

# **Krankenversorgung und Gesundheitssicherung**

## **Perspektiven der Gesundheitspolitik**

---

Dr. Ernst-Ulrich Huster, geboren 1945 in Welbsleben/Mansfelder Gebirgskreis, studierte Politikwissenschaft und Germanistik, promovierte 1976 zum Dr. phil und ist z. Z. Hochschulassistent am Institut für Politikwissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen.

### **Aktuelle Maßnahmen zur „Kostendämpfung“ im Gesundheitswesen**

Die staatlichen Bemühungen, den rapiden Kostenanstieg im Gesundheitswesen seit Anfang der 70er Jahre zu bremsen, haben lediglich vorübergehend gewirkt, blendeten sie doch die wesentlichen Ursachen der Kostenentwicklung weitgehend aus. Während das für die Einnahmeentwicklung der Krankenkassen maßgebliche Entgelt der Versicherten - der sogenannte „Grundlohn“ - 1980 nur um 5,5 v. H. zugenommen hat, sind die Leistungsausgaben der Ge-

setzlichen Krankenversicherung (im weiteren: GKV) im selben Jahr um 8,5 v. H. angestiegen, d. h., die Steigerungsrate der Ausgaben lag um mehr als 50 v. H. über dem Zuwachs bei den Einnahmen. Infolgedessen kamen die Beitragssätze in der GKV in Bewegung, sie stiegen im Bundesdurchschnitt von 11,27 v. H. im Jahr 1979 auf 11,7 v. H. im Jahr 1981<sup>1</sup>. Angesichts stagnierender bzw. zurückgehender Reallöhne, Erhöhungen der Beiträge in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und in der Arbeitslosenversicherung bedeutete dies eine zusätzliche Belastung für die abhängig Beschäftigten, die zu staatlicher Intervention zwang.

Allerdings: Entgegen den Vorstellungen des vormaligen Arbeits- und Sozialministers Ehrenberg, der dem Kostenanstieg nicht nur mit Leistungseinschränkungen und einer stärkeren Selbstbeteiligung der Betroffenen, sondern auch mit Schnitten bei den Einkünften der Ärzte, der Apotheker und bei den Gewinnen der Pharmaindustrie sowie durch eine Einbindung der Ersatzkassen in die staatliche Kostendämpfungspolitik begegnen wollte, enthielt das schließlich im Rahmen der sogenannten „Operation '82“ verabschiedete Kostendämpfungsergänzungsgesetz letztlich nur noch Leistungseinschränkungen und eine stärkere Selbstbeteiligung der Patienten. Diese insbesondere durch das Zusammenspiel einer „liberal-konservative(n), mittelständisch orientierte(n) Minderheitenkoalition von FDP, Leistungsanbietern und Ersatzkassen“<sup>2</sup> zustande gekommene einseitige Belastung der Versicherten fand u. a. in Einschränkungen bei Kuren sowie bei der Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln ihren Niederschlag; darüber hinaus sind schon vorhandene Selbstbeteiligungselemente erweitert worden, insbesondere durch Anhebung der Rezeptblattgebühr, die Selbstbeteiligung bei Taxifahrten zu Heilbehandlungen und zum Arzt, die Umgestaltung der Eigenbeteiligung bei Zahnersatz, die Herausnahme sogenannter Bagatell-Arzneimittel und -Heilmittel aus dem Leistungskatalog u. a. m. Die Struktur der Leistungsanbieter, deren Einkommen und Gewinne blieben unangetastet.

Um die finanziellen Folgewirkungen der hohen Dauerarbeitslosigkeit zu verringern, plante die sozialliberale Koalition im Rahmen der Haushaltsgesetzgebung 1983, die Bemessungsgrundlage für die von der Bundesanstalt für Arbeit zu zahlenden Beitragsleistungen der Arbeitslosen an die Krankenkassen abzusenken und somit indirekt den Bundeshaushalt zu entlasten. Die Mindereinnahmen bei den Krankenkassen in Höhe von ca. 1,3 Mrd. DM sollten durch weitere Schnitte beim Leistungsrecht kompensiert werden. War es Anfang der 60er Jahre insbesondere die SPD, die - von massiven gewerk-

---

1 Bodo Scharf, Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik gescheitert?, in: Soziale Sicherheit, Heft 8/1981, S. 259 f

2 Bodo Scharf, Reformieren statt operieren - eine perspektivische Nachlese zur „Operation '82“ in der Sozialen Krankenversicherung und zu den DGB-Beschlüssen, in: Soziale Sicherheit, Heft 7/1982, S. 204.

schaftlichen Protestveranstaltungen unterstützt - die Einführung einer sogenannten „Selbstbeteiligung“ der Patienten zu den Krankenhauskosten kategorisch abgelehnt und die im Verein mit den Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschüssen (CDA) die damalige Regierungskoalition von CDU/CSU und FDP zur Aufgabe entsprechender Pläne gezwungen hatte, so akzeptierte die SPD nun im Juli 1982 die von der FDP massiv vorgetragenen Pläne von einer Zuzahlung zu den Krankenhauskosten.<sup>3</sup> Den Vorstellungen des wirtschaftsliberalen Flügels in der FDP von einer dringend herbeizuführenden „Tendenzwende“ - Weniger „Anspruchsmoral“, mehr Subsidiarität! - folgend, sollte jeder Patient - also auch mitversicherte Familienangehörige - während der ersten sieben Tage eines Krankenhausaufenthaltes 5 Mark pro Tag „selbst“ aufbringen. Bei Kuren war der Anteil auf 10 DM festgesetzt worden, und zwar bis zur Höchstbelastung von 300 DM. Als soziale Komponente waren allerdings Härtefallregelungen vorgesehen - mit dem Effekt, daß nun in den Leistungsbereich der GKV Bedürftigkeitsprüfungen Eingang finden würden, die bislang der Arbeitslosen- und Sozialhilfe zugeordnet waren.

Die mit dem Bruch der sozialliberalen Koalition gebildete neue Regierung aus CDU, CSU und einem Teil der FDP hat inzwischen noch weitergehende Beschlüsse gefaßt.<sup>4</sup> Man will zwar davon absehen, die Bemessungsgrundlage für die Beitragsleistungen der Bundesanstalt für Arbeit an die GKV zu senken, womit eigentlich auch diese „Begründung“ für Schnitte im Gesundheitswesen entfallen würde; gleichwohl aber soll die Eigenbeteiligung beim Krankenhausaufenthalt eingeführt werden, und zwar nun sogar für die ersten 14 Tage à 5 DM. Diese Zuzahlungspflicht soll allerdings nicht für mitversicherte Kinder unter 18 Jahren gelten. Über die „Operation '82“ hinaus sind weitere Leistungseinschränkungen geplant, allerdings vorerst noch in vagen Formulierungen. So bleibt unklar, was sich hinter der Ankündigung verbirgt, die „Bagatell- und Luxusmedizin“ sollten aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen werden. Desweiteren ist eine Stärkung des vertrauensärztlichen Dienstes geplant, wodurch die abhängig Beschäftigten schärferen Kontrollen unterworfen werden. Und schließlich soll mehr „Transparenz der Aufwendungen von Leistungen für die Versicherten in der sozialen Krankenversicherung (...) mit *Nachdruck*“ hergestellt werden. (Hervh. d. Verf.) - wie? Über Prämien/Beitragsrückerstattungen bei der Nichtinanspruchnahme von Leistungen, über gestaffelte Beitragssätze, über die Einführung einer „Grundsicherung“ - was immer das heißen mag - und zusätzlicher - „privater“ - Absicherungen bzw. Zusatztarife? Insgesamt zeichnet sich eine weitgehende Umgestaltung des derzeitigen Leistungssystems ab. Eine „Tendenzwende“ also?

---

<sup>3</sup> Vergl. Frankfurter Rundschau vom 14. Juli 1982, S. 15

<sup>4</sup> Vergl. Frankfurter Rundschau vom 2. Oktober 1982, S. 14

## Kostentreibende Faktoren im Gesundheitswesen

Der in den 70er Jahren zu verzeichnende enorme Kostenanstieg im Gesundheitswesen ist nur zu einem geringen Teil tatsächlichen Leistungsverbesserungen geschuldet. Gleichwohl sollen diese nicht unerwähnt bleiben: Die Einführung von Vorsorgeuntersuchungen und die Einbeziehung bislang unzureichend oder gar nicht versicherten Personen (Landwirte, Studenten, Behinderte in anerkannten Werkstätten oder Einrichtungen) haben durchaus auch einen Kostenanstieg bewirkt, dem im Rahmen des Solidarausgleichs mehr Leistungen oder mehr soziale Gerechtigkeit entsprach und der insofern gerechtfertigt war<sup>5</sup>. Doch von diesen - auf den Gesamtanstieg der Kosten bezogen - eher marginalen Leistungsausweitungen abgesehen, ist der Kostenschub insgesamt drei anderen Tatbeständen zuzuschreiben:

*Verändertes Krankheitsgeschehen:* Innerhalb des derzeitigen Krankheitsgeschehens dominieren Erkrankungen<sup>6</sup>, die nicht mehr oder nur noch selten heilbar sind, die aber in jedem Falle mit hohen Dauerbehandlungskosten verbunden sind. Rund 70 v. H. der Krankheits- bzw. Leistungsfälle sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen, Diabetes Melitus, Chronische Bronchitis, Rheuma, Krankheiten der Verdauungsorgane (Magen, Galle, Leber) oder Unfallfolgen. Trotz erheblicher Finanzaufwendungen stößt die kurative Medizin hier an Schranken ihrer Wirksamkeit, von wenigen Teilerfolgen abgesehen. Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen und Belastungen der natürlichen Umwelt sind in einem hohen Maße für dieses Krankheitsgeschehen mitverantwortlich. Massenarbeitslosigkeit wirkt noch problemverschärfend, so daß insgesamt der negative Trend weiterhin ungebrochen ist. So werden beispielsweise die von bösartigen Erkrankungen Betroffenen immer jünger, sinkt die Lebenserwartung insbesondere bei Männern und nimmt die Frühinvalidität zu. Dies alles bedeutet nicht nur weniger physisches und psychisches Wohlbefinden, weniger Lebensqualität und auch weniger Produktivität im Arbeitsleben, sondern zugleich stetig steigende Kosten im Gesundheitswesen. Und zwar unabhängig vom gesamtwirtschaftlichen Verlauf: Denn weder werden die gesundheitlichen Belastungen der Menschen bei verringertem Wirtschaftswachstum abgebaut - eher das Gegenteil ist der Fall -, noch werden Krankheiten dadurch geheilt oder gelindert, daß als Folge relativem oder absolutem Sinkens der Grundlohnsumme die Einnahmen der Krankenkassen schrumpfen. Insofern ist eine ausschließlich budgetorientierte Gesundheitspolitik nicht möglich.

---

5 Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), Gesundheitsbilanz 1969 - 1976

6 Vergl. hierzu Arbeitsgruppe: Alternativen der Wirtschaftspolitik, Memorandum '82, Teil B, I: Sicherung und Ausbau des Sozialstaates statt sozialer Demontage - Alternativen zur Finanzierung der Sozialpolitik, Kapitel IV: Gesundheit, Köln 1982, S. 227 ff.

*Enorme Einkünfte und Gewinne bei den Leistungsanbietern:* Seit Beginn staatlicher Normierung stehen sich im Gesundheitswesen kollektiv-solidarische Finanzierung und privatwirtschaftliche, an Gewinnen orientierte Anbieterstrukturen gegenüber<sup>7</sup>. Mit dem Monopol der niedergelassenen Ärzte bei der ambulanten Versorgung, der hohen Marktkonzentration im Pharmabereich und bei den Herstellern der Medizintechnik sowie mit den derzeitigen Strukturen der Arznei- und Heilmittelverteilung und bei den Heilberufen ist der gesamte Gesundheitssektor einer der profitabelsten Bereiche für freiberuflich Erwerbstätige und für Kapitalanleger geworden. Mittelständische Interessen insbesondere der Ärzte und die am Medizinmarkt engagierte Industrie sind dabei eine „gesundheitspolitische Symbiose“ um das Machtzentrum des Gesundheitswesens eingegangen.<sup>8</sup>

In der Gruppe der Ärzte sind derzeit die Zahnärzte die Spitzenverdiener. Die nachfolgende Tabelle zeigt, um welchen Faktor die an sich schon hohen Einkommen der Zahnärzte zwischen 1963 und 1979 mehr angestiegen sind als die durchschnittlichen Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit:

Tabelle 1

Bruttoeinkommen vor Steuern

(Praxisumsatz einschließlich Privatpraxis, minus Praxiskosten)

je niedergelassenen Zahnarzt im Vergleich zum Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit 1963 bis 1979

	1963	1967	1971	1975	1979
Zahnärzte	38628*	76933*	113998	180871	227879
Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit**	9124	12020	18216	27279	34960
Faktor, um den das Zahnärzteinkommen das durchschnittliche Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit übersteigt	4,2	6,4	6,3	6,6	6,5

\* Wert je Praxis

\*\* Einschließlich Sozialbeiträge der Arbeitgeber.

Quelle: Kostenstrukturstatistiken des Statistischen Bundesamtes, BMA, Berechnungen von Rüdiger Saekel, Die Entwicklung zahnärztlicher Einkommen im Zeitvergleich 1963-1979, in: Die Ortskrankenkasse Heft 4/1982, S. 137

7 Vergl. Frieder Naschold; Probleme einer arbeitnehmerorientierten Gesundheitspolitik, in: Die Neue Gesellschaft Heft 3/1977, S. 183 ff.

8 Hagen Kühn, Kostendämpfung durch Qualitätsverbesserung? - Probleme der gegenwärtigen Politik im Gesundheitswesen, in: WSI-Mitteilungen, Heft 10/1979, S. 538.

Zahnärzte wie auch andere Ärzte haben selbst gegenüber vergleichbaren Freiberuflern ein ungewöhnlich hohes Einkommen. So verdiente ein niedergelassener Zahnarzt 1977 mit rund 200000 DM Bruttoeinkommen vor Steuern<sup>9</sup>

23 v. H. mehr als ein niedergelassener Arzt	(159275 DM)
46 v. H. mehr als ein Rechtsanwalt	(110716DM)
59 v. H. mehr als ein Wirtschaftsprüfer	(84 882 DM)
66 v. H. mehr als ein Tierarzt	(69 291 DM)
66 v. H. mehr als Sonstige Ingenieure und	(70 302 DM)
67 v. H. mehr als ein Architekt	(67 790 DM)

Allerdings: Nicht nur die Zahnärzte, sondern auch andere am Gesundheitswesen beteiligte Gruppen von freiberuflich Tätigen liegen erheblich oberhalb des durchschnittlichen Bruttoeinkommens aus unselbständiger Arbeit in Höhe von ca. 35000 DM (1979):

Tabelle 2

Jahresbruttoeinkommen einiger freier Berufe des Gesundheitswesens im Jahre 1979 (Durchschnitt)

Berufe	Ärzte	Zahnärzte	Zahntechn. Labors	Orthopädie- mechaniker	Apotheker
Jahresbruttoeinkommen	176.114	227.900	186.000	127.000	105.000

Quelle: Deutscher Bundestag, Stenographische Berichte, 58. Sitzung vom 21. 10. 81.

Und schließlich: Die Marktpreisbildung im Bereich der Pharmaindustrie sowie die fast vollständige Handlungsabstinenz des Staates bzw. die Machtlosigkeit der Selbstverwaltung in der GKV haben bewirkt, daß das Preisniveau für Arzneimittel in der Bundesrepublik dasjenige anderer vergleichbarer westlicher Länder erheblich übersteigt (s. Tabelle 3).

Gegenüber den relativ straff organisierten Ärzteverbänden und der Marktmacht der Pharmaindustrie sind die Krankenkassen - u. a. Folge des „gegliederten“ Systems in RVO-Kassen und Ersatzkassen, aber auch bedingt durch die Binnendifferenzierung innerhalb dieser beiden Großbereiche - in sich zersplittert. Zwischen ihnen kommt es oft sogar zu einem kostentreibenden Wettbewerb.<sup>10</sup> Solange bei steigenden Lohneinkommen Beitragsanhebungen mehr

<sup>9</sup> Rüdiger Saekel, Die Entwicklung zahnärztlicher Einkommen im Zeitvergleich 1963 bis 1979, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 4/1982, S. 132 ff, hier S. 139. <sup>10</sup> Vergl. Scharf, Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik gescheitert?, a.a.O. S. 266

oder weniger problemlos durchgesetzt werden konnten, funktionierte dieses Zusammenspiel zwischen kollektiv-solidarischer Grundfinanzierung und gewinnorientierten Leistungsanbietern relativ reibungslos. In dem Maße aber, in dem die Beitragszahler sinkende Reallöhne als Folge niedriger Tarifabschlüsse und steigender Beitragsleistungen zur Sozialversicherung hinnehmen müssen, werden die immer schon vorhandenen Probleme im Finanzierungs- und im System der Leistungsanbieter besonders offensichtlich. Es stellt sich die Frage, ob nicht bzw. wie das derzeitige Leistungsangebot kostengünstiger aufrechterhalten werden kann.

Tabelle 3

Übersicht über das Preisgefälle pharmazeutischer Produkte zwischen der Bundesrepublik und westeuropäischen Ländern

Länder	Preisniveaudifferenz auf der Apothekenstufe	Preisniveaudifferenz auf der Herstellerstufe
Frankreich	-46,3	-44,2
Italien	-33,1	-27,9
Großbritannien	-32,4	-54,8
Schweiz	- 1,1	-10,3
Insgesamt	-28,2	-34,3

Quelle: Moebius, K.: Die pharmazeutische Industrie in der Bundesrepublik Deutschland, Tübingen 1976, S. 75.

*Entlastungen des Staatshaushaltes auf Kosten der GKV:* Daß sich der Staat auf Kosten der Krankenkassen von Lasten befreit hat, die eigentlich in seinen Aufgabenbereich gehören - so insbesondere im Zusammenhang mit der Reform der Krankenhausfinanzierung -, stellt den dritten wesentlichen kostentreibenden Faktor im Gesundheitswesen dar. Der an sich sinnvolle Vorsatz der sozialliberalen Koalition, den Erhalt der Substanz, den Ausbau und die Erneuerung von Krankenhäusern<sup>11</sup> im Sinne der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für den stationären Bereich finanziell sicherzustellen, führte nur zu einer teilweisen Übernahme dieser Kosten durch den Staat. Entgegen einer verteilungspolitisch gerechteren umfassenderen Finanzierung aus Steuern müssen erhebliche Mittel über den sogenannten „kostendeckenden“ Pflege-satz, also über das Finanzierungssystem der gegenüber den Steuerzahlern kleineren Solidargemeinschaft der sozial Krankenversicherten aufgebracht wer-

<sup>11</sup> Vergl. zu diesem gesamten Komplex Hagen Kühn, Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens, Eine Untersuchung am Beispiel der Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland von 1958 bis 1977/78, Königstein/Ts. 1980.

den. Hierin liegt eine wesentliche Ursache für die enormen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. - Aber nicht nur hier, sondern auch im Zusammenhang mit der Krankenversicherung der Rentner und bei weiteren Maßnahmen etwa im Rahmen der „Operation '82“ muß die Solidargemeinschaft für Kosten aufkommen, die eigentlich von der Allgemeinheit aufzubringen wären.

Zusammenfassend wird deutlich, die eingangs aufgezeigten Maßnahmen zur „Kostendämpfung“ setzen nicht bei diesen drei wesentlichen Ursachen für den Kostenanstieg an, nämlich bei dem veränderten Krankheitsgeschehen, den gewinnorientierten Leistungsanbietern im Gesundheitswesen und bei der Lastenverschiebung, die von den öffentlichen Haushalten hin zur GKV erfolgt. Im Gegenteil: In Fortsetzung der Kostendämpfungspolitik seit der 2. Hälfte der 70er Jahre beschränken sich staatliche Maßnahmen im Gesundheitswesen weitgehend auf das Herbeiführen von Absprachen im Rahmen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, auf Leistungseinschränkungen und auf eine über die Beitragszahlungen hinausgehende Zuzahlung zu den Kosten im Gesundheitswesen. Wie die nachfolgende Tabelle im Überblick zeigt, sind dieser Art von Kostendämpfungspolitik nur sehr geringe Erfolge beschieden - der Anstieg der Ausgaben konnte nur vorübergehend und auch nur relativ gebremst, nicht aber gebrochen werden:

Tabelle 4  
Anstieg der Leistungsausgaben in den einzelnen Sektoren der GKV (je Mitglied einschl. Rentner) gegenüber dem Vorjahr.

	1978	1979	1980	1981
Leistungsausgaben insgesamt:	5,6	6,9	9,3	5,3
– ärztliche Behandlung	4,0	5,6	7,0	6,3
– zahnärztliche Behandlung	6,1	3,7	4,0	5,8
– Zahnersatz	4,8	11,0	11,8	6,4
– Arzneimittel	6,4	5,4	8,8	7,7
– Heil- und Hilfsmittel	13,3	11,8	10,3	6,7
– stationäre Behandlung	5,2	4,9	7,8	6,1
– Krankengeld	6,4	10,5	10,2	–4,0
– übrige Leistungsausgaben	4,1	12,5	19,9	9,3
Grundlohnanstieg	5,0	6,2	5,4	4,8

Quelle: Bundesarbeitsblatt 5/1982, S. 10, sowie Bundesratsdrucksache 52/82, S. 8.

Die Leistungsausgaben steigen nach wie vor stärker als der Grundlohn. Angesichts dieser Scherenbewegung zwischen ungebremstem Kostenanstieg und zurückbleibendem Beitragsaufkommen sucht die derzeitige Kostendämp-

fungspolitik einen Ausweg, der allerdings so neu nicht ist. Im Gegensatz zu dem allmählich durchgesetzten *Solidarprinzip* im Rahmen der GKV werden soziale Risiken wieder stärker auf den einzelnen abgewälzt, so daß er diese alleine zu tragen hat. War es der Kerngedanke der sozialen Krankenversicherung, den einzelnen gestaffelt nach seinem Einkommen zur Finanzierung der Krankenkosten heranzuziehen, aber zugleich jedem unabhängig von seinem sozialen Stand das gleiche *Sachleistungsangebot* zukommen zu lassen, so wird durch das Institut der „Selbstbeteiligung“ gerade dieser Zusammenhang strukturell in Frage gestellt. Nun wird dem Leistungsschwachen, dem Kranken, ein erhöhter Finanzaufwand abgefordert. Der sozial Schwächere wird überdies stärker bedrückt, ob er die notwendige finanzielle Komplementärinvestition, also die über den Krankenkassenbeitrag hinausgehende „Selbstbeteiligung“, überhaupt aufzubringen vermag oder ob er in Ermangelung der dazu notwendigen Mittel auf die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen der GKV verzichten muß.

Daß als Einstieg für diese neue Qualität der „Selbstbeteiligung“ gerade der Krankenhausbereich gewählt worden ist, hat gesellschaftspolitisch weitgehende Konsequenzen. Während Arbeiter in sämtlichen Sparten des Gesundheitswesens eine relativ geringere Inanspruchnahme aufzuweisen haben als etwa Angestellte, Beamte, Selbständige etc., stellen sie - gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil - einen größeren Anteil bei den Krankenhausbenutzern. Der Bevölkerungskreis, der auf Grund seiner sozialen Lage insgesamt versorgungsmäßig benachteiligt und Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist, die die Gesundheit im Regelfall besonders stark belasten (Höhere Mortalität und Frühinvalidität sind die Folge!), der also nicht aus freiem Willen das Krankenhaus häufiger frequentiert als andere Bevölkerungsgruppen<sup>12</sup>, soll für diese seine besonderen sozialen Risiken auch noch über eine sogenannte „Selbstbeteiligung“ zusätzlich bestraft werden. Zur Konkretion ein Beleg für viele: Eine Studie der Deutschen Forschungsgemeinschaft hat gezeigt, daß jede vierte tödlich verlaufende Krebserkrankung auf arbeitsplatzbedingte Faktoren zurückzuführen ist.<sup>13</sup> Nimmt man diese Angaben - von Seiten der Gewerkschaften werden höhere Zahlen für wahrscheinlich gehalten - so drängt sich die Frage auf, ob denn allen Ernstes dieser Personenkreis dafür, daß er arbeitsplatzbedingt lebensbedrohend erkrankt ist und häufig einen frühen Tod zu erwarten hat, nun auch noch zusätzliche Geldmittel zur Verfügung stellen soll. Es ist zu bezweifeln, ob sich die Autoren dieses Konzeptes der ihm innewohnenden Logik und seiner gesellschaftspolitischen Implikate wirklich bewußt sind. - Es ist weiter zu fragen, was sich für den CDA-Flügel der Unionsparteien gegenüber den 60er Jah-

12 Vergl. Sigrid Skarpelis-Sperk, Wem nützt der Staat?, Probleme der schichtenspezifisch ungleichen Inanspruchnahme öffentlicher Leistungen, in: WSI-Mitteilungen, Heft 5/1978, S. 262 ff, hier S. 264.

13 Vergl. Frankfurter Rundschau vom 27. Mai 1981, S. 31

ren bis heute verändert hat bzw. ob er heute etwas gesetzgeberisch passieren lassen will/kann, was er früher energisch abgelehnt hat. Daß ein Krankenhausaufenthalt überdies das Familienbudget nicht ent-, sondern belastet, ist inzwischen mehrfach aufgezeigt worden.

Insgesamt wird deutlich, bei der derzeitigen Kostendämpfungspolitik stehen nicht die gewinnorientierten Strukturen im Gesundheitswesen zur Disposition. Im Gegenteil: Erhöhte Rezeptblattgebühren, stärkere Zuzahlung u. a. m. zeigen eigentlich nur, daß die privaten Anbieter im Gesundheitswesen auf Grund ihrer Monopolstellung die Grenzen, die sich aus sozialen und politischen Gründen bei der Beitragsfinanzierung ergeben, fast mühelos überwinden können, wie immer das Instrumentarium ideologisch auch begründet werden mag: als „Stärkung der Selbstverantwortung des einzelnen“, als individuelle, „freiheitliche“ Daseinsfürsorge usw. Eine „Tendenzwende“ ist dies nur im Sinne einer Rückkehr zu vor-sozialversicherungsrechtlichen Zeiten. Nimmt man aber die Umschichtung des vorhandenen erheblichen Finanzvolumens im Sinne einer effizienteren Gestaltung der Krankenversorgung und einer weitreichenden Gesundheitssicherung zum Ziel, dann allerdings haben die bislang ergriffenen Maßnahmen eine dringend notwendige Tendenzwende geradezu verhindert.

#### Reformen im Gesundheitswesen

Entgegen konservativ-neoliberaler Kritik besteht, so kann das vorstehende zusammengefaßt werden, ein Defizit an Reformen im Gesundheitswesen. Diese müssen insbesondere in drei Richtungen hin erfolgen:

*Struktureingriffe in das bestehende Gesundheitswesen:* Eingriffe in die derzeitigen Strukturen des Gesundheitswesens müssen beim *niedergelassenen Kassenarzt* ansetzen, der als entscheidende „Prozeß- und Strukturdeterminante des Gesundheitswesens“<sup>14</sup> nicht nur die Anlaufstelle für die Erstinanspruchnahme darstellt und die ambulante medizinische Versorgung übernimmt, sondern der auch über alle weiteren Schritte - Verbrauch von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Überweisung an Facharzt und Krankenhaus - entscheidet. Trotz dieser zentralen Position gibt es keine verbindliche regionale Planung bei der Niederlassung - ein hohes Angebot in Ballungsgebieten, Unterversorgung in „schlechten“ Wohngebieten der Städte und in ländlichen Bereichen sind die Folge. Der niedergelassene Arzt unterliegt überdies weder einer Fortbildungspflicht noch zureichenden Leistungs- und Qualitätskontrollen. Es ist unverständlich, daß ein so zentraler und kostenintensiver Bereich und daß eine Personengruppe, die zu den Spitzenverdienern dieser Gesellschaft zählt,

---

<sup>14</sup> Memorandum '82, Teil B, I, a.a.O. S. 237

nicht vergleichbaren Fortbildungsverpflichtungen sowie Leistungs- und Qualitätskontrollen unterliegen wie die abhängig Beschäftigten und wie es der Bedeutung dieses Bereiches entspräche.

An Struktureingriffen bei den niedergelassenen Ärzten ansetzend, muß die derzeitige starre Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden werden, um Doppeldiagnostik insbesondere im Labor- und Röntgenbereich, Reibungsverluste und die unkoordinierte Anschaffung teurer Medizintechnik in den Praxen der niedergelassenen Ärzte und in den Kliniken zu vermeiden. Eine *integrierte medizinische Versorgung*<sup>15</sup> muß das Ziel sein, innerhalb derer auch der Krankenhausbereich Teile der ambulanten Versorgung mit übernimmt. In diesem Sinne und abgestimmt in einem Gesamtkonzept ist die Bildung medizinischer Zentren niedergelassener Ärzte mit Allgemein- und Fachärzten ebenso zu fördern wie der Aufbau kasseneigener Ambulatorien, die in der Weimarer Republik einen wichtigen Stellenwert innerhalb der Gesundheitspolitik der Krankenkassen hatten.<sup>16</sup> Und schließlich muß das Krankenhauswesen funktionspezifisch und gemäß einer verbindlichen Bedarfsplanung differenziert werden, so daß zwischen medizinischer Maximalversorgung, rehabilitativen und Langzeitpflege-Einrichtungen unterschiedliche Krankentypen geschaffen werden, die jeweils am kostengünstigsten und damit am wirtschaftlichsten den spezifischen Anforderungen gerecht werden können. Innerhalb dieses Gesamtspektrums sind dann auch hinreichend und qualitativ hochwertige Einrichtungen der Psychiatrie zu verorten, die insbesondere gemeindenah sein müssen.

Im *Pharmabereich* bedarf es grundsätzlicher Korrekturen. Das im westeuropäischen Maßstab viel zu hohe Preisniveau kann ohne therapeutischen Schaden gesenkt werden. Arzneimittelhersteller (wie auch Heil- und Hilfsmittelanbieter) stellen entweder selbst große Unternehmungen dar oder sind Teil derselben; in jedem Fall vermögen sie ein großes politisch-ökonomisches Gewicht in die interessenpolitischen Auseinandersetzungen einzubringen. Hinzu kommt, daß teure Werbekampagnen, die ca. 10 v. H. des Gesamtumsatzes verschlingen, den Arzneimittelkonsum in einer gesundheitspolitisch unsinnigen Weise stimulieren. Milliardenbeträge stünden für wichtige andere medizinische Aufgaben zur Verfügung. Hierzu bedarf es zum einen einer stärkeren Markttransparenz etwa über die Einrichtung eines von der Pharmaindustrie unabhängigen Forschungsinstituts, das die Wirkungsweise von Pharmaprodukten erfaßt, darüber, etwa in Gestalt einer „Positivliste“, informiert und ex-

---

15 Vergl. hierzu WSI-Studie Nr. 32, Integrierte medizinische Versorgung, Notwendigkeit - Möglichkeiten - Grenzen, Köln 1975

16 Vergl. Eckhard Hansen, Michael Heisig, Stephan Leibfried, Florian Tennstedt u.a., Seit über einem Jahrhundert ...: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik, Köln 1981.

plizite Empfehlungen ausspricht. Dies ist um so wichtiger, weil die Pharmaindustrie den Markt bewußt unüberschaubar und unübersichtlich gestaltet. Unter den 1000 Neuzulassungen seit Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes hat es lediglich 2 Produkte gegeben, die einen signifikanten therapeutischen Gewinn bedeuteten, ca. 20 Produkte stellten immerhin Verbesserungen bereits bekannter therapeutischer Prinzipien dar. Der große Rest diente der Abwehr von Konkurrenten bei Patentablauf durch Einführung von Kombinationspräparaten, der Einführung neuer Substanzen mit gleichartiger Wirksamkeit und der Indikationsausweitung bei bekannten Wirkstoffen.<sup>17</sup> Insofern bedarf es eines gesamtwirtschaftlich sinnvolleren Einsatzes vorhandener Forschungsressourcen im Arzneimittelbereich. Desweiteren muß die Verschreibepaxis durch die Ärzte gründlich überprüft werden, denn inzwischen sind die Folgen übermäßigen Arzneimittelgebrauchs durchaus schon zu einer neuen Quelle von Erkrankungen geworden. Weniger Arznei, mehr Beratung und Aufklärung, dies wäre nicht nur ein Beitrag zur Kostendämpfung, sondern auch zu einer Verbesserung der Volksgesundheit. Dies setzt ein Abgehen von der weit verbreiteten Drei-Minuten-Medizin voraus, damit aber auch eine Veränderung der derzeitigen kassenärztlichen Gebührenordnung, die gesprächstherapeutische Leistungen nur völlig unzureichend bewertet. Und schließlich muß das Preisniveau für Arzneimittel auf der Grundlage offenzulegender Kalkulationen insgesamt gesenkt werden.

Auch im *Krankenhaus* liegen erhebliche Rationalisierungspotentiale. Allerdings: „Die Leistungsanforderungen an das Krankenhaus sind im großen Maße abhängig von der Qualität der gesamten Gesundheitspolitik und darum in höchstem Maße extern determiniert: Je später die Gesundheitspolitik in krankheitsverursachende oder -begünstigende Bedingungen eingreift, je später und unspezifischer die Erkrankten ambulant behandelt werden, um so größer wird die Nachfrage nach Krankenhausleistungen.“ Insofern ist das Krankenhaus am wenigsten geeignet, Probleme des Gesamtsystems zu lösen. - Erneut zeigt sich der Widersinn, sogenannte Selbstbeteiligungen gerade in diesem Bereich einzuführen. - „Umgekehrt können gravierende ökonomische und funktionale Probleme des Krankenhauses aber durch *Integration* in und *Entlastung* durch die vor- und nachgelagerten Institutionen entschärft werden.“<sup>18</sup> Hierzu gehört eine genaue Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Versorgungsstufen, eine präzise Steuerung der Patienten und eine Verkürzung der Verweildauer durch eine qualitativ verbesserte Betreuung u.a.m. - insgesamt also eine „Kostendämpfung durch Qualitätsverbesserung“ nicht aber durch Leistungsabbau und/oder durch eine Verlagerung der Probleme auf

---

17 Vergl. Rationalisierung im Gesundheitswesen möglich, Ergebnisse einer Umfrage des WIDO unter namhaften Medizinem und Sozialwissenschaftlern, in: Die Ortskrankenkasse, Heft 7-8/1982, S. 258 ff, hier S. 261

18 Memorandum '82, Teil B, I, a.a.O. S. 245.

die im Krankenhaus abhängig Beschäftigten, sei es durch Lohninbußen oder Verschlechterungen ihrer Arbeitsbedingungen. Insgesamt müssen die Kontroll- und Mitsprachemöglichkeiten der Krankenkassen ausgeweitet werden, um zu verhindern, daß unwirtschaftliches und nicht abgestimmtes Verhalten bzw. die Unterauslastung etwa von medizinischen Geräten zu einer doppelten Belastung für die Kassen wird, einmal beim Pflegesatz, zum anderen bei den niedergelassenen Ärzten. Und schließlich müssen die Chefärzte den Gegenwert für die von ihnen im Rahmen der Privatliquidation in Anspruch genommenen Krankenhauseinrichtungen vollständig bezahlen, so daß die Solidargemeinschaft der Versicherten nicht länger über den Pflegesatz auch noch einen Teil der privaten Einkünfte dieser Berufsgruppe indirekt trägt.

Die derzeitigen großen Aufwendungen im Gesundheitsbereich stellen - so Christian von Ferber - in der Tat „Zwangsabgaben an einen Dienstleistungssektor dar, der unrationell organisiert, ein ungünstiges Verhältnis von Aufwand und Ergebnis aufweist“.<sup>19</sup> Namhafte Experten, vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen befragt, halten 30 bis 40 Prozent der derzeitigen Gesamtaufwendungen im Gesundheitswesen als Folge von Strukturreformen für einsparbar, ohne daß es zu Leistungsminderungen kommen müßte.<sup>20</sup> Eine derartige Strategie trifft allerdings auf manifeste materielle Interessen der Ärzte, der anderen im Gesundheitswesen freiberuflich Tätigen und der Pharmaindustrie. Sollen die zweifelsohne vorhandenen Potentiale einer Binnenrationalisierung des Gesundheitswesens ohne Leistungsabbau Wirklichkeit werden, dann bedarf es einer weitgehenden Aktivierung der Betroffenen - Beitragszahler, Patienten und deren insbesondere gewerkschaftlichen Organisationen -, um zum einen zentralstaatliche Institute der Kostendämpfung, zum anderen aber dezentrale Eingriffsmöglichkeiten im Rahmen der Selbstverwaltung der GKV wirkungsvoll auszubauen. Vorhandene Interventions- und Steuerungsinstrumente können und sollen dabei durchaus einbezogen werden; sie müssen allerdings im Sinne einer das gesamte Gesundheitswesen umfassenden Analyse wesentlich erweitert werden. Kostendämpfungspolitik setzt das Denken in Systemzusammenhängen voraus!

*Umorientierung der kurativen Medizin:* Die solchermaßen eingesparten Mittel stehen nun für andere gesundheitspolitisch dringend notwendige Maßnahmen zur Verfügung. Hier bedarf es insbesondere einer Umorientierung der kurativen, am Organismus des bereits erkrankten Menschen ansetzenden Medizin in Richtung auf die Bewältigung des eingangs geschilderten derzeitigen Krankheitsgeschehens. Dies betrifft zum einen den Ausbau von Vorsorgeun-

---

<sup>19</sup> abgedruckt in: Rationalisierung im Gesundheitswesen ...,in: Die Ortskrankenkasse, Heft 7-8/1982, S. 261

<sup>20</sup> ebenda

tersuchungen<sup>21</sup>, um bereits eingetretene Schädigungen frühzeitig zu erkennen. Die sozialliberale Koalition hat eine Reihe von Vorsorgeuntersuchungen in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen, insbesondere bei Schwangerschaft, Kleinkindern und für einige Krebserkrankungen. Allerdings reicht das bisherige Vorsorgeinstrumentarium noch keineswegs aus. Für zahlreiche der oben genannten Zivilisationserkrankungen gibt es bislang auch noch keine Maßnahmen der Früherkennung. Hier bedarf es erheblicher wissenschaftlicher Anstrengungen, wobei die sozialen Ursachen von Krankheit in die Erforschung des Krankheitsgeschehens einbezogen werden müssen. Und schließlich muß die Durchführung derartiger Vorsorgeuntersuchungen verbessert werden. Sie ist zweckmäßigerweise zentralen, mit den entsprechenden Laboreinrichtungen und dem medizinisch-diagnostischen Wissen ausgestatteten Diagnostikinstituten zuzuordnen und nicht, wie bisher aus Rücksicht auf Standesinteressen, den durch die Tagespraxis überlasteten niedergelassenen Ärzten. Letzteren, insbesondere den Allgemeinmedizinern, kommt dagegen die wichtige Aufgabe zu, die Symptome bei chronisch Erkrankten zu lindern. Es gilt, diesen Personenkreis über rehabilitative Maßnahmen zu befähigen, weiterhin aktiv am sozialen Leben teilnehmen zu können.

*Ausbau primär-präventiver Gesundheitssicherung:* Über die kurative Medizin und deren soeben dargelegte Umorientierung hinaus bedarf es schließlich enormer Aufwendungen und Anstrengungen zur mittel- und langfristig angelegten Gesundheitssicherung. Die Frage von Ludwig Preller auf dem 4. Ordentlichen Bundeskongreß des DGB 1956 - „Wo ist das Gesundheitsamt, das die gesundheitswidrigen Folgen überhasteter Arbeit untersucht hätte?“ - und die programmatisch angeschlossene Forderung - „Jedem nicht nur einen Arbeitsplatz, sondern auch den richtigen Arbeitsplatz!“<sup>22</sup> - zielen auf eine Ausweitung der Gesundheitspolitik mit dem Ziel, der Entstehung von Krankheit vorzubeugen. Die soeben dargestellten Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheit (*sekundäre* Prävention) bzw. zur Vorkehrung gegen negative Folgewirkungen bei schon bestehenden Schädigungen (*tertiäre* Prävention oder Rehabilitation) müssen durch eine ursachenbezogene, pathogene Faktoren im Arbeits- und Lebenszusammenhang ausschaltende *primäre* Prävention ergänzt werden.

Ludwig Preller hat dabei zu Recht der betrieblichen Ebene einen zentralen Stellenwert zugeschrieben. Betriebliche und außerbetriebliche Ebene dürfen allerdings nicht schematisch getrennt werden.<sup>23</sup> Sind die Arbeitsbedingungen

21 Vergl. hierzu u.a. Klaus Hofemann, Ernst-Ulrich Huster, Präventive Sozialpolitik: Ideologie und Realität, in: WSI-Mitteilungen, Heft 10/1979, S. 554 ff, insbesondere S. 557 ff

22 Protokoll des 4. o. DGB-Bundeskongreß vom 1. - 6.10.1956 in Hamburg, S. 231 f.

23 Vergl. Hofemann, Huster a.a.O.; insgesamt sehr ausführlich auch: Gerhard Bäcker u.a. Sozialpolitik, Eine problemorientierte Einführung, Köln 1980, S. 228 ff

in hohem Maße krankmachend und zudem noch gering bewertet, so reichen Einkommen, Wohnungsbedingungen und Freizeit selten aus, das Arbeitsvermögen zu sichern. Dies wiederum verstärkt die Verschleißwirkungen am Arbeitsplatz. Krankheit, vorzeitiges Altern und früher Tod sind die Folge. Insofern muß auch individuelles Fehlverhalten - Alkohol- und Nikotinmißbrauch, Übergewicht und Bewegungsmangel u. a. m. - in den Gesamtzusammenhang zwischen Produktions- und Reproduktionsbedingungen eingeordnet werden und darf nicht zu individuellen Schuldzuweisungen führen, wie dies nicht zuletzt konservative Präventionsforscher und Politiker tun.

In den Betrieben bedarf es des Ausbaus des medizinischen und des betrieblichen Arbeitsschutzes, der Absicherung und Verbesserung von Mindestarbeitsbedingungen, des Unfallschutzes und des Schutzes vor Chemikalien, bei technischen Geräten und bei strahlenden Substanzen. Kurz: Privatwirtschaftliche Gewinninteressen müssen zu Gunsten humaner Arbeitsbedingungen zurückgedrängt werden. Die Inangriffnahme dieser Aufgaben durch die sozialliberale Koalition brachte zweifelsfrei Schritte in die richtige Richtung. Angesichts des Drucks aber, der von der hohen Dauerarbeitslosigkeit auf die Arbeitsbedingungen ausgeht, und eines unzureichenden Kontrollinstrumentariums ist die begrenzte Wirksamkeit bestehender Regelungen deutlich geworden. Die Möglichkeiten, soziale Folgen des Produktionsprozesses in das Sozialleistungssystem auszulagern - insbesondere in die GKV und in die GRV - leisten ein übriges, an sich vernünftige gesetzgeberische Maßnahmen in der Praxis in ihrer Wirkung zu neutralisieren oder gar noch im Sinne der Profitlogik der Unternehmen zu instrumentalisieren.<sup>24</sup> Es wird deshalb darum gehen, verbesserte rechtliche Regelungen, ausreichende Kontroll- und Sanktionsmittel und verstärkte Mitwirkungsmöglichkeiten der abhängig Beschäftigten und ihrer Interessensvertretungen zu kodifizieren. Darüber hinaus bedarf es einer stärker auf die Durchsetzung menschenwürdiger Arbeitsbedingungen ausgerichteten gewerkschaftlichen Tarifpolitik - überregional, aber auch betrieblich. Zuschläge für gesundheitsschädliche Arbeitsplätze müssen hinfällig werden, indem Gesundheitsgefährdungen ursächlich beseitigt werden! In Fortsetzung der Politik des Lohnrahmen-Tarifvertrages II von Nordwürttemberg-Nordbaden gilt es, sowohl quantitative als auch qualitative Regelungen der Arbeitsbedingungen durchzusetzen. Und schließlich bedeutet die Verkürzung der Wochenarbeitszeit auch eine Verringerung der Zeit, in der der menschliche Organismus gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist - mithin primäre Prävention!

---

<sup>24</sup> Vergl. Hagen Kühn, Friedrich Hauß, Entwicklungstendenzen im medizinischen Arbeitsschutz, Jahrbuch für kritische Medizin, Band 3, Berlin (W) 1978, S. 96 ff.

Aber nicht nur der Arbeitsplatz und die Arbeitsbedingungen sind in hohem Maße pathogen, sondern inzwischen auch und besonders die gesamte natürliche Umwelt. Muttermilch mit einem Schadstoffgehalt, der die zulässige Schadstoffkonzentration von Baby-Fertignahrung überschreitet - künstliche, krebs-erzeugende Östrogene in Babynahrung - das allmähliche Sterben großer Waldbestände als Folge des „sauren Regens“, damit eine Bedrohung des zum Leben unabdingbaren Sauerstoffreservoirs - dies sind nur einige Schlaglichter einer bedrohlich zunehmenden Zerstörung der natürlichen Umwelt. Das Umweltgutachten von 1978, erstellt im Auftrag der Bundesregierung, und die Studie Global 2000, im Auftrag des damaligen Präsidenten Carter ausgearbeitet, haben analytisch präzise gezeigt, daß hier bald der Punkt erreicht ist, wo die eingetretenen Schäden irreversibel sind. Deshalb wird Umweltschutz zur unabwendbaren Voraussetzung weiteren menschlichen Lebens überhaupt. Demgegenüber wird auch heute noch immer das Argument, Umweltschutz verhinderte Arbeitsplätze („investitionshemmende Vorschriften“), dazu benutzt, um den Raubbau an der Natur zu legitimieren. Dies ist in doppelter Weise falsch. Wie wissenschaftlich längst nachgewiesen ist, schafft Umweltschutz Arbeitsplätze und zerstört sie nicht. Zum anderen erschreckt dieses verkürzte Verständnis von „Arbeitsplatz“ auf den technischen Produktionsbereich - unter Außerachtlassung der individuellen und der gattungsmäßigen Reproduktionsmöglichkeiten also. Der Reproduktionsbereich gehört aber untrennbar zum Produktionsbereich. Insofern war und ist die Alternative „Umweltschutz oder Arbeitsplätze“ schlicht eine Scheinalternative.

Primäre Prävention greift in die Entscheidungsautonomie und Kostenstruktur der Unternehmen ein und ist insofern auch nur konflikthaft durchzusetzen. Ihre Realisierung ist Teil der gesamten „Austausch- und Konfliktprozesse zwischen Kapital und Arbeit.“<sup>25</sup> Primäre Prävention ist zudem nicht „billig“, wie häufig unterstellt wird. Und von der organisatorischen und der technischen Seite her ist sie auch nicht einfach zu erstellen. Deshalb bedarf es im betrieblichen und im Umweltbereich komplizierter und vielfältiger Forschungen und Regelungen. Insgesamt dürfte es mittel- und langfristige auf die Alternative hinauslaufen, ob diese Gesellschaft einen immer höheren Anteil ihrer Wertschöpfung zur Behebung sozialer Risiken einsetzen will oder aber zu deren Vermeidung, mit dem Ziel, zumindest auf längere Sicht dann auch Geld zu sparen. Letzten Endes geht es aber um die soziale Qualität der in Artikel 1 des Grundgesetzes garantierten Unantastbarkeit der „Würde des Menschen“.

Struktureingriffe in das bestehende Gesundheitswesen, inhaltliche Umorientierung der kurativen Medizin und schließlich die Verhinderung von

---

<sup>25</sup> ebenda S. 98.

Krankheit durch massive Veränderungen in der Arbeits- und Lebenswelt - dies sind die zentralen Herausforderungen der Gesundheitspolitik in den 80er Jahren. Eine lediglich auf die kurzfristige Sanierung der GKV ausgerichtete Gesundheitspolitik kann den säkularen Trend steigender Kosten im Gesundheitswesen nicht nur nicht bremsen, sondern wird diesen nur noch verstärken: Leistungseinschränkungen und höhere Zuzahlungen können und werden dazu führen, daß Erkrankungen bis zu einem Stadium verschleppt werden, wo deren Behandlung ungleich teurer und schwieriger ist. Nicht Leistungseinschränkungen und sogenannte „Selbstbeteiligungen“ sind also gefordert, sondern eine Verstärkung des Solidarprinzips und Reformen im Gesundheitswesen. Nur so kann aus dem derzeitigen hektischen Stopfen von Finanzierungslücken eine langfristige Gesundheitspolitik der Krankenversorgung und der Gesundheits-sicherung werden.