Profit vs. Gesundheit – beides geht nicht!

Von Lucia Lo Lasso, Januar 2024

Das deutsche Gesundheitssystem wird international oft bewundert und als besonders sozial gefeiert. Spätestens seit der Corona-Pandemie sind seine Schwachstellen aber mehr als deutlich geworden. In diesem Artikel setzen wir uns mit den grundlegenden Strukturen, deren Problemen und unserer politischen Perspektive für eine faire und effektive gesundheitliche Versorgung auseinander.

Gesetzliche und Private Krankenversicherung: Ein 2-Klassen-System

Gesundheit als System lässt sich in Deutschland nicht ohne die Krankenversicherungspflicht denken. Sie ist die Basis der Versorgung, auf der alles Weitere aufbaut. Wenn es darum geht, sich eine Krankenversicherung zu suchen, steht einem die Wahl zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) oder privaten Krankenversicherungen (PKV) offen. Zwischen beiden gibt es drastische Unterschiede, wenn es um die Qualität der Behandlung geht. Dabei ist die PKV zwar teurer, man bekommt aber einfacher Termine und der Beitrag steigt mit dem Alter. Manche Privatversicherte geraten so in die Lage, dass der Kassenbeitrag zu hoch wird und sie nur schwer aus der PKV wieder raus kommen.

Bei der GKV hingegen zahlen Arbeitnehmer:innen 14,6% vom Gehalt und auch der/die Arbeitgebende:r zahlt etwas dazu. Die Krankenkassen finanzieren sich also durch Mitgliedsbeiträge. Die GKV ist sozial orientiert, da der Beitrag einkommensabhängig ist und durch das Solidaritätsprinzip hilft – unabhängig davon, wie viel man zahlt, bekommen alle Versicherten die gleiche Leistung. Die lässt allerdings im Vergleich zur PKV deutlich zu wünschen übrig. Die Gründe für die ungleiche Behandlung liegen unter anderem im Vergütungssystem.

Eine von der Hans Böckler Stiftung geförderte Studie zeigt, dass für eine medizinisch im Grundsatz gleiche Leistung ein:e niedergelassene:r Ärzt:in von der Privatversicherung durchschnittlich das 2,28-fache der Vergütung erhält, die von der gesetzlichen Kasse gezahlt wird.

Ein anonymer Arzt äußerte sich dazu in der Münchner Tageszeitung mit der Aussage, dass das derzeitige Abrechnungssystem ihn dazu zwinge, gesetzlich Versicherte wie „Holzbanktouristen“ zu behandeln, da er allein von seinen Privatpatient:innen lebe. Außerdem böten viele Ärzt:innen, vor allem in der Zahnmedizin, gesetzlich versicherten Patient:innen gar nicht die gesetzlich erstatteten Behandlungsformen, also die Regelversorgung an. Dadurch müssen Patient:innen teilweise riesige Summen für Zahnersatz stemmen, ohne über die Alternativen informiert zu sein.

Für Menschen ohne Papiere, deutsche Stattsbürger:innen ohne Krankenkasse, Asylsuchende und in zunehmendem Maße EU Bürger:innen, die keinen Krankenversicherungsschutz, also einen Nachweis der Krankenversicherung vorweisen können, ist der Zugang zum Gesundheitssystem kaum oder gar nicht möglich. Obwohl sie über rechtliche Ansprüche auf Leistungen verfügen, werden diese Menschen im Moment unvollständig und unentgeltlich in humanitären Parallelstrukturen versorgt.

Als Asylbewerber:in zum Beispiel ist der Kostenträger der medizinischen Versorgung nicht die GKV, sondern das Sozialamt, bei dem vor dem Besuch in der Praxis ein Behandlungsschein beantragt werden muss. Untersucht und behandelt wird man nur, wenn man akut krank ist, unter Schmerzen leidet oder schwanger ist.

Ohne Rücksicht auf Gehalt und Aufenthaltsstatus sollte medizinische Versorgung für alle Menschen überall zugänglich sein.

Diskriminierung im Behandlungszimmer

Diskriminierung kann beabsichtigt, allerdings auch ohne schlechte Intentionen stattfinden. Sie kann durch einzelne Personen (also direkt) oder durch Strukturen oder unterschwellige Mechanismen verursacht sein, sie

kann offen oder unsichtbar und von den betroffenen Personen unbemerkt ablaufen – relevant ist der für die Betroffenen entstehende Schaden.

Beim Zugang, aber auch während der gesundheitlichen Versorgung, kommt es zu Diskriminierungen. Betroffene berichten dabei beispielsweise über abwertende Kommentare oder Ungleichbehandlung aufgrund ihrer Behinderung, Geschlechtsidentität, des Gewichts oder der ethnischen Herkunft beziehungsweise aus rassistischen Gründen.

Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie und der Überlastung in der Gesundheitsversorgung hat eine Studie des DeZIM (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung) in einer Reihe von Umfragen untersucht, nach welchen Kriterien Menschen in Deutschland Coronapatient:innen für eine lebenswichtige Behandlung auswählen würden, sollten die Beatmungsgeräte auf den Intensivstationen knapp werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Befragten die wahrscheinlichste Überlebenschance von Coronapatient:innen als wichtigstes Auswahlkriterium erachtet, falls die Intensivstationen an ihre Kapazitätsgrenzen gelangen sollten. Allerdings wurde auch deutlich, dass Migrant:innen ohne deutsche Staatsbürgerschaft eine etwa 10 Prozent geringere Wahrscheinlichkeit als deutsche Staatsbürger:innen haben, von der Bevölkerung für ein Intensivbett ausgewählt zu werden. Eine ebenfalls starke Diskriminierung erfahren Menschen ohne Kinder und Menschen mit Vorstrafen.

Auch jenseits der Pandemie zeichnen sich deutliche gesundheitliche Unterschiede für rassifizierte und migrantische Communitys ab. So wird eine höhere Krankheitslast durch nichtübertragbare Erkrankungen wie Diabetes Typ II, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs sowie psychische Erkrankungen für afroamerikanische Communitys in den USA, aber auch für migrantische Communitys in Europa festgestellt.

Ein beharrlicher, struktureller Fall ist der mangelnde barrierefreie Zugang zu Gesundheitsleistungen für Menschen mit Behinderungen, aber auch sprachlich erhöhen Barrieren das Diskriminierungsrisiko in der Gesundheitsversorgung, zum Beispiel für Patient:innen, die Deutsch nicht als Muttersprache sprechen und somit Schwierigkeiten damit haben, über die

bürokratische Sprachbarriere hinweg an das System zu kommen.

Pharmalobby & Korruption

Deutschland, das Land der Medikamente. 114.000 Menschen arbeiten in der Pharmaindustrie, jedes Jahr erwirtschaften deutsche Pharmakonzerne Umsätze bis zu 40 Milliarden Euro. Obwohl die Pharmakonzerne auch sehr viele Ausgaben für die Forschung und Erforschung haben; bleibt doch immer ein guter Gewinn hängen. Die Pharmalobby setzt sich dafür ein, dass das auch so bleibt.Die Pharmalobby setzt sich dafür ein, dass das auch so bleibt.

Dafür beschäftigt die Pharmaindustrie Lobbyist:innen, die sich in Berlin darum kümmern sollen, dass die dort besprochenen Gesetze möglichst vorteilhaft für die Industrie sind. Die Lobbyist:innen wirken indirekt an Gesetzen mit, sie beraten Politiker:innen und sind generell sehr aktiv im Hintergrund. In Deutschland haben sie ein leichtes Spiel, sie müssen kein Verbrechen begehen, um ihren Willen zu bekommen. Das liegt daran, dass sie nicht nur die Politiker:innen beeinflussen, sondern auch diejenigen, die entscheiden, welche Medikamente verschrieben werden.

2015 zahlten Pharmakonzerne 575.000.000 Euro an rund 70.000 Ärzt:innen, die Dunkelziffer liegt mit Sicherheit höher. Das Geld war unter anderem für Dienstreisen, Forschungsaufenthalte, neue Gerätschaften in Praxen, also Dinge, die auch den Patient:innen Gutes tun. Das Geld wurde aber auch für Anwendungsbeobachtungen gezahlt. Der Begriff hört sich sehr wissenschaftlich an, so soll er sich auch anhören. Expert:innen stimmen dem allerdings nicht zu. Wenn Ärzt:innen von einem Konzern Geld bekommen, um ein bestimmtes Medikament zu verschreiben und zu beobachten, welche Nebenwirkungen bei den Patient:innen auftreten, ist es eine Anwendungsbeobachtung. Unter dem Deckmantel der Wissenschaftlichkeit sind diese Beobachtungen vor allem Marketinginstrumente, um die eigenen Medikamente in den Markt zu drücken und die Ärzt:innen durch die Zahlung von Honoraren zu beeinflussen und an den Konzern zu binden.

Laut Recherchekollektiv Corrective legt nur jede:r vierte Ärzt:in Zahlungen offen auf, die er oder sie von Pharmafirmen erhält. Kein Gesetz verbietet es

Ärzt:innen, Leistungen von Pharmakonzernen entgegenzunehmen. Natürlich sind nicht alle Ärzt:innen bestechlich, dennoch gibt es dieses Problem, welches erst dann gelöst werden kann, wenn etwas gegen die Pharmalobby getan wird, die in der Politik weitgehend beteiligt ist

Ärzt:innenmangel

Das dritte Problem mag sich banal anhören, ist allerdings sehr ausschlaggebend, denn was wäre das System ohne Ärzt:innen? Vor allem auf dem Land ist der Ärzt:innenmangel ein prägnanter Faktor, dessen Folgen nicht zu unterschätzen sind. Dort kann es durchaus sein, dass die nächste Fachärztin 50km entfernt ist und auch Termine bei Hausärzt:innen sind nicht leicht zu bekommen. Das liegt zum einen daran, dass Ärzt:innen in den Ruhestand gehen oder wegen dem niedrigeren Gehalt ungern auf dem Land arbeiten, denn dort sind durchschnittlich mehr gesetzlich versicherte Patient:innen als privat versicherte. Zum anderen zeigt sich der Ruf in die Stadt momentan in allen Bereichen, nicht nur im Gesundheitswesen. In der Folge kommt es dazu, dass alte Leute dann häufig gar nicht zur Ärztin gehen, da sie die lange Fahrt nicht antreten können, was starke Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann. Nicht nur auf dem Land mangelt es an Ärzt:innen, auch in öffentlichen Krankenhäusern ist Personalmangel ein großes Problem.

Das Personal steht unter hoher Belastung und die Bezahlung ist im Vergleich geringer als bei einer Privatpraxis. Eine Umfrage der „Ärztegewerkschaft Marburger Bund“ gab bekannt, dass Krankenhausärzt:innen durchschnittlich zwischen 60 und 79 Stunden in der Woche arbeiten und das auch noch häufig in 24 Stunden Schichten ohne Schlaf. Das hat leider auch Folgen für die Qualität der dort stattfindenden Behandlungen. Die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) hat ausgerechnet, dass die Wahrscheinlichkeit, im Krankenhaus durch einen Behandlungsfehler zu sterben fünfmal höher ist, als bei einem Verkehrsunfall umzukommen. Expert:innen sagen, dass die hohe Arbeitsbelastung damit zusammenhängt.

Auch in der Pflege gibt es einen ernstzunehmenden Personalmangel, da der Beruf eine hohe Arbeitsbelastung mit wenig Wertschätzung und Gehalt mit

sich bringt. Im sogenannten Care-Sektor sind es immer noch vor allem Frauen, die diese Berufe ausüben und zusätzlich zur privaten Hausarbeit ausgebeutet werden. Dazu kommt noch, dass Deutschland einen demographischen Wandel erlebt. Immer mehr alternde Menschen sind auf die Hilfe von immer weniger jüngeren angewiesen.

Obwohl das deutsche Gesundheitssystem eines der besten weltweit ist, heißt das nicht, dass alles perfekt ist. Sowohl für die Patient:innen, also auch für die Arbeiter:innen gibt es noch viel zu erkämpfen!

- Rekommunalisierung aller Einrichtungen im Gesundheitsbereich unter Kontrolle der Beschäftigten, PatientInnen und BewohnerInnen! Nur so kann letztendlich auch der Lobbyismus gestoppt werden.
- Für die Vergesellschaftung der Hausarbeit und Schluss mit weiblicher, prekärer Care-Arbeit in Krankenhäusern & Pflegeheimen!
- Die privaten Krankenkassen abschaffen, immerhin sind bereits 90% der Versicherten (!) GKV-PatientInnen. Auch die restlichen 10% der privat Versicherten sollten dem Solidaritätsprinzip beitreten, welches alle Menschen gesundheitlich versorgen muss.
- Arbeitszeitverkürzung für alle – bei vollem Lohn- und Personalausgleich: Verteilung der vorhandenen Arbeit auf mehr Schultern! Einführung der 30-Stunden- und Vier-Tage-Woche als erster Schritt!
- Aufbau von mehr Personal im Gesundheitsbereich entsprechend dem Bedarf!
- Finanzierung der Forderungen durch höhere Besteuerung der Reichen!
- Für eine revolutionäre Streikbewegung im gesamten Gesundheitssektor, vom Pflegeheim bis zu den Produktionen von Arzneimitteln! Vollversammlungen & Streikkomitees in den Betrieben sind der erste Schritt zur Organisierung!