

Staatliche Gesundheitsorganisation als soziale Verpflichtung

Petra Selg

Beim Thema „Staatliche Gesundheitsorganisation als soziale Verpflichtung“ lautet die Frage, wo bei Gesundheitsfragen die soziale Verpflichtung ins Spiel kommt, und wie gesellschaftliche Institutionen diese soziale Verpflichtung abbilden müssen.

In einem ersten Schritt soll dargelegt werden, wo die Trennlinie zwischen sozialer Verpflichtung und individueller Verantwortung in der Gesundheitspolitik liegt. Im zweiten Schritt wird dann darauf eingegangen, wie sich soziale Verpflichtung in der staatlichen Gesundheitsorganisation widerspiegeln müsste.

Soziale Verpflichtung beginnt dort, wo die Einzelperson damit überfordert ist, große Lebensrisiken wie schwere Krankheit oder starke Pflegebedürftigkeit von vornherein einzuschätzen und entsprechende Vorsorge zu betreiben. Treten diese Fälle ein, dann hat das fundamentale Auswirkungen auf die materielle, soziale und ideelle Lebenssituation eines Menschen. Aus eigener Kraft ist das praktisch nicht zu bewältigen – auch nicht durch die beste Eigenvorsorge. Hier liegt nebenbei ein entscheidender Unterschied zwischen der Absicherung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit einerseits und Einkommenssicherung im Alter, also Rente, andererseits. Auf die Rente kann man sich gut vorbereiten und Vorsorge betreiben. Bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist das viel schwieriger, um nicht zu sagen unmöglich.

Wir alle kennen die Prognosen der Demografieentwicklung. Aber heißt länger leben und somit älter werden automatisch auch Pflegebedürftigkeit? Nur ein Bruchteil aller Menschen wird im Alter pflegebedürftig. Deshalb ist es widersinnig von den Menschen zu verlangen, ein Leben lang für einen Fall individuell Kapital anzusammeln, der am Ende nur mit geringer Wahrscheinlichkeit eintritt. Genauso verhält es sich mit Krankheit. Da gibt es die einen, die ein Leben lang höchstens vom Schnupfen geplagt werden. Und dann gibt es die anderen, die mit 30 plötzlich schwer an Krebs erkranken oder einen schweren Unfall erleiden. Es ist schlicht unmöglich, einzuschätzen, mit welcher Wahrscheinlichkeit einem welches Krankheitschicksal widerfährt, und sich gegen alle Eventualitäten aus eigener Kraft abzusichern, zumal insbesondere schwere Krankheiten auch in jungen Jahren auftreten können.

Deshalb kann man die Absicherung des Krankheits- oder Pflegerisikos nicht in die Verantwortung der Einzelperson geben. Was aber die Einzelperson allein nicht bewältigen kann, das muss die Gemeinschaft auffangen. Das wird unter sozialer Verpflichtung oder Solidarität verstanden, wenngleich der Solidaritätsbegriff mittlerweile so oft überstrapaziert, missbraucht und zweckentfremdet wurde, dass man sich kaum noch traut, ihn zu verwenden. Dennoch kann er benutzt werden, um ihn wieder mit Inhalt zu füllen. Solidarität heißt also: Alle für einen, aber nur, wenn es wirklich notwendig ist. Solidarität heißt andererseits aus Sicht des Einzelnen auch, dass man die Gemeinschaft nur dann in Anspruch nimmt, wenn man sie unbedingt braucht.

Wenn man über Solidarität redet, dann muss man auch über die andere Seite der Medaille reden, nämlich über die individuelle Verantwortung. In die individuelle Verantwortung fällt all das, was mit den individuellen Ressourcen zu bewältigen ist. Das bedeutet, dass z. B. der Hustensaft

keine Angelegenheit der solidarischen Absicherung ist. Und moderate Selbstbeteiligungen sind ebenfalls zumutbar. Jedoch liegt die Grenze der Eigenverantwortung dort, wo die Einzelperson materiell dadurch unverhältnismäßig belastet würde. Mit dieser Festlegung wäre die Trennlinie zwischen sozialer Verpflichtung und individueller Verantwortung gezogen.

Nun zur zweiten Frage: Was folgt aus diesem Verständnis von Solidarität bzw. Eigenverantwortung im Hinblick auf die Rolle des Staates in der Gesundheitsversorgung?

Grundsätzlich ist klar, dass der Staat die Rahmenbedingungen für solidarisches Handeln setzen muss. Spätestens seit Thomas Hobbes wissen wir, dass das menschliche Eigeninteresse eine machtvolle Triebfeder für menschliches Handeln ist. Wenn der Staat die Starken nicht zwingt den Schwachen zu helfen, dann werden sie es oft genug nicht freiwillig tun. Deshalb brauchen wir eine staatliche Verpflichtung aller Bürger zur Solidarität in den Fällen, die das Individuum überfordern.

Jetzt kann man natürlich trefflich darüber streiten, wie eine staatliche Garantie der Solidarität in der Praxis aussehen sollte. Wenn das entscheidende Kriterium für die Abgrenzung zwischen Solidarität und Eigenverantwortung die Leistungsfähigkeit des Individuums ist, dann hängt die Entscheidung zwischen dem, was die Gemeinschaft leistet und dem, was das Individuum einbringt, von der individuellen Leistungsfähigkeit bzw. den individuellen Ressourcen ab. Theoretisch wäre es damit möglich, Solidarität an Bedürftigkeit im Sinne der Sozialhilfe zu koppeln. Das heißt: Die Gesellschaft springt nur dann ein, wenn die Einzelperson nachgewiesenermaßen keine eigenen Ressourcen mehr hat. Der alte Mann, der sich im Laufe seines Lebens 100.000 Euro erspart hat, müsste dann seinen Bypass selber zahlen. Genau diese Diskussion wird gerade in der Pflegeversicherung geführt, wo immer wieder die Rück-

kehr zu Bedürftigkeitsprüfungen und mehr Eigenverantwortung gefordert wird.

Diese Diskussion führt zu nichts, zumal auch so nicht bezüglich der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert wird. In der Krankenversicherung würde doch jeder zustimmen, dass jemand, der mit 40 eine teure Krebstherapie zu durchlaufen hat, das nicht aus eigener Tasche bezahlen muss. Die aufgezeigten Fallbeispiele belegen das eindrucksvoll und die Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung wird in den vorgestellten Fällen nicht in Frage gestellt, was auch sinnvoll ist. Denn welcher Anreiz zur Vermögensbildung würde gegeben, wenn man immer damit rechnen müsste, dass eine mögliche schwere Erkrankung wieder alles aufzehrt? Wie zumutbar wäre es, den mühsam erarbeiteten Lebensstil aufgeben und wieder von vorne anfangen zu müssen? Die Perspektive, mit dieser permanenten Bedrohung der eigenen Existenz leben zu müssen, kann niemand wollen. Die allermeisten Menschen würden in der Krankenversicherung so ein Modell ablehnen. In der Pflegeversicherung wird es aber munter diskutiert.

Solchen Überlegungen muss man entschieden entgegen treten. Zum einen haben viele alte Menschen noch etliche Lebensjahre vor sich, wenn sie pflegebedürftig werden. Zum anderen ist es menschlich nicht vertretbar, dass die betroffenen alten Menschen doppelt getroffen würden: Einmal durch den eigenen körperlichen Verfall und dann auch noch den Verlust ihres Vermögens, das viele alte Menschen ja auch als Manifestation ihrer Lebensleistung begreifen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht vertretbar, einem alten Menschen, der pflegebedürftig wird, zu sagen: „Brauch erst mal Dein Erspartes auf und verkaufe Dein Haus, wenn das nicht reicht, dann helfen wir Dir.“

Deshalb fängt Solidarität nicht erst da an, wo die individuelle Leitungsfähigkeit soweit erschöpft ist, dass die Bedürftigkeit im Sinne der Sozialhilfe beginnt. Sie fängt be-

reits dort an, wo Menschen unverschuldet durch Krankheit oder Pflegebedürftigkeit in eine Situation geraten, in der ihr Leben durch die hohen Belastungen massiv beeinträchtigt, ja vielleicht sogar aus der Bahn geworfen würde. Dann ist die Solidargemeinschaft in der Pflicht. Ab wann genau dies der Fall ist, das müssen Politik und Gesellschaft immer wieder aufs Neue bestimmen. Objektive Maßstäbe gibt es dafür bedauerlicherweise keine.

Damit scheidet im Gesundheitswesen eine soziale Absicherung, die auf Bedürftigkeitsprüfungen im Sinne der Sozialhilfe setzt, als Organisationsmodell aus. Die Alternative ist das solidarische Sozialversicherungsmodell. Hier ist die Frage zu klären, wie eine Sozialversicherung die notwendigen Mittel solidarisch aufbringen soll.

Grundvoraussetzung für Solidarität in einer Gesellschaft ist, dass alle mit im Boot sind. Deshalb fordern wir Grüne mit Nachdruck die Bürgerversicherung, d. h. eine Sozialversicherung, die alle Bürger unseres Landes einbezieht. Mit dem Grundgedanken der Solidarität ist es nicht vereinbar, dass sich ein Teil der Gemeinschaft seiner Verantwortung für die Mitbürgerinnen und Mitbürger durch die Abwanderung in die private Krankenversicherung entzieht – zumal es sich dabei meist um die leistungstärksten Mitglieder unserer Gesellschaft handelt. Dieses widersinnige System muss schnellstens verändert werden.

Welche Dimensionen umfasst Solidarität in der solidarischen Krankenversicherung? Dazu zählt als erstes die Solidarität der Gesunden mit den Kranken. Schwieriger wird es schon bei der Solidarität der Kinderlosen mit den Familien in Form der kostenlosen Mitversicherung von Kindern. Ganz schwierig wird es schließlich bei der Frage der Solidarität der besser Verdienenden mit den weniger gut Verdienenden. Ist das Sache der Sozialversicherung oder des Steuersystems?

Diese Diskussion wird anlässlich des sogenannten Ypsilon-Modells der Rürup-Kommission energisch geführt. Ich persönlich halte beide Modelle für besser als das was wir gegenwärtig haben, denn beide Modelle sind vereinbar mit meinem Verständnis von Solidarität, d. h. die Einbeziehung aller BürgerInnen in eine solche Versicherung. Die Frage, ob der Sozialausgleich im Steuer- oder im Sozialversicherungssystem erfolgt, ist für mich dabei sekundär. Entscheidend ist, dass es einen Sozialausgleich gibt.

Zum Abschluss soll noch die Frage nach den Grenzen der Solidarität gestellt werden. Eine Grenze wurde oben schon angesprochen: die Eigenverantwortung. Eine andere Grenze liegt in der Knappheit gesellschaftlicher Ressourcen. Dahinter steckt die Frage, ob wir es uns als Gesellschaft leisten können, allen Menschen alles medizinisch Mögliche zukommen zu lassen.

Hier geht es um die Frage des Leisten-Könnens, nicht des Leisten-Wollens. Im Rahmen der Solidarität ist die Gesellschaft verpflichtet all das zur Verfügung zu stellen, was Kranken und Pflegebedürftigen auf die bestmögliche Weise hilft und sie nicht auf zumutbare Weise selbst tragen können. Dieser Anspruch findet seine Grenze an dem Punkt, wo die Finanzierung dieser Leistungen dazu führen würde, die materiellen Grundlagen des solidarischen Gesundheitswesens zu gefährden. Mit anderen Worten: Würde unser Gesundheitswesen so teuer, dass dadurch unsere wirtschaftliche Entwicklung grundlegend bedroht würde, dann müssten wir ernsthaft darüber nachdenken, welche Behandlung im Rahmen der Sozialversicherung bezahlbar ist und welche nicht.

Wann dieser Punkt erreicht ist, ist wiederum eine Frage, die im politischen und gesellschaftlichen Diskurs beantwortet werden muss. Auch hierfür gibt es bedauerlicherweise keine objektiven Maßstäbe, so wünschenswert sie auch wären.

Das zeigt, dass Solidarität etwas ist, das man in unserem Gemeinwesen immer wieder erkämpfen und verteidigen muss, gerade weil objektive Maßstäbe dafür fehlen, wie zukünftig Solidarität in der Praxis eigentlich aussehen soll. Dieser Kampf ist Aufgabe der Politik. Die geführten Konsensverhandlungen und die dabei getroffenen Regelungen im GKV-Modernisierungsgesetz haben das Spannungsverhältnis zwischen Solidarität und finanzieller Leistungsfähigkeit unseres Solidarsystems deutlich gemacht. Angesichts dieser Herausforderung sind wir Grüne mit unserem Konzept der Bürgerversicherung für mehr Solidarität im Gesundheitswesen in den Ring gestiegen. Diejenigen, die es ablehnen – ich nenne sie immer die „Geht-nicht-Fraktion“ –, sind gefragt, tragfähige und Finanzierungsfähige Alternativen auf den Tisch zu legen.

Staatliche Gesundheitsorganisation – Modelle für die Zukunft

Monika Brüning

Der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung war in den letzten Monaten intensiv mit kurzfristigen Maßnahmen zur Stabilisierung des gegenwärtigen Gesundheitssystems beschäftigt. Die Möglichkeit sich hier mit Langzeitperspektive grundlegend mit Gesundheitspolitik zu befassen, trägt zur Horizonterweiterung bei, um nicht den Blick für das Ganze zu verlieren.

Zunächst seien die Rahmenbedingungen erwähnt, die bei den Überlegungen für die staatliche Gesundheitsorganisation der Zukunft nicht unberücksichtigt bleiben können. Die Gesundheitsreform auf der Grundlage des GKV-Modernisierungsgesetzes, das verabschiedet wurde, verschafft der Politik eine Atempause, um den umfassenden Umbau des Gesundheitssystems anzupacken. Allen Beteiligten war klar, dass sich dringend etwas ändern muss. Obwohl in Deutschland eine durchaus gute medizinische Versorgung vorhanden ist, bestehen doch in nicht wenigen Bereichen Über-, Unter- und Fehlversorgung der Patienten.

Das erklärte Ziel der Union ist es, die medizinische Versorgung nach den Grundsätzen zu gewährleisten, wie sie in den §§ 70 ff. SGB V formuliert sind. Die medizinische Versorgung muss bedarfsgerecht, gleichmäßig und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend erfolgen. Sie muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.