



Sand im Getriebe

Internationaler deutschsprachiger Rundbrief der Attac-Bewegung

Ausgabe 11/2002 (29. Mai 2002)

eMail: sand.im.getriebe@attac.org

Zum Eintragen:

Um den wöchentlichen Newsletter „Sand im Getriebe“ zu abonnieren, schickt eine eMail mit dem Inhalt: subscribe sandimgetriebe an: Majordomo@listi.jpberlin.de

Zum Austragen:

Falls Ihr „Sand im Getriebe“ in Zukunft nicht mehr bekommen wollt, schickt eine eMail mit dem Inhalt: unsubscribe sandimgetriebe an: Majordomo@listi.jpberlin.de

Selbstverständnis

Der Rundbrief „Sand im Getriebe“ ist ein Medium für Menschen, die eine Welt jenseits der neoliberalen Globalisierung verwirklichen wollen. Er gibt Texten von AutorInnen unterschiedlicher Gesinnung einen gemeinsamen Ort. Die enthaltenen Positionen sind nicht notwendigerweise solche der Attac-Bewegung.

Markus Schallhas (Attac Österreich) Felix Kolb (Attac Deutschland)

Der Inhalt

- 1. Was ist das GATS. Stellungnahme von Attac- Österreich.** Das Allgemeine Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen (General Agreement on Trade in Services: GATS) ist eine der zentralen Säulen der 1995 gegründeten Welthandelsorganisation WTO. Der Dienstleistungssektor macht in den Industrieländern bereits zwei Drittel der Wirtschaftsleistung aus, entsprechend groß ist das Interesse der führenden Konzerne an einer weltweiten Liberalisierung (und Privatisierung) von Bank- und Versicherungsgeschäften, Telekommunikation, Post, Strom, Gas, Wasser, Transport, Tourismus, Medien, Bildung, Gesundheitswesen und weiteren 150 im GATS aufgelisteten Dienstleistungen. Was ist GATS.
- 2. Gesundheitspolitik. Rede auf dem bundesweiten Ratschlag von ATTAC, Frankfurt 25.5.2002.** Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Freundinnen und Freunde! Vielen Dank für die Einladung, einige Bemerkungen zum Stand der Dinge in der Gesundheitspolitik zu machen. Als politischer Mensch und als Wissenschaftler ist es mir eine Ehre und eine Freude, hier zu Ihnen von attac zu sprechen. Denn wenn gegenwärtig in der Bewegung gegen die weltweit umgreifende neoliberale Ökonomisierung eine politisch wirkungsvolle Gruppe hervorzuheben ist, dann ist das attac. Geht es um den Kampf gegen die neoliberale Ökonomisierung, muss mittlerweile aber auch die Gesundheitspolitik thematisiert werden! Insbesondere sollte sie von denjenigen politisiert werden, die - wie Sie - für Freiheit, für Gleichheit, für weltweite Gerechtigkeit und Solidarität eintreten und erfolgreich kämpfen! Warum gerade Gesundheitspolitik, so werden sicher einige von Ihnen denken und fragen. Nun: Gesundheit ist ein Menschenrecht!
- 3. Globalisierung und Gesundheit - Wenn aus Patienten Kunden werden.** Globalisierung ist in aller Munde – spätestens seit den großen Protesten anlässlich der WTO-Tagung in Seattle, USA im vorletzten Jahr, denen eine Reihe ähnlicher Zusammenstöße der bis dahin oft auch von den Regierungen gelobten Zivilgesellschaft mit den hochkarätigen Gesprächs- und Verhandlungsrunden von IWF, WTO, der G8 oder des Weltwirtschaftsgipfels in Davos folgten.

1 Was ist das GATS? Stellungnahme von Attac- Österreich von Dr. Josef Mayer und Mag. Gelge Plank

Das Allgemeine Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen (General Agreement on Trade in Services: GATS) ist eine der zentralen Säulen der 1995 gegründeten Welthandelsorganisation WTO. Der Dienstleistungssektor macht in den Industrieländern bereits zwei Drittel der Wirtschaftsleistung aus, entsprechend groß ist das Interesse der führenden Konzerne an einer weltweiten Liberalisierung (und Privatisierung) von Bank- und Versicherungsgeschäften, Telekommunikation, Post, Strom, Gas, Wasser, Transport, Tourismus, Medien, Bildung, Gesundheitswesen und weiteren 150 im GATS aufgelisteten Dienstleistungen. Was ist GATS.

Das GATS umfasst vier Varianten grenzüberschreitender Dienstleistungen:

1. Die Dienstleistung kommt über die Grenze (Handel);
2. Die KonsumentIn geht über die Grenze (Konsum im Ausland);
3. Die DienstleisterIn kommt über die Grenze (Erbringung im Ausland);
4. Die DienstleistungsanbieterIn lässt sich im Ausland nieder (Direktinvestition).

Aufgrund dieses letzten Punktes wurde das GATS schon als das erste internationale Investitionsschutzabkommen bezeichnet. Formal gesehen sind die zentralen Grundprinzipien des GATS Meistbegünstigung (keine ausländische AnbieterIn darf schlechter gestellt werden als eine andere) sowie Marktzugang (Art. XVI) und Inländerbehandlung (Art. XVII): Ausländische DienstleistungsanbieterInnen dürfen nicht schlechter gestellt werden als inländische. Ein verdeckt enthaltenes Grundprinzip ist die Zurückdrängung des öffentlichen Bereiches zugunsten privater ErbringerInnen. Seit Anfang 2000 laufen die so genannten GATS 2000-Verhandlungen, die eine Vertiefung der 1995 begonnenen Dienstleistungsliberalisierung zum Ziel haben. Bis Juni 2002 müssen alle WTO-Mitglieder in der so genannten „request-Phase“ die jeweils ändern dazu auffordern, bestimmte Dienstleistungssektoren für ausländische MitbieterInnen zu öffnen und bis März 2003 in der „offer-Phase“ all jene Bereiche benennen, die sie selbst liberalisieren

werden. Die Verhandlungen finden unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt. Das ist umso brisanter, als einmal eingegangene Liberalisierungsverpflichtungen im Sinne des InvestorInnenenschutzes nicht rückgängig gemacht werden können. Außerdem verpflichten sich die GATS-UnterzeichnerInnen zur permanenten Weiterliberalisierung nicht nur in den bereits geöffneten Sektoren, sondern auch in den bislang „verschonten“.

GATS bedroht die Demokratie

Nationalstaaten, Länder und Gemeinden regulieren mit Gesetzen die von privaten erbrachten Dienstleistungen, um nicht-ökonomische Ziele wie Umweltschutz, Arbeitsplatzsicherheit oder Regionalpolitik zu verfolgen. Es findet politische Gestaltung des Wirtschaftsgeschehens im Sinne eines Ausgleichs zwischen privatwirtschaftlichen und öffentlichen Interessen statt. Das Problem des GATS: Viele dieser öffentlichen Regulierungen können als „Handelshindernisse“ angesehen und beim Schiedsgericht der WTO angefochten werden. Beispielsweise benachteiligt die Förderung der Nahversorgung ausländische AnbieterInnen, das wäre das a aus jeder Regionalpolitik. Oder: Die Beschränkung der Zahl von Hotels oder Skiliften in einer sensiblen Gletscherregion benachteiligt ausländische InteressentInnen gegenüber inländischen Betreiber-schaften, die schon zum Zug gekommen sind. In diesen Fällen kann zwar ein Nationalstaat politische Ziele wie Umweltschutz geltend machen, muss dann aber seine Regulierung einem „Notwendigkeitstest“ unterziehen, das heißt, die Umweltschutzmaßnahme wird geprüft, ob sie die am wenigsten han-

delshemmende aller denkbaren ist. Wenn nicht, kann der Nationalstaat vom Schiedsgericht der WTO gezwungen werden, das Gesetz aufzuheben. Damit wird der demokratische Prozess durch WTO-Urteile ersetzt, die noch höherrangig sind als das demokratisch ohnehin schon schwach legitimierte EU-Recht. Die Konsequenzen des GATS sind kaum absehbar. So meinte der ehemalige Direktor der WTO Renato Ruggiero: „Das Dienstleistungsabkommen GATS umfasst Bereiche, die noch nie zuvor als Handelspolitik angesehen wurden. Ich vermute, dass weder die Regierungen noch die Geschäftswelt die volle Reichweite und den Wert der eingegangenen Verpflichtungen erkannt haben.“

Öffentliche Dienste in Gefahr

Unter „öffentlichen Diensten“ (engl. public services) versteht man soziale Absicherungs- und Grundversorgungsbereiche wie Kranken- und Pensionsversicherung, Bildungssystem, öffentlicher Verkehr, Wasserversorgung, Strom, Telefon und Post. Diese Grundinfrastruktur, die wir alle jeden Tag benötigen, wird üblicherweise durch öffentliche Monopole auf solidarische Weise zur Verfügung gestellt. Alle Menschen haben Zugang, Gewinne werden nicht erwirtschaftet, der Markt bleibt draußen. Das könnte durch das GATS schon bald Vergangenheit sein. Post, Strom und Telekom werden bereits liberalisiert, und in den USA und in England sind sämtliche der aufgezählten Bereiche zumindest teilprivatisiert. Das Problem: Durch die Privatisierung drohen die public services teurer zu werden, der universale Zugang für alle Menschen würde verloren gehen, und die Qualität der Dienstleistungen droht ebenfalls abzunehmen. Darauf lassen zumindest eine Reihe internationaler Erfahrungen schließen (siehe unten). Das WTO-Sekretariat versucht zwar zu beruhigen: public services seien vom GATS ausgenommen. Doch der GATS-Text sieht eine Ausnahme öffentlicher Dienste nur dann vor, wenn diese weder „im Wettbewerb“ (in competition) mit anderen AnbieterInnen noch „auf kommerzieller Basis“ (on a commercial basis) erbracht werden. Beides ist bestenfalls unklar: Stehen öffentliche Universitäten oder Spitäler etwa nicht mit privaten im Wettbewerb? Sind Studiengebühren, Re-

zeptgebühren und Zugtickets nicht etwa eine „kommerzielle Basis“? Fast wie eine Antwort ist im April 2002 die geheime Position der EU-Kommission durchgesickert, in der sie andere WTO-Mitglieder dazu auffordert, die Wasserversorgung, den Energiebereich, Abfallbehandlung, Teilbereiche des Transports, Umweltschutzleistungen und die Postdienste zu liberalisieren. Darüber hinaus haben die USA haben Interesse an der Liberalisierung des Bildungssektors angemeldet, und die privaten US-Krankensversicherer beschwerten sich bereits über den „schwierigen Marktzugang“ im Ausland. Damit sind so gut wie alle öffentlichen Dienste potentielle GATS-Objekte.

Die Folgen der Liberalisierung der öffentlichen Dienste sind fatal

Steigende Preise. In Großbritannien sind die Wasserpreise nach der Liberalisierung um knapp 50%, in Bolivien innerhalb weniger Wochen sogar um 100% gestiegen. In der privaten Pensionsversicherung betragen die Verwaltungskosten zehn bis 30% der Beiträge, während das öffentliche Pensionssystem in Österreich mit 1,8% Verwaltungskosten auskommt. Im öffentlichen Gesundheitssystem zahlen alle gleich hohe Beitragssätze. In der privaten Krankenversicherung müssen die höchsten „Risiken“ – alte und kranke Menschen – die höchsten Prämien zahlen. Frauen zahlen in der Privatpension für dieselbe Leistung höhere Beiträge als Männer, weil sie eine höhere Lebenserwartung haben. Und die Schwangerschafts- bzw. indererziehungszeiten werden ihnen, im Gegensatz zum öffentlichen Pensionssystem, nicht angerechnet.

Versorgungsengpässe

In Kalifornien kam es nach der Strommarkt-Liberalisierung zu Stromabschaltungen.

In Großbritannien wurde bis zu 19.000 Haushalten der sprichwörtliche Wasserhahn vorübergehend abgedreht, weil sie die Rechnungen nicht mehr bezahlen konnten. In den USA sind 16% der Bevölkerung nicht krankenversichert – weil sie es sich nicht leisten können. In zahlreichen Entwicklungsländern werden Kinder nach der Einführung von Schulgebühren aus der Schule genommen. Und in Großbritannien wurde das öffentliche Gesundheits-

system im Sinne der „Stärkung der Eigenvorsorge“ so kaputt gespart, dass immer mehr PatientInnen zum Operieren nach Deutschland ausgeflogen werden. Abnehmende Qualität und Sicherheit. Nach der Wasserprivatisierung in Großbritannien wurden die Versorger bereits 128mal wegen Vernachlässigung der Infrastruktur und minderer Wasserqualität verurteilt. Die Hepatitis A-Fälle haben sich um 200% erhöht, die von Dysenterie um 600%. Auch die Verkehrsmittel sind gefährlicher geworden, weil die Infrastruktur vernachlässigt wird und das Personal überarbeitet ist. Bei der privatisierten britischen Eisenbahngesellschaft Railtrack gibt es wieder 72 Stunden-Wochen und keine bezahlten Urlaubs- und Krankheitstage. Zwei-Klassen-Gesellschaft. Um junge, gutverdienende, gesunde, kinderlose, männliche Vollzeitwerbsarbeitnehmer konkurrieren kommerzielle Kranken- und Pensionsversicherungen, die Grund- und Armutsversorgung bleibt dem Staat. Die innergesellschaftliche Solidarität wird zerstört. Abbau nicht profitabler Bereiche der öffentlichen Dienste. Sobald öffentliche AnbieterInnen in Wettbewerb mit privaten geraten, stehen sie vor dem Dilemma: Entweder der Idee der öffentlichen Dienstleistung treu bleiben, auch wenn die Privaten sich nur die profitträchtigsten Rosinen herauspicken, oder selbst zum (privatisierungstauglichen) Profitunternehmen werden. Die Schließung von Postämtern und Nebenbahnen, die Kürzung von Pensionsleistungen und die Eliminierung wichtiger Leistungen aus der öffentlichen Krankenversicherung (z. B. Zahnarztleistungen in der Schweiz) sprechen hier eine deutliche Sprache.

Das GATS aus Gender-Sicht

Über 80% der erwerbstätigen Frauen in der EU arbeiten im Dienstleistungssektor. Frauen sind vielfach unterbezahlt und in Managementpositionen unterrepräsentiert. Diese Frauen werden die ersten sein, die den erhöhten Wettbewerb nach der Liberalisierung zu spüren bekommen, da private AnbieterInnen versuchen, durch „Kostenreduktion“, sprich Lohnkürzungen in den Niedrigsegmenten, wettbewerbsfähiger zu werden. Studien haben bestätigt, dass Handelsliberalisierung die ohnehin schon große Lohnschere zwischen

Männern und Frauen noch weiter öffnet. Auch im öffentlichen Dienstleistungsbereich (z.B. bei Lehrerinnen), wo im Verhältnis zum privaten Bereich vergleichsweise hohe Lohnniveaus für Frauen und gesicherte Arbeitsverhältnisse bestehen, werden die durch Sparpakete eingeleiteten Verschiebungen – Aufhebung der Pragmatisierung, Zurückbleiben der Lohnentwicklung, Verschärfung der Arbeitsbedingungen – zusätzlich an Dynamik gewinnen. Weiters kommt es bei einer Einschränkung des öffentlichen Sektors zu Rückübertragungen sozial-staatlicher Leistungen in informelle Arrangements wie Familie, Nachbarschaft oder NGOs, weil sich finanzschwache Gruppen die Versorgung durch Private nicht leisten können. Diese Arbeit wird erfahrungsgemäß fast ausschließlich von Frauen verrichtet.

Auch die Auswirkungen des GATS für Frauen im Bildungs- und Gesundheitssystem können fatal sein.

So stiegen etwa bei der Privatisierung des Gesundheitssystems in Zimbabwe die Gebühren derart, dass sie für viele schwangere Frauen nicht mehr leistbar waren. Die Folge: erhöhte Sterblichkeitsrate von Müttern. Das GATS in seiner derzeitigen Form fördert bestehende Geschlechterungerechtigkeit und ist daher für Frauen kontraproduktiv.

Wer sind die Gewinner des GATS?

Das GATS kommt nicht von ungefähr. Der ehemalige Direktor der GATS-Abteilung im WTO-Sekretariat David Hartridge hat dies so ausgedrückt: „Ohne den enormen Druck der amerikanischen Finanzdienstleistungsindustrie, insbesondere von Firmen wie American Express oder Citicorp, hätte es kein Dienstleistungsabkommen gegeben.“ Die großen Dienstleistungskonzerne der USA und der EU sind gut organisiert und betreiben systematisches Lobbying pro Liberalisierung. Die wichtigsten Lobbygruppen: US Coalition of Service Industries (USCSI), European Services Forum (ES), Liberalization of Trade in Services (LOTIS), Global Services Network (GSN), International Financial Services, London (IFSL). Laut Leon Brittan, dem ehemaligen EU-Handelskommissar und jetzigen Lobbyisten des Finanzzentrums der Londoner City, „war die enge Verbindung (...) zwischen

der EU- und der US-Industrie (...) ein wesentlicher Faktor beim Zustandekommen des endgültigen Deals.“

Neben Banken und Versicherern zählen große Wasserversorger (Vivendi, Suez, RWE), Energie-, Bildungs- und Gesundheitskonzerne zu den Gewinnern des GATS. Die Weltbank schätzt den weltweiten Markt für Wasserversorgung auf jährlich 800 Milliarden Dollar, den für Bildung auf 2000 Milliarden Dollar und jenen für Gesundheitsdienstleistungen auf 3500 Milliarden Dollar. Die EU-Kommission gibt unverblümt zu: „Das GATS ist (...) zuallererst ein Instrument zugunsten des Geschäftemachens“ (first and foremost an instrument for the benefit of business). Profiteure des Deregulierungszwangs sind allerdings nicht nur ausländische Konzerne, sondern auch heimische Privatfirmen, die quasi als NutznießerInnen des von außen kommenden Sachzwangs den öffentlichen Sektor unter Druck setzen, um selbst mitzunaschen. Die Politik forciert dann sogar noch „österreichische Lösungen“.

... und wer die VerliererInnen? Wie oben beschrieben, ist „die Demokratie das erste Opfer der WTO“ (Maria Mies). Frauen, ArbeitnehmerInnen und NutzerInnen von öffentlichen Diensten zählen zu den VerliererInnen des GATS. Ganz besonders verlieren würden die Entwicklungsländer, die von Anfang an skeptisch oder ganz gegen das GATS waren. Sie mussten es aber bei der WTO-Gründung im Rahmen eines „Gesamtpakets“ schlucken. Die Interessenslage ist klar: Der Dienstleistungssektor macht in den USA 70% der Wirtschaftsleistung aus, in Kambodscha 34%. Nicht kambodschanische Finanz-, Telekom- und Computerkonzerne wollen auf den US-Markt, sondern umgekehrt. Besonders problematisch: Entwicklungsländer sind Leichtgewichte in den WTO-Verhandlungen und können sich gegen die Begehrlichkeiten der schwergewichtigen „Quads“ (USA, Kanada, EU, Japan) kaum wehren, auch dann nicht, wenn letztere auf die Öffnung des Bildungs- und Gesundheitssystems oder der Wasserversorgung bestehen. Damit steht aber für den finanzschwachen (Groß-)Teil der Bevölkerung der Zugang zu Grundversorgungsbereichen auf dem Spiel. Die Menschenrechts-

kommission der UNO hat bereits vor diesem Szenario gewarnt, weil Wasser, Gesundheitsversorgung und Bildung als Menschenrechte angesehen werden. Gerade die Position der EU ist aber granithart: Im Gegenzug für den Abbau der Landwirtschaftssubventionen will Brüssel die Dienstleistungsmärkte der Entwicklungs- und Schwellenländer knacken.

Österreichs GATS-Chefverhandler

Dr. Josef Mayer: josef.mayer@bmwa.gv.at

Tel.: 01 / 711 00 – 5539, Fax: 01 / 715 96 51

Mag. Helge Plank: helge.plank@bmwa.gv.at

Tel.: 01 / 711 00 – 6915, Fax: 01 / 718 05 08

Schmerzvolle Erfahrungen wie unachtsame oder gar menschenunwürdige Behandlung in Spitälern oder Altersheimen; monatelanges Warten auf die Installation eines Telefonanschlusses; die Schließung von Nebenbahnen bei gleichzeitigem Ausbau der zentralen Achsen oder die überfallsartige Kürzung von Pensionsleistungen erfordern eine radikale Demokratisierung der öffentlichen Dienste. Die NutzerInnen müssen in allen öffentlichen Einrichtungen aktiv vertreten sein und die Qualität der Dienstleistungen effektiv kontrollieren können. Betriebswirtschaftliche Effizienz darf im öffentlichen Dienst nicht den Ausschlag geben. Denn hier geht es nicht um Profit, sondern um Menschen. Die Beschäftigten haben oft mehr Einblick, wo etwas verbessert werden soll, als eine bürokratische Zentrale. In modernen und demokratischen öffentlichen Diensten ist auch die Arbeit interessanter

und entspannter. Wenn z.B. Krankenhausbedienstete vernünftige Arbeitszeiten haben, so können sie sich auch viel engagierter um die PatientInnen kümmern. Eine breite BürgerInnenbeteiligung bei der Definition von Entwicklungszielen im öffentlichen Dienst kann den Lebensstandard aller Menschen erhöhen. Im Gesundheitswesen z.B. könnte es darum gehen, „mehr Gesundheit“ statt „mehr Medizin“, im Transportwesen z.B. „mehr Mobilität“ statt „mehr Verkehr“ zu erzielen. Die BenutzerInnen öffentlicher Dienstleistungen sind nicht bloß als KonsumentInnen zu behandeln, die z.B. eine Ware namens „Gesundheit“ kaufen, sondern als Menschen und StaatsbürgerInnen, die ihr Leben gemeinsam

zum Wohle aller gestalten. Ein erfolgreiches Beispiel gestalterischer Demokratie ist das partizipative Budget in Porto Alegre, der brasilianischen „Stadt des Weltsozialforums“. Dort entscheiden Zehntausende BürgerInnen und zahlreiche NGOs gemeinsam in breiten Diskussionen über den öffentlichen Haushalt. Das Ergebnis: das Budget genießt eine hohe öffentliche Legitimität, die BürgerInnen sind zufriedener, und die Infrastruktur von Porto Alegre ist um vieles besser als in anderen brasilianischen Städten. Globalisierung braucht Gestaltung! ATTAC braucht Ihre Unterstützung. P.S.K. - Konto-Nr. 92 145 148, BLZ 60 000, lautend auf ATTAC Österreich

Die Vision von ATTAC: Öffentliche Dienste demokratisieren, nicht privatisieren!

Die Forderungen von ATTAC

1. Moratorium. Verhandlungsstopp, solange die Verhandlungen intransparent sind und ohne Beteiligung der Zivilgesellschaft und fast unter Ausschluss der Länder des Südens erfolgen, und keine umfassende und unabhängige Bewertung der Auswirkungen des GATS erfolgt ist. 2. Demokratie statt Geheimdiplomatie. Die GATS-Verhandlungen müssen in einer breiten öffentlichen Diskussion und unter Einbindung aller betroffenen Gruppen geführt werden.

3. Vorrang von Allgemeininteressen (z.B.: Umweltschutzgesetze) vor privaten Profitinteressen.

4. Beweislastumkehr. Nicht Regierungen sollen beweisen müssen, dass ihre Gesetze und Regulierungen (von Umweltschutz bis Arbeitsrecht, etc.) den Handel mit Dienstleistungen nicht mehr als notwendig behindern, son-

dern kommerzielle AnbieterInnen von Dienstleistungen sollen beweisen müssen, dass ihre Profitorientierung demokratische Strukturen, ArbeitnehmerInnenrechte, soziale Sicherheit, KonsumentInnenenschutz, Natur und Kultur nicht zerstört, und die Preise sich für niemanden erhöhen.

5. Regionalpolitik und Förderung der Nahversorgung müssen möglich bleiben.

6. Entwicklungsländer müssen die Möglichkeit haben, ihre eigenen Dienstleistungssektoren aufzubauen.

7. Vertraglich festgelegte Herausnahme von öffentlichen Diensten aus dem GATS

8. Wasser, Luft und Gene müssen zum Gemeingut der Welt erklärt werden.

9. Demokratische Modernisierung statt privater Profitmaximierung. Die öffentlichen Dienste müssen von ihren NutzerInnen und den Beschäftigten demokratisch gestaltet werden.

10. Verfassungsmäßige Garantie des Rechts auf Wasser, Bildung, Gesundheitsversorgung, Pension, öffentlicher Verkehr, Postdienste, Energie und Kommunikationsanschluss sowie die Sicherung der dafür notwendigen öffentlichen Mittel.

Kontakt: e-mail an "gats@attac-austria.org"

2 Gesundheitspolitik

Rede auf dem bundesweiten Ratschlag von ATTAC, Frankfurt 25.5.2002

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Freundinnen und Freunde!

Vielen Dank für die Einladung, einige Bemerkungen zum Stand der Dinge in der Gesundheitspolitik zu machen. Als politischer Mensch und als Wissenschaftler ist es mir eine Ehre und eine Freude, hier zu Ihnen von attac zu sprechen. Denn wenn gegenwärtig in der Bewegung gegen die weltweit umgreifende neoliberale Ökonomisierung eine politisch wirkungsvolle Gruppe hervorzuheben ist, dann ist das attac. Geht es um den Kampf gegen die neoliberale Ökonomisierung, muss mittlerweile aber auch die Gesundheitspolitik thematisiert werden! Insbesondere sollte sie von denjenigen politisiert werden, die - wie Sie - für Freiheit, für Gleichheit, für weltweite Gerechtigkeit und Solidarität eintreten und erfolgreich kämpfen! Warum gerade Gesundheitspolitik, so werden sicher einige von Ihnen denken und fragen. Nun: Gesundheit ist ein Menschenrecht!

Schon die gesunden Lebensbedingungen in den Gesellschaften sind die Grundlage psychischer und physischer Gesundheit. Denn Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Neben den gesunden Lebens- und Arbeitsbedingungen gehört auch die Hilfe bei Krankheit für alle zu den Menschenrechten.

Dass diese Menschenrechte auf Gesundheit in vielen Ländern des Südens und des Ostens mit Füßen getreten werden, ist allen hier bekannt und klar. Von den Arbeitsbedingungen in malaysischen Textilunternehmen oder der Situation in somalischen Krankenhäusern können sich viele hier ein erschreckendes Bild machen. Mit dem Menschenrecht auf Gesundheit hat diese Situation nichts zu tun.

So könnte man hier - in Europa, in Deutschland - ja auf die Idee kommen, das Menschenrecht auf Gesundheit wäre weitgehend gewährleistet.

Aber: Gerade in den Ländern, die mit ihren Konzernen und Aktiengesellschaften und ihrer staatlichen Politik zu den Speerspitzen des Neoliberalismus zählen, wachsen die ökonomischen Begehrlichkeiten.

Und das eben mittlerweile auch in der Gesundheitspolitik. Bisher wurde die Gesundheitspolitik - das ganze Gesundheitssystem - von den Zielsetzungen einer am Standortwettbewerb ausgerichteten Wirtschafts- und Sozialpolitik noch nicht voll erfaßt - zumindest nicht in Deutschland.

Im Zuge des neoliberalen Umbaus des welfare-states zum workfare-state ändert sich ge-

genwärtig auch das. Obwohl - oder gerade weil - die Gesundheit ebenso wie die Ziele soziale Gerechtigkeit und Solidarität einen Kernbestandteil des europäischen Sozialmodells ausmachen.

Gegenwärtig stehen in der deutschen Gesundheitspolitik die Zeichen auf Sturm!

Weichenstellungen deuten sich an, die in der Heidelberger Erklärung von attac zur Gesundheitspolitik meines Erachtens völlig richtig erkannt werden:

„Radikale Schnitte werden auch im Gesundheitswesen verlangt; das Dogma der Globalisierungsgewinner heißt: Lohnnebenkosten senken. Ihr Allheilmittel für bessere gesundheitliche Versorgung heißt Wettbewerb und Markt“

Aber, meine Damen und Herren, liebe Freundinnen und Freunde, Gesundheit ist keine Ware!

So sollte es jedem Gesundheitspolitiker, jedem Gesundheitsökonom, jedem Arbeitgeber aber auch dringlichst jedem Politiker der SPD und der Grünen entgegengehalten werden!

Denn: die 230 Millionen Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung, ein riesiger weltweiter Markt für Medikamente sowie die Verheissungen der Gentechnologie wecken selbstverständlich in den gegenwärtigen Zeiten des neoliberalen Kapitalismus in allen sozialpolitischen Bereichen Begehrlichkeiten und Profitgier.

Der Markt und die Konkurrenz sollen auch im sensiblen, im verletzlichen Bereich der Gesundheit für Effizienz sorgen.

Da wird dann von diesen neoliberalen Marktpredigern immer mit dem Märchen von der Kostenexplosion im Gesundheitswesen argumentiert: ein ideologisches Märchen, was allzuvielen mittlerweile glauben. Zwar sind die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 1975 und 2001 von 10,5% auf 14% gestiegen. Aber das liegt doch an der im gleichen Zeitraum von 74 auf 65% gefallenen Lohnquote der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer!

Denn wie sie wissen, ist die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung an die Löhne gebunden, nicht etwa an das Bruttoinlandsprodukt.

Damit - mit diesen Begriffen - bin ich schon mitten im Herz des Dschungels der Gesundheitspolitik angelangt.

Gerade weil sie als so ein dschungelartiges Feld erscheint, so komplex und undurchsichtig wirkt, traditionell von so vielen Interessen- und Lobbyistengruppen umkämpft und durchzogen ist, erscheint sie vielen als schwer verständlich, nicht wenigen gar als langweilig oder nicht sonderlich sexy.

Und vor allem: die Gesundheitspolitik erscheint vielen schwer politisierbar!

Genau eine solche Politisierung „von unten“ erscheint aber gegenwärtig dringlichst notwendig!

Denn seit den dunklen Jahren der Kohl-Regierung wurde mit der dritten Stufe der Gesundheitsreform schleichend und langsam ein Systemwechsel im deutschen Gesundheitswesen eingeleitet.

In den letzten Jahren ging dieser Trend in allen Bereichen der Gesundheit immer mehr zu Ökonomisierung, Privatisierung und Inwertsetzung all dessen, was vordem in langen Jahrzehnten gewachsen und erkämpft wurde - nicht zuletzt von der Arbeiterbewegung und den Gewerkschaften.

Was heißt Ökonomisierung im Gesundheitswesen, was bedeutet neoliberale Politik mit der Gesundheit?

Zunächst bedeutet es auf der umfassenden Seite das Aushöhlen des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Marktöffnung für die privaten Krankenversicherungen setzt die Kassen und die Bürger unter Druck. - sicher haben sie diese grossen Werbeanzeigen der privaten Kassen, dieser mächtigen Kapitalgesellschaften - in der Tagespresse und im Fernsehen gesehen.

Zwar bekennt sich die SPD derzeit - wir haben Wahlkampf - im Gegensatz zur CDU, zur FDP und den Arbeitgebern offiziell zum Solidarprinzip und einem einheitlichen Leistungskatalog für alle - mit diesem wird jedem Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängig von seinem Status und seiner Zahlungsfähigkeit das medizinisch Notwendige garantiert.

Aber: Gesundheitsökonomien und Experten aus der Wissenschaft und der Politik - auch in der SPD und den Grünen - haben längst Pläne, diesen einheitlichen Leistungskatalog zu beschränken - und sogenannte Zusatzleistungen durch private Zusatzversicherungen vom Individuum finanzieren zu lassen.

Das aber ist der Einstieg in die Zwei-Klassen-Medizin. Hier wird dann Gesundheit wirklich zur Ware. Krankheit und das Risiko, krank zu werden wird bestraft, Gesundheit wird belohnt.

Arme, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, chronisch Kranke und alle die, die sich keine teuren Versicherungen leisten können, fallen aus dem Gesundheitssystem dann heraus. Ein Blick in die USA zeigt, wie das aussehen kann! Kranke werden den Konkurrenzmärkten und privater Beutelschneiderei überlassen, die Grenzen für globale Gesundheitsvermarkter werden zusehends eingerissen.

Bisher regulierte die Politik leidlich den Markt - und war versucht, die Gesundheit vor dem Markt zu schützen. Da die gegenwärtige Sozialpolitik der Parteien jedoch mit voller Wucht langfristig gegen den Wohlfahrtsstaat gerichtet ist, sollte dringlichst „von unten“ gegen eine neoliberale Gesundheitspolitik nach den Bundestagswahlen argumentiert und gekämpft werden.

Attac sollte daher auf jeden Fall fortschreiten, die Kommerzialisierung als Norm des menschlichen Zusammenlebens in Frage zu stellen. Die Unterwerfung des Menschen und der Gesellschaft unter die Gesetze des Marktes muß bekämpft werden - auch und gerade in der Gesundheitspolitik!

Denn Gesundheit ist keine Ware, sondern ein Menschenrecht!

3 Globalisierung und Gesundheit – Wenn aus Patienten Kunden werden von Andreas Wulf

Globalisierung ist in aller Munde – spätestens seit den großen Protesten anlässlich der WTO-Tagung in Seattle, USA im vorletzten Jahr, denen eine Reihe ähnlicher Zusammenstöße der bis dahin oft auch von den Regierungen gelobten Zivilgesellschaft mit den hochkarätigen Gesprächs- und Verhandlungsrunden von IWF, WTO, der G8 oder des Weltwirtschaftsgipfels in Davos folgten.

Hinter dem griffigen Schlagwort verbergen sich eine ganze Reihe von Entwicklungen, die an sich nicht neu sind, aber vor allem in den letzten 10 Jahren in ihrer Dynamik enorm zugenommen haben. Ich möchte mich nach einer kurzen Übersicht vor allem auf die Einflüsse dieser Entwicklungen auf die Gesundheit und die Gesundheitssysteme in verschiedenen Regionen und Ländern konzentrieren.

Globalisierung im weiten Sinn ist der Fluß von Informationen, Waren, Kapital und Menschen über politische und ökonomische Grenzen hinweg. Schon daran wird deutlich, daß die Globalisierung keine Erfindung der letzten 10 Jahre, auch nicht des modernen kapitalistischen Wirtschaftssystems ist. Europaweiter Handel im römischen Imperium und die historische Seidenstraße gehören ebenso zur Globalisierung wie der europäische Kolonialismus, der auch für die ersten globalisierten Seuchen verantwortlich war, nachdem die Kolonisten nicht nur mit Waffengewalt, sondern auch mit dem Import von Pocken, Märsen und Gelbfieber in die „Neue Welt“ zur fast vollständigen Vernichtung der dortigen Menschen und ihrer Gesellschaften beitrugen.

Auch der weltweite Austausch von Ideen und Kulturen ist nicht neu und dieser Aspekt war oftmals positiv und bereichernd: für die Überwindung eben dieser Kolonialisierung e-

Ich danke ihnen.

Dr. Wolfram Burkhardt, Institut für medizinische Soziologie, Universitätsklinikum der

Goethe-Universität Frankfurt am Main, Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt,

W.Burkhardt@em.uni-frankfurt.de, Telefon: 069 6301 7612

benso wie er der internationalen Arbeiterbewegung im 19. Jahrhundert Perspektiven jenseits eng begrenzter Verbesserungen von Arbeits- und Lebensbedingungen gab.

Neu ist dagegen das Ausmaß und die Geschwindigkeit dieser Globalisierung. Die „Abschaffung der Entfernung“ wurde ausgerufen, dank Satelliten und moderner Telekommunikation scheint jeder Ort der Welt jederzeit erreichbar geworden zu sein – und auch die physische Bewegung hat in einem enormen Ausmaß zugenommen: gab es 1950 2 Millionen Flugpassagiere pro Jahr, so sind es heute jährlich 1,4 Milliarden¹. Auch die unfreiwillige Mobilität von Flüchtlingen hat enorm zugenommen – der UNHCR zählte im letzten Jahr mehr als 30 Millionen Flüchtlinge, die ihre Heimatländer verlassen mußten.

Noch weitergehender globalisiert haben sich Ideen, Kulturen und Werte – so dominieren nicht nur us-amerikanische und brasilianische Soap-Operas die Unterhaltungskultur des Nord- und Südamerikanischen Kontinents, sondern auch die entsprechenden ägyptischen Produktionen den gesamten arabischsprachigen Raum Nordafrikas und des Mittleren Ostens.

Globalisierung steht aber heutzutage vor allem für eine ökonomische Strategie, die das möglichst ungehinderte Wirken des freien

Handels und der Marktkräfte weltweit propagierte, um ein größtmögliches Wirtschaftswachstum und zugleich eine möglichst effiziente Organisation der Märkte zu sichern. In diesen sollen die Interessen der einzelnen Bürger als selbstbewußte Konsumenten nach günstigen und qualitativen Produkten durch das Gesetz von Angebot und Nachfrage gesichert werden. Staatliche Kontrolle und Förderung der heimischen Märkte stehen dem ebenso entgegen wie Importzölle und Begrenzungen von Investitionen ausländischer Konzerne. Dieses sogenannte Neoliberale Wirtschaftsmodell wurde in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts zur Überwindung der langen Rezession in den reichen Industriestaaten vor allem in den anglophonen Staaten propagiert und als Reaganomics und Thatcherismus bekannt. Im Zuge der massiven Verschuldungskrise, in die die meisten Entwicklungs- und auch Schwellenländer in diesem Jahrzehnt gerieten, wurden ihnen vom Weltwährungsfonds und der Weltbank Struktur Anpassungsmaßnahmen auferlegt, die mit den gleichen Rezepten arbeiteten: Privatisierung, Deregulierung der eigenen Märkte und Handelsliberalisierungen sollten nicht nur ihre eigene Wirtschaft weltmarkttauglich machen sondern auch ausländische Investitionen ermöglichen und so eine eigene kapitalistische Entwicklungsperspektive bieten. Mit dem Zusammenbruch der sozialistischen Planwirtschaften am Ende dieses Jahrzehnts schien sich die kapitalistische Marktwirtschaft als das überlegene Wirtschaftsprinzip endgültig bestätigt zu haben. Erst die durch kurzfristige Finanztransaktionen ausgelöste massive Wirtschaftskrise der asiatischen Tigerstaaten 1997-98, in deren Folge Malaysia, Südkorea, Thailand und Indonesien zwischen 20 und 35% ihres Brutto sozialproduktes einbüßtenⁱⁱ, ließ an der Stabilität des „Endes der Geschichte“ das schon ausgerufen worden war, zweifeln.

Mein Thema soll aber heute abend nicht die durch die Attac-Bewegung bekannt gewordene Tobin-Steuer sein, mit der solchen dramatischen Folgen von Finanzspekulationen Einhalt geboten werden soll, sondern die Frage nach den sozialen Folgen dieser Art von Globalisierung, die alle Bereiche der Gesellschaft in Märkte verwandeln will. Dabei soll nicht vergessen werden, - dies jetzt als wirklich

letzte Vorbemerkung, bevor ich zum eigentlichen Thema komme – das die „Liberalisierung der Märkte“, die sich die Globalisierung auf die Fahne geschrieben hat, natürlich auch weiterhin die Machtverhältnisse in der Welt reflektiert – liberalisiert wird, was den schon Erfolgreichen nützt: In der WTO stehen die Abkommen zum Handel von Dienstleistungen, zu globalen Investitionen und Wettbewerbspolitik und das Abkommen zum Schutz der Intellektuellen Rechte an erster Stelle, während die Bereiche, die von den reichen Staaten selbst am meisten geschützt sind – vor allem die Agrarproduktion und der Textilmarkt – und in denen die Entwicklungsländer Exportchancen hätten, weiterhin hart umkämpft sindⁱⁱⁱ. Die Weltbank schätzt die staatliche Förderung der heimischen Agrarmärkte der EU und der anderen Industriestaaten auf einen Betrag von 1 Milliarde Dollar täglich – der sechsfache Betrag, der als Entwicklungshilfe von ihnen geleistet wird^{iv}.

Wie also wirkt sich die Globalisierung auf die Gesundheit der Menschen und die Gesundheitssysteme der Staaten, die ja trotz aller Globalisierung immer noch eine zentrale politische Organisationsform sind, aus?

Eine zentrale Frage ist die nach der Verteilung des Gewinns aus dem ökonomischen Wachstum, das die Globalisierung unzweifelhaft in einer ganzen Reihe von Staaten hat. Die Verteilung des Reichtums ist einer der stärksten Faktoren, der die Gesundheit nicht nur des Einzelnen, sondern der Bevölkerung als ganzes beeinflußt. Als drastisches Beispiel mag die durchschnittliche Lebenserwartung der männlichen Bewohner von Harlem, NYC gelten, die ebenso hoch (oder so niedrig) ist wie die der Männer in Bangladesh, schätzungsweise 58 Jahre^v.

Vor allem die im Rahmen von Globalisierungsmaßnahmen vorgenommenen Liberalisierung von Finanz- und Arbeitsmärkten hat einen negativen Einfluß auf die Verteilungsgerechtigkeit ebenso wie auf die Gesundheitsverhältnisse, weil in den entstehenden Sonderwirtschaftszonen gewerkschaftlich ausgehandelte Mindestlöhne und Höchst arbeitszeiten abgeschafft sind und Arbeitsschutzbestimmungen kaum noch eingehalten werden. Die Maquila-Industrien in Mittelame-

rika sind dafür ebenso charakteristisch wie die „Sweat-shops“, die Schwitzbuden in den USA; in denen vielfach illegalisierte Migranten für die Bekleidungsmultis schufteten.

Am massivsten sind die gesundheitlichen Folgen zu beobachten in den Staaten der früheren Sowjetunion, die in den 90er Jahren mit einem starken ökonomischen Einbruch, steigenden Arbeitslosenzahlen und Zunahme der sozialen Ungleichheit konfrontiert waren. Individuelle und gesellschaftliche Folgen wie Depressionen, Alkoholismus, häusliche Gewalt, stress-bedingte Krankheiten und Tod durch Herzkreislauferkrankungen, Suizide und Gewalt trafen vor allem eine neu entstehende Schicht von „Transitions-Verlierern“ aus zumeist männlichen Arbeitern, Kollektivbauern und mittleren Partei-Funktionären ohne weitergehende Ausbildung, oftmals arbeitslos und Migranten oder Angehörige ethnischer Minderheiten. Die Reprivatisierung der großen Staatsbetriebe brachte eine neue Elite hervor, deren Aneignungsstrategien oft mit Korruption und maffiösen Methoden einherging, was zusätzlich zu den realen materiellen Notlagen Gefühle von ohnmächtiger Wut, Hoffnungslosigkeit und Kränkung erzeugte, die an den sozialen und gesundheitlichen Verwerfungen mitbeteiligt sind. Die nüchternen statistischen Zahlen bilden das Ausmaß der gesundheitlichen Folgen nur unzureichend ab: Die Lebenserwartung fiel in Russland, Weißrußland, Kazachstan und der Ukraine für Männer um 3 bis 4,5 Jahre in den zehn Jahren von 89 bis 99, bei Frauen war dieser Verlust geringer (1,5 bis 2,5 Jahre). Schätzungsweise 4 Millionen zusätzliche Tote kommen auf das Konto dieser ökonomischen Krise in diesen Ländern^{vi}.

Auch in Ländern mit nur vorübergehenden ökonomischen Krisen in den „globalisierten“ 90er Jahren sind gesundheitliche Folgen des plötzlichen Einkommensverlustes vieler Haushalte noch lange nach der Erholung der makroökonomischen Ziffern zu spüren. Untersuchungen der Weltbank über die Folgen der Mexikanischen (1995) und Thailändischen (1997-98) Finanzkrisen zeigten langfristige Verschlechterungen des Gesundheitsstatus von Kindern, die während der Finanzkrise die Schule verlassen und in gesund-

heitsgefährlichen Arbeitsplätzen zum Familieneinkommen beitragen mußten oder sogar unmittelbar dauerhafte geistige Leistungseinbußen durch akute Unterernährung erlitten^{vii}.

Ist dies quasi die katastrophische Seite der Globalisierung – wie sieht es im funktionierenden „Normalzustand“ aus? Dazu will ich etwas eingehender auf die Entwicklungen im Gesundheitswesen eingehen.

Im marktorientierten Kontext der „Globalisierung“ wurde der öffentliche Sektor als ineffizient angesehen, da es keine ökonomischen Anreize gab, sich effizient zu verhalten. Solche Anreize sollte vor allem der Wettbewerb schaffen, Privatisierung der vormals staatlichen Gesundheitssysteme war deshalb in den 80er und 90er Jahre weltweit das Patentrezept der Wirtschaftsstrategen. Der Staat sollte sich auf seine Rolle als Rahmensetzer zurückziehen, der Markt sollte eine größere Transparenz und bessere Kontrolle über das Leistungsangebot herstellen. Patienten sollten sich nicht mehr als dankbare Hilfsempfänger, sondern als Kunden verstehen, die kompetent Gesundheitsdienstleistungen am Markt einkaufen, Krankenversicherungen, ÄrztInnen, TherapeutInnen und Pflegende als Anbieter solcher Leistungen. Am radikalsten wurden diese Rezepte den hochverschuldeten Entwicklungsländern verordnet, die durch die Reduktion oder kompletten Abbau der staatlich finanzierten öffentlichen Dienste wie Gesundheit und Bildung und weiteren öffentlichen Subventionen, etwa für Grundnahrungsmittel ihre Ausgabenseite sanieren sollten. Aber auch in den Industriestaaten wurden die Konzepte von Wettbewerb und ökonomischen Anreizen zur Kosteneinsparung und Effizienzsteigerung der Gesundheitssysteme favorisiert – die „health sector reform“ war das Schlagwort des Jahrzehnts, mit dem ein „kontrollierter Wettbewerb“ eingeführt wurde^{viii}.

Darüber hinaus sollen die Dienstleistungsmärkte auch der internationalen Konkurrenz geöffnet werden – wie schon erwähnt ist dies Teil der WTO-Verhandlungen, genauer des GATS, des General Agreement on Trade in Services.

Besonders die Gesundheitsmärkte in den OECD-Ländern, nach aktuellen Schätzungen

mit einem Jahresumsatz von 3 Billionen US\$, sind dabei von privatwirtschaftlichem Interesse. Wachstumsprognosen sehen eine Steigerung in den nächsten 5 Jahren noch auf 4 Billionen US\$^{ix}, ein ordentlicher Kuchen, um den es sich zu streiten lohnt.

Neben den schon immer transnational arbeitenden Pharmaunternehmen sind die Interessenten große Krankenhauskonzerne, die eine Expansion über die jeweiligen Landesgrenzen hinaus suchen oder Versicherungsgesellschaften, die neue Kunden anwerben. Auch spezialisierte medizinische Dienstleistungsangebote lassen sich zunehmend über die Grenzen hinweg anbieten und wahrnehmen. Mit Hilfe der Telemedizin ist die physische Präsenz des Arztes beim Patienten für Diagnostik und Therapie nicht mehr erforderlich. Und auch Laborleistungen lassen sich, entsprechende Transportwege vorausgesetzt, globalisieren.

Welche Effekte haben diese Gesundheitsreformen? Wer profitiert davon und wer kommt dabei zu kurz? Ein Blick in die Entwicklungsländer kann dabei Tendenzen aufzeigen, die bei uns sich erst andeuten, aber unter ähnlichen Vorgaben ebenfalls Realität werden können.

public-private Mix: interer und externer Brain-Drain

Eine schon lange existierende Form der Globalisierung im Gesundheitswesen ist die Arbeitsmigration von GesundheitsarbeiterInnen. Der überwiegende Teil findet als Süd-Nord-Migration statt, von Entwicklungs (- oder Schwellen)ländern in die reichen Zentren der Welt. Typische „Export-Länder“ sind Indien, Philippinen und Südafrika, von wo aus ÄrztInnen, Pflege- und technisches Personal in den Mittleren Osten, die USA, Großbritannien und Australien emigrieren. Dies kann dramatische Ausmaße annehmen. 70% aller philippinischen Krankenschwestern arbeiten außerhalb des Landes; in Südafrika verläßt ein Drittel bis die Hälfte aller Absolventen der medizinischen Fakultäten das Land kurz nach dem Examen^x, die südafrikanische Gesundheitsministerin verhandelte vor kurzem mit der kanadischen Regierung, um das offensive Anwerbungen durch kanadische Krankenhäu-

ser einzuschränken. Mit sich verschlechternden Arbeitsperspektiven im eigenen Land, sinkenden Löhnen im öffentlichen Sektor verschärft sich diese Tendenz, die individuell verständlich und gerechtfertigt ist, für das Versorgungssystem als ganzes aber katastrophale Folgen hat, weil ein systematischer Abfluß von Fachwissen einsetzt, der in diesen Ländern dringend benötigt wird. Dieser externe Brain-Drain wird verstärkt durch einen internen vom öffentlichen zum privaten System, da viele GesundheitsarbeiterInnen nicht mehr allein von den öffentlichen Löhnen leben können. Wenn sie nicht komplett privat arbeiten können verschieben sie doch die Gewichte in diese Richtung, Dazu zählen offizielle und nicht offizielle Bezahlungen für ihre Dienste, die Vernachlässigung der Arbeit im öffentlichen Sektor oder die Rekrutierung von Privatpatienten aus den öffentlichen Sprechstunden, die sie noch abhalten. Diese Überlebensstrategien der GesundheitsarbeiterInnen gefährden besonders den Zugang zu einer geregelten Gesundheitsversorgung für diejenigen, die nicht für solche teil- oder ganzprivatisierten Dienste aus der eigenen Tasche zahlen können, da vielfach staatliche Kompensationsmechanismen für Bedürftige nur unzureichend funktionieren. Auch verschärft sich die Diskrepanz in der Versorgung zwischen den Städten und den ländlichen Gebieten, da nur in den Städten Gesundheitsarbeiter genügend Gelegenheit zu solcher privater Praxis finden und diese deshalb ungern verlassen.

Die Kombination aus ökonomischer Notwendigkeit und Marktideologie, nach der sich jeder selbst der nächste ist, führt nicht nur zu einer radikalen Beschädigung des professionellen Ethos, das einer „catch as catch can“-Haltung weicht, sondern verstärkt auch die Entwicklung eines zweigeteilten Gesundheitssystem in ein schäbiges öffentliches mit unmotivierten, überarbeiteten und schlechter qualifiziertem Personal und einen Privatsektor, der qualifizierte Leistungen nur gegen Bezahlung bereitstellt und der keine Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der ökonomisch Schwachen übernimmt^{xi}.

Sind dies auch Verhältnisse, wie sie hier kaum in Kürze zu erwarten sind, so liegen

ihnen doch Strategien zugrunde, die auch in unserem Gesundheitssystem Wirkung zeigen. Die Verwandlung des Arzt-Patienten-Verhältnisses in eine Geschäftsbeziehung nach der Logik der Dienstleistungsmärkte macht aus Patienten Kunden, die Leistungen nachfragen und von den Anbietern (ÄrztInnen, TherapeutInnen, Pflegende) angeboten werden.

Konsumentenkonzept –mangelnde Nachfragemacht

Gegen das Patient-als-Konsumenten-Konzept sind wichtige Einschränkungen anzumerken: Der Informationsvorsprung der medizinischen Experten – und besonders in seiner schichtspezifischen Wirkung - ist prinzipiell uneinholbar. Die Nachfrage des Patienten erfolgt in der Regel unspezifisch und wird erst durch die Fachkompetenz des Anbieters (Arztes) zu einem Angebot konkreter Dienstleistungen. Auch ist Patient-Sein mit Ängsten, Schmerzen und Hilfsbedürftigkeit verbunden und macht eine vertrauensvolle Haltung gegenüber dem Helfer erforderlich, die die Rolle des „souveränen Konsumenten“ schwächt. Schließlich tendiert das Marktmodell zur Ausweitung der durchgeführten Maßnahmen, unabhängig von ihrem Nutzen. Denn auch der Medizinbetrieb unterliegt wie die Patienten der für Warengesellschaften verständlichen Einschätzung, nachdem „mehr Medizin“ automatisch besser für die Gesundheit ist und „teurere Medizin“ besser als „billige Medizin“ ist. Somit wird auch der finanziell gutgestellte Patient vielleicht wie ein „königlicher Kunde“ *bedient*, aber nicht wie ein kranker Mensch *behandelt*^{xiii}.

Wichtig bleibt daher nicht nur, die Seite der Patienten zu stärken, wie es im Bereich der chronischen Erkrankungen durch Selbsthilfegruppen geschieht, in denen Patienten zu Experten „in eigener Sache“ werden, sondern generell ist das Konsumentenkonzept in Frage zu stellen, weil es die Eigenleistung des Patienten bei der Herstellung seiner eigenen Gesundheit systematisch ausblendet. Dies ist der wesentliche Unterschied zwischen dem kranken Menschen und dem kaputten Auto, das man in die Reparatur gibt.

Zudem verdeckt das Konsumenten-Konzept auch die soziale Schichtspezifik dieser Abhängigkeit von den medizinischen Experten: bessere Bildung ermöglicht mehr Handlungsspielräume gegenüber den Experten und so gewinnen Mittel- und Oberklasse-Angehörige von Wahlmöglichkeiten nach dem Konsumentenkonzept mehr als die niedrigeren Schichten.

Ein weiteres Beispiel aus der Globalisierung der Gesundheitsversorgung:

Kommerzielle Präsenz über Grenzen hinweg

Verschärft wird diese Tendenz durch eine weitere Form des Handels mit Gesundheitsdienstleistungen, der kommerziellen Präsenz von großen Krankenhauskonzernen, die mit Joint Ventures zusätzliche private Einrichtungen in anderen Ländern aufbauen, zum Teil um die niedrigeren Lohnkosten für einen „Behandlungstourismus“ zu nutzen, aber auch, um das kaufkräftige Segment des jeweiligen Segmentes abzuschöpfen – *cream skimming* – ist der passende Ausdruck dafür, denn mit der Konzentration auf High-tech-Medizin im Gegensatz zu breiteren Dienstleistungen werden Ressourcen speziell auf diejenigen konzentriert, die dafür bezahlen können. Thailand ist ein Beispiel für eine solche Dynamik im Gesundheitsbereich. Ein interner Brain drain setzte nach der Eröffnung solcher joint venture Krankenhäuser ein, der die höher qualifizierten Kräfte in den privaten Bereich zog und die Versorgung im öffentlichen Sektor und besonders in den ländlichen Gebieten weiter beeinträchtigte^{xiii}.

Auch in Indien werden solche Joint Ventures benutzt, um kostengünstige Behandlungen im Vergleich zu den westlichen Industriestaaten anzubieten. So kosten dort Bypass-Operationen ein Zehntel des üblichen Preises in den USA^{xiv}. Sind es auch vor allem bisher regionale Schwerpunkte, die sich in diesem grenzüberschreitenden Handel mit Gesundheitsdiensten ausdrücken – so verzehnfachte sich der Betrag, den Patienten aus Bangladesh in Indien für spezialisierte Gesundheitsversorgung, zumeist für Krebs, Herz und Nierenerkrankungen ausgaben, von 1993/94 bis

1998/99^{xv}. Eine ähnliche Rolle als „regionale Zentren für HighTech Medizin“ spielen für den Mittleren Osten spielen Jordanien und der Libanon.

In der Tendenz sind solche Entwicklungen, die zu einer Vergrößerung der Kluft zwischen den attraktiven Patienten, an denen sich verdienen läßt und den lästigen Armen, deren Gesundheitsprobleme sich nicht betriebswirtschaftlich lohnen, auch in den Strategien erkennbar, die aktuell in der Umgestaltung der Krankenhäuser in Deutschland wirksam sind.

Krankenhausversorgung – Profitcenter

Die Kosten für die stationäre Versorgung sind der größte Einzelposten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dementsprechend groß war und ist das Interesse, hier durch verstärktes betriebswirtschaftliches Management Kosten einzusparen. Dazu gehören auf der Tagesordnung marktliberaler Gesundheitspolitik neben der Privatisierung von Krankenhäusern vor allem interne Umstrukturierungen, die aus Verwaltungseinheiten, Service-Bereichen wie Wäscherei oder Küche und klinischen Fach-Abteilungen sog. Profit-Center machen, die im Rahmen der Krankenhausgesamtplanung eigenständig wirtschaften. Sie orientieren ihre Angebote direkt an dem Bedarf ihrer „Kunden“ und nutzen Gewinne auch in gewissem Rahmen selbst zur Reinvestition oder Umsatzbeteiligung der MitarbeiterInnen.

Mögliche Vorteile dieser Konzepte liegen neben der größeren Transparenz und Optimierung von Abläufen innerhalb der „Profit-Center“ in der stärkeren Motivation und Eigenverantwortlichkeit der MitarbeiterInnen. Diese können ohne Zweifel zu wichtigen und längst überfälligen Verbesserungen im Bereich der Arbeitsbedingungen und der Patienten-Freundlichkeit der Institution Krankenhaus führen.

Dem stehen gewichtige Risiken gegenüber,

Gesundheitspolitische Zielvorstellungen, die einen „Versorgungsauftrag“ formulieren, also an einer gesicherten Krankenhausversorgung für die Bevölkerung festhalten, lassen sich mit Profit-Center Strukturen schwerlich vereinbaren..

Durch die Bildung eigenverantwortlicher Substrukturen innerhalb des Krankenhauses (und auch durch das neue Finanzierungsinstrument der DRGs, mit der nicht mehr Krankenhaustagesätze von den Kassen finanziert werden, sondern festgelegte Entgälte für standardisierte Behandlungsfälle) fallen wichtige Möglichkeiten der Quersubventionierung weg. Schon wenige, besonders „teure“ Behandlungsfälle können die betriebswirtschaftliche Rechnung des Profitcenters aus der Bahn werfen. Systematisch wird so eine Vermeidung der Behandlung kostenintensiver Patienten gefördert. Schon jetzt zeigt sich die Tendenz in betriebswirtschaftlich streng geführten Krankenhäusern, solche Patienten trotz offiziellem Versorgungsauftrag abzuwehren. Verdeckter findet eine solche Risikoabwehr statt, wenn bestimmte Behandlungen, die sich nicht ausreichend standardisieren lassen, nicht mehr angeboten werden^{xvi}.

Am deutlichsten zu sehen ist das schon in den USA an den Untersuchungen der US-amerikanischen Konsumentenorganisation Public Citizen, sie dokumentieren in allen Teilen der USA solche illegalen Praktiken von Patienten-Dumping seitens der Krankenhäuser, sowohl von Häusern, die „for profit“ als auch Non-for-profit“ geführt werden^{xvii}. Damit wird die „strukturelle Logik“ solcher Mechanismen auch gegen politisch anderslautende Vorgaben durchsetzt.

Zwei weitere Beispiele möchte ich anführen, wie Konkurrenz und Wettbewerb, die wesentlichen Stützen der neoliberalen Wirtschaftswelt, wichtige Ziele einer sozial orientierten Gesundheitspolitik, wie ein gesicherter Zugang zu notwendigen Gesundheitsdiensten unterminieren können.

Die Erforschung und Vermarktung von Medikamenten und die zunehmende Konkurrenz im Krankenversicherungswesen.

Medikamente für die Armen?

Ein wichtiger Teil des Gesundheitswesens ist die Arzneimittelproduktion.

Auch dieses Thema wurde in der WTO heiß debattiert, da sich die Transnationalen Pharmakontor ihre Erfindungen und Entdeckungen

(oftmals auch nur die Entwicklung zur Marktfähigkeit oder die Vermarktung von Substanzen, die mit öffentlichen Forschungsgeldern entwickelt wurden) mit einem 20jährigen Patentschutz weltweit absichern lassen wollen und dabei vor allem von ihren Heimatländern, allen voran den USA unterstützt werden. Dieses Patentrecht sichert die Profite der Hersteller und verhindert für diesen langen Zeitraum eine effektive Produktkonkurrenz durch die Nachahmerpräparate (Generika). Die enormen Preisdifferenzen wurden in den beiden letzten Jahren vor allem am Beispiel der virushemmenden Medikamente zur Behandlung von AIDS diskutiert und führten zu einem unerwartet erfolgreichen Druck auf die Hersteller, relevante Nachlässe zuzulassen. Dabei ist die Tatsache, daß es eine medikamentöse Therapieoption überhaupt gibt für diese neue Gesundheitskatastrophe in den Entwicklungsländern eher ein „glücklicher Zufall“ zu nennen, wenn es sich angesichts des Ausmaßes nicht verbieten würde, von Glück zu sprechen. Denn die meisten der Gesundheitsprobleme der Habenichtse in diesen Ländern, soweit eine medikamentöse Therapie sinnvoll erscheint, sind in der Logik der Pharmakonzerne, ihrer Manager und Aktionäre im wahrsten Sinne des Wortes nichts wert, weil sie über keine Kaufkraft verfügen, die das Engagement für neue Medikamente oder Impfstoffe gegen Malaria, Tuberkulose oder Schlafkrankheit rentabel erscheinen lassen^{xviii}.

Auf der Suche nach „Block-bustern“, den großen Gewinnern im Kampf um die Marktprozente konzentrieren sie sich auf die Probleme und Bedürfnisse der wohlhabenden Staaten – das nächste Antidepressivum, der neueste Blutdruck- oder Blutfettsenker, auch Viagra für Frauen ist in der Forschungspipeline. Kürzlich fand ich die Meldung aus den Gentech-Labors, daß jetzt endlich der Genort des männlichen Haarausfalls gefunden worden sei, so daß wir wahrscheinlich in Kürze mit dem ultimativen Medikament gegen diese vorletzte Hürde auf dem Weg zur ewigen Jugend rechnen können. Selbst ein Mittel gegen Heimweh von Haustieren ist in der Entwicklung bei einem Pharmamulti.

Konkurrenz der Versicherer

Eine begrenzte Konkurrenz der gesetzlichen Krankenkassen um Versicherte wurde 1992 mit der Gesundheitsreform eingeführt, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und mit zur Beitragsstabilität, mithin der Lohnnebenkosten, das goldene Kalb der aktuellen Bundesregierung, beizutragen.

Zwar wurden interne Umverteilungsmechanismen zwischen den Versicherungen eingeführt, aber der Wettbewerb um die „besseren Risiken“ gegen die „schlechteren Risiken“, also um diejenigen, die weniger Kosten verursachen als Beiträge zahlen, ist der wesentliche Mechanismus, der im Wettbewerb Erfolg verspricht.

Dies richtet sich nicht nur gegen chronisch Kranke, sondern enthält eine spezifische Vergrößerung der sozialen Gräben, weil bekanntermaßen Angehörige der sog. unteren Schichten aufgrund ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen stärker von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod bedroht sind und entsprechend häufig von solchen Entwicklungen betroffen sein werden.

Man muß nicht so weit wie nach Chile blicken, wo unter der Diktatur bereits vor über 20 Jahren begonnen wurde, systematisch eine private Krankenkassenkonkurrenz zur allgemeinen Sozialversicherung gemäß den wirtschaftsliberalen Vorgaben der Chicagoer Ökonomen zu fördern. Aber in diesem Extrem wird das Prinzip besonders deutlich:

Gezielt werben die privaten, profitorientierten Krankenversicherungen junge, gutverdienende Kunden an, denen sie für ihre Einkommensklasse günstige Einstiegsprämien anbieten können, während ärmere, besonders kinderreiche Familien kaum bezahlbare Policen bei den Privaten finden und weiterhin auf die öffentliche Grundversicherung angewiesen sind, die wie die deutsche GKV lohnabhängige Beiträge kennt.

Damit bedienen sie sich der Technik der „Rosinenpickerei“, da sie gezielt den sozial besser gestellten Teil der Gesellschaft versorgen, der auch im Durchschnitt geringere Erkrankungsrisiken trägt, die wie überall sozial ungleich verteilt sind.

Aber auch die Besserverdienenden werden allzuoft durch hohe Zuzahlungsregelungen

bei schwerwiegenden und vor allem langdauernden, chronischen Krankheitsverläufen in ihrer vermeintlichen besseren Absicherung enttäuscht. Die wenigsten Versicherten wissen genau über ihren Versicherungsschutz Bescheid, den sie zudem in „gesunden Zeiten“ abschließen, wenn eine umfassende Einschätzung möglicher Erkrankungssituationen für den Versicherten schwierig einzuschätzen ist.

Die von den Ökonomen erwünschte „Markttransparenz“ stellt sich so nicht her, mit der Folge, daß insbesondere mit steigendem Alter, wenn die Versicherungsprämien auch für Besser- und Gutverdienende oft unbezahlbar werden, die Versicherten wieder auf die öffentliche Sozialversicherung angewiesen sind, just dann, wenn sich erfahrungsgemäß chronische Beschwerden und Erkrankungen zunehmen. So entlastet sich die private Versicherungsbranche zusätzlich von Kosten und schiebt die Einkommensschwächsten, die Kränksten und Ältesten, die mit den höchsten Gesundheitsrisiken, dem öffentlichen Sektor zu^{xix}.

Die Diskussionen rund um die Reform der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland enthüllen ähnliche Strategien, insbesondere die Teilprivatisierung der Rentenversicherung. Auch die Diskussionen um Rückerstattungen von Krankenkassenbeiträge für Kostengünstige Versicherte (ähnlich wie beim unfallfreien Autofahren) zeigen bereits die Richtung an, in die gedacht wird.

Noch ist das gesundheitspolitische Solidarprinzip – das sich der Unterstützung einer breiten Mehrheit in den Bevölkerungen der jeweiligen Länder erfreut - nicht aufgegeben und ermöglicht so Umverteilungen zwischen Jungen und Älteren, Familien und Singles, Männern und Frauen, Menschen mit höheren und niedrigeren Gesundheitsrisiken, Besser- und Schlechterverdienenden und . Aber der Wettbewerb um die „guten Risiken“ findet verdeckt schon statt. Gezielt werden zusätzliche Angebote gemacht, die neue Mitglieder anwerben sollen, die ein günstiges Risikoprofil aufweisen. Besonders die flexible, moderne, gutverdienende und gesundheitsbewußte Mittelschicht ist umworben. Sie wandert aus den großen Kassen ab zu neuen, flexiblen nur

noch per Telefon und eMail erreichbaren „virtuellen Betriebskrankenkassen“ abwandert.

Diese zeigen sich im Gegenzug für den verringerten personalintensiven Service dann besonders großzügig bei der Bewilligung alternativer Therapieformen wie Akupunktur und Naturheilkunde.

Die Umverteilungspotentiale werden so in den großen Kassen geringer, die bereits durch verringerte Einnahmen infolge der hohen Zahl von Arbeitslosen belastet sind, für die die staatlichen Stellen nur reduzierte Beiträge bezahlen.

Mit den vorliegenden Beispielen habe ich versucht darzustellen, wie durch die Einführung von Wettbewerb, Privatisierung und Konkurrenz die Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung vorangetrieben wird, und wie dadurch wichtige Ziele in der Gesundheitspolitik, wie Solidarität und gleicher Zugang zu einer qualitativen Gesundheitsversorgung, gefährdet werden kann. Die Profitinteressen, die das treibende Moment hinter den Anbietern in einem kommerzialisierten System darstellen, seien es private ÄrztInnen, Krankenhäuser, Pharmafirmen oder Krankenkassen, nutzen nicht nur den Anbietern selbst, sondern bevorzugen auch die, denen es schon besser geht, die sich eine bessere „Marktübersicht“ verschaffen können und die sich um ihre Gesundheit in einer gewissen Weise kümmern können. Andere, die mehr angewiesen sind auf Umverteilungsmechanismen, auf gesellschaftliche Solidarität in sozialen Systemen, werden systematisch ausgeschlossen und weiter marginalisiert.

Für eine solche Orientierung auf einen gerechten, gesicherten Zugang zu Gesundheitsdiensten und darüber hinaus auf eine Perspektive, die die sozialen Ungleichheiten im Blick auf Krankheit und Tod verringern will, steht die Forderung nach dem Menschenrecht auf Gesundheit.

Natürlich ist mit dem Zugang zum Gesundheitssystem noch nicht Gesundheit hergestellt. Vielfach sind es viel grundlegendere Dinge als das Gesundheitswesen, die dazu beitragen, das Menschen besser, gesünder und länger leben können. So banale Dinge wie gute, ausreichende Nahrung, sauberes Wasser, Sanitäre

Einrichtungen, gute Wohnmöglichkeiten, ein sicheres Einkommen, stabile soziale Beziehungen, die Abwesenheit von Krieg, Gewalt und Ausbeutung. Für diese Perspektive stand und steht die alte Strategie der Primären Gesundheitsfürsorge – Primary Health Care – von der Weltgesundheitsorganisation 1978 verabschiedet^{xx}, und bald darauf in den meisten Ländern unter die Räder der beginnenden marktwirtschaftlichen Orientierung der Strukturanpassungsmaßnahmen und des neoliberalen Mißtrauens gegenüber staatlichen Gesundheitssystemen gekommen.

Vergessen wurde es aber nicht – vor allem nicht von den Betroffenen selbst, denn das PHC-Konzept betonte nicht nur die Verantwortung des Staates zur Gewährleistung dieser Grundversorgung aller mit den notwendigen Diensten, sondern stellte die aktive Beteiligung der Menschen an der Planung und Durchführung „ihrer“ Gesundheitsdienste heraus, so wie es des aktiven Beitrags jedes einzelnen an seiner/ihrer Gesundheit selbst bedarf.

Das „Recht auf Gesundheit“ entsteht aus beidem: dem formulierten Rechtsanspruch und dem Aktivwerden der Menschen, ihn umzusetzen. Exemplarisch für diese Gesundheitsbewegung von unten ist in den letzten Monaten besonders die südafrikanische Treatment Action Campaign bekannt geworden, die sich aktiv für die Rechte der AIDS-Kranken auf Behandlung einsetzt und zugleich ein treibender Faktor in der Bekämpfung der Epidemie in diesem Land ist^{xxi}.

Viele andere solcher Initiativen sind seit langem aktiv – einige hat medico international unterstützt, eine 20jährige Zusammenarbeit gibt es beispielsweise mit dem Netzwerk Health Action International, in dem die beteiligten Gruppen und Einzelpersonen den Focus auf die Arzneimittelversorgung gelegt haben als ein wichtiger Baustein des PHC-Konzeptes. Die kritische Beobachtung der Medikamentenhersteller und der lokalen und internationalen Pharmageschäfte gehört ebenso dazu wie die Förderung des sinnvollen Einsatzes der bunten Pillen durch die VerschreiberInnen und der AnwenderInnen^{xxii}.

Die Idee einer ganzen Weltgesundheitsversammlung von unten, wie sie schon lange von den GesundheitsaktivistInnen geplant war als Gegenstück zur jährlich stattfindenden Weltgesundheitsversammlung der staatlichen VertreterInnen, konnte im letzten Dezember in Bangladesch verwirklicht werden, nachdem ein ganzes Jahr lang Aktivitäten zur Vorbereitung in allen Teilen der Welt stattgefunden hatten. Die dabei vertieften Kontakte werden in den jeweiligen Kontinenten fortgeführt^{xxiii}.

Im Zusammenhang mit den WTO-Verhandlungen ist vor allem das Abkommen über die Intellektuellen Rechte, das Patentenschutzabkommen, und seine Folgen auf den Zugang zu Arzneimitteln, aber auch zu Saatgut, das die Begehrlichkeit der multinationalen Agrarkonzerne weckt, in die Kritik geraten, wie schon beschrieben. Aber auch die grundsätzlichere Frage nach der neoliberalen Logik, die jeden Lebensbereich in eine Warenwelt verwandeln will, ist wieder zurückgekehrt.

Wenn Gesundheit für alle mit Solidarität, Umverteilung und gemeinsamen Engagement zusammenhängt, dann ist das Marktmodell vielleicht wirklich nicht die beste aller möglichen Lösungen dafür. Welche anderen möglich wären und dafür in Frage kommen, sollten wir uns nicht Experten überlassen – wie die People's Health Assembly sagte, ist es wichtig, von Opfern zu Protagonisten zu werden^{xxiv}. Dazu haben wir hoffentlich noch eine angeregte Diskussion.

ⁱ Nach Gill Walt: Globalisation and Health, paper 2000 (Medact meeting 13.05.00)

ⁱⁱ Cornia, Giovanni Andrea: Globalization and Health: Results and Options, in: Bulletin of the WHO, Vol 79, No 9, 2001, S. 834-841, hier S. 837

ⁱⁱⁱ Labonte, Ron, Marylin Wise: Trade and Health, Paper for the International Union for Health Promotion and Education and the Canadian Public Health Association in Preparation for the Seattle Round of negotiations of the WTO, 2000: www.health.usyd.edu.au/achp

^{iv} Dembowski, Hans: Europäische Union zu harten Verhandlungen bereit, Frankfurter Rundschau 07.11.2001, S. 9

^v Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., Young, Q. 1993. High Noon for US Healthcare Reform. Int. J. Health Services 23: 193-211

^{vi} Cornia, Giovanni Andrea: Globalization and Health: Results and Options, in: Bulletin of the WHO, Vol 79, No 9, 2001, S. 839-840

^{vii} ebd. S. 839

^{viii} Segall, Malcolm: Human Development Challenges in Health Care Reform. in: Ferrinho, Paulo, van Lerberghe, Wim (Ed.): Providing health care under adverse conditions: Health personnel performance and individual coping strategies, p. 7-17, hier p.8f.

^{ix} UNCTAD/WHO International Trade in Health Services: A Development Perspective, Zarilli S./C. Kinnon (Ed.) Geneva 1998, Chapter 3, p. 55

^x Cohen, R.: Brain Drain Migration, 1997, <http://www.queensu.ca/samp/transform/cohen1.htm>, auch: Caplan, D./Jean Baptiste Meyer/ M.brown: Brain Drain: New Data, New Options, 2000

^{xi} vgl. Ferrinho, Paulo, van Lerberghe, Wim (Ed.): Providing health care under adverse conditions: Health personnel performance and individual coping strategies. Studies in Health Services Organisation & Policy, 16, 2000 (Antwerp)

^{xii} Deppe, Hans-Ulrich: Nicht alles der blinden Macht des Marktes überlassen. Zur Kommerzialisierung des Menschenrechts Gesundheit, in: Soziale Medizin (Schweiz) 5/01, S. 37-42, hier S. 40, Referat auf dem IPPNW-Kongreß "Medizin und Gewissen", Mai 2001 in Erlangen

^{xiii} Chanda, Rupa: Trade in Health Services, CMH Working Paper No. WG4:5, June 2001, p. 19

^{xiv} ebd. S., 42f.

^{xv} ebd. S. 43

^{xvi} vgl. Dahlgaard, Kurt/Kalle Jung/Wolfgang Schelter: Profit-Center-Strukturen im Krankenhaus. Potentiale, Risiken und (Neben-)wirkungen, Frankfurt/Main 2001

^{xvii} Public Citizen Report: Questionable Hospitals: Patient Dumping Report (2001),

www.citizen.org/questionablehospitals/

^{xviii} verschiedene Organisationen arbeiten zur Zeit zu diesem Thema; neben Health Action International (s.u.) (www.haiweb.org), dem Consumer Project on Technology (www.cptech.org) und dem Third World Network (www.twinside.org.sg) sind in den letzten zwei Jahren die großen Nothilfe- und Entwicklungshilfeorganisationen Ärzte ohne Grenzen (accessmed-msf.org), OXFAM (www.oxfam.org.uk/cutthecost) und VSO (www.vso.org.uk) dazugekommen

^{xix} Holst, Jens: Das chilenische Gesundheitssystem. Soziale Verunsicherung statt absichernde Fürsorge, in: Solidaridad 215, Juli-August 2001, S. 11-16

^{xx} WHO/UNICEF: Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978

^{xxi} Die Arbeit von TAC ist einsehbar auf der website www.tac.org.za, ihr elektronischer newsletter kann abonniert werden über subscribe@tac.org.za

^{xxii} website: www.haiweb.org, e-mail:

hai@hai.antenna.nl

^{xxiii} website der People's Health Assembly: www.phamovement.org, hier finden sich auch weitere Materialien und Aufsätze zum Thema Globalisierung und Gesundheit.

^{xxiv} People's Health Assembly: Health in the Era of Globalisation. From Victims to Protagonists. A discussion paper, prepared by the PHA drafting group, 2000, verfügbar auf www.phamovement.org

Kontakt:

medico international, Obermainanlage 7, D-60314 Frankfurt, Tel: +49 (0)69 944 38 0, Fax: +49 (0)69 43 60 02, eMail: info@medico.de, Internet: www.medico.de