen ist durch eine Vielzahl von nationalen und internationalen Studien empirisch belegt, dass die



Lebenserwartung keineswegs für alle Menschen in gleicher Weise steigt, sondern wesentlich vom sozio-ökonomischen Status abhängt – erfasst über die Indikatoren Bildung, Einkommen und beruflicher Status. Danach sind sozial schwache Gruppen nicht nur gesundheitlich weitaus stärker beeinträchtigt, sondern sie sterben auch früher als Menschen aus besser gestellten Gruppen. Kurz: Auch bei der Lebenserwartung gibt es soziale Ungleichheit. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens nennt dazu folgende Daten: Männer aus dem untersten Einkommensviertel haben eine um 10 Jahre geringere Lebenserwartung als jene im obersten Einkommensviertel, bei den Frauen sind es "nur" 5 Jahre (Tab. 5).

Tab. 5 Lebenserwartung und Einkommen		
Einkommensviertel	Männer	Frauen
obere 25 %	82 Jahre	86 Jahre
untere 25 %	72 Jahre	81 Jahre

Datenquelle: Sachverständigenrat 2005, S. 66

Obgleich der vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) herausgegebene Gesundheitsreport Bayern 3/2006 und 2/2009 die sozial bedingten Unterschiede in der Lebenserwartung erwähnt, finden sich keine entsprechend differenzierten Angaben zur künftigen Lebenserwartung. Nach Berechnungen des Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung (LfStaD) haben Frauen und Männer in Bayern im Bevölkerungsdurchschnitt folgende Lebenserwartung – wobei es allerdings regionale Unterschiede nach dem Nordost-Südwest-Gefälle gibt (Tab. 6).

Tab. 6 Lebenserwartung in Bayern 2005/2007			
im Alter von Jahren	Männer	Frauen	
0 (bei Geburt)	77,4	82,5	
20	58,0	63,0	
40	38,7	43,3	
60	21,1	24,7	
65	17,2	20,4	
80	7,6	8,8	

Datenquelle: Gesundheitsreport Bayern 2/2009

2.2.2 Morbidität (Krankheit) und Mortalität (Sterblichkeit)

Die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes ist ein zentraler Indikator für die Erfassung des Gesundheitszustandes in der Bevölkerung. Wie erwähnt, ist dieser stark von der Lebenslage eines Menschen abhängig – in der Gesundheitsforschung häufig erfasst nach Schichten wie Unterschicht, Mittelschicht und Oberschicht.² So zeigt u. a. einer der vom Robert-Koch-Institut durchgeführten Gesundheitssurveys folgendes Ergebnis (Abb. 23): Vier Fünftel (80,1 %) aus der Oberschicht, aber nur gut die Hälfte (58,4 %) aus der Unterschicht bewerten ihren Gesundheitszustand als sehr gut und gut. Entsprechend schätzen Menschen aus der Unterschicht ihre Gesundheit zu 11,1 % als schlecht und sehr schlecht ein, in der Oberschicht sind dies nur 3,5 %. (Vgl. dazu sowie zur Frage nach gesundheitlichen Beeinträchtigungen den 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2008.)

Studien zur schichtspezifischen Morbidität belegen, dass Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen bei fast allen Erkrankungen deutlich stärker betroffen sind als Angehörige in besseren Lebenslagen. Ausnahmen sind z. B. Allergien. Bei den sozial schwachen Gruppen ist auf zwei besonders problematische und vulnerable Gruppen hinzuweisen.

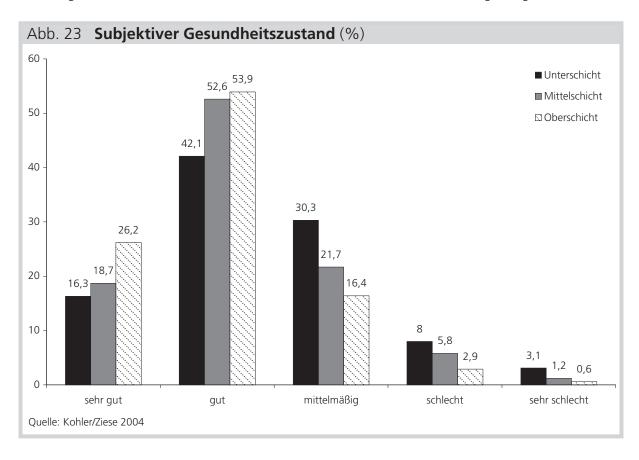
Kinder und Jugendliche. Wie der Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens in seinem Gutachten von 2009 feststellt, wächst jedes fünfte Kind eines Geburtsjahrgangs "mit erheblichen psychosozialen Belastungen" auf. Mindestens 5 % der Kinder und Jugendlichen sind einem sehr hohen Risiko physischer und psychischer Vernachlässigung oder Misshandlung ausgesetzt. "Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen Sozialstatus weisen ein höheres "Risiko" für psychische Probleme und Symptome psychischer Auffälligkeiten auf (12,2 %), ein hoher Sozialstatus geht dagegen mit einem deutlich verringerten Risiko für solche Auffälligkeiten einher (3,5 %)". Die wichtigsten Gründe sind in der Lebenslage der Eltern zu finden: "Arbeitslosigkeit, geringe forma-

Solche Befragungen werden von verschiedenen Einrichtungen durchgeführt, z. B. vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) im Rahmen des jährlichen "Sozioökonomischen Panels SOEP" seit 1984, vom Robert-Koch-Institut im Auftrag der Bundesregierung, von der Bertelsmann-Stiftung im Rahmen des Projekts "Gesundheitsmonitoring" oder sporadisch von Krankenkassen wie der AOK.

le Bildung, allein erziehende Eltern, Migrationshintergrund, mehrere Kinder, psychische Erkrankungen der Eltern – jeweils in Verbindung mit materieller Armut". Weiter heißt es: "Kinder und Jugendliche haben heute ein deutlich höheres Armutsrisiko als alle übrigen Altersgruppen. 15 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen sind von relativer Armut mit allen daraus folgenden Schwierigkeiten und Defiziten an Teilhabe betroffen." Diese Entwicklung ist besonders bedenklich, weil in dieser Lebensphase die zentralen Weichen für die weitere physische und psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gestellt werden. Zudem ist sie für die nachwachsende Generation von besonderer Bedeutung (Sachverständigenrat 2009, S. 128 f). Kinder aus armen Familien haben ein niedrigeres Geburtsgewicht, sind schlechter ernährt, verletzen sich häufiger, haben häufiger Infekte und stärker Karies (Deutsches Ärzteblatt 17. Dezember 2010). Nach dem UNICEF-Bericht "Zur Lage der Kinder in Deutschland 2010"

wächst die Zahl der Kinderarmut in Deutschland stärker als in anderen Industrienationen. Die Studie zeigt auch einen klaren Zusammenhang zwischen der Höhe staatlicher Zuwendungen und Kinderarmut.

Arbeitslose. Bereits die in den 1930er Jahren von der Forschergruppe um Paul Lazarsfeld durchgeführte Studie "Die Arbeitslosen von Marienthal", einem österreichischen Dorf, hat auf den engen Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand aufmerksam gemacht (Jahoda u. a. 1975). Neuere Studien belegen, dass arbeitslose Menschen, insbesondere Langzeitarbeitslose, im Vergleich zu Erwerbstätigen häufiger krank sind, höhere gesundheitliche Belastungen aufweisen, über weitaus geringere gesundheitliche Ressourcen zur Kompensation physischer und psychosozialer Belastungen verfügen und früher sterben (Sachverständigenrat 2007; 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2008).

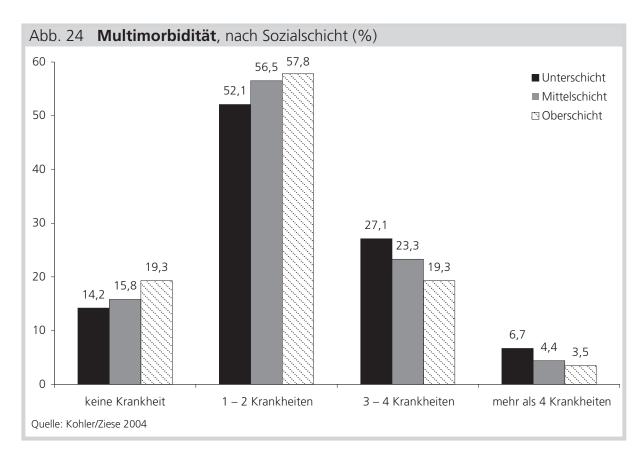


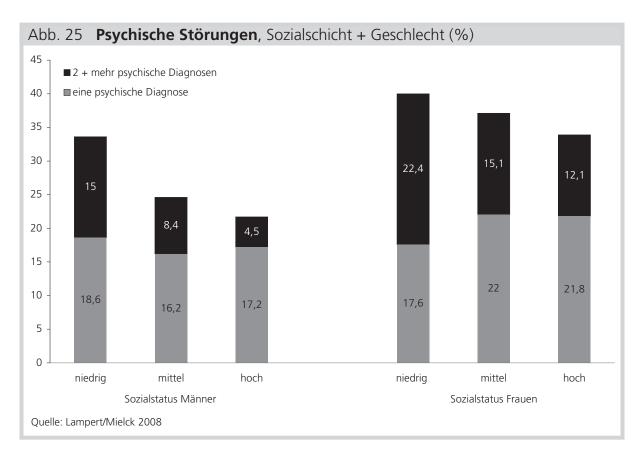
Menschen aus sozial schwachen Gruppen sind zudem häufiger durch Mehrfacherkrankungen belastet, *Multimorbidität* genannt, wie Abbildung 24 veranschaulicht. Zusammenhänge zwischen Sozialschicht und Gesundheitszustand sind nicht nur bei den somatischen Erkrankungen, sondern auch bei den *psychischen Störungen* festzustellen (Abb. 25). Je geringer die Sozialschicht, desto stärker sind Menschen aus sozial schwachen Gruppen von psychischen Störungen betroffen, wobei Frauen in allen Sozialschichten deutlich stärker belastet sind als Männer.

Mortalität (Sterblichkeit). Zur schichtspezifischen Sterblichkeit liegen bisher nur wenige Untersuchungen vor (Sachverständigenrat 2005; Mielck 2007). Die vorliegenden empirischen Erkenntnisse zur Morbidität und Mortalität belegen indes eindeutig den Zusammenhang zwischen Sozialstatus, Krankheitsrisiko und Sterblichkeit. So resümieren die Gesundheitswissenschaftler Rolf Rosenbrock und Susanne Kümpers vom Wissenschaftszentrum Berlin (2006, S. 249): "Für Deutschland wie für andere wohlhabende Länder ist ein seit Jahrzehnten relativ stabiles Grundmuster nachgewiesen: Angehörige des nach Ausbildung, Stellung im Be-

ruf und Einkommen untersten Fünftels tragen in jedem Lebensalter statistisch betrachtet ein ungefähr doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben wie Angehörige des obersten Fünftels."

Wie die Untersuchung von Thomas Lampert u. a. (2007) vom Robert-Koch-Institut in Berlin zeigt, ist die Lebenserwartung der Menschen im untersten Fünftel der Einkommensverteilung im Vergleich zum obersten Fünftel weitaus geringer – sowohl bei der Geburt als auch ab dem 65. Lebensjahr: "Die Differenz zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe betrug bei Männern 10,8 Jahre und bei Frauen 8,4 Jahre. Männer und Frauen, die das 65. Lebensjahr erreicht haben, konnten damit rechnen, 15,7 bzw. 19,3 weitere Jahre zu leben. Im Vergleich zwischen dem oberen und unteren Ende der Einkommensverteilung ergibt sich bei Männern eine Differenz von 7,4 und bei Frauen von 6,3 Jahren." (Lampert u. a. 2007, S. 16) Weiter gibt die Studie einen Einblick in die vorzeitige Sterblichkeit im Zusammenhang mit dem Einkommen. Danach sterben fast ein Drittel (31 %) der Männer aus der niedrigsten Einkommensgruppe vor dem 65. Lebensjahr, bei





den Frauen sind es 16 %. Die Differenz zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe bei den Männern beträgt 18 %, bei den Frauen mit 9 % "nur" die Hälfte.

Kurz: Ein erheblicher Teil der dem Alter zugeschriebenen Krankheitslast (Morbidität) und Sterblichkeit (Mortalität) geht somit auf das Konto der sozialen Ungleichheit. So wird Demografie als Mittel sozialpolitischer Demagogie benutzt, wie der Gesundheitswissenschaftler Hagen Kühn schreibt (Kühn 2004).

2.2.3 Krankheitskosten im Alter

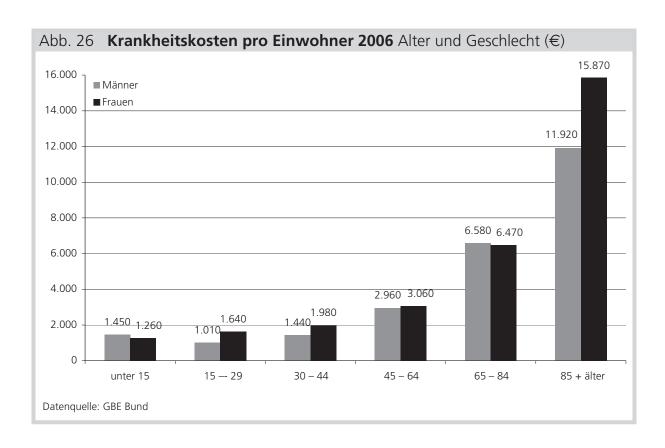
Es ist unbestritten, dass das Krankheitsrisiko im höheren Alter steigt. Wie Abbildung 26 zeigt, sind die Krankheitskosten pro Einwohner im Jahre 2008 in der Altersgruppe von 65 bis 84 Jahren mit durchschnittlich rund 6.500 Euro höher als in den jüngeren Altersgruppen, bei den Hochbetagten (ab 85 Jahre) sind sie am höchsten, vor allem bei den Frauen.

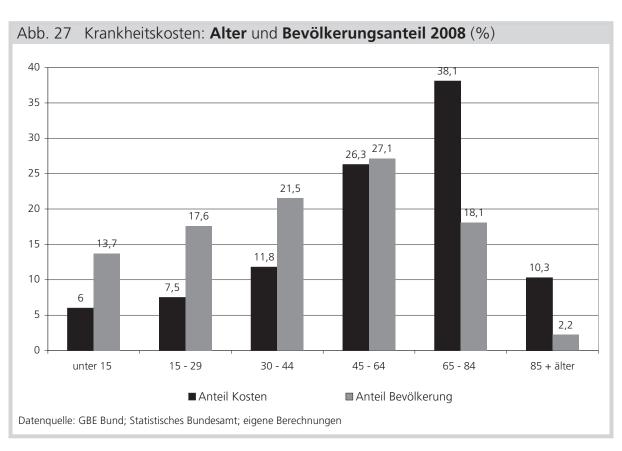
Abbildung 27 stellt die Krankheitskosten nach Altersgruppen im Verhältnis zum jeweiligen Bevölkerungsanteil im Jahre 2008 dar. Hier wird deutlich, dass die Krankheitskosten in den jüngeren Alters-

gruppen erheblich geringer sind als ihr jeweiliger Anteil an der Bevölkerung. In der mittleren Altersgruppe (45 – 64 Jahre) sind beide Anteile etwa gleich. Die größte Differenz zwischen den Krankheitskosten und ihrem Bevölkerungsanteil ist in der Altersgruppe zwischen 65 – 84 Jahren zu erkennen. Bei den Hochbetagten ab 85 Jahre verringert sich diese Differenz deutlich, ihre Krankheitskosten liegen aber noch über ihrem prozentualen Anteil an der Bevölkerung.

Diese statistisch ermittelten Zahlen verleiten Ökonomen offenkundig zu der Annahme, dass die Krankheitskosten in einer älter werdenden Bevölkerung linear steigen. So ist die verbreitete Behauptung entstanden, je älter die Bevölkerung wird, umso kränker ist sie und umso stärker steigen die Kosten. Diese Annahme ist jedoch falsch, wie empirische Befunde belegen.

- Nicht das Alter ist entscheidend für die Krankheitskosten, sondern die Nähe zum Tod. Die höchsten Kosten fallen im letzten Lebensjahr an, egal ob jemand mit 30, 50 oder 80 Jahren stirbt.
- Statistisch betrachtet steigen die Krankheitskosten mit zunehmendem Alter, in einem sehr hohen Alter ab etwa 90 Jahre sinken sie aber. Dies liegt nicht etwa an dem Vorenthalten von medizinischen Leis-





tungen – Stichwort Rationierung –, sondern daran, dass sehr alten Menschen keine aggressiven Therapien mehr zugemutet werden, sie eher mit schonenden Verfahren behandelt werden und ihre Krankengeschichte bereits in vorherigen Lebensphasen geklärt ist.

- Aus der Altersforschung (Gerontologie) ist inzwischen bekannt, dass Krankheiten und gesundheitliche Einschränkungen in ein höheres Lebensalter verschoben werden können. So kann die Gesundheit, darunter die physische und kognitive Leistungsfähigkeit, von alten und sehr alten Menschen durch spezifische geriatrische Reha-Maßnahmen positiv beeinflusst werden (Tertiärprävention).
- Heute steht fest, dass der Alterungsprozess bereits in den letzten Jahrzehnten beeinflussbar war und auch in Zukunft sein wird.

Damit scheint auch der Streit zwischen Vertretern der "Medikalisierungsthese" auf der einen und der "Kompressionsthese" auf der anderen Seite zugunsten der Letzteren entschieden zu sein. Die erste Gruppe, vor allem die "zu Überdramatisierungen neigende deutsche Szene" (Bernhard Braun), vertritt die These, der so genannte medizinisch-technische Fortschritt führe zwar zur Lebensverlängerung alter und multimorbider Menschen, ohne aber deren Gesundheitszustand zu verbessern. Daher würden Krankheits- und Pflegekosten stark steigen. Manche Ökonomen sprechen von einer "Fortschrittsfalle" oder von einem "sinkenden Grenznutzen". Demgegenüber besagt die Kompressionsthese, dass ältere Menschen die gewonnenen Lebensjahre in guter Gesundheit verbringen. Aktuelle Ergebnisse aus der demografischen Forschung bestätigen diese Tendenz: "Die Anzahl der Lebensjahre, die die Menschen in Gesundheit verbringen, wächst. Denn die Lebenserwartung von Männern und Frauen steigt nicht, weil sich der Alterungsprozess verlangsamt und verlängert, sondern vor allem, weil er immer später im Leben einsetzt ... Heute Geborene können somit nicht nur darauf hoffen, den 100. Geburtstag zu feiern, sondern auch die Zeit bis zum 90. Lebensjahr in zufrieden stellender Gesundheit zu verbringen." (James W. Vaupel, in: Demografische Forschung – Aus Erster Hand. 2/2010, S. 4). Wie der Gesundheitsökonom Stefan Felder feststellt, hat die demografische Entwicklung nur einen schwachen Einfluss auf die Gesundheitskosten (Felder 2008).

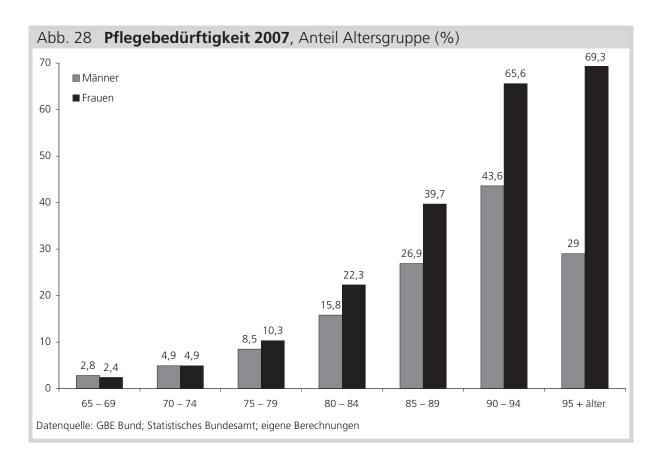
Fazit: Die vorliegenden empirischen Befunde erhärten klar die Kompressionsthese. Die Menschen werden älter und sind länger gesund, allerdings nicht in

allen sozialen Gruppen gleichermaßen. Alterung ist keineswegs nur eine demografische, sondern ebenso eine soziale Frage. "Statt immer wieder Kürzungen oder Privatisierungen medizinischer Leistungen zu fordern, käme es daher darauf an, die medizinische Vorsorge – insbesondere der ärmeren Bevölkerungsschichten – zu verbessern, die Arbeitswelt zu humanisieren und letztendlich die Armut abzubauen." (Bosbach/Bingler 2008, S. 9)

2.2.4 Pflegebedürftigkeit im Alter

Statistisch betrachtet steigt die Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter, wie die Pflegequoten für 2007 zeigen. Sie schwanken nach Bundesländern, am höchsten waren sie 2007 mit 3,4 % in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, am geringsten in Baden-Württemberg mit 2,2 %, in Bayern sind es 2,5 % (Datenquelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Im Jahre 2009 bezogen fast 2,3 Millionen Menschen Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) (Rothgang u. a., Barmer GEK Pflegereport 2010). Abbildung 28 zeigt den prozentualen Anteil der pflegebedürftigen Männer und Frauen an der jeweiligen Altersgruppe.

Die Behauptung vieler Ökonomen, mit der zunehmenden Lebenserwartung steige linear das Pflegerisiko, ist ebenso falsch wie schon bei den Krankheitskosten. So zeigen Ergebnisse aus der neueren demografischen Forschung, dass die steigende Lebenserwartung mit einer besseren Gesundheit einhergeht und das Risiko der Pflegebedürftigkeit bereits seit 1991 zurückgegangen ist. Allerdings ist auch hier der starke Einfluss sozioökonomischer Faktoren festzustellen: Höhere Bildung, höheres Einkommen, bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen in Verbindung mit einem gesunden Lebensstil senken das Risiko der Pflegebedürftigkeit, während dies in sozial schwachen Gruppen nicht gleichermaßen der Fall ist (Demografische Forschung 1/2005). Der GEK-Pflegereport 2009 weist nach, dass das altersspezifische Risiko pflegebedürftig zu werden, zwischen 2000 und 2008 deutlich gesunken ist. Bei den Männern sinkt es um 1 % jährlich, bei Frauen mit 3,6 % pro Jahr noch erheblich stärker. Im gesamten Zeitraum 2000 bis 2008 ist das Risiko der Pflegebedürftigkeit bei den Männern um 8 % und bei den Frauen sogar um 25 % zurückgegangen (GEK-Pflegereport 2009). Damit sind bisher erstellte Prognosen zur künftigen Pflegebedürftigkeit, die auf der Annahme eines (alters-)konstanten Pflegerisikos beruhen, hinfällig.



Ein Hauptgrund für Pflegebedürftigkeit ist Demenz. Gegenwärtig sind rund 1,2 Millionen Menschen an einer mittelschweren bis schweren Demenz erkrankt, das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 1,5 %. Das Max-Planck-Institut für demografische Forschung in Rostock schätzt in einer aktuellen Studie eine Zunahme von demenziellen Erkrankungen bis zum Jahr 2050 auf mindestens 2 Millionen (Demografische Forschung – Aus Erster Hand 3/2010). Der Barmer GEK Pflegereport 2010 kommt in einer Schätzung für 2060 auf eine Anzahl von 2,5 Millionen Demenzpatienten, das wären rund 3,8 % der dann lebenden Bevölkerung (Rothgang u. a. 2010, S. 12). Nach heutigen Erkenntnissen erscheint zum einen das Hinausschieben von Demenzen in ein höheres Alter möglich, zum anderen ist das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, beeinflussbar und lässt sich senken: "Eine gesündere Lebensweise und die Vermeidung von Risikofaktoren, das steigende Bildungsniveau in der älteren Bevölkerung und die damit verbundene steigende kognitive Reserve, aber auch der medizinisch-technische Fortschritt senken das Demenzrisiko." (Ziegler/Doblhammer 2010, S. 4)

Fazit: Ein linearer Zusammenhang zwischen höherem Alter und Pflegebedürftigkeit ist empirisch nicht festzustellen. Im Gegenteil, eher ist von einer weiter sinkenden Pflegebedürftigkeit bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung auszugehen. Die düsteren Prognosen und dramatischen Szenarien von Gesundheitsökonomen oder Forschungsinstituten, wonach die demografische Entwicklung zu einer Kostenlawine in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung führe und zwangsläufig mit höheren Beitragssätzen, mit der Einschränkung von Leistungen oder einer (zusätzlichen) Kapital-gedeckten Versicherung verbunden sei, erweisen sich im Lichte der vorliegenden empirischen Ergebnisse als unhaltbar. Eine inhaltliche Veränderung des Begriffs "Pflegebedürftigkeit", wie er von einschlägigen Verbänden und in der Pflegewissenschaft seit langem gefordert wird, kann vorliegende Schätzungen zum künftigen Pflegebedarf freilich erheblich verändern.

2.3 Medizinisch-technischer Fortschritt

Neben dem demografischen Wandel wird der medizinisch-technische Fortschritt als Begründung für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen angeführt. Die Behauptung, angesichts einer alternden Gesellschaft und des rasanten medizinisch-technischen Fortschritts seien medizinische Leistungen nicht mehr für alle bezahlbar und müssten daher rationiert oder priorisiert werden, wird u. a. von Ärzteverbänden vorgetragen, darunter vom Präsidenten der Bundesärztekammer Jörg-Dieter Hoppe. Von Politikern und Ökonomen wird behauptet, der medizinisch-technische Fortschritt sei zwangsläufig mit höheren Kosten und Beitragssätzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbunden, was wiederum die "Lohnnebenkosten" der Arbeitgeber erhöhe (Abschnitt 2.4). Jüngstes Beispiel für eine prognostizierte Kostenexplosion oder bevorstehende "Endzeiten" bei den GKV-Ausgaben infolge des demografischen Wandels und medizinisch-technischen Fortschritts ist der Kommentar von Fritz Beske vom Kieler Institut für Gesundheits-System-Forschung im Deutschen Ärzteblatt vom 10. Dezember 2010. Auf Basis der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes und der Annahme von jährlich 2 % Kostensteigerung durch den medizinisch-technischen Fortschritt errechnet Beske für 2060 eine Erhöhung des GKV-Beitragssatzes auf 52 %.

Die Frage, welche Kosten der so genannte medizinisch-technische Fortschritt verursacht, lässt sich knapp beantworten: Wir wissen es nicht, weil die Kosten gar nicht seriös berechnet werden können. Trotzdem erwecken Ökonomen mit ihren "wissenschaftlichen" Expertisen den Anschein, der medizinisch-technische Fortschritt ließe sich bei der Berechnung der künftigen Gesundheitskosten exakt ermitteln und sei mit jährlich ein bis zwei Prozent anzusetzen. Solche Berechnungen basieren auf willkürlichen Annahmen: Der medizinisch-technische Fortschritt sei notwendig mit steigenden Gesundheitskosten und demzufolge mit höheren Beitragssätzen verbunden – oder mit Leistungseinschränkungen. Völlig ausgeblendet wird dabei, dass qualitative Fortschritte in der Medizin das Gesundheitswesen keineswegs notwendig teurer machen, sondern auch Kosten einsparen können, etwa durch wirksamere und schonendere Verfahren in Diagnostik und Therapie.

Kernprobleme im deutschen Gesundheitswesen sind ganz andere, wie an einigen Beispielen zu belegen sein wird:

- Angebots-Induzierung z. B. Zentrierung auf Medizin und Ärzteschaft, ärztliche Definitionsmacht, Zentrierung auf die kurative, akutmedizinische Behandlung statt auf chronisch-degenerative Krankheiten, ungenügende Patienten- und Bedarfsorientierung etc.
- Medikalisierung z. B. von sozialen und lebensweltlichen Problemen, natürlichen Vorgängen, Ausweitung von Diagnostik und Therapie, Erfindung von neuen Krankheiten etc.
- Ressourcenverschwendung z. B. durch Überund Fehlversorgung, fehlende oder unzureichende wissenschaftliche Nachweise zum Nutzen von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, (vermeidbare) Fehler in der Medizin, Lobbyismus, Macht- und Profitinteressen, Korruption und Betrug, sektorale Fragmentierung und mangelnde Kooperation zwischen stationären und ambulanten Versorgungsbereichen etc.

2.3.1 Angebotsinduzierung im Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitswesen ist traditionell auf die Ärzteschaft und deren Verbände ausgerichtet. Die zentralen Akteure sind nicht die Patienten als "Nachfrager" von Versorgungsleistungen, sondern die Ärzte als Anbieter medizinischer Leistungen – hierzu einige Stichwörter:

- das *Versorgungsmonopol* der niedergelassenen Ärzte in der ambulanten medizinischen Versorgung, wie erneut im Kassenarztgesetz von 1955 festgeschrieben
- das Definitionsmonopol, gesundheitliche Beschwerden von Patienten in Behandlungsbedarf zu übersetzen, darunter die Erstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Überweisungen an Fachärzte, die Einweisung ins Krankenhaus etc.
- das *Verordnungsmonopol*, z. B. Arzneimittel, Therapien, Hilfsmittel, Pflegeleistungen etc., symbolisiert durch die Ausstellung eines Rezepts
- die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient, die trotz vermehrter Informationsmöglichkeiten für Patienten, Versicherte oder Bürger nicht zu beheben ist (es sei denn, sie haben Medizin studiert)
- die Definitionsmacht der Ärzteschaft, was medizinisch notwendige Leistungen sind und was medizinisch-technischer Fortschritt inhaltlich bedeutet

 in Verbindung mit der (ideologischen) Überhö

hung der ärztlichen Heilkunst, ihren Selbstbildern oder gar ihrer Selbstüberschätzung

Ärzte sind für die akutmedizinische Behandlung von Erkrankungen ausgebildet, nicht aber zur Behandlung und Betreuung von Menschen, die an chronischen, meist degenerativen Krankheiten leiden. Sie dominieren jedoch das heutige Krankheitsspektrum. Zudem ist das medizinische Krankheitsverständnis immer mehr der Biologisierung unterworfen, erheblich verstärkt durch die Genforschung und Neurowissenschaften. Dabei werden jedoch die psychosozialen Faktoren generell sowie die jeweiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen eines Menschen völlig ausgeblendet. Dieses eindimensionale und monokausale Denkmuster fördert den in der Medizin typischen "Symptomblick" und die Fixierung auf bio-chemische Defekte oder Funktionsstörungen, die zu "reparieren" sind. Auch in der Psychiatrie dominiert inzwischen das einseitige Wissenschaftsverständnis. Allenfalls werden psychosoziale Faktoren in Ergänzung zur medikamentösen Therapie erwogen, darunter verschiedene Behandlungsmethoden der Psychotherapie wie Psychoanalyse und tiefenpsychologische Ansätze oder die kognitive Verhaltenstherapie.

Entscheidend ist freilich die seit langem bekannte Tatsache, dass die Medizin zwischen 10 bis maximal 40 % zur Gesundheit beiträgt (Sachverständigenrat 2000/2001). Weitaus größere Bedeutung haben nach einer niederländischen Studie zwischen 50 und 70 % die Lebensbedingungen, zu einem geringen Teil von 10 bis 25 % das individuelle Gesundheitsverhalten (Mielck 2007, S. 30). Die hauptsächlichen Lebens- und Gesundheitsgewinne sind historisch der Verbesserung der Lebens-, Arbeitsund Umweltbedingungen zu verdanken, darunter Bereiche wie Hygiene, Kanalisation, Wasserversorgung, Wohnen, Stadt-und Quartiersentwicklung, Entsorgung, Arbeitsschutz und Humanisierung der Arbeit, Bildung, Verbesserung der Ernährung etc. sowie durch gesündere Lebensstile. Historisch betrachtet ist es der Ärzteschaft jedoch immer wieder gelungen, ihre Dominanz und Definitionsmacht im Gesundheitswesen zu behaupten und weiter auszudehnen, etwa im Bereich der Primär- und Sekundärprävention, und damit die Versorgung auf das verengte biomedizinische Paradigma auszurichten - statt auf das komplexe bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell. Zu welchen absurden Effekten die akutmedizinische Dominanz des Gesundheitswesens in Verbindung mit dem sich ausweitenden medizinisch-industriellen Komplex führen kann,

wird im Folgenden an einigen Beispielen aufgezeigt.

2.3.2 Ausweitung von Diagnostik und Therapie in bayerischen Krankenhäusern

Tendenzen zur Ausweitung medizinischer Prozeduren werden an vier ausgewählten Beispielen dargestellt: (1) Entwicklung der Patientenzahlen, (2) Anzahl der Großgeräte, (3) Anzahl der Operationen und Prozeduren und (4) überflüssige Operationen.

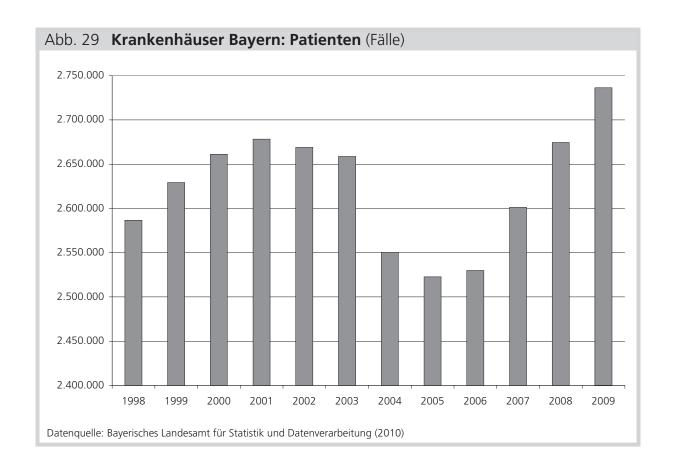
(1) Patientenzahlen (Fälle). Abbildung 29 zeigt die Entwicklung der in bayerischen Krankenhäusern behandelten Patienten zwischen 1998 und 2009. Wie daraus zu erkennen ist, steigt die Fallzahl nach einem deutlichen Knick zwischen 2004 und 2006 seit 2007 kräftig an und erreicht im Jahre 2009 ein Rekordhoch von 2.736.316 Patienten. Das heißt, mehr als ein Fünftel (22 %) der gesamten bayerischen Bevölkerung, vom Säugling bis zum Hochbetagten, wurde 2009 vollstationär behandelt. Noch höher sind die Krankenhausaufenthalte nach der Anzahl der entlassenen Patienten mit 2.810.750, wie das Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung am 22.10.2010 mitteilt (Pressemitteilung). Welche Gründe hat dieser enorme Anstieg? Sind die Menschen in Bayern innerhalb weniger Jahre so viel kränker geworden? Ein wichtiger Einflussfaktor könnte die Einführung des DRG-Systems 2004 sein, wonach Krankenhausfälle nach Fallpauschalen abgerechnet werden und Krankenhäuser seither betriebswirtschaftliche Motive verfolgen, z.B. Ertragssteigerungen durch die Erhöhung von Fallzahlen und profitablen Behandlungen.

(2) Großgeräte. Am Beispiel einiger ausgewählter Großgeräte in bayerischen Krankenhäusern ist zwischen 1998 und 2008 ein kräftiger Anstieg in der Geräteausstattung festzustellen (Abb. 30):

- Computer-Tomografen (CT) + 97,2 %
- Magnet-Resonanz-Tomografen (MRT) + 84 %
- Koronarangiografische Arbeitsplätze + 75,8 %

Insgesamt hat sich die Anzahl der Großgeräte in bayerischen Krankenhäusern innerhalb von 10 Jahren mehr als vervierfacht (+ 402 %). Aus betriebswirtschaftlichen Motiven ist ein Krankenhaus daran interessiert, die jeweils Millionen Euro teuren Geräte möglichst optimal auszulasten.

(3) Operationen und Prozeduren. Seit 2005 erfasst das Statistische Bundesamt die Operationen



und Prozeduren der vollstationären Patienten. Wie Abbildung 31 zeigt, ist die Anzahl der Patienten in bayerischen Krankenhäusern zwischen 2005 und 2008 um 2,3 % gestiegen. Demgegenüber haben die diagnostischen, operativen und therapeutischen Maßnahmen im gleichen Zeitraum um insgesamt 16,3 % zugenommen. Bei der Bild gebenden Diagnostik waren es sogar 26,4 %, darunter

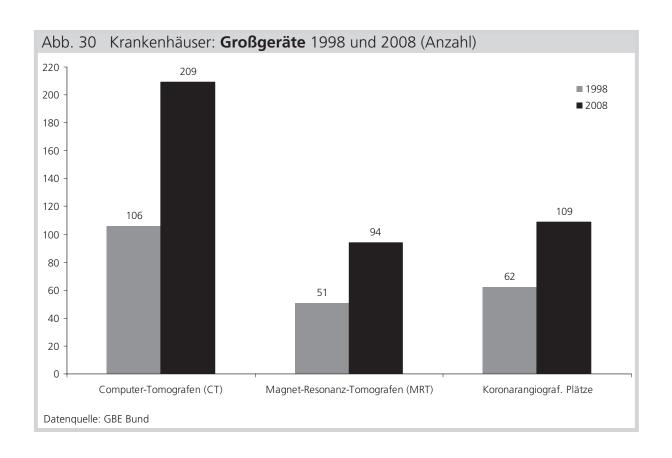
- Ultraschall-Untersuchungen + 64,4 % (von 36.888 auf 60.646),
- Computertomografien (CT) + 28,2 % (von 456.331 auf 586.084),
- Magnetresonanztomografien (MRT) + 33,8 % (von 142.807 auf 191.042).

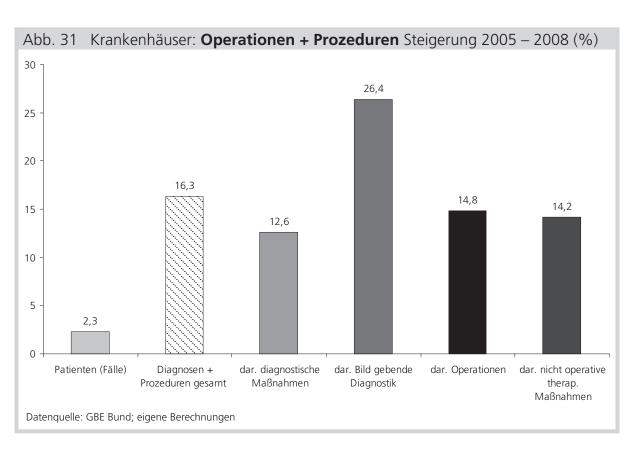
Bei den drei häufigsten Operationsgruppen (OP) sind zwischen 2005 und 2008 folgende Steigerungen festzustellen:

- 1. OP am Verdauungstrakt + 9,6 % (von 306.902 auf 336.402)
- 2. OP an Bewegungsorganen + 19,8 % (von 545.853 auf 653.665)
- 3. OP an Haut und Unterhaut + 17,6 % (von 134.976 auf 158.770)

Dazu kommen ambulante Operationen, die in bayerischen Krankenhäusern zwischen 2005 und 2008 um 30 % zugenommen haben (von 168.060 auf 218.389). Diese Entwicklungen spiegeln freilich nur die stationären Maßnahmen wider. Hinzu kommen die diagnostischen, operativen und therapeutischen Maßnahmen im ambulanten Bereich wie Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

Problematisch ist u. a. die starke Zunahme von Computertomografien (CT), weil solche Untersuchungen mit hohen Strahlenbelastungen verbunden sind. So hat eine US-amerikanische Untersuchung nachgewiesen, dass sie das Krebsrisiko deutlich erhöhen (Deutsches Ärzteblatt 31. März 2009). Eine Studie des Deutschen Herzzentrums in München ergab, dass die Strahlenbelastung bei einer CT-Koronarangiografie 600 Mal höher ist als beim Röntgen (Deutsches Ärzteblatt 4. Februar 2009). In einem Beitrag der renommierten Fachzeitschrift "New England Journal of Medicine" verweisen die Autorinnen auf den Zusammenhang zwischen der steigenden Anzahl der CT-Geräte und der Zunahme der teuren Herz-Computerto-





mografien um jährlich 26 % – und dies trotz eines Mangels an nachweisbarer Evidenz. Nach Schätzungen werden 1,5 bis 2 % aller Krebserkrankungen in den USA auf die CT-Strahlenbelastung zurückgeführt (Redberg/Walsh in: N Engl J Med 27/2008).

(4) Überflüssige Operationen. Von vielen stationär und ambulant tätigen Ärzten, medizinischen Fachgesellschaften, Ärzteverbänden, Krankenhäusern, Herstellern von Medizintechnik etc. gäbe es vermutlich einen bundesweiten Aufschrei der Entrüstung, wenn sie mit der Diagnose von "überflüssigen Operationen" konfrontiert würden. Inzwischen ist jedoch aus Medizinerkreisen, aus internationalen Studien oder aus Medienberichten bekannt, dass viele Operationen überflüssig sind. So ist die Athroskopie (ein invasiver diagnostischer Eingriff am Knie) die häufigste klinische Diagnose, medizinisch aber oft nicht notwendig. Im Jahre 2008 wurde sie 285.601 Mal allein in Kliniken durchgeführt. Andere Operationen sind zwar nicht überflüssig, werden aber viel zu häufig durchgeführt, z. B. Schulteroperationen, gynäkologische Operationen wie die Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie), die Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie), Bandscheibenoperationen, weitere Operationen am Rücken und an Gelenken, verschiedene Herzoperationen etc.

Die Knie- und Hüft-Operationen (Endoprothetik) sind inzwischen auf ein Rekordhoch gestiegen – mit jährlichen Steigerungsraten von rund 9 % bei Hüften und 43 % bei Knien (2009 = 209.000 Hüft- und 175.000 Knieprothesen). Hüft- und Knieendoprothesen haben sich zum "Kerngeschäft" von Krankenhäusern entwickelt: Pro Hüfte werden im Schnitt 7.626 Euro gezahlt, pro Knie sind es 7.373 Euro. Dazu zitiert die Barmer GEK eine Studie, in der es heißt: "Die Kritik kommt jetzt mitten aus der Ärzteschaft. Damit hat eine jahrelange Diskussion um angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen, Mengenausweitung und Überversorgung eine neue Qualität bekommen." (Barmer GEK Gesundheit konkret 4/2010) Aufgrund des kommerziellen Drucks wird älteren Patienten eine Hüfte mit Zement eingesetzt, die zwar billiger, aber weniger lange haltbar ist als ein zementloses Gelenk (Focus 16/2010).

Aus internationalen Studien ist bekannt, dass viele etablierte Verfahren und Methoden in der Chirurgie nicht evidenzbasiert sind, bei deutschen Ärzten zuweilen noch als "Kochbuch-Medizin" verunglimpft. Weitere Belege für die These von überflüssigen

Operationen sind zum einen Unterschiede in der Operationshäufigkeit zwischen Deutschland und anderen europäischen Ländern, die medizinisch nicht zu erklären sind. Zum anderen zeigt sich, dass die Bereitschaft von Ärzten, sich selbst solchen Operationen zu unterziehen, weitaus geringer ist. Im überwiegend marktwirtschaftlichen Gesundheitssystem der USA sind die zahlreichen unnötigen Operationen (numerous unnecessary surgeries) besonders ausgeprägt, wie aus einschlägigen medizinischen Fachzeitschriften hervorgeht.

Reiner Gradinger, Ärztlicher Direktor am Münchener Klinikum rechts der Isar, TU München, und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, sagte in einem Interview mit dem Focus im April 2010: "Wir leiden unter einer zunehmenden Kommerzialisierung der Medizin: Das heißt, es werden unnötige Eingriffe vorgenommen, weil sie Kliniken oder auch Praxen Geld bringen. Gleichzeitig werden notwendige Therapien nicht gemacht, weil sie zu teuer sind." Betroffen sind alle Bereiche, "bei denen es planbare Eingriffe gibt. Also Magen-, Darmspiegelungen oder Computer- und Kernspintomografien vor allem als überflüssige Zusatz- und Kontrolluntersuchungen, Katheteruntersuchungen und minimal-invasive Eingriffe am Herzen." Ein Beispiel für die zunehmende Ausrichtung der Medizin am Profit sind Schmerzkatheter bei Rückenschmerzpatienten: "Sie liegen zwei bis drei Tage in der Klinik und erhalten zusätzlich Physiotherapie und psychologische Beratung. Diese Therapie bringt der Klinik je nach Abrechnungsmodus rund 2500 Euro. Das Legen eines Katheters dauert in der Regel weniger als zehn Minuten. Wenn sie 30 solcher Patienten drei Tage betreuen, haben sie wenig Aufwand und am Ende 75.000 Euro eingenommen. Obwohl wissenschaftlich nie bewiesen wurde, dass die Therapie hilft, wird sie von Kassen bezahlt." Fazit: "Das Krankenhaus und die Praxis verkommen zum Marktplatz." (Focus 19.04.2010)

2.3.3 Medikalisierung sozialer Probleme

Besonders deutlich wird die Medikalisierung sozialer Probleme in der *Arbeitswelt*, zunehmend auch an Schulen und Hochschulen oder in Familien. Aufgrund der steigenden Anpassungs- und Leistungsanforderungen, des zunehmenden Wettbewerbs- und Konkurrenzdrucks, vermehrter prekärer Arbeitsverhältnisse oder aus Angst vor Arbeitsplatzverlust nehmen *psychische Erkrankungen* kontinuierlich zu. Statt der Humanisierung der Arbeitswelt und einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der betriebli-

chen Arbeitsbedingungen steigen die Verordnungen von *Psycho- und Neuropharmaka* ebenso wie der Missbrauch solcher Medikamente, euphemistisch als "Doping am Arbeitsplatz" bezeichnet (DAK-Gesundheitsbericht 2009). Auch eine nicht bekannte Anzahl von Ärzten greift zu Medikamenten oder anderen Drogen. So warnte Anfang 2010 die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie aufgrund des wachsenden Leistungsdrucks vor "Doping im OP" (Deutsches Ärzteblatt 29.01. 2010).

(1) Psychische Erkrankungen. Psychische Störungen, darunter Depressionen und Angststörungen als häufigste Diagnosen, verändern das Morbiditätsspektrum zunehmend. Für das in den letzten Jahren immer öfter zu hörende Symptom "Burnout" gibt es in der internationalen Krankheitsklassifikation (ICD-10, F00 - F99 Psychische und Verhaltensstörungen) keine spezielle Diagnose, klingt aber besser als Depression. Psychische Erkrankungen sind mittlerweile die Hauptursache für Erwerbsminderung und Frühverrentung (Deutsche Rentenversicherung, DRV-Statistik 2008). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass psychische Störungen, darunter vor allem Depressionen, weltweit zunehmen und im Jahre 2020 nach den Herzerkrankungen an zweiter Stelle des Morbiditätsspektrums stehen werden.

Ob psychische Störungen tatsächlich in dem dramatischen Ausmaß zunehmen, wie manche Berichte und Studien es nahe legen, ist etwas umstritten. Möglicherweise ist auch eine erhöhte Sensibilität und Aufmerksamkeit für diese Erkrankungen ein Grund für die Zunahme. Allein die Krankenhausdiagnosen in der Gruppe "Psychische und Verhaltensstörungen" zeigen zwischen 2000 und 2008 in allen Altersgruppen einen erheblichen Anstieg, wobei die jüngeren und mittleren Altersgruppen quantitativ besonders betroffen sind, wie Abbildung 32 zeigt.

Gesundheitsberichte von gesetzlichen Krankenkassen verweisen ebenfalls auf eine seit Jahren kontinuierliche Zunahme psychischer Erkrankungen, welche die längsten Ausfallzeiten verursachen – hier einige Beispiele:

- Bei der Barmer Ersatzkasse (BEK) stehen psychische Störungen mit 16,8 % des Erkrankungsgeschehens inzwischen an zweiter Stelle (Barmer-Gesundheitsreport 2009).
- Bei der Betriebskrankenkasse Bundesverband (BKK) stehen psychische Störungen, die im Vergleich zu allen anderen Krankheitsgruppen aber-

- mals gestiegen sind, mit 10 % des Krankheitsgeschehens auf dem 4. Platz (BKK Gesundheitsreport 2009).
- Bei der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK) stehen die psychischen Erkrankungen bei der Arbeitsunfähigkeit mit 10,6 % ebenfalls an 4. Stelle (DAK Gesundheitsreport 2009).
- Wie der AOK-Fehlzeitenreport für 2008 zeigt, sind die Fehlzeiten aufgrund körperlicher Erkrankungen zurückgegangen, dagegen sind die psychischen Erkrankungen gestiegen und lagen 2008 auf Rang vier, noch vor den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (GGW 4, November 2009).

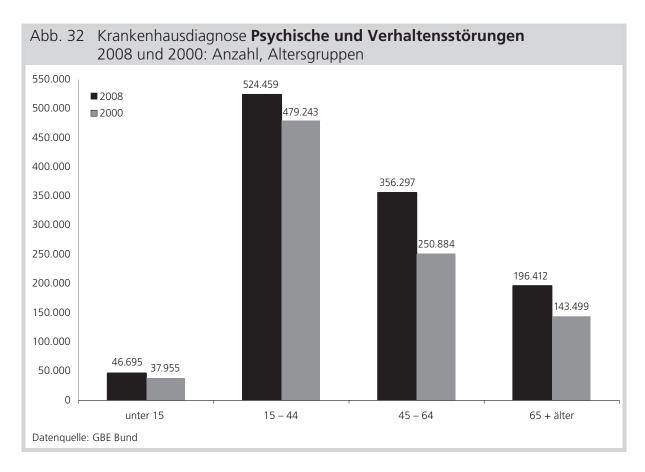
Die Zahlen der gesetzlichen Krankenkassen basieren auf Angaben zur Arbeitsunfähigkeit und stellen nicht das tatsächliche Ausmaß der psychischen Morbidität dar. Es dürfte also eine nicht genau einzuschätzende Dunkelziffer hinzukommen. Anzumerken ist, dass sich die psychischen Erkrankungen nach Alter, Geschlecht, Berufsgruppen und beruflichem Status stark unterscheiden. Die Zunahme psychischer Störungen spiegelt sich zudem wider bei der Verordnung von Psychopharmaka (BKK Gesundheitsreport 2009; DAK Gesundheitsreport 2009).

Auch in Bayern ist eine deutliche Zunahme psychischer Erkrankungen festzustellen, wie allein die Krankenhausfälle zwischen 2000 und 2008 belegen (Abb. 33). Bei Frauen sind sie um 29,8 % gestiegen (von 59.531 in 2000 auf 77.269 in 2008). Bei Männern, die häufiger als Frauen wegen psychischer Erkrankungen stationär behandelt wurden, stiegen sie um 26,4 % (von 67.027 in 2000 auf 84.719 in 2008).

Psychische und Verhaltensstörungen (F00 – F99 ICD-10) verursachen neben volkswirtschaftlichen Kosten hohe Krankheitskosten:

- Im Jahre 2002 waren es 10,7 % aller Krankheitskosten (23.318 Mio. Euro) und standen damit an 4. Stelle aller Ausgaben.
- Im Jahre 2008 erhöhten sich die Kosten auf einen Anteil von 11,3 % (28.654 Mio. Euro) und lagen bereits auf Platz 3, nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Platz 1) und Erkrankungen des Verdauungssystems (Platz 2).

Internationale sozialepidemiologische Studien, arbeitspsychologische Studien sowie Fallstudien aus der deutschen Arbeitsforschung belegen ebenfalls eine starke Zunahme psychischer Belastungen in der Arbeitswelt. Dazu ein Beispiel aus einem aktuellen Forschungsprojekt des Instituts für Sozialwissenschaftliche



Forschung (ISF) in München, das die Zunahme arbeitsbedingter psychischer Belastungen untersucht. Den tief greifenden Wandel in der betrieblichen Organisation und Steuerung von Arbeit führen die Forscher im Wesentlichen auf drei Entwicklungen zurück:

- zunehmende Ergebnisorientierung mit Ziel- und Ergebnisvorgaben,
- permanente Reorganisation, d. h. die Organisation ist ständig in Bewegung,
- zunehmende Selbststeuerung und steigende Verantwortung, höheres Arbeitsvolumen etc. ohne entsprechend wachsende Ressourcen (Dunkel/ Kratzer/Menz 2009).

Die Folgen sind neben Personalabbau, permanenten Umstrukturierungen etc. vor allem die starken Auswirkungen auf die Gesundheit, insbesondere die damit verbundenen psychischen Beanspruchungen wie Stress und Überforderung.

Inzwischen mehren sich Hinweise, wonach nicht nur Arbeitslose psychisch besonders stark belastet sind, sondern auch jene Beschäftigten, die Angst um ihren Arbeitsplatz haben. Manche Psychologen bezeichnen die nach Umstrukturierungen verbleibenden Arbeitskräfte als "Überlebende" (Kieselbach 2009). Ein weiteres Phänomen aus jüngerer Zeit ist der so genannte Präsentismus, d. h. Menschen gehen trotz Krankheit zur Arbeit, um ihren Arbeitsplatz nicht zu gefährden. Zudem sind all jene in prekären Arbeitsverhältnissen besonders starken psychischen Belastungen ausgesetzt.

Zwischenfazit. In der Arbeitswelt zeichnet sich bereits seit Jahren eine "Anspruchsinflation der Wirtschaft" ab, wie der Wirtschaftssoziologe und Direktor am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung in Köln, Jens Beckert, es nennt (Beckert 2009). Zur Erinnerung: In den 1970er Jahren beklagten konservative Politiker und Wissenschaftler eine wachsende "Anspruchsinflation der Bürger". Die Arbeitsforscher Wolfgang Dunkel, Nick Kratzer und Wolfgang Menz vom ISF München resümieren in ihrer Studie: "Es führt kein Weg daran vorbei, die tendenziell maßlosen markt- und ergebnisbezogenen Erfolgsziele immer wieder am Maßstab ihrer menschlichen und organisationalen 'Leistbarkeit' zu überprüfen ... Hierfür ist ein Umdenken notwendig: Arbeits- und Gesundheitsschutz kann nicht mehr getrennt von Leistungssteuerung gedacht und praktiziert werden, Leistungspolitik muss sich auch an Kriterien von Gesundheit und Wohlbefinden orientieren." (Dunkel/Kratzer/Menz 2009)



Keine Frage: Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen muss zu einem der vordringlichen Ziele der Arbeitspolitik sowie der Wirtschafts- und Gesundheitspolitik werden. Geschieht das nicht, könnte sich dies u. a. negativ auf die künftige Lebenserwartung und Lebensqualität auswirken.

(2) Neuroenhancement. Statt die Leistungsanforderungen in Schulen und Hochschulen an den Entwicklungs- und Lernbedürfnissen der Jugendlichen und Studierenden auszurichten, greifen junge Menschen zu Pillen, um ihre kognitive, physische und psychische Leistungs- und Konkurrenzfähigkeit zu steigern, "Neuro-Enhancement" oder "Gehirn-Doping" genannt. Wie heruntergekommen der medizinethische Diskurs inzwischen ist, zeigt beispielsweise das im Oktober 2009 in der Zeitschrift "Gehirn & Geist" veröffentlichte "Memorandum" mit dem Titel "Das optimierte Gehirn". Darin plädiert eine siebenköpfige Gruppe von Wissenschaftlern, die sich selbst als "führende Experten" bezeichnen, für die Freigabe von Medikamenten zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit und des seelischen Wohlbefindens – und dies, obgleich kaum Studien zum Nutzen und zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen vorliegen, Langzeitstudien gibt es gar

nicht. Für benachteiligte soziale Schichten, die sich die Pillen nicht leisten können, wird eine großzügige Subventionierung empfohlen. Mehr oder minder offen wird an die "Eigenverantwortung" appelliert und der Einzelne unter Druck gesetzt. Gesellschaftliche Entwicklungen wie der hohe Leistungs- und Konkurrenzdruck in der Arbeitswelt werden zwar am Rande erwähnt, aber nicht kritisch hinterfragt. Die Suchtgefahr wird heruntergespielt. Die Tatsache, dass es sich bei den Neuro-Enhancement-Präparaten (NEPs) nicht um Kaffee oder Schokolade handelt, sondern um riskante Medikamente wie Antidementiva, Betablocker oder Stimmungsaufheller, wird bagatellisiert.

Zahlreiche Medien haben das Memorandum mehr oder minder kritisch aufgegriffen (Deutsches Ärzteblatt 23. Oktober 2009; Bild der Wissenschaft 4/2009; Die Zeit 15. Oktober 2009; Süddeutsche Zeitung 09.10.2009; FAZ 13. Oktober 2009; verschiedene Blogs im Internet). Das Memorandum wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts erstellt und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert. Es ist ein neoliberales, geradezu menschenverachtendes Papier und eine Steilvorlage für die Pharmaindustrie – gespickt mit

"akademischer Selbstgefälligkeit" und "argumentativer Armut", die durch "Tricks aus dem Arsenal der unfairen Rhetorik" kaschiert wird (Thomas Grüter 09.10.2009, www.brainlogs.de, gedankenwerkstatt). Man kann das auch Meinungsmache oder Propaganda nennen.

(3) ADHS. Ein weiteres Beispiel für die Medikalisierung sozialer oder lebensweltlicher Probleme ist das so genannte Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom, kurz ADHS, bei Kindern und Jugendlichen. ADHS ist eine Verhaltensstörung, von der Jungen wesentlich häufiger als Mädchen betroffen sind und häufiger bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status von Ärzten oder Psychologen diagnostiziert wird - insgesamt sollen es knapp 5 % und nochmals so viele "Verdachtsfälle" sein (Sachverständigenrat 2009, S. 324). Die Diskussion zum Thema ADHS ist nach wie vor sehr kontrovers. Im Gutachten des Sachverständigenrates aus dem Jahre 2009 heißt es: "Während über die große und zunehmende Prävalenz des Störungsbildes weitgehend Einigkeit in der Fachwelt besteht, gibt es zu den Fragen, ab welchem Punkt von einer behandlungsbedürftigen Störung zu sprechen ist, wie viele Kinder betroffen sind, welche Ursachen und Entstehungsbedingungen zugrunde liegen, welche Präventionsmöglichkeiten bestehen und welche Behandlung anzuraten ist, sehr kontroverse Debatten in der allgemeinen Öffentlichkeit wie auch in der Wissenschaft. Insbesondere die Frage, ob der exponentielle Anstieg der Verordnungsmengen der bei ADHS verschriebenen Präparate als Ausgleich einer vorher bestandenen Unterversorgung interpretiert werden muss, oder eine Über- bzw. Fehlversorgung darstellt, ist immer noch umstritten." (Sachverständigenrat 2009, S. 318)

Die auf genetische, neurologische oder biologische Ursachen reduzierten Studien blenden die psychosozialen Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen zumeist aus mit der Folge, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS medikamentös behandelt werden (Beispiel: Methylphenidat). In einer Studie zeigte sich jedoch, "dass 72 % der Kinder, die zunächst verhaltenstherapeutisch behandelt wurden, keine zusätzliche medikamentöse Behandlung benötigten. Bei denjenigen, die zusätzlich Arzneimittel erhielten, zeigten diese nur minimale Effekte." (Sachverständigenrat 2009, S. 331)

Nach den vorliegenden Erkenntnissen zum Thema ADHS ist festzuhalten (Sachverständigenrat 2009):

- die Diagnostik ist mangelhaft, ADHS wird zu schnell indiziert.
- Medikamente werden zu rasch verschrieben, wie der massive Anstieg der Verordnungen in den letzten Jahren zeigt,
- die pharmakologische Behandlung wird zumeist nicht nach Leitlinien durchgeführt, die Dosierungen sind zu hoch,
- die unerwünschten Ereignisse ("Nebenwirkungen") sind gravierend, z. B. optische Halluzinationen, plötzliche Todesfälle, Herz-Kreislauf-Probleme, Wachstumsstörungen, Suizidgefährdung u. a.,
- Langzeitstudien zur Verträglichkeit fehlen,
- Psychopharmaka können allenfalls Symptome vermindern, aber nicht die Ursachen der Störung beheben,
- Behandlungsalternativen wie Verhaltens- und Familientherapien werden vielfach vernachlässigt. Statt der Medikalisierung von Kindern und Jugendlichen aus besonders betroffenen schwachen und armen Sozialschichten wären sozialpolitische Lösungen vordringlich.

2.3.4 Medikalisierung natürlicher Vorgänge

Zunehmend werden natürliche Vorgänge wie Schwangerschaft und Geburt, Alterung und Tod von der Medizin vereinnahmt und pathologisiert. Hierzu einige Beispiele:

- Drei Viertel aller Schwangerschaften (75 %) werden inzwischen als "Risiko-Schwangerschaften" eingestuft, die zusätzliche Maßnahmen in der pränatalen Diagnostik nach sich ziehen darunter Angebote von Praxisärzten wie z. B. die so genannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) (Forum Gesundheitspolitik 9. Februar 2010).
- In den letzten Jahren ist eine kontinuierliche Zunahme von Kaiserschnitt-Geburten zu beobachten. Inzwischen kommt fast ein Drittel aller Kinder (31,4 %) per Kaiserschnitt zur Welt, aber nur etwa 10 % sind medizinisch notwendig (Deutsches Ärzteblatt 28. August 2009). Allein zwischen 2005 und 2008 sind Kaiserschnitt-Entbindungen in Kliniken um 35 % gestiegen (Datenquelle: GBE Bund). Dabei sind die Risiken keineswegs gering, weder für die Mütter noch für die Kinder. Anzumerken ist, dass eine Kaiserschnitt-Geburt dem Krankenhaus mit mehr als 3000 Euro das Doppelte einbringt wie eine natürliche Geburt.
- Die Pubertät wird vermehrt zu einer medizinisch behandlungsbedürftigen Phase im Leben von Jungen und Mädchen, darunter das so genannte prämenstruelle Syndrom (PMS), Schmerzen, Men-

struationsbeschwerden etc. Inzwischen werden von Medizinern spezielle "Mädchen-" oder "Teenie-Sprechstunden" angeboten. Aber: Die Pubertät ist keine behandlungsbedürftige Krankheit, vielmehr eine schwierige Phase im Leben von jungen Menschen, die nicht medizinische, sondern psychische und soziale Unterstützung benötigen. Ein afrikanisches Sprichwort lautet: Zur Erziehung eines Kindes braucht es ein ganzes Dorf. Aber nicht mehr Medizin, wäre hinzuzufügen.

- Potenzpillen für Männer sind inzwischen zum Symbol für die Medikalisierung der Liebe geworden,
 Diagnose "erektile Dysfunktion". Inzwischen gibt
 es für das weibliche Pendant spezielle Mittel zur
 "Behandlung" der Diagnose "weibliche sexuelle
 Dysfunktion".
- Die Menopause wird als Hormonmangel-Erkrankung definiert und entsprechend medikamentös behandelt mit der so genannten Hormontherapie oder Hormon-Ersatz-Therapie, die weltweit sehr umstritten ist. Inzwischen haben umfangreiche internationale Studien die Risiken der Hormontherapie belegt, darunter Herzinfarkt, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Brustkrebs, Thromboembolien, Lungenkrebs. Im Ergebnis überwiegen die Risiken bei weitem einen möglichen Nutzen. Allerdings sind die wissenschaftlichen Erkenntnisse bisher nur unzureichend in die gynäkologischen Praxen gedrungen, in denen nach wie vor unkritisch Hormonpräparate verordnet werden. Die Medizinerin und Gesundheitswissenschaftlerin Ingrid Mühlhäuser von der Universität Hamburg deutet dies als "eine unheilige Allianz zwischen Industrie und Ärzteschaft". Ihr Fazit: "Es handelt sich bei der Menopause nicht um eine Erkrankung, auch wenn sie in unserer Gesellschaft dazu gemacht worden ist." (in: Ars Medici 13/2008)
- Inzwischen wird auch das Sterben medikalisiert, z. B. mit technischen Geräten und Arzneimitteln. Etwa 80 % der Menschen versterben in stationären Einrichtungen, vor allem in Krankenhäusern und Pflegeheimen, zu einem geringen Teil in Hospizen. Und dies, obwohl die meisten Menschen im häuslichen Umfeld sterben möchten. Sterben und Tod wird in spezialisierte Institutionen "ausgelagert" und damit aus der Lebenswelt verbannt. Auch der Sterbeprozess unterliegt zunehmend der Ökonomisierung. In den Krankenhäusern muss sich Sterben im Rahmen der dort geltenden DRG-Regeln "rechnen" (DRG = Diagnosis Related Groups, zu Deutsch: diagnosebezogene Krankheitsgruppen). In den Pflegeheimen ist eine zeitaufwändige Sterbebegleitung aufgrund der engen

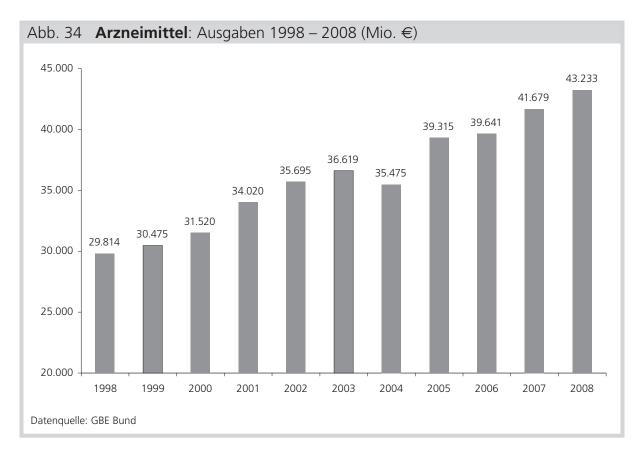
Personalausstattung immer weniger möglich (Göckenjan 2008).

2.3.5 Arzneimittel – Pharmaindustrie

Arzneimittel sind der größte Kostentreiber im Gesundheitswesen. Abbildung 34 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Arzneimittelausgaben im Zeitraum von 1998 bis 2008. Danach sind die Ausgaben um 45 % gestiegen. Mehr als 43 Milliarden Euro, das sind 16,4 % aller Gesundheitsausgaben, flossen im Jahre 2008 in den Arzneimittelmarkt, darunter an Pharmaindustrie, Großhandel und Apotheken.

Etwa 50.000 Medikamente sind in Deutschland zugelassen, von denen nach Einschätzung von Fachleuten ein großer Teil völlig überflüssig ist. Rund 1.500 Arzneimittel würden für die gesamte Versorgung ausreichen (Süddeutsche Zeitung 05.02.2010). Laut Arzneiverordnungsreport 2009 haben im Jahre 2008 rund 135.000 Vertragsärzte 734 Millionen Verordnungen ausgestellt (WIdO-Newsletter 6, Dezember 2009). Nach Schätzungen ließen sich mehr als 6 Milliarden Euro einsparen allein durch preisgünstigere Alternativen. Seit vielen Jahren wird eine "Positivliste" gefordert, z. B. von renommierten Wissenschaftlern und Medizinern unabhängiger Einrichtungen, darunter Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), und Peter Sawicki, bis August 2010 Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Doch die bisherigen gesundheitspolitischen Vorstö-Be in diese Richtung wurden immer wieder "erfolgreich" von der Pharmaindustrie verhindert.

Vermutlich ließen sich weitere Milliarden Euro einsparen, wenn zumindest ein Teil der überflüssigen Arzneimittelverordnungen unterbliebe. Zudem sind starke regionale Unterschiede festzustellen, die medizinisch nicht zu erklären sind. Ein Beispiel für überflüssige Verordnungen sind Antibiotika. Sie werden häufig in ambulanten Praxen verschrieben und im klinischen Bereich etwa zur Prophylaxe von Infektionen verabreicht. Selbst bei leichten Erkältungen oder Husten verschreiben Ärzte Antibiotika. Gänzlich unverständlich ist das Verordnungsverhalten von Praxisärzten bei der Antibiotika-Therapie von Kindern und Jugendlichen im Falle von Erkältungskrankheiten. So werden "im ambulanten Bereich bis zu 60 %, manchmal sogar bis zu 80 % der Patienten primär antibiotisch behandelt, obwohl es sich in 90 bis 95 % der Fälle um Viruserkrankungen



handelt." Mehr als 80 % aller Bronchialerkrankungen und Rachenentzündungen sind durch Viren verursacht, bei denen die Behandlung mit Antibiotika völlig unwirksam ist, und dennoch werden in 80 % der Fälle Antibiotika verordnet (Sachverständigenrat 2009, S. 301 f). Ein unerwünschter Effekt dieser übermäßigen Verordnung von Antibiotika im ambulanten wie im stationären Bereich ist die Beschleunigung von Antibiotika-Resistenzen.

In den letzten Jahren sind eine Reihe von Publikationen zur globalen Pharmaindustrie erschienen, die inzwischen von einigen wenigen Großkonzernen beherrscht wird, darunter das auch in Deutschland bekannte Buch von Marcia Angell aus den USA mit dem Titel "Der Pharmabluff. Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist", erschienen im Jahre 2005. (Marcia Angell ist Ärztin, ehemalige Chefredakteurin der weltweit renommierten Fachzeitschrift "New England Journal of Medicine", Dozentin für Sozialmedizin an der Harvard Medical School in Boston). Ihre Erkenntnisse zu den Strategien und Marketing-Methoden der großen US-amerikanischen Pharmakonzerne unterscheiden sich nicht wesentlich von Europa und sind durchaus vergleichbar, wie deutsche Publikationen und Medienberichte erkennen lassen.

Zentrale Kritikpunkte an der Pharmaindustrie

Erstens ist es die Diskrepanz zwischen ihrem mit großem PR-Aufwand gepflegten Image als höchst innovative Branche und der Realität. So entpuppen sich zahlreiche neue Wirkstoffe als Scheininnovationen oder "Me-too-Präparate" (Nachahmerpräparate), die nicht nur viel teurer sind, sondern sich zuweilengaralstödlicherweisen und Marktrücknahmen erzwingen. Die "Insulin-Analoga" z. B. haben nachweislich keinen Zusatznutzen, sind aber um über 30 % teurer. Beispiel "Aspirin" von Bayer Healthcare. Seit den 1990er Jahren gibt es das Mittel "Aspirin protect", das in Studien nicht besser abschneidet als normales Aspirin, aber bis zu 20 Mal teurer ist. In der Krebstherapie (Onkologie) sind die neu zugelassenen Präparate besonders teuer, sie liegen zumeist bei 5.000 bis 10.000 Euro pro Monat. Die Preise können gegenüber bewährten Präparaten 20 bis 30 Mal höher sein, obwohl sie keinen Zusatznutzen haben. Arnold Ganser, Direktor der Spezialklinik für Blutkrebserkrankungen an der Medizinischen Hochschule Hannover nannte dazu am 13.03.2010 in einem Interview in der Wirtschaftswoche ein Beispiel: "Oder Arsentoxid, das bei bestimmten Leukämiearten sehr hilfreich ist. Es kostet Pfennigbeiträge in der Herstellung, aber 25.000 Euro im Behandlungszyklus." Anzumerken ist, dass die

Grundlagenforschung an Universitäten betrieben wird, und die zahlen die Steuerzahler. Die Pharmaindustrie pickt sich davon potenziell profitable Ergebnisse heraus.

Zweitens sind es die sehr hohen Arzneimittelkosten in Deutschland, die auf einer geradezu aberwitzigen Preisgestaltung der Pharmakonzerne beruhen. Die Preise für patentgeschützte Präparate können nach ihrer Zulassung von der Pharmaindustrie frei festgesetzt werden, geradezu ein Paradies für die Profitinteressen der Pharmakonzerne. Dieses Preismonopol wird in der Fachwelt wie in der Öffentlichkeit seit Jahren kritisiert. Manche bezeichnen die Medikamentenpreise als "Wucherpreise", "Preisdiktat" oder "Mondpreise". Krankenkassen und Patienten müssen diese Preise zahlen. Das von der schwarzgelben Bundesregierung im November 2010 beschlossene "Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG)", das Mitte Dezember 2010 auch vom Bundesrat verabschiedet wurde, hat die ursprüngliche Zielsetzung einer Senkung der Arzneimittelpreise durch die erfolgreiche Lobbyarbeit in einen Sieg der Pharmaindustrie verkehrt. Der Nutzen eines neuen Medikamentes wird ab Januar 2011 nicht mehr vom 2004 gegründeten unabhängigen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) auf Basis von evidenzbasierten Kriterien bewertet, sondern vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als zuständige Zulassungsbehörde, und zwar auf Basis von Zulassungsstudien der Hersteller. Die Süddeutsche Zeitung schrieb bereits am 22.10.2010: "Patienten droht ein Desaster ... Die Gesundheit von Millionen Menschen wird für Wirtschaftsinteressen geopfert." Auf die möglichen Gefahren für Patienten verweisen auch eine Reihe von Fachleuten, darunter der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Rainer Hess, sowie Gerd Glaeske, Arzneimittelexperte und Professor am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) an der Universität Bremen. Sein Resümee: "Die evidenzbasierte Medizin schützt die Patienten, das AMNOG tut dies nicht! Das Gesetz ist ein Rückfall in längst überwunden geglaubte Zeiten von Beliebigkeit und politisch geregelten Lobbyeinflüssen pharmazeutischer Hersteller. Es ist ein Gesetz, das die Anwendung der Grundlagen der evidenzbasierten Medizin in der GKV gefährdet und sie möglicherweise dem Forschungsstandort Deutschland, den Arbeitsplätzen und dem erfolgreichen Lobbyismus der Pharmaindustrie opfert. Besser könnte eine Klientelpolitik nicht unter Beweis gestellt werden. Profit von Unternehmen rangiert vor Patienteninteresse und

das IQWiG und der G-BA werden in ihrer Aufgabe als wichtige Agenturen für eine patientenorientierte Versorgung geschwächt ..." (Quelle: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT, Rosa Beilage 4/2010)

Drittens werden die aufwändigen, teils aggressiven, teils illegalen Marketing-Praktiken kritisiert, die ein Mehrfaches der Ausgaben für Forschung und Entwicklung ausmachen, rund ein Drittel vom Umsatz oder noch mehr. Die Palette der Marketing-Instrumente ist umfangreich. Mehr als 16.000 Pharmareferenten in Deutschland suchen regelmäßig Mediziner in Arztpraxen und Krankenhäusern auf, allein 25 Millionen Praxisbesuche pro Jahr. Sehr verbreitet sind auch die als Fortbildung oder Aufklärung getarnten Marketing-Aktivitäten wie das Sponsoring von Kongressen oder Symposien, zu denen Mediziner kostenlos in Luxushotels eingeladen und beköstigt werden; die Gewinnung und Honorierung von hochrangigen Multiplikatoren in Medizin, Wissenschaft und Verbänden für ihre Produkte; die Bezahlung von Medizinern, die ihren Namen hergeben für Publikationen, die von Mitarbeitern der Pharmaindustrie geschrieben sind, "Mietmäuler" genannt; als Forschung getarntes Marketing wie die so genannten Anwendungsbeobachtungen in Arztpraxen; das "Anfüttern" von Ärzten mit kostenlosen Präparaten oder Geräten; die Unterwanderung und Instrumentalisierung von Selbsthilfegruppen; direktes Sponsoring von Fachzeitschriften; Beeinflussung der Medien; irreführende Ärzte- und Patienteninformationen etc. Hinzu kommen aufwändige PR-Kampagnen zur Vermarktung der Präparate. Ein von der Pharmabranche selbst erstellter Ethikcode wird permanent unterlaufen.

Viertens wird auf das massive Lobbying der Pharmaindustrie verwiesen, sei es in der Gesundheitspolitik, teilweise direkt im Kanzleramt, bei Abgeordneten und in Ministerien, oder in Einrichtungen des Gesundheitswesens wie z. B. Zulassungsbehörden, Arzneimittelkommissionen, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Medizinische Fachgesellschaften, Ärzteverbände etc. Fast alle Spitzenmediziner arbeiten mit der Pharmaindustrie zusammen. Die wenigen gesundheitspolitischen Versuche, die enorme Macht der Pharmaindustrie zu begrenzen, sind bisher weitgehend gescheitert. Seit Jahren forderte die Pharmaindustrie die Ablösung von Peter Sawicki, Leiter des auch international angesehenen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und sehr guter Kenner der Branche. Dem Wunsch der Pharmalobby kam die schwarz-gelbe Koalition bald nach ihrem Amtsantritt nach: Sawicki musste im August 2010 gehen. Diese Entscheidung wurde in zahlreichen Medien kritisch kommentiert, ein Beispiel: "Ein Sieg der Klientelpolitik und der Pharmaindustrie" (Der Spiegel 21.01.2010).

Fünftens werden kritisiert die Manipulation oder Fälschung von Studien, selektive Veröffentlichung von positiven Studienergebnissen sowie Publikationen mit finanziellen Interessenkonflikten (Publikationsbias), die Unterschlagung von negativen Studienergebnissen, das Verschweigen von Risiken und "Nebenwirkungen" im Anwendungsprozess etc. Seit Jahren wird gefordert, klinische Studien unabhängig von der Pharmaindustrie durchzuführen, z. B. im staatlichen Auftrag. Dies hätte den weiteren positiven Effekt, dass es weniger, dafür aber wirksame Medikamente gäbe.

Sechstens wird auf die Mega-Profite der Pharmaindustrie verwiesen, die weltweit zwischen 15 und 20 % oder noch mehr ausmachen. Ein Beispiel: Der deutsche Bayer-Konzern erwirtschaftete im Jahre 2009 eine Umsatzrendite von 27 % (Süddeutsche Zeitung 12.03.2010). Die Pharmaindustrie gilt als profitabelste Industrie der Welt. Mindestens eine Milliarde Euro jährlich wird allein für Marketingstrategien, die auf Ärzte zielen, ausgegeben. Nicht zu vergessen: Sie müssen von Krankenkassen und Patienten bezahlt werden. Besonders beliebt in der Pharmaindustrie sind so genannte Block-Buster, das sind einzelne Präparate, mit denen die Pharmakonzerne jeweils mehr als eine Milliarde US-Dollar verdienen. Trotz der weltweiten Wirtschaftskrise verzeichnen Pharmakonzerne Rekordgewinne.

Siebtens wird der Off-Label-Gebrauch von Arzneimitteln kritisch betrachtet, z. B. im Kindes- und Jugendalter. Mehr als ein Drittel der Arzneimittel, die Kindern und Jugendlichen verschrieben werden, sind nicht für diese Altersgruppen zugelassen. Bei Zulassungsstudien werden kleine Kinder und Säuglinge in der Regel ausgeschlossen. Rund 80 % der Kinder und Jugendlichen wird mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet – sehr viel im Vergleich zu anderen Altersgruppen (außer bei den Älteren ab 60 Jahre). Die Ausweitung des Off-Label-Gebrauchs von Medikamenten für nicht zugelassene Indikationen ist mit einer hohen Dunkelziffer verbunden, Strafverfahren sind eher selten. Dazu ein Beispiel: Im Jahre 2004 wurde der weltweit größte US-amerikanische Pharmakonzern Pfizer wegen illegaler Praktiken bei der Vermarktung des EpilepsieMedikaments "Gabapentin" für nicht zugelassene Indikationen wie Schmerz, Migräne und psychiatrische Diagnosen zu einer Geldstrafe von 430 Millionen US-Dollar verurteilt (David Klemperer, Forum Gesundheitspolitik 14.02.2009).

Achtens berichten Medien seit langem über eine Reihe von "Medizinskandalen", die neben den oft lebenslangen oder gar tödlichen Schäden für Patienten mit der Externalisierung von Folgekosten verbunden sind – dazu nur einige Stichwörter: Contergan-Skandal (Schlafmittel, Grünenthal) Heparin-Skandal (Blutverdünner, Baxter Healthcare), Duogynon-Skandal (Hormonpräparat, Schering, heute Bayer-Schering; vgl. Deutsches Ärzteblatt 10.12.2010), Vioxx-Skandal (Schmerzmittel, Merck), Lipobay-Skandal (Statin zur Senkung des Cholesterin-Spiegels, Bayer). Hinzu kommen Berichte über Verseuchungen und andere schwere Mängel in der Produktion von Arzneimitteln (z.B. Glaxo-Smith-Kline) oder schwerwiegende "Nebenwirkungen" von Pharmazeutika, z.B. beim Diabetesmittel Avandia (Glaxo-Smith-Kline). Das Präparat wurde im Jahre 2000 zugelassen. Nach jahrelangen Hinweisen auf schwere Herzrisiken wie Herzinfarkte wurde dessen Vertrieb vom Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) am 1. November 2010 verboten. Anzumerken ist, dass allein in Deutschland mindestens 17.000 Patienten jährlich an unerwünschten Arzneimittelwirkungen versterben.

Neuntens wird seit einigen Jahren die Erfindung von neuen Krankheiten (im Englischen "Disease Mongering") problematisiert, für die entsprechende Medikamente entwickelt und vermarktet werden (Abschnitt 2.3.6).

Schließlich werden Bestechung, Korruption und Betrug im gesamten Gesundheitswesen kritisiert, nicht nur in der Pharmaindustrie – ein riesiges Dunkelfeld, das nach Schätzungen ein Volumen von zweistelligen Milliardenbeträgen ausmacht. Am 29.09.2009 schrieb sogar die Wirtschaftswoche: "Nie zuvor wurde im deutschen Gesundheitswesen so viel bestochen, gelogen und getäuscht." In den Statistiken des Bundeskriminalamtes gehört der Medizinbetrieb neben der Bauindustrie zu den korruptesten Branchen. Allein 1,5 Milliarden Euro Schaden entstehen den gesetzlichen Krankenkassen durch fal-Krankenhausabrechnungen (Welt online 06.04. 2010). Alle beteiligten Akteursgruppen machen mit: Pharmaindustrie, Ärzte, Kliniken, Labore, Apotheker u. a. Gesundheitseinrichtungen. Dies verweist auf unzureichende Kontrollen sowohl der zuständigen Behörden im Bund und in den Ländern als auch bei den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. In den USA steht das Gesundheitswesen inzwischen auf Platz 1 der Wirtschaftskriminalität. So zahlte der US-amerikanische Pharmagigant Pfizer 2009 bei einem gerichtlichen Vergleich 2,3 Milliarden US-Dollar wegen illegaler Marketingpraktiken (Deutsches Ärzteblatt 12.11. 2009). Der US-amerikanische Pharmakonzern Eli Lilly wurde 2009 zu einer Geldstrafe von über 1,4 Milliarden US-Dollar verurteilt, ebenfalls wegen illegaler Praktiken bei der Vermarktung des Psychopharmakons "Olanzapin" (Handelsname: Zyprexa) (David Klemperer, Forum Gesundheitspolitik 20.06.2009).

Für die Ausweitung von Diagnostik und Therapie sowie für die enormen Kostensteigerungen im Arzneimittelmarkt tragen freilich nicht nur die Pharmaindustrie und die Gesundheitspolitik Verantwortung, sondern eine weitere zentrale Akteursgruppe im Gesundheitswesen: die Ärzte mit ihrem Verordnungsmonopol. Die entscheidende Frage ist, wie Ärzte es nutzen. So zeigt die "Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte" im Verein "MEZIS" (Mein Essen zahle ich selbst), dass Ärzte ihr Verordnungsverhalten positiv verändern, wenn sie keine Pharmavertreter mehr in ihre Praxen lassen und sich über pharmazeutische Produkte in unabhängigen Fachzeitschriften informieren. Ergebnis: Die Ärztinnen und Ärzte kommen mit ihren Arzneimittelbudgets aus und haben mehr Zeit für ihre Patienten (www.mezis.de). Klaus Lieb, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Mainz und Mitglied von MEZIS, verfügte in der Klinik, dass die Stationsärzte keine Pharmareferenten mehr empfangen, keine Geschenke und keine Arzneimittelmuster mehr annehmen und keine Reisekosten mehr von der Pharmaindustrie erstattet werden dürfen, wenn Ärzte an Kongressen teilnehmen. Fortbildungsveranstaltungen sollen in der Klinik unabhängig vom Sponsoring der Pharmakonzerne stattfinden (Stern 20.12.2008). Inzwischen haben auch einige andere Klinikdirektoren den Besuch von Pharmareferenten untersagt, aber dies dürfte bisher eher eine Minderheit sein.

2.3.6 Erfindung von Krankheiten

Seit einigen Jahren wird die "Erfindung von Krankheiten" (im Englischen: Disease Mongering) auch in Deutschland thematisiert, wenn auch nur im kleinen Kreis. Ziel dieser Erfindung ist die allmähliche Umwandlung aller Gesunden in Kranke, die behandelt werden können. Krankheit ist zu einem äußerst lukrativen Geschäft geworden. Gesundheit rentiert

sich nicht, es sei denn, sie lässt sich im "Zweiten Gesundheitsmarkt" in marktfähige Produkte und kaufkräftige Nachfrage umsetzen, z. B. Wellness-Angebote, Schönheits-Operationen, Nahrungsmittelindustrie etc. Das einseitige biologische Krankheitsverständnis geht eine "unheilige Allianz" mit dem medizinisch-industriellen Komplex ein, der immer weitere Lebensbereiche kolonialisiert und neue Krankheiten erfindet, die diagnostiziert und therapiert werden können. Hier einige Beispiele zur Erfindung neuer Krankheiten oder zur Ausweitung von behandlungsbedürftigen Beschwerden, wie schon früh bei der verbreiteten Cholesterin-Hysterie durch die mehrfache Absenkung von Grenzwerten geschehen (vgl. Zimmermann 2008, S. 339 ff).

Beispiel Diabetes (Zuckerkrankheit). Medizinische Fachverbände und Interessengruppen versuchen seit einigen Jahren, immer mehr Menschen zu Zuckerkranken zu erklären. Ein probates Mittel dazu ist die Ausweitung der Früherkennung etwa im Rahmen von Tests oder Kontrolluntersuchungen. Ein anderes, zunehmend verbreitetes Mittel ist die Einführung von Erkrankungsvorstufen oder "Prä-Erkrankungen", in diesem Fall von "Prädiabetes". Indem beispielsweise Grenzwerte verändert werden, entstehen neue "Risikogruppen". Es folgt ein "Nationaler Aktionsplan Diabetes", forciert unter anderem von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG). Der Allgemeinmediziner Günther Egidi, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), kritisiert dies so: "Es ist immer das gleiche Muster ... Man verschärft die Grenzwerte und erhöht so die Zahl derer, die angeblich therapiebedürftig sind." (Süddeutsche Zeitung 14.05. 2008) So werden gesunde Menschen zu Kranken gemacht. Überzeugende Nutzenbelege für die Untersuchungen und Therapien von "Prädiabetes" gibt es nicht, im Gegenteil, sie können schädlich oder gar tödlich sein. Wenn nicht den Patienten, wem nützt es dann? Profiteure sind vor allem Ärzte wie Diabetologen, die Pharmaindustrie, Apotheker, die Medizintechnik mit Geräten und Tests zur Blutzuckermessung etc.

Beispiel *Hyperhidrose* (übermäßiges Schwitzen). "Schwitzen ist ein physiologischer und lebenswichtiger Prozess", heißt es im Deutschen Ärzteblatt vom 3. August 2009. Weiter ist zu lesen: "Ein vermehrtes Schwitzen, die Hyperhidrose, kann jedoch auch ein relevantes Problem darstellen" und einen "individuell erheblichen Krankheitswert" ergeben, der zu einem "erheblichen Leidensdruck" führen könne. Entsprechende Therapien sind bereits erfun-

den: konservative, wie z. B. Arzneimittel oder Injektionen wie das Nervengift Botox, operative, wie z. B. die Entfernung von Haut oder die Entfernung von Schweißdrüsen als aggressivste Methode. Solche Therapien sind aber je nach Methode mit erheblichen "Nebenwirkungen" verbunden, etwa operationsbedingte Komplikationen wie Verletzungen, Blutungen oder Nervenschäden. Eine Nutzen-Schaden-Bilanz liegt nicht vor, die medizinische Evidenz ist bisher unzureichend. 3 % der Bevölkerung sollen an Hyperhidrose leiden, das wären rund 2,5 Millionen Bundesbürger. Die Dermatologen wird es freuen, haben sie doch damit ein neues Wirkungsund Geschäftsfeld erschlossen. Aber vielleicht täte es ein Antitranspirant auch – ohne Nebenwirkungen und kostspielige Therapien.

Beispiel Adipositas (Fettleibigkeit). Nach OECD-Daten werden die Menschen in Industrie- und Schwellenländern immer dicker. Längst hat die Pharmaindustrie die Adipositas als weltweites Problem erkannt und in ihr Programm aufgenommen. Die Produktpalette zur medikamentösen Behandlung von Adipositas ist reichhaltig, z. B. Schlankheits-Pillen. Dazu ein Beispiel. Im September 2006 wurde in Deutschland das neue Medikament "Acomplia" eingeführt, hergestellt vom französischen Pharmakonzern Sanofi-Aventis. Der Spiegel pries das Mittel in seiner Ausgabe vom 3. Juli 2006 als "Wunderpille" oder als eine Art "Eier legende Wollmilchsau" an: "Es lässt Pfunde purzeln, beugt bei vielen Fettleibigen dem Diabetes und dem Herzinfarkt vor, hilft aber wohl auch gegen Nikotin- und vielleicht sogar gegen Alkoholsucht." Aufgrund seines Potenzials als künftiges Lifestyle-Medikament wurden Milliardenumsätze erwartet, ein neuer Block-Buster. Das arzneimittel-telegramm verwies bereits kurz nach der Zulassung des Präparats auf das ungeklärte Nutzen-Schaden-Verhältnis sowie auf das erhöhte Risiko von Depressionen und riet von der Verordnung des Mittels ab. Im Oktober 2008 nahm Sanofi-Aventis das Mittel vom Markt. Warum? In Folgestudien hatte sich herausgestellt, dass die unerwünschten Wirkungen wie neurologische Störungen und Depressionen stärker waren und die erwünschten Wirkungen wie die Gewichtsabnahme geringer als angenommen ausfielen. "Acomplia ist ein weiteres Beispiel für die unzureichende bzw. unangemessen optimistische Bewertung von Sicherheitsaspekten im Zulassungsverfahren von Arzneimitteln." (Forum Gesundheitspolitik 25.10.2008) Ebenso wichtig ist die grundsätzliche Frage, ob überhaupt und inwieweit Adipositas pharmakologisch zu behandeln ist.

Inzwischen gibt es eine wachsende Anzahl von "präventiven" oder "behandlungsbedürftigen Krankheiten", hierzu nur einige Stichwörter: das Restless-Legs-Syndrom (unruhige Beine), das Reizdarm-Syndrom, Reflux (Sodbrennen), Nikotinersatz- oder Raucherentwöhnungs-Therapien, Schlafapnoe-Syndrom (Schlafstörung, Überdiagnostik), Prä-Osteoporose, Haarausfall, Aging Male Syndrome (Menopause des Mannes), Hypochondrie, neue psychische Störungen (z. B. Hypersexualität, Persönlichkeitsstörungen, Traurigkeit, depressive Verstimmungen, Schüchternheit, saisonale affektive Störung, verschiedene Ängste), Präparate zur Krebsprophylaxe und anderer Krankheiten, z. B. der Wirkstoff Acetylsalicylsäure (ASS, Handelsname Aspirin, Bayer Konzern) etc.

Beispiel Psychopharmaka – Psychiatrie. "Kein anderes Fach in der Medizin ist den Verlockungen der Industrie so ausgesetzt wie die Psychiatrie." Die Diagnosen sind in der Regel dem Urteil des Arztes überlassen. "Und da sich Antidepressiva in ihrer Wirkung nur marginal unterscheiden, bestimmen die Vorlieben des Arztes und die Wünsche des Patienten auch die Wahl des Medikaments." Eine "beliebte Strategie der Werbeprofis" in der Pharmaindustrie ist, "durch vermeintlich neu entdeckte Formen der Depression den Bedarf für neue, teure Medikamente zu wecken." Inzwischen ist jedoch erwiesen, dass Antidepressiva bei leichten und mittelschweren Depressionen nicht besser wirken als ein Placebo (das ist ein harmloses Scheinmedikament; Stern 20.12.2008). Und trotzdem wächst das Verordnungsvolumen für diese Beschwerdegruppen weiter. Psychopharmaka haben erhebliche "Nebenwirkungen" und bergen Risiken für die jeweils Betroffenen, ihre sozialen Beziehungen ebenso wie für die Gesellschaft. "Die Fokussierung auf die Medikation entzieht anderen Ansätzen ... Ressourcen", darunter Geld, Aufmerksamkeit, Zuwendung und Zeit, Mittel für Forschung und Lernen etc. (Stephan Rinckens; vgl. Stefan Weinmann; in: Soziale Psychiatrie 3/2009)

Die Erfindung von neuen psychischen Störungen lässt sich am Beispiel des *Sissy-Syndroms* veranschaulichen, das Ende der 1990er Jahren mit einer großen PR-Kampagne vom damaligen Pharmaunternehmen "Smith-Kline-Beecham" vermarktet wurde, inzwischen im multinationalen Konzern "Glaxo-Smith-Kline" aufgegangen. So wurde behauptet, das Sissy-Syndrom sei eine spezifische Variante der Depression, von der insbesondere junge und unternehmungslustige Frauen betroffen seien. Sie müss-

ten dringend mit dem neuen Antidepressivum des Konzerns "behandelt" werden (Stern 20.12.2008).

Beispiel einer breiten Vermarktung von Psychopharmaka für leichte psychische oder psychosomatische Störungen ist der Fall des US-amerikanischen Pharmakonzerns Eli Lilly. Er stellt u. a. das Medikament "Olanzapin" her (Handelsname "Zyprexa"), das zur Behandlung der Schizophrenie und der bipolaren Störung verordnet wird. Unerwünschte Wirkungen des Mittels sind die starke Gewichtszunahme, die Auslösung von Diabetes oder die Erhöhung des Schlaganfallrisikos bei älteren Patienten. Im Januar 2009 akzeptierte der Pharmamulti eine Strafzahlung von 1,42 Milliarden US-Dollar wegen unzulässiger Marketingpraktiken. Durch dieses Strafverfahren wurden die zahlreichen unlauteren und illegalen Marketing-Praktiken des Konzerns in der Öffentlichkeit bekannt. Mit Hilfe erfundener Patienten-Geschichten und über Pharmareferenten vermittelt sollten Ärzte das Präparat auch bei leichten, eher unspezifischen Beschwerden verordnen, z. B. bei Angst, Reizbarkeit, Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen, was ja auf viele Menschen zutrifft (David Klemperer, Forum Gesundheitspolitik 20.06.2009). Dem Gewinn des US-Pharmariesens hat die Milliardenstrafe offenkundig nicht geschadet, im Gegenteil. Am 20.04.2009 berichtete die Financial Times Deutschland FTD: "Eli Lilly steigert Gewinn".

2.3.7 Unzureichende wissenschaftliche Evidenz: Vorsorge und Früherkennung

Nach Schätzungen aus der internationalen Versorgungsforschung fehlt für mindestens 50 % aller medizinischen Dienstleistungen eine wissenschaftliche Evidenz. Das bedeutet, für mehr als die Hälfte aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen liegen keine Nachweise über deren Nutzen vor – auch Qualitätskontrollen fehlen. Mit anderen Worten, die meisten medizinischen Leistungen sind nicht "Evidenz-basiert", sondern "Eminenzbasiert". Hierzu einige ausgewählte Beispiele aus den Bereichen Vorsorge (Primärprävention) und Früherkennung von Krankheiten (Sekundärprävention).

Beispiel Check-up-Untersuchungen. Der Nutzen für diese im 2-jährigen Rhythmus empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Primärprävention ist bisher nirgendwo auf der Welt wissenschaftlich belegt.

Beispiel Schwangerenvorsorge. Dazu gehören aus medizinischer Sicht Früherkennungsuntersuchungen, präventive Beratung und Impfungen. Die meisten davon sind festgelegt in den "Mutterschaftsrichtlinien". Unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage kommt der Sachverständigenrat in seinem Gutachten von 2009 zu folgenden Ergebnissen.

- Ultraschalluntersuchungen. Die Richtlinien sehen drei Untersuchungen vor. Eine solche routinemäßige Untersuchung gibt es jedoch in keinem anderen Land, wohl auch wegen des fehlenden Nachweises des Nutzens. "Alle Studien zeigen, dass die Ultraschalluntersuchungen bei normalen Schwangerschaften in der Routineversorgung zu mehr Folgediagnostik, aber keinem besseren Outcome in Bezug auf Morbidität und Mortalität bei Kind und Mutter führen." (Sachverständigenrat 2009, S. 271)
- Laboruntersuchungen. Hierbei handelt es sich "um ein ausführliches, in den Untersuchungsabständen straffes Untersuchungsprogramm, das in dieser Weise beispiellos ist." Bei einem Teil des Programms sei der Nutzen durch wissenschaftliche Studien abgesichert, bei anderen Teilen jedoch nicht (ebd., S. 271).

Fazit des Sachverständigenrates: "Wenn auch das deutsche Programm der Mutterschaftsrichtlinien ungewöhnlich breit in den Untersuchungen und der Durchführungshäufigkeit ist, so ergibt sich im Vergleich zu anderen Ländern mit einem ähnlichen Entwicklungsstand (Westeuropa) in Bezug auf die zentralen Outcome-Größen, der Säuglings- und Müttersterblichkeit, für Deutschland keine hervorgehobene positive Position, was Verbesserungsbedarf in Programm und/oder Umsetzung bedeuten könnte." (ebd., S. 272) Dies belegt beispielsweise die Säuglingssterbeziffer in ausgewählten europäischen Ländern (Abb. 35).

Danach steht Deutschland im Vergleich zu westeuropäischen Ländern mit 3,9 gestorbenen Säuglingen von 1.000 Neugeborenen auf einem der hinteren Plätze. Auffallend ist die hohe Säuglingssterblichkeit in Großbritannien, die noch über dem EU-Durchschnitt liegt. Zwar ist die Säuglingssterblichkeit in allen EU-Ländern zwischen 1997 und 2007 gesunken, allerdings nicht überall kontinuierlich, sondern mit Schwankungen zwischen den Jahrgängen. Eine Erklärung dafür gibt es bisher nicht. Solche jährlichen Schwankungen sind auch in Bayern festzustellen: 3,9 (2000), 4,1 (2001), 3,3 (2006) und 3,8 (2007) (Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Gesund-



heit und Lebensmittelsicherheit, Gesundheitsberichterstattung Indikator K 3.53).

Beispiel Früherkennungsprogramm für Kinder und Jugendliche. Die Gesundheit von Jugendlichen und Kindern stellte einen Schwerpunkt im letzten Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung des Gesundheitswesens dar, darunter Früherkennungsuntersuchungen (Sachverständigenrat 2009). Zentrale Aussage der Sachverständigen ist der Hinweis auf die sozial determinierten Unterschiede in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die in den letzten 20 bis 30 Jahren größer werden. Entscheidend für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind ihre Lebensbedingungen, die von ihnen selbst und oft auch von ihren Eltern nicht beeinflusst werden können. Gesundheitsprobleme, darunter psychische oder psychosomatische Störungen, können nicht oder nur in Ausnahmefällen individualmedizinisch angegangen werden. Kurz: die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen benötigt nicht mehr medizinische, sondern sozioökonomische Ressourcen. Zusammenfassend ist festzuhalten: "Bis heute existiert keine systematische Evaluation der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen. Somit gibt es keine tragfähigen Informationen über die Zuverlässigkeit der Untersuchungen sowie über die Art und Wirksamkeit der eingeleiteten Behandlung ... Das bestehende System der Frühförderung in Deutschland wird sozial benachteiligten Kindern nicht gerecht, da psychosoziale Risiken nicht erfasst werden und das bestehende Hilfesystem zur Frühförderung mehr auf Therapie einer Behinderung ausgerichtet ist als auf eine Verbesserung der alltäglichen Lebensbedingungen." (Sachverständigenrat 2009, S. 248) Insofern sind die Früherkennungsuntersuchungen in ihrer momentanen Fassung auch "kein zielgerichtetes Instrument im Hinblick auf das Erkennen von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung" (ebd. S. 249).

Beispiel Früherkennung von Krebs. Die Früherkennung von Krebs ist mit einem generellen Problem verbunden, das die gängige Auffassung "je früher, desto besser" deutlich relativiert. Zwar können Vorstufen oder erste Verdachtssymptome mit medizinischen Untersuchungen erkannt werden, damit werden aber die möglichen Selbstheilungskräfte

des Körpers deaktiviert. Früherkennungsuntersuchungen entdecken erheblich mehr Tumore und führen zudem oft zu unsicheren oder falschen Diagnosen, die entweder eine weitere Abklärungsdiagnostik erfordern oder überflüssige Therapien nach sich ziehen – neben den Ängsten und Sorgen der Betroffenen. Durch Früherkennungsuntersuchungen werden Tumore entdeckt und behandelt, die ohne medizinische Eingriffe im Lebenslauf eines Menschen möglicherweise nie ausgebrochen wären. Ein weiteres Moment kommt hinzu: Während eine spezifische Krebserkrankung behandelt werden und das Leben verlängern kann, verstirbt derselbe Mensch im Lebenslauf an einer anderen Krebserkrankung, hat also im Ergebnis keinen Zugewinn an Lebenszeit. Für die Nutzenbewertung von Früherkennungsuntersuchungen liegen bisher nur wenige Studien vor, z. B. für das Mammografie-Screening. Das bedeutet, selbst für die meisten der im GKV-Leistungskatalog vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen gibt es weder Nutzenbelege noch Qualitätskontrollen, auch die Nutzen-Schaden-Bilanz ist zumeist nicht bekannt. Für Untersuchungen oder Tests außerhalb des GKV-Katalogs, etwa im Rahmen von "Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)", gibt es überhaupt keinen Nutzenbeleg, sie können sogar mehr schaden als nutzen (Sachverständigenrat 2009, S. 263).

Beispiel Mammografie-Screening. Brustkrebs ist die häufigste Krebsart bei Frauen, etwa 57.000 erkranken jedes Jahr und gut 17.000 Frauen sterben pro Jahr daran. Seit einigen Jahren werden alle deutschen Frauen zwischen 50 und 69 in einem 2-jährigen Rhythmus zum Mammografie-Screening eingeladen. Das Mammografie-Screening, das nach einheitlichen europäischen Leitlinien durchgeführt wird, ist allerdings nicht nur hierzulande sehr umstritten – für manche auch wegen der hohen Kosten von jährlich 300 Millionen Euro. Heute ist bekannt: Ohne Screening sterben 4 von 1.000 Frauen mit einer Brustkrebserkrankung, mit Screening sind es 3 von 1.000 Frauen. Das heißt, es müssen Millionen von Frauen mindestens 10 Jahre lang regelmäßig zum Screening gehen, damit eine von 1.000 Frauen weniger an Brustkrebs verstirbt. In den Medien heißt es dann, das Mammografie-Screening reduziere die Sterblichkeit von Brustkrebs um 25 %, was relativ gesehen zutrifft, 1 weniger von 4 Frauen, gemessen am absoluten Maßstab von 1.000 Frauen aber falsch ist und nur ein Promille ausmacht. So entstehen Märchen, die dann in bundesweiten Kampagnen verbreitet werden, oft mit prominenter Unterstützung.

Festzuhalten ist, dass auch das Mammografie-Screening mit Überdiagnosen und Übertherapien verbunden ist – neben den unnötigen Ängsten und Leiden der betroffenen Frauen. So ist bekannt, dass manche Tumore nicht wachsen, also ohne Mammografie niemals entdeckt würden. Eine dänische Studie, die die Mammografie-Programme in Großbritannien, Kanada, Australien, Schweden und Norwegen ausgewertet hat, kommt zu folgendem Ergebnis: Nach Einführung der Mammografie-Screenings steigen die Verdachtsfälle typischerweise deutlich an, die Folge sind Überdiagnosen. Nach einigen Jahren sollte sich dies allerdings wieder einpendeln auf ein Niveau vor Einführung der Screenings. Wie die Studienergebnisse jedoch zeigen, war dies nicht der Fall, im Gegenteil. "Das Ausmaß der Überdiagnose beziffern die Autoren mit 52 Prozent ... Mit anderen Worten: Jeder dritte bei der Mammografie entdeckte Brustkrebs ist im Grunde harmlos und müsste nicht entfernt werden." (Deutsches Ärzteblatt 10. Juli 2009)

Beispiel *Prostatakrebs-Früherkennung*. Prostatakrebs ist die häufigste Krebsart bei Männern. Die Medizinerin und Gesundheitswissenschaftlerin Ingrid Mühlhäuser (Universität Hamburg) erklärte dazu in einem Spiegel-Interview vom 21. April 2009: "Beim Prostatakrebs-Screening ist der Nutzen noch geringer als beim Brustkrebs-Screening. In einer vor kurzem veröffentlichten großen US-Studie starben zahlenmä-Big sogar mehr Männer in der Screening-Gruppe als in der Gruppe, die nicht zur Vorsorge eingeladen wurde. Eine zweite große europäische Studie kommt zu dem Ergebnis, dass 1410 Männer über mehrere Jahre hinweg regelmäßig zum Screening gehen müssen, damit am Ende einer von ihnen weniger an Prostatakrebs stirbt. Dagegen gab es eine Verdoppelung der Krebsdiagnosen mit allen Folgen der eingreifenden Behandlungen. Vor allem für Männer über 70 Jahren ist die Bilanz sehr schlecht."

Aktuelle Ergebnisse aus internationalen Studien zur Nutzen-Schaden-Bilanz von PSA-Tests, wie sie vielfach von Urologen empfohlen und in der Arztpraxis als "individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)" angeboten werden, bestätigen die Erkenntnisse von Ingrid Mühlhäuser. (PSA = Prostata-Spezifisches Antigen) Ergebnis: "Die Wahrscheinlichkeit, die Diagnose Prostatakrebs zu erhalten, ist für Männer in der Früherkennungsgruppe um knapp 50 % erhöht. Die Neuerkrankungsrate liegt somit bei Screening um 50 % höher, ohne dass Männer einen Nutzen davon haben. Somit handelt es sich um das Phänomen Überdiagnose, was zwangsläufig mit Übertherapie einhergeht." (David Klemperer, Forum Ge-

sundheitspolitik 01.10.2010) Kurz: Der PSA-Test zur Früherkennung eines Prostatakarzinoms erweist sich nicht nur als ineffektiv, sondern auch als schädlich. Viele Leiden, teure und hoch riskante Behandlungen wie Operationen, Bestrahlungen und Pharmakotherapien ließen sich vermeiden. Doch: "Der häufigste Krebs des Mannes ist ein lukrativer Markt geworden." (Die Zeit 23. April 2009)

Fazit Brustkrebs und Prostatakrebs: Eine große USamerikanische Studie zog 20 Jahre nach Einführung der Früherkennung von Brustkrebs (Mammakarzinom) und Prostatakrebs (Prostatakarzinom) eine ernüchternde Bilanz: Trotz des Einsatzes von 20 Milliarden US-Dollar pro Jahr ist der erhoffte Rückgang der Krebssterblichkeit ausgeblieben. Seit Einführung der Screenings ist die Anzahl der Krebsdiagnosen deutlich gestiegen mit der Folge von Überdiagnosen und Übertherapien. Gleichzeitig wurden schnell wachsende und aggressive Tumore nicht entdeckt. Beim Brustkrebs kommen die Autoren zu folgendem Ergebnis: Um einen Todesfall zu vermeiden, müssen 838 Frauen über sechs Jahre jährlich am Screening teilnehmen, "was tausende von Röntgenaufnahmen, hunderte von Biopsien und viele unnötige Krebsoperationen zur Folge hat, bei der Tumore ... entfernt werden, die ohne Operation niemals das Leben der betroffenen Frauen gefährdet hätten." Beim Prostatakarzinom ist das Verhältnis ebenso ungünstig. "Hier kommt noch hinzu, dass sich 30 Prozent der durch das PSA-Screening entdeckten Krebserkrankungen bereits in einem fortgeschrittenen Stadium befinden, in dem der Tumor nicht mehr heilbar ist, an dem die Patienten aufgrund ihres hohen Alters und wegen des langsamen Wachstums des Tumors jedoch dennoch häufig nicht sterben." Ohne Screening beträgt das Risiko eines US-Amerikaners an Prostatakrebs zu sterben 3 Prozent, mit jährlichem PSA-Screening lässt es sich auf 2,4 Prozent senken (Deutsches Ärzteblatt 22. Oktober 2009).

Beispiel *Darmspiegelung (Koloskopie)*. Der Nutzen einer Koloskopie ist bisher nicht in wissenschaftlichen Studien belegt. Nach Einschätzung der Medizinerin Ingrid Mühlhäuser (Universität Hamburg) fällt die Nutzen-Schaden-Bilanz eindeutig negativ aus. Menschen, die sich einer Darmspiegelung unterziehen, erleiden mit großer Wahrscheinlichkeit mehr Schaden als einen möglichen Nutzen. "Gelegentlich durchstößt der Arzt bei der Untersuchung unabsichtlich den Darm, es kann zu schweren Blutungen und im Extremfall auch zu Todesfällen kommen. Zudem sind die Vorbereitungen für manche

Menschen sehr belastend ..." Zwar können bei der Untersuchung Polypen entdeckt werden, aber man weiß nicht, welcher von ihnen bösartig oder völlig harmlos ist. Zudem können gar nicht alle Krebsvorstufen erkannt werden, so dass auch Menschen, die sich einer Darmspiegelung unterzogen haben, an Krebs erkranken können (Interview in: Der Spiegel 21. April 2009).

Beispiel Hautkrebs-Screening. Seit dem 1. Juli 2008 gehört das Ganzkörper-Screening zur Früherkennung von Hautkrebs zum Leistungskatalog der GKV, ab 35 Jahren im 2-Jahresabstand. In Deutschland erkranken jährlich ca. 118.000 Menschen an wei-Bem Hautkrebs. An schwarzem Hautkrebs erkranken jährlich ca. 22.000 Menschen (malignes Melanom, bösartig), etwa 3.000 pro Jahr sterben daran. Das Hautkrebs-Screening wird weltweit von Dermatologen und Krankenversicherungen empfohlen. Deutschland ist aber bisher das einzige Land der Welt, das ein solches Screening auf Bevölkerungsebene durchführt. Nach vorliegenden Ergebnissen zur Nutzen-Schaden-Bilanz von Hautkrebs-Screening ist die wissenschaftliche Evidenz gering oder ungesichert, wie Studien aus den USA zeigen. Wie bei anderen Screenings ist auch beim Hautkrebs-Screening eine hohe Anzahl falscher Befunde von bösartigen Melanomen festzustellen, die wiederum Folgeuntersuchungen, nicht notwendige Operationen und Behandlungen nach sich ziehen können (Forum Gesundheitspolitik 18.02.2009).

Wenn der Nutzen des Hautkrebs-Screenings wissenschaftlich nur ungenügend nachgewiesen ist, warum wurde es dennoch in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen? Hier dürften Interessengruppen wie Ärzteverbände und medizinische Fachgesellschaften wesentlich Einfluss ausgeübt haben. Wer die Entscheidung auf welcher Grundlage getroffen hat, ist der Öffentlichkeit nicht bekannt. Rainer Hess, unabhängiger Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in dem die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen festgelegt werden, wird es genauer wissen. Dem Spiegel sagte er im Frühjahr 2009, vor der Einführung des Hautkrebs-Screenings habe es massiven Druck aus der Öffentlichkeit gegeben. "Die Hautärzte hatten jahrelang auf das Problem hingewiesen, und die Medien waren bereit, die Angst vor dem Hautkrebs zu schüren. Vor diesem Hintergrund ist auch die Bereitschaft der Kassenärztlichen Vereinigung gewachsen, das Screening zu unterstützen, trotz schwacher Evidenz." (Der Spiegel 17/2009)

Fazit Früherkennungs-Untersuchungen: "Der Nutzen von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen ist meist gering. Dem steht ein nicht unerheblicher möglicher Schaden für das Individuum gegenüber." (arzneimittel-telegramm 3/2008) Hier unterziehen sich Gesunde einer medizinischen Untersuchung, die dazu führen kann, dass sie zu Kranken gemacht werden. Vieles im Bereich von Vorsorge und Früherkennung ist "Vorsorge-Propaganda" (Ingrid Mühlhäuser) – die freilich gute Geschäfte verspricht.

Hier zwei Beispiele zu den Impfungen, die zum Bereich der Primärprävention gehören: die 2007 eingeführte HPV-Impfung und die 2009 empfohlene "Schweinegrippe"-Impfung.

Beispiel HPV-Impfung zur Vorbeugung von Gebärmutterhalskrebs (HPV = Humane Papillom-Viren). Seit Ende 2006 können sich nach einer Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren gegen Gebärmutterhalskrebs impfen lassen – drei Injektionen innerhalb von sechs Monaten. Kosten pro Person rund 500 Euro, der teuerste Impfstoff aller Zeiten. Nach Einschätzung des Gesundheitswissenschaftlers Rolf Rosenbrock, bis 2009 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens, kostet die Durchimpfung eines einzigen Jahrgangs rund 300 Millionen Euro. Die Verbesserung und Qualitätssicherung der normalen Krebsvorsorge etwa mit dem PAP-Test wäre erheblich günstiger. Weiter sagt Rosenbrock in einem Interview: "Wir müssen uns vor Augen führen, dass 300 Millionen jährlich zufällig auch der Betrag ist, den alle gesetzlichen Krankenversicherungen im Bereich der nicht-medizinischen Prävention für 70 Millionen Versicherte ausgeben, um insbesondere sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern. Die Impfung, so wie sie jetzt vertrieben wird, trägt nichts dazu bei, sondern stiftet nur Profite für die beiden beteiligten Pharmakonzerne." (Der Freitag 04.12.2008)

Die von Anfang an umstrittene HPV-Impfung erscheint geradezu als Musterbeispiel für den Einfluss mächtiger Interessen- und Lobbygruppen im Gesundheitswesen, die enormen Druck auf Entscheidungsgremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausüben. Mit einem riesigen PR-Rummel wurde die HPV-Impfung durchgesetzt, obwohl keine fundierten Erkenntnisse über die Wirksamkeit vorlagen. Bei der PR-Kampagne wurde gezielt das Mittel Angst eingesetzt und die Öffentlichkeit mit falschen Sicherheitsversprechen

und Halbwahrheiten getäuscht. Die HPV-Impfung wurde in einem Schnellverfahren von der 16-köpfigen Ständigen Impfkommission (Stiko), angesiedelt beim Robert-Koch-Institut im Bundesgesundheitsministerium, im März 2007 empfohlen, und zwar vor Publikation der entscheidenden Studien. Die Hersteller hatten behauptet, das Krebsrisiko lasse sich mit der HPV-Impfung zwischen 70 und 98 % senken. In einem Spiegel-Interview im November 2008 verteidigte der Leiter der Impfkommission Friedrich Hoffmann die Empfehlung mit der Begründung, "die Todesrate in der Bevölkerung zu senken." Er wolle nicht "Tausende Tote" auf dem Gewissen haben (Der Spiegel 27.11. 2008). Und dies, obwohl keine genauen Daten über den Nutzen der HPV-Impfung vorlagen.

Hier zunächst einige Zahlen zu Krebserkrankungen von Frauen, um die Größenordnungen zu verstehen: Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) ist eine sehr seltene Erkrankung. "Von 100.000 Frauen, die in Deutschland leben, erkranken 500 Frauen an irgendeiner Krebserkrankung, davon 15 Frauen an Zervixkarzinom, 85 an Darmkrebs und 135 an Brustkrebs. Bezogen auf die Gesamtheit der etwa 42.000.000 Frauen in Deutschland erkranken pro Jahr etwa 200.000 Frauen an irgendeiner Krebserkrankung, davon ungefähr 6.200 an Zervixkarzinom, 36.000 an Darmkrebs und 57.000 an Brustkrebs. Von 100.000 Frauen, die in Deutschland leben, sterben pro Jahr ungefähr 230 Frauen an irgendeiner Krebserkrankung, davon 3 an Zervixkarzinom, 30 an Darmkrebs und 40 an Brustkrebs. An einer Krankheit des Kreislaufsystems sterben 480 Frauen. Bezogen auf die Gesamtheit der etwa 42.000.000 Frauen in Deutschland sterben also pro Jahr ungefähr 100.000 Frauen an irgendeiner Krebserkrankung, davon 1.500 an Zervixkarzinom, 13.500 an Darmkrebs und 17.000 an Brustkrebs. An einer Krankheit des Kreislaufsystems sterben 210.000 Frauen." (arzneimitteltelegramm 3/2008)

Zur HPV-Impfung: Der erste Impfstoff "Gardasil", hergestellt vom US-Pharmariesen Sanofi Pasteur MSD, oder der zweite Impfstoff "Cervarix", hergestellt vom britischen Pharmakonzern Glaxo-Smith-Kline, kann bestenfalls vor vier bzw. zwei von rund 100 bekannten HPV-Typen schützen, die zunächst Zellveränderungen und dann möglicherweise Gebärmutterhalskrebs auslösen können. Die HPV-Impfung ist mit verschiedenen unerwünschten Wirkungen und Komplikationen bei jungen Frauen verbunden, Langzeitstudien zum Impfstoff gibt es

nicht. Die Frage, wie viele geimpfte Frauen tatsächlich nicht an Gebärmutterhalskrebs erkranken, kann bisher niemand beantworten. Festzuhalten ist: "Gebärmutterhalskrebs wird zwar durch bestimmte HP-Viren verursacht, dennoch entwickelt sich aus einer HPV-Infektion nur selten ein bösartiger Tumor." (Gesundheitsinformation IQWiG 09.10.2009: Gebärmutterhalskrebs: Kann die HPV-Impfung davor schützen?)

Im November 2008 veröffentlichten 13 unabhängige, renommierte Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen ein Manifest, in dem die Empfehlung der Ständigen Impfkommission (Stiko) zur HPV-Impfung kritisch eingeschätzt wird. Darin wird die aktuelle Studienlage dargestellt und eine sofortige Überprüfung der Impfempfehlung der Stiko gefordert. "Die in Studien ermittelten Ergebnisse stehen in deutlichem Widerspruch zu vielen sehr optimistischen Verlautbarungen ... Wir wenden uns entschieden dagegen, dass zur Gefährdung durch Gebärmutterhalskrebs mit falschen Informationen Angst und Schuldgefühle erzeugt werden." (Titel des Manifests: Wissenschaftler/innen fordern Neubewertung der HPV-Impfung und ein Ende der irreführenden Informationen. 25.11. 2008) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) forderte Ende 2008 die Stiko auf, ihr Votum für die HPV-Impfung zu überprüfen. Begründung: Die Antwort der Stiko enthalte zahlreiche Ungereimtheiten, nicht nachprüfbare Quellen und zweifelhafte Schlussfolgerungen (Süddeutsche Zeitung 19.06.2009). Wissenslücken bestehen nach wie vor. Kritik an der Stiko, ihrer Arbeitsweise und Unabhängigkeit, gibt es seit vielen Jahren.

Beispiel *Schweinegrippe-Impfung*. Die "neue Grippe", "neue Influenza" (H1N1) oder "Schweinegrippe" war in der zweiten Jahreshälfte 2009 ein zentrales Thema, nicht nur in den Medien. Hier eine kurze Chronologie:

 Berichte über erste Todesfälle in Mexiko und den USA im April 2009 lösten weltweit Ängste vor der "neuen Grippe" aus. Rasch wurden Vergleiche zur "Spanischen Grippe" in den Jahren 1918/19 gezogen, bei der Millionen Menschen starben. Dabei wurden allerdings die damaligen Ursachen nicht erwähnt, nämlich die katastrophalen Lebensbedingungen und die extreme Armut in den Slums der Megastädte, ausgemergelte Menschen durch Krieg und Hunger. Die meisten Menschen starben nicht in Spanien oder in Europa, sondern z. B. in Indien (Bernhard Braun, Forum Gesundheitspolitik 18.09.2009; tageszeitung 03.12.2009).

- Bereits am 1. Mai 2009 rief der britische Regierungsberater Roy Andersen, zugleich hoch bezahltes Vorstandsmitglied beim Impfstoff-Hersteller Glaxo-Smith-Kline (GSK), eine Pandemie der "Schweinegrippe" aus.
- Mitte Juni 2009 stufte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Pandemie "Neue Influenza" auf die höchste Alarmstufe 6 ein, wobei sie die internationale Definition einer Pandemie schlichtweg änderte. Es ist sehr wahrscheinlich, dass dabei "interessengeleitete Berater eine wesentliche Rolle gespielt haben" (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin DEGAM). Ist es ein Zufall, dass die WHO bis 1990 fast vollkommen frei war von Industrieinteressen, danach aber eine starke Öffnung hin zur Industrie erfolgte? (Ulrich Keil, Epidemiologe, an der Universität Münster, Interview im Stern 09.02. 2010) Zwar hat die WHO angesichts der wachsenden Kritik eine "unabhängige Prüfung ihrer H1N1-Strategie" zugesagt (Deut-Ärzteblatt 12.01.2010). Irgendetwas zurückgenommen hat sie aber bisher nicht, Fehler eingestanden auch nicht.
- Ende September 2009 empfahl die Europäische Arzneimittelbehörde (EMEA) die Zulassung von zwei Impfstoffen mit sog. Wirkverstärkern, PAN-DEMRIX des Herstellers Glaxo-Smith-Kline (GSK) und FOCETRIA, herstellt von Novartis. Ohne Belege wurde für eine zweimalige Impfung plädiert, was sich später als Fehleinschätzung erwies (arzneimittel-telegramm 40/2009). Die Unabhängigkeit der Entscheider in der EMEA wird seit Jahren kritisch betrachtet, weil die Behörde zu rund zwei Dritteln von der Pharmaindustrie finanziert wird und der Brüsseler Generaldirektion Unternehmen und Industrie unterstellt ist, nicht der für Gesundheit und Verbraucherschutz (Süddeutsche Zeitung 19.10. 2009).
- Mitte Oktober 2009 gab die Ständige Impfkommission (Stiko) eine Empfehlung zur Impfung heraus mit dem Ziel, die Morbidität (Erkrankung) und Mortalität (Tod) zu senken – obgleich es bis dahin keinen Anstieg der Erkrankungsraten gab. Die Stiko empfahl für die Impfung der Bevölkerung einen Impfstoff mit so genannten Wirkverstärkern, der risikoreicher, schlechter verträglich und erheblich teurer ist als Impfstoffe ohne Wirkverstärker (vorgesehen für Mitglieder von Ministerien und Bundeswehr). Von verschiedenen Seiten werden vermehrt Zweifel geäußert an der Unabhängigkeit der Stiko-Mitglieder von der Pharmaindustrie. Inzwischen ist bekannt, dass die weitaus große Mehrheit der 16 Mitglieder mehr oder minder intensive Kontakte zu den wichtigsten Impfstoff-

Herstellern hat und somit Interessenkonflikte vorliegen.

- Zu dieser Zeit wurden auch die Kosten für die Impfung bekannt: 50 Millionen Dosen zu je 9 Euro mal zwei pro Doppelimpfung, plus zweimal 5 Euro für die Impfung, plus Mehrwertsteuer ergibt einen Betrag von rund 1,7 Milliarden Euro. Selbst bei einer einmaligen Impfung, wie später empfohlen wurde, wären es noch 833 Millionen Euro.
- Im Herbst 2009 hat die Bundesregierung beim Impfstoff-Hersteller Glaxo-Smith-Kline (GSK) in Dresden 50 Millionen Dosen im Wert von 700 Millionen Euro bestellt. Unmittelbar danach stieg der Wert von GSK-Aktien. Inzwischen mehren sich Verdachtsmomente, dass die Schweinegrippe-Pandemie von der Pharmaindustrie gezielt zur Vermarktung genutzt wurde. Es war und ist ein "Geschäft mit der Angst" (Angela Spelsberg, Blätter für deutsche und internationale Politik 11/2009; Interview mit dem Mediziner und Gesundheitspolitiker Wolfgang Wodarg im Südkurier vom 14.12. 2009; Iris Ritzmann "Die Angstmacherei ist auch eine Seuche", Universität Zürich 2009).
- Ende Oktober 2009 begann die Schweinegrippe-Impfung in Deutschland. Zu diesem Zeitpunkt stand bereits fest, dass eine "Pandemie" mit den erwarteten hohen Erkrankungs- und Todesraten ausgeblieben war. Zugleich war bekannt, dass das Gefahrenpotenzial der Schweinegrippe im Vergleich zur "normalen" Grippe weitaus geringer ist.
- Im November und Dezember 2009 berichteten Medien über wachsende Zweifel an der Gefährlichkeit der Schweinegrippe und dem Nutzen der Impfungen. Zunehmend kritisch werden die Rolle der WHO, die Verquickung von Medizinforschung und Pharmaindustrie, die handelnden Akteure in Behörden sowie die Frage diskutiert, inwieweit die Entscheider unabhängig von der Pharmaindustrie sind. Der Mediziner und ehemalige Bundestagsabgeordnete Wolfgang Wodarg hat die Frage nach der Rolle der Pharmaindustrie vor den Europarat gebracht. Er bezeichnete den Umgang mit der Schweinegrippe als "einen der größten Medizinskandale des Jahrhunderts" (Tagesspiegel 16.12.2009).
- Im Dezember 2009 sagte Michael Kochen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), im Deutschlandradio, dass nur etwa 5 % der Bevölkerung geimpft worden seien, auch nur 15 % der Ärzte. Die Warnung des Robert-Koch-Instituts, es könne eine zweite Schweinegrippe-Welle geben, wies er als "reine Spekulation" zurück (Deutschlandradio 22.12.2009).

Der Vertrag, den das Bundesministerium für Gesundheit und die Länder über die Lieferung von 50 Millionen Dosen mit dem Hersteller Glaxo-Smith-Kline (GSK) eines Pandemie-Impfstoffs abgeschlossen hat, stammt aus dem Jahre 2007. Beide Vertragspartner verpflichteten sich zur Geheimhaltung. Inzwischen sind aus diesem Vertrag einige Details bekannt, darunter die weitgehende Haftungsfreistellung des Herstellers, etwa für unerwünschte Wirkungen des Impfstoffs sowie die einseitige Lasten- und Risikoverteilung zu Ungunsten der Länder (arzneimittel-telegramm 40/2009). Richtiger muss es wohl heißen: zu Ungunsten der Versicherten und Steuerzahler, denn die tragen letztlich die Kosten. Angesichts der geringen Inanspruchnahme der Impfung durch die Bevölkerung streiten Bundesregierung und Länder um die Frage, wer für den finanziellen Schaden aufkommen muss. Versuche, die überschüssigen 30 Millionen Impfdosen an Entwicklungsländer zu verkaufen, sind gescheitert (Financial Times Deutschland FTD 07.05.2010).

Vorläufiges Fazit: Die Pharmakonzerne haben mit der "Pandemie Schweinegrippe 2009" weltweit Milliarden Umsätze erwirtschaftet. Der Gesetzlichen Krankenversicherung, genauer den gesetzlich Versicherten und den Steuerzahlern, wird die ganze Aktion vermutlich rund eine Milliarde Euro kosten – neben den Ängsten und Verunsicherungen der Bürgerinnen und Bürger sowie deren Vertrauensverlust in Politik und Behörden. Das ist ein sehr hoher Preis

Fazit: Was bleibt nun vom viel zitierten medizinischtechnischen Fortschritt, der sich zunehmend als Mythos entpuppt?

- Die tatsächlichen Fortschritte in Medizin, Medizintechnik und Pharmaindustrie sind keineswegs zu bestreiten, darunter die Verbesserung diagnostischer und therapeutischer Verfahren. Sie können Leben retten und verlängern sowie die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten verbessern. Und sie können durchaus Kosten sparen.
- Die verbreitete Behauptung, der medizinisch-technische Fortschritt werde immer teurer, ist falsch. Vermeintlich wissenschaftliche Berechnungen von Ökonomen beruhen auf willkürlichen Annahmen. Wenn Gesundheitspolitiker dennoch an dieser Behauptung festhalten, hat das mehr mit verschwiegener Interessen- und Klientelpolitik zu tun als mit belegbaren Fakten.
- Nicht der medizinisch-technische Fortschritt als solcher, sondern die Ökonomisierung oder Kommerzialisierung des Gesundheitswesens ist das Kern-

problem, das steigende Kosten verursacht. Der medizinisch-industrielle Komplex dehnt sich immer weiter aus, auch auf soziale und lebensweltliche Bereiche. Im Ergebnis führt dies zur Medikalisierung der gesamten Gesellschaft, macht aus gesunden Menschen immer mehr Kranke und ist mit einer Vielzahl von überflüssigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen verbunden. Neben der enormen Verschwendung von monetären Ressourcen im Gesundheitswesen, die im Gegensatz zum "Wirtschaftlichkeitsgebot" des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) steht, sind es die unnötigen Leiden und Ängste von Patienten und Patientinnen, die mit der Medikalisierung einhergehen – wofür sie dann auch noch immer mehr bezahlen sollen

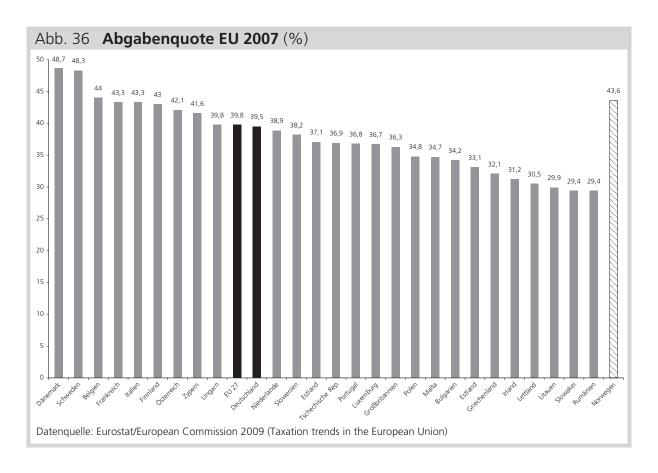
- Nicht nur in der kurativen Medizin, sondern auch bei der Vorsorge und Früherkennung sind viele Maßnahmen eher Vorsorge-Propaganda denn nützliche Prävention. Auch in diesem Bereich werden Ressourcen verschwendet, die zur Verbesserung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen sehr viel dringlicher und zudem wirksamer wären. Denn: Die Lebens- und Gesundheitsgewinne der letzten hundert Jahre sind in erster Linie der Verbesserung der Kontextbedingungen zu verdanken. Die Medizin kann maximal 30 % dazu beitragen.
- Mindestens 50 % aller diagnostischen und therapeutischen Verfahren sind nicht evidenzbasiert, d. h. ohne wissenschaftlichen Nachweis ihres Nutzens. Eine Nutzen-Schaden-Bilanz liegt zumeist nicht vor.
- Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit wird im gesamten Gesundheitswesen völlig unzureichend berücksichtigt. Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene aus sozial schwachen Gruppen benötigen nicht mehr medizinische, sondern mehr psychosoziale Betreuung und vor allem sozioökonomische Ressourcen.

Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), erstellt vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Berlin, könnte kräftig ausgedünnt werden, ohne dass es zu Qualitätseinbußen in der Gesundheitsversorgung kommt. Zudem könnten Kosten in zweistelliger Milliardenhöhe im Gesundheitswesen eingespart werden. Diese Ressourcen könnten sehr viel sinnvoller in die Verhältnis-Prävention investiert werden (Kapitel 3).

2.4 Lohnnebenkosten

Seit Jahrzehnten wird in den Wirtschaftswissenschaften, Medien, Wirtschaftsverbänden und guer durch die Regierungsparteien behauptet, die Arbeitskosten und vor allem die "Lohnnebenkosten" seien zu hoch. Sie gefährdeten den Standort Deutschland sowie die internationale Wettbewerbsfähigkeit und damit Arbeitsplätze. Im Fokus dieser Debatte stehen die Sozialversicherungsbeiträge. So sagte der ehemalige Bundespräsident Horst Köhler nach seinem Amtsantritt auf einem Forum der Arbeitgeberverbände im Jahre 2005: "Wir sind bei dem Kernproblem, den zu hohen Lohnnebenkosten, noch nicht wirklich weitergekommen. Sie haben Arbeit in Deutschland so teuer gemacht, dass viele Menschen kaum noch eine Chance auf einen Arbeitsplatz haben. Wissenschaftliche Studien belegen, dass eine Senkung der Sozialbeiträge nachhaltig zu neuen Arbeitsplätzen führt. Am wirkungsvollsten wäre es, die Kosten der sozialen Sicherung völlig vom Arbeitsverhältnis abzukoppeln." (zit. in: Bäcker 2008) Wenn dies zuträfe, müssten sich dafür Belege finden lassen. Eine Reihe von Analysen und Studien zeigen jedoch, dass es sich hierbei um einen Mythos handelt, der zur Legitimation von Lohnsenkungen und zum (weiteren) Ausstieg der Arbeitgeber aus der Finanzierung der Sozialversicherungsbeiträge dient.

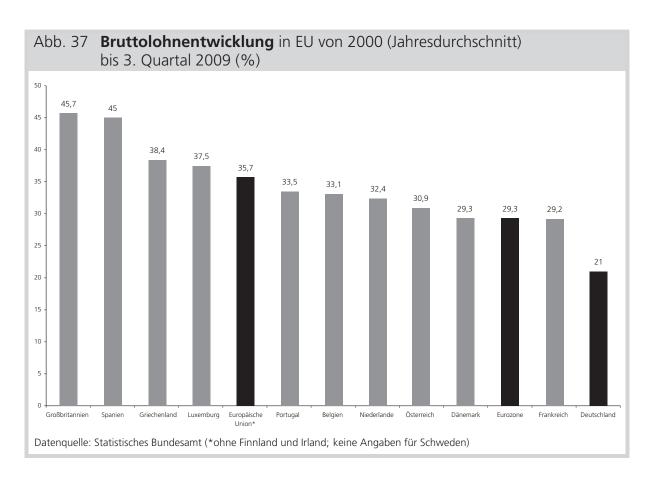
Der Begriff "Lohnnebenkosten", den u. a. das Statistische Bundesamt im Rahmen einer internationalen Konvention übernommen hat, suggeriert, dass es sich hier um "Nebenkosten" handelt, die im Grunde überflüssig seien. Dieser Eindruck ist falsch. Die "Lohnnebenkosten" umfassen aus einer betriebswirtschaftlichen Perspektive vor allem die anteiligen Beiträge der Arbeitgeber zur Sozialversicherung. Sie sind keine "Nebenkosten", sondern ein zentraler Bestandteil des Lohns. Die obligatorischen Beiträge zur Sozialversicherung sichern Lebensrisiken ab. Sie sind eine selbstverständliche zivilisatorische Errungenschaft und eine tragende Säule des Sozialstaates. Nun zu den Fakten und Belegen im internationalen Vergleich.



2.4.1 Abgabenquote im EU-Vergleich

Ein zentraler Indikator für die Höhe der Steuern und Sozialabgaben im internationalen Vergleich ist die Abgabenquote in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) des jeweiligen Landes. Da einige Länder ihr Gesundheitswesen nicht über Beiträge, sondern über Steuern finanzieren, gibt die Abgabenquote, die sowohl die Steuern als auch die Sozialbeiträge

erfasst, ein realistisches Bild auf die jeweiligen Belastungen eines Landes. Wie hoch die Abgabenquote im Ländervergleich der Europäischen Union (EU) im Jahre 2007 war, zeigt Abbildung 36. Danach liegt Deutschland mit 39,5 % im Mittelfeld, aber noch unter dem Durchschnitt aller 27 EU-Länder. Die Abgabenquoten in den skandinavischen Ländern sowie in Frankreich sind demgegenüber sehr viel höher, auch in Norwegen als Nicht-EU-Mitglied.

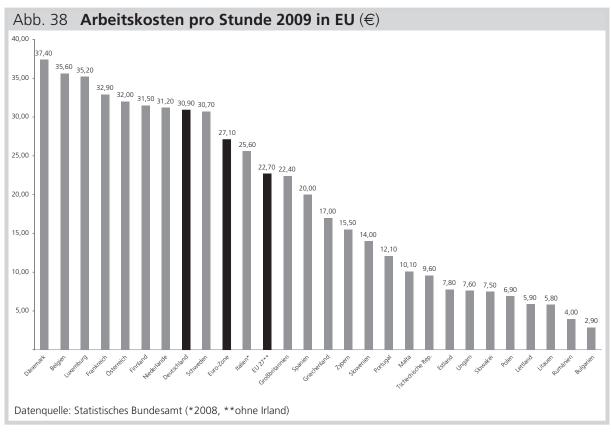


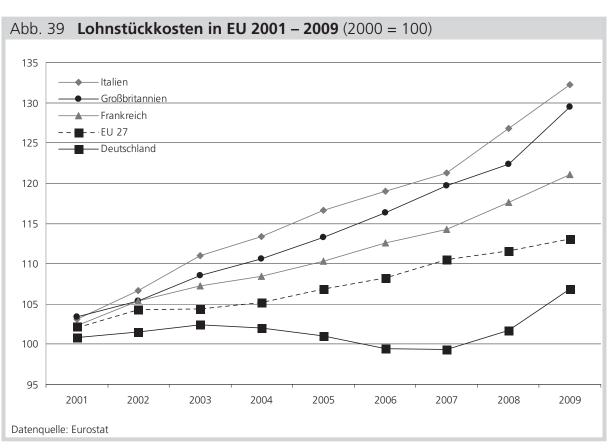
2.4.2 Bruttolohnentwicklung, Arbeitskosten, Lohnnebenkosten im EU-Vergleich

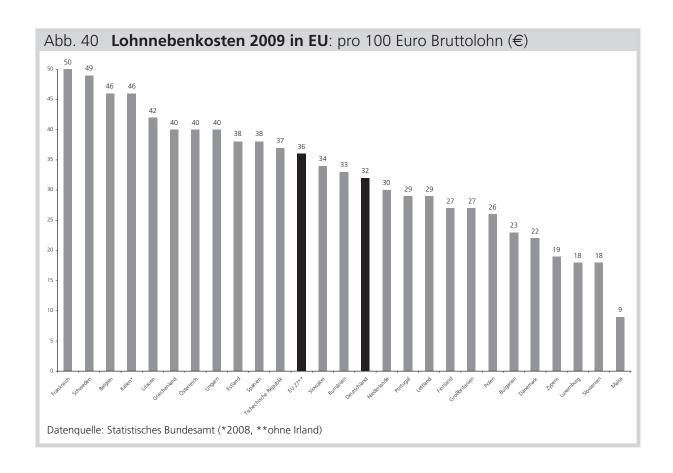
Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Entwicklung der Bruttolöhne im Jahre 2009 sind die Reallöhne erstmalig seit Bestehen der Bundesrepublik um 0,4 % gesunken. Das ist freilich nur die halbe Wahrheit, denn die Entwicklung der Bruttolöhne in Deutschland liegt bereits seit Jahren unter vergleichbaren EU-Ländern oder sie stagniert. Wie Abbildung 37 zeigt, liegt Deutschland mit 21 % Einkommenszuwachs innerhalb von 9 Jahren an letzter Stelle, weit hinter dem EU-Durchschnitt, sogar noch deutlich unter dem Durchschnitt der Eurozone. Die neuen EU-Länder haben – ausgehend von einem sehr geringen Lohnniveau – zum Teil sehr hohe Lohnzuwächse, von Malta mit 30,5 % bis Rumänien mit 543,9 %. Ein weiterer Indikator für die Wirtschaftsentwicklung bzw. internationale Wettbewerbsfähigkeit sind die Arbeitskosten pro Stunde. Abbildung 38 veranschaulicht diese Entwicklung in der Europäischen Union für das Jahr 2009. Danach liegt Deutschland mit 30,90 Euro Kosten pro geleisteter Arbeitsstunde nicht etwa auf dem ersten Platz, sondern auf Rang 8 innerhalb der EU. Länder

wie Dänemark, Frankreich oder Österreich haben deutlich höhere Arbeitskosten. Anzumerken ist, dass der durchschnittliche Stundensatz sämtliche Einkommen aus der Privatwirtschaft umfasst (ohne geringfügig Beschäftigte), also vom hoch bezahlten Geschäftsführer oder Bankmanager bis zum gering entlohnten Leiharbeiter oder zur Reinigungskraft. Zudem differieren die Einkommen sehr stark nach Branchen, Geschlecht und Betriebsgröße.

Genauer noch als die Arbeitskosten ist der Blick auf die Lohnstückkosten, weil dieser Indikator nicht nur die Arbeitskosten pro Stunde, sondern auch die Entwicklung der Arbeitsproduktivität berücksichtigt. So sind die Lohnstückkosten zwischen 2001 und 2008 in Deutschland kaum gestiegen, in einigen Jahren sogar gesunken (Abb. 39). In keinem anderen EU-Land sind die Lohnstückkosten so niedrig wie in Deutschland. Länder wie Frankreich, Großbritannien oder Italien haben deutlich höhere Lohnstückkosten. Selbst im Krisenjahr 2009 waren die von der europäischen Statistikbehörde teils vorläufig ermittelten, teils prognostizierten Werte bei den Lohnstückkosten in keinem anderen EU-Land so niedrig wie in Deutschland. Wesentliche Gründe für die im Kri-



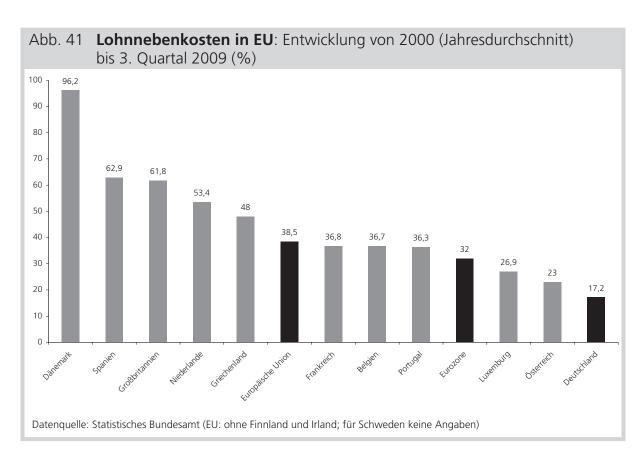




senjahr 2009 gestiegenen Lohnstückkosten in Deutschland sind die weniger geleisteten Arbeitsstunden durch Kurzarbeit und Nutzung von Arbeitszeitkonten, z. B. Abbau von Überstunden.

Der Indikator der Lohnnebenkosten wird im europäischen Vergleich statistisch daran gemessen, wie viel Euro zusätzliche Kosten pro 100 Euro Bruttolohn aufgewendet werden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2009 haben die Arbeitgeber in den jeweiligen Ländern der EU Lohnnebenkosten zwischen 50 und 9 Euro getragen (Abb. 40). Deutschland liegt im Jahre 2009 mit 32 Euro Lohnnebenkosten im Mittelfeld, aber noch unter dem Durchschnitt aller 27 EU-Länder. Nicht nur in vergleichbaren Ländern wie Frankreich oder Italien, sondern auch in einigen neuen EU-Ländern sind die Lohnnebenkosten weitaus höher als in der Bundesrepublik.

Noch aufschlussreicher ist die Entwicklung der Lohnnebenkosten im zeitlichen Verlauf. Abbildung 41 zeigt die prozentuale Entwicklung im Jahresdurchschnitt von 2000 bis zum 3. Quartal 2009. Mit einer prozentualen Zunahme der Lohnnebenkosten von lediglich 17,2 % innerhalb von neun Jahren steht Deutschland an letzter Stelle aller EU-Länder. Das heißt, in keinem anderen europäischen Land sind die Lohnnebenkosten so gering gestiegen wie in der Bundesrepublik. Der Zuwachs der Lohnnebenkosten beträgt nicht einmal die Hälfte des gesamten EU-Durchschnitts von 38,5 %. In Frankreich waren die Lohnnebenkosten mit 36,5 % innerhalb von neun Jahren mehr als doppelt so hoch wie in Deutschland.



Zwischenfazit. Alle Indikatoren belegen, dass die Behauptungen von den angeblich zu hohen Lohnnebenkosten in Deutschland entweder bewusste Irreführung sind oder auf Unkenntnis der Faktenlage beruhen. Zwar konnte Deutschland in den vergangenen Jahren aufgrund der extrem günstigen Arbeitskostenentwicklung und der ausgeprägten Exportorientierung seine internationale Wettbewerbsfähigkeit kräftig ausbauen. Dies hat jedoch einen hohen Preis. Während die exportorientierten Branchen und Unternehmen hohe Umsätze und Gewinne verzeichneten und Deutschland mehrmals "Exportweltmeister" war, hat diese Entwicklung die Binnenwirtschaft aufgrund der stagnierenden oder gar sinkenden Reallohnentwicklung und der damit zusammenhängenden schwachen Nachfrage den Absatz und die Gewinne von Unternehmen, die im Inland tätig sind, schwer belastet. Die einseitige Exportorientierung Deutschlands und seine hohen Handelsbilanzüberschüsse haben zu empfindlichen globalen Ungleichgewichten geführt. Sie sind eine wesentliche Ursache der Weltwirtschaftskrise (Böckler Impuls 19/2009).

Deutschland hat seine Wettbewerbsfähigkeit auf Kosten der europäischen Nachbarn ausgebaut. In einigen EU-Ländern wird Deutschland bereits als

"Billiglohnparadies" bezeichnet. Die Kritik am einseitigen deutschen Exportmodell sowie an der wachsenden Dominanz und Arroganz der deutschen Europapolitik etwa aus Großbritannien und Frankreich wird inzwischen lauter und schärfer (German Foreign Policy 16.04.2010; NachDenk-Seiten 19.04.2010). Eine Wirtschaftspolitik, die die gesamte Volkswirtschaft und nicht nur einzelne Exportbranchen im Blick hat, wird eine weitere Absenkung des Lohnniveaus in Deutschland und das Niederkonkurrieren auf Kosten der europäischen Nachbarn korrigieren müssen. Dies lehnen indes die neoliberalen Ökonomen und Politiker, flankiert von ihren medialen Sprachrohren, strikt ab und empfehlen eine noch höhere Dosis vom Selben, z. B. eine weitere Absenkung von Arbeitskosten bzw. "Lohnnebenkosten" und Steuern, um den "Wirtschaftsstandort Deutschland" und seine "internationale Wettbewerbsfähigkeit" zu stärken. Dies sei, wie die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) am 15.04.2010 schreibt, "im deutschen Interesse".

Verschiedene Studien belegen indes, dass sich die schwache Lohnentwicklung in Deutschland ebenso wie die politische Forcierung des Niedriglohnsektors und prekärer Beschäftigungsverhältnisse durch die "Arbeitsmarktreformen" keineswegs positiv auf die Beschäftigung ausgewirkt hat. So kommt eine Untersuchung der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung zu folgendem Ergebnis: "Doch trotz der äußerst schwachen Lohnzuwächse verzeichnet die Bundesrepublik im Vergleich zu Ländern mit ähnlich hohen Arbeitskostenniveaus die schlechteste Beschäftigungsentwicklung. Frankreich, die Niederlande oder Großbritannien hatten sowohl höhere Zuwächse bei den Arbeitskosten als auch bei der Beschäftigung." (Böckler Impuls 19/2009)

Wie der im März 2010 von der OECD vorgelegte Wirtschaftsbericht für Deutschland zeigt, "sind Deutschlands große Leistungsbilanzüberschüsse der vergangenen Jahre zu einem überwiegenden Teil auf eine geringe Investitionstätigkeit im Inland zurückzuführen und weniger auf eine gestiegene Sparneigung der privaten Haushalte. Gleichzeitig wurden die Exporterfolge zu einem großen Teil durch Kostenvorteile erzielt, die sich aus umfangreichen Auslagerungen ins Ausland und von Lohnmäßigung im Inland ergeben haben." Die stagnierenden oder gar sinkenden Reallöhne könnten sich künftig sogar nachteilig auf die internationale Wettbewerbsfähigkeit auswirken. So heißt es in dem OECD-Bericht weiter: "Bei Innovationen und insbesondere bei der Entwicklung neuer Produkte hat Deutschland in den vergangenen Jahren international an Boden verloren." (OECD 26. März 2010)

Schließlich ist die Aussage des eingangs zitierten Altbundespräsidenten Horst Köhler zu widerlegen, wonach "wissenschaftliche Studien" belegt hätten, "dass eine Senkung der Sozialbeiträge nachhaltig zu neuen Arbeitsplätzen führt." Tatsächlich gibt es für diese Behauptung keine empirischen Befunde. Das heißt, ein Zusammenhang zwischen der Höhe der Sozialversicherungsbeiträge und der Beschäftigung ist nicht nachweisbar.

Zu dieser Erkenntnis kam bereits im Jahre 2003 der Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens: "Über die Effekte, die von höheren Beitragssätzen zur Sozialversicherung auf die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung ausgehen, existiert allerdings keine gesicherte empirische Evidenz. Zunächst liegt die Annahme nahe, dass steigende Beitragssätze über eine Zunahme der Lohnnebenkosten die Produktionskosten erhöhen und damit die Wettbewerbsfähigkeit der inländischen Unternehmen schwächen und

das Wirtschaftswachstum hemmen ... Andererseits bestätigen ökonometrische Untersuchungen keinen engen Zusammenhang zwischen steigenden Beitragssätzen und schwachem Wirtschaftswachstum bzw. ungünstiger Beschäftigungsentwicklung." (Sachverständigenrat 2003, S. 44)

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt ein Gutachten zweier Forschungsinstitute aus dem Jahre 2004, das die Belastung der Arbeitgeber durch Gesundheitskosten in Deutschland und im internationalen Vergleich untersucht hat: "Empirisch konnte ein Zusammenhang zwischen gesundheitssystembedingter Arbeitgeberkosten und Beschäftigungsentwicklung ... nicht beobachtet werden." (IGES/BASYS 2004) Zudem wird häufig vergessen, dass das Gesundheitswesen volkswirtschaftlich ein wichtiger Dienstleistungsbereich ist. Dies gilt nicht nur im Hinblick auf seinen Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) mit 10,5 % im Jahre 2008, sondern auch mit einem Anteil von 11,5 % an allen Erwerbstätigen. Und die im Gesundheitswesen tätigen Menschen zahlen ebenfalls Steuern und Sozialabgaben von ihren Bruttoeinkommen – nicht nur ihre Arbeitgeber. Der Sozialexperte Hartmut Reiners verweist sogar auf eine frühere Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) in Berlin, wonach eine Beitragserhöhung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um ein Prozent aufgrund der hohen Personalintensität im Gesundheitswesen rechnerisch 95.000 zusätzliche Arbeitsplätze schafft (Reiners 2009, S. 49).

2.4.3 Beispiele: Belastung der Arbeitgeber durch Krankenversicherungsbeiträge

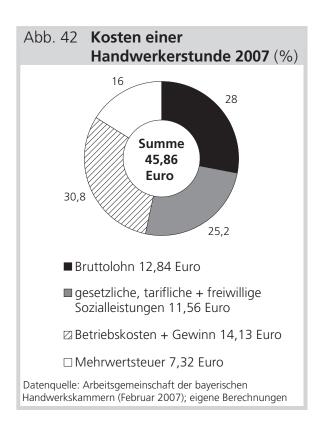
Seit Juli 2009 zahlen die Arbeitgeber 7 % zur gesetzlichen Krankenversicherung, die Arbeitnehmer 7,9 % (0,9 % müssen Arbeitnehmer allein tragen für Kosten bei Zahnersatz und Krankengeld). Ab 2011 werden die Beiträge auf 15,5 % angehoben, wovon die Arbeitgeber 7,3 % und die Arbeitnehmer 8,2 % zahlen. Zugleich werden die Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung eingefroren, so dass sämtliche Kostensteigerungen im Gesundheitswesen künftig allein von Arbeitnehmern und Rentnern zu tragen sind.

Beispiel 1: Krankenversicherungskosten. Der Gesundheitswissenschaftler Bernhard Braun vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) an der Universität Bremen hat für das ARD-Magazin Plus-Minus im Dezember 2009 an einem Beispiel ausgerechnet, wie hoch die Belastung der Arbeitgeber zur Krankenversicherung ist und welche Bedeutung die These von den angeblich "zu hohen Lohnnebenkosten" tatsächlich hat. Bei einem Produkt, das in der Herstellung 1000 Euro kostet, seien heute im Schnitt nur noch 180 Euro Lohnkosten enthalten. Die Beiträge der Arbeitgeber zur Krankenversicherung machten gerade mal 4,50 Euro aus. Sein Fazit: "Es hat an sich keine ökonomische Bedeutung, sondern mehr eine politische und ideologische, dass sie (die Arbeitgeber, Anm. der Red.) sich aus der Finanzierung der Sozialversicherungssysteme damit zurückziehen." (Das Erste 02.12.2009)

Beispiel 2: Kosten einer Handwerkerstunde. Nach einer Modellrechnung der Bayerischen Handwerkskammern setzten sich die Kosten einer Arbeitsstunde im personalintensiven Handwerk im Jahre 2007 wie folgt zusammen (Abb. 42). Die Position "gesetzliche, tarifliche und freiwillige Sozialleistungen" enthält den 7-prozentigen Arbeitgeberanteil an der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Er beträgt 0,90 Euro oder 2 % pro Handwerkerstunde – eine verschwindend geringe Summe.

Beispiel 3: Krankenversicherungskosten für eine Arbeitsstunde in der Privatwirtschaft. Der durchschnittliche Stundenlohn der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten in der Privatwirtschaft betrug nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahre 2009 brutto 20,43 Euro. (Wie oben erwähnt, gehen sämtliche Einkommen in diesen Durchschnittswert ein, von Spitzenverdienern bis zu Arbeitnehmern im Niedriglohnbereich.) Hinzu kommen für den Arbeit-

geber "Lohnnebenkosten" von 6,54 Euro pro Arbeitsstunde, darunter die Beiträge zur GKV mit 1,43 Euro. Insgesamt zahlt ein Arbeitgeber pro Stunde für alle Sozialversicherungsbeiträge 3,95 Euro (gesetzliche Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung). Der verbleibende Rest von 2,59 Euro "Lohnnebenkosten" pro Arbeitsstunde entfällt auf tarifliche und freiwillige Sozialleistungen. Würde der Arbeitgeberanteil von derzeit 7 % Krankenversicherung um 2 % gesenkt, ergäbe dies eine Ersparnis von gerade mal 41 Cent pro Arbeitsstunde. Bezogen auf die gesamten Arbeitskosten pro Stunde würden die Arbeitskosten um lediglich 1,3 % sinken. Bei diesen Größenordnungen wird auch hier deutlich, dass der Beitrag der Arbeitgeber zur Krankenversicherung praktisch keine ökonomische Bedeutung hat.



Selbst dann, wenn die Arbeitgeber komplett von den Beiträgen zur Sozialversicherung entlastet würden, verschwinden sie nicht einfach, sondern die Beiträge müssten entweder von den Versicherten getragen oder über höhere Steuern finanziert werden. Dies würde im ersten Fall zu höheren Lohnforderungen führen, da Sozialversicherungsbeiträge existenzieller Bestandteil des Lohns sind. Im zweiten Fall müssten sie über höhere Einnahmen des Staates finanziert werden, wie dies bei der Senkung der Bei-

träge zur Arbeitslosenversicherung um 2 % bei gleichzeitiger Erhöhung der Mehrwertsteuer von 16 auf 19 % von der Großen Koalition durchgesetzt wurde. Wie auch immer: "Die Vorstellung, mit dem Verschwinden bzw. Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages hätte die Entwicklung der Sozial- bzw. Krankenversicherungsausgaben keinen Einfluss mehr auf die Arbeitskosten, ähnelt dem Glauben von Kleinkindern, man könne sie nicht mehr sehen, wenn sie sich die Hände vors Gesicht halten." (Reiners 2009, S. 47 f)

Beispiel 4: Anteil der Arbeitgeber an den Gesundheitsausgaben. Zwischen 1998 und 2008 ist der Anteil der Arbeitgeber an den Gesundheitsausgaben mit 4,2 % gleich geblieben. Auch der Arbeitgeberanteil an den Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) hat sich praktisch nicht erhöht (0,43 % in 1998, 0,45 % in 2008). Dagegen hatten die privaten Haushalte im gleichen Zeitraum kräftige Steigerungen zu tragen (Abschn. 1.2.2). Das Statistische Bundesamt weist für das gesamte Finanzvolumen im Gesundheitswesen in Höhe von 348,1 Mrd. Euro im Jahre 2008 folgende Finanzierungsanteile aus (Gesundheitsausgaben plus alle weiteren Aufwendungen):

- öffentliche Haushalte 15,9 % (1995 = 18 %)
- Arbeitgeber 35,6 % (1995 = 40,2 %)
- private Haushalte 48,5 % (1995 = 41,8 %)

Bei der Finanzierung der Versicherungsleistungen von insgesamt 233,5 Milliarden Euro im Jahre 2008 waren es folgende Anteile:

- öffentliche Haushalte 9,7 % (1995 = 8,1 %)
- Arbeitgeber 34,1 % (1995 = 38,6 %)
- private Haushalte 56,1 % (1995 = 53,3 %)

Demnach ist der Anteil der Arbeitgeber sowohl bei den Gesamtaufwendungen als auch bei den Versicherungsleistungen deutlich gesunken und beträgt 2008 nur noch gut ein Drittel aller Gesundheitskosten. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen durch Steuern finanziert werden, ist der Kostenanteil der privaten Haushalte erheblich höher (vgl. IGES/BASYS 2004).

Fazit: In kaum einem anderen Bereich lässt sich empirisch so gut belegen, wie absurd die jahrzehntelange Behauptung von angeblich "zu hohen Lohnnebenkosten" der Arbeitgeber ist. Die neoliberale Wirtschaftspolitik mit ihrer einseitigen Forcierung der Exportwirtschaft bei gleichzeitiger Vernachlässigung der Binnenwirtschaft sowie die im internationalen Vergleich sehr geringe Entwicklung des Lohnniveaus mit "Billig- oder Dumping-

löhnen" und der Lohnnebenkosten erweisen sich volkswirtschaftlich als kontraproduktiv. Die Krankenversicherungsbeiträge als Bestandteil der Lohnnebenkosten haben praktisch keine Relevanz, weder hinsichtlich der nationalen und internationalen Wettbewerbsfähigkeit noch unter dem Aspekt der Arbeitgeberbelastung. Ein Zusammenhang zwischen gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung und Beschäftigung ist empirisch nicht nachzuweisen. Vielmehr geht es um einen ideologisch begründeten und politisch forcierten Ausstieg der Arbeitgeber aus der Finanzierung der Sozialversicherung. Dieser von neoliberalen Ökonomen und Politikern intendierte Systemwechsel erhält maßgebliche Unterstützung aus den Wirtschaftsredaktionen zahlreicher Medien – außer den mächtigen Wirtschaftsorganisationen, Interessenverbänden, Lobbyisten und Think Tanks.

Das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages zur Finanzierung der Krankenversicherung auf 7,3 % ist dennoch aus zwei Gründen problematisch: Erstens bürdet es den Versicherten einseitig künftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen auf, wodurch das Interesse der Arbeitgeber an einer Kosteneindämmung sinkt. Zweitens ist die Erwerbsarbeit eine wesentliche Ursache bei der Entstehung des Versorgungsbedarfs. "Zahlreiche empirische Untersuchungen belegen, dass die Erwerbsarbeit zu den wichtigsten Entstehungsursachen von Erkrankungen und gesundheitlichem Versorgungsbedarf zählt. Dies geschieht, indem Arbeitgeber die Arbeitskraft ihrer Beschäftigten nutzen ... Die Kosten für die Behandlung des bei weitem größten Teils (der) Gesundheitsschäden, nämlich der arbeitsbedingten Gesundheitsbelastungen, werden ... der gesetzlichen Krankenversicherung auferlegt. In dem Maße, wie die Arbeitgeberbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von den GKV-Ausgaben abgekoppelt werden, wird es ihnen gestattet, Produktionskosten zu externalisieren und der Gesellschaft aufzuerlegen." (Gerlinger 2010)

2.5 Eigenverantwortung

Die Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens steht in einem engen Zusammenhang mit der äußerst schillernden Formel "Eigenverantwortung". Seit Jahrzehnten wird von zahlreichen Akteuren, Institutionen und Organisationen "mehr Eigenverantwortung" gefordert. Inzwischen zielt der Eigenverantwortungsdiskurs weit über die Grenzen der Gesundheitsversorgung hinaus und bezieht sich auf die gesamte Lebensführung eines Menschen. Im Kern umfasst er drei normative Ebenen:

- die finanzielle Verantwortung durch die weitere Verlagerung von Gesundheitskosten auf Versicherte und Patienten, entweder in Form von Selbstbeteiligungen oder durch Ausgrenzung von Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), was einer Reduzierung auf eine "Basisversorgung" gleich käme, wie sie Union und FDP präferieren,
- die gesundheitliche Verantwortung der Versicherten durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung und entsprechendes Verhalten, z. B. gesunde Ernährung, mehr Bewegung, mäßiger Alkoholkonsum, Aufgabe des Rauchens etc.,
- die moralische Verantwortung der Versicherten, Erkrankungen zu vermeiden, Verantwortung für "Selbstverschulden" zu übernehmen und eine vermeintlich missbräuchliche Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zu unterlassen.

Forderungen nach "mehr Eigenverantwortung" blenden allerdings zentrale Fragen nach den Voraussetzungen aus:

- Kompetenzen und Ressourcen von Versicherten und Patienten – umdefiniert als "mündige Patienten", informierte und "souveräne Konsumenten" mit individuellen "Präferenzen" in wachsenden Gesundheitsmärkten,
- Risiken und unerwünschte Wirkungen von Selbstbeteiligungen,
- und vor allem die Frage nach den gesellschaftlich bedingten Ursachen von Erkrankungen, gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen, nämlich die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, die zunehmend soziale und gesundheitliche Ungleichheiten erzeugen.

Der Journalist Heribert Prantl von der Süddeutschen Zeitung hat dies 2005 auf den Punkt gebracht: "Es heißt jetzt 'Eigenverantwortung', wenn die Schwächeren sich selbst überlassen bleiben." Die inflatio-

näre Formel der "Eigenverantwortung" entpuppt sich bei genauer Betrachtung als Mythos, wie exemplarisch zu zeigen ist.

2.5.1 Gesundheitsökonomie

Die Gesundheitspolitik wird immer stärker von der Gesundheitsökonomie dominiert. Demnach ist ein Blick auf einige der Grundannahmen der ökonomischen Theorie aufschlussreich, um die grundlegenden Umdeutungen und Umwertungen von Gesundheit als "Wirtschaftsfaktor" sowie des Patientenbildes als Verbraucher, Kunde oder Konsument zu verstehen. Die Gesundheitsökonomie basiert auf einer Reihe von meist impliziten Annahmen oder Quasi-Axiomen, wie sie in einschlägigen Lehrbüchern zu finden sind. Zwei der zentralen nachfragetheoretischen Grundannahmen werden nachfolgend diskutiert und auf ihre Realitätstüchtigkeit geprüft (vgl. Holst 2008, S. 10 ff; Reiners 2003):

- 1. Verbraucher verfügen über hinreichende *Information* für ihre Konsumentscheidung,
- 2. Menschen handeln rational und streben danach, *ihren individuellen Nutzen zu maximieren*.

Zu 1: Information. Schon beim Kauf von Kaffeemaschinen oder im kaum mehr durchschaubaren Tarifdschungel von Telekommunikationsanbietern sowie angesichts der enormen Bedeutung von Werbung in der Wirtschaft wird deutlich, dass ein Konsument keineswegs über ausreichende oder gar vollständige Informationen verfügt. Gänzlich absurd wird diese Annahme im Gesundheitswesen – es sei denn, Patienten sind selbst ausgebildete Mediziner und kennen die Preise für medizinische Leistungen, darunter den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der ambulanten Versorgung sowie den umfangreichen Abrechnungskatalog der "German Diagnosis Related Groups (G-DRG)" in Krankenhäusern und die jeweils landesspezifischen Basisfallwerte. Trotz des erweiterten Informationsangebots für Patienten im Internet, in Rundfunk- oder Printmedien bleibt die prinzipielle Informationsasymmetrie zwischen dem Arzt als Experten für Diagnostik und Therapie einerseits und dem Patienten als medizinischer Laie andererseits bestehen. Selbst Mediziner verfügen keineswegs immer über ausreichende oder vollständige Informationen, auf deren Grundlage sie eindeutige diagnostische oder therapeutische Entscheidungen treffen könnten. Hinzu kommt, dass Versicherte mit GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz WSG) von 2007 gleichsam genötigt werden, sich im Tarifdschungel der etwa 160 gesetzlichen Krankenkassen zurechtzufinden und als "mündige Versicherte" ein geeignetes "Wahlpaket" zu schnüren. Damit verschärft sich eine weitere Informationsasymmetrie, in diesem Fall zwischen den Versicherern und den Versicherten.

Zu 2: Rationales Handeln und individuelle Nutzenmaximierung. Die verhaltenstheoretische Begründung in der neoklassischen oder neoliberalen Ökonomie reduziert menschliches Handeln auf den "homo oeconomicus", der frei von historischen und sozialen Bezügen sowie frei von spezifischen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen eine autonome Konsumentscheidung trifft. Zudem strebt das Individuum danach, in jeder Situation seinen Nutzen zu maximieren, etwa indem es danach trachtet, möglichst viel Genuss für sein Geld zu erhalten, ein Gut oder eine Dienstleistung möglichst preiswert zu kaufen oder bei kostenfreien Gütern und Dienstleistungen so viel wie möglich davon zu konsumieren. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus anderen Disziplinen wie den Sozial- oder Gesundheitswissenschaften belegen indes, dass menschliches Handeln stets in soziale Kontexte eingebunden und keineswegs nur rational oder egoistisch motiviert ist.

Auf Basis ihrer Grundannahmen behaupten nun Gesundheitsökonomen, die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verleite Patienten dazu, unnötige medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dieses Kerntheorem wird in der Ökonomie Moral Hazard genannt, was so viel bedeutet wie "moralisches Risiko". Es unterstellt, "dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ein erstrebenswerter Genuss ist, von dem, wenn schon nicht alle, so doch die meisten Versicherten gar nicht genug bekommen können." (Reiners 2009, S. 97) Der Gesundheitswissenschaftler und -berater Jens Holst drückt es noch plastischer aus. Das Moral-Hazard-Theorem beruht auf der Annahme, "dass der Mensch gerne lange Stunden in überfüllten Wartezimmern herumlungert, jede zusätzliche Spritze und Röntgenbestrahlung genießt und weidlich jede angebotene Operationsmöglichkeit ausnutzt, nur weil all das ,umsonst' zu haben ist." (Forum Gesundheitspolitik 05.11.2007) Um die den Versicherten unterstellte "Vollkaskomentalität" und prinzipielle Unersättlichkeit nach Versorgungsleistungen zu begrenzen, seien monetäre Anreize zur Verhaltenssteuerung etwa in Form von Selbstbeteiligungen, Beitrags- und Kostenerstattungen oder auch Sanktionen erforderlich. Das in der Gesundheitsökonomie verbreitete theoretische Konstrukt "Moral Hazard" erweist sich in der Realität allerdings als untauglich.

Erstens blendet es die ausgeprägte Angebotsorientierung im deutschen Gesundheitswesen völlig aus. Die zentralen Akteure wie die Ärzte mit ihrem Definitions-, Behandlungs- und Verordnungsmonopol entscheiden wesentlich über Art und Umfang medizinischer Leistungen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung. Ihre Entscheidungen stehen nachweislich in einem engen Zusammenhang mit der jeweiligen Gestaltung der ärztlichen Honorarsysteme. Das Moral-Hazard-Theorem richtet sich indes ausschließlich an Patienten als Nachfrager von Gesundheitsleistungen, denen die Verantwortung für Kostensteigerungen und Leistungsausweitungen im Gesundheitswesen zugeschrieben wird. Das Handeln der Leistungsanbieter als die zentralen Akteure im Gesundheitswesen wird somit ausgeklammert. Zweitens wird implizit unterstellt, der Versicherte oder Patient sei in der Lage, zwischen medizinisch notwendigen und überflüssigen Leistungen zu unterscheiden, und zwar unabhängig von medizinischer Expertise und Beratung. Diese absurde Vorstellung blendet überdies die Tatsache aus, dass medizinische Behandlungsprozesse oftmals Suchprozesse sind und ihre Notwendigkeit ebenso wie ihr Nutzen erst im Nachhinein beurteilt werden kann, z. B. bei der diagnostischen Abklärung von unspezifischen oder komplexen Beschwerden.

Drittens erweist sich die Annahme, ein Versicherter oder Patient strebe je nach Belieben oder Geschmack - Ökonomen nennen dies "Präferenzen" - eine möglichst große Inanspruchnahme von Leistungen im Krankheitsfall an, als realitätsfremd. Denn die wirklich teuren Behandlungen wie eine Herzoperation, eine Krebsbehandlung mit Operation und Chemotherapie, eine lebenslange Dialyse in der Nierenersatztherapie, die Behandlung einer schweren Depression oder eines chronischen Leidens wie Herzinsuffizienz, Diabetes oder Schizophrenie ist mit Sicherheit kein erstrebenswertes Motiv für Versicherte, um möglichst viel davon zu konsumieren. Viertens unterstellt das Moral-Hazard-Theorem eine Gleichverteilung von Krankheiten in der Bevölkerung, was sich angesichts der sehr unterschiedlichen Betroffenheit etwa nach sozialer Schichtzugehörigkeit, Alter und Geschlecht oder genetisch bedingter Krankheitsursachen als unhaltbar erweist. Auch die Veränderungen im Morbiditätsspektrum werden ignoriert. Fünftens wird nicht einmal die Frage gestellt, ob der Verzicht auf eine medizinische Behandlung möglicherweise zu unerwünschten Effekten führt, etwa indem ein chronisch kranker Patient aus Kostengründen notwendige Medikamente nicht mehr einnimmt, eine Therapie abbricht oder einen Arztbesuch unterlässt, obwohl ein medizinischer Bedarf besteht. Im Endergebnis kann dies sogar mit höheren Krankheitskosten verbunden sein (Abschnitt 2.5.3). Sechstens schließlich gibt es keine empirischen Belege für die Annahmen des Moral-Hazard-Theorems. Dennoch wird es seit über 40 Jahren als Lehrbuchweisheit verkündet und ist implizit zum gesundheitspolitischen Leitbild avanciert.

Jens Holst resümiert in seiner Studie von 2008: "Die Moral-Hazard-Annahmen beruhen ausschließlich auf der gefühlten Wahrnehmung einer Übernutzung des Gesundheitswesens und der zu beobachtenden Änderungen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen unter verschiedenen Zuzahlungsbedingungen. Die daraus abgeleiteten Größen für 'Preiselastizität' und vor allem die Einordnung als ,leichtfertige' Nutzung ... oder gar verschwenderischen Verbrauch ... lassen jeden klinisch-epidemiologischen, sozioökonomischen oder sonstigen Einfluss auf das Nachfrageverhalten von Patienten unberücksichtigt." (Holst 2008, S. 60) Der französische Ökonom Bruno Amable, Professor an der Pariser Elite-Universität Sorbonne, kommentierte die herrschende Lehre der Ökonomie, ihre Dogmen und Glaubenssätze mit der Frage: "Ist es nicht paradox, dass Ökonomen, die gewohnt sind, Monopole zu hassen, freiwillig das Denkmonopol des Neoliberalismus akzeptieren?" (Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung MPIfG 1/10, S. 22)

2.5.2 Gesundheitspolitik: Eigenverantwortung im SGB V

Gleich im ersten Paragraphen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) heißt es unter dem Stichwort Solidarität und Eigenverantwortung: "Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken."

Damit wird allen gesetzlich Versicherten Verantwortung für ihre Gesundheit zugeschrieben und eine gesundheitsbewusste Lebensführung, die Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie ihre Mitwirkung bei der Behandlung einer Erkrankung abverlangt. Unter welchen Voraussetzungen diese Anforderungen von Patienten eingelöst werden können, wird nicht thematisiert. Gänzlich unberücksichtigt bleiben die jeweiligen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, die angesichts einer Fülle von internationalen Studien die entscheidenden Parameter für die Erhaltung von Gesundheit, für gesundheitliche Beeinträchtigungen oder für Erkrankungen sind. Die einzelnen Menschen können diese Bedingungen insgesamt eher wenig oder gar nicht beeinflussen, am wenigsten die sozial Schwachen und zugleich gesundheitlich am stärksten belasteten Personen. Neben der individuellen Verantwortungszuschreibung werden Krankenkassen dazu aufgefordert, "auf gesunde Lebensverhältnisse" hinzuwirken. Auch hier bleibt die Frage nach den Voraussetzungen dieser Verpflichtung ausgeklammert. Nicht etwa die Bundesregierung und die verschiedenen Ressorts erklären sich als politisch zuständig für die Herstellung von gesunden Lebensverhältnissen, sondern diese wichtige Aufgabe wird den Einzelnen und Krankenkassen zugeschoben.

Noch deutlicher wird die Abschiebung von politischer Verantwortung bei dem hartnäckigen Problem von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. So heißt es in § 20 SGB V unter dem Stichwort "Prävention und Selbsthilfe" im zweiten Absatz: "Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen." Damit wird der Abbau von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit an die Krankenkassen delegiert, nicht aber als zentrale gesundheitspolitische Aufgabe betrachtet, nämlich die Verbesserung der Kontextbedingungen im Sinne der Verhältnis-Prävention.

Da dies nicht nur ein deutsches, sondern auch ein europäisches und weltweites Problem ist, haben die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Europäische Kommission in den vergangenen Jahren verschiedene Leitlinien erarbeitet oder Programme aufgelegt, bisher allerdings mit wenig Erfolg. Im internationalen Vergleich weist Deutschland einen erheblichen Rückstand bei der Formulierung gesundheitspolitischer Zielsetzungen auf. 1998 hat

Deutschland als einer von 51 Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation Europa ein gemeinsames Rahmenkonzept mit 21 Gesundheitszielen für das 21. Jahrhundert unterzeichnet. Der Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten und der Abbau von Armut, verursacht durch geringes Einkommen, schlechte Bildungschancen und mangelnde Erwerbsmöglichkeiten, sind darin zentrale gesundheitspolitische Zielsetzungen. Dazu heißt es: "Deshalb ist es unerlässlich, dass die Gesamtpolitik die sozioökonomischen Ungleichheiten an der Wurzel anpackt ... Alle Sektoren der Gesellschaft müssen Verantwortung für die Verringerung sozialer und geschlechtsspezifischer Benachteiligungen sowie für die Minderung der entsprechenden Gesundheitsfolgen übernehmen." Bisher haben jedoch weder die rotgrüne, die schwarz-rote noch die seit Oktober 2009 amtierende schwarz-gelbe Bundesregierung ernsthafte Schritte unternommen, diese Zielsetzungen politisch umzusetzen. Das von der rot-grünen Regierung eingebrachte Präventionsgesetz scheiterte 2005, auch der zweite Anlauf in der Großen Koalition ist gescheitert. Im Koalitionsvertrag der schwarz-gelben Bundesregierung von 2009 ist dazu nichts zu finden. Die Präventionsprojekte der Bayerischen Staatsregierung sind fast ausschließlich auf Verhaltens-Prävention, nicht aber auf die weitaus wichtigere Verhältnis-Prävention ausgerichtet (Kapitel 3).

Geradezu absurd ist die in § 2 SGB V eingeforderte Mitwirkung der Versicherten bei der Erbringung und Kontrolle von Gesundheitsleistungen. So heißt es in § 2 Abs. 4: "Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden." Wie etwa sollen Versicherte die Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung prüfen, wenn das schon für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVn) als zuständige Prüfungsund Kontrollorgane Probleme aufwirft? Und wie soll ein Patient, gleich welchen Alters, beurteilen können, ob Leistungen nur "im notwendigen Umfang" erbracht wurden, wenn nicht der Versicherte, sondern wesentlich der Arzt über den medizinischen Bedarf in Diagnostik und Therapie entscheidet? Wie soll ein Patient die Wirksamkeit eines von über 50.000 auf dem Arzneimittelmarkt angebotenen Medikamenten abschätzen können? Dies ist nicht einmal für Ärzte und Pharmakologen möglich. Noch aberwitziger wird die gesetzliche Regelung vor dem Hintergrund, dass ein Großteil medizinischer Leistungen nicht evidenzbasiert erbracht wird und keine wissenschaftlichen Nachweise über deren Nutzen vorliegen (Abschnitt 2.3.7). Hier zeigt sich exemplarisch, welch realitätsfremde oder gar unsinnige Denkmuster sich im SGB V niedergeschlagen haben.

Beispiel für eine weitere fundamentale Umdeutung und Umwertung im Gesundheitswesen ist die Verankerung des Begriffs Selbstverschuldung in § 52 SGB V. Sie beruht auf einer jahrelangen, medial inszenierten Diskussion zu selbst verschuldeten Erkrankungen etwa im Fall des Rauchens, bei so genannten Risikosportarten, unerwünschten Folgen von Schönheitsoperationen etc. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dürfe für selbst verschuldete Gesundheitsprobleme nicht mehr aufkommen. So heißt es in § 52 unter der Überschrift "Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden" in Abs. 2: "Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern." Als Informant der Krankenkassen über solches Selbstverschulden wird der behandelnde Arzt verpflichtet, wodurch das Prinzip der ärztlichen Schweigepflicht aufgeweicht wird. Neben der gesetzlichen Einführung der Selbstverschuldung ist dies ein weiterer Tabubruch im Gesundheitswesen.

Geradezu eine Bestrafung von chronisch Kranken und Krebspatienten ist der § 62 SGB V zur "Belastungsgrenze". Zwar wurde die Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen entschärft, geblieben ist aber die Regelung, dass auch chronisch Kranke und Krebspatienten Zuzahlungen von bis zu 2 % ihres Bruttoeinkommens leisten müssen, wenn sie nicht regelmäßig an den Untersuchungen teilgenommen haben. Im Vorfeld hatte es erhebliche Bedenken und ablehnende Stellungnahmen von medizinischen Fachleuten und Einrichtungen gegeben, darunter vom "Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.". Wie in Abschnitt 2.3.7 aufgezeigt, sind Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nicht nur mit erheblichen Risiken, Fehl- und Überdiagnosen verbunden, sondern für einen Großteil dieser Untersuchungen liegen keine gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Nutzen oder zur Nutzen-Schaden-Bilanz vor. Überdies gibt es "keine ausreichenden Nachweise dafür, dass die Teilnahme an einem Krebsfrüherkennungsprogramm Kosten erspart." Da Krebsbehandlungen sehr teuer sein können, werden ausgerechnet diejenigen finanziell bestraft, "die wegen ihrer Krankheit ganz besonders der Solidarität bedürfen." (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Pressemitteilung 07.12. 2006)

Fazit: Die Forderung nach mehr "Eigenverantwortung" und die Vorstellung selbst verschuldeter Erkrankungen versperren den Blick auf die *strukturellen Probleme* im Gesundheitswesen. Die Individualisierung sozialer und gesundheitlicher Risiken löst nicht die empfindlichen Systemprobleme, sondern sie werden lediglich auf die individuelle Ebene verschoben – und damit auf die schwächste Gruppe der Versicherten und Patienten. Damit wird "Eigenverantwortung" zum Ersatz für politische Gestaltung. Für die Gesundheitspolitik ist dies sehr viel bequemer, als sich mit den mächtigen Akteursgruppen und Lobbyorganisationen auseinanderzusetzen.

2.5.3 Wirkung von Selbstbeteiligungen: Zuzahlungen und Praxisgebühr

Die Privatisierung von Gesundheitskosten wird gern verkauft unter dem wohl klingenden Label "Stärkung der Eigenverantwortung", zuweilen auch mit dem Hinweis auf den "mündigen Bürger" oder "mündigen Patienten". Neben der Senkung der "Lohnnebenkosten" (Abschnitt 2.4) werden die gesetzlich Versicherten mit steigenden Zuzahlungen und Gebühren belastet. Welche Wirkungen diese Formen von Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten haben und welche möglichen unerwünschten Effekte damit verbunden sein können, wird nachfolgend am Beispiel von (1) Zuzahlungen und (2) der Praxisgebühr dargestellt.

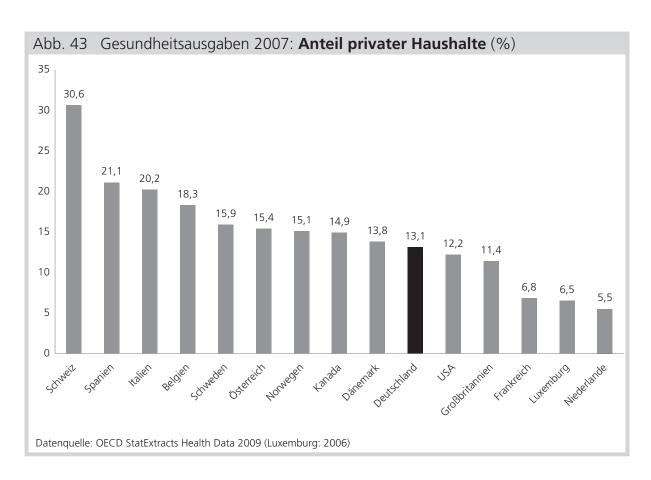
(1) Zuzahlungen z. B. für Medikamente haben eine lange Tradition im deutschen Gesundheitswesen, sie gab es bereits in der Weimarer Republik. Auch in anderen OECD-Ländern sind sie weit verbreitet, wobei die Anteile der Selbstbeteiligungen (out-of-pocket expenditures) sehr unterschiedlich sind. Abbildung 43 zeigt die jeweiligen Prozentanteile der privaten Haushalte an den gesamten Gesundheitsausgaben in ausgewählten OECD-Ländern im Jahre 2007.

Die absolute Höhe der durchschnittlich pro Einwohner zu zahlenden Selbstbeteiligungen schwankt zwischen den OECD-Ländern ebenfalls sehr stark. Am höchsten sind sie im Jahre 2007 mit 1.350 US-Dollar in der Schweiz. In den USA sind es 890, in Deutschland 470, in Frankreich 246 und in den Niederlanden 213 US-

Dollar. Zuzahlungen gehören zu den Dauerbrennern in gesundheitspolitischen Debatten. Nach der gängigen gesundheitsökonomischen Begründung müssen Patienten zu einer "vernünftigen" Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen angehalten und von einer "überflüssigen" Nutzung des Gesundheitswesens abgehalten werden. Eine derartige Steuerung mache das Gesundheitswesen insgesamt effizienter und dämpfe die Kosten. Soweit die ökonomische Theorie.

Inzwischen gibt es jedoch zahlreiche internationale Studien, die dieses verbreitete ökonomische und gesundheitspolitische Denkmuster gründlich widerlegen. So führen Arzneimittelzuzahlungen, wenn überhaupt, allenfalls kurzfristig und in einem geringen Umfang zu einer Senkung von Arzneimittelausgaben oder Abmilderung des Kostenanstiegs. Kehrseite ist jedoch, dass zugleich die Ausgaben für andere Gesundheitsleistungen erheblich steigen und im Gesamteffekt die Einsparungen wieder zunichte machen oder gar zu höheren Gesamtausgaben führen können. Die vorliegenden Studien und Meta-Analysen kommen zu dem Ergebnis, dass Selbstbeteiligungen für Arzneimittel tendenziell den Gesundheitszustand der betroffenen Patienten verschlechtern, was bei sozial schwachen Gruppen am stärksten der Fall ist – und dies trotz der bestehenden jährlichen Zuzahlungsobergrenzen, wie es sie auch in Deutschland gibt und in § 62 SGB V festgeschrieben sind (bisher 2 % der Bruttoeinnahmen, 1 % für chronisch Kranke; exemplarisch: Holst 2008; Gemmill u. a. 2008; Forum Gesundheitspolitik).

Eine Anfang 2010 veröffentlichte US-amerikanische Studie untersuchte die Auswirkungen von Zuzahlungen im Rahmen der staatlichen Medicare-Versicherung für ältere Menschen. Im Untersuchungszeitraum von 2001 bis 2006 hatten die Patienten bei Versicherungsverträgen mit Selbstbeteiligung pro Arztbesuch einen ständig wachsenden Eigenanteil zu tragen. In der ambulanten Versorgung verdoppelte sich der Betrag von 7,38 auf 14,38 US-Dollar, bei der fachärztlichen Versorgung stieg er ebenfalls kräftig an, von 12,66 auf 22,04 US-Dollar. Zwar gingen die ambulanten Arztbesuche bereits im ersten Jahr deutlich zurück, aber gleichzeitig stieg die Anzahl der stationären Aufenthalte um 2,2 % und die Klinikaufenthalte verlängerten sich um 13,4 Tage pro 100 Versicherte. Die negativen Effekte der steigenden Zuzahlungen waren besonders bei Versicherten aus Gegenden mit geringem Einkommen und Bildungsniveau festzustellen. Die Forscher kommen zu dem Ergebnis, dass der zusätzliche Aufwand für die statio-



näre Behandlung nicht nur zu höheren Gesamtausgaben führt, sondern auch die Einspareffekte durch die Zuzahlungen wieder zunichte macht. Nach einer Modellrechnung sind die Mehraufwendungen sogar mehr als doppelt so hoch wie die Einsparungen (Trivedi u. a. 2010).

Die Auswirkungen von Selbstbeteiligungen in Form von Zuzahlungen im Krankheitsfall lassen sich wie folgt zusammenfassen. Das Krankheitsspektrum verändert sich in Richtung einer kontinuierlichen Zunahme von chronischen, meist degenerativen Erkrankungen, die medizinisch nicht heilbar sind, sondern nur gelindert oder Verschlimmerungen verhindert werden können. Chronische Krankheiten erfordern häufig eine dauerhafte, vielfach lebenslange Arzneimitteltherapie. Da chronische Erkrankungen und Multimorbidität sehr viel häufiger in sozial schwachen Gruppen auftreten, sind die Patienten erheblich stärker von Zuzahlungen betroffen als besser gestellte Gruppen. Empirisch beobachtbare Reaktionen von Patienten auf (höhere) Zuzahlungen sind z. B. die Einschränkung bei der Medikamenteneinnahme, die Verringerung der Dosis, die Nicht-Einlösung von Rezepten oder gar ein Abbruch der Therapie, was häufig zu unerwünschten Effekten führt. Zum anderen können aus Kostengründen hinausgezögerte oder ganz unterlassene Arztbesuche zur Verschlimmerung oder gar Chronifizierung von Erkrankungen führen, was wiederum mit höheren Folgekosten verbunden ist wie z. B. eine erhöhte Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsleistungen, eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus oder gar im Pflegeheim. Nicht nur das Erkrankungsrisiko, sondern auch das Sterberisiko kann sich erhöhen (Holst 2008; Forum Gesundheitspolitik). Solche Risiken werden bei der Forderung nach "mehr Eigenverantwortung" regelmäßig ausgeklammert.

Wie einige US-amerikanische Studien belegen, hat sich nach der Abschaffung oder einer deutlichen Absenkung von Selbstbeteiligungen z. B. die Zuverlässigkeit bei der Medikamenteneinnahme von chronisch Kranken merklich verbessert. Auch bei der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen wirken sich Zuzahlungen ähnlich wie bei medizinischen und medikamentösen Leistungen aus. So wurde beobachtet, dass die Teilnahme an Vorsorgeund Früherkennungsmaßnahmen nach Aufhebung der Zuzahlungspflicht steigt. Die möglichen negativen Folgen von nicht in Anspruch genommenen Präventionsleistungen aufgrund von Zuzahlungen

zeigen sich freilich erst sehr viel später (Holst 2008, S. 47). Wegen der nachgewiesenen Wirkungslosigkeit von Selbstbeteiligungen wurden sie in den Niederlanden bereits wenige Jahre nach ihrer Einführung Ende der 1990er Jahre wieder abgeschafft. Irland hat sie 2010 ebenfalls abgeschafft (Jens Holst, Forum Gesundheitspolitik 28.04.2010). In Deutschland dagegen scheinen die internationalen Erkenntnisse ignoriert zu werden. Stattdessen wird den Patienten hierzulande eine weitere Dosis von Selbstbeteiligungen verordnet. Eine noch höhere Dosis wird den Versicherten künftig von der schwarz-gelben Bundesregierung zugemutet, etwa durch Zusatzbeiträge (kleine Kopfpauschale) und die alleinige Belastung der Versicherten durch künftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen.

Woran liegt es, dass sich die gesundheitsökonomischen Annahmen zu den Zuzahlungen nicht nur als ineffektiv, sondern für die Gesundheit der Bevölkerung sogar als *gefährlich* erweisen können? Dazu gibt es eine Reihe von Gründen. Erstens gehen Befürworter von Selbstbeteiligungen von der simplen Annahme aus, jeder unterlassene Arztbesuch oder jeder eingesparte Euro etwa bei Arzneimitteln führe automatisch zur Senkung von Gesundheitskosten. Dieser mikroökonomische oder betriebswirtschaftliche Tunnelblick ist aus volkswirtschaftlicher wie aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht irreführend, weil er die potenziellen Folgekosten und "Nebenwirkungen" ausblendet. "Der durch Zuzahlungen bewirkte Verzicht auf medizinische Versorgungsleistungen korreliert nämlich überhaupt nicht mit deren klinisch-epidemiologischer Berechtigung und Sinnhaftigkeit." (Holst 2008, S. 60)

Zweitens wird die zentrale Frage übergangen, anhand welcher *Kriterien* zwischen einer "unnötigen" Nutzung und einer medizinisch notwendigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unterschieden werden kann. Tatsache ist, dass diese Frage bis heute niemand auf der Welt beantworten konnte. "Bisher ist es in keinem Bereich der (para-) medizinischen Versorgung gelungen, mit Eigenbeteiligungen zuverlässig und sicher zwischen 'sinnvollen' und 'ungerechtfertigten' Leistungen zu unterscheiden und die gewünschten Effekte auf die 'leichtfertige' Inanspruchnahme zu beschränken." (Holst 2008, S. 65)

Drittens werden die tatsächlichen *Potenziale von Selbstbeteiligungen* z. B. in Form von Zuzahlungen von Gesundheitsökonomen erheblich überschätzt.

Nach einer internationalen Faustformel verursachen etwa 20 % der Patienten rund 80 % der Gesundheitskosten. Wie eine Studie der Gmünder Ersatzkasse (GEK, inzwischen fusioniert mit der Barmer) aus dem Jahre 2003 zeigt, verursachen 20 % der Patienten fast 92 % der Kassenausgaben. Bereits die Hälfte der Kosten entfallen auf nur 2,5 % der Mitglieder. Die Hälfte der Kassenpatienten verursacht lediglich 1 % der Gesamtausgaben (GEK-Gesundheitsreport 2003). Das heißt, nur auf eine kleine Gruppe, im Fachjargon als "Hochnutzer" bezeichnet, entfallen die höchsten Ausgaben – zumeist schwer oder schwerst kranke Menschen. Nach gesundheitsökonomischer Logik müssten somit die Hochnutzer am stärksten mit Zuzahlungen belastet werden, weil sie die höchsten Kosten verursachen. Dies ist jedoch aus ethischen und sozialen Gründen nicht zu vertreten und widerspricht dem Solidarprinzip. Das Potenzial von Zuzahlungen als Instrument der Kostendämpfung im Gesundheitswesen ist mithin überaus gering, solange sie bei den Niedrignutzern ansetzen (Holst 2008, S. 61 ff).

Viertens werden in den gesundheitsökonomischen Modellrechnungen zu Selbstbeteiligungen regelmäßig die Verwaltungskosten ausgeklammert. Die Erhebung von Zuzahlungen und die Einführung von Befreiungsregelungen verursachen nicht nur so genannte Transaktionskosten, sondern sie können sich auch auf die Höhe der Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auswirken. Im Ergebnis können Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall potenzielle Einspareffekte wieder zunichte machen und zu höheren Beiträgen führen. Dies belegen internationale Erkenntnisse aus vorwiegend marktwirtschaftlichen Gesundheitssystemen wie den USA oder in der deutschen Privaten Krankenversicherung (PKV), wo die Verwaltungskosten einen hohen Anteil an den Gesamtausgaben darstellen. Wie im Abschnitt 2.1.2 aufgezeigt, sind die Bürokratiekosten in der PKV fast dreimal so hoch wie in der GKV. Ein anderes Beispiel sind die enormen Verwaltungskosten in US-amerikanischen Krankenhäusern. Ein weiteres Beispiel ist die 1996 in der Schweiz eingeführte Kopfpauschale mit hohen Selbstbeteiligungen und ständig steigenden Beiträgen. Nach der Prämienerhöhung im Jahre 2010 von durchschnittlich 10 % werden die Prämien trotz hoher Selbstbeteiligungen auch im Jahre 2011 zwischen 7 und 10 % steigen (Neue Züricher Zeitung 06.05.2010).

Fünftens blendet die *Nachfrage-Perspektive* der Gesundheitsökonomen auf die Patienten die Anbie-

terseite aus. Die zunehmende Privatisierung von Gesundheitskosten hat zur Folge, dass ein wachsender Teil von Leistungen und Ausgaben im Gesundheitswesen der politischen Einflussnahme, Steuerung und Kontrolle entzogen wird, wodurch die mächtige Anbieterseite weiter gestärkt und die Position der Patienten als ohnehin schwächste Gruppe im System noch mehr geschwächt wird. Denn auf die zentralen Kostentreiber im Gesundheitswesen und die Gestaltung der Honorierungssysteme haben Patienten kaum oder gar keinen Einfluss. Selbstbeteiligungen verschärfen somit "das Problem der angebotsorientierten Nachfragesteigerung und mindern die Effizienz des Gesamtsystems" (Holst 2008, S. 61).

Die Nachfragefixierung in der Gesundheitsökonomie hat über diese Betrachtungen hinaus noch eine ganz andere Dimension. Wie es scheint, stellen sich Gesundheitsökonomen das Gesundheitswesen ähnlich vor wie einen Supermarkt, in dem ein Verbraucher seinen Warenkorb nach persönlichen Vorlieben (Präferenzen) auswählt. Die schlichte Übertragung nachfragetheoretischer Prinzipien auf das Gesundheitswesen zeugt von erstaunlichen Vereinfachungen oder von Unkenntnis. So kann ein Patient keineswegs rational und autonom darüber befinden, ob er Leukämie, eine Mittelohrentzündung oder lieber nur eine Erkältung hätte. Und ein schwer kranker Mensch kann nicht auf notwendige Medikamente verzichten. Er hat nicht die Freiheit, bei einem zu hohen Preis seine Nachfrage einzuschränken. Noch absurder wird die Vorstellung der Nachfragetheorie, wenn man an die Notfallaufnahme oder Intensivstation in einem Krankenhaus denkt. Ein Herzinfarkt, eine akute Blinddarmentzündung, ein Schlaganfall, eine lebensbedrohliche Verbrennung oder ein schweres Schädel-Hirn-Trauma als Folge eines Verkehrsunfalls kündigen sich nicht so rechtzeitig an, als dass ein "Verbraucher" oder "Kunde" noch hinreichend Zeit hätte, um sich zuvor über Preise und Qualität der Notfallaufnahme oder Intensivstation zu informieren.

Sechstens führen Selbstbeteiligungen im Krankheitsfall zur doppelten Diskriminierung von armen und alten Menschen, da sie nicht nur eine höhere Krankheitslast, sondern auch höhere Krankheitskosten zu tragen haben. Darüber hinaus höhlen sie das Solidarprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus, wodurch soziale Ungerechtigkeiten und Ungleichheiten verstärkt werden. Resümierend schreibt Jens Holst: "Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen führen keineswegs zu finanziell besser tragbaren Gesundheitssystemen. Vielmehr verbessern sie die Lage der Gesunden und Besser-

gestellten zu Lasten der Kranken und der Ärmeren ... Der geringe und allenfalls hypothetische Nutzen steigender Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen rechtfertigt weder die Risiken fehlender Akzeptanz der sozialen Sicherung noch die Gefahr mitteloder langfristiger Kostensteigerungen." (Holst 2008, S. 68) Kurz: Zuzahlungen sind eher Teil des Problems als dessen Lösung.

(2) Praxisgebühr. Seit Januar 2004 müssen Patienten in Deutschland einmal pro Quartal für den Kontakt zu einem ambulanten Vertragsarzt, einem Zahnarzt, einem Psychotherapeuten oder einem ärztlichen Notdienst 10 Euro Praxisgebühr bezahlen – trotz damals heftiger Proteste in der Öffentlichkeit. Mit dieser Regelung im Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz (GMG) von 2003 wurde erstmalig eine monetäre Komponente in das Arzt-Patienten-Verhältnis eingeführt. Dies stellt einen weiteren Baustein im Ökonomisierungsprozess des Gesundheitswesens und eine Art "Kulturbruch" dar (Reiners/Schnee 2007).

Anfang 2010 wurde der "Barmer GEK Arztreport" veröffentlicht und in verschiedenen Medien aufgegriffen. Wie aus internationalen Studien schon Jahre zuvor bekannt war, haben die Deutschen weltweit die höchsten ambulanten Arztkontakte und zugleich die geringsten Sprechzeiten. Nach Berechnungen der Barmer-GEK-Forschergruppe hat jeder gesetzlich Versicherte im Jahre 2008 durchschnittlich 18,1 Mal einen Arzt aufgesucht, ein Jahr zuvor 17,7 Mal. Bei Einführung der Praxisgebühr im Jahre 2004 waren es nur 16,4 Arztbesuche. Der stellvertretende Vorsitzende der Barmer GEK, Rolf-Ulrich Schlenker, bezeichnete die Praxisgebühr angesichts dieser Entwicklung als "fraglich" in ihrer Steuerungswirkung (Stern 19.01.2010).

In der WELT ONLINE vom 19.01.2010 war unter der Überschrift "Praxisgebühr macht Deutsche zu Arzt-Weltmeistern" zu lesen, es sei "die unsinnige Praxisgebühr, die Patienten dazu treibt, sich mit möglichst geringem Einsatz von Arzt zu Arzt überweisen zu lassen ... Für zehn Euro im Quartal gibt es ein ,All-inclusive'-Paket. Mit entsprechender Überweisung kann der Patient ohne weitere Zuzahlung so viele Ärzte besuchen, wie er wünscht. Damit gibt es einen Anreiz, sich für die zehn Euro möglichst viel aus dem System herauszuholen." In anderen Ländern zahle der Patient dagegen bei jedem Arztbesuch. "Eine derart gestaltete Eigenbeteiligung an den Kosten ist sinnvoller – und würde auch hierzulande das Patientenverhalten so steuern, dass manch unnötiger Arztbesuch wohl entfiele." Dies zeigt einmal mehr, wie zählebig das Moral-Hazard-Theorem auch in Medien nachgebetet wird. Der Gesundheitsökonom und Berater der schwarz-gelben Bundesregierung, Thomas Drabinski, blies Anfang 2010 in das gleiche Sprachrohr: "Die Praxisgebühr ist gescheitert. Sie hat keine abschreckende Wirkung. Überflüssige Arztbesuche konnten nicht wie erhofft begrenzt werden." (zit. in: Bernhard Braun, Forum Gesundheitspolitik 29.01.2010)

Im Jahre 2009 forderte der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Leonard Hansen, in einer Talkshow eine Gebühr für jeden Arztbesuch in Höhe von 5 bis 10 Euro. SPIEGEL ONLINE griff am 08.10.2009 abermals auf seine bereits 1975 prognostizierte "Kostenexplosion im Gesundheitswesen" zurück und identifizierte einen zentralen Verursacher, nämlich die Beitragszahler selbst. Ohne Belege und ohne jede Differenzierung behauptet der Autor Sven Böll, "leicht vermeidbare Kosten" entstünden auch, "weil viele Patienten wegen Wehwehchen zum Arzt gehen, die dann nur einer Pseudo-Behandlung unterzogen werden – nach dem Prinzip: Ohne Medikamente dauert die Erkältung 14 Tage, mit allerdings nur zwei Wochen." Abermals werden die Patienten für eine vermeintliche Übernutzung des Gesundheitswesens und für steigende Gesundheitskosten verantwortlich gemacht. Solche Medienberichte enthüllen vor allem eines: Unkenntnis und fehlende Reflexion von gesundheitsökonomischen Glaubenssätzen. Hierzu einige Fakten.

Bei solchen simplen Betrachtungen wird nicht hinterfragt, warum deutsche Patienten im internationalen Vergleich statistisch betrachtet so häufig zum Arzt gehen. Aufgrund der Angebotsdominanz, der ausgeprägten Arztzentrierung und des Versorgungsmonopols der ambulanten Kassenärzte im deutschen Gesundheitssystem müssen die Versicherten selbst bei leichten Beschwerden oder Erkrankungen zu einem niedergelassenen Arzt gehen. Schon bei der Ausstellung von einfachen Anschlussrezepten für Medikamente sind Patienten genötigt, die Arztpraxis aufzusuchen, auch wenn sie den Arzt gar nicht sprechen. Das ist in anderen Ländern nicht so. So können neben Ärzten auch andere Berufe wie Therapeuten und Pflegekräfte Rezepte ausstellen oder einfache medizinische Behandlungen durchführen.

Zudem wird beim Blick auf die jährliche Anzahl der Arztkonsultationen völlig übersehen, dass Ärzte einen starken Steuerungseinfluss auf das Patientenverhalten haben, z. B. bei Wiedereinbestellungen und Überweisungen. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor des ärztlichen Handelns ist die jeweilige Gestaltung der Arzthonorierung. So trat am 1. April 2005, gut ein Jahr nach Einführung der Praxisgebühr, die Reform der vertragsärztlichen Vergütung in Kraft. Sie umfasste die Einführung von "Regelleistungsvolumina" als Anreiz zur Begrenzung der Leistungsmengen. (Hintergrund: Infolge der zuvor erfolgten mengenmäßigen Ausweitung der vertragsärztlichen Leistungen war der Punktwert für eine Einzelleistung kontinuierlich gesunken.) Ein entscheidender Grund für die häufigen Praxisbesuche ist – trotz erster Ansätze in Richtung integrierte Versorgung – die nach wie vor bestehende sektorale Abschottung der ambulanten und stationären Versorgungsbereiche sowie die mangelhafte Zusammenarbeit der Leistungsanbieter. Folge davon sind z. B. die oft beklagten Doppeluntersuchungen oder vermeidbare stationäre Behandlungen.

Ein ebenfalls wichtiger Grund beruht auf der Erfahrung, wonach ein relativ großer Teil der Patienten über Beschwerden klagt, die nicht auf somatischen, sondern auf psychosozialen Ursachen beruhen. Dafür wären aber nicht Mediziner, sondern z. B. Sozialpädagogen oder Psychologen erforderlich. Schließlich können die sehr unterschiedlichen nationalen Gesundheitssysteme nicht einfach verglichen werden, darunter die Anzahl von Arztkontakten. In Schweden etwa ist der ärztlichen Behandlung ein System der Primärversorgung vorgeschaltet, wo von nicht-medizinischen Fachkräften geprüft wird, ob überhaupt der Kontakt zu einem Arzt erforderlich ist (Reiners 2009, S. 104). Kurz: In anderen europäischen Ländern gibt es sehr unterschiedliche Gestaltungsformen, die das Konsultationsverhalten regulieren.

Vor dem Hintergrund der vorliegenden empirischen Ergebnisse zu den Wirkungen der Praxisgebühr sind ganz andere Effekte zu erkennen, die den Behauptungen von Vertretern des Moral-Hazard-Theorems widersprechen. So zeigen Ergebnisse aus den Patientenbefragungen im Rahmen des Projekts "Gesundheitsmonitor" der Bertelsmann-Stiftung zur Entwicklung der Anzahl der Praxiskontakte, dass diese zwischen 2003 und 2007 insgesamt zurückgegangen ist. Bei den Allgemeinärzten sank die Anzahl von durchschnittlich 5,5 Kontakten im Jahre 2003 auf 4,8 Kontakte in 2007. Bei den Fachärzten sind die Kontakte ebenfalls zurückgegangen. Ob dieser generelle Trend mit der Praxisgebühr zusammenhängt, ist damit freilich noch nicht geklärt (Reiners/ Schnee 2007).

Inwieweit hat der subjektive Gesundheitszustand der Patienten Einfluss auf die Häufigkeit der Arztbesuche? Hier zeigen sich folgende Tendenzen: Bei Versicherten, die ihre Gesundheit als ausgezeichnet, sehr gut oder gut einschätzen, sind zwischen 2003 und 2007 praktisch keine Veränderungen bei der Inanspruchnahme festzustellen. Dagegen sind die Praxiskontakte bei Patienten, die ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht einschätzen, im gleichen Zeitraum zurückgegangen (bei "weniger gut" von 16 auf 15 Praxiskontakte, bei "schlecht" von 26 auf 24 Kontakte). Die Einführung der Praxisgebühr hat demnach eindeutig schichtspezifische Einflüsse, trotz der Härtefallregelung nach § 62 SGB V. Dies zeigt sich etwa bei der Frage, ob Patienten einen Arztbesuch aufgeschoben oder gar vermieden haben. Bei Personen mit einem Einkommen von unter 500 Euro haben 37 % einen Arztbesuch aufgeschoben und 26 % einen Arztbesuch vermieden. In der oberen Einkommensklasse von über 5.000 Euro sind die Zahlen erheblich geringer: 21 % haben einen Praxisbesuch aufgeschoben und 11 % vermieden. Ähnliche Unterschiede zeigen sich beim Bildungsstand, wenngleich die Spreizung etwas geringer ausfällt als beim Einkommensvergleich. Daraus folgt, dass "die Praxisgebühr die unteren beziehungsweise schwachen Schichten stärker trifft als die oberen Schichten. Dies ist insofern problematisch, als gerade sozial schwache Schichten einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als die höheren, wie aus der Sozialepidemiologie hinreichend bekannt ist." (Reiners/Schnee 2007, S. 150)

Besonders problematisch sind die Effekte der Praxisgebühr bei chronisch Kranken mit einem sehr geringen Einkommen. So kommt eine Studie, die im Rahmen des Projekts "Gesundheitsmonitor" durchgeführt wurde, zu folgendem Ergebnis: Chronisch erkrankte Menschen mit einem monatlichen Einkommen bis 600 Euro verschieben oder vermeiden einen Arztbesuch aufgrund der Praxisgebühr zweieinhalb Mal so oft im Vergleich zu jenen mit einem monatlichen Einkommen von mehr als 2.400 Euro. Die Effekte der Praxisgebühr unterscheiden sich mithin nach dem jeweiligen sozioökonomischen Status der Patienten. Ärmere Menschen gehen ohnehin seltener zum Arzt, obwohl sie in der Regel häufiger und früher an chronischen Erkrankungen leiden. Kurz: Die Praxisgebühr verschärft tendenziell die gesundheitliche Ungleichheit; ihre Steuerungsfunktion entfaltet sie vor allem bei ärmeren Menschen (Rückert/Böcken/Mielck 2008).

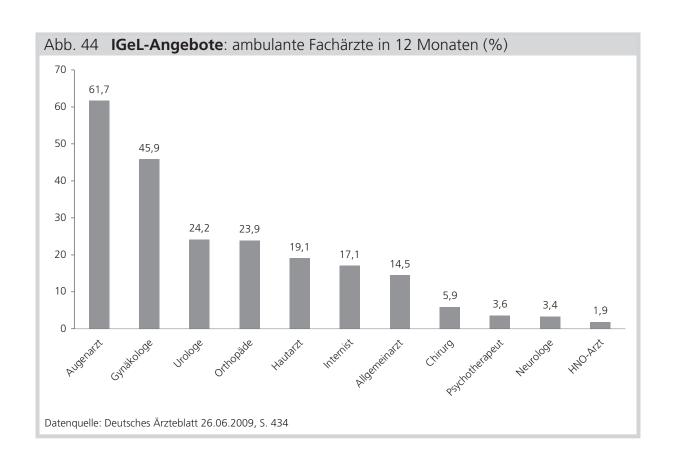
Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) in Berlin aus dem Jahre 2009, die Daten aus dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) ausgewertet hat. Im Fokus der Analyse stand die Frage, welche Auswirkungen die Gesundheitsreform von 2004 im Zusammenhang von Armutsgefährdung und medizinischgesundheitlicher Versorgung hat, darunter die Einführung der Praxisgebühr. Die Autorin Yasemin Niephaus zieht folgendes Resümee: "Auch die vorliegende Arbeit konnte zeigen, dass eine vermeintlich kleine Änderung im Sozialversicherungssystem – die Einführung der Praxisgebühr – Auswirkungen auf die medizinisch-gesundheitliche Versorgung hat: Während für von strenger Armut Betroffene dies bereits in den Jahren 2001 bis 2003 der Fall war, ist die medizinisch-gesundheitliche Versorgung Armer und von einem Armutsrisiko Betroffener nach der Gesundheitsreform schlechter als die des Restes der Bevölkerung. Und dies, obwohl deren Gesundheitszustand schlechter ist. Mit anderen Worten: Die Gesundheitsreform des Jahres 2004 trägt über die Verstärkung des Zusammenhanges von Armutsgefährdung und medizinisch-gesundheitlicher Versorgung zu einer in diesen Bereichen bis dahin nicht existierenden multidimensionalen Deprivation bei." (Niephaus 2009, S. 16 f)

Die Entrichtung der Praxisgebühr in der ambulanten Arztpraxis ist mit einem weiteren sehr bedenklichen Effekt verbunden, nämlich dem Verkauf von so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die Patienten direkt in der Praxis zahlen. Mit dem Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz (GMG) wurden die bis dahin bestehenden Beschränkungen ab 2004 aufgehoben. So zeigen Erfahrungen seit Einführung der Praxisgebühr "ein erhebliches Missbrauchspotenzial von Seiten der Leistungserbringer, das auf allgemeiner Unkenntnis der Patienten beruht und durch den Graubereich so genannter individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) zusätzlich verschleiert ist." (Holst 2008, S. 48) Damit verwandelt sich die Arztpraxis zunehmend in einen "Kaufladen" und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient erodiert zunehmend – ein weiterer Schritt im Ökonomisierungsprozess des Gesundheitswesens. IGeL-Angebote wie Vorsorge-, Laborund Ultraschalluntersuchungen oder Tests sind zumeist unnötig, ohne belegten Nutzen, medizinisch fragwürdig und können sogar schädlich sein. Daher sind sie im GKV-Leistungskatalog nicht enthalten. Zudem unterliegen sie keinerlei Kontrollen, und die rechtlichen Vorgaben werden nicht einmal in der Hälfte der Fälle eingehalten. Der Jahresumsatz wird auf 1,5 Milliarden Euro geschätzt, Tendenz steigend (WIdO Pressemitteilung vom 07.12. 2010). Daher fordern die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patienten (BAGP) und der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) in einer gemeinsamen Presseerklärung vom 10.12.2010 ein Verbot von IGeL-Angeboten in Kassenarztpraxen (Presseerklärung des vdää und der BAGP vom 10.12.2010).

In einer Studie, die im Rahmen der "Förderinitiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer" zwischen 2007 und 2008 durchgeführt wurde, kamen Sozialmediziner von der Universität Lübeck zu folgenden Ergebnissen (Deutsches Ärzteblatt 26.06.2009):

- 41,7 % der befragten GKV-Versichten aus Lübeck und Freiburg im Breisgau berichteten, dass ihnen bei Arztbesuchen in den vergangenen 12 Monaten IGeL-Produkte angeboten wurden. Eher selten ging die Nachfrage von Patienten aus.
- Ein Fünftel (20,5 %) der Patienten gab an, dass ihnen Leistungen von Ärzten versagt wurden. Die Ärzte begründeten dies häufig mit dem Leistungsausschluss aus dem GKV-Katalog.

- Bei 43,3 % wurden die Leistungsbegrenzungen von den Ärzten direkt im Anschluss als IGeL-Produkte angeboten. Etwa zwei Drittel davon wurden tatsächlich durchgeführt. "Einige Befragte fühlten sich durch Zusatzleistungen verängstigt, verunsichert oder zur Annahme gedrängt", schreiben die Autoren des Forscherteams um Heiner Raspe.
- Die von Ärzten am häufigsten angebotenen IGeL-Produkte waren: Augeninnendruckmessung (40,4 %), Ultraschall (24,6 %), Verordnung (18,1 %), Krebsfrüherkennung (14,8 %), Blutund Laboruntersuchungen (14,6 %), alternative Heilmethoden (6,8 %) und Knochendichtemessung (5,7 %).
- Die Häufigkeit der IGeL-Angebote seitens der Fachärzte war nach Aussagen der Patienten sehr unterschiedlich: Am häufigsten waren es Augenärzte (61,7 %) und Gynäkologen (45,9 %). Abbildung 44 veranschaulicht den prozentualen Anteil von IGeL-Angeboten bei Facharztbesuchen in den letzten 12 Monaten.



Gegen die ausgreifende IGeL-Praxis von ambulanten Vertragsärzten, die Patienten zuweilen unter Druck setzen und Ängste schüren, ihr Praxispersonal gezielt in Kursen schulen lassen oder manche Ärzte sogar Kassenleistungen und IGeL doppelt abrechnen, gibt es bisher kaum Widerstand. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Michael Kohnen, sagte Mitte 2009 gegenüber der Süddeutschen Zeitung (25.06.2009): "Eigentlich müsste es einen Aufschrei der Patienten geben, aber offenbar wird es gesellschaftlich akzeptiert ... Ich könnte kaum noch Patienten überweisen, wenn ich einen Facharzt suchen würde, der nicht igelt." Der "Verband demokratischer Ärztinnen und Ärzte" (vdää) forderte nach Veröffentlichung der oben vorgestellten Studie ein Verbot aller IGeL-Angebote. (Pressemitteilung 11.07.2009) Interessant in dieser Mitteilung ist der Hinweis, dass der Begriff "Individuelle Gesundheitsleistungen IGeL" bereits 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geprägt wurde mit der Begründung, "die Eigenverantwortung des Versicherten für individuelle Zusatzwünsche zu bekräftigen und auf diese Weise das System der Gesetzlichen Krankenversicherung von Ausgaben zu befreien." (Hv. Verf.) Festzuhalten ist, dass IGeL-Angebote vor allem für jene Fachärzte ein lukratives Zusatzgeschäft ermöglichen, die ohnehin zu den gut verdienenden Facharztgruppen gehören.

Fazit. Verfechter des Moral-Hazard-Theorems behaupten, die Praxisgebühr sei ein wirksames Steuerungsinstrument, um die Inanspruchnahme von ambulanten Ärzten zu steuern und damit "überflüssige" Arztbesuche zu verhindern. Zudem würden diejenigen, die als "Hochnutzer" oder "Hochfrequentierer" häufig einen Arzt konsultieren, für 10 Euro pro Quartal möglichst viel herausholen. D. h., um ihren individuellen Nutzen zu maximieren, wäre bei dieser Gruppe ein Zuwachs an Arztkontakten zu erwarten, da Hochnutzer keinen Grund hätten, weniger oft zum Arzt zu gehen. Tatsächlich zeigt sich das Gegenteil: Während die Anzahl der Praxisbesuche von Geringnutzern mit maximal vier Arztbesuchen pro Jahr steigt, sinkt sie bei den Hochnutzern. Die Anzahl der Arztkontakte nach subjektivem Gesundheitszustand ist zwischen 2002 und 2007 weitgehend gleich geblieben, bei Patienten mit sehr schlechter Gesundheit waren es rund 24 Kontakte, bei Personen mit sehr guter Gesundheit 5 Kontakte pro Jahr (Reiners 2009, S. 107). Allerdings sind die sozial Schwachen deutlich härter von der Praxisgebühr betroffen und verschieben oder vermeiden gar einen Arztbesuch, wodurch

sich ihr ohnehin schlechterer Gesundheitszustand weiter verschlimmern kann. Insofern hat die Praxisgebühr für Menschen mit sehr geringem Einkommen einen eindeutig negativen Effekt auf ihre Gesundheit. Wie internationale Studien zeigen, kann dies neben den gesundheitlich unerwünschten Effekten im Endergebnis mit höheren Ausgaben verbunden sein, wodurch mögliche Einsparungen wieder konterkariert werden. Daher erweisen sich Forderungen von Gesundheitsökonomen und ihren medialen Sprachrohren nach höheren Gebühren pro Arztbesuch als nicht sinnvoll, kontraproduktiv oder sogar als gefährlich.

Die Einführung der Praxisgebühr verfolgte die weitere gesundheitspolitische Zielsetzung, die Hausärzte zu stärken und die Inanspruchnahme von teuren Facharztbesuchen gezielter zu steuern. Dies wurde zumindest ansatzweise erreicht. Merkliche Einsparungen sind damit jedoch bisher nicht verbunden. Die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen, den Patienten nach § 73b SGB V bis zum 30.06.2009 eine "Hausarztzentrierte Versorgung" anzubieten, haben in Bayern u. a. die AOK Bayern und der Verband der Ersatzkassen (VdEK) mit dem Bayerischen Hausärzteverband (BHÄV) erfüllt. Als Anreiz können die Kassen ihren Versicherten bei Einschreibung in ein Hausarztmodell oder in eines der sechs strukturierten Behandlungsprogramme für häufige chronische Krankheiten, die so genannten Disease-Management-Programme (DMP), die Praxisgebühr erstatten. Sollten alle Kassen ihren Versicherten diese Möglichkeit anbieten, hätte die Praxisgebühr freilich keine Wirkung mehr auf die Inanspruchnahme von Leistungen und wäre im Ergebnis ein Nullsummenspiel mit erhöhtem Verwaltungsaufwand (Reiners/Schnell 2007, S. 152 f).

Aufgrund des vom Bayerischen Hausärzteverband (BÄHV) angedrohten Systemausstiegs aus dem Kassenarztsystem haben die AOK Bayern, der Verband der Ersatzkassen (VdEK) und etwa die Hälfte der Betriebskrankenkassen den Hausarztvertrag im Dezember 2010 mit der Begründung gekündigt, ein solcher Ausstieg sei rechtswidrig und stelle eine gravierende Vertragsverletzung dar (Süddeutsche Zeitung 16.12.2010; 20.12.2010). Anzumerken ist, dass die Honorierung der bayerischen Hausärzte im Vergleich zum Bundesdurchschnitt besonders üppig ausfällt (Bundesdurchschnitt 43 Euro, Kassenhonorar in Bayern 60 Euro pro Quartal, die AOK Bayern zahlt sogar 80 Euro; Quelle: Bayerischer Rundfunk 20.12.2010). Am 22. Dezember 2010 ist der "Aufstand des bayerischen Hausärzte" abermals gescheitert, nur 39 % statt der erforderlichen 60 % votierten für den Ausstieg aus dem Kassenarztsystem (Bayerischer Rundfunk 23.12. 2010; Deutsches Ärzteblatt 23.12.2010). Der inzwischen zurückgetretene Vorsitzende des Bayerischen Hausärzteverbandes, Wolfgang Hoppenthaller, hat mit dieser erneuten Aktion "nicht nur den bayerischen Hausärzten geschadet, sondern denen in ganz Deutschland. Dass ausgerechnet die am besten verdienenden Hausärzte der Republik am lautesten über die Honorare klagen, dürften weder die Kollegen noch die Patienten verstehen …" (Süddeutsche Zeitung 23.12.2010)

Fazit: Selbstbeteiligungen sind ein denkbar ungeeignetes Instrument, um die finanziellen Probleme des Gesundheitswesens zu bewältigen. Der ehemalige Bundesgesundheitsminister und heutige bayerische Ministerpräsident, Horst Seehofer (CSU), verkündete 1995 auf dem Deutschen Ärztetag: "Ich halte die Selbstbeteiligung der Versicherten für ausgereizt. Selbstbeteiligung hat keine Steuerungswirkungen, sondern ist eine reine Einnahmebeschaffung. Wenn jemand Einnahmen beschaffen will, ist es zutiefst unsozial, dass er die Kranken und chronisch Kranken belastet." (zit. in: Braun/Kühn/Reiners 1998, S. 146) Die Forderung nach "mehr Eigenverantwortung" dient vor allem dazu, von den sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten abzulenken und damit von den politisch gestaltbaren Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen durch Verhältnis-Prävention als weitaus wichtigeres politisches Handlungsfeld gegenüber der Verhaltens-Prävention.

3 Alternativen und Handlungsfelder in Bayern

3.1 Zusammenfassende Thesen

Ökonomisierung und Privatisierung sind die Haupttrends im Entwicklungsprozess des Gesundheitswesens. Trotz des unzureichenden empirischen Forschungsstandes haben die Analysen in den Kapiteln 1 und 2 aufgezeigt, welche Auswirkungen damit verbunden sein können. Sie lassen sich kurz wie folgt zusammenfassen: Ökonomisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen

- führen zu höheren Kosten und zur Individualisierung von Gesundheitsrisiken und Kosten,
- verstärken Ineffizienzen u. a. infolge steigender Verwaltungskosten als Kehrseite von Wettbewerb,
- entziehen dem Gesundheitswesen monetäre Ressourcen für private Profite,
- sind mit Qualitätseinbußen verbunden, zum einen in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Patienten, zum anderen im Hinblick auf die erheblich verschlechterten Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen,
- verschärfen soziale und gesundheitliche Ungleichheiten ebenso wie regionale Disparitäten,
- führen zur Medikalisierung der Gesellschaft, z. B. durch die Ausdehnung des medizinisch-industriellen Komplexes auf die Lebenswelt, überflüssige Diagnostik und Therapie, Erfindung von Krankheiten etc.
- verkehren Zweck und Mittel in der Gesundheitsversorgung und verdrängen Prävention und Gesundheitsförderung als gesundheitspolitisches Kernziel zugunsten wirtschaftspolitischer Ziele und Kapitalverwertungsinteressen,
- erhöhen die Anspruchsinflation der Wirtschaft durch die stetige Verschärfung der Arbeitsbedingungen, aufgezeigt am Beispiel der starken Zunahme psychischer Erkrankungen in der Arbeitswelt als entscheidender Einflussfaktor auf die Gesundheit, verbunden mit der Sozialisierung von Kosten als Folge von Arbeitspolitiken, die Humanressourcen verschleißen,
- führen zur Ressourcenverschwendung in Milliardenhöhe und verursachen unnötige Leiden und Ängste von Patienten oder gar vermeidbare Todesfälle und sind mit sozialen und kulturellen Kosten verbunden wie dem Verlust von ethisch-moralischen Maßstäben, Werten und Handlungsprinzipien.

Die gute Botschaft ist: Es gibt realistische Alternativen zur Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens.

3.2 Handlungsfelder und Gestaltungsansätze

Bereits zur Jahrtausendwende hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens die Über- und Fehlversorgung bei gleichzeitiger Unterversorgung vor allem im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bemängelt (Sachverständigenrat 2000/2001). In seinen Folgegutachten verwies er zudem auf die ungenügende Zielorientierung und die "Verkümmerung der Gesundheitspolitik zur reinen Kostendämpfung" sowie die "Überbetonung der Ausgabenebene" (Sachverständigenrat 2007, S. 52). Trotz dieser eklatanten Mängel orientiert sich Gesundheitspolitik bisher weder an präventiven und gesundheitsförderlichen Zielen noch an der Ursachenbekämpfung der krank machenden Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, auf die bereits die Ottawa-Charta der WHO aus dem Jahre 1986 hingewiesen hat.

Nach wie vor ist Gesundheitspolitik sowohl auf Bundesebene, großenteils auch auf Landesebene, auf die medizinische Versorgung bzw. kurative Behandlung von Erkrankungen verengt. Wenn Initiativen zur Primärprävention gestartet werden, zielen sie vor allem auf Verhaltens-Prävention, d. h. auf individuelle Gesundheitsförderung. Wie deutsche und internationale Studien jedoch zeigen, sind Programme zur Verhaltens-Prävention hinsichtlich ihres gesundheitlichen Nutzens und ihrer nachhaltigen Wirkung sehr begrenzt. Noch geringer ist die Wirkung von Gesundheitskampagnen. Auch die von Krankenkassen angebotenen Gesundheitskurse werden überwiegend von Angehörigen aus der Mittelschicht genutzt, während sie Menschen in schwierigen Lebenslagen kaum erreichen und die sozialen Unterschiede zwischen den gesellschaftlichen Gruppen sogar noch verschärfen können. Hauptgrund für die insgesamt spärlichen gesundheitlichen Effekte von Initiativen zur Verhaltens-Prävention ist die Ausklammerung der Kontextbedingungen als entscheidende Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Menschen. Inzwischen liegt eine Fülle von Erkenntnissen und Erfahrungen vor, die für eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik sowohl auf Bundesebene als auch auf Landesebene genutzt werden können. Diese werden im Folgenden exemplarisch auf drei Ebenen skizziert:

- Gesundheitspolitik als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe
- Integrierte Versorgung
- Vermeidung von Verschwendung

3.2.1 Gesundheitspolitik als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe

Es besteht ein weltweiter, wissenschaftlich gestützter Konsens, dass Gesundheitspolitik eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe ist, und zwar auf allen politischen Ebenen und Ressort übergreifend. Konzeptionell sind zwei Handlungsfelder von besonderer Bedeutung:

- 1. Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung als 4. Säule im Gesundheitswesen neben Kuration, Rehabilitation und Pflege
- 2. Definition von Gesundheitszielen
- (1) Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Indikator für das eklatante Missverhältnis zwischen Prävention und Medizin sind die verschwindend geringen Ausgaben für Prävention. Mindestens drei Viertel aller Gesundheitsausgaben entfallen allein auf die kurative Medizin. Dagegen lagen die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung zwischen 3,4 % im Jahre 1998 und 4,1 % oder 10.663 Millionen Euro im Jahre 2008, pro Bundesbürger knapp 130 Euro. Diese Ausgaben verteilen sich auf folgende Bereiche:
- Allgemeiner Gesundheitsschutz, z. B. Leistungen der öffentlichen Gesundheitsämter wie Infektionsschutz, Hygiene und Umwelt: 2.153 Mio. Euro (20,2 %), pro Einwohner 26 Euro
- Gesundheitsförderung oder Primärprävention:
 6.073 Mio. Euro (57 %), pro Bundesbürger 74 Euro
- Früherkennung von Krankheiten oder Sekundärprävention, z. B. für Früherkennungsuntersuchungen, Krebsvorsorge und Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen: 1.481 Mio. Euro (13,9 %), pro Bürger 18 Euro
- Gutachten und Koordination, z. B. für gutachterliche Stellungnahmen des Sozialmedizinischen Dienstes, Prüfung von Anspruchsvoraussetzungen bei Vorsorge- und Reha-Leistungen etc.: 956 Mio. Euro (9 %), pro Einwohner 12 Euro.

Im Vergleich zu den Gesamtausgaben in Höhe von 263.216 Mio. Euro entfielen im Jahre 2008 pro Bundesbürger rund 3.075 Euro auf die Krankenbehandlung (zu einem kleinen Teil auch für Rehabilitation und Pflege). Zudem ist die Präventionslandschaft in Deutschland stark zersplittert und unkoordiniert. So sind auch in Bayern die Zuständigkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung auf verschiedene Ressorts, Träger und Einrichtungen verteilt. Ein inhaltlich abgestimmtes Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung im

Rahmen eines übergreifenden und integrierten gesundheitspolitischen Konzeptes liegt nicht vor.

Nach Erkenntnissen der Präventionsforschung ist ein Perspektivenwechsel vom Krankheitsmodell der Pathogenese hin zum Gesundheitsmodell der Salutogenese erforderlich.³ Die Kernfrage eines präventiven Gesundheitskonzeptes lautet demnach nicht, was macht Menschen krank und wie können Krankheiten behandelt werden, sondern: Wie können Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen so gestaltet werden, dass sie Gesundheit erhalten und fördern? Verschiedene Projekte und Modellvorhaben haben inzwischen gezeigt, dass eine Kombination aus Verhältnis-Prävention und Verhaltens-Prävention nach dem Setting-Ansatz mit zielgruppenspezifischer Ausrichtung sehr viel sinnvoller und wirksamer ist als die Verfolgung von individualpräventiven Maßnahmen. Dennoch verfolgt die Bayerische Staatsregierung fast ausschließlich verhaltensbezogene, auf Risikofaktoren reduzierte Projekte, wie die 2005 gestartete Gesundheitsinitiative "Gesund.Leben.Bayern" zeigt: Ernährung, Bewegung, Verzicht auf Nikotin und maßvoller Umgang mit Alkohol. Überdies erfolgt Prävention je nach Haushaltslage: "Der Ausbau der Prävention wird im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel weiter vorangetrieben." (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2009, S. 409)

(2) Gesundheitsziele. Wie erwähnt, weist Deutschland im internationalen Vergleich einen erheblichen Rückstand bei der Formulierung von gesundheitspolitischen Zielsetzungen auf, was auch für Bayern zutrifft. Dies ist umso unverständlicher, da Deutschland als eines von 51 europäischen Ländern im Jahre 1998 ein gemeinsames Rahmenkonzept der WHO für die Europäische Region verabschiedet hat mit dem Titel "Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert" (Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa 1998). Es basiert auf fundierten wissenschaftlichen Analysen und enthält 21 Gesundheitsziele für Europa, die nicht nur auf nati-

Das Konzept der Salutogenese wurde in den 1970er Jahren vom Medizinsoziologen Aaron Antonowsky als Gegenmodell zur Pathogenese entwickelt. Die Salutogenese beschäftigt sich mit dem Prozess der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit (abgeleitet von lat. "salus" für Gesundheit und griech. "genese" für Entstehung oder Ursprung). Sie orientiert sich an Gesundheitszielen und an der Erschließung von gesundheitsförderlichen Ressourcen. Demgegenüber beschäftigt sich die in der medizinischen Forschung vorherrschende Perspektive der Pathogenese mit der Entstehung und den Ursachen von Krankheiten.

onaler Ebene, sondern auch eine gute Orientierungs- und Diskussionsbasis für die Erarbeitung von landespolitischen Gesundheitszielen bieten.

Da es auch in Bayern ausgeprägte soziale und gesundheitliche Ungleichheiten sowie seit langem bekannte regionale Unterschiede mit dem typischen Nordost-Südwest-Gefälle gibt, ist der Abbau von sozialen und regionalen Disparitäten ein vordringliches Ziel der bayerischen Ressort übergreifenden Gesundheitspolitik. Unverständlich ist, warum die Bayerische Staatsregierung aus dem "Bürgergutachten für Gesundheit", erarbeitet von Bürgerinnen und Bürgern aus Bayern im Jahre 2004, keine Konsequenzen zur Formulierung von Gesundheitszielen gezogen hat. So liegt die Vermutung nahe, dass es sich dabei eher um symbolische Politik und mediale Inszenierung handelt, denn um ein ernsthaftes Anliegen der Bayerischen Staatsregierung (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2009; Mielck 2007; Bürgergutachten für Gesundheit 2004).

Das 2005 gestartete bayerische Präventionsprogramm "Gesund.Leben.Bayern" enthält keine übergreifenden Gesundheitsziele zum Abbau von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten, auch nicht zum Abbau regionaler Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede. Wie die internationale Studie der britischen Wissenschaftler Richard Wilkinson (Wirtschaftshistoriker) und Kate Pickett (Epidemiologin) aus dem Jahre 2009 zeigt, haben soziale und gesundheitliche Probleme eine gemeinsame Ursache: die zunehmende Ungleichheit. Neu ist die Erkenntnis, dass die Folgen von Ungleichheit, vor allem die Einkommensungleichheit, nicht nur die Armen, sondern auch die Mittelschichten und die Wohlhabenden negativ treffen. Gesellschaften mit mehr Gleichheit wie die skandinavischen Länder haben eine deutlich höhere Lebenserwartung und Lebensqualität als Länder mit extrem ausgeprägten Ungleichheiten wie die USA (Wilkinson/Pickett 2009). Kurz: Die Bekämpfung von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit muss auch in Bayern zum Kernziel der künftigen Politik werden.

3.2.2 Integrierte Versorgung

Wie der Zweite Sozialbericht Bayern (2009) zeigt, ist die bayerische Gesundheitspolitik nicht nur auf die medizinische Versorgung von kranken und alten Menschen verengt, sondern es sind auch keinerlei Bestrebungen in Richtung einer populationsbezogenen integrierten Versorgung zu erkennen. Das be-

deutet, die empfindlichen Strukturprobleme infolge der traditionellen sektoralen und berufsständischen Abschottung der ambulanten und stationären Versorgungsbereiche werden nicht problematisiert, sondern zementiert. So heißt es dort: "Die wohnortnahe ambulante Versorgung durch niedergelassene Haus-, Fach- und Zahnärzte sowie durch inhabergeführte Apotheken ist ein zentraler Pfeiler der Patientenversorgung im Freistaat, ebenso wie die gute stationäre wohnortnahe Versorgung durch Krankenhäuser." Nicht nur Krankenhäuser werden als "innovativer Wirtschafts- und Wachstumsfaktor" betrachtet, sondern das Gesundheitswesen insgesamt: "Die Zukunftsbranche Gesundheitswesen hat besondere Bedeutung für den Arbeitsmarkt, sei es als Leistungserbringer im Bereich der Rehabilitation (Stichwort: Bäderland Bayern), sei es im Bereich der Medizintechnik oder als Standortfaktor dank des hervorragenden Renommees bayerischer Mediziner im Ausland." (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2009, S. 408) Der gesamte Bereich der ambulanten und stationären Pflege fehlt im Abschnitt Gesundheit völlig, während seitenlang die Hospiz- und Palliativversorgung thematisiert wird.

Die seit 1997 auf Bundesebene eingeleiteten Ansätze zur integrierten Versorgung (IV), darunter Modellversuche, IV-Verträge nach § 140a ff SGB V, Hausarzt-zentrierte Versorgung, Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease Management Programme DMP) oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ), zeugen von einem relativ engen Verständnis von integrierter Versorgung: nicht populationsbezogen, sondern indikationsbezogen und begrenzt auf medizinische Versorgung. Damit bleibt die Dominanz der kurativen Medizin bestehen und die Regelversorgung wird nicht angetastet, sondern eine Parallelstruktur geschaffen. Ein sehr viel weiter gehendes Verständnis von integrierter Versorgung vertritt beispielsweise die WHO, wonach alle vier Säulen der Versorgung einbezogen werden: von der Prävention und Gesundheitsförderung über die Primärversorgung im kommunalen Bereich bis hin zur Sekundärversorgung z. B. in Krankenhäusern und Reha-Kliniken (WHO Europa 1998).

Der Aufbau eines integrierten, Sektoren übergreifenden Versorgungssystems stellt eine der größten Herausforderungen für die Umgestaltung des Gesundheitswesens dar. Wenngleich die Notwendigkeit der integrierten Versorgung inzwischen eine breite Unterstützung erhält, sind jedoch die Vorstellungen über die Ziele, Inhalte und Umsetzung höchst

umstritten. Denn strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen berühren historisch gewachsene Macht-, Einfluss- und Interessenkonstellationen der korporativen Verbände wie Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, die berufsständischen Interessen und Organisationen der Ärzte sowie die unterschiedlichen politischen Interessen auf Länderebene – neben den Interessen von Gesundheitsindustrie und Dienstleistern. Die Bedürfnisse von Versicherten und Patienten als zentrale, zugleich aber schwächste Gruppe im Gesundheitssystem und die Zumutungen, die aus der sektoralen Zersplitterung und Intransparenz des Versorgungssystems für die Patienten erwachsen, geraten im Dschungel aus Macht-, Standes- und Profitinteressen zunehmend außer Acht.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung sowie der skizzierten Ökonomisierungs- und Privatisierungstendenzen ist an die bereits im Gutachten von 2000/2001 des Sachverständigenrates angemahnte Ausrichtung des Gesundheitswesens zu erinnern, die an Aktualität nichts eingebüßt hat: "Ein nachhaltiger Abbau von Über- und damit verbundener Fehlversorgung einschließlich einer angemessenen Ausbalancierung von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege erfordert eine längerfristige Umsteuerung des Systems durch eine mehrschrittige, aber ziel- und gestaltungsorientierte und in ihren Zielen beständig angelegte Gesundheitspolitik. Sie verlangt eine grundlegende Veränderung von Strukturen und Anreizen, von Wissen und Werten. Sie verlangt veränderte Verantwortlichkeiten und Arbeitsstile der professionellen Akteure wie ihrer Institutionen. Strukturen und Grenzen innerhalb des Systems müssen sich an den Patienten, ihren Bedarfen und Bedürfnissen orientieren und nicht umgekehrt." (Sachverständigenrat 2000/2001, S. 14)

Es gibt also gute Gründe, das Gesundheitssystem mittel- bis langfristig in Richtung einer integrierten, Sektoren übergreifenden Versorgung so umzugestalten, dass die Gesundheit der Bevölkerung und die Versorgungsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, kranken und alten Menschen ins Zentrum der Gesundheitspolitik rücken. Zugleich gibt es klare Alternativen zur politisch forcierten Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens, und zwar durch Kooperation und Vernetzung. Ermutigende Ansätze sind in Bayern bereits vorhanden, wie einige Beispiele zeigen:

• Praxisnetze mit lokaler oder regionaler Ausrichtung, z. B. das Praxisnetz Nürnberg Nord (ge-

- gründet 1997) oder das Praxisnetz Nürnberg Süd (gegründet 1999)
- Netzwerke zur integrierten Versorgung, z. B. das Mammanetz in Augsburg
- Ausbau von kommunalen Krankenhäusern zu Gesundheitszentren, z. B. in Starnberg
- Klinikverbünde auf kommunaler Ebene, z. B. das Städtische Klinikum München oder das Klinikum Nürnberg (größtes kommunales Krankenhaus Europas)
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in enger Kooperation mit stationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen
- Alternativen zur Privatisierung kommunaler Kliniken im Rahmen der "interkommunalen Zusammenarbeit", z. B. Einkaufsgemeinschaften wie die "Einkaufsgemeinschaft Kommunaler Krankenhäuser eG im Deutschen Städtetag", regionale Krankenhausverbünde oder Netzwerke etc.

Vorhandene Initiativen und Modellprojekte sollten zunächst gebündelt und der Stand zur integrierten Versorgung in Bayern dokumentiert sowie Erfahrungen ausgewertet werden, um daraus Erkenntnisse für eine zukunftsträchtige Gesundheitspolitik zu gewinnen.

3.2.3 Vermeidung von Verschwendung und Leid

Seit dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung des Gesundheitswesens von 2000/2001 zum Thema Über- und Fehlversorgung bei gleichzeitiger Unterversorgung ist auch in Deutschland die Aufmerksamkeit für überflüssige oder gar schädliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen gestiegen. Parallel dazu ist eine erhöhte Sensibilität für das Thema Korruption und Betrug im Gesundheitswesen sowie zur Frage der Vermeidung von Fehlern in der Medizin festzustellen, Stichwort: Patientensicherheit. Zugleich mehren sich Schätzungen zum Einsparpotenzial von Kosten im Gesundheitswesen, die allerdings in der Höhe erheblich schwanken.

Eine von der Arbeitgeber-finanzierten "Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM)" in Auftrag gegebene Studie beim Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) an der Universität Duisburg-Essen kommt zu dem Ergebnis, dass im deutschen Gesundheitswesen "ungenutzte Effizienzreserven in Höhe von 5,8 bis 9,8 Milliarden Euro" schlummern (Berliner Morgenpost 08.01.2009). Die Deutsche Gesellschaft für Verhal-

tenstherapie e. V. (DGVT) schätzt, dass bis zu 25 % aller Gesundheitsausgaben durch den Abbau von Verschwendung eingespart werden könnten, für 2008 wären das 65,8 Milliarden Euro (www.dgvt. info, 22.01.2010). Auf einen ähnlichen Betrag kommt ein Patientenverband, der einen "gigantischen Patientenbetrug durch Verschwendung" beklagt (www.patienten-verband.info). Der neue Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG), Jürgen Windeler, schätzt das Einsparpotenzial im Gesundheitswesen auf einen zweistelligen Milliardenbetrag (Frankfurter Rundschau 09.06.2010). Kurz: Wenngleich die Variationsbreite hinsichtlich des geschätzten Einsparpotenzials erheblich ist, besteht kein Zweifel daran, dass ein großer Teil der Gesundheitsausgaben verschwendet wird oder in dunklen Kanälen verschwindet. Im Folgenden werden dazu drei Themenfelder skizziert:

- 1. Betrug und Korruption im Gesundheitswesen
- 2. Vermeidung von überflüssiger Medizin
- 3. Vermeidung von Fehlern in der Medizin

(1) Bekämpfung von Betrug und Korruption. "Machen wir uns nichts vor - Betrug im Gesundheitswesen tötet", so lautet eine Aussage der Europäischen Konferenz über Betrug und Korruption im Gesundheitswesen im Oktober 2005. Das Europäische Netzwerk gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (EHFCN) kommt in einer aktuellen Studie zu dem Ergebnis, dass etwa 6 % aller Gesundheitsausgaben jährlich durch Betrug und Korruption verloren gehen (Deutsches Ärzteblatt 6. Oktober 2010). Nach Schätzungen von Transparency International Deutschland sind es bis zu 10 % (Transparency International Deutschland 2008). Danach sind dem deutschen Gesundheitswesen im Jahre 2008 zwischen 15,8 und 26,3 Milliarden Euro verloren gegangen und in dunkle Kanäle geflossen. Das Spektrum von Korruption und Betrug ist sehr breit und reicht von "kreativer Vertragsauslegung bis zu massivem Betrug und organisierter Kriminalität", wie ein Vertreter der Techniker-Krankenkasse es 2006 treffend ausdrückte. Leistungserbringer wie Kliniken, Ärzte, Apotheken, Pflegeeinrichtungen, Labore, sonstige Freiberufler sowie Unternehmen aus Industrie, Großund Einzelhandel und Verbände sind beteiligt, teils auch Patienten, wie Medien, Fachzeitschriften, Krankenkassen und Strafverfolgungsbehörden in den letzten Jahren aufgedeckt haben. Die Dunkelziffer dürfte indes weit über die aufgedeckten Praktiken hinausgehen, denn Korruption und Betrug geschieht stets im Verborgenen und scheut das Licht der Öffentlichkeit (Zimmermann 2008, S. 422 ff).

Eine systematische Korruptionsforschung gibt es in Deutschland bisher nicht, auch keine ausreichenden Kontrollen und keine koordinierte Bekämpfung von Betrug und Korruption. Das Bundesgesundheitsministerium beabsichtigte mit der Gesundheitsreform von 2004 die Einrichtung eines amtlichen Antikorruptionsbeauftragten, was die Pharmaindustrie jedoch verhinderte. Geblieben ist die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, "Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen" einzurichten. Auffallend ist die personell und finanziell sehr unterschiedliche Ausstattung dieser Stellen. Viele Fragen bleiben offen: Warum differieren die Aufdeckungsquoten von Krankenkassen in den jeweiligen Bundesländern so stark? Warum sind die Vorgehensweisen bei der Verfolgung von Abrechnungsbetrug so unterschiedlich? Warum wird angesichts der wirtschaftlichen Erfolge für Krankenkassen bei der Bekämpfung von Fehlverhalten nicht mehr Personal eingesetzt, obwohl der Nettogewinn ein Mehrfaches der Personalkosten beträgt? Und warum werden die im 2-Jahresabstand obligatorischen Berichte über die Aktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bekämpfung von Fehlverhalten, die sie den zuständigen Aufsichtsbehörden übermitteln müssen, nicht veröffentlicht oder zumindest den Landesparlamenten ohne explizite Aufforderung zugestellt?

Über das Ausmaß von Korruption und Betrug im Gesundheitswesen sind selbst Strafverfolgungsbehörden wie Staatsanwaltschaften und Polizei erstaunt. So bezeichnete die Frankfurter Oberstaatsanwältin Hildegard Becker-Toussaint die von der AG Ärzte aufgedeckten Straftaten im Hessischen Rundfunk 2005 als "eine unglaubliche Plünderung unserer Sozialsysteme" (www.hr-online.de, 07.11.2005). Jörg Engelhard, Leiter des Berliner Fachkommissariats "Medicus", sagte im März 2010, das deutsche Gesundheitswesen sei nicht nur äußerst kompliziert, sondern auch "unglaublich korrupt". Strafbefehle und Verurteilungen sind dennoch selten – wegen der unklaren Gesetzeslage (Focus 08.03.2010). Überdies enden Strafverfahren häufig mit gerichtlichen Vergleichen. Strukturelle Korruption und Betrug im Gesundheitswesen reichen freilich weit über kriminelle Praktiken im engen Sinne juristischer Straftatbestände nach dem Strafgesetzbuch (StGB) hinaus, weil sie auch legale oder in Graubereichen angesiedelte Strukturen und Praktiken umfassen. Daher ist und bleibt die konsequente Bekämpfung von Korruption und Betrug im Gesundheitswesen eine der zentralen politischen Aufgaben auf Bundes- wie auf Landesebene. Denn die Verschwendung

von bis zu 26 Milliarden Euro jährlich allein durch Korruption und Betrug geht auf Kosten von Versicherten und Patienten – neben den immateriellen Schäden.

(2) Vermeidung von überflüssiger Medizin. Wie im Abschnitt 2.3 "Mythos medizinisch-technischer Fortschritt" aufgezeigt, umfasst dieser Bereich ein breites Spektrum von diagnostischen und therapeutischen Leistungen einschließlich Arzneimittel. Eine seriöse Schätzung zur Gesamtsumme der in diesem Spektrum einzusparenden Kosten liegt bisher nicht vor. Die vom Patientenverband genannte Summe für "Leistungsausweitung" und "Medikamenten-Chaos" in Höhe von 30 Milliarden Euro ist nicht hinreichend mit empirischen Fakten und Quellen belegt (www.patienten-verband.de). Allenfalls liegen mehr oder minder vage Schätzungen zu den Größenordnungen vor, die im Gesundheitswesen eingespart werden könnten, darunter im Arzneimittelbereich, wo teils obszöne, teils weit überteuerte und unregulierte Preise für Medikamente bemängelt werden. Nach früheren Schätzungen des Pharmakologen Peter Schönhöfer ließen sich im Gesundheitswesen allein 4 Milliarden Euro einsparen, wenn preiswertere und bewährte Medikamente verordnet würden, und zwar ohne Qualitätseinbußen (Die Zeit 12.06.2003).

Nach Erkenntnissen der Ärzteinitiative "Mezis" (Mein Essen zahle ich selbst), die keine Pharmareferenten in ihren Praxen empfangen, werden 20 % weniger Medikamente verordnet (Arne Schäffler, Mitglied von Mezis, Interview Stern 17.03. 2008; www.mezis.de). Das entspräche etwa 6 Milliarden Euro bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Verschiedene deutsche und internationale Studien und Meta-Analysen weisen eindeutig nach, dass sich Ärzte in ihrem Verordnungsverhalten von der Pharma-Industrie beeinflussen lassen, auch wenn sie dies selbst nicht zugeben. Sie verschreiben häufiger, qualitativ schlechtere und teurere Medikamente – auf Kosten von Patienten und Krankenkassen (Gerd Marstedt, Fo-

rum Gesundheitspolitik 15.11.2010; Sachverständigenrat 2005, S.287 ff). Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung in Bayern, Axel Munte, forderte bereits 2006, Pharmareferenten müssten "raus aus den Praxen" (KVB Impuls 2/2006). Eine weitere Möglichkeit, Arzneimittelkosten wirksam zu senken, ist die Einführung einer *Positivliste*, wie es sie in anderen europäischen Ländern gibt und seit langem von renommierten Medizinern in Deutschland gefordert wird, bisher jedoch von der Pharmaindustrie verhindert wurde.

Fest steht, dass zahlreiche diagnostische und therapeutische Interventionen im stationären wie im ambulanten Bereich nicht nur überflüssig sind, sondern auch schädlich oder gar lebensgefährlich für Patienten sein können. Die Beantwortung der Frage, wie Überdiagnostik und Übertherapie in Verbindung mit dem sich ausbreitenden "hochgerüsteten, apparativen Medizinbetrieb" (Michael de Ridder) sowie die Verschwendung von Milliarden Euro im Gesundheitswesen vermieden oder zumindest eingedämmt werden können – neben unnötigen Leiden und Ängsten von Patienten – ist eine der zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen der Zukunft.

(3) Vermeidung von Fehlern in der Medizin. Nach Schätzung der EU-Kommission treten bei 8 bis 12 % aller Krankenhauspatienten unerwünschte Ereignisse auf, darunter Infektionen, falsche Diagnosen, Fehler bei chirurgischen Eingriffen oder Medikationsfehler (Deutsches Ärzteblatt 05.01.2009). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens wertete vorliegende Studien aus und kam in seinem Gutachten von 2007 zu folgenden Größenordnungen allein in Krankenhäusern, die mit Sicherheit nicht überhöht sind – umgerechnet auf die Anzahl der im Jahre 2008 behandelten Patienten in Deutschland von 17.519.579 und in Bayern von 2.736.316 (Tab. 7).

Nach Berechnungen des Sachverständigenrates aus dem Jahre 2003, die sich auf Studien aus dem

Tab. 7 Krankenhäuser: Ereignisse – Schäden – Fehler					
	Deutschland	Bayern			
5–10 % unerwünschte Ereignisse	875.797 – 1.751.958	136.816 – 273.632			
2–4 % vermeidbare Schäden	350.392 – 700.783	54.725 – 109.453			
1 % Behandlungsfehler	175.196	27.363			
0,1 % vermeidbare Todesfälle	17.520	2.736			

Datenquellen: GBE Bund; Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2010; eigene Berechnungen

angloamerikanischen Bereich stützten, schätzte dieser die vermeidbaren Todesfälle aufgrund unerwünschter Folgen medizinischer Interventionen in Krankenhäusern mit 0,2 bis 0,5 % sehr viel höher ein (Sachverständigenrat 2003, S. 140 ff). Danach wären in Deutschland im Jahre 2008 von allen Krankenhauspatienten zwischen 35.000 bis 88.000 Menschen an den Folgen von Behandlungsfehlern verstorben. In Bayern wären 2008 zwischen 5.500 und 13.700 Krankenhauspatienten gestorben. Damit würden weitaus mehr Bayern an den Konsequenzen medizinischer Diagnostik und Therapie versterben als an allen äußerlichen Todesursachen wie Unfälle und Suizide (4.177 in 2008; Datenquelle: Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, GBE Indikator K 7.26). Die vermeidbaren Kosten im Krankenhaus durch unerwünschte Ereignisse werden auf ca. 5 % geschätzt (Sachverständigenrat 2007, S. 540), das sind 2008 in Deutschland rund 3,6 Milliarden Euro, in Bayern 592 Millionen Euro.

Ein erheblicher Teil der unerwünschten Ereignisse in Krankenhäusern beruht auf Medikationsfehlern (unerwünschte Arzneimittelwirkungen, kurz: UAW), z. B. Verordnungsfehler, Dosierungsfehler, Falschanwendung, Zubereitungsfehler, Aufklärungsfehler oder Missbrauch. Von allen Krankenhausaufnahmen beruhen mindestens 3 % auf unerwünschten Arzneimittelwirkungen, davon 0,1 % aufgrund tödlicher Nebenwirkungen – in Deutschland entspricht dies 17.520 Todesfällen im Jahre 2008. Die Behandlungskosten aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkungen liegen zwischen 5 und 9 % der gesamten Krankenhauskosten, das sind für Deutschland im Jahre 2008 zwischen 3,6 und 6,5 Milliarden Euro, in Bayern zwischen 592 und 1.065 Millionen Euro (vgl. Sachverständigenrat 2007, S. 523 ff).

Im ambulanten Bereich sind Medikationsfehler kaum erforscht. Da rund zwei Drittel aller Medikamente in ambulanten Arztpraxen verschrieben werden, dürfte die Fehlerrate erheblich sein, zumal Millionen von Patienten gleichzeitig verschiedene Präparate einnehmen. Daniel Grandt, Chefarzt für Innere Medizin am Klinikum Saarbrücken, sagte kürzlich, einzelne Patienten bekämen bis zu 19 oder noch mehr verschiedene Arzneimittel verschrieben. "Das bedeutet, der Patient muss 30 und mehr Tabletten pro Tag einnehmen. Das kann gar nicht gesund sein." (BARMER GEK Gesundheit konkret, 4/2010) Der Sachverständigenrat schätzt, dass etwa 13 % aller ambulanten Patienten ernsthaft von unerwünschten Arzneimittelwirkungen betroffen sind (Sachverständigenrat 2007, S. 530). Die Folgekosten von Medikationsfehlern im ambulanten Bereich einschließlich der ambulanten und stationären Pflege sind nicht bekannt.

Wie das Verbundprojekt "Priscus" aufgezeigt hat, sind vor allem ältere Patienten ab 65 Jahre von unerwünschten Arzneimittelwirkungen betroffen. Fast die Hälfte aller Arzneimittelverordnungen geht an diese Altersgruppe, obwohl sie nur gut ein Fünftel der Bevölkerung darstellen. Fast jeder dritte Patient erhält mindestens ein Arzneimittel, das für ältere Menschen ungeeignet ist. Die in der Priscus-Liste aufgeführten Arzneimittel enthält 83 Wirkstoffe, die für Patienten ab 65 Jahre ungeeignet sind, darunter Antidepressiva und Neuroleptika, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Mittel gegen Psychosen und einige Herz-Kreislauf-Präparate wie Blutdrucksenker. Sie verursachen u. a. Schwindelgefühle, Stürze und Brüche wie Oberschenkelhals- oder Hüftfrakturen mit der Folge von stationären Aufenthalten, psychiatrischen Reaktionen und geistigen Beeinträchtigungen. Zwischen 15 und 20 % der Patienten, die zu Hause leben, und fast 40 % der Pflegeheimbewohner erhalten potenziell gefährliche Medikamente. Da ältere Menschen oft multimorbid sind und demzufolge mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen (Polypharmakotherapie), potenzieren sich die Gefahren. Der Leitende Oberarzt des Evangelischen Geriatriezentrums in Berlin, Heiner Berthold, sagte gegenüber dem ARD-Magazin Report Mainz am 9. August 2010: "Wir haben einfach ein Wissensdefizit, uns fehlt die Wissensbasis der Arzneimitteltherapie beim alten Menschen. Wenn ein Arzneimittel durch die pharmazeutische Industrie entwickelt wird, dann wird es meistens bei gesunden Erwachsenen getestet und selten in der Zielgruppe der alten Menschen, die viele Erkrankungen, auch viele Arzneimittel haben. Und man muss ganz klar sagen, dass uns gute Studien in dieser Gruppe von Patienten fehlen." (SWR 09.08.2010 "Gefährliche Pillencocktails"; weitere Quellen: Deutsches Ärzteblatt 9. August 2010 und 17. Dezember 2010; www.pharmazeutische-zeitung.de; Bundesverband, Pressemitteilung 03.12.2010; Stern 09.08.2010) Dieses Beispiel verweist u. a. auf den dringend notwendigen Ausbau der Versorgungsforschung in der Altersgruppe ab 65 Jahre sowie auf strengere Zulassungsbedingungen für Arzneimittel – und nicht deren Lockerung, wie bei der Verabschiedung des Neuordnungsgesetzes für Arzneimittel (AMNOG) geschehen.

Hinzu kommen *Behandlungsfehler* in Diagnostik und Therapie oder Fehler bei der Bedienung von

medizinischen Geräten, z. B. in Operationssälen oder auf Intensivstationen. Dazu liegen allenfalls einzelne Studien vor, aber keine seriösen Schätzungen zum Gesamtausmaß solcher Fehler und zu den Größenordnungen der durch sie verursachten Kosten im stationären und ambulanten Bereich. Aktenkundig gewordene Behandlungsfehler bei Beschwerdestellen sind wahrscheinlich nur die Spitze des Eisbergs: "Die juristische Perspektive unterschätzt die Häufigkeit von Schäden ungefähr um den Faktor 1: 30, da nur zwischen 1 % und 5 % aller Schäden einer rechtlichen Klärung zugeführt werden." (Sachverständigenrat 2007, S. 463; vgl. Aktionsbündnis Patientensicherheit 2006)

Außer den monetären Kosten für das Gesundheitswesen verursachen Behandlungs- und Medikationsfehler viel unnötiges Leid von Patienten und immaterielle Schäden oder führen sogar zum Tod von Menschen – Folgen, die vermeidbar wären. Aber nicht nur Patienten, sondern auch die Beschäftigten z. B. in Krankenhäusern sind davon betroffen. So kommen einige nationale und internationale Studien zu dem Ergebnis, dass sich aufgrund des Kostendrucks die *Arbeitsbedingungen* von Ärzten und Pflegekräften in den letzten Jahren erheblich verschlechtert haben, z. B. durch Rationalisierung, Arbeitsverdichtung, erhöhter Arbeitsdruck, Zunahme von Stress, Mehrarbeit und Überstunden, Perso-

nalabbau mit der Folge von personellen Engpässen etc. (Überblick in: Zimmermann 2008). Es mehren sich Hinweise auf den engen Zusammenhang zwischen den verschärften Arbeitsbedingungen des Klinikpersonals und Einbußen in der Behandlungsqualität der Patienten, wie die sich häufenden Berichte über "alarmierende" Zustände in Kliniken und Pflegeheimen zeigen.

Schlussbemerkung: Gesundheit ist nicht nur ein privates, sondern ebenso ein öffentliches Gut, das besonders zu schützen ist. Sie ist Grundvoraussetzung zum Leben und zum Handeln. Gesundheit ist in Deutschland ein verfassungsrechtlich garantiertes Grundrecht und gemäß der UN-Menschenrechtscharta ein Menschenrecht. Das Gesundheitswesen ist eine tragende Säule des Sozialstaates. Die Erhaltung und Förderung der Bevölkerungsgesundheit sowie die Versorgung von kranken und alten Menschen ist eine zentrale Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge, die nicht an die Privatwirtschaft delegiert werden darf. Die auch in Bayern zu beobachtende schleichende Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens kann und muss gestoppt und gesundheitspolitisch als öffentliche Gestaltungsaufgabe verstanden werden. Ihre Legitimation gründet in der Bayerischen Verfassung und in den Grundwerten einer humanen und solidarischen Gesellschaft.

Ein profitorientiertes Gesundheitswesen ist ein Oxymoron, ein Widerspruch in sich. In dem Augenblick, in dem Fürsorge dem Profit dient, hat sie die wahre Fürsorge verloren. Dieser moralische Widerspruch lässt sich nicht mehr reparieren.

Bernhard Lown

Mediziner und Friedensnobelpreisträger (in: Lown 2004, S. 16)

Wenn die utopischen Oasen austrocknen, breitet sich eine Wüste von Banalität und Ratlosigkeit aus.

> **Jürgen Habermas** Philosoph und Soziologe

Literaturverzeichnis

Aktionsbündnis Patientensicherheit (Hrsg.) (2006): Agenda Patientensicherheit 2006. Witten Angell, Marcia (2005): Der Pharma-Bluff. Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist. Bonn/Bad Homburg

Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Handwerkskammern: www.hwk-bayern.de

Arbeitskreis Dienstleistungen (2009): Öffentliche Dienstleistungen: unverzichtbarer Baustein der Daseinsvorsorge! Zwei Jahrzehnte Privatisierung: Bilanz und Ausblick. WISO Diskurs. Hrsg. Friedrich-Ebert-Stiftung. Juni 2009. Bonn

ARD (Erstes Deutsches Fernsehen) – verschiedene Magazine und Quellen: www.daserste.de arzneimittel-telegramm:

www.arznei-telegramm.de

Ärztezeitung: www.aerztezeitung.de

Augurzki, Boris; Beivers, Andreas; Neubauer, Günter; Schwierz, Christoph (2009): Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Essen Bäcker, Gerhard (2008): Lohnnebenkosten als Dreh- und Angelpunkt für den Arbeitsmarkt? In: Soziale Sicherheit 10/2008, S. 338–343

Barmer GEK Pflegereport 2010: s. Rothgang u. a. Barmer GEK Arztreport (Hrsg.) (2010): Auswertungen zu Daten bis 2008. Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben. Schwäbisch-Gmünd Barmer Ersatzkasse BEK (Hrsg.) (2009): BARMER-Gesundheitsreport 2009. Wuppertal

Barmer GEK (Hrsg.): Gesundheit konkret: www. barmer-gek.de

Bayerischer Landtag. Drucksache 16/2564 vom 25.11.2009

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Gesundheitsreport Bayern. Erlangen

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL): www.lgl.bayern.de Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2007): Gesundheit regional. Gesundheitsberichterstattung für Bayern 3. Eine Untersuchung zu regionalen Unterschieden des Gesundheitsverhaltens. Erlangen

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (Hrsg.) (2010): Krankenhausstatistik 2009: Grunddaten, Diagnosen und Kostennachweis. München

Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.) (2009): Zweiter Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern. München

Beckert, Jens: Die Anspruchsinflation des Wirtschaftssystems. MPIfG Working Paper 09/10. (Ar-

beitspapier Max-Plack-Institut für Gesellschaftsforschung). Köln. September 2009

Bechmann, Sebastian (2007): Gesundheitssemantiken der Moderne. Eine Diskursanalyse der Debatten über die Reform der Krankenversicherung. Berlin

Berliner Morgenpost: www.morgenpost.de **Bertelsmann-Stiftung:** Projekt "Gesundheitsmonitor". www.bertelsmann-stiftung.de

Beyer, Thomas (2010): Solidarität statt sozialer Kälte. Lage und Perspektiven der Sozialpolitik in Bayern. Hrsg.: Arbeiterwohlfahrt Landesverband Bayern; Friedrich-Ebert-Sfitung BayernForum. Forum Sozialpolitik. München

Bieback, Karl-Jürgen (2010): Ausweitung des Pflichtversicherungskreises in der GKV. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs. Dezember 2010. Bonn

Bild der Wissenschaft: www.wissenschaft.de **BKK Bundesverband (Hrsg.) (2009):** BKK Gesundheitsreport 2009. Gesundheit in Zeiten der Krise. Essen

Blätter für deutsche und internationale Politik: www.blaetter.de

Böcken, Jan; Braun, Bernhard; Amhof, Robert (Hrsg.) (2007): Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh Böckler-Impuls (Hrsg.: Hans-Böckler-Stiftung): www.boeckler.de

Böhlke, Nils; Gerlinger, Thomas; Mosebach, Kai; Schmucker, Rolf; Schulten, Thorsten (Hrsg.) (2009): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. Hamburg

Bormann, René; Fiedler, Eckart; Hermann, Christopher; Knieps, Franz; König, Peter; Lang, Armin; Naegele, Gerhard; Reichert, Monika; Rothgang, Heinz; Schaeffer, Doris (2009): Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft. Diskussionspapier des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs. Juni 2009. Bonn

Bosbach, Gerd; Bingler, Klaus (2008): Droht eine Kostenlawine im Gesundheitswesen? Irrtümer und Fakten zu den Folgen einer alternden Gesellschaft. In: Soziale Sicherheit 1/2008

Braun, Bernhard; Kühn, Hagen; Reiners, Hart-mut (1998): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main

Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen (BAGP): www.gesundheits.de/bagp

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): www.bmg-bund.de

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS): Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. (ohne Ort, ohne Jahr; erschienen: 2008)

Bürgergutachten für Gesundheit (2004): Im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. Erarbeitet von Bürgerinnen und Bürgern Bayerns. Hrsg. von der Gesellschaft für Bürgergutachten. München und Landshut

DAK Forschung (Hrsg.) (2009): DAK-Gesundheitsreport 2009. Hamburg

Demografische Forschung – Aus erster Hand. Hrsg.: Max-Planck-Institut für demografische Forschung. Rostock: www.demografische-forschung.org Deppe, Hans-Ulrich; Burkhardt, Wolfram (Hrsg.) (2002): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zur Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. Hamburg

Der Freitag: www.freitag.de **Der Spiegel:** www.spiegel.de

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin

(DEGAM): www.degam.de

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

e. V. (DGVT): www.dgvt.info

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW): www.diw.de

Deutsche Rentenversicherung: DRV-Statistik. www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsches Ärzteblatt: www.aerzteblatt.de
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin

e. V.: www.ebm-netzwerk.de **Deutschlandradio:** www.dradio.de

Deveraux, P. J. u. a. (2004): Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. In: Canadian Medical Association Journal CMAJ, 8/2004, S. 1817–1824

Die Zeit: www.zeit.de

Dunkel, Wolfgang; Kratzer, Nick; Menz, Wolfgang, Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung e. V. – ISF München (2009): Arbeit und Gesundheit in Zeiten des Umbruchs. Ergebnisse aus dem Projekt PARGEMA. In: BKK Bundesverband (Hrsg.) (2009): BKK Gesundheitsreport. Gesundheit in Zeiten der Krise. Essen

Elsner, Gine; Gerlinger, Thomas; Stegmüller, Klaus (Hrsg.) (2004): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg

Europäische Arzneimittelbehörde (EMEA):

www.emea.europa.eu

Eurostat (Europäische Statistikbehörde): epp. eurostat.ec.europa.eu

Eurostat/European Commission (2009): Taxation trends in the European Union. Brüssel

Felder, Stefan (2008): Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende. In: GGW 4/2008. S. 23–30

Financial Times Deutschland (FTD): www.ftd.de **Focus:** www.focus.de

Forum Gesundheitspolitik:

www.forum-gesundheitspolitik.de (verschiedene Autoren, z. B. Bernhard Braun, Gerd Marstedt, David Klemperer, Jens Holst u. a.)

Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ):

www.faz.net

Frankfurter Rundschau: www.fr-online.de

Gehl, Günter (Hrsg.) (2007): Tatort Gesundheitsmarkt. (Wirtschafts-)Kriminalität in ihrer gesellschaftspolitischen Dimension. Weimar

GEK-Pflegereport 2009: Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. Schwäbisch-Gmünd. November 2009

GEK-Gesundheitsreport 2003: Ergebnisse der Auswertungen zum Schwerpunktthema "Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem". Kurzfassung vom 28.04.2003

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):

www.g-ba.de

Gemmill, Marin C.; Thomson, Sarah; Mossialos, Elias (2008): What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. In: International Journal for Equity in Health. 2008, 7:12, S. 1–22

Gerlinger, Thomas (2010): Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) (Bundestagsdrucksache 17/3040). Stellungnahme. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld 23.10.2010

GGW: www.wido.de/ggw-herausgeber.html

German Foreign Policy:

www.german-foreign-policy.com/de

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund): www.gbe-bund.de

Glaeske, Gerd (2009): Auswirkungen von Privatisierungen im Gesundheitswesen auf Daseinsvorsorge und Behandlungsqualität. In: Arbeitskreis Dienstleistungen der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Mehr Qualität durch Privatisierung? Innovative Rezepte für öffentliche Dienstleistungen. Experten-

gespräch III. Das Gesundheits- und Pflegesystem als Patient: Innovative Rezepte für gute Behandlungsqualität und gute Arbeitsbedingungen. Expertengespräch des Arbeitskreises Dienstleistungen. 05.03.2009. Berlin

Göckenjan, Gerd (2008): Sterben in unserer Gesellschaft – Ideale und Wirklichkeiten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 4/2008. S. 7–14

Greß, Stefan (2010): Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft. Bewertung unterschiedlicher Optionen. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs. Dezember 2010. Bonn

Handelsblatt: www.handelsblatt.com **Hans-Böckler-Stiftung:** www.boeckler.de **Hessischer Rundfunk:** www.hr-online.de

Hilbert, Josef; Evans, Michaela (2009): Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und Pflegedienste innovativ gestalten. Arbeitskreis Dienstleistungen. Hrsg. Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs. Mai 2009. Bonn

Holst, Jens (2008): Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). WZB Discussion Paper 2008-305 Institut für Gesundheits- und Sozialforschung

(IGES) (2010): Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherung vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung. Berlin

IGES/BASYS (Hrsg.) (2004): Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich. Berlin/ Augsburg

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): www.iqwiq.de

Jahoda, Marie; Lazarsfeld, Paul F.; Zeisel, Hans (1975): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen lang andauernder Arbeitslosigkeit. Mit einem Anhang zur Geschichte der Soziographie. Frankfurt am Main

Jobelius, Sebastian (2010): Die psycho-sozialen Herausforderungen der modernen Arbeitswelt. Hrsg. Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO direkt. Juli 2010. Bonn

Joebges, Heike; Logeay, Camille; Sturn, Simon; Zwiener, Rudolf (2009): Deutsche Arbeitskosten im europäischen Vergleich: Nur geringer Anstieg. Auswertung der aktuellen Eurostat-Statistik für 2008. IMK Report Nr. 44, Dezember 2009. Düsseldorf

Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) (Hrsg.): KVB impuls 2/2006. www.kvb.de

Kieselbach, Thomas (2009): Gesundheit in der Unternehmensrestrukturierung. Empfehlungen der EU-Expertengruppe HIRES (Health in Restructuring). In: BKK Bundesverband (Hrsg.) (2009): BKK Gesundheitsreport. Gesundheit in Zeiten der Krise. Essen

Kohler, Martin; Ziese, Thomas (2004): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hrsg.: Robert-Koch-Institut. Berlin

Kühn, Hagen (2006): Der Ethikbetrieb in der Medizin. Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung. Diskussionspapier SP I 2006-303. Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin (WZB)

Kühn, Hagen (2004): Demografischer Wandel und demografischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung. In: Blätter für deutsche und internationale Politik. Nr. 6/2004

Kühn, Hagen (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In: Elsner, Gine; Gerlinger, Thomas; Stegmüller, Klaus (Hrsg.) (2004): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg

Lampert, Thomas; Mielck, Andreas (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. In: G+G Wissenschaft. April 2008. S. 7–16

Lampert, Thomas; Kroll, Lars Eric; Dunkelberg, Annalena (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. 15. Oktober 2007. S. 11–18

Lindner, Ulrike: Chronische Gesundheitsprobleme. Das deutsche Gesundheitssystem vom Kaiserreich bis in die Bundesrepublik. In: Aus Politik und Zeitgeschichte B 33–34/2003. 11.08.2003

Lown, Bernhard (2004): Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken. Frankfurt am Main

Lüngen, Markus; Büscher, Guido (2010): Anmerkungen zum geplanten Sozialausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Studien zur Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Nr. 02/2010 vom 07.10.2010. Forschungsberichte des Instituts für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität Köln. www.igke.de/SGMG

Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung (2010): Für eine zukunftssichere Krankenhauslandschaft in Deutschland. Ein 7-Punkte-Programm zur Reform der Krankenhäuser. Bonn

Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung (2005): Wachstumsfeld Gesundheit? Reformen für mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Eigenverantwortung. Bonn

Manifest: Wissenschaftler/innen fordern Neubewertung der HPV-Impfung und ein Ende der irreführenden Informationen. 25.11.2008

Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung (MPIfG): www.mpifq.de

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK): www.mdk.de

Memorandum "Das optimierte Gehirn" (2009): In: Gehirn & Geist, Oktober 2009

MEZIS (Mein Essen zahle ich selbst):

www.mezis.de

Mielck, Andreas (2007): Erklärungsmodelle regionaler Gesundheitsunterschiede. Fachinformation Gesundheit. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz für das Projekt "Gesundheit regional". Eine bevölkerungsrepräsentative Befragung zum Gesundheitsverhalten in Bayern. Hrsg.: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Erlangen

Mühlhäuser, Ingrid (2008): Ich sehe keinen Grund für eine Entwarnung. Ein Gespräch mit Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhäuser über Nutzen und Risiken der Hormonersatztherapie. In: Ars Medici 13/2008. S. 564–565

NachDenkSeiten – Die kritische Website:

www.nachdenkseiten.de

Neue Züricher Zeitung (NZZ): www.nzz.ch

Niephaus, Yasemin (2009): Multidimensionale Deprivation: Armutsgefährdung und medizinischgesundheitliche Versorgung. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research Nr. 157. Berlin. Februar 2009

OECD Health Data:

www.oecd.org/health/healthdata

OECD: www.oecd.org

Patientenverband: www.patienten-verband.de

Pharmazeutische Zeitung online:

www.pharmazeutische-zeitung.de

Redberg, Rita F.; Walsh, Judith (2008): Pay Now, Benefits May Follow – The Case of Cardiac Computer Tomographic Angiography. In: N Engl J Med 27/2008

Reiners, Hartmut (2009): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern

Reiners, Hartmut (2006): Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen. Diskussionspapier SP I 2006-305. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin

Reiners, Hartmut; Schnee, Melanie (2007): Hat die Praxisgebühr eine nachhaltige Steuerungswirkung? In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Amhof, Robert (Hrsg.) (2007): Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen

aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI): www.rwi-essen.de

Rinckens, Stephan (2009): Psychopharmaka in der Klinik. Eine Gradwanderung in sich wandelnder Landschaft. In: Soziale Psychiatrie 03/2009. S. 11–14

Ritzmann, Iris (2009): Die Angstmacherei ist auch eine Seuche. Universität Zürich

Robert-Koch-Institut: www.rki.de

Rosenbrock, Rolf (2008): Primärprävention – Was ist das und was soll das? Diskussionspapier SP I 2008-303. Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB). Berlin

Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern. 2. Aufl.

Rosenbrock, Rolf; Kümpers, Susanne (2006): Die Public Health Perspektive. Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern. In: Wendt, Claus; Wolf, Christian (Hrsg.) (2006): Soziologie der Gesundheit. Sonderheft 46/2006 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Wiesbaden

Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer (2010): Barmer GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. St. Augustin

Rückert, Ina-Maria; Böcken, Jan; Mielck, Andreas (2008): Are German patients burdened by the practice charge for physician visits ('Praxisgebuehr')? A cross sectional analysis of socio-economic and health related factors. In: BMC Health Services Research, 13 S.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Bonn

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Bonn

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5670, 09.06.2005. Berlin

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003. Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Deutscher Bundestag, Drucksache 15/530. 26.02.2003. Berlin

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Deutscher Bundestag Drucksache 14/6871. 31.08.2001

Schneider, Thomas (2010): Diagnose behandlungsbedürftig – Patientenrecht in Deutschland. Hrsg. Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO direkt. Juni 2010. Bonn

Simon, Michael (2008): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in die Struktur und Funktionsweise. Bern. 2. Aufl.

Spiegel online: www.spiegel.de

Statistisches Bundesamt: www.destatis.de

Steiner, Udo (2009): Zur Lage des Arztes als freiem Beruf. In: Ahrens, Jans-Jürgen; Bar, Christian von; Fischer, Gerfried; Spickhoff, Andreas; Taupitz, Jochen (Hrsg.) (2009): Medizin und Haftung. Festschrift für Erwin Deutsch zum 80. Geburtstag. Berlin/Heidelberg. S. 636–646

Stern: www.stern.de

Süddeutsche Zeitung: www.sueddeutsche.de

Südkurier: www.suedkurier.de **Tagesspiegel:** www.tagesspiegel.de

tageszeitung: www.taz.de

Tiemann, Oliver; Schreyögg, Jonas (2009): Effects of Ownership on Hospital Efficiency in Germany. In: Business Research 33. BuR-Business Research. Official Open Access Journal of VHB Verband der Hochschullehrer für Betriebswirtschaft e. V. Vol. 2, December 2009. S. 114–145

Transparency International – Deutschland e. V. (2008): Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen – Kontrolle und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe. Grundsatzpapier von Transparency Deutschland. Stand Juni 2008. Berlin. www.transparency.de

UNICEF: Zur Lage der Kinder in Industrieländern 2010. Pressemitteilung 14.01.2010. www.unicef.de **Vaupel, James W. (2010):** Eine angeborene Lebensspanne gibt es nicht. Alterungsprozess beim Menschen verschiebt sich um etwa ein Jahrzehnt. In: Demografische Forschung – Aus Erster Hand 2/2010. S. 4

Verband demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää): www.vdaeae.de

Trivedi, Armal N.; Moloo, Husein; Mor, Vincent (2010): Increased Ambulatory Care Copayments and Hospitalizations among the Elderly. In: New England Journal of Medicine 362;4, 28. Januar 2010, S. 320–328

Weinmann, Stefan (2009): Expertendialog: Neuroleptika-Behandlung. Thesen zu gegenwärtigen Paradigmen in der Psychiatrie. In: Soziale Psychiatrie 3/2009, S. 29

Welt online: www.welt.de

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa (Hrsg.) (1998): Gesundheit 21. Eine Einführung zum Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe "Gesundheit für alle", Nr. 5. Kopenhagen

Weltgesundheitsorganisation (WHO):

www.who.int

Wilkinson, Richard; Picket, Kate (2009): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Frankfurt am Main

Wirtschaftswoche: www.wiwo.de

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO):

www.wido.de

Wörz, Markus (2008): Erlöse – Kosten – Qualität: Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied? Wiesbaden

Ziegler, Uta; Doblhammer, Gabriele (2010): Zahl der Betroffenen steigt auf mindestens zwei Millionen. Prognose der Demenzfälle in Deutschland bis zum Jahr 2050. In: Demografische Forschung – Aus Erster Hand 3/2010. S. 4

Zimmermann, Doris A. (2008): Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen. Kritische Analysen, Alternativen und Potenziale. Bad Homburg v. d. H.

Weitere Veröffentlichungen der Friedrich-Ebert-Stiftung: als pdf zum Downloaden: http://library.fes.de/inhalt/digitale-bibliothek.htm

Glaeske, Gerd (2011): Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung. Vorschläge zur notwendigen Weiterentwicklung und Umgestaltung unseres Gesundheitswesens. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn

Greß, Stefan (2010): Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik schafft mehr Probleme als Lösungen. Aushöhlung des Solidaritätsprinzips, einseitige Belastung der Versicherten, noch mehr Klientelpolitik. Expertise im Auftrag des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn

Greß, Stefan; Rothgang, Heinz (2010): Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland. Vorschläge für ein Maßnahmebündel jenseits der Kopfpauschale. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn

Zwiener, Rudolf (2011): Finanzierungsalternativen für zusätzliche Gesundheitsausgaben. Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn

Die Autorin



Dr. rer. soc. Doris A. Zimmermann

Sozialwissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin in Forschung und Lehre, seit 2002 freiberuflich tätig

Hauptarbeitsgebiete:

Sozialforschung, wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von Projekten, Gesundheitswesen (Public Health), Rechtsextremismus, berufliche und politische Bildung



Publikationen des BayernForums der Friedrich-Ebert-Stiftung



Nora Langenbacher Dietmar Molthagen

Rechtsextremismus? Nicht mit mir!

Grundwissen und Handwerkszeug für Demokratie

Nachdruck für das BayernForum der Friedrich-Ebert-Stiftung



Gerhard Engel Stefan Rappenglück **Jugendpolitik im Aufwind?**

Stand und Empfehlungen zur Umsetzung des Berichts der Enquête-Kommission "Jungsein in Bayern" des Bayerischen Landtags



Jürgen Heckel
Kommunizieren
lernen ...

Anregungen zur Selbsthilfe



Prof. Dr. Jutta Schöler Prof. Dr. Kerstin Merz-Atalik Dr. Carmen Dorrance

Auf dem Weg zur Schule für alle?

Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Bildungsbereich: Vergleich ausgewählter europäischer Länder und Empfehlungen für die inklusive Bildung in Bayern



Herausgegeben vom BayernForum der Friedrich-Ebert-Stiftung

Medien und Politik

50 Münchner Mediengespräche



Thomas Beyer

Solidarität statt
sozialer Kälte

Lage und Perspektiven der Sozialpolitik in Bayern

Die Publikationen können kostenfrei angefordert werden über **bayernforum@fes.de** oder als PDF zum downloaden: **http://www.fes.de/sets/s_pub.htm**



Die Friedrich-Ebert-Stiftung ist im Qualitätsmanagement zertifiziert nach EFQM (European Foundation for Quality Management): Committed to Excellence

> BayernForum der Friedrich-Ebert-Stiftung: Alina Fuchs M.A. Horst Schmidt M.A.

> > Sekretariat:

Christa Hille, Tilmann Janner, Brigitte Schurer, Marie-Luise Tremmel

Tel.: 089/51 55 52 40 Fax: 089/51 55 52 44 E-mail: bayernforum@fes.de Internet: www.bayernforum.de