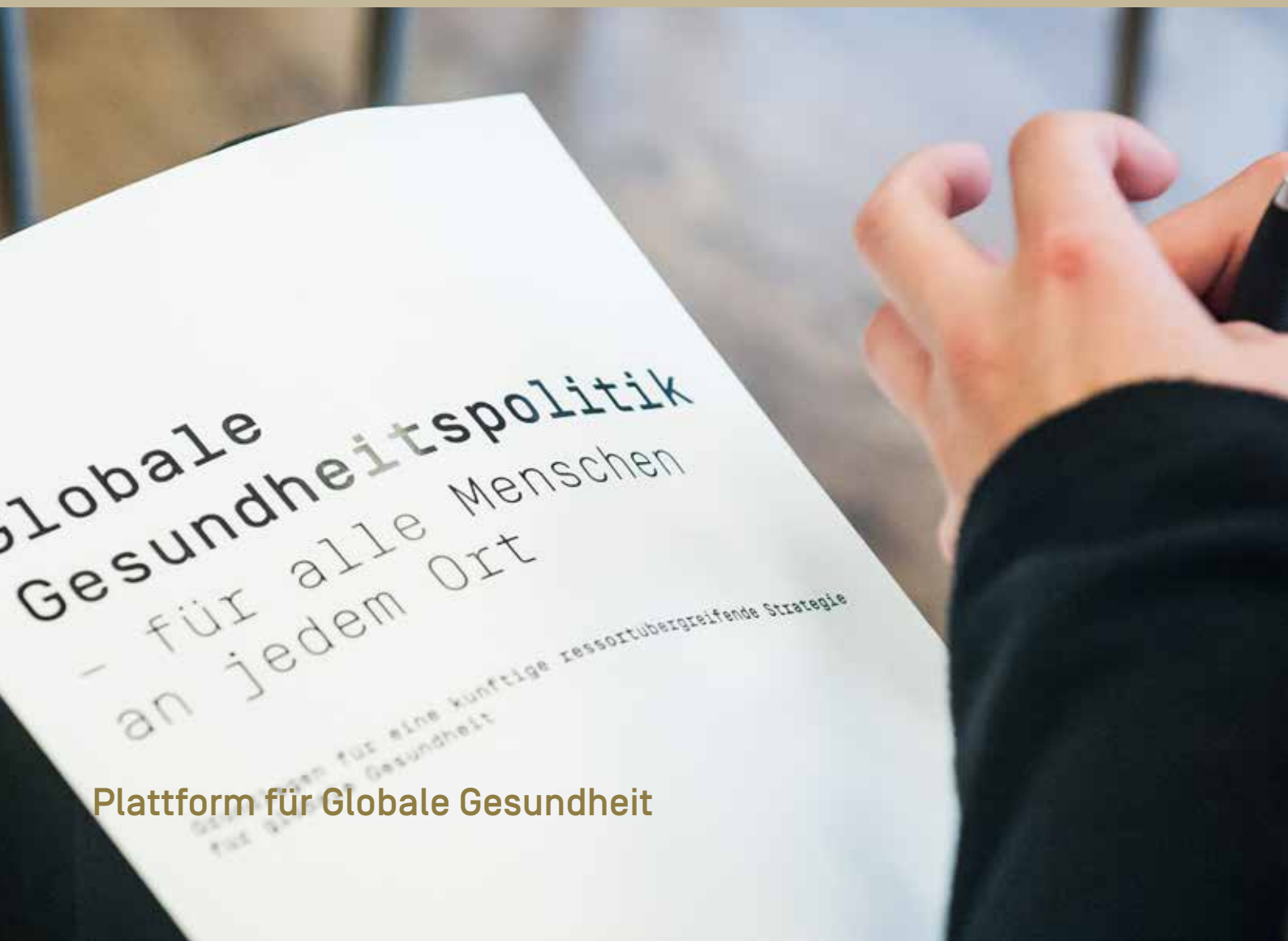


Gesundheit im Wandel

Dokumentation der Fachtagung „Soziale und politische Bedingungen von Gesundheit im Wandel: Eine andere Debatte ist notwendig“



Plattform für Globale Gesundheit

Soziale und politische Bedingungen von Gesundheit im Wandel: Eine andere Debatte ist notwendig

In der globalisierten Welt sind die wesentlichen Einflussfaktoren für Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen nicht mehr allein auf nationaler Ebene steuer- und beeinflussbar. Der Erhalt und der Schutz öffentlicher und solidarischer Gesundheitssysteme, der Kampf gegen gesundheitsgefährdende Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen und Strategien für mehr soziale Gerechtigkeit und Demokratie gehören zu den sozialen und politischen Aspekten von Gesundheit. Mit der Fachtagung „Soziale und politische Bedingungen von Gesundheit im Wandel“ sucht die Plattform für Globale Gesundheit den Dialog mit der Politik. Ziel ist es, den Wandel zu analysieren und die sozialen Bedingungen von Gesundheit zu benennen, um den komplexen Anforderungen globaler Gesundheitspolitik auch in Zukunft gerecht zu werden.

Die Plattform für Globale Gesundheit

In Deutschland haben sich 2011 verschiedene im Gesundheitsbereich tätige zivilgesellschaftliche Akteure zu einer Plattform für Globale Gesundheit zusammengefunden, um unter den Bedingungen der fortschreitenden Internationalisierung der Lebensbedingungen den engen Zusammenhang zwischen globalen und lokalen Einflussfaktoren von Gesundheit stärker ins öffentliche Bewusstsein zu bringen, vorhandene Kräfte zu bündeln und in Deutschland politisch Einfluss zu nehmen. Die Plattform, in der Gewerkschaften, Sozial- bzw. Wohlfahrtsverbände, entwicklungs- wie migrationspolitische Organisationen, Wissenschaft, soziale Projekte und Bewegungen mitwirken, versteht sich nicht als weitere gesundheits- oder entwicklungspolitische Lobby-Gruppe, sondern als übergreifende Initiative mit dem Ziel, die sozialen Bedingungen für Gesundheit stärker in den Mittelpunkt der nationalen und internationalen Gesundheitsdebatte zu rücken. Außerdem will die Plattform die Zusammenarbeit zwischen nationalen und internationalen Initiativen stärken und dazu beitragen, die bisher bestehende Trennung zwischen innenpolitischer und globaler Gesundheitspolitik zu überwinden.

Impressum

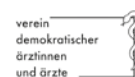
Plattform für Globale Gesundheit

Kontakt: Anne Jung, medico international

Redaktion: Monika Hufnagel, medico international

Fotos: Simone M. Neumann/ DGB

medico international, Burgstraße 106, 60389 Frankfurt, Tel. 069 94438-0
info@medico.de | www.medico.de/pgg



Programm

10.30 Uhr

Begrüßung und thematische Einführung

Knut Lambertin (DGB, Plattform für Globale Gesundheit)

10.45 Uhr

Vortrag: Gesundheit und soziale Lage

Rolf Rosenbrock (Paritätischer Gesamtverband)

11.45 Uhr

Panel 1: Soziale Determinanten von Gesundheit

Befunde für Deutschland: Beruflicher Status, Bildung und Gesundheit

Thomas Lampert (Robert-Koch-Institut)

Internationale Befunde: Arbeitsbedingungen und Gesundheit

Christiane Wiskow (Internationale Arbeitsorganisation)

Moderation: Anne Jung (medico international)

13.15 Uhr

Panel 2: Gesundheitssysteme im Wandel

Gesundheitssystem im Wettbewerb – allgemeine Daseinsvorsorge in Gefahr

Nadja Rakowitz (Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte)

Die globale Debatte um Universal Health Coverage

Jens Holst (Gesundheitswissenschaftler und Berater)

Moderation: Kirsten Schubert (Ärztin, Vorstand Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte)

14.30 Uhr

Pause

14.45 Uhr

Strategien für globale Gesundheit

Einführung in die Debatte

Annelie Buntenbach (Bundesvorstand DGB)

Vortrag: Das Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit – Wo ist der Aktionsplan für die deutsche Innen- und Außenpolitik?

Thomas Gebauer (Geschäftsführer medico international)

15.15 Uhr

Panel 3: Was können wir in Deutschland aus der globalen Gesundheitsdebatte lernen?

Abgeordnete im Gespräch mit Ilona Kickbusch

Heiko Schmelzle (CDU, Ausschuss für Gesundheit)

Kordula Schulz-Asche (Bündnis 90/Die Grünen, Sprecherin für Prävention und Gesundheitswirtschaft sowie für Bürgerschaftliches Engagement)

Harald Weinberg (Die Linke, gesundheitspolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion)

Hilde Mattheis (gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion)

Thematische Einführung

Knut Lambertin, Referatsleiter Gesundheitspolitik des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB)

Es gebe doch jedes Jahr Hunderte Gesundheitsveranstaltungen in Berlin, gibt Knut Lambertin zu Beginn des Fachtagung zu bedenken und richtet sich fragend an die rund 100 Teilnehmenden, die in der Hessischen Landesvertretung zusammengekommen sind: „Braucht es wirklich noch eine weitere Veranstaltung zu Gesundheitspolitik?“

Er weist zunächst darauf hin, dass zu dieser Tagung nicht Interessenvertretungen der Gesundheitswirtschaft oder der Leistungserbringer eingeladen haben, sondern ein Zusammenschluss aus Gewerkschaften, Sozial- und Wohlfahrtsverbänden, entwicklungs-, gesundheits- und migrationspolitischen Organisationen und von Wissenschaftlern, kurz: die Plattform für Globale Gesundheit.

Auch die Sprecherinnen und Sprecher sowie die Zusammensetzung des Publikums unterscheidet sich deutlich. Neben diesen „Symptomen der Andersartigkeit“ seien es letztlich aber die zu behandelnden Themen, die „sozialen und politischen Determinanten von Gesundheit“, die die Fachtagung so besonders und besonders wichtig machen. In Vorträgen und Paneldiskussionen solle es nicht um ein enges medizinisch-technisches Verständnis von Gesundheit und ihren Voraussetzungen in Deutschland gehen. Die Vorträge und Debatten sollen vielmehr dazu beitragen, ein gemeinsames Verständnis für die Herausforderungen der Gesundheitspolitik in Deutschland und im globalen Maßstab zu entwickeln, auf dem neue Debatten und Politikansätze in Deutschland und darüber hinaus aufbauen können.

Vortrag ---

Gesundheit und soziale Lage

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Vorsitzender Paritätischer Gesamtverband

Kurzfassung¹ – Es gilt das gesprochene Wort

Spätestens seit den Arbeiten von Rudolf Virchow vor ca. 150 Jahren sind wichtige Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit auch in Deutschland bekannt, aber nur sehr begrenzt Gegenstand praktischer Politik: Menschen an oder unter der Armutsgrenze haben heute in Deutschland eine um mehr als 10 Jahre geringere gesunde Lebenserwartung als Wohlhabende. Grundsätzlich das Gleiche gilt für die internationale Gesundheitspolitik:

Die durchschnittliche Lebenserwartung differiert zwischen armen und reichen Ländern um mehr als 20 Jahre. Trotz des weltweiten Rückgangs extremer Armut in den letzten Jahren (v. a. in Schwellenländern), trotz des Rückgangs der Säuglings- und Kindersterblichkeit verharren die Unterschiede auf inakzeptabel hohem Niveau. In den reichen Ländern erklären sich ca. 3/4 des Krankheits- und Sterbegeschehens aus wenigen, chronisch-degenerativen Erkrankungen (und nicht mehr aus Infektionserkrankungen: „epidemiologische Transition“), in den ärmsten Ländern herrschen dagegen nach wie vor Infektionserkrankungen vor, während in den Schwellenländern – mit großen Unterschieden zwischen den sozialen Schichten

¹ Die Präsentation zu diesem Vortrag finden Sie online unter: www.medico.de/pgg

– beide Krankheitstypen virulent sind („double burden of disease“). Beide Krankheitstypen erklären sich aus Ungleichgewichten zwischen Gesundheitsbelastungen einerseits und Gesundheitsressourcen andererseits – jeweils physischen, psychischen und sozialen Faktoren. Diese sind primär nicht der Medizin, sondern der sozialen Prävention zugänglich. Das mindert nicht die Bedeutung der medizinischen (Basis-)Versorgung für die Verminderung der Ungleichheit, zeigt aber, dass – wie auch in Deutschland – die Reduktion von Gesundheitspolitik auf den Ausbau und die Steuerung der Krankenversorgung an den wesentlichen Potenzialen vorbei geht.

Die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheits- und Lebens-Chancen ist – national wie international – heute im Wesentlichen kein Problem des Fehlens von Wissen über Gesundheit und Krankheit, sondern ein Problem der Mobilisierung und Verteilung materieller und technischer Ressourcen sowie der Überwindung extremer ökonomischer und politischer Ungleichheit. Infolgedessen verfügen Milliarden von Menschen heute noch nicht über die Basisressourcen eines sozial und gesundheitlich gelingenden Lebens: Sichere Wohnung/Unterkunft, sichere soziale Umgebung/Gemeinschaft, Zugang zu gesunder Nahrung, sauberem Wasser und Sanitärversorgung, medizinische Grundversorgung, „Gute Arbeit“, soziale Sicherung. Hinzu kommt, dass das Ausmaß der Ungleichheit in einer Bevölkerung eine eigenständige, zusätzliche Belastung ist. Solche Lebensbedingungen erlauben auch kein gesundheitsgerechtes Verhalten, entsprechende Ermahnungen prallen meist an der Realität ab und hätten auch im Falle ihrer Befolgung nur bescheidene Wirkungen. Ohne eine von den Betroffenen selbst mitgestaltete Veränderung der sozialen Umwelt kann sich daran kaum etwas ändern.

Wegen der seit Jahrzehnten von WHO, Weltbank und anderen beklagten Wirkungsstärke und Veränderungsresistenz der sozialen Faktoren werden auch zunehmend die politischen Faktoren erforscht und benannt, die hinter den sozialen Faktoren stehen. So analysiert z. B. die Lancet-University-of-Oslo-Kommission in ihrem Report 2014² exemplarisch sieben politische Treiber der gesundheitlichen Ungleichheit: Finanzkrise und Austeritätspolitik, Wissen als Eigentum, internationale Investitionsverträge, internationalen Lebensmittelhandel, Verhalten transnationaler Unternehmen, Flucht und Migration sowie gewaltsame Konflikte. Hinter diesen Treibern sieht die Kommission – in wechselndem Mischungsverhältnis – fünf gemeinsame Ursachen: Demokratie-Defizite, Schwächen der Rechenschaftspflicht, Trägheit von Institutionen, Ab-

wesenheit geeigneter Institutionen sowie insgesamt das geringe Gewicht von „Gesundheit“ in Strategien und bei Entscheidungen in Politik und Wirtschaft.

Es gibt seit Jahrzehnten zahllose Ansätze und Vorschläge zur Bearbeitung dieser Problematik. Sie reichen von lokalen Projekten an der Basis über nationale und regionale Strategien bis hin zu Vorschlägen zu einer weltumfassenden institutionellen Infrastruktur für Global Health. Die Ansätze beziehen sich sowohl auf die Verbesserung der Lebensbedingungen als auch auf den Zugang zu medizinischer Versorgung als auch auf die internationale Ressourcenverteilung. Das Konzept „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“ (2013) kann als erster Beitrag der Bundesregierung zu diesem weltweiten Diskurs gewertet und begrüßt werden, der aber der Größe und der Komplexität des Problems nicht gerecht wird. Weitere Schritte müssen folgen – in der Analyse und in der politischen Praxis.



Knut Lambertin



Rolf Rosenbrock

² <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2962407-1/fulltext>

Soziale Determinanten von Gesundheit

PD Dr. Thomas Lampert (Robert-Koch-Institut)/ Christiane Wiskow (Internationale Arbeitsorganisation)

Das erste Panel stellt aktuelle Forschungsergebnisse zum Einfluss gesellschaftlicher Rahmenbedingungen auf den Gesundheitszustand von Menschen vor. PD Dr. Thomas Lampert, Gesundheitsberichtsersteller des Robert-Koch-Instituts, legt in einem ersten Input den Schwerpunkt auf die Wechselwirkungen zwischen dem beruflichen und gesellschaftlichen Status und individueller Gesundheit in Deutschland. Christiane Wiskow von der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO; engl. ILO) befasst sich auf globaler Ebene mit Arbeitsbedingungen und ihrem Einfluss auf Gesundheit.

„Die relativ gute Datenlage für Deutschland erlaubt es den Zusammenhang zwischen niedrigem gesellschaftlichem Status und schlechtem Gesundheitszustand klar aufzuzeigen“, führt Thomas Lampert ein und zeigt anhand der Daten, dass auch hierzulande Menschen mit geringem sozialem Status eine deutlich geringere Lebenserwartung haben als Menschen mit hohem sozialem Status. Ihr Risiko, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, sei deutlich erhöht. Das Gleiche gelte für chronische und verhaltenskorrelierte Erkrankungen, wie Adipositas. Die berufliche Stellung wirke sich ebenfalls deutlich messbar auf den Gesundheitszustand aus. Lediglich bei psychischen Belastungen wiesen Menschen in Berufen mit hohem sozialem Status eine ähnlich hohe Belastung auf, wie Menschen in statusniedrigen Berufen. Dennoch gelte allgemein, dass chronische und psychische Störungen bei Personen mit niedrigem Sozialstatus vermehrt auftreten, fasst Lampert den Stand der Forschung zusammen. Die Daten für Deutschland zeigten, dass prekäre Beschäftigung und Arbeitslosigkeit die Gesundheit beeinträchtigen. Umso länger die Arbeitslosigkeit anhalte, umso mehr sei die Gesundheit gefährdet. Die Befragten gäben häufig an, dass eine Erkrankung zur Arbeitslosigkeit geführt habe und die Arbeitslosigkeit wiederum die Erkrankung verschlechtere, so dass ein Wiedereinstieg in den Beruf besonders schwierig werde, erklärt Lampert zum Abschluss den Teufelskreis aus Krankheit und gesellschaftlicher Marginalisierung.

„Work claims more victims than war“, mit diesem Zitat von Guy Rider, dem aktuellen Generaldirektor der IAO beginnt Christiane Wiskow ihre Ausführungen zum Zusam-

menhang von Arbeitsbedingungen und Gesundheit. Dabei nennt sie gleich zu Beginn erschütternde Zahlen: 6.300 Menschen sterben jeden Tag durch ihre Arbeit, während sich 860.000 Arbeitnehmer pro Tag bei der Arbeit verletzen. Viele dieser Unfälle wären vermeidbar. Dass vor allem Arbeitende im informellen Sektor gefährdet und besonders hohen Risiken ausgesetzt seien, könne kaum überraschen. Das betreffe insbesondere Migranten und Wanderarbeiter. Daneben seien es die Haushaltsbediensteten, Kinderarbeiter und Zwangsarbeiter und –arbeiterinnen, die den gefährlichsten Arbeitsbedingungen ausgesetzt seien. Auch der negative Einfluss konkreter Arbeitsbedingungen, wie zum Beispiel langer Arbeitszeiten, lasse sich inzwischen nachweisen. „Es muss als besorgniserregend gewertet werden, dass 22% der Beschäftigten weltweit mehr als 48 Stunden in der Woche arbeiten“, referiert die Expertin. Wiskow erwähnt dabei positiv, dass seit 1990 der Prozentsatz der Menschen, die trotz Arbeit in Armut und in extremer Armut leben (unter 1,25 \$ PPP pro Tag), stark gesenkt werden konnte.

Nach den gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen beschäftigt sie sich mit den Arbeitsbedingungen im Gesundheitsbereich. Wobei sie vorweg nimmt, dass noch immer 73% der Weltbevölkerung keine umfassende soziale Absicherung haben und besonders Menschen, die von Armut betroffen sind, kaum Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen erhalten. Die IAO schätze, dass weltweit und besonders in armen Ländern 10,3 Millionen Gesundheitsfachkräfte fehlten. Zusätzlich gestalteten sich die Arbeitsbedingungen der Gesundheitsfachkräfte in ärmeren Ländern besonders schlecht - bei niedriger Bezahlung und hohem Gesundheitsrisiko. 3 Millionen Nadelstich-Verletzungen gebe es pro Jahr, erläutert sie. Physische Belastungen, wie Rückenprobleme, aber auch psychische Belastungen, wie Burn Out oder Gewalt am Arbeitsplatz seien ebenfalls drängende Probleme der Gesundheitsfachkräfte. Und so endet Wiskow mit einem Appell: „Wir müssen mit dem Menschenrecht auf Gesundheit respektvoll umgehen und Voraussetzungen für gute Gesundheit schaffen, auch und insbesondere für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.“

In der Diskussion, die von Anne Jung, Gesundheitsrefe-

rentin bei medico international, moderiert wird, müssen sich die beiden Vortragenden anschließend der Frage stellen, wie sie dafür sorgen, dass ihre Erkenntnisse und Empfehlungen in Handlungen überführt werden. Wiskow weist darauf hin, dass die IAO immer sehr eng mit Arbeitnehmer-, und Arbeitgebervertretungen und mit Regierungen zusammenarbeite, um konkrete Verbesserungen für die Arbeitsgesundheit zu erzielen, was die Prozesse oft „zäh und langwierig“ erscheinen lasse, und dass beispielsweise auch die WHO mit dem „Verhaltenskodex für die internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal“ zu guten Ergebnissen gekommen sei. Lampert führt aus, dass das Robert-Koch-Institut ebenfalls direkt beratend tätig sei für Politik, aber auch Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen. „In unserer Arbeit betonen wir immer, dass Gesundheit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist“, versichert er. „Dementsprechend bedarf es auch einer umfassenden und ressortübergreifenden politischen Strategie, um die Gesundheitssituation in Deutschland zu verbessern.“



Thomas Lampert



Christiane Wiskow

Panel 2

Gesundheitssysteme im Wandel

Dr. Nadja Rakowitz [Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte]/ Dr. Dr. Jens Holst [Gesundheitswissenschaftler und Berater]

Von den sozialen und politischen Determinanten von Gesundheit geht es im zweiten Panel über zu den Gesundheitssystemen und der Gesundheitsversorgung. Dr. Nadja Rakowitz, Geschäftsführerin des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää), beginnt mit einem Input zur Einführung des Wettbewerbsprinzips im Gesundheitssystem und ihren konkreten Auswirkungen auf die allgemeine Daseinsvorsorge. Darauf folgt ein Vortrag von Arzt und

Gesundheitswissenschaftler Dr. Dr. Jens Holst, der sich mit der globalen Debatte um die Ausgestaltung von Gesundheitssystemen und hier speziell mit dem Konzept des „Universal Health Coverage“ auseinandersetzt.

Für Nadja Rakowitz ist klar, woran sich Krankenversorgungssysteme messen lassen müssen, nämlich daran, „ob sie allen gerecht werden – auch Migrantinnen und

Migranten, Alten, Frauen oder Menschen, die von Armut betroffen sind". Von dieser Perspektive habe sich das deutsche Gesundheitssystem inzwischen allerdings verabschiedet, argumentiert sie in ihrem Input und verdeutlicht anhand konkreter Beispiele aus dem Alltag ihrer Kolleginnen und Kollegen, wie sich Krankenversorgung immer mehr an rein wirtschaftlichen Kriterien ausrichtet. Dabei kritisiert sie nicht allein Privatisierungstendenzen, sondern spricht von einer „Ökonomisierung der Gesundheit“, die weit darüber hinausgehe. So würden Krankenhäuser, ob in privatem oder öffentlichem Besitz, regelrecht zu Unternehmen umgebaut, die in eine künstlich geschaffene Konkurrenz um mehr Einnahmen träten. Durch die Reformen des Gesundheitssektors, insbesondere die Einführung der Fallkostenpauschale, würden die Krankenhäuser trotz eines allgemeinen Abbaus an Pflegepersonal dazu angehalten, höhere Fallzahlen und insbesondere mehr lukrative Diagnosen vorzuweisen. Dies führe zu einem medizinisch nicht erklärbaren Anstieg bestimmter Diagnosen in Deutschland, wie beispielsweise der Bandscheibenoperationen, von denen laut einer Studie der Techniker Krankenkasse rund 80% überflüssig seien, erklärt die Ärztin weiter. Das „ökonomische Diktat“ der Kostensenkung und Profitsteigerung sei im Krankenhausalltag inzwischen bei allen Entscheidungen, von der Länge der Beatmungszeit bis zur Länge der Verweildauer, die drastisch verringert wurde, deutlich spürbar, so Rakowitz. Besonders beunruhigend sei aber, dass Reformen in dieser Logik nach der Finanzkrise auch im verarmten Griechenland umgesetzt wurden. Im Zuge der restriktiven Sparpolitik habe das deutsche Gesundheitsministerium Griechenland im Auftrag der EU bei einer Restrukturierung des Gesundheitssektors beraten, die in ihrer Konsequenz allerdings weit über das Geschehen in Deutschland hinausginge. Nicht nur die Fallpauschalen wurde eingeführt und die niedergelassenen Ärzte zu Kleinunternehmern umfunktioniert, sondern auch die Ausgaben für Gesundheit von 10% auf 6% des Bruttoinlandsproduktes gekürzt. Über einen Anstieg der Säuglingssterblichkeit um 45% in den letzten Jahren und die Schließung von 100 der vorher 180 Krankenhäuser des Landes, weiß Rakowitz zu berichten, die seit Ausbruch der Krise mehrere Delegationsreisen nach Griechenland begleitet hat. Sie ist sich sicher: „Das heutige Griechenland ist das Modell des neuen europäischen Sozialstaates und damit auch Modell dafür, was uns in Deutschland bevorsteht.“

Von den aktuellen Entwicklungen in Europa führt Jens Holst die Anwesenden zu den Entwicklungen in den internationalen Debatten und stellt das Konzept der Universal Health Coverage (UHC, dt. etwa universelle Gesundheitsabsicherung) vor, wie es die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als ein Leitprinzip der globalen Gesundheitspolitik definiert. Es umfasse drei Dimensionen, so Holst, erstens den Zugang aller zu Gesundheitsversorgung, zweitens

die Qualität der Gesundheitsversorgung und drittens die finanzielle Dimension, nämlich sicherzustellen, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen Menschen nicht in die Armut stürze. Für die meisten Entwicklungs- und Schwellenländer stelle eine Verwirklichung der UHC eine große Herausforderung, damit aber auch eine wichtige Chance für Millionen von Menschen dar, erklärt er weiter. Obwohl verschiedene gesundheits- und entwicklungspolitische Organisationen und Institutionen UHC deshalb als eines der Ziele für die Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen vorschlugen, sei das Konzept nicht unumstritten. „Aus Ländern wie beispielsweise Brasilien, die ein öffentlich finanziertes Gesundheitssystem besitzen, wird Kritik laut“, gibt er zu bedenken. Es gehe dabei vor allem um die Frage, ob das Gesundheitssystem öffentlich oder privat getragen werde. Hinter einer internationalen Initiative für Universal Health Coverage würden zum Teil Interessen des Privatsektors vermutet, dem sich beispielsweise in Brasilien ein großer Gesundheitsmarkt erschließen könnte. Holst hält dagegen, dass im deutschen Begriff „Absicherung“ bereits der Fürsorgeaspekt enthalten sei, der dem Staat mindestens eine regulierende Rolle abverlangt. Eine Aushöhlung der öffentlichen Gesundheitssysteme unter dem Deckmantel der Reformen für eine universelle Gesundheitsabsicherung befürchtet er deshalb nicht. „Viel gefährlicher ist,“ so Holst „dass gerade Länder wie Deutschland, die versuchen UHC auf internationaler Ebene voranzubringen, mit radikalen Gesundheitsreformen die Breite und Tiefe der sozialen Absicherung im Krankheitsfall reduzieren.“ Während Deutschland sich in großen Schritten von der UHC fortbewege, sei die Situation in anderen europäischen Ländern allerdings bereits viel gravierender. Zum Teil seien dort, vor allem im Zuge der Finanzkrise, inzwischen alle drei Dimensionen von UHC ausgehebelt. „Dieser Widerspruch zwischen den eigenen sozialpolitischen Reformen und der Entwicklungszusammenarbeit untergräbt die Glaubwürdigkeit Deutschlands und anderer Ländern als Anwältinnen der universellen Gesundheitsabsicherung“, gibt er zu bedenken.

Über die Privatisierungs- bzw. Ökonomisierungstendenzen in Deutschland und Europa entspinnt sich, moderiert von Kirsten Schubert, Vorstandsmitglied des vdää, eine lebhaft Diskussions zwischen Publikum und Podium. So wirft Nadja Rakowitz die Frage auf, was es für das Gesundheitssystem in Deutschland bedeuten werde, wenn die allgemeinen Krankenkassen in Zukunft dem Kartellrecht unterstehen und private Krankenkassen vor dem Europäischen Gerichtshof gegen eine „Bevorzugung“ der gesetzlichen Krankenkassen klagen können. Wiederholt melden sich Gesundheitsfachkräfte, aber auch Vertreter der Gewerkschaft ver.di oder des globalisierungskritischen Netzwerks attac zu Wort und kritisieren, dass insbesondere durch die Einführung der Abrechnung nach Fallpau-

schalen Krankenhäuser zunehmend wie private Unternehmen auftreten müssten. In Zusammenhang mit der auf Initiative der Bundesregierung erfolgten Einführung des umstrittenen Fallpauschalensystems in Griechenlands Krankenhäusern wird aus dem Publikum darauf hingewiesen, dass es dabei um eine Zurichtung des dortigen Gesundheitssystems im Sinne Investitionswilliger privater deutscher Krankenhausbetreiber ginge. Die aktuellen Reformen in Deutschlands Gesundheitswesen bewertete das Publikum vorrangig als Privatisierung des Gesundheitsbereiches: Vor einer „Taylorisierung der Krankenhausarbeit“ wird gewarnt und davor, die psychosozioökonomische Rückwirkungen der Ökonomisierung auf die Gesellschaft zu unterschätzen. So berichtet ein ver.di-Vertreter über die neue Initiative „Wir für Gesundheit“, mit der Krankenhauskonzerne ansetzen, ein paralleles privates Gesundheitssystem aufzubauen und zu befürchten sei, dass dies nicht nur mit Verschlechterungen der Arbeits- und Lebensbedingungen, sondern auch mit einer Verschlechterung der Versorgung und höheren Kosten einhergehen werde. Auf dem Podium wagt Nadja Rakowitz zum Ende der Diskussion vorzuschlagen, die Krankenhausfinanzierung müsse zurück zum Selbstkostendeckungsprinzip kommen, macht sich dabei aber keine großen Hoffnungen gehört zu werden. Als Schlusswort gibt sie mit „Spital statt Fabrik“ einen einfachen Slogan aus der Schweiz gegen die aktuellen Reformen aus und fordert die Anwesenden auf, sich an der Suche nach Slogans und anderen Aktivitäten gegen die Ökonomisierung der Gesundheit in Deutschland und Europa zu beteiligen.



Nadja Rakowitz



Jens Holst

Einführung in die Debatte

Strategien für globale Gesundheit

Annelie Buntentbach, Geschäftsführender Bundesvorstand des DGB

Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, im Sommer hat die Internationale Arbeitsorganisation den Weltbericht zur sozialen Sicherung 2014/2015 veröffentlicht. Zum Thema Absicherung im Krankheitsfall

lauten die Ergebnisse im Kern: In Staaten mit niedrigem Einkommen sind 90 Prozent der Bevölkerung ohne Recht auf soziale Sicherung in der Gesundheitsversorgung. Insgesamt verfügen weltweit 39 Prozent nicht über eine solche Absicherung. In Deutschland ist die Lage sicherer, aber auf dem Weg in die Mehrklassen-Medizin sind

wir ebenfalls. Und auch ein anderer Befund der WHO hat durchaus etwas mit der deutschen Situation zu tun: Weltweit werden 40 Prozent der Gesundheitsausgaben von den Patienten selbst getragen. In Deutschland tragen die Versicherten 60 Prozent der GKV-Ausgaben. Und die Versicherten müssen bis zu hunderten Euro an Zuzahlungen oder Aufzahlungen tragen. Selbst Personen, die auf gesetzlicher Grundlage sozial abgesichert sind, müssen also hohe Eigenleistungen tragen – in Deutschland und in vielen anderen Ländern. Und dass fast überall medizinisches Personal zur Erbringung von Gesundheitsleistungen knapp wird, hat etwas mit knappen Ressourcen und mit der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen zu tun. Mit diesen Punkten wird deutlich, dass sich weltweite Trends durchaus in Deutschland widerspiegeln.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, auch bei uns in Deutschland existieren Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung und in der Lebenserwartung bzw. bei den Lebensjahren mit eingeschränkter Gesundheit. Wir stellen Unterschiede in der Versorgung mit Fachärzten zwischen reichen und armen Wohngebieten fest. Wir erreichen die Menschen unterschiedlich gut für bestimmte Versorgungsangebote – gerade im wichtigen Bereich der Prävention haben wir es mit einer Unterversorgung sozial schwacher Personengruppen zu tun. Dies trägt zu den großen Unterschieden in der Lebenserwartung zwischen denjenigen Menschen mit niedrigem Einkommen bei, die unter 60 Prozent des durchschnittlichen Einkommens liegen, und denjenigen mit über 150 Prozent des durchschnittlichen Einkommens: 10,8 Jahre lebt ein Gutverdienender in Deutschland länger als ein Armer. Und wir haben es sogar mit einem Unterschied von 14,3 Jahren zu tun, wenn man sich die Unterschiede in der Lebenserwartung in guter Gesundheit anschaut. Und über die deutschen Grenzen hinausgeschaut: In den Ländern, die von der Finanzmarktkrise besonders betroffen sind, sinkt sogar die durchschnittliche Lebenserwartung – gerade auch in Griechenland. Das sind die Folgen von Massenarbeitslosigkeit, der Verarmung breiter Bevölkerungsschichten, der Zunahme psychischer Erkrankungen und von zerfallenden Gesundheitssystemen. Die Austeritätspolitik der EU und ihr deutscher Anteil tragen dazu direkt bei. Das ist alles andere als „health in all policies“, wie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefordert.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, auf internationaler Ebene haben wir eine sehr fruchtbare Diskussion über die Ursachen von Krankheit, insbesondere die sozialen Indikatoren von Gesundheit. Zu diesen sozialen Gesundheitsindikatoren gehören laut WHO über 70 wichtige Indikatoren, wie demografische und sozioökonomische Faktoren, Mortalität und Morbidität,

Reichweite, Nutzung und Ausstattung der Gesundheitssysteme sowie Verhaltensweisen, Lebensgewohnheiten und Umfeld. Der WHO geht es um die tieferen „Ursachen“ von Erkrankungen und schlechter Gesundheit. Was hat grundlegenden Einfluss auf die Entstehung von Krankheit und die Verteilung von Gesundheit innerhalb der Bevölkerung oder zwischen Ländern verdeutlicht, fragt sie im Europäischen Gesundheitsbericht von 2012. Natürlich ist auch das Gesundheitssystem selbst eine maßgebliche soziale Determinante von Gesundheit, die bestehende gesundheitliche Ungleichgewichte entweder mildern oder verschärfen kann. Das Konzept umfasst aber die Gesamtheit der sozialen Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen. Und hier beginnt der Unterschied zur Diskussion in Deutschland: In Deutschland diskutiert die Mehrzahl der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen nicht über die Ursachen für Krankheit und gesundheitliche Ungleichheit. In gesundheitspolitischen Diskussionen stehen Finanzierung und Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung weit im Vordergrund.

Als Beispiel müssen Sie nur die Pressemitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der letzten Wochen anschauen. Die Allermeisten handeln von den Konflikten in der gesetzlichen Krankenversicherung oder von Finanzierungsfragen. Und im Alltag der Medizin geht es um die Heilung von Krankheiten, da kümmern wir uns um Symptome und deren Beseitigung. Damit wir uns nicht missverstehen: Ich bin sehr dankbar für unser leistungsfähiges Gesundheitswesen und für die harte Arbeit, die hier geleistet wird. Aber wir müssen uns in Zukunft stärker auch mit den Gründen von Erkrankungen und den unterschiedlichen Gesundheitschancen von Menschen befassen. Wir müssen die Gesundheitspolitik und die Gesundheitspraktiker dafür sensibilisieren, die sozialen Determinanten von Gesundheit zu berücksichtigen – und zu lernen, wie man sie beeinflussen kann.

Diese Tagung heute leistet dazu einen Beitrag. Wir müssen die Gesundheitsförderung ausbauen, d.h. die Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen erreicht werden soll. Für uns Gewerkschaften ist hier besonders die Betriebliche Gesundheitsförderung von großer Bedeutung. Und: Es geht um die Verbesserung der gesundheitlichen Primärprävention, d.h. darum, die Auslösefaktoren von Krankheiten zurückzudrängen oder ganz auszuschalten. Ganz praktisch geht es dabei z.B. darum, ob in Kantinen gesundes Essen angeboten wird. Das für 2015 angekündigte Präventionsgesetz kann sowohl zur Stärkung der Gesundheitsförderung als auch zur Verbesserung der gesundheitlichen Prävention beitragen. Das Präventionsgesetz darf nicht noch einmal

scheitern. Die wichtigste Aufgabe ist es, durch das Gesetz alle staatlichen Ebenen – die Gebietskörperschaften genauso wie die Sozialversicherungsträger – in die Pflicht zu nehmen und auf eine verbindliche Zusammenarbeit auszurichten. Unsere Perspektive als Gewerkschaften für dieses Gesetzgebungsverfahren ist nicht allein das Präventionssetting Betrieb/Behörde als Ort. Auch nach formellem Arbeitsschluss erfahren die abhängig Beschäftigten und ihre Angehörigen gesundheitliche Belastungen – entweder durch entgrenzte Arbeit oder im Privatleben. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssen insgesamt – in der Arbeit und in ihren sonstigen Lebenswelten – Rahmenbedingungen haben, in denen sie gesund leben können und unterstützt werden, gesund zu bleiben oder zu werden.

Die Lebenswelt Betrieb ist dabei trotzdem noch ein wichtiger Ansatzpunkt: Denn gute Arbeit ist die Grundlage unserer gesundheitlichen Versorgung. Sie verhindert Krankheit und damit Kosten und sie trägt zu einer stabilen Einnahmehasis der sozialen Sicherungssysteme bei. Die gesundheitlichen Belastungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Arbeitswelt nehmen aber zu. Zu den weiterhin hohen körperlichen Belastungen bei vielen beruflichen Tätigkeiten kommt ein steigender Anteil psychische Belastungen. Arbeitshetze und Leistungsverdichtung, aber auch prekäre Beschäftigung machen krank. Für fast zwei Drittel der Beschäftigten in Deutschland ist die Arbeitsintensität in den letzten 12 Monaten ein weiteres Mal gestiegen – für mehr als ein Drittel aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sogar in starkem Maße. Das sind die Ergebnisse unserer repräsentativen Beschäftigungsbefragung des DGB-Index Gute Arbeit. Im Jahr 2013 ging eine große Gruppe der befragten Beschäftigten – 45 Prozent – davon aus, dass sie unter ihren derzeitigen Arbeitsbedingungen nicht bis zur Rente durchhalten können werden. Bundesweit 17 Prozent der Beschäftigten arbeiten außerhalb ihrer regulären Arbeitszeit sehr häufig oder oft zum Nulltarif für ihren Arbeitgeber. Weitere 25 Prozent sind hin und wieder unentgeltlich für ihn tätig. Mehr als zwei Drittel der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland erhalten überhaupt keine Angebote zur Gesundheitsvorsorge von ihrem Betrieb. In einzelnen Branchen liegt dieser Anteil bei 90 Prozent und darüber.

Doch nicht nur Beschäftigte sind gesundheitlich gefährdet: In hohem Maße sind es auch erwerbslose Menschen, wobei das Risiko mit der Länge der Erwerbslosigkeit steigt. Das alles verursacht persönliches Leid. Es hat aber auch gravierende negative Auswirkungen auf den Wohlstand unserer Gesellschaft und auf den Wohlstand der abhängig Beschäftigten sowie ihrer Angehörigen. Für uns als Gewerkschaften ist die Welt der Arbeit deshalb

ein zentraler Ansatzpunkt – sowohl bei der Gesundheitsförderung als auch bei der gesundheitlichen Prävention. Dazu werden wir als Gewerkschaften auch konkret unsere Möglichkeiten in den sozialen Selbstverwaltungen der Sozialversicherungen nutzen – für eine Stärkung der Gesundheitsförderung und Verbesserung der gesundheitlichen Prävention in der Welt der Arbeit eintreten.

Die heutige Veranstaltung ist ein Beitrag zu einer wichtigen Debatte. Denn es ist Zeit, die Frage der Ursachen, d.h. der sozialen Gesundheitsindikatoren, in den Vordergrund zu rücken. In diesem Sinne wünsche ich uns hier gemeinsam viel Erfolg für die Konferenz und dass hiervon ein Impuls für die künftigen gesundheitspolitischen Debatten ausgeht. Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.



Annelie Buntenbach

Das Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit – Wo ist der Aktionsplan für die deutsche Innen- und Außenpolitik?

Thomas Gebauer, Geschäftsführer medico international

Es gilt das gesprochene Wort

I. Vor wenigen Jahren noch galt die Beschäftigung mit Fragen globaler Gesundheit in der Welt vor allem als Arbeitsfeld von Entwicklungshelfern resp. Sicherheitspolitikern. Ging es den einen um die Linderung der gesundheitlichen Nöte der Armen, sorgten sich die anderen meist nur darum, dass eben diese Armen mit all ihren gesundheitlichen Problemen nicht zur Gefahr für die Welt der Privilegierten werden könnten. Wie aktuell das sicherheitspolitische Bemühen um Seuchenkontrolle noch immer ist, zeigt sich im Falle der Ebola Epidemie. Gerade haben die USA angekündigt, 3000 Militär-Experten in die betroffenen Länder zu senden. Es gehe nicht mehr um eine Seuche, so Margret Chan, die Direktorin der Weltgesundheitsorganisation, letzte Woche im UN-Sicherheitsrat, es gehe um Hunger, soziale Unruhen, um den Zusammenbruch ganzer Staaten: „Es ist“, so Chan wörtlich, „die größte Herausforderung in Friedenszeiten, der sich die Vereinten Nationen je haben stellen müssen.“

II. Zum bedauerlichen Zustand gegenwärtiger Politik gehört, dass sie immer wieder erstaunt auf Krisen reagiert, an deren Zustandekommen sie nicht unbeteiligt ist. Auch der Ausbreitung von Ebola hätte vorgebeugt werden können, wenn ein anderes Verständnis von globaler Gesundheit vorgeherrscht hätte: eines, das Gesundheit weder als Gegenstand von Charity, noch als Sicherheitsproblem versteht, sondern als globales Gemeingut, dessen Verwirklichung in gemeinsamer, in internationaler Verantwortung liegt.

Wenn heute mitunter von einer gewachsenen deutschen Verantwortung die Rede ist, muss das nicht falsch sein. Voraussetzung aber ist, dass diese Verantwortung sich in einer ursachenbezogenen Politik manifestiert, die nicht einfach nur die Verhältnisse, die in die Krise geführt

haben, wiederherstellen will. Gefordert ist nicht allein Krisenmanagement, sondern eine radikalen Neuausrichtung der globalen Gesundheitssteuerung (Global Governance for Health).

III. „Politik ist Medizin im Großen“, befand Rudolf Virchow 1848 kurz nach seiner Rückkehr aus Oberschlesien, wohin er zur Überwindung einer Fleckfieber-Epidemie entsandt worden war. Noch heute liest sich sein Bericht wie eine Anklage gegen eine tatenlose Bürokratie, die allein im Namen des Großgrundbesitzes handelte. Nicht die Krankheit geißelte Virchow, sondern die politisch Verantwortlichen. Gesundheitsstrategien, die nachhaltige Lösungen verfolgen, müssen ganzheitliche Konzepte verfolgen und die sozialen, politischen und ökonomischen Determinanten von Gesundheit im Auge haben. Einkommen und Einkommensverteilung, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Bildung, Umwelt und andere gesellschaftliche Faktoren – all das hat einen erheblich größeren Einfluss auf die Gesundheit der Menschen als die medizinische Versorgung, so wichtig sie ist.

Auf bemerkenswerte Weise aber dominiert in den Überlegungen, wie heute den gesundheitlichen Herausforderungen in der Welt begegnet werden kann, nicht sozialpolitisches Wissen, sondern medizinisches. Auch das Konzeptpapier der Bundesregierung (BR) „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“, das von fünf Ministerien ausgearbeitet und im Sommer 2013 vorgelegt wurde, will Gesundheit primär – ich zitiere – über „den Zugang zu Medikamenten, Technologien, Wissen und Forschung“ und „das notwendige medizinische Wissen ... sowie die hierfür erforderlichen technischen und finanziellen Mittel“ fördern. Ein auf klinisch-medizinische Ansätze verengtes Verständnis von Gesundheit aber wird den Anforderungen globaler Gesundheitspolitik nicht gerecht.

Medizinische Hilfe für die Betroffenen der Ebola Epidemie ist wichtig und dringend notwendig, keine Frage. Sie allein aber kann nicht dafür sorgen, dass sich die gesundheitliche Lage der Menschen in Westafrika nachhaltig verbessert. Dazu sind gesundheitsfördernde Lebensumstände vonnöten sowie funktionierende Gesundheitswesen, die auch all den anderen Herausforderungen entsprechen können. Wir dürfen nicht übersehen, dass seit dem Ebola Ausbruch in Sierra Leone etwa 650 Menschen an Meningitis gestorben sind, 670 an TB, 790 an HIV/AIDS, 850 an infektiösen Durchfällen und mehr als 3000 Menschen an Malaria.

IV. Warum es in Sierra Leone, Guinea und Liberia keine funktionierenden Gesundheitssysteme gibt, hat viele Gründe. Wer genauer hinsieht, entdeckt einen Mix aus Misswirtschaft, falscher Prioritätensetzung und einer alles dominierenden Abhängigkeit vom Weltmarkt. Dass in vielen Ländern des Südens die Institutionen öffentliche Daseinsvorsorge mitunter bis zur Unkenntlichkeit ausgehöhlt wurden, ist auch eine Folge der den Ländern in den 1980er Jahren von außen aufgezwungenen „wirtschaftlichen Strukturanpassungsprogramme“. Damals drangen Weltbank und der Internationale Währungsfonds (IWF) auf drastische Einschnitte in der Sozialpolitik, meist mit dem Versprechen, dass über die Liberalisierung der Kapital- und Warenmärkte schließlich auch etwas für die Armen abfallen würde. Der erhoffte „trickle down“-Effekt aber blieb aus. Das weltweite Wirtschaftswachstum der letzten Jahrzehnte hat die bestehende Ungleichheit nicht beseitigt, sondern verfestigt.

Selbst das Davoser Weltwirtschaftsforum hat inzwischen einräumen müssen, dass mit der Globalisierung die Risiken für soziale Unsicherheit und wachsende Einkommensgefälle zugenommen haben.

V. Globale Gesundheitspolitik, die sich ernsthaft den gesundheitlichen Herausforderungen stellen will, muss zuallererst auf die Bekämpfung der sozialen Ungleichheit drängen. Einen bemerkenswerten Vorschlag dazu hat 2005 ein Team des finnischen „Zentrums für die Erforschung und Entwicklung von Wohlfahrt und Gesundheit“ (STAKES) unterbereitet. Es empfiehlt politisches Handeln auf der Grundlage von drei zentralen R's: von Rechten, Regulierung und Redistribution (Umverteilung). Menschenrechte sind keine Attribute einer wie auch immer gearteten menschlichen Natur, sondern Qualitäten einer von Menschen errichteten Welt. Nur als Teil rechtlich verfasster Gemeinschaften sichern sich die Menschen ihre Rechte. Nur dort, wo ein öffentlich getragenes und allen zugängliches Gesundheitswesen existiert, kann das Recht auf Gesundheit auch geltend gemacht werden.

Auf das Recht auf Gesundheit beziehen sich heute nahezu alle, auch die Bundesregierung tut das in ihrem Konzeptpapier. Auf bedenkliche Weise aber treten die Menschenrechte in den Hintergrund, wenn wirtschaftliche Interessen ins Spiel kommen. Wie stark der Einfluss des Marktes auf die Gesundheitspolitik bereits ist, machte unlängst Margaret Chan, die Generaldirektorin der WHO deutlich. „Es geht in dieser Welt etwas auf fundamentale Weise daneben“, so Frau Chan, wenn Regierungen über Handelsverträge „Handschellen“ angelegt werden und Unternehmen selbst noch jene politische Maßnahmen anfechten können, die die Öffentlichkeit vor todbringenden Produkten schützen sollen.

Es ist beschämend zu sehen, wieviel Energie Politik heute aufbringt, um über bi- und multilaterale Handelsverträge Investoren zu schützen, und wie wenig geschieht, um internationale Abkommen zu schließen, die das Recht der Menschen auf Gesundheit schützen. Und zwar grenzüberschreitend, auf internationaler Ebene, ganz so wie es die „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ fordert. In Artikel 28 heißt es, dass jede und jeder das Recht auf eine soziale und internationale Ordnung hat, in der die Rechte und die Freiheit, die mit der Erklärung in Kraft treten, auch voll verwirklicht sind. Wohlgermerkt: eine internationale Ordnung!

VII. Und damit zeichnen sich die Grundzüge einer zeitgemäßen Globalen Gesundheitspolitik ab, einer Gesundheitsaußenpolitik (wie es in der Schweiz heißt) – eingebettet in einer Weltsozialpolitik (wie ich es bevorzuge). Ohne regulierende politische Eingriffe, ohne globale Umverteilung wird es nicht gelingen, den Herausforderungen, die gerade jetzt in der Krise so deutlich zutage treten, gerecht zu werden.

Bleiben wir zunächst bei Maßnahmen der Regulierung, die ein profunder Aktionsplan zu berücksichtigen hätte. In einer umfangreichen Antwort auf das Konzeptpapier der BR hat die Plattform für globale Gesundheit eine ganze Reihe von Vorschlägen gemacht, die ich hier nur in Ausschnitten vortragen kann. Lassen Sie mich aber vorab sagen, dass die Plattform den interministeriellen Ansatz der BR explizit begrüßt, zugleich aber auf die Notwendigkeit von Nachbesserungen hingewiesen hat.

Stichwort: Handels- und Steuerpolitik

Wir halten es für absolut notwendig, sämtliche Handelsabkommen, die, die gerade verhandelt werden, als auch die bereits bestehenden, auf ihre gesundheitlichen Auswirkungen hin zu überprüfen. Wenn Handelsabkommen von den Partnerländern im Süden steuer- und zollrecht-

liche Maßnahmen verlangen, die den fiskalischen Spielraum der Länder einschränken, bedeutet das eben auch, dass nicht mehr auf angemessene Weise in Daseinsvorsorge investiert werden kann.

Wenn traditionelle Bereiche der heimischen Wirtschaft mit dem kostengünstigen, mitunter subventionierten Waren – beispielsweise Agrarerzeugnisse aus Europa – nicht mehr mithalten können, dann sinkt die Wirtschaftskraft und es kommt zu einem prekären Mix aus Einkommenserosion, De-Industrialisierung, Entwurzelung von Arbeitskräften und Haushaltsengpässen.

Ohne wirksame Steuererhebung ist Gesundheit nicht finanzierbar. Das erfordert Regulierung auf internationaler Ebene. Notwendig ist die Schließung von Steuerlocheren, die Bekämpfung von Steuerhinterziehung und des Wettlaufs um Steuerdumping. Eine kohärente globale Gesundheitspolitik muss auf internationaler Politikebene (EU, G20, OECD), wo derzeit über die internationale Steuerpolitik verhandelt wird, auf notwendige regulative Eingriffe drängen.

Stichwort: Ernährung

Aus gesundheitspolitischer Sicht ist es unverständlich, wenn die internationale Nahrungsmittelindustrie mit ihrer aggressiven Vermarktung von zucker- und fetthaltigen Lebensmitteln noch immer ungehindert zur Ausbreitung von Nicht-übertragbaren Krankheiten beitragen kann. Längst überfällig sind vor allem Initiativen zur Verbesserung der Ernährungssouveränität der Menschen. Statt den Freihandel und in dessen Folge auch das notorische „Landgrabbing“ zu fördern, über das heute Millionen von Menschen ihrer Existenzgrundlage beraubt werden, müsste über internationale Übereinkünfte dafür gesorgt werden, Land als soziales Gut vor kommerziellen Interessen zu schützen. Auch der preistreibenden Spekulation mit Nahrungsmitteln gilt es Einhalt gebieten.

Stichwort: Arbeit

Unbedingt sollte globale Gesundheitspolitik auf die Durchsetzung und Verbesserung von internationaler Sozial- und Umweltstandards setzen und so die höchst ungesunden Arbeits- und Lebensbedingungen verbessern, die mit der Globalisierung von Produktion und Extraktionswirtschaft entstanden sind. Importe könnten beispielsweise an die Einhaltung von Arbeitsschutzstandards sowie eine gerechte Entlohnung der Arbeiter im Süden gebunden werden.

Stichwort: Migration von Gesundheitsfachkräften

Die Länder Westafrikas, die heute mit Ebola konfrontiert sind, zählen zu den Ländern mit der geringsten Ärztedichte der Welt. Mehr sierra-leonische Ärzte arbeiten heute in OECD Ländern als in Sierra Leone selbst. Es ist gut, dass es inzwischen einen WHO-Kodex gibt, der die aktive Anwerbung von Gesundheitspersonal aus Ländern untersagt, die selbst unter Fachkräftemangel leiden. Weil dennoch Ärzte und Pflegepersonal z.B. aus Afrika nach Europa abwandern, ist es höchste Zeit, den WHO-Kodex um ein Abkommen zu erweitern, das die Länder im Süden für die Ausbildungskosten, mit denen sie Europa subventionieren, kompensiert. Es sind übrigens Kosten in Milliardenhöhe, die Europa auf diese Weise einspart. Sie liegen weit über der Summe, die von Europa aus als medizinische Entwicklungshilfe nach Afrika zurückfließt.

Stichwort: Klima

Fraglos gehört auch der Klimawandel zu den größten Bedrohungen globaler Gesundheit. Seine Folge gefährden vor allem jene Menschen, die am wenigsten für die ökologische Katastrophe verantwortlich sind, die ohne Katastrophenpläne oder andere Schutzvorkehrungen Unwettern, Überschwemmungen oder Dürrekatastrophen ausgesetzt sind. Wer Verantwortung für die globale Gesundheit übernehmen will, muss auch auf eine drastische Reduktion des CO₂-Ausstoßes und anderer Schadstoffemissionen drängen. Als Mitverursacher des Klimawandels trägt Deutschland eine besondere Verantwortung. Es muss sowohl ärmere Länder z.B. beim Aufbau von Frühwarnsystemen und Bewältigungskapazitäten technisch wie finanziell unterstützen, als auch am Umbau der eigenen umweltgefährdenden Wirtschaft arbeiten.

Stichwort: Essentielle Gesundheitsforschung

Weil im bestehendem System einer patentgestützten Forschung, die sich vor allem über die individuelle Kaufkraft der Patienten refinanziert, die gesundheitlichen Bedürfnisse der Armen systematisch ausgeschlossen werden, muss globale Gesundheitspolitik auf eine Reform des herrschenden Forschungsparadigmas drängen. Abhilfe könnte der Vorschlag einer WHO-Expertengruppe schaffen, Forschung und Entwicklung von essenziellen Arzneimitteln prinzipiell zu einer öffentlichen und öffentlich finanzierten Aufgabe zu machen. Damit sind nur ein kleiner Teil der Regulierungen benannt, die ein Aktionsplan globale Gesundheit zu berücksichtigen hätte. Weitere betreffen z.B. den Export von Waffen oder die Sicherstellung der WHO als eine von privaten Interessen

unabhängige Institution. Einen normativen Rahmen für solche internationalen Regulierungen bieten die sogenannten „Maastricht Principles“, die im September 2011 von einer Gruppe von Völkerrechtlern erarbeitet wurden und die extraterritorialen Verpflichtungen von Staaten im Bereich der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte klären. Explizit sprechen die Maastricht Principles von einer „Verpflichtung zur Regulierung“.

VIII. Der Schutz und die Verwirklichung der Menschenrechte sind öffentliche Aufgaben, die sich nicht oder nur bedingt an kommerzielle Akteure delegieren lassen. Weil Armut krank und Krankheit arm macht, lässt sich der Zugang zu Gesundheits- und Daseinsvorsorge nicht an die individuelle Kaufkraft ihrer möglichen Nutzer koppeln.

Wirksame Gesundheitspolitik gelingt nicht mit klammen öffentlichen Kassen. Nur über eine massive Erhöhung der öffentlichen Ausgaben wird sich die soziale Ungleichheit bekämpfen lassen. Und so ist die Forderung nach mehr Raum für Politik, die heute auf allen Ebenen, von Kommunen bis zu internationalen Organisationen zu hören ist, auch eine Forderung nach Erweiterung des finanziellen Handlungsrahmens von politischen Gemeinwesen. Um allen Menschen an allen Orten der Welt den Zugang zu einer soziale Infrastruktur, zu Bildung, Gesundheit und andere essentiellen Gemeingütern zu ermöglichen, bedarf es einer sozial gerechten Lasten- und Umverteilung, sowohl innerhalb der Länder, als auch zwischen den Ländern.

Mit Blick auf den erreichten Globalisierungsgrad ist es höchste Zeit, über Umverteilungsmechanismen nachzudenken, die für einen solidarischen Ausgleich zwischen einkommensschwachen und einkommensstarken Ländern sorgen. Aus eigener Kraft jedenfalls werden Länder wie Sierra Leone oder Liberia auch dann nicht den gesundheitlichen Herausforderungen begegnen können, wenn sie alle verfügbaren Mittel aktivierten. Das Ziel ist die Einrichtung eines internationalen Gesundheitsfonds, der alle Länder, die dazu imstande sind, verpflichtet, auch zu den Sozialbudgets der ärmeren Länder beizutragen. Das wäre übrigens keine radikal-sozialistische Umwälzung, sondern würde nur das im nationalen Rahmen längst geübte Solidaritätsprinzip ins Globale ausweiten. Ein solcher Fonds müsste übrigens keine große bürokratische Struktur erfordern. Ausreichend wäre die Einrichtung einer kleinen Behörde, die sich aller operativer Tätigkeiten enthält und nur das Pooling und den Transfer von Mitteln organisiert. Wie das funktioniert, zeigt beispielhaft der deutsche Länderfinanzausgleich, der über komplexe Verrechnungen u.a. der Höhe regionaler Steuereinnahmen, der demographischen Entwicklung, des Einkommensniveaus, etc. für eine Balancierung der fiskalischen Möglichkeiten der Bundesländer sorgt.

Unseren Länderfinanzausgleich, der gerade hierzulande so umstritten ist, ins Globale auszuweiten, klingt utopisch. Tatsächlich sind wir von medico anfangs ausgelacht worden, als wir erstmals einen solchen Vorschlag gemacht hatten. Inzwischen aber beschäftigt die Idee auch die Vereinten Nationen. Im September 2012 berichtete Anand Grover, zu dieser Zeit UN-Sonderberichterstatter für das Recht auf Gesundheit an die UN-Generalversammlung:

„Um das bestehende Modell internationaler Gesundheitsfinanzierung von einer Geber dominierten Wohltätigkeit in ein verpflichtendes, sich auf das Solidaritätsprinzip stützendes System umzuwandeln, sollen internationale Finanzierungsmechanismen eingerichtet werden, die auf Grundlage regionaler bzw. internationaler Verträge die Staaten an ihrer jeweiligen Wirtschaftskraft ausgerichteten Beitragszahlungen verpflichten und zugleich festlegen, wie die so zustande kommenden Mittel bedarfsgerecht ausgegeben werden. Ein solcher Paradigmenwechsel ist notwendig, um eine nachhaltig gesicherte Gesundheitsfinanzierung zu erzielen.“

IX. Sie sehen: es gibt viel zu tun; ein angemessener Aktionsplan müsste nicht unter zu wenigen Aufgaben leiden. Die Plattform hat der Bundesregierung angeboten, an der Revision ihres Konzeptpapiers mitzuarbeiten. Eine solche Überarbeitung aber halten wir für dringend notwendig. Im Ziel, das Recht auf Gesundheit zu verwirklichen, unterscheiden wir uns womöglich nicht. Aber, und darauf hat schon Albert Einstein hingewiesen: Probleme kann man niemals mit derselben Denkweise lösen, durch die sie entstanden sind.

Besten Dank.



Thomas Gebauer

Was können wir in Deutschland aus der globalen Gesundheitsdebatte lernen?

Abgeordnete im Gespräch mit Prof. Dr. Ilona Kickbusch

Das letzte Podium der Fachtagung will konkret werden: Prof. Dr. Ilona Kickbusch, Direktorin des Global Health Programme des Graduate Institute of International and Development Studies in Genf befragt die vier Mitglieder des Bundestages Kordula Schulz-Asche (Bündnis 90/Die Grünen), Harald Weinberg (Die Linke), Heiko Schmelzle (CDU) und Hilde Mattheis (SPD), welche Schritte sie und ihre Fraktionen unternehmen möchten, um Gesundheitspolitik im Sinne einer „Weltinnenpolitik“ zu gestalten und dabei auch die verhandelten multiplen Determinanten von Gesundheit zum Ausgangspunkt zu nehmen.

Kordula Schulz-Asche hält zunächst fest, dass die Grüne-Fraktion Gesundheit tatsächlich als ganzheitliches Problem wahrnehme, welches ein ganzheitliches Vorgehen notwendig mache. Sie selbst sieht in der Diskussion um Gesundheit die Rolle der Frauen und in der Entwicklungszusammenarbeit, das Dreieck „Frauen, Gesundheit, Bildung“ als einen entscheidenden, aber auch erstaunlich vernachlässigten Faktor an und versucht, dem mehr Gewicht zu geben. Eine Möglichkeit, ganzheitliche Ansätze in die globale Gesundheitspolitik einzubringen, erkennt Schulz-Asche in der Debatte um die Post-2015 Entwicklungsziele der Vereinten Nationen, die im Bundestag allerdings bislang viel zu wenig Beachtung finde.

Harald Weinberg, aus der Linksfraktion bemängelt, dass der ganzheitliche Blick auf Gesundheit zwar bei einzelnen Arbeitszusammenhängen zur WHO vorhanden sei, diese Perspektive in anderen Bereichen aber gänzlich abhanden komme, wie zum Beispiel bei den Freihandelsabkommen. Bislang werde völlig ausgeblendet, welche Auswirkungen die Abkommen auf soziale Sicherungssysteme und Gesundheit haben werden. Die Partei Die Linke versuche dagegen, so Weinberg, die Wachstumslogik grundsätzlich zu kritisieren – auch mit Blick auf Gesundheit, denn diese Logik unterwerfe nicht nur das Gesundheitssystem dem Profitgedanken, sondern gefährde Gesundheit auch in anderen Lebensbereichen.

In ihrer Frage an Heiko Schmelzle nimmt Moderatorin Kickbusch Bezug auf das Konzept der Bundesregierung

zu globaler Gesundheitspolitik³ aus der letzten Legislaturperiode und hakt nach, ob die CDU/CSU weiter Interesse daran habe, dieses sektorübergreifende Papier in konkrete politische Schritte umzusetzen. Schmelzle kann das bestätigen: „Das Papier ist ganz oben auf der Prioritätenliste.“ Besonders hervorheben möchte er, dass verschiedene Ministerien mit der Erstellung des Konzepts betraut gewesen waren, während international bislang nur wenige Länder einen solchen Sektor-übergreifenden Ansatz erwickelt hätten. Für ihn steht im Mittelpunkt der globalen Gesundheitspolitik, internationale Institutionen wie die WHO zu stärken und dazu auch an der Selbstverpflichtung der Koalition festzuhalten, die vorsieht 0,7% des Bruttoinlandsprodukts für Entwicklungszusammenarbeit auszugeben. Auf die Nachfrage aus dem Publikum bekräftigt er, dass ein echter Perspektivwechsel mit Bezug auf globale Gesundheit sowie die sozialen und politischen Determinanten von Gesundheit stattgefunden habe. Nicht wenige Parlamentarier hätten das Konzept gelesen und ihr Interesse am Thema bekundet, so Schmelzle.

Aus der Koalitionsfraktion SPD stimmt ihm Hilde Mattheis zu, dass auch sie den interdisziplinären Ansatz in der Gesundheitspolitik als richtig und wichtig erachte. Diese Einsicht umzusetzen und die Bedeutung von Gesundheit in der Außenpolitik zu stärken, liege allerdings noch vor ihr. Ihrer eigenen Ansicht nach stelle nachhaltige und ganzheitliche Gesundheitspolitik die soziale Frage.

Harald Weinberg schließt direkt an und sieht auch deshalb wenig Chancen für einen Richtungswechsel in der „Gesundheits-Außenpolitik“. Das Beispiel Griechenland, wo Zugang zu Gesundheitsversorgung nicht mehr gegeben sei, zeige deutlich, dass wir momentan im europäischen Rahmen eine Verschlechterung des Zugangs zu Gesundheit erleben. Wenn sich nichts an der deutschen

³ Bundesregierung 2013: „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“. http://health.bmz.de/topics/Sector-strategies/shaping-global-health/Globale_Gesundheitspolitik_de.pdf

und europäischen Finanz- und Wirtschaftspolitik ändert, „wie soll dann Gesundheitspolitik im globalen Rahmen verbessert werden?“, wirft er auf.

Moderatorin Kickbusch stellt die Frage, ob und wie Deutschland eine „Weltsozialpolitik“ für globale Gesundheit angehen könne. Sie wird dabei aus dem Publikum ergänzt mit dem Hinweis, dass es in anderen Ländern bereits Gesundheitsbotschafter gäbe, die die Fäden einer ganzheitlichen und globalen Gesundheitspolitik über die Ministerien hinweg zusammenhielten. Hilde Mattheis schlägt vor, auf der europäischen Ebene zu beginnen und konkret die Themenjahre der Europäischen Union für dieses Anliegen zu nutzen. Ein Themenjahr Gesundheit ermögliche das Thema in unterschiedlichsten Zusammenhängen aufzugreifen und zu verankern. Später fügt sie hinzu, dass die Debatten um die Handelsabkommen TTIP und CETA genutzt werden sollten, um das Gesundheitsthema zu behandeln. Sie sieht auch das Parlament in der Verantwortung sich klar zu positionieren und warnt, wie Harald Weinberg: „Wenn diese Abkommen durchkommen, werden viele Debatten, die wir heute geführt haben, nichtig.“ Zu den finanziellen Voraussetzungen äußert sie sich entschieden: „Die Wichtigkeit der Gesundheitsversorgung als Daseinsvorsorge muss in Zukunft auch mit finanziellen Mitteln ausgedrückt werden“, fordert Mattheis.

Die Finanzierungsfrage des globalen öffentlichen Gutes Gesundheit gibt Frau Kickbusch daraufhin an die Grünen weiter. Laut ihrer Sprecherin für Prävention und Gesundheitswirtschaft fordern die Grünen die Finanztransaktionssteuer und auch die Besteuerung von Flugdiesel, um Gesundheitssysteme weltweit zu finanzieren. Zusätzlich sieht Kordula Schulz-Asche die Notwendigkeit, internationale Finanzierungsinstrumente für Gesundheit zu finden, die eine internationale Umverteilung ermöglichen. Voraussetzung für einen solchen internationalen Mechanismus sei aber die Demokratisierung der WHO.

Das Publikum ist mit Nachfragen und Kommentaren inzwischen rege an der Diskussion beteiligt und lenkt den Fokus zwischenzeitlich auf die Gesundheitsvorsorge in Deutschland. „Warum haben Asylbewerber hierzulande einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheit?“, wird das Podium gefragt. Die Antworten gehen stark auseinander. Heiko Schmelzle verteidigt, dass anerkannte Flüchtlinge wohl, aber nicht alle Menschen, die nach Deutschland kommen, hier medizinisch versorgt werden können. Er setzt diese Einschränkung universeller Gesundheitsversorgung in den Kontext der staatlichen Aufgabe, Zuwanderung zu steuern. Hilde Mattheis antwortet mit Verweis auf eigene Erfahrungen aus ihrem Wahlkreis und erklärt, dass sie daran arbeite, ein Programm in den Bundestag einzubringen, das die Gesundheitsversorgung der



Abschlusspanel



Ilona Kickbusch

Flüchtlinge gewährleiste, nachdem die SPD mit grundsätzlichen Lösungsansätzen in den Koalitionsverhandlungen gescheitert sei. Aus den Oppositionsfraktionen ist zu vernehmen, dass die Vollversicherung, und damit auch die Versorgung von Illegalisierten und Asylbewerbern, Teil der Bürgerversicherung sei, die die Partei Die Linke vorschlage. Kordula Schulz-Asche pflichtet für die Grünen bei: „Alle Menschen, die hier leben, sollten den gleichen Zugang zu Versorgungsleistungen bekommen.“ Dennoch zeige das Beispiel der Asylbewerber, wie die universelle Gesundheitsversorgung bereits in Deutschland begrenzt sei, fasst Ilona Kickbusch diesen Strang der Debatte zusammen und wendet sich zum Abschluss erneut an Mattheis und Schmelzle mit der Frage: „Was ist ihre persönliche Agenda für globale Gesundheit?“

Die SPD-Politikerin wünscht sich am Ende der Legislatur eine bessere Versorgungsstruktur in Deutschland, wo es jetzt eine Zwei-Klassen-Struktur gebe und will globale Gesundheit auch finanziell stärken, was sie in Debatten mit dem Finanzministerium selbst stark machen werde. Aus der CDU/CSU-Fraktion legt Heiko Schmelzle den Schwerpunkt dagegen auf die Verbesserung der Pflege in Deutschland und spricht in der Entwicklungspolitik der Stärkung der Gesundheitssysteme weltweit eine wichtige Bedeutung zu.

„Heute wurde klar, wie Ungleichheiten in Deutschland, Europa und weltweit auf Gesundheit einwirken und dass Deutschland seine Rolle stärker wahrnehmen könnte, weltweit für Gesundheit einzustehen.“, hält Ilona Kickbusch zum Abschluss fest und verweist darauf, wie die aktuelle Ebolakrise die Notwendigkeit für konzertierte globale Gesundheitspolitik deutlicher denn je aufzeige. Ihr Schlusswort richtet sie zum einen an die Bundesregierung, die sich, so ihr Wunsch, in die Rio+20- und die Post-2015-Debatte aktiv einbringen und globale Gesundheit stark machen solle. Bei der Plattform für Globale Gesundheit bedankt sich Kickbusch für den wichtigen Impuls der Tagung, nationale und internationale Prioritäten gemeinsam zu diskutieren und sichtbar zu machen, wie sie zusammenhängen. Um die künftige Umsetzung der globalen Gesundheitspolitik Deutschlands und den neuen ressortübergreifenden Ansatz zu überprüfen, wünscht sie sich eine Nachfolgetagung und ein ähnliches Abschlusspanel zu globaler Gesundheit, aber mit Vertreterinnen und Vertretern von mehr Ausschüssen.



Heiko Schmelzle



Hilde Mattheis



Harald Weinberg



Kordula Schulz-Asche

