

# Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen

Würzburg, 05.12.2018

Dr. Andreas Wulf,

verein demokratischer ärztinnen und ärzte (vdää)

# Fragen zu Beginn

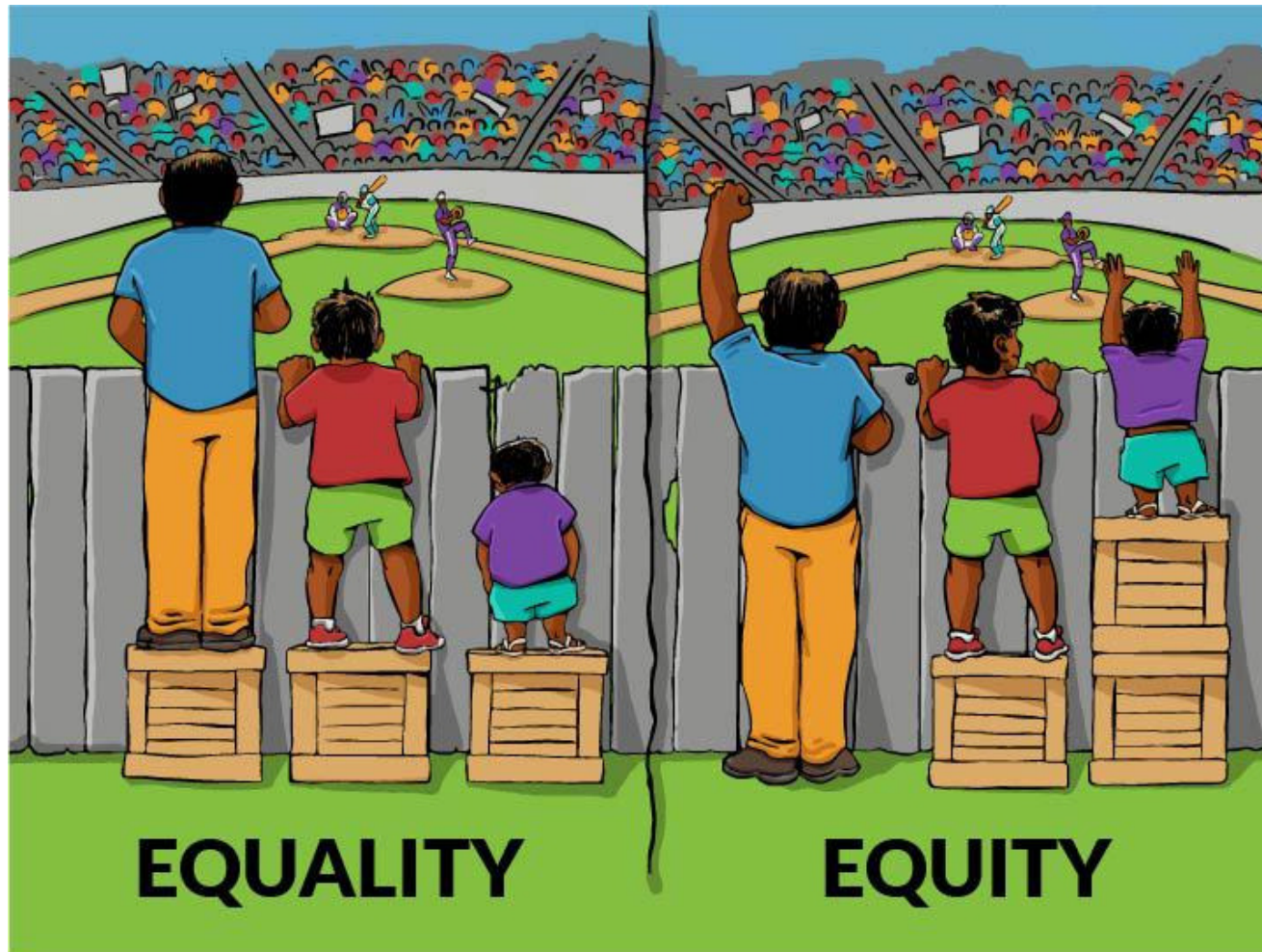
- Was ist gerecht im Gesundheitswesen? Für jedeN das Gleiche? Oder Jedem nach seinen Bedürfnissen?
- Wer hat Zugang zum Gesundheitssystem? Alle oder nur Versicherte?
- Ist Gesundheitsversorgung für Alle machbar /finanzierbar?
- Solidarische Finanzierung: Wer steht für wen ein?
- Zu welchem Preis? Gibt es eine Kostenexplosion?
- Belebt Wettbewerb das Geschäft?
- Müssen wir rationieren? Direkt oder indirekt?
- Ist gleiche Medizin für alle gleich gut?
- Ist mehr Medizin besser für die Gesundheit?
- Über den Tellerrand hinaus: Geht Verteilungsgerechtigkeit auch global?

# Verteilungsgerechtigkeit - Eine ethische Auseinandersetzung mit der Rationierungsdebatte ? Oder Mythenkunde?

„Die Gesundheitssysteme westlicher Industrienationen werden aufgrund sozialer Umbrüche und technologischer Errungenschaften an die **Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit** gelangen. Die Ursachen dafür liegen in der **demografischen Alterung** entwickelter Industrienationen und dem **teuren medizinisch-technischen Fortschritt**, der neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnet. Zugleich führt eine dauerhaft niedrige Geburtenrate dazu, dass **der Anteil der Beitragszahler in der Bevölkerung abnimmt. Die Schere zwischen dem medizinisch Sinnvollen und dem ökonomisch Machbaren geht weiter auseinander.** Schon jetzt **ist eine Maximalversorgung für alle Mitglieder der Gesellschaft nicht mehr möglich. Eine Begrenzung der medizinischen Versorgung ist deshalb unumgänglich und findet bereits statt** – allerdings verdeckt und ohne klar definierte Standards. In diesem Buch wird deshalb zum einen eine **moralische Kosten-Nutzen-Analyse** begründet, die eine **Rangreihenbildung zwischen verschiedenen Gesundheitsleistungen** erlaubt. Zum anderen werden ausgewählte Kriterien kritisch untersucht, anhand derer eine **Prioritätensetzung zwischen verschiedenen Personengruppen** möglich wird.“

[Corinna Rubrech](#) (2016), Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. eine ethische Auseinandersetzung mit der Rationierungsdebatte **Brill Verlag; ISBN: 978-3-95743-059-5**

# Gerechter Zugang zu guter Versorgung statt Gleichverteilung der Ressourcen



# Warum reicht formale Zugangsgleichheit nicht aus für Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen?

## **THE INVERSE CARE LAW**

JULIAN TUDOR HART

*Glyncorrwg Health Centre, Port Talbot, Glamorgan, Wales*

**Summary** The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.

Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet*. 1971. February 27; 1(7696):405–12. 10.1016/S0140-6736(71)92410-X

# Inverse Care Law (Hart, 1971)

---

- Care is distributed in inverse proportion to need
  - Deprived areas have fewer GPs
  - *People on low incomes are more likely to be dependent on public transport for getting to a surgery or hospital*
  - People in manual work are more likely to lose pay if they take time off work
  - *Poorly educated people are less likely to be knowledgeable about health and health services and to be assertive when dealing with doctors*
  - Do not have the money to jump NHS waiting lists by using private services

# Zugang zur Gesundheitsversorgung – Sichtbare und unsichtbare Barrieren

- Versicherungsstatus – ohne Karte nur gegen Vorkasse: Problem nicht nur für Menschen ohne Papiere und Aufenthaltsstatus, sondern auch für EU BürgerInnen mit prekärer Beschäftigung
- Notfallversorgung, Entbindung und dann Abschiebung?  
Ausländerrecht und Gesundheit: aktueller Gesundheitsreport von **Ärzte der Welt 2018**: „Verwehrtes Recht auf Gesundheit. Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland“ (Launch 12.10.18)
- Obdachlosigkeit
- Medizin in Gefängnissen
- Sprachliche und Interkulturelle Hürden im Gesundheitswesen
- „Klassenmedizin“ – Reflektion sozialer Klassenlage auf die Versorgungsrealität und Handlungsoptionen von Patient\*innen

# Wie gerecht / solidarisch ist die gesetzliche Krankenversicherung ?

- Gesunde Versicherte finanzieren die Kosten für kranke Versicherte
- Prinzip der prozentualen Beiträge führt zu einer solidarischen Umverteilung von besser Verdienenden zu Niedrigverdienenden
- Kostenlose Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern wird von ehe- und kinderlosen mit getragen (Familienlastenausgleich)
- Jüngere (gesündere) GKV Mitglieder tragen die (höheren) Krankheitskosten von älteren mit (Generationenausgleich)



# Grenzen der Solidarität in der GKV

- Nicht für alle: Selbständige, Beamte in die PKV
- Grenze der Pflichtversicherung: 4.950 Euro/Monat (2018), danach freiwillig oder PKV
- Beitragsbemessungsgrenze: 4.425 Euro /m., danach fixe Kopfpauschale von 690,30 Euro
- Bei 5000 Euro/monat: 13,8%, bei 7.000 Euro/m.: 9,9 %; bei 9.000 Euro/m.: 7,7% (aktueller durchschnittlicher GKV Satz in 2018: 15-16%)
- Nur Arbeitseinkommen werden berücksichtigt, nicht Kapitalerträge (Zinsen) oder Mieteinnahmen
- Bei einer Anhebung der Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenzen auf die Höhe, die für die Rentenversicherung gelten (6.500 Euro) würden die GKV Beitragssätze um ca. 2 Prozentpunkte sinken

# Bürgerversicherung notwendig

- PKV System ist Geldverschwendung und riskant (hohe Organisationskosten (Verwaltungsausgaben incl. Prämien für Versicherungsmakler 15% gegenüber 7% der GKV; Abhängigkeit von Kapitalmärkten (Altersrückstellungen der Versicherten) unflexibel (keine Rückkehr ins GKV System ab 55 Jahren) und unsozial (zB keine kostenlose Familienmitversicherung), da es darauf abzielt, nur die „besseren Risiken“ abzusichern.
- Das Interesse der Ärzt\*innen und Krankenhäuser, auf Kosten der PKV möglichst viele (besser bezahlte) Leistungen anzubieten, verbessert nicht die Gesundheitsversorgung der Privatversicherten sondern führt eher zu Überdiagnostik/Therapie mit seinen problematischen Folgen
- Eine einheitliche Bürgerversicherung (ggf. mit privaten Zusatzversicherungselementen) ist die logische, aber bislang politisch nicht durchsetzbare Lösung

# Kostenexplosion oder Wachstumsmarkt? Gesundheitsausgaben in Dt. 1970 - 2016

Jahr	Gesundheitsausgaben in v.H. BIP	GKV-Ausgaben in v.H. BIP	Durchschnittl. GKV-Beitragssatz
1970	6,0	3,5	8,24
1975	8,4	5,7	10,04
1985	8,8	6,0	11,73
1995	9,4	6,6	12,20
2005	10,8	6,4	14,19
2010	11,5	6,8	14,90
2016	11,3	7,1	15,70

Quelle: Statistisches Bundesamt, nach Hartmut Reiners, Mythen der Gesundheitspolitik, 2018, S. 21

**Anteil der Gesundheits- und GKV ausgaben am BIP steigen mäßig, prozentuale GKV Beträge stärker (durch sinkende Lohnquote, duales Versicherungssystem)**

# Gesundheitsausgaben International 2016

Land	Ausgaben pro Kopf in US\$	BIP Quote in %	Jährl. Wachst. Pro Kopf Ausg 2009-2016 in %	Anteil der öff. Finanzierung in %
USA	9.892	17,2	2,1	50
Schweiz	7,919	12,4	2,8	64
Norwegen	6.647	10,5	1,8	85
<b>Deutschland</b>	<b>5.551</b>	<b>11,3</b>	<b>1,5</b>	<b>78</b>
Irland	5.562	7,8	0,1	70
Niederlande	5.385	10,5	1,0	82
Schweden	5.385	11,0	0,9	84
Frankreich	4.600	11,0	0,9	75
Japan	4.519	10,9	1,8	75
United Kingdom	4,192	9,7	0,9	80
Italien	3.391	8,9	- 0,3	75
Spanien	3.248	9,0	0,3	71

Quelle: OECD 2017, nach Hartmut Reiners, Mythen der Gesundheitspolitik, 2018, S. 33

# Kostenexplosion oder Wachstumsmarkt im deutschen Gesundheitswesen?

- Personalintensive Sektoren nehmen im „postfordistischen Zeitalter“ gegenüber agrar- und industriellem Sektor zu, da weniger Rationalisierungspotential
- Gewinnmargen sind schwieriger einzudämmen da weniger Anbieterkonkurrenz und Kontrolldefizite (Pharmamarkt und Medizintechnik oligopolisch, Patentgeschützte Neuheiten ohne echte Preiskontrolle, Medizinprodukte nur TÜV überwacht), Auch Förderung eines Exportmarktes
- Folge der „Kostendämpfungsreformen“: zunehmende Privatisierung von Gesundheitsausgaben (private Zuzahlungen z.B. Arzneimittel, Zahnmedizin, Rehabilitation)
- Pflegebedarfe nehmen zu

# **Brauchen wir immer mehr Medizin? Demographische Entwicklung oder angebotsinduzierte Nachfrageausweitung**

- Wesentliche Kosten entstehen in den letzten 12 Monaten des Lebens, unabhängig vom Lebensalter
- „junge Alte“ sind heute gesünder als 20-30 Jahre zuvor, (Gesundheitsförderung erfolgreich); Leben mit chronischen Krankheiten verschiebt sich ins höhere Lebensalter
- Medizintechnischer Einsatz (Herzkatheter Untersuchungen, Stents, Gelenkersatz) ist regional extrem unterschiedlich verteilt – Hinweise auf angebotsinduzierte Nachfrage und „Traditionen“
- Kritische Reflektion von „High End“ Medizin (zB Krebstherapien, herzchirurgische Interventionen) mit begrenztem Nutzen und potentiellen Risiken besonders am Lebensende bleibt wichtig in einer guten Gesundheitsversorgung – keine Rationierungsdebatte

# Medizin in der „Fortschrittsfalle“?

Unbeschadet der Aufklärung und des Fortschritts der medizinischen Wissenschaften fußen die Erwartungen und Anforderungen der Öffentlichkeit an das Medizinsystem ... ganz erheblich auf Mystizismus und Irrationalität.

Diese gefährliche und kostentreibende Haltung wird umgekehrt gestärkt durch die Fehlorganisation der Praxis des Gesundheitssystems und durch die kapitalistischen Kräfte des medizinisch-industriellen Komplexes“

(Michael Berger, Diabetologe, Chefarzt + Dekan der Med. Fakultät Düsseldorf, 2002)

# Evidenz basierte Medizin als Grundlage guter Gesundheitsversorgung

- Gemeinsamer Bundesausschuss verhandelt und legt seit 2008 auf der Grundlage von wissenschaftlich verfügbaren Studien die (neuen) medizinischen Leistungen fest, die zugunsten der GKV erbracht werden können
- Festlegung von Bedarfsplanungsrichtlinien für die vertragsärztliche Versorgung
- Vertreter der GKV, der Vertragsärzt\*innen, der Krankenhausgesellschaften, unabhängige Experten, Patientenvertreter\*innen mit Rederecht
- Bestimmung von Arzneimittelgruppen, die für Festbeträge erstattet werden (meist Generika)
- Empfehlungen für Qualitätssicherung und Qualifikation von Ärzt\*innen bei der Anwendung bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Unterstützung durch Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)



# Kostspielige aber fraglich hilfreiche Medizin

- Kaiserschnittraten in Dt. liegen deutlich über denen vergleichbarer Länder (30,6 per 100 Geburten, in Frankreich: 20,8, Schweden 17,3 , Niederlande 15,9
- MRT-Untersuchungen in Dt. (131,3 pro 1000 Einwohner; 117,8 in den USA, 104,8 in Frankreich, 69,9 in der Schweiz, 51,8 in den Niederlanden)
- Roboter Einsatz bei Hüftgelenkersatz ohne Vorteil aber mehr Komplikationen und Infektionen
- Arthroskopische Eingriffe bei Gonarthrose
- Screening verfahren auf Prostatakrebs, Hypercholesterinämie

Quellen: **OECD (2017)** Health at a Glance, [www.oecd.org/Health/health-systems](http://www.oecd.org/Health/health-systems)

**Klemperer, D. (2017):** Überversorgung und Unterversorgung, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 71 (3-4) S. 63-67

**Schmacke, N. (2005):** Wieviel Medizin verträgt der Mensch? (2. Aufl.) Bonn/Bad Homburg

# Überversorgung: Problem erkannt, Problem gebannt?

- “Less is More Series” (JAMA Intern. Med. 2018, <https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more>)
- “Too Much Medicine Campaign” (BMJ, 2015 [www.bmj.com/too-much-medicine](http://www.bmj.com/too-much-medicine) )
- “Right Care Series” (Lancet, 2017 , <https://www.thelancet.com/series/right-care>)

U.a. heißt es dort: "Finanzielle Interessen der Leistungserbringer: Die Art der Refinanzierung hat wesentlichen Einfluss auf die Häufigkeit der erbrachten medizinischen Leistungen."

# Ausweitung invasiver Behandlungsformen

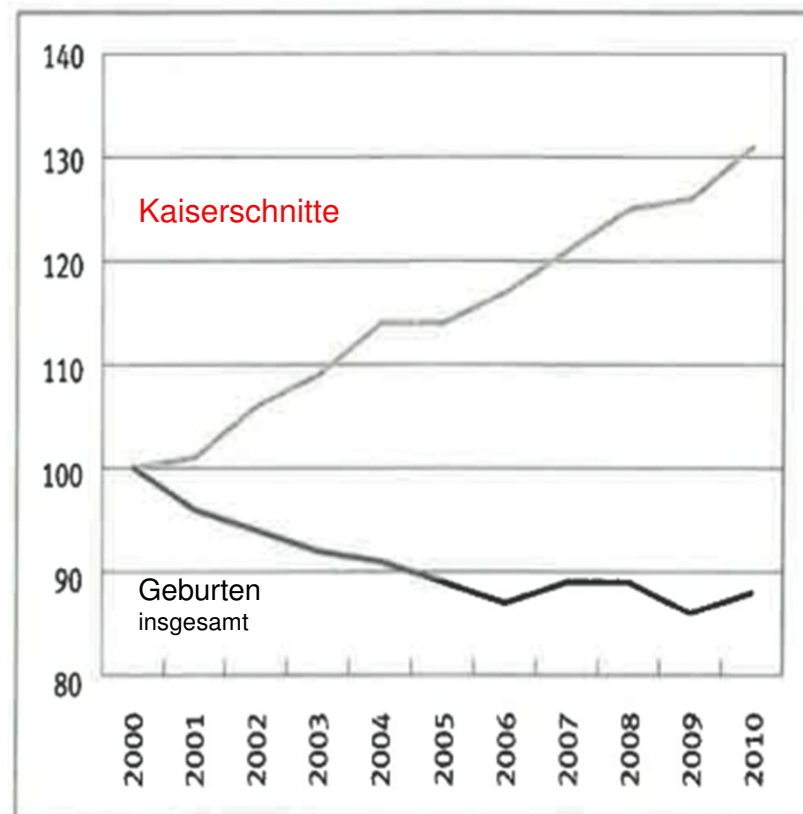
- **Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose**

➤ RG 0,545: **Erlös ca. 1783 €**

- **Kaiserschnitt**

➤ RG 0,846: **Erlös ca. 2768 €**

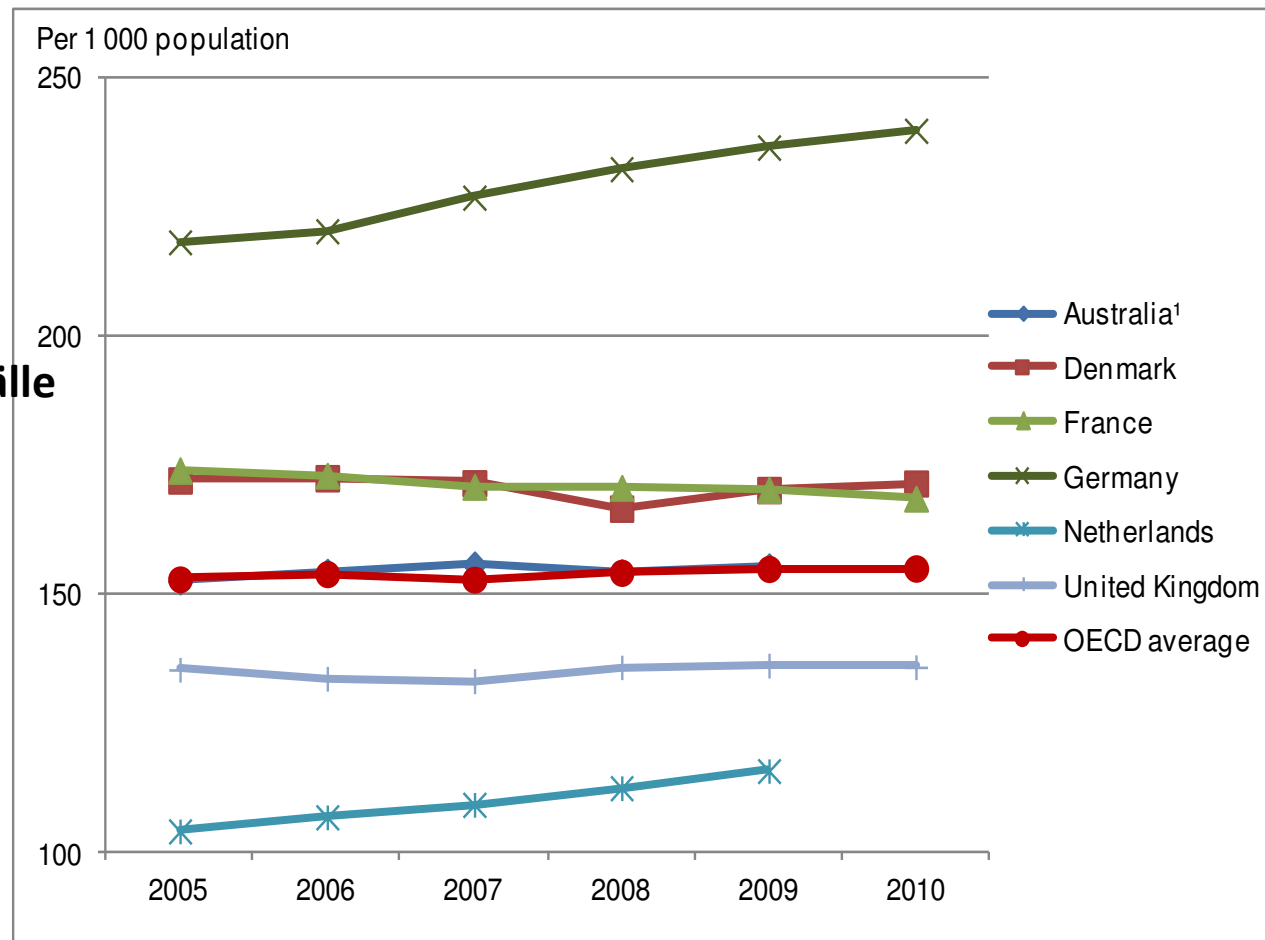
(Stand 2016, Basisfallwert 3272 €)



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

# Anstieg von Krankenhausbehandlungen in Deutschland

Anzahl der  
Krankenhausfälle  
pro 1000  
Einwohner in  
ausgewählten  
OECD-Ländern



Note: 1. Excludes discharges of healthy babies born in hospital (between 3-7% of all discharges). Source: OECD Health Data 2012

# Krankenhausfälle pro 1000 Einwohner\*innen im Europäischen Vergleich, 2015

Land	Insgesamt	Herz-Kreislauf	Krebs	Diabetes
<b>Deutschland</b>	<b>255</b>	<b>37</b>	<b>24</b>	<b>51</b>
Frankreich	184	19	11	33
Großbritannien	132	12	8	14
Italien	119	19	11	13
Niederlande	117	16	11	13
Schweden	153	30	11	40
Schweiz	172	18	14	12

Quelle: OECD 2017 , nach Hartmut Reiners, Mythen der Gesundheitspolitik, 2018

# Medikalisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen

- **Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)** mit fraglicher Wirksamkeit und Nutzen als „Cash Cow“ der Niedergelassenen Arztpraxen:
- 33% der GKV Patient\*innen bekamen sie angeboten, 27% haben sie angenommen, 1,05 Mrd Euro Ausgaben (2015)
- IGeL Monitor der GKV ([www.igel-monitor.de](http://www.igel-monitor.de)):
- 4 negativ (durchblutungsfördernde Infusionen bei Hörsturz)
- 17 tendenziell negativ (LuFu zur „Früherkennung bei symptomlosen Patienten)
- 15 unklar (z.B. Akupunktur in der Schwangerschaft)
- 3 tendenziell positiv (z.B. Stoßwellenbehandlung bei Fersenschmerz)
- 0 positiv

Quellen:

Zok, K.: Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. WIdO-Monitor 1/2015; [www.wido.de](http://www.wido.de)

Pick, P. & Eikermann, M. (2017): 5 Jahre IGeL Monitor: Eine erste Bilanz, in: Gesundheit und Sozialpolitik, 71 /2), 33-38

# Disease Mongering für die „Worried Well“ – Krankheits“erfindung“

- (männlicher) Haarverlust: genetisches Schicksal oder Krankheit? Finasteride (Propecia©, Merck)
- Aus Schüchternheit wird „Social phobia“: Antidepressivum Moclobemide (Aurorix©, Roche)
- Post menopausale Osteoporose – Prophylaxe mit Östrogenen/Gestagenen mit Nebenwirkungen (Krebserkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen)
- Weibliche sexuelle „Dysfunktion“: Flibanserin (Addyi ©, Boehringer Ingelheim / Sprout Pharmaceutical)

# „Mondpreise“ durch Patentschutz und mangelnde Preiskontrolle

- Hepatitis C – Medikamentenkosten 30.000 – 60.000 Euro / Behandlungszyklus – Orientierung an Kosten der Lebertransplantation, nicht Produktions-/Forschungskosten, Sofosbuvir/Ravidasvir aus ägyptischer Generika Produktion für 300 Euro / Behandlung verfügbar
- Hochpreisige Krebsmedikamente (bis 100.000 Euro/Jahreskosten) mit verlängerter Patentlaufzeit durch künstlich produziertem „Orphan Drug Status“ und oft nur minimaler Lebensverlängerung/ Verbesserung oder nur Verbesserung der „surrogat parameter“ wie progressionsfreie Überlebenszeit und Ansprechrate (z.B. Verkleinerung des Tumors)
- AMNOG (Arzneimittel Neuordnungsgesetz) soll Preise von Neuzulassungen an klinische Evidenz koppeln (Nutzungsbewertung) – bei 43% der Neubewertungen in 2017 konnte kein Zusatznutzen (vor allem aufgrund mangelnder Datenlagen) gesichert werden

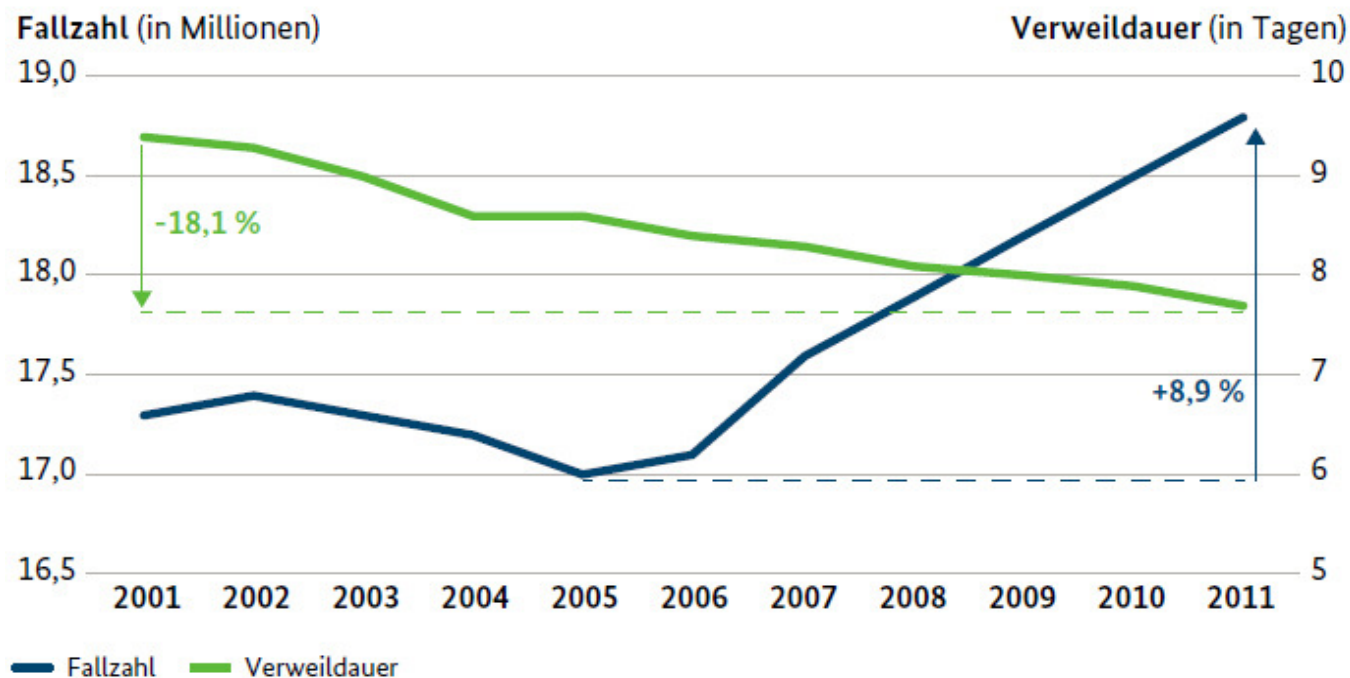
<https://www.dak.de/dak/bundes-themen/amnog-report-2018-1985468.html>



# Tendenzen der Fallpauschalenfinanzierung (DRG –System)

## Behandlungsfälle in Kliniken nehmen zu

Entwicklung der Fallzahlen und durchschnittlichen Verweildauer in Krankenhäusern

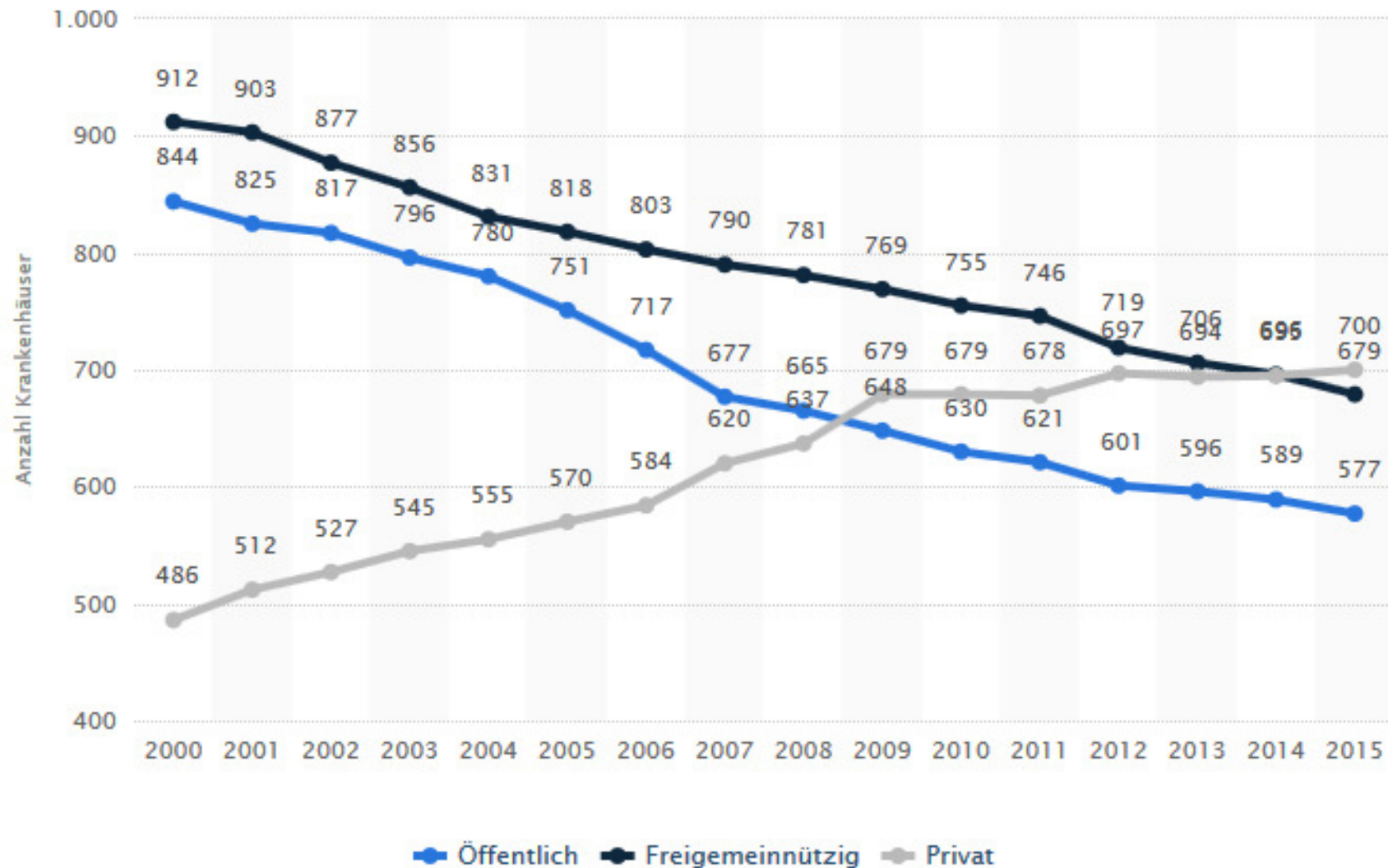


Betrachtungszeitraum: 2001 – 2011.

Lesehilfe: Im Jahr 2011 wurden in deutschen Krankenhäusern ca. 19 Mio. Fälle behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus betrug dabei ca. 7,7 Tage pro Fall.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik; Berechnung und Darstellung: BMWi/WifOR, 2013.

# Privatisierung der Krankenhäuser



Quelle: Statista 2017

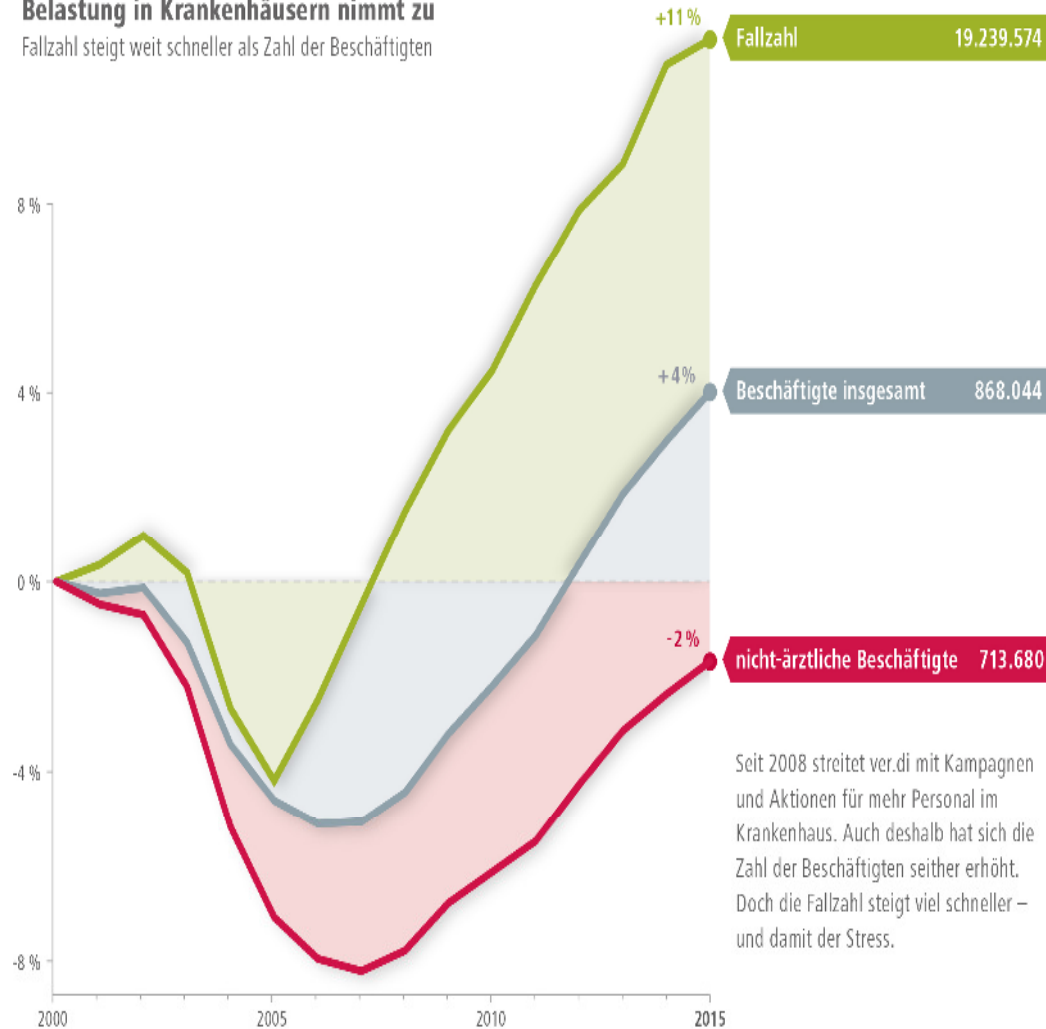
# Überversorgung – Unterversorgung

## Verteilungsgerechtigkeit

- Bei Ausweitung der Krankenhausbehandlungen Spareffekte bei nicht-ärztlichem Personal – Arbeitsverdichtung, De-qualifizierung
- Reduktion der kleineren Krankenhäuser in den ländlichen Gebieten mit der Folge weiterer Wege und Erreichbarkeit
- Konzentration der niedergelassenen Ärzt\*innen in großstädtischen Regionen, Nachfolgeprobleme im ländlichen Raum – nicht nur ein Problem des Einkommens, sondern auch der Lebensperspektive
- Alternative Versorgungsformen und multidisziplinäre Konzepte bislang nur in Modellprojekten
- Proteste gegen Arbeitsbedingungen der Pflege im Krankenhaus nehmen zu

# Arbeitsbelastung in der Pflege nimmt zu

**Belastung in Krankenhäusern nimmt zu**  
Fallzahl steigt weit schneller als Zahl der Beschäftigten



Seit 2008 streitet ver.di mit Kampagnen und Aktionen für mehr Personal im Krankenhaus. Auch deshalb hat sich die Zahl der Beschäftigten seither erhöht. Doch die Fallzahl steigt viel schneller – und damit der Stress.

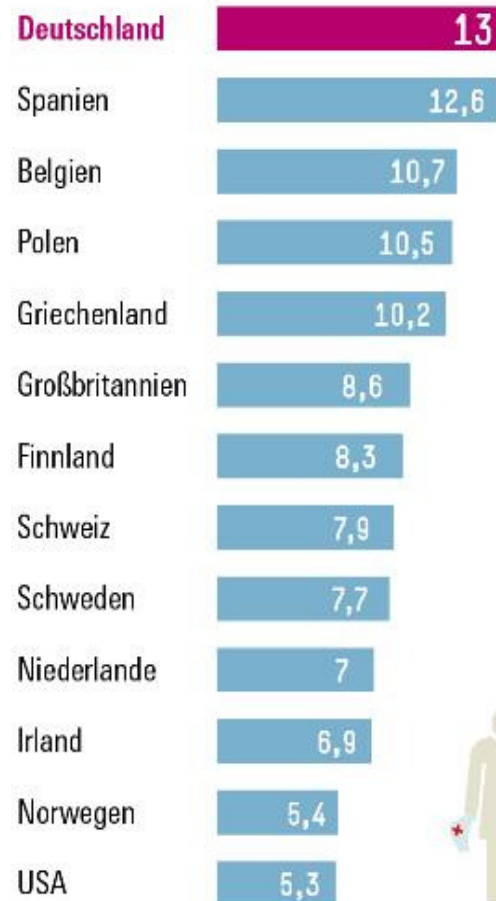
Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1; Beschäftigte in direkter Anstellung, umgerechnet in Vollzeitstellen; eigene Darstellung; Vergleich der prozentualen Entwicklung, Basiswerte ab 2000; Grafik: werkzei Detmold

„Rechtliche Vorgaben für die Personalbemessung in der Krankenpflege sind international verbreitet. Auch hierzulande könnten sie Arbeitsüberlastung und Qualitätsmängel lindern.“

Michael Simon, Sandra Mehmecke:  
Nurse-to-Patient Ratios: Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 27, Februar 2017

## Deutscher Pflegenotstand

So viele Patienten kommen auf eine Pflegefachkraft in ...



# Personalschlüssel und Mortalität

Studie über 422.730 chirurgische Patient-Innen aus 300 Krankenhäusern in 9 euro-päischen Ländern.

**Ergebnis:** Ein Patient mehr pro Pflegekraft (von 6 auf 7 Patienten) erhöht die Rate der Todesfälle im KH und bis 30 Tage nach Entlassung um 7%.

*„Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries“ (Aiken 2014)*

# Kritik, Proteste, Widerstand...

**Öffentliche Kritik wächst:** TV-Dokumentationen (Bsp. NDR 26.2., BR quer 22.03.), Zeitung, Bücher, Studien

**ver.di:** politische, betriebliche, tarifliche Kämpfe für mehr Personal bzw. gesetzliche Personalbemessung

**Kämpfe für mehr Personal** bzw. gesetzliche Regelung für Personalzahlen in vielen KH in Deutschland

**Bündnisse für mehr Personal im Krankenhaus** gibt es in verschiedenen Städten

**Bündnis Krankenhaus statt Fabrik** (vdää, ver.di FB 3 von NRW, Ba-Wü, Berlin-Brandenburg, attac u.a)

**Volksbegehren / Volksentscheid für gesunde Krankenhäuser** in Berlin, München, Hamburg, Bremen,

# Gründe, warum man das Gesundheitswesen nicht dem Markt überlassen darf

- Ungleiche Bedarfe, die nicht individuell steuerbar sind (keine „Nachfragesouveränität“):
- Strukturelle Faktoren bestimmen wesentlich über Krankheit und Gesundheit
- 20% der Patient\*innen benötigen 80% der Gesundheitsressourcen (schwer und chronisch Kranke, Behinderte)
- Die Anbieter bestimmen in der Regel was die Patienten brauchen, auch bei „shared decision making“ (Wissensvorsprung)
- Gesundheit ist keine (optionale) Ware, sondern ein „transzendentes Gut in öffentlicher Verantwortung“: Menschenrecht auf Gesundheit, kollektives Interesse an Kontrolle von Krankheiten (Epidemien)



# Handlungsoptionen

- Alternativen zur kleinunternehmerischen Arztpraxis im „Hamsterrad“ der Einzelleistungsabrechnung und IGL: Gesundheitskollektiv Berlin <https://www.geko-berlin.de/> und Poliklinik Hamburg <http://www.poliklinik1.org/start>
- Neue Versorgungsformen für ländliche Gebiete (Schwester Agnes 2 – Fallmanagerin und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke) <https://masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348257.de>
- Ausstieg aus der DRG „Logik“ – Gute Gesundheitsversorgung braucht gute Arbeitsbedingungen im Krankenhaus: Krankenhaus statt Fabrik <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>
- Unterstützung der laufenden Arbeitskämpfe in Krankenhäusern: Volksentscheide in Berlin, Hamburg, München, Bremen <https://www.mehr-krankenhauspersonal.de/>

# Jetzt muss der Druck erhöht werden...



# Über Deutschland hinaus: Gerechtigkeit globalisieren

- Realität in vielen Ländern: Gesundheitskosten werden überwiegend privat „out of pocket“ im Krankheitsfall getragen, Versicherungssysteme oft nur für eine Minderheit mit formalen Arbeitsverträgen, Staatsangestellte
- Öffentliche Gesundheitssysteme sind meist unterfinanziert und private Gesundheitsdienstleister nehmen zu
- 100 Mio Menschen geraten pro Jahr durch „katastrophale Krankheitskosten“ in die Armut
- Forderung nach „universal health coverage“, einer für alle Menschen greifende Absicherung im Krankheitsfall ist zur neuen Zielgröße in der globalen Gesundheitspolitik geworden

# Probleme mit dem UHC Konzept

- In der Praxis meist nur „pragmatische“ Lösungen mit begrenzten Leistungsangeboten (Package of Care) aber keine echte „universelle Gesundheitsversorgung“ (Rechtebasierung notwendig)
- Einfallstor zur Finanzierung von privaten Dienstleistern, die die Verfügbarkeit öffentlicher Gesundheitsversorgung für Arme weiter verringern (Regulation notwendig)
- Erwartung dass die Kosten überwiegend aus den eigenen Länderhaushalten getragen werden können, sind für die ärmsten Länder unrealistisch, kontinuierliche internationale Zuschüsse sind notwendig (Redistribution notwendig)

# Voraussetzungen für eine gerechte globale Gesundheitspolitik

- Erhöhung des nationalen „fiscal space“ durch stärkere Besteuerung von (auch transnationalen) Unternehmen statt Steuerflucht
- Währungs- / Finanztransaktionssteuer können zusätzliche Mittel global generieren für soziale Sicherungssysteme
- Öffentliche Gesundheitsdienste bieten den besten Ansatz für universelle Zugänglichkeit (zB SUS in Brasilien) da Regulation privater Akteure extrem aufwendig
- Internationaler Finanzausgleich würde das (bislang nur nationale) Solidaritätsprinzip globalisieren
- Transparenz und Rechenschaftspflicht von nationalen und internationalen Akteuren notwendig: Aufgabe von zivilgesellschaftlichen Akteuren

# Gesundheitsfinanzierung

## International Fund for Health

- Basierend auf einem rechtlich verbindlichen internationalen Vertrag (eigene Konvention oder ein Zusatzprotokoll zu einem Framework Convention on Global Health, etc. ...)
- Regulierung eines fairen “burden sharings” durch verpflichtende Beiträge  
(z.B. 15 % für Gesundheit aus 0.7 % des GDP für Internationale Entwicklungshilfe ODA)
- Regulierung des Zugangs zu den Funds  
(Empfängerländer stimmen den grundlegenden prinzipien der gleichen und universellen Zugangs zu den Gesundheitsdiensten zu, Primary Health Care-strategie, verpflichtender Einsatz nationaler Ressourcen, etc.)

# Fragen und Erwartungen an den Finanzausgleich

- Wer hat Zugang dazu? – Nur Regierungen? NGOs, Professionelle Organisationen, etc?
- Finanzierung öffentlicher – karitativer – privatwirtschaftlicher Gesundheitsdienste?
- Ersatz oder Verstärkung nationaler Anstrengungen?
- Verbesserung nationaler Planung durch verlässlichere und vorhersehbare Finanzierungen

# Utopisch?

## Bedingungen für soziale Veränderung

- 1 - Der Wunsch nach Veränderung, der aktiv von einer engagierten Öffentlichkeit (soziale Bewegungen, Basisorganisationen) artikuliert wird, schafft ausreichende “Gegenmacht”
- 2 - Die Schaffung eines “diplomatischen Raumes” der es erlaubt, neue Normen zu akzeptieren (FCGH, International Health Fund)
  - 1 - Die Einrichtung von verlässlichen – und verantwortlichen – Institutionen, die sicherstellen, dass die vereinbarten Normen in Kraft gesetzt und realisiert werden.
- 4 - Eine unabhängige internationale Öffentlichkeit, die die Arbeit der Institutionen und die Einhaltung der Normen kritische überwacht.



**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit**

**[www.krankenhaus-statt-fabrik.de/](http://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/)**

**[www.vdaeae.de/](http://www.vdaeae.de/)**

**[www.medico.de](http://www.medico.de)**

