

„Medicare for all, not the few“ – eine postkeynesianische Aufforderung

von Alexander Braun¹

Gesundheitspolitik: Eine Kernstärke der Sozialdemokratie

Bernie Sanders hat es vorgemacht und Jeremy Corbyn tat es ihm gleich: Beide zeigten, dass sich mit Gesundheitspolitik Wählerinnen und Wähler mobilisieren lassen. Christian Kern forderte im österreichischen Vorwahlkampf die Rücknahme des Pflegeregresses, der „*Enteignung von Pflegefällen*“ (APA, 2017), und konnte dies noch vor der Nationalratswahl im Herbst erfolgreich umsetzen. Es scheint fast so, dass das Thema der Pflege- und Gesundheitsversorgung ein Kernthema sozialdemokratischer Wahlkämpfe werden könnte. Dennoch befindet sich die Sozialdemokratie mit ihrer Argumentation für die Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Defensive. Die Rückkehr zur paritätischen Beitragsfinanzierung, die Einführung der BürgerInnenversicherung und die Investitionen in öffentliche Krankenhäuser sind auch im SPD-Wahlkampf präsent. Jedoch scheint es so zu sein, dass die Forderungen nach einer solidarischen Gesundheitsversorgung klanglos verhallen. Zu mächtig sind die Vorstellungen – um nicht zu sagen Mythen –, dass staatliche Gesundheitsleistungen „zu teuer“, „nicht finanzierbar“ oder „ineffizient“ sind. Um diesen Mythen etwas entgegen zu können, versuche ich eine postkeynesianische Argumentation zu entwickeln, die dieser Argumentation das Fahrwasser abgraben kann.

Status quo der gesundheitsökonomischen Debatte

Die Gesundheitsleistungen seien private Güter, konstatierten einst die liberalen Gesundheitsökonom Peter Oberender und Jürgen Zerth (2008: 12), nur gäbe es das Problem der „*Kostenfalle*“ (ibid.: 15). Die Debatte um die

Kostenexplosion im Gesundheitswesen datiert schon auf das Jahr 1974, als Heiner Geißler in einer Vorausberechnung der Entwicklung der Gesundheitsausgaben festhielt, dass die Kosten exponentiell steigen würden. Aufgrund dieser Prognose wurde ganz im korporatistischen Geiste die *Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1977*, v.a. zur Kostendämpfung, gebildet und einige Sparmaßnahmen eingeleitet. Dabei wurde nun auch von Seiten der Ökonomie an der Aufrechterhaltung des Mythos der Kostenexplosion weitergearbeitet.

Exemplarisch hierfür: Es handelt sich bei Gesundheitsleistungen oftmals um öffentliche Güter, bei denen eine „*Rationalitätenfalle*“ (Herder-Dornreich, 1987) droht. Dies bedeutet, dass die Rationalität der Individuen (Versicherte und PatientInnen) und die Rationalität des Kollektivs (Versichertengemeinschaft, Gesellschaft) einander konträr gegenüberstehen: So entstehen Trittbrettfahrerprobleme, die eine Verteilung der Gesundheitsleistungen ineffizient machen und die Kosten steigen lässt. Auch Kenneth Arrow stellte fest, dass medizinische Leistungen besondere Marktbedingungen benötigen, da durch ungleich verteilte Informationen ÄrztInnen ihre Nachfrage selbst bestimmen können (angebotsinduzierte Nachfrage) (Arrow, 1963). Tatsächlich ist es so, dass all diese theoretischen Annahmen auf dem Konzept des *homo oeconomicus* – einem ultrarationalen Agenten – beruhen. Die Gesundheitsökonomie entwickelte aus dieser individualistischen Betrachtung ein makroökonomisches Problem, das wissenschaftlich hochumstritten ist.

Drum prüfe wer sich ewig bindet... Der Mythos Kostenexplosion

Dem Mythos der Kostenexplosion gingen Ende der 1990er Jahre Bernard Braun, Hagen Kühn und Hartmut Reiners auf die Spur. In der gesamtwirtschaftlichen Betrachtung, bei der die Ausgaben für Gesundheit in Relation zum

¹ Alexander Braun hat Gesundheitsmanagement und Sozioökonomie studiert. Das Thema seiner laufenden Dissertation an der Wirtschaftsuniversität Wien ist eine wissenssoziologische Rekonstruktion der Gesundheitsökonomik und -politik.

Bruttoinlandsprodukt gesetzt werden, findet sich nämlich keine dramatische Entwicklung:

„Die Betrachtung seit 1980 stützt die These, daß [sic!] die gesamtwirtschaftlichen Aufwendungen für das Gesundheitswesen als Anteil am BIP langfristig einen leichten, linear ansteigenden Trend aufweisen, wie das für alle Sektoren, in denen personenbezogene Dienstleistungen eine wesentliche Rolle spielen, üblich ist.“ (ibid.: 27)

Sie stellten dabei fest, dass die Beitragssteigerungen der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV), v.a. den Modernisierungstendenzen der stationären Versorgung und der Ausweitung des versicherten Personenkreises zuzuschreiben sind (Braun; Kühn; Reiners, 1998: 25). Die drastische Entwicklung der steigenden Beitragssätze, die sich statistisch viel eher abzeichnen, ist vielmehr den sinkenden Einnahmen der GKV geschuldet. Diese Entwicklung ist v.a. stagnierenden Reallöhnen und einem verhaltenen Arbeitsmarkt zuzuschreiben und weniger dem demographischen Wandel. Durch prekäre und zunehmende atypische Beschäftigungsverhältnisse wird demnach die Beitragsbasis zunehmend schwächer und die Beitragssätze müssen auch bei einem gleichbleibenden Ausgaben-niveau steigen. Die Lösung kann aber nicht in einer doppelten Abwälzung der Kosten auf die ArbeitnehmerInnen liegen: eine doppelte Abwälzung einerseits durch stagnierende Konsummöglichkeiten durch stagnierende Löhne und andererseits steigende arbeitnehmerbezogene Lohnbestandteile. Diese Entwicklung stellt die solidarische Finanzierung geradezu auf den Kopf. Eine Erhöhung der Beitragsbemessung und Rückkehr zur Parität sind nur zwei Möglichkeiten, aber auch arbeitsmarktpolitisch kann hier einiges erreicht werden.

Soziale Ungleichheit ein wichtiger Ansatz

Fast tagtäglich wird mit Hilfe des demographischen Wandels ins Feld geführt, dass die Renten nicht mehr sicher seien, der Generationenvertrag erodiere usw. Scheint es doch logisch, dass durch eine doppelte Alterung der Gesellschaft und dem medizinischen Fortschritt die Krankheitskosten zwangsläufig stei-

gen müssen. Wären demnach die Analysen von Braun et al. falsch? Verlässt man hier kurz die gesundheitsökonomische Disziplin und blickt hinüber in die Gesundheitssoziologie gibt es durchaus Erklärungsansätze, die die Aussagen von Braun et al. unterstützen. So besagt beispielsweise die These: *„Das Sterben ist teuer geworden, nicht so sehr das Alter“* (Höpflinger, 1997: 198), dass die Krankheitskosten in den letzten Lebensmonaten unabhängig vom Alter besonders hoch sind. Hinzu kommt, dass die Gesellschaft durchschnittlich gesünder wird und auch gesünder altert (Kruse et al., 2003/ Nöthen, 2011). Dabei gilt es jedoch zu bedenken, dass es bei dieser Entwicklung ein starkes soziales Gefälle gibt. Gesundheitswissenschaftliche Studien stellen nämlich fest, dass v.a. sozio-ökonomisch benachteiligte Gruppen deutlich kränker altern und sich chronische und multiple Krankheitsbilder in eben jenen Schichten eher manifestieren (Oberender; Zerth, 2008). Auch Karl Lauterbach et al. (2006) belegten, dass die Lebenserwartung von Menschen mit einem monatlichen Nettoeinkommen unter 1.500 Euro um zehn Jahre kürzer ist als die von Menschen mit einem Einkommen von über 4.500 Euro. Hier kann und muss entgegengesteuert werden.

Gesundheit als Wachstumsmarkt und die reale Situation der Krankenhausversorgung

Die Gesundheitswirtschaft ist in Deutschland ein enormer Wirtschaftszweig. Mehr als 5,3 Millionen Menschen (ca. 13 Prozent aller Beschäftigten), die im Gesundheitssektor beschäftigt sind, tragen ca. 11 Prozent zu der Wirtschaftsleistung Deutschlands bei. Der Finanzwissenschaftler und Gesundheitsökonom Klaus-Dirk Henke hält dabei fest:

„Es gibt kaum einen Wirtschaftssektor, der hinsichtlich seiner Wertschöpfung und seiner Beschäftigungsintensität (sozialversicherungspflichtige Beschäftigte, Selbständige, Beamte) einen vergleichbaren Beitrag zum Wirtschaftsstandort Deutschland beiträgt.“ (Henke, 2012: 461)

Er plädiert dafür, das Gesundheitswesen nicht mehr allein als Kosten- sondern auch als

bedeutenden Wirtschaftsfaktor zu betrachten. So generierte das Gesundheitssystem im Jahr 2007, neben den direkten Effekten von 214 Milliarden Euro, eine indirekte und induzierte Wertschöpfung von 172 Milliarden Euro (Ostwald; Henke; Hesse, 2013).² Auch multiplikatorische Beschäftigungseffekte lassen darauf schließen, dass für jeden Beschäftigten im Gesundheitswesen 0,54 zusätzliche Arbeitsplätze in anderen Branchen geschaffen werden (insg. sind das ca. 3,8 Millionen Beschäftigte) (ibid.). Dabei ist die Gesundheitswirtschaft auch eine konjunkturstable Branche und ein Jobmotor (Biffl, 2002). Leider scheint eine vermeintliche Diskussion über mangelnde Effizienz deutlich virulenter zu sein. Von Seiten liberaler Ökonomen ist die Kritik schnell bei Hand; die da lautet, dass es sich beim s.g. ersten Gesundheitsmarkt (GKV und staatliche Gesundheitsversorgung) ja nur um eine Umverteilungsmaschine handle, die keine Wertschöpfung erzeuge. So argumentierte schon F.A. Hayek 1960, dass die staatliche Gesundheitsversorgung eben nicht primär zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beitrage, sondern nur auf „*der Linderung von Leiden und der Verlängerung des Lebens*“ (Hayek, 2005: 405) beruhe. Dünner kann eine Kritik an der staatlichen Daseinsfürsorge wohl wirklich nicht mehr ausfallen. Der Sozialstaat als Kostgänger der Ökonomie ist dabei das Bild, das gezeichnet wird und dem ein neues Narrativ entgegengehalten werden muss. Eine post-keynesianische Alternativerklärung ließe sich relativ leicht aus den Erkenntnissen des Wachstumsmarktes Gesundheit entwickeln. Hier gilt es, grundlegende Fragen des Wachstums zu stellen, die bereits John Maynard Keynes durch sein Zitat: „*Pyramid-building, earthquakes, even wars may serve to increase wealth*“ (Keynes, 2013: 219) beantwortete. Warum soll nicht auch die Wiederherstellung der Arbeitskraft, die faire Bezahlung von Pflegepersonal und die Investition in Krankenhäuser, wie sie auch im Zukunftsplan 2017 gefordert werden, zur Wertschöpfung beitragen?

Erschreckenderweise sind etwa 11 Prozent der Krankenhäuser insolvenzgefährdet (Augurzyk et al., 2016). Das Krankenhaussterben geht unvermindert voran und v.a. staatliche Krankenhäuser sind davon stark betroffen, während die Zahl privat geführter Kliniken kontinuierlich zunimmt (dies gilt dabei sowohl prozentual als auch absolut Destatis, 2016). So sank die Zahl der Krankenhäuser von 2.221 im Jahr 2002 auf 1.956 im Jahr 2015. Gleichzeitig stieg jedoch der Anteil an privatrechtlich geführten Krankenhäusern stetig an – von 527 im Jahr 2002 auf 700 im Jahr 2015 (ibid.). Zudem legte die Wissenschaftliche Kommission Gesundheit und Wissenschaftsethik der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2016 dazu einen Bericht vor und konstatierte, dass es trotz alledem noch zu viele Krankenhäuser in Deutschland gäbe (Leopoldina, 2016). Versorgungspolitisch wird dabei forciert, dass ineffiziente Häuser den Wettbewerb verlieren und lediglich effiziente Häuser am Markt Platz finden können. Aus sozialdemokratischer Sicht ein besorgniserregender Befund, wenn dadurch die staatliche Daseinsfürsorge – aus einem fragwürdigen Wettbewerbsverständnis – von privaten Konzernen betrieben wird. Denn gerade durch diesen Verdrängungswettbewerb stehen v.a. ländliche Kliniken vor erhöhtem Finanzdruck, was in Anbetracht von veränderten Versorgungsstrukturen auf dem Land und klammer kommunaler Haushalte für staatliche Häuser doppelt so schwer wiegt und zumindest zu hinterfragen ist.

Auf der anderen Seite, der Seite der Pflegekräfte, nimmt die Arbeitsverdichtung immer weiter zu und die Anzahl der psychisch-belasteten Pflegekräfte steigt ebenfalls an. Es wirkt geradezu zynisch, von Krankenhausschließungen zu sprechen, wenn darüber hinaus die ambulante Versorgung in der Peripherie ebenfalls eine Herausforderung ist. Eine Stärkung der ländlichen Versorgung wird auch kommunalpolitisch die Zukunft sozialdemokratischer Politik sein müssen.

Dabei ist aber nicht nur die Investition in die Infrastruktur notwendig, es müssen auch grundlegende Überlegungen der Finanzierung der Pflege angestellt werden. Der tägliche Ge-

² Direkte Effekte sind Effekte direkter Wertschöpfung des Gesundheitswesens. Indirekte Effekte sind zusätzliche Gewinne, Löhne und Gehälter, die durch das Gesundheitswesen erwirtschaftet werden. Induzierte Effekte sind aus den Investitionen und Löhnen im Gesundheitswesen entstehender Konsum.

schäftsbetrieb eines Krankenhauses weist oftmals eine defizitäre Struktur auf, sodass auch die Universität Essen statistisch einen „*Keller-treppeneffekt*“ feststellte, der den Rückgang der Pflegekosten von über 23 Prozent an den Gesamtkosten im Krankenhaus im Jahr 2006 auf unter 21 Prozent im Jahr 2012 kritisiert (Thomas et al., 2014: 14f.). Dieser Effekt verdeutlicht, dass die Arbeitsverdichtung im Krankenhaus v.a. Pflegekräfte betrifft und trotz steigender Personalzahlen die Bezahlung effektiv gekürzt wird (Stichwort: Einstellung von Pflegehilfskräften anstatt diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen).

Aus beschäftigungspolitischer Sicht und auch zur Aufrechterhaltung der regionalen Krankenhausstruktur in der Peripherie reichen demnach Investitionen in die Krankenhausstrukturen kaum aus. Die Entlohnung von Krankenpflegepersonal muss deutlich erhöht werden, was vermutlich auch die Zustimmung der kaufmännischen Leiter von Kliniken und Pflegeheimen fände, wenn der Kostendruck aus dem System genommen würde. Dies ließe sich auch mit den oben aufgezeigten positiven Multiplikatoreffekten ökonomisch rechtfertigen. Auch hier kann sich sozialdemokratische Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik wechselseitig unterstützen.

Das moderne Deutschland – Zukunft durch gesunde BürgerInnen

Deutschland steht vor eine Richtungsentscheidung. Hängen wir nochmal vier Jahre der Doktrin der „*schwarzen Null*“ an oder zeigen wir Mut durch Investitionen in die Zukunft? Sozialdemokratische Politik war immer dann stark, wenn sie an den Lebenswirklichkeiten der Menschen ansetzte. Als beispielsweise sozialdemokratische Ärztinnen und Ärzte die katastrophalen gesundheitlichen Missstände in der ArbeiterInnenschaft aufdeckten und durch aktiven Widerstand die Krankenversicherung erzwingen. Oder aktuell als die SPD die Rücknahme der Praxisgebühren gegen die CSU durchkämpfte. Neben Wirtschafts- und Migrationspolitik sollte auch in diesem Wahlkampf ein gerechtes und solidarisches Gesundheitssystem eine Kernforderung der SPD sein.

Der neoliberalen Doktrin eines ineffizienten Sozialstaats mit einem geldverschlingenden Gesundheitssystem steht eine wirkmächtige Gegenargumentation gegenüber, die auch ökonomisch unterfüttert werden kann. Denn selbst aus ökonomischer Sicht lassen sich hier Argumente für eine Stärkung der gesetzlichen Krankenversicherung und der staatlichen Daseinsfürsorge herleiten:

1. Die Kostenexplosion der Gesundheitsausgaben ist ein moderner Mythos.
2. Soziale und ökonomische Ungleichheit beeinflusst die Bevölkerungsgesundheit, diese können durch eine solidarische Gesundheitspolitik ausgeglichen werden.
3. Die Gesundheitswirtschaft ist ein entscheidender Wachstumsmarkt und schafft sowohl Wohlfahrt als auch sichere Arbeitsplätze in Deutschland.
4. Die Investition in Krankenhäuser ist dringend erforderlich und muss zügig angegangen werden.
5. Nicht nur die Investitionen in immobile Vermögensgegenstände von Krankenhäusern müssen vorangetrieben werden. Aber auch über die Leistungspauschalen müssen Krankenhäuser wieder fit gemacht werden
6. Die Entlohnung der Pflegekräfte, dem Rückgrat des Systems, muss verbessert und die Arbeitsverdichtung muss abgebaut werden.

Dadurch wird das Gesundheitssystem für die Zukunft ausgerichtet und hilft ein solidarisches Deutschland zu schaffen. ■

Literaturverzeichnis:

- Arrow K. (1963): Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review. Vol. LIII (5): 141-149.
- Augurzky B., Krolop S., Pilny A., Schmidt C., Wuckel C. (2016): Krankenhaus Rating Report 2016. Mit Rückenwind in die Zukunft? Medhochzwei, Berlin.

- Austria Presse Agentur (2017): Nationalrat – Königsberger-Ludwig: Ende der Enteignung von Pflegefällen beschlossen. SPÖ-Bundesorganisation Pressedienst, Wien.
- Biffl G. (2002): Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator. WIFO-Monatsberichte (1): 39-52.
- Destatis (2016): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Hayek F.-A. (2005): Die Verfassung der Freiheit. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Herder-Dornreich P. (1987): Der Sozialstaat in der Rationalitätenfalle. Stuttgart: Kohlhammer.
- Henke, K.-D. (2012): Zur gesamtwirtschaftlichen Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. In: Schumpelick, V., Vogel, B. (Hrsg.), Gesundheitssystem im Umbruch. Freiburg: Herder Verlag, 460 - 464.
- Höpflinger F. (1997): Bevölkerungssoziologie. Weinheim: Beltz.
- Keynes J.M. (2013): The General Theory of Employment, Interest and Money. Cambridge University Press: Cambridge.
- Kruse A., Knappe E., Schulz-Nieswandt F., Schwartz F.-W., Wilbers J. (2003): Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? Stuttgart.
- Lauterbach K., Lungen M., Stollenwerk B., Gerber A., Klever-Deichert G. (2006): Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung. Sozialpolitik Aktuell.
- Leopoldina (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. Diskussionspapier Nr. 7. Halle.
- Nöthen M. (2011): Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik. Wiesbaden.
- Oberender P., Zerth J. (2008): Der Gesundheitsmarkt als Wirtschaftsfaktor. In: Merz F. (Hrsg.): Wachstumsmarkt Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. München: Hanser.
- Ostwald D. A., Henke K.-D., Hesse S. (2013): Das Gesundheitssatellitenkonto: Der zweite Schritt: Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte der regionalen Gesundheitswirtschaft. In: Luthe (Hrsg.), Kommunale Gesundheitslandschaften. Band: Gesundheit / Politik / Gesellschaft / Wirtschaft.
- Thomas D., Reifferscheid A., Promorin N., Wasem J. (2014): Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. IBES-Diskussionsbeitrag, Nr. 204.



**WOCHEN
SCHAU
VERLAG**

... ein Begriff für politische Bildung

Fritz Reheis, Stefan Denzler, Michael Görtler, Johann Waas (Hrsg.)

Kompetenz zum Widerstand

Eine Aufgabe für die politische Bildung

Der Ruf nach Widerstand ist populär geworden. Nicht nur die Zivilgesellschaft, auch die Bildung ist gefordert. Ist Mündigkeit ohne die Fähigkeit, „nein“ zu sagen, sich zu verweigern, überhaupt möglich? Wann genau ist Widerstand gerechtfertigt oder sogar geboten? Welche Kompetenzen sind dabei nötig? Und wie können sie erworben werden? Erfahrene Widerstandspraktiker und Wissenschaftler unterschiedlicher Disziplinen erörtern diese brisanten Fragen.

ISBN 978-3-7344-0348-4, 240 S., € 26,80
E-Book: ISBN 978-3-7344-0349-1 (PDF), € 21,99

„Als ehemaliger Fachleiter für politische Bildung finde ich: Der vorliegende Sammelband gehört in jedes Studienseminar und in alle Schul-, Berufsschul- und Hochschulbibliotheken. Dieses Buch hat bisher gefehlt. Es kommt zur richtigen Zeit.“ Hannes Henjes in: Die demokratische Schule, Mai 2017, S. 23.

www.wochenschau-verlag.de



[www.facebook.com/
wochenschau.verlag](https://www.facebook.com/wochenschau.verlag)



@wochenschau-ver

Politische Bildung

