

*kritik & utopie* ist die politische Edition im  
mandelbaum *verlag*.

Darin finden sich theoretische Entwürfe  
ebenso wie Reflexionen aktueller sozialer  
Bewegungen, Originalausgaben und auch  
Übersetzungen fremdsprachiger Texte, po-  
puläre Sachbücher sowie akademische und  
außeruniversitäre wissenschaftliche Arbeiten.

Nähere Informationen zu Beirat,  
Neuerscheinungen und Terminen unter  
[www.kritikundutopie.net](http://www.kritikundutopie.net)



Initiative Solidarisch G'sund

# **GESUNDHEIT FÜR ALLE!**

INTRO. Eine Einführung

mandelbaum *kritik & utopie*

Gedruckt mit Unterstützung durch

MA 7 – Kulturabteilung der Stadt Wien, Referat Wissenschafts- und  
Forschungsförderung

© mandelbaum *kritik & utopie*, wien 2013  
alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Elvira Gross  
Satz & Umschlaggestaltung: Michael Baiculescu  
Druck: Primerate, Budapest

# Inhalt

ANDREAS EXNER / WERNER RÄTZ

8 Vorwort

## EINLEITUNG

WERNER RÄTZ

12 Gesundheitsmythen

20 Gesundheitsmarkt und Selbstzurichtung

## GESUNDHEIT, UNGLEICHHEIT UND MACHT

ANDREAS EXNER

26 Gesundheit und soziale Gleichheit

BERNHARD WINTER

56 Pharmakonzerne

## DAS GESUNDHEITSWESEN

NADJA RAKOWITZ / PETER HOFFMANN

70 Zu den Strukturen des deutschen Gesundheitssystems

WILFRIED LEISCH

78 Gesundheitsinstitutionen in Österreich

WILFRIED LEISCH

86 Sozialversicherung in Österreich

WOLFGANG HIEN

97 Zur Geschichte der Sozialversicherung in Deutschland

HANS-ULRICH-DEPPE / NADJA RAKOWITZ

104 Zur Geschichte des deutschen Gesundheitswesens

- ULRIKE PAPOUSCHEK  
108 Zum Wandel des Krankensektors in Österreich  
*Ökonomisierung: Privatisierung, Auslagerungen und  
Public Private Partnerships*
- NILS BÖHLKE  
117 Öffentliche Krankenhäuser als Auslaufmodell  
*Privatisierungspolitik in Deutschland*
- URSULA WALCH  
125 Geburtshilfe
- DAGMAR PATERNOGA  
136 Psychiatrie im Wandel

#### KÄMPFE UND ALTERNATIVEN

- ANNA LEDER  
150 Soziale (Selbst-)Verteidigung und Solidarität  
*Arbeitskämpfe im Gesundheitswesen in Zeiten der Krise*
- MARKUS SCHALLHAS  
169 Globale Gesundheitsbewegungen
- ANDREAS EXNER  
176 Soziale Gleichheit, ein Schlüssel zu vielen  
Gesundheitstüren
- 189 AutorInnenverzeichnis

Gewidmet Franz Nöstlinger, Aktivist der Plattform Solidarisch G'sund. Franz Nöstlinger war ein unangepasster, ehrlicher Mensch, der den damit verbundenen Widrigkeiten zum Trotz Zeit seines Lebens für soziale Gleichheit eintrat; es endete 2012, zu früh.

ANDREAS EXNER / WERNER RÄTZ

## Vorwort

Der dramatische Verlust an Lebensperspektiven und der deutliche Anstieg von Todesraten in der EU im Zuge der jüngsten Kürzungsmaßnahmen wird durch eine neue Studie von GesundheitswissenschaftlerInnen bestätigt (Karaniolos u. a. 2013). So steigen seit 2007 in der EU die Selbstmorde von Menschen unter 65. Dies bedeutet in vielen ihrer Länder eine Trendumkehr. In Griechenland stieg die Selbstmordrate zwischen 2010 und 2011 um etwa 40 Prozent, auch in Spanien ist ein besonders drastischer Anstieg zu verzeichnen. In Griechenland, Spanien und Portugal hat sich nicht nur die allgemeine Lebensqualität dramatisch verschlechtert – mit schlimmen Folgen für die Gesundheit. In Griechenland sind inzwischen etwa sogar HIV-Infektionswellen ausgebrochen. In Portugal stiegen die winterlichen Todesfälle von Menschen über 75 zwischen 2011 und 2012 um 10 Prozent, wahrscheinlich wegen verringerter Beheizung.

Durch die Kürzungsprogramme ist nunmehr in vielen Ländern der EU sogar der Zugang zum Gesundheitssystem deutlich eingeschränkt. Durch ein 2012 erlassenes Gesetz haben in Spanien Hunderttausende illegalisierte MigrantInnen nur mehr zu Notversorgung Zugang sowie zu Versorgung während der Mutterschaft und für Kinder. In Griechenland wurden Spitalsbudgets um die 40 Prozent gekürzt, es fehlt an Personal und Medikamenten, im Gesundheitswesen verbreitet sich die Korruption. Der Anteil an Menschen, die medizinische Versorgung brauchen, jedoch keinen Zugang mehr erhalten, hat sich in Griechenland deutlich erhöht, der allgemeine Gesundheitszustand verschlechtert. In anderen EU-Ländern sind ähnliche Tendenzen zu verzeichnen.

Alternativen sind möglich, aber nur in Konfrontation mit den kapitalistischen Verwertungsinteressen und den Regierungen, die diese stützen. So hätte Island nach dem Willen des Internatio-



nenalen Währungsfonds (IWF) nach der Finanzkrise 2008 50 Prozent des Volkseinkommens zwischen 2016 und 2023 an England und Dänemark transferieren müssen, der Preis für die Rettung der isländischen Banken. Die Regierung sagte zu, die Bevölkerung lehnte den Plan in einem Referendum mit 93-prozentiger Mehrheit jedoch ab. Der Wert der Nationalwährung kollabierte daraufhin, die Importe verteuerten sich dadurch stark. Negative Gesundheitseffekte jedoch blieben praktisch aus.

Als Gründe nennen die ForscherInnen: Die isländische Regierung investierte in soziale Sicherheit anstelle einer Rettung von Banken. Zweitens verbesserte sich die Ernährung, nachdem McDonalds aufgrund der verteuerten Importe von Zwiebeln und Tomaten seine Niederlassungen schloss. Drittens behielt Island seine restriktive Alkoholpolitik bei, entgegen der Empfehlung des IWF. Viertens konnten die Menschen in Island auf starke soziale Beziehungen zurückgreifen und verstanden die Krise als eine kollektive Herausforderung, so die GesundheitsforscherInnen.

Die unmittelbare Sicherung von Gesundheitsversorgung und Lebensqualität auf bisherigem Standard ist jedoch nur eine Komponente, die eine Politik von Gesundheit für alle heute umfassen muss. Denn dieser Standard selbst ist viel zu niedrig. Einerseits haben dreißig Jahre Neoliberalismus zu einer weitgehenden Privatisierung im Gesundheitswesen geführt und die allgemeine Lebensqualität in vielen Bereichen auch in Europa verschlechtert. Andererseits leiden Gesundheit und Lebensqualität unter Bedingungen struktureller sozialer Ungleichheit grundsätzlich.

Dieses Buch versucht verschiedene Aspekte sozialer Kämpfe für ein besseres Gesundheitswesen zusammenzuführen und einen Einstieg für erneuerte Gesundheitsbewegungen zu schaffen. Die grundlegenden Gesundheitsmythen und -ideologien, die deren Entstehung behindern, analysiert Werner Rätz in den ersten beiden Kapiteln. Andreas Exner stellt die große Bedeutung sozialer Gleichheit für gute Gesundheit dar, die noch kaum öffentlich thematisiert wird. Bernhard Winter beleuchtet im Anschluss einen besonders drastischen Fall der negativen Folgen von Ungleichheit im Gesundheitswesen selbst, nämlich die profitbestimmte Macht der Pharmaindustrie.

Danach geben Nils Böhlke, Ulrike Papouschek, Wilfried Leisch, Nadja Rakowitz, Peter Hoffmann und Hans-Ulrich Deppe einen kritischen Überblick über die Privatisierungsdynamik im Gesundheitswesen in Deutschland und Österreich und ihre negativen Folgen. Wilfried Leisch und Wolfgang Hien beleuchten eingehend die nur sehr eingeschränkt solidarische und zudem von Profitinteressen bedrohte Konstruktion der Sozialversicherung in diesen Ländern. Ursula Walch und Dagmar Paternoga behandeln zwei Aspekte des Gesundheitswesens, die den problematischen Einfluss einer interventionistisch und neoliberal orientierten Medizin zeigen: die Geburtshilfe und die Psychiatrie.

Nach einem Überblick von Arbeitskämpfen im Gesundheitswesen von Anna Leder und weltweiter Gesundheitsbewegungen von Markus Schallhas verbindet Andreas Exner im letzten Kapitel die Aspekte einer kritischen Gesundheitsdebatte mit dem Leitmotiv sozialer Gleichheit.

Die Stärkung einer oft kaum noch sichtbaren kritischen Gesundheitsbewegung ist das Hauptanliegen dieses Buches, das von der Initiative Solidarisch Gesund<sup>1</sup>, einer Plattform für ein öffentliches Gesundheitswesen, herausgegeben wird. Die Initiative ist die lokale Gruppe des Equality Trust in Österreich, der für mehr soziale Gleichheit zur Hebung von Lebensqualität und Verbesserung von Gesundheit eintritt.<sup>2</sup> Der ÖIE Kärnten spielte eine besondere Rolle bei der Gründung dieser Initiative und unterstützt fortlaufende Aktivitäten. Ihm sei herzlich gedankt.

Andreas Exner, Werner Rätz, technische Herausgeber des Buches



THE EQUALITY TRUST

## Literatur

Karanikolos, M.; Mladovsky, P.; Cylus, J.; Thomson, S.; Basu, S.; Stuckler, D.; Mackenbach, J.P.; McKee, M. (2013): Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)

1 <http://solidarischgesund.org>

2 <http://www.equalitytrust.org.uk/>

# EINLEITUNG

WERNER RÄTZ

# Gesundheitsmythen

Das Gesundheitswesens ist gewissermaßen ein geheimnisvolles Wesen. Zwar kennt es jede und jeder, hatte schon mal damit zu tun und individuelle Erfahrungen darin gemacht, die sehr ernst zu nehmen sind. Jedes Individuum ist Experte für die eigene Gesundheit. Allerdings ist dieses Expertenwissen eher eines, das sich selbst regelmäßig infrage stellt und sich besser mit den Defiziten, den Abwesenheiten von Gesundheit, auskennt als mit Wegen, wie ein verlorengangenes Wohlbefinden wieder hergestellt werden könnte. Unsicherheiten in Bezug auf die eigene Expertise treten auf: Könnte es sein, dass das medizinische Fachwissen wichtiger ist als mein (Körper-)Gefühl? Kann ich sicher sein, dass die adrette Pharmareferentin, die eben die Praxis verließ, als ich sie betrat, nicht genausoviel Einfluss darauf hat, was mir nach der Untersuchung verschrieben wird, wie mein Gesundheitszustand? Welcher Kontrolllogik folgt der medizinische Apparat?

Das Gesundheitswesen oder die Erzählung darüber ist also voller Mythen. Diese Mythen werden geglaubt, weil sie plausibel erscheinen, ohne dass in der Regel überprüft würde, ob sie zutreffen. Das gilt für alle Beteiligten, nicht nur für die Patientinnen und Patienten. Ärztinnen und Ärzte sind beispielsweise davon überzeugt, dass die Menschen, die in ihre Praxis kommen, therapeutische Maßnahmen oder Rezepte haben wollen. Tatsächlich ist das aber sehr viel seltener der Fall, als sie diese dann mehr oder weniger aufgedrängt bekommen.<sup>1</sup> Insgesamt ist auffällig, dass fachliche ExpertInnen, die im oder für das Gesundheitswesen arbeiten, solche Mythen erkennbar öfter glauben als andere, und weniger gut ausgebildete Menschen seltener als diejenigen mit

1 Deutsches Ärzteblatt, Heft 26, Juni 2000, S. A-1794-96.

Abitur oder Hochschulabschluss.<sup>2</sup> Hinter manchem Mythos wird auch ein politisches Interesse sichtbar: FDP-Anhänger sind laut einer Untersuchung der Bertelsmannstiftung die Gruppe, in der Mythengläubigkeit am größten ist. Die Soziologen, die das herausgefunden haben, vermuten, „dass etliche der daraus ableitbaren politischen Maximen ihre ideologische Heimat noch am ehesten in der parteipolitischen Programmatik und Rhetorik der FDP haben“<sup>3</sup> und damit in jener Bevölkerungsgruppe, die ohnehin die neoliberale Ideologie am tiefsten verinnerlicht hat.

Ich will im Folgenden die scheinbar so einleuchtenden Erzählungen über das Gesundheitswesen hinterfragen und beleuchten, wo diese herkommen und was ihr (wahrer) Kern sein könnte. Wieso glauben die ExpertInnen in eigener Gesundheit ebenso daran wie im Gesundheitswesen Beschäftigte, wieso werden sie von politisch Interessierten ebenso weitererzählt wie von großen Teilen der Fachpresse?

### **Patienten sind Kunden**

Kliniken entstanden – wie Gefängnisse, Kasernen und Schulen – aus einem Kontrollinteresse einer nicht angepassten Bevölkerung gegenüber (vgl. Foucault 1988). Die Bezeichnung der Ärzte als „Halbgötter in Weiß“ ist heute noch in mancher Munde. Es scheint also ein Fortschritt zu sein, wenn das Medizinsystem Kranke als Kunden betrachtet, schließlich sei nach einem anderen geflügelten Wort „der Kunde König“. Welche Art Könige Kunden sein sollen, wird nicht gesagt. Besteht ihre ganze „Würde“ etwa darin, dass sie bestellen und zahlen dürfen, und wenn sie das nicht mehr können oder wollen, das Lokal verlassen müssen? Klingt das nicht eher nach Melkkühen? Dem würde es auch entsprechen, dass die Menschen, welche Arztpraxen und Krankenhäuser aufsuchen, immer häufiger und immer höher selbst zur Kasse gebeten werden.

So geraten sie in eine neue, eine finanzielle Abhängigkeit, ohne dass die alte je aufgehoben worden wäre. Nach wie vor ist die kranke Person im Gesundheitswesen nicht etwa ein souverä-

2 Bertelsmannstiftung, Gesundheitsmonitor 2/2010, S. 7 f.

3 Ebd.

ner Verbraucher, der bei Nichtgefallen etwa von Kaffee oder Käse stattdessen entweder ein anderes Produkt wie Tee oder Wurst kaufen oder den Anbieter wechseln oder auch gänzlich auf den Kauf verzichten kann. Es handelt sich hier vielmehr um einen auf Hilfe und Zuwendung angewiesenen Menschen, der abhängig ist vom Wissen, Können und Wollen der Behandelnden und Pflegenden. Und weil das so ist, ist auch das Folgende ein Mythos:

**Du bist selbst für deine Gesundheit verantwortlich,  
kannst zumindest sehr viel dafür tun**

In jeder Lifestylezeitschrift ebenso wie bei jedem Arztbesuch erfahren wir, dass regelmäßige Bewegung, viel Gemüse und Obst essen, nur mäßiger Alkoholkonsum und die Teilnahme an allen Vorsorgemaßnahmen wesentlich für unsere Gesundheit sind. Aber wieso wird uns nicht auch gesagt, dass die Lebenserwartung in Gesellschaften, die durch große Einkommensungleichheit geprägt sind, deutlich niedriger ist als in solchen, die in puncto Einkommen relativ gleichgestellt sind? Das gilt übrigens nicht nur für die Lebenserwartung, sondern für fast alle Gesundheitsparameter (vgl. Wilkinson/Pickett 2010). In allen Industrieländern ist die Lebensdauer sehr stark davon abhängig, welchen sozialen Status Menschen haben. Noch vor wenigen Jahren wurden in Deutschland zwar noch alle Menschen immer älter, aber arme Männer lebten über zehn Jahre kürzer als wohlhabende und hatten dabei während ihres Lebens drei kranke Jahre mehr; bei Frauen sind die Unterschiede nicht ganz so deutlich (Kroll u. a. 2008). Inzwischen nimmt die Lebenserwartung der Armen ab, seit der letzten Dekade um zwei, im Osten sogar um vier Jahre.<sup>4</sup>

Die wirklichen Lebensverhältnisse, Armut und Arbeit, bleiben die Krankmacher Nummer eins und sie zu ändern wäre die einzig wirksame Vorbeugung. Was nützt es, wenn heute (Gen-) Tests verfügbar sind, die für alle denkbaren Risiken statistische Erkrankungswahrscheinlichkeiten berechnen, ohne dass es Therapien gibt? Allerdings wissen die Betroffenen dann, dass sie vielleicht demnächst krank werden, und sie könnten schon mal vorbeugend Medikamente nehmen, noch mehr Untersuchun-

4 <http://www.taz.de/Lebenserwartung-in-Deutschland!/83579/>

gen machen, vielleicht eine Operation durchführen lassen, mit einem Wort Geld ins Medizinsystem tragen. Das nützt jemandem, wenn auch nicht den Betroffenen. Was hilft es, auf sogenannten Extremsport zu verzichten oder riskante Lebensstile zu meiden, wenn der Alltag voll von Risiken ist, vom Straßenverkehr über Umweltgifte bis hin zu strahlenden Atomkraftwerken? Private Zusatzversicherungen für Bergsteiger, Raucherinnen oder andere wären allerdings ein interessantes Geschäft für die einschlägigen Unternehmen. Folgendes stimmt also nicht umstandslos:

### **Die moderne Medizin hat uns alle immer gesünder gemacht**

Sicherlich hat der Medizinbetrieb Anteile an unserer Gesundheit. Ohne Intensivstationen zum Beispiel würden viele Menschen nicht mehr leben. Aber wenn die Medizin den wichtigsten Beitrag zur Gesundheit leistete, wie ist es dann zu erklären, dass die Menschen in Schweden anderthalb bis zwei Jahre länger leben als in Deutschland, obwohl sie nur dreimal jährlich, in Deutschland aber 18 Mal zum Arzt gehen?<sup>5</sup> Wie kommt es, dass allein in den USA über 100.000 Todesfälle jährlich auf korrekt verschriebene und korrekt eingenommene Medikamente zurückgeführt werden, von den Nebenwirkungen ganz zu schweigen? Für Deutschland werden entsprechende Daten übrigens nicht erhoben. Wie kommt es, dass „ein erheblicher Teil alter und neuer Innovationen keinen nachgewiesenen bzw. keinen zusätzlichen Nutzen gegenüber bereits vorhandenen Leistungen hat“? (British Medical Journal 2008) Der Anteil von Leistungen, für die es 2008 einen wissenschaftlichen Nutzen- und Wirksamkeitsnachweis gab, schwankt je nach Bewertungsschärfe zwischen 34 und 43 Prozent.<sup>6</sup> Wieso häufen sich die Meldungen über unbehandelbare Krankenhauskeime? Könnte es sein, dass schwedische Ärzte mit einem Festgehalt keinen Anlass haben, besonders viele Behandlungen durchzuführen? Könnte es sein, dass die zunehmende Arbeitsbelastung in den Krankenhäusern zu nachlassender Hygiene führt? Stimmt also die folgende Aussage?

5 <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/lebenserwartung-sieben-gruendewarum-arme-frueher-sterben-11567429.html>

6 Gesundheitsmonitor, a. a. O., S. 3.

**Die Effizienz im Gesundheitswesen muss gesteigert werden, sonst können wir es uns bald nicht mehr leisten**

Dabei drängt sich sofort die Frage auf: Was ist Effizienz im Gesundheitswesen? Die deutschen Krankenhäuser zum Beispiel rechnen nach sogenannten Fallpauschalen ab. Dabei sind einige gut, andere schlecht honoriert. Ist es effizient, wenn eine Klinik die Zahl der teuren Pauschalen erhöht und die der billigen senkt? Chefärzte erzielen oft den größten Anteil ihres Einkommens aus speziellen Leistungsvereinbarungen. Ist es effizient, wenn sie möglichst viel von ihrer Arbeitszeit in diese Leistungen stecken? Im Falle unerfüllter Kinderwünsche führt psychologische Beratung nachweislich häufiger zu einer Geburt als künstliche Befruchtung. Wäre ihre Ausweitung und die Rückführung der Reproduktionsmedizin also effizient?

Ist überhaupt die Frage nach der Effizienz, nach den Kosten des Gesundheitswesens, die richtige Frage oder müsste es nicht vielmehr darum gehen, was der Gesellschaft die gute und umfassende Behandlung der Kranken wert ist? Stimmt es überhaupt, dass das Gesundheitswesen immer teurer wird?<sup>7</sup> Der Anteil der durch die Gesetzliche Krankenversicherung getragenen Kosten am BIP hat sich jedenfalls seit langem nicht wesentlich verändert, gewachsen ist dagegen der Anteil privater Leistungen und der Wellness-„Medizin“. Steigende Medikamentenkosten könnten nicht nur auf das Interesse der Pharmaindustrie zurückgehen, sondern auch darauf, dass „sprechende Medizin“ grundsätzlich schlecht bezahlt ist. Es gibt jedenfalls keinen empirischen Nachweis für die immer wieder zu hörende These:

**Da im Umlagesystem die medizinischen Leistungen für die PatientInnen umsonst sind, gehen sie immer häufiger zum Arzt. Zuzahlungen sind zur Steuerung unerlässlich**

Die Bertelsmannstiftung zitiert Studien zustimmend, die „von einer anbieterinduzierten Nachfrage“<sup>8</sup> ausgehen. Die schon zitierte Studie zu ärztlichen Erwartungen an ihre PatientInnen (siehe Anm. 2) zeigt, dass nur 20 Prozent der Befragten ein Rezept

7 Hierzu und zum Folgenden vgl. Rätz u. a. (2009), Kap. 5.

8 Gesundheitsmonitor, a. a. O., S. 3.



erwarteten, in 55 Prozent der Arztbesuche aber eines ausgestellt wurde. Auch die Überweisung zu Fachärzten übertraf mit 14 Prozent der Besuche die Erwartungen um das fast Dreifache (5 Prozent) und therapeutische und diagnostische Maßnahmen lagen immerhin noch um mehr als ein Viertel über den Erwartungen (37 zu 29 Prozent).

Von diesen empirischen Daten abgesehen bleibt zu fragen, ob PatientInnen, also medizinische Laien, wirklich einschätzen können, ob sich Arztbesuche „rentieren“? Eine Schweizer Studie belegte 2007 „die allgemeine Unwissenheit selbst über häufige Krankheiten; nur ein kleiner Teil der Befragten kannte Risikofaktoren und Symptome eines Herzinfarktes, eines Schlaganfalls, von chronischem Asthma oder HIV/AIDS (...) Viele Studien und Experimente haben mittlerweile aufgezeigt, dass Selbstbeteiligungen allzu oft die Kosten in die Höhe treiben.“ (Holst 2008: 36) Eine Vielzahl von Studien weltweit belegt, dass es „nirgends auf der Welt bisher gelungen (ist), Zuzahlungsformen zu entwickeln, mit denen sich zuverlässig zwischen indizierter und ‚leichtfertiger‘ Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen trennen ließe“. Ein Zuzahlungssystem bedeutet, dass die Armen – nicht die Wohlhabenden! – zwar kurzfristig seltener zum Arzt gehen, aber damit Krankheitszustand und Behandlungskosten in die Höhe treiben. Wer mit finanzieller Privatbeteiligung die Kosten im System senken wollte, müsste also zynischerweise die Bezahlung aufwendiger Behandlungen nach zu spät erfolgtem Arztbesuch verweigern. So würden zwar die Armen vielleicht noch früher sterben, aber, so meint ein weiterer Mythos:

**Im Durchschnitt werden wir immer älter; also werden immer mehr Alte immer höhere Kosten verursachen und das System unbezahlbar machen**

Dieses Argument sollte um so überzeugender sein, als uns ja das Medizinsystem auch nicht viel gesünder macht. Auch die Statistiken der Krankenversicherungen zeigen, dass sie für alte Menschen höhere Kosten haben. Dennoch ergab eine Untersuchung in der Schweiz schon vor 15 Jahren, dass es keinen erkennbaren

Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitskosten gibt.<sup>9</sup> Ein Vergleich etwa zwischen Schweden, Deutschland und den USA zeigt, dass der höchste Anteil Alter an der Bevölkerung in Schweden mit dem niedrigsten Anteil an Gesundheitskosten einhergeht, umgekehrt in den USA der niedrigste alte Bevölkerungsanteil mit den höchsten Gesundheitskosten (ebd.). Seit Jahren sinkt „das individuelle Risiko einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit und die Versorgung älterer Menschen kostet in vielen Staaten ohne für sie erkennbare Nachteile weniger“ (siehe Anm. 9). Dazu passt, dass tendenziell in Ländern mit einer sehr hohen Lebenserwartung die Anteile an gesunden Lebensjahren schneller steigen als die Lebenserwartung insgesamt.<sup>10</sup> Die Annahme, das zunehmende Alter verursache höhere Kosten, übersieht den wirklichen Kostenfaktor, nämlich die Nähe zum Tod. Teuer sind regelmäßig die letzten Lebensjahre. Finden die später statt, steigen die Gesundheitskosten nicht kontinuierlich, die höheren Kosten fallen eben lediglich später an.

**Aber Gesundheitskosten müssen sowohl von Arbeitgebern als auch ArbeitnehmerInnen bezahlt werden und beide klagen über untragbare Belastungen**

Dieser Mythos stimmt und ist doch nicht ganz richtig. Die Beschäftigten zahlen von einem Teil ihrer Löhne und Gehälter (unter der Beitragsbemessungsgrenze und oberhalb von geringfügiger Beschäftigung) Krankenkassenbeiträge; entsprechend zahlen auch die Arbeitgeber (allerdings in Deutschland seit Jahren 0,9 Prozent weniger). Dies deckt längst nicht alle Kosten; in Deutschland gibt es diverse Selbstbeteiligungen. Die Versicherungen dürfen grundsätzlich Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern erheben, auch wenn sie es gegenwärtig nicht tun und eine Praxisgebühr soeben abgeschafft wurde. De facto tragen die PatientInnen inzwischen über 60 Prozent der Gesundheitskosten. Aber das liegt nicht daran, dass das System immer teurer geworden wäre, sondern

9 Verdi Baden-Württemberg: Weil es immer mehr alte Menschen gibt, wird die Gesundheitsversorgung unbezahlbar.

10 [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDDownloadsB/alter\\_gesundheit.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDDownloadsB/alter_gesundheit.html), S. 92.

daran, dass zunehmend größere Einkommen nicht zu Beiträgen herangezogen werden. Das betrifft vornehmlich alle Einkommen aus Besitz (Kapital, Immobilien, Land). Würden Beiträge auf alle Einkommen erhoben und die gesamte Bevölkerung in eine solidarische Bürgerversicherung einbezogen, wäre die Krankenversicherung leicht für alle ihre Mitglieder tragbar.

Die Unternehmen allerdings würden sich immer noch beschweren, weil Versicherungsbeiträge für sie ebenso wie Löhne lediglich Kosten, also entgangene Gewinne, darstellen. Ob man eine solidarische Finanzierung will, ist Teil der schon oben gestellten Frage: Was ist uns eine gute Gesundheitsversorgung wert?

**Literatur:**

- Foucault, M. (1988): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt.
- Holst, J. (2008): Zuzahlungen als Bumerang. WZB-Mitteilungen, Heft 120, Juni 2008.
- Kroll, L. E.; Lampert, T.; Lange, C.; Ziese, T. (2008): Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung, WZB Juli 2008.
- Rätz, W.; Lüdtke, H. (2009): Sozialstaat oder: Globale Soziale Rechte, Hamburg.
- Wilkinson, R.; Pickett, K. (2010): Gleichheit ist Glück, Frankfurt.