

Ulrike Papouschek

Gesundheit als öffentliches Gut

Das öffentliche Gesundheitswesen wird immer weniger als zentrales wohlfahrtsstaatliches Element und immer mehr als Kostenfaktor betrachtet. Die strikte Austeritätspolitik – als Auswirkung der Finanz- und Wirtschaftskrise – hat zudem die gesundheitspolitische Entwicklung in den „Krisenländern“ rasant verschärft. Die Folge: Eine öffentliche Gesundheitsvorsorge und das Recht auf universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung sind längst nicht mehr in allen europäischen Ländern gewährleistet.

In der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird Gesundheit als ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß als Abwesenheit von Krankheit und Schwäche definiert. Im 1. Artikel der Erklärung von Alma Ata (1978) ist zudem festgehalten, dass Gesundheit eine Frage der Menschenrechte ist und somit der Gerechtigkeit, der Gleichheit und der Partizipation. Gesundheit für alle bedeutet gleichen Zugang aller zu den Ressourcen von Gesundheit und Beteiligung an der Gestaltung des Gesundheitswesens. Die Gesundheit selbst ist kein handelbares Gut. Es geht dabei vielmehr um einen subjektiven Zustand, der durch den eigenen Lebensstil sowie durch Umwelt- und Arbeitsbedingungen positiv

wie negativ beeinflusst werden kann (vgl. Unterthurner 2005). Nachgefragt wird hingegen Gesundheitsversorgung, das heißt medizinische Behandlungen, also Therapien und Medikamente zur Heilung von Krankheiten und/oder zur Erhaltung der Gesundheit.

Eine öffentliche Gesundheitsvorsorge und -versorgung sowie das Recht auf universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung werden gerne als wesentliche Elemente des europäischen sozialen Modells definiert (vgl. Kickbusch 2005), denen zwei zentrale Merkmale zugeschrieben werden: die sozialen Bürger_innenrechte und die wichtige Rolle des Staates. Das bedeutet, dass ein großer Teil der „Gesundheitsgüter“¹ als öffentliche (Staats-)Aufgabe betrachtet wird: So profitieren alle Bürger_innen davon, dass das Trinkwasser sauber ist oder Medikamente sicher sind. Nach Kickbusch (2005) stellt die Etablierung eines öffentlichen Gesundheitswesens eine wichtige Komponente in der Entwicklung europäischer Nationalstaaten und ein zentrales Element der Modernisierung dar. Die historische Entwicklung der öffentlichen Gesundheit in Europa macht nach Kickbusch (2005) aber auch deutlich, dass die Öffentlichkeit und die Privatheit eines Gutes zwar in der ökonomischen Theorie festgelegt werden kann, es sich in der Realität aber vorrangig um eine politische und soziale Entscheidung handelt, unter welche Kategorie ein Gut fällt, oder anders formuliert, dass die Zuordnung ein Ergebnis gesellschaftlicher Auseinandersetzungen ist (vgl. auch Altvater 2003). Gleichzeitig ist der Begriff des öffentlichen Gutes ebenso wie jener der Gesundheit ein politischer Begriff, der dem sozialen Wandel unterworfen ist.

In den letzten Jahrzehnten zeichnete sich ein solcher Wandel oder Paradigmenwechsel ab. Die Gesundheitsversorgung wurde immer mehr als Kostenfaktor betrachtet und weniger als wohlfahrtsstaatliches Element, dessen oberstes Gesundheitsziel den freien Zugang zum Gesundheitssystem für alle vorsieht. Zu Letzterem gehört, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen nach dem Bedarf auszurichten ist und nicht nach der individuellen Zahlungsbereitschaft. Der Wandel – hin zu Gesundheit als Kostenfaktor – ist in den einzelnen Nationalstaaten in unterschiedlichem Ausmaß vollzogen.

¹ Auf die genaue Definition von öffentlichen Gütern bzw. deren Ausdifferenzierung wird an dieser Stelle nicht genauer eingegangen (vgl. u. a. Altvater 2003; Martens/Hain 2002). Was die erst beginnende Diskussion um die Unterscheidung von öffentlichen Gütern und Commons betrifft vgl. Kratzwald 2012; Quilligan 2012.

Dazu kommt, dass sich als Auswirkung der Finanz- und Wirtschaftskrise und der strikten Austeritätspolitik die Entwicklung in einigen europäischen Ländern rasant verschärft hat, da auch die Gesundheitssysteme in den Fokus der Konsolidierungsprogramme gerückt sind. Die zum Teil drastischen Einsparungen sind in einigen Ländern bereits unmittelbar spürbar. Zugespitzt wird die Situation noch dadurch, dass die Krise die sozialen Determinanten von Gesundheit negativ beeinflusst. Zu diesen Determinanten zählen beispielsweise steigende Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und negative Zukunftserwartungen, eine Reduzierung des verfügbaren Einkommens, Verschlechterungen der Wohnsituation, wachsende Armut etc. (vgl. Schmucker 2013). Das heißt, einem wachsenden Bedarf an Präventions- und Versorgungsleistungen steht ein reduziertes Angebot gegenüber. Besonders verschärft hat sich die Situation in Griechenland. Dort sollen die Ausgaben für das ohnehin massiv unterfinanzierte Gesundheitswesen weiter gekürzt werden. Bereits 2012 wurde mit der Schließung von 60 der derzeit 132 staatlichen Krankenhäuser begonnen. 2011 wurde ein Gesetz aufgehoben, das Langzeitarbeitslosen kostenlose Gesundheitsversorgung garantierte. Seither wächst die Zahl nicht versicherter Menschen von Tag zu Tag dramatisch (genauer dazu: Leder 2013). Die Liste ließe sich fortsetzen.

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich zunächst mit den Triebkräften des Wandels bzw. Paradigmenwechsels in der europäischen Gesundheitsversorgung. Darauf folgt eine Darstellung des spezifischen Charakters der Transformation und der jeweils spezifischen Veränderungen in der Finanzierung und Erbringung der Gesundheitsversorgung. Dabei wird auch auf die derzeitigen Veränderungen in den Krisenländern eingegangen. Abschließend werden am Beispiel Krankenhaus Ökonomisierungs- und Privatisierungstendenzen in Österreich beschrieben.

Paradigmenwechsel: Ausgangspunkt und Triebkräfte des Wandels in der öffentlichen Gesundheitsversorgung in Europa

In der Finanzierung und Erbringung der Gesundheitsversorgung in Europa gab es immer schon eine Vielzahl von Institutionen und Akteur_innen. Manche davon waren öffentlicher, andere privater Natur (beispielsweise niedergelassene Ärzt_innen). Trotz des weiten Spektrums an Institutionen und Akteur_innen

handelt es sich bei der Gesundheitsversorgung in Europa um eine öffentliche Dienstleistung.² Die Hauptgründe dafür sind der verpflichtende und damit universale Charakter der Versicherungssysteme, die untergeordnete Rolle privater profitorientierter Versicherungen und die zentrale Rolle des Staates in der Planung und Kontrolle des Gesundheitssystems.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts haben die europäischen Staaten ihre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung durch eine Reihe von Maßnahmen kontinuierlich erweitert. Dazu zählen etwa die Planung des Angebotes, die Finanzierung medizinischer Forschung, die Einführung und Kontrolle medizinischer Standards und nicht zuletzt die Finanzierung der Gesundheitsversorgung (vgl. Maarse/Ter Meulen 2006). Die öffentlichen Gesundheitsausgaben stiegen in den Nachkriegsjahrzehnten kontinuierlich an. Das wurde aber so lange nicht als ein Problem betrachtet, solange das Bruttonationalprodukt mit derselben Geschwindigkeit zunahm (vgl. Hermann 2007).

Alle europäischen Länder hatten Schwierigkeiten, die steigenden Gesundheitskosten nach dem Ende des langen Nachkriegsbooms zu finanzieren. Mit der Wirtschaftskrise der 1970er-Jahre überstiegen die Kosten, hervorgerufen durch die zunehmend teureren und immer schneller veraltenden Geräte sowie das wachsende Gesundheitsbedürfnis der Bevölkerung, die Zunahme des Bruttonationalproduktes. Als Folge musste ein immer größerer Teil der öffentlichen Budgets für die Gesundheitsversorgung aufgewendet werden (vgl. André 2007).

In mehreren Ländern folgte auf die Rezession ein Wechsel in der Regierung. Die neokonservativen Parteien, die an die Macht kamen, hatten ihren Wähler_innen Steuersenkungen versprochen. Die Steuersenkungen waren Teil einer neoliberalen Agenda, die darauf abzielte, die Rolle des Staates in der Gesellschaft zurückzudrängen. Das wohl beste Beispiel dafür ist Margaret Thatchers Politik in Großbritannien. Die Einführung des Primats der ökonomischen Austerität, meist in Kombination mit Steuersenkungen, zuerst in eini-

² Der universale Charakter der europäischen Gesundheitsversorgung hat zwei unterschiedliche Wurzeln: zum einen das Bismarck-Modell, das auf das 19. Jahrhundert zurückgeht und auf verpflichtenden Abgaben beruht, die von den Löhnen abgezogen und in einen Fonds eingezahlt werden, zum anderen das Beveridge Modell, benannt nach dem Sozialreformer William Henry Beveridge, der nach dem Zweiten Weltkrieg den modernen britischen Wohlfahrtsstaat konzipiert hat. In diesem Fall werden die Kosten für die Gesundheitsversorgung aus Steuermitteln gedeckt, die vom Staat eingehoben wurden.

gen Nationalstaaten, dann in der Europäischen Union, führte schließlich zu einer Verschärfung der Finanzierungskrise der öffentlichen Gesundheitsversorgung (vgl. Hermann 2007).

Die strikte Austeritätspolitik – als Folge der Finanz- und Wirtschaftskrise – hat diese Entwicklung in einigen europäischen Ländern weiter verschärft. Besonders betroffen sind die Staaten, welche Leistungen aus dem europäischen Rettungsschirm in Anspruch nehmen, da die Zahlung von Hilfskrediten aus dem Rettungsschirm an strikte austeritätspolitische Vorgaben gekoppelt ist. Zur Erreichung der durch die Troika³ formulierten Konsolidierungsziele werden wichtige politische Entscheidungen auch hinsichtlich der Gesundheitssysteme getroffen.

Nach Schmucker (2013) bestehen die gesundheitspolitischen Krisenreaktionen in den besonders betroffenen Ländern aus kurz- und mittelfristigen Instrumenten. Während die Auswirkungen der Strukturreformen noch nicht absehbar sind, sind die zum Teil drastischen Einsparungen unmittelbar spürbar (vgl. Schmucker 2013). Die Austeritätspolitik gerät damit deutlich in Widerspruch zu gesundheitspolitischen Zielsetzungen, wie etwa der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit durch einen universalistischen Zugang zu einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung sowie der Reduzierung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit (vgl. Rat der EU 2006).

Aber auch die Krankenkassen selber stehen unter Druck, weil die Einnahmen aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit, der Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse (Teilzeitbeschäftigte, neue Selbstständige etc.) und stagnierender Löhne sinken. Die Lohnquote (der Anteil von Löhnen am Bruttonationalprodukt) ist nicht nur in Österreich seit vielen Jahren rückläufig (vgl. Guger et al. 2007). Auch diese Entwicklung trifft insbesondere die sogenannten Krisenländer.

Eine zweite wesentliche Triebkraft für Veränderungen sind neben der Finanzierungskrise die multinationalen Gesundheitskonzerne. Trotz der Krise öffentlicher Budgets und der Kosteneindämmung wird erwartet, dass der Gesundheitssektor auch in Zukunft wächst. Was ihn besonders interessant für private Investoren macht, ist das Fehlen eines zyklischen Charakters. Andere

³ Die Troika besteht aus Vertreter_innen der EZB (Europäische Zentralbank), des IWF (Internationaler Währungsfonds) und der EU-Kommission.

Sektoren leiden unter einem Rückgang in der Nachfrage, aber Patient_innen brauchen medizinische Versorgung ungeachtet von Konjunkturprognosen. Das macht den Gesundheitssektor zu einem vergleichsweise sicheren Terrain für Investitionen.

Neben den multinationalen Unternehmen, die auf eine Liberalisierung des Gesundheitssektors drängen, gibt es aus diesem Grund auch zahlreiche lokale Unternehmen, die zusätzliche Investitionsmöglichkeiten suchen, um ihre konjunkturabhängigen Geschäftstätigkeiten auszugleichen. Die zunehmende Bedeutung der Gesundheitsversorgung als profitabler Ort für Investitionen zeigt sich nicht zuletzt in der Tatsache, dass Gesundheit zu einem wichtigen Thema bei den WTO-Verhandlungen geworden ist.

Dualer Charakter der Transformation im Gesundheitssektor

Eine Besonderheit des Gesundheitssektors ist der duale Charakter der Transformation mit jeweils spezifischen Veränderungen in der Finanzierung und Erbringung der Gesundheitsversorgung. Generell zeichnen sich die Veränderungen im Gesundheitssektor – verglichen mit den Veränderungsprozessen von anderen öffentlichen Dienstleistungen – durch eine Vielfalt von Formen und Maßnahmen aus, die im weiteren Sinne mit Privatisierung in Verbindung gebracht werden können.

Als eine wichtige Veränderung in der Finanzierung des Gesundheitssektors ist die relative Zunahme privater Gesundheitsausgaben im Vergleich zu öffentlichen Gesundheitsausgaben anzuführen. Einerseits hat die Bedeutung der privaten Versicherungen in der Finanzierung der Gesundheitsausgaben zugenommen, andererseits wurden private Zuzahlungen eingeführt oder erhöht.⁴ Letzteres kann seit etlichen Jahren in allen europäischen Gesundheitssystemen beobachtet werden und inkludiert direkte Zahlungen (Zahlungen für Güter und Dienstleistungen, die nicht von der Versicherung getragen werden), Zuzahlungen im eigentlichen Sinn (die Versicherten sind gezwungen, einen Teil der Kosten selber zu tragen, dies wird auch als Benutzer_innengebühr be-

⁴ Zu den Selbstbehalten zählen die Krankenscheingebühr, Zuzahlungen bei zahnärztlichen Leistungen, die Rezeptgebühr für Heilmittel, die anteilmäßige Kostenübernahme bei Heilbehelfen und der Kostenbeitrag bei Spitalsaufenthalten.

zeichnet) und informelle Zahlungen für eine bevorzugte Behandlung. Dabei gibt es allerdings große Unterschiede in den Mitgliedsländern. Österreich gehört zu den Ländern mit einem besonders hohen Anteil an Zuzahlungen. Mittlerweile werden in Österreich rund 25 bis 30 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben privat geleistet, neben der oder zusätzlich zur gesetzlichen Sozialversicherung. Das heißt aber auch, dass der solidarische Beitrag der gesunden Menschen durch Beitrags- und Steuerleistungen anteilmäßig insgesamt sinkt, während gleichzeitig der finanzielle Beitrag der Kranken zum Gesundheitssystem durch Selbstbehalte anteilmäßig steigt.

Die Erhöhung von Patient_innenzuzahlungen ist nach Schmucker (2013) auch eine der am häufigsten angewandten Maßnahmen in den europäischen Krisenländern, wie unter anderen in Irland, Portugal und Italien.

Als zweite wichtige Veränderung im Bereich der Krankenhausfinanzierung ist die Einführung des Diagnosis-Related-Groups-(DRG)-Systems anzuführen, das in Deutschland seit 2004 und in Österreich Ende der 1990er-Jahre mit dem LKF-Modell (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) umgesetzt wurde. Erfolgte die Finanzierung der Behandlungen früher auf Basis der im Krankenhaus verbrachten Tage in Form von undifferenzierten Tagespauschalen, sieht das DRG System für jede Behandlung einen bestimmten Betrag vor, der unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer ist. Damit sind Anreize gesetzt, Leistungen je Patient_in zu reduzieren bzw. diese nicht über die definierten Grenzen ansteigen zu lassen (vgl. Papouschek 2013). Die Einführung eines DRG-Systems ist derzeit auch in Griechenland und Bulgarien im stationären Sektor in Vorbereitung.

Der Wandel in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung hat nun, obwohl er nicht notwendigerweise eine Verschiebung von einem öffentlichen zu einem privaten System beinhaltet, die Art und Weise, wie Gesundheitsversorgung erbracht wird, grundsätzlich verändert. Klinke/Müller (2008: 42) verweisen in diesem Zusammenhang auf die Durchsetzung „eines ordnungspolitischen Wandels, der darin besteht, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot tendenziell eine Vorrangstellung gegenüber allen übrigen Zielen der Gesetzlichen Krankenversicherung erhält – also auch gegenüber den Ansprüchen der Versicherten auf Gewährleistung einer flächendeckenden qualitativ hochwertigen Versorgung mit allem medizinisch Notwendigen“. Dies trifft insbesondere auch die schon öfters zitierten europäischen Krisenländer.

Beispiel Krankenhaus: Privatisierungstendenzen, Auslagerung und Public-Private-partnerships in Österreich

Krankenhäuser werden gerne als Beispiel für den Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung herangezogen, da zusätzlich zur wichtigen Rolle des Staates in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung in allen Ländern auch große Teile des Krankenhausesektors in öffentlicher Hand waren bzw. noch sind. Oft wurden die Spitäler von Gemeinden oder Ländern geführt (vgl. Maarse/Ter Meulen 2006). Gleichzeitig stellen Krankenhäuser den kostenintensivsten Bereich der Gesundheitsversorgung dar.

Die radikalste Form der Privatisierung⁵ in der Erbringung der Gesundheitsversorgung ist der Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern. Eine Reihe von Ländern, wie beispielsweise Schweden, experimentierte bereits Ende der 1990er-Jahre mit Spitalsprivatisierungen. Deutschland ist das Land in Europa, in dem der Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern systematisch und im großen Stil erfolgte (vgl. Maarse 2006: 96). Während noch 2002 lediglich 28,3 Prozent der öffentlichen Krankenhäuser in privater Rechtsform geführt wurden, waren es 2011 56,8 Prozent (vgl. Böhlke 2013).

In Österreich kommt es kaum zu Vollprivatisierungen in dem Sinne, dass der öffentliche Partner komplett aussteigt und das Krankenhaus an Privatunternehmen verkauft. Aber auch Teilprivatisierungen finden in Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern nach wie vor eher selten statt. Teilprivatisiert wurden in den letzten Jahren beispielweise vier Rehabilitationszentren (Sonderkrankenanstalten) der Sozialversicherung der Bauern (SVB). Die SVB blieb jedoch mit einem Minderheitsanteil von 26 Prozent (Sperrminorität) weiter an den Gesundheitseinrichtungen beteiligt.⁶

⁵ Eine gängige Unterscheidung bei der Beschreibung des Wandels im Gesundheitswesen ist die zwischen Liberalisierung und Privatisierung. Während mit Liberalisierung die Einführung von Wettbewerb – im Sinne der Zulassung mehrerer Anbieter – gemeint ist, wird unter Privatisierung der Transfer von Unternehmensanteilen von einem öffentlichen zu einem privaten Eigentümer verstanden. Unter Ökonomisierung wird wiederum die Beteiligung von privatem Kapital, die Einführung von Marktmechanismen sowie die Adaptierung von privaten Management- und Effizienzprinzipien (Effizienz wird mit Profitabilität gleichgesetzt) verstanden (vgl. u. a. Brandt/Schulten 2008).

⁶ Verkauft wurde an ein privates Konsortium, das aus der „hospitals“ Projektentwicklungsges.m.b.H., der KBG Krankenhaus Beteiligungs GmbH und der Humanomed Krankenhaus Management Gesellschaft m.b.H. (mittlerweile PremiQaMed und im Eigentum der UNIQA Österreich Versicherungen AG) besteht.

Auslagerung (Outsourcing) von bestimmten Teilen oder Funktionen an private Unternehmen ist hingegen mittlerweile im betrieblichen Alltag von österreichischen Krankenhäusern verankert. Primäres Ziel der Auslagerung ist Kosteneinsparung. Bei einer Auslagerung wird eine Unternehmensaufgabe bzw. eine Unternehmensfunktion wie beispielsweise Reinigung, Wäscherei, Labor an ein bereits existierendes Unternehmen, in der Regel eine private Firma, übertragen und anschließend von dieser Firma zugekauft. Den Anfang machten Ausgründungen von sekundären Dienstleistungen wie Reinigung, Wäscherei oder Küche. Mittlerweile werden aber auch primäre Dienstleistungen wie Laboranalyse, Dialyse, Computertomografie ausgelagert.

Auslagerungen können beträchtliche Auswirkungen auf die Beschäftigten haben. Angeführt sei nur ein Einkommensverlust aufgrund eines ungünstigeren (niedrigeren) Kollektivvertrags oder der Verlust von betrieblichen Sozialleistungen, die den Beschäftigten vor der Auslagerung zustanden (vgl. Papoušek 2011).

Sehr beliebt ist in Österreich eine spezifische Form der Auslagerung, die sogenannte Public-private-Partnership (PPP). PPPs sind auf Dauer angelegte Kooperationen von öffentlicher Hand und privater Wirtschaft bei der Planung, der Erstellung, der Finanzierung, dem Betreiben oder der Verwertung von (bislang) öffentlichen Aufgaben. Eine in Österreich häufig angewandte PPP-Variante ist die Übernahme der Betriebsführung von Krankenanstalten durch private Firmen, die sich auf Krankenhausmanagement spezialisiert haben. Innerhalb einer PPP werden Private in den letzten Jahren auch immer mehr zur Finanzierung von Investitionen geholt. In etlichen Spitälern wurde bzw. wird mit privater Hilfe um- oder neu gebaut. Im Linzer Unfallkrankenhaus kam es jedoch mittlerweile zur Auflösung der PPP, da entgegen dem erklärten Ziel die Kosten stark anstiegen.

Neben Auslagerung und PPPs ist auch der Trend zur Gründung neuer privater Krankenhäuser zu nennen. Diese Spitäler behandeln vornehmlich Patient_innen mit Privatversicherungen. Dadurch ist zwar ihr Marktanteil begrenzt, nichtsdestotrotz hat auch in Österreich ihre Anzahl zugenommen, wenn auch in geringerem Maße als in anderen europäischen Ländern, wie etwa in Polen. Gleichzeitig ist die Anzahl der öffentlichen Krankenanstalten seit Jahren rückläufig, was allerdings größtenteils auf die administrative Zusammenlegung von Spitälern zurückzuführen ist. Ebenfalls rückläufig ist seit Anfang der 1980er-

Jahre die Anzahl der Spitalsbetten. Möglich wurde dies durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer der Patient_innen im Akutbereich.

Zusammengefasst, finden sich Voll- und Teilprivatisierungen selten, zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens und Privatisierungstendenzen können jedoch auch in Österreich beobachtet werden. Insbesondere der Krankenhausesektor wurde in den letzten Jahren durch Reformen wesentlich marktnäher gestaltet.

Die Bedeutung des Krankenhausesektors wird derzeit auch in den Krisenländern deutlich. Krankenhäuser stehen im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Krisenreaktionen hinsichtlich der Versorgungsstrukturen. Dabei wird zum einen auf die Schließung und die Fusion öffentlicher Krankenhäuser, zum anderen auf den Abbau von Krankenhausbetten und die Einführung eines DRG-Systems gesetzt (vgl. Schmucker 2013).

Zusammenfassung und Ausblick

Deutlich wurde: Ein Paradigmenwechsel im öffentlichen Gesundheitswesen vom wohlfahrtsstaatlichen Element zum Kostenfaktor hat in allen europäischen Ländern stattgefunden. Die strikte Austeritätspolitik – als Auswirkung der Finanz- und Wirtschaftskrise – hat überdies die Entwicklung in einigen europäischen Ländern rasant verschärft. Auch Gesundheitssysteme sind in den Fokus der Konsolidierungsprogramme gerückt. Zwar liegen bislang nur wenige systematische Analysen zur gesundheitspolitischen Entwicklung in den Krisenländern vor, aber das vorhandene Material reicht aus, um deutlich zu machen, dass Gesundheit als öffentliches Gut – also eine öffentliche Gesundheitsvorsorge und das Recht auf universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung – auch in Europa nicht mehr in allen Ländern gewährleistet ist. Die besondere gesundheitspolitische Relevanz entsteht aus der gleichzeitigen Verschlechterung der sozialen Lage großer Teile der Bevölkerung und dem erschwerten Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem. Die konkreten gesundheitsbezogenen Krisenfolgen sind derzeit noch nicht quantifizierbar (vgl. Schmucker 2013).

Bislang liegen dazu nur vereinzelt Zahlen vor: In allen südeuropäischen Ländern kommt es vermehrt zu Ausbrüchen von Tropenkrankheiten, wie Malaria oder Denguefieber. In Spanien sind Einwanderer ohne Papiere von den

Kürzungen besonders hart betroffen. Sie hatten seit dem Jahr 2000 das Recht auf kostenlose Gesundheitsversorgung. Das wurde den rund 500.000 Migrant_innen jetzt genommen. Nur bei Schwangerschaft, in Notfällen oder für chronisch Kranke werden Ausnahmen gemacht. Wer unter diese Ausnahmeregelung fällt, darüber entscheiden die regionalen Gesundheitsbehörden. Auch das folgende Beispiel macht die Auswirkungen der Kürzungen sichtbar: Weil Programme zur Bereitstellung sauberer Nadeln für Drogenabhängige gestrichen wurden, ist in Griechenland die Zahl der HIV-Infektionen unter Drogenabhängigen gestiegen (von 10 bis 15 Neuinfektionen jährlich zwischen 2007 und 2010 auf 256 in 2011 und 314 in den ersten acht Monaten des Jahres 2012).

Die Entwicklung zeigt, der Kampf für einen Erhalt öffentlicher Dienstleistungen oder besser des öffentlichen Gesundheitswesens in Europa wird immer wichtiger, ist aber nicht ausreichend. Ein öffentliches Gesundheitssystem, das „eine abhängige Variable“ der Haushaltsentwicklung wird, kollidiert mit gesundheitspolitischen Zielen und dem Menschenrecht Gesundheit. Das Recht auf universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung, aber auch das Recht auf Beteiligung an der Gestaltung des Gesundheitswesens, muss – so scheint es – für Gesamteuropa wieder neu politisch erkämpft werden. Hier könnten die Commons ins Spiel kommen und eine Auseinandersetzung damit, was der Commons-Gedanke in Bezug auf Gesundheitsversorgung bedeutet und wie mögliche Umsetzungen aussehen könnten.

Erfahrungen dazu liegen bereits vor, entstanden allerdings eher als Ausdruck von Mangel als von Entfaltung gesellschaftlicher Selbstbestimmung. Anna Leder (2013) beschreibt ein solches Projekt: die Eröffnung eines selbstverwalteten Gesundheitszentrums⁷ auf Initiative einer Gruppe im Gesundheitswesen Beschäftigter im Jahr 2011 in Griechenland. Das Zentrum versteht sich derzeit als temporäre Einrichtung mit dem Ziel, gesellschaftliche und politische Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass alle einen gleichberechtigten

⁷ Die Arbeit im Zentrum geschieht ausnahmslos unentgeltlich. An dieser Stelle müsste auch genauer diskutiert werden, inwiefern in solchen Projekten eine „Feminisierung der Verantwortung für die Bereitstellung öffentlicher Güter und Dienste“ stattfindet, die auf die geschlechtliche Arbeitsteilung gegründet ist. In vielen Initiativen in anderen gesellschaftlichen Bereichen sind es bislang überdurchschnittlich häufig Frauen, die der Verarmung von bisher öffentlich erbrachten Dienstleistungen entgegenarbeiten und fehlende öffentliche Einrichtungen mit ihren Aktivitäten kompensieren, um Minimalstandards menschlicher Sicherheit durch ihre privaten Initiativen aufrechtzuerhalten.

kostenlosen Zugang zum Gesundheitssystem haben. Allerdings kann sich aus dem Mangel auch eine nachhaltige kooperative Gesundheitsbewegung entwickeln, wie es das Beispiel der Bewegung Cecosesola⁸ in Venezuela zeigt (vgl. Cecosesola 2012).

LITERATUR

- ALTVATER, ELMAR (2003): Was passiert, wenn öffentliche Güter privatisiert werden? In: *Peripherie. Zeitschrift für Politik und Ökonomie in der Dritten Welt*, 90/91, 23. Jg. (2003), 171–2001.
- ANDRÉ, CHRISTINE (2007): *Privatisation and the Reforms of the European Health Care Systems*. Paper, Wien.
- BÖHLKE, NILS (2013): Öffentliche Krankenhäuser als Auslaufmodell – Privatisierungspolitik in Deutschland. In: Initiative Solidarisch Gesund (Hg.): *Gesundheit für alle*. Wien: Mandelbaum Verlag, 117–124.
- BRANDT, TORSTEN/SCHULTEN, THORSTEN (2008): *Privatisation and Liberalisation of Public Services in Germany: the Example of the Postal and the Hospital Sector*. In: Keune, Maarten/Leschke, Janine/Watt, Andrew (Hg.): *Privatisation and Marketisation of Services – Social and Economic Impacts on Employment, Labour Markets and Trade Unions*, Brussels: ETUI-REHS.
- CECOSESOLA (2012): *Auf dem Weg — Gelebte Utopie einer Kooperative in Venezuela*, Berlin.
- GUGER, ALOIS/MARTERBAUER, MARKUS/WALTERSKIRCHEN, EWALD (2007): *Alternative Ansätze zur Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens*. In: *Kurswechsel: Zeitschrift für gesellschafts-, wirtschafts- und umweltpolitische Alternativen*, Nr. 2/2007, 99–109.

⁸ Die Central Cooperativa de Servicios Sociales del Estado Lara (Cecosesola) ist ein Genossenschaftsverband in der Region der Millionenstadt Barquesimeto in Venezuela. Vor 40 Jahren gegründet, umfasst er heute über 50 Kooperativen mit 20.000 Mitgliedern. Diese sind mittlerweile in der Produktion von Nahrung, im Transportwesen und in der Gesundheitsversorgung tätig.

- HERMANN, CHRISTOPH (2007): Die Privatisierung von Gesundheit in Europa. In: Ivansits, Helmut/Filipič, Ursula (Hg.): Privatisierung von Gesundheit – Ein Blick über die Grenzen. Reihe Sozialpolitik in Diskussion 5. Wien, 5–21.
- KICKBUSCH, ILONA (2005): Gesundheit als globales öffentliches Gut: eine politische Herausforderung im 21. Jahrhundert. In: Politorbis. Zeitschrift zur Aussenpolitik 3/2005, 12–18.
- KLINKE, SEBASTIAN/MÜLLER, ROLF (2008): Auswirkungen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität aus Sicht hessischer Krankenhausärzte. ZeS-Arbeitspapier, Nr. 4/2008. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- KOBEL, CAROLINE/PFEIFFER, KARL-PETER (2012): Von den Nachbarn lernen. Das österreichische Gesundheitswesen. ÖKZ 53. Jg. (2012), 33–35.
- KRATZWALD, BRIGITTE (2012): Commons und das Öffentliche. Wem gehören öffentliche Dienstleistungen? In: Helfrich, Silke/Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.): Commons – Für eine neue Politik jenseits von Markt und Staat. Bielefeld: transcript Verlag, 79–84.
- LEDER, ANNA (2013): Soziale (Selbst-)Verteidigung und Solidarität – Arbeitskämpfe im Gesundheitswesen in Zeiten der Krise. In: Initiative Solidarisch G'sund (Hg.): Gesundheit für alle. Wien: Mandelbaum Verlag, 150–168.
- MAARSE, HANS/TER MEULEN, RUUD (2006): Consumer Choice in Dutch Health Insurance after Reform. In: Health Care Anal No. 14, 37–49.
- MARTENS, JENS/HAIN, ROLAND (2002): Globale Öffentliche Güter. Zukunftskonzept für die internationale Zusammenarbeit? – Ein WEED-Arbeitspapier, Heinrich Böll Foundation, Papers No. 20.
- PAPOUSCHEK, ULRIKE (2011): Umstrukturierungen im Krankenhaus und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen. FORBA-Forschungsbericht 5/2011. Wien.
- PAPOUSCHEK, ULRIKE (2013): Ökonomisierung: Privatisierung, Auslagerungen und Public Private Partnerships. Zum Wandel des Krankenhausesektors in Österreich. In: Initiative Solidarisch G'sund (Hg.): Gesundheit für alle. Wien: Mandelbaum Verlag, 108–116.
- QUILLIGAN, JAMES B. (2012): Warum wir Commons von öffentlichen Gütern unterscheiden müssen. In: Helfrich, Silke/Heinrich-Böll-Stiftung

(Hg.): Commons – Für eine neue Politik jenseits von Markt und Staat.
Bielefeld: transcript Verlag, 99–106.

SCHMUCKER, ROLF (2013): Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise. In: G+G
Wissenschaft (GGW), Jg. 13, Heft 1 (Januar), 7–14.

UNTERTHURNER, MARKUS (2005): Paradigmenwechsel im österreichischen Ge-
sundheitssystem. In: WISO, Nr. 4/2005, 108–122.