



ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

3., vollständig überarbeitete Auflage

GESUNDHEIT IST EINE WARE

**Mythen und Probleme
des kommerzialisierten
Gesundheitswesens**

luxemburg argumente

«In ein paar Jahren wird das Gesundheitswesen unbezahlbar sein» – so das Bedrohungsszenario, das hierzulande seit Jahrzehnten aufgebaut wird. Die «Kostenexplosion» wird auf den demografischen Wandel zurückgeführt, aber auch auf eine übermäßige Inanspruchnahme von unnötigen Leistungen (Stichwort: «Freibiermentalität»). Die Unternehmen klagen, dass die Lohnnebenkosten durch die Beiträge für das Gesundheitswesen zu hoch seien und ihre Wettbewerbsfähigkeit auf dem Weltmarkt gefährden würden.

Mit diesen «Argumenten», die so tun, als ob es nur Sachzwänge gebe und keinen gesellschaftspolitischen Spielraum, werden Privatisierungen im Gesundheitswesen als unumgänglich vorangetrieben. In einer der reichsten Gesellschaften der Welt werden Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenkassen gestrichen, Krankenhäuser privatisiert, und am Pflegepersonal wird so sehr gespart, dass es gefährlich sein kann, ins Krankenhaus zu gehen. Von den Hygienemängeln durch Personalmangel ganz zu schweigen! Gleichzeitig werden im Krankenhaus wie in den Arztpraxen mehr Leistungen erbracht, als medizinisch notwendig sind; die Pharmaindustrie verdient Unsummen, und von Jahr zu Jahr wird es – vor allem in ländlichen Gebieten oder in armen Stadtteilen – schwieriger, Termine bei Fachärzt_innen zu bekommen, obwohl es immer mehr Ärzt_innen gibt. Wie hängt das zusammen?

Diese Broschüre soll zeigen: Beim Thema Gesundheit geht es um viel Geld – und ein Teil dieses Geldes ist noch nicht vollständig kapitalistischen Interessen unterworfen. Deshalb muss man sich sehr genau anschauen, wer was am Gesundheitswesen kritisiert und aufgrund welcher Diagnosen welche Lösungen vorschlägt. Nach einer kurzen Einleitung in das Gesundheitswesen in Deutschland werden im ersten Teil der Broschüre Mythen der gesundheitspolitischen Debatte geknackt. Im zweiten Teil werden dann verschiedene Problemdiagnosen und ihre vermeintlichen Lösungen geprüft und die Hintergründe analysiert. Im dritten Teil stellen wir Reformvorschläge und Alternativen zur Diskussion und zeigen, dass es sogar innerhalb kapitalistischer Verhältnisse anders und besser gehen könnte.

INHALT

Einleitung: Das Gesundheitswesen in Deutschland	2
Sachzwänge und Mythen	6
1 «Die Kosten explodieren – die Beiträge müssen runter»	7
2 «Die Alterung der Gesellschaft überfordert das Gesundheitssystem»	9
3 «Wer selbst zahlt, bleibt eher gesund»	10
Diagnosen	14
4 Gesundheit ist eine soziale Frage	14
5 Zweiklassenmedizin	16
6 Keine Papiere, keine Versicherung	19
7 Arztpraxis als Geschäftsmodell	22
8 Krankenhäuser als Fabriken	24
9 Selbstbedienungsladen Pharmaindustrie	28
Alternativen	31
10 Ausweitung der Solidarität: Bürgerversicherung	31
11 Krankenhäuser: Qualität statt Kostendruck	33
12 Eine andere Versorgung ist möglich: sozialmedizinische Zentren	35
13 Daseinsvorsorge in öffentlicher Verantwortung	38
14 Gesellschaftliche Bedarfsplanung: genug für alle	39
Fazit	41
Zum Weiterlesen	42

EINLEITUNG: DAS GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND

«Noch zwei Frühchen und wir sind in den schwarzen Zahlen.» Diese – von einem Gewerkschaftskollegen aus dem Saarland selbst erlebte – Ansage der kaufmännischen Direktorin eines (nicht privatisierten) deutschen Krankenhauses spricht Bände über den Zustand des Gesundheitssystems. Die Ökonomisierung hat Krankenhäuser in Fabriken verwandelt: Möglichst viele Fälle müssen in möglichst kurzer Zeit abgefertigt werden – und zwar möglichst lukrativ. Frühgeburten unter 1.500 Gramm bringen mehr Geld als später Geborene, Kaiserschnitte mehr als natürliche Geburten. Profit- und Kostendruck nehmen unmittelbar Einfluss auf die ärztlichen Entscheidungen. Das hat seinen Grund: Die Krankenhäuser konkurrieren auf dem Markt miteinander. Wer viel Arbeit auf möglichst wenig Personal verteilen kann und Lohnkosten spart, der gewinnt. So wird nicht mehr nur in privaten, sondern in allen Krankenhäusern kalkuliert. Die Folgen sind für die Beschäftigten, aber auch für die Patient_innen spürbar: Der Personalmangel sorgt für Zeitdruck und Stress, statt persönlicher und ganzheitlicher Versorgung wird am Fließband gepflegt und mit Blick auf die Uhr und die Bilanzen behandelt.

All diese Beispiele zeigen, wie das deutsche Gesundheitswesen seit einigen Jahren von einem «Solidarsystem» in eine «Gesundheitswirtschaft» umgebaut wird. Krankenhäuser waren bis Anfang der 1990er Jahre zumeist in öffentlicher oder freigemeinnütziger (also meist kirchlicher) Hand. Gewinne zu machen war bis Mitte der 1980er Jahre schlichtweg gesetzlich verboten. Ein großer Teil der Gelder im Gesundheitswesen zirkulierte also zwischen öffentlichen, nicht profitorientierten Institutionen: zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, die die Leistungen bezahlten, und den Krankenhäusern. Dieses Geld – immerhin geht es da seit Jahren um Hunderte Milliarden Euro – wurde mit der einen Hand eingenommen und mit der anderen direkt für die Bezahlung von Leistungen wieder ausgegeben. Es wurden damit keine Profite gemacht, das Geld wurde nicht an Finanzmärkten angelegt, es wurde also nicht in Kapital verwandelt. Die großen Geldsummen, um die es im Gesundheitswesen

geht, weckten und wecken aber Begehrlichkeiten bei Geldanleger_innen, insbesondere in Zeiten wirtschaftlicher Krisen. Im Jahr 2015 wurden laut Statistischem Bundesamt (Destatis) insgesamt 344,2 Milliarden Euro, das heißt 4.213 Euro je Einwohner_in für Gesundheit ausgegeben, das entspricht 11,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Inzwischen ist ein großer Teil davon Kapital geworden und dient der Profitgewinnung.

Das Gesundheitswesen wird immer weniger als Teilbereich der Daseinsvorsorge verstanden, der bis zu einem gewissen Grad vor Markt- und Konkurrenzmechanismen geschützt werden muss. Ein großer Teil der Ausgaben im Gesundheitswesen wird von den solidarischen gesetzlichen Krankenkassen (GKV) getragen; diese bekommen ihr Geld wiederum, indem Teile des Lohns von abhängig Beschäftigten an sie abgeführt und dann umverteilt werden. Dieses System der GKV wurde zur Zeit Bismarcks eingerichtet und hat sich über die Jahrzehnte hinweg als sehr anpassungsfähig erwiesen. Es existiert zwar in seinen Grundzügen bis heute, ist aber inzwischen massiven Angriffen ausgesetzt, weil auch die Solidarversicherungen immer weiter zu Unternehmen umgebaut werden.

Seit Anfang der 1990er Jahren wird in der Gesundheitspolitik auf mehr Markt und Konkurrenz im Gesundheitswesen gesetzt anstatt auf eine am gesellschaftlichen Bedarf orientierte Planung und eine Kooperation der verschiedenen Bereiche und Beschäftigtengruppen. Erst in den letzten zwei Jahren scheint bei den verantwortlichen Politiker_innen angekommen zu sein, dass diese Ökonomisierung des Gesundheitswesens auch Probleme schafft. Wirkliche Einsicht in die Tiefe des Problems haben die Regierenden aber bislang vermissen lassen.

Ganz anders dagegen die Beschäftigten in den Krankenhäusern: In den letzten Jahren gab es zunehmend offensive Streikbewegungen in der Krankenpflege, die sich gegen schlechte Arbeitsbedingungen und schlechte Versorgungsqualität richteten. Vorreiter_innen waren die Pflegekräfte der Charité in Berlin, die erstmals in einem Tarifvertrag mehr Personal erkämpfen konnten und deren Beispiel nun Pflegekräfte in vielen Krankenhäusern in Deutschland folgen und mit Arbeitskämpfen um mehr Personal und Entlastung streiten. Das berufliche Ethos

von Menschen in Gesundheitsberufen wurde lange Zeit als Grund dafür angesehen, dass zum Beispiel «Krankenschwestern nicht streiken». Heute scheint sich das umzudrehen: Weil die Pflegenden begriffen haben, dass in einem ökonomisierten Gesundheitswesen ihre eigenen Werte und eigenen Ansprüche an gute Versorgung unter die Räder kommen, setzen sie sich zur Wehr. Denn unter Kostendruck und Personalmangel leiden Pflegekräfte und Patient_innen gleichermaßen. Der Kampf für bessere Arbeitsbedingungen ist also immer auch der Kampf für eine bessere Versorgung. Dass Ökonomisierung und Kommerzialisierung damit nicht vereinbar sind, davon sind immer mehr Beschäftigte – und Patient_innen – überzeugt.

Wesentliche Teile des deutschen Gesundheitswesens waren allerdings schon immer kommerziell organisiert: Private Versicherungskonzerne versichern etwa zehn Prozent der Bevölkerung außerhalb des Solidarsystems der GKV. Ein solches Zweiklassensystem, in dem sich die reichsten Gruppen der Bevölkerung aus dem Solidarsystem herausziehen können, ist eine deutsche Besonderheit. Die privatwirtschaftliche Medizintechnik- und Pharmaindustrie – darunter einige Global Player wie Boehringer Ingelheim, Bayer Health Care Pharmaceuticals, Fresenius Medical Care und Siemens – machen in Deutschland sehr gute Geschäfte.

Ein weiteres Merkmal des deutschen Gesundheitssystems: Im Gegensatz zur stationären Versorgung im Krankenhaus ist die ambulante ärztliche Versorgung seit jeher in privatwirtschaftlicher Hand. Dass niedergelassene Ärzt_innen es verstanden haben, ihre Interessen politisch durchzusetzen, zeigt die flächendeckende Versorgung mit niedergelassenen Ärzt_innen aller Fachrichtungen, die quasi als «Kleinunternehmer_innen» wirtschaften. Allerdings zeichnet sich auch hier eine Veränderung ab: Viele junge Mediziner_innen wollen so nicht mehr arbeiten, sondern möchten lieber Angestellte in Gesundheitszentren sein – in Pionierprojekten wie Gesundheitskollektiven und Polikliniken werden neue Formen der sozialmedizinischen, interdisziplinären Versorgung erprobt.

Denn die einzelnen Bereiche des Gesundheitssystems – wie der ambulante und der stationäre Sektor oder die Reha-Einrichtungen – sind in Deutschland sowohl organisatorisch als auch finanziell besonders streng voneinander getrennt. Gleiches gilt für die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, wie etwa Pflegekräfte, Therapeut_innen und Ärzt_innen: An nur wenigen Stellen gibt es eine systematische Verzahnung, in der Regel arbeiten die verschiedenen Bereiche und Berufsgruppen in Konkurrenz zueinander – zum Nachteil der Patient_innen. Für Letztere wäre es das Beste, wenn alle, die an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligt sind, an einem Strang ziehen und eng zusammenarbeiten würden. Der Fachbegriff hierfür heißt: integrierte Versorgung. Sie setzt auf gesellschaftlicher Ebene eine sinnvolle Planung voraus: eine demokratische und am Bedarf orientierte Organisation des Gesundheitswesens.

SACHZWÄNGE UND MYTHEN

In der Gesundheitspolitik ist viel von sogenannten Sachzwängen die Rede. Sie werden mit scheinbar selbstverständlichen Annahmen begründet: Es wird argumentiert, dass die Kosten der Versorgung übermäßig steigen würden und darum begrenzt werden müssten. Dafür werden die Alterung der Gesellschaft, aber auch die «übermäßigen» Ansprüche der Patient_innen verantwortlich gemacht. Die gestiegenen Kosten wären durch das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht (mehr) zu finanzieren – vor allem die Unternehmen müsste man entsprechend von Beiträgen entlasten. Private Absicherung und individuelle Gesundheitsvorsorge werden als Lösung präsentiert.

Bei genauerem Hinsehen erweisen sich diese Annahmen aber oft als Mythen. Denn hinter jeder Diagnose stehen handfeste materielle Interessen. Wem nützen welche Maßnahmen? Welche Interessen werden hier zum Maßstab für ein Funktionieren des Gesundheitssystems? Im Folgenden werden einige der Argumente kritisch hinterfragt. So wird der Blick frei für andere Beschreibungen des Problems und andere Lösungsvorschläge, von denen Patient_innen, Beschäftigte und Beitragszahler_innen profitieren könnten.

«DIE KOSTEN EXPLODIEREN - DIE BEITRÄGE MÜSSEN RUNTER»

Im Frühjahrsgutachten der führenden deutschen Wirtschaftsinstitute vom April 2017 steht, dass «mit Blick auf die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen [...] eine geringere Steuerbelastung angezeigt» sei. Der Grund: Die Abgabenbelastung der Unternehmen werde «aufgrund der Alterung der Bevölkerung und des medizinischen Fortschritts» insgesamt steigen, weil sich die Beiträge erhöhen. Diese Kostenerhöhung müsse gebremst werden. Die Botschaft, die bei der Presse und der Öffentlichkeit ankommen soll, ist diese: Achtung! Auch wenn es der Wirtschaft jetzt gerade relativ gut geht, droht den Unternehmen und damit dem Wachstum Gefahr durch zu hohe Abgaben bei Lohnnebenkosten und Sozialversicherungsbeiträgen. Die Schlussfolgerung: Die Unternehmen müssen von diesen Kosten entlastet werden.

Stimmt das Argument der «Kostenexplosion»? Ist das deutsche Gesundheitssystem wirklich übermäßig teuer geworden? Es stimmt, dass die Kosten im Gesundheitswesen gestiegen sind, von 218 Milliarden Euro im Jahr 2000 auf 344 Milliarden Euro im Jahr 2015. Das deutsche Gesundheitswesen ist eines der teuersten (aber auch immer noch besten) der Welt. Nur in den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Frankreich wird mehr Geld für die Gesundheitsversorgung ausgegeben – gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Aber auch das deutsche BIP gehört zu den größten der Welt, und es steigt kontinuierlich, ungefähr so schnell wie die Ausgaben für das Gesundheitswesen. Folge: Gemessen an der Wirtschaftsleistung sind die Gesundheitsausgaben mit etwa zehn bis elf Prozent des BIPs seit Jahrzehnten stabil. Im Verhältnis zur steigenden Wirtschaftsleistung kann also von einer «Kostenexplosion» keine Rede sein.

Auf der anderen Seite gibt es viele Akteur_innen im Gesundheitswesen oder besser: in der Gesundheitswirtschaft, die ein Interesse daran haben, dass sehr viel Geld und am besten immer mehr Geld ins Gesundheitswesen fließt: die Pharma- und Geräteindustrie, die Krankenträger, aber auch die nieder-

gelassenen Ärzt_innen. Natürlich müssen auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen ein Interesse daran haben, dass genug Geld da ist. Die Frage ist allerdings, woher das Geld kommt, wie es verteilt und wofür es ausgegeben wird.

Das Gesundheitssystem wird größtenteils durch die Krankenkassenbeiträge finanziert, die einerseits die Unternehmen (die Arbeitgeber), andererseits die Beschäftigten von ihrem Bruttolohn an die Krankenkassen zahlen. Die Unternehmen sind mit 7,3 Prozent der Bruttolöhne ihrer Beschäftigten an den Kosten beteiligt. Die Arbeitgeberbeiträge für die GKV (und die anderen Sozialversicherungen) werden von ihnen als ein Teil der Lohnnebenkosten¹ gezahlt. Steigende Ausgaben der Kassen bedeuteten daher steigende Beitragssätze und bis zum Jahr 2010 steigende Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre wurden unter anderem damit begründet, dass die Beiträge zur Krankenversicherung und damit die Lohnnebenkosten zu hoch seien. Arbeitsplätze zu schaffen werde so zu teuer für die Unternehmen – die zu hohen Beiträge seien ein Grund für Arbeitsplatzabbau und Erwerbslosigkeit. Entsprechend wurde der Anteil der Arbeitgeber von der schwarz-gelben Bundesregierung 2011 «eingefroren»: Die Arbeitgeber im Exportweltmeisterland Deutschland müssen sich seither nicht mehr an Beitragssteigerungen beteiligen, sondern bleiben bei ihrem Beitrag von 7,3 Prozent. Das Geld, das den Krankenkassen dadurch fehlt, wird von den Beschäftigten einseitig durch «Zusatzbeiträge» finanziert. Darüber hinaus wurden wichtige Leistungen aus der Krankenkasse ausgelagert, die nun von den Patient_innen selbst bezahlt werden müssen. Bekanntestes Beispiel: Brillen und Zahnersatz. Diese Maßnahme bürdet den Beschäftigten einen übermäßig hohen Anteil der Kosten auf und ist faktisch ein Geschenk an die Unternehmen.²

8

¹ Dieser Begriff tut so, als ob es hier um Nebensächliches ginge. Er ist ein spezifisch deutscher Ausdruck, den es in anderen Ländern bzw. Sprachen so nicht gibt. Ökonomisch sind die Lohnnebenkosten keine «Neben-» oder Extrazahlung an die Arbeitenden, sondern einfach Bestandteil der Lohnkosten. ² Vgl. Weisbrod-Frey, Herbert: Kopfpauschale stoppen! Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft, Folienatz, ver.di Bundesvorstand, Bereich Gesundheitspolitik, Berlin 2010.

«DIE ALTERUNG DER GESELLSCHAFT ÜBERFORDERT DAS GESUNDHEITSSYSTEM»

Weil in Deutschland der Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung wächst und weil davon ausgegangen wird, dass alte Menschen häufiger und länger krank sind, wird behauptet, das Gesundheitswesen sei in Zukunft wegen des «demografischen Wandels» unbezahlbar. Mit diesen Argumenten wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten die Privatisierungs- und Kürzungspolitik im Gesundheitswesen begründet und das Grundprinzip der bisherigen gesetzlichen Krankenkassen infrage gestellt. Es basiert darauf, dass der gegenwärtige Bedarf an Geld für die Versorgung von den jetzigen Beitragszahler_innen aufgebracht wird. Das Gegenmodell ist – ähnlich wie bei der Rentenversicherung – eine private, sogenannte kapitalgedeckte Absicherung: Jeder muss individuell vorsorgen. Diese private Versicherung basiert auf Finanzmarktprodukten und kann schnell an Wert verlieren, wenn die Aktienkurse der Versicherer in den Keller gehen. Das Solidarmodell zu schwächen und immer mehr Menschen privat zu versichern liegt also unmittelbar im Interesse von privaten Banken und Versicherungskonzernen.

Dass die individuelle Vorsorge die notwendige Antwort auf eine alternde Gesellschaft sein muss, ist aber alles andere als klar: Dass die Gesellschaft insgesamt älter wird, lässt sich nicht bestreiten. Dass dies zu überhöhten Kosten führt, die die Allgemeinheit nicht tragen kann, ist jedoch kein «Naturgesetz», sondern wird von wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen beeinflusst, die Folge von politischen Entscheidungen sind. Denn der Altersquotient – also das Verhältnis von Erwerbsfähigen (15- bis 64-Jährige) zu Personen über 64 Jahren – hat sich in Deutschland permanent verschoben, und zwar bis Mitte des 20. Jahrhunderts drastischer als heute. Dennoch ist genau in dieser Zeit der materielle Reichtum für alle Altersgruppen enorm gewachsen und das Sozialsystem ausgebaut worden. Zuzeiten von Vollbeschäftigung und großem Wachstum war der demografische Wandel also kein Problem. Erst seit der Wirtschaftskrise der 1970er Jahre wird er als solches diskutiert.

Zudem werden in den Modellrechnungen zumeist jüngere Beschäftigte den älteren Menschen gegenübergestellt nach dem Motto: Immer weniger Junge müssen immer mehr Alte und Kranke versorgen. Dabei wird vergessen, dass nicht alle, die jung und erwerbsfähig sind, auch tatsächlich einer sozialversicherten Beschäftigung nachgehen und in die Sozialsysteme einzahlen können. Nicht Überalterung, sondern prekäre Niedriglohnjobs und Arbeitslosigkeit sind die größten Ursachen für die vorhergesagten Einnahmeausfälle der Krankenkassen. Statt also die Alten gegen die Jungen und die Gesunden gegen die Kranken auszuspielen, müsste eine Debatte darüber geführt werden, wie der immense Reichtum, der heute erwirtschaftet wird, gerechter auf alle verteilt werden kann.³

3

«WER SELBST ZAHLT, BLEIBT EHER GESUND»

10

Ein anderer Mythos, der die gesundheitspolitischen Debatten durchzieht, ist die sogenannte «Freibiermentalität» der Patient_innen: Weil die medizinischen Leistungen noch immer größtenteils kostenlos sind, so die Argumentation, nehmen die gesetzlich Versicherten allzu verschwenderisch Leistungen in Anspruch und machen das Gesundheitssystem so teuer. Dieser Diskurs dient seit den 1980er Jahren als Begründung für die zahlreichen Reformen und Kürzungen in der Gesundheitspolitik. Die Annahme: Nur wenn Menschen mehr (finanzielle) Eigenverantwortung für ihre Versorgung tragen, achten sie auf ihre Gesundheit und vermeiden unnötige Kosten. In dieser Argumentation wird ein Modell aus dem ökonomischen Lehrbuch («moral hazard» oder «Rationalitätenfalle») auf das Gesundheitswesen übertragen: Menschen, die etwas (vermeintlich) umsonst bekommen, gehen damit sorglos um. Gesundheitsleistungen wie Herzkatheter-Untersuchungen oder Wurzelbehandlungen erscheinen wie ein Luxus, den man sich gönnt, weil er nichts

³ Vgl. Kühn, Hagen: Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 6/2004; Marmor, Theodore: How Not to Think About Medicare Reform, in: Journal of Health Politics, Policy, and Law 1/2001, S. 107–117.

A stylized illustration of a doctor in a white lab coat and a striped tie, with a stethoscope around their neck. The doctor is holding a clipboard with a white sheet of paper. The text is written on the paper in a blue, handwritten-style font.

Heute nur
Privatpatienten

kostet. Gesundheit und Wohlbefinden werden nicht als ein existenzielles Bedürfnis und als ein Wert an sich begriffen. Sie erscheinen als Waren mit einem schwankenden «Marktwert».

12 Auch in neuen Konzepten der Prävention und individuellen Gesundheitsvorsorge⁴ tauchen solche Annahmen auf: Fitness und Leistungsfähigkeit zu steigern bzw. zu erhalten wird zunehmend als eine lebenslange Aufgabe eines jeden und einer jeden Einzelnen gesehen. Durch einen gesunden Lebenswandel soll Gesundheitsrisiken vorgebeugt werden – diese naheliegende Annahme wird unter den herrschenden Bedingungen schnell zum Zwang. Der Druck zur permanenten «Selbstoptimierung» wird durch digitale Hilfsmittel, etwa Gesundheits-Apps, die individuelle Daten aufzeichnen und bewerten (und zuweilen auch für kommerzielle Zwecke weitergegeben werden), unterstützt: Wie viel hast du dich heute bewegt? Wie viele Kalorien hast du zu dir genommen? Wie ist dein Blutdruck? Der Gesundheitszustand wird damit mehr und mehr zu einer Frage des individuellen Verhaltens gemacht. Strukturelle Gesundheitsbelastungen und -gefährdungen, ungesunde Arbeitsplätze, zunehmender Zeitstress, Armut und Existenzangst werden dabei vollkommen ausgeblendet. Gesundheit erscheint «machbar» und kontrollierbar – und nicht als ein äußerst kompliziertes Zusammenspiel von Umweltbedingungen und Individuum, von physischen und psychischen Prozessen. Das zerstört auch die Grundlage des Solidarprinzips: Wer krank ist, scheint zunehmend selbst daran schuld zu sein. Warum soll ich dann noch für die Krankheiten der anderen mitzahlen?

Was lässt sich gegen solche Thesen einwenden? Es stimmt: Es gibt Überversorgung im deutschen Gesundheitswesen. Menschen bekommen medizinische Maßnahmen oder auch Arzneimittel verordnet, die medizinisch nicht notwendig sind. Das sieht man im Moment besonders drastisch in den Krankenhäusern, aber auch bei Privatversicherten im ambulanten Sektor: Das liegt aber nicht an der «Maßlosigkeit» von Patient_innen, sondern hat strukturelle Gründe: In der Regel entscheiden der Arzt oder die Ärztin, also die Anbieter (und oft auch zugleich

⁴ Becker, Matthias Martin: Mythos Vorbeugung. Warum Gesundheit sich nicht verordnen lässt und Ungleichheit krank macht, Wien 2014.

Profiteure) von Leistungen über die medizinische Behandlung. Studien zeigen,⁵ dass im System Anreize der Überversorgung existieren: Bekommen niedergelassene Ärzt_innen als selbstständige Unternehmer_innen für jede Leistung unmittelbar Geld (Einzelleistungsvergütung) oder erhalten sie als Angestellte ein «leistungsabhängiges» Gehalt, ist die Versuchung groß, möglichst viele Leistungen zu verordnen und abzurechnen.

Darüber hinaus zeugen unnütze Diagnose- oder Therapieverfahren auch von fehlendem Eingehen auf die komplexen Probleme von Patient_innen. Zeit für Gespräche und Mitsprache von Patient_innen kommen häufig zu kurz gegenüber standardisierten Diagnose- und Therapieverfahren, die an der individuellen Symptomatik der Betroffenen vorbeigehen.

Hier ist auch der Einfluss von sozialen Verhältnissen auf den Gesundheitszustand zentral, auf den der oder die einzelne Patient_in allein nur beschränkten Einfluss hat. Die Forderung nach «mehr Eigenverantwortung» des Individuums geht über die sozialen Faktoren hinweg und verschärft perspektivisch die soziale Ungleichheit. Den Einzelnen wird abverlangt, möglichst viel aus der eigenen Tasche zu bezahlen oder zumindest zuzuzahlen. Entsprechend werden Leistungen der GKV gestrichen. Wer das nötige Geld hat, soll individuelle private Zusatzversicherungen abschließen.

Der Diskurs um Eigenverantwortung und Prävention hat jedoch auch eine positive Dimension und ein kritisches Potenzial: wenn er ein altes Bild von Gesundheit hinterfragt, das nur um Krankheit und um Defizite kreist und die Patient_innen entmündigt. Die Ressourcen der Patient_innen einzubeziehen und sie in gewissem Maße auch als eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu begreifen ist absolut notwendig. Das setzt aber die Kommunikation auf Augenhöhe, Mitsprache und den Einbezug der gesamten psychosozialen Situation der Patient_innen voraus. Ein solcher umfassender und solidarischer Begriff von Prävention taucht in den herrschenden Diskussionen jedoch kaum auf.

⁵ Vgl. Reiners, Hartmut: Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem, Frankfurt a. M. 2011; Nöthen, Manuela: Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? Wirtschaft und Statistik, hrsg. vom Statistischen Bundesamt, Juli 2011, S. 665–675.

GESUNDHEIT IST EINE SOZIALE FRAGE

Ob Menschen gesund oder krank sind, hängt nicht nur von ihrem individuellen Verhalten und ihrer körperlichen Verfasstheit ab – sondern auch von den sozialen Verhältnissen, in denen sie leben. Wer arm ist, ist häufiger krank und lebt kürzer. In jeder Gesellschaft der Welt hängen soziale Ungleichheit und Gesundheit eng miteinander zusammen – unabhängig davon, wie das Gesundheitswesen organisiert ist. Auch in einer reichen Gesellschaft wie der deutschen gilt: Menschen mit niedrigem Einkommen, Bildungsniveau und Berufsstatus sind nicht nur häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen, sie haben auch eine weitaus geringere Lebenserwartung. Die Differenz an Lebensjahren zwischen Menschen, die zur niedrigsten und zur höchsten von fünf Einkommensgruppen gehören, betrug laut einer Untersuchung des Robert-Koch-Instituts von 2015 bei Frauen 8,4 Lebensjahre und bei Männern 10,8 Jahre. Noch deutlicher wird der Unterschied, wenn nur die Lebensjahre betrachtet werden, die in sehr gutem oder gutem allgemeinen Gesundheitszustand verbracht werden. Dann beträgt der Unterschied zwischen Menschen aus diesen beiden Gruppen bei Frauen 13,3 und bei Männern 14,3 Jahre.⁶

Armut erhöht also das Krankheitsrisiko massiv und kann einen großen Teil der gesundheitlichen Ungleichheit in der Bevölkerung erklären. Denn je nach sozialer Situation sind Menschen unterschiedlichen Umweltbelastungen ausgesetzt, haben unterschiedliche Ressourcen, sie zu bewältigen, und werden unterschiedlich gut versorgt. Gerade arme Menschen sind häu-

⁶ Gesundheitsberichterstattung des Robert-Koch-Instituts: Gesundheit in Deutschland 2015: Kap. 2: Wie steht es um unsere Gesundheit?, unter: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/02_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile; WHO: Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health, Genf 2008; Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (Hrsg.): Soziale Determinanten von Gesundheit, in: Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin, Sonderausgabe 2015, unter: www.vdaee.de/index.php/gesundheit-braucht-politik/cat_view/109-2015.

figer belastenden Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen ausgesetzt, die direkt gesundheitsgefährdend sind (ein Beispiel ist die nächtliche Schichtarbeit). Und dieser Zusammenhang ist auch andersherum wirksam: Menschen mit schlechter Gesundheit sind einem höheren Risiko ausgesetzt, sozial abzustiegen. Krankheit führt in unserer Gesellschaft zu Ausgrenzung und Benachteiligung, zu schlechteren Bildungserfolgen, zu Problemen, einen Arbeitsplatz zu finden bzw. ihn zu behalten, und zu geringeren beruflichen Aufstiegschancen. Armut und Ungleichheit machen krank – und Krankheit zu häufig arm, so ließe es sich zusammenfassen.

Das ist nicht nur bei einzelnen Menschen so, sondern gilt auch für ganze Gesellschaften, wie verschiedene Studien belegen:⁷ In Gesellschaften mit geringeren Einkommensunterschieden haben die Menschen insgesamt eine höhere Lebenserwartung und werden weniger krank als in Gesellschaften, die von stärkerer Ungleichheit geprägt sind.

Gesundheitspolitisches Engagement darf also nicht nur auf die medizinische Versorgung der Einzelnen zielen, sondern auch auf die sozialen Bedingungen: auf eine gleichmäßige Reichumsverteilung und ausgleichende Sozialpolitik, auf gute Arbeits- und Wohnbedingungen und auf eine intakte Umwelt. Gleiche Gesundheitschancen für alle lassen sich erst schaffen, wenn man nicht nur im Gesundheitssystem selbst ansetzt, sondern alle politischen und sozialen Maßnahmen daraufhin befragt, inwiefern sie gut oder schlecht für die Gesundheit der Bevölkerung sind. Ein solcher Ansatz wird international «Health in All Policies» («Gesundheit in allen Politikfeldern») genannt.⁸

7 Wilkinson, Richard/Pickett, Kate: Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind, Frankfurt a. M. 2009. 8 Vgl. «Health in All Policies». Helsinki Statement – Framework for Country Action, verabschiedet bei der achten «Global Conference on Health Promotion» der Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2014, unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf.

ZWEIKLASSENMEDIZIN

Das Gesundheitswesen wird insgesamt über Sozialversicherungsbeiträge, Beiträge der privaten Krankenversicherungen, Steuern, Arbeitgeberbeiträge und Ausgaben der privaten Haushalte finanziert. Im Jahr 2015 mussten die Arbeitnehmer_innen durchschnittlich einen Zusatzbeitrag von 0,9-Prozentpunkten bezahlen. Zusätzlich zu Beitrag und Zusatzbeitrag müssen Versicherte, wenn sie krank sind, auch noch Zuzahlungen leisten. Im Jahr 2016 waren das für die rund 71 Millionen gesetzlich Versicherten knapp 4 Milliarden Euro, das sind rund 55 Euro pro Kopf.⁹ Dass sich die Gesundheitskosten in den letzten Jahren immer weiter auf die Arbeitnehmer_innen und die privaten Haushalte verschoben haben, führt zu mehr sozialer Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung.

16

Einen ganz wesentlichen Anteil an der ungleichen Versorgung hat jedoch das Zweiklassensystem der Krankenversicherung in Deutschland. Die Mehrheit der Bevölkerung (rund 90 Prozent) ist in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert, eine Minderheit in der privaten Krankenversicherung (PKV). Privatversicherte erhalten schneller einen Termin beim Arzt und haben Zugang zu mehr Leistungen – denn für ihre Versorgung bekommen die Leistungserbringer vergleichsweise mehr Geld.

Dieses System der zwei Versicherungsarten ist weltweit nahezu einmalig. Wer es grundsätzlich reformieren will, kann dies in zwei Richtungen tun: Die FDP und auch bestimmte Industrievertreter_innen fordern, die private Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung einzuführen. Eine andere, solidarische Möglichkeit besteht darin, die gesamte Bevölkerung in die solidarische gesetzliche Versicherung zu integrieren, auf alle Einkommensarten einen Beitrag zu erheben und so die solidarische Umverteilung auf mehr und breitere Schultern zu verteilen. Alle Selbstständigen, alle Beamt_innen und alle Menschen mit höheren und ganz hohen Einkommen wären dann in der

⁹ Laut einer Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Linksfraktion, vgl. Belastung durch Arznei-Zuzahlungen steigt, Rheinische Post, 5.5.2017.

GKV versichert. Dies ist das Konzept der Bürgerversicherung, wie es die Gewerkschaften und die Partei DIE LINKE und zuweilen – in abgespeckter Form – auch SPD und Grüne vertreten.

Die GKV (im Jahr 2017 noch 113 einzelne Krankenkassen) ist bis heute geprägt vom Solidarprinzip: Alle bezahlen von ihrem Einkommen den gleichen prozentualen Beitragssatz und alle bekommen – unabhängig vom individuell einbezahlten Geld – die gleichen Leistungen, nämlich das medizinisch Notwendige. Was dazu gezahlt wird, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im Leistungskatalog der GKV politisch fest.

Bemessungsgrundlage für die Beitragshöhe sind allerdings nicht alle Einkommen, sondern nur Löhne und Gehälter, und diese nur bis zu einer bestimmten Höhe (Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2017: 52.200 Euro im Jahr bzw. 4.350 Euro brutto im Monat).¹⁰ Das heißt, dass Einkommen oberhalb dieser Grenze unberücksichtigt bleiben. Ob 5.000 oder 10.000 Euro Einkommen, der Beitrag bleibt der gleiche. Obere Einkommensschichten werden also weniger belastet. Es würde viel finanzieller Druck aus dem System genommen werden, wenn man die Beitragsbemessungsgrenze spürbar anheben würde.

Durch die jüngsten Gesundheitsreformen gab es zwar schmerzhafte Leistungsstreichungen in der Grundversorgung (vor allem bei Brillen und beim Zahnersatz) und Zuzahlungen (etwa bei Medikamenten, Physiotherapien oder Heilmitteln), im Großen und Ganzen übernimmt die GKV im Vergleich zur Situation in anderen Ländern aber immer noch sehr viele Leistungen. Oft sind es niedergelassene Ärzt_innen, die den Patient_innen vermeintlich notwendige Leistungen anbieten, die von der GKV nicht mehr bezahlt werden. Dabei handelt es sich häufig um sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die die Ärzt_innen privat abrechnen können. Bei den meisten dieser IGeL gibt es aber keinen nachgewiesenen Nutzen.¹¹

¹⁰ Vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens, unter: www.vdek.com/presse/daten.html; Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, hrsg. vom GKV-Spitzenverband, März 2017; Zahlen und Fakten 2016, hrsg. vom AOK-Bundesverband, November 2016, unter: www.aok-bv.de/aok/zahlen. ¹¹ Also Vorsicht! Und immer erst bei www.igel-monitor.de nachsehen, bevor man das Portemonnaie zückt!

Die gesetzlichen Krankenkassen sind solidarische Einrichtungen und keine Unternehmen, denn sie gehen per Definition keiner wirtschaftlichen Tätigkeit nach. Diese Errungenschaft des Solidarprinzips gilt es zu verteidigen. Denn inzwischen gibt es eine Konkurrenz zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Sie können pleitegehen und sie bieten Versicherten Selbstbehalt- und Rückerstattungstarife an, wenn diese eine bestimmte Zeit lang keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Die GKV ist zwar nicht privatisiert, die Kassen werden aber gewissermaßen von innen heraus in Unternehmen umgewandelt.

Die privaten Krankenversicherungen (im Jahr 2017: 44 Anbieter) funktionieren seit jeher anders als die gesetzlichen Kassen: Versicherungsberechtigt sind Selbstständige, Beamt_innen (Beamt_innen sind nicht gesetzlich krankenversicherungspflichtig, sondern erhalten im Krankheitsfall Beihilfeleistungen des Dienstherrn; das macht für sie die PKV günstiger als die GKV) oder Personen, die eine bestimmte Einkommensgrenze überschreiten. Diese sogenannte Versicherungspflichtgrenze lag im Jahr 2017 bei 57.600 Euro jährlich bzw. 4.800 Euro monatlich (bezogen auf das Bruttoeinkommen). Der Beitragssatz ist abhängig von der individuellen Krankheitsgeschichte: Dazu gehören das Alter, der ausgeübte Beruf bzw. die Ausbildung und die gesundheitliche Vorbelastung von Verwandten der Versicherten. Die PKV versichert nur diejenigen, die für sie wahrscheinlich lukrativ sein werden. Damit werden die zahlungskräftigsten Personen aus der gesetzlichen Kasse ausgegliedert: Wäre etwa die Gruppe der Beamt_innen (das sind immerhin 50 Prozent der Privatversicherten) verpflichtet, sich gesetzlich und nicht privat zu versichern, würde das Millionen sparen. Von einem solchen Systemwechsel würden auch die GKV und deren Versicherte profitieren, denn die zusätzlichen Beiträge wären viel höher als die zusätzlichen Ausgaben für die Beamt_innen.¹² Auch dies ist ein Argument für die Einführung einer GKV für alle, also für die Bürgerversicherung.

Und schließlich würden auch viele der heute privat Versicherten selbst profitieren, denn nicht immer gehören sie zu den Vielver-

diener_innen. Privatversicherte bekommen vom Arzt oder Krankenhaus eine Rechnung, die sie zunächst selbst bezahlen und dann bei ihrer Versicherung einreichen müssen (Kostenerstattungsprinzip). Die privaten Versicherungen legen die Beiträge der Versicherten auf dem Kapitalmarkt in der Hoffnung an, dass sie sich dort vermehren mögen (das sogenannte Prinzip der Kapitaldeckung). Durch die Weltwirtschaftskrise seit 2008 haben die privaten Versicherungen aber große Summen an Geld verloren. Der dadurch entstandene Spardruck wird an die Versicherten weitergegeben, die in den letzten Jahren über massiv steigende Beitragssätze klagen. Manche Privatversicherte – vor allem privatversicherte Kleinunternehmer_innen und Rentner_innen – rutschen dadurch in die Armut oder sind zumindest von Armut bedroht. Für sie wäre die gesetzliche Krankenkasse eine Alternative. Ob sie in der privaten Krankenkasse medizinisch besser versorgt werden, ist ohnehin umstritten. Zudem droht ihnen sowohl im Krankenhaus als auch bei den niedergelassenen Ärzt_innen eine Überversorgung: Sie sind für die Leistungserbringer sehr lukrativ, da die privaten Versicherungen höhere Preise bezahlen als die GKV.

6

KEINE PAPIERE, KEINE VERSICHERUNG

Neben den gesetzlich und privat Versicherten leben in Deutschland viele Menschen, die nur sehr eingeschränkten Zugang zur Versorgung haben, wie etwa Geflüchtete. Auch wenn inzwischen eine Versicherungspflicht in Deutschland besteht, gibt es immer noch Menschen ohne Versicherung: Sie haben diese entweder verloren oder aufgegeben oder sie haben als Illegalisierte sowieso keine Papiere und deshalb keinen sicheren Zugang zum Gesundheitssystem.

Die medizinische Versorgung von Geflüchteten lässt nach wie vor viel zu wünschen übrig. Geflüchtete erhalten Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Entgegen der allgemeinen Interpretation sind weitaus mehr Behandlungen zulässig als die von «akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen». Das Gesetz wird jedoch von Ärzt_innen und auch

Behörden in der Praxis häufig so ausgelegt, dass nur eine Mindestversorgung gewährt wird. In den ersten 15 Monaten des Aufenthalts sind allein die Kommunen für die medizinische Versorgung zuständig. Sie müssen finanziell wesentlich besser ausgestattet werden, um auf die besonderen Bedürfnisse der Geflüchteten eingehen zu können, insbesondere bei traumatisierten Menschen. Doch auch zur Regelversorgung haben Geflüchtete oft nicht den vollen Zugang. In vielen Bundesländern benötigen sie einen vom Sozialamt ausgestellten Krankenschein, bevor sie sich in Behandlung begeben können. Nur im medizinischen Notfall ist eine direkte Versorgung ohne Überweisung möglich. Häufig werden dringende und akute Behandlungen so verzögert, dass es zu Verschlimmerungen, Verschleppungen oder Chronifizierung von Krankheiten kommt. Sachbearbeiter_innen entscheiden willkürlich und ohne Fachwissen über die medizinische Notwendigkeit von Behandlungen.

20

Doch es gibt Alternativen: In Bremen bekommen Geflüchtete seit 2006 im Rahmen des sogenannten Bremer Modells eine Gesundheitskarte. Viele, aber nicht alle Bundesländer folgen diesem Beispiel inzwischen.¹³ Die Karte ermöglicht es den Menschen, ohne Umweg über das Sozialamt zum Arzt zu gehen, und es ermöglicht den Ärzt_innen, die Menschen mit wenigen Ausnahmen genauso zu behandeln wie andere gesetzlich Versicherte. Die Krankenkassen bekommen für solche Versicherten eine pauschale Summe Geld von den Kommunen. Die Stadt Hamburg hat ausgerechnet, dass dieses Modell aufgrund des geringeren Verwaltungsaufwands billiger für die Kommune ist als das bisherige.

Durch die neuen Asylgesetze hat sich die Situation – insbesondere für ausreisepflichtige Personen – allerdings wieder verschlechtert. Als Abschiebehindernis gelten nur noch Erkran-

13 Arbeitspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität: Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere, April 2017, unter: www.aerztewelt.org/fileadmin/pdf/Publikationen/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Gesundheitsversorgung_Menschen%20ohne%20Papiere_April%202017_Web.pdf; siehe auch Schülle, Mirjam/Jacobs, Marleen/Neef, Rainer/Bergmeyer, Vera: Die Gesundheitskarte für Geflüchtete, Themenheft «Von der Solidarität zur Betriebswirtschaft. Krankenkassen heute», in: Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (Hrsg.): Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin 3/2016, unter: www.vdaee.de/index.php/gesundheit-braucht-politik/cat_view/110-2016.

kungen mit «erheblicher und konkreter Gefahr für Leib und Leben», und dies nur dann, wenn sie sich durch die Abschiebung selbst wesentlich verschlechtern würden.

Darüber hinaus haben schätzungsweise rund 80.000 Menschen in Deutschland gar keine Krankenversicherung, weil sie zum Beispiel Kleinunternehmer_innen sind, deren Geschäfte gerade ganz schlecht laufen und die bei den PKV-Beiträge sparen, oder weil sie obdachlos sind oder aus irgendwelchen Gründen aus der privaten oder gesetzlichen Versicherung ausgestiegen sind. Dazu kommen einige hunderttausend Menschen ohne eine gültige Aufenthaltsgenehmigung. Für diese Illegalisierten ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung sehr eingeschränkt: Manche Sozialämter übermitteln ihre Daten an die Ausländerbehörden; angesichts der Gefahr rascher Abschiebung suchen die Betroffenen nicht oder erst bei stark verschlimmelter Krankheit Arztpraxen oder Krankenhäuser auf. Wenn Illegalisierte im Notfall ins Krankenhaus eingewiesen werden, greift die Schweigepflicht auch für die Verwaltungsangestellten; die Rechnung zahlt – zumindest in der Theorie – das Sozialamt. Praktisch funktioniert dies sehr oft nicht. Nur wer privat – per Rechnung oder direkt in bar – bezahlt, kann dem entkommen.

21

Für das Problem der Unversicherten gibt es von der herrschenden Politik im Moment kaum gesundheitspolitische Lösungsvorschläge, sondern nur repressive migrations- oder innenpolitische: Man versucht, Flüchtlinge mittels Grenzsicherungen und EU-Regelungen abzuwehren. Und man duldet inzwischen die ehrenamtliche Arbeit von MediBüros, Medi-Netzen und MalteserMigrantenMedizin, die sich um die Betroffenen kümmern, damit aber zentrale staatliche Aufgaben unentgeltlich übernehmen. Eine Übergangslösung wäre die Einführung eines anonymen Krankenscheins, der es Illegalisierten ermöglicht, Leistungen der Regelversorgung in Anspruch zu nehmen.¹⁴

¹⁴ Vgl. Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (Hrsg.): Themenheft «Willkommen heißen. Flucht – Migration – Medizinische Versorgung», Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin 3/2015, unter: www.vdaee.de/index.php/gesundheit-braucht-politik/cat_view/109-2015.

ARZTPRAXIS ALS GESCHÄFTSMODELL

In Deutschland ist die medizinische Versorgung anders als in vielen anderen Ländern relativ strikt getrennt von den Krankenhäusern, die sich kaum an der ambulanten Versorgung beteiligen. Zum anderen gibt es alle Facharzttrichtungen (wie etwa Frauenärzt_innen, Radiolog_innen oder Augenärzt_innen), die man in den meisten Ländern Europas nur im Krankenhaus findet, auch im ambulanten Sektor. Diese «doppelte Facharztschiene» führt zu hohen Kosten und ist nicht unbedingt notwendig.

Ende 2015 verzeichnete die Kassenärztliche Bundesvereinigung insgesamt 167.000 ambulant tätige Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen (darunter allerdings viele über 60-Jährige, die bald aus dem Arbeitsleben ausscheiden werden). Allein zwischen 1990 und 2009 nahm die Anzahl der niedergelassenen Ärzt_innen um 51,3 Prozent zu – obwohl die Bevölkerung nicht gewachsen ist. Dennoch machen viele Menschen die Erfahrung, dass sie sehr lange auf einen Termin warten müssen. Die Ärzt_innen verteilen sich sehr ungleich auf Stadt und Land und auf reichere und ärmere Stadtteile. Außerdem gibt es (immer) mehr Fachärzt_innen als Allgemein- bzw. Hausärzt_innen. Die niedergelassenen Ärzt_innen sind in Deutschland mehrheitlich immer noch freiberufliche UnternehmerInnen, ob in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Erst mit den 2004 eingeführten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)¹⁵ können Ärzt_innen auch im ambulanten Sektor als Angestellte arbeiten.

Die Art der Bezahlung ist deshalb wichtig, weil sie jeweils andere Anreize setzt. Wenn jede einzelne Leistung vergütet wird, macht es aus ökonomischer Sicht für freiberufliche Ärzt_innen Sinn, die Leistungen auszuweiten – auch über das medizinisch Notwendige hinaus. Diese Praxis wurde bereits in den 1970er Jahren als Ökonomisierung bzw. Kommerzialisierung der Medizin kritisiert und führte in den 1990er Jahren zur Einführung von Budgets und einer komplizierten Mischung aus pauschaler

15 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2015, unter: www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf.

Bezahlung und Einzelleistungsvergütung. Ganz abgeschafft ist der Anreiz damit jedoch nicht.

Allein im Jahr 2015 gab die GKV 34,9 Milliarden Euro für Kassenärzt_innen aus. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamts erzielt ein_e Ärzt_in derzeit pro Jahr einen sogenannten Reinertrag von 166.000 Euro, nach Abzug der Miet- und Personalkosten, unter Umständen muss noch eine Ablösesumme für die Übernahme der Praxis abbezahlt werden. Allerdings verteilt sich das Geld sehr unterschiedlich auf die verschiedenen Facharzttrichtungen. Zusätzliche Einnahmen lassen sich durch die Behandlung von privatversicherten Patient_innen erzielen (im Durchschnitt zusätzlich etwa 20 Prozent). Auch über die privat bezahlten Leistungen (IGeL = Individuelle Gesundheits-Leistungen) der Kassenpatient_innen kommen weitere Einnahmen hinzu, die jedoch je nach Ärztin bzw. Arzt sehr unterschiedlich hoch sind, denn manche «igeln» gar nicht, andere sehr viel. Auch die Teilnahme an umstrittenen Anwendungsbeobachtungen ermöglicht Zuwendungen (etwa von der Pharmaindustrie). Insgesamt bewegt sich jedoch der durchschnittliche Verdienst der Ärzt_innen sehr deutlich über dem Niveau von anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich, wobei es jedoch Unterschiede zwischen den einzelnen Bereichen und Mediziner_innen gibt.

23

Kommerzielles Denken und Handeln in den Praxen ist durchaus politisch erwünscht und passt ins herrschende Paradigma der Eigenverantwortung und «Kundenorientierung» von Gesundheitsdienstleistern. Geld wird so zu einem zentralen Bestandteil der Arzt-Patient-Beziehung: bei der kommerziellen Vermarktung «ärztlicher» IGeL-Leistungen, bei der Verordnung unnötiger Untersuchungen oder bei der Bevorzugung von Privatpatient_innen bei der Terminvergabe, die gegen das Prinzip der medizinischen Bedürftigkeit verstößt. Insgesamt ist das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt_innen und Patient_innen durch diese Kommerzialisierung massiv gestört – zum Nachteil besonders der ärmeren und schwächeren Patient_innen

KRANKENHÄUSER ALS FABRIKEN

Krankenhäuser sind ein wichtiger Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge; sie wurden aber durch die Ökonomisierung und Privatisierungen in den letzten Jahrzehnten systematisch umgebaut, sodass sie in mancherlei Hinsicht Fabriken gleichen: Von Jahr zu Jahr müssen mehr Patient_innen aufgenommen werden, damit das Krankenhaus schwarze Zahlen schreibt oder Profite macht. Die Patient_innen werden wie am Fließband abgefertigt, und die Versorgung, vor allem die Pflege, wird in Einzelprozesse aufgespaltet, um sie «effektiver» zu machen.¹⁶ Laut Deutscher Krankenhausgesellschaft¹⁷ gab es im Jahr 2015 in Deutschland 1.956 Krankenhäuser; die Mehrzahl davon befand sich im Jahr 2015 in privatem Eigentum, die anderen in freigemeinnütziger und nur noch rund 580 in öffentlicher Hand. Anders sieht es bei der Bettenanzahl aus: Von den etwa 500.000 Betten stehen immer noch die meisten in den oft sehr großen öffentlichen Krankenhäusern. Im Unterschied zu den Krankenhäusern sind bei den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen private Träger mit zwei Dritteln aller Betten schon jetzt die größten Anbieter.

Krankenhäuser müssen ihre Betriebskosten (Personal- und Sachmittel) seit 2004 fast ausschließlich aus Erlösen aus dem Fallpauschalensystem erwirtschaften. Für die Vorhaltung von notwendigen Einrichtungen wie zum Beispiel Kreißaal oder Intensivstation gibt es kein Geld, wenn es keine Patient_innen dort gibt. Geld bekommt ein Krankenhaus nur für tatsächlich behandelte «Fälle». Das unternehmerische Risiko wechselnder Auslastung liegt beim Krankenhaus, das versucht, eine möglichst dauernde Höchstauslastung zu erzielen. Zur Abrechnung werden mit erheblichem bürokratischen Aufwand alle behandelten Patient_innen anhand ihrer Diagnosen und Prozeduren (z. B. Operationen) computergestützt jeweils einer von mehr

16 Vgl. Krankenhaus statt Fabrik (Hrsg.): Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser, Maintal 2017, unter: www.krankenhaus-statt-fabrik.de. **17** Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.): Eckdaten der Krankenhausstatistik, 6.10.2016, unter: www.dkgev.de/media/file/27151_Anlage-Krankenhausstatistik_2015.pdf.

als 1.000 diagnosebezogenen Fallgruppen zugeordnet (Diagnosis Related Groups – DRG). Diese wird dann multipliziert mit dem sogenannten Landesbasisfallwert (2017: durchschnittlich 3.300 Euro – je nach Bundesland unterschiedlich); daraus ergibt sich dann die Geldsumme, die ein Krankenhaus für eine Leistung bekommt – der Erlös pro Fall. Zu jeder DRG gehört eine bestimmte durchschnittliche Liegedauer im Krankenhaus: Diese Art der Abrechnung setzt einen Anreiz, die Liegedauer in der Regel möglichst kurz zu halten.

Die leistungsorientierte Vergütung nach DRGs soll einen permanenten Kostendruck erzeugen. Niedrige «Preise» für die Leistungen sollen das «wirtschaftliche» Handeln fördern. Die Betriebsleitungen der miteinander im Wettbewerb stehenden Krankenhäuser haben damit das Geld im Blick, nicht das individuelle Patientenwohl. Gewinn und Verlust eines Krankenhauses hängen schließlich davon ab, ob es gelingt, effizienter zu wirtschaften als bei der Kalkulation der Pauschalvergütung berechnet.

25

Um mehr Geld zu erhalten, müssen vor allem die lukrativen Krankenhausbehandlungen ausgeweitet werden, dazu zählen vor allem Operationen und andere invasive Prozeduren. Diese Maßnahmen, die ja im strengen Sinne eine Körperverletzung darstellen und nur bei medizinischer Notwendigkeit verordnet werden sollten, werden so zunehmend aus finanziellen Erwägungen angeordnet. Solche auffälligen Mengenausweitungen lassen sich für Operationen an Gelenken, Wirbelsäule und Gallenblase sowie bei kardiologischen Interventionen beobachten: Das Statistische Bundesamt meldete für den Zeitraum von 2005 bis 2009 eine Zunahme der Gelenkspiegelungen und Knieprothesen um 20 Prozent, die Zahl der Wirbelsäulenoperationen hat sich 2010 gegenüber 2005 verdoppelt. Zum Vergleich: Patient_innen in Deutschland werden doppelt so häufig an Knien und Hüften operiert und beinahe viermal so häufig invasiv mit einem Herzkatheter untersucht wie in der Schweiz. Bonussysteme für Chefärzte, denen es gelingt, die «Leistungen im gewollten Umfang zu steigern», verstärken die Tendenz zu einer invasiven und teuren Medizin. Diese Praxis lässt häufig Alternativen außer Acht und ist für Patient_innen zunehmend riskant. Volkswirtschaftlich betrachtet ist sie nicht nur teuer, sondern oft

auch unsinnig und macht eine nachhaltige patientenorientierte Arbeit immer schwerer.

26 Während also lukrative Eingriffe zunehmen, wird zugleich versucht, alle Arten von Kosten beständig zu senken. Das trifft besonders die Prozesse, die kein «Geld bringen», die zeit- und personalintensiv sind, etwa die Pflege und therapeutische Betreuung: Seit der Abschaffung einer gesetzlich verbindlichen Personalbemessung in den 1990er Jahren wurde kontinuierlich Pflegepersonal abgebaut. Serviceleistungen wie Reinigung und Verpflegung wurden ausgegliedert, tarifliche Arbeitsstandards ausgehöhlt. In vielen Bereichen wurden pflegerische und therapeutische Personalschlüssel so stark abgesenkt, dass eher von permanentem Krisenmanagement statt von qualitativ hochwertiger Versorgung gesprochen werden muss. Dass Krankenhäuser unterfinanziert sind, ist politisch durchaus gewollt: Es soll den Druck, ökonomisch zu handeln, steigern und helfen, den «Markt zu bereinigen»; zunehmend sind deshalb Krankenhäuser, gerade in ländlichen Regionen, von Schließung bedroht. Ob jedoch ausgerechnet die Krankenhäuser, die im Konkurrenzkampf bestehen und betriebswirtschaftlich erfolgreich sind, auch die beste Qualität bieten, muss bezweifelt werden: So wurde in zahlreichen internationalen Studien ein Zusammenhang zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und der Patientengesundheit festgestellt. Mit jedem bzw. jeder zusätzlichen Patient_in, um die sich eine Pflegekraft kümmern muss, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein_e Patient_in innerhalb der ersten 30 Tage nach Aufnahme im Krankenhaus stirbt, um 7 Prozent.¹⁸ Beim Verhältnis von Pflegekräften zu Patient_innen bildet Deutschland seit Einführung der DRG im europäischen Vergleich aber klar das Schlusslicht: Hier muss eine Pflegefachkraft dreimal so viele Patient_innen versorgen wie zum Beispiel in Norwegen. Ein Missstand mit dramatischen Folgen für die Patient_innen.

18 Aiken, Linda H.: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study, *The Lancet* 9931, 2014, S. 1824–1830.

Hinzu kommt, dass sich seit Anfang der 1990er Jahre die Bundesländer Schritt für Schritt ihrer Verpflichtung entziehen, für die Krankenhausinvestitionen aufzukommen. Inzwischen fehlen Investitionen von schätzungsweise 50 Milliarden Euro. Daher mussten die Krankenhäuser Gelder, die ihnen von den Krankenkassen eigentlich zur Finanzierung ihrer Sach- und vor allem Personalkosten überwiesen wurden, für Baumaßnahmen und Investitionen verwenden.

Hier setzt das ökonomische Geschäftsmodell privater Klinikkonzerne an. Sie investieren in privatisierte Krankenhäuser zunächst erhebliche Kapitalmittel, um den Investitionsstau zu beseitigen. Nach einer «Restrukturierung» mit rigoroser Kostensenkung muss das Krankenhaus dann eine hohe Rendite erwirtschaften, um seine Kreditlast tragen und Gewinne abführen zu können. So hat zum Beispiel im Jahr 2016 der größte Konzern in diesem Bereich, Helios (Fresenius), 5,58 Milliarden Euro Umsatz gemacht. Auch andere große Konzerne wie Asklepios, Sana und die Rhönklinikum AG erzielten Milliardengewinne.¹⁹

27

Mit dem Ende 2015 beschlossenen Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) könnte sich der ökonomische Druck noch erhöhen: Auf Druck der Krankenkassen wurde die Möglichkeit für Einzelverträge der Krankenkassen mit Krankenhäusern beschlossen, in denen die jeweiligen Leistungen ausgehandelt werden. Dies kann die Konkurrenz um die niedrigsten Preise zwischen den Häusern weiter anheizen.

¹⁹ Statista: Umsatz der größten privaten Klinikbetreiber in Deutschland in den Jahren 2007 bis 2016 unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/223917/umfrage/umsatz-der-groessten-privaten-klinikbetreiber-in-deutschland/>.

SELBSTBEDIENUNGSLADEN PHARMAINDUSTRIE

Die Pharmaindustrie verdient gut am deutschen Gesundheitswesen. Es handelt sich hier zum Teil um große Konzerne mit erheblichem politischen Einfluss und entsprechend großen Profiten. Dennoch klagt die Branche über schlechte Gewinnaussichten durch gesetzliche Regulierung. Jedoch hat bisher keine «Reform» des Gesundheitswesens die Macht der Pharmaindustrie grundsätzlich antasten können – womöglich auch ein Erfolg massiver politischer Lobbyarbeit.

So hat die medikamentöse Behandlung von Krankheiten stetig zugenommen. Entsprechend sind die Ausgaben für Medikamente in Deutschland und weltweit in den letzten Jahrzehnten rasant gestiegen. Im Moment sind in Deutschland rund 59.000 Arzneimittel auf dem Markt; Länder wie beispielsweise Österreich kommen mit rund 10.000 Medikamenten aus. Anders als dort fehlen in Deutschland verbindliche politische Regelungen dazu, welche Medikamente von den Kassen geprüft und bezahlt werden (eine sogenannte Positivliste) und welche nicht.

Neu zugelassene Medikamente (Originalpräparate) genießen Patentschutz. Er garantiert den Herstellern über Jahre einen Extragewinn, der besonders hoch ist, wenn es an Behandlungsalternativen mangelt. Nach Ablauf des Patentschutzes können die Medikamente auch von anderen Firmen nachgeahmt werden; sie sind dann meist kostengünstiger. Man nennt diese Medikamente Generika. Oft wird der Patentschutz aber verlängert, indem ein Medikament geringfügig weiterentwickelt wird – ohne relevanten Zusatznutzen für die Patient_innen (sogenannte Metoo-Präparate). Unter dem Druck, ihre Gewinnmargen aufrechtzuerhalten, sieht sich die Pharmabranche mit dem Problem konfrontiert, nicht mehr genügend neue patentgeschützte Medikamente entwickeln zu können. Wirkliche Innovationen sind selten. Ein häufig bemühtes Argument der Arzneimittelhersteller zur Begründung hoher Pharmapreise sind die angeblich immensen Entwicklungskosten innovativer Medikamente

von mehreren 100 Millionen Euro. Unabhängige US-amerikanische Gesundheitsökonom_innen kommen allerdings auf viel geringere Kosten und verweisen darauf, dass die Werbeausgaben der Pharmakonzerne fast doppelt so hoch sind wie die Forschungskosten.²⁰

Welche Arzneimittel produziert oder vermarktet werden, orientiert sich hierzulande auch daran, welche Medikamente (den höchsten) Gewinn versprechen. Diese werden im Jargon Blockbuster genannt. Ebenfalls lukrativ ist zunehmend die Produktion von Biologika (Medikamente, die von lebenden Organismen, zum Beispiel Bakterien, Zelllinien von Menschen oder Mäusen, oder aus deren Produkten hergestellt werden), die bösartige oder chronische Erkrankungen bekämpfen sollen und aktuell extrem hohe Gewinne erzielen.

Darüber hinaus weiten Pharmakonzerne gezielt Krankheitsdefinitionen aus oder erfinden gleich neue Krankheiten («Disease mongering»): Gesundheitsrisiken wie erhöhter Blutdruck oder Blutfette werden als Krankheiten definiert, komplexe physiologische und psychosoziale Zustände und Phänomene werden auf einzelne Symptome verengt und zu Krankheiten erklärt. Alterung und Übergewicht etwa werden zu behandlungsbedürftigen Krankheiten. Ziel ist es, die Zielgruppen für den Arzneimittelmarkt auszuweiten – mithilfe der Industrie, der Wissenschaft, von Ärzt_innen, gesponserten Patientenselbsthilfegruppen und Medien. Längst agieren die Pharmakonzerne auch selbst aktiv als Versorger im Gesundheitssystem. So gehört zum Beispiel die Klinikette Helios dem Arzneimittel- und Medizintechnikhersteller Fresenius; der Pharmakonzern Janssen-Cilag, ein führender Anbieter von Psychopharmaka, ist in Niedersachsen mittels eines Vertrags zur «integrierten Versorgung» in die unmittelbare Versorgung psychisch Kranker eingebunden. Dies sind gefährliche Tendenzen, denn so können sich Anbieter bis zu einem gewissen Grad selbst ihre Nachfrage erzeugen, geleitet von wirtschaftlichen und nicht rein medizinischen Gesichtspunkten.

4 Mittwoch

15 Donnerstag

8.00 Uhr

Vorsorge-
untersuchung

75,- Euro

AUSWEITUNG DER SOLIDARITÄT: BÜRGERVERSICHERUNG

Anstatt das Solidarprinzip der GKV auszuhöhlen – durch Zusatzbeiträge, Zuzahlungen oder – wie es neoliberale Gesundheitspolitiker_innen fordern – durch eine völlige Privatisierung und den Wettbewerb um Leistungen, gibt es Alternativen: Die Ausweitung der Solidarität in Form einer konsequenten Bürgerversicherung würde zumindest die finanziellen Probleme des Gesundheitswesens weitgehend lösen.

Eine konsequente solidarische Bürgerversicherung bedeutet, dass jeder Mensch im Land bei der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wird; die private Krankenversicherung als Vollversicherung müsste abgeschafft (und höchstens auf Zusatzversicherungen beschränkt) werden. Statt nur Löhne und Gehälter müssten alle Einkommensarten bei der Berechnung der Beitragshöhe berücksichtigt werden: Alle Menschen zahlen entsprechend ihrem Einkommen aus Löhnen, Honoraren sowie Miet-, Pacht- und Kapitalerträgen in die Bürgerversicherung ein. Die Beitragsbemessungsgrenze müsste angehoben und tendenziell abgeschafft werden. Um Ungerechtigkeiten zu vermeiden, müssten Freibeträge eingeführt werden. Die Unternehmensbeiträge müssten wieder «aufgetaut» werden und mindestens im Verhältnis 1:1 zu den Beiträgen der Arbeitnehmer_innen stehen. So könnte der Beitragssatz der GKV von derzeit über 15 Prozent auf unter 12 Prozent gesenkt werden.²¹ Übrigens: Auch wenn es viele fast für Sozialismus halten mögen – es gibt in der EU ganz «normale» kapitalistische Länder wie Österreich, in denen es schon immer eine gesetzliche solidarische Krankenversicherung für alle gab und nach wie vor gibt.

²¹ Rothgang, Heinz: Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer «solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung», Mai 2017; vgl. auch die Studie, die Markus Lungen für die Gewerkschaft ver.di 2012 erstellt hat: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.): Vollversicherung in der Pflege. Quantifizierung von Handlungsoptionen, Osnabrück 2012, unter: <https://gesundheit-soziales.verdi.de>.

Mit der Einführung einer Bürgerversicherung müsste aber auch der Leistungskatalog der GKV neu überprüft werden, notwendige Leistungen (wie zum Beispiel Brillen) müssten wieder aufgenommen werden. Medizinisch nicht notwendige Leistungen (die heute oft als IGeL verkauft werden) dürften vom Kassenarzt nicht erbracht werden, die wenigen sinnvollen IGeL müssten ebenfalls in den Leistungskatalog aufgenommen werden. Das Sachleistungsprinzip müsste wieder voll hergestellt werden und zugleich könnte man verpflichtend eine transparente Übersicht aller Leistungen einführen, die Ärzt_innen ihren Patient_innen nach der Behandlung übergeben müssen. Das gleiche Prinzip müsste in der Pflegeversicherung eingeführt werden. Diese müsste von einer Teilkaskoversicherung zu einer Vollkaskoversicherung umgebaut werden: Bislang wird nur eine ergänzende Unterstützung gewährt – ein Großteil der Kosten muss von den Versicherten privat zugezahlt werden oder Angehörige erbringen die Leistungen unbezahlt. Mit der Einführung einer Bürgerversicherung für Gesundheitsversorgung und Pflege könnten die entstehenden Mehrbelastungen in beiden Bereichen abgedeckt werden

KRANKENHÄUSER: QUALITÄT STATT KOSTENDRUCK

In den Krankenhäusern geht es darum, aus einem System des permanenten Kostendrucks auszusteigen und dafür zu sorgen, dass Mindeststandards für gute Pflege- und Arbeitsbedingungen durchgesetzt werden. Dafür gibt es positive Ansätze: Seit die Beschäftigten in der Charité im Jahr 2015 mit dem Slogan «Mehr von uns ist besser für alle» für einen Tarifvertrag für mehr Personal bzw. eine verbindliche Personalquote gestreikt haben, ist ungeahnte Bewegung in die gesamte Krankenhauslandschaft gekommen. Die Charité-Auseinandersetzung war die Initialzündung für Beschäftigte in der ganzen Republik, sich nun auf den Weg zu machen, ebenfalls für mehr Personal zu kämpfen und einen «Tarifvertrag Entlastung» durchzusetzen. In vielen Krankenhäusern in Deutschland haben sich Beschäftigte angeschlossen und versuchen, die Forderung durchzusetzen. Die Gewerkschaft ver.di setzt sich für eine gesetzliche Personalbemessung auf verschiedenen Ebenen ein: im Betrieb, tariflich und politisch. Das Bündnis «Krankenhaus statt Fabrik» wendet sich direkt gegen die Ursachen von Personalnot und Kostendruck und kämpft gegen die DRG als Abrechnungssystem und die Kommerzialisierung des Gesundheitssystems.²²

33

Dieser Widerstand scheint mittlerweile sogar bei der Regierungspolitik angekommen zu sein. So hat das Bundesgesundheitsministeriums auf Anraten der Expertenkommission «Pflegepersonal im Krankenhaus» im März 2017 das erste Mal angekündigt, in bestimmten Bereichen (etwa der Intensiv- oder Kinderkrankenpflege) verbindliche Personaluntergrenzen vorzugeben. Das ist zwar noch nicht ausreichend, weil Personalmindeststandards in allen Pflege- und Tätigkeitsbereichen im Gesundheitswesen dringend erforderlich sind. Immerhin gibt es jedoch die Bereitschaft, überhaupt eine politische Regelung zu schaffen und den Personalschlüssel nicht allein den «Marktkräften» zu überlassen. Noch weiter geht die CDU-Ministerprä-

²² Vgl. Krankenhaus statt Fabrik (Hrsg.): Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser, Maintal 2017, unter: www.krankenhaus-statt-fabrik.de.

sidentin des Saarlands, die sich – getrieben durch eine offensive Tarifbewegung in den saarländischen Krankenhäusern – im Bundesrat für eine gesetzliche Personalquote einsetzt. Auch die Arbeitgeber im Saarland sind inzwischen zu Gesprächen bereit. Dies alles sind Erfolge, die durch konkrete Streikdrohungen der Beschäftigten durchgesetzt werden konnten.

Doch es braucht nicht nur mehr Personal, sondern auch neue Strukturen im Krankenhaus, die Patient_innen mehr Mitsprache ermöglichen und die Hierarchien und Trennungen zwischen den Berufsgruppen abbauen. Zu überlegen wäre, an das Konzept des «klassenlosen Krankenhauses»²³ aus den 1970er Jahren anzuknüpfen, das leider nie umgesetzt worden ist. Es fordert eine gleichberechtigte Kooperation zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus, die Abschaffung der Ungleichbehandlung von Patient_innen je nach Art ihrer Versicherung und die Einführung einer demokratischen, kollektiven Klinikleitung aus Ärzt_innen, Schwestern oder Pflegern, Verwaltungsangestellten und Vertreter_innen des Kreistags sowie Patientenvertretungen. Darüber hinaus gibt es viele internationale Beispiele für eine Krankenhausorganisation und -planung, die sich an den Bedürfnissen der Gesundheitsarbeiter_innen und Patient_innen orientiert.

In Deutschland findet sich ein Beispiel, in dem ein Krankenhaus zumindest in seinen Eigentums- und Entscheidungsstrukturen demokratisiert wurde: Ein kleines Krankenhaus im brandenburgischen Spremberg wurde nach einer drohenden Insolvenz von den Beschäftigten des Hauses übernommen: 51 Prozent der Gesellschafteranteile gehören einem Förderverein der Klinikmitarbeiter_innen, der Rest den Bürger_innen der Stadt. Entscheidungen werden also sowohl von den Gesundheitsarbeiter_innen als auch den potenziellen Patient_innen getroffen.

23 Vgl. See, Hans: Die Gesellschaft und ihre Kranken oder: Brauchen wir das klassenlose Krankenhaus? Ein Beitrag zur politischen Soziologie der Medizin, Reinbek 1973.

EINE ANDERE VERSORGUNG IST MÖGLICH: SOZIALMEDIZINISCHE ZENTREN

Eine gute Versorgung beginnt nicht im Krankenhaus, sondern bei den ambulanten Angeboten. Genau hier setzen neue Konzepte an, die die konkreten Bedarfe der Menschen ins Zentrum stellen und davon ausgehend neue niedrighschwellige Strukturen der Versorgung vor Ort, in den Stadtteilen und Nachbarschaften schaffen wollen. Die Idee ist ganz einfach und doch stellt sie einige der bisherigen Verhältnisse im Gesundheitsbereich vom Kopf auf die Füße: Statt die ambulante Versorgung selbstständigen Unternehmer_innen in Einzelpraxen zu überlassen, soll sie – wie in vielen anderen Ländern – von miteinander kooperierenden Gesundheitsprofessionellen (Ärzt_innen, Therapeut_innen, Krankenpfleger_innen etc.) erbracht werden, die in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Polikliniken angestellt sind. Diese könnten auch an – nicht kommerziell arbeitende – Krankenhäuser angeschlossen sein oder mit diesen eng zusammenarbeiten.

35

Eine besondere Rolle spielen in solchen Zentren hoch qualifizierte und gut ausgebildete sowie psychosozial geschulte Primärärzt_innen, die die Funktion der Allgemeinmediziner_innen übernehmen und die erste Anlaufstelle für die Patient_innen sind. Angestellt wären die Ärzt_innen und alle anderen Beschäftigten bei der Kommune – die konkreten Behandlungsentscheidungen und verordneten Maßnahmen hätten keinerlei Einfluss auf ihr Einkommen: Finanzielle Erwägungen wären aus der Arzt-Patient-Beziehung wieder herausgenommen. Die Behandlung könnte sich so jenseits von Kostenaspekten allein an den aktuellen Kenntnissen der Medizin orientieren.

Zentral in diesem Konzept ist, dass die Patient_innen mit ihren ganzheitlichen Bedürfnissen im Mittelpunkt stehen und dass ausreichend Zeit für Gespräche, für Diagnostik und Beratung da ist. Die Konkurrenz zwischen den unterschiedlichen Bereichen und Institutionen soll so überwunden werden: Wenn das sozialmedizinische Zentrum nicht weiter weiß, wird gemeinsam mit dem oder der Patient_in über weitere Schritte beraten und es

erfolgt zum Beispiel eine Überweisung in ein öffentliches Krankenhaus. Im Krankenhaus soll ebenfalls eine Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Fachärzt_innen und ein gemeinsamer Austausch mit den Patient_innen über ihre individuellen Fälle erfolgen. Dabei werden die gesamten Bedingungen der gesundheitlichen Situation in den Blick genommen: Statt einer Operation kann so beispielsweise auch eine Änderung der Lebens- und Arbeitsbedingungen angestrebt werden. Zentral wäre in einem solchen Gesundheitssystem eine auf wissenschaftlichen Studien beruhende («evidenzbasierte») Medizin, die den gesamten Menschen in seinem sozialen und natürlichen Umwelt in den Blick nimmt: eine patientenfreundliche Sozialmedizin.

Die sozialmedizinischen Zentren könnten sich entsprechend auch über den Bereich der Gesundheit und Pflege hinaus engagieren. Sie könnten Präventionsmaßnahmen entwickeln und eng mit kommunalen Strukturen, wie zum Beispiel Grundschulen, Gesundheitsämtern, aber auch Altenheimen oder Vereinen zusammenarbeiten, um so lokale Gesundheitsbelastungen zu erkennen und zu bekämpfen (etwa Luftverschmutzung, gefährliche Verkehrssituationen, Arbeitsverhältnisse oder Armut). So ließen sich Krankheiten bereits im Vorfeld verhindern. Ein Beispiel für einen solchen Ansatz liefert das sozialmedizinische Zentrum Liebenau in Graz in Österreich.²⁴

Über Kooperationen einzubinden sind auch Pflegeberufe und andere Leistungsanbieter sowie Sozialberufe und (ehrenamtliche) Mitglieder von Selbsthilfegruppen. Es bräuchte Netzwerke, in denen Menschen aus unterschiedlichen Berufsgruppen, die in der Prävention, Patientenversorgung und Rehabilitation aktiv sind, an einem Strang ziehen. In einem Gesundheitszentrum können auch die Hierarchien und Statusunterschiede innerhalb der Gesundheitsberufe abgebaut und die Selbstbestimmung und Mitsprache von Patient_innen gestärkt werden – erste Schritte einer Demokratisierung des Gesundheits-

²⁴ Schubert, Kirsten/Vagkopoulou, Renia: Futuring Healthcare. Gesundheitszentren als Orte gesellschaftlicher Transformation, in: Fried, Barbara/Schurian, Hannah (Hrsg.): Um-Care. Gesundheit und Pflege neu organisieren, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Materialien 13, Berlin 2015, unter: www.rosalux.de/fileadmin/rfs_uploads/pdfs/Materialien/Materialien13_UmCare_web.pdf.

systems. Auch wenn sich solche Konzepte unter der Mehrzahl der Ärzt_innen bislang noch nicht durchsetzen konnten, gibt es im ambulanten Bereich viele junge Mediziner_innen, die gar nicht mehr als Unternehmer_in in einer Einzelpraxis arbeiten wollen – viele lassen sich dann in den neu geschaffenen (allerdings kommerziellen) medizinischen Versorgungszentren anstellen.

Es gibt in Deutschland bereits einige wenige Projekte, die versuchen, die Vision eines sozialmedizinischen Gesundheitszentrums Wirklichkeit werden zu lassen: Die Hamburger Gruppe hat die Poliklinik Veddel eröffnet: Hausärztliche Versorgung, Sozial- und Rechtsberatung sowie Stadtteilarbeit werden im Kollektiv besprochen und entschieden. Und auch in Berlin geht es mit großen Schritten voran. Dort soll im Stadtteil Neukölln voraussichtlich Ende 2018 ein Gesundheits- und Sozialzentrum eröffnet werden.²⁵ Auch in anderen Städten formieren sich Gruppen, die Ähnliches vorhaben.

25 Vgl. Schubert, Kirsten: Demokratisierung im Gesundheitswesen, in: LuXemburg – Gesellschaftsanalyse und linke Praxis, Mai 2017, unter: www.zeitschrift-luxemburg.de/demokratisierung-im-gesundheitswesen/; weitere Informationen finden sich auf den Homepages der beiden Projekte. Gesundheitskollektiv Berlin: www.geko-berlin.de/wp3/; Poliklinik Hamburg: <http://poliklinik1.org/>.

DASEINSVORSORGE IN ÖFFENTLICHER VERANTWORTUNG

Die hessische CDU war einst ein Vorreiter bei der Privatisierung von Krankenhäusern. Doch angesichts der Zustände in der an die Rhönklinikum AG verkaufte Uniklinik Gießen/Marburg dachte selbst die hessische CDU bald über einen Rückkauf der Uniklinik nach.²⁶ Die Profiterwartungen der Rhön AG passen mit dem Anspruch einer qualitativ hochwertigen Versorgung offenbar nicht zusammen. Die Rekommunalisierung, also die Rücküberführung der Einrichtung in städtische Trägerschaft, lässt aber immer noch auf sich warten.

Jeder in einem privatisierten Krankenhaus gemachte Gewinn, der nicht wieder in das Gesundheitswesen zurückfließt (wie zum Beispiel Dividenden, die Aktiengesellschaften auszahlen, aber auch alle anderen, privat angeeigneten Gewinne), fehlt der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten. Dies muss langfristig wieder geändert werden. Private Krankenhäuser müssen wieder rekommunalisiert werden, was nicht heißt, dass zu früheren Zuständen an öffentlichen Krankenhäusern zurückgekehrt werden soll: Nicht nur die ständischen Hierarchien zugunsten der Ärzt_innen und die teils bürokratischen Handlungsmuster, in denen Patient_innen entmündigt und Abläufe normiert werden, müssen überwunden werden. Sofort aufgegeben werden müssten die wirtschaftliche Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern und die DRG-Logik, die die Krankenhäuser zu immer stärkeren Kostensenkungen und gleichzeitig zu Fallzahlsteigerungen zwingen. Ein modernes Selbstkostendeckungsprinzip müsste eingeführt werden, das – im Unterschied zu früher – so ausgestaltet ist, dass es keine Fehlanreize (wie etwa medizinisch nicht begründbare lange Liegezeiten) hervorbringt. Gewinne (und Verluste) im Krankenhaus müssten verboten werden, um das Feld für private Investoren uninteressant zu machen.

²⁶ Stompfe, Philipp: Genossenschaftsrechtliche Organisation des Universitätsklinikums Marburg, Marburg 2012. Philipp Stompfe ist Partei- und Fraktionsvorsitzender der CDU Marburg.

Zu überlegen wäre weiterhin, wie die Macht der Pharmaindustrie, aber auch der Geräteindustrie eingedämmt werden könnte und welche Möglichkeiten einer Produktion von medizinisch notwendigen Produkten in staatlichen Betrieben denkbar und durchsetzbar sind. Unabdingbar wäre eine gesellschaftliche, das heißt demokratisch legitimierte Planung des Einsatzes von Großgeräten: Wo werden welche Gerätschaften gebraucht und wie können sie möglichst großen Nutzen für eine möglichst große Zahl von Menschen haben, ohne unnötige Kosten zu produzieren?

14

GESELLSCHAFTLICHE BEDARFSPLANUNG: GENUG FÜR ALLE

Die Definition von Gesundheitszielen und daran orientierten Versorgungsstrukturen müssen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe werden. Das erfordert, dass politisch über solche Fragen diskutiert wird und dass Entscheidungen demokratisch legitimiert sind: An diesem Prozess müssen insbesondere die Betroffenen (Versicherte, Patient_innen, nicht ärztliche und ärztliche Leistungserbringer, Krankenkassen, staatliche Institutionen) beteiligt werden. Grundvoraussetzung für eine demokratische Gesundheitsplanung ist eine von wirtschaftlichen Interessen unabhängige Versorgungsforschung, die erst aufgebaut werden muss.

39

Die Planung darf nicht den ökonomischen Interessen einzelner Gruppen überlassen werden und schon gar nicht der unsichtbaren Hand des Marktes. In die Bedarfsplanung sind insbesondere die Kommunen als politisch Verantwortliche verstärkt einzubinden. Das Ziel wäre eine kleinräumige regionale Versorgungsplanung, die die bisherigen, starren Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor überwindet. Man müsste dabei das Rad gar nicht neu erfinden, sondern könnte auf gar nicht so alte Erfahrungen hierzulande oder auch auf Planungserfahrungen in anderen Ländern zurückgreifen.

Vor allem in unterversorgten Gebieten wie etwa in ländlichen Regionen oder unterversorgten Stadtgebieten, aber auch darüber hinaus müssten ambulante Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft gegründet werden, die medizinische Versorgung und psychosoziale zusammenbringen. Außerdem müssten Anreize oder Verpflichtungen entwickelt werden, die die Leistungsanbieter (zum Beispiel Ärzt_innen) dazu bringen, in unterversorgten Gebieten zu arbeiten. Die Bedarfe für Krankenhäuser und im ambulanten Sektor müssten zusammengedacht und auf kommunaler und regionaler Ebene gemeinsam geplant werden.²⁷ Die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen kann nur zu einem geringen Anteil von der Gesundheitspolitik allein überwunden werden; Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Sozial- und Familienpolitik sind damit unmittelbar verwoben. Wesentlich für die Prävention von Krankheit sind gerechte gesellschaftliche Verhältnisse.

27 Vgl. Krankenhaus statt Fabrik (Hrsg.): Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser, Maintal 2017, unter: www.krankenhaus-statt-fabrik.de.

FAZIT

Das deutsche Gesundheitswesen ist zu großen Teilen weder am Nutzen der Patient_innen orientiert noch durch eine demokratische gesellschaftliche Planung gestaltet. Es ist an mächtigen Interessengruppen ausgerichtet (Anbieterdominanz), die alle ein Stück vom Kuchen abbekommen wollen. Deshalb sind im deutschen Gesundheitswesen Berufsgruppen und Bereiche voneinander abgeschottet, die eigentlich für das Wohl der Patient_innen zusammenarbeiten müssten. Es herrscht betriebswirtschaftliche Konkurrenz, die eine Situation gleichzeitiger Über- und Unterversorgung hervorbringt.

Vieles könnte man anders und dadurch besser machen: Die Finanzierung könnte gleichmäßig auf alle Schultern verteilt werden. Mit einer besseren Bedarfsplanung könnte man Über- und Unterversorgung weitgehend abbauen. Mit einer Orientierung am medizinischen Bedarf und einer rationalen Pharmakotherapie könnte man bei qualitativ hochwertiger Versorgung sogar Geld sparen. Und mit präventiven Ansätzen und besserer Sozialpolitik, mit einer patienten- und bedarfsorientierten Versorgung könnte man das Entstehen von Krankheiten vermeiden oder möglichst eindämmen.

41

Kurzum: Man könnte mit dem gleichen Geld (oder womöglich sogar mit weniger Ressourcen) eine qualitativ hochwertige Versorgung für alle hier lebenden Menschen gewährleisten und gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen schaffen – wenn das Gesundheitswesen vernünftig organisiert wäre und nicht einzelwirtschaftliche Interessen bedienen würde.

Ein Licht am Ende des Tunnels könnten sowohl die Kämpfe der Beschäftigten in den Krankenhäusern, die für eine bessere Versorgung und bessere Arbeitsbedingungen streiten, als auch die Entstehung von sozialmedizinischen Zentren sein, die zarte Pflänzchen im ambulanten Sektor darstellen und eine andere Versorgung praktisch umsetzen wollen. Es gilt: Mehr von ihnen ist besser für alle!

ZUM WEITERLESEN

- Becker, Matthias Martin: Mythos Vorbeugung. Warum Gesundheit sich nicht verordnen lässt und Ungleichheit krank macht, Wien 2014.
- Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten: Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg 2009.
- Deppe, Hans-Ulrich: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt a. M. 1987.
- Deppe, Hans-Ulrich: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, 3. akt. Aufl., Frankfurt a. M. 2005.
- Kühn, Hagen: Leere Kassen. Argumente gegen einen vermeintlichen Sachzwang, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 6/2003, unter: www.wzb.eu/sites/default/files/u13/leere_kassen.pdf.
- Kühn, Hagen: Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 6/2004, unter: www.wzb.eu/sites/default/files/u13/demogrwanandel.pdf.
- Krankenhaus statt Fabrik (Hrsg.): Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser, Maintal 2017, unter: www.krankenhaus-statt-fabrik.de.
- Pickett, Kate/Wilkinson, Richard: Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind, Berlin 2009.
- Rakowitz, Nadja: Kritik der politischen Ökonomie des Gesundheitswesens, Dezember 2006, unter: www.links-netz.de/K_texte/K_rakowitz_gesundheit.html.
- Rakowitz, Nadja: Bis auf die Knochen, in: konkret 9/2012.
- Reiners, Hartmut: Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem, Frankfurt a. M. 2011.
- Reiners, Hartmut: Privat oder Kasse? Politische Ökonomie des Gesundheitswesens, Hamburg 2017.
- www.aok-bv.de/lexikon/a/index.html
- www.bukopharma.de
- www.gutepillen-schlechtepillen.de
- www.igel-monitor.de
- www.krankenhaus-statt-fabrik.de
- www.pillen-checker.de

Impressum

luxemburg argumente Nr. 6 (3., vollständig überarb. Auflage 2017)
wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung

V. i. S. d. P.: Ulrike Hempel

Franz-Mehring-Platz 1 · 10243 Berlin · www.rosalux.de

ISSN 2193-5831 · Redaktionsschluss: Juli 2017

Autorin: Dr. Nadja Rakowitz

Redaktion: Hannah Schurian

Fotos: Photo-K/Fotolia, Seite 9; Birgit Reitz-Hofmann/Fotolia, Seite 30

Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin

Satz/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

Gedruckt auf Circleoffset Premium White, 100% Recycling

AKTUELLE VERÖFFENTLICHUNGEN



Andrej Holm

MUSS WOHNEN IMMER TEURER WERDEN?

**Mythen und Behauptungen
über Wohnen, Miete, Kaufen**

luxemburg argumente Nr. 15

Juni 2017

48 Seiten

ISSN 2193-5831

Download und Bestellung unter:

www.rosalux.de/publikation/id/37487



Konzeptwerk Neue Ökonomie

KEIN WACHSTUM IST AUCH (K)EINE LÖSUNG

**Mythen und Behauptungen
über Wirtschaftswachstum
und Degrowth**

luxemburg argumente Nr. 14

Mai 2017

52 Seiten

ISSN 2193-5831

Download und Bestellung unter:

www.rosalux.de/publikation/id/14854

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

