

Judith Dellheim

## **Das Gesundheitswesen für „den Markt“, „die Wirtschaft“ oder für jede und jeden?**

Der hochaktive Ex-Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz **David Byrne** hat in einer Rede Ende Juni 2004 verkündet:

„Eine klare Botschaft für die Zukunft muss sein: **Europa ist gut für Ihre Gesundheit**‘.“ (Byrne, 23.6.2004, 3)

Das klingt wirklich schön und wir würden heute über etwas anderes reden, wäre dieser Satz politisches Programm der Herrschenden. Würde die Europäische Union gemeinsam mit ihren Mitgliedsländern eine Politik betreiben, die jeder und jedem in ihren Grenzen das Recht auf Gesundheit und das Recht auf eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Betreuung garantieren. Wäre diese Politik auf die demokratische Lösung gesellschaftlicher und ökologischer Probleme gerichtet. Würde sie sich zugleich dafür engagieren, dass ganz Europa sozial, zivil, demokratisch und ökologisch wird und dass globale Probleme gemildert und überwunden werden.

Gesundheit hat mit Demokratie und politischer Partizipation zu tun, mit Frieden, sinnvoller Arbeit, Wohnen und sozialer Sicherheit, mit Teilhabe an Bildung und Kultur, mit dem Zustand der natürlichen Lebensgrundlagen.

Gesundheitspolitik im engeren Sinne bezieht sich auf Prävention, gesundheitliche Betreuung und Pflege.

Im Folgenden geht es um Gesundheitspolitik im engeren Sinne und somit um das Recht auf qualitativ hochwertige gesundheitliche Betreuung. Dazu heißt es in der nicht zufällig von vielen abgelehnten Europäischen Verfassung: „Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Maßnahmen der Union in allen Bereichen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“ (Europäische Verfassung, 2004, 22)

Internationaler Workshop der Rosa-Luxemburg-Stiftung am 3./4.12.2005 „Europa muss auf die Herausforderungen der menschlichen Gesundheit reagieren, nicht auf die ,Herausforderungen der Globalisierung““

Diese Aussage bedeutet im Klartext: Nicht allen, die in der Europäischen Union leben, wird Zugang zur Gesundheitsvorsorge gewährt. Stichworte: Flüchtlinge, Illegale, aus Armut nicht Versicherte, diskriminierte Minderheiten.

Ich zitiere aus einem offiziellen Bericht der Europäischen Kommission: „Armut und schlechte Wohnverhältnisse haben unter den Roma-Gruppen neben anhaltender Diskriminierung bei der Gesundheitsfürsorge zu hohen Raten bei ansteckenden Erkrankungen wie Tuberkulose und Hepatitis geführt ...“ (EC Nov. 2004, 3)

Die einzelstaatlichen Rechtsvorschriften sichern nicht, dass jene, denen der Zugang zur Gesundheitsvorsorge gewährt wird, auch erhalten, was sie brauchen.

„Geflogenheiten“ kann auch meinen, dass die Gesundheitsvorsorge den „Bedürfnissen der Wirtschaft im globalen Konkurrenzkampf“ unterzuordnen“ ist. Verschiedene Passagen der Europäischen Verfassung lassen darauf schließen.

Vor diesem Hintergrund äußerten im Frühjahr 2005 ca. 30% der Bürgerinnen und Bürger in den neuen EU-Mitgliedsländern aber auch 49% der Wahlberechtigten in Irland und 40% der Schweden Sorgen um das Gesundheitssystem. (eb 63, 2005, 28)

Nach dieser „Einstimmung“ möchte ich fünf Thesen vorstellen.

## **1. These**

**Die Entwicklung der Gesundheitspolitik als Gegenstand von zwischen der Europäischen Union und den Mitgliedsländern geteilter Verantwortung ist vorrangig neoliberal geprägt, jedoch nicht ausschließlich und widerspruchsfrei. Es sind vielfach Angelegenheiten der gemeinsamen makroökonomischen Politik, die die Bedingungen der nationalen Gesundheitspolitiken und der Gesundheitspolitik auf EU-Ebene bestimmen.**

Als die öffentliche Gesundheit 1992 erstmalig in den EU-Verträgen explizit als Feld gemeinsamer Politik benannt wurde, war die wirtschaftliche Integration bzw. die Herausbildung des gemeinsamen Binnenmarktes vorangeschritten. Diese Entwicklung fand insbesondere Widerspiegelung in Vereinbarungen zum Versicherungswesen, die die Handlungsrahmen nationaler Gesundheitssysteme relevant beeinflussen bzw. einschränken können (vor allem Direktiven des Europäischen Rates vom 18. Juni und 10. November 1992, 92/49/EEC und 92/96 EEC). Sie ging zunehmend mit koordinierter makroökonomischer Politik einher, die

keineswegs losgelöst von den Direktiven und Empfehlungen solcher Institutionen wie OECD, WTO, Weltbank und IWF war und ist. Diese Rahmenbedingungen hatten schon vor 1992 in den EU-Mitgliedsländern, die nach wie vor für die Gesundheitspolitik zuständig sind, Markt geleitete Gesundheitsreformen befördert.

Als 1999 der erste EU-Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz in das Amt eingeführt wurde, waren bereits fünf Tatsachen normal:

- erstens eine wachsende Personenfreizügigkeit, die die Frage gesundheitlicher Betreuung aufwarf, nicht zuletzt in der Wachstumsbranche Tourismus und durch die Mobilität von qualifizierten Arbeitskräften
- zweitens eine Entwicklung des Binnenmarktes, die zum einen auf Forderungen nach gesichertem Gesundheits- und Verbraucherschutz traf, zum anderen auf Forderungen nach Liberalisierung von Gesundheitsdienstleistungen
- drittens eine fortschreitende Kommerzialisierung und Privatisierung der nationalen Gesundheitssysteme
- viertens wachsende Gefahren für die öffentliche Gesundheit in EU-Europa aus anderen europäischen Ländern und von der globalen Ebene aus
- fünftens eine in mehreren EU-Mitgliedsländern und in der internationalen Arena erstarkende Bewegung für nachhaltige Entwicklung, nicht zuletzt im Kontext mit dem Erdgipfel in Rio de Janeiro und der internationalen Konferenz Rio plus 5.

Was die Kommerzialisierung und Privatisierung der nationalen Gesundheitssysteme anbelangt, so möchte ich acht Faktoren nennen, die mehr oder weniger intensiv in den EU-Mitgliedsländern zum Tragen kamen bzw. kommen:

- a) eine Reduktion von öffentlichen Gesundheitsausgaben und die Privatisierung von konkreten Funktionen in den öffentlichen Krankenhäusern wie z. B. Gebäudereinigung
- b) die Vermietung von Bereichen des öffentlichen Krankenhauswesens an den privaten Gesundheitssektor
- c) die Förderung von Public Private Partnership im Gesundheits-, insbesondere Krankenhauswesen
- d) die Privatisierung des Pflegebereiches

- e) Personalabbau und Arbeitsflexibilisierung im öffentlichen Gesundheitsbereich
- f) Ausbau des privaten Gesundheitssektors und der privaten Krankenversicherung
- g) Wachsende Selbstbeteiligung der Patienten an den Gesundheitskosten bei Restriktion des Zugangs zu öffentlichen Leistungen
- h) Anwachsender Druck auf die Kommunen und Regionen zur Kürzung, Kommerzialisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen durch eine dramatische Verschlechterung ihrer öffentlichen Finanzausstattung. (ähnlich Tolius, 2005)

Mit diesen acht Faktoren sind nun wiederum zumindest drei Tendenzen verbunden: eine schwindende Rolle des öffentlichen Gesundheitswesens, fortschreitende soziale und territoriale Ungleichheit in der gesundheitlichen Betreuung und ein wachsender Druck zur Liberalisierung von Gesundheitsdienstleistungen im EU-Binnenmarkt.

Die zuvor genannten fünf Prozesse erklären, warum die erste gesundheitspolitische Strategie der EU vom Mai 2000 und ihr erstes Aktionsprogramm von den drei Prinzipien ausgehen: Integration, Nachhaltigkeit und Prioritätensetzung (Mitteilung der Kommission (KOM(2000) 285 endg.). Richtiger wäre: wirtschaftliche Integration, Nachhaltigkeit nicht unbedingt im Sinne von sozial und ökologisch nachhaltiger Entwicklung, Prioritäten entsprechend der akuten Gefahren und Herausforderungen wie sie unter den gesellschaftspolitischen Kräfteverhältnissen gesehen werden.

## **2. These**

**Die im Frühjahr 2000 gestartete Lissabonstrategie war für die Gesundheitspolitik zunächst von ambivalenter Bedeutung: Zum einen boten die ursprünglichen Formulierungen durchaus Chancen für eine Gesundheitspolitik, die sich am Recht auf hochqualitative gesundheitliche Betreuung orientiert. Zum anderen war mit der Zielstellung, bis zum Jahre 2010 dynamischste Weltwirtschaftsregion zu werden, die verstärkte Unterordnung der Gesundheitspolitik unter „die Herausforderungen der Wirtschaft“ bzw. „der Globalisierung“ vorprogrammiert.**

Zur Erinnerung: Der Europäische Rat hatte in Lissabon das strategische Ziel vereinbart, bis 2010 „die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten

Internationaler Workshop der Rosa-Luxemburg-Stiftung am 3./4.12.2005 „Europa muss auf die Herausforderungen der menschlichen Gesundheit reagieren, nicht auf die ‚Herausforderungen der Globalisierung‘“

wissensbasierten Wirtschaftsraum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren sozialen Zusammenhalt“ zu machen. (Europäischer Rat 2003).

Der Europäische Rat von Göteborg verständigte sich ein gutes Jahr später, die wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Auswirkungen der verschiedenen Politiken zu prüfen und stärker auf nachhaltige Entwicklung zu orientieren.

Ex-Kommissar David Byrne und sein Umfeld versuchten, die aufgezeigte Ambivalenz auszunutzen, die widerstreitenden Interessen der machtpolitisch sehr unterschiedlichen wirtschafts-, sozial- und gesundheitspolitischen Akteure zu berücksichtigen:

- der Parlamente, Regierungen und Verwaltungen auf den verschiedenen Ebenen mit ihren unterschiedlichen Ressorts
- der Unternehmen, insbesondere der Konzerne, in den Branchen Pharmazie und Medizintechnik
- der öffentlichen und privaten Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, und davon wieder, insbesondere der Konzerne
- der privaten Anbieter von Serviceleistungen für den öffentlichen Gesundheitssektor
- der im Gesundheitsbereich unmittelbar Tätigen
- der öffentlichen und privaten Versicherungen und Krankenkassen
- der Unternehmen bzw. Institutionen im High Tech Bereich und im Markt von Finanzdienstleistungen, in der Chemie, im Bereich Grundstoffe und Bauwesen sowie in der Land-, Nahrungs- und Genussmittelwirtschaft
- der sozial und politisch sehr ungleichen Patientinnen und Patienten, Konsumentinnen und Konsumenten, Kundinnen und Kunden, Steuerzahlerinnen und Steuerzahler
- der sehr verschieden von Arbeitsschutz Betroffenen.

Bei aller Widersprüchlichkeit haben sich tendenziell jene durchgesetzt, die **am Markt** erscheinenden gesellschaftlichen Interessen Rechnung tragen und von Liberalisierung gewinnen.

So ist es nicht verwunderlich, dass in den Kommissionsverlautbarungen seit 2001 immer wieder drei Problemkreise von besonderem Interesse sind: den Patienten als

Internationaler Workshop der Rosa-Luxemburg-Stiftung am 3./4.12.2005 „Europa muss auf die Herausforderungen der menschlichen Gesundheit reagieren, nicht auf die ‚Herausforderungen der Globalisierung‘“

selbstbewussten gut informierten, rational und qualifiziert entscheidenden Verbraucher in das Zentrum der Gesundheitspolitik rücken, die Lebensweise und Lebensstile und so die Gesundheitskosten senkende individuelle Verhaltensweisen zum öffentlichen Thema machen und wirtschaftlichen Interessen entsprechen. So ging es z. B. bei der Werbung für das öffentliche Gesundheitsprogramm 2003-2008 darum, , „die Interessen der pharmazeutischen Industrie, insbesondere der forschungsgestützten Industrie an Innovation, Konkurrenzfähigkeit und Profitabilität und der öffentlichen Gesundheitsinteressen bezüglich der Versorgung mit entsprechenden und kosteneffektiven Medikamenten auszubalancieren.“ (Byrne, 15.6. 2001)

Nichts gegen die Stärkung der Rolle des Patienten, aber gegen eine Delegation gesellschaftlicher Verantwortung für die öffentliche Gesundheit auf sie und ihn.

Nichts gegen die Orientierung auf gesunde Lebensweise, wenn zugleich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen dafür verbessert werden.

Nichts gegen ein Ausbalancieren von Interessen der pharmazeutischen Industrie mit den öffentlichen Gesundheitsinteressen, wenn dabei die öffentlichen machtpolitisch und ökonomisch gewinnen. Aber immer dominiert letztendlich das Gegenteil.

### **3. These**

**Die ökonomische Verschlankung der Lissabon-Strategie zu Ungunsten des Sozialen und Ökologischen schlägt sich besonders gravierend in der Gesundheitspolitik wider. Dabei zeigt sich ein recht inkonsequenter Umgang mit dem so genannten Humankapital: Es wird einerseits als ein immer wichtiger werdender Wirtschaftsfaktor angesehen, andererseits bleiben die Konsequenzen daraus zumeist auf Investitionen in die Bildung, Aus- und Weiterbildung beschränkt. Trotz Konzentration auf „Beschäftigungsfähigkeit“ geht es vergleichsweise selten um Investitionen in die öffentliche Gesundheit.**

Ich bin mir sehr wohl der Ambivalenz dieser These bewusst und will damit auf ein Dilemma hinweisen: Wer unter neoliberaler Hegemonie praktisch für das Recht auf hoch qualifizierte gesundheitliche Betreuung eintritt, ist vielfach provoziert, auf die herrschende Logik einzuschwenken: Investitionen in die Gesundheit sind gut, weil sie für „die Wirtschaft“ gut sind. „Die Wirtschaft“ meint aber zuerst die Akteure neoliberaler Globalisierung, also transnationale Konzerne.

Ich strapaziere weiter Mr. Byrne und zitiere, „Gesundheit ist heutzutage die Voraussetzung für eine florierende Wirtschaft. Die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft hängt in zunehmendem Maße davon ab, dass die Bürger ein gesünderes und produktiveres Leben führen können. Gesundheit ist der Motor des Wachstums. Nach vorliegenden Erkenntnissen kann ein 10-prozentiger Anstieg der Lebenserwartung einen Anstieg des BIP um bis zu 0,35% herbeiführen. ... Aus diesem Grund muss die Gesundheit eine Priorität der Wirtschaft werden.“ (Byrne, 15.7. 2004). Die Wirklichkeit sieht so aus: Die private Wirtschaft will ihren Anteil an der Finanzierung öffentlicher Gesundheit reduzieren. Je nach konkreter Gestaltung des nationalen Finanzierungsmodells heißen die Forderungen: Lohnnebenkosten runter, also Sozialabgaben reduzieren und bzw. oder Steuern runter, um Kosten und Preise zu senken, die „Attraktivität des Standortes“ zu erhöhen. Nebenbei geht es um den weiteren generellen Rückzug des Staates aus seiner öffentlichen Verantwortung bzw. um seine weitere Verwandlung in einen Ressourcenbeschaffer für Konzerne. Es interessieren Globalisierungsgewinne, „innovative Arzneipolitik als Kern der Gesundheitspolitik“ (Byrne, 15.7.2004), die Rückkehr europäischer Gesundheitsforschung, Medizintechnik und –technologie an die Weltspitze, die weitere Liberalisierung von Gesundheitsdienstleistungen und die Privatisierung lukrativer Teile des öffentlichen Gesundheitswesens.

In EU-Europa werden auf dem Gebiet Gesundheit große gemeinsame Herausforderungen ausgemacht: Gesundheitsschutz, demographischer Wandel, Patienten- und medizinische Fachkräftemobilität, die Sicherheit sensibler Güter wie Blut, Zellen und Gewebe, anwachsende chronische Krankheiten, zunehmende Gesundheitskosten und Unterschiede im Niveau der Gesundheitsversorgung. Gesundheit wird als „ein Testfall für Europa“ bezeichnet, wobei es vor allem um das Funktionieren der Gesundheitssysteme im Binnenmarkt geht, was die Kooperation aller Beteiligten und Betroffenen erfordert (Byrne, 26.9.2002, 2-3).

Die lässt selbst offiziell zu wünschen übrig, denn es geht um Partikularinteressen und Geld.

Im Frühjahr 2004 legte die Europäische Kommission ein Paket aus drei Vorschlägen auf den Tisch:

- 1) Ein Strategiepapier über die Freizügigkeit von Patienten und die grenzüberschreitende Kooperation in der Gesundheitsversorgung
- 2) Die Anwendung der „offenen Methode der Koordinierung“ zur Umsetzung von Reformen in der Gesundheits-, Pflege- und Sozialversicherungspolitik, wobei eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Gesundheitsversorgung, die nachhaltig finanzierbar ist, im Mittelpunkt stehen soll
- 3) ein Aktionsplan zur Gesundheitstelematik, der sowohl die optimale Nutzung der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen als auch die stärkere Berücksichtigung von Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitstelematik verfolgt. (Europäische Kommission, 21.4.2004)

Das Paket wäre zu unterstützen, würde es auf die vorrangige Stärkung des öffentlichen Bereiches und auf die verbesserte Befriedigung allgemeiner Gesundheitsinteressen zielen. Kann es aber nicht, soll es auch nicht.

Insgesamt offenbaren die Schlussfolgerungen zur Halbzeitbilanz der Lissabonstrategie vier Widersprüche in Sachen Gesundheit:

- einerseits erfolgt ihre stärkere Berücksichtigung im Kontext mit der demographischen Problematik und einem lebenszyklenbasierten Ansatz in der Beschäftigungspolitik andererseits wird sie weiterhin marginalisiert wie im Europäischen Pakt für Jugend und in der Kohäsionspolitik
- einerseits wird Gesundheit in den Leitprinzipien nachhaltiger Entwicklung aufgewertet, andererseits wird nachhaltige Entwicklung zunehmend auf nachhaltige Wirtschaftsentwicklung und vor allem auf die Nachhaltigkeit bzw. Tragfähigkeit öffentlicher Finanzen reduziert
- einerseits werden angesichts wachsender gesundheitlicher Probleme gesundheitspolitische Aktivitäten eingeleitet andererseits wird von höchster Ebene auf die Dreieck-Strategie fokussiert: Beschäftigungsraten steigern, öffentliche Verschuldung reduzieren, Renten- und Gesundheitssysteme entsprechend reformieren
- einerseits werden soziale und gesundheitliche Probleme beklagt andererseits auf die Durchsetzung der Bolkesteinrichtlinie und die Integration der Finanzmärkte gedrängt, die insgesamt die Lage des öffentlichen Gesundheitssystems weiter verkomplizieren.



#### 4. These

**Bei fachpolitischer Aufmerksamkeit für Gesundheitspolitik werden leicht Gefahren übersehen, die aus einer Tendenz zu konsistenter werdenden gemeinsamen EU-europäischen Politiken erwachsen. Mit dieser Tendenz geht zum einen eine zunehmende widersprüchliche ökonomische Rationalität einher. Zum anderen wird der Mensch immer stärker als Wirtschaftsfaktor gesehen und behandelt.**

Im Wim-Kok-Bericht 2004 wird er „Wirtschaftsgut“ genannt. (Hochrangige Sachverständigengruppe 2004, 38).

Seine Rechte und individuellen Reproduktionsbedingungen interessieren zunehmend in Abhängigkeit von seiner verwertbaren Leistung. „Moderne und effiziente Sozialpolitik“ wird zuerst als Wachstumsfaktor und Voraussetzung für die Finanzierbarkeit des europäischen Sozialmodells behandelt, soziale Integration als Mittel zur Steigerung des Arbeitskräfteangebots. (Hochrangige Sachverständigengruppe 2004, 37). Das ist auch der Duktus der Sozialpolitischen Agenda 2006-2010. Folgerichtig lässt Brüssel verlauten: „**Gesundheit muss als produktiver Faktor in einer Konkurrenzökonomie angesehen werden.** Schlechte Gesundheit untergräbt das individuelle Wohlbefinden und die Produktivität.“ (Byrne, 23.6.2004)

Die Behandlung des Menschen als Wirtschaftsfaktor erleichtert es den Neoliberalen, konsistente politische Maßnahmen vorzuschlagen und umzusetzen. Das gilt auch für gewünschte Wirtschaftsmigration. Vor allem soll kommen, wer das „Brain drain aus Europa“ ausgleichen und außergewöhnliche Fähigkeiten mitbringen kann. Der ist in der Regel privat krankenversichert und soll hier hochwertige Gesundheitsdienstleistungen kaufen können.

Gesundheitsdienstleistungen sollen im Rahmen des GATS weiter liberalisiert und folglich kommerzialisiert werden. Schließlich bietet das Gesundheitswesen einen lukrativen Markt.

So ist wie selbstverständlich im Weißbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse zu lesen: „Obgleich für die Festlegung der Aufgaben und Ziele bei Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen grundsätzlich die Mitgliedstaaten zuständig sind, haben die Regeln der Gemeinschaft dennoch u. U. Auswirkungen auf das Instrumentarium für die Erbringung der Leistungen und auf die Finanzierung.“ (KOM(2004), 374 endg.,13). Dazu gehören Regeln zu Beihilfen und Ausschreibungen. Die Kommission will noch in diesem Jahr eine Mitteilung über Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen von allgemeinem Interesse vorlegen. Zugleich wollte sie mit ihrer Dienstleistungsrichtlinie bzw. mit der Bolkesteindirektive weiter sein. Wenn nun kürzlich eine gewisse Entwarnung bezüglich der Gefahren für die Liberalisierung und Kommerzialisierung von Gesundheitsdienstleistungen gegeben wurde, sollte dies nicht täuschen: Die genannten „Regeln der Gemeinschaft“ bewirken einen weiteren Liberalisierungsdruck und gelten schon für viele aus dem öffentlichen Gesundheits- insbesondere Krankenhausbereich ausgelagerte Leistungen. Es ist also eine gewisse Atempause eingetreten, die zu nutzen ist, aber keinesfalls sieht die Kommission plötzlich einen Widerspruch zwischen Wettbewerbsrecht und Dienstleistungen von allgemeinem Interesse. Ihre in diesem Jahr besonders großen Aktivitäten zur Integration der Finanzmärkte ordnen sich hier ein. Sie sind erneut nachhaltig mit Versicherungen und somit mit sozialen Sicherungssystemen verbunden.

In diesem Jahr erschien mit dem Vorwort des Kommissars für Gesundheit und Verbraucherschutz die Publikation „Der Beitrag der Gesundheit für die Wirtschaft“. Dieser geht nach Ansicht der Autoren insbesondere auf vier Faktoren zurück: höhere Produktivität, höheres Angebot an Arbeit, höhere Fähigkeiten als Folge von mehr Bildung und Training, höhere Einsparungen, die wiederum mehr Investitionen in physisches und intellektuelles Kapital ermöglichen. (EC, Aug. 2005, 13) Derselbe Kommissar legte im Frühjahr 2005 eine Strategie zu Gesundheit und Verbraucherschutz auf den Tisch und schlug vor, ein entsprechendes neues Gemeinschaftsprogramm 2007-2013 zu erarbeiten. Die drei Ziele der Strategie von 2000 – Information und Wissen zu öffentlicher Gesundheit vervollkommen, den Gesundheitsgefahren koordiniert entgegenzutreten, Gesundheit fördern und Behinderung verhindern durch die Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren in allen Politiken und Aktivitäten – sollen ergänzt werden durch drei weitere Stränge: effektiv

Internationaler Workshop der Rosa-Luxemburg-Stiftung am 3./4.12.2005 „Europa muss auf die Herausforderungen der menschlichen Gesundheit reagieren, nicht auf die ‚Herausforderungen der Globalisierung‘“

auf Gesundheitsgefahren reagieren, Behinderung vorbeugen, die Kooperation zwischen den Gesundheitssystemen befördern. „Damit soll Europa bürgernäher gestaltet und ein Beitrag zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit Europas geleistet werden. Eine bessere Gesundheit trägt bei zur Produktivität Europas, zur Partizipation der Arbeitskräfte und zu nachhaltigem Wachstum. Eine schlechte Gesundheit dagegen treibt die Kosten in die Höhe und belastet die Wirtschaft. Entsprechend gilt, dass die Vollendung eines Binnenmarkts für Waren und Dienstleistungen, der den Bedürfnissen und Anforderungen der Verbraucher gerecht wird, die Wettbewerbsfähigkeit verbessert.“ (KOM(2005) 115 endg., 2)

15% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Altern leiden unter chronischen Krankheiten. Mehr als 27% der erwachsenen EU-Bürger/innen haben einmal im Jahr mit seelischen Problemen und Depressionen zu kämpfen bzw. greifen zu Alkohol und Drogen. Jährlich sterben 58.000 Menschen durch Suizid (Europäische Kommission, 17.10.2005). Deshalb auch das Grünbuch zur mentalen Gesundheit. Dass es auf Stärkung der Individuen zielt, ist begrüßenswert. Dass aber diese Stärkung mit Demokratie- und Sozialabbau sowie mit dem Aufbau einer Unternehmergeinschaft einhergehen soll, fordert zu Widerstand, Protest und Alternativen heraus.

Es geht den Herrschenden um eine gesunde Wirtschaft, wofür mehr gesunde Menschen gebraucht werden, nicht um eine Wirtschaft, die eine Gesellschaft selbstbestimmt und solidarisch handelnder Menschen ermöglichen hilft.

## **5. These**

**Die Diskussion über Alternativen zur herrschenden Gesundheits- und Gesellschaftspolitik muss beim Menschenbild ansetzen, beim Leitbild gesellschaftlicher Entwicklung.**

Die Vision vom Menschen als selbstbestimmt und solidarisch Handelnden bedeutet keinesfalls, nur fromme Wünsche zu äußern oder auf eine lichte Zukunft zu hoffen. Die Vision von einer Gesellschaft, in der jede und jeder selbstbestimmt in Würde leben können, heißt auch nicht, auf die sozialistische Revolution zu warten. Diese Menschen- und Leitbilder helfen, Betroffene zu ermutigen, sich solidarisch gemeinsam mit anderen in die Politik einzumischen. Sie helfen auch, ausgehend von den eigenen Alltagsproblemen Schritte zu entwickeln, die gesellschaftliche

Internationaler Workshop der Rosa-Luxemburg-Stiftung am 3./4.12.2005 „Europa muss auf die Herausforderungen der menschlichen Gesundheit reagieren, nicht auf die ‚Herausforderungen der Globalisierung‘“

Strukturen angreifen und vorrangige Hilfe für die sozial Schwächsten, für die am meisten Ausgegrenzten bedeuten.

Es geht um die Suche nach Einstiegsprojekten in eine andere Entwicklungslogik. Das sind Projekte, die nachhaltig Machtverhältnisse verschieben, zwischen Lokalem, Regionalem und Globalem vermitteln, die den einzelnen Menschen Ganzheitlichkeit und Identität nahe bringen und zugleich gesellschaftliche Veränderung und individuelle Selbstveränderung verbinden.

**Die ökonomische Stärkung und die Demokratisierung des öffentlichen Gesundheitswesens wären ein solches Einstiegsprojekt.**

Es kann und muss mit einem Angriff auf jene Konzerne einhergehen bzw. beginnen, die sowohl im EU-Mitgliedsland der Konzernzentrale als auch in Ländern der dritten Welt die Menschen im wörtlichen und/oder übertragenen Sinne krank machen. Fangen wir bei den Pharma- und Medizintechnikkonzernen an! Warum sollen sie nicht endlich mehr in das öffentliche Gesundheitswesen einzahlen?

Literatur:

Byrne, David, 15.7.2004, Durch einen besseren Gesundheitszustand die Wirtschaft ankurbeln: Kommissar Byrne leitet Reflexionsprozess über die künftige EU-Gesundheitspolitik ein, IP/04/934

Byrne, David, 23.6.2004, Enabling health – Empowering citizens, Speech/04/324

Byrne, David, 26.9.2002, Future priorities in EU health policies, Speech/02/426

Byrne, David, 15.6.2001, The Place of the patient in EU Public Health Policy, [http://europa.eu.int/comm/dgs/health\\_consumer/library/speeches/speech109\\_en.html](http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/library/speeches/speech109_en.html)

Eb 63, 2005, Eurobarometer, 63, Die öffentliche Meinung in der Europäischen Union, Befragung Mai bis Juni 2005, Veröffentlichung September, Brüssel

EC, Aug. 2005, The contribution of health to the economy in the European Union, Marc Suhrcke, Martin McKee, Regina Sauto Arce, Svetla Tsoлова, Jørgen Mortensen, Brussels

EC, Nov. 2004, Europäische Kommission, Die Situation der Roma, in der erweiterten Europäischen Union

92/49/EEC, Third Council Directive of 18.6.1992 on the co-ordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending Directives 73/239/EEC and 88/357/EEC

92/96/EEC, Third Council Directive of 18.6.1992 on the co-ordination of laws, regulations and administrative provisions relating to direct insurance other than life assurance and amending Directives 79/267/EEC and 90/619/EEC

Internationaler Workshop der Rosa-Luxemburg-Stiftung am 3./4.12.2005 „Europa muss auf die Herausforderungen der menschlichen Gesundheit reagieren, nicht auf die ,Herausforderungen der Globalisierung““

Europäische Kommission, 17.10.2005, Kommission nimmt Grünbuch über psychische Gesundheit an. Jeder vierte Erwachsene leidet an einer psychischen Erkrankung, IP/05/1292

Europäische Kommission, 21.4.2004, Zusammenarbeit im Gesundheitswesen: neue Kommissionsvorschläge zugunsten der Patienten, IP/04/508

Europäischer Rat 2003, Schlussfolgerungen des Vorsitzes, [http://ue.eu.int/ueDocs/cms\\_Data/docs/pressData/en/ec/00100-r1.en0.htm](http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/ec/00100-r1.en0.htm) )

Europäische Verfassung, 2004, Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Vertrag über eine Verfassung für Europa, Berlin

Hochrangige Sachverständigengruppe 2004, Die Herausforderungen annehmen. Die Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung, Bericht der Hochrangigen Sachverständigengruppe unter Vorsitz von Wim Kok, Brüssel

KOM(2005) 115 endg., Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Mitteilung

der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss, den Ausschuss der Regionen, Mehr Gesundheit, Sicherheit und Zuversicht für die Bürger – Eine Gesundheits- und Verbraucherstrategie, Brüssel

KOM(2004) 374 endg., Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss, den Ausschuss der Regionen, Weißbuch zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse, Brüssel

KOM(2000) 285 endg., Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss, den Ausschuss der Regionen

Über die gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft, Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006), Brüssel

Tolius, Yiannis, 2005, Welfare state and neo-liberal Health care policies in Europe. Search of an alternative model, Paper presented in the Workshop on “Alternative Economic Policy in Europe”, Brussels 23-25.9.2005