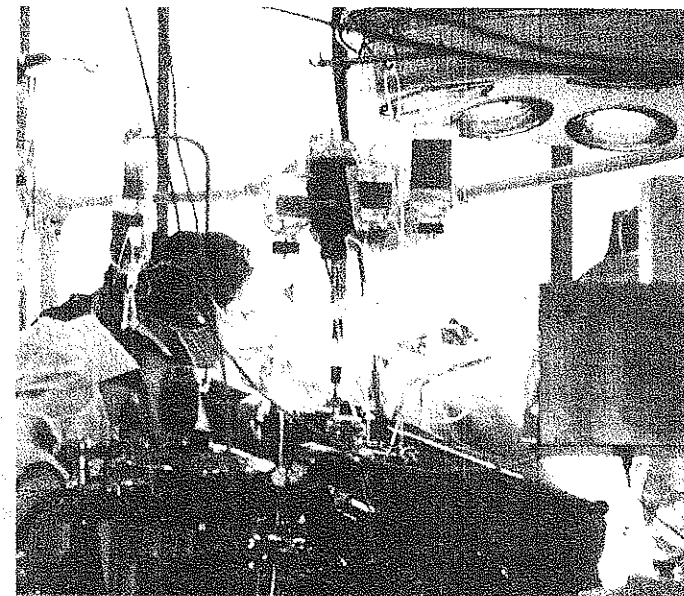


AKUT

Gesundheitswesen am Tropf



Berliner Kliniken zum Sterben verurteilt?

Die Dritte Stufe der Gesundheitsreform

**Die Pflegeversicherung:
Vom Pflegenotstand zum Pflegekollaps**

Sparen auf Kosten unserer Gesundheit

- S. 3 **Berliner Kliniken zum Sterben verurteilt?**
- S. 7 **Die Dritte Stufe der Gesundheitsreform**
Die Kahlschlags- und Kürzungspolitik wird
1997/1998 vorangetrieben
- S. 11 **Die Pflegeversicherung**
Vom Pflegenotstand zum Pflegekollaps
- S. 18 **Sparen auf Kosten unserer Gesundheit**
Gesundheitspolitik in der
Bundesrepublik - Entstehung,
Perspektiven und Programmalternativen -
die aktuellen Kürzungen

Stoppt die Verschlechterungen im Berliner Gesundheitswesen! Berliner Kliniken zum Sterben verurteilt!?

**Die Katastrophe für zahlreiche Krankenhäuser in Berlin:
Die Kündigung ihrer Versorgungsverträge im
Sommer '96 - Sonja Engelhardt, Berlin**

Im Zuge des radikalen Kahlschlags im Gesundheitswesen wurden im Sommer 1996 folgenden Krankenhäusern in Berlin die Versorgungsaufträge gekündigt:

Dem „Theodor-Wenzel-Werk“ (187 Betten, 200 Angestellte), dem „Auguste-Viktoria“ Spandau (120 Betten, 130 Angestellte), dem „Hubertus“ (307 Betten, 360 Angestellte), dem DRK Drontheimer Straße (260 Betten, 490 Mitarbeiter) dem DRK Britzer Straße (99 Betten, 210 Angestellte), dem „Malteser“ (140 Betten, 200 Angestellte), dem ST.Hildegard“ (99 Betten, 160 Angestellte).

Im Dezember 96 wurden weitere Sparpläne bekannt: Ein „Sanierungskonzept“ der AOK Berlin und der Senatsgesundheitsverwaltung sieht vor, daß innerhalb der nächsten drei Jahre 2500 Klinikbetten in Berlin abgebaut werden sollen. Insgesamt wird das Klinikbudget um über 400 Mio DM gekürzt.

Die Folge: ganze Krankenhäuser werden geschlossen, das Krankenhaus Friedrichshain verliert sein Nierentransplantationszentrum, in Buch sollen vier Standorte des Klinikums dicht gemacht werden, in Neukölln soll der Standort Mariendorfer Weg aufgegeben werden, das Krankenhaus Kaulsdorf verliert seine Hals-Nasen-Ohren-Abteilung, das Steglitzer Krankenhaus seine psychiatrischen Betten und das Krankenhaus Schönow steht ganz vor dem Aus. Im Uniklinikbereich sollen (weitere) 150 Mio eingespart werden.

Weitere Sparmaßnahmen des Berliner Senats:

Darüberhinaus sollen durch weiteren Stellen- und Bettenabbau 250 Mio DM eingespart werden. Insgesamt sollen in Berlin bis Ende 1999 20.000 Arbeitsplätze im Öffentlichen Dienst eingespart werden!

Privatisierung

Was dann noch an Krankenhäusern übrig bleibt, soll den Senatsplänen zufolge auch noch privatisiert werden. Die Umwandlung sämtlicher Krankenhäuser in GmbHs bis Ende 96 ist in Berlin beschlossene Sache. Dies ist ein weiterer Schritt in Richtung völliger Privatisierung im Gesundheitswesen.

Was bedeutet Privatisierung?

Die Privatisierungsmaßnahmen werden zu einer weiteren Verschlechterung im Gesundheitsbereich führen. Die jetzt schon durchgeführten Teilprivatisierungen brachten erhöhten Arbeitsdruck für die Beschäftigten, weniger Zeit für Pflege-, Versorgungs- und Reinigungsmaßnahmen,



**Sanierungskonzept von AOK und Senatsgesundheitsverwaltung von 1997 - 1999:
Abbau von 2500 Klinikbetten, Kürzung des Gesundheitsbudgets um 44 Mio. DM**

schlechtere Krankenhausausrüstung und dadurch eine mangelhafte Versorgung der Patienten. Private Arbeitgeber bezahlen „ihre“ Beschäftigten i.d.R. schlechter als öffentliche Arbeitgeber (um mehr privaten Profit zu erwirtschaften) und erhöhen die Arbeitshetze. Private Reinigungskräfte müssen beispielsweise in derselben Zeit das Doppelte bis Dreifache an Arbeit leisten; was in dieser Zeit nicht zu schaffen ist, bleibt dann eben liegen bzw. führt zu mangelnder Hygiene oder fordert von anderen Beschäftigten -z.B. KrankenschwesternInnen- ein „Nachwischen“, was eigentlich nicht in ihren Tätigkeitsbereich fällt!

Private Anbieter machen dabei oftmals vor der Privatisierung billige Angebote, so daß die öffentliche Hand mit Einsparungsmöglichkeiten rechnet. Haben sie jedoch erst einmal die Kontrolle über bestimmte Bereiche, so können sie die Kosten erhöhen. Ende 1992 wurde beispielsweise die Wasserversorgung in Rostock privatisiert. Nach knapp einem Jahr wurden die Preise um 24-30% angehoben. Die Kommune ist jetzt machtlos, da ihr die Wasserwerke nicht mehr gehören. Einen Rückkauf können sich die bankrotten Kommunen nicht leisten. Die Leidtragenden sind die Nutzer, die die erhöhten Gebühren zahlen müssen...

Für den Staat bzw. die steuernzahlende Bevölkerung bedeutet Privatisierung keineswegs Einsparungen. Öffentliche Einrichtungen, die über die Steuern bzw. Gelder der arbeitenden Bevölkerung bezahlt wurden, werden an private Unternehmer verschertelt, die anschließend mit unseren Einrichtungen machen können, was sie wollen. Wenn dann ein privates Wasserversorgungsunternehmen oder ein privater Müllabfuhrbetrieb pleite geht, müssen im Endeffekt doch wieder die Kommunen Ersatz organisieren bzw. die Zeche für private Mißwirtschaft zahlen. Bei „erfolgreichen“ -also profitbringenden- Privatunternehmen bleibt der Profit dabei in privaten Händen. Privatisierung der Gewinne und Sozialisierung der Verluste ist ein Grundprinzip privat-kapitalistischer Wirtschaftsweise. Die einzige Möglichkeit dem entgegenzuwirken, ist der konsequente Kampf gegen jegliche Privatisierung und für die Vergesellschaftung und Überführung aller Einrichtungen und Betriebe unter die demokratische Kontrolle der Beschäftigten und Gewerkschaften.

Kein Geld für den Gesundheitsbereich vorhanden? Die Pharmaindustrie sahnt ab!

In Berlin wie bundesweit werden diese ganzen Sparschweineereien und Privatisierungen mit den angeblich „horrenden“ Kosten im Gesundheitsbereich begründet und damit, daß die Kassen leer seien. Doch nicht alle Kassen sind leer! Den leeren öffentlichen „Gesundheitskassen“ stehen die prall gefüllten Bankkonten der Pharmakonzerne gegenüber, die ihre Gewinne auf unsere Kosten machen: „Die Pharmaindustrie verzeichnet explodierende Gewinne: Allein im Arzneisektor erzielt Höchst 1,5 Mrd. Gewinn und kauft noch locker eine Firma für 10 Mrd. BASF kauft aus liquiden Mitteln für 2,1 Mrd. eine Firma, und die Gewinne liegen über 100% über dem Vorjahr. Auch Schering erhöht die Dividende und strebt eine Netto-Umsatz-Rendi-

Nein zu Privatisierungen!

Öffentliche Kassen leer - Pharmariesen sahnen ab

te über 10% an. Sandoz, Ciba-Geigy und Roche Ingelheim verdreifacht seinen Überschuß, Fresenius, Zeneca, Schwarz-Pharma steigern ihre Ergebnisse und Merck erreicht den höchsten Gewinn der Firmengeschichte.“(Arzneimittelbrief, Feb. 1996).

Gegenwehr jetzt!

Geld ist also genug da. Deshalb dürfen wir es nicht zulassen, daß auf Kosten unserer Gesundheit gespart wird. In den Sommerwochen 1996 wurden bereits mehrere Protestaktionen von verschiedenen Berliner Krankenhäusern durchgeführt. Die ÖTV-Vertrauensleutekonferenz Abteilung Krankenhäuser hatte eine Aktionswoche und einen gemeinsamen Protesttag aller Krankenhäuser beschlossen. Doch die Umsetzung dieses Beschlusses wurde von Gewerkschaftsseite nur halbherzig durchgeführt. Die Aktionswoche bestand lediglich aus vereinzelten Info-Tischen und für den berlinweiten Protesttag wurde nur unzureichend und zu spät mobilisiert. Viele Beschäftigte waren bis zuletzt nicht über die Protestdemonstration informiert worden.



Für eine demokratische und kämpferische ÖTV!

Viele Beschäftigte haben in den letzten Jahren schlechte Erfahrungen mit der Politik der ÖTV gemacht. 1992 wurde eine große und erfolgversprechende Streikbewegung von der Gewerkschaftsführung abgebrochen. Doch Murren allein oder gar Gewerkschaftsaustritte verbessern die derzeitige ÖTV-Politik nicht. Dabei ist es heute wichtiger als je zuvor, sich für eine demokratische und kämpferische Interessensvertretung der abhängig Beschäftigten einzusetzen. Da wir im Moment auf parteipolitischer Ebene keine Interessensvertretung mehr haben (Die SPD ist kaum noch von der CDU zu unterscheiden, die PDS ist nicht viel mehr als eine klassenspezifische Ost-Regionalpartei), ist es notwendiger als je zuvor, die Gewerkschaften als Kampforganisationen und -Instrumente der Arbeiterklasse bzw. der abhängig Beschäftigten zurückzuerobern.

Wie erobern wir uns unsere Gewerkschaften zurück?

An der Spitze der Gewerkschaften stehen heutzutage überbezahlte Gewerkschaftsbürokraten, die aufgrund ihres sehr guten Auskommens kaum noch die Interessen und Bedürfnisse der Basismitglieder nachvollziehen können. Sie haben oft mehr mit den Unternehmern, mit denen sie an denselben Verhandlungstischen sitzen, gemeinsam als mit ihren Gewerkschaftskollegen an der Basis. Die Folge: Sie sind von vornherein kompromißbereit, können die Kampfbereitschaft der Basis nicht einschätzen und haben auch kein Interesse daran, diese einzusetzen.

Mercedes-Werker im schwäbischen Mettingen: Die Arbeiterklasse will sich nicht mehr alles gefallen lassen.

Um die Anbindung der Führung an die Basis zu erreichen ist eine strenge demokratische Kontrolle der Führung durch die Basis nötig und eine Beendigung ihrer finanziellen Privilegien, die die Führung zu einer von der Gewerkschaftsbasis abgehobenen Clique verkommen läßt.

Wir fordern daher:

- jederzeitige Wahl- und Abwählbarkeit sämtlicher Gewerkschaftsfunktionäre
- Kein Gewerkschaftsfunktionär darf mehr verdienen als einen durchschnittlichen Facharbeiterlohn.
- Schluß mit der Zusammenarbeit von Gewerkschaften und Personalräten mit Arbeitgebern und Unternehmern; kein sogenanntes Co-Mangement, keine Klassenkollaboration zulasten der Beschäftigten, sondern konsequente Interessensvertretung der abhängig Beschäftigten!

Widerstand lohnt sich!

Das DRK-Krankenhaus in der Drontheimer Straße hat durch eine Unterschriftensammlung, die 25.000 Unterschriften zusammengebracht hat, seine Schließung verhindert. Auch andere Krankenhäuser in Berlin haben eigene Aktionen und Maßnahmen ergriffen, um die drohenden Schließungen zu verhindern. Die Protestaktionen werden weitergehen. Zum Teil haben sich bereits Aktionsräte und Netzwerke kämpferischer Beschäftigter gebildet, die die Organisierung der Aktionen - unabhängig von den Personalräten, die oftmals die Kürzungen mittragen - in die Hand nehmen.

Kämpfen wir gemeinsam

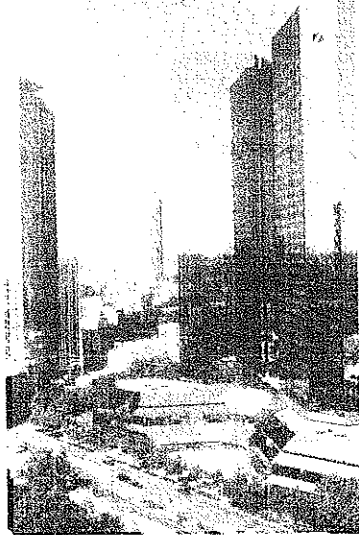
- für die Rücknahme aller beschlossenen Kürzungsmaßnahmen
- gegen die Schließung von Krankenhäusern

- gegen Stellen- und Bettenabbau
- gegen jegliche Privatisierung
- Für die Offenlegung aller Sparpläne und „Sanierkonzepte“
- Für die sofortige Einführung der 30-h-Woche bei vollem Lohn- und Personalausgleich
- Für den Erhalt aller Stellen im Öffentlichen Dienst
- Für eine Demokratisierung des Öffentlichen Dienstes, für den Abbau von Bürokratie, d.h. für eine Überführung des Öffentlichen Dienstes unter die demokratische Kontrolle der Beschäftigten bzw. deren jederzeitig wähl- und abwählbaren Vertreter

Geld ist genug da, nur in den falschen Händen! Daher:

- Offenlegung aller Geschäftsbücher der Pharmakonzerne
- Enteignung und Überführung der Pharmakonzerne und Banken in Gemeineigentum unter demokratischer Kontrolle der Beschäftigten und Gewerkschaften durch jederzeitig wähl- und abwählbare Vertreter.

Deutsche Bank, die Macht am Main - Geld ist genug da, es ist nur in den falschen Händen.



Die Dritte Stufe der Gesundheitsreform - Nach Gesundheitsreformgesetz (1988/89) und Gesundheitsstrukturgesetz (1992/93)

Die Kahlschlags- und Kürzungspolitik im Gesundheitsbereich wird 1996/97 weiter vorangetrieben

Weitestgehendste Kürzungen in der Geschichte der bundesdeutschen Gesundheitspolitik: Das „Beitragsentlastungsgesetz“

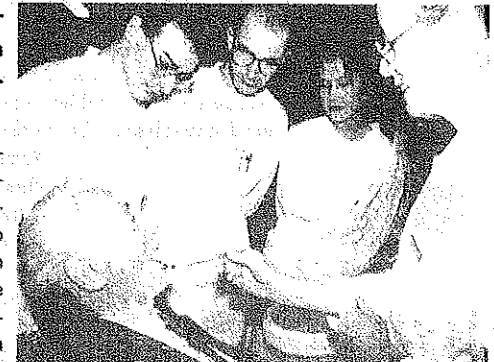
Bereits im Juni 96 hatte die Bundestagsmehrheit die bislang von den Krankenkassen gewährten Zuschüsse zu Brillengestellen in Höhe von 20 DM gestrichen. Ebenso wurde beschlossen, daß der Zuschuß zum Zahnersatz für Geburtsjahrgänge der Jahre 79 und jünger wegfällt, und daß höhere Zahlungen bei Kuren (von 12 auf 25 DM in den alten Bundesländern bzw. von 9 auf 20 DM in den neuen Bundesländern) von den Versicherten geleistet werden müssen. Darüberhinaus wird die Regelkurdauer von vier auf drei Wochen verkürzt, das Krankengeld von 80 auf 70 Prozent gekürzt, die Krankenhausbudgets jährlich um 1 Prozent gesenkt und die Selbstbeteiligung der Patienten bei Medikamenten um eine weitere DM steigen.

Dieser „gesundheitspolitische“ Teil des Bonner Sparpaketes wird nun zum 1. Januar 1997 in Kraft treten, nachdem die Einsprüche des Bundesrates zu den Gesetzentwürfen aus dem sogenannten „Programm für mehr Wachstum und Beschäftigung“ im September im Parlament abgelehnt wurden.

Der den Gesundheitsbereich betreffende Gesetzentwurf mit dem netten Titel „Beitragsentlastungsgesetz“ ist genauso fadenscheinig und verlogen wie das Sparpaket insgesamt, das in Wirklichkeit ein Programm der Stagnation und der Arbeitslosigkeit ist.

Im Gesundheitsbereich wird dies besonders deutlich: Allein im Rehabilitationsbereich sind 170 Kurkliniken infolge des Bonner Sparpaketes gefährdet. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) hat bereits 9000 Reha-Betten gekündigt. Weitere 3000 sollen folgen. Damit werden insgesamt 20.000 bis 25.000 Arbeitsplätze allein in den Rehabilitationskliniken vernichtet.

Zwar wird mit dem „Beitragsentlastungs“ Gesetz tatsächlich auch eine Senkung der Krankenkassenbeiträge um 0,4 Prozent zum 1. Januar 1997 vorgeschrieben, doch haben zahlreiche Kassen noch schnell das Jahr 1996 dazu genutzt, um ihre Beiträge weiter zu erhöhen, so daß es auch 1997



Seehofer: Nicht Krankheit oder Befindlichkeitsstörungen, sondern hemmungsloser Mißbrauch aus purem Egoismus durch die Versicherten sorgen für immer höhere Ausgaben.

keine wirklichen Entlastungen für die versicherten Arbeitnehmer geben wird. Im Gegenteil werden die Kassen auch weiterhin ihr z.Zt. auf 14 Mrd. DM geschätztes Defizit durch weitere Beitragserhöhungen auszugleichen versuchen. Um die Kassen davon abzuhalten (denn derlei Erhöhungen gingen auch zulasten der Arbeitgeber), hat die Regierungsmehrheit ein weiteres nettes Gesetz zulasten der Kranken beschlossen:

Weiter verabschiedet: Das erste Neuordnungsgesetz zur Gesetzlichen Krankenversicherung

Mitte November beschloß die Bundestagsmehrheit, daß Patienten bei Beitragserhöhungen der Krankenkassen um je 0,1 Prozent höhere Zuzahlungen um je 1 DM bei Arzneien und um je 10 Prozent bei Heilmitteln zu leisten haben. Dieses erste Neuordnungsgesetz zur Gesetzlichen

Krankenversicherung bedeutet für die Versicherten, daß bei einem - durchaus realistischen - Beitragsanstieg um 1 Prozent die Zuzahlung pro Medikament um 10 DM auf dann 14, 16 oder 18 DM ansteigen würde. Die versicherten Arbeitnehmer haben damit nicht nur enorme monatliche Kassenbeiträge zu leisten (Und der Arbeitgeberanteil wird von den Unternehmern ebenfalls wie immer auf die Beschäftigten abgewälzt werden - entweder durch sinkende Löhne oder durch steigende Preise), sondern sie können ihre Medikamente quasi auch noch selbst zahlen. Die Versicherten werden wieder doppelt und dreifach

belastet, während die Pharmaindustrie sich die Hände reiben kann: Das Arzneimittelbudget stellt 1997 keine Gefahr für ihre Profite dar, denn wenn die Zuzahlungen der Patienten zu Medikamenten steigen, können die Ärzte auch bei gleichbleibendem Budget mehr Medikamente verschreiben. Dies geht dann weder zulasten der Ärzte, -die Ende 96 noch Regreßforderungen fürchteten-, noch zulasten der Pharmaindustrie, die -falls Ärzte aus Angst vor Regreßforderungen tatsächlich weniger Medikamente verschreiben- Profiteinbußen fürchteten (Eine offensichtlich völlig überflüssige Befürchtung: Die Bundesregierung hat stets die Interessen der deutschen Pharmaindustrie vertreten und diese niemals -ganz im Gegensatz zu den Patienten und Beschäftigten- zur Kasse gebeten. Und die Pharmaindustrie konnte dementsprechend auch 1996 wieder -trotz Arzneimittelbudget- Rekordgewinne verzeichnen. Allein der Umsatz des Pharmakonzerns Merck kletterte von Januar bis September 96 um 9,5 Prozent auf 5,2 Mrd.DM...)

Weiter belastend: Die Regelungen des Gesundheitsstrukturgesetzes peinigten noch immer Patienten und Beschäftigte

Das Arznei- und Heilmittelbudget war im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 von Seehofer eingeführt worden und sieht vor, daß bei einem Überschreiten des vorgeschriebenen Budgets die Ärzte einer Re-



1996 - Rekordgewinne bei den Pharma-Konzernen, trotz Arzneimittelbudget. Umsatz-plus bei Merck innerhalb von 9 Monaten 5,2 Mrd. DM

gion mit ihren Honoraren (quasi als Gesamtschuldner) haften. D.h. die Ärzte haben gegen Ende des Jahres nur die Wahl -da Mitte November 96 die Budgets in den meisten Regionen bereits ausgeschöpft waren- entweder Honorareinbußen von bis zu 30 Prozent hinzunehmen oder keine Arzneien und Heilmittel mehr zu verschreiben. Im Endeffekt bedeutet dies: Kranke können nicht mehr sachgerecht behandelt werden und Massage- und Krankengymnastische Praxen müssen dieses Jahr vorzeitig schließen. Pleiten und Entlassungen stehen bevor. Daher gab es im November 96 bereits zahlreiche Proteste, Demonstrationen und Streiks von KrankengymnastInnen, Masseuren, Ärzten und Patienten.

Im Krankenhausbereich hat die dortige Budgetierung ähnlich fatale Auswirkungen: Im November verkündete die Deutsche Krankenhausgesellschaft, daß Patienten damit rechnen müssen, bis zum Jahresende in Krankenhäusern abgewiesen zu werden. Aufgrund der Ausgabenbegrenzung werden alle „planbaren und verschiebbaren“ Behandlungen auf 's nächste Jahr verschoben...

Weiter geplant: Das zweite Neuordnungsgesetz zur Gesetzlichen Krankenversicherung

Doch damit nicht genug: Auch das zweite Neuordnungsgesetz zur Gesetzlichen Krankenversicherung passierte im November 96 bereits in erster Lesung den Bundestag und liegt jetzt den Bundestagsausschüssen zur Beratung vor. Dieser Gesetzentwurf hat die Beschäftigten erneut und in einer ganz neuen Größenordnung und Einigkeit auf die Straße gebracht. Am 3. Dezember 1996 haben bundesweit mehrere zehntausend Beschäftigte aller Berufsgruppen des Gesundheitswesens gegen die neusten Gesetzesvorhaben Seehofers protestiert. Allein in Bonn kamen 25.000 Demonstranten zusammen. Das zweite Neuordnungsgesetz sieht vor, Leistungen der häuslichen (Kranken)Pfleger, Kuren, Rehabilitationen und Heilmittel -wie die Krankengymnastik- aus dem gesetzlichen Leistungskatalog der Krankenkassen herauszunehmen und diese zu sogenannten freiwilligen Gestaltungsleistungen umzuwandeln. D.h. die Kassen können dann selbst entscheiden, ob sie derartige Leistungen noch weiter anbieten (also bezahlen bzw. bezuschussen) oder nicht. Aufgrund der Finanznot der Kassen (durch immer größere Einnahmeausfälle im Zuge steigender Arbeitslosenzahlen und sinkender Reallöhne) ist die von vielen der in den betroffenen Gesundheitsberufen Beschäftigten geäußerte Befürchtung nicht unrealistisch, daß diese Leistungen ganz wegfallen werden. Damit ist nicht nur die Gesundheit der Patienten gefährdet, sondern weitere zahlreiche Arbeitsplätze in den Gesundheitsberufen. Die Versicherten werden außerdem durch das sogenannte „Notopfer“ zusätzlich zur Kasse gebeten. Da die Länder sich weigern, für die Instandhaltungskosten der Krankenhäuser aufzukommen, sind die Versicherten jetzt noch einmal mit einer Sonderabgabe von 20 DM pro Jahr „dabei“. Die Unternehmer müssen keinerlei „Notopfer“ leisten. Damit wird die schon mit der Pflegeversicherung verstärkte schrittweise Aufhebung der paritätischen Finanzierung weiter vorangetrieben: D.h. Unternehmer und Pharmaindustrie bleiben verschont, während die versicherten Arbeitnehmer

Neuordnungsgesetz: Leistungen der häuslichen Pflege, Kuren und Reha-Maßnahmen sollen aus dem Leistungskatalog der Kassen gestrichen werden.

Länder weigern sich, für Instandhaltung der Krankenhäuser aufzukommen - Versicherte werden mit „Notopfern“ zur Ader gelassen.

Vor allem die organisierten Metallarbeiter haben sich 1996 erfolgreich gegen die Kürzung der Lohnfortzahlung

und die Beschäftigten des Gesundheitswesens die Zeche zahlen sollen: Durch immer höhere Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen, Leistungsausschlüsse, Budgetierungen, Stellenabbau, Lohnkürzungen, Privatisierungen etc.

Gegenwehr ausweiten!



im Krankheitsfall gewehrt. Indessen setzte die Bundesregierung die umfangreichsten Kürzungen im Gesundheitsbereich in der Geschichte der Bundesrepublik durch.

organisieren. Notwendig wäre ein eintägiger Generalstreik - maßgeblich organisiert von ÖTV, IG Metall und DAG, dem sich weitere Einzelgewerkschaften des DGB anschließen werden.

Die - insgesamt trotz einiger Zugeständnisse erfolgreichen - Streiks der IG Metall gegen die Kürzung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall haben den Unternehmern und Politikern einen kleinen Vorgeschmack darauf gegeben, was Staat und Kapital von der Arbeiterklasse zu erwarten haben, wenn der „Standort Deutschland“ auf Kosten der Gesundheit, Löhne und Arbeitsplätze der abhängig Beschäftigten „saniert“ werden soll.

Um dieser ständigen und sich kontinuierlich verschärfenden Kürzungs- und Kahl-schlagspolitik im Gesundheitsbereich zulasten der dort Beschäftigten und der versicherten Arbeitnehmer ein Ende zu setzen, ist ein gemeinsamer Kampf aller Betroffenen notwendig. Beschäftigte und versicherte Arbeitnehmer müssen weiter gemeinsame Protestaktionen und Streiks

Die Pflegeversicherung

Vom Pflegenotstand zum Pflegekollaps

Alex Tewes, Berlin

Nach fast 20 Jahren politischer Diskussion haben Bundestag und Bundesrat nunmehr mit großer Mehrheit der Einführung eines fünften Zweiges der Sozialversicherung zugestimmt.

Sie sollte der größte sozialpolitische Großtat des ausgehenden 20. Jahrhundert sein. Millionen von Menschen sollten endlich vom Joch der beschämenden (und obendrein noch kostenintensiven) Sozialhilfe befreit werden. Dazu werden neue Arbeitsplätze geschaffen und sogar die Konjunktur soll dazu angeblich belebt werden. Die Befürworter der Pflegeversicherung verfolgen mit der Einführung dieses neuen „sozialen Sicherungssystem“ scheinbar hehre Ziele. Jahrelang war erbittert vor allem über die Finanzierung der PV gestritten worden. Die bürgerlichen Parteien und die SPD favorisierten von Anfang an die Versicherungslösung nach dem Vorbild der Krankenversicherung. Krüppelinitiativen, Behindertenverbände und andere betroffenenorganisationen plädierten nachdrücklich für ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz.

Wer bezahlt die Pflegeversicherung am Ende wirklich und was bedeutet sie für die Betroffenen selbst? Dazu und zur besseren Verständigung über die PV soll dieser Artikel helfen.

Die Pflegeversicherung wird danach als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung in drei Schritten eingeführt.

- 1. Januar 1995 Beginn der Mitgliedschaft und der Beitragserhebung
- 1. April 1995 Häusliche Pflegeleistung
- 1. Juni 1996 Leistung der stationären Pflege

Alle Krankenkassen errichten eine Pflegekasse und führen so die Pflegeversicherung für ihre Mitglieder ein.

Versicherter Personenkreis

Die „soziale“ Pflegeversicherung wird unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherungen geschaffen. Das heißt: Alle in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Personen werden auch automatisch Mitglieder der Pflegeversicherung

Beiträge

Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung wird vom Gesetzgeber festgelegt und ist bei allen Pflegekassen gleich. Er wird parallel zum Leistungsangebot in Stufen eingeführt. Die Pflegeversicherung beginnt mit einem Beitragssatz von einem Prozent vom Einkommen. Wenn die Leistungen der stationären Pflege am 1. Juli 1996 hinzukommt, steigt der Satz auf 1,7%. Ansonsten gelten bei der Beitragsbemessung die gleichen Grundsätze, wie sie aus der gesetzlichen Krankenversicherung bekannt sind. So werden die Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern „grundsätzlich jeweils zur Hälfte“ aufgebracht.

Wer bezahlt die Pflegeversicherung am Ende wirklich und was bedeutet sie für die Betroffenen selbst?

Zum Ausgleich der Arbeitgeber werden die Länder zunächst einen gesetzlichen Feiertag streichen. Durch die Einführung der Karenztage, wird auch der restliche Teil der Kosten der Arbeitgeber auf die Arbeitnehmer abgewälzt. So kann objektiv betrachtet in keinsten Weise die Rede davon sein, daß Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Kosten jeweils zur Hälfte tragen

Leistungsberechtigter Personenkreis

In der BRD sind 2,5 Mio. Menschen auf Assistenz, Anleitung und/oder Hilfe angewiesen.

Die Pflegebedürftigen werden im Gegensatz zur bisherigen Regelung in drei Pflegestufen unterteilt.

- Stufe 1:** -erheblich pflegebedürftig- Einmal täglich Hilfebedarf für mindestens zwei Verrichtungen
- Stufe 2:** -schwerpflegebedürftig- Dreimal täglich Hilfsbedarf zu verschiedenen Tageszeiten
- Stufe 3:** -Schwerstpflegebedürftig- Hilfsbedarf rund um die Uhr, die Nacht mit eingeschlossen.

Maßgebend für die Zuordnung in die jeweilige Stufe ist der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Einzelfall festgestellte Hilfsbedarf, wenn er vorraussichtlich mehr als sechs Monate andauert und bei folgenden täglichen Verrichtungen benötigt wird:

- 1. Körperpflege:** beim Waschen, Duschen, Baden, bei der Zahnpflege, beim Kämen, Rasieren, bei der Darm- und Blasenentleerung.
- 2. Ernährung:** bei der mundgerechten Zubereitung oder bei der Aufnahme der Nahrung.
- 3. Mobilität:** beim selbstständigen Aufstehen und Zubettgehen, beim An und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder beim verlassen und wieder aufsuchen der Wohnung.
- 4. Hauswirtschaftliche Versorgung:** beim Einkaufen, Kochen, Reinigen, oder Beheizen der Wohnung, beim Spülen, beim Waschen und Wechseln der Kleidung.

Leistungen der Pflegekassen

Pflegebedürftigkeit ist kein Makel; sie kann jederzeit jeden und jede treffen: Ein Unfall, eine Krankheit, die sich nicht heilen läßt, und schon tut Hilfe not, weil die eigenen Kräfte für die Bewältigung des eigenen Alltags nicht mehr ausreichen. Allein in der BRD sind 2,5 Mio. Menschen auf Assistenz, Anleitung und/oder Hilfe angewiesen. Davon leben ca. 450.000 Bürgerinnen und Bürger in Heimen. Ab dem 1. April 1995 sollte diese Menschen in solchen Lebenslagen Hilfe aus den Pflegekassen erhalten. Aber die Wirklichkeit sieht oftmals leider anders aus. Das heißt im Klartext, alle Betroffenen können einen Antrag stellen, ob er aber bewilligt wird, bleibt oftmals unwahrscheinlich. Erhebliche Pflegebedürftigkeit besteht nach dem neuen Pflegegesetz erst bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen bei einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. Außerdem muß der Zeitaufwand für die Pflege im Tagesdurchschnitt mindestens eineinhalb Stunden betragen, wobei der pflegerische

Aufwand gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand im Vordergrund stehen muß. Im Klartext heißt das: Die tägliche Hilfestellung beim Duschen, die gelegentliche beim nächtlichen Gang zur Toilette reichen nicht aus. Diese Menschen müssen halt selbst sehen wie sie mit ihrem Problem selber klarkommen

Außerdem gilt: alle Pflegebedürftige, die bisher schon nach dem Schwerpflegegesetz Leistungen in Anspruch nehmen konnten und mußten, werden erstmal automatisch in Pflegestufe 2 eingeordnet. Menschen, die früher schon eine rund um die Uhr Pflege brauchten und weiterhin auch brauchen, müssen jetzt mit sehr viel Angst darum kämpfen, in die höhere Pflegestufe aufgenommen zu werden. Oftmals werden solche Anträge aber auch prompt abgelehnt. So sind über die Medien Fälle bekannt geworden, wo Patienten eine rund um die Uhr Betreuung vor Einführung der Pflegeversicherung bekamen, was eine reine Pflegezeit von 8-10 Stunden reine Pflege und Betreuung am Patienten bedeutet, nach Einführung der Pflegeversicherung nur noch ca. 3,5 Stunden zugesprochen kamen.

Nur ein Beispiel:

Die äußerst geringe Zeit, die für die Assistenz bleibt, hat zur Folge daß Menschen sich entscheiden müssen, ob sie gewaschen werden oder doch lieber essen wollen. So garantiert die Pflegeversicherung noch nicht einmal die sprichwörtliche „Satt und- Sauberpflege“. Es wird eine Satt- oder Sauberpflege daraus. Pflegebedürftige können Ansprüche teilstationäre Pflege nicht ausschöpfen

Nach dem Gesetz stehen erheblich Pflegebedürftigen (der Pflegestufe 1) bis zu 750 DM im Monat für Aufwendungen der Tages- oder Nachtpflege zu. Schwerpflegebedürftige (der Stufe 2) sollen dafür bis zu 1.500 DM und Schwerstpflegebedürftige (der Stufe 3) bis zu 2100 DM bekommen. Doch nach Übergangsvereinbarungen, die in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich sind, zahlen die Kassen unter Umständen nur etwa die Hälfte dieser gesetzlich festgelegten Sätze. Das gilt z.B. im bevölkerungsreichsten Bundesland NRW. Die damaligen Übergangsvereinbarung die bis zum 30. Juni 1996 verlängerter wurde sah vor, daß die Kassen pro Tag nur 50% der von den Betroffenen aufzubringenden Kosten für die teilstationäre Versorgung sowie die Fahrkosten übernehmen.

Dazu ein Beispiel aus der Praxis:

Ein Pflegebedürftiger muß pro Tag 80 DM für den Aufenthalt in einer Tages- Pflege Einrichtung und 15 DM für die notwendige Beförderung bezahlen. Wenn er die teilstationäre Einrichtung an 20 Werktagen im Monat besucht, fallen hierfür insgesamt 1900 DM (1600 DM für Betreuung + 300 DM für Fahrtkosten) an. Doch die Kassen zahlen hierfür - sowohl in der Pflegestufe 2 als auch in Stufe 3 - nur 1.100. Sie vergüten demnach pro Monat in der Pflegestufe 2 400 DM weniger und in der Pflegestufe 3 sogar 1.000 DM weniger als nach dem Gesetz gezahlt werden kann. 800 DM müssen - trotz unterschiedlicher Pflegebedürftigkeit - sowohl Tagespflegebesucher in den Stufen 2 und 3 zunächst einmal selbst aufbringen.

Die Pflegeversicherung garantiert noch nicht einmal die sprichwörtliche „Satt und- Sauberpflege“. Es wird eine „Satt- oder Sauberpflege“ daraus.

Anspruch auf zusätzliche Kassen-Leistungen

Wer die gesetzlich zustehenden Leistungen nicht voll ausschöpfen kann, hat zusätzlich noch Ansprüche auf ergänzende Pflegesachleistungen (eines ambulanten Dienstes) oder Pflegegeld. Doch viele Betroffene sind über diese ergänzenden Ansprüche nach Paragraph 41, Absatz 3 des Pflegegeldgesetzes nicht informiert.

Wenn die Kassen Tages- oder Nachtpflegebesuchern zusätzliche Leistungen zahlen, dann bekommen die Pflegebedürftigen allerdings nicht den gesamten Restbetrag, der bei der teilstationären Pflege nicht ausgeschöpft wurde. Das bestimmt das komplizierte Anrechnungsverfahren das bei einer Kombination von Pflegegeld und Sachleistungen gilt. In dem Fallbeispiel aus NRW bekommen die Betroffenen je nach Pflegestufe statt 400 DM nur ein zusätzliches Pflegegeld von 311,11 DM oder statt 1.000 DM nur 789,29 DM als Ergänzung zu den nicht ausgeschöpften Tagespflege-Leistungen.

Die Folge: Selbst bei einer späteren Überweisung eines Rest-Pflegegeldes müssen Tagespflegebesucher nach dem hier aufgeführten Beispiel in Stufe 2 noch 488,89 DM und sogar in der höchsten Pflegestufe 3 10,71 DM pro Monat aus der eigenen Tasche für die teilstationäre Betreuung bezahlen. Mit dem Pflegegeld sollen aber nach der Zielstellung des Gesetzes gar keine teilstationäre (Sach-) Leistungen bezahlt, sondern Dienste von Personen vergütet werden, die die Pflege zu Hause übernehmen. So werden den Pflegebedürftigen ungerechtfertigte Kosten aufgebürdet.

Weil sich die Pflegekassen mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen noch nicht auf ein endgültiges Bemessungssystem zur Vergütung von teilstationären Einrichtungen einigen konnten, gehen die Umstrittenen Übergangsregelungen von einem vereinfachten Abrechnungsverfahren aus.

Die Pflegesätze, die vor Beginn der Pflegeversicherung gültig waren, wurden zunächst an die Träger der teilstationären Einrichtungen weitergezahlt. Inzwischen sind sie lediglich entsprechend der Tarifierhöhungen leicht angehoben worden. Die Kassen übernehmen allerdings nur einen Teil der tatsächlich aufzubringenden Kosten. Den Rest müssen die Pflegebedürftigen selbst zahlen, denn das Gesetz schreibt vor, daß die Kassen nur allgemeine Pflegeleistungen vergüten müssen.

Für die Investitionskosten der Einrichtungen sollen vor allem die Länder aufkommen und die anteiligen Kosten für Unterkunft (Heizung, Strom, Wasser) und Verpflegung müssen die Pflegebedürftigen selbst tragen. Die Abzüge, die in der Übergangsvereinbarung festgelegt wurden, sind allerdings, wie inzwischen selbst die Verhandlungspartner der Einrichtungs- und Leistungsverbände in NRW einräumten, weit überzogen und stehen in keinem Verhältnis zu den realen Aufwendungen. Trotzdem haben die Verantwortlichen die umstrittene Übergangsvereinbarung, die Ende 1995 ausgelaufen wäre, noch einmal verlängert. So wird der Pflegesatz - um beim Beispiel NRW zu bleiben - weiterhin so aufgeteilt, daß nur 50% für die Pflege, aber immerhin 25% für die Unterkunft und Verpflegung sowie 25% für Investitionen bestimmt sein sollen.

10,71 DM pro Monat aus der eigenen Tasche für die teilstationäre Betreuung

Ausbau der Tagespflege gefährdet

Durch das für die Betroffenen kaum durchschaubare Abrechnungsverfahren herrscht in vielen Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen große Verwirrung.

Die Folge: Es stellen jetzt Pflegeeinrichtungen, die zusätzliche Tagespflegestationen schaffen wollten, ihre Pläne zurück. Die Übergangsregelung behindert so den dringend notwendigen Ausbau von teilstationären Plätzen.

Auswirkungen der Pflegeversicherung auf Alten- und Pflegeheime

Mit der Pflegeversicherung entsteht ein offener Pflegemarkt. Da dieser Markt Profite verspricht, nimmt die Zahl privater Pflegeheime erheblich zu. Sie treten in Konkurrenz mit den öffentlich geförderten Einrichtungen. Dies wird in Zukunft zu einschneidenden organisatorischen Veränderungen in den Alten und Pflegeheimen führen.

Die Konkurrenz unter den Pflegeeinrichtungen, die bisher von den Wohlfahrtsverbänden betrieben wurde, wird schärfer. Insbesondere diese Einrichtungen werden sich von „Non Profit Organisationen“ zu Dienstleistungsunternehmen wandeln müssen, wenn sie ihren Bestand angesichts der Öffnung des „Pflegemarktes“ und der zunehmenden Konkurrenz durch private Anbieter, der sinkenden öffentlichen Fördermittel und der Prospektivität der Pflegeentgelte nicht gefährden wollen.

Veränderung der Betriebsstruktur

Nach dem Pflegeversicherungsgesetz sind Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abzuschließen, wenn eine ausreichende Auswahl an geeigneten Pflegeeinrichtungen besteht. Dies fördert den Trend zu Privatisierung und Änderung der Rechtsform insbesondere in den kommunalen Einrichtungen. Es könnte zur Schaffung weiterer Betriebe durch Ausgliederung von Bereichen kommen (ist in Krankenhäusern schon Gang und Gäbe). Veränderung in der Betriebsstruktur lohnen sich, wenn auf diese Weise:

1. Personalkosten eingespart werden können (z.B. durch die Gültigkeit anderer Tarifverträge mit verringerter Vergütung, flexibleren Arbeitszeiten, die Schaffung geringer und ungeschützter Arbeitsverhältnissen auf 560 DM Basis (ohne Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, ohne Urlaubsanspruch, ohne Sozialversicherung, Einschränkung der Mitbestimmung der Betriebsräte)
2. die Arbeitsorganisation effektiver wird und
3. Steuereinsparungen und Vergünstigung die Folge sind.

Es ist möglich, daß bisher wahrgenommene pflegerische Tätigkeiten ausgliedert werden müssen. Da nach den Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes ambulante und stationäre Einrichtungen selbstständig wirtschaften müssen, wäre die Gründung eines eigenen ambulanten Betriebes denkbar, wenn diese Tätigkeiten nicht an andere Träger verloren gehen sollen.

Mit der Pflegeversicherung entsteht ein profitträchtiger Pflegemarkt.

Rationalisierung

In vielen Alten- und Pflegeheimen wurde auch schon in der Vergangenheit rationalisiert. Durch die Pflegeversicherung werden jedoch Rationalisierungsmaßnahmen vorangetrieben, die bisher vielleicht nur angedacht waren. Über kurz oder lang wird - freiwillig oder gezwungenermaßen - alles einer Überprüfung unterzogen.

Sozialer Dienst

Kerngedanke des Pflegeversicherungsgesetzes ist das Grundversorgungskonzept: Wenn die Pflegekassen Pflege im vollstationären Bereich nur als eine körperliche Grundversorgung definieren, droht ein massiver Abbau sozialer und pflegerischer Betreuung, denn diese wäre nicht refinanzierbar.

Die Folgen wären:

- * keine sozialpflegerische Betreuung bei persönlichen Lebenskrisen der Pflegebedürftigen.
- * keine Kommunikationsangebote zu einer humanen Lebens- und Freizeitgestaltung.
- * keine Hilfe zur Aufrechterhaltung und Förderung der sozialen Integration verwirrter alter Menschen

Norbert Blüm hat unmißverständlich deutlich gemacht, daß für die Finanzierung eines sozialen Dienstes, der seine Tätigkeit auf kommunikative, sozialpflegerische oder therapeutische Bereiche ausgerichtet, andere Kostenträger als die Pflegekassen in Betracht kommen.

Ein Teil der bisherigen Tätigkeiten des sozialen Dienstes wie Organisation und Durchführung von Ausflügen, Festen, u.s.w. werden in Zukunft als Zusatzleistungen von den Betroffenen selbst zu zahlen sein. Damit wird weiterhin gefördert, daß in oder zwischen Altepflageheimen zwei Klassen von Bewohner(innen) entstehen.

Dies könnte nur dann verhindert werden, wenn die Sozialhilfeträger sich bereit erklären, diesen Kostenanteil weiterhin zu tragen. Es ist fraglich, ob Pflegekassen bereit sind, Tätigkeiten von Sozialarbeitern und Pädagogen im Rahmen der individuellen Pflegeplanung z.B. im Bereich der Ernährung und des An- und Auskleidens zu finanzieren, obwohl es sich um ureingste Aufgaben von Pflegekräften handelt. Genau so fraglich ist dies im Rahmen der med. Rehabilitation (wie z.B. Realitätsorientierungstraining, Konzentrationstraining).

Sollte also lediglich der Bereich der Beratung und der sozialen Rehabilitation als Aufgaben des sozialen Dienstes bleiben, der gegebenenfalls von Sozialhilfeträger finanziert würde, dann wäre das auch mit erheblich weniger Sozialarbeiter(innen) als zur Zeit machbar.

Vom Pflegenotstand zum Pflegekollaps

Die Pflegestufen nach dem Pflegeversicherungsgesetz orientiert sich an anderen Kriterien als die vor der Einführung der Pflegeversicherung. Der med. Dienst der Kassen ist für die Begutachtung der Anträge und Unter-

suchungen der Pflegebedürftigen zuständig. Die Bereitschaft des med. Dienstes, die Pflegebedürftigen optimal einzustufen, dürfte bei den Ärzten des med. Dienstes geringer ausgeprägt sein als bei den Hausärzten.

Seit am 1. Juli die Pflegeversicherung für den stationären Bereich in Kraft getreten ist, hat sich auch die Lage der in Heimen lebenden Behinderten drastisch verschlechtert. Bislang waren rund die Hälfte aller Heimbewohner als schwere Pflegefälle eingestuft, ab 1. Juli sind es nur noch 28%. Die anderen, die seit Jahren Hilfe brauchten und erhalten hatten, bekommen von heute auf morgen keine Leistungen mehr. Dementsprechend werden diese Abstufungen sich auch nachteilig auf die Personalstärke auswirken. Nach Schätzungen der Wohlfahrtsverbände wird jeder fünfte Pfleger seinen Arbeitsplatz verlieren.

Befürchtungen bestehen auch darin, daß sich auch die Strukturen der Alten- und Pflegeheimen unter den Bedingungen der Pflegeversicherung zu „Hospizen“ entwickeln. Die Bewohner(innen) werden in der Regel ins Heim ziehen, wenn durch Multimorbidität und Schwer- bzw. Schwerstpflegebedürftigkeit die Angehörigen mit der Pflege überfordert bzw. eine ambulante Betreuung und Versorgung nicht mehr ausreichend und wirtschaftlich sicherzustellen ist. Dann bestünde die vorrangige Aufgabe darin, sie auf ihrem Sterbeweg zu begleiten und alles zu tun, den Rest ihres Lebens so erträglich wie möglich gestalten. Die Belastungen des Pflegepersonals werde dementsprechend zunehmen.

Gleichzeitig wächst die Unzufriedenheit des Personals. Die Schere zwischen dem, was angesichts gegebenen Erkenntnissen der Geriatrie, Gerontopsychiatrie und der aktivierenden-rehabilitativen Pflege möglich eigentlich ist und dem, was tatsächlich umsetzbar ist, wird immer weiter auseinanderklappen. Die Spirale des Teufelskreislaufs von häufigerer Überforderung, wachsenden Arbeitsunfähigkeitszeiten und Fluktuation auf der einen und knapp gehaltenem Personal auf der anderen Seite wird sich immer schneller drehen. In immer mehr Bereichen wird es immer häufiger und in immer kürzeren Abständen zu unververtretbaren Zuspitzen kommen. Damit ist der Weg zum Pflegekollaps vorgezeichnet.

Wer müßte was unternehmen?

Die Gewerkschaften, Berufs- und Sozialverbände, die betrieblichen Interessenvertretungsorgane sowie die Parteien, die die Sozialpolitik nicht als ein notwendiges Übel ansehen, müssen sich für eine wesentliche Verbesserung der Betreuungsqualität einsetzen und damit die im Pflegeversicherungsgesetz benannte Ziele einfordern: Pflege, Versorgung und Betreuung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand med.-pfl. Erkenntnissen, Prävention, Rehabilitation, humane und aktivierende Pflege.

Die Sozialistische Alternative tritt für eine staatlich finanzierte bedürfnisgerechte Versorgung aller Pflegebedürftigen ein, die auch ihre kulturellen und sozialen Bedürfnisse berücksichtigt.

Drastische Verschlechterung der Lage der Heimbewohner seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung

Das Grundversorgungskonzept der Kerngedanke der PV, wenn die Kassen dies nur als eine körperliche Grundversorgung sehen, droht ein massiver Abbau pflegerischer Betreuungsleistungen.

Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik - Entstehung, Perspektiven und Programmalternativen - die aktuellen Kürzungen

Sparen auf Kosten unserer Gesundheit!

Sonja Engelhardt, Berlin

Das Sparpaket der Bundesregierung - Welche Kürzungen und Mehrbelastungen für Kranke sieht es vor?

Die Regierungskoalition hat am 28.6.96 trotz heftiger Proteste der Gewerkschaften/organisierten Arbeiterklasse (15.6.: 450.000 in Bonn; 27./28.6.: bundesweit 200-300.000) ihr neuestes Sparpaket verabschiedet; im Bereich der Gesundheitspolitik sieht es folgende Kürzungen bzw. Mehrbelastungen für Kranke vor:

- Senkung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall um 20% und des Krankengeldes (ab der 7. Woche zu zahlen) um 10%
- Wegfall der Zuzahlungen der Krankenkassen bei Brillen und Zahnersatz
- Erhöhung der Eigenbeteiligung bei Medikamenten um eine weitere Mark
- Kürzungen bei Kuren und Erhöhung der Zuzahlungen der Patienten von derzeit 12 auf 25DM (im Westen) bzw. von 9 auf 20DM (im Osten).

Gleichzeitig wurde ganz nebenbei außerdem (mit den Stimmen der SPD) die Sozialhilfereform beschlossen. Auch hier stehen Kürzungen der Leistungen für Pflegebedürftige (Behinderte) an und werden wieder Zwangseinweisungen in Heime für behinderte Menschen gesetzlich möglich, wenn dies kostengünstiger ist als die Pflege zuhause. Die Sozialhilfereform sieht vor:

- Pflegesatzerhöhung auf höchstens 1 Prozent (deckt nicht mal die tarifbedingt gestiegenen Personalkosten)
- Stellung des Vorrangs der ambulanten vor stationärer Hilfe für Behinderte unter Kostenvorbehalt

Die Kürzungen werden auf Länderebene fortgesetzt - Beispiel: die Sparpläne des Berliner Senats

Daneben gibt es derzeit auf Länderebene zahlreiche Sparpläne, die vor allem den Krankenhausbereich betreffen, der Ländersache ist; Beispiel: Sparpläne des Berliner Senats:

- Stellen- und Bettenabbau im Krankenhausbereich (bis zur Erreichung von Einsparungen von insgesamt 250 Mio. DM)
- Umwandlung der Krankenhäuser in GmbH bis Ende des Jahres (d.h. Weiterführung der Privatisierungsmaßnahmen)
- Fortsetzung von Teilprivatisierungen von bestimmten Krankenhausbereichen (Küchen/Reinigungsdienste)

Gleichzeitig „müssen“ die Krankenkassen Einsparungen vornehmen, weil sie durch massive Beitragsausfälle im Zuge steigender Massenarbeitslosigkeit und sinkender Reallöhne in Finanznot geraten sind: Ihre Reaktion:

- Kündigung ihrer Versorgungsverträge mit mehreren Krankenhäusern, die nun von Schließung bedroht sind
- Ankündigung weiterer Beitragserhöhungen um 0,8 bis 1% 1997

Kürzungen und Abbau des Sozialstaates - in der BRD Tradition seit Mitte der 70er Jahre

All dies: die (-organisierte-) Finanznot der Krankenkassen und die Einsparungsmaßnahmen von Landes- und Bundesregierung im Gesundheitsbereich sind nichts Neues, sondern lediglich die Fortführung der sogenannten „Kostendämpfungspolitik“, die seit Mitte der 70er Jahre in Deutschland im Gesundheitsbereich betrieben wird.

Seit Mitte der 70er Jahre - seit Beginn der Wirtschaftskrise - wurden in der BRD unter dem Schlagwort „Kostendämpfung im Gesundheitswesen“ die Folgen der ökonomischen Krise immer weiter auf die abhängig Beschäftigten und die sozialversicherten Arbeitnehmer abgewälzt.

Hintergrund der Einsparungsmaßnahmen im Gesundheitsbereich ist und war die Tatsache, daß die wachsende Massenarbeitslosigkeit und die nur langsam wachsenden Löhne und Gehälter zu erheblichen Einnahmeausfällen in der gesetzlichen Krankenversicherung geführt hat. Bereits Mitte der 70er Jahre wurde errechnet, daß jeder Prozentsatz weniger Lohn zu einem jährlichen Einnahmeausfall von 1 Mrd. DM bei der Rentenversicherung und 800 Mio. DM bei der Krankenversicherung führte. Es ist klar, daß heute die Einnahmeausfälle durch sinkende Reallöhne und Rekordmassenarbeitslosigkeit noch sehr viel höher sind. Wären die Bruttolöhne in den letzten Jahren weiter normal angestiegen, hätten die Krankenversicherungsbeiträge sogar um einiges sinken können...

Auch heute gilt: Wenn von „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen die Rede ist, sind die Einnahmeausfälle der Krankenkassen gemeint. Denn: Eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen gibt es nicht! Der Krankenstand hält sich in Deutschland konstant um 5% und auch der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt ist in der BRD seit Jahren konstant geblieben: die sogenannte Gesundheitsquote liegt regelmäßig bei 8 bis 9 % des BSP, und damit wesentlich niedriger beispielsweise als im rein privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen der USA, wo sie bei 12,5 % liegt.

Die BRD liegt mit ihrem „gemischtwirtschaftlich“ organisiertem Gesundheitssystem (d.h. überwiegend privatwirtschaftlich arbeitende Leistungsanbieter -niedergelassene Ärzte, Apotheker, Pharma- und Geräteindustrie- gegenüber einer -noch überwiegend- kollektiv-solidarischen Zahlungsweise über die Krankenkassen) statistisch gesehen im Mittelfeld bei den Gesundheitsausgaben der westlichen Industrieländer, keineswegs jedoch besonders weit oben.

In GB, wo ein rein staatliches Gesundheitssystem existiert (das inzwischen allerdings auch privatisiert wird), ist die Gesundheitsquote sogar am niedrigsten, dort liegt sie bei 6%. Allerdings kann gerade des britische Gesundheitssystem keineswegs als positives Beispiel für eine bedarfsgerechte und ausreichende Gesundheitsversorgung dargestellt werden. Im Gegenteil zeigt sich gerade in GB, daß in einem bürokratisch-zentralistisch und ohne demokratische Kontrolle durch Betroffene und Beschäftigte geführtem System um so einfacher und härter gegen die

Woher kommen die Einnahmeausfälle der Krankenversicherungen?

Gibt es überhaupt ein „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen?

Interessen der Kranken und im Gesundheitsbereich Tätigen gekürzt werden kann! Die geringen Ausgaben im Gesundheitsbereich konnten nur durch eine rigide Sparpolitik erreicht werden, die zu einer massiven Verschlechterung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geführt hat. Deutschland schlägt zur Zeit einen ähnlichen Weg ein.

Mitte der 70er: SPD heizt die Mißbrauchs- und Privatisierungsdebatte an. In der BRD wird die Kürzungs- bzw. Einsparungsdebatte und -politik im Gesundheitsbereich von der SPD eingeleitet.

Es war ein SPD-Finanzminister, der Mitte der 70er Jahre ein Gutachten in Auftrag gegeben hatte, das den Abbau öffentlicher Leistungen und ihre Übertragung auf private Unternehmer empfahl, also Privatisierungsmaßnahmen befürwortete, und das gleichzeitig für den Bereich des Gesundheitswesens davon sprach, daß durch die Einführung einer angemessenen Selbstbeteiligung eine „Einschränkung der - derzeit übermäßigen und gänzlich unnötigen - Inanspruchnahme (von Leistungen) erreicht werden“ könne...

D.h. die SPD heizte die Mißbrauchsdebatte an, und das gerade im Gesundheitswesen, wo dieser Vorwurf an die Leistungsempfänger noch viel blödsinniger ist als in allen anderen Bereichen, da der Konsument von medizinischen Leistungen i.d.R. -wenn überhaupt- nur eine einzige Entscheidung selbst darüber fällt, ob und in welchen Maßen er medizinische Leistungen in Anspruch nehmen will, nämlich die ob und wo er zum Arzt geht. Alle anderen Entscheidungen fällt der Arzt (über Behandlung, Medikamente, Krankenhausaufenthalt etc.).

Die SPD leitete 1975 mit ihrem Haushaltsstrukturgesetz den Abbau des Sozialstaates ein. Eine Arbeiterpartei, die sich im Zuge des Nachkriegsaufschwungs für soziale Reformen im kapitalistischen System eingesetzt hatte, mutierte mit dem Einsetzen der Wirtschaftskrise zu einer konterreformistischen Volkspartei. Unternehmerinteressen standen jetzt über Arbeiterinteressen. (Und wiederum zeigte es sich, daß im Kapitalismus keine Reformen dauerhaft gesichert sind, und daß sogenannte Arbeitervertreter, die nicht bereit sind, über die Grenzen des kapitalistischen Systems hinauszugehen, in Zeiten der wirtschaftlichen Krise stets sehr schnell die Interessen der Unternehmer vertreten!) 1977 folgte das erste Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz.

1981 das Kostendämpfungsergänzungsgesetz

1981 das Kostendämpfungsergänzungsgesetz und das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz. Mit all diesen Gesetzen wurden die versicherten Arbeitnehmer immer weiter belastet, wurden ihnen immer höhere Kostenbeteiligungen abverlangt.

Pharma- und Geräteindustrie und auch die Ärzteschaft blieben dabei unangetastet und die „Ökonomisierung der Krankenversorgung“ wurde weiter vorangetrieben. D.h. daß die Krankenversorgung sich ausschließlich auf das Ziel der Wirtschaftlichkeit ausrichten sollte, während die Qualität der Versorgung und die Bedürfnisse der Betroffenen zunehmend ausgeblendet wurden.

Dasselbe vollzog sich dann auch 1988 mit der sogenannten „Blüm-Reform“, dem Gesundheitsreformgesetz (GRG). Was erneut reine Kostendämpfung zulasten der versicherten Arbeitnehmer beinhaltete, wurde als Gesundheitsreform dargestellt und bezeichnet. Dabei ging es in dem

ganzen 500 Seiten umfassenden Gesetzeswerk lediglich um die Einsparung von weiteren 7 Milliarden DM. Erst 2 Tage bevor der Entwurf den zuständigen Abgeordneten vorgelegt werden sollte, wurde der für die Fertigstellung des Entwurfs zuständige Referent in Bonn damit beauftragt, sich doch noch einen Paragraphen zur Qualitätssicherung auszudenken. Der Ökonom war damit zwar völlig überfordert, ließ sich aber dennoch gerade rechtzeitig einen Paragraphen dazu einfallen, den man heute noch im SGB finden und nachlesen kann. Das war's dann aber auch zum Thema „Qualitätssicherung“ in der Gesundheitsversorgung... Das gesamte GRG bestand aus reinen Einsparungsmaßnahmen!

Die „Blüm-Reform“ 1988: Reine Kürzungsmaßnahmen als „Gesundheitsreform“ verkauft.

Die „Seehofer-Reform“ 1992: Der Beginn der Rationierung von Gesundheitsleistungen; medizinische Leistungen werden zum sozialen Privileg: Weitergetrieben wurde das Ganze dann 1992 durch die sogenannte „Seehofer-Reform“ bzw. das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG).

Hier wurde die Budgetierung von z.B. Krankenhausfinanzen beschlossen. D.h. die Krankenhäuser bekommen ein festes Budget zugewiesen, mit dem sie haushalten bzw. auskommen müssen. Das heißt aber im Endeffekt nichts anderes, als daß nicht mehr jeder Patient die gesundheitlich notwendige Behandlung erhält, sondern daß bestimmte teure Operationen ausbleiben müssen bzw. nur noch bestimmten Patienten offen stehen, also eine Auswahl getroffen wird zwischen Patienten und Behandlungsmethode, wobei nach einer Kosten-Nutzen Analyse verfahren wird, wie es in England und den USA bereits üblich ist.

In England und den USA wird schon seit einiger Zeit diese „Rationierung von Gesundheitsleistungen“ betrieben.

Dies hat in England dazu geführt, daß in ärmeren Regionen Männer über 45 Jahre keine Dialyse mehr bekommen und in den USA Aids-Kranken notwendige Medikamente verweigert werden. Im Endeffekt läuft diese - nun auch in der BRD angestrebte - Rationierung von Gesundheitsleistungen auf eine Nichtbehandlung von „unwertem“ bzw. „geringerwertem“ Leben hinaus. Parallelen zur NS-Zeit werden hier deutlich...

Ökonomische Gesichtspunkte ersetzen medizinische. Alte, chronisch Kranke und sozial Schwache fallen aus medizinisch sinnvollen teuren Behandlungen einfach heraus, es sei denn sie können es sich leisten, diese selbst privat zu bezahlen. In England werden z.B. bereits 25% aller Hüftoperationen privat bezahlt. Wer sich dies nicht leisten kann, muß über ein Jahr auf die Operation warten. (Was sich wiederum auch nicht jeder leisten kann!)

Wer krank ist, ist selbst schuld und soll auch selbst zahlen!

Ideologischer Hintergrund dieser Vorgehensweise und der gesamten Debatte um mehr Selbstbeteiligung und Eigenverantwortung ist es, die Opfer des kapitalistischen Wirtschaftssystems zu Schuldigen zu machen, die eigenverantwortlich für ihre soziale und gesundheitliche Lage seien. D.h. nicht die Ursachen von Krankheit, nicht die Ursachen von Massenarbeitslosigkeit, schlechten Lebens- und Arbeitsbedingungen, Wohnver-

hältnissen, unzureichender Ernährung, Umweltzerstörung und sinkendem Lebensstandart sollen zur Diskussion gestellt, geschweige denn bekämpft werden, - was heißen würde das kapitalistische Wirtschaftssystem selbst zu bekämpfen - , sondern seine Opfer, die Kranken, Arbeitslosen, sozial Schwachen...

Und klar ist auch, wenn die Rationierungsmaßnahmen die Arbeitslosen, chronisch Kranken, Arbeitsunfähigen und Sozialhilfeempfänger treffen, es hier auch gerade diejenigen trifft, von denen am wenigsten Widerstand zu erwarten ist, nämlich die unorganisierten Teile der Arbeiterklasse.

Seit wann und weshalb gibt es staatliche Sozialpolitik überhaupt?

Staatliche Sozial- und Gesundheitspolitik in Deutschland war schon immer Reaktion der Herrschenden auf Klassenauseinandersetzungen und sollte der Befriedung der AK und ihrer Integration ins herrschende System dienen.

So wurde beispielsweise die erste entscheidende Verordnung zur Einrichtung von Kassen am 9. Februar 1849 von der Preußischen Regierung erlassen - und zwar als Reaktion auf die (gescheiterte) bürgerliche Revolution von 1848, an der sich ja bekanntlich auch massiv Arbeiter und Gesellen beteiligt hatten.

Aber auch diese Verordnung war lediglich eine „Kann-Bestimmung“, d.h. Gemeinden „konnten“, mußten aber nicht Kassen einrichten und Unternehmer zu Beitragszahlungen verpflichten. Ob aber tatsächlich Kassen eingerichtet wurden, entschied das jeweilige Kräfteverhältnis zwischen Arbeiterklasse und Unternehmer. Nur dort, wo Arbeiter für die Errichtung von Kassen kämpften, wurden diese auch eingerichtet.

Von Bismarck bis Adenauer: Dieselbe Politik von Zuckerbrot und Peitsche für die Arbeiterklasse

Auch die gesamte Sozialversicherungsgesetzgebung Bismarcks diente alleine dem Zweck, den offenen Konflikt mit der AK zu vermeiden. Während gleichzeitig das Sozialistengesetz erlassen wurde, das sozialdemokratische Bestrebungen und Organisationen verbot, sollte die Sozialversicherung etwas zur Verbesserung der sozialen Lage der AK beitragen, da Repressionen alleine zur Ruhigstellung und Integration der AK ins herrschende System -das war der Regierung klar- nicht ausgereicht hätten. So war auch im Eingangstext des neuen Gesetzesentwurfs ganz offen davon die Rede, daß selbst -in gewissen Maßen- für das Wohl der AK zu sorgen, das beste Mittel sei, um die Sozialdemokratie zu bekämpfen.

Und auch die SPD - die damals noch für Klassenkampf, die revolutionäre Beseitigung des Kapitalismus und die Errichtung einer sozialistischen Gesellschaft eintrat - stand der Sozialgesetzgebung Bismarcks, insbesondere der Krankenversicherung, von Anfang an ablehnend gegenüber. Nicht nur, weil die Arbeiter schon einige Zeit vorher zum Mittel der Selbsthilfe gegriffen hatten und ihre eigenen, selbstgeschaffenen und -verwalteten Hilfskassen eingerichtet hatten, sondern weil sie ganz klar den Zweck

dieser staatlichen Krankenversicherungsgesetzgebung sah. Ihrer Meinung nach diene diese lediglich dazu, „die Arbeiterschaft von ihren revolutionären Zielen abzubringen und an das bestehende Gesellschaftssystem zu binden.“ Außerdem hatte die organisierte Arbeiterschaft stets den einzigen wirksamen gesundheitlichen Schutz der Arbeiterklasse darin gesehen, den Arbeitsschutz zu verbessern, war also von Anfang an auf Präventivmaßnahmen ausgerichtet, die die Erkrankungen verhindern und nicht erst nachträglich behandeln sollten.

Traditionelle Forderungen in diesem Bereich waren schon damals:

- Verkürzung der Arbeitszeit, - Verbot der Sonntags- und Nachtarbeit,
- besonderer Schutz von Frauen und Kindern vor unerträglichen Arbeitsbedingungen, - Verbesserungen des Unfallschutzes, d.h. mehr Sicherheit am Arbeitsplatz etc.

Unter Adenauer setzte sich diese „Zuckerbrot und Peitsche“-Politik weiter fort. Die SPD mußte jetzt zwar nicht mehr verboten werden, -sie verfolgte keine revolutionären Ziele mehr, sondern fand die im Zuge des wirtschaftlichen Nachkriegsaufschwungs möglich gewordene „soziale Marktwirtschaft“ völlig ausreichend und gestaltete diese eifrig mit-, dafür wurde allerdings 1956 die KPD verboten, während die AK wochen- und monatelang in den 50er und 60er Jahren für soziale Reformen streikte.

Vor dem Hintergrund des wirtschaftlichen Nachkriegsaufschwungs, der den Unternehmern ausreichend Profite sicherte, und dieser Kampfbereitschaft der AK wurden Staat und Kapital zahlreiche soziale Verbesserungen abgerungen: u.a. die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall (1961/69), Verbesserungen im Rentenrecht (1957) und das Kurzarbeiter- und Schlechtwettergeld (1959).

Daß diese sozialen Zugeständnisse von Staat und Kapital dieselbe Zielrichtung hatten, wie Bismarcks Sozialgesetzgebung, gab Adenauer in einer Bundestagsrede 1962 sogar offen zu: Er sagte:

„Es sind inzwischen Stimmen laut geworden... es sei auf sozialem Gebiet zu großer Aufwand gemacht worden. Nun bin ich der Auffassung, daß bei der Lage, in der das deutsche Volk sich damals befand, bei der drohenden Gefahr des Kommunismus, es besser war, zuviel als zuwenig zu tun.“

Politische Funktion staatlicher Gesundheitspolitik war also immer die Integration der AK ins herrschende System bzw. die Vermeidung einer offenen Auseinandersetzung mit der AK, die das kapitalistische System als Ganzes bedroht hätte. Staatliche Gesundheitspolitik ist damit immer Teil politischer Herrschaft und erfüllt den Zweck diese zu festigen. Der Staat offenbart sich hier als Instrument der herrschenden Klasse. Es wird jeweils soviel Sozialpolitik betrieben, wie das Kapital braucht -um nicht von der AK gestürzt zu werden- bzw. es sich auch leisten kann (d.h. in Zeiten der wirtschaftlichen Krise eben weniger, soweit die AK dies kampfflos zuläßt).

Die Interessen der Arbeiterklasse werden allein von ihr selbst vertreten. Das Kapital greift die sozialen Errungenschaften der Arbeiterschaft an:

Die politische Funktion staatlicher Gesundheitspolitik - Integration der AK ins herrschende System und die Vermeidung einer offenen Auseinandersetzung mit der AK

Jede soziale Reform ist das Ergebnis von Klassenkämpfen. Der AK ist vom Staat oder den Unternehmern noch nie etwas geschenkt worden. Der bundesdeutsche Sozialstaat ist das Ergebnis gewerkschaftlicher Kämpfe. In der Bundesrepublik werden jährlich ein knappes Drittel des Sozialprodukts für soziale Leistungen und davon wiederum ein Drittel für Gesundheit ausgegeben. Unter dem Aspekt der Kapitalverwertung handelt es sich dabei für die Unternehmer um eine Provokation.

Nicht nur weil diese Kosten u.a. die Löhne prägen und für die arbeitende Bevölkerung und nicht fürs Kapital ausgegeben werden, sondern weil sie darüberhinaus nach Kriterien erhoben und verteilt werden, die reinen marktwirtschaftlichen Regeln widersprechen. Es handelt sich hierbei um Prinzipien, die aus Sicht des Kapitals nicht existieren bzw. funktionieren dürfen und deren Beseitigung das erklärte Ziel der Marktfundamentalisten ist, da diese Prinzipien -gesamtgemeinschaftlich verwirklicht- Grundlagen einer kommunistischen Gesellschaftsordnung wären. Das sind:

- Das Solidarprinzip, d.h. eine solidarische Finanzierung der Gesundheitsleistungen (Gesunde zahlen für Kranke, Besserverdienende für Schlechterverdienende mit)

- Zuteilung nach dem Bedarfsprinzip (jeder erhält die Leistung, die er braucht)

- Das Sachleistungsprinzip (d.h. Verteilung der Leistungen ohne Geldverkehr)

daneben (allerdings nur unzureichend verwirklicht):

- Eine öffentlich-rechtliche Organisation der Leistungsvergabe mit (zumindest formaler) Selbstverwaltung (in der GKV) und rechtlich verbindlicher Anspruchsgrundlage

- Und (teilweiser) staatlicher Kontrolle und Steuerung des Systems

Die Verwirklichung dieser Prinzipien sind wie ein Schlag ins Gesicht der Kapitalisten; entsprechend wird seit Jahren an der Aufhebung derselben gearbeitet...

Reproduktion der menschlichen Arbeitskraft - die ökonomische Funktion staatlicher Gesundheitspolitik

Ökonomisch war die Funktion staatlicher Gesundheitspolitik die Reproduktion der menschlichen Arbeitskraft. Der Kapitalismus basiert auf der Ausbeutung der AK. Um so perfekter und gnadenloser die Ausbeutung organisiert werden kann (Arbeitszeitverlängerung, Arbeitsintensivierung, längere Maschinenlaufzeiten, geringere Löhne etc.), um so höher sind die Profite der Unternehmer (vorausgesetzt, die Produkte können verkauft, d.h. der Mehrwert kann realisiert werden) und um so schlechter allerdings die Gesundheit der arbeitenden Klasse.

Daher hatte auch hier der Staat als Instrument der herrschenden Klasse dafür zu sorgen, daß die Gesundheit des für die Kapitalverwertung unbedingt notwendigen „Ausbeutungsmaterials Arbeiterklasse“ wiederhergestellt wurde. Doch gerade diese Funktion verliert derzeit angesichts steigender Massenarbeitslosigkeit, also einer anwachsenden Reservearmee

auf dem Arbeitsmarkt, zunehmend an Gewicht. Tatsächlich verschlechtert sich zur Zeit nicht nur die Gesundheitsversorgung, sondern auch die Arbeitsbedingungen verschärfen sich zunehmend: Intensivierung der Arbeit, d.h. gesteigener Streß; Arbeitszeitflexibilisierung, also gesundheitlich schädliche Arbeitszeiten wie Nacht- und Schichtarbeit nehmen wieder zu. Entsprechend steigen auch die Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten wieder an. Die Leute sollen und können sich ruhig krankarbeiten und dann außerdem noch selbst für ihre „Wiedergenesung“ -soweit überhaupt noch möglich- aufkommen, lautet die herrschende Logik von Staat und Kapital.

Allein die Kapitalinteressen stehen derzeit - in Zeiten von Massenarbeitslosigkeit und wirtschaftlicher Stagnation - bei der herrschenden Politik im Vordergrund. So sollen die Lohnnebenkosten nicht weiter steigen, um die internationale Konkurrenzfähigkeit des deutschen Kapitals zu sichern, was sie jedoch tun würden, wenn die Krankenversicherungsbeiträge weiter ansteigen würden (die ja anteilig von Arbeitgebern und -nehmern gezahlt werden). Daher werden die Gesundheitskosten weiter allein auf die abhängig Beschäftigten, auf die versicherten Arbeitnehmer, abgewälzt, die immer umfangreichere Selbstbeteiligungen an Medikamenten, medizinischer Versorgung, Krankenhausaufenthalt etc. leisten müssen.

Schon jetzt zahlen die gesamten Gesundheitskosten allein die Arbeitnehmer:

- durch ihre Krankenkassenbeiträge (pro Jahr geht mindestens ein volles Monatsgehalt eines Arbeitnehmers allein für die Zahlung dieser Versicherungsbeiträge drauf)

- durch die - zwar formal vom Arbeitgeber zu zahlenden, tatsächlich aber als indirekter bzw. einbehaltener Lohn des Arbeitnehmers anzusehenden - Sozialabgaben der Arbeitgeber

- durch zusätzliche von der AK zu zahlenden Steuern, die der Staat ins Gesundheitssystem fließen läßt

- und durch die von der AK zu zahlenden steigenden Preise, über die die Unternehmer „ihre“ Krankenversicherungsbeiträge wieder reinzuholen versuchen und die sie daher auf die Preise aufschlagen.

Trotzdem sollen die Arbeitnehmer weiter zur Kasse gebeten werden, während Pharma- und Geräteindustrie bzw. die Unternehmer insgesamt weiter unangestastet bleiben oder sogar - wie im Bonner Sparpaket - weiter entlastet werden. Dabei ist es offensichtlich, wer innerhalb des Gesundheitssystems profitiert: Pharma- und Geräteindustrie machen ungehindert Jahr für Jahr riesige Gewinne. (Neueste Meldungen im Frühjahr '96: BASF 2,47 Mrd. Nettogewinn, Bayer 2,42 Mrd.)

Einfluß- oder Kontrollmöglichkeiten der abhängig Beschäftigten, der Gesundheitsarbeiter, Mediziner, Patienten und versicherungspflichtigen Arbeitnehmer gibt es im bundesdeutschen Gesundheitssystem nicht. Es

Wer zahlt und wer profitiert eigentlich im Gesundheitssystem?

Demokratie?

gibt noch nicht einmal ausreichend Informationsmöglichkeiten, das Krankenhauspersonal unterliegt der Schweigepflicht, es existiert keine Gesundheitsberichterstattung und die Zahlen zu dem noch am besten erforschten Medikamentensektor liegen bei den Pharmakonzernen unter Verschluss. Selbst Ärzte sind aus dem Forschungsprozeß ausgegliedert und wissen oft selbst nicht genau, was sie gerade verschreiben. Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln werden in der BRD nicht systematisch beobachtet, therapeutischer Fortschritt ist keine Bedingung für deren Marktzulassung durch den Staat und es gibt keine ausreichenden Qualitätsprüfungen.

Der Patient ist den Auskünften und Entscheidungen des Arztes i.d.R. hilflos ausgeliefert und auch der Arzt ist dabei nur ein kleines unbedeutendes Rädchen im medizinischen Sektor. So urteilte der „Arzneimittelbrief“ bereits 1976:

„Die chemisch-pharmazeutische Industrie hat sich zum beherrschenden Faktor in der Arzneimittelverschreibung entwickelt und der Arzt ist zu einem relativ unbedeutenden Faktor in einer wohlorganisierten Absatzmaschine geworden, die durch intensive Werbung und korruptive Einflüsse beherrscht wird.“

Arzneimittelpreise steigen, Pharmakonzerne zahlen ab, Patienten zahlen die Zeche

Weder Krankenkassen noch sonst irgendwer kann Einfluß nehmen auf Mengen und Preise von Medikamenten oder medizinisch-technischen Geräten im ambulanten oder stationären Sektor. So liegen die Medikamentenpreise in Deutschland auch weit über dem EG-Durchschnitt.

Lediglich 1988 ist einmal der Versuch gemacht worden, durch die Einführung von Festbetragsregelungen, die Ausgaben der Krankenkassen auf dem Arzneimittelmarkt zu verringern, (-wohlgemerkt: die Ausgaben der Krankenkassen, nicht die der Patienten bzw. Konsumenten-) indem in dem besagten blümschen GRG festgelegt wurde, daß -nach Ablauf des Patentschutzes für Medikamente, also nach 20 Jahren- die Krankenkassen nur noch den Preis für das kostengünstigste Nachahmermedikament/-produkt übernehmen bzw. erstatten.

Diese Regelung hat aber zu keinerlei Profiteinbußen bei der Pharmaindustrie geführt, denn diese haben daraufhin die Preise für die nicht unter die Festbetragsregelung fallenden Medikamente einfach erhöht oder selbst bei unter diese Regelung fallenden Medikamenten höhere Preise verlangt, wenn sie wußten, daß eine entsprechende Nachfrage besteht. z.B. bei Medikamenten, bei denen hohe Abhängigkeiten bestanden oder deren Name einfach bekannt genug war. Also überall dort, wo die Patienten dann eben bereit oder gezwungen waren, die über den erstattungsfähigen Betrag zu zahlenden Kosten selbst zu tragen. Im Endeffekt waren und sind also auch hier wieder die Versicherten/Konsumenten/Patienten/Arbeitnehmer diejenigen, die geschöpft wurden bzw. werden...

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, daß es 1988 bereits 1 Million Medikamentenabhängige in der BRD gab und daß 18 % des Umsatzes der Pharmakonzerne über „Selbstmedikation“ erreicht wurde, d.h. indem Leute, -beeinflußt durch Werbung- selbst (ohne Rezept) in die Apotheke gehen, um sich Medikamente zu kaufen...

Die Krankenkassen gleichen ihre Machtlosigkeit gegenüber Pharma- und Geräteindustrie durch ihre Machtfülle gegenüber den Versicherten wieder aus.

Wie man es also auch dreht und wendet, sind es stets die beitragszahlenden Arbeitnehmer, die immer höhere Selbstbeteiligungen zu zahlen haben, und die im Gesundheitsbereich Beschäftigten, die von Entlassungen, Privatisierung, Arbeitsintensivierung und Lohnkürzungen betroffen sind, die Leidtragenden, während Pharma- und Geräteindustrie ungehindert Profite machen können.

Gerade im Krankenhaussektor werden stets die angeblich so hohen Personalkosten beklagt, ohne zu erwähnen, daß es die Sachkosten waren und sind, die sich in den letzten Jahren mehr als verdoppelt haben. Für den Krankenhausbereich stimmt es zwar, daß die Personalkosten Zweidrittel der gesamten Krankenhauskosten ausmachen, aber das ist lediglich eine normale und notwendige Folge der Intensivierung der Pflege, also der Notwendigkeit eines gestiegenen Personalbedarfs bei dem in den letzten Jahren betriebenem massivem Bettenabbau bei gleichzeitigem Anstieg der Patientenzahlen, was nur durch eine intensivere Pflege, die zu einer kürzeren Verweildauer der Patienten im Krankenhaus führen mußte, ausgeglichen werden konnte. (So wurden von 1975 bis 1985 die Krankenhausbetten um 7% reduziert, während gleichzeitig die Zahl der Patienten um 16% zunahm.)

Insofern ist es gesundheitspolitisch kaum zu verstehen, geschweige denn zu verantworten, daß jetzt auch noch allerorts massiv Personalabbau betrieben wird und weiter betrieben werden soll! Eine qualifizierte, den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung und medizinischen Möglichkeiten entsprechende Pflege ist damit nicht mehr zu gewährleisten, liegt aber auch nicht in der Absicht der Kürzungspolitikern... Doch auch wenn die Personalkosten relativ hoch erscheinen mögen, so sind sie nie in dem Maße gestiegen, wie die Sachkosten (d.h. die Kosten für Medikamente und medizinisch-technische Geräte).

Die Personalkosten hatten in den letzten Jahren eine nur halb so hohe Zuwachsrate wie die Sachkosten (1980-85: 28% gegenüber 54% bei den Sachkosten!). Gleichzeitig muß bei den Krankenhauskosten, die statistisch ein Drittel der Krankenkassenausgaben ausmachen und die damit scheinbar den höchsten Ausgabenposten der GKV darstellen, berücksichtigt werden, daß in diesen Ausgaben eben auch alles enthalten ist: Unterkunft, Verpflegung, Personal- und Sachkosten und vor allem eben auch die Medikamente, die in der Statistik bei den Kosten für den ambulanten Bereich getrennt aufgeführt werden. Würde im ambulanten Bereich in der Ausgabestatistik nicht zwischen Arztkosten und Arzneimitteln getrennt werden, sondern diese Kosten zusammengerechnet, würde es sich zeigen, daß der stationäre Sektor keineswegs teurer ist, als der ambulante.

Die Zahnarztkosten eingeschlossen hat dann nämlich der ambulante Bereich 1994 40% der Gesamtausgaben der GKV ausgemacht, gegenüber nur 34% der GKV-Ausgaben für den stationären Bereich.

Was ist so teuer am Krankenhaus?

Personalkosten stiegen nur halb so schnell wie die Sachkosten.

Gerade die im ambulanten Bereich von der GKV zu erstattenden Arzneimittelkosten sind dabei extrem gestiegen. Seit 1970 jährlich um jeweils 900 Mio. DM. Allein 1989 gab die GKV hier 20,2 Mrd. DM für Arzneimittel aus.

Trotzdem wird in letzter Zeit in erster Linie über die angeblich so hohen Krankenhauskosten geklagt. Der einzige logische Grund dafür ist, daß viele Krankenhäuser noch in öffentlicher Hand sind, und hier auch ideologisch die Privatisierung vorbereitet werden muß.

Was insgesamt für medizinische Leistungen und Behandlungen gilt, gilt dabei oft auch für den Krankenhausaufenthalt: Medizinische Behandlung tritt im Kapitalismus häufig an die Stelle anderer eigentlich zu leistender Hilfe: psychologischer, sozialarbeiterischer, pflegerischer, vor allem aber sozialer Art. Die Leute gehen zum Arzt, weil sie sich unwohl fühlen und keine nicht-medizinische Anlaufstelle für ihre Probleme kennen und auch nicht kennen sollen. Eine Medikalisierung sozialer Probleme ist politisch gewollt. Es ist für die herrschende Klasse sicherer, die Menschen halten sich selbst für krank, als das System...

Gerade das Krankenhaus muß häufig für Fälle zur Verfügung stehen, die bei ausreichenden ambulanten Hilfs- und Pflegemöglichkeiten gar nicht ins Krankenhaus eingeliefert werden müßten. Aber hier scheint dann doch wiederum das Krankenhaus die bequemste und kostengünstigste Möglichkeit zur Unterbringung bzw. Abschiebung von Alten oder chronisch Kranken zu sein - ohne daß die Betroffenen selbst gefragt würden... Übermedikalisierung und Fehlversorgungen sind in der BRD an der Tagesordnung.

Zur Zeit gibt es nicht nur bei den Pflegebedürftigen, sondern auch bei den Behinderten Proteste gegen Zwangsabschiebungen in Heime. Dem neuen Gesetzentwurf zur Sozialhilfereform zufolge sollen Behinderte jetzt in Heime zwangseingewiesen werden können, wenn die Unterbringung dort den Kommunen billiger kommt als die Betreuung zuhause. Hier haben sich inzwischen bereits radikale Proteste entwickelt. Eine Rollstuhlfahrerin kündigte an, eher das Heim in die Luft zu sprengen, als sich einweisen zu lassen...

Was macht uns eigentlich krank?

Wichtig ist, wenn man sinnvolle Gesundheitspolitik betreiben will, auch immer danach zu fragen, was die Menschen denn eigentlich gesund bzw. krank macht.

Daß Arbeitslosigkeit die Menschen krank macht, ist allgemein bekannt, vor allem hinsichtlich der psychischen Auswirkungen (Depressionen etc.) und psychosomatischen Folgeerscheinungen. Aber im Kapitalismus macht nicht nur Arbeitslosigkeit krank, sondern auch die Arbeit.

Die Arbeitsbelastungen in der BRD sind nach wie vor extrem und verschärfen sich sogar seit einigen Jahren wieder. Mindestens ein Drittel aller Arbeitnehmer scheidet vorzeitig als Frühinvalide aus dem Arbeitsprozeß aus, Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle nehmen wieder konti-

nuierlich zu, krankmachende Arbeitszeiten, wie die Nacht- und Schichtarbeit ebenfalls. Die von der AK hart erkämpfte Arbeitszeitverkürzung hat den Arbeitnehmern im Grunde nichts gebracht. Die Arbeit wurde lediglich weiter intensiviert, Streß nahm und nimmt weiter zu, ebenso Existenzängste, Angst vor Arbeitslosigkeit etc. und damit auch physische und psychische Erkrankungen, Nikotin-, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit.

Auch im Umweltbereich, im Kampf gegen Umweltbelastungen und -verschmutzung sind in den letzten Jahren keine nennenswerten Fortschritte erzielt worden. Hier wie im Arbeitsbereich stellen notwendige Verbesserungen (d.h. Arbeits- und Umweltschutz) - aus Sicht des Kapitals - lediglich finanzielle Belastungen für die Unternehmer dar und werden daher nicht durchgeführt, es sei denn, die AK erkämpft diese. So wurden bisher alle wichtigen Erfolge im Bereich der Gesundheitspolitik in Kämpfen der AK, die sich gegen die Kapitalinteressen der Unternehmer richteten, durchgesetzt.

Die größten gesundheitspolitischen Erfolge für die Bevölkerung wurden allerdings nicht durch medizinischen Fortschritt oder wichtige Gesundheitsreformen erzielt, sondern durch die Hebung des Lebensstandards, durch bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen, bessere Ernährung und Wohnverhältnisse, Verbesserungen der Hygiene und im Städtebau.

Das Gesundheitssystem an sich, die medizinische Versorgung, kann höchstens zu 10 % Einfluß nehmen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung; die restlichen 90% machen externe Faktoren, d.h. Umweltfaktoren, Lebens- und Arbeitsverhältnisse und insbesondere der Lebensstandart aus.

Der traurige aber wahre Spruch „Wenn Du arm bist, mußt Du früher sterben!“ gilt nicht nur im Zeitalter der zunehmenden Privatisierung der Gesundheitskosten, sondern hatte schon vorher seine Gültigkeit. Es geht nicht nur darum, daß arme Menschen sich notwendige Operationen bzw. medizinische Leistungen nicht mehr leisten können und deshalb von Tod und Krankheit eher bedroht sind, als reichere Schichten, sondern vor allem darum, daß die ärmeren Schichten gezwungenermaßen schlechter leben, weil sie sich ein gesundes Leben nicht leisten können und miserablen Wohn- und Arbeitsverhältnissen ausgesetzt sind und deshalb grundsätzlich größere Gesundheitsgefährdungen zu erleiden haben.

Letzten Endes kann daher eine wirklich für alle Bevölkerungsschichten gleichermaßen wirksame Gesundheitspolitik nur durch die Schaffung gleicher Lebensverhältnisse bzw. die Beseitigung sozialer Ungleichheiten umgesetzt werden.

In den USA wurde beispielsweise in einer Untersuchung festgestellt, daß Personen der untersten sozialen Schicht im Alter zwischen 35 und 44 Jahren bereits genausoviele chronische Krankheiten aufweisen wie die älter als 75-jährigen der obersten Schicht!

„Wenn Du arm bist, mußt Du früher sterben“

Für eine sozial gerechte und umfassende Gesundheitspolitik!

Wenn wir für eine effektive Gesundheitspolitik eintreten wollen, dann müssen wir zum einen dafür kämpfen, daß kranke Menschen die Chance auf Heilung erhalten, indem wir gegen jegliche Kürzungen im stationären und ambulanten Bereich eintreten bzw. dessen weiteren Ausbau fordern, neben besseren Arbeitsbedingungen für die dort Beschäftigten, Arbeitszeitverkürzung, Stopp und Rücknahme aller Privatisierungsmaßnahmen, um dadurch eine qualifizierte Pflege und Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Wir müssen die Überführung der privatwirtschaftlichen Gesundheitsberufe (Arzt/Apotheker) in den öffentlichen Dienst und die Vergesellschaftung der Pharma- und Geräteindustrie und ihre demokratische Kontrolle durch Beschäftigte und Konsumenten fordern bzw. einen insgesamt öffentlichen und kostenlosen Gesundheitsdienst unter kommunaler Arbeiterselbstverwaltung. Denn nur wenn Betroffene und Beschäftigte wirklich Einfluß ausüben können und Gestaltungsmöglichkeiten haben, kann auch ihre Kompetenz und ihr Wissen für alle nutzbar gemacht werden und gleichzeitig sichergestellt werden, daß wirklich Politik im Interesse der arbeitenden Bevölkerung betrieben wird. Ob im Krankenhaus oder in jedem anderen Betrieb: Über Gesundheitsgefährdungen für die dort Beschäftigten, für Patienten, Umwelt, Konsumenten etc. wissen diejenigen, die vor Ort arbeiten, am besten Bescheid. Trotzdem dürfen sie hier und heute nicht über Mißstände berichten, wenn sie ihren Job behalten wollen. Kapitalinteressen laufen den Interessen der abhängig Beschäftigten immer entgegen und haben deshalb in einem Gesundheitssystem, das wirklich für die Heilung der kranken Menschen - und nicht für privatwirtschaftliche Profitinteressen - da sein soll, nichts zu suchen.

Für eine sozialistische Gesellschaft!

Es reicht aber nicht, sich nur für ein besseres Gesundheitssystem einzusetzen, und damit lediglich medizinisch an den Symptomen einer krankmachenden Gesellschaft herumzudoktern. Darüberhinaus müssen wir insgesamt für eine Gesellschaft eintreten, in der die Bedingungen für ein gesundes Leben für alle überhaupt erst geschaffen werden. Der Kapitalismus macht die Menschen krank und muß deshalb beseitigt werden.

Notwendig ist die Verwirklichung eines umfassenden sozialen Programms, dessen Umsetzung und Finanzierung jedoch nur gelingen kann, wenn der gesellschaftliche Reichtum, der von uns, von der AK bzw. den abhängig Beschäftigten erarbeitet und geschaffen wurde, nicht länger in den Händen einer kleinen reichen Schicht von Privatkapitalisten zentralisiert bleibt, sondern der gesamten Gesellschaft zugänglich gemacht wird.

Die arbeitende Bevölkerung, bzw. ihre jederzeit wähl- und abwählbaren Vertreter soll über ihren eigenen Reichtum und ihr eigenes Leben selbst bestimmen können. Die Diktatur des Kapitals und das heutige „moderne“ Sklavendasein der Arbeiterklasse muß genauso beendet werden wie die Unterdrückung der arbeitenden Bevölkerung in den stalinistischen Staaten durch den Sturz der dort herrschenden Bürokratie -zum Teil zumindest- beseitigt wurde.

Wir fordern daher:

- Arbeit für alle durch radikale Arbeitszeitverkürzung bei vollem Lohn- und Personalausgleich (ohne Lohnausgleich wären viele Menschen gezwungen, mehrere Jobs gleichzeitig anzunehmen, d.h. sie hätten von der Arbeitszeitverkürzung überhaupt nichts; und ohne Personalausgleich würde sich lediglich eine weitere Arbeitsintensivierung ergeben, also noch mehr Streß für die Beschäftigten)

- Garantierter Mindestlohn für alle von mindestens 2000 bis 3000 DM monatlich für jeden (Die offizielle Armutsgrenze liegt derzeit bei einem monatlichen Einkommen von ca. 1.500 DM. Bei einem derart geringen Einkommen ist es niemandem möglich, ein gesundes Leben zu führen mit der entsprechenden Ernährung etc.)

- Menschenwürdige und bezahlbare Wohnungen für alle, organisiert durch kostenlose kommunale Wohnungsvermittlung und ein staatliches Wohnungsbauprogramm (Dazu gehört auch das Verbot von Maklertätigkeit, die Verfolgung und Enteignung von Bauspekulanten und die Übernahme von Bauunternehmen und privatem Wohnungseigentum unter gesellschaftliche Kontrolle und Eigentum - natürlich mit der Ausnahme des hart erarbeiteten Privateigentums der AK).

- Stop und sofortige Umstellung von gesundheitsgefährdender Produktion und deren Ausrichtung bzw. Organisierung entsprechend ökologischen Gesichtspunkten

- Stop von Atomkraftwerken und Automobilproduktion; Weiter- bzw. Neubeschäftigung der dortigen Arbeitnehmer in alternativen Energieerzeugungsstätten und in der Herstellung Öffentlicher Transportmittel und Infrastruktur sowie im Umweltschutz

- Ausbau des ÖPNV und Einführung des Nulltarifs

- Aufstellung eines staatlichen Gesundheits- und Produktionsplans unter Nutzung aller medizinischen, arbeitstechnischen und ökologischen Erkenntnisse im Interesse der Bedürfnisse der arbeitenden Bevölkerung, nicht der Kapitalverwertung

- Umsetzung und Finanzierung des Ganzen durch die sofortige, entschädigungslose Enteignung der 200 größten Konzerne und Banken und deren Überführung in Gemeineigentum unter demokratischer Kontrolle von jederzeit wähl- und abwählbaren Vertretern der dort Beschäftigten, der Gewerkschaften und des Staates

- Für ein demokratisches sozialistisches Gesellschaftssystem, in dem die Interessen bzw. die Bedürfnisse der arbeitenden Bevölkerung im Mittelpunkt stehen und nicht mehr die des Kapitals bzw. der Kapitalverwertung. Für die Beendigung der Diktatur des Kapitals!

Für die Verwirklichung eines umfassenden sozialen Programms:

Wohin führt die Vorherrschaft privatwirtschaftlicher und marktliberaler Prinzipien im Gesundheitsbereich?

Das Beispiel USA

In den USA ist ein Großteil dessen verwirklicht, was die Marktfundamentalisten von FDP, CDU und Teilen der SPD auch für das bundesdeutsche Gesundheitssystem an marktliberalen und privatwirtschaftlichen „Reformen“ fordern. Z.B. die Existenz des privatwirtschaftlichen Gewinns auch im Krankenhausbereich, hohe Selbstbeteiligungen der Patienten, Wahlfreiheit der Versicherten unter den -rein privaten- Krankenversicherungen, Erstattungsprinzip statt Sachleistungsprinzip etc.

Zugleich sind die USA -neben Südafrika- das einzige Industrieland, das weder eine umfassende soziale Krankenversicherung, noch einen Nationalen Gesundheitsdienst aufzuweisen hat.

Die USA sind neben Südafrika das einzige Industrieland, das weder eine umfassende soziale Krankenversicherung, noch einen Nationalen Gesundheitsdienst aufzuweisen hat.

Die staatliche Unterstützung für Arme und Alte in der Gesundheitsversorgung (Medicaid und Medicare) wurde in der Regierungszeit der Reagan-Bush-Aera beständig gekürzt. Trotzdem bestritt der Staat (also die Steuerzahler, d.h. die Bevölkerung) 1987 immer noch 41% der Gesamtausgaben für Gesundheit, die Privatversicherungen 31% und 28% gingen auf direkte Zahlungen der Kranken in Form von Selbstbeteiligungen, Zuzahlungen etc. zurück.

In den Vereinigten Staaten wird pro Kopf fast doppelt so viel für „Gesundheit“ ausgegeben wie in der Bundesrepublik oder Frankreich, und sogar das Dreifache wie in Großbritannien; die Ausgaben für Gesundheit am BSP sind international die Höchsten. Doch von einem besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung kann keine Rede sein.

In den USA beherrschen große, teilweise multinationale Kapitalgesellschaften den lukrativen und sich ausweitenden Markt der medizinischen Versorgung. Sie beherrschen über den traditionellen Bereich der Arzneimittel- und Geräteindustrie hinaus zahlreiche Krankenhausketten, psychiatrische Kliniken, Pflegeheime und Dialyse-Stationen. Große Gesundheitsunternehmen entstanden. Aktiengesellschaften und Firmen aller Art hatten bereits 1986 60% des gesamten Gesundheitsmarktes erobert.

Von dem Eindringen gewinnorientierter Unternehmen in den Gesundheitsbereich blieben auch die noch verbliebenen öffentlichen und religiösen Einrichtungen nicht unberührt. Sie unterliegen denselben Marktzwängen und Konkurrenzbedingungen wie die privaten Einrichtungen und müssen sich an deren Praktiken und Wirtschaftsweisen orientieren bzw. anpassen. Ein kalifornischer Experte sagte dazu:

„Wer einmal erlebt hat, wie in der Leitung eines christlichen Krankenhauses die dort vertretenen Nonnen die Hand gehoben haben für die Entscheidung, die Notaufnahmestation zu schließen, um das unkontrollierte Eindringen nicht- und unterversicherter Personen zu verhindern, der wird eine Vorstellung davon bekommen, wie die Kapitalgesellschaften auch schon den Bereich der gemeinnützigen Krankenhäuser bestimmen.“

Da in den USA auch die Unternehmen -falls sie überhaupt eine Krankenversicherung anbieten- Prämien in die privaten Krankenversicherungen zu zahlen haben, wird auch hier versucht, die Beiträge möglichst niedrig zu halten. Die Folge: Die Qualität des Versicherungsschutzes nimmt insgesamt ab, die Summen, die die Betroffenen selbst (zu) zu zahlen haben, steigen kontinuierlich an, während die Leistungen der Versicherungen zurückgehen. Wer ausreichend abgesichert sein will, muß zahlreiche Zusatzversicherungen abschließen. Ein System, das inzwischen auch in der Bundesrepublik angestrebt wird, wenn Gesundheitsminister Seehofer und der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen die Auslagerung „versicherungsfremder“ Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung fordern. Doch kaum jemand kann sich den Abschluß zusätzlicher Versicherungen leisten.

Mit dem Rückgang der traditionellen Industrien, dem entsprechenden Rückgang des gewerkschaftlichen Organisationsgrades, dem Anstieg von Teilzeitjobs und Niedriglohngruppen verringert sich systematisch die Zahl der Krankenversicherten. Denn die ist nur dort hoch, wo Arbeiter gewerkschaftlich organisiert sind, vollzeit arbeiten und einen akzeptablen Lohn verdienen.

Während die Zahl der Nicht- und Unterversicherten beständig steigt, sinkt deren Chance auf Behandlung kontinuierlich ab. Denn die Finanzierungs- und Kontrollsysteme im Gesundheitsbereich sind beständig verschärft worden, was dazu führt, daß Nicht- oder Unterversicherte wirklich nicht mehr medizinisch versorgt werden, da die Anbieter keine Möglichkeit mehr sehen, die Kosten ihrer Behandlung auf die Privatversicherungen oder die staatlichen Hilfssysteme abzuwälzen...

Privatversicherungen konkurrieren um wohlhabende und gesunde Kunden, während „schlechte Risiken“ ausgesondert, d.h. nicht versichert werden. Damit sind gerade diejenigen, die gesundheitliche Hilfe benötigen, - nämlich die Armen und Kranken (und gerade die Armen sind die Kranken) - von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen. Die staatlichen Hilfssysteme greifen gerade für den sich ausweitenden Niedriglohnsektor nicht. Wer einen Job hat, hat keinen Anspruch auf staatliche Hilfe, jedoch auch kein Geld für eine Privatversicherung, geschweige denn für eine für die ganze Familie.

Es ist bewiesen, daß der Bedarf an medizinischer Hilfe im umgekehrten Verhältnis zum Einkommen steht und mit dem Alter steigt. Chronisch Kranke der unteren Einkommensgruppe haben beispielsweise eine 15%ige höhere Wahrscheinlichkeit, innerhalb von 5 Jahren zu sterben als die entsprechend Kranken der höheren Einkommensgruppen (New England Journal of Medicine). Aber gerade die unteren Einkommensgruppen können sich keine Versicherung leisten.

Die Kürzungen bei den Sozialprogrammen und die verschärften Kontrollen der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen haben alle Anbieter - ob privat oder öffentlich - einem verschärften Konkurrenz- und Überlebenskampf ausgesetzt und die Gewinnorientierung verallgemeinert. Inzwischen wird immer öfter das Management von Stadt- und

Die Zahl der nicht-versicherten US-Amerikaner war bereits im Jahr 1987 auf 37 Millionen angestiegen; die der Unterversicherten auf 45 Millionen.

Bedarf an medizinischer Hilfe steht im umgekehrten Verhältnis zum Einkommen und wächst mit dem Alter.

Kreiskrankenhäusern privaten Firmen übertragen, Ärzte und Geschäftsleute betreiben gemeinsame Unternehmen, und in allen Bereichen werden Unsummen für Werbung und Marketing ausgegeben. Doch während sich private Krankenkassen in den wohlhabenden Gegenden niederlassen und damit das „Risiko“, Nicht- oder Unterversicherte behandeln zu müssen, umgehen, verarmen die kommunalen medizinischen Einrichtungen in den ärmeren Stadtbezirken. Die öffentlichen Krankenhäuser werden immer mehr zur „letzten Zuflucht“ für die unteren Schichten der Bevölkerung, dadurch sind sie ständig überfüllt, vollkommen unterfinanziert und immer schlechter ausgestattet. Eine weitere Folge der gewinnorientierten Ausrichtung des US-amerikanischen Gesundheitssystems: Die „Verschiebung“ von Patienten. D.h. die Ablehnung der Behandlung eingelieferter Patienten und deren Abweisung bzw. Überweisung nach „irgendwohin“...

In den USA wird jährlich ca. 250.000 Menschen aus ökonomischen Gründen die Notfallversorgung in den Krankenhäusern verweigert.

In den USA wird jährlich ca. 250.000 Menschen aus ökonomischen Gründen die Notfallversorgung in den Krankenhäusern verweigert. Abgelehnt wird dabei nicht nur die Behandlung un- und unterversicherter Personen, sondern auch Patienten mit „unzumutbaren Bedingungen“ (wie Aids) oder „unprofitable Diagnosegruppen“. Dabei sind die Eingelieferten auf schnelle ärztliche Hilfe angewiesen: es sind Fälle von Herzinfarkt, Anfällen, Hirnschlag und Magenblutung!

Für amerikanische Ärzte geraten ethische oder moralische Bedenken immer mehr in den Hintergrund. Sie unterliegen denselben ökonomischen Marktregeln wie alle Anbieter medizinischer Leistungen.

Für sie stellt ein Patient in erster Linie einen Dollarbetrag dar. Doch wer gedacht hatte, daß die Durchsetzung von immer mehr Markt-„Freiheit“ und Gewinnstreben auf dem Gesundheitsmarkt zum Abbau von Bürokratie und mehr Handlungsfreiheit für -beispielsweise- Ärzte führe, der kann gerade am US-amerikanischen Beispiel sehen, daß in Wirklichkeit genau das Gegenteil der Fall ist. Ein US-amerikanischer Experte äußerte dazu im New England Journal of Medicine:

„In einer Ära, in der die politische Führung sehr viel geredet hat über die Notwendigkeit von ‚weniger Staat‘ und mehr ‚freiem Unternehmertum‘ fühlen sich die meisten Ärzte heute weniger frei als jemals zuvor.“ Die Anwendung von Marktkriterien in der Medizin erfordert einen immer größeren bürokratischen Kontrollapparat:

Da bei jeder Einzelleistung oder Diagnosegruppe Geld auf dem Spiel steht und dieses über das ökonomische Überleben entscheidet, muß notwendigerweise ständig die Behandlung in meßbare Größen umgerechnet, kalkuliert, standardisiert und kontrolliert werden. Im privatwirtschaftlichen US-Gesundheitssystem sind die Kosten für Verwaltung und die Anzahl der Bürokraten im internationalen Vergleich am höchsten.

1986 waren die Verwaltungskosten beispielsweise doppelt so hoch wie in Kanada und dreimal so hoch wie im „sozialisierten“ britischen Gesundheitssystem. Während die Gesamtausgaben im US-amerikanischen Gesundheitssektor zwischen 1980 und 1986 um 85% gewachsen sind,

sind im selben Zeitraum die Verwaltungskosten um 186% angestiegen. Allein die Einführung des diagnosebezogenen Krankenhausfinanzierungssystems führte zum Verlust von 60.000 Stellen in Kliniken, während zugleich 6.000 neue Finanzstellen eingerichtet und mehrere hundert Millionen Dollar für neue Verwaltungscomputer ausgegeben wurden.

Eine Entwicklung, die in Deutschland mit der Einführung der sogenannten „Fallpauschalen“ ebenso zu erwarten ist... Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der Bürokratie bzw. Verwaltung durch die betriebswirtschaftliche Kontrolle und Steuerung der Krankenhäuser hat sich eine neue Schicht von Verwaltungsärzten herausgebildet, die in den Krankenhäusern für Arbeitgeber, Versicherungsträger oder den Staat arbeiten und die die ärztlichen Entscheidungen überwachen und bestimmen.

Zu mehr „Wirtschaftlichkeit“ hat die Ökonomisierung des US-amerikanischen Gesundheitswesens nicht geführt. Im Gegenteil.

Im Überlebenskampf auf dem US-amerikanischen Gesundheitsmarkt geht es nicht um eine möglichst kostengünstige Krankenversorgung, sondern allein um den Sieg im erbitterten Konkurrenzkampf um die gewinnbringenden wohlhabenden Patienten und die gleichzeitige Aussonderung „unprofitabler“ Patienten und Diagnosegruppen (Alte, Chronisch-Kranke, Arme, Aids-Kranke etc.).

Die „Götter in weiß“ wurden von den „Göttern in grau“ abgelöst.

Insgesamt ist das Ergebnis dieser Entwicklung ein Übermaß an nicht angebrachten Leistungen (dort, wo es sich lohnt und Patienten geschröpft werden können) und ein Mangel an notwendigen Leistungen (dort, wo weder aus Versicherungen noch den Patienten genügend Geld rausgeholt werden kann). So steigt auch die Anzahl der Operationen entsprechend dem Einkommen, obwohl erwiesen ist, daß gerade die unteren Einkommensgruppen kranker als die reicheren Schichten sind. Hier wird besonders deutlich, daß eben nur dort operiert wird, wo bezahlt werden kann (egal ob sinnvoll oder nicht) und nicht dort, wo es medizinisch sinnvoll wäre.

Die Folge: Krankenhäuser, die einem besonders hohen Wettbewerbsdruck ausgesetzt sind, weisen auch die höchsten Todesraten auf, die Qualität der medizinischen Versorgung geht zurück, Geld verschwindet in dem sich ausweitenden Verwaltungsapparat oder wird für Werbung und Marketing verpulvert, während medizinisches und pflegerisches Personal entlassen oder immer schlechter bezahlt wird. Um Patienten kümmert man sich gerne - solange sie zahlen können. Dagegen weigern sich die privaten Versicherungen unprofitable Patienten -wie z.B. Aids-Kranke überhaupt noch zu versichern.

In den USA ist die Zwei-Klassen-Medizin vollends verwirklicht. Ihr Ergebnis: Massive Vergeudung und Verschwendung von Mitteln für Bürokratie, Werbung und sinnlose Leistungen an die Wohlhabenden auf der einen Seite und Verweigerung von medizinisch notwendigen Leistungen bei den Armen auf der anderen Seite.

Brecht sagte einmal: „Es gibt verschiedene Arten jemanden zu töten, und nur wenige davon sind im Kapitalismus verboten.“ - In den USA sind es besonders wenige..

Eine Broschüre der Sozialistischen Alternative *VORAN* (SAV)

Herausgegeben vom Stadtverband Berlin

Redaktion: Sonja Engelhardt; Redaktionsanschrift:

Sozialistische Alternative VORAN

Stadtbüro Berlin

Schönhauser Allee 26a

Tel.: 030 4 40 44 29

2,50 DM

+ Spende