



Gesundheit

Ein Sozialsystem unter dem Hammer

Übersicht

- Über absolute Preisangaben
- Gibt es eine Kostenexplosion?
- Warum steigen die Sozialabgaben?
- Senkt Privatisierung Kosten?
- DRG's: Die Würde des Menschen ist antastbar
- Forderungen an ein zuwendungsorientiertes Gesundheitswesen



Kostenexplosion und absolute Preise

3 wahre Aussagen...

„Benzinpreise: Zwischen 1960 und 2000
um 240 Prozent gestiegen“

„DAX: zwischen 1960 und 2000 um 1560
Prozent gestiegen“

„Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung:
Zwischen 1970 und 2000 verzehnfacht“

...die nichts aussagen!



„Benzinpreise: Zwischen 1960 und 2000 um 240 Prozent gestiegen“

Durchschnittliche Benzinpreise am Jahresende

1960: 60 Pfennig,

2000: 204 Pfennig

Wesentliche Frage: Was geschah mit der Kaufkraft?

Wie lange benötigt ein durchschnittlich Verdienender, um sich einen Liter Benzin kaufen zu können?

1960: ca. 14 Minuten

2000: ca. 5 Minuten

--> Kosten für Benzin also deutlich gesunken

(Quelle: Institut der Deutschen Wirtschaft)



„DAX: zwischen 1960 und 2000 um 1560 Prozent gestiegen“

(DAX seit 1987, Werte rückgerechnet von Deutscher Börse AG)

Dezember 1959: 418 Punkte

Dezember 1999: 6958 Punkte

--> Faktor 16,6 --> Tolle Kapitalanlage...

ABER:

1) Auswahl des Zeitraums: Dez. 1961 - Dez. 2001: Faktor 10

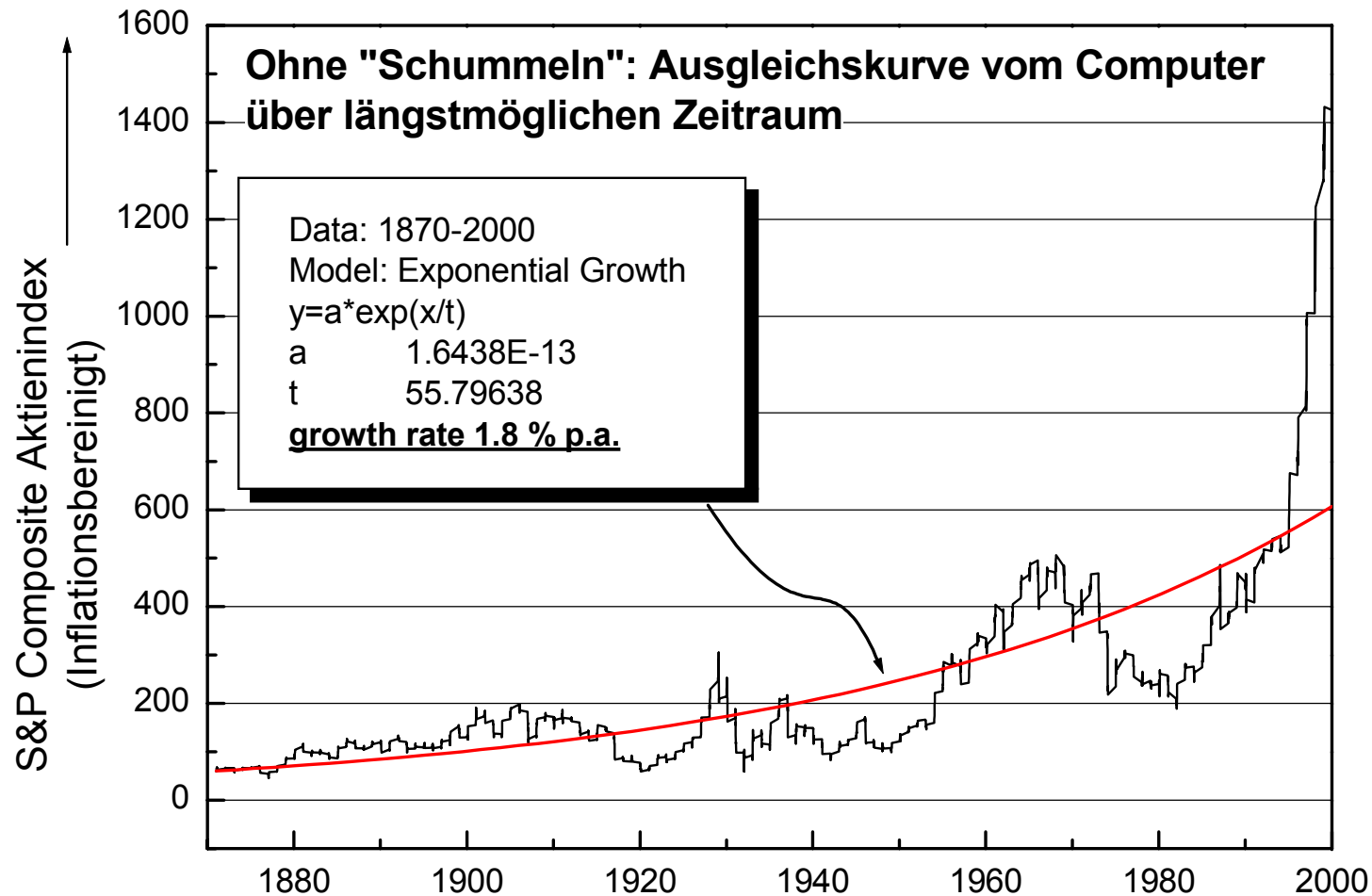
2) Inflation: 230% (Faktor 3,3), Wachstum: 203 % (Faktor 3,03)

Folge: BIP Nominal 3.3 * 3.03 = Faktor 10

FAZIT: Aktienkurse trotz spekulativer Blase nur im Umfang der Wirtschaft gewachsen
(auch breitere Indizes über längere Zeiträume: S&P 500 1870-2000, Einbeziehen der
Dividende: knapp über Staatsanleihen [Risiko!])

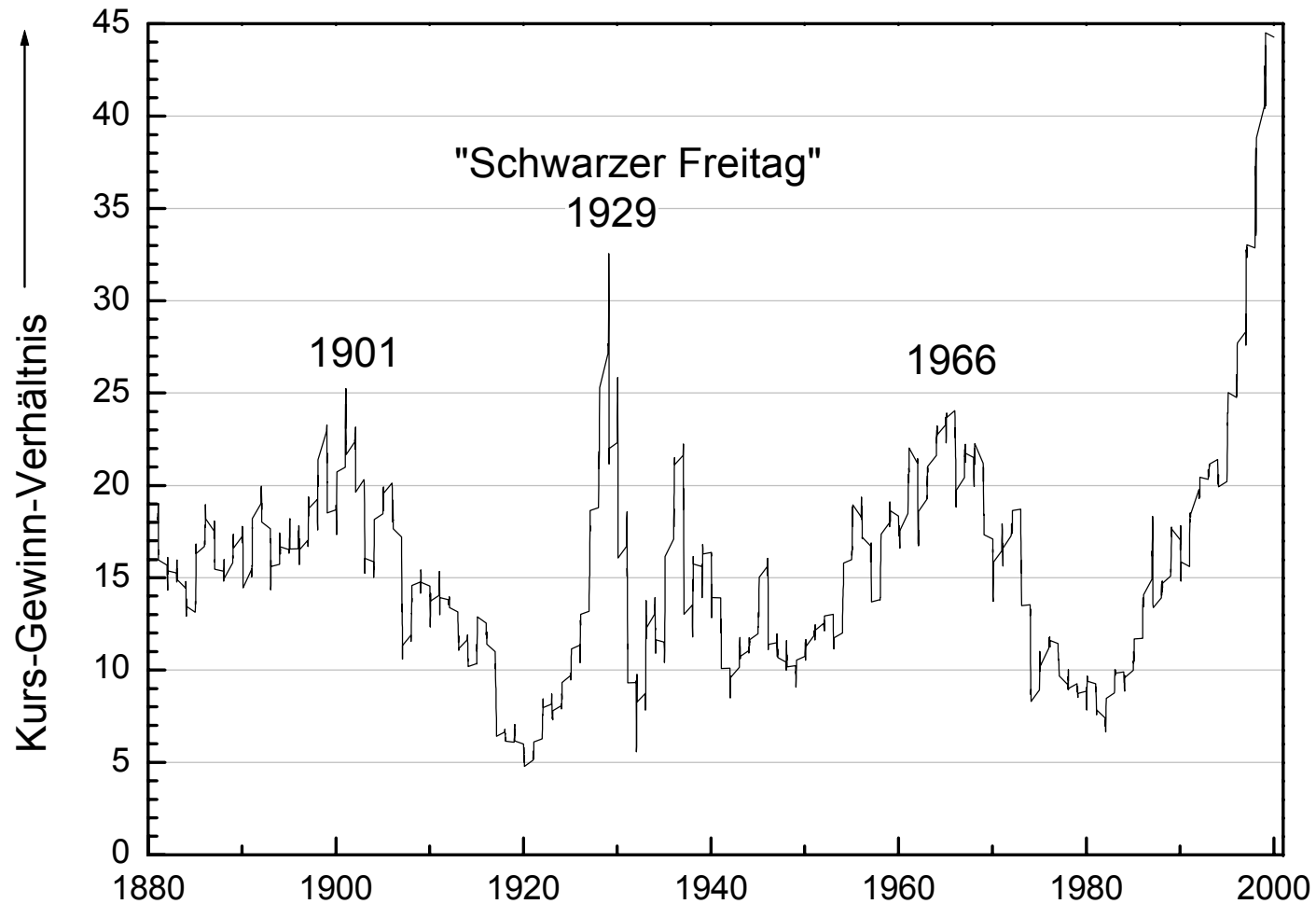


Wie „gut“ ist die Anlageform „Aktie“





Entwicklung des Kurs-Gewinn-Verhältnisses der 500 größten US-Amerikanischen Unternehmen zwischen 1880 und 2000:





„Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung: Zwischen 1970 und 2000 verzehnfacht“

1970: 25 Mrd. DM -- 2000: 250 Mrd. DM

1) Inflation 160 % (Faktor 2,6)

2) Wachstum 96 % (Faktor 1,96 - Lohnsteigerungen in selben Umfang)

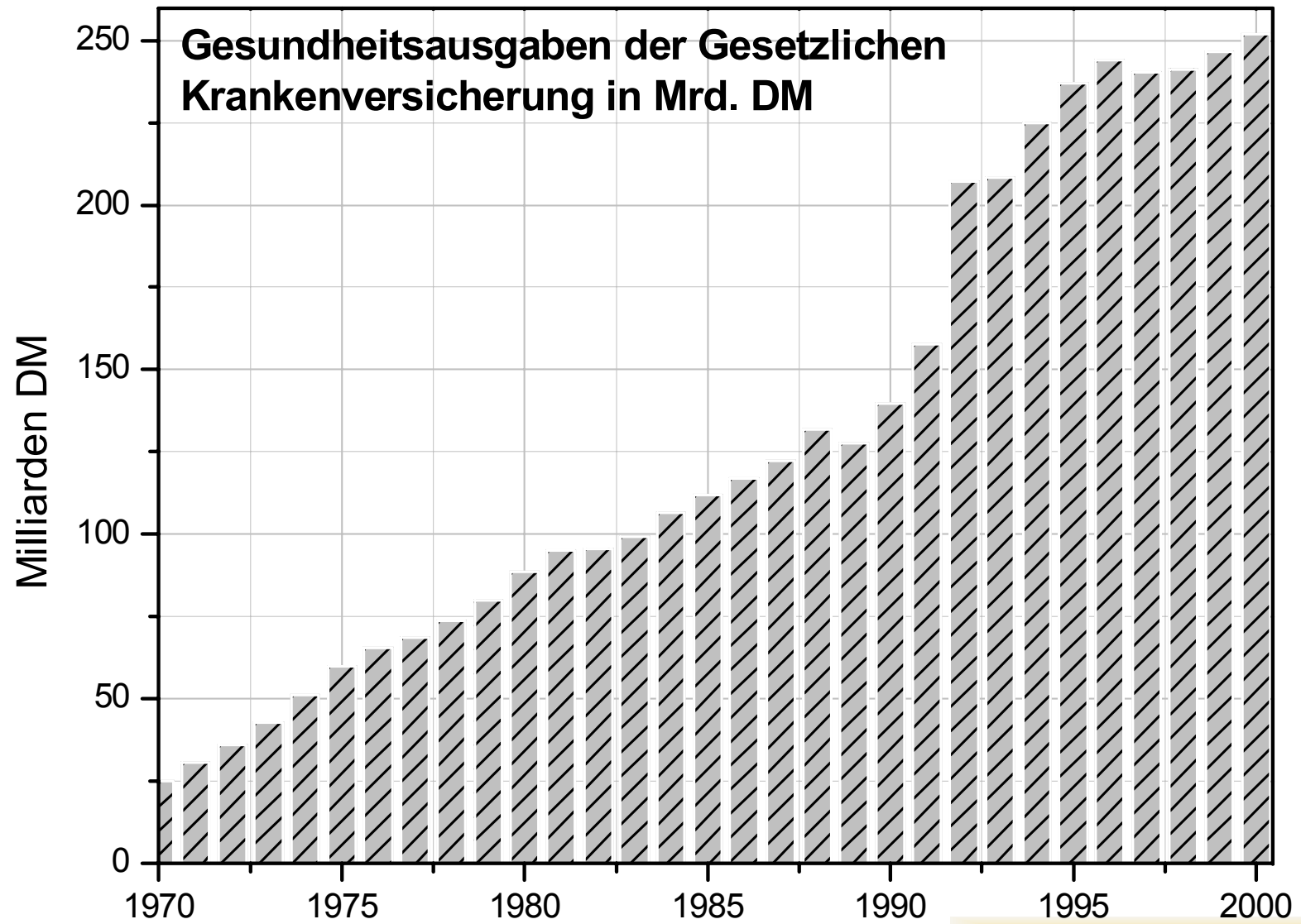
3) Wiedervereinigung (schlagartig mehr Versicherte) +15 %

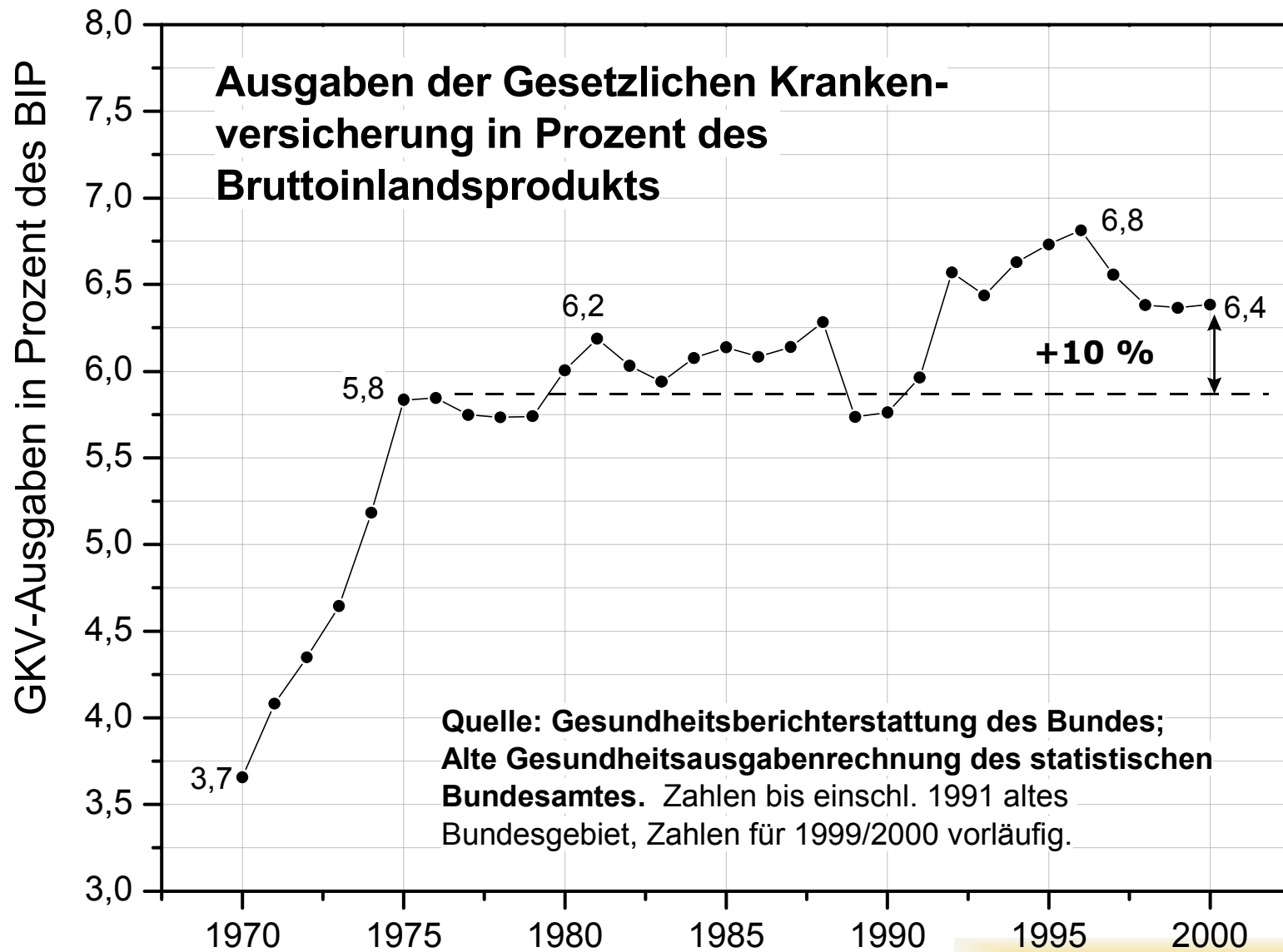
4) Innovationen zwischen 1970 und 1975 (Intensivstation...) +57 %

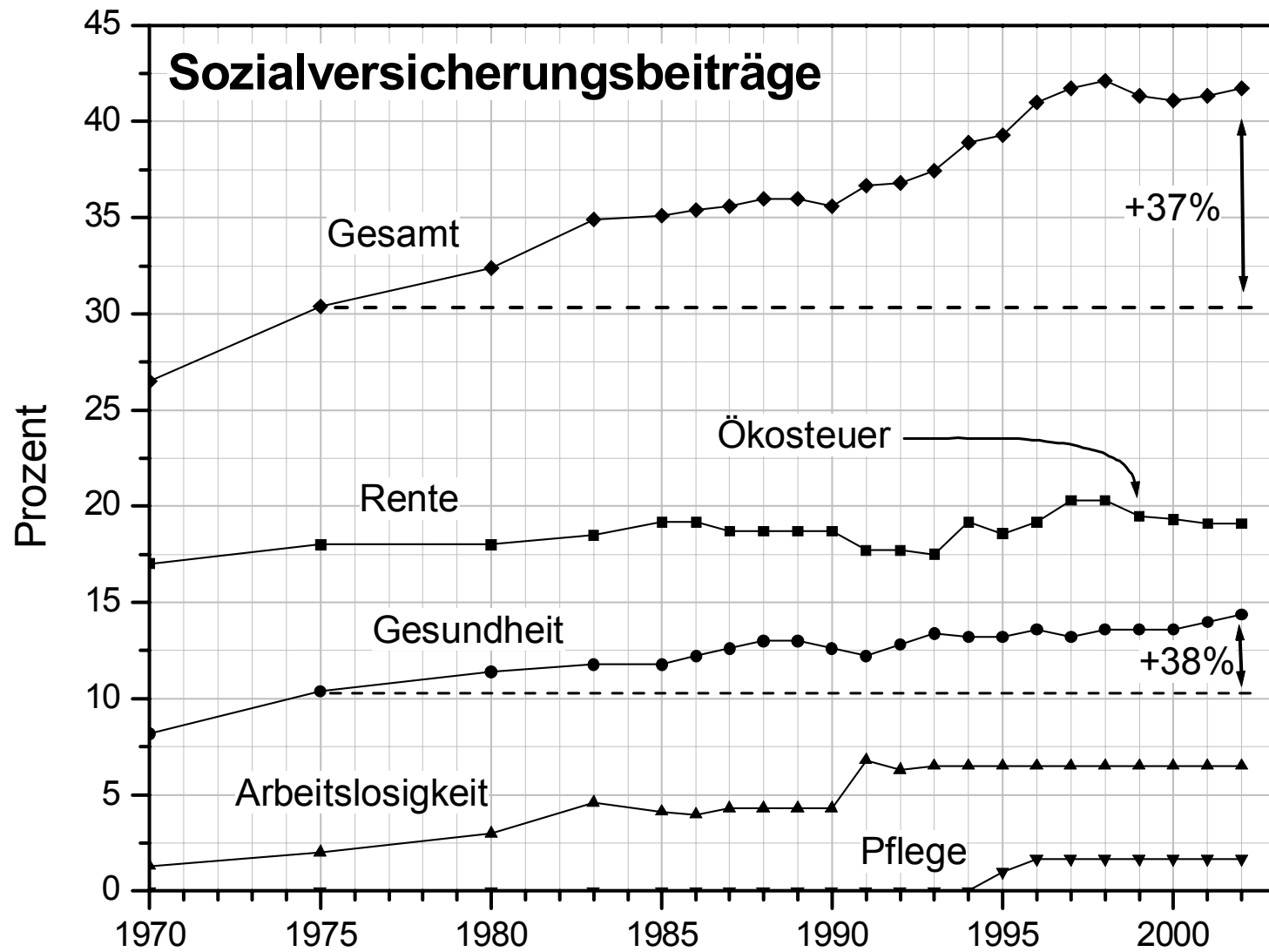
--> Steigerung um $2,6 \cdot 1,96 \cdot 1,57 \cdot 1,15 = \text{Faktor } 9,2$

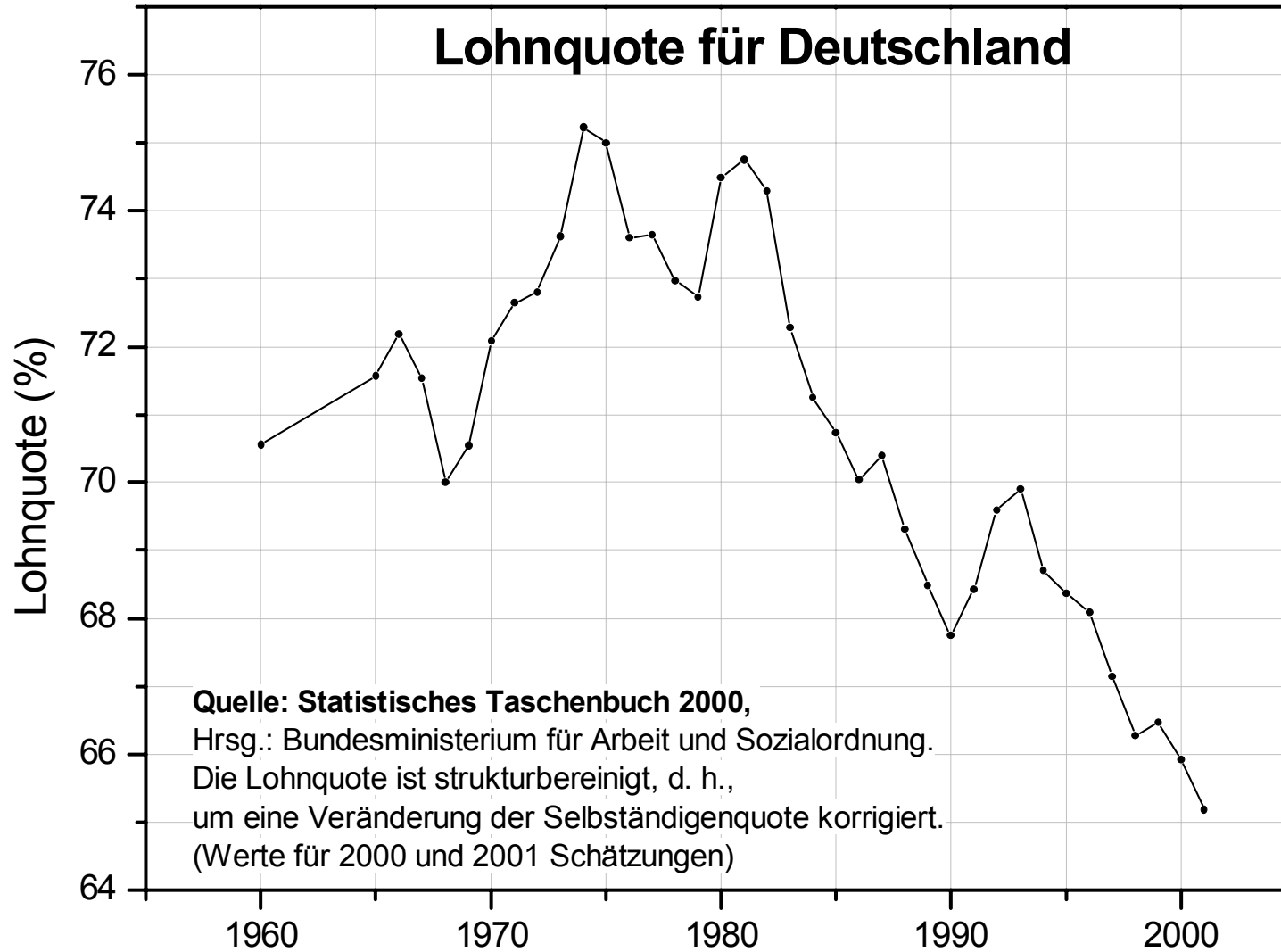
**--> Restgröße von ca. 10 % ist *gesamte* Kostensteigerung zwischen
1975 und 2000 [0,38% p.a.]**

Reichere Gesellschaften kümmern sich vermehrt um ihre Gesundheit











Es existiert keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen

Daraus folgt:

- **Innovation im Gesundheitswesen** im selben Tempo wie in Industrie, Tempo entspricht Wirtschaftswachstum, in diesem Tempo steigen die Kosten.
- Also: Keinerlei Kostenexplosion durch Apparate-Medizin (wahrlich erstaunlich!)
- **Demografische Effekte:** Hauptteil der Kosten fallen in letzten beiden Lebensjahren an, unabhängig vom Alter. Effekt wird völlig überschätzt!
- (Teil-)Privatisierungsdiskussion reine Propaganda.

Eine Zerstörung des solidarischen Gesundheitswesens aus Kostengesichtspunkten ist nicht notwendig!



Warum darf das Gesundheitswesen nicht privatisiert werden?

- Patienten haben Anspruch auf Hilfe jenseits ökonomischer Kalküle, mit marktförmig gestaltetem System nicht machbar
- Patienten sind keine Kunden
- Umverteilung ist privaten Systemen wesensfremd, im Gesundheitssystem jedoch unerlässlich
- Zwangsläufige Vertiefung einer Mehrklassenmedizin
- Privatisierung verteuert das Gesundheitswesen
 - Verwaltungskosten der Privatversicherungen *3-5
 - Werbeausgaben
 - Zwischenschalten der Finanzmärkte
 - Gewinnabschöpfen
- Empirisch: Keine Steigerung der Qualität des Gesundheitswesens (USA).



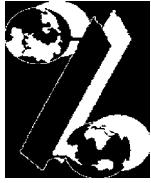
Warum ist Privatisierung im Gesundheitswesen abzulehnen?

Privatisierung von Krankenhäusern

- 1) Verteuerung
- 2) PatientInnen werden noch mehr ökonomischen Kalkülen unterworfen
- 3) Konkurrenz bedeutet Spezialisierung, Widerspruch zu wohnortnahen Versorgung
- 4) Abziehen von Profiten reduziert Kapital für Leistungen

Privatisierung von Versicherungsleistungen

- 1) Verteuerung
- 2) Umverteilung ist privaten Systemen wesensfremd
- 3) Spaltung des Gesundheitswesens
- 4) Enorme Gelder für Finanzmärkte



Gegenwärtige Diskussion: geprägt von „Kostenexplosion“

- **Hartmannbund:** „Aufteilung in Wahl- und Pflichtleistungen“ (Nur über Zusatzversicherungen z.B. „Verstauchungen, Platzwunden, Prellungen, leichte Bronchitis...“)
- Chef Hans-Jürgen Thomas: **„Eigentlich müßte man darüber nachdenken, alle Unfälle zu den Wahlleistungen zu nehmen“**
- **Konservative Parteien, Müller:** „Effizienzsteigerung durch Wettbewerb“, „Wahlleistungstarife“
- **Regierungsparteien:** „Effizienzsteigerung durch Wettbewerb“
- **Gesundheitsministerin:** Gesundheitspaß, ansonsten: will wiedergewählt werden, wird im Wahljahr viel versprechen, ist nicht ernst zu nehmen
- **Industrie:** Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge (vgl. Altersrente)
- **Experten:** Private Zusatzversicherungen, aber auch: Verbreiterung der Bemessungsgrundlage, Erhöhung von Qualitätsstandards
- **Marburger Bund:** Vorsitzender für Grund-/Wahlleistungen; Arbeitszeit, EuGh-Urteil
- **Kassen:** Disease Management, DRG's, Einkaufsmodelle
- **IGM, ver.di:** „Einnahmeseite“ immerhin erwähnt



Nicht vorhandene Kostenexplosion ernst nehmen!

- Aufspaltung in Wahl- und Pflichtleistungen unnötig
- Solidarisches Gesundheitswesen für alle bezahlbar
- **Systemimmanente Reformen** genügen stets, um Kosten stabil zu halten
- Selbst Spielräume existieren!
- Wesentlich wichtiger als Detaildiskussion um Kostenreduktion: **Einnahmenseite!**
-



Was hat Gesundheit mit Globalisierung zu tun?

Finanzen:

- 250 Mrd. Euro Jahresumsatz
- **Wie Profite abziehen?**
 - Marktförmige Umgestaltung
- **Wie Kapital auf Finanzmärkte bringen?**
 - Privatisierung von Krankenversicherungsleistungen (Kapitalstock)
 - Privatisierung von Krankenhäusern -> "AG"

TRIPs:

- Zugang zu Medikamenten
- Profite der Pharmakonzerne

GATS:

- Dienstleistungen marktförmig umgestalten
- Nicht marktförmiges ist nicht handelbar
- Explizit alle Dienstleistungen
- Nicht Zölle sondern innerstaatliche Regeln
- Kuhhandel („Wasser gegen Gesundheit“)
- Davor: Attraktives gestalten
-



Ein neues Abrechnungssystem in Krankenhäusern: DRG's

- „diagnosis related groups“ sind diagnoseorientierte „differenzierte“ Fallkostenpauschalen
- Beispiel: Blinddarmentzündung wird pauschal mit 2000 DM vergütet. Weitere Erkrankungen und „Nebendiagnosen“ führen mitunter zu Erhöhung der Pauschale
- Begründung für Einführung: Kostentransparenz (Einunddieselbe Operation soll überall dasselbe kosten), Kostensenkung
- Vordergründig vernünftig [Bezahlung nach den Leistungen, die Ärzte erbracht haben], jetziges System auch tatsächlich reformbedürftig.

Aber...



Die Würde des Menschen ist antastbar: DRG's

Folgen des DRG-System:



Unmittelbar:

- Steigender Verwaltungsaufwand
- Steigender Kostendruck
- Mißbrauchsmöglichkeiten
- Verteuerung des Gesundheitswesens
- „Herumschieben“ von Patienten, „Drehtüreffekt“



Mittelbar:

- ✚ Therapiefreiheit
- Sinkende Nachbehandlungsqualität
- Selektion
- Werteverstärkung
- Menschenwürde

Türöffner für weitere Privatisierungen



60-jähriger Patient mit „Raucherbein“

Diagnose:	Hauptdiagnose: Schwere arterielle Durchblutungsstörung	
		pAVK St.IV I70.24 DRGF65A
	Nebendiagnosen:	
	Herzinsuffizienz	I50.1
	KHK	I25.1
	Z.n. Myocardinfarkt	I25.2
	Arr. Abs. bei Vorhofflimmern	I48
	Diabetes mellitus Typ II b	E11.71
	diabet. Polyneuropathie	G63.2*
	diabet. Nephropathie	N16.2*
	Niereninsuffizienz	N18.8
	asymptomatische Carotisstenose	I65.2
	Adipositas	E66.0

Therapie:

Verweildauer 21 Tage

Feinnadelangiographie li. Bein 3-607

tgl. Wundpflege

1 Woche antibiot. Therapie mit Rocephin 2 g i.v.

intraart. Infusionstherapie mit Prostvasin über 20 Tage

Diabetesneueinstellung

Physiotherapie

Vergütung nach DRG: PCCL 3 oder 4, CW 1,69*

DM 4.890,86

**Zusätzlich: Vorfußamputation nach
Chopart 5-865.4**

DM 21.270,90

* bezogen auf die austr. Def. Von 1997/98

Attac-Vortrag: Gesundheit
Harald Klimenta

www.attac-netzwerk.de



Forderungen von Attac zur Sicherung der Finanzierung des Gesundheitswesens

- Aufhebung der unsolidarischen Beitragsbemessungsgrenze (3375 Euro)
- Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle Erwerbstätigen (führt zum Ende der Privatversicherungen im Gesundheitswesen)
- Einbeziehen von Zins-, Miet- und Gewinneinkommen und nicht nur der Arbeitseinkommen der Versicherten in die Beitragspflicht (Lohnquote!)
- Heranziehen der Arbeitgeber zu einer "Wertschöpfungsabgabe", die arbeitsintensive Betriebe gegenüber kapitalintensiven bevorzugt.



Was bedeutet es, ein „zuwendungsorientiertes“ Gesundheitssystem zu schaffen (Beispiele)

- **Das Einstellen von Personal in Krankenhäusern**
- Die Befreiung des Arzt-Patienten-Verhältnis von ökonomischen Kalkülen.
- Die Aufwertung des Arzt-Patienten-Gesprächs
- Die Abschaffung von Abrechnungssystemen, die PatientInnen selektieren
- Den Erhalt des Prinzips der freien Arztwahl als auch die Therapiefreiheit der Ärzteschaft
- Umfassende Mitspracherechte mündiger Patientinnen und Patienten
- Eine von unabhängigen Gremien durchgesetzte Erhöhung und Überwachung von Qualitätsstandards
- Eine Ausweitung präventiver Medizin auch im Hinblick auf Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen, die nicht krank machen.
- Eine verpflichtende Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, die frei vom Einfluss der Pharmaindustrie ist

Die Verhinderung der Verwandlung des Krankenhauswesens in einen ökonomischen Wettbewerbsmarkt, keinerlei Privatisierungen



Einkaufsmodelle

Krankenkassen dürfen individuelle Verträge mit Leistungserbringern abschließen

Vorher:

- Alle Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern einheitlich
- Sicherstellungsauftrag bei KV

Nachher:

- Individuelle Gestaltung aller Verträge
- Sicherstellungsauftrag bei Krankenkassen
-

Folge:

- Wettbewerb zwischen Krankenhäusern, zwischen Ärzten, ...
- Krankenkassen werden zentrale Macht
- Ärzte und Krankenhäuser müssen individuell Verträge mit Kassen aushandeln



Pharmaindustrie an die Leine

- **Ausgaben der Versicherten effizient nutzen, also u.a.:**
- Kostendämpfung durch Einführung einer Positivliste von einem unabhängigen Gremium.
- Transparente Pharmakonzerne schaffen (vor allem bezüglich Forschungsausgaben)
- Wirksamkeitsnachweis von Heilmitteln und Heilmethoden von industrieunabhängiger Seite
- Optimale Nutzung von Generika, Zulassung von Reimporten und Versandhandel

Der Zwang zu Profiten engt Entwicklungsmöglichkeiten ein. Folglich:

- Grundlagenforschung zurück an die Universitäten, kein Patentschutz dafür
- Patentrecht im Sinne der PatientInnen



Vor Ort:

- 1) Referenten einladen - wir kommen!
- 2) Öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen durchführen
 - Thema eignet sich hervorragend für Straßentheater, etc..
 - Vorträge zum Thema gegenwärtig sehr gut besucht
 - Podiumsdiskussionen mit im Gesundheitswesen Beschäftigten
- 3) Kooperieren! Lokale Gewerkschaften und Soziale Initiativen sehr offen für Thema (zentrale ver.di-Kampagne 2002)
- 4) Viele Ärzte haben noch immer PatientInnen im Kopf! - Finden! - Zurück zu 2)

Thema = Türöffner für Globalisierungsproblematik!

„Was geht mich Globalisierung an?“



„Was geht Dich Deine Gesundheit an?“



Vieles ist möglich



www.attac-netzwerk.de

Wie sicher ist die Riester-Rente?

