

Praxisgebühr- ein untaugliches Symbol für die soziale Schieflage der Gesundheitsreform

Allerorten wird in den Medien die Praxisgebühr als Symbol für die Ungerechtigkeit der Gesundheitsreform (Gesundheitsmodernisierungsgesetzes -GMG) diskutiert. „Diese ist jedoch nur die Spitze eines Eisbergs“, so die Bundesvorsitzende des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH), Hille Gosejacob-Rolf.

Tatsächlich führt die Gesundheitsreform zu weit mehr als zum Abschied aus der solidarischen Finanzierung der Sozialsysteme. „Die Gesundheitsreform verschärft die soziale Selektion im Zugang zur Gesundheitsversorgung, kündigt die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden auf, führt zu unerträglichen sozialen Härten und die wenigen guten Ansätze laufen in ihrer Umsetzung ins Leere“ so die Bundesvorsitzende des DBSH.

Bereits heute sterben arme Menschen im Vergleich zu Reichen im Durchschnitt sieben Jahre früher, und sie haben ein mindestens doppelt so hohes Risiko, schwer zu erkranken, zu verunfallen oder von Gewalt betroffen zu sein. Mit der Gesundheitsreform werden über Praxisgebühr und Zuzahlungen zusätzliche Hemmschwellen aufgebaut, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen.

Besonders gravierend ist die Situation für HeimbewohnerInnen, die auf Hilfen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) angewiesen sind und nur über ein monatliches Taschengeld von ca. 88 Euro (1.056 Euro jährlich) verfügen. Von diesem Betrag sind jährlich rund 80 Euro an Zuzahlungen zu leisten. Dies entspricht rund 8 Prozent des Einkommens und keineswegs den 1 bzw. 2 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens, wie es der Gesetzgeber für alle anderen Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse vorgegeben hat, da der Regelsatz des Haushaltsvorstandes dem Heimbewohner monatlich eben nicht zur Verfügung steht. Hinzu kommen die Kosten für Zahnersatz und die Medikamente, die nicht mehr verordnet werden dürfen. Damit bleiben vielen HeimbewohnerInnen, vor allem in den ersten Monaten des Jahres, keine Mittel mehr für den persönlichen Bedarf. Hinzu kommt der Aufwand für die notwendigen Befreiungs-Anträge bei Erreichen der 2-%-Zuzahlungsgrenze.

Auch Sozialhilfe- und zukünftige EmpfängerInnen des Arbeitslosengeld II müssen eine Selbstbeteiligung von bis zu 80 Euro leisten. Der dann geltende Fördersatz von 345 Euro für Allein-stehende (331 Euro im Osten) berücksichtigt diese Selbstbeteiligung nicht. Gerade bei Menschen, die auf diese Sozialleistung angewiesen sind, wird die Spaltung zwischen Gesunden und Kranken zunehmen und die Schwelle zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten erhöht.

Besonders hart tritt es die zudem oftmals Suchtkranken Wohnungslosen. Diese müssen nicht nur den bürokratischen Mehraufwand bewältigen, sondern zugleich Eigenleistungen aufbringen, während die Sozialhilfe häufig nur in wöchentlichen oder zweiwöchentlichen Raten ausgezahlt wird. „Die Betroffenen stehen damit oftmals vor der Frage, Lebensmittel zu kaufen oder zum Arzt zu gehen“, so die SozialarbeiterInnen des Berufsverbandes. Hinzu kommt, dass die Mittel für soziale und unterstützende Dienste immer weiter gekürzt werden.

An diesem Beispiel verdeutlicht sich ein weiteres Problem der Gesundheitsreform. Sie reduziert sich in der Praxis auf den Versuch den Zugang zu medizinischen Dienstleistungen einzuschränken, während zugleich der Zusammenhang zwischen Lebenssituation der Betroffenen und die damit verbundenen Krankheitsfolgen systematisch ausgeblendet wird. Die Bewahrung der Gesundheit und die Bewältigung von Krankheit aber beinhalten mehr als den Besuch in einer Arztpraxis.

Mit den versprochenen Leistungen von Psychotherapie, Prävention und „integrierte Versorgung“ wird zwar so getan, als ob diese Überlegung auch in der Politik angekommen sei. In der Realität jedoch deutet sich eine umgekehrte Entwicklung an:

- 1.) Ursprünglich sollte mit der Psychotherapie psychiatrischen Patienten die Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste und die Orientierung im Alltag erleichtert werden. Tatsächlich aber haben die Krankenkassen die entsprechenden Regeln nicht oder so umgesetzt, dass entsprechende Dienste kaum in Anspruch genommen werden können und nur den wenigsten Betroffenen offen stehen.
- 2.) Die Krankenkassen sind verpflichtet, Mittel zur Prävention einzuplanen. In Folge ist eine Fülle an folgenlosen Gutachten entstanden, die die soziale Schieflage in der Gesundheit der Bevölkerung betonen. In der Praxis aber verkommen Angebote zur Prävention zum Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen im Buhlen um die zahlungskräftigeren Mitglieder. Statt z.B. Projekte der Gesundheitsförderung für Familien mit Kindern in vernachlässigten Stadtteilen zu etablieren, werden Kurse wie Taek-Wan-Do oder Yoga finanziert. Das ursprünglich geplante Präventionsgesetz dagegen ist in weite Ferne gerückt, obwohl die Koalitionsvereinbarung vom Oktober 2002 die Ankündigung enthielt: „Der Wettbewerb um die beste Prävention und Versorgung ist ein zentrales Anliegen unserer Gesundheitspolitik. Prävention wird eine eigenständige Säule neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege“. Unter den Schwerpunkten des GMG sind die Stichworte Prävention und Gesundheitsförderung aber nicht mehr zu finden, das neue Recht enthält kein Wort zur inhaltlichen Ausgestaltung der Primärprävention, über die Festlegung von Prioritäten und zur Koordinierung und notwendigen Abstimmung der Beteiligten. Ein Referentenentwurf liegt noch nicht vor, vielleicht weil es bei der Förderung der Prävention um ein Gemenge von Inhalten, Kompetenzfragen und Geld geht.
- 3.) Ursprünglich zielte die integrierte Versorgung nicht nur auf eine bessere Abstimmung in der Behandlung der Akutphase von Krankheiten, sondern sollte vor allem über eine bessere Abstimmung zwischen Anschlussheilbehandlung, Rehabilitation, ambulanter Versorgung, Pflege und sozialer Dienste zu einer besseren Bewältigung von Krankheit und Rückkehr in den Alltag führen. Integrierte Versorgung, so wie sie von der Politik vorgegeben praktiziert wird, erweist sich als Mogelpackung, denn sie ist nicht patientenorientiert sondern **abrechnungorientiert**. Die Politik hat darauf verzichtet zu definieren, was konkret unter integrierter Versorgung zu verstehen ist, vielmehr hat sie die Definitionsmacht den Krankenkassen überlassen. Damit besteht die Gefahr, dass Patientenorientierung und Qualitätssicherung dem Wirtschaftlichkeits- und Rentabilitätsdenken untergeordnet werden. Im Ergebnis werden PatientInnen bestenfalls schneller, aber nicht nachhaltig gesundet aus dem Gesundheitssystem entlassen. Wenn integrierte Versorgung einen Erfolg versprechenden Paradigmenwechsel in der Gesundheitslandschaft bringen soll, ist eine sehr viel stärkere Fokussierung auf „Care“ mit einer intensiven Einbeziehung der helfenden Professionen von Sozialarbeit und Pflege erforderlich. Die eigentlichen Integrationsanforderungen bestehen darin, ein Zusammenwirken aller erforderlichen Gesundheits- und Sozialprofessionen für eine umfassende sektoren- und institutionsübergreifende Versorgung zu erreichen. Integrierte Versorgung meint faktisch aber bisher ausschließlich integrierte Behandlung.

Aus Sicht des DBSH wird sich das Gesundheitssystem auf diesem Weg kaum kostengünstiger, und erst recht nicht in Richtung Wirksamkeit entwickeln: Ein System, das die sozialen Ursachen für die Entstehung von Krankheiten ausblendet, soziale Schieflagen verstärkt, Gesundheit lediglich als Abwesenheit akuter Krankheitsfolgen definiert und sich in der Abstimmung zwischen Krankenkassen und medizinischen Diensten selbst überlässt, wird nicht in den Bedürfnissen der Patienten gerecht. „Krankenkassen, die in der Konkurrenz um die niedrigsten Beiträge und die gesündesten Beitragszahler stehen, vertreten Markt-, und nicht Patienteninteressen“, so der Berufsverband.

Die Krankenversorgung entwickelt sich so von einem Sozialversicherungszweig hin zu einer Wettbewerbswirtschaft, damit vollzieht sich ein gesellschaftlicher Wandel im Verständnis des

Sozial- und Gesundheitswesens. Während früher die Gesellschaft bereit war, den Menschen und Einrichtungen, die wichtige Sozialdienste erbringen, die Kosten zu erstatten, wird heute dieses Prinzip als ineffizient abgelehnt und damit die Gesundheits- und Sozialdienste mehr und mehr dem Postulat der betriebswirtschaftlichen Effizienz unterworfen.

Aus Sicht des DBSH braucht es eine wesentliche Stärkung der Prävention und eine Förderung gesunder Lebensbedingungen. Darüber hinaus dürfen sich gesundheitliche Dienste nicht auf eine akut-medizinische Versorgung beschränken. Ambulante Dienste, Rehabilitation und soziale Dienste müssen eine Einheit bilden: „Wir müssen weg kommen von der Zielsetzung der möglichst schnellen Behandlung, Ziel muss eine möglichst langfristig wirksame Stärkung des Patienten sein“. Dazu bedarf es einer erheblichen Ausweitung sozialer Dienste in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, aber auch sozialer Dienste vor Ort, die den ganzen Menschen im Blick haben.

Gerade Sozialarbeit ist mit ihrer Lebensweltorientierung und ihrem systematischen Ansatz für die psychosozialen Aufgaben im Gesundheitswesen in herausragender Weise geeignet, die sog. Gesundheitsreform schließt dies jedoch mit ihrer ausschließlich finanziellen Orientierung aus.

*Geschäftsführender Vorstand (GfV) des
Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH),
Essen, den 2. Mai 2004*