

Krankes System?

Dokumentation der Fachtagung „Perspektiven für eine gerechte Gesundheitspolitik“



Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit

In der globalisierten Welt sind die wesentlichen Einflussfaktoren für Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen nicht mehr allein auf nationaler Ebene steuer- und beeinflussbar: die ständig wachsende Ungleichheit von Einkommen und Vermögen, der Klimawandel, die Liberalisierung der Finanz- und Warenströme, das Wirken transnationaler Konzerne, der Umgang mit den natürlichen Ressourcen. All das hat erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen und macht globales Handeln unumgänglich.

Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit (DPGG), in der Gewerkschaften, Sozial- bzw. Wohlfahrtsverbände, entwicklungs- wie migrationspolitische Organisationen, Wissenschaft sowie soziale Projekte und Bewegungen mitwirken, versteht sich als übergreifende Initiative mit dem Ziel, die sozialen und politischen Bedingungen für Gesundheit stärker in den Mittelpunkt der Gesundheitsdebatten zu rücken.

Die DPGG möchte

- den Zusammenhang zwischen globalen und lokalen Einflussfaktoren von Gesundheit stärker ins öffentliche Bewusstsein bringen
- die Zusammenarbeit nationaler und internationaler Initiativen stärken
- dazu beitragen, die Trennung zwischen innenpolitischer und globaler Gesundheitspolitik zu überwinden.

Impressum

Deutsche Plattform für Globale Gesundheit

Kontakt: Anne Jung, medico international

Redaktion: Franziska Hommes, Globalisation and Health Initiative (GandHI)

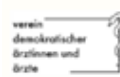
und Anne Jung, Gesundheitsreferentin medico international

Fotos: Eric Otieno, Universität Kassel

Für alle Beiträge gilt das gesprochene Wort.

medico international, Burgstraße 106, 60389 Frankfurt, Tel. 069 94438-0

www.plattformglobalegesundheit.de



Programm

Begrüßung

Anne Jung, medico international, Deutsche Plattform für Globale Gesundheit

PRIVATISIERUNG UND DEMOKRATIEVERLUST

Vortrag

Die politischen Ursachen von gesundheitlicher Ungleichheit

Professor Desmond McNeill, Lancet – University of Oslo Commission on Global Governance for Health

Kommentar

Manfred Fiedler, attac AG Soziale Sicherung

Dr. Tine Hanrieder, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

ÖKONOMISIERUNG UND ARBEITSKÄMPFE

Podiumsdiskussion

Das Ungleichgewicht bei der Gesundheitsfinanzierung

Knut Lambertin, Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

Mehr von uns ist besser für alle – der Kampf für mehr Personal an der Charité

Carsten Becker, Vorsitzender der ver.di-Betriebsgruppe an der Charité

Migration von Gesundheitsfachkräften – Ursachen und Folgen in Deutschland und weltweit

Heino Gülleemann, Stiftung Umverteilen

Moderation

Nadja Rakowitz, Verein Demokratische Ärztinnen und Ärzte (vdää)

Abschlusskommentar

Franziska Hommes, Globalisation and Health Initiative (GandHI) der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), Deutsche Plattform für Globale Gesundheit

Begrüßung

Anne Jung



Anne Jung begrüßt die Teilnehmenden der Konferenz im Namen von medico international und der Deutschen Plattform für globale Gesundheit ganz herzlich zu der Fachkonferenz *Krankes System? - Perspektiven für eine gerechte Gesundheitspolitik*.

Wir leben in Zeiten, in denen das Gesundheitswesen mehr und mehr zum Objekt ökonomischer Begierden wird. Die marktförmige Ausgestaltung des Gesundheitswesens gilt als krisensicher und konjunkturunabhängig und darüber hinaus als profitabler Wachstumsmarkt. Die Dominanz privatwirtschaftlicher Akteure und Prinzipien ist nur einer der schädigenden Einflüsse auf die Gesundheit. Und dies gilt nicht nur für die Industrienationen, sondern auch für die arm gehaltenen Länder des Südens.

Welche Auswirkungen hat die zunehmende Privatisierung eines öffentlichen Guts auf die Möglichkeiten demokratischer Mitbestimmung, auf die Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals und nicht zuletzt den Zugang zu Gesundheit für alle? Von welchen Interessen wird die Privatisierungspolitik geleitet?

Diese Fragen und die Auswirkungen der Privatisierungspolitik sollen interdisziplinär auf dieser Fachtagung analysiert und debattiert werden.

Dabei werden auch Ansätze einer Re-Politisierung und Re-Demokratisierung der Gesundheitspolitik aufgezeigt, die das Ziel einer vom Wohl der Menschen bestimmten globalen Gesundheitspolitik nicht aus dem Blick verliert und an den existenziellen Grundbedürfnissen der Menschen ausgerichtet ist.

Gesundheit ist ein globales öffentliches Gut; der Zugang zu Gesundheitsversorgung ein Menschenrecht, zu dessen Verwirklichung sich die Staatengemeinschaft verpflichtet hat.

Die politischen Ursachen von gesundheitlicher Ungleichheit

Prof. Dr. Desmond McNeill



Professor McNeill stellte die Ziele der Kommission der Lancet-University of Oslo Commission on global Governance for Health vor, die auf die inakzeptablen Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung sowohl innerhalb als auch zwischen verschiedenen Ländern aufmerksam machen möchte. Die Kommission setzt sich für eine demokratische Weltordnungspolitik (Global Governance), eine gerechte und nachhaltige Form der Globalisierung und für mehr Beteiligung von Akteuren aus dem Bereich der globalen Gesundheit ein. Prof. McNeill plädierte für eine „Global governance for, not of health“, also eine globale Gesundheitspolitik, die die Anliegen der Akteure im globalen Gesundheitsbereich mit berücksichtigt anstatt einer bloßen Verwaltung der Risiken, die sich potentiell (mitunter auch aufgrund der enormen Ungleichheit in diesem Bereich) ergeben.

Die Kommission erörtere, wie transnationale (Gesundheits-)Politiken die globale Gesundheit beeinflussen. Dazu legte sie Fallstudien vor, die ebendieses verdeutlichten und darüber hinaus aufzeigten, wie globale Gesundheitspolitik daran gescheitert ist, Gesundheit zu schützen bzw. die globale Ungleichverteilung von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen angemessen zu adressieren. Die Fallstudien beschäftigten sich mit wirt-

schaftlichen Krisen und Austeritätspolitik, Wissen und geistiges Eigentum, Handels- und Investitionsschutzabkommen, Ernährungssicherheit, Einfluss von multinationalen Unternehmen, irregulärer Migration und bewaffneten Konflikten.

Ein zentrales Ergebnis der Untersuchungen ist der starke Anstieg der Macht des transnationalen Finanzkapitals und der multinationalen Unternehmen. Dies komme durch den negativen Einfluss von globalem Handel und Investitionen auf die öffentliche Gesundheit in den betroffenen Ländern zum Ausdruck. Ein weiteres Ergebnis der Studien ist, dass dem freien Fluss von Kapital, Profit und Waren in der globalisierten Welt beträchtliche Barrieren für die menschliche Mobilität gegenüber stehen, die nicht zu rechtfertigen seien. Außerdem zeigten die Fallstudien, dass Privatisierung und geistige Eigentumsrechte verstärkt auch in der Wissenschaft Anwendung finden. Dieser Trend gefährde den Zugang zu überlebenswichtigen Medikamenten für arme Menschen. Im Bereich Hunger und Unterernährung kamen die Fallstudien zu dem Schluss, dass unfaire landwirtschaftliche Handelsabkommen, Lebensmittelspekulation und sprunghafte Lebensmittelpreise den Status quo tendenziell verschlimmern. Gleichzeitig beeinflussen große multinationale Unternehmen im Lebensmittelbereich die Ernährungsgewohnheiten ganzer Länder so nachhaltig, dass sie zweifelsohne einen beträchtlichen Beitrag zu Übergewichtigkeit und Diabetes-Erkrankungen im Globalen Norden und Süden leisteten.

All dies ergebe sich, so Prof. McNeill, aus fünf zentralen Dysfunktionen in der globalen Weltordnungspolitik (Global Governance):

- einem Demokratiedefizit
- schwach ausgeprägten Rechenschaftspflichten
- institutioneller Unnachgiebigkeit
- politischen Handlungsspielräumen und
- schwachen Institutionen.

Im Allgemeinen werde globale Gesundheit als ein technischer, biomedizinischer Bereich behandelt. Dabei bliebe

unberücksichtigt, dass politische und soziale Bedingungen eine zentrale Rolle spielten. Gerade deshalb empfehlen die Kommission globale und intersektorale Maßnahmen, um der gesundheitlichen Ungleichheit angemessen begegnen zu können.

Ziel der Kommission sei die Vermittlung einiger Kernbotschaften. Diese sind:

1. Die unannehmbaren gesundheitlichen Unterschiede in und zwischen verschiedenen Ländern können nicht ausschließlich innerhalb des nationalen Gesundheitssektors bzw. nicht ausschließlich technisch gelöst werden. Es bedarf globaler politischer Maßnahmen.
2. Normen, Gesetzgebung und Praktiken, die das Ergebnis von transnationalen Prozessen sind, müssen verstärkt als politische Determinanten von Gesundheit konzipiert und rezipiert werden, weil sie gesundheitliche Ungleichheit sowohl verursachen als auch aufrechterhalten.
3. Machtasymmetrien und globale soziale Normen verhindern die Umsetzung konkreter Handlungen gegen gesundheitliche Ungleichheit. Diese Einschränkungen werden durch systemische Dysfunktionen der globalen Weltordnungspolitik (Global Governance) verstärkt. Sie erfordern deshalb die Aufmerksamkeit aller Bereiche der Gesetzgebung zur rechtzeitigen Erkennung und Verhinderung.
4. Es muss eine unabhängige Kontroll- und Beobachtungsstelle geschaffen werden, um Fortschritte bei der Minderung globaler gesundheitlicher Ungleichheit zu dokumentieren.
5. Eine bessere Vernetzung staatlicher und nichtstaatlicher Akteure ist nötig, um transparente Dialoge in Gesetzgebungs- und Entscheidungsfindungsprozessen zu ermöglichen, welche die globale Gesundheit betreffen.
6. „Global governance for health“ muss auf globalen Solidaritätsverpflichtungen und global geteilter Verantwortung basieren. Nachhaltige und gesunde Entwicklung für alle bedarf eines wirtschaftlichen und politischen Systems, das einer globalen Gemeinschaft von Menschen mit bestmöglicher Gesundheit und einem gesunden Planeten dient. Aus diesem Grund müssen sämtliche politischen Entscheidungen Gesundheit als wichtiges Kriterium berücksichtigen.

Die Lancet-Studie gehörte im letzten Jahr zu den am meisten zitierten Werken im entsprechenden akademischen Feld, was die aktuelle Relevanz dieser Zusammenhänge verdeutlicht. Das Independent Panel on global Governance for Health ist eine Fortsetzung der Arbeit der Kommission.

Der von McNeill et al. im Lancet (7/2016) publizierte Artikel „Political origins of health inequities: trade and investment agreements“ analysiert die Folgen von Handels- und Investitionsschutzabkommen auf den Gesundheitsschutz und kommt zu dem Ergebnis, dass die gerade verhandelten Freihandelsabkommen wie TTIP und TPP negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben werden. Es sei vor auszusehen, dass die neuen Abkommen als Vorlage für zukünftige regionale Handelsabkommen dienen werden. Diese streben eine Neuausrichtung des globalen Wirtschaftssystems an, das bisher Unternehmensinteressen auf Kosten öffentlicher Gesundheit bevorzugt und Machtasymmetrien in Bezug auf die Erstellung, die Anwendung und das Schlichten von allgemeingültigen Regeln festschreibt. Dagegen setzt der Autor ein grundsätzliches Umdenken bei der Aushandlung solcher Abkommen und nicht zuletzt einen breiten öffentlichen Widerstand gegen diese Politik.

Zusammenfassung und Übersetzung: Eric Otieno

Marktinteressen statt Gesundheit

Manfred Fiedler



Der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit ist seit Jahrzehnten bekannt. Soziale Benachteiligung besteht dabei nicht ausschließlich in der Einkommensbenachteiligung, sondern auch in unzureichenden individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen zur Teilhabe. Wichtigste Ursache dafür sind Verteilungsgerechtigkeiten, die durch das globale Marktregime produziert werden, und zwar sowohl zwischen Ländern und Regionen als auch innerhalb der Länder selbst. Untersuchungen aus den USA belegen diesen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit aktuell. Menschen mit ethnischen, wirtschaftlichen und sozialen Benachteiligungen sind kränker und leben deutlich kürzer. Dabei verweisen die Untersuchungen, neben der individuellen vor allem wirtschaftlich begründeten Exklusion, auch auf den Einfluss von regionalen Benachteiligungen auf die Gesundheit. Armen in armen Regionen geht es schlechter als Armen in reichen Regionen. Und die mangelhafte Zugänglichkeit zu Leistungen des Gesundheitssystems ist ein besonders wichtiger Faktor für gesundheitliche Ungleichheit. All diese Ursachen für gesundheitliche Benachteiligung sind ökonomisch bedingt. Markt und Wettbewerb sind per definitionem sozial diskriminierend und damit exkludierend. Gemeinwohlorientierte, öffentliche Sicherstellung ist damit ein Antidot, das die wirtschaftliche und soziale Diskriminierung ausgleichen und den Ausschluss, die Exklusion von gesundheitlichen Leistungen verhindern soll.

Die ideologisch, nicht empirisch begründete Installation von marktwirtschaftlichen Instrumenten, und in diesem Zuge die Zulassung privater Anbieter in den Kernbereich gesundheitlicher Daseinsvorsorge, ist damit nicht nur an sich widersinnig, sondern in mehrfacher Hinsicht schädlich. Sie reinstalliert durch den Appell an den Egoismus der Leistungserbringer den Drang zur Diskriminierung und zum Ausschluss für sozial benachteiligte Menschen, was, will man dies verhindern, nur durch teure öffentliche Ersatzleistung (Subjektförderung) ausgeglichen werden kann. Wir wissen heute schon, dass diese nur unvollständig gelingen kann. Gleichzeitig führt dies zu einer innerlichen Systemtransformation. Die profitorientierten Hechte fressen die gemeinwohlorientierten Karpfen. Wer sich den privatwirtschaftlichen Regeln nicht unterwerfen will oder kann, muss ausscheiden. Wer überleben will, muss sich anpassen. In dem eigentlich gemeinwohlorientierten Karpfenteich schwimmen am Ende nur noch profitorientierte Hechte. Diese Entwicklung beeinflusst auch die Arbeitsbedingungen und die berufsethische Orientierung der Gesundheitsprofessionellen.

Damit einhergehend erfahren wir auch eine Entpolitisierung der gesundheitspolitischen Agenda und eine Schwächung der öffentlichen gesundheitspolitischen Institutionen. Insgesamt erkennen wir, dass die Privatisierung das Gesundheitssystem zwar aus betriebswirtschaftlicher Sicht optimiert, aber soziale gesundheitspolitische Ziele verdrängt und die sozial gerechte Finanzierbarkeit und die Zugänglichkeit massiv in Frage stellt.

Solange wir die soziale Ungleichheit aufgrund des globalen wirtschaftlichen Regimes nicht auflösen können, ist die Revitalisierung der sozialen gesundheitspolitischen Agenda vordringlich, die alle sozialen Kräfte miteinbezieht, die die ordnungspolitische Betrachtung des Gesundheitssystems als Gesundheitswirtschaft zurückdrängt und die sozialen Versorgungsziele als einzigen Ergebnismaßstab annimmt.

Machtinteressen gefährden die Gesundheit

Dr. Tine Hanrieder



Dr. Tine Hanrieder legt in ihrem Kommentar ihre Position als Politikwissenschaftlerin und Mitglied der DPGG zu dem Anliegen der Oslo Commission on Global Governance for Health dar. Sie teilt nahezu alle hierin verfassten Einschätzungen und Vorschläge. Gerade in Zeiten, wo die Verhaltensökonomie boomt und immer mehr Aufwand und Experimentenforschung an „den Armen“ betrieben wird, um einzelne Individuen für ihre Gesundheit verantwortlich zu machen, sei der Blick auf die politischen Strukturen wichtig.

Im Speziellen geht sie auf folgende drei Punkte ein:

1. Die Kommission kritisiert zu Recht, dass unfaire Gesundheitsbedingungen auf ungleiche Machtverhältnisse zurückzuführen sind. Dies ist absolut zutreffend. Ich wäre aber an einer Stelle vielleicht noch pessimistischer als die Kommission, und zwar bei der Bewertung der Starrheit der existierenden globalen Institutionen. Desmond McNeill betonte zurecht, dass die mächtigen Staaten und Unternehmen, die Institutionen kontrollieren, einen Wandel zum Besseren blockieren können. Das klingt, als sei Stabilität schlimm und Reform positiv. Wenn man aber auf die Vielzahl von schleichenden, informellen Wandlungs-

prozessen in Institutionen schaut, die diese eher unterminieren als stärken, zeigt sich ein noch düsteres Bild.

Als Beispiel kann hier die Struktur der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angeführt werden, wobei de facto eine Übernahme der Kontrolle durch Geldgeber stattfindet.

Ein weiteres Beispiel stellt das Müllexportregime dar, in dem eine mächtige Staatengruppe seit Jahren dafür sorgt, dass es Tausende von Schlupflöchern in den Regeln gibt, die beispielsweise den Export von Elektroschrott in Länder des globalen Südens erleichtern.

Beim Thema Freihandelsverträge gibt es inzwischen Vorschläge, diese als „lernende Institutionen“ zu konzipieren. Das bedeutet, Regelanpassungen einem unbürokratischen, von demokratischer Kontrolle abgekoppelten Expertengremium zu überlassen. Das klingt für mich erstmal eher nach einer Monsterinstitution als nach einer lernenden Institution.

Hieraus folgt, dass institutionelle Zählebigkeit nicht immer schlecht sein muss und dass es letztlich vor allem darauf ankommt, wer über das höchste Maß an Macht verfügt. Daher ist es umso wichtiger, bei schleichenden Veränderungsprozessen und Unterminierungsversuchen genau hinzuschauen, Mobilisierung aufrechtzuerhalten, Transparenz zu verlangen und – wie von der Kommission gefordert – accountability und monitoring zu stärken. Dies kann manchmal allein dazu dienen, wenigstens den Status quo zu erhalten. Zugegebenermaßen stellt dies eine große Aufgabe dar.

2. Die Kommission betont die Rolle globaler Institutionen und will auf globaler Ebene mehr Politikkohärenz erreichen. Dabei sollte aber nicht vergessen werden, dass der Kampf auf nationaler Ebene beginnt und dass es Interessengegensätze zwischen, aber auch innerhalb von Staaten gibt. Wenn also globale Stakeholder-Foren eingerichtet werden sollen, ist es sehr wichtig, hierdurch keine

zusätzlichen Parallelstrukturen zu schaffen. Schon jetzt berichten deutsche Gesundheitspolitiker*innen, dass es bereits sehr mühsam ist, auf nationaler außenpolitischer Ebene ressortübergreifend zu arbeiten.

Zudem ist in Zeiten von Populismus, Einwanderungsfeindlichkeit und einer zunehmenden Schere zwischen kosmopolitisch gesinnten Eliten und nationalistisch gesinnten Bevölkerungsschichten Solidarität prekärer denn je. Das wirft nochmal einen ganz anderen Blick auf den schrumpfenden policy space für Gesundheitspolitik – nämlich den schrumpfenden Verhandlungsspielraum für Regierungen, wenn heimische Bevölkerungen globalisierungsfeindlich sind.

Es gilt also mehr denn je, Solidarität über Grenzen hinweg aufrechtzuerhalten und zu ermöglichen. Die Vorschläge der Kommission, wie das zu bewerkstelligen sei, finde ich prinzipiell richtig. Hier werden, so bleibt zu hoffen, auch nationale und internationale Parlamente eine wichtige Rolle spielen.

3. Die Kommission möchte eine Norm der Nachhaltigkeit oder Gesundheitsgerechtigkeit fördern. Es ist aber bekannt, dass es Normen schwer haben, die sich auf ungerechte Strukturen und Probleme mit komplexen Ursache-Wirkungs-Beziehungen richten. Leichter haben es Normen, die etwa Folter verbieten wollen oder Zensur bekämpfen. Es ist dagegen eine größere Herausforderung, die Verantwortlichen für die unfaire globale Gesundheitsordnung zu identifizieren.

Daher bin ich geradezu begeistert von dem Vorschlag eines unabhängigen wissenschaftlichen Monitoring Panels. Gerade als letzte Woche wieder Daten zur Global Burden of Disease 2015 im Lancet publiziert wurden, hinter denen gigantische Autorentams und massive Unterstützung durch die Bill and Melinda Gates Foundation steht, sehe ich riesigen Bedarf für ein Gegenstück in Form eines „Global Burden of Health Inequity“. Da gegenzuhalten, am besten mit Indizes und Quantifizierungen, und vergleichbare Berichte publikumswirksam an die Öffentlichkeit zu bringen, wäre ein großartiges Instrument der Politisierung gesundheitsschädlicher Global Governance.

Debatte

In der anschließenden Debatte geht Desmond McNeill auf einige der Aspekte ein, die Dr. Tine Hanrieder in ihrem Kommentar angesprochen hatte. So erklärt er, dass ihr Punkt bezüglich der Rolle der Weltgesundheitsorganisation eine wichtige und schwierige Situation anspreche,

da tatsächlich 80% der Gelder von extern finanziert würde. Somit würde das Konzept ein Land, eine Stimme untergraben. Sogar einige Stiftungen seien derzeit mächtiger als die WHO und diese würde sich neben anderen UN-Organisationen in einer gefährlichen Abwärtsspirale befinden. Eine schwache Position befördere einen Rückgang in der Finanzierung, was wiederum den Bedeutungsverlust befördere. Eine Veränderung dieser Situation sei schwierig, aber letztlich unumgänglich.

Hinsichtlich der Schwierigkeit der Durchsetzung von Politikohärenz erkenne er neben Problemen in Deutschland ähnliche Schwierigkeiten auch in Norwegen, ein viel größeres und ernsteres Problem erwarte er diesbezüglich in afrikanischen Ländern.

Zum Vorschlag der Veröffentlichung eines jährlichen Reports „Global Burden of Health Inequity“ zeigt sich Desmond McNeill ambivalent. Er sehe hierin zum einen die Schwierigkeit der bereits vorhandenen Fülle an Berichten, die letztlich auch Gefahr liefen in Konkurrenz zueinander zu stehen. Ein zweiter Diskussionspunkt sei die Messbarkeit solcher Problemkomplexe mittels Indikatoren. Er schließt mit Ausführungen zu den unterschiedlichen Kämpfen, die auf dem Weg hin zu einer gerechteren Gesundheitspolitik ausgetragen werden können. Auf der einen Seite liege der Kampf, der ideologische Inhalte verfolgt und zugrundeliegende Probleme wie aufstrebende Märkte und Privatisierungstendenzen aufzudecken versucht. Auf der anderen Seite existiere ein Kampf, der die praktischen Implikationen der ideologischen Ursachen behandle. Letztlich müssten neben dem Kampf gegen die praktischen Auswirkungen auch die ideologischen und strukturellen Fragen thematisiert werden, auch wenn dies schwierig sei.

Nach Anmerkungen seitens des Publikums zur Frage nach der Rolle der WHO fügte Professor McNeill ergänzend hinzu, dass er Einrichtungen wie der Bill and Melinda Gates Stiftung sehr ambivalent gegenüberstehe. Er sehe die größte Schwierigkeit hierbei in der Fokussierung auf vertikale statt horizontale Gesundheitsprogramme.

Ökonomisierung und Arbeitskämpfe

Knut Lambertin, Carsten Becker und Heino Güllemann

In dieser Podiumsdiskussion, die mit einem Beitrag zum Ungleichgewicht bei der Gesundheitsfinanzierung in Deutschland begann, wurde über die Darstellung der Arbeitskämpfe an der Charité in Berlin der Bogen zur internationalen Perspektive im Rahmen der Erörterung der Migration von Gesundheitsfachkräften gespannt. Die Frage nach den Zusammenhängen zwischen diesen verschiedenen Problemebenen auf nationaler und internationaler Ebene verband als roter Faden die verschiedenen Beiträge.



Das Ungleichgewicht bei der Gesundheitsfinanzierung

Knut Lambertin, Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

Knut Lambertin schlug in seinem Beitrag den Bogen von der internationalen Perspektive auf die Ebene der deutschen Gesundheitspolitik. Er beklagte, dass es bei der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland hauptsächlich um die Finanzierung und Organisation von Gesundheitspolitik gehe und eigentlich nicht um die entscheidende Frage, aufgrund derer sich die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit zusammengetan hat – nämlich wie die Ursachen von Krankheit auf gesellschaftlicher Ebene bekämpft werden können.

Hieraus ergebe sich die Frage der Auswirkungen von den politischen Determinanten von Gesundheit auf die finanzielle Situation der abhängig Beschäftigten in Deutschland. Bei dieser Betrachtung werde deutlich, welche Ungleichgewichte hier in Deutschland bestehen und dass diese einige abhängig Beschäftigte sehr deutlich in ihren Taschen spüren. Auch in Deutschland sei Engagement möglich um die politischen Determinanten von Gesundheit zu beeinflussen.

In Deutschland gibt es eine nicht paritätische Beitragsfinanzierung. Doch vor Betrachtung der aktuellen Situation sei es nötig, einen kurzen Blick auf die Vorgeschichte dieser Finanzierung zu werfen. Nach der Zeit des Nationalsozialismus sei 1951 die Sozialversicherung und ihre soziale Selbstverwaltung wieder eingeführt worden. Vorher habe es eine heftige Debatte darüber gegeben, wie die gesetzlichen Krankenkassen organisiert werden können. In der Weimarer Republik sei es so gewesen, dass die abhängig Beschäftigten in den Gremien der Krankenkassen die Mehrheit hatten. Nach der Zeit des Nationalsozialismus habe es Auseinandersetzungen um die zukünftige Verteilung der Kräfteverhältnisse gegeben. Durchgesetzt habe sich dann das, was wir heute als paritätische Beteiligung und Finanzierung kennen. 2005 sei dann auch die formelle Parität durch die Einführung der Arbeitnehmersonderbeiträge aufgegeben worden, kritisiert Knut Lambertin, und seit 2015 existierten kassenindividuelle Arbeitnehmerzusatzbeiträge.

Bereits bei der Einführung der Pflegeversicherung 1995 sei die paritätische Lastenverteilung zwischen Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen beendet worden, denn diese sei nur unter der Bedingung eines Verzichts der Arbeitnehmer*innen auf einen Feiertag eingeführt worden. Die aktuelle Lastenverteilung, stelle sich abstrakt gesehen wie folgt dar – die Sozialversicherungsbeiträge in der GKV werden durchschnittlich zu 8,4% von Arbeitnehmer*innen und 7,3% von Arbeitgeber*innen getragen. Die Pflegeversicherung sei letztlich nur eine Ausgründung der GKV. Bei der Pflegeversicherung würden jeweils 1,175% der Sozialversicherungsbeiträge von Arbeitnehmer*innen und Arbeitgeber*innen getragen.

Wie stellen sich die konkreten Kostenverteilungen und die Entwicklung der Arbeitnehmerzusatzbeiträge für die

nächsten Jahre dar? Wenn man von den konservativen Schätzungen des GKV Spitzenverbandes einer jährlichen Steigerungsrate von 0,3% der Arbeitnehmerzusatzbeiträge ausgehe, bedeute dies, dass die abhängig Beschäftigten im Jahre 2020 durchschnittlich fast 800€/Jahr an Arbeitnehmerzusatzbeiträgen zahlen müssten.

Zusätzlich müsse in Betracht gezogen werden, dass es eine Reihe von Leistungen gibt, die früher in der GKV enthalten waren und mittlerweile ausgegliedert worden sind. Zuzahlungen und sogenannte OTC-Arzneimittel (over the counter) für Dienstleistungen, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel würden nochmal 43,19 Mrd.€ für die abhängig Beschäftigten ausmachen (Stand 2014). Die Tendenz auch dieser Ausgaben sei steigend. Wie hoch fallen die weiteren Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber*innen aus? Unter Abzug der Ausgaben der öffentlichen Arbeitgeber*innen für Beihilfen ergebe sich eine Summe von 1,39 Mrd.€ (Stand 2014), die den 43,19 Mrd.€ an nicht erstattbaren Leistungen, die von den abhängig Beschäftigten finanziert werden, gegenüberstehen. Diese Entwicklung gehe stetig so weiter, mit der Folge, dass die abhängig Beschäftigten deutlich mehr für Gesundheitsausgaben zahlen als die Arbeitgeber*innen. Die Kosten für private Krankenzusatzversicherungen müssen noch hinzugerechnet werden: Diese beruhen zum größten Teil auf dem Fakt, dass Leistungen, die früher die GKV bezahlt haben, zwischendurch ausgegliedert wurden und die Menschen daraufhin zu privaten Krankenversicherungen oder zu privaten Zusatzversicherungen bei den Krankenkassen greifen würden, etwa beim Zahnersatz. Die Kosten hierfür hätten im Jahre 2014 7,77 Mrd.€ betragen.

Ein weiterer wichtiger Punkt sei das Thema des Krankengeldes. Diejenigen abhängig Beschäftigten, die über einen längeren Zeitraum krank sind, erhalten nicht 100% Lohnfortzahlung, sondern erhalten ein Leistungsniveau von 70%. Mit Recht könne man sagen, dass diese fehlenden dreißig Prozent durch die abhängig Beschäftigten mit ihren privaten finanziellen Mitteln ausgeglichen würden, also etwa durch Einsparungen oder Auflösung von Ersparnissen. Dieses geringere Leistungsniveau verursache hierdurch Kosten für die abhängig Beschäftigten von über 4,54 Mrd.€ pro Jahr (2014).

Diese Punkte zusammengenommen führten letztendlich zu höchst unterschiedlichen Säulen in der Kostenverteilung. Rechne man alle Gesundheitsbeiträge zusammen, stünden auf der Arbeitnehmer*innenseite über 137,15 Mrd.€, während auf Arbeitgeber*innenseite 74,28 Mrd.€ anfielen. Dies würde einer Verteilung von 65% (Arbeitnehmer*innen) zu 35% (Arbeitgeber*innen) entsprechen und stelle damit eine markante Unwucht in der paritätischen Lastenverteilung in unserem Gesundheitssystem dar.

Der erste notwendige Schritt wäre laut DGB eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der GKV-Beiträge, um von dem Ungleichgewicht in der Finanzierung der Gesundheitskosten abzurücken. Was darüber hinaus gebraucht werde sei ein Versicherten-Stärkungsgesetz oder Arbeitnehmer*innenstärkungsgesetz in der GKV, da die beschriebene Unwucht eine Folge der ungleichen Machtverhältnisse in der Gesundheitspolitik sei. Der dritte Schritt sei – hier handele es sich um die alte Forderung des DGB – eine Bürgerversicherung innerhalb der GKV. Das Ganze sei aber ohne eine paritätische Lastenverteilung nicht möglich.

Knut Lambertin endete mit der Darstellung der Diskrepanz, dass in den letzten zwanzig Jahren die Produktivität in der deutschen Volkswirtschaft um über dreißig Prozent zugenommen habe, sich dies aber bisher in der Lastenverteilung der Gesundheitskosten nicht wiederfinde.



Mehr von uns ist besser für alle!
Die Erfolgsgeschichte des Streiks für mehr Personal im Gesundheitsbereich an der Charité

Carsten Becker, Ver.di

Die folgenden Betrachtungen bilden ein Gegengewicht zu dem heute tagenden World Health Summit, der doch vor allem eines zu sein scheint, nämlich ein G8 Gipfel der Hersteller von Medizinprodukten.

Die Funktionsweise von Krankenhäusern und der dahinter stehende Ökonomismus sind für die öffentlichen und privaten Gesundheitssysteme gleichermaßen ein Problem. Ein Unterschied jedoch bleibt: Während die privaten

Krankenhäuser Profite erwirtschaften müssen, um ihre Aktionäre zu bedienen, ist es das Ziel für die öffentlichen Krankenhäuser „nur“ die schwarze Null zu erreichen. Beide sind mit dem Problem der Fallkostenpauschale, also einer Vergütung die pro [Behandlungs-] Fall pauschal gezahlt wird, konfrontiert. Das hat einen Mechanismus in Gang gesetzt, der dazu führt, dass Therapien nach marktlogischen Kriterien ausgerichtet werden. Der Wettbewerb führt zum Beispiel zu einer Verringerung der Liegezeiten; die Charité ist da ganz vorne mit dabei, obwohl sie es als universitäre Einrichtung mit sehr komplexen Krankheitsfällen zu tun hat, die besonderer Fürsorge bedürfen würden. Innerhalb der verkürzten Liegezeit wird das Pflegepersonal so knapp wie möglich bemessen und zwar nicht nach Notwendigkeiten, sondern nach Budget. Mit den Fallkostenpauschalen macht man in einigen Bereichen wie in der Kinderstation der Charité, auf der ich arbeite, immer ein Defizit. Rein betriebswirtschaftlich gedacht müsste man die Kinderklinik sofort wegen Unterfinanzierung schließen. Genau an diesem Punkt haben wir als Charitébeschäftigte angesetzt. Wir haben dabei das grundsätzliche Problem der Unterfinanzierung mit dem konkreten verbunden. Wenn sich eine Nachtschwester alleine um 30-40 Patient*innen kümmern muss und sogar noch Patient*innen aus der OP abholen muss, weil das hierfür vorgesehene Personal eingespart wurde, bedeutet das, dass 30 Patient*innen auch mal alleine sind. Davon abgesehen sind die anderen 29 immer alleine, wenn die eine Schwester mit einem anderen Patienten oder Patientin befasst ist.

Gegen solche Probleme richtet sich unser Widerstand nach dem Motto: Mehr von uns ist besser für alle. Alle schließt die Patient*innen, deren Angehörige und uns als Angestellte mit ein. Wir haben während des Streiks eine Pressekonferenz gemacht, wo zum Beispiel Eltern von den Zuständen auf der kinderonkologischen Station berichteten, die eigentlich besondere Zuwendung brauchen und andere Eltern, die von zu langen Wartezeiten zwischen zwei Therapiezyklen berichteten. Die Öffentlichkeit hat erkannt, dass uns das alle etwas angeht und jeden und jede von uns betreffen kann.

Damit untrennbar verwoben ist der Aspekt, dass die Arbeitsbedingungen unter denen das Gesundheitspersonal arbeiten muss, krank machen. Im Dreischichtsystem hält das niemand bis zum Erreichen des Rentenalters durch. Die Forderung nach mehr Personal war neu, das hat es so in der Form vorher noch nie gegeben. Partizipation und Bildungsarbeit waren uns sehr wichtig. Wir wollten möglichst viele Kolleg*innen von unserer Strategie und unseren Forderungen überzeugen. Es ist gelungen, dass Forderungen von Stationsleitungen und Pflegekräften unterzeichnet wurden, um Druck aufzubauen. Die Cha-

ritéleitung war hingegen der Ansicht, wir würden gegen das Grundgesetz verstoßen.

Die Bildungsarbeit hatte das Ziel zu erklären, wie das Prinzip funktioniert. Die Arbeitsbedingungen haben eine Ursache und die lässt sich erklären. Es gab eine Streikuni, wo wir über diese Hintergründe aufgeklärt haben. Gesundheitspolitik – so habe ich auch den Vortrag von Desmond McNeill verstanden – muss man verstehen, damit ich die richtigen Entscheidungen treffen kann.

Seit 1.5.2016 gilt der neue Tarifvertrag, mit dem Mindeststandards definiert werden. Das ist ein großer Erfolg. Auch hat sich der Arbeitskampf auf weitere Krankenhäuser übertragen und sogar auf weitere Branchen. Wir haben einer berechtigten Unzufriedenheit einen positiven politischen Rahmen gegeben. Eine bundesweite Regelung für Personalbemessung ist unser Ziel. Der Erfolg hat zugleich neue Herausforderungen mit sich gebracht. Fachkräfte werden nun im Ausland angeworben, zum Beispiel in Serbien um die Personaldecke halten zu können. Daher müssen wir uns nun intensiv mit dem Thema Brain Drain befassen, wozu nun Heino Güllemann sprechen wird.



Migration von Gesundheitsfachkräften – Ursachen und Folgen in Deutschland und weltweit¹

Heino Güllemann, Stiftung Umverteilen

Die Abwerbung von Gesundheitspersonal hat in Deutschland eine lange Tradition. In den 1960er und 1970er Jahren – und ab 1971 auch offiziell im Rahmen eines Regierungsabkommens – wurden insgesamt etwa 20.000 bis 30.000

Pflegerinnen aus Südkorea abgeworben.² Die Presse feierte die Migrantinnen damals als „lächelnde Lotusblüten“ oder als „mandeläugige Engel am Krankenbett“. Aber auch damals wurde dieser Sachverhalt kontrovers diskutiert. So berichtete die südkoreanische Tageszeitung Dong-A 1966 in dem Artikel „Krankenschwesternmangel“, dass an der Universitätsklinik Seoul mehr als die Hälfte des gesamten Personals ins Ausland gegangen sei und mehr als die Hälfte der zurückgebliebenen Beschäftigten lediglich eine Berufserfahrung von weniger als einem Jahr hätte.

Die südkoreanische Gesellschaft, die zwei Kriege durchlebt hatte, wurde mit internationaler Entwicklungshilfe aufgebaut. Aber genau in dieser Phase ließ man die medizinischen Fachkräfte mit hoher Qualifikation emigrieren, um die sozialpolitischen Fortschritte in der Bundesrepublik Deutschland abzusichern. Es ist unbestritten, dass dies zu einem großen gesellschaftlichen Problem wurde. Das Fehlen von Kranken- und Pflegepersonal führte zu mangelnden medizinischen Dienstleistungen, zu Qualitätsverlusten und insgesamt zur Unterversorgung der koreanischen Bevölkerung in Sachen Gesundheit.

Ein Vertreter des internationalen Hilfswerks Misereor, das sich damals im Aufbau des dortigen Gesundheitssystems engagierte, stellte damals gegenüber dem Auswärtigen Amt der BRD in einem Brief fest, dass Koreanerinnen, deren Ausbildung durch Misereor finanziert worden sei, in der BRD arbeiteten und sich somit der Mangel an Pflegekräften in Südkorea selbst verstärken würde. Misereor forderte aus diesem Grund die Einstellung der Anwerbung. Daraufhin sprach das deutsche Auswärtige Amt die zynische Empfehlung aus bei der Ausstellung von Arbeitserlaubnissen für Koreanerinnen durch die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung diejenigen auszuschließen, die durch kirchliche Institutionen ausgebildet worden waren.³

Heute werden in verschiedenen Ländern des Südens wieder ähnliche Initiativen von der Bundesregierung verfolgt, aber nicht mehr in Korea. Das dürfte vor allem damit zusammenhängen, dass eine Pflegerin dort inzwischen oft mehr verdient als hierzulande.

¹ Im Oktober 2016 wurde durch die DPGG das Positionspapier „Brain-Drain durch grenzüberschreitende Abwerbung von Gesundheitsfachkräften – Deutschlands Beitrag zu einem globalen Gesundheitsskandal“ veröffentlicht. Aspekte aus dem folgenden Beitrag können in diesem Positionspapier in ausführlicherer Form nachgelesen werden. www.plattformglobalesgesundheit.de/wp-content/uploads/2016/10/dpgg_brain-drain.pdf

² Die Darstellung der Geschichte der Koreanischen Krankenschwestern bezieht sich vor allem auf den Vortrag von Frau Prof. Dr. Hee-Young Yi, Soziologin an der Daegu-Universität in Südkorea, auf der Veranstaltung „Koreanische Krankenpflegerinnen in Deutschland – Erfahrungen aus fünf Jahrzehnten und neue Wege für die Zukunft“ von verdi, Korea Verband und FES am 26. April 2016 in Berlin.

³ Betr: Einsatz von Koreanischen Krankenschwestern in der BRD, Bundesarchiv K. B. 149. Nr. 22428

Ausgebildetes Gesundheitspersonal ist weltweit knapp. Nach Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) fehlen allein in den Gesundheitssystemen der 107 schlechter versorgten Länder dieser Erde über sieben Millionen Gesundheitsfachkräfte. Und das Problem wächst schnell. Während die WHO 2006 lediglich 57 Länder unter dem Schwellenwert für einen krisenhaften Gesundheitsfachkraftmangel zählte, waren es 2014 schon 83 Länder.

Der direkte Zusammenhang zwischen der Gesundheitsfachkräftedichte und Mortalitätsraten ist empirisch gesichert. Wissenschaftler der Universität Harvard haben berechnet, dass in unterversorgten Ländern ein zusätzlicher Arzt auf 1.000 Einwohner die Kindersterblichkeit mittelfristig um 15 und langfristig um 45 Prozent senken kann.⁴ Bekannt ist auch, dass es vor allem die Pflegekräfte sind und weniger die ÄrztInnen, die in den Ländern des Südens den größten Einfluss auf die Gesundheit der ärmeren Bevölkerungsschichten haben. Einer Studie aus Brasilien zufolge hat die Fachkräftedichte bei KrankenpflegerInnen einen um 60 Prozent höheren Einfluss auf die Säuglingssterblichkeit als die der ÄrztInnen. Wer die ländlichen Verhältnisse in Ländern des Südens kennt, weiß, dass es oft eher Pflegerinnen als Ärzt*innen sind, die den Gesundheitsbetrieb auf dem Dorf aufrecht halten.

Auch die weitgehend ungehinderte Ausbreitung von Ebola in Westafrika ist auf den Zustand der dortigen Gesundheitssysteme und zu großen Teilen auf einen dramatischen Fachkraftmangel zurückzuführen. Die WHO-Statistiken sprechen eine Sprache, die klarer nicht sein könnte: In Liberia versorgte vor Ausbruch der Epidemie ein einziger Arzt 100.000 Menschen. Das ist in den WHO-Statistiken weltweit der letzte Platz. Die Kapazität an ärztlicher Versorgung ist in Sierra Leone und Guinea nicht viel besser. Aus allen drei Ländern wandern zudem in großer Zahl einheimische Ärzt*innen ab, vornehmlich in die reichen Länder des Nordens. Sierra Leone und Liberia gehören zu den fünf afrikanischen Ländern, die über die Abwanderung mehr als 50 Prozent ihrer im Land ausgebildeten Ärzt*innen verlieren. Weiterhin gehören alle drei Ebola-Länder mit 28-34 Pflegefachpersonen und Hebammen auf 100.000 Einwohner auch in diesem Bereich zu den 10 schlechtestversorgtesten Ländern der Welt. Gesundheitssysteme sind hier, zumal in den ländlichen Gebieten, nahezu inexistent. Im Bereich Müttersterblichkeit – ein recht zuverlässiger Indikator für die Stärke von Gesundheitssystemen – liegen alle drei Länder an der Weltspitze. Und just in diesem schlechtestversorgtesten Dreiländereck trat im Dezember 2013 Ebola auf. In den ersten Monaten

⁴ Farahani, et al.: The effect of changes in health sector resources on infant mortality in the short-run and the long-run: a longitudinal econometric analysis. 2009.

konnte sich die tödliche Krankheit in alle Richtungen ausbreiten. Wer hätte sie auch daran hindern sollen? Erst im März 2014 wurde der erste Ebola-Patient getestet und Ärzte ohne Grenzen begann damit, die Weltgemeinschaft zum Handeln aufzufordern – bis August 2014 mit mäßigem Erfolg.

Dieser dramatische Mangel erklärt sich nicht einfach aus der Bürgerkriegsvergangenheit und der Unterentwicklung in der Region, sondern aus globalen politischen Determinanten von Gesundheit im Sinne meines Vorredners Desmond McNeill, die allerdings in der Berichterstattung zum Thema wenig Beachtung finden. So gingen in Sierra Leone der Ebola-Krise Strukturanpassungsmaßnahmen des Internationalen Währungsfonds (IWF) voraus, die zu einer Deckelung der Gehälter im Gesundheitsbereich und zu einer Abwanderung qualifizierter Fachkräfte führten.

Stattdessen rekrutieren viele Länder des Nordens aktiv Gesundheitsfachkräfte aus dem Süden. Auch die deutsche Bundesregierung wirbt seit 2013 in Vietnam, Tunesien, China oder auf den Philippinen um Pflegekräfte. Damit folgt sie eher spät einem weit verbreiteten Trend. Die Gesundheitssysteme der USA, Englands oder Australiens sind schon seit den 1970er Jahren auf zuwandernde Ärzt*innen und Pfleger*innen angewiesen. Und in einigen Ländern des Südens wurde diese Herausforderung bereitwillig angenommen. So bilden beispielsweise die Philippinen schon seit Dekaden weit über ihrem eigenen Bedarf Fachkräfte aus, eben um die Nachfrage auf dem globalisierten Arbeitsmarkt zu bedienen. Die dortige Politik tut das mit Blick auf die Rücküberweisungen der MigrantInnen an ihre Familien. Nach Weltbankangaben überweisen philippinische MigrantInnen jährlich 20 Milliarden US-Dollar in ihre Heimat.

Das Thema ist also schon weit älter – und vielschichtiger als die Debatte in Deutschland vermuten lässt. So hat beispielsweise Großbritannien in den 1990er Jahren begonnen in großer Zahl ÄrztInnen und Pfleger*innen aus dem außereuropäischen Ausland abzuwerben. 2001 und 2002 wurden jeweils rund 15.000 Gesundheitsfachkräfte nach Großbritannien geholt. Zeitgleich begann eine öffentliche Debatte um die ruinösen Auswirkungen dieser Praxis für die Gesundheitssysteme der Haupterfahrungsländer im südlichen Afrika und in der Karibik. Die Debatte gipfelte in dem Vorwurf, dass Afrika das britische Gesundheitssystem über die Ausbildungskosten mit mehr Geld subventioniert als es an gesundheitsbezogener Entwicklungshilfe von dort erhält. In der Fachliteratur nennt man das eine perverse Subvention. Großbritannien war dann das erste Land in dem ein Verhaltenskodex in Kraft trat, der aus ethischen Erwägungen heraus die aktive Rekrutierung aus den meisten außereuropäischen Ländern untersagte. In der Folge sind die Zahlen der einwandernden Fachkräfte aus Dritt-

staaten, also aus nicht-EU-Staaten, tatsächlich gesunken. Allerdings stiegen im selben Zeitraum und vor allem seit Beginn der Finanzkrise die Zuwandererzahlen aus EU-Ländern stark an.

Seit 2006 besetzten die Migrationsbewegungen von Gesundheitsfachkräften zunehmend auch die internationale Gesundheitsagenda. Die Weltgesundheitsorganisation WHO rückte das Thema ins Zentrum des World Health Reports 2006 und löste damit eine intensive internationale Debatte aus. Im Jahre 2010 einigte sich die Weltgemeinschaft schließlich auf den WHO-Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal. Dieser Kodex wurde auf der Weltgesundheitsversammlung 2010 von allen Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen verabschiedet. Er fordert die Staaten in erster Linie dazu auf, einen nachhaltigen einheimischen Personalbestand an Gesundheitsfachkräften aufzubauen und zu halten. Erst in zweiter Linie und nur für den Fall, dass diese Versuche erfolglos bleiben, etabliert er auch Verfahren zur behutsamen grenzüberschreitenden Rekrutierung von Fachkräften.

In Deutschland allerdings kam die Abwerbung von Pflegepersonal aus EU- wie aus Drittstaaten seitdem erst richtig in Fahrt. Bundesregierung, Agenturen und Arbeitgeberverbände werben mit zunehmender Intensität Pflegekräfte aus dem Ausland ab. Aus den EU-Ländern im Osten und Süden wird entweder direkt durch die Bundesagentur für Arbeit, im Rahmen des EURES-Netzwerkes (European Employment Services) oder über Job-Messen rekrutiert. Die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) wirbt im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums um Pfleger*innen aus Vietnam und von den Philippinen.

Weiterhin ist zu beobachten, wie die Barrieren gegen Einwanderung, die seit dem Anwerbestopp für Gastarbeiter*innen in der BRD im Jahre 1973 errichtet wurden, plötzlich wieder fallen, wenn es um Pflegekräfte geht. So können seit Juli 2013 Dank einer Novelle der Beschäftigungsverordnung nicht nur Pflegekräfte aus EU-Staaten, sondern auch aus Drittstaaten in Deutschland ihre Arbeit aufnehmen, sofern sie die Berufsanerkennung durchlaufen. Dabei ist anzumerken, dass die Bundesregierung unter ausdrücklicher Bezugnahme auf den WHO Verhaltenskodex die aktive Abwerbung aus einem der 57 Länder, die laut WHO unter einem krisenhaften Mangel an Gesundheitsfachkräften leiden, verbietet. Das kann eine deutsche Agentur oder einen Arbeitgeber, der beispielsweise aus Kenia oder Indien abwirbt, schnell bis zu 30.000 Euro kosten. Warum diese Maßnahme allerdings nur die Rekrutierung von Pflegekräften aus den genannten Ländern unterbindet, nicht aber die Rekrutierung von ÄrztInnen, bleibt unverständlich und inkohärent.

Weit dramatischer ist die Entwicklung bei der ungesteuerten und spontanen Migration aus osteuropäischen EU-Staaten. So hat Rumänien seit 1990 rund 21.000 Ärzt*innen verloren, davon alleine 14.000 seit dem EU-Beitritt 2007. Die Zahl der in Rumänien tätigen ÄrztInnen sank in den letzten fünf Jahren von 21.400 auf 14.100. Bulgarien verliert derzeit komplette Jahrgänge von Jung-MedizinerInnen, die nach Erlangen ihrer Titel ins Ausland gehen. Besorgniserregend hoch sind auch die Zahlen von osteuropäischen Pfleger*innen in der häuslichen Pflege in Deutschland. Diese Menschen arbeiten zumeist im Rahmen der EU-Entsenderichtlinie zu sehr niedrigen Gehältern und in rechtlichen Grauzonen. Die Gesundheitssysteme in Polen, Rumänien und Bulgarien stehen angesichts dieses Exodus vor ernststen Herausforderungen. Bislang hat sich die EU noch nicht entschieden, ob und wie sie diesem Problem begegnen will, obgleich über die EU-Kohäsionspolitik und die Strukturhilfefonds ein Instrumentarium bereitstehen würde.

Die Gründe für den Pflegenotstand sind in der bundesrepublikanischen Gesundheitspolitik der letzten beiden Dekaden zu suchen. Mit aller Macht wurde im Gesundheitssystem und vor allem in der Krankenhausfinanzierung mehr Markt durchgesetzt. Aber gleichzeitig verhindern die rigiden Regularien ein marktgerechtes Lohnniveau für Pflegekräfte. Stattdessen wurde die Krankenpflege in der Arena des selbstverwalteten deutschen Gesundheitssystems dem freien Spiel der Lobbykräfte ausgesetzt und unterliegt bislang den exzellent organisierten Verbänden von ÄrztInnen, Krankenhausbetreibern, Versicherungen und Pharmaindustrie. Als Resultat dieser Politik sehen wir heute auf der einen Seite zweistellige Profitraten in privaten Krankenhäusern – ein Posten, den es vor 20 Jahren überhaupt nicht gegeben hat – und auf der anderen Seite Fachkraftmangel und ein ruiniertes Berufsbild in der Pflege.

In dieser Situation birgt die Auslandsanwerbung das Risiko einer weiteren Verschärfung der Lage: Wenn, wie schon geschehen und weiter oben dargestellt, die schwache Position der MigrantInnen ausgenutzt wird und zu weiteren Abwärtsspiralen bei Entlohnung, Arbeitsqualität und Arbeitnehmerrechten führt, dann wird das Kernproblem – nämlich die mangelnde Attraktivität der Pflegeberufe – noch verschärft anstatt gelöst. Diesen Teufelskreis gilt es zu durchbrechen und die Bundesregierung steht in der Pflicht, korrigierend in die Selbstverwaltung des Gesundheitssystems einzugreifen. Die Attraktivität der Pflegeberufe muss in Deutschland tatsächlich steigen um wieder mehr Berufseinsteiger zu gewinnen und zu halten.

Auf einer anderen Ebene schlagen gewerkschaftlich organisierte Pflegekräfte und ihre Interessenvertretungen

in die gleiche Kerbe. So tritt die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di schon seit Jahren für gesetzliche Mindeststandards zur Personalbemessung auf den Stationen ein und die Belegschaft der Berliner Charité hat jüngst nach jahrelangem und zum Teil erbittert geführtem Arbeitskampf erstmals eine derartige Mindestpersonalbemessung auf tarifvertraglicher Ebene erkämpft. Die Belegschaften anderer Einrichtungen wollen dem Modell folgen. Die Beispiele zeigen, dass dort wo die Pflegearbeit zum Spielball eines vom Wettbewerb bestimmten Krankenhauswesens wird, die Betroffenen vor allem um eines kämpfen: Um die Mindeststandards der Qualität ihrer Arbeit. Denn die Arbeitsverdichtung, die sinkenden Löhne und die Haustarifverträge nehmen den Betroffenen vor allem die Befriedigung an ihrer ansonsten sinnstiftenden Arbeit.

Bessere Arbeitsbedingungen führen zu mehr Berufseinsteigern und weniger vorzeitiges Ausscheiden, der Bedarf an grenzüberschreitender Anwerbung würde damit sinken oder ganz obsolet. Im Verhaltenskodex der WHO, zu dessen Gültigkeit die Bundesregierung sich ausdrücklich bekennt, heißt es dazu: „Die Mitgliedsstaaten sollten sich soweit wie möglich bemühen, einen nachhaltigen Personalbestand im Gesundheitswesen aufzubauen [...], wodurch sich ihr Bedarf an einer Anwerbung zuwandernder Gesundheitsfachkräfte verringert.“

Denn attraktive Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege sind eben nicht nur für die Patient*innen und die Pflegekräfte in den deutschen Krankenhäusern von höchster Dringlichkeit. Langfristig sind sie auch ein wertvoller entwicklungspolitischer Beitrag zur Stabilisierung von Gesundheitssystemen im Osten und Süden.

Debatte

Zu den Inhalten der obigen Beiträge wurden seitens des Publikums verschiedene Fragen und Kommentare aufgeworfen. Ein Beitrag lobte die Stärkung der Position der Pflegekräfte durch den beschriebenen Streik an der Charité, da die Stimme der Pflegekräfte in Deutschland oftmals nicht genug gehört werde. Die internationale Perspektive wurde in der Frage aufgegriffen, ob eine Abwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland unter dem Titel der Entwicklungszusammenarbeit legitimiert würde. Hierauf antwortete Heino Güllemann, dass eine solche Legitimierung stattfinde und die Abwerbung von Pflegekräften offiziell als „nutzvoller entwicklungspolitischer Beitrag für die Herkunftsländer“ dargestellt werden würde. Was absurd klingen möge, finde statt unter dem Namen „triple-win-Projekt“. In diesem Projektsinne sollten neben Deutschland und den Migrant*innen

selbst auch die Herkunftsländer profitieren. Tatsächlich könnten alle drei Gruppen ein originäres Interesse an einer solchen Abwerbung haben. Die Herkunftsländer hofften hierbei vor allem auf finanzielle Mittel in Form von Rücküberweisung durch ausgewanderte Fachkräfte. Jedoch, so betont Heino Güllemann, gäbe es eine vierte Gruppe, die innerhalb dieser Thematik nicht beachtet würde: die ärmere Bevölkerung ländlicher Regionen, die im Hinblick auf Gesundheitsdienstleistungen unterversorgt wäre. Regierungen räumten den Rücküberweisungen jedoch oft mehr Bedeutung ein als dieser Gruppe.

Ergänzend hierzu verdeutlicht Carsten Becker die Komplexität der Problematik und geht exemplarisch auf die Situation in Balkanländern ein, aus der sich für ihn die Frage stellt: „Wenn so viele Menschen das Land verlassen, wo sind dann die Entwicklungsmöglichkeiten im Land selber?“ Weiter führt er aus, dass eine Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften nicht zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen hierzulande führe und erklärt: „Der Fachkräftemangel liegt in den Arbeitsbedingungen und in den Ausbildungsbedingungen.“ Carsten Becker geht weiter auf die Situation der Pflegekräfte in Deutschland ein, indem er erörtert, welchen drei wesentlichen Problemen sich diese Berufsgruppe stellen muss: Erstens würden mangelnde berufliche Perspektiven, zweitens eine im Vergleich unzureichende Bezahlung den Krankenpflegeberuf unattraktiv machen. Hierzu komme als weiterer Punkt die hohe Arbeitsbelastung, die langfristig bei einer Flucht in die Teilzeitarbeit das Risiko von Altersarmut mit sich bringe. Daher schließt er mit der Forderung, dass die Ausbildung der Krankenpflegeberufe in Deutschland sich der internationalen Ausbildung anpassen und damit einhergehend langfristig Tätigkeitsfelder verändert werden müssten.

Ein weiterer Publikumsbeitrag wirft die Frage nach der Problematik der Über- und Unterversorgung im deutschen Gesundheitssystem auf, worauf Knut Lambertin erklärt, dass diesbezüglich letztlich drei Probleme parallel existierten: Das der Über-, Fehl- und Unterversorgung. Die Mitte der 1990er Jahre aufgekommene Reformbewegung der Gesundheitsökonomie habe neben ihren Analysen keinen politischen Hebel gefunden, so dass das deutsche Gesundheitssystem in puncto Effektivität hierbei keinen Schritt weiter gekommen sei. Von gewerkschaftlicher Seite stelle man die Frage, wie wirkliche Innovationen in der Gesundheitsversorgung aussehen könnten. Es sollte der Versuch unternommen werden, die Diskussion in der Gesundheitswirtschaft zu verändern, man müsse „weg von der Verwertbarkeit hin zu einer sozialen Gesundheitswirtschaft“, bei der die Aspekte von wirtschaftlicher Prosperität, guten Arbeitsbedingungen und sehr guter Versorgung für Patient*innen zusammengefasst seien.

Es würden Instrumente benötigt, die Innovationen des Gesundheitssystems befördern und die Gesundheitspolitik danach bemessen, was gute Innovationen sind. Knut Lambertin schließt mit der Forderung, dass die hohen finanziellen Mittel im Gesundheitssystem umgelenkt werden sollten in die gute Versorgung der Menschen.



Globale Gesundheit braucht universales Denken

Franziska Hommes



Was sind Perspektiven, die wir aus dieser Veranstaltung mit in die eigene Arbeit tragen können? Es wurde gezeigt, dass es neben den schon seit Jahrzehnten bekannten und spätestens seit der Deklaration von Alma-Ata 1978 in den Debatten globaler Gesundheitspolitik fest verankerten sozialen Determinanten der Gesundheit eine weitere wichtige Komponente gibt: Nämlich die globalen politischen Determinanten der Gesundheit.

Unbestritten ist, dass auf globaler Ebene für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung in erster Linie die Lebensumstände entscheidend sind. Ebenso bedeutsam wie der individuelle Zugang ist aber auch die Ungleichheit in der Verteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Das bedeutet, dass in Zeiten der Globalisierung, in denen eine Vielzahl von Akteur*innen auf unterschiedlichen Ebenen das Global Governance System mitbestimmen und in einer weltpolitischen Lage, in der eben jene Ressourcen, Machteinflüsse und Finanzmittel so ungleich verteilt sind, direkte und indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen bestehen, die auf politische Ursachen zurückgeführt werden können. Daher ist es für alle Akteure, die durch ihr Handeln direkt oder indirekt Einfluss auf die Gesundheit von Menschen nehmen, essentiell, die Auswirkungen des eigenen Handelns mit in den Blick zu nehmen.

Es wurde aus Sicht der Gewerkschaften das Ungleichgewicht bei der Finanzierung von Gesundheit auf nationaler Ebene dargestellt und wir haben einen konkreten Einblick in die lokale Situation des Gesundheitspersonals an der Charité in Berlin erhalten. Dies zeigt deutlich und eindrücklich, wie soziale und politische Determinanten auf so vielen Ebenen und hier direkt vor Ort wirken – und eben nicht nur im globalen Süden. Der soziale Gradient wirkt sich auch auf Ungleichheit in der Gesundheit zwischen Ländern des globalen Nordens und selbst innerhalb einzelner Länder bis hin zu Stadtvierteln aus.

Die Zusammenhänge zwischen innenpolitischer und globaler Gesundheitspolitik wurden durch die Darstellung der Migration von Gesundheitsfachkräften konkret. Das Beispiel brain drain zeigt eindrücklich, wie nationale und globale Entscheidungen in der Gesundheitspolitik zusammenhängen, dass Gesundheitspolitik niemals nur in einem separaten nationalen Raum stattfindet und auch, dass Gesundheit zugleich Ursache und Folge von den Lebensumständen der Menschen ist.

In Zukunft muss erneut die Frage aufgegriffen werden, welchen Einfluss Privatisierung und marktwirtschaftliche Interessen auf nationale Gesundheitssysteme und die globale Gesundheitspolitik haben. Welche Auswirkungen ergeben sich bereits heute und werden wir in Zukunft sehen, wenn Gesundheit mehr als Wachstumsmarkt denn als öffentliches und schützenswertes Gut gesehen und behandelt wird?

Auf dem Weg zu einer Verringerung des sozialen Gradienten ist eine Fokussierung auf die Ärmsten allein nicht ausreichend. Es bedarf vielmehr eines universellen Ansatzes, der die soziale Situation aller Menschen umfasst, der sich aber in Ausmaß und Intensität proportional nach dem Level der Benachteiligung richtet – Michael Marmot nennt dieses Konzept proportionalen Universalismus.⁵

⁵ The Marmot Review (2010). Fair Society, Healthy Lives, strategic review of health inequalities in England post-2010, p.9. www.ucl.ac.uk/marmotreview

Einen sinnvollen ersten Schritt kann der Einsatz für eine Sensibilisierung auf breiter Ebene darstellen. Dies schließt nicht nur die Politik auf hoher Entscheidungsebene mit ein, sondern erfordert auch partizipatorische Prozesse auf lokaler Ebene. Es gibt zahlreiche starke, beeindruckende und erfolgreiche Gesundheitsinitiativen in aller Welt, die oft aus Graswurzelbewegungen entstanden sind, wie etwa die Treatment Action Campaign. Doch es ist erschreckend und bedauerlich, dass der Ausgangspunkt für solche Initiativen oft erst eine tiefe Krise des Gesundheitssystems sein muss, wie wir es etwa so nah in Griechenland oder auch Spanien in den letzten Jahren gesehen haben.

Ein konkreter Ansatz auf dem Weg zu mehr Aufmerksamkeit und Sensibilisierung für Aspekte globaler Gesundheit ist aus der Sicht von Medizinstudierenden in Deutschland auch die Implementierung elementaren Wissens zu diesem Bereich im medizinischen Curriculum. Auf dem Weg zu einer Denkweise, die Gesundheit, und umso mehr noch globale Gesundheit, in ihrer Komplexität zu verstehen versucht, ist es notwendig in der Lehre und Ausbildung von Medizinstudierenden entsprechende Veränderungen zu fördern.⁶

Wie kann es sein, dass bei derart großer Bedeutung der sozialen und politischen Determinanten der Gesundheit auf internationaler Ebene diesen hierzulande im Medizinstudium bisher vielerorts kein geeigneter Raum zugestanden wird? Wie soll ein health in all policies Ansatz tatsächlich real werden, wenn nicht in der Lehre und Ausbildung zukünftiger Gesundheitsakteure Basiswissen über Public und Global Health vermittelt wird – und zwar verpflichtend für alle Studierenden, nicht nur für spezifisch Interessierte? Es sollte eine institutionelle Basis für Strukturen im Bereich Globaler Gesundheit geschaffen werden, die bislang oft allein auf dem freiwilligen Engagement von Studierenden und Lehrenden beruhen. Gerade weil nicht-medizinische aber gesundheitsrelevante Fachdisziplinen in der medizinischen Lehre bisher meist vernachlässigt werden und oft eine biomedizinisch fokussierte Lehre den Blick auf gesellschaftliche oder sozialmedizinische Zusammenhänge verstellt, ist es essentiell, dass während des Medizinstudiums die Möglichkeit für eine Öffnung dieses Blickwinkels und die Einnahme verschiedener Perspektiven gegeben wird.

Nur so können Mediziner und Medizinerinnen auch zu Multiplikatoren von Ideen globaler Gesundheit werden. Auf diese Weise sollte auch dazu beigetragen werden, bestehende Gräben zwischen Biomedizin und Sozialme-

dizin zu schließen, deren Überwindung auf dem Weg zu einer gemeinsamen Gesundheitsstrategie absolut notwendig ist. Konkurrierende Strategien sind hierbei nicht zielführend, der Fokus sollte vielmehr auf komplementären Ansätzen liegen, so dass biomedizinische und sozialmedizinische Praxis und Forschung sich inhaltlich und methodisch bestmöglich ergänzen.

Ein obligates und wertvolles Charakteristikum von Global Health ist die Interdisziplinarität. In aktuellen Debatten um die Rolle und Ausgestaltung von Public und Global Health in Deutschland sollte es daher nie zu einer Abwertung notwendiger Fachdisziplinen kommen, die ihren relevanten Beitrag zu Globaler Gesundheit leisten können. Dies bedeutet aber auch, dass sich die einzelnen Disziplinen und die Wirksamkeit ihrer Maßnahmen immer wieder kritisch auf ihre Auswirkungen und die Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung hin überprüfen müssen.

Hierbei sei noch ergänzt, dass Strategien die alleine darauf ausgerichtet sind die Resilienz von Individuen zu erhöhen oder eine Stärkung von Gesundheitssystemen zu erreichen, ohne dabei gleichzeitig die krankmachenden Ursachen zu hinterfragen und zu verändern, langfristig nicht zielführend sein können.

Letztlich ist ein zweiseitiger Ansatz notwendig: Einerseits die Berücksichtigung von Aspekten Globaler Gesundheit in der Biomedizin, aber auch die allgemeine Stärkung von Public- und Global Health in der Wissenschaft, Politik und Selbstverwaltung.

Grundlegend für jeden Public- und Global Health-Ansatz muss allgemein das Ziel sein, allen Menschen einen Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, bestehend aus protektiven, promotiven, präventiven, kurativen ebenso wie rehabilitativen Komponenten. Wir dürfen auf globaler Ebene den gegenwärtigen Zustand nicht akzeptieren, dass jährlich mehr als 100 Millionen Menschen aufgrund von privaten Gesundheitskosten in Armut gestürzt werden. Aus meiner eigenen Perspektive kann ich festhalten, dass Gesundheitsarbeiter*innen auf verschiedensten Ebenen eine große Verantwortung tragen, weil sie oft eine starke Stimme in der Gesellschaft haben. Sie stehen aber genau deshalb in der ethischen Verpflichtung bei und durch ihren Beitrag zum Gesundheitssystem auch die sozialen Ursachen von Krankheit in den Blick zu nehmen.

Soziale Ungleichheit ist keine natürliche Gegebenheit, sie stellt einen unfairen und vermeidbaren Zustand dar, dessen Änderung eine rechtliche Verpflichtung bedeutet und unumgänglich ist auf dem Weg zu einer gerechteren globalen Gesundheitspolitik.

⁶ vgl.: CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.

Kurzbio grafien

In chronologischer Reihenfolge

Anne Jung

medico international

Anne Jung ist Politikwissenschaftlerin und arbeitet bei der sozialmedizinischen Hilfs- und Menschenrechtsorganisation *medico international*. Sie ist Gesundheitsreferentin, ihre Arbeitsbereiche sind u.a globale Gesundheit, internationale Handelbeziehungen und Rohstoffhandel.

Desmond McNeill

Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health

Prof. McNeill ist Mitglied der *Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health* und Mitautor der Studie "The political origins of health inequity: prospects for change". Er hat an der Universität Cambridge Ökonomie studiert und am University College London promoviert. Nachdem er 10 Jahre lang das Centre for Development and the Environment (SUM) an der Universität Oslo geleitet hat, ist er nun Direktor der Research School der SUM. Er ist Mitglied des High Level Panel of Experts on Sustainable Food Systems (IPES-Food). Seit 1969 hat er als Berater in zahlreichen Ländern Afrikas, Asiens und Lateinamerikas gearbeitet. Es ist sein Anliegen, Wissenschaft und Politik zu verbinden.

Tine Hanrieder

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Tine Hanrieder (Dr. rer. pol) ist Politikwissenschaftlerin und forscht u.a. zur Reformgeschichte der Weltgesundheitsorganisation, sich wandelnden Messungen und Bewertungen von Gesundheit in internationalen Institutionen und zu Global Health Partnerships zwischen Universitäten in entwickelten Ländern und Entwicklungsländern. Zu letzterem Thema baut sie derzeit eine Nachwuchsforschergruppe am WZB auf.

Manfred Fiedler

attac AG Soziale Sicherung

Manfred Fiedler ist Diplomsozialwissenschaftler mit Schwerpunkt Sozialökonomik und Krankenhausbetriebslehre. Nach seinem Studium war er wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Sozialpolitik und öffentliche Wirtschaft von Prof. Dr. Thiemeyer in Bochum. Er ist in unterschiedlichen Funktionen als Berater, Autor und

Wissenschaftler im Gesundheitswesen tätig. Die dabei gewonnenen Kenntnisse und Erfahrungen haben ihn zu einem profunden Kenner, aber auch Gegner der Kommerzialisierung im Gesundheitsbereich gemacht. Seit Ende 2012 arbeitet er bei Attac in der AG Soziale Sicherung und ist Mitautor des Attac-Readers „Gesundheit ist keine Ware“.

Nadja Rakowitz

Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Dr. phil. Nadja Rakowitz ist Geschäftsführerin des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää). Sie promovierte 2003 und arbeitete für fünf Jahre am Institut für Medizinische Soziologie in Frankfurt. Ferner ist sie Mitglied der Redaktion des „express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit“.

Knut Lambertin

Deutscher Gewerkschaftsbund

Knut Lambertin arbeitet als Referatsleiter Gesundheitspolitik/Krankenversicherung und Leitung der Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik/Pflege des Sozialpolitischen Ausschusses beim DGB-Bundesvorstand. Des Weiteren ist er Mitglied des Verwaltungsrates der AOK Nordost, Stellvertretendes Mitglied des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes und des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes.

Carsten Becker

Vorsitzender der ver.di-Betriebsgruppe an der Charité

Carsten Becker ist langjähriger Aktivist der ver.di-Betriebsgruppe. Im letzten Jahr hat er maßgeblich an der Organisation eines der größten Streiks an einer deutschen Klinik mitgewirkt.

Heino Güllemann

Stiftung Umverteilen

Heino Güllemann ist seit 1999 in der Entwicklungszusammenarbeit tätig, etwa hälftig in der praktischen Arbeit im Süden (Kambodscha, Guinea, Mali...) und hälftig in der politischen Arbeit im Norden. Seit 2012 hat er für Oxfam, terre des hommes und die Stiftung Umverteilen die Advocacy-Arbeit zu globaler Gesundheit gestaltet. Sein Hauptarbeitsfeld der letzten Jahre war und ist der Brain Drain von Gesundheitsfachkräften. Er ist seit 2013 Mitglied der Plattform für Globale Gesundheit.

Franziska Hommes

GandHI

Franziska Hommes ist Medizinstudentin und Mitglied der Globalisation and Health Initiative (GandHI), dem Global Health-Projekt der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd). Seit 2014 ist sie Mitglied der Plattform für Globale Gesundheit.

