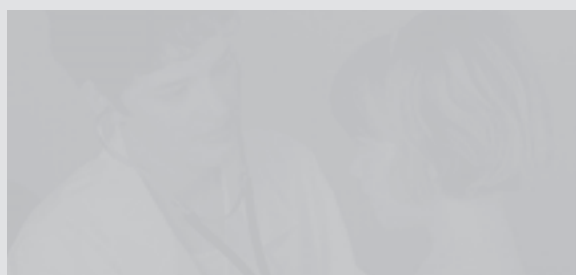
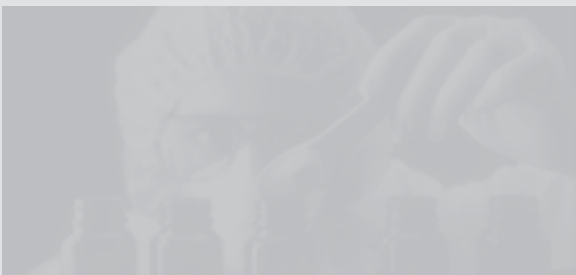








Bildungsbaustein 3

Kranksein in Deutschland



Bildungsbaustein 3

Kranksein in Deutschland

Inhaltsverzeichnis	1
Impressum	1
Vorwort	2
 Informationsteil mit	3
 Arbeitsaufträgen	
Das Gesundheitssystem der BRD	3
Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVn)	5
Lösungsansätze	8
 Grafik	12
Wie wirkt die neoliberale Politik auf unser Gesundheitswesen? (Overlay-Technik)	12
 Materialien	13
WTO im Überblick	13
Wirtschaftsliberalismus, Liberalismus, Neoliberalismus	14
Allgemeine Erklärung der Menschenrechte zu Gesundheit, Definition von Gesundheit der WHO	15

Impressum:

Herausgeber: Attac Bundesbüro Frankfurt
Münchenerstrasse 48, 60329 Frankfurt

Kontakt: kummer@attac.de

Autoren: Erik Petter, Claudia Kasten

Redaktion: Luise Kummer

Beratung: Manfred Dullien, Helmut Janßen-Orth,
Freya Pausewang, Marianne Reichhart-Plank, Jochen Pragal

Lektorat: Kirsten Grote, Luise Kummer

Layout: Monika Linhard

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung
der Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft

Gewerkschaft
Erziehung und Wissenschaft



Vorwort

Alle Diskussionen über unser Gesundheitssystem drehen sich um drei zentrale Fragen, die auch die Achse dieses Bildungsbausteins sind: Wie können wir uns das Sozialversicherungssystem noch leisten? Welche Ursache hat die Erhöhung der Sozialbeiträge? Gibt es im Sozialstaat vernünftige Alternativen? Eine zufrieden stellende Antwort darauf wird es freilich bei isolierter Betrachtung nicht geben. Daher sollte vielleicht am Schluss separat die Frage „Was ist sozial?“ diskutiert werden.

Diese enge Anbindung an die politische Realität findet im vorliegenden Material auch durch die Integration des methodisch-didaktischen Teils in den Informationsteil Ausdruck. Dadurch ist es möglich, dass sich die SchülerInnen über die Zusammenhänge des deutschen Gesundheitssystems informieren, sich also zugleich mit dessen aktuellen Problemen auseinandersetzen und auf den nicht unwesentlichen Einfluss der Lebensbedingungen aufmerksam werden.

Das vorliegende Material soll die methodischen Kompetenzen der SchülerInnen bei der Erstellung und Interpretation von Statistiken, der Recherche aktuellen statistischen Materials im Internet und die situative und argumentative Erfassung verschiedener Positionen in einem Rollenspiel stärken. Fachlich erlangen sie Kenntnisse der Funktion und der Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems, verstehen die Ursachen des derzeitigen finanziellen Engpass in den Gesetzlichen Krankenkassen und setzen sich mit möglichen Lösungsansätzen auseinander.

Geeignet ist der Baustein für den Unterricht ab der 10. Klasse, jedoch sind einzelne Aspekte, beispielsweise der Schwerpunkt: „Auswirkungen der Verarmungsspirale auf das Gesundheitssystem?“, ebenso für jüngere Schüler geeignet. Das Themengebiet könnte in den Fächern Arbeitslehre, Sozialkunde, WISO bzw. Politik oder Wirtschaft behandelt werden. Als Kontext ist die Fragestellung „Erklärung und Thematisierung solidarischer Systeme?“ denkbar.

Luise Kummer

1. Das Gesundheitssystem der BRD

Ziel:

Die SchülerInnen sollen verstehen, wie das Gesundheitssystem in der BRD funktioniert und wie es finanziert wird.

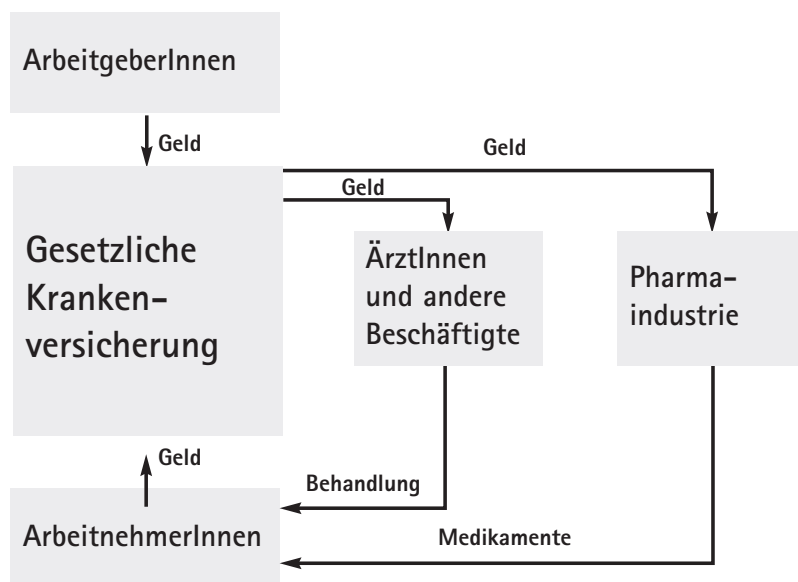
Methode:

Die SchülerInnen bekommen die folgende Aufgabe gestellt:

Angenommen, jemand hat eine akute Blinddarmentzündung.

- Was passiert?
- Wer ist beteiligt?
- Wer kommt für die Kosten auf?
- Welche Krankenversicherungsarten gibt es und woher erhalten sie ihr Geld?
- Zahlen alle Versicherten gleich hohe Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung?
- Nach welchem Prinzip arbeiten private Krankenversicherungen?

Die Antworten werden im Unterrichtsgespräch erarbeitet. Zur Ergebnissicherung könnte ein Tafelbild etwa wie folgt dienen:



Im Gesundheitssystem der BRD werden Behandlungen von niedergelassenen ÄrztInnen und TherapeutInnen oder von den Beschäftigten der Krankenhäuser durchgeführt. Die Medikamente der Schulmedizin werden durch die Pharmaindustrie produziert. Die Leistungen werden, von den gesetzlich festgelegten Zuzahlungen abgesehen, für die PatientInnen kostenlos bereitgestellt (Sachleistungsprinzip). Die Finanzierung erfolgt durch die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVn) direkt an die LeistungserbringerInnen. Die GKVn werden jeweils zur Hälfte durch ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen finanziert. Es gilt das Solidaritätsprinzip

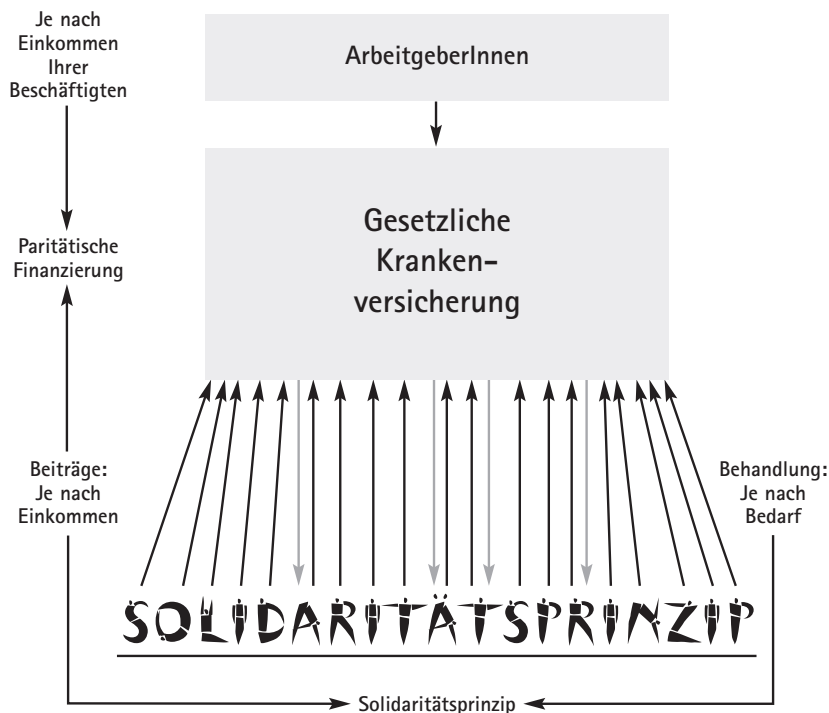
Arbeitsaufgabe:

Wie funktioniert das Gesundheitssystem in der BRD?

Informationstext:

Die Struktur des Gesundheitssystems der BRD

Die Frage der Finanzierung kann an Hand des folgenden Tafelbildes vertieft werden.



In der BRD trägt die Lohnquote die sozialen Sicherungssysteme, zu denen auch das Gesundheitssystem gehört. Je mehr Menschen in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen, desto höher ist das Beitragsaufkommen für die Krankenkassen. Die Höhe der Beiträge richtet sich bis zu einer gewissen Grenze nach dem Einkommen der Beschäftigten. Menschen mit hohem Einkommen zahlen höhere Beiträge als Menschen mit niedrigem Einkommen. Kinder sind bei ihren Eltern kostenlos mitversichert. Die gesetzlichen Krankenversicherungen bezahlen Leistungen, die medizinisch notwendig sind. Dem zufolge erhalten gesunde Menschen keine Leistungen, während z.B. chronisch Kranke ihre Behandlungskosten ersetzt bekommen (von Zuzahlungen abgesehen). Dass Gesunde für Kranke und Wohlhabende für Nicht-Wohlhabende mitbezahlen, heißt **Solidaritätsprinzip**.

Das bisher dargestellte System stimmt für die GKVn. Es gibt aber auch private Krankenversicherungen (PKVn), die nach einem anderen Prinzip arbeiten.

In den PKVn sind Menschen mit hohem Einkommen und Selbstständige (sowie Beamte, was im Folgenden aber vernachlässigt wird) versichert, da nur diese lt. Gesetz von der Versicherungspflicht in den gesetzlichen Krankenversicherungen befreit werden können. Der Beitrag zu den PKVn richtet sich nicht nach der Einkommenshöhe, sondern nach dem Krankheitsrisiko (Äquivalenzprinzip). Chronisch Kranke beispielsweise müssen bei der Aufnahme in eine PKV sehr viel mehr Beitrag zahlen als Gesunde. PKVn haben das Ziel, mit ihren Versicherungen Gewinne zu erwirtschaften.

Informationstext:
Die Finanzierung des Gesundheitssystems

Solidaritätsprinzip

Äquivalenzprinzip

2. Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVn) und deren Ursachen

Ziel:

Die SchülerInnen sollen verschiedene Erklärungen für die bestehende Finanzlücke in den GKVn kennen und sich darüber ein eigenes Urteil bilden können.

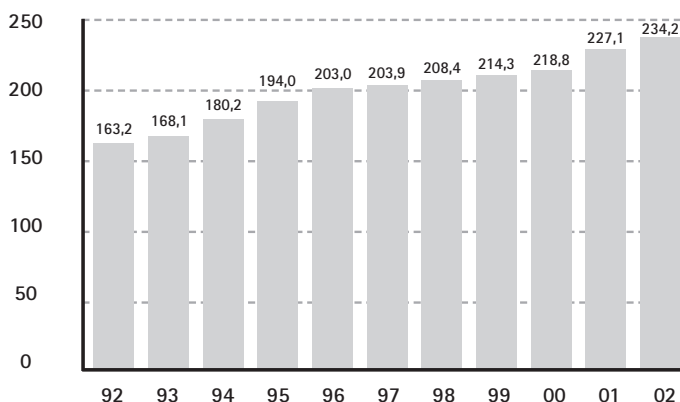
Methode:

Es werden zwei Alternativen vorgeschlagen:

Alternative 1: „Ursachenforschung“ mit Hilfe von drei Statistiken

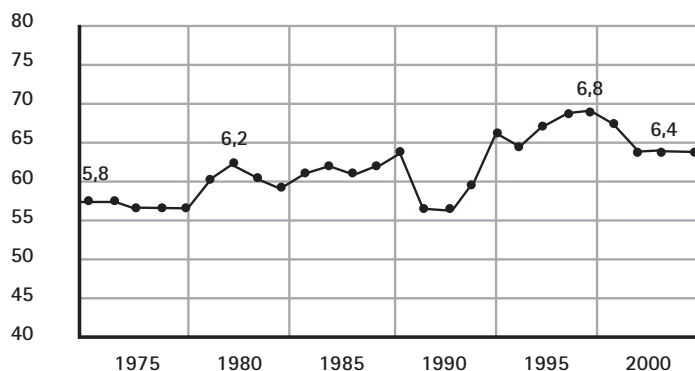
Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben zu wenig Geld. Woran liegt das? Erarbeiten Sie eine Erklärung anhand der folgenden Statistiken:

Statistik 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben
Mrd. Euro



© Statistisches Bundesamt Deutschland 2003

Statistik 2: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung
in Prozenten des Bruttoinlandsprodukts



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Infos zu dieser Statistik: www.attac-netzwerk.de/sozsuch

Arbeitsaufgabe:

Wie erklärt sich die bestehende Finanzlücke in den GKVn?

Alternative 1:

„Ursachenforschung“ mittels Statistiken

**Statistik 3: Das privat verfügbare Volkseinkommen
nach der öffentlichen Umverteilung in Deutschland**

Jahr	Verfügbares Volkseinkommen der privaten Haushalte	Nettolöhne und -gehälter	Monetäre Sozialleistungen	Netto- -Gewinn und -Vermögeseinkommen	Korrekturfaktoren ²⁾
	in Mrd. DM %	% ¹⁾	% ¹⁾	% ¹⁾	% ¹⁾
1960	1.188,0	55,8	20,9	25,3	2,0
1970	1.428,0	55,7	21,2	26,9	3,8
1980	1.960,4	52,7	26,2	25,5	4,4
1990	1.532,7	48,5	24,8	31,7	4,0
1991	1.896,7	49,4	22,5	27,1	0,3
1992	2.029,5	49,2	23,4	27,1	0,3
1993	2.108,4	49,0	24,3	26,4	0,3
1994	2.164,1	47,6	24,6	27,6	0,3
1995	2.234,5	46,5	24,9	28,6	0,3
1996	2.291,7	45,1	26,1	28,5	0,4
1997	2.339,3	43,4	26,1	30,1	0,4
1998	2.403,2	43,2	26,0	30,4	0,4
1999	2.474,4	43,4	26,0	30,2	0,4
2000	2.544,0	43,8	26,0	29,7	0,4

¹⁾ Anteil am privat verfügbaren Volkseinkommen. ²⁾ Nicht eindeutig zurechenbare Einkommen; vor 1991 mit negativen Vorzeichen. ³⁾ Vor 1991 Westdeutschland

Quelle: Statistisches Bundesamt (Fachserie 18, Stand August 2001). Berechnungen des WSI

Aktualisierungen der Werte für nominale Gesundheitsausgaben, Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt und zur Lohnquote sind auf den Internet-Seiten des Statistischen Bundesamtes abrufbar.

- Nominale Gesundheitsausgaben: www.destatis.de/basis/d/gesu/gesugra1.htm
- Relative Gesundheitsausgaben: www.destatis.de/basis/d/gesu/gesugra2.htm

Über die Entwicklung der Lohnquote wird leider kein Überblick gegeben. Aktuelle Daten kann man aber erhalten, wenn man auf der Startseite (www.destatis.de) „Lohnquote“ in die Suchmaschine eingibt. Als Suchergebnis erhält man in der Regel einige Pressemitteilungen, welche die gewünschten Informationen enthalten. Brauchbare und zu kürzende Texte, Statistiken und Grafiken lassen sich auch mit der Suchmaschine „google.de“ Stichwort „Lohnquote Deutschland“ finden.

Interpretation der Statistiken

Statistik 1:

In den letzten Jahren sind die Gesundheitsausgaben den absoluten Zahlen nach stark gestiegen. Diese Zahlen sind an sich aber nicht aussagekräftig, da sie beispielsweise noch nicht um die Inflationsrate oder die Lohnerhöhungen bereinigt sind und daher auf keinen vergleichbaren Größen beruhen.

Statistik 2:

Eine Möglichkeit, Störgrößen herauszurechnen, besteht darin, die Gesundheitskosten in Bezug zum Bruttoinlandsprodukt (also zur Summe aller produzierten Güter und Dienstleistungen) zu setzen. Dann wird deutlich, dass die relativen Gesundheitsausgaben zwischen 1975 und 2000 nur um 0,6 Prozentpunkte gestiegen sind. Die Finanzlücke in den Krankenkassen lässt sich also nicht auf erhöhte Ausgaben zurückführen.

Statistik 3:

Die Lohnquote (also der Anteil der Bruttoinlandsproduktes, der in Form von Löhnen ausgezahlt wird), ist seit 1980 stark gefallen. Dieses liegt einerseits an dem von den Gewerkschaften geübten Lohnverzicht und andererseits an der Arbeitslosigkeit. Eine niedrige Lohnquote

Aktualisierungen der Werte:

Nominale Gesundheitsausgaben:

www.destatis.de/basis/d/gesu/gesugra1.htm

Relative Gesundheitsausgaben:

www.destatis.de/basis/d/gesu/gesugra2.htm

*Lösungshinweise zur Interpretation
der Statistiken*

bedeutet Einnahmeausfälle für die gesetzlichen Krankenversicherungen, da deren Einnahmen sich nach der Lohnhöhe berechnen. Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben also vor allen Dingen ein Einnahmen- und kein Ausgabenproblem. Eine Maßnahme zur Minderung dieses Einnahmeproblems sind die von den GKVn durchgeführten Anhebungen der Beitragsätze.

Die Interpretation der dargestellten Zahlen soll zeigen, dass eine breite Einnahmehasis der gesetzlichen Krankenkassen prozentual niedrige Beiträge bedingt, während eine schmale Einnahmehasis zu höheren Beiträgen führt.

Alternative 2: Zwei Positionen vergleichen

Arbeiten Sie aus zwei Quellen mit teilweise unterschiedlichen Erklärungen für die Finanzkrise der gesetzlichen Krankenversicherungen heraus, wie darin die verschiedenen Schwerpunkte gesetzt sind.

(Anmerkung für LehrerInnen: Idealer Weise sollte eine der Positionen die Ursache der Finanzkrise der gesetzlichen Krankenversicherungen durch die Einnahmenseite, die andere diese durch die Ausgabenseite erklären. Eine Durchsicht aktueller Stellungnahmen zeigt, dass sich diese idealtypische Einteilung in der Praxis kaum finden lässt. So ist Attac etwa eine klare Vertreterin der Einnahmen-These, kritisiert aber gleichzeitig auch die hohen Profite der Pharmakonzerne, also ein Ausgabenproblem. Für die Regierungsseite hingegen gilt umgekehrt, dass ihre VertreterInnen zwar differenzierte Betrachtungen zum Problem vorstellen, dass aber wohl eher die Ausgaben als Ursache des Finanzproblems gesehen werden, da politische Maßnahmen vorwiegend auf eine Kostenreduktion abzielen.)

Position 1:

Auszug aus: „Antworten zur Agenda 2010“ – eine Broschüre der Bundesregierung, Stand Nov. 2003, S. 34–37; Darin sieht die Bundesregierung das Problem wie folgt: „(...) die Einnahmen der Krankenversicherung sind zurückgegangen. Die Gründe dafür sind insbesondere die schwierige konjunkturelle Lage und die hohe Arbeitslosigkeit. Gleichzeitig steigen die Kosten für die medizinische Versorgung kontinuierlich an: Die durch den medizinischen Fortschritt ermöglichten Therapien sind häufig kostenaufwendig. Ein weiteres Problem für die Krankenversicherung liegt darin, dass die Bevölkerung immer älter wird und es zu wenige Junge gibt. Unser Gesundheitssystem weist aber auch ineffiziente Strukturen auf. Es kommt oft zu Unter-, Über- oder Fehlversorgungen. Die vorhandenen Finanzmittel werden nicht immer zielgenau eingesetzt.

(...) Die Reform orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten und trägt dazu bei, die Kosten zu senken. Mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem und mehr Eigenverantwortung der Versicherten entlasten die Krankenkassen.(...).

Was tut die Bundesregierung, um die Qualität der medizinischen Hilfe für alle Kranken zu erhalten und zu verbessern? Von ganz wesentlicher Bedeutung ist, dass alle in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten weiterhin Anspruch auf die notwendige medizinische Versorgung haben. Wartelisten und Altersgrenzen z.B. für Operationen wird es in Deutschland nicht geben. Bürgerinnen und Bürger haben daher auch in Zukunft freie Arztwahl. (...)

Wie erreicht die Bundesregierung, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sinken? Die Bundesregierung beteiligt sich an den Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen, z.B. beim Mutterschaftsgeld. Diese Zuschüsse des Bundes werden künftig in gesundheitspolitisch sinnvoller Weise über eine höhere Tabaksteuer refinanziert. Andere versicherungsfremde Leistungen, z.B. Sterbe- oder Entbindungsgeld, werden gestrichen. Vom Jahr 2005 an müssen die Versicherten einen Sonderbeitrag für den Zahnersatz an die Krankenkasse zahlen oder sich insoweit privat versichern. Ab 2006 werden die Versicherten auch einen Sonderbeitrag für die Aufwendungen zum Krankengeld leisten.

Was veränderte sich bereits zum 1. Januar 2004? Versicherte mußten sich dann auf veränderte Zuzahlungen einstellen, z.B. bei Medikamenten. Für Arztbesuche wird eine Praxisgebühr

Alternative 2: Argumentationsvergleich

Position 1:

„Antworten zur Agenda 2010“ –
eine Broschüre
der Bundesregierung

Was tut die Bundesregierung, um
die Qualität der medizinischen Hilfe
für alle Kranken zu erhalten und
zu verbessern?

Wie erreicht die Bundesregierung,
dass die Beiträge zur gesetzlichen
Krankenversicherung

von zehn Euro erhoben, die in der Regel nur einmal im Quartal zu leisten ist. Die Gebühr entfällt bei Vorsorgeuntersuchungen und bei Überweisungen. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind von diesen Zahlungen ausgenommen."

Position 2:

Auszug aus dem bundesweiten Attac-Flugblatt „Privatisierung: Vorsicht gesundheitsschädlich! – Das Gesundheitswesen unter dem Hammer!“

„Entgegen aller Wahlkampfrhetorik sollen Leistungskürzungen und eine weitere Privatisierung des Gesundheitswesens erfolgen. Doch die Behauptung, der Markt vermöge auch in der Daseinsvorsorge effiziente und vernünftige Lösungen zu erzeugen, wurde schon im 19. Jahrhundert widerlegt.

Unser Gesundheitswesen ist nicht mehr finanzierbar – so die Rede. Einer 'Kostenexplosion' sei nur durch Privatisierung und mehr Konkurrenz beizukommen. Doch die Fakten belegen das pure Gegenteil: Eine Kostenexplosion existiert überhaupt nicht. Offizielle Daten belegen, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung keinesfalls über Gebühr angestiegen sind; in den letzten 20 Jahren betrug die Steigerung lediglich 0,2 Prozent!

Ursache der steigenden Beitragslast der Beschäftigten ist die schrumpfende Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Da die Lohnsteigerungen seit langem hinter dem Wirtschaftswachstum zurückblieben und gleichzeitig die Erwerbslosigkeit anstieg, nahm die Belastung jedes einzelnen Versicherten zu. Einem Rückgang der Beteiligung von Arbeitgebern an den Kosten der Sozialsysteme stand zwangsläufig die Zunahme der Soziallasten der Beschäftigten gegenüber."

3. Lösungsansätze

Ziel:

Die SchülerInnen sollen verschiedene Lösungsansätze für das Finanzproblem der gesetzlichen Krankenkassen kennen und dazu Stellung nehmen.

Methode:

Es werden zwei Methoden, Diskussion und Rollenspiel, vorgeschlagen. Diese können alternativ oder nacheinander eingesetzt werden.

Methode 1: Diskussion

In dem unten stehenden Text finden Sie mehrere Vorschläge, die zur Zeit diskutiert werden, um die Finanzkrise der gesetzlichen Krankenkassen zu überwinden. Ordnen Sie diese danach, ob sie eher an der Einnahmen- oder an der Ausgabenseite ansetzen. Welche der Vorschläge befürworten Sie, welche lehnen Sie ab? (Letzteres nur, wenn Methode 2 nicht mehr zur Anwendung kommt.)

1. Aufteilung des Leistungskataloges der GKVn in Grund- und Wahlleistungen.

Danach würde durch die GKV nur noch eine medizinische Grundversorgung (z.B. lebensnotwendige Operationen/Behandlungen) finanziert werden. Wer darüber hinausgehende medizinische Leistungen in Anspruch nehmen möchte, müsste sich auf eigene Kosten zusätzlich versichern.

2. Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze.

Bisher müssen sich alle ArbeitnehmerInnen bis zu einem gewissen Einkommen (3375 €) in der GKV versichern. Wessen Einkommen über dieser so genannten „Pflichtversiche-

Was veränderte sich bereits zum 1. Januar 2004?

Position 2:

Attac-Flugblatt „Privatisierung: Vorsicht gesundheitsschädlich! – Das Gesundheitswesen unter dem Hammer!“

Eine „Kostenexplosion“ besteht nicht.

Ursache steigender Beitragslast ist die schrumpfende Finanzierungsbasis der GKVn

Arbeitsaufgabe:

Welche Lösungsansätze für das Finanzproblem der GKVn gibt es?

Methode 1:

Diskussion verschiedener Vorschläge

Aufteilung des Leistungskatalogs der GKVn in Grund- und Wahlleistungen

rungsgrenze" liegt, darf selbst entscheiden, ob er in der GKV bleiben oder bei einer PKV versichert sein will. Da die meisten Besserverdienenden sich für eine PKV entscheiden, gehen den GKVn viele Beiträge verloren. Mit dem Vorschlag, die Pflichtversicherungsgrenze zu erhöhen, soll dem gegengesteuert werden.

Bei Besserverdienenden, die freiwillig in der GKV bleiben, wird nicht ihr volles Einkommen zur Berechnung ihrer Beiträge herangezogen. Stattdessen wird ein Einkommen immer nur bis zur so genannten „Beitragsbemessungsgrenze“ (zur Zeit ebenfalls bei 3375 €) herangezogen. Es ist also egal, ob jemand 3.375 €, 5.000 € oder 10.000 € verdient, zahlen muss er immer den selben Beitrag. Durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sollen höhere Einkommen stärker als bisher zur Finanzierung der Krankenkassen herangezogen werden.

Zur Verbesserung der Einnahmesituation der GKVn wurde von Attac vorgeschlagen, die Berechnungsbasis des Beitrags zur GKV um alle Privateinkünfte z.B. auch Erträge aus Kapitalanlagen, Mieterträge, Zinseinkünfte etc. zu erweitern.

3. Einkaufsmodelle

Danach wird den gesetzlichen Krankenversicherungen das Recht gegeben, Verträge mit einzelnen TherapeutInnen, ÄrztInnen oder Krankenhäusern zu schließen. Bisher gibt es Kollektivverträge (beispielsweise zwischen den Kassen und der kassenärztlichen Vereinigung), welche festlegen, in welcher Höhe die einzelnen medizinischen Leistungen von den gesetzlichen Krankenversicherungen vergütet werden.

Durch die neue Strategie wären die AnbieterInnen medizinischer Leistungen wie TherapeutInnen, ÄrztInnen, Krankenhäuser usw. gezwungen, Leistungen möglichst kostengünstig anzubieten, da sie sonst Gefahr liefen, ihre Verträge mit den gesetzlichen Krankenversicherungen nicht mehr verlängern zu können. Ökonomische Kriterien würden damit bei medizinischen Entscheidungen ein stärkeres Gewicht erhalten.

4. Fallpauschalen

Bisher bekommen Krankenhäuser – bis auf wenige Ausnahmen – die tatsächliche Dauer einer Behandlung von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet, d.h. folgt einer Operation ein 8-tägiger Krankenhausaufenthalt, bezahlt die Krankenkasse für 8 Tage; ist im Einzelfall für die Genesung nur ein Krankenhausaufenthalt von 5 Tagen notwendig, bezahlt die Krankenkasse auch nur für 5 Tage. Wird dagegen nach einer Pauschale abgerechnet, zahlen die gesetzlichen Krankenkassen dem Krankenhaus für die gleiche Operation immer die gleiche Summe, unabhängig von der Verweildauer der Patienten. Die Pauschalen werden nach Durchschnittswerten errechnet und sind zum Teil schon Realität.

5. Verhältnisprävention

Durch Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und der allgemeinen Lebensverhältnisse der Menschen (z.B. soziale Bedingungen, Umwelt, usw.) sollen viele Krankheiten bereits vor ihrer Entstehung vermieden werden (Prävention). Im Jahr 1998 wurden in der Bundesrepublik 28,4 Milliarden DM für die Behandlungen von Krankheiten ausgegeben, die nachweislich auf schlechte Arbeitsbedingungen zurück zu führen waren!

6. Positivliste

Viele Medikamente, die denselben Wirkstoff enthalten und in ihrer medizinischen Wirkung gleichwertig sind, werden von verschiedenen Firmen unter deren eigenen Produktnamen verkauft. Dabei gibt es erhebliche Preisunterschiede. Auf einer „Positivliste“ würden die jeweils günstigsten Medikamente gleicher Qualität und Wirkung (Stichwort Generika) stehen und nur diese dürften über Kassenrezepte verschrieben werden.

Anhebung der Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenzen

Einkaufsmodelle

Fallpauschalen

Verhältnisprävention

Positivliste

7. Wertschöpfungsabgabe („Maschinensteuer“)

Durch eine ergänzende Wertschöpfungsabgabe (im Sinne einer Abgabe auf das eingesetzte Produktionsvermögen) soll der ArbeitgeberInnenanteil, welcher sich bisher ausschließlich nach dem Lohn der Beschäftigten richtet, erhöht werden. Eine niedrige Lohnquote würde nicht mehr zu Finanzierungsproblemen bei den gesetzlichen Krankenkassen führen, da diese durch die Wertschöpfungsabgabe über ausgleichende Einnahmen verfügen.

8. Mehr Zuzahlungen durch die Versicherten

Der Anteil, den Versicherte zu Medikamenten und medizinischen Behandlungen privat zahlen müssen, soll vergrößert werden. Auf diese Weise würden die GKVn finanziell entlastet werden und der Anreiz, eine möglichst kostengünstige Behandlung durchzuführen, wäre größer.

9. Bürgerversicherungsmodell

Jeder bezahlt in eine Versicherung ein. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder einen einkommensproportionalen Beitrag (wie in der Schweiz), d.h. jeder bezahlt einen bestimmten Prozentsatz seines Einkommens in diese eine Versicherung; oder jeder bezahlt denselben Beitrag („Kopfpauschale“).

Wertschöpfungsabgabe

Mehr Zuzahlungen der Versicherten

Bürgerversicherungsmodell

Methode 2: Rollenspiel

Die SchülerInnen teilen sich in Gruppen auf. Jede Gruppe spielt eine andere Interessensgruppe im Gesundheitssystem. In einer ersten Arbeitsphase beraten die Gruppen getrennt voneinander, welche der oben genannten Vorschläge sie unterstützen und welche sie ablehnen. Danach kommen dann alle Interessengruppen zusammen. Aufgabe ist es, die anderen von den eigenen Vorschlägen zu überzeugen. Ziel ist es, dass sich alle Gruppen auf mindestens 3 Vorschläge einigen.

*Methode 2:
Rollenspiel*

Bei Bedarf wäre es zeitsparender, die Gruppen nur berichten zu lassen, welche Vorschläge sie befürworten und dies an der Tafel grafisch darzustellen.

Die Interessengruppen und ihre Rolleninstruktionen:

1. ArbeitgeberInnen

Ihr seid die Gruppe der ArbeitgeberInnen. Ihr habt ein Unternehmen, in dem ihr viele Angestellte beschäftigt. Ihr zahlt den Arbeitgeberanteil für die gesetzlichen Krankenkassen, und zwar in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes des Lohns eurer Beschäftigten. Das heißt, je mehr Menschen ihr beschäftigt und je mehr sie verdienen, desto höher sind eure Beiträge zur gesetzlichen Krankenkasse. *Was haltet Ihr als ArbeitgeberInnen von den verschiedenen Reformvorschlägen?*

Was haltet Ihr als ArbeitgeberInnen von den verschiedenen Reformvorschlägen?

2. ArbeitnehmerInnen / Versicherte

Ihr seid die Gruppe der ArbeitnehmerInnen und seid bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert. Ihr verdient unterschiedlich viel Geld und davon müsst ihr einen bestimmten Prozentsatz an die Krankenversicherungen zahlen. Wenn ihr krank seid, geht ihr zum Arzt oder werdet ins Krankenhaus überwiesen. Ihr möchtet dort gut behandelt werden. Die Behandlung bezahlt eure Krankenkasse (manchmal müsst ihr etwas dazu zahlen). Ihr bekommt von der Kasse das bezahlt, was medizinisch notwendig ist. Wie viel Geld ihr in die Kasse einzahlt, ist dabei unwichtig. *Was haltet ihr als ArbeitnehmerInnen und Versicherte von den verschiedenen Reformvorschlägen?*

Was haltet ihr als ArbeitnehmerInnen und Versicherte von den verschiedenen Reformvorschlägen?

3. ÄrztInnen und andere Beschäftigte des Gesundheitswesens

Ihr seid als ÄrztInnen oder andere Beschäftigte (Krankenschwestern und -pfleger, Physiotherapeuten, Logopäden usw.) im Gesundheitswesen beschäftigt. D.h. einige von euch sind in einer Klinik angestellt und einige sind in einer eigenen Praxis niedergelas-



sen. Ihr habt unmittelbaren Kontakt zu euren PatientInnen und wollt ihnen möglichst gut helfen. Gleichzeitig möchtet ihr bei eurer Arbeit gut bezahlt und im Rahmen eurer Arbeitszeit mit euren Tätigkeiten fertig werden (und nicht ständig Überstunden machen müssen). Und ihr wollt genug Zeit für alle PatientInnen haben, denn je mehr man hetzen muss, desto schlechter arbeitet man. *Was haltet ihr als ÄrztInnen und andere Beschäftigte im Gesundheitswesen von den verschiedenen Reformvorschlägen?*

4. Gesetzliche Krankenversicherungen

Ihr seid die gesetzlichen Krankenversicherungen. Die meisten Beschäftigten sind bei euch versichert. Eure Einnahmen sind davon abhängig, wie viel eure Versicherten verdienen und wie viele Menschen bei euch versichert sind. Der Beitrag, den jeder zahlen muss, ist ein bestimmter Prozentsatz seines Einkommens. Wie viel Prozent es sind, könnt ihr entscheiden.

Wenn jemand zum Arzt oder ins Krankenhaus muss, müsst ihr die Kosten dafür bezahlen. Ihr handelt z.B. mit den Vereinigungen der ÄrztInnen oder der Krankenhäuser einen einheitlichen Preis für die Behandlungen bzw. einen Tagessatz, den Ihr für einen Tag Krankenhausaufenthalt bezahlt, aus. Wie hoch eure Ausgaben sind, hängt davon ab, ob eure Versicherten häufig krank sind und wieviel die Behandlungen kosten. *Was haltet ihr als gesetzliche Krankenversicherungen von den verschiedenen Reformvorschlägen?*

5. Pharmaindustrie

Ihr seid die Pharmaindustrie. Jeder von euch stellt als Pharmaunternehmen Medikamente her und möchte damit Geld verdienen. Eure Einnahmen bekommt ihr über die Apotheken von den Krankenversicherungen (und aus den Zuzahlungen der Versicherten). Ihr verdient umso mehr Geld, je häufiger die ÄrztInnen euer Medikament verschreiben. Deswegen macht ihr viel Werbung, um die ÄrztInnen für eure Produkte zu gewinnen. Solange ihr auf eure Medikamente Patente habt, könnt ihr viel mehr Geld für sie verlangen, weil andere Firmen die Medikamente wegen der Patente nicht – und daher auch nicht billiger – herstellen dürfen. *Was haltet ihr als Pharmaindustrie von den verschiedenen Reformvorschlägen?*

Was haltet ihr als ÄrztInnen und andere Beschäftigte im Gesundheitswesen von den verschiedenen Reformvorschlägen?

Was haltet ihr als gesetzliche Krankenversicherungen von den verschiedenen Reformvorschlägen?

Was haltet ihr als Pharmaindustrie von den verschiedenen Reformvorschlägen?



Wie wirkt die neoliberale Wirtschaftspolitik auf unser Gesundheitswesen?

Grundsätze des Wirtschaftsliberalismus:

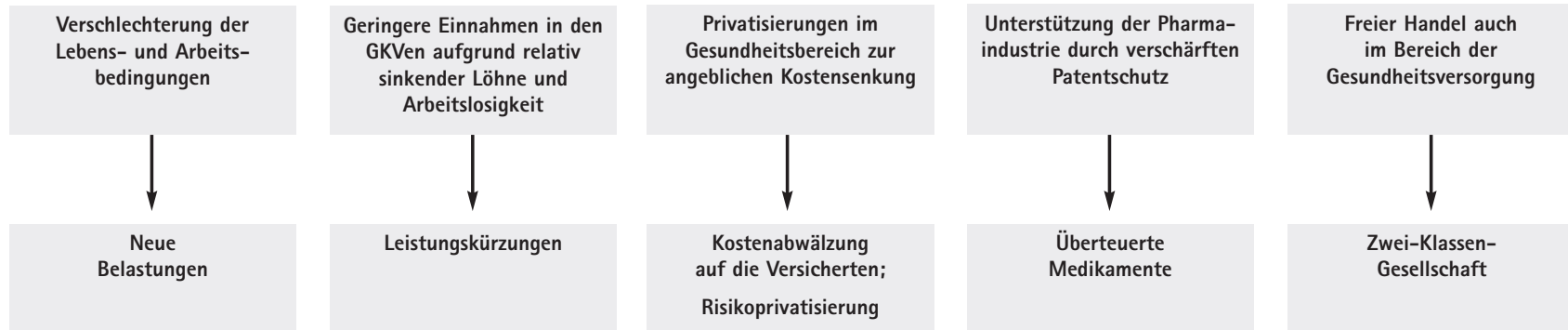
- Der Markt regelt unter der Voraussetzung vollständiger Konkurrenz die Verteilung der Güter und Dienstleistungen gerecht (die unsichtbare Hand). Auch außerhalb der Wirtschaft regeln die – vernünftigerweise egoistischen – Individuen (Bürger) in Freiheit ihre Beziehungen selbst.

Allgemeine Folgerungen für Wirtschaft und Staat:

- Autonom handelnde UnternehmerInnen sorgen für die optimale Kombination der Produktionsfaktoren und damit für das allgemeine Wohlergehen. Weltweite Standortkonkurrenz sorgt für weltweites wirtschaftliches Wachstum.
- Der Staat hält sich aus der Wirtschaft heraus. Er sichert den freien Markt, indem er vollständige Konkurrenz und Rechtssicherheit herstellt.

Weil es sich dabei um idealtypische Bedingungen handelt, Bedingungen also, die in der Realität so nicht anzutreffen sind, ist wie bei allen Theorien mit Fehlentwicklungen zu rechnen:

D.h. der Markt ist kein optimaler Markt, die Konkurrenz ist keine vollständige Konkurrenz, es gibt keine absolute Rechtssicherheit, etc.
Die Fehlentwicklungen in der neoliberalen Gesundheitspolitik belegen diese Einschätzung.



Wozu wäre die Politik verpflichtet, um das Umfeld für ein solidarisches Gesundheitssystem bereit zu stellen?

Welche Parameter müssten der Wirtschaft vorgegeben werden, damit sie ein derartiges System unterstützt?

Worin liegt der Beitrag des Individuums, um einem solchen System zum Durchbruch zu verhelfen?

WTO im Überblick

Hervorgegangen ist die WTO aus dem GATT, dem General Agreement on Tariffs and Trade, das seit 1948 als Rahmen für die schrittweise Senkung von Zöllen auf Industriewaren dient. Die GATT-Verträge wurden in sogenannten „Runden“ entwickelt. In der letzten dazu abgehaltenen Veranstaltung, der Uruguay-Runde, wurde mit dem am 15. April 1995 in Marrakesch (Marokko) unterzeichneten Abschlussdokument die WTO (World Trade Organisation) gegründet. Dieser Vertrag von Marrakesch bildet seither den Kern des Welthandelsrechts. Er beinhaltet die Verträge über GATT (Warenhandelsabkommen), GATS (Dienstleistungsabkommen), TRIPS (Abkommen über handelsbezogene geistige Eigentumsrechte) und das Agrarabkommen AoA. Als Instrumentarium bei Streitigkeiten in Handelssachen steht der WTO das Streitbeilegungsverfahren zur Verfügung, das im Sinne eines „internationalen Strafgerichtshofs“ endgültige Entscheidungen trifft. Vertragsänderungen oder –erweiterungen müssen einstimmig von allen Mitgliedsstaaten in den Ministerkonferenzen beschlossen werden.

Die WTO, eine internationale Organisation mit Sitz in Genf, definiert sich selbst als „internationaler Rahmen für das multilaterale Handelssystem“. Dabei darf nicht übersehen werden, dass die vorgeschriebene Einstimmigkeit der Beschlüsse durch das vorhandene Machtgefälle hintertrieben wird. So nehmen aus Kostengründen Entwicklungsländer, wenn überhaupt, nur mit kleinen Delegationen an den Verhandlungen teil. Sie sind von den sogenannten „green-room-Gesprächen“ ausgeschlossen, obwohl hier fast die gesamte Entscheidungsfindung stattfindet. Um Entwicklungsländer zu Zugeständnissen zu bewegen, werden von den Industrieländern nicht selten enorme Drohkulissen aufgebaut. Diese reichen von Kürzungen oder Streichung der Entwicklungshilfe bis hin zu dem Vorwurf, den Terrorismus zu unterstützen.

Unter dem Dach der WTO sind vielfältige, kaum überschaubare Interessen vereint. So treffen dort z.B. die Interessen der multinational agierenden Konzerne, welche in der WTO das juristische Instrument zur Erschließung neuer Märkte finden, auf die der nationalstaatlichen Regierungen, welche durch die WTO die Möglichkeit haben, politisch unangenehme Entscheidungen vollkommen der Einflussphäre innerstaatlicher Willensbildung zu entziehen. (Es werden mit der WTO „Sachzwänge“ geschaffen, denen sich die nationalstaatliche Politik zu unterwerfen hat.)

Indem sich die WTO lediglich als Handelssystem sieht und politische Fragen von wirtschaftlichen grundsätzlich trennt, kann sie beispielsweise die International Labour Organisation (ILO), allein zuständig für Arbeitsstandards erklären. Welthandel und die Einhaltung von Arbeitsstandards können aber nicht isoliert voneinander betrachtet werden. Dasselbe gilt für Fragen der Umwelt-, Entwicklungs-, Bildungs-, Sozial- und Gesundheitspolitik.

Die WTO ist gemeinsam mit dem Internationalen Währungsfond (IWF) und der Weltbank (WB) eine der zentralen Kräfte der Globalisierung. Oberstes Handlungsziel und Handlungsprinzip ist der Freihandel. Allerdings lässt die bisherige Vorgehensweise der WTO den Schluss zu, dass lediglich eine Liberalisierung noch zu erschließender Märkte angestrebt wird. Wo Interessen der Industrieländer durch eine Liberalisierung des Marktes bedroht wären, wird von dieser abgesehen. Dass Liberalisierungsmaßnahmen zur Erschließung neuer Märkte auch negative Auswirkungen auf die Bevölkerung in den Industrieländern haben können (z.B. GATS), wird von deren Regierungen zugunsten der Interessen multinationaler Konzerne hingenommen.

Literaturhinweis:

„WTO: Wie entstand das neoliberale Juwel?“ in: „Die geheimen Spielregeln des Welthandels“, S. 10 – 18, Promedia, Wien 2003

Susan George: „WTO: Demokratie statt Drakula“, Attac Basis Texte 1, VSA-Verlag, Hamburg 2002

WTO – World Trade Organisation

GATT – Warenhandelsabkommen

GATS – Dienstleistungsabkommen

RIPS – Abkommen über handelsbezogene geistige Eigentumsrechte

AoA – Agrarabkommen

ILO – International Labour Organisation

IWF – Internationaler Währungsfond

WB – Weltbank

Wirtschaftsliberalismus

Der Wirtschaftsliberalismus ist seit dem 18. Jahrhundert die bestimmende Ideologie zur Erklärung kapitalistischer Marktwirtschaften. Es ist eine Strömung des Liberalismus, die sich an der klassischen politischen Ökonomie von Adam Smith und David Ricardo orientiert. Demnach folgt die Ökonomie mit dem Marktgesetz eigenen Regeln. Angebot und Nachfrage stellt durch die „unsichtbare Hand“ ein ökonomisches Gleichgewicht her. Diese bürgerliche Ordnung hat neben dem Markt das Eigentum als Grundlage einer vermeintlich natürlichen Wirtschaftsordnung. Der politische Liberalismus ist demgegenüber zweitrangig.

http://www.wu-wien.ac.at/inst/sre/fwf/entwicklung/vo-online/IPE_KAT_END-1711.htm

Liberalismus

Dem Liberalismus liegt eine pragmatische Utopie der kleinen Verbesserungen im Rahmen einer offenen Gesellschaft zugrunde. Nicht selten wird er sogar zu einer Ideologie der Utopielosigkeit, wie dies von Margret Thatcher als TINA ("there is no alternative"), bezeichnet wurde.

Der Liberalismus ist eine gesellschaftspolitische Strömung, die ein Zuviel an Regierung vermeiden will. Die bestehende Ordnung einer liberalen Marktgesellschaft wird als natürlichste und höchste Form menschlichen Gemeinwesens akzeptiert. Der Liberalismus will in dieser vermeintlich natürlichen Ordnung den Einzelnen möglichst viel Spielraum zur persönlichen Entfaltung geben. Die Struktur der Gesellschaft, insbesondere die ungleiche Eigentumsordnung, muss akzeptiert werden. Strukturveränderung ist widernatürlich und daher abzulehnen.

Gemeinhin wird zwischen einem politischen und einem wirtschaftlichen Liberalismus unterschieden. Der politische baut auf dem Rechtsstaat und der Demokratie auf, der wirtschaftliche auf Markt und freiem Unternehmertum.

Es ist sinnvoll, weiters zwischen einem Sozialliberalismus und einem autoritären Liberalismus zu unterscheiden. Der Sozialliberalismus verkauft sich als Reform des Neoliberalismus. Während der Neoliberalismus wirtschaftsfixiert sei, schenke der Sozialliberalismus nun endlich auch dem Sozialen die gebührende Aufmerksamkeit. Doch genau deshalb ist der Sozialliberalismus als Radikalisierung des Neoliberalismus zu verstehen, der die neoliberale Logik, das neoklassische Marktmodell, nun auch auf das Soziale anwendet.

http://www.wu-wien.ac.at/inst/sre/fwf/entwicklung/vo-online/IPE_KAT_END-1509.htm

Neoliberalismus

Neoliberalismus ist eine Form des Wirtschaftsliberalismus, der die Marktwirtschaft als höchstes Gut ansieht. Im Interesse einer freien Marktwirtschaft ist der Wettbewerb zu regeln, Marktmacht, allen voran Monopole, ist zu unterbinden. Ein Wettbewerbsrecht ist essentiell für das Funktionieren von Marktwirtschaften.

Der Begriff Neoliberalismus wird, in Anknüpfung an den klassischen Liberalismus, von einigen Ökonomen wie Friedrich August Hayek und Walter Eucken bei einer Konferenz in Genf im Jahr 1939 geprägt. Eucken ist der Begründer der sogenannten ‚Freiburger Schule‘, die unter dem einschneidenden Eindruck der sozialen Folgen der Weltwirtschaftskrise in Deutschland in den 1930er Jahren entsteht, jener Zeit, als Keynes in England seine wirtschaftspolitischen Maßnahmen der Globalsteuerung des Wirtschaftsprozesses formuliert. Der politische Durchbruch sollte aber erst in den 1970er Jahren erfolgen. Er ist eng mit dem Namen Milton Friedman verbunden, wohingegen Hayek Vordenker eines autoritärliberalen Denkens wurde.

http://www.wu-wien.ac.at/inst/sre/fwf/entwicklung/vo-online/IPE_KAT_END-1503.htm

1. Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

UN-Resolution 217 A(III) vom 10.12.1948

Artikel 25 (Auszug)

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztlicher Versorgung und notwendiger sozialer Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“

2. Definition von Gesundheit durch die WHO aus dem Jahr 1958:

„Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur definiert durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung.“