

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG



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» sei auf den demografischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt zurückzuführen. Unter dem Stichwort «zu hohe Lohnnebenkosten» wird argumentiert, dass die Beiträge für das Gesundheitswesen die Unternehmen so sehr belasten, dass sie auf dem Weltmarkt nicht mehr wettbewerbsfähig seien. Nicht zuletzt versetze die «Freibiermentalität» der PatientInnen, die sich aufgrund der «kostenlosen» medizinischen Versorgung entwickelt habe, dem System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) den Todesstoß.

Mit diesen «Argumenten», die eine Situation der Sachzwänge suggerieren sollen, werden Privatisierungen im Gesundheitswesen als unumgänglich vorangetrieben. In einer der reichsten Gesellschaften der Welt werden Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenkassen gestrichen, Krankenhäuser werden privatisiert und die Versuche, auch die gesetzlichen Kassen zu privatisieren, nehmen an Fahrt auf. Gleichzeitig werden im Krankenhaus wie in den Arztpraxen mehr Leistungen erbracht, als medizinisch notwendig sind; die Pharmaindustrie verdient Unsummen, und von Jahr zu Jahr gibt es mehr ÄrztInnen bei gleichzeitigem Ärztemangel in armen Stadtteilen und in ländlichen Regionen. Wie hängt das zusammen?

Diese Broschüre soll zeigen: Beim Thema Gesundheit geht es um viel Geld – und ein großer 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 Kapitel der Broschüre Mythen der gesundheitspolitischen Debatte geknackt. Im zweiten Kapitel 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 – auch anders und besser gehen könnte.

INHALT

Einleitung: Das Gesundheitswesen in Deutschland	2
Mythen	
1 «Kostenexplosion»	4
2 «Zu hohe Lohnnebenkosten»	5
3 «Demografische Zeitbombe»	7
4 «Freibiermentalität» oder «Vollkaskomentalität»	11
Diagnosen	
5 Gesundheitliche Ungleichheit	13
6 Zweiklassenmedizin	14
7 Keine Papiere, keine Versicherung, kein Zugang	17
8 Knappe Kassen	18
9 Ärztemangel und Ärzteschwemme	20
10 Teure Krankenhäuser	22
11 Selbstbedienungsladen Pharmaindustrie	25
Alternativen	
12 Ausweitung der Solidarität – Bürgerversicherung	29
13 Nicht-kommerzielle, sozialmedizinische Zentren statt Einzelpraxen	30
14 Bedarfsplanung	31
15 Entkommerzialisierung/Rekommunalisierung	32
16 Verhältnisprävention	33
Fazit	34
Zum Weiterlesen	35

EINLEITUNG: DAS GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND

Das deutsche Gesundheitswesen verwandelt sich seit einigen Jahren von einem «Solidarsystem» in eine «Gesundheitswirtschaft». Der Kompromiss, dem das deutsche Gesundheitswesen seine Entstehung verdankt, scheint aufgekündigt.

1883 führte Bismarck, Reichskanzler einer bürgerlich-monarchistischen Gesellschaftsordnung, unter dem Druck der politischen Arbeiterbewegung die weltweit erste gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein. Als «Arbeiterversicherung» spiegelte sich in diesem System ein Konflikt wider, der auch heute nicht an Relevanz verloren hat: Da die einzelnen Unternehmen zwar gesunde ArbeitnehmerInnen brauchen, «das Kapital» aber nicht als gesellschaftlicher Akteur agiert, sondern die einzelnen Kapitalien in Konkurrenz zueinander stehen, übernahm der Staat die Funktion, die Arbeits- und Reproduktionsfähigkeit der Menschen zu sichern, und sorgte für ein flächendeckendes Gesundheitssystem. Finanziert wurde es vor allem, indem Lohnanteile (die Krankenkassenbeiträge) umverteilt wurden. Dieses System der GKV hat sich über die Jahrzehnte hinweg als sehr anpassungsfähig erwiesen und existiert in seinen Grundzügen bis heute.

Der stationäre Sektor war bis Anfang der 1990er Jahre von öffentlichen oder frei-gemeinnützigen (meist kirchlich gebundenen) Krankenhäusern dominiert. Ein großer Teil der Gelder im Gesundheitswesen – seit Jahrzehnten etwa zehn Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP), das heißt im Jahr 2012 also rund 280 Milliarden Euro – zirkulierte deshalb zwischen öffentlichen, nicht-profitorientierten Institutionen. Dieses Geld wurde nicht Kapital – und das weckte und weckt Begehrlichkeiten, insbesondere in Zeiten wirtschaftlicher Krisen ...

Andererseits waren wesentliche Teile des deutschen Gesundheitswesens schon immer kommerziell organisiert: Private Versicherungskonzerne versichern etwa zehn Prozent der Bevölkerung außerhalb des Solidarsystems der GKV. Die privatwirtschaftliche Medizintechnik- und Pharmaindustrie – da-

runter einige Global Players wie Boehringer Ingelheim, Bayer Health Care Pharmaceuticals, Fresenius Medical Care und Siemens – machen aufgrund der Strukturen in Deutschland sehr gute Geschäfte.

Im Gegensatz zur stationären ist die ambulante ärztliche Versorgung seit jeher in privatwirtschaftlicher Hand gewesen. Dass niedergelassene ÄrztInnen es sehr wohl verstanden haben, ihre Interessen politisch durchzusetzen, zeigt die flächendeckende Versorgung mit niedergelassenen FachärztInnen aller Fachrichtungen – eine solche Doppelung findet sich in kaum einem anderen Land der Welt.

Beide Sektoren – der ambulante und der stationäre – sind streng voneinander getrennt. Sie werden nach unterschiedlichen Logiken finanziert und sind auch intern unterschiedlich organisiert. An nur wenigen Stellen gibt es eine systematische Verzahnung der beiden Bereiche, in der Regel agieren sie vielmehr in Konkurrenz zueinander – zum Nachteil der PatientInnen. Denn für die PatientInnen wäre es von Vorteil, wenn alle an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten Ebenen und Personen miteinander kooperieren würden (der Fachbegriff hierfür ist: Integrierte Versorgung) – ohne System- oder Finanzierungsgrenzen, die der Idee der Versorgung fremd sind. Dies erfordert aber eine gesamtgesellschaftliche und vernünftige Planung des Gesundheitswesens.

Die herrschende Politik allerdings forciert die Einführung von Marktverhältnissen im Gesundheitswesen, anstatt auf eine Integrierte Versorgung zu setzen. Wir meinen, dass man das Gesundheitswesen nicht am Kommerz, sondern am Bedarf orientieren und demokratisch organisieren sollte und kann – mit besserer Qualität und wahrscheinlich sogar mit weniger Geld.

MYTHEN

Die Debatten um die Gesundheitsreform und das Gesundheitssystem im Allgemeinen werden von zahlreichen Mythen dominiert, die eine bestimmte Problemlage suggerieren, um sogenannte Reformen durchsetzbar zu machen. Im Folgenden soll diesen Mythen auf den Zahn geföhlt werden, um die dahinterstehenden Interessen freizulegen. Erst wenn diese interessensgeleiteten Problembeschreibungen als Mythen entlarvt sind, ist der Blick frei für eine Diagnose, die klären kann, wo die Probleme im Gesundheitswesen wirklich liegen und welche Therapien helfen.

1

«KOSTENEXPLOSION»

4

Der Mythos:

Weil die Ausgaben im Gesundheitswesen «explodieren», müssen die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen gekürzt und durch Zuzahlungen der Versicherten gesichert werden.

Hintergrund und Faktenlage:

Es ist richtig, dass die Kosten im Gesundheitswesen gestiegen sind. Und das, obwohl das deutsche Gesundheitswesen sowie so schon zu den teuersten (aber auch zu den besten) der Welt gehört – nur in den USA, der Schweiz und Frankreich wird mehr Geld für die Gesundheitsversorgung ausgegeben. Gleichzeitig gehört aber auch das deutsche Bruttoinlandsprodukt (BIP) zu den größten der Welt und es steigt kontinuierlich. Im Verhältnis zur steigenden Wirtschaftsleistung, dem BIP, kann also von «Kostenexplosion» gar keine Rede sein, vielmehr wachsen die Ausgaben für das Gesundheitswesen genauso schnell, wie das BIP wächst. Folge: Gemessen an der Wirtschaftsleistung sind die Gesundheitsausgaben mit etwa zehn bis elf Prozent des BIPs seit Jahrzehnten stabil!

Von diesem relativ hohen Preisniveau profitieren einige, anderen ist es ein Dorn im Auge: Die Unternehmen sind mit 7,3 Prozent der Bruttolöhne ihrer Beschäftigten an den Kosten beteiligt. Sie würden sie gerne drücken oder mit dem Argument der

«zu hohen Lohnnebenkosten» am liebsten ganz einsparen. Auch die öffentliche Hand hat ein Interesse an Einsparungen, da sie – nachdem für Wohlhabende und Unternehmen viele Steuern erlassen oder gesenkt wurden – immer über «leere Kassen» klagt.

Auf der anderen Seite gibt es viele Akteure 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 niedergelassenen ÄrztInnen. Natürlich müssen auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen ein Interesse daran haben, dass genug Geld da ist. Die Frage ist allerdings, wie dieses Geld verteilt und wofür es ausgegeben wird.

Fazit: Gesellschaftlich gesehen gibt es keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Die steigenden Ausgaben werden in der politischen Debatte nicht auf den steigenden, produzierten Reichtum bezogen. Stattdessen werden die absolut steigenden Ausgaben angeführt. So entsteht die «Notwendigkeit» von Einsparungen, die vor allem durch die Kürzungen von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und durch die Zuzahlungen der PatientInnen finanziert werden. Von dieser «Neuverteilung der Kosten» profitieren fast alle: die Gesundheitsindustrie, die Arbeitgeber und der Staat – nur die PatientInnen und die Beschäftigten nicht.

«ZU HOHE LOHNNEBENKOSTEN»

Der Mythos:

Das Gesundheitssystem wird größtenteils durch die Krankenkassenbeiträge finanziert, die die Unternehmen vom Bruttolohn ihrer Beschäftigten abziehen und an die Kassen zahlen. Damit sind sie ein Teil der Lohnnebenkosten. Steigende Ausgaben der Kassen bedeuten daher steigende Lohnnebenkosten. Das schadet der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen und gefährdet im Endeffekt die Arbeitsplätze. Deshalb müssen die Beiträge für die Unternehmen sinken.

Hintergrund und Faktenlage:

Hintergrund dieser Argumentation ist die neoliberale Wirtschaftsdoktrin der Angebotstheorie: Die Politik soll dafür sorgen, dass die «Anbieter» – damit sind die Unternehmen gemeint – möglichst gute Produktions- und Akkumulationsbedingungen haben. Das bedeutet wiederum, sie sollen so billig wie möglich produzieren (lassen) können, damit die Profite möglichst hoch ausfallen. Die Unternehmen drücken deshalb zum einen die Löhne, zum anderen die Lohnnebenkosten.¹ Zu diesen werden auch die Sozialversicherungsbeiträge gezählt. Zur Förderung der Wettbewerbsfähigkeit sollen diese also politisch gesenkt (in der Tendenz die solidarischen Sozialversicherungen womöglich ganz privatisiert) werden.

Vor allem der FDP geht es um eine stärkere «Entkoppelung der Krankenversicherungskosten von den Lohnzusatzkosten», um, wie der Bundesvorsitzende der FDP und ehemalige Gesundheitsminister, Philipp Rösler, sagt, «endlich den Teufelskreis zu durchbrechen, der da lautet: Mehr Gesundheit bedeutet weniger Beschäftigung.» Dahinter steckt die Vorstellung, die sogenannten Lohnnebenkosten seien ein wesentlicher Grund für Arbeitsplatzabbau und Arbeitslosigkeit in Deutschland.

Diese These wurde noch nie von irgendjemandem belegt. Faktisch spielen die Ausgaben für Gesundheit bei den Stückkosten für die Unternehmen kaum eine Rolle. Nicht nur Gewerkschaften und linke GesundheitsökonomInnen, sondern sogar das unternehmerfreundliche *Handelsblatt* (23.9.2010) rechnen in der Debatte vor, dass die «Lohnzusatzkosten bislang weniger als ein Prozent der Gesamtkosten eines typischen Exportprodukts ausmachen». Die Gewerkschaft ver.di rechnet vor, dass bei einer mit 54,15 Euro angesetzten Handwerkerstunde die Kosten für die Krankenversicherung 98 Cent ausmachen.²

Nicht zuletzt sei daran erinnert, dass Deutschland immer wieder «ExportvizeWeltmeister» ist. Zu teuer können die in Deutschland produzierten Waren also nicht sein!

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

Dennoch wird das Argument der zu hohen Lohnnebenkosten benutzt, um zu versuchen, die solidarische und paritätische Finanzierung aufzugeben und ein Kopfpauschalensystem einzuführen, bei dem jeder Mensch die gleiche Summe Geld bezahlen muss.

3

«DEMOGRAFISCHE ZEITBOMBE»

Der Mythos:

Weil in Deutschland der Anteil der alten Menschen wächst und alte Menschen häufiger und länger krank sind, wird das Gesundheitswesen in Zukunft unbezahlbar. «Struktur, Organisation und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung müssen angepasst werden», ist deshalb beispielsweise im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und FDP von 2009 zu lesen. Unter «Anpassung» wird dabei die Privatisierung des Systems, die Kürzung von Leistungen und mehr Kapitaldeckung bei der Finanzierung verstanden.

7

Hintergrund und Faktenlage:

Meistens, zum Beispiel in Talkshows, ist vom demografischen Wandel tatsächlich nur als Schlagwort die Rede; es wird selten genauer gesagt, was er bedeutet und welche Folgen er hat, geschweige denn begründet, wie man zu bestimmten Prognosen und Schlussfolgerungen kommt. Auch in sehr vielen wissenschaftlichen Publikationen ist die These vom demografischen Wandel und der damit verbundenen, notwendigen Umgestaltung des Gesundheitssystems beziehungsweise seiner Finanzierung zu finden. Um das «wissenschaftlich» zu belegen, beziehen sich viele auf das Fritz Beske Institut für Gesundheitssystem-Forschung in Kiel, das in Broschüren mit Titeln wie «Gesundheitsversorgung der Zukunft jetzt gestalten» behauptet, auf den Euro genau ausrechnen (also voraussagen) zu können, was uns die Krankenversorgung im Jahr 2050 kosten wird.³

3 Vgl. die Veröffentlichungen des Instituts für Gesundheitssystem-Forschung Kiel, www.igsf.de.

Ziel der Debatte ist es, die bisherige solidarische Umlagefinanzierung der gesetzlichen Krankenkasse (was jetzt an Geld gebraucht wird, wird von den jetzigen BeitragszahlerInnen aufgebracht) so lange infrage zu stellen, bis auch der oder die Letzte davon überzeugt ist, dass nur eine andere Form der Finanzierung – wie zum Beispiel Kopfpauschalen, an denen die Unternehmen nicht mehr beteiligt sind, oder eine kapitalgedeckte Finanzierung, die die Interessen der Finanzmarktakteure bedient – das Gesundheitssystem retten kann.

Gegen diesen behaupteten Sachzwang gibt es viele gute Argumente. Der demografische Wandel soll dabei gar nicht bestritten werden, sondern die daraus mit der Notwendigkeit eines Naturgesetzes gezogenen sozialen Schlussfolgerungen.

Die deutsche Gesellschaft unterliegt bereits seit mehreren Generationen einem demografischen Wandel, ohne dass auch nur eine der heute vorausgesagten Folgen eingetreten wäre. Im Jahr 1900 kamen 12,4 Erwerbsfähige (15- bis 64-Jährige) auf eine alte Person (über 64 Jahre), 50 Jahre später 6,9; nach weiteren 50 Jahren (also im Jahr 2000) 4,1 und für 2050 werden 2,0 prognostiziert. Vor 100 Jahren war die Altersstruktur mehr als dreimal günstiger als heute. Dennoch ist in diesem Zeitraum der materielle Reichtum für alle Altersgruppen enorm gewachsen und parallel zur demografischen Alterung der letzten 50 Jahre das Sozialsystem ausgebaut worden. Die wirtschaftliche Entwicklung der BRD insgesamt (Stichwort: Nachkriegsboom, Vollbeschäftigung etc.) hat dies erlaubt; die demografische Entwicklung spielte dabei eine völlig untergeordnete Rolle.

Wie schwierig es ist, zukünftige Entwicklungen statistisch aus der Vergangenheit abzuleiten, zeigen Modellrechnungen, die das Statistische Bundesamt Mitte der 1970er Jahre für das Jahr 2000 angestellt hat: Die Berechnungen haben sich um 15–18 Millionen Menschen (nur für Westdeutschland) verschätzt. Das Problem sind hierbei aber nicht die StatistikerInnen, sondern die PolitikerInnen, die aufgrund solcher Prognosen unsere Sozialsysteme rigoros verändern wollen.

Ein weiteres Argument ist, dass sich im internationalen Vergleich für 20 Industrieländer der OECD nicht der kleinste Hinweis auf einen statistischen Zusammenhang zwischen Al-

An illustration of a doctor in a white lab coat and a striped tie, with a stethoscope around their neck. The doctor is holding a white rectangular sign with a black border. The sign contains the text "Heute nur Privatpatienten" in a blue, handwritten-style font. The background is a solid light blue color.

Heute nur
Privatpatienten

tersstruktur einer Gesellschaft insgesamt und der Höhe der Ausgaben für Gesundheit finden lässt.⁴

Demografische Betrachtungen unterstellen meist, dass die Zahl der *Erwerbsfähigen* mit der Zahl der *tatsächlich* *Erwerbstätigen* identisch ist. Gibt man das auf, dann zeigt sich, dass der größte Teil der zu erwartenden, demografisch bedingten Einnahmeausfälle heute bereits durch die Arbeitslosigkeit vorweggenommen ist. Realistischerweise muss man die Millionen registrierten, verdeckten und unsichtbaren Arbeitslosen unter den *Erwerbsfähigen* zu den zu versorgenden Personen hinzuzählen. Dann entspricht die Belastung der Erwerbstätigen aber bereits heute einer Situation, die laut demografischer Propaganda erst in 30 Jahren eintreten soll. Nicht Überalterung, sondern Unterbeschäftigung und fehlende Beschäftigungspolitik sind also das Problem.

Außerdem zeigen viele Studien, dass sich bei Angehörigen der Mittelschichten und der Oberschicht der Beginn chronischer Erkrankungen mit der Lebenserwartung nach hinten verschiebt.⁵ Die Menschen aus diesen Schichten bleiben länger gesund. Im Gegensatz dazu ist allerdings zu erwarten, dass die Angehörigen der Unterschicht und Teile der unteren Mittelschicht ihre hinzugewonnenen Lebensjahre nicht nur auf einem niedrigen finanziellen Niveau, sondern auch mit relativ früh erworbenen, chronischen Einschränkungen verbringen werden; nur für sie gilt die Verschlechterungsthese, dass Altsein gleichbedeutend mit Kranksein ist. Die Kosten für teure alte PatientInnen, die bislang der Alterung zugeschrieben wurden, gehen also auf das Konto der sozialen Ungleichheit! Armut – nicht das Alter – macht krank.

Fazit: Der Sachzwang, der aus dem demografischen Wandel abgeleitet wird, ist nicht stichhaltig. Eine vermeintlich «natürliche» Entwicklung, die nicht aufzuhalten ist, muss entmystifiziert und als soziales Problem diskutiert werden – nicht zuletzt, damit der demografischen Veränderung kreativ begegnet werden und sie die Maske der Bedrohung ablegen kann.

4 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. 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.

«FREIBIERMENTALITÄT» ODER «VOLLKASKOMENTALITÄT»

Der Mythos:

Für die Versicherten und PatientInnen sind die medizinischen Leistungen größtenteils kostenlos. Was nichts kostet, so heißt es, das schätzt man nicht. Folge: Die Versicherten nehmen verschwendend Leistungen in Anspruch, schließlich sind sie gratis.

Hintergrund und Faktenlage:

Hintergrund dieser Argumentation ist ein Modell aus dem ökonomischen Lehrbuch («moral hazard» oder «Rationalitätentafel»), das annimmt: Menschen, die etwas (vermeintlich) umsonst bekommen, gehen damit sorglos um. Wenn es beispielsweise Freibier gibt, bestellt (und/oder trinkt) man eben mehr Bier, als man verträgt und eigentlich will. Dieses Modell wird auf das Gesundheitswesen übertragen. Als ob man sich mal eben eine Wurzelbehandlung beim Zahnarzt gönnen würde oder eine Herzkatheteruntersuchung bei der Herzspezialistin, weil sie ja nichts kostet beziehungsweise mit den geleisteten Krankenversicherungsbeiträgen für den einzelnen Versicherten schon abgegolten ist!

11

Es stimmt: Es gibt in manchen Bereichen 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.

Die Freibier-These ignoriert aber, dass in der Regel ein Arzt oder eine Ärztin, also ein Anbieter von Leistungen (und oft auch derjenige, der daran verdient) entscheidet, welche medizinische Behandlung die PatientInnen bekommen. Studien zeigen,⁶ dass die genannte Überversorgung auf die Anreize zurückzuführen ist, die vom System selbst gesetzt sind: Bekommt ein Arzt für jeden «Handschlag» und jede Leistung unmittelbar Geld (Ein-

⁶ Vgl. beispielsweise Reiners, Hartmut: Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem, Frankfurt a. M. 2011.

zelleistungsvergütung), wird er also nicht pauschal, zum Beispiel mit einem Gehalt, bezahlt, ist die Versuchung (als Kleinunternehmer oder Krankenhaus-Arzt, der einen Arbeitsvertrag mit leistungsabhängiger Bezahlung hat) groß, möglichst viele Leistungen zu verordnen und abzurechnen.

Die Ursache des Problems der Überversorgung ist also nicht auf der Seite der PatientInnen zu suchen, sondern auf der Seite der Anbieter. Begegnet wird dem Problem aber auf der Seite der PatientInnen – durch Streichungen von Leistungen aus dem Leistungskatalog und «mehr Eigenverantwortung», was nichts anderes heißt als: Die Versicherten beziehungsweise die PatientInnen sollen für die medizinische Versorgung möglichst viel aus der eigenen Tasche bezahlen oder zumindest zuzahlen oder besser noch: individuelle private Zusatzversicherungen abschließen.

12

Anstatt also bei den PatientInnen anzusetzen, sollte man die Anbieter und das System der Vergütung ins Visier nehmen – allerdings nicht so, dass am Ende eine Rationierung von Leistungen zulasten der PatientInnen, also das Vorenthalten von medizinisch notwendigen Leistungen herauskommt.

Jenseits von gesundheitspolitischen Überlegungen muss die Gesellschaft mit dem Phänomen, dass viele alte einsame Menschen oft beim Hausarzt oder bei der Hausärztin sitzen, «damit sie mal mit jemandem reden können», anders umgehen. Hier stellen sich grundsätzliche Fragen des Zusammenlebens, die als soziales Problem angegangen werden müssen, anstatt das Gesundheitssystem zu zerstören.

GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT

Diagnose:

Ob Menschen gesund oder krank sind, hängt nicht nur von ihrer physischen Verfasstheit ab – sondern auch von den sozialen Verhältnissen, in denen sie leben. Wer arm ist, ist häufiger krank und lebt kürzer.

Oft vorgeschlagene Therapie: Zur Abhilfe wird oft nur individuelle Verhaltensänderung vorgeschlagen. So vermeidet man die – notwendige – Debatte über die Ungleichverteilung des gesellschaftlichen Reichtums und «privatisiert» das Krankheitsrisiko.

Hintergrund und Faktenlage:

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 gibt es einen Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Situation: Menschen mit niedrigem Einkommen, Bildungsniveau und Berufsstatus sind nicht nur häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen, sie haben außerdem auch eine weitaus geringere Lebenserwartung.

Armut erhöht also das Krankheitsrisiko massiv und kann einen großen Teil der gesundheitlichen Ungleichheit in der Bevölkerung erklären. Die gesundheitliche Ungleichheit kann auf unterschiedliche Belastungen, unterschiedliche Bewältigungsressourcen und Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung zurückgeführt werden. Faktoren wie die Verfügbarkeit oder die Qualität medizinischer Leistungen haben bei der Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit eine eher nachgeordnete Bedeutung. Das Hauptgewicht liegt auf schichtspezifischen Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen und daraus resultierenden Gesundheitsgefährdungen (z. B. ist Schichtarbeit, vor allem in der Nacht, erwiesenermaßen gesundheitsgefährdend). Das Be-

dingungsverhältnis zwischen sozialer und gesundheitlicher Situation wirkt aber auch in die andere Richtung: Menschen mit schlechter Gesundheit haben ein höheres Risiko, sozial abzustiegen. Krankheit führt zu schlechteren Bildungserfolgen, zu Problemen, einen Arbeitsplatz zu finden beziehungsweise ihn zu behalten, und zu geringeren beruflichen Aufstiegschancen.

Dies gilt nicht nur für Individuen: Gleichheit macht Gesellschaften insgesamt gesünder. Das Ausmaß der Ungleichheit innerhalb von Gesellschaften bestimmt in hohem Maß über soziale und gesundheitliche Probleme. In Gesellschaften mit geringeren Einkommensunterschieden zwischen Arm und Reich haben die Menschen insgesamt eine höhere Lebenserwartung und werden weniger krank.⁷ Gesundheitspolitisches Engagement muss sich also orientieren an Zielen wie: gleichmäßige Reichtumsverteilung und ausgleichende Sozialpolitik, gute Arbeits- und Wohnbedingungen und an einer gesunden Umwelt. Die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen kann nur zu einem geringen Anteil von Gesundheitspolitik überwunden werden.

14

6

ZWEIKLASSENMEDIZIN

Diagnose:

In Deutschland teilen sich die Versicherten in zwei Gruppen: Die Mehrheit ist in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert, eine Minderheit in der privaten Krankenversicherung (PKV). Privat Versicherte erhalten schneller einen Termin beim Arzt und tragen in manchen Bereichen höhere Kosten.

Bereits lange praktizierte Therapie: Anstatt die weltweit fast einmalige Aufteilung in privat und gesetzlich Versicherte abuschaffen und die gesamte Bevölkerung in die solidarische gesetzliche Versicherung zu integrieren (siehe Bürgerversicherung), werden die gesetzlichen Krankenkassen immer weiter

⁷ Wilkinson, Richard/Pickett, Kate: Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind, Frankfurt a. M. 2009.

den privaten angeglichen. Damit wird die Idee der Solidarität und Umverteilung, von der das System der GKV lebt, immer weiter ausgehöhlt.

Hintergrund und Faktenlage:

Eine systemische Ungleichheit beim Zugang zur medizinischen Versorgung besteht in Deutschland in der Spaltung zwischen den 90 Prozent gesetzlich und zehn Prozent privat Versicherten. Letztere profitieren von kürzeren Wartezeiten und anderen Privilegien, setzen sich aber auch dem Risiko aus, überversorgt zu werden, also Leistungen oder Therapien verordnet zu bekommen, die zwar dem Einkommen des Anbieters dienen, aber medizinisch nicht nötig sind.

Die GKV (im Jahr 2012 noch 145 einzelne Krankenkassen) ist bis heute geprägt vom Solidarprinzip: Alle zahlen von ihrem Einkommen den gleichen prozentualen Beitragssatz, aber alle bekommen – unabhängig vom einbezahlten Geld – das medizinisch Notwendige, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) politisch festgelegt wird. Auch wenn es inzwischen viele Einschränkungen dieser Solidarität gibt, muss dieses Prinzip unbedingt verteidigt werden. Es widerspricht der kapitalistischen Logik und ist eine soziale Errungenschaft.

15

Folgende Einschränkungen dieses Prinzips gibt es: Es werden nicht alle Einkommen herangezogen, sondern nur Löhne und Gehälter, und diese nur bis zu einer bestimmten Höhe (Beitragsbemessungsgrenze, im Jahr 2013: 3.937,50 Euro brutto/monatlich). Das heißt, dass Einkommen oberhalb dieser Bemessungsgrenze unberücksichtigt bleiben: Ob 5.000 oder 10.000 Euro Einkommen, der Beitrag bleibt der gleiche. Obere Einkommensschichten werden also weniger belastet.

Durch die jüngsten Gesundheitsreformen gab es zwar ein paar schmerzhafteste Leistungstreihungen (vor allem bei Brillen und beim Zahnersatz), aber im Großen und Ganzen bekommen die gesetzlich Versicherten das medizinisch Notwendige. Oft sind es niedergelassene ÄrztInnen, die den PatientInnen erzählen, dass vermeintlich «sehr wichtige Leistungen» von der GKV nicht mehr bezahlt werden. Dabei handelt es sich oft um Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die die ÄrztInnen dann privat abrechnen können. Bei den meisten dieser IGeL gibt es

keinen nachgewiesenen Nutzen. Also Vorsicht! Und immer erst bei www.igel-monitor.de nachsehen.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind keine Unternehmen und gehen keiner wirtschaftlichen Tätigkeit nach. Es ist für das Solidarprinzip wichtig, dies zu verteidigen, denn viele Regierungen arbeiten seit einigen Jahren daran, die Kassen langsam in Unternehmen zu verwandeln und den privaten Krankenkassen anzugleichen: Inzwischen gibt es eine Konkurrenz zwischen den GKV, sie können insolvent werden und sie können Versicherten Geld zurückerstatten, wenn diese eine bestimmte Zeit lang das Gesundheitswesen nicht genutzt haben. Im Moment arbeitet die FDP mittels Kartellrecht daran, die GKV noch weiter der PKV anzupassen. Wenn ihr das gelingt, werden die Kassen der GKV endgültig Unternehmen werden. Das wäre dann das Ende des Solidarprinzips.

16

Die privaten Krankenversicherungen (ca. 45 Unternehmen) funktionieren anders als die GKV. Dass es eine private Vollversicherung für rund zehn Prozent der Bevölkerung gibt, ist eine deutsche Besonderheit, die man kaum in anderen Ländern findet. Versicherungsberechtigt sind Selbstständige, BeamtInnen oder Personen, die eine bestimmte Einkommensgrenze überschreiten (Versicherungspflichtgrenze, im Jahr 2013: 4.350 Euro brutto/monatlich). Die PKV macht den Beitragssatz für die Versicherten individuell von deren Krankheitsgeschichte abhängig, das heißt, sie versichert nur diejenigen, die für sie wahrscheinlich lukrativ sein werden.

Privat Versicherte bekommen vom Arzt oder Krankenhaus eine Rechnung, die sie zunächst selbst bezahlen und dann bei ihrer Versicherung einreichen müssen (Kostenerstattungsprinzip). Private Versicherungen funktionieren nicht über ein Umlageverfahren, sondern über Kapitaldeckung, das heißt, sie legen die Beiträge der Versicherten auf dem Kapitalmarkt an, in der Hoffnung, dass sie sich dort vermehren mögen. (Durch die Krise auf diesen Märkten haben die privaten Versicherungen aber in den letzten Jahren große Summen an Geld verloren.)

KEINE PAPIERE, KEINE VERSICHERUNG, KEIN ZUGANG

Diagnose:

Viele Menschen leben in Deutschland als Illegalisierte. Sie haben keine Papiere und sind damit – wenn sie nicht selbst zahlen können – von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen.

Therapie: Für dieses Problem gibt es im Moment kaum gesundheitspolitische Lösungsvorschläge, sondern nur migrations- oder innenpolitische: Man versucht, sich die Flüchtlinge mittels Grenzsicherungen und EU-Regelungen vom Hals zu halten. Und man duldet inzwischen die ehrenamtliche Arbeit von Medi-Büros, Medi-Netzen und MalteserMigrantenMedizin, die sich unentgeltlich um die Ärmsten der Armen kümmern.

Hintergrund und Faktenlage:

Auch wenn inzwischen eine Versicherungspflicht eingeführt ist, gibt es immer noch viele Menschen in Deutschland ohne Krankenversicherung und damit ohne sicheren Zugang zum Gesundheitssystem. Es wird geschätzt, dass zwei von 1.000 Deutschen (ca. 160.000) keine Versicherung haben; dazu kommen zwischen 300.000 und eine Million Menschen ohne eine gültige Aufenthaltsgenehmigung. Diese haben nur einen sehr eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung, da ihr Recht auf eine gesundheitliche Grundversorgung eingeschränkt ist durch den § 87.2 Aufenthaltsgesetz, der vorschreibt, dass öffentliche Angestellte, die Kenntnis von Illegalisierten haben, diese an die Ausländerbehörden weiterleiten müssen, wodurch eine Abschiebung droht – mit Ausnahme der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift vom September 2009, die den «verlängerten Geheimnisschutz» erlaubt. Das bedeutet, 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 oder direkt bar bezahlt, kann dem entkommen. Handelt es sich um eine schwere Erkrankung, kann eine Duldung beantragt werden.

Eine Übergangslösung wäre die Einführung eines anonymen Krankenscheins, die es Illegalisierten ermöglichen könnte, an der Regelversorgung teilzunehmen.

8

KNAPPE KASSEN

Diagnose:

Die Finanzierung des Gesundheitswesens wird zunehmend schwieriger. Die Krankenversicherungen sind knapp bei Kasse. Als Grund hierfür wird zum einen die «Kostenexplosion» genannt (siehe Mythos 1); zum anderen die Tatsache, dass die Kassen ihre Einnahmen nicht erhöhen können, weil sonst die Lohn(neben)kosten steigen würden (siehe Mythos 2).

Therapie: Es wird versucht, die Finanzierung des Gesundheitswesens zu ändern («von den Arbeitskosten entkoppeln»), Leistungen der GKV zu streichen (die dann privat bezahlt werden müssen) oder Personal einzusparen – statt systematische Verschwendung und Überversorgung wirksam zu bekämpfen.

Hintergrund und Faktenlage:

Das Gesundheitswesen wird über Sozialversicherungsbeiträge, Beiträge der PKV, Steuern und die privaten Haushalte finanziert. Die Sozialversicherungsbeiträge werden nur auf Löhne und Gehälter – und nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze – erhoben. Wer mehr verdient, muss den Beitrag nur bis zu dieser Grenze bezahlen.

Die Ausgaben für Gesundheit haben sich in den letzten Jahren immer weiter verschoben auf die ArbeitnehmerInnen und die privaten Haushalte. Von einer «Kostenexplosion» kann aber nicht die Rede sein (siehe Mythos 1).

Die Gesamtausgaben für Gesundheit betragen im Jahr 2011 rund 290 Milliarden Euro (das entspricht 11,6 Prozent/BIP); die meisten Ausgaben trug die GKV mit 179 Milliarden (ca. sieben Prozent/BIP). Die Ausgaben bewegen sich seit Anfang der 1990er Jahre ungefähr auf diesem Niveau. Pro Kopf der Bevölkerung sind das etwa 3.500 Euro im Jahr. Deutschland leistet

sich – gemessen am BIP-Anteil – das viertteuerste Gesundheitswesen der Welt. 49 Prozent der gesamten Ausgaben gingen in den ambulanten Sektor, 36 Prozent in den stationären Sektor. Während bei den GKV-Ausgaben der stationäre Sektor mit rund 35 Prozent der größte Posten ist, gefolgt von Arzneimitteln (im ambulanten Sektor) mit rund 18 Prozent und der ärztlichen Behandlung mit 16 Prozent.

Die Finanzierung des Gesundheitswesens wäre sehr viel stabiler, wenn alle Einkommensarten ohne Beitragsbemessungsgrenze – oder durch eine Erhöhung derselben – miteinbezogen werden würden. Das würde eine Ausweitung der Solidarität bedeuten und die Lasten der Kosten auf alle Schultern verteilen. Man nennt dies Bürgerversicherung (siehe Alternativen).

Die Unionsparteien CDU/CSU und die FDP wollen dagegen ein Kopfpauschalmodell einführen. Das würde bedeuten, dass sich die Beiträge für die Krankenversicherung nicht mehr prozentual am Einkommen orientieren, sondern pauschal in gleicher Höhe pro «Kopf» erhoben werden – von der ALDI-Kassiererin wie vom Sparkassendirektor. Schon jetzt hat die Koalition aus CDU/CSU und FDP einen pauschalen Zusatzbeitrag eingeführt, den jede Krankenkasse erheben kann, wenn ihr das Geld nicht reicht. Im Moment nimmt aber keine gesetzliche Kasse einen Zusatzbeitrag, weil die GKV beziehungsweise der Gesundheitsfonds mit mehreren Milliarden Euro Überschüssen gut ausgestattet sind.

Zusätzlich zum Beitrag und (möglichem) Zusatzbeitrag müssen Versicherte beziehungsweise PatientInnen noch Zuzahlungen leisten – etwa für Medikamente, Krankenhausaufenthalte, Physiotherapien, Heilmittel. Das unterscheidet sich deutlich vom Sachleistungsprinzip, das im System der GKV bislang galt: Es schreibt vor, dass zwischen PatientIn und ÄrztIn beziehungsweise Leistungserbringer kein Geld stehen soll.

Die öffentliche Hand ist gesetzlich verpflichtet, die Investitionskosten von Krankenhäusern, die im Krankenhausplan stehen, zu übernehmen. Seit einigen Jahren kommt sie dieser Pflicht aber nicht mehr nach; sodass bei den Krankenhäusern ein Investitionsstau von über 50 Milliarden Euro entstanden ist.

ÄRZTEMANGEL UND ÄRZTESCHWEMME

Diagnose:

Die Zahl der ÄrztInnen nimmt von Jahr zu Jahr zu. Gleichzeitig wird vielerorts über einen Mangel an ambulanter Versorgung geklagt.

Oft vorgeschlagene Therapie: Dem «Ärztemangel» wird oft nur mit neuen Möglichkeiten für ÄrztInnen begegnet, mehr Geld zu verdienen. Die falschen, ökonomisierten Strukturen werden kaum angetastet.

Hintergrund und Faktenlage:

In Deutschland ist der ambulante Sektor, also die medizinische Versorgung außerhalb der Krankenhäuser, durch einige Besonderheiten gekennzeichnet: Er ist zum einen relativ strikt getrennt von den Krankenhäusern, das heißt, Krankenhäuser nehmen kaum an der ambulanten Versorgung teil. Zum anderen gibt es alle Facharztrichtungen, die man in den meisten Ländern Europas nur im Krankenhaus findet, auch im ambulanten Sektor. Es gibt also niedergelassene FrauenärztInnen, RadiologInnen, AugenärztInnen und so weiter. Diese «doppelte Facharztschiene» trägt zu Reibungsverlusten in der Versorgung und zu hohen Kosten bei – und ist nicht unbedingt notwendig.

Ende 2010 verzeichnete die Kassenärztliche Bundesvereinigung insgesamt 155.000 ambulant tätige ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen (darunter allerdings viele über 60-Jährige, die bald in Rente gehen werden). Allein im Zeitraum zwischen 1990 und 2009 nahm die Anzahl der niedergelassenen ÄrztInnen um 47.000 ÄrztInnen oder 51,3 Prozent zu – bei stagnierender Bevölkerungszahl. Aber trotz steigender Ärztezahlen verteilen sich die ÄrztInnen ungleich auf Stadt und Land und auf reichere und ärmere Stadtteile. Außerdem gibt es (immer) mehr FachärztInnen als Allgemein- beziehungsweise HausärztInnen. Die ambulante medizinische und psychotherapeutische Versorgung wird in Deutschland in der Regel von niedergelassenen ÄrztInnen erbracht, die freiberufliche Unternehmer sind, ob in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Erst mit den 2004 ein-

geführten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) können ÄrztInnen auch im ambulanten Sektor als Angestellte arbeiten. Dies ist deshalb wichtig, weil die Art der Bezahlung Anreize setzt. Solange jede einzelne Leistung der ÄrztInnen vergütet wurde (Einzelleistungsvergütung), stellte dies den Anreiz dar, die Leistungen auszuweiten – über das medizinisch Notwendige hinaus. Und genau das hat die Mehrheit der ÄrztInnen auch getan. Um dies einzudämmen, wurden in den 1990er Jahren Budgets und Pauschalen eingeführt.

Allein die GKV gab im Jahr 2011 33,1 Milliarden Euro für KassenärztInnen aus. Das bedeutet für die ÄrztInnen laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung durchschnittlich 280.000 Euro Umsatz; zieht man davon die Betriebsausgaben ab, bleibt durchschnittlich ein Überschuss aus vertrags- und privatärztlicher Tätigkeit von knapp 140.000 Euro, die sich allerdings sehr unterschiedlich auf die verschiedenen Facharzttrichtungen verteilen. Dazu kommen schätzungsweise 1,5 Milliarden Euro pro Jahr für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) und gegebenenfalls noch Gelder für Anwendungsbeobachtungen (z. B. von der Pharmaindustrie). Das Jammern der ÄrztInnen über geringe Einkünfte bewegt sich also – gemessen am Durchschnittsverdienst der gesetzlich Versicherten – auf hohem Niveau.

21

Die Förderung des ökonomischen und kommerziellen Denkens in den Praxen in Zeiten neoliberaler Dominanz ist seitens der herrschenden Politik gewünscht. Geld wird immer mehr zu einem zentralen Bestandteil der Arzt-Patient-Beziehung – sei es durch kommerzielle Vermarktung «ärztlicher» Leistungen (wie IGeL oder durch den Verkauf von Diätetika etc.) oder durch die staatlicherseits den Niedergelassenen aufgezwungene, inzwischen wieder abgeschaffte Praxisgebühr. In mancher Hinsicht erfolgt eine Umkehrung der Arzt-Patient-Beziehung. Das Anliegen der PatientInnen als das zentrale Element dieses Verhältnisses wird dabei durch das ökonomische Eigeninteresse der ÄrztInnen überlagert. Dies hat unmittelbaren Einfluss auf die Behandlung; sei es, dass sich der oder die PatientIn unnötigen Untersuchungen unterziehen muss; oder sei es die Bevorzugung von PrivatpatientInnen bei der Terminvergabe, was eine Abkehr vom Primat der medizinischen Bedürftigkeit darstellt.

TEURE KRANKENHÄUSER

Diagnose:

Krankenhäuser als Teile der öffentlichen Daseinsvorsorge sind wenig effizient und werden immer teurer.

Therapie: Krankenhäuser werden durch die Ökonomisierung der Abläufe und Privatisierungen zu Fabriken umgebaut.

Hintergrund und Faktenlage:

Die rund 2.000 Krankenhäuser in Deutschland befinden sich in privater, öffentlicher oder frei-gemeinnütziger Trägerschaft. In den letzten 20 Jahren gab es in Deutschland eine große Privatisierungswelle, sodass inzwischen mehr als 30 Prozent der Krankenhäuser Privateigentum sind. Anders sieht es bei der Bettenanzahl aus: Von den etwa 500.000 Betten stehen immer noch fast die Hälfte in öffentlichen Krankenhäusern, weil diese oft größer als Kliniken in privater Trägerschaft sind. Anders als bei den Krankenhäusern sind bei den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen private Träger mit zwei Dritteln aller Betten schon jetzt die größten Anbieter.

Krankenhäuser stehen heutzutage in Deutschland in Konkurrenz zueinander. Durchgesetzt wird diese Konkurrenz über die Form der Finanzierung von Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen beziehungsweise Diagnosis Related Groups (DRG) für abgeschlossene Patientenbehandlungen. Das bedeutet: Der jeweilige Behandlungsfall wird auf Basis einer detaillierten Dokumentation medizinischer Maßnahmen und Diagnosen anhand seines finanziellen Behandlungsaufwands einer bestimmten DRG zugeordnet, der eine bestimmte Fallpauschale in Euro entspricht.

Zu jeder DRG gehört eine bestimmte Liegedauer im Krankenhaus: Bleiben die PatientInnen kürzer, lohnt sich der Aufenthalt für das Krankenhaus. Bleibt er oder sie länger, legt es finanziell drauf. Also bemühen sich die Krankenhäuser, die Liegedauer zu verkürzen. Dies ist gelungen: Die durchschnittliche Liegedauer betrug Anfang der 1990er Jahre noch 14 Tage, heute sind es schon weniger als sieben Tage. Der durchschnittliche finanzielle Aufwand für die einzelnen medizinischen Prozeduren

und Diagnosen wird kontinuierlich erfasst und berechnet. Auf Rationalisierungsmaßnahmen und Kostensenkungen folgen stets Kürzungen der einzelnen DRGs, sodass die Krankenhäuser für diese Fälle entsprechend weniger Geld bekommen. So sollen die Kosten dauerhaft immer weiter nach unten gedrückt werden.

Die finanzielle Entwicklung des stationären Bereichs wurde bewusst nicht an die Entwicklung des medizinischen Versorgungsbedarfs geknüpft. Dieser Versorgungsbedarf verändert sich durch einen Wandel der Erkrankungen, die Altersentwicklung und neue Therapien. Stattdessen wurde die Finanzausstattung der Krankenhäuser an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt. Diese allerdings bleibt seit Jahren hinter dem realen Ausgabenanstieg der Krankenhäuser zurück. Die Kliniken konzentrieren sich – betriebswirtschaftlich folgerichtig – auf Kostensenkungen, insbesondere durch Personalkürzungen in Pflege und Service und auf Fallzahlsteigerungen, denn mit jedem Fall bekommen sie mehr Geld. Ob aber im Konkurrenzkampf ausgerechnet jene Krankenhäuser, die betriebswirtschaftlich erfolgreich sind, den PatientInnen auch die beste Qualität bieten, ist bislang nicht belegt und muss angesichts der bereits gesammelten Erfahrungen eher angezweifelt werden.

23

Hinzu kommt, dass sich seit Anfang der 1990er Jahre die Bundesländer Schritt für Schritt ihrer Verpflichtung entziehen, im Rahmen der sogenannten dualen Finanzierung für die Krankenhausinvestitionen aufzukommen – wegen des vermeintlichen Sachzwangs der «leeren öffentlichen Kassen». Der Investitionsstau ist inzwischen insgesamt auf mehr als 50 Milliarden Euro angewachsen. Daher mussten die Krankenhäuser Gelder, die ihnen von den Krankenkassen eigentlich zur Finanzierung ihrer Betriebskosten, vor allem Personalkosten, überwiesen wurden, für Baumaßnahmen und Investitionen verwenden. Dieses Geld fehlt für die bessere Bezahlung beziehungsweise die Anstellung von Pflegekräften! 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 Ge-

winne abführen zu können. So hat zum Beispiel die Rhönklinikum AG im Jahr 2012 Gewinne von immerhin 92 Millionen Euro und im Jahr 2011 von 156 Millionen Euro erwirtschaftet.

Nach der DRG-Einführung 2004 waren die Rationalisierungspotenziale bei marktwirtschaftlich erfolgreichen Kliniken innerhalb weniger Jahre nahezu ausgeschöpft. Angesichts dessen sorgten die Kliniken dann – «marktkonform» – dafür, dass die Fallzahlen so stiegen, dass diese sich nicht mehr mit medizinischer Notwendigkeit erklären lassen. Das ist inzwischen auch in der öffentlichen Debatte in Zeitungen und Rundfunk angekommen. Auffällig ist, dass sich die Mengenausweitungen weitgehend auf Operationen an Gelenken, Wirbelsäule und Gallenblase sowie kardiologische Interventionen beschränken: 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: PatientInnen 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.

Gleichzeitig herrscht Unterversorgung: Da der Pflegeaufwand in der DRG-Systematik nicht adäquat abgebildet wird, ist die Behandlung stark pflegebedürftiger, chronisch und komplex erkrankter PatientInnen oftmals für das Krankenhaus defizitär, sofern keine erlösträchtigen invasiven Prozeduren durchgeführt werden. Solche «unproduktiven», verlustbringenden PatientInnen sind im Krankenhaus nicht willkommen. Sie werden mit möglichst geringem Aufwand abgefertigt.

Insgesamt ist natürlich die geringe Zahl an Pflegekräften (von 1996 bis 2008 wurden insgesamt rund 50.000 Vollzeitstellen in der Krankenhauspflge abgebaut), die bisweilen an Fahrlässigkeit grenzt, auch als Unterversorgung zu begreifen. Für die Beschäftigten im Krankenhaus ist offensichtlich: Die Frage, wie «lukrativ» ein Fall ist, entscheidet immer stärker darüber, ob PatientInnen gerade mit dem Nötigsten abgespeist werden, angemessen und qualitativ gut versorgt oder gar, wie viele PrivatpatientInnen, medizinischen Maßnahmen zugeführt werden, die den Erlös steigern, aber für die PatientInnen einen zweifelhaf-

ten Nutzen haben. Diese betriebswirtschaftliche Haltung gegenüber PatientInnen bestimmt immer stärker die Prozesse im Krankenhaus. Eine steigende Bewertung von «Prozeduren» im Abrechnungssystem der DRG sowie Bonussysteme für Chefarztgehälter, die die «Leistungen steigern», verstärken die Tendenz zu einer kurz entschlossenen, invasiven, teuren Medizin. Diese Praxis lässt mögliche Alternativen häufig außer Acht, ist für PatientInnen zunehmend riskant, ist – volkswirtschaftlich betrachtet – nicht nur teuer, sondern oft auch unsinnig und macht den GesundheitsarbeiterInnen die sinnvolle medizinische Arbeit immer schwerer.

11

SELBSTBEDIENUNGSLADEN PHARMAINDUSTRIE

Diagnose:

Die Pharmaindustrie verdient gut am deutschen Gesundheitswesen. Es handelt sich hier zum Teil um große Konzerne mit großer Macht – entsprechend groß sind ihre Profite. Dennoch klagt die Branche über schlechte Gewinnaussichten und den Standort Deutschland.

Therapie: Bisher hat keine «Reform» des Gesundheitswesens die Macht der Pharmaindustrie auch nur angetastet – so erfolgreich ist offenbar ihre Lobbyarbeit in den Reihen der PolitikerInnen, egal welcher Parteien. Im Gegenteil: Um immer neue und immer mehr Gewinne machen zu können, umgeht die Pharmaindustrie den Patentschutz mit Me-too-Präparaten oder «erfindet» gleich neue Krankheiten.

Hintergrund und Faktenlage:

In industrialisierten kapitalistischen Gesellschaften wird Krankheit zunehmend mit Medikamenten behandelt. Entsprechend haben die Ausgaben für Medikamente in den letzten Jahrzehnten rasant zugenommen. Im Jahr 2010 durchbrachen die Ausgaben der GKV für Arzneimittel im ambulanten Sektor erstmals die 30-Milliarden-Euro-Marke. Das macht 18,2 Prozent aller Leistungsausgaben aus und liegt noch vor den Ausgaben

25

für die niedergelassenen ÄrztInnen. Die gesamten Arzneimittelausgaben unter Einbeziehung des Bedarfs der Krankenhäuser und der PrivatpatientInnen sowie des Verbrauchs rezeptfreier Medikamente betragen 2011 39,34 Milliarden Euro. Das Volumen des Weltpharmamarktes wird für das Jahr 2012 auf 750 Milliarden Euro geschätzt. Im Moment sind in Deutschland rund 59.000 Arzneimittel auf dem Markt; Länder mit einer sogenannten Positivliste wie beispielsweise Österreich, kommen mit rund 10.000 Medikamenten aus.

Man unterscheidet patentgeschützte Originalpräparate von Generika. Der Patentschutz auf neu zugelassene Medikamente 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, meist kostengünstiger, produziert werden (Generika). Oft wird der Patentschutz verlängert, indem ein Medikament geringfügig weiterentwickelt wird – ohne relevanten Zusatznutzen für die PatientInnen (sog. Me-too-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 GesundheitsökonomInnen kommen allerdings auf viel geringere Kosten und verweisen darauf, dass die Werbeausgaben der Pharmakonzerne fast das Doppelte der Forschungskosten betragen.⁸

Welche Arzneimittel produziert oder vermarktet werden, orientiert sich gerade nicht am Bedarf der Bevölkerung, sondern daran, welche Medikamente (den höchsten) Gewinn versprechen. Die Blockbuster-Konzepte werden zunehmend ersetzt beziehungsweise ergänzt durch die Produktion von Biologika (Medikamente, die von lebenden Organismen, z. B. Bakterien, Zelllinien von Menschen oder Mäusen, oder aus deren Produkten

hergestellt werden) zur Behandlung von bösartigen oder chronischen Erkrankungen. Damit lassen sich aktuell extrem hohe Gewinne realisieren.

Wegen des systemimmanenten Zwangs zum Wachstum weiten Pharmakonzerne gezielt Krankheitsdefinitionen aus oder erfinden gleich neue Krankheiten («Disease mongering»): Gesundheitsrisiken wie erhöhter Blutdruck oder Blutfette werden als Krankheiten angesehen, physiologische Zustände, wie beispielsweise das Altern, werden als Krankheit umdefiniert, Schüchternheit mutiert zur sozialen Phobie, die Glatze zu einem Hormonmangel und so weiter. Ziel ist es, die Zahl der zahlungskräftigen Behandlungsbedürftigen und den Arzneimittelmarkt auszuweiten beziehungsweise neu zu kreieren – mithilfe der Industrie, der Wissenschaft, von ÄrztInnen, Patientengruppen 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.

4 Mittwoch

15

Donn

8.00 Uhr

Vorsorge-
untersuchung

75,- Euro

AUSWEITUNG DER SOLIDARITÄT - BÜRGERVERSICHERUNG

Anstatt das Solidarprinzip der GKV auszuhöhlen – durch pauschale Zusatzbeiträge oder gar die völlige Umstellung der Finanzierung auf eine Kopfpauschale oder auf Kapitaldeckung –, könnte die Ausweitung der Solidarität in Form einer Bürgerversicherung die Lösung zumindest der finanziellen Probleme des Gesundheitswesens sein. Es gilt aber, genau hinzuschauen, was damit gemeint ist.

Eine solidarische Bürgerversicherung funktioniert nur dann, wenn jeder Mensch im Land Mitglied wird; die private Krankenversicherung als Vollversicherung müsste abgeschafft und höchstens auf Zusatzversicherungen beschränkt werden. Das in Europa einzigartige Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung hätte damit endlich ein Ende. Alle Einkommensarten müssten miteinbezogen 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 Parität müsste wieder hergestellt werden: Die Unternehmen tragen die Hälfte der Beiträge ihrer Beschäftigten auf Löhne und Gehälter. Zuzahlungen, Zusatz- und Sonderbeiträge könnten abgeschafft werden.

Auch für die Pflegeversicherung ist das Prinzip der Bürgerversicherung geeignet, das System in Zukunft stabil zu finanzieren. So könnte der Beitragssatz der GKV von derzeit 15,5 Prozent auf 10,5 Prozent des Einkommens sinken. Auf Löhne und Gehälter sowie Renten müssten die Versicherten also nur noch einen Anteil von 5,25 Prozent statt derzeit 8,2 Prozent zahlen. In der Pflegeversicherung könnte der Beitragssatz sogar trotz

Leistungsverbesserungen dauerhaft unter zwei Prozent gehalten werden.⁹

Übrigens: Auch wenn die FDP und viele CDU/CSU-PolitikerInnen das schon fast für Sozialismus halten – 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.

13

NICHT-KOMMERZIELLE, SOZIALMEDIZINISCHE ZENTREN STATT EINZELPRAXEN

30 Statt die ambulante Versorgung KleinunternehmerInnen in Einzelpraxen zu überlassen, könnte sie auch von angestellten Gesundheitsprofessionellen (ÄrztInnen wie TherapeutInnen, KrankenpflegerInnen etc.) in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Polikliniken übernommen werden. Diese MVZ und Polikliniken könnten auch an – nicht-kommerziell arbeitende – Krankenhäuser angeschlossen sein oder mit diesen eng zusammenarbeiten. Eine besondere Rolle spielen dabei hochqualifizierte und gut ausgebildete, psychosozial geschulte PrimärärztInnen mit Kenntnissen einer auf wissenschaftlichen Studien beruhenden («evidenzbasierten») Medizin, deren Aufgabe es wäre, koordinierend, kontinuierlich und qualitativ hochwertig den gesamten Menschen in seinem sozialen Umfeld sowie in seiner natürlichen Umwelt in den Mittelpunkt der Überlegungen zu stellen. Der Besuch von PharmareferentInnen in Praxen und Krankenhäusern müsste verboten werden und durch unabhängige Institutionen, die über neue Arzneimittel informieren und Fort- und Weiterbildung anbieten, ersetzt werden.

Diese sozialmedizinischen Zentren sollten sich auch präventiv engagieren und eng mit kommunalen Strukturen zusammenarbeiten, um so Krankheiten bereits im Vorfeld zu verhindern. Über Kooperationen einzubinden sind auch Pflegeberufe und

⁹ Alle Zahlen zur Bürgerversicherung basieren auf einer Studie, die DIE LINKE 2011 in Auftrag gegeben hat. Die GRÜNEN und die SPD Hessen kommen auf ähnliche Ergebnisse. Siehe: Gesundheit und Pflege gerecht finanzieren. Studie zur solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung der Fraktion DIE LINKE im Bundestag, 26.8.2011.

andere Leistungsanbieter sowie Sozialberufe und (ehrenamtliche) Mitglieder von Selbsthilfegruppen. Anzustreben sind Netzwerke unterschiedlicher Berufsgruppen, die in der Prävention, Patientenversorgung und Rehabilitation aktiv sind.

Bislang scheiterten solche Ansätze am Konservativismus der großen Mehrheit der Ärzteschaft. Aber heute wollen viele junge MedizinerInnen gar nicht mehr UnternehmerIn in einer Einzelpraxis sein und ziehen eine Anstellung – außerhalb von Krankenhäusern – vor.

14

BEDARFSPLANUNG

Die Definition von Gesundheitszielen und der Aufbau von nach ihnen ausgerichteten Versorgungsstrukturen müssen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe werden, die eine politische Diskussion und demokratische Kontrolle erfordert. An diesem Prozess müssen insbesondere die Betroffenen (Versicherte, PatientInnen, nichtärztliche und ärztliche Leistungserbringer, Krankenkassen, staatliche Institutionen) beteiligt werden. Grundvoraussetzung für eine demokratische Gesundheitsplanung ist eine von wirtschaftlichen Interessen unabhängige Versorgungsforschung. Diese gilt es auszubauen.

Die Planung darf nicht den ökonomischen Interessen einzelner Gruppen überlassen werden und schon gar nicht der unsichtbaren Hand eines wie auch immer gearteten Marktes. In die Bedarfsplanung sind insbesondere kommunale Gebietskörperschaften als politisch Verantwortliche verstärkt einzubinden. Anzustreben ist eine kleinräumige regionale Versorgungsplanung, die die bisherigen, starren Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor überwindet. Ein Element der Bedarfsplanung wäre eine wirksame Großgeräteverordnung (die Mitte der 1990er Jahre aufgrund des Drucks der Europäischen Union abgeschafft werden musste). Man müsste also das Rad gar nicht neu erfinden, sondern könnte auf gar nicht so alte Erfahrungen zurückgreifen.

Vorrangig in unterversorgten Gebieten (beispielsweise ländlichen Regionen in Ostdeutschland oder in unterversorgten Stadtteilen) – aber keineswegs nur dort – sind ambulante Ver-

31

sorgungszentren in kommunaler Trägerschaft zu gründen. Diese könnten medizinische Versorgung und psychosoziale Angebote integrieren. Auch muss überlegt werden, welche Anreize oder Verpflichtungen die Leistungsanbieter dazu bringen können, in unterversorgten Gebieten zu arbeiten.

Die Bedarfe für Krankenhäuser und des ambulanten Sektors müssten gemäß der Aufhebung der Trennung der beiden Sektoren zusammen geplant und dann entsprechend regional und kommunal umgesetzt werden.

15

ENTKOMMERZIALISIERUNG/ REKOMMUNALISIERUNG

Die hessische CDU war einst ein Vorreiter bei der Privatisierung von Krankenhäusern. Doch angesichts der Zustände in der an die Rhönklinikum AG verkauften Uniklinik Gießen/Marburg denkt selbst die Hessen-CDU inzwischen über eine Rekommunalisierung der Uniklinik nach.¹⁰ Denn die Profiterwartungen von Rhön sind mit dem Anspruch einer qualitativ hochwertigen Versorgung offenbar nicht kompatibel.

Jeder in einem privatisierten Krankenhaus gemachte Gewinn, der nicht wieder in das Gesundheitswesen zurückfließt (wie z. B. Dividenden, die Aktiengesellschaften wie die Rhön Klinikum AG ihren AktionärInnen auszahlen, aber auch alle anderen, privat angeeigneten Gewinne), entzieht der Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten Gelder. Dies muss langfristig wieder geändert werden. Private Krankenhäuser müssen rekommunalisiert werden, was nicht heißt, dass zu früheren Zuständen an öffentlichen Krankenhäuser zurückgekehrt werden soll: Die dort herrschenden ständischen Hierarchien zugunsten der ÄrztInnen und bestimmte öffentlichen Verwaltungen eigenständige bürokratische Handlungsmuster dienen nicht dem Wohl der PatientInnen und müssen überwunden werden.

Sofort aufgegeben werden müssten die wirtschaftliche Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern und die DRG-Logik, die

32

¹⁰ Stompfe, Philipp: Genossenschaftsrechtliche Organisation des Universitätsklinikums Marburg, Marburg 2012. Philipp Stompfe ist Partei- und Fraktionsvorsitzender der CDU Marburg.

die Krankenhäuser zu immer stärkeren Kostensenkungen und gleichzeitig zu Fallzahlsteigerungen zwingen. Es müsste diskutiert werden, inwiefern das Selbstkostendeckungsprinzip wieder eingeführt werden könnte, ohne die gleichen Verwerfungen (wie z. B. ungewöhnlich lange Liegezeiten) zu produzieren, die man zurecht – vor der Kommerzialisierung dieses Sektors – konstatieren und kritisieren musste.

Zu überlegen wäre, an das Konzept des «klassenlosen Krankenhauses» aus den 1970er Jahren anzuknüpfen, das leider nie umgesetzt worden ist. Zu diesem Konzept gehören die Abschaffung der Chefarzthierarchie, die Abschaffung der Ungleichbehandlung von GKV- und PKV-Versicherten und die Einführung einer demokratischen, mitbestimmten, kollektiven Klinikleitung aus ÄrztInnen, Schwestern oder Pflägern, Verwaltungsangestellten und VertreterInnen des Kreistags sowie Patientenvertretungen. Dabei sollte man auch auf im Ausland gemachte Erfahrungen und Beispiele für eine gute Krankenhausplanung und Versorgung zurückgreifen.

VERHÄLTNISPRÄVENTION

Soziale Ungleichheit fördert Krankheit. Je geringer die sozialen Differenzen innerhalb der Gesellschaft sind, desto besser ist die soziale und gesundheitliche Situation aller. Armut erhöht das Krankheitsrisiko massiv und kann einen großen Teil der gesundheitlichen Ungleichheit in der Bevölkerung erklären. Die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen kann nur zu einem geringen Anteil von der Gesundheitspolitik allein überwunden werden; vielmehr ist sie auf die soziale Ausrichtung gesellschaftspolitischer Handlungsfelder wie der Verteilungspolitik, Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Sozial- und Familienpolitik angewiesen. Deshalb sind eine gleichmäßige Reichumsverteilung, eine ausgleichende Sozialpolitik, gute Arbeits- und Wohnbedingungen und eine gesunde Umwelt die Ziele, an denen sich gesundheitspolitisches Engagement orientieren muss. Wesentlich für die Prävention von Krankheit sind gesunde gesellschaftliche Verhältnisse.

FAZIT

Das deutsche Gesundheitswesen ist zu großen Teilen nicht das Produkt gesellschaftlicher und politischer Planung, sondern das Werk mächtiger Interessengruppen (Anbieterdominanz), die alle ein Stück vom Kuchen abbekommen wollen. Deshalb sind im deutschen Gesundheitswesen Bereiche voneinander abgeschottet – der stationäre und der ambulante Sektor –, die – ginge es um das Wohl der PatientInnen – zusammenarbeiten müssten, deshalb herrscht betriebswirtschaftliche Konkurrenz, und deshalb sind wir mit einer Situation gleichzeitiger Über- und Unterversorgung konfrontiert.

Vieles könnte man anders und dadurch besser machen: Die Finanzierung könnte gleichmäßig auf alle Schultern verteilt und so gerechter werden. Mit einer besseren Bedarfsplanung könnte man Über- und Unterversorgung vermeiden. 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 könnte man das Entstehen von Krankheiten vermeiden oder möglichst eindämmen.

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

ZUM WEITERLESEN

- 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. aktualisierte Aufl., Frankfurt a. M. 2005.
- Hoffmann, Peter: Fabrik Krankenhaus?! Zur Ökonomisierung der Krankenhäuser, in: Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin 3/2012, www.vdaee.de (unter: Rundbriefe).
- Kühn, Hagen: Leere Kassen. Argumente gegen einen vermeintlichen Sachzwang, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 6/2003, 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, www.wzb.eu/sites/default/files/u13/demogrwanandel.pdf
- Pickett, Kate/Wilkinson, Richard: Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind, Berlin 2009.
- Rakowitz, Nadja: Kritik der politischen Ökonomie des Gesundheitswesens, 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.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 2., aktualisierte Aufl., Bern 2006.
- www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/zahlen/aok/zuf_2012_web_final.pdf
- www.aok-bv.de/lexikon/a/index.html
- www.bukopharma.de
- www.igel-monitor.de
- www.pillen-checker.de
- www.unabhaengige-patientenberatung.de/startseite.html
- www.gutepillen-schlechtpillen.de

Impressum

luxemburg argumente Nr. 6

wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung

V. i. S. d. P.: Stefan Thimmel

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

ISSN 2193-5831 · Redaktionsschluss: Juni 2013

Autorin: Dr. Nadja Rakowitz

Redaktion: Dr. Antonella Muzzupappa, Dr. Sabine Nuss

Fotos: Photo-K/Fotolia, Seite 9; Birgit Reitz-Hofmann/Fotolia, Seite 28

Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin

Satz/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

Gedruckt auf Circleoffset Premium White, 100% Recycling

AKTUELLE VERÖFFENTLICHUNGEN



Autorenkollektiv

VON WEGEN CASINO **Populäre Irrtümer über Banken, Börse und Kredit**

Nicht erst seit der Finanzkrise stehen Banken und Finanzmärkte im Fokus – und am Pranger. Was ist dran an den populären Ansichten und Argumenten über den Kredit, Banken und Börsen? Und wo gehen sie einfach an der Realität vorbei?

luxemburg argumente Nr. 5,
März 2013, ISSN 2193-5831

Download unter:

www.rosalux.de/publication/39098



Wolfgang Pomrehn

ARMUTSRISIKO **ENERGIEWENDE?**

Mythen, Lügen, Argumente

Die Energiewende ist beschlossen und wird gleichzeitig von Schwarz-Gelb torpediert. Was ist dran an den vielen Mythen, Lügen und Argumenten, mit denen die Öffentlichkeit aktuell bearbeitet wird?

luxemburg argumente Nr. 4,
März 2013, ISSN 2193-5831

Download unter:

www.rosalux.de/publication/39097

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

