

Stefan Hibbeler

Gesundheitswesen in der Türkei

Istanbul, Dezember 2003

Inhaltsverzeichnis

<u>Gesundheitswesen in der Türkei</u>	1
<u>Inhaltsverzeichnis</u>	1
<u>Einige Probleme des türkischen Gesundheitswesens</u>	2
<u>Strukturen der Leistungserbringung</u>	3
<u>Regionale Versorgungsungleichgewichte</u>	5
<u>Beschäftigung und Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen</u>	6
<u>Finanzierung des Gesundheitswesens</u>	8
<u>Struktur der Sozialversicherung</u>	9
<u>Öffentliche Gesundheitsverwaltung und Prävention</u>	12
<u>Reformprojekte der Regierung</u>	14
<u>Widerstand gegen die Reformprogramme</u>	15

Einige Probleme des türkischen Gesundheitswesens

Am 20. Dezember 2003 berichtete die Tageszeitung „Radikal“ über den tragischen Tod eines vierjährigen Mädchens. Das Kind starb an einer verschleppten Grippe, die Eltern waren nicht in der Lage, die nötigen Medikamente zu kaufen. Dem Artikel ist zu entnehmen, dass die Wohnung der Eltern nur 200 Meter von einem privaten Krankenhaus entfernt liegt. Dort wurden auch Wiederbelebungsversuche unternommen, doch diese blieben ohne Erfolg.

Gerade im Bereich langwieriger oder chronischer Krankheiten und Körperbehinderungen sind solche Meldungen häufiger in den türkischen Medien zu finden. Manchmal werden solche Probleme durch kollektive Hilfsaktionen – Spenden von Nachbarn und lokalen Honoratioren – gelöst. In diesem, wie wohl in vielen anderen Fällen, jedoch nicht.

Mit Beginn des Schneefalls – in manchen Regionen der Türkei ab Oktober, vor allem aber in den Monaten Januar und Februar – werden viele Dorfstraßen unpassierbar. Am 16. Dezember 2003 wurde beispielsweise gemeldet, dass mehrere hundert Dörfer durch den Schnee von der Außenwelt abgeschnitten wurden. In diesem Fall gibt es weder Schule noch Gesundheitsversorgung, wenn sie nicht bereits am Ort verfügbar sind. Sicher nicht der einzige Grund, aber ein Beitrag dazu, dass die Säuglingssterblichkeit in der Türkei im internationalen Vergleich sehr hoch ist (achtmal höher als in Deutschland).

Den Protest der türkischen Ärzte gegen schlechte Bezahlung und unzureichende Arbeitsbedingungen tut die Regierung als „politisch motiviert“ ab. Arbeitsniederlegungen von Ärzten seien unvertretbar und gingen zu Lasten der Kranken. Die Ärzte wiederum werfen der Regierung vor, die ohnehin unzureichenden Mittel des Gesundheitswesens auf den teureren privaten Gesundheitssektor zu transferieren.

Niemand wird gerne krank. Dies liegt in der Natur der Sache. Die Vorsorge gegen Krankheit jedoch gehört zu einer der wesentlichen öffentlichen Aufgaben, um den Mitgliedern der Gesellschaft im Ernstfall Therapie und Pflege auf modernem Niveau zu ermöglichen. Angesichts der Diskussionen über den Wohlfahrtsstaat jedoch hat international in den vergangenen Jahren die Frage der „Bezahlbarkeit“ an Bedeutung gewonnen. Nicht alles dürfe von Staat und Gesellschaft erwartet werden – das Individuum müsse Selbstverantwortung übernehmen und auch eigene Vorsorge treffen.

Aus der Sicht der Türkei muten solche Diskussionen in den Industrieländern phantasienvoll an – der Schritt zum ausgebauten Wohlfahrtsstaat konnte bisher nicht vollzogen werden, jedoch beginnt man bereits mit dessen Abbau.

Neben dem öffentlichen Gesundheitswesen gibt es in der Türkei ein gut ausgebautes privates, das über alle modernen Möglichkeiten verfügt und den internationalen Vergleich nicht zu scheuen braucht. Ein großer Bevölkerungsanteils jedoch verfügt über keinerlei Sozialversicherung und hat deshalb weder zum staatlichen noch zum privaten Bereich Zugang. Hinzu kommen regionale Ungleichheiten – beispielsweise das Problem der Erreichbarkeit des nächsten Krankenhauses.

Doch selbst, wenn ein Sozialversicherungsschutz besteht, so bedeutet dies für den türkischen Bürger noch nicht, in den Genuss einer angemessenen Gesundheitsversorgung zu kommen. Weil entweder der Staat oder die Sozialversicherungen häufig Rechnungen bei den Krankenhäusern nicht oder erst sehr spät begleichen, bestehen in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen regelmäßig Engpässe bei Medikamenten und anderen notwendigen Gütern. Was fehlt muss vom Patienten oder seiner Familie aus der nächsten Apotheke auf eigene Kosten beschafft werden.

Die Engpässe bei Pflege-, Heilmitteln und Arzneien führt dazu, dass im Falle einer stationären Behandlung der Kranke nicht allein gelassen werden kann. Bis hin zur Verpflegung muss die Betreuung der Kranken in öffentlichen Krankenhäusern überwiegend von den Angehörige übernommen werden.

In ihrem Reformeifer setzt die Regierung der Partei für Gerechtigkeit und Entwicklung (AKP) auf Deregulierung. Bisher getrennte Leistungssysteme sollen geöffnet werden, eine Reform der Sozialversicherung wird eingeleitet und auch die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen sollen flexibilisiert werden. Wie in vielen anderen staatlichen Dienstleistungsbereichen ist auch im Gesundheitswesen die Reaktion der Beschäftigten negativ. Die Ärztekammern und einzelne Gewerkschaften stehen diesen Plänen äußerst ablehnend gegenüber: Ist aufgrund fehlender Ausstattung und Investitionen das Arbeitsumfeld ohnehin durch Mangel, schlechte Bezahlung und fehlende Investitionen gekennzeichnet, so wird insbesondere der Übergang auf eine zeitweilige Beschäftigung von Gesundheitspersonal („Flexibilisierung“) als eine weitere Aushöhlung arbeitsrechtlicher Standards angesehen.

Strukturen der Leistungserbringung

Das Gesundheitswesen in der Türkei besteht aus einem System von Krankenhäusern, Polikliniken, Gesundheitsstationen und niedergelassenen Ärzten. Die Krankenhäuser sind zum Teil spezialisierte Fachkliniken mit unterschiedlicher Trägerschaft – der wichtigste Träger ist die Sozialversicherung (SSK), gefolgt vom Gesundheitsministerium und den Universitäten. Jedoch unterhalten auch eine Reihe anderer staatlicher Stellen Gesundheitsdienste.

Zur flächendeckenden Gesundheitsversorgung wurden ab 1963 die Gesundheitsstationen eingeführt. Ihre einfachste Form sind die „Gesundheitshäuser“ (sağlık evleri), die über mindestens eine ausgebildete Pflegekraft verfügen. Die ausgebaute Form ist die „Gesundheitseinheit“ (sağlık ocağı), die von einem Arzt geleitet wird und für durchschnittlich 3 Gesundheitshäuser zuständig ist. Als übergeordnete Einheit gibt es in regionalen Zentren das „Gruppenhospital“ (grup hastaneleri).

Landesweit existieren 11.700 Gesundheitshäuser und 5.700 Gesundheitseinheiten in Trägerschaft des Gesundheitsministeriums, ergänzt durch rund 400 ambulante Einrichtungen der Sozialversicherung (SSK). Aufgrund unzureichender Mittel und wegen des Personal Mangels funktionieren diese Strukturen der Basisversorgung jedoch nur unzureichend. So verfügen 665 Gesundheitseinheiten über keinen Arzt und rund zwei Drittel der Gesundheitshäuser in ländlichen Gebieten über keine Pflegekraft. 270 Gesundheitseinheiten und 1.887 Gesundheitshäuser sind geschlossen. Ein weiteres Problem ist, dass rund 90.% des Etats der Primärversorgung für Personal ausgegeben wird, so dass kaum Mittel für Ausstattung und Pflegebedarf bleiben.

Die Aufgaben der Gesundheitseinheiten sind vielfältig. Neben der ambulanten Behandlung und Erstdiagnose haben sie präventive Aufgaben wie beispielsweise den schulmedizinischen Dienst, Reihenimpfungen oder Beratung bei der Familienplanung.

Die Türkei verfügte im Jahr 2000 über 1.226 Krankenhäuser in verschiedener Trägerschaft. 744 von ihnen unterstanden dem Gesundheitsministerium und 118 der Sozialversicherung (SSK). Die Zahl der privaten Krankenhäuser lag bei 234 – sie stellen 6,77 % der Bettenkapazität des Landes und haben einen Anteil von 7,15 % an den Krankenhausärzten.

Bei der Krankenhausversorgung fällt auf, dass 50 % der Krankenhäuser über 50 Betten und weniger verfügen, demgegenüber stellten im Jahr 2000 39 Krankenhäuser ein Viertel aller Krankenhausbetten in der Türkei. Die Bettenauslastung der kleinen Krankenhäuser liegt deutlich unter der in den größeren, während die Verweildauer dort länger ist. Die hohe Zahl an ambulanten Behandlungen zeigt, dass diese Krankenhäuser eher als Polikliniken arbeiten. Andererseits besteht die Tendenz, bei Erforderlichkeit stationärer Behandlungen lieber größere Krankenhäuser aufzusuchen, da diese in der Regel besser ausgestattet sind und einen „besseren Ruf“ genießen.

Der private Gesundheitssektor lässt sich in fünf Kategorien unterteilen: Frei praktizierende Ärzte; Ärzte, die selbständig und gleichzeitig im öffentlichen Gesundheitswesen tätig sind; private Polikliniken und Medizinzentren; private Dienstleister in öffentlich geführten Gesundheitseinrichtungen und private Einrichtungen mit mehr als 50 Beschäftigten. Die Zahl der ausschließlich frei praktizierenden Ärzte liegt bei 11.200 (12 % der Ärzteschaft im Jahr 2000), während jedoch ungefähr 60 % aller Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens zugleich einer privaten Beschäftigung nachgehen.

Wirken diese Zahlen recht vertraut, so staunt der ausländische Passant, der an einem der großen öffentlichen Krankenhäuser – beispielsweise in Istanbul vorbeikommt: es sind großflächige Anlagen, die angesichts der Menge von Menschen, die hier ein- und ausgehen, eher an Bahnhöfe erinnern. Mangelhafte Etats haben dazu geführt, dass die Gebäude vielfach bereits baulich kaum geeignet sind, wirksame Hygiene aufrecht zu erhalten. Hinzu kommt, dass sowohl in Hinblick auf Arzneimittel als auch Pflegebedarf viele öffentliche Krankenhäuser ihren Patienten nicht einmal eine Grundausstattung bieten können. So ist es üblich, dass ein wesentlicher Teil der Krankenbetreuung durch Angehörige geleistet wird. Das reicht von der unmittelbaren Versorgung mit Getränken, aber auch Arznei- und Pflegemitteln, bis hin zur Ergänzung fehlender Kissen, Decken usw.. Dies hat zur Folge, dass eine Krankheit im Familienkreis zu einer familiären Aufgabe wird – in der Regel wird ein Familienmitglied für die dauernde Betreuung des Kranken abgestellt.

Ein anderes Problem liegt in der Überlastung zentraler Gesundheitseinrichtungen. Es bilden sich Schlangen und aus Ankara wird immer wieder gemeldet, dass die Telefonzentralen für die Vermittlung von Untersuchungsterminen öffentlicher Gesundheitseinrichtungen überlastet seien. Die Überlastung der Einrichtungen führt u.a. zur Korruptionsanfälligkeit. Weit verbreitet ist die Praxis, über Beziehungen oder durch Bestechung zu versuchen, frühzeitiger in den Genuss der gewünschten Leistung zu kommen. Dies geschieht teils offen, teils verdeckt und wird durch den hohen Anteil von Ärzten, die neben ihrer Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen auch einer privaten Praxis nachgehen, begünstigt. Das heißt, Patienten werden aus dem öffentlichen Bereich in den lukrativeren privaten Bereich „überwiesen“.

Regionale Versorgungsungleichgewichte

Die ungleichen Entwicklungsniveaus zwischen den türkischen Provinzen schlagen sich auch in der Gesundheitsversorgung nieder. Ein besonderer Faktor ist dabei der Personalmangel, der u.a. darauf zurückgeht, dass qualifiziertes Personal die härteren Lebensbedingungen in abgeschiedeneren Landesteilen scheut. Jedoch sind die unterschiedlichen Ausstattungsniveaus des Gesundheitswesens nicht allein auf das West-Ost-Entwicklungsgefälle der Türkei, sondern vor allem auf politische Entscheidungen zurückzuführen. So zeigt die ambulante Gesundheitsversorgung nicht nur in den ärmsten Provinzen im Osten und Südosten der Türkei, sondern auch in der Marmararegion ein deutliches Gefälle gegenüber besser versorgten Gebieten wie Mittelanatolien und der Ägäis-Region.

Die folgende Tabelle zeigt, dass die Basisversorgung mit öffentlichen Gesundheitsleistungen insbesondere in den Ost- und Südost-Provinzen durch unbesetzte Stellen in den ambulanten Behandlungsdiensten stark beeinträchtigt ist.

Personalmangel in der ambulanten Versorgung nach Regionen (2000)¹

Region	Gesundheits-Einheiten ohne Arzt	Prozent an allen Gesundheits-Einheiten	Zahl der Gesundheits-häuser ohne Pflegekraft	Prozent an Gesundheits-häusern ohne Pflegekraft	Prozent an Geburten ohne medizinische Betreuung
Marmara	99	11	766	53	1,9
Ägäis	65	7	693	47	3,0
Mittelmeer	62	8	503	44	3,9
Mittelanatolien	116	11	1179	73	4,1
Schwarzmeer	144	13	2068	68	4,3
Ostanatolien	98	18	1575	85	19,8
SO-Anatolien	81	20	927	84	17,3
Türkei	665	12	7713	66	5,8

Ein weiterer Indikator für die ungleiche Versorgungsdichte ist die Bevölkerungszahl pro Arzt. In den ärmsten Provinzen (Muş, Ağrı, Şırnak, Bitlis, Ardahan, Bingöl, Van, Hakkari, Kars, Mardin) liegt dieses Verhältnis bei 1:1.823. Für die Pflegekräfte bei 1:1.471. Demgegenüber liegt dieses Verhältnis in den 10 reichsten Provinzen (Kocaeli,

¹ Worldbank: Turkey. Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency (Main Report). March 2003. S. 12.

Istanbul, Bolu, Izmir, Yalova, Kırklareli, Izmir, Muğla, Ankara, Zonguldak) bei 413 Einwohnern pro Arzt und 506 Einwohnern pro Pflegekraft.

Dies schlägt sich nicht zuletzt auch in Leistungsindikatoren nieder. So liegt der Durchschnitt der medizinisch unbegleiteten Geburten im Landesdurchschnitt bei 5,8 %. In den Ost-Provinzen liegt er bei 18,6 %, in denen im Südosten bei 20,3 %.²

Ein weiteres Problem ist das mangelnde Vertrauen in die regionalen Gesundheitsdienste. Während der Diskussion des Gesundheitshaushaltes am 3. November 2003 im zuständigen Parlamentsausschuss schilderte der Abgeordnete Kâzım Türkmén (Provinz Ordu) die Lage sehr anschaulich: "Als Abgeordnete sind wir mit zwei Arten von Besuchen besonders konfrontiert. Da sind die Vielen, die auf der Suche nach Arbeit kommen, und die anderen kommen wegen Krankheiten. (...) Leider hat sich auf dem Land bisher kein Vertrauensklima entwickelt, so dass Kranke, auch wenn sie kein Geld in der Tasche haben, alles verkaufen und die Zukunft ihrer Kinder aufs Spiel setzen, um nach Ankara oder die anderen großen Städte zu kommen und hier Therapiemöglichkeiten zu suchen. (...) Dabei genügt es für eine solide Therapie nicht, nach Ankara zu kommen und Geld in der Tasche zu haben. Sie müssen unbedingt einen Bekannten finden, und, bevor sie ins Krankenhaus gehen, die Privatpraxen unserer Ärzte aufsuchen, um 'Vorgespräche' zu führen."³

Anschaulich geschildert wurde in der Haushaltsdiskussion auch, dass die Kennzahlen für einzelne Regionen und Provinzen gelegentlich den Blick auf Details verdecken. In den Zentren Istanbul, Ankara und İzmir befindet sich neben dem öffentlichen Gesundheitswesen ein gut ausgebautes privates. Bereits heute steht es den Sozialversicherungen frei, Leistungen, die sie selbst aufgrund fehlender Ausstattung nicht erbringen können, vom Privatsektor einzukaufen. Dieser jedoch ist konzentriert auf den Westen der Türkei und auf Ankara.

Ähnliches gilt für Spezialkliniken. Für die ganze Schwarzmeerregion gibt es beispielsweise nur ein – noch dazu unzureichend ausgestattetes – Krankenhaus für Lungenerkrankheiten.

Beschäftigung und Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen

Mit 294.104 Beschäftigten im Jahr 2001 war nach den Angaben des Gesundheitsministeriums das Gesundheitswesen einer der größten Arbeitgeber in der Türkei. Rund ein Drittel dieses Personals stellen Ärzte, Krankenschwestern sind mit rund einem Viertel am Personalbestand beteiligt.

Ebenfalls nach Angaben des Gesundheitsministeriums waren im Jahr 2001 86 % der Planstellen in Krankenhäusern der Sozialversicherung (SSK) besetzt, bei den Krankenschwestern lag der Anteil der besetzten Planstellen bei 94 %. Folgt man jedoch einer Untersuchung der Weltbank, so zeigen sich gravierende Disparitäten in der Versorgung mit Ärzten in den türkischen Regionen. Im Landesdurchschnitt entfallen auf einen Arzt 838 Einwohner, womit die Türkei im Mittelfeld der sich entwickelnden Länder

² Angaben für das Jahr 2002. Quelle: T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Çalışma Yılıhğı 2002. Ankara 2003. S. 63.

³ Übersetzung aus dem Protokoll der Diskussion im Gesundheitsausschuss des türkischen Parlaments am 3. November 2003.

(Schwellenländer) liegt. Im OECD-Durchschnitt liegt diese Kennzahl bei 370 Einwohner pro Arzt.

Die Beschäftigung des Personals im öffentlichen Gesundheitswesen erfolgt überwiegend im Beamtenstatus, was auch bedeutet, dass ihre Bezahlung auf der Basis einer Tarif-Setzung durch die Regierung erfolgt. Neben einem recht geringen Grundgehalt erhalten sie Anteile aus den eingenommenen Leistungserstattungen (döner sermaye) sowie verschiedene Zulagen.

Angesichts der niedrigen Gehälter spielt für die Ärzteschaft im öffentlichen Gesundheitswesen die Nebentätigkeit im privaten Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Nach Schätzungen verschiedener Seiten (u.a. der Union der türkischen Ärztekammern) liegt der Anteil der Ärzte, die neben einer Beschäftigung im öffentlichen Gesundheitswesen auch im privaten Sektor arbeiten bei rund 60 %. Zudem gestattet das Gesetz 1219 es Ärzten, die in Universitätskrankenhäusern oder in denen des Gesundheitsministeriums arbeiten, nach 16.00 Uhr Privatpatienten im Krankenhaus zu empfangen. Die Tätigkeit für den privaten Gesundheitssektor ist ungleich besser bezahlt. Im Weltbankbericht wird auf eine Schätzung Bezug genommen, derzufolge Ärzte durch ihre Zusatztätigkeit das Fünffache ihres Normalverdienstes einnehmen können.

Die Gewerkschaft der Beschäftigten im Gesundheitswesen SES (Sağlık Emekçileri Sendikası, Mitglied der Konföderation der Gewerkschaften im öffentlichen Dienst KESK), die 1990 aus dem Zusammenschluss der Gewerkschaften Tüm Sağlık Sen, Genel Sağlık İş, Sağlık Sen und Sosyal Hizmet Sen hervorgegangen ist und der Position der Union der türkischen Ärztekammern nahe steht, problematisiert vor allem die Maßnahmen der Regierung zum Ausbau des befristet eingestellten Gesundheitspersonals. In einer Erklärung vom 13. Dezember 2003 weist SES auf die 21.000 neuen Stellen in diesem Bereich hin. Die Problematik der befristeten Arbeitsverträge liege dabei vor allem in einer Aushöhlung des Arbeitsschutzes sowie in einer Benachteiligung gegenüber Kollegen in gleichen Funktionen – so dürften beispielsweise Ärzte mit diesem Status im Gegensatz zu ihren Kollegen keiner privaten ärztlichen Tätigkeit nachgehen und würden bei der Aufgabenverteilung benachteiligt.

Zu einigen Details der Arbeitsbedingungen gab die Gewerkschaft des Gesundheitswesens Türk Sağlık Sen, die angibt, über 74.339 Mitglieder zu haben (25,28 % der Beschäftigten) Ergebnisse einer Umfrage bekannt, an der sich 15.000 Beschäftigte des Krankenhauswesens beteiligten.⁴ Befragt nach der Zufriedenheit mit ihrem derzeitigen Arbeitsplatz gaben 73,4 % der Befragten an, „zufrieden“ zu sein – gleichwohl erreichte der Anteil derer, die erklärten, dass sie ihre Stelle wechseln würden, wenn sich eine Gelegenheit ergäbe, 50,1 %. Bei denjenigen, die erklärten, mit ihrer derzeitigen Stelle unzufrieden zu sein, rangierte mit 52,2 % „zu niedriges Gehalt“ an erster Stelle der Gründe, gefolgt von der Arbeitszeit (18,6 %) und „unzureichender Personalausstattung“.

Unzufriedenheit mit dem Gehalt findet sich bei 82,2 % der Befragten – sie scheinen dies jedoch nicht auf ihre aktuelle Stelle zu beziehen. 74 % der Befragten gaben an, Gewerkschaftsmitglied zu sein, wobei der Anteil der Gewerkschaftsmitglieder unter der Ärzteschaft bei Null blieb. Fast 90 % gaben an, Bereitschaftszeiten und Überstunden zu leisten.

⁴ Türk Sağlık Sen: Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Kamu Çalışanları Üzerine Alan Araştırması. August 2002. (http://www.turksagliksen.org.tr/mevzuat.asp?menu=istatistik&konu=arastirma&detay_id=7)

Nach der wichtigsten Forderung befragt, die bei Tarifverhandlungen an die Institution zu stellen sei, bei der die Befragten beschäftigt waren, ergab sich folgende Verteilung:

Forderung	Prozent
Verbesserung der Arbeitsbedingungen	14,0
Verringerung der Hierarchie und Sicherung des Arbeitsfriedens	7,8
Beteiligung an der Leitung	0,7
Verbesserung der sozialen Rechte	8,5
Beseitigung des Materialmangels	1,7
Gleichbehandlung	12,3
Gleicher Lohn für gleiche Arbeit	15,8
Erhöhung des Haushaltsanteils	1,5
Neufestsetzung des Personalschlüssels	12,7
Erhöhung von Abfindungen und Prämien	0,9
Verbesserung von Bildungsmöglichkeiten	5,6
Gerechtere Verteilung der Prämien aus Einnahmen	8,8
Einführung des Leistungsprinzips	5,9
Neues und zeitgemäßes Gesundheitsgesetz	2,3
Sonstige	1,3

Betrachtet man die Ergebnisse, so werden neben der geringen Bezahlung vor allem die Führungsstrukturen der Gesundheitseinrichtungen als belastend erlebt. „Gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ (15,8 %) und „Gleichbehandlung“ (12,3 %) nehmen neben einer Neufestsetzung des Personalschlüssels eine Spitzenstellung ein.

Finanzierung des Gesundheitswesens

Nicht nur nach Einschätzung der Akteure der türkischen Gesundheitspolitik, sondern auch internationalen Institutionen wie der Weltbank zufolge ist das türkische Gesundheitswesen unterfinanziert. Dabei sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung von 55 \$ im Jahr 1980 auf 135 \$ im Jahr 2000 gestiegen.

Nach Angaben des Ministeriums für Arbeit und Soziales betragen die Gesamtausgaben für Gesundheitsleistungen jährlich 7,9 Mrd. \$. Die Gesundheitsausgaben für diejenigen, die durch das soziale Sicherungssystem erfasst sind, belaufen sich auf jährlich 5 Mrd. \$, wovon 41 % seitens der Sozialversicherungen SSK und Bağ-Kur aufgebracht, die übrigen 59 % durch den Staat geleistet werden.⁵ Andererseits gibt die Weltgesundheitsorga-

⁵ Ministerium für Arbeit und Soziales: Sosyal Güvenliğin Tek Çatı Altında Toplanması ve Genel Sağlık Sigortasının Oluşturulması. (<http://www.calisma.gov.tr/projeler/tekcati.htm>)

nisation den Anteil der direkten Eigenleistungen für Gesundheitsdienste im Jahr 2000 mit 28,8 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen an. Die Relation zwischen staatlicher und Versicherungsfinanzierung wird mit 71 % zu 29 % angegeben.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt liegt für den Zeitraum von 1996 bis 2000 bei rund einem Prozent.

Der Weltbank-Bericht zum Gesundheitswesen in der Türkei zeigt deutlich, dass der Sozialversicherungsschutz zum einen abhängig ist von der Einkommensklasse und zum anderen vom Wohnort. Den größten Anteil an Versicherten weist die höchste Einkommensgruppe mit Wohnort in der Stadt auf.

Einkommen und Wohnort als Faktoren für den Versicherungsgrad⁶

Einkommensgruppe	Wohnort	Versicherungsgrad (Prozent)	
Unterstes Fünftel	Land	28	46
	Stadt	54	
2. Fünftel	Land	62	73
	Stadt	77	
3. Fünftel	Land	50	70
	Stadt	75	
4. Fünftel	Land	81	86
	Stadt	87	
Oberstes Fünftel	Land	58	86
	Stadt	88	

Den geringsten Versicherungsgrad weisen diesen Daten zufolge die ärmsten Bevölkerungsschichten auf dem Land auf, was sich auch mit den Daten zur Versicherungsquote nach Provinzen deckt, wo insbesondere die ärmsten Provinzen des Ostens und Südostens den größten Anteil unversicherter Haushalte aufweisen.

Struktur der Sozialversicherung

Die größte Krankenversicherung der Türkei ist die SSK – die Institution für Sozialversicherung, die Leistungen der Kranken- und Rentenversicherung erbringt. Im Jahr 2002 waren 33.304.490 Personen bei der SSK versichert. Davon gehörten 5.223.283 Personen zum Kreis der Pflichtversicherten (80 % der Beitragszahler) und 22.993.730 Personen zum Kreis der mitversicherten Familienmitglieder.⁷

⁶ Daten nach: Worldbank: Turkey. Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency. (Main Report) March 2003. S. 9.

⁷ Ministerium für Arbeit und Soziales: SSK Sigortalı Sayıları. (http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/ssk_sigortalı_sayilari.htm)

Die zweite öffentliche Sozialversicherung der Türkei ist die Bağ-Kur Versicherung, die vor allem die Gewerbetreibenden und die Beschäftigten in der Landwirtschaft umfasst und wiederum Renten- und Krankenversicherung enthält. In dieser Versicherung waren im Jahr 2002 15.807.673 Personen versichert, davon 4.804.154 Personen als Beitragszahler (30,39 %) und 11.003.519 Personen als Familienmitglieder.⁸

Das Ministerium für Arbeit und Soziales gibt den Bevölkerungsanteil ohne Sozialversicherung mit 14,83 % an (Stand 2002). Diese Personen wiederum fallen theoretisch in den Bereich der „Grünen Karte“ Bestimmungen, die eine staatliche Kostenübernahme für Gesundheitsleistungen vorsehen. So gesehen scheint auf den ersten Blick eine vollständige Abdeckung des Gesundheitsrisikos vorzuliegen. Jedoch weist die Weltbank in ihrem Bericht zum türkischen Gesundheitswesen darauf hin, dass manche Personen über einen mehrfachen Versicherungsschutz verfügen. Demnach liegt in 50 Provinzen der Bevölkerungsanteil, der weder von der Sozialversicherung noch von der Armenfürsorge erfasst wird, bei mehr als 10 % der Einwohnerschaft, in Şırnak (67 %) und Osmaniye (60 %) liegen die Anteile am höchsten.

Wenn man überlegt, dass das Staatliche Statistikinstitut die Zahl der Erwerbstätigen im Jahr 2002 mit 21,354 Millionen angibt⁹, die Zahl der Sozialversicherten (SSK und Bağ-Kur) bei rund 10 Millionen liegt, so zeigt sich, dass rund die Hälfte dieser Personen nicht als Versicherte auftauchen. Ein wesentlicher Teil von ihnen wird als Familienmitglied mitversichert. Die Folge sind Beitragsverluste der öffentlichen Sozialversicherungen.

Aufgrund unzureichender Finanzierung der Sozialversicherungen entsteht ein in Klassen gestuftes Versorgungssystem. In der Türkei sind modernste Gesundheitsleistungen zu erhalten – wenn man über die nötigen finanziellen Mittel verfügt. Die Vereinigung der türkischen Ärztekammern argumentierte im Jahr 2000 folgendermaßen: Während von 1991 bis 1999 ein drastischer Anstieg der Versichertenzahlen zu verzeichnen war und mehr als die Hälfte der Bevölkerung über die SSK versichert ist, sind weniger als 10 % der Ärzte für die SSK tätig. Während in dem genannten Zeitraum die Zahl der Versicherten um 61 % stieg, lag der Anstieg bei den beschäftigten Ärzten bei 22 % und im Krankenpflegebereich bei 40 %. Daraus folgt eine entsprechende Verdichtung der Auslastung. So entfallen diesen Angaben zufolge auf ein Krankenhausbett der SSK 44 Patienten, während es bei den privaten Krankenhäusern 40, bei denen in Trägerschaft des Gesundheitsministeriums 39 und bei den Universitätskliniken 29 Patienten sind. Gleichzeitig stiegen der Anteil an Gesundheitsdienst-Ausgaben außerhalb der SSK-Trägerschaft von 1997 26,5 % auf 31,8 % im Jahr 2000.¹⁰

Zu den Finanzierungsproblemen des Gesundheitswesens gehört auch die wirksame Kontrolle eines effektiven Mitteleinsatzes. Seit Januar 2003 beschäftigt in diesem Zusammenhang der sogenannte „Neşter-Skandal“ die türkische Öffentlichkeit. Die türkische Zeitschrift „Tempo“ bezieht sich auf die Anklageschrift der Staatsanwaltschaft und

⁸ Ministerium für Arbeit und Soziales: Bağ-Kur Aktif ve Pasif Sigortalı Sayıları. (http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/bk_sigortalı_sayilari.htm)

⁹ Staatliches Statistikinstitut (Devlet İstatistik Enstitüsü): Hanehalkı İşgücü Anketi 2003 Yılı III. Döneminde Ele Edilen Sonuçları. Ankara, November 2003.

¹⁰ Türk Tabipler Birliği: Tıp Dünyası. 1 Şubat 2003, Sayı 98 (<http://www.ttb.org.tr/TD98/1.php3>)

gibt das Schadensvolumen in diesem Fall mit 50 Millionen Dollar pro Jahr an. Dies sei nach Einschätzung der Zeitschrift jedoch nur die Spitze des Eisberges. Beziehe man die Korruption im Zusammenhang mit der Beschaffung orthopädischer Prothesen mit ein, so erreiche der Schaden leicht einige Milliarden Dollar. Aufgezählt werden fünf Verfahrensweisen, die Kontrolllücken der Sozialversicherungen ausnutzen, um bis zu fünffach höhere Verkaufspreise bei Geschäften mit den Sozialversicherungen zu erzielen.¹¹

Überteuerte Leistungen und Ineffizienz gehen nach Einschätzung verschiedener Experten u.a. auf die Struktur des öffentlichen Gesundheitswesens mit seinem hohen Zentralisierungsgrad zurück. So ist beispielsweise eine Krankenhausleitung bei Trägerschaft durch das Gesundheitsministerium nicht zur Personaleinstellung befugt und verfügt auch beim Beschaffungswesen nur über beschränkte Kompetenzen.

Gleichzeitig wird versucht, die Finanzierungsprobleme der öffentlichen Krankenhäuser durch ein Anreizsystem zu lindern, indem sie Zugriff auf die von ihnen erwirtschafteten geldwerten Leistungen erhalten (döner sermaye = zurückkehrendes Kapital; Gebühreneinnahmen). Diese Einnahmen, die entweder aus öffentlichen Kassen (Sozialversicherungen und Armenfürsorge) oder privaten Gesundheitsausgaben stammen, nehmen einen immer größeren Anteil an der Finanzierung des Gesundheitswesens ein. Die Union der türkischen Ärztekammern gibt den Finanzierungsanteil durch Einnahmen im Jahr 1988 mit 24,3 % und im Jahr 2000 mit einem Anteil von 38 % der Gesamtfinanzierung an.¹²

Diese Art der Finanzierung folgt dabei zugleich einem Trend, nach dem versucht wird, Anreize für ökonomische Arbeitsweise zu erzeugen. Gesundheitsminister Recep Akdağ erklärte dazu in den Haushaltsberatungen, dass gegenüber dem Vorjahr das Einnahmenvolumen der Gesundheitseinrichtungen sich an einzelnen Orten verzehnfacht habe. Dies sei auch den Ärzten zugute gekommen, die in den Genuss von Gewinnprämien gekommen seien. Andererseits kritisiert die Ärztekammer Istanbul, dass die verschärfte Einnahmeorientierung der Krankenhäuser mitunter dazu führt, dass Kranke abgewiesen und nicht behandelt werden – was mit der Ethik der Ärzteschaft nicht vereinbar sei.

Entwicklung der Armenfürsorge im Gesundheitswesen

Die „Grünen Karten“ (yeşil kart) wurden 1992 als ein System zur Sicherstellung einer medizinischen Grundversorgung auch für unversicherte, arme Bevölkerungsteile eingeführt. Der Anteil der Inhaber solcher Ansprüche erreichte im Jahr 2001 einen Anteil von 16,4 % an der Gesamtbevölkerung. Seit der Einführung des Programms 1992 wurden rund 1,5 Mrd. Dollar ausgegeben.

Der Anstieg des Anteils der von der Gesundheitshilfe erfassten Bevölkerungsteile hat neben der unterschiedlichen Handhabung durch die Regierungen vor allem mit dem wachsenden Armutsproblem der Türkei zu tun. Aufgrund der hohen Inflationsraten der 90-er Jahre mussten Kleingewerbetreibende und abhängig Beschäftigte über Jahre Reallohnverluste hinnehmen. Warenkorbuntersuchungen der Gewerkschaften zeigen, dass das Einkommen der Empfänger des staatlich festgesetzten Mindestlohnes nicht aus-

¹¹ Okan Konuralp: Neşteri gölgede birakan yolsuzluk. Tempo Dergisi 21.08.2003. (http://www.tempodergisi.com.tr/saglik_cinsellik/03157/)

¹² Türk Tabipler Birliği: Sağlıkta Dönüşüm. (http://www.ttb.org.tr/s_donusum/ii.htm)

reicht, um eine vierköpfige Familie zu ernähren. Selbst zwei solche Einkommen reichen nicht aus, um eine Familie über die Armutsgrenze zu bringen.¹³

Im Haushaltsentwurf 2004 sind für Gesundheitsleistungen für Bedürftige 1,343 Quadrillionen TL vorgesehen, was beinahe einer Verdoppelung des Haushaltsansatzes für 2003 entspricht. Andererseits wurde dieser Haushaltsposten nunmehr in den des Gesundheitsministeriums übernommen, was während der Haushaltsberatungen Diskussionen darüber auslöste, inwieweit eine tatsächliche Steigerung des Etatpostens vorgenommen wurde oder ob durch die Verlagerung der „Grünen Karten“ in den Haushalt des Gesundheitsministeriums nur der Anschein erweckt worden sei.

Entwicklung von Anträgen und Bewilligen staatlicher Krankenkostenübernahme („Grüne Karte“, yeşil kart)

Jahr	Antrag auf Krankenhilfe	Bewilligte Krankenhilfe	Bevölkerung	Anteil der erfassten Bevölkerung
1992	910,873	365,509	58,179,932	0.6
1993	2,971,722	2,211,341	59,052,631	3.7
1994	4,469,935	3,671,452	59,938,421	6.1
1995	5,977,439	4,996,728	60,837,497	8.2
1996	6,948,328	5,713,066	61,564,398	9.3
1997	8,246,854	6,666,978	62,865,574	10.6
1998	9,592,807	7,760,443	64,166,750	12.1
1999	10,944,955	8,721,629	65,505,088	13.3
2000	12,555,783	10,125,706	67,844,903	14.9
2001	14,213,305	11,346,250	69,272,291	16.4

Öffentliche Gesundheitsverwaltung und Prävention

Zu den Aufgaben eines modernen Gesundheitswesens gehören neben der unmittelbaren medizinischen Therapie vor allem auch die Dienste, die auf eine Verhütung von Krankheiten zielen. Von Impfkampagnen über die Lebensmittelüberwachung bis hin zum arbeitsmedizinischen Dienst erstreckt sich ein weites Feld von Aufgaben, die in der Türkei teilweise direkt den beiden federführenden Ministerien im Bereich Gesundheit (dem Gesundheitsministerium und dem Ministerium für Arbeit und Soziales) zugeordnet sind, teilweise jedoch auch von anderen Stellen (beispielsweise den Kommunen) übernommen werden.

Eine zentrale Stellung im Bereich der begleitenden und prophylaktischen Dienste nimmt jedoch das Gesundheitsministerium ein. Eine zentrale Stellung im Präventionskonzept nehmen dabei die Gesundheitseinheiten (sağlık ocağı) ein, die neben medizinischen Dienstleistungen auch für die Durchführung von Reihenimpfungen und Beratung

¹³ Die Statistik zur Einkommensverteilung in der Bevölkerung, die am 7.11.2003 vom Staatlichen Statistikinstitut veröffentlicht wurde, gibt das durchschnittliche auf ein Haushaltsmitglied entfallende Einkommen in der geringstverdienenden Bevölkerungsgruppe mit 686 Mio. TL jährlich, in der am höchsten verdienenden mit 6.171 Mio. TL jährlich an.

in Familienplanung zuständig sind. Allerdings zeigt sich, dass die Mittel des öffentlichen Gesundheitswesens in immer stärkerem Maße für Therapiezwecke ausgegeben werden und der Anteil für präventive Maßnahmen dabei kontinuierlich sinkt (nach Angaben der Union der türkischen Ärztekammern auf 6 % im Jahr 1996).

Im Bereich der Reihenimpfungen wurden in den vergangenen Jahren in Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen wie u.a. der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bedeutende Fortschritte u.a. bei der Bekämpfung von Kinderlähmung, Röteln und Masern gemacht.

Demgegenüber sind andere Dienste wie beispielsweise die Lebensmittelüberwachung weniger effektiv. Dies liegt zum einen an einer unübersichtlichen Kompetenzverteilung zwischen Landwirtschaft-, Gesundheitsministerium und Kommunen. Zum anderen trägt jedoch auch die hohe Schattenwirtschaftsquote sowie die fehlende Kaufkraft der Konsumenten dazu bei. Ein Beispiel ist dafür der Milchsektor. Grundsätzlich braucht jeder Produzent, der Nahrungsmittel in Umlauf bringen möchte, eine Genehmigung des Landwirtschaftsministeriums. Jedoch wird auch offiziellen Angaben (beispielsweise der Staatlichen Planungsagentur) zufolge, ein großer Teil der in der Türkei konsumierten Milch ohne jegliche Überwachung als Rohmilch direkt vom Produzenten verkauft. Es ist ein Geschäft für beide Seiten – die Rohmilch ist billiger als die abgepackte und gleichzeitig erhält der Produzent mehr als er von einer Molkerei erhalten würde.

Besondere Probleme stellen sich beim Arbeitsschutz. Wer beispielsweise an Baustellen in der Türkei vorbeikommt, wird kaum Sicherheitsvorkehrungen finden, bei den meisten Privatbauten werden beispielsweise selbstgezimmerter Gerüste verwendet, die billiger sind, als die professionellen Stahlgerüste. Hinzu kommt, dass Sicherheitsausrüstung, selbst wenn sie vorhanden ist, vielfach von den Beschäftigten nicht eingesetzt wird. Dies schlägt sich nicht zuletzt in der Zahl der Arbeitsunfälle nieder.

Die Zahl der Arbeitsunfälle wird vom Ministerium für Arbeit und Soziales für das Jahr 2002 mit 72.344 angegeben, davon verliefen 872 tödlich. Statistisch entfallen auf 100 Beschäftigte 1,25 Arbeitsunfälle mit ernsteren Verletzungen oder Todesfolge.

Von Interesse ist in diesem Zusammenhang auch die Auseinandersetzung zwischen der Union der türkischen Ärztekammern und dem Gesundheitsministerium über die Verordnung zum arbeitsmedizinischen Dienst, die am 16. Dezember 2003 in Kraft trat. Als eine interessante Neuerung enthält die Verordnung, dass über die Zulassung von Ärzten zum arbeitsmedizinischen Dienst nicht mehr die Kammer, sondern das Gesundheitsministerium entscheiden soll. Während bisher in Betrieben mit mehr als 50 Beschäftigten die Einstellung eines Betriebsarztes verpflichtend war, kann der neuen Richtlinie zufolge die arbeitsmedizinische Betreuung auch von außen eingekauft werden. Zugleich wurde der Richtwert für den Umfang der arbeitsmedizinischen Betreuung von bisher 15 Minuten pro Beschäftigten im Monat auf 2,5 Minuten gesenkt. Durch die Aufhebung des Kündigungsschutzes von Arbeitsmedizinern wird außerdem eine massive Abhängigkeit des Arztes vom Arbeitgeber erzeugt – dieser kann durch einfache Mitteilung innerhalb von drei Tagen das Arbeitsverhältnis beenden.¹⁴

¹⁴ Türk Tabipler Birliği: İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Taslağı ne getiriyor!?
(http://www.ttb.org.tr/yeni/ish_yonetmelik/gorus.htm)

Reformprojekte der Regierung

Hatte die im November 2002 ins Amt gekommene Regierung der Partei für Gerechtigkeit und Entwicklung (AKP) bereits in ihrem Anfang Dezember verkündeten Aktionsplan auch eine Reform des Gesundheitswesens angekündigt, zeichneten sich die Einzelheiten erst mit einer gewissen Verzögerung ab. Heute wird unter dem Schlagwort „Reform des Gesundheitswesens“ (sağlıkta dönüştürme) ein ganzes Bündel von Reformschritten diskutiert, die jedoch weitgehend auf der Linie der bereits in den 90-er Jahren von verschiedenen Regierungen eingeleiteten Änderungsplänen liegen.

Bereits im Sommer wurde durch ein Reformgesetz Leistungserbringung und Versicherung bei den Sozialversicherungsträger SSK getrennt.¹⁵ Grundsätzlich gehen die Pläne der Regierung jedoch dahin, die bisher verbundene Renten- und Krankenversicherung aufzuspalten.

Ein zweiter Grundzug ist die Flexibilisierung der Leistungserbringung. Bisher ist durch die Differenzierung der Trägerschaften im Gesundheitswesen mit gleichzeitiger Einschränkung auf einzelne Personengruppen ein beträchtliches Versorgungsungleichgewicht entstanden. Als Antwort darauf hat die AKP-Regierung begonnen, schrittweise eine Öffnung der einzelnen Gesundheitsträger auch für andere Personengruppen zu vollziehen. Nach einer Piloteinführung in sechs Provinzen wurden zum 1. September auch die Krankenhäuser in Trägerschaft des Gesundheitsministeriums in fünf weiteren Provinzen für die Versicherten der SSK geöffnet.

Mit dieser Öffnungsstrategie einher gehen die Vorbereitungen für die Definition von standardisierten „Leistungspaketen“, die den Geltungsbereich der verschiedenen Gesundheitsversicherungs- und Leistungssysteme untereinander angleichen sollen.

Im Hinblick auf die Gebührensätze für die Gesundheitsversicherung kommt eine Modellrechnung des Ministeriums für Arbeit und Soziales auf der Basis der Versicherten- und Ausgaben des Jahres 2001 auf einen monatlichen Satz von rund 40 Dollar. Eine solche Versicherungsgebühr entspräche 24 % des Durchschnittslohns und 30 % des Mindestlohns.¹⁶

Ein weiteres Schlüsselproblem sind die Schulden von Staat und privaten Betrieben bei den Sozialversicherungen. Zum einen zerrütten sie die Finanzen der Träger des Gesundheitswesens, zum anderen werden insbesondere kleine und mittelständische Betriebe durch diese Schulden in ihrer Überlebensfähigkeit eingeschränkt. Einen besonderen Anstieg erfuhren diese Schulden während der schweren Wirtschaftskrise von 2000-2002. Durch Maßnahmen zur Eindämmung der Schattenwirtschaft konnte nach Angabe des Ministers für Arbeit und Soziales Başesgioğlu im Haushaltsausschuss eine bedeutende Zunahme der registrierten Betriebe und ein Zuwachs von einer halben Million Versicherten erzielt werden. Im Bereich der Bağ-Kur lag der Anstieg der Versicherten bei 62.000 neuen Versicherten von Januar bis Juli. Zugleich wurde durch eine Änderung der Versichertenstatuten eine größere Zahl von Versicherten, die über Jahre keine Beiträge entrichtet hatten, aus der Versicherung ausgeschlossen. Durch die eingeleiteten

¹⁵ Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu Nr. 4958 vom 29.07.2003.

¹⁶ Ministerium für Arbeit und Soziales: Sosyal Güvenliğin Tek Çatı Altında Toplanması. Genel Sağlık Sigortasının Oluşturulması. (<http://www.calisma.gov.tr/projeler/tekcati.htm>)

Maßnahmen konnten die Defizite von Bağ Kur und SSK deutlich verringert werden. 78 % der Außenstände der SSK in Höhe von 3,4 Quadrillionen TL wurden refinanziert. Bei Bağ-Kur liegt der Anteil der refinanzierten Beitragsschulden bei 12 % des Gesamtaufkommens, einem Betrag von 1,7 Quadrillionen TL (gesamte Außenstände in Höhe von 14,346 Quadrillionen TL).

Ein Gesetzentwurf zur Trennung von Renten- und Gesundheitsversicherung ist vorbereitet und befindet sich im Abstimmungsprozess. Als Zuzahlung für die Sozialversicherungen sind im Jahr 2004 Haushaltsmittel in Höhe von 7,708 Quadrillionen eingestellt.¹⁷

Widerstand gegen die Reformprogramme

Am 5. November 2003 legten in der ganzen Türkei Tausende von Beschäftigten des Gesundheitswesens die Arbeit nieder, um gegen die Folgen der Haushaltspolitik für das Gesundheitswesen sowie die Pläne der Regierung zu dessen Reform zu demonstrieren. Aufgerufen hatten die Union der türkischen Ärztekammern sowie die Gewerkschaft der Beschäftigten des Gesundheitswesens SES und Patientenvereine. Auch die CHP erklärte ihre Unterstützung.

Grundsätzlich richtet sich der Widerstand gegen die Regierungspläne gegen zwei Entwicklungen:

1. Gesundheit als „Ware“ zu betrachten und unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten Gesundheitsleistungen zu erstellen.
2. Ein zunehmendes Ungleichgewicht im Zugang zu Gesundheitsleistungen aufgrund der Mängel des öffentlichen Systems.

In diesem Zusammenhang stellt die Union der türkischen Ärztekammern dar, dass zwar seit den 80-er Jahren sowohl im Hinblick auf die Finanzierung als auch auf die Personalausstattung im Gesundheitswesen der Türkei große Fortschritte gemacht wurden – weil jedoch immer größere Finanzierungsanteile auf den Privatsektor übertragen wurden, blieben dem öffentlichen Sektor keine Investitionsressourcen mehr übrig. Diese Entwicklung erzeugt einen Kreislauf, bei dem das öffentliche Gesundheitswesen immer weiter zurückbleibt.

Eine weitere kritisierte Tendenz ist die Zunahme der Refinanzierung der Gesundheitseinrichtungen durch eingenummene Leistungsentgelte. So lange immer noch bedeutende Bevölkerungsteile ohne jede Form von Sozialversicherung auskommen müssen, erzeugt der Druck, die nötige Refinanzierung zu erwirtschaften, Lücken in der Basisversorgung der ärmsten Bevölkerungsteile. Bereits heute kann derjenige, der über die nötigen finanziellen Mittel verfügt, in der Türkei die modernsten Gesundheitsleistungen einkaufen – die Masse der Bevölkerung jedoch ist davon ausgeschlossen. Die Herausbildung eines „Klassensystems“ in der Gesundheitsversorgung zeigt sich u.a. in einem Problem, dass nach der Öffnung der Krankenhäuser des Gesundheitsministeriums für die SSK-Versicherten eintrat. Diese können zwar die diagnostischen und therapeutischen Dienste anderer Einrichtungen nutzen, wenn es jedoch um Medikamente geht, sind sie weiter auf die Apotheken der SSK-Krankenhäuser angewiesen. Nun wird wie-

¹⁷ Ausführungen des Ministers für Arbeit und Soziales Başesgioğlu in der Haushaltskommission am 11. November 2003 (Parlamentstranskript).

derholt in den Medien berichtet, dass sich vor diesen Apotheken lange Schlangen bilden und die Versicherten stundenlang (manche tagelang) anstehen müssen. Hinzu kommt, dass aufgrund von Schulden der SSK bei verschiedenen Arzneimittellieferanten diese ihre Lieferungen eingestellt haben. Dementsprechend sind nicht alle Standard-Medikamente in jeder dieser Apotheke vorhanden, weshalb immer wieder Versicherte mehrere SSK-Apotheken aufsuchen und sich anstellen müssen. Wer jedoch über die nötigen Mittel verfügt, kann diese Medikamente ohne jeden Zeitverzug aus einer der vielen freien Apotheken beziehen.

Ein weiterer Einspruch bezieht sich auf vorgesehenen Personalmaßnahmen. Bisher verfügen die meisten Beschäftigten des türkischen Gesundheitswesens über den Beamtenstatus. Jedoch hat seit 1980 der Anteil derjenigen, die jenseits der Planstellen mit befristeten Arbeitsverträgen eingestellt werden, beständig zugenommen. Auch die AKP-Regierung bedient sich dieses Instrumentes, was auf eine deutliche Schwächung der arbeitsrechtlichen Stellung der Betroffenen hinausläuft.

Diese schlägt sich auch in der Gehaltsentwicklung nieder. Nach Angaben der Union der türkischen Ärztekammern sank das Einkommen der Beschäftigten im Gesundheitswesen um 60 % und damit unter den Stand von 1980. Die Folge dieser Entwicklung ist, dass das Personal im Gesundheitswesen, soweit es über diese Möglichkeit verfügt, zusätzlichen Beschäftigungen nachgeht. Die Ärztekammern weisen den Anteil der Ärzte, die einer zusätzlichen Beschäftigung nachgehen, mit 60 % aus – nur 15 % der Ärzteschaft sind ausschließlich privat tätig. Dennoch erreicht nur ein geringer Teil der Ärzteschaft das Einkommensniveau von vor zwanzig Jahren.

Hatte die Protestaktion im Gesundheitswesen am 5. November 2003 bereits zu einer heftigen Polemik zwischen Regierung und aufrufenden Organisationen geführt, so scheint diese nun gewillt, sich des Widerstands der aufmüpfigen Kammern zu entledigen. Wie die Tageszeitung Radikal am 21. Dezember 2003 meldete, arbeitet das Gesundheitsministerium an einem Gesetzentwurf, der darauf zielt, die Berufskammern im Gesundheitswesen (Ärztekammer, Apothekerkammer und Zahnärztekammer) unter einem Dach zu vereinigen. Der neue Kammerverein soll dabei jedoch wesentliche Funktionen wie beispielsweise die Festsetzung von Mindestgebühren oder auch den Ermessensspielraum bei der Verhängung von Kammerstrafen verlieren. Auch soll der Kammerverein nicht mehr berechtigt sein, öffentliche Aktionen durchzuführen. Die Regierung scheint mehr Ruhe haben zu wollen.