

**Gesundheit und Soziale Sicherheit
stehen nicht zum Verkauf!**



**Manifest des europäischen
Netzwerkes gegen Privatisierung und
Kommerzialisierung von Gesundheit und
sozialer Sicherheit**

Brüssel 7. Februar 2014

Inhaltsverzeichnis

Einleitung: Die Gesundheit der Menschen in Europa ist in Gefahr!	3
1. Soziale Sicherheit: das funktioniert!	5
Von 1945 bis Anfang der 1970 er Jahre: Erweiterung und Aufbau der öffentlichen Gesundheitsdienste und des Sozialstaates.	
2. Die Kommerzialisierung geht mit großen Schritten voran	7
Bevor Europa an die Reihe kam, wurden die Länder des Südens als Versuchskaninchen missbraucht.	7
Die Länder Osteuropas auf der Suche nach einem Modell.	8
Zu geringe öffentliche Investitionen und Globalisierung der Finanzmärkte.	9
Die Wende von Maastricht: Europa nimmt sich der Gesundheit an!	11
Krise, Sparpolitik und Gesundheitswesen.....	13
Armut gefährdet ernsthaft Ihre Gesundheit!	13
Sparpolitik gefährdet ernsthaft die Gesundheitsversorgung!	14
Sparmaßnahmen verstärken die private Finanzierung von Gesundheitssystemen	17
Das Gesundheitspersonal zahlt die Zeche für die Krise	17
Frauen und Gesundheit	18
Sparpolitik, Gesundheit und Einwanderung.	19
Der transatlantische Markt gegen die Bevölkerung, gegen Gesundheit und Wohlbefinden!	21
Das Gesundheitswesen in Europa ist in Not, wir fordern	
Referenzen	23





Die Gesundheit der Menschen in Europa ist in Gefahr!

Die Sparpolitik, als Antwort der Europäischen Union auf die Finanzkrise, deren negative Auswirkungen auf die Volkswirtschaft bereits hinreichend bekannt sind, bedroht die Patienten, die Gesundheit der Bevölkerung und die Beschäftigten im Gesundheitswesen, außerdem alle staatlichen Systeme der sozialen Sicherung und im Besonderen die Finanzierung der Gesundheitssysteme.

„Das europäische Netzwerk gegen Privatisierung und Kommerzialisierung von Gesundheit und sozialer Sicherheit“ bekämpft seit mehreren Jahren den Abbau des Gesundheits- und Sozialwesens sowie die gefährlichen Auswirkungen dieser Politik.

Es waren eben diese Einrichtungen der sozialen Absicherung, die eine grundlegende Rolle bei der Entwicklung des Wohlstandes der Europäer nach dem zweiten Weltkrieg gespielt haben. Heute ist die Verschlechterung der Gesundheit eines bedeutenden Teiles der Bevölkerung der europäischen Staaten, je nach Land unterschiedlich, Anlass großer Proteste, besonders im Süden Europas. Aktuell ist eine rapide Zunahme kommerzieller Anbieter innerhalb der Gesundheitsversorgung zu beobachten, die dabei sind, die öffentlichen, nicht kommerziellen Dienste zu verdrängen. Seit Beginn der Finanzkrise ist dieses Wachstum schwindelerregend.

Zwei Beispiele aus der jüngsten Vergangenheit zeigen dies:

Die deutsche Gesellschaft Fresenius hat der Rhönklinikum AG 40 Krankenhäuser abgekauft und ist dadurch mit weltweit 175.000 Angestellten nun zum unangefochtenen europäischen Marktführer bei den privaten Kliniken geworden. Deutschland hat eine der größten Privatisierungswellen von Krankenhäusern in Europa erlebt. Zwischen 1995 und 2010 hat sich der Anteil der Privatkrankenhäuser in Deutschland verdoppelt und insgesamt 33% erreicht, während die Zahl aller Krankenhäuser um 11% gesunken ist (Bundesstatistikamt Destatis).

Die französische Gruppe Korian, spezialisiert auf kommerzielle Altenheime, fusionierte im September 2013 mit der Gruppe Medica und wurde somit europäischer Marktführer beim sogenannten „l'or gris“ (Graues Gold).

Auch wenn einige Länder wie Frankreich seit langem einen hohen Anteil kommerzieller Anbieter im Gesundheitssektor haben, beschleunigten die deutschen und französischen Multinationals doch deutlich ihr Tempo, angetrieben von den Träumen der Vorstände dieser industriellen Gesundheitstrusts von immer noch größeren Profiten.

Gesundheit, die in der Vergangenheit für alle Menschen ein öffentliches Gut gewesen ist, ist in Europa bereits zur Ware auf einem von Konkurrenz bestimmten Markt geworden.

Mit diesem „Manifest“ bezwecken wir folgendes:

Die Menschen Europas und die im Gesundheitssektor Beschäftigten sollen über die Folgen der Politik der Privatisierung /Kommerzialisierung informiert werden, damit sie dazu die Regierungen und die Kandidaten für die Europawahl vom 25. Mai 2014 befragen.

Dieses „Manifest“ ist Resultat einer mehrere Monate langen Arbeit im Netzwerk. In mehr als 15 europäischen Ländern wurde eine breite Fragebogenaktion durchgeführt. Es sollten konkrete und

nachweisbare Informationen gesammelt werden, die es erlauben, gleichartige Vorgehensweisen in verschiedenen Ländern, sowie lokale Besonderheiten zu erkennen. Dabei ging es um den Gesundheitszustand der Bevölkerung, den Abbau der sozialen Sicherheit, die Privatisierung und die Kommerzialisierung der Finanzierung sowie die medizinische Grundversorgung.

Vor allem aber ging es darum, in jedem Land „Gesundheitsaktivisten“ zu finden, die in der Lage sind, die Situation zu analysieren, Widerstände deutlich zu machen und mögliche Allianzen zu schließen, um gemeinsam für die Verteidigung eines solidarischen und allgemeinen Gesundheitsmodells sowie für die sozialen Sicherheitssysteme zu handeln.

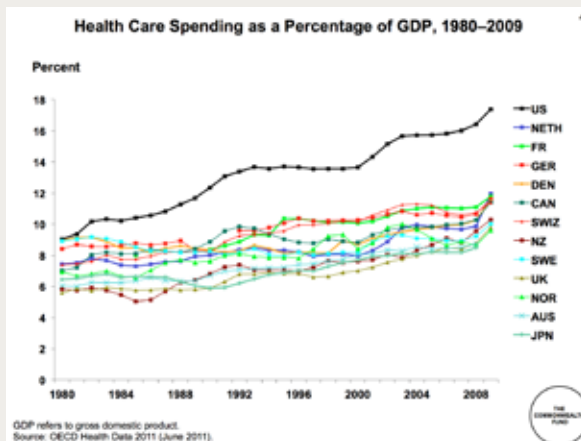
Wir werden in einem nächsten Schritt die Aktivisten auffordern, die Analyseergebnisse breit zu streuen und sich diese auf lokaler und nationaler Ebene zu eigen zu machen. Es sollen nicht nur die nationalen Kandidaten für die Europawahlen im Mai 2014 befragt werden: „Welches Gesundheitsmodell vertreten Sie innerhalb welchen Europas?“ Vor allen Dingen soll bei den BürgerInnen/WählerInnen die Einsicht gefördert werden, welche Auswirkungen die jeweils zur Wahl stehenden Modelle für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung haben.

Aus drei Gründen haben wir die Gesundheit als Ausgangspunkt für diese Analyse-, Informations- und Mobilisierungsarbeit gewählt:

Die Gesundheit geht uns alle an. Ob wir nun im Gesundheitssystem arbeiten oder aus ihm Hilfe erhalten: Unsere Interessen stimmen überein.

Wie die Pervertierung des Gesundheitssystems funktioniert, kann jeder an den konkreten Folgen leicht erkennen. Dies lässt sich allgemein auch für die Form des Gesellschaftssystems sagen, in dem wir leben.

Und schließlich ist es wissenschaftlich und gesamtwirtschaftlich erwiesen, dass das solidarische und für alle geltende System, das wir verteidigen, weitaus wirkungsvoller ist als das private Marktwirtschaftssystem. Die Dogmen der liberalen Ökonomie können nicht auf das Gesundheitswesen angewendet werden, denn die Gesundheit ist keine Ware.



Vergleich USA/andere Länder

Entwicklung der Gesundheit geben der USA/ andere Länder von 1980-2009 (%satz des BIP)

Quelle OCDE



1. Soziale Sicherheit: das funktioniert!

Von 1945 bis Anfang der 1970 er Jahre: Erweiterung und Aufbau der öffentlichen Gesundheitsdienste und des Sozialstaates.

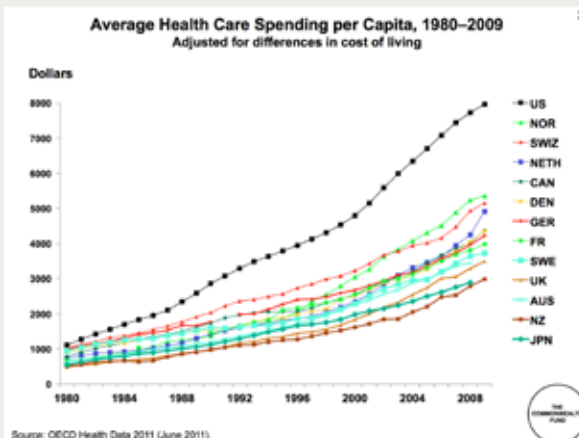
Nach dem Zweiten Weltkrieg haben sich die Staaten der Europäischen Union mit einem System des Gesundheitsschutzes versehen, dessen Garantien ständig erweitert wurden, bis sie vor nicht allzu langer Zeit die Gesamtheit der Einwohner eines Landes erfasst haben.

Die kollektive Finanzierung der Gesundheitskosten, sei es in Form öffentlicher oder staatlicher System (z.B. das Beveridge-System), sei es durch öffentliche Krankenversicherungen, hat für alle eine solidarische Finanzierung ermöglicht sowie eine globale und bemerkenswerte Entwicklung ermöglicht, die besonders die Gesundheit der europäischen Bevölkerung kontinuierlich verbessert.

Im Kontext des Wiederaufbaus eines durch den Krieg zerstörten Europas hat diese Politik nicht nur die Errichtung eines der weltweit leistungsfähigsten Systeme der Gesundheitsversorgung erbracht, das für alle zugänglich ist, sondern auch die wichtigsten Bedingungen für Gesundheit verbessert: Zugang zu ausreichend Wohnraum, Nahrung, Bildung und Beschäftigung, die Verbesserung des Transportwesens, der Landwirtschaft und Weiteres. Wenn man weiß, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung zu 75% von diesen Faktoren abhängt, versteht man die Bedeutung einer globalen Vision von Gesundheit und sozialem Schutz. Die Politik der Prävention erscheint als eine langfristige Investition, die unabdingbar ist, um die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen zu verbessern (Verbesserung der Hygiene, Kampf gegen den Alkoholismus, Vorsorge für neugeborene Kinder...)

„The spirit of 45“ - um den Cineasten Ken Loach zu zitieren - war die Grundlage einer beträchtlichen Verbesserung der Lebensbedingungen dank der besonderen Bedeutung, die die nicht kommerziell ausgerichteten öffentlichen Dienstleistungen bekamen.

Jenseits der Unterschiede in der Organisationsweise der verschiedenen Länder, findet man eine Reihe gemeinsamer Charakteristika dieser nicht marktorientierten öffentlichen Dienstleistungen.



Vergleich USA/andere Länder

Entwicklung der Gesundheit geben der USA/ andere Länder von 1980-2009 (%satz des BIP)

Quelle OCDE

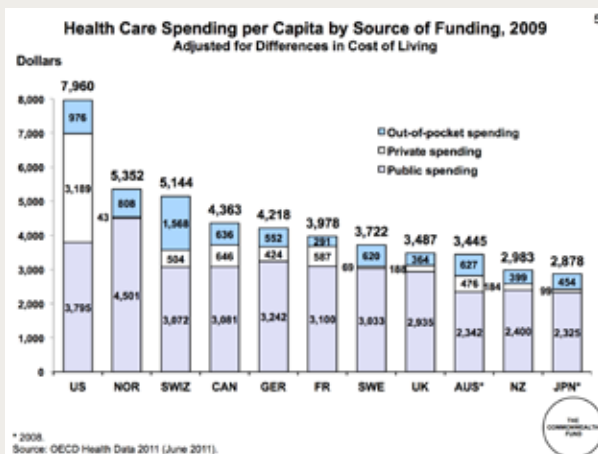
Die Zielsetzung der öffentlichen Dienstleistungen ist ohne jeden Zweifel von besonderer Bedeutung. Das Ziel der Bereitstellung öffentlicher Leistungen ist das Wohlergehen der Bevölkerung. Es darf auf keinen Fall etwa den Interessen von Aktionären untergeordnet werden.

Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn man den allgemeinen Zugang, also die umfassende Absicherung für alle Menschen in Europa garantiert. Dieser Zugang muss sowohl finanziell, kulturell, regional als auch administrativ angemessen und zeitnah gesichert sein. Diese umfassende Absicherung kann nur ermöglicht werden, wenn die finanziellen Möglichkeiten jedes Einzelnen keinen Einfluss auf den Zugang zu medizinischen Leistungen habe. Jeder Einwohner eines Landes muss den Zugang zu medizinischen qualitativen Leistungen haben, die seinen Bedürfnissen entspricht.

Diese Leistungen sind solidarisch zu finanzieren, sei es über ein System der Sozialversicherung (zumeist mit der Arbeit verbunden) sei es über den Staatshaushalt (also über Steuern): Es handelt sich um eine gemeinsame Finanzierung, die auf Solidarität gründet und nicht an das individuelle Risiko gebunden ist. Ob sie bei guter Gesundheit sind oder nicht, ob sie jung oder alt sind, ob sie mit gesundheitlichen Risiken leben müssen oder nicht, beeinflusst dies nicht die Höhe ihres Beitrages oder besser ihren Beitrag zur Finanzierung der Leistungen.

Diese Dienste werden zumeist von nichtkommerziellen⁽¹⁾ Betreibern geleistet, überwiegend von öffentlichen bzw. staatlichen Einrichtungen auf lokaler oder regionaler Ebene (Gemeinden, Regionen, Ländern...), manchmal in Form eines zentral finanzierten Leistungssystems (z. B. der National Health Service (NHS) in Großbritannien) manchmal auch durch gemeinnützige Betreiber ohne Gewinnabsicht, die mit einem öffentlichen Auftrag innerhalb des öffentlichen Leistungssystems handeln, also zugelassen und finanziert durch öffentliche Institutionen oder den Staat (zum Beispiel der „Nicht-kommerzielle Sektor“ in Belgien oder die frei-gemeinnützigen Krankenhäuser in Deutschland).

Alle diese Betreiber und Dienstleister werden einer ständigen demokratischen Kontrolle bzw. Aufsicht unterzogen. Diese wird von öffentlichen Institutionen durchgeführt, denen sie unterstehen. Man kann in den verschiedenen Ländern unterschiedliche Formen dieser externen Aufsicht finden, aber für gewöhnlich wird sie auf der Grundlage gesetzlicher Normen und Regeln durchgeführt, seien es Vorgaben für die Leistungsstruktur (etwa Bauordnungen, Regeln und Vorgaben für das eingesetzte Personal,



Vergleich USA/andere Länder

Ausgaben in punkto Gesundheit pro Einwohner und pro Finanzierungsquelle.

In blau: Kostenübernahme durch den Patient

In weiss: private Finanzierung

In lila : öffentliche Finanzierung



also etwa der Arbeitsorganisation, der Qualifikation, der Ausbildung etc.), seien es leistungsbezogene Regeln und Vorgaben (Qualität der erbrachten Dienstleistungen, Gesundheitszustand der betreuten Bevölkerung etc.). In vielen Ländern wird die externe Aufsicht durch den Willen zur Mitbestimmung und durch interne Kontrollmechanismen, d.h. durch die Einbindung der Betroffenen und/ oder der Beschäftigten im Gesundheitswesen, ergänzt. Zahlreiche Mechanismen, die Transparenz herstellen sollen, vervollständigen dieses System.

In diesem Umfeld konnte sich ein spezifisches Management entwickeln, das darauf orientiert ist, durch die Einbindung der menschlichen, finanziellen, sachlichen und organisatorischen Ressourcen das Ziel zu erreichen, das Wohlergehen der Bevölkerung bei gleichzeitiger Garantie guter Arbeitsbedingungen zu sichern.

Auf der Grundlage ausreichender Investitionsmittel müssen die Organisationen auf die Qualität der Dienstleistungen sichern. Im Rahmen der begrenzten Mittel gibt es in den unterschiedlichen Ländern zahlreiche Mechanismen, die Betreiber zu einer hohen Wirtschaftlichkeit anzuhalten. In der Gesundheitsversorgung erfolgt diese durch eine gute Abstimmung zwischen dem Versorgungsangebot und dem Bedarf, besonders durch die Konzentration auf die Entwicklung des Ersteren. Aber auch durch Planungen und Programme, die von der öffentlichen Hand aufgelegt wird, und letztlich durch Sozialnormen und Sozialgesetze.

Dank diesen Modells profitiert man heute in der Europäischen Union von einer der höchsten Lebenserwartungen der Welt, sowie von einem von vielen beneideten Gesundheitsniveau mit verhältnismäßig niederen Kosten für die Gesellschaft.

Aber das, das war vor der Finanzkrise....

2. Die Kommerzialisierung geht mit großen Schritten voran

Bevor Europa an die Reihe kam, wurden die Länder des Südens als Versuchskaninchen missbraucht.

Die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und des Sozialwesens begann nicht erst mit der aktuellen Wirtschaftskrise, die seit 2007 wütet.

Unter dem Einfluss der fortschreitenden Finanzialisierung der Weltwirtschaft, also der Bedeutungszunahme des Finanzmarkts in der Weltwirtschaft und seiner Entkopplung von der realen Wirtschaft, seit Mitte der 80er Jahre haben sich die meisten Länder des Südens der Tilgung ihrer Staatsschulden widmen müssen, und der Internationale Währungsfond (IWF), die Weltbank (WB) und die Staaten des Nordens haben ihnen strukturelle Anpassungen aufgedrängt.

Dabei wurde quasi systematisch die Privatisierung der Gesundheit und des Sozialwesens vorangetrieben. Dies hat zur desaströsen Bedingungen in der Gesundheitsversorgung insbesondere in Afrika südlich der Sahara, aber auch in Lateinamerika geführt.

Die enge Verzahnung von IWF, Weltbank und wohlgermerkt auch der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit der neoliberalen Wirtschaftspolitik konnte in vielen Ländern festgestellt werden.

Darüber hinaus hat man wiederholt beobachtet, dass Länder, in denen demokratisch gewählte Regierungen versucht haben, eine umfassende Soziale Sicherung einzurichten, destabilisierenden Manövern und politischem Druck ausgesetzt worden sind. (s. dazu die Ergebnisse der Antwerpen-Konferenz von Dezember 2013)⁽²⁾

Die Länder Osteuropas auf der Suche nach einem Modell

Die Auflösung der UdSSR und des sowjetischen Modells haben zum Zusammenbruch der Gesundheitssysteme in Osteuropa geführt, der unter der Losung einer Politik „von weniger Staat“ vorangetrieben wurde. Die sich daraus ergebenden drastischen finanziellen Einschränkungen betreffen bei weitem nicht nur das Gesundheitswesen, sondern alle System der sozialen Sicherung, wie Renten, Arbeitslosengeld usw., und sie haben zu einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung geführt. Der EU-Beitritt dieser Länder und die dadurch ihre Volkswirtschaft der der scharfen wirtschaftlichen Konkurrenz auf dem europaweiten Markt ausgesetzt haben, verbunden mit der als goldene Regel für alle Gesellschaftsbereiche behaupteten Liberalisierung, hat zu einem massenhaften Ausschluss der Bevölkerung aus den Systemen der sozialen Sicherung geführt, so dass diese ihren Namen kaum noch verdienen. Der Staat sorgt nur noch für ein kümmerliches „Sicherheitsnetz“, zusehends schwinden die noch erhaltenen Sozialleistungen im Verhältnis zu den Lebenshaltungskosten. Auch für die „neureichen Kapitalisten“ sind die zusammengestrichene Gesundheitsleistungen nicht ausreichend – aber sie könnten es sich leisten, sich im Ausland behandeln zu lassen.

Das Fehlen einer breiten und wohlhabenden Mittelschicht erklärt unzweifelhaft weitgehend den Umstand, dass die private Gesundheitsversorgung, die im Jahr 1990 kaum bestand, über mehrer Jahre hinweg eine im Vergleich zum öffentlichen Gesundheitssektor recht geringe Bedeutung besitzt. So ist Tschechien wohl das europäische Land, in dem das private Krankenhauswesen am schnellsten angewachsen ist. 2006 stellten private Anbieter fast 30% der Krankbetten, wohingegen sie vor 1990 völlig fehlten. Dieser Zuwachs entstand vor allem auf Grund der gesetzlich verordneten Privatisierung der staatlichen Krankeneinrichtungen kraft des Gesetzes zur Neugestaltung der Gebietskörperschaften vom 1. Januar 2003.

Eine andere Politik ist möglich

Alle beschriebenen negativen Entwicklungen sind nicht als Fatalität anzunehmen. Gesundheit ist und bleibt eine politische Entscheidung im Süden und dem Norden. Wenn der Süden auch als Versuchskaninchen für die Sparmaßnahmen gedient hat, gibt es dort positive Beispiele in diesem Bereich zu finden. In einem Zeitraum von nur zehn Jahren hat Thailand eine eindrucksvolle Reform des Gesundheitssystem etabliert. Es wurde dem öffentlichen Gesundheitssystem Priorität gegeben und nicht den finanziellen Interessen von Pharmariesen. Das Land hat sich erfolgreich alle rechtlichen Mittel bedient, um die Monopolstellung der Multinationalen zu brechen, sei es durch Import billigerer Medikamente oder durch deren Produktion im Land selbst. In Costa Rica, einem anderen armen Land in Mittelamerika, hat man sich entschieden, seine Armee abzuschaffen und die Gesundheitssituation drastisch zu verbessern. Mit der schrittweisen Einführung einer universellen Sozialen Sicherheit und eines robustes System der primären Gesundheitsversorgung, haben die Ärmsten Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung.

Vor dem Krieg, hatte die Regierung von Mali die kostenlosen Behandlung bei bestimmten medizinischen Eingriffen, insbesondere für schwangere Frauen eingerichtet: von 2005 bis 2009 hat sich die Kaiserschnitttrate somit verdoppelt und der Anteil der Geburten auf Entbindungsstationen stieg von 53 auf 64 %.

Andere afrikanische Länder, darunter Burkina Faso, Sierra Leone, Niger, Benin und Senegal sind dem Beispiel gefolgt. In einem Jahr hat die Abschaffung der Krankheitskosten für Kinder und schwangere Frauen in Sierra Leone den Zugang von Kinder zur Gesundheitsversorgung um 214 % gesteigert und die Sterblichkeitsrate auf 61% gesenkt.

Im Jahr 2006, hatten 47 % der Salvadorianer keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Seit 2009 setzt die salvadorianischen Regierung auf Gesundheit und erhöhte den Haushalt des Gesundheitsministeriums von 1,7% auf 2,5% des BIP. Die Kindersterblichkeit ist seither zurückgegangen und das Land hat die Millenniumsziel im Hinblick auf den Rückgang der Müttersterblichkeit erreicht



Heutzutage sind alle Länder Mittel- und Osteuropas von konzertierten Privatisierungs- und Kommerzialisierungsmaßnahmen betroffen.

Zu geringe öffentliche Investitionen ... und Globalisierung der Finanzmärkte

Anfang der 90er Jahre fand in vielen europäischen Ländern eine Neuorientierung der staatlichen Politik in Richtung auf die Verringerung der öffentlichen Mittel, in Form des Rückgangs des Anteils der Steuerfinanzierung oder der Sozialversicherungsbeiträge statt. Das Niveau der öffentlichen Investitionen in Gesundheitseinrichtungen ist seitdem unzureichend, das Angebot an gesundheitlichen Leistungen oftmals ungenügend und von abnehmender Qualität.

Deutschland, die Niederlande und die Schweiz reformierten zu jener Zeit ihre jeweiligen Krankenversicherungssysteme durch die Einführung von Preiswettbewerb und der „freien Wahl“ der Versicherten unter den Versicherungen bzw. Krankenkassen.

Zur gleichen Zeit stieg die Alterung der Bevölkerung und damit auch die Nachfrage nach Versorgung merklich. Dieser Zunahme älterer Menschen wurde aber durch Maßnahmen beim Niveau der öffentlichen Dienstleistungen nur unzureichend entsprochen.

In Hinsicht auf die Frage der Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen waren die Auswirkungen enorm. In der regionalen Versorgung wurden durch die Zusammenlegung und Schließung örtlicher Einrichtungen Anreisewege zu den Gesundheitseinrichtungen erheblich länger. In Hinsicht auf die finanziellen Möglichkeiten der Patienten wurde für sie die Beteiligung an den Behandlungskosten deutlich erhöht: Wo die unentgeltliche Gesundheitspflege gesetzlich festgeschrieben war, wurde diese Vorschrift durch die Einführung neuer, von den Patienten zu zahlenden «Nutzungsgebühren» oder Ähnlichem, in Frage gestellt. Zur gleichen Zeit bewirkten die unzureichenden öffentlichen Angebote das

Im ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts, hat Venezuela auch die Sozialausgaben um 60,6% angehoben und zwar auf insgesamt 772 Milliarden Dollar. Diese Politik hat die Ungleichheit um 54% verringert und gleichzeitig ist die Armut von 70,8 % im Jahr 1996 auf 21% in 2010 gesunken und die extreme Armut sank von 40 % im Jahr 1996 auf 7,3%. In zehn Jahren hat die Regierung so durch die Erhebung von Steuern, 251,7 Milliarden Dollar gesammelt, ein Reichtum, der verteilt werden soll. Doppelt so viel Bürger, wie in den vergangenen 15 Jahren, können somit in den Genuss von einem Sozialsicherheitssystem kommen und doch ist die öffentliche Verschuldung in der gleichen Zeit von 20,7% auf 14,3 % des BNP gesunken. Das Wirtschaftswachstum ist stabil bei etwa 4,3 % pro Jahr geblieben. Vergleichende Analysen zu Argentinien, Kuba, Peru, Indonesien und Russland zeigen, dass auch in Zeiten der Krise, die Weigerung zur Privatisierung und Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung es ermöglicht die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten oder zu fördern. Diese Länder verloren, Mitte der 90er Jahre zwischen 14 und 42% ihres Bruttonettoprodukts.

Unter diesen Umständen nur die politische Wahl einer Stärkung des nicht-kommerziellen Gesundheitssystem, mit einem Schwerpunkt auf die primäre Gesundheitsversorgung, den Absturz der grundlegenden Gesundheitsindikatoren wie Kindersterblichkeit und Lebenserwartung verhindert.

J. & C. Akazili Soulayr, « Eine Herausforderung für den Süden », Le Monde diplomatique, Januar 2014 <http://www.monde-diplomatique.fr/2014/01/AKAZILI/50021>

Amanda Bloom, Universal Health Care in El Salvador (Gesundheitsversorgung für alle in Salvador), Global Health Check, 2013: <http://www.globalhealthcheck.org/?p=1318>
The Achievements of Hugo Chavez. An Update on the Social Determinants of Health in Venezuela, Counterpunch, 2012 : <http://www.counterpunch.org/2012/12/14/the-achievements-of-hugo-chavez/>

De Vos, Pol, Anai García-Fariñas, Adolfo Álvarez-Pérez, Armando Rodríguez-Salvá, Mariano Bonet-Gorbea, and Patrick Van Der Stuyft. 2012. "Public Health Services, an Essential Determinant of Health During Crisis: Lessons from Cuba, 1989-2000." Tropical Medicine & International Health 17 (4): 469-479.

Entstehen immer längerer Warteschlangen, was bisweilen Korruption begünstigt.

Die langfristigen Investitionen für die Gesundheitserziehung, Gesundheitsprävention und dabei die Beeinflussung gesundheitsgefährdender Faktoren waren die ersten Ausgabeposten, die unter dieser Politik leiden mussten.

Bereits seit Jahren haben die «Kommerziellen» eine Auge auf die Gesundheitsdienstleistung geworfen. Pharmaunternehmen und Hersteller von medizinischen Geräten und Anlagen vereinnahmten nunmehr zugunsten ihrer Aktionäre einen erheblichen Anteil der Ressourcen, die dem Wohlergehen der Bevölkerung dienen sollten. Die staatlichen Stellen, Parlamente und Behörden, bleiben äußerst untätig angesichts eines solchen medizinischen Marketings: In bestimmten Ländern nehmen diese Praktiken mehr und mehr den Charakter von Korruption an.

Im Zuge dieser Entwicklung hat sich in allen Ländern Europas das Managements und die Organisation der Krankenhäuser in Richtung auf ein industrielles Modell der Pflege verändert. Die Einführung einzelleistungsbezogener Vergütungen hat es ermöglicht, dass die Krankenhäuser entsprechend der Anzahl der geleisteten Behandlungen und Fallzahlen finanziert werden. Allerdings wählen Patienten ihre Krankheiten nicht aus. Das Perverse an diesem System ist, dass letztendlich Patienten, die bestimmte Krankheitsbilder haben, die nicht ausreichend finanziert werden, zunehmend Schwierigkeiten haben, die richtige Behandlung zu erhalten, angesichts des Mangels an angemessenen pflegerischen Einrichtungen.

Der Mangel an ausreichender Finanzierung hat viele Krankenhausmanager, unter ihnen auch Führungskräfte öffentlicher Einrichtungen, dazu verleitet, eine Vielzahl von Aufgaben, wie die Logistik, die Speisenversorgung, die Krankenhausreinigung, die Wäscherei, aber auch medizinisch-diagnostische Tätigkeiten (Radiologie, Labor, usw.) auszulagern.

Ein neuerer Trend ist zunächst in der privaten Krankenversicherung zu beobachten, bei dem dem Versicherten eine besondere «Verantwortung» übertragen wird. Infolgedessen werden die Versicherungsbeiträge an die vom Versicherten gezeigten Risiken, vor allem in Hinblick auf Verhaltensgewohnheiten, wie Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, Übergewicht, usw., angepasst. Auch bei öffentlichen Mitteln und Versicherungen beginnt man damit, die gleichen Prinzipien anzunehmen. Und zwar wird gesundheitsschädliches Verhalten dadurch sanktioniert, dass Patienten, die z.B. rauchen oder riskante Sportarten betreiben, höhere Selbstbeteiligung in Kauf nehmen müssen. In Ländern mit zahlreichen „zahlungskräftigen“ Bewohnern (Mittel- und Oberklasse) haben diese eine Gesundheitsversorgung gehobener Qualität verlangt, zum Selbstkostenpreis wenn es sein muss. Sie geben sich nicht mehr mit der von den öffentlichen Einrichtungen angebotenen Versorgung zufrieden. So entwickelte sich zunächst ein kommerzielles, von den Leistungen der sozialen Sicherungssysteme unabhängiges Angebot an gesundheitlichen Leistungen.

In gewissen Ländern erhalten inzwischen sogar private Anbieter Zugang zu den öffentlich finanzierten Systemen. Das leistungsabhängige Finanzierungskonzept gründet in der Vorstellung einheitlicher Kosten für jede Krankheit. Dieser Ansatz hat dann zu einer Auslese der gewinnträchtigsten Krankheitsbilder und –behandlungen geführt und zur Spezialisierung der Privatbetriebe und der Gesundheitsmultis auf die rentabelsten Medizinischen Fächer. Sie überlassen somit den öffentlichen Betrieben die „unrentablen“ Patienten und Krankheitsbilder.



Die Wende von Maastricht: Europa nimmt sich der Gesundheit an!

Der Vertrag von Maastricht bekräftigte noch einmal die Gründungsprinzipien der Europäischen Union: den freien Wettbewerb und die Niederlassungsfreiheit. Wenn die EU sich dagegen wehrt über Kompetenz und Verantwortung auf dem Gebiet der Gesundheit zu verfügen⁽³⁾ und wenn sie außerdem behauptet, der Vertrag von Lissabon beinhalte keine Automatismus zur Privatisierung und Kommerzialisierung der Gesundheitssysteme, so stimmt das höchstens teilweise – theoretisch.

Aber faktisch beeinflusst Europa massiv die Rahmenbedingungen zur Gestaltung einer staatlichen Politik der sozialen Sicherheit und der Gesundheitsversorgung. Mangels ausreichender grundlegender Schutzbestimmungen legt der Europäische Gerichtshof seinen Entscheidungen die beiden genannten Gründungsprinzipien zugrunde. Mit welchem Recht könnte ein Staat einem Dienstleister untersagen, sich auf seinem Gebiet niederzulassen? Womit ist eine unterschiedliche Behandlung von Anbietern zu rechtfertigen, welche die gleiche Dienstleistung erbringen? In der Folge der Liberalisierung der Dienstleistungen im Jahr 2006 (Bolkenstein-Richtlinie) versuchte die EU, Leistungen der Daseinsvorsorge zu definieren, die von den Grundprinzipien des freien Wettbewerbs und der Niederlassungsfreiheit ausgenommen bleiben sollten: Man sprach von nicht-ökonomischen Leistungen zur Daseinsvorsorge, dies betraf ausdrücklich die medizinische Versorgung, einige soziale Dienstleistungen, die Kinderbetreuung, die Unterstützung der Familien... Diese begrenzte Liste beließ jedoch zahlreiche Tätigkeiten in einer juristischen Grauzone.

Von dieser Rechtslage profitierten private Anbieter mit gewinnwirtschaftlicher Orientierung, indem sie die Zuschüsse als unerlaubte „staatliche Hilfen“ ansehen, die den freien Wettbewerb behindern.

Sie haben staatliche Hilfen gesagt?

Sie strengten Prozesse gegen die Staaten an, über die sie erreichen wollten, größere Marktanteile durchzusetzen. Ihnen schwebt vor, sich den kolossalen Geldsegen einzuverleiben, der in den Systemen der sozialen Sicherheit und den Gesundheitssystemen verborgen ist, die noch zum größten Teil entweder von staatlicher Finanzierung abhängig sind oder im Rahmen sozialer Sicherungssysteme öffentlich oder gesellschaftlich gebunden sind. Die sozialen Schutzrechte, die Tarifverträge, der Beamtenstatus, das

Fresenius und Co

Dem Multi Fresenius ist es gelungen zum unangefochtenen Marktführer für Dialyse innerhalb von Fresenius Medicare zu werden, um heute die europäischen Marktführer der kommerziellen Krankenhäuser mit seiner Gesellschaft Helios zu sein.. Währenddessen werden in Frankreich, die weniger schweren 50 Krankheitsgruppen durch 70% kommerzielle Kliniken abgedeckt und die 50 anderen schwereren Krankheitsgruppen (Transplantationen, Herz-Thorax-Verfahren, akuten Leukämien, etc..) durch 70% öffentlicher Träger.

Qualität?

In den Niederlanden hat die Gesundheitsbehörde einen sehr kritischen Bericht über die Qualität der Pflege in kommerziellen Einrichtungen abgegeben.

Jugend ohne Hoffnung

Spaniens Arbeitslosenquote erreichte ein Rekordhoch von 25,1% im August 2012. Mehr als einer von zwei Jugendlichen ist von Arbeitslosigkeit betroffen und hat kaum eine Chance, einen Job zu finden.

Arbeitsrecht, der Mindestlohn, alle diese Rechte hat man als Hindernisse für die Niederlassungsfreiheit angeprangert.

Die privaten Unternehmen haben die Anwendung der Europäischen Verträge verlangt, und wollten so erreichen, dass man „jegliche Hindernisse für den freien und unverfälschten Markt aufheben“ solle und „die Ausweitung der Richtlinie über öffentliche Aufträge“ zu erreichen, um so „den großen integrierten transatlantischen Markt“ vorzubereiten, auf dem die multinationalen Unternehmen von jeglichen Wettbewerbshemmnissen befreit sein werden.

Nun sind es einerseits die Staaten, welche die Konstruktionsbedingungen der Europäischen Union definiert haben, und andererseits ist es die Europäische Kommission, welche zahlreiche europäische Gesundheitsprogramme auf den Weg bringt, wie das Aktionsprogramm 2007/2013 mit einem Weißbuch der Europäischen Kommission, aber auch das „neue Programm 2014-2020 zum Kampf gegen die Ungleichheiten und zum Voranbringen von Innovationen auf dem Gebiet der Gesundheit“⁽⁴⁾.

Dieses Weißbuch definiert auf dem Gebiet der Gesundheit einen strategischen Rahmen für das Handeln der EU in den kommenden Jahren. Der strategische Ansatz der EU für 2008-2013 „Gemeinsam für die Gesundheit“ gibt vor, allgemeine Rahmenbedingungen vorzugeben, die auf den Prinzipien und strategischen Zielen zur Verbesserung der Gesundheit innerhalb der EU basieren.

Ein giftiges Medikament

Die Völker von Griechenland, Spanien, Portugal, Polen oder Litauen kennen diese Medizin. Das Weißbuch beschreibt sie genauer: „Globalisierung bedeutet, dass sowohl die Gesundheitsprobleme als auch deren Lösungen grenzübergreifenden Charakter haben, zudem haben sie oft sektorenübergreifende Ursachen und Auswirkungen.“ ; oder weiter „Ein klarer Gemeinschaftsrahmen wird außerdem dazu beitragen, dynamische und nachhaltige Gesundheitssysteme zu fördern, indem er die Anwendung der EG-Rechtsvorschriften auf die Gesundheitsdienstleistungen klarstellt und die Mitgliedstaaten in Bereichen unterstützt, in denen koordinierte Maßnahmen den Gesundheitssystemen einen zusätzlichen Nutzen bringen können.“

Auf diesen Grundlagen und unter erneuter Bekräftigung der Selbständigkeit der Mitgliedsländer bei der Schaffung oder Beibehaltung eines spezifischen Modells der sozialen Sicherung, konnte Europa allen, aber insbesondere den von der Krise am stärksten betroffenen Ländern, Mittel verordnen, die auf den einheitlichen Markt für Dienstleistungen ausgerichtet sind.

Wenn Europa sich einmisch.

Aber die EU bleibt auf solch gutem Wege nicht stehen. Sie erlässt weitere Regelungen, die starken Einfluss auf das Modell der sozialen Sicherheit haben. So hat der europäische Kommissar Lazlo Andor im Februar 2013 zur Lösung der Finanzierungsprobleme der sozialen Dienste die Schaffung von „Anleihen mit sozialer Wirkung“ vorgeschlagen: ein Finanzierungssystem, bei dem ein privater Fonds in ein soziales Projekt investiert. Nach Erzielung bestimmter Ergebnisse gewährt der Staat dem Privatfonds eine Rendite. Nach Ansicht der Kommission wird durch dieses Mechanismus „die Beteiligung von Privatkapital an der Finanzierung sozialer Programme begünstigt, indem es im Gegenzug finanzielle Vorteile aus dem öffentlichen Sektor erhält, wenn das Programm überzeugend ist“. Die „Anleihen mit sozialer Wirkung“ erlauben also den Akteuren auf den Finanzmärkten, auf Veranlassung der Kommission Gelder zu beanspruchen, die zur Abdeckung der Bedürfnisse der Bevölkerung dienen sollten. Europa verfolgt seinen Weg weiter.



Nach dem Euro-Plus-Pakt sind „der Bestand der Renten, der Gesundheitsfürsorge und die Sozialleistungen“ zu binden an „den Stand der Verschuldung“.

Darüber hinaus gibt der Fiskalpakt oder Vertrag über Stabilität, Koordinierung und Steuerung (VSKS) die Rückkehr zu 0,5 % bei den jährlichen Haushaltsdefiziten sowie eine Schuldenobergrenze von 60 %, jeweils gemessen am BIP, innerhalb von 20 Jahren vor. Im Namen der „Wettbewerbsfähigkeit“ und möglichst niedriger Arbeitskosten beabsichtigt die EU die Kosten für Gesundheitsausgaben und sozialen Sicherheit zu senken.

Die Europäische Union mischt sich auf diesem Wege indirekt in die Gesundheitspolitik der Staaten ein. Diese Einmischung verwandelt sich sogar in eine direkte Anordnung, wie es bei Griechenland der Fall ist, wo die Troika (Europäische Zentralbank, IWF und Europäische Union) angeordnet hat, dass die Gesundheitsausgaben 6 % des BIP nicht übersteigen dürfen, oder im Fall von Portugal, das 670 Millionen Euro im nationalen Gesundheitssystem einsparen soll, obwohl die Gesundheit als eine Angelegenheit der Regierung der Einzelstaaten angesehen wird.

Unter dem Vorwand des freien Wettbewerbs und der Niederlassungsfreiheit vollzieht sich in Wirklichkeit die Einführung eines Netzwerks zur Gewinnung von rentablen Patienten und Krankheitsbildern, in welchem die „freie Wahl des Patienten“ (die trotzdem als Dogma hochgehalten wurde, um die Liberalisierung zu begünstigen) gescheitert ist. Und stattdessen wird mit dem Konzept der Übernahme von Verantwortung den weniger rentablen Patienten eine wahrhaftige Steuer auf die Krankheit auferlegt, zur Steigerung des Profits der Multis.

Krise, Sparpolitik und Gesundheitswesen.....

Armut gefährdet ernsthaft Ihre Gesundheit!

Eine der wichtigsten Folgen der Krise ist die Entwicklung der Arbeitslosigkeit, der Armut und der Prekarität, und diese wirken sich stark auf die Gesundheit der Bevölkerung aus.

Nach Angaben der OCDE (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) sank das verfügbare Haushaltseinkommen in Griechenland zwischen 2008 und 2012⁽⁶⁾:

Jährliche Wachstumsrate in %: -2,3 (2008), -0,4 (2009), -11,4 (2010), -10,7 (2011), -10,8 (2012) .

Die Arbeitslosigkeit betrifft nun 26,5 Millionen Menschen in der EU (19,2 Millionen in der Eurozone), 10,9% der erwerbstätigen Bevölkerung (12,1% im Euroraum). Dieser europäische Trend ist umso beunruhigender, als er durch eine wachsende Kluft begleitet wird, nämlich zwischen dem Süden und der Peripherie der EU einerseits, und der nördlichen Euro-Zone andererseits. Der Unterschied zwischen den beiden Zonen erreichte in 2012 10 Prozentpunkte, ein Ausmaß wie noch nie zuvor⁽⁶⁾.

In der Europäischen Union leben 124,5 Millionen Arme, das heißt ein Viertel der Bevölkerung!

2012 war ein Viertel (24,8%) der Bevölkerung von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht, immerhin 124,5 Millionen (im Gegensatz zu 24,3% in 2011 und 23,7 % in 2008)⁽⁷⁾.

Die Sparpolitik beeinträchtigt die Gesundheit der Bevölkerung und das Gesundheitswesen allgemein. Der Arbeitsplatzverlust und auch die Angst davor wirken zerstörerisch auf die psychische Gesundheit der Betroffenen.

Untersuchungen in verschiedenen Ländern zeigen eine zunehmende Zahl der Selbstmorde und Selbstmordversuche. Die Zahl der Selbstmorde bei Personen unter 65 Jahren ist in der Europäischen

Union seit 2007 angestiegen. In Mitgliedstaaten, die der EU im Jahr 2004 oder später beigetreten sind, erreichte die Zahl der Suizide in 2009 ihren Höhepunkt und blieb auch in 2010 hoch. Bei denjenigen Staaten, die vor 2004 beigetreten sind, war ein Anstieg in 2010 zu verzeichnen. In England steht die Zunahme der Selbstmorde zwischen 2008 und 2010 in hohem statistischem Zusammenhang mit dem Anstieg der Arbeitslosigkeit. Dies führte zu 1.000 zusätzlichen Todesfällen.

Die Intensivierung der Arbeit und die Beschäftigungsunsicherheit, die beide gleichzeitig auftreten, haben schwerwiegende Auswirkungen auf die Gesundheit der Arbeitnehmer. Der generelle Leidensdruck bei der Arbeit führt in den schwerwiegendsten Fällen zu Selbstmorden oder Selbstmordversuchen, es führt dazu, dass Beschäftigte von Auftragnehmern externer Dienstleistungen gefährdenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt werden, und es führt zur Zunahme von Erkrankungen des Bewegungsapparates und von Arbeitsunfällen.

Sinkende Einkommen und die steigende Zahl derjenigen, die unterhalb der Armutsgrenze leben, haben nicht nur wesentliche Auswirkungen auf wichtige Gesundheitsfaktoren (schlechte Ernährung, schlechte Wohnbedingungen, ...), sondern auch auf den Zugang (finanziell und regional) zur Gesundheitsversorgung.

Die Sparpolitik gefährdet ernsthaft die Gesundheitsversorgung!

Die Dexia-Gruppe, die Bank, die der Auslöser des Skandals der strukturierten Darlehen war, die zur Verschuldung vieler Städte, Kommunen und Krankenhäuser in Europa geführt haben, weiß es nur zu gut:

„Überall verfolgen die Krankenhausreformen das Ziel der Rationalisierung in der Gesundheitsversorgung anhand folgender drei Hauptmaßnahmen: die territoriale Gliederung der Krankenhausversorgungsaufträge, die Änderung der Methoden der Krankenhausfinanzierung und die des Krankenhausangebots. Die Art und Weise der Interventionen sind aber unterschiedlich, da es so viele Krankenhauslandschaften gibt, wie es Länder gibt.⁽⁸⁾»

Die Krise betrifft alle Gesundheitssysteme

In Großbritannien* hat die Regierung Unternehmen erlaubt, durch eine Reihe von tiefgreifenden Gesetzesänderungen die den Zustrom von Finanzkapital ermöglichen, nach und nach in Gesundheitsversorgung einzusteigen. Man rechtfertigt dies durch die Notwendigkeit von alternativen Investitionen, wegen Budgetkürzungen. Im Jahr 2012 wurde durch das Gesetz über Gesundheit und Sozialsicherheit für April 2013 das Ende des berühmten British National Health -System eingeläutet mittels eines gemischten Finanzierungssystem und einer Gesundheitsversorgung nach Unternehmen.

In Portugal *, haben die Troika Maßnahmen zu einem Rückgang der Löhne, Renten und Arbeitslosengelder und einer allgemeine Steuerhöhung der Steuern geführt. Genau wie andere wichtige Teile des öffentlichen

Sektors privatisiert wurden, ist auch der National Health Service ins Kreuzfeuer geraten. Die Kostenbeteiligung der Patienten hat sich deutlich erhöht, was zu einem Rückgang um 900.000 der Erstkonsultationen geführt hat.

*** In Italien**, wurden bereits seit den 90er Jahren, Maßnahmen zur Wettbewerbsverbesserung eingeführt: die Krankenhäuser sind zu „Gesundheits-Unternehmen“ mit wirtschaftlichen Geschäftspraktiken geworden. Heute treffen Budgetkürzungen (mehr als 20 Milliarden € Einsparungen seit 2010) den Sektor hart, was zum Anstieg der Eigenbeteiligung durch den Patienten und einer Verringerung der Zugänglichkeit, insbesondere für sozialaschwache Bevölkerungsgruppen führt. Laut einer aktuellen Umfrage, haben 21 % der Haushalte ein Rückgang der Ausgaben in punkto Gesundheit angegeben, 10 % haben chirurgische



Andererseits verbreiten sich in Europa sogenannte Public-Private-Partnerships (öffentlich-private Partnerschaften (PPP)), die 1995 unter der Führung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ins Leben gerufen wurden, die begleitet waren von Maßnahmen der Finanzkontrolle und Verboten von Haushaltsdefiziten.

Die von der Europäischen Union geförderte und von den Regierungen umgesetzte Sparpolitik führt zur massiven Reduzierung der öffentlichen und solidarischen Finanzierungen des Gesundheitssysteme und der Systeme der sozialen Sicherung.

Die OECD meint hierzu: «Die Senkung der Gesundheitsausgaben in allen europäischen Ländern ist in erster Linie durch den Zusammenbruch des Wachstums der öffentlichen Ausgaben seit 2009 (durchschnittlich nahe Null in 2010 und 2011) zu erklären. Auch private Gesundheitsausgaben sanken in vielen Ländern in 2010 und 2011, während das Einkommen der privaten Haushalte stagniert oder abnimmt, letzteres war eher begrenzt.»

In Griechenland fielen die Gesamtgesundheitsausgaben um 11% im Jahr 2010 und erneut im Jahr 2011, nach einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von mehr als 5 % zwischen 2000 und 2009. Diese Senkung ist vor allem auf die starken Kürzungen der öffentlichen Ausgaben zurückzuführen.

Auch Spanien, Island und Irland haben zwei aufeinanderfolgende Jahre mit negativem Wachstum der Gesundheitsausgaben erlebt. Einige Länder, wie Estland und die Tschechische Republik, haben drastische Kürzungen ihrer Ausgaben in 2010 hinnehmen müssen, gefolgt von einer leichten Erholung in 2011. Andere Länder, wie Italien und Portugal, haben Budgetkürzungen in 2010 aufschieben können, um dann aber in 2011 die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit zu senken. In Portugal fielen die öffentlichen Ausgaben in 2011 um 8% zurück, wobei diese zwischen 2009 und 2010 stabil waren⁽⁹⁾.

Angesichts des sehr geringen Anstieges der Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern im Jahr 2010 und 2011, hat sich der für das Gesundheitswesen gewidmete Anteil des BIP in den meisten von ihnen verringert. Laut Angaben der OECD machen in 2011 die Gesundheitsausgaben durchschnittlich 9,3%

Behandlungen aus finanziellen Gründen aufgeschoben und 26 % berichten eine erhöhte Anzahl von Notfällen, wegen dem Anstiege der Eigenbeiträge.

* aus dem Artikel «Fiscal policies in Europe in the wake of economic crisis. Implications on health and healthcare access.» Elias Kondilis, Chiara Bodini, Pol De Vos, Alexis Benos et Angelo Stefanini

In Katalonien waren im Jahr 2010 50.705 Patienten auf der Warteliste für eine Operation. Heute sind es 89.000 (im Jahr 2011 - 80.540). Notfallaufnahmen erhöhten sich von 64,9 % auf 67 % im Jahr 2011.

Die geographische Zugänglichkeit ist bedroht: durch die Budgetkürzungen wird der Transport von "nicht-dringenden" Fällen gebührenpflichtig. Dies sieht ein spanisches Königlich Dekret vom 16. April 2012 vor, wodurch das System der Krankenversicherung Universal durch ein öffentliches Gesundheitssystem

ersetzt wurde.

Die Konsequenz ist eine Zunahme der Zuzahlung des Medikamentenpreises von 40 bis 60 % für Arbeitnehmer und 10% für Rentner.

In Spanien wurde das nationale Drogenbekämpfungsprogramm zwischen 2009 und 2013 um Hälfte gekürzt.

In Litauen ist die geographische Verteilung der spezialisierten Versorgung so verbreitet, so dass sie in einigen Gebieten der Provinz praktisch unzugänglich geworden ist und dort haben sich die Wartezeiten für fachärztliche Versorgung und programmierbare Operationen explosionsartig entwickelt.

des BIP aus, im Gegensatz zu 9,5% im Jahr 2010. Nehmen wir die Investitionsausgaben aus, sinken die Gesundheitsausgaben als Prozentsatz des BIP durchschnittlich von 9,1 % in 2010 auf 9,0% in 2011⁽¹⁰⁾. Nacheiner Studie der schweizerischen Statistischen Behörde (ELSTAT) bezüglich⁽¹¹⁾ Säuglingssterblichkeit verzeichnete man nach 42 Jahren anhaltenden Rückgangs der Säuglingssterblichkeit (16,03 / 1000 in 1966 vs. 3.31 /1000 in 2008), in 2009 und 2010 einen rasanten Anstieg auf 4,36 / 1000, was einer Steigerung von 32% zwischen 2008 und 2010 entspricht.

In Frankreich verzichtet jede vierte Person auf Gesundheitspflege aus finanziellen Gründen. In Griechenland haben 40% der Bevölkerung keine Krankenversicherung (Arbeitslose seit mehr als einem Jahr ohne Arbeit, Selbständige, die es sich nicht mehr leisten können, ihre Krankenversicherung zu zahlen, in Konkurs gegangene Kleinunternehmer, Schwarzarbeiter und illegale Einwanderer).

Auch Präventionsprojekte im Gesundheitswesen werden von den Kürzungen massiv beeinträchtigt, was schnell zu einer Zunahme von «sozialen» Krankheiten, gesundheitlichen Ungleichheiten, aber auch zum Preisaufschlag bei kurativer Medizin führt.

Auch das Verzögern der Gesundheitsversorgung wegen Geldmangels verschlechtert den gesundheitlichen Zustand, was für die Kranken manchmal dramatische und unumkehrbare Folgen hat, nicht zu reden von den zusätzlichen Ausgaben, die es für das Gesundheitssystem auf Dauer mit sich bringt.

In Polen verzeichnet man für Hüftprothesen-Operationen eine Warteschlange bis 2020.

Die Kapazitätssättigung der Notfalldienste ist eine Folge des mangelnden Zugangs zur kostenlosen nahegelegenen Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus führt der Verzicht auf Präventionsmaßnahmen zum Wiederauftreten und zum Ausbruch von ansteckenden Krankheiten wie Tuberkulose, HIV oder Malaria.

Auch der öffentliche Krankenhaussektor, der den allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung sichert, ist Opfer der Sparpolitik. Zuweisungen werden gesenkt, und im Wettbewerb mit dem Privatsektor, muss er sich nach den gleichen Regeln von Rentabilität und Produktivität verhalten, wie die Privaten. Schließungen von regionalen, ortsnahen Versorgungszentren, Krankenhäusern, der Abbau der Zahl an Krankenhausbetten, die Zusammenlegung und Umstrukturierung von Dienstleistungen haben zur Folge, dass Versorgungszentren geographisch weit entfernt liegen, und es zu längeren Wartezeiten für Arztbesuche und Unterstützungsleistungen kommt.





Sparmaßnahmen verstärken die private Finanzierung von Gesundheitssystemen

Während der Krise, und in vielen Ländern, in denen die Sozialausgaben durch die Sparmaßnahmen betroffen sind, ist der Anteil an nicht durch die sozialen Sicherungssysteme abgedeckten Unterstützungsleistungen dramatisch angestiegen. Diese Sparpolitik verlagert somit die Finanzierung der Gesundheitsleistungen auf den Konsumenten, entweder durch Zusatzversicherungen, oder durch Selbstbeteiligung der Patienten (Zuzahlungen in Spanien und Portugal). Dies führt dazu, dass für eine wachsende Bevölkerungsschicht der Zugang zur Gesundheitsversorgung immer schwieriger, wenn nicht unmöglich wird. Die in erster Linie Betroffenen sind die ohnehin schon am stärksten benachteiligten soziale Gruppen (Arbeitslose, illegale Einwanderer, Alleinerziehende,...). Die persönliche Beteiligung der Empfänger solcher sozialen Leistungen hat sich in einigen Ländern mehr als verdoppelt.

Investmentfonds und andere Holdings haben selbstverständlich die Schwäche des Systems sehr wohl erkannt, dort wo zu geringe öffentliche Investitionen zu beobachten sind. Die Selektion von Risiken im Versicherungssystem ermöglicht Privatinvestoren, einen profitablen Markt in einem schrumpfenden Systems zu schaffen: die komplementäre Krankenversicherung. Je größer der durch die sozialen Sicherungssysteme nicht abgedeckte Bereich ist, desto zahlreicher ist die potenzielle Zahl von Personen, die sich durch eine zusätzliche Versicherung absichern lassen. Risikoorientierte Prämien auf individueller Basis gewährleisten dabei die Rentabilität des Systems.

Dieses System ist in den USA bereits bis zum Äußersten ausgereizt worden. Geradezu absurd verwalten nun die Versicherungen auf Basis der gleichen Grundsätze der Risikoselektion Krankenhäuser.

In Europa haben einige soziale Krankenkassen versucht, durch Einführung solidarisch getragener Zusatzversicherungen (ohne Risikoselektion) die Situation auszugleichen. Andere Länder konnten im Gegensatz dazu jedoch nicht standhalten und tragen zur Schwächung des umfassenden Versicherungsschutzes bei.

Das Gesundheitspersonal zahlt die Zeche für die Krise

Griechenland, Irland, Italien, Spanien und Portugal haben ihre Gesundheitsausgaben stark gekürzt; und da die Lohnkosten im Durchschnitt etwa 70% der gesamten Gesundheitsausgaben

Wenn die Finanzierung zur Ware wird...

In Spanien, erhöht sich die private Finanzierung im Jahr 2012 auf 25%.

In den Niederlanden, implementieren neue Gesundheitsgesetze eine private Zusatzversicherung um gewisse Versorgungspakete zu finanzieren. Versicherer wählen Risiken aus und daher sind die Prämien sehr niedrig für junge Menschen, aber für Ältere oder Kranke sehr hoch. Konsequenz kann sein, dass Patienten mit weniger Risiko und rentablen „Gesundheits“-bedürfnissen und reichere Patienten der Vorrang kriegen. Diejenigen, die nicht so zahlungskräftig sind, müssen länger warten um dann niedrigere Qualität in der Pflege zu erhalten.

Epidemie der privaten Anbieter

In Spanien, von 550 Akutkrankenhäuser sind jetzt 236 private kommerzielle Krankenhäuser.

In Litauen, schliessen private Krankenhäuser Verträge mit Vericherungsfonds ab.

In Navarra befinden sich 90% der Alten – und Pflegeheime in privater Hand.

In Belgien, leben derzeit 140.000 Senioren in Pflegeheimen, wovon die Anzahl kommerzieller Häuser zwischen zwischen 2009 und 2010 von 45% auf 57% anstieg.

„Die Nachfrage steigt und Pflegeheime schießen wie Pilze, da die Anleger die gute Investition spüren. In Wallonien neben öffentlichen Einrichtungen und Einrichtungen ohne Erwerbszweck (die jeweils 25% des

repräsentieren, haben mehrere Länder Lohnkürzungen des Gesundheitspersonals vorgenommen (15% in Griechenland, 10 % in der Tschechischen Republik, 5-10 % in Irland, 5% in Spanien). Inzwischen haben die am schwersten von der Krise betroffenen Länder die Zahl der Beschäftigten in diesem Sektor reduziert. In Spanien wird zum Beispiel bei zehn Abgängen nur eine Stelle im öffentlichen Gesundheitssystem wieder besetzt.

In Polen wurden Arbeitsverträge vieler Pflegekräfte durch Verträge mit scheinselfständigem Status ersetzt. Sie sind gezwungen, mehrere Verträge zu kumulieren, und damit weit mehr als 48 Stunden/Woche zu arbeiten, um einen anständigen Lohn zu erreichen. Die Abwanderung junger Fachkräfte führte zu einem Durchschnittsalter von über 45 Jahren bei den Krankenschwestern!

Der Wechsel zu einem kommerziellen privaten Arbeitgeber führt in allen Fällen zu erhöhtem Arbeitsdruck. Hinzu kommt, dass aufgrund des Mangels an Mindeststandards, die eine hohe Qualität der Versorgung und korrekte Arbeitsbedingungen garantieren sollen, die Löhne und die Lohnkosten angesichts der Finanzierung der Leistungen nach Pauschalen oder Krankheitsgruppen in Form variabler Entlohnung und flexibler Beschäftigung daran angepasst werden. Dies führt zum Rückgang der Löhne, zu Stellenabbau, oder sogar zu beidem.

Frauen und Gesundheit

Immer mehr Analysten beklagen, dass Frauen doppelt durch die Krise und Sparmaßnahmen betroffen sind. „Frauen arbeiten mehr und mehr im Rahmen von Teilzeitarbeit oder in Form von Kurzzeitarbeitsverträgen mit niedrigen Löhnen. In Bereichen wie Bildung und Pflege, wo die Stellen traditionell von Frauen besetzt werden, wurden - z.B. in Großbritannien und Italien - Löhne, Arbeitsstunden, wie auch berufliche Vorteile reduziert“⁽¹²⁾. Das „Working Poor“-Phänomen spiegelt sich besonders gut in der Situation von Frauen wieder, „die gezwungen sind, Stellen anzunehmen, die ihnen nicht einmal genug Einkommen zur Existenz sichern. Alleinerziehende sind auch überwiegend Frauen“.

Andererseits deutet „eine sozioökonomische Analyse darauf hin, dass Frauen in Europa mehr und mehr „unbezahlte“ Aufgaben übernehmen müssen, so wie Kinderbetreuung, Hausarbeit, Gemeinschaftsarbeit

Marktes darstellen), befindet sich die Hälfte bereits in den Händen von privaten Gruppen, und diese Zahl steigt ständig. Zimmer in einem Pflege- oder Altenheim zu vermieten ist einer sicherer Investition als Büroräume. Der Mietvertrag läuft für 27 Jahre und das Potential an Mietern ist unerschöpflich. Der Geschäftsführer der SICAFs Aedifica, Stefaan Gielens bestätigt, dass die Immobilien-Investmentpotenzial in diesem Sektor enorm ist. Er sagt, dass ein Beratungsunternehmen schätzt, dass in den nächsten 40 Jahren 180.000 Betten benötigt werden, was ein Investitionsvolumen von fast 15 Mrd. € bedeutet“. Diese Investitionen amortisieren sich schnell, da diese Zimmer zu einem Tagespreis von 40 Euro vermietet werden. (RTBF.be 2011.08.08)

Frau sein in Griechenland

In Griechenland, hat der Wegfall jeglicher öffentlicher Gesundheitspolitik und die Verarmung großer Teile der Bevölkerung (Verschlechterung der Lebensbedingungen und der individuellen und kollektiven Hygiene) zur Konsequenz, dass gewisse Infektionskrankheiten wie Malaria, Tuberkulose wieder vermehrt auftreten, aber auch eine Zunahme der HIV-Infektionen um 200%. In diesem Zusammenhang sind griechischen Frauen stärker betroffen, durch den Wegfall jeglicher Präventionspolitik und der Unzugänglichkeit des Gesundheitswesens. Ebenso ist alles was mit Fortpflanzungstherapien zu tun hat, der Krise zum Opfer gefallen.

Errungenschaften wie qualitative Pflege bei



und Alterspflege, da die Anzahl derer ständig steigt, für die Gesundheitsfürsorge oft unzugänglich und sehr teuer ist. Die Mittelklassen in Europa sind es gewohnt Migrantinnen zu beschäftigen, um ihnen die Aufgaben und Zuständigkeit der Pflege zu übertragen. Sobald jedoch die formelle Wirtschaft schrumpft, können sich diese Vereinbarungen ändern, denn wenn Frauen ihre Arbeitsplätze verlieren und wieder ihrer unbezahlten Hausarbeit nachgehen, könnten sie entscheiden, dass es nicht mehr erforderlich oder einfach auch nicht mehr bezahlbar ist, jemanden zu beschäftigen. Gemäß einer führenden italienischen Zeitung, akzeptieren immer mehr italienische Frauen, als Haushaltsangestellte ohne Vertrag zu arbeiten, Stellen, die bislang Einwanderern/-innen reserviert waren.¹¹³

Das Zurückkehren in den eigenen Haushalt, um die häusliche Pflege abzusichern (also für Tätigkeiten, die früher im familiären Umfeld gewährleistet waren, und die nach dem Krieg etwa durch Kinder-, Alters und Behindertenbetreuung, etc. professionalisiert wurden), lässt sich in massiver Form in verschiedenen Ländern Südeuropas beobachten.

Darüber hinaus waren Gesundheitsprogramme, die Erziehungskompetenz gefördert haben, die ersten Opfer von Haushaltskürzungen, womit ein erheblicher Anteil junger Frauen ausgeschlossen wurde.

Sparpolitik, Gesundheit und Einwanderung

In vielen Ländern sind die Budgetkürzungen im Gesundheitssystem begleitet vom Ausschluss von Gesundheitsleistungen für solche Menschen, die nicht von den Systemen der sozialen Sicherung erfasst sind. Personen mit Migrationshintergrund, aber vor allem Flüchtlingen und Einwohner ohne gültige Papiere, wird unversehens die Grundversorgung mit gesundheitlichen Leistungen verweigert. Es sind nun Hilfsorganisationen, die diese Aufgabe übernehmen müssen. In Spanien zum Beispiel, schließt das Königliche Dekret 16/2012 de facto illegale Einwanderer vom Zugang zur Gesundheitsversorgung (außer im Notfall, bei Mutterschaft und der Pädiatrie).

In einem Umfeld, wo man sich immer mehr hinter der eigenen Identität verschanzt, begleitet von Xenophobie (Angst vor Fremden), werden diese Menschen sich selbst überlassen und sehen ihre Gesundheit auf einer massiven und rapiden Weise gefährdet.



Fazit:

Zum einen hat die Krise einen direkten Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung, zum anderen befördert die Sparpolitik, die eigentlich als Antwort der Regierung auf die Krise gedacht war, den Niedergang des Gesundheitssystems und der Systeme der sozialen Sicherung. Demgemäß vertieft sich die gesundheitliche und die soziale Misere noch mehr.

Das ist der Teufelskreis, in dem die Völker Europas gefangen sind. Im Endeffekt steigert die Krise, eben durch die sozialen und gesundheitlichen Schäden, die sie verursacht, den Bedarf an gesundheitlicher und sozialer Sicherung, während die Sparpolitik, die die Krise eigentlich bewältigen sollte, die Möglichkeiten des Zugangs zur Gesundheitsversorgung reduziert hat.

Eine Studie von „The Lancet“ bestätigt: „... obwohl Rezessionen selbst schon Gesundheitsrisiken darstellen, verschärft das Zusammenspiel von Sparmaßnahmen mit ökonomischen Schocks und schwachem sozialen Schutz letztendlich die Gesundheits- und Sozialkrise in Europa.“⁽¹⁴⁾

Das Engagement, wozu sich die WHO und die Mitgliedstaaten im Rahmen der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2009 entschlossen haben, nämlich der „Abbau der Ungleichheiten in der Frage der Gesundheitsversorgung durch Maßnahmen, die auf die sozialen Gesundheitsfaktoren wirken“ blieb ein frommer Wunsch.

Die Situation hat sich in Europa deutlich verschlechtert. Die WHO weist auf den entstandenen Schaden hin, aber die Staaten fahren mit ihrer Sparpolitik fort, die die sozialen Ungleichheiten in den Gesundheitssystemen vertieft und verschärft: „Es ist notwendig, gegen gesundheitliche Ungleichheiten, die durch soziale Faktoren bestimmt werden, zu kämpfen, den „Verursacher aller Ursachen“ zu bekämpfen. Diese umfassen die ungerechte Macht- und Einkommensverteilung, die unfaire Aufteilung der Güter und Dienstleistungen, und dies sowohl auf globaler als auch nationaler Ebene. All dies führt zu Ungerechtigkeit in den unmittelbar sichtbaren Lebensumständen der Menschen - in ihrem Zugang zu Gesundheitsleistungen, zu Schule und Bildung, in ihren Arbeits- und Freizeitbedingungen, in ihrer Wohn- und Lebenssituation, in ihrem sozialen Umfeld, in ihrer Stadt - und in ihren Chancen auf ein zufriedenes und gesundes Leben.“⁽¹⁵⁾

Schwangerschaft und Geburt, Sexualerziehung die Möglichkeit, frei zu wählen, ein Kind auszutragen oder nicht und unter welchen Bedingungen, als dies gehört der Vergangenheit an. Genauso verhält es sich mit dem kostenlosen Zugang für eine Geburt oder Abtreibung und qualitative Dienste für Familienplanung ... Das Recht der Frauen über ihren eigenen Körper zu bestimmen wird ständig in Frage gestellt, nicht durch Verweigerung des Rechts auf Abtreibung, wie in Spanien, aber wegen der Verarmung von Frauen und der Kommerzialisierung von Dienstleistungen.

Dazu kommen, die Aufkündigung von Kollektiven Verträgen, die Verringerung oder Abschaffung einer Reihe von Vorteilen, die die Vereinbarkeit von

Familie und Beruf für Frauen erleichterten. Hier nur einige Beispiele: Abschaffung einer Heiratsprämie, Kinderbetreuungsprämien, Zuschläge für Ferienaufenthalten für Kinder, Beihilfen bei der Geburt oder pränatalen Untersuchungen sowie die Verringerung um 22% der Gesundheitsbeihilfen für Kinder bis zum 6. Monat. Dies entsprach einem Basismonatsgehalt. Das frei Recht auf Kinderwunsch wird zum Privileg für die Reichen.

Die Zahl der Abtreibungen steigt aber auch die Kosten dafür (350 € öffentlichen Krankenhaus) mit dem Ergebnis, dass viele sich an Stellen außerhalb der Kliniken wednen, mit den gesundheitlichen Risiken. Zum ersten Mal seit dem Zweiten Weltkrieg Welt gibt es eine Zunahme der Kindersterblichkeit. Der Rücklauf an Impfungen bei armen Kindern stellt eine



Der transatlantische Markt gegen die Bevölkerung, gegen Gesundheit und Wohlbefinden!

Die Frage der Kommerzialisierung des öffentlichen Dienstes wurde von der Welthandelsorganisation (WTO) im September 1986 in Punta del Este (Uruguay) initiiert. Im Jahr 1994 verpflichtet das Allgemeine Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen (GATS) die Staaten, ein wettbewerbsfähiges Umfeld zwischen öffentlichen und privaten Unternehmen zu schaffen. In der Praxis führt dies entweder zum Abbau von Subventionen des ersteren oder zur Errichtung von Sonderbeihilfen für private Unternehmen. Das Multilaterale Abkommen über Investitionen (MAI) im Jahr 1998, das versucht multinationalen Unternehmen die Möglichkeit zu eröffnen, Urteile gegen Staaten zu erreichen, hat zu einer breiten internationalen Mobilisierung geführt. Dies war eine erste Niederlage, die der „Totalliberalisierung“ zugefügt wurde. „Wie auch der Kampf gegen die „Bolkenstein-Richtlinie“, der den Anwendungsbereich der Richtlinie vom 12. Dezember 2006 begrenzt hat, wonach Dienstleistungen von allgemeinem Interesse (DAI), wie Gesundheitsleistungen und soziale Sicherheit sowie Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse ausgenommen wurden, Maßnahmen, die den Wettbewerb innerhalb der Staaten einschränken.

Am 14. Juni 2013 stimmten die Wirtschaftsminister der 27 EU-Staaten über ein geheimes Verhandlungsmandat der Europäischen Kommission ab. Dieses Mandat besteht darin, eine transatlantische Partnerschaft für Handel und Investition zwischen den Vereinigten Staaten und der Europäischen Union zu verhandeln (TTIP). Ziel ist es, nicht nur Regeln des internationalen Handels und Tarife, sondern auch nichttarifäre Standards (insbesondere die Vereinheitlichung Standards für die Umwelt, für Gesundheitsversorgung, die soziale Sicherheit) abzustimmen.

Im Gegensatz zu dem, was unsere Politiker uns glauben lassen wollen, besteht eine Vereinbarung über den «Freihandels» nicht nur darin, die «staatlichen, sozialen oder ökologischen Barrieren» des Handels abzuschaffen, sondern eben darin, Entscheidungen über radikale politischen Veränderungen bezüglich der Funktionsweise der Märkte zu treffen.

tickende Bombe dar. In Bezug auf die Geburt, sind die Kosten für die Frauen nicht zu stämmen. Die Situation stellt sich noch schlimmer dar für Frauen, die aus dem Sozialsicherheitsnetz fallen, Frauen ohne gültige Papiere, die die Kosten für Ihre Untersuchungen und die Geburt komplett selbst tragen müssen. Eine normale Geburt kostet 600 €, ein Kaiserschnitt 1200 € und da sind die Kosten für Arztbesuche während der Schwangerschaft und auch vorgeburtliche Untersuchungen nicht inbegriffen. Dies ist der Grund für was viele Frauen in Entbindungsstation ankommen zum gebären, ohne jede vorherige ärztliche Untersuchung! Für Nicht- griechische Bürger der Europäischen Union oder Drittländern ... ,, nämlich Einwanderer und

Flüchtlinge ohne Papiere , ohne Sozialversicherung werden die Kosten verdoppelt (1.200 € für eine normale Geburt und 2400 Euro für einen Kaiserschnitt) !

Das Ergebnis ist, das viele Frauen mit ihren Kindern in den Armen, aus den Krankenhäusern bei Nacht und Nebel verschwinden um diese Kosten nicht zu zahlen. Krankenhausverwaltungen drohen dann damit Geburtsurkunden nicht auszustellen, oder nur gegen Vorkasse. So kommt es dazu, das es in Europa Kinder mit Schulden auf die Welt kommen, oder gar nicht existieren, da sie nicht angemeldet sind. Sie wurden geboren, existieren jedoch nicht....

Die Gefahr ist für den ganzen Gesundheitssektor und die soziale Sicherung enorm, weil zu befürchten ist, dass die europäischen Standards auf das Niveau der Vereinigten Staaten abgesenkt werden, wo die Privatisierung des Gesundheits- und Sozialsystems und sozialer Dienstleistungen am weitesten fortgeschritten ist auf der ganzen Welt.

Wir wissen bereits, dass die Vereinheitlichung der Standards für Gesundheitswesen und sozialen Schutz, sich gegen die Systeme sozialer Sicherung und gegen die umfassende Bedeutung und Dimension von Gesundheitsleistungen. Die Vereinigten Staaten leisten sich den Luxus, das weltweit teuerste Gesundheitssystem zu haben, sie verwenden dafür mehr als 16% ihres BIP, haben aber gleichzeitig eines der schlechtesten Systeme der OECD-Länder, in dem durch deren Ausgrenzung von 50 Millionen Amerikanern von jeglicher Absicherung der sichere Zugang zu Gesundheitsleistungen verwehrt wird.

Die laufenden Diskussionen über eine neue EU-Richtlinie zur Vergabe öffentlicher Aufträge und die Verhandlungen über die transatlantische Partnerschaft für Handel und Investitionen, beschleunigen eindeutig die Kommerzialisierung und Privatisierung der Gesundheitssysteme und verschärfen die Krisen in der Gesundheits- und Sozialbereich.

Es steht zu befürchten, dass die Richtlinie über die Vergabe öffentlicher Aufträge und die transatlantische Partnerschaft zu einem Todesstoß für die Dienstleistungen von allgemeinem Interesse werden.

Mit der neuen Richtlinie würden wir eine neue Stufe erreichen, die die von 2006 ergänzt und den Wettbewerb zunächst auf europäischer Ebene ausdehnt. Zudem, mit Aufnahme der Verhandlungen über die Transatlantische Partnerschaft (einen Marktraum zwischen Nordamerika und der Europäischen Union aufzubauen), öffnet sie die Türen für einen Wettbewerb auf globaler Ebene.

Was wird dann aus unseren Modellen, die auf öffentliche Dienstleistung, auf universellem Zugang, auf solidarische Finanzierung, auf nichtkommerzielle Betreiber, auf demokratische Kontrolle, auf beteiligungsorientiertem Management und auf Qualität und Effizienz zielende Forschungsmodelle im Rahmen öffentlicher Planung beruhen?⁽¹⁶⁾

POR UN MILLÓN DE RAZONES

EL 23 JUNIO MAREA BLANCA ESTATAL

SANIDAD PÚBLICA NO SE VENDE, SE DEFIENDE

SÍ SE PUEDE

12:00 Horas SOL- PUERTA DE ALCALÁ

ORGANIZA: P.A.T.U. - SALUD
<http://www.patusalud.es>



Das Gesundheitswesen in Europa ist in Not, wir fordern:

Den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung, überall, für alle, ohne Einschränkung jeglicher Art. Ein solches Programm sollte die Abschaffung aller finanziellen Hindernisse mit sich bringen, da die Gewährleistung einer universellen Gesundheitsversorgung unabhängig von der Zahlungsfähigkeit der einzelnen Nutzer sein muss.

Denn Gesundheit ist unser gemeinsames Gut, wir müssen die **öffentlichen und solidarischen Finanzierungssysteme** wiederherstellen, auf die gleiche Weise, wie in der Nachkriegszeit die sozialen Sicherungssysteme aufgebaut worden sind. Um für eine solche solidarische Finanzierung und einen allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu handeln auftreten, **müssen wir die Systeme sozialer Sicherung vor dem Appetit der Privatversicherungen bewahren.** Die Gesundheitssysteme sollen ausschließlich durch öffentliche Sicherungssysteme finanziert werden, weil nur so erreicht werden kann, dass die politischen Ziele weiterverfolgt und umgesetzt werden können, die die Achtung des Rechts auf Gesundheit durch den allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung zielen.

Die ganze Bevölkerung muss beim Gesundheitsmanagement, beim Schutz und bei der Verbesserung der Gesundheit mitwirken. **Wir müssen die Art und Weise der Beteiligung von Sozialversicherten und Nutzern ausbauen, damit ein demokratisches Gesundheitssystem aufgebaut werden kann.** Gesundheitsleistungen sollten aufgrund ihrer Wirkung auf die Gesundheit, und nicht anhand ihrer finanziellen Vorteile bewertet werden, und es sollen ausreichende Ressourcen zu Verfügung stehen, um dieses Ziel zu erreichen.

Um die Versorgung verbessern zu können, müssen wir die tieferen Ursachen, nämlich **die sozialen Faktoren von Gesundheit** in den Fokus nehmen. Wir fordern die Verbesserung des Gesundheitswesens durch Sicherung von Grundrechten der Gesamtbevölkerung, wie das Recht auf Arbeit und ein auskömmliches Einkommen, das **Recht auf Wohnen, den Zugang zu sauberem Trinkwasser und Energie, die Gleichberechtigung von Männern und Frauen, das Recht auf Bildung, auf kulturelle Teilhabe...**



Wir verlangen von den europäischen Regierungen, der Europäischen Kommission, dem Europäischen Parlament die Neuformulierung, die Umsetzung und die Durchführung der Politiken und Praktiken, die auf die Achtung des Rechts auf Gesundheit durch den allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung zielen. **Wir betonen die Notwendigkeit umfangreicher Investitionen, nicht nur in der Grundversorgung und öffentlichen Gesundheitsfürsorge, sondern auch in der Gesundheitsprävention und -förderung.**

Um die Gesundheit als unser gemeinsames Gut zu erhalten, **soll kein einziger Euro öffentlicher Gelder für Dienstleister im privaten Gesundheitssektor verwendet werden. Die Gesundheit ist nämlich keine Ware.** Europa muss jedem Mitgliedsstaat nicht nur erlauben, auch weiterhin sein Gesundheitswesen und sein Sozialsystem vor Marktmechanismen zu schützen, sondern sie auch dazu ermuntern, diese notwendigen Mittel ausreichend und angemessen zu finanzieren. Es muss den öffentlichen Betreibern auch die Möglichkeit geben, im Rahmen eines nicht-marktlichen Umfeldes

sämtliche für die Leistungserbringung notwendigen nicht-medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen, sowie Produkte, Serviceleistungen und Materialien von entscheidender Bedeutung zur Gewährleistung einer guten Versorgung (Medizin, Forschung, medizinische Geräte, Prothesen, ...) zu erhalten.

Und schließlich müssen die gesundheitlichen Ungleichheiten aus der Welt geschaffen werden, folglich muss der Armut, der Arbeitslosigkeit, der Prekarität und der Ausgrenzung von 125 Millionen Armen in Europa, einschließlich der europäischen Minderheiten, wie die Roma, und der Wanderarbeitnehmer von außerhalb der EU, die Opfer beklagenswerter Lebensbedingungen und Verstöße gegen die Menschenwürde sind, ein Ende gesetzt werden.

Die Sparpolitik in Europa ist schädlich für die Gesundheit und verschlimmert die Situation der Bevölkerung. Die Ausarbeitung eines europäischen Programms, das auf den Schutz des Gesundheitswesens, der sozialen Betreuung sowie der gesamten Sozialen Sicherungssysteme zielt, setzt voraus, dass den Sparmaßnahmen in Europa ein Ende gesetzt wird. Gesundheit und Menschenrechte müssen Vorrang haben vor finanziellen Erwägungen und Rentabilitätsdenken. Darüber hinaus muss, auf Initiative der Europäischen Union, **ein Programm erarbeitet werden, das die gesundheitlichen Schäden, die diese Sparmaßnahmen der Bevölkerung zugefügt haben**, behebt, und das die Zugänglichkeit und die Qualität der Versorgung wiederherstellt, vor allem, in Ländern, die - als Voraussetzung für EU-Hilfen - Restriktionen erleiden mussten.





Zwischen Finanzen und Gesundheit muss gewählt werden. Die europäische Bevölkerung ist nicht für die Staatsschulden verantwortlich. Es ist weder die Gesundheitsversorgung noch die Soziale Sicherheit, die reduziert, beschnitten oder amputiert werden müssen. Finanzen und Wirtschaft müssen dem Wohl der Bevölkerung dienen und nicht umgekehrt.

Wir fordern die sofortige Einstellung der Verhandlungen über die „transatlantische Partnerschaft“. Soziale und Umweltstandards sollten von oben her harmonisiert werden und stets die Besserung der Gesundheit der Bevölkerung vor Augen halten. Die Mitgliedsstaaten sollen auch weiterhin den Betreibern im Gesundheitsbereich Normen vorschreiben, die den gemeinnützigen Zweck dieser Institutionen sichern. **Gesundheit und soziale Sicherheit müssen vor jeglichem Angriff geschützt werden. Gesundheits- und Sozialwesen sollen aus den Richtlinien über die Vergabe von öffentlichen Aufträgen herausgenommen werden.**

1. Im restlichen Dokument sprechen wir vom öffentlichen Dienst sowohl von den öffentlichen Betreibern als auch von den nicht kommerziellen Betreibern der ausgelagerten öffentlichen Dienste
2. Konferenz Antwerpen – Dezember 2013 .<http://iahpeconference2013.wordpress.com/>
3. Diese Antwort erfolgte anlässlich des Treffens des europäischen Netzwerks mit den europäischen Kommissaren am 14. März 2013
4. <http://www.eu2013.lt/en/news/unions-program-to-reduce-health-inequalities-promote-innovation-in-health>
5. Quelle – Datenbanke OCDE – Gesundheit 2013.
6. Quelle: comptes-protection-sociale-2011 DREES 2013.
7. Stellungnahme Eurostat 5 Dez. 2013
8. Veröffentlichung Dexia / Hope, Nov. 2009.
9. Quelle – Datenbanke OCDE – Gesundheit 2013..
10. Quelle – Datenbanke OCDE – Gesundheit 2013.
11. BONOVAS S & NIKOLOPOULOS G (2012).High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis.Early signs of a public health tragedy.J Prev Med Hyg, 53, 169-71.
12. Der Einfluss der Finanzkrise auf die Frauen Westeuropas - .Windy Harcourt ; AWID.
13. Corriere della Sera, 9 mai 2009.
14. Financial crisis, austerity, and health in Europe.The Lancet, 27 March 2013.
15. 60. Zusammentreffen OMS Europa EUR/RC60/TD.3 Moskau Sept. 2010.
16. Cfr supra p 6.





**Man hat bei mir
eine nicht rentable
Krankheit
festgestellt.**

PECH!

Gesundheit und Soziale Sicherheit stehen nicht zum Verkauf!



ER : Européisches Netzwerk gegen Privatisierung und Kommerzialisierung von Gesundheit und sozialer Sicherheit
Sebastian Franco - chaussée de Haecht, 53 - 1210 Bruxelles - Belgique - Février 2014