

Arbeitspapier Nr. 22 / 2002

**Zwischen Sozialstaat und Wettbewerb
Gewerkschaften zur Gesundheitsreform**

Nadja Rakowitz

**Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main
Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin
Institut für Medizinische Soziologie
August 2002**

Inhaltsverzeichnis

Was lässt sich aus der Geschichte lernen?	3
<i>Das gesundheitspolitische Programm des DGB von 1972</i>	<i>4</i>
<i>Die „Kostenexplosion“</i>	<i>6</i>
<i>Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik</i>	<i>9</i>
<i>DGB und sozialdemokratische Bundesregierung: 1976 und 2002</i>	<i>10</i>
<i>Gesundheitspolitische Perspektiven der ÖTV 1976</i>	<i>12</i>
<i>Auswirkungen der Wirtschaftskrise</i>	<i>15</i>
<i>Regierung Kohl</i>	<i>17</i>
Besser vorbeugen – die Position der IG Metall	21
Exkurs: Zwei-Klassen-Medizin verhindern – die Position der IG BAU	27
Mehr Wettbewerb und Kritik daran – die widersprüchliche Position von ver.di	30
Solidarischer Wettbewerb – die Position des DGB	44
Schluss	49
Synopse der dargestellten Positionen	53
Literaturverzeichnis	55

Was läßt sich aus der Geschichte lernen?

„Die Gesundheit ist die wichtigste Voraussetzung für ein menschenwürdiges Leben. Es ist deshalb Aufgabe der Gesellschaft, den Schutz, die Erhaltung und die Wiederherstellung der Gesundheit aller Bürger zu gewährleisten und die Voraussetzungen für gesundheitsgerechte Lebensbedingungen zu schaffen ... Für den Arbeitnehmer ist die Gesundheit nicht nur die Grundlage für eine volle Teilnahme am gesellschaftlichen und politischen Leben, sondern die Voraussetzung für seine soziale Existenz. Die Gewerkschaften haben deshalb von jeher neben der Sicherung der materiellen Existenz die Gesundheitssicherung der Arbeitnehmer in den Vordergrund ihrer Politik gestellt.“¹

Gesundheitspolitik als ein Bereich der Sozialpolitik war in der Nachkriegsperiode in der Bundesrepublik kein breit diskutiertes Thema. Auch die Gewerkschaften kümmerten sich zunächst um andere Bereiche. Zu einer Diskussion um die „Krise der Medizin“ war es erst im Gefolge der Debatte um die Krise in der Bildungspolitik gegen Ende der 60er Jahre gekommen. „Von den Gewerkschaften, dem linken Flügel der SPD, liberalen Massenkommunikationsorganen und der Studentischen Opposition an den Universitäten wurde verstärkt Kritik an der regional ungleichen Krankenversorgung, der unterschiedlichen Behandlung von Privatpatienten und Sozialversicherten, der Vernachlässigung der psychischen und sozialen Dimension von Krankheit, der hierarchischen Struktur des Krankenhauses, der strikten Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, dem Einfluss des privaten Kapitals auf die Krankenversorgung (Pharma- und Großgeräteindustrie), den hohen Einkommen ärztlicher Großverdiener (Chefärzte), ja an dem herrschenden Krankheitsbegriff insgesamt vorgetragen.“² In der Reformphase nach 1968 bis Anfang der 70er Jahre war es schon zu einigen wichtigen Veränderungen gekommen: So kam es durch die Öffnung für neue Versichertengruppen zu einer Zunahme der Mitgliederzahlen der GKV und zu einer Ausweitung des Leistungskatalogs, es wurde die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von Arbeitern vom ersten Tag der Krankheit an realisiert³, es wurden

¹ Beschluß des Hauptvorstandes der Gewerkschaft ÖTV, in: Gewerkschaft ÖTV (Hrsg.), Gesundheitspolitik – Perspektiven und Beschlüsse der Gewerkschaft ÖTV, Stuttgart 1977, S. 30

² Hans-Ulrich Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt/M 1987, S. 44

³ Bis dahin wurde der Arbeitgeberzuschuss erst vom dritten Tag der Arbeitsunfähigkeit (Karenztage) an gezahlt. Vgl. Hans-Ulrich Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, a.a.O., S. 40

die Arbeitsschutzbestimmungen verbessert. Außerdem begann sich die Gesundheitspolitik stärker an präventiven Gesichtspunkten zu orientieren, und der psychosoziale Sektor fand institutionellen Eingang in die Medizin.⁴

Im Kontext dieser kritischen Bewegung entstand im Jahr 1971 die Studie des Wirtschaftswissenschaftlichen Instituts der Gewerkschaften, die den Zweck der Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik folgendermaßen formulierte: „Jeder Mensch hat Anspruch auf Beratung und Hilfe zur Erhaltung seiner Gesundheit; jeder Mensch hat bei jeder krankhaften Störung des körperlichen und/oder des seelischen Wohlbefindens oder der körperlichen Integrität Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Herstellung bzw. Wiederherstellung ohne Unterbrechung bis zum bestmöglichen Behandlungserfolg und – soweit erforderlich – auf Maßnahmen der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung bis zur Herstellung bzw. Wiederherstellung der erreichbaren Lebenstüchtigkeit ... Die gegenwärtige Struktur der Gesundheitssicherung wird diesen Grundsätzen nicht gerecht.“⁵ Diese Studie war die Grundlage für das erste explizite gesundheitspolitische Programm von Seiten der bundesdeutschen Gewerkschaften: das „Gesundheitspolitische Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes“ vom Mai 1972.⁶

Das gesundheitspolitische Programm des DGB von 1972

Schaut man sich dieses an, dann werden dort zwar nicht alle Kritikpunkte der WSI-Studie geteilt⁷, jedoch für heutige Verhältnisse immer noch kritische Reformziele formuliert, die noch nicht verengt auf die Frage der Kostendämpfung diskutiert wer-

⁴ Vgl. Hans-Ulrich Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, a.a.O., S. 45ff

⁵ Wirtschaftswissenschaftliches Institut der Gewerkschaften (Hrsg.), Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Vorschläge zur Reform, WWI-Studien Nr. 20, Köln 1971, zitiert nach: Hans-Ulrich Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, a.a.O., S. 182f

⁶ Vgl. DGB (Hrsg.), Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes, Vorwort, Düsseldorf 1972, S. 1; vgl. auch die Einschätzung der Studie durch Bodo Scharf/Erich Standfest: „Mit der Veröffentlichung der WSI-Studie ‚Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland‘ 1971 – deren Ergebnisse das Gesundheitspolitische Programm des DGB von 1972 maßgeblich geprägt haben – wurde zweifellos ein wichtiger Eckpunkt in der gesundheitspolitischen Diskussion gesetzt.“ Bodo Scharf/Erich Standfest, Solidarische Gesundheitssicherung aus gewerkschaftlicher Sicht, in: Soziale Sicherheit. Die sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, Nr. 5/1990, S. 137

⁷ Vgl. Sozialistisches Büro (Hrsg.), Vergleich zwischen der vom DGB in Auftrag gegebenen Studie über die „Gesundheitssicherung in der BRD“ und den vom DGB daraus abgeleiteten Forderungen seines gesundheitspolitischen Programms, in: Informationsdienst Gesundheitswesen, Nr. 4, 1975, S. 55ff – Die zentrale Kritik am DGB in diesem Papier ist, dass der DGB im Programm von 1972 zu unkritisch gegenüber den ärztlichen Standesorganisationen sei und die „weitere Kommerzialisierung des Gesundheitswesens“ unterstütze. Der Text beruft sich auf: Hans-Ulrich Deppe, Die gesellschaftspolitische Rolle des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland, Referat auf der Gesundheitspolitischen

den, sondern Gesundheit als gesellschaftspolitischen Zweck diskutieren: „Der DGB verfolgt damit die Absicht, bei der notwendigen Reform des Gesundheitswesens stärker als bisher die Interessen der Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen in den Vordergrund zu rücken. Eine der wichtigsten gesellschaftspolitischen Forderungen ist es schließlich, allen Bürgern dieses Staates gleiche Gesundheitschancen zu vermitteln.“⁸ Die Gesundheitspolitik wird hier zum einen noch als Vehikel verstanden, „soziale Strukturen so zu verändern, dass unterprivilegierte Schichten gleiche Möglichkeiten in der Gesellschaft erhalten“⁹. Zum anderen muss die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleisten, dass sich die bestehenden Klassenunterschiede zumindest bei der Gesundheitsversorgung nicht niederschlagen. Deshalb wehrt sich der DGB „gegen eine Entwicklung, die dazu führt, dass moderne Methoden – insbesondere in der diagnostischen Technik – nicht für den von der sozialen Krankenversicherung erfassten Personenkreis nutzbar gemacht werden, sondern einkommensstarken Schichten vorbehalten bleiben. Er orientiert seine Vorstellungen an dem Leitbild einer optimalen diagnostischen und therapeutischen Versorgung beim frei gewählten Arzt im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung.“¹⁰ Jeder Kranke müsse im Krankenhaus gleiche Chancen besitzen und optimal versorgt werden. Deshalb sei die herkömmliche Trennung zwischen Privatstationen und der allgemeinen Pflegekasse zu beseitigen, und die Betten für Selbstzahler seien in die Gesamtheit der Krankenhausstationen zu integrieren.¹¹

Aus dem gleichen Grund wird auch strikt am Sachleistungsprinzip festgehalten, denn ein „Kostenerstattungssystem verleitet dazu, die Finanzkraft des einzelnen Sozialversicherten zum Maßstab für die Qualität der ärztlichen Versorgung werden zu lassen. Damit wird der Arzt in einen Konflikt zwischen wirtschaftlichen Interessen und ärztlicher Ethik gedrängt.“¹² Ärztliche Ethik wie auch Qualität der medizinischen Versorgung wurden im Programm von 1971 also durchaus noch als potentiell konfliktthaft zu Wettbewerbsstrukturen im Gesundheitswesen aufgefasst. Generell ist das Programm so geschrieben, dass die wirtschaftlichen Aspekte der Zwecksetzung einer egalitären und qualitativ hochwertigen Versorgung untergeordnet werden: „Das Krankenhauswesen muss den Ansprüchen an eine stationäre Versorgung gerecht

Arbeitstagung der Gewerkschaft ÖTV im Mai 1974, in: Gewerkschaft ÖTV (Hrsg.), Die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart 1974

⁸ Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes, a.a.O., S. 1

⁹ Ebd., S. 5

¹⁰ Ebd., S. 11

¹¹ Ebd., S. 20

¹² Ebd., S. 16

werden, die dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft entspricht.“¹³ „Zur Finanzierung eines optimal leistungsfähigen Krankenhauswesens müssen den Krankenhäusern ausreichende Mittel zur Verfügung gestellt werden.“¹⁴ Konsequenterweise fordert der DGB deshalb einerseits die Ausdehnung des Personenkreises der GKV durch eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze für Angestellte¹⁵, andererseits die Aufhebung der strikten Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, also eine integrierte Versorgung. Für die Zukunft sei „eine Struktur der ambulanten Versorgung mit Ärzten in Einzel-, Gruppen- oder Gemeinschaftspraxen sowie Ärztehäusern erforderlich, welche sich rationeller Einrichtungen, wie MTZ (Medizinisch-Technische Zentren, N.R.) o.ä. Organisationsformen, bedienen.“¹⁶ Krankenkassen und Gewerkschaften müssten dabei an der dann erforderlichen Planung als Vertreter der Versicherten und Patienten beteiligt werden.¹⁷

Die Reformbestrebungen im Gesundheitswesen wurden – solange die Wirtschaft noch florierte – auch von der regierenden SPD im Gegensatz zum wirtschaftsliberalen Flügel der mitregierenden FDP betrieben. Sie blieben allerdings „ab 1974 mit dem Beginn der anhaltenden schweren Wirtschaftskrise stecken. Nach einer anfänglichen Ausweitung des Sozial- und Gesundheitssektors wurden diese Pläne auf kostenneutrale Reformen eingeschränkt.“¹⁸

Die „Kostenexplosion“

Seit Mitte der 70er Jahre die Beitragssätze der GKV angestiegen sind, wird von interessierter Seite die „Kostenexplosion“¹⁹ im Gesundheitswesen heraufbeschworen. Seit dieser Zeit wird sie auch von kritischen Wissenschaftlern als ideologischer Mythos kritisiert: „Mit der Explosions-Metapher wurde die Vorstellung eines äußerst dramatischen, aus der Kontrolle geratenen Sachverhalts heraufbeschworen. Über 20 Jahre hinweg bis in die aktuelle Diskussion hinein hat sich die Rede von der Explosion gehalten. Sie suggeriert eine akute Bedrohung, die unverzügliches Han-

¹³ Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes, a.a.O., S. 17

¹⁴ Ebd. S. 20

¹⁵ Ebd. S. 31

¹⁶ Ebd., vgl. ebd., S. 18

¹⁷ Ebd., S. 15

¹⁸ Hans-Ulrich Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, a.a.O., S. 51

¹⁹ Diesen Begriff prägte der Spiegel 1975 mit einer Serie über das Gesundheitswesen. Vgl. Krankheitskosten: „Die Bombe tickt“, Serie, in: Der Spiegel vom 05.05.1975 – 26.05.1975 – Dieser ideologischen, oft malthusianisch geprägten Argumentationslinie blieb der Spiegel seitdem treu – egal, ob es

deln erfordert und angesichts derer zeitraubende Bedenken zurückgestellt werden müssen.“²⁰ Die Argumentationsmuster sind seither im wesentlichen unverändert. In der Regel werden die Ausgaben der GKV in einem Diagramm so abgebildet, dass der Anstieg der absoluten Ausgaben sehr drastisch wirkt. Da dieser oft nicht in Relation zum BIP und dessen Anstieg gesetzt wird, lassen sich so die gewünschten Ängste vor einer „Explosion“ der Kosten alleine durch die Form der Darstellung schnell schüren. Aber auch ohne graphische Darstellung wird die Metapher von der Explosion durch die Auswahl einzelner Kriterien scheinbar plausibel „belegt“, um den Ernst der Lage deutlich zu machen.²¹ Ein Beispiel für die Dramatisierung in politischer Absicht stellte 1976 ein Papier des Staatsministers für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Rheinland-Pfalz, Heiner Geissler, dar, in dem eine Vorausschätzung der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre bis 1980 und letztendlich bis zum Jahr 2000 versucht wurde. Sie kam zum Ergebnis, dass die Beitragssätze 1980 bei 14,5 Prozent und im Jahr 2000 bei gleichbleibenden Annahmen bei phantastischen 79 Prozent liegen würden.²²

Auch die Gründe für die Kostenentwicklung werden seit mehr als 25 Jahren oft so ausgewählt, dass sie die Qualität von „Naturgesetzen“ gewinnen: Durch die demographische Entwicklung, die voraussagen lasse, dass es immer mehr ältere Menschen gebe, könne man auch voraussehen, dass die Gesundheitsversorgung immer teurer werde. Dass seriöse Wissenschaftler dieser These widersprechen²³, wird in

um die „Flüchtlingsströme“, „Asylantenströme“ oder generell einfach um *die* Bevölkerungsentwicklung geht.

²⁰ Bernard Braun/Hagen Kühn/Hartmut Reiners, Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt/M 1998, S. 21

²¹ Hier seien nur einige Beispiele genannt: Gerd Bucorius, Der Patient spielt bald nicht mehr mit. Die Kosten in der Medizin zwingen zu einer Änderung in dem bestehenden System, in: Die Zeit, Nr. 21 vom 16.05.1975 und Nr. 22 vom 23.05.1975; Das Sozialsystem steht vor einer Kostenexplosion. Arbeitnehmer und Betriebe sind überfordert, in: Handelsblatt vom 15.05.1975

²² Vgl. Heiner Geissler, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport (Hrsg.), Krankenversicherungs-Budget '80, 1976, S. 13 – An die Aussagekraft und den Zweck solcher Voraussagungen gilt es sich zu erinnern, wenn die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände heute für die Jahre 2030 bzw. 2040 Beitragssätze von bis zu 30 Prozent voraussagt. Vgl. Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.), Memorandum – Gesundheitswesen modernisieren und bezahlbar machen, Berlin 2000, S. 12

²³ Die Gegenthese ist die sogenannte „Kompressionsthese: Danach nimmt die altersbedingte Krankheitshäufigkeit nur geringfügig zu ... Bei chronisch Kranken würden die Gesundheitsausgaben zumeist kurz vor dem Tod exponentiell ansteigen, gleichgültig, in welchem Alter der Mensch sterbe. Genau das ist jedoch bei ‚alten Alten‘ anders. Einem 90jährigen etwa pflanzt man kein neues Herz mehr ein, sein letztes Lebensjahr ist daher, gesundheitsökonomisch betrachtet, oft billiger als das eines 60jährigen.“ Hagen Kühn, Nur die Krankheit ist umsonst, in: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 30.06.2002 – Kühn verweist hier darauf, dass Krankheit und Gesundheit im Alter selbst abhängig davon sind, welcher sozialen Klasse der alte Mensch angehöre.

der interessegeleiteten Argumentation – wie man am Beispiel des BDA²⁴ sieht – nicht zu Kenntnis genommen.

Einen ähnlichen Stellenwert hat das Argument, dass der technische Fortschritt die Medizin unbezahlbar mache. Unabhängig von der gesellschaftlichen Organisation der Leistungserbringung und den entsprechenden Möglichkeiten, neue Techniken in der Medizin entweder gemeinsam oder für jede Praxis einzeln zu benutzen, erscheint der technische Fortschritt per se als extremer Kostenfaktor dem nur mit Wettbewerb und Privatisierung begegnet werden könne. Dass dies eine interessegeleitete Diskussion ist, wird seit Jahren von kritischer Seite eingeworfen: „Im wesentlichen sind es zwei Interessenlagen, denen eine Privatisierung der Gesundheitsausgaben gelegen käme. Zum einen ‚sind im Bereich des Assekuranzkapitals und der privatkapitalistischen Zurichtung des Medizinsystems (Krankenhausketten, Medizin-Holdings) noch große und interessante Anlagefelder unerschlossen‘.. Zum zweiten wird ein altmodisches Thema wieder interessant, wenn man dem Einfluß der Marktideologie in der Gesundheitspolitik auf die Spur kommen will: der Gegensatz von Lohnarbeit und Kapital.“²⁵ „Der Versicherungsbranche und dem medizinisch-technischen Komplex eröffnen sich neue Märkte, während insgesamt die Lohnkosten sinken.“²⁶ Die Erschließung der privaten Haushalte für die Verwertungsbedürfnisse des „medizinisch-industriellen Komplexes“ habe dann, so Hans-Ulrich Deppe, Uwe Lenhardt e.a. mit der Strukturreform im Gesundheitswesen von 1988 eine neue Größenordnung erreicht.²⁷

Obwohl es also genügend kritische und gut begründete Argumente gegeben hat (und gibt), derer man sich in einer offensiven Debatte hätte bedienen können, entfaltete die oben vorgeführte Art der Argumentation zur Kostenexplosion über die Jahre hinweg bis weit in die Mitgliedschaft der Gewerkschaften hinein ihre Wirkung. Welche Rolle der DGB seit den 70er Jahren dabei spielte, wird man im Folgenden sehen.

²⁴ Vgl. Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.), Memorandum, a.a.O.

²⁵ Bernard Braun/Hartmut Reiners, Kostendämpfung als Gegenreform. Von der Auslieferung des Gesundheitswesens an die „Selbsteilungskräfte des Marktes“, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Nr. 2/1988, S. 186 – Sie beziehen sich in dem Zitat auf: Rolf Rosenbrock, Die Kolonialisierung des Sozialstaats, in: Soziale Sicherheit. Die sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, Nr. 11/1985, S. 328

²⁶ Bernard Braun/Hartmut Reiners, Kostendämpfung als Gegenreform, a.a.O., S. 187

²⁷ Hans-Ulrich Deppe/Uwe Lenhardt/KlausPriester/Volker Wanek, Strukturreform im Gesundheitswesen: Was bleibt vom „Jahrhundertwerk“?, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Nr. 7/1988, S. 823

Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik

Während von Seiten der Bundesregierung im Jahr 1976 – wohl aus wahltaktischen Gründen angesichts der anstehenden Bundestagswahlen – offiziell im Gesundheitssektor keine Sparmaßnahmen geplant waren, war es der DGB, der in Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände den ersten Anstoß zur Neuorientierung der Ausgabenpolitik der Kassen gab. „1976 appellierten sie gemeinsam an die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung, alle Möglichkeiten der finanziellen Konsolidierung im Hinblick auf eine Beitragssatzstabilität auszuschöpfen.“²⁸ Mit der dann folgenden gemeinsamen Erklärung der organisierten Kassenärzte und der gesetzlichen Krankenkassen zogen nun auch wesentliche Leistungserbringer mit. Kern deren gemeinsamer Erklärung „war nicht nur eine Begrenzung der Preis-, sondern auch der Mengenentwicklung ärztlicher Leistungen. Die Gesamtausgaben sollten für die ambulante Versorgung insgesamt beschränkt werden. Damit waren die Grundsteine für eine Globalsteuerung durch eine *einnahmeorientierte Ausgabenpolitik* gelegt, deren erste Schritte im *Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz*, das am 1. Juli 1977 in Kraft trat, festgeschrieben wurden.“²⁹ Mit der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik wurde, so Thomas Gerlinger, die „Beitragssatzstabilität, ohne dass dieser Begriff zunächst in den Gesetzesbestimmungen auftauchte, de facto in den Rang einer globalen Zielgröße gehoben.“³⁰

Gerd Muhr, der zwischen 1969 und 1990 stellvertretender Vorsitzender des DGB und Leiter der Abteilungen Sozialpolitik, Arbeitsrecht und Arbeitsmarktpolitik war, betonte in der DGB-Zeitschrift *Soziale Sicherheit* ausdrücklich noch einmal die Beteiligung des DGB am Zustandekommen des Entwurfs zu diesem Gesetz: Er beruhe auf Vorstellungen, die „von den Sozialpartnern in einem Arbeitskreis der ‚Sozialpolitischen

²⁸ Hans-Ulrich Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, a.a.O., S. 56 – Weil damit auch die Krankenhausbehandlung an der Einnahmeentwicklung orientiert wurde, kam es hier zum Konflikt mit der Gewerkschaft ÖTV, die sich der Einbeziehung der Krankenhäuser vehement widersetzte. Vgl. ebd.

²⁹ Ebd., S. 57 – Mittels dieses Konzepts „sollten wichtige Ausgabenbereiche in der gesetzlichen Krankenversicherung an die Einkommensentwicklung der Versicherten angepaßt werden ... Politisches Begleitorgan zur Durchführung der Globalsteuerung war die ‚Konzertierte Aktion‘ im Gesundheitswesen“. Ebd., S. 59

³⁰ „Dabei wurden Mehrausgaben nicht strikt unterbunden: Eine typische Erscheinung in jenen Jahren waren die sogenannten Nachverhandlungen ... Aber dennoch wurde der Ausgabenanstieg in der GKV spürbar gedrosselt und war die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik – nimmt man die Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung als Gradmesser – nicht unbedingt erfolglos.“ Thomas Gerlinger, Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Diskussionspapier P02-204, Berlin 2002, S. 8

Gesprächsrunde¹ entwickelt und weiterhin von BDA und DGB als gemeinsame Vorschläge zur Kostendämpfung veröffentlicht wurden.“³¹ Schon sehr früh kann man also beim DGB die Akzeptanz einer Argumentation erkennen, die ohne Not die Beitragssatzstabilität zur höchsten Priorität der Gesundheitspolitik erklärte. Auch wenn es für die von den DGB-Gewerkschaften Organisierten von Interesse war und ist, dass die Beitragssätze für die GKV und generell für die Sozialversicherungen nicht zu hoch sind, wäre es in der Debatte und der politischen Auseinandersetzung möglich gewesen, daran festzuhalten, dass qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle der oberste Zweck sei, und die Ausgaben und Einnahmen dem angepasst werden müssten. Das hätte bedeutet, dass von DGB-Seite die Prämissen der Debatte hätten kritisiert werden müssen, um andere setzen können. Anstatt die Probleme des Gesundheitswesens ökonomistisch verkürzt zu diskutieren, hätte man wirkliche gesundheitspolitische Forderungen³² stellen können. In den Debatten der 70er Jahre gab es dafür auch von Gewerkschaftsseite viele Vorschläge, wie man z.B. am ÖTV-Konzept von 1976 sehen wird.

DGB und sozialdemokratische Bundesregierung: 1976 und 2002

Bei der Betrachtung der DGB-Position zur Gesundheitsreform des Jahres 2002 liegt es nahe, die historischen Situationen zu vergleichen. Wieder regiert die SPD – diesmal mit einer anderen liberalen Partei, Bündnis 90/Die Grünen – und wieder steht man kurz vor der Bundestagswahl, wieder stehen gesundheitspolitische Entscheidungen bzw. Reformen an, wieder wird mit der „Kostenexplosion“ argumentiert, und wieder ist die SPD sehr zurückhaltend mit der Ankündigung einschneidender Maßnahmen, die das Prinzip der solidarischen Finanzierung verletzen bzw. aufheben könnten.³³ Und wieder ist es – wie wir sehen werden – der DGB, der antritt mit einem Programm, das neben dem Festhalten am Solidarprinzip etc. die „Entwicklung

³¹ Gerd Muhr, Sozialpaket verabschiedet – was nun?, in: Soziale Sicherheit. Die sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, Nr. 9/1977, S. 260

³² Vgl. So argumentieren z.B. Bernard Braun und Hartmut Reiners bezüglich der „Reformen“ der 80er Jahre. Vgl. Bernard Braun/Hartmut Reiners, Kostendämpfung als Gegenreform, a.a.O., S. 182f

³³ Es sickern aber immer wieder Gerüchte durch, dass man in den Schubladen der Regierungskoalition Papiere finden könne, in denen z.B. eine Aufspaltung des Leistungskatalogs der GKV geplant werde. Vgl. Arbeitspapier scheucht Gesundheitspolitiker auf, in: Frankfurter Rundschau vom 28.06.2001; Der Druck auf Gesundheitsministerin Schmidt wächst. Arbeitspapier aus dem Kanzleramt sieht radikale Gesundheitsreform vor, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 28.06.2001 – Auch in dem Grundsatzpapier der GRÜNEN vom November 2000 wird z.B. vorgeschlagen, den Leistungskatalog der GKV auf Überflüssiges und Fragwürdiges zu überprüfen, ihn also zu spalten. Vgl. Grüne fordern weitere Kürzungen der Kassen, in: Frankfurter Rundschau vom 07.11.2000

eines effizienten und sozialverträglichen Wettbewerbs“ und eine „Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen durch eine stärkere Liberalisierung der Vertragsgestaltung“ fordert.³⁴ Ähnlich wettbewerbsfreundlich argumentiert heute – allerdings in wesentlichen Punkten im Gegensatz zum Positionspapier seiner Organisation vom Dezember 2001 – Frank Bsirske, der Vorsitzende der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.³⁵ Die Frage, wie man, nachdem mit der Einführung des Kassenwettbewerbs sowieso schon Marktelemente ins Gesundheitswesen implantiert wurden, die schon jetzt als System- oder Paradigmenwechsel³⁶ angesehen werden, zur Einführung von noch mehr Wettbewerb steht, ist in der gesundheitspolitischen Debatte des Jahres 2002 die Gretchenfrage. An ihr entscheidet sich, ob man am traditionellen Solidarprinzip festhalten bzw. dieses sogar ausbauen will oder ob man meint, mehr Wettbewerb in diesem Bereich sei der richtige Weg zur Lösung der Kosten-, aber auch der Qualitätsprobleme des deutschen Gesundheitswesens. Aber heute wie damals war die Position des DGB nicht identisch mit der seiner Mitgliedsgewerkschaften. Sowohl die IG Metall als auch die IG BAU halten heute strikt an erster Position fest; bei ver.di ist die Lage – wie wir unten sehen werden – inzwischen etwas komplizierter. Zudem hat sich im Vergleich zu damals die gesellschaftliche Lage insofern geändert, als mit der hohen Arbeitslosigkeit eine ausreichend große Reservearmee an „gesunden“ Arbeitnehmern zur Verfügung steht, so dass die Arbeitgeber meinen, es sich gesellschaftlich leisten zu können, das Gesundheitsrisiko weitgehend zu privatisieren, ohne dass die langfristigen Verwertungsbedingungen des Kapitals dadurch empfindlich gestört werden könnten und daraus kurzfristig einen Standortvorteil herausziehen. Das bringt die Gewerkschaften – gerade vor dem Hintergrund ihres heutigen Selbstverständnisses – erst recht in die Defensive. Das war nicht immer so. Eindeutig anders als die Position des DGB war in den 70er Jahren, wie im Folgenden gezeigt wird, die offizielle Position der ÖTV zu dem geplanten Kostendämpfungsgesetz. Kehren wir deshalb zurück ins Jahr 1976.

³⁴ DGB (Hrsg.), Mobilisierung für Gesundheit, Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Positionspapier des DGB zur Reform im Gesundheitswesen vom 5. September 2001, in: einblick 19/01 vom 05.09.2001, www.einblick.dgb.de (Stand: 19.03.2002); vgl. Kerstin Kreuzer, Gesundheitsreform 2003 – Gesundheit für alle!, in: Hans-Ulrich Deppe/Wolfram Burkhardt (Hrsg.), Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg 2002, S. 177

³⁵ Frank Bsirske u.a., Wir brauchen wirkliche Reformen, bei denen es auch Verlierer gibt, in: Frankfurter Rundschau vom 13.06.2001 – Zu ver.di haben sich im Jahr 2001 die Gewerkschaften DAG, DPG, HBV, IG Medien und ÖTV zusammengeschlossen.

³⁶ Vgl. Thomas Gerlinger, Zwischen Korporatismus und Wettbewerb, a.a.O., S. 14ff

Gesundheitspolitische Perspektiven der ÖTV 1976

Im Zuge der Debatte entwickelte die ÖTV als Gewerkschaft, die für die Beschäftigten im Gesundheitswesen zuständig war, 1976 eigene kritischere gesundheitspolitische Vorstellungen: „Gesundheitspolitik. Perspektiven und Beschlüsse der Gewerkschaft ÖTV“. Während der DGB als vermeintliches Subjekt einer gesamtgesellschaftlichen Vernunft agierte, kritisierte das gesundheitspolitische Papier der ÖTV zunächst die Einengung der Debatte auf die Kostenfragen. Monika Wulf-Mathies, Mitglied des geschäftsführenden Hauptvorstandes und spätere Vorsitzende der ÖTV, betonte, dass die Perspektiven nicht als Sparprogramm konzipiert seien, „sondern sie versuchen, Kosten und Nutzen der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland im gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang zu beurteilen und aus dieser Sicht Vorschläge für Reformen im Gesundheitswesen abzuleiten ... Vergewärtigen wir uns noch einmal den Ausgangspunkt der Kostendiskussion: Sie ist dadurch entstanden, dass das wirtschaftliche Wachstum die steigenden Kosten des Gesundheitswesens nicht mehr im gewohnten Ausmaß abdecken konnte. Sie berücksichtigt diesen Ausgangspunkt aber nur noch sehr begrenzt, wenn sie isoliert die Ausgaben betrachtet und sich darauf beschränkt, den Haushalt der gesetzlichen Krankenversicherung zu analysieren. Dieser ist als Gradmesser für die Kostenentwicklung nur sehr begrenzt geeignet, weil er in seiner Steigerungsrate nicht mit der Entwicklung der Gesamtkosten der Gesundheitsausgaben identisch ist ... so kann man feststellen, daß die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung schneller steigen als der volkswirtschaftliche Gesamtaufwand für das Gesundheitswesen. Das liegt vor allem daran, daß ein Teil der Kostensteigerungen in Wahrheit Kostenverschiebungen sind ... So besteht die Tendenz, vor allem im Krankenhaus Steuerfinanzierung durch Beitragsfinanzierung zu ersetzen ... So verlagern auch die Unternehmer einen Teil der betrieblich anfallenden Gesundheitskosten auf Kranken- und Rentenversicherung. Beispiele dafür sind der Austausch leistungsgeminderter gegen leistungsfähige Arbeitnehmer und die Überwälzung betrieblicher Sozialkosten auf die Sozialversicherung, zum Beispiel bei Frühinvalidität und bei der Vorverlegung des Rentenalters. Darüber hinaus hat sich aufgrund der Arbeitslosigkeit die Familienlastquote der Krankenversicherung erheblich erhöht. Diese Beispiele zeigen deutlich, daß wir gesamtwirtschaftlich argumentieren müssen, denn Kostenverschiebungen sind keine Kostendämpfung ... Die mit unterschiedlicher Vehemenz und Stoßrichtung

geforderten Leistungseinschränkungen werden nur bewirken, daß die Gesundheitsversorgung bestimmter, besonders gefährdeter Arbeitnehmergruppen weiter verschlechtert wird.”³⁷

Aus der Kostendiskussion müssten, so Wulf-Mathies weiter, andere Lehren gezogen werden, langfristig würden nur gesundheitspolitische, nicht fiskalpolitische Lösungen weiterhelfen. Selbstbeteiligungen stellten bloß ökonomische Barrieren dar, die die vorhandenen schichtenspezifischen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen weiter vergrößern würden; sie werden deshalb von der ÖTV strikt abgelehnt.³⁸ Statt dessen wird der Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Gesundheitsgefährdungen und Krankheit ins Zentrum der Argumentation gerückt. Hier gelte es anzusetzen, auch und gerade bei der Prävention. Diesbezüglich wird ein Mangel der bisherigen Gesundheitsvorstellungen und –politik festgestellt: „Der Panoramawandel der Krankheiten und schichtenspezifischen Gesundheitsgefährdungen weisen darauf hin, daß die Einrichtungen des Gesundheitswesens die Gesundheitsrisiken des Produktionsprozesses nicht richtig einschätzen und den Patienten von seiner sozialen Umwelt isolieren, statt diese in die Therapie miteinzubeziehen.”³⁹ Entsprechend erfordere eine Schwerpunktverlagerung auf mehr Prävention einen umfassenden Schutz vor Gesundheitsrisiken und einen möglichst weitgehenden Abbau krankmachender Faktoren am Arbeitsplatz und in der sozialen Umwelt. Nur so könne langfristig eine Senkung der Zahl der Behandlungsfälle und damit auch eine Senkung der Kosten erreicht werden.⁴⁰ „Wichtigster Ansatzpunkt für eine umfassende Vorsorge ist deshalb die ständige Verbesserung der Arbeits- und Le-

³⁷ Monika Wulf-Mathies, Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik, in: Gewerkschaft ÖTV (Hrsg.), Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 19f

³⁸ Ebd., S. 21

³⁹ Ebd. – „Die Folge ist häufig eine Überschätzung der Möglichkeiten der vorwiegend naturwissenschaftlich-technisch ausgerichteten Medizin, mit der eine Vernachlässigung psychischer Faktoren sowie des sozialen Bezugsfeldes der Betroffenen einhergeht. Der Patient gerät auf diese Weise in eine Objektstellung gegenüber dem Gesundheitswesen, die es ihm zum Teil unmöglich macht, partnerschaftlich an der Wiederherstellung seiner Gesundheit mitzuwirken oder zum Abbau umwelt- und arbeitsbedingter Gefährdungen beizutragen. Ohne die aktive Teilnahme der Betroffenen und eine stärkere Verknüpfung des Gesundheitswesens mit dem Produktionsprozess sind aber Erfolge in der Gesundheitssicherung nicht möglich.” Ebd.

⁴⁰ Vgl. Ebd., S. 22 – Diese Einschätzung – wenn auch wenig vorsichtiger formuliert – teilte das DGB-Papier von 1971: „Die Zivilisationskrankheiten werden in erheblichem Umfang von den Lebens- und Arbeitsbedingungen der heutigen Industrielwelt verursacht. Dem einzelnen fehlt allzu oft die Einsicht, aber auch die Möglichkeit, diesen negativen Einflüssen durch gesundheitsgerechtes Verhalten zu begegnen.” Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes, a.a.O., S. 6

bensverhältnisse".⁴¹ Prävention wird also in erster Linie als ein Problem der gesellschaftlichen Verhältnisse, nicht des individuellen Verhaltens angesehen.

Diese Argumentation schlägt sich dann auch im Beschluss des Hauptvorstandes nieder: „Die Beschäftigung mit einem ganz bestimmten Bereich von Krankheitskosten hat den Blick für den humanen Gehalt der Gesundheitspolitik getrübt und das Nachdenken auf sehr wenige, politisch realisierbar erscheinende Konsequenzen reduziert. Die kostentreibende Grundstruktur unseres Gesundheitswesens, nämlich öffentliche Finanzierung und private Leistungserstellung, wurde nicht angetastet. Auch die ständige Abwälzung der sozialen und wirtschaftlichen Folgen des Produktionsprozesses auf die Sozialversicherten und die volkswirtschaftlichen Kosten von Krankheiten und Krankheitsfolgen und ihre Entstehungsursachen wurden bewußt übersehen.“⁴²

Gemessen an den heutigen Vorstellungen und Begriffen von Gesellschaft innerhalb der deutschen Gewerkschaften, die es zum einen vermeiden, die Zwänge der gesellschaftlichen Verhältnisse offen zu benennen und zum anderen keinerlei Zweifel oder Kritik an der privatkapitalistisch bzw. marktförmig organisierten Seite der Leistungserbringung im Gesundheitswesen mehr anmelden, wird dies zumindest in offiziellen ÖTV-Papieren und Beschlüssen damals noch offen thematisiert – so auch Wulf-Mathies: „Die Erfolge gesundheitlicher Aufklärung werden wesentlich davon abhängen, ob es gelingt, die sozialen Zwänge, denen individuelle Lebensgewohnheiten unterliegen, zu beeinflussen und abzubauen. Es ist nicht zu bestreiten, daß wechselseitige Beziehungen zwischen individuellem Gesundheitsbewußtsein und sozialer Umwelt bestehen. Es ist deshalb unsinnig, Individuum und Gesellschaft in der Gesundheitspolitik gegeneinander auszuspielen, wie das bisweilen geschieht. Gesundheitsbewußtsein geht durch den Kopf des Individuums. Aber die Wertvorstellungen des Einzelnen ergeben sich eben aus dem gesellschaftlichen Kontext ... Prävention kann deshalb nicht Aufgabe einer Berufsgruppe oder eines Politikbereiches sein, sondern muß als gesamtgesellschaftliches Ziel verstanden werden.“⁴³ 1976 hielt die ÖTV daran fest, dass ein Solidarsystem wie das Sozialversicherungssystem seinen – egalitären – Zweck nicht erfüllen könne, wenn es nach Wettbewerbskriterien bzw. – wie es damals noch hieß – privatwirtschaftlich organisiert ist: „Unser System der Solidarfinanzierung von Sozialleistungen entspricht dem Grundsatz, daß jeder Bürger

⁴¹ „... und damit ein Ineinandergreifen aller Bereiche, die Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten haben, vom Umweltschutz über die Sozialpolitik bis zum Städtebau.“ Monika Wulf-Mathies, Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 22

⁴² Beschluß des Hauptvorstandes der Gewerkschaft ÖTV, a.a.O., S. 30

⁴³ Monika Wulf-Mathies, Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 23

das Recht auf Erhaltung und bestmögliche Wiederherstellung seiner Gesundheit hat. Eine möglichst weitgehende Erfüllung dieser gesellschaftlichen Bedürfnisse aber wird nicht erreicht, weil die privatwirtschaftliche Struktur weite Bereiche des Gesundheitswesens an einzelwirtschaftliche Interessen geknüpft ist, die nicht hinreichend öffentlich kontrolliert werden und sich bislang auch weitgehend gesellschaftlichen Planungen entzogen haben. Die ÖTV hat ... darauf hingewiesen, daß bisher so gut wie nichts geschehen ist, um die kostentreibende Grundstruktur unseres Gesundheitswesens, nämlich öffentliche Finanzierung und private Leistungserstellung und damit private Gewinnmaximierung zu verändern.“⁴⁴

Auswirkungen der Wirtschaftskrise

Mit der Verschärfung der Wirtschaftskrise in den 70er Jahren und ihren Auswirkungen auf die Krankenversicherung wurden weitere Gesetze zur Kostendämpfung von der sozialliberalen Koalition verabschiedet. Das Widerstandspotential der Gewerkschaften als der Interessenvertretung der Sozialversicherten war allerdings in dieser Phase gering. „Dazu trug die Anbindung der großen Gewerkschaften über ihre personelle Verflechtung mit der SPD an das sozialliberale Regierungsbündnis bei, aber auch ihre innere Uneinigkeit über die einzuschlagende Strategie. Während DGB-Vertreter insbesondere aus dem Bereich der IG-Metall Sparmaßnahmen mit Stellenstreichungen im Krankenhaus befürworteten, um so die Kassenbeiträge für die Beschäftigten stabil zu halten, forderte die Gewerkschaft ÖTV den Erhalt der vorhandenen Arbeitsplätze im Krankenhaus. Dabei war für die ÖTV auch die Verhinde-

⁴⁴ Beschluß des Hauptvorstandes der Gewerkschaft ÖTV, a.a.O., S. 34 – So weit, wie die Baugewerkschaft Anfang des 20. Jahrhunderts in ihrer kapitalismuskritischen Argumentation ging, geht freilich seit Bestehen der Bundesrepublik keine Gewerkschaft mehr: „Wer trägt die Lasten der Arbeiterversicherung. Das Unternehmertum, die reaktionären Parteien und ihre Organe benützen jede sich anbietende Gelegenheit, ... die bekannte Behauptung anzustellen, dass die Arbeitgeber durch die Arbeiterversicherungsgesetze gezwungen seien, 'fortdauernd schwere Opfer' für die Arbeiter zu bringen Wer trägt denn in Wirklichkeit die Versicherungslast? Häufig bereits ist von sozialdemokratischer Seite diese Frage dahin beantwortet worden, dass es die Arbeiter selbst sind... Genau betrachtet liegt das Verhältnis noch viel günstiger für Unternehmerschaft und Reichsfiskus. Abgesehen davon, dass die Versicherungsbeiträge der Unternehmer in jedem Falle einem Teile des Mehrwerts entsprechen, den der Arbeiter schafft, bleibt zu berücksichtigen, dass sie seit dem Bestehen der Arbeiterversicherung unausgesetzt bemüht gewesen sind, sich für ihre Belastung schadlos zu halten ... Die Versicherungsbelastung verfluchend, haben die Unternehmer, wo es ihnen möglich war, die Löhne gekürzt und die Arbeitszeit verlängert; auf jeden Fall aber haben sie ... die Ausbeutung der Arbeitskraft intensiver gestaltet und sich der Vortheile verbesserter Technik versichert. Zugleich aber haben sie unter demselben Vorwande, wo immer es nach Lage der Verhältnisse anging, den Preis der Produkte erhöht ...“ Wer trägt die Lasten der Arbeiterversicherung?, in: Der Grundstein. Offizielles Wochenblatt für die deutschen Maurer und verwandte Berufsgenossen vom 28.09.1901, Nr. 39, 14. Jahrgang, Hamburg 1901

rung von Einbußen in der Krankenversorgung von Bedeutung, die sich aus einem Personalmangel bei gleichzeitiger Arbeitsintensivierung ergaben.“⁴⁵ Das war aber in den späten 70er Jahren nicht mehr die vorrangige Zielsetzung der Gesundheitspolitik. Seit Beginn der Kostendämpfungsdebatte wurde die „Ökonomisierung der Krankenversorgung ..., die sich einseitig auf das Ziel der Wirtschaftlichkeit ausrichtete,“ fortgesetzt.⁴⁶ Der wirtschaftsliberale Teil der Koalition ging inzwischen noch weiter, als bloß Leistungseinschränkungen zu fordern, und strebte schon damals eine grundlegende Tendenzwende an. Nicht nur bezogen auf die allgemeine Wirtschafts-, Geld- und Finanzpolitik der Regierung Schmidt gab es mit dem Koalitionspartner FDP offene Auseinandersetzungen, sondern auch bei der Sozialpolitik. Wie weit sich Vorstellungen der FDP durchsetzen konnten, zeigten dann *die Eckwerte zum Bundeshaushalt 1983*, die von der Koalition im Juli 1982 verabschiedet worden waren. In diesem findet man „einen umfangreichen Katalog mit gravierenden sozialpolitischen Maßnahmen, die vor allem zu Lasten der privaten Haushalte – der Arbeitslosen, der Rentner und Kranken – gingen.“⁴⁷ Das veranlasste nach Jahren der Toleranz dann endlich den DGB, seine Mitglieder zu bundesweiten Demonstrationen im Oktober 1982 aufzurufen.

Im Abstand von 20 Jahren und in einer vergleichbaren Konstellation liegt es nahe, nach den Konsequenzen und Lehren zu fragen, die die Gewerkschaften und ihre Mitglieder gezogen haben. Mit der polit-ökonomischen Entwicklung bis zur „Wende“ hin zur Regierung Kohl erlitten die Vorstellungen von Sozialstaat und „sozialer Symmetrie“ zunächst Schiffbruch. „Der in der Nachkriegszeit an der Oberfläche entstandene sozialstaatliche Grundkonsens, der den Ausbau der Sozialpolitik ohne größere Widerstände ermöglicht hatte, entpuppte sich als eine Schönwettererscheinung bei anhaltender Prosperität.“⁴⁸ Sollte er mit der Krise zur Illusion werden, wie Christel Neusüß und Wolfgang Müller schon 1970⁴⁹ unter Bezugnahme auf die „Kritik der politischen Ökonomie“ nahegelegt hatten? Dann hätte es einer grundsätzlichen Reflexion auf das Modell der „Sozialpartnerschaft“ wie auf das Verhältnis der Gewerkschaften zum Staat und insbesondere zur sozialdemokratischen Partei als deren „politischem Arm“ innerhalb der Gewerkschaften bedurft, die die Akzeptanz der bislang

⁴⁵ Hans-Ulrich Deppe, Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, a.a.O., S. 61f

⁴⁶ Ebd., S. 67

⁴⁷ Ebd., S. 68

⁴⁸ Ebd.

⁴⁹ Christel Neusüß/Wolfgang Müller, Die Sozialstaatsillusion und der Widerspruch von Lohnarbeit und Kapital, in: Sozialistische Politik, Nr. 6/7, Berlin 1970, S. 4ff

unkritisiert vorausgesetzten Bedingungen der Sozialversicherung in Frage gestellt hätte und aus der entsprechende Konsequenzen hätten gezogen werden können. Diese fand aber nicht statt – wenigstens nicht in den Führungsgremien, die an der sozialpartnerschaftlichen Funktion der Gewerkschaften offensichtlich nicht rütteln wollten.

Der Regierungswechsel und die offensive neoliberale Politik der Regierung Kohl brachte denn auch eine andere Situation, die es den Gewerkschaften wieder einfacher machte, Opposition zu betreiben. Gegen die in den nächsten Jahren folgende Politik konnte man am Prinzip Sozialstaat festhalten und ihn – zunächst zu Recht – verteidigen gegen alle Formen des Sozialabbaus. Das von Deppe beschriebene Dilemma, mit dieser Politik aber vollständig abhängig zu sein von der wirtschaftlichen Lage⁵⁰, sind die Gewerkschaften dadurch jedoch nicht losgeworden. Das zeigt sich an ihren Positionen nach 1998 und wird sich besonders zeigen, wenn die Sozialdemokraten nach den Bundestagswahlen 2002 wieder in die Regierung kommen sollten – in welcher denkbaren Konstellation auch immer.

Regierung Kohl

Die ersten Jahre der Regierung Kohl resümieren Bodo Scharf und Erich Standfest in der Zeitschrift *Soziale Sicherheit* so: „Das Gesundheitswesen und die Soziale Krankenversicherung sind wie die Sozialpolitik insgesamt nicht nur Objekt wirtschafts- und finanzpolitischen Krisenmanagements (Kostendämpfungsgesetze, Haushaltsbegleitgesetze) geworden. Sie wurden auch zu einem Experimentierfeld des neuen wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Kurses, der auf Eigennutz und Konkurrenz als Fortschrittmotor setzt, Solidarität als Schmarotzertum und soziale Sicherung als Hängematte für Leistungsverweigerer denunziert, Sozialabbau und Deregulierung zu gesellschaftlichen Gestaltungsgrundsätzen erklärt. Dafür stehen beispielhaft wesentliche, auf Leistungsabbau und Leistungskürzungen zielende Re-

⁵⁰ Bzw. von denen, die die Interpretationshoheit darüber haben. Das zeigt die Debatte um die so genannte „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, in der versucht wird den gewünschten Systemwechsel in der Sozialversicherung ideologisch zu untermauern. Zur Kritik daran vgl. Bernard Braun/Hagen Kühn/Hartmut Reiners, Das Märchen von der Kostenexplosion, a.a.O.; Hans-Ulrich Deppe, Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, Frankfurt/M 2000, S. 216ff; Heiner Ganßmann, Politische Ökonomie des Sozialstaats, Münster 2000; Hagen Kühn, Nur die Krankheit ist umsonst, a.a.O.

gelingen des so genannten ‚Gesundheitsreformgesetzes‘ ..⁵¹ Gegen dieses wurde denn auch entsprechend Protest erhoben von Seiten der Gewerkschaften. Trotz allen Protests und aller Abgrenzung lässt sich aber an verschiedenen Punkten feststellen, dass auch in den deutschen Gewerkschaften immer mehr Prämissen der neoliberalen Argumentation in ihre eigenen Vorstellungen eingeflossen sind. Die kapitalistische Produktionssphäre wird schon lange nicht mehr kritisiert, auch die „Humanisierung der Arbeitswelt“ wird – angesichts von vier Millionen Arbeitslosen im Land – nicht mehr gefordert. Damit werden auch in der Einschätzung der Arbeit und ihrer Bedeutung für die Gesundheit der Beschäftigten (und das Fehlen derselben für die Gesundheit der Arbeitslosen⁵²) im Vergleich zu den Positionen aus den 70er Jahren deutliche Abstriche gemacht, und sie wird gleichgewichtig mit anderen Momenten diskutiert. Scharf und Standfest z.B. stellen im gleichen Aufsatz fest, dass Gesundheit und Krankheit bestimmt werde von einem vielfältigen Wirkungsgeflecht von Arbeits- und Umweltverhältnissen, Lebensstilen und körperlich-psychischen Reaktionen. Dies erfordere eine Gesamtstrategie, nach der Gesundheitspolitik gestaltend auf Arbeits- und Umweltverhältnisse einwirkt, andere gesundheitsrelevante Politikfelder (z.B. Verkehrspolitik usw.) auf präventive Ziele verpflichtet, den Bürger in eine aktive, mitbestimmende Rolle in der Gesundheitssicherung rückt, ihn für seine Gesundheitsinteressen mobilisiert und seine Handlungskompetenzen bezüglich individueller und solidarischer Sicherung der Gesundheit und Bewältigung von Krankheitsfolgen und seine sozialen Beziehungen (soziale Netzwerke) stärkt und fördert.“⁵³ Im aktuellen gesundheitspolitischen Positionspapier der IG Metall werden gesellschaftliche Rahmenbedingungen, soziale Lebenslagen und individuelle Lebensführung als Gründe für Krankheit gleichgewichtig angeordnet.⁵⁴ Es ist dort keine Rede mehr von den sozialen Zwängen, die noch 1976 von der ÖTV festgestellt wurden und die allen drei Momenten vorausgesetzt sind. Dass die Stabilität oder besser noch die Senkung der Beitragssätze oberste Prämisse aller Überlegungen ist, der alle anderen Zwecksetzungen sich unterzuordnen ha-

⁵¹ Bodo Scharf/Erich Standfest, Solidarische Gesundheitssicherung aus gewerkschaftlicher Sicht, a.a.O., S. 138

⁵² Vgl. z.B. Wolfgang Hien/Christina König, Der Betrieb ging den Bach runter und meine Gesundheit auch. Gesundheitsschäden ehemaliger Werftarbeiter des Bremer Vulkan, in: express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, Nr. 10/2001

⁵³ Bodo Scharf/Erich Standfest, Solidarische Gesundheitssicherung aus gewerkschaftlicher Sicht, a.a.O., S. 138

⁵⁴ IG Metall (Hrsg.), Für mehr Qualität und Solidarität im Gesundheitssystem. Plädoyer der IG Metall für eine reformpolitische Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales, Nr.11/2001, S. 373; www.igmetall.de (Stand: 29.01.2002)

ben, ist inzwischen Allgemeingut geworden – auch in den Gewerkschaften. Höchstens innerhalb dieser Prämisse thematisieren sie Möglichkeiten, das Kostenproblem anders anzugehen, z.B. indem die Einnahmeseite verbessert wird durch eine Erweiterung des Beitragszahlerkreises etc. Denn die Prämisse ist eingebettet in die Standortlogik, innerhalb der die Gewerkschaften ihre Rolle als Sozialpartner akzeptiert haben und entsprechend daran interessiert sind, dass Deutschland im verschärften Wettbewerb auf dem Weltmarkt bestehen kann. Dafür wurden unter der Regierung Kohl Zugeständnisse – nicht zuletzt und flächendeckend im *Bündnis für Arbeit* – gemacht und diese Politik setzte sich unter Rot-Grün fort. Das zeigt meines Erachtens am deutlichsten die Zustimmung der meisten Gewerkschaften zur Teilprivatisierung der Rente⁵⁵, zur sogenannten Riester-Rente. Augenscheinlich wird der neoliberale Einfluß in den strategischen Positionen der Gewerkschaften aber bei denen, die sich inzwischen für noch mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen aussprechen.

Das scheint im Moment aber nicht die Mehrheit zu sein. Sowohl die IG Metall als auch die ver.di, die sich in die Debatte um die Gesundheitsreform mit Papieren bzw. im Falle von Klaus WieseHügel für die IG BAU mit einem langen Interview eingeschaltet haben, kritisieren, wie im Folgenden gezeigt wird, die Forderung nach noch mehr Wettbewerb massiv, halten dagegen an den solidarischen Errungenschaften des Sozialversicherungssystems fest und fordern zur Sicherung desselben einen Ausbau des Solidarprinzips.

Dem widerspricht im Moment die Regierungskoalition bzw. die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt offiziell nicht. Die Geschichte der Sozialdemokratie in Deutschland mahnt hier aber zu äußerster Aufmerksamkeit; es gibt keine Anzeichen dafür, warum sie ihre diesbezüglichen bekannten Politikmuster verlassen sollte. Bis jetzt hat die rot-grüne Regierung wenigstens nicht bewiesen, dass es ihr um den Erhalt der solidarischen Errungenschaften geht. Dass sie im Moment Ärger und Unmut vermeiden will und deshalb unpopuläre Maßnahmen wie die Aufgabe der paritätischen Finanzierung, die Aufspaltung des Leistungskatalogs und die Ausweitung von Zuzahlungen vermeidet, ist im Zusammenhang mit dem Wahlkampf zu sehen. Dass es ihr nicht um „Solidarität“, aber vielleicht auch gar nicht mehr um die Parität geht, sieht man allein daran, dass sie die Zuzahlungen als Element einer Teilprivatisierung und Individualisierung nicht ganz rückgängig gemacht haben.

⁵⁵ Alleine die IG BAU versuchte, der Riester-Rente ein eigenes Konzept entgegenzusetzen, das auf mehr Solidarität aufbauen sollte, statt auf einer Entsolidarisierung und Individualisierung. Sie konnte sich nicht durchsetzen.

Komplizierter stellt sich die Lage bei den Gewerkschaften dar. Hier ist allerdings die Frage, ob sie auch genügend Unterstützung der Mitgliedschaft bekommen, ihre kritische Position – unter Umständen auch gegen die SPD – durchzuhalten. Differenzen zur Position der Regierung gibt es grundsätzlich in der Einschätzung des Kostenproblems; die These von der „Kostenexplosion“ wird von den Gewerkschaften nicht mehr akzeptiert, sondern kritisch hinterfragt. Die Forderung nach Aufspaltung oder Einschränkung des Leistungskatalogs sind für die Gewerkschaften genauso tabu wie die weitere Aufweichung der paritätischen Finanzierung. Sollte die Sozialdemokratie an diesen Punkten einknicken, müssen die Gewerkschaften sich positionieren.

Die im Folgenden dargestellten Positionspapiere von IG Metall, ver.di und DGB und das Interview mit dem IG BAU-Vorsitzenden Klaus Wiesehügel beschäftigen sich zunächst mit folgenden Fragen:

- Wie wird die Gesetzliche Krankenversicherung in Zukunft finanziert werden?
- Liegen die Probleme auf der Seite der Ausgaben oder auf der Seite der Einnahmen?
- Wer gehört zum Beitragszahlerkreis?
- Wie ist mit dem Leistungskatalog der GKV zu verfahren?
- Wie soll eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten organisiert sein?
- Wie wird das Verhältnis zwischen Patient und Arzt bzw. zwischen Patient und Gesundheitswesen aussehen?
- Wie wird das Gesundheitswesen organisiert, reguliert und geplant und wer kontrolliert dies?

Besser vorbeugen – die Position der IG Metall

In ihrem im Oktober 2001 vom Bundesvorstand beschlossenen Plädoyer für eine reformpolitische Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens hält die IG Metall zunächst die prioritären Ziele fest, nämlich maximale Qualität, die ohne – vor allem soziale – Zugangsschranken für alle zugänglich ist und zu deren Finanzierung die Beteiligten solidarisch und nach ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit beitragen.⁵⁶ Dabei soll am Prinzip der paritätischen und leistungsabhängigen Finanzierung, am Bedarfsprinzip, am Sachleistungsprinzip, am internen Umverteilungsprinzip und am Prinzip der sozialen Selbstverwaltung festgehalten werden.

Bezüglich der Finanzierung des Gesundheitssystems weist die IGM gleich zu Beginn ihres Papiers darauf hin, dass die These von der „Kostenexplosion“ nicht die Realität treffe. Die GKV-Quote habe sich in den letzten 20 Jahren in einer Größenordnung um die sechs Prozent konstant entwickelt. Es werde also prozentual nicht mehr ausgegeben, sondern die durchschnittlichen Beitragssätze seien in den Jahren zwischen 1980 und 1999 deshalb von 11,4 Prozent auf 13,4 Prozent gestiegen, weil weniger eingenommen wurde.⁵⁷ Die Einnahmeseite erodiere wegen – und daran war die IGM ja nicht ganz unbeteiligt – der seit Jahren sinkenden Lohnquote, was darauf zurückzuführen sei, „dass viele Menschen arbeitslos sind und dass die Arbeitseinkommen langsamer steigen als die Gewinne. Wäre die Lohnquote konstant geblieben, hätte es – unter sonst gleichen Bedingungen – keine Anhebung der Beitragssätze geben müssen.“⁵⁸

Dieter Stadt weist bezogen auf die Forderung nach Erhaltung der paritätischen Finanzierung in der Mitgliederzeitschrift *metall* zusätzlich darauf hin, dass – bedingt durch die Kürzungen von Leistungen und die Zuzahlungen der letzten Jahre – die gesetzliche Krankenversicherung sowieso längst nicht mehr zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert wird. „Experten schätzen, dass durch den hohen Eigenanteil die abhängig Beschäftigten inzwischen für 75 Prozent der Gesundheitsausgaben aufkommen müssen.“⁵⁹ Der Weg in die Zwei-Klassen-Medizin sei also längst – nämlich schon unter der konservativ-liberalen Regierung – eingeschlagen.

⁵⁶ Vgl. IG Metall (Hrsg.), Für mehr Qualität und Solidarität im Gesundheitssystem, a.a.O., S. 371

⁵⁷ Dieter Stadt, Gesundheitsreform. Besser vorbeugen, in: *metall*. Das Monatsmagazin, Nr.12/2001, S. 16

⁵⁸ Vgl. IG Metall, Thema: Gesundheitspolitik. Daten, Fakten, Grafiken, in: www.igmetall.de (Stand: 29.01.2002)

Wie er allerdings auf die Zahl 75 kommt, wird weder von ihm noch von der Gewerkschaft ver.di, die mit derselben Zahl argumentiert⁶⁰, vorgeführt.

Vor dem Hintergrund ihrer Analysen ergibt sich für die IGM zur Stabilisierung der Solidargemeinschaft und deren Finanzbasis folgender Forderungskatalog: zunächst brauche es eine aktive und erfolgreiche Arbeitsmarktpolitik – über deren Ausgestaltung man jedoch hier nichts erfährt. In Zukunft brauche es Gewerkschaften, die bei der öffentlichen Diskussion um die Ziele ihrer Tarifpolitik den Aspekt der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme ins rechte Licht rücken.⁶¹ Bezogen auf die Beitragszahler fordert die IGM die Streichung der „Exit-Option“, also die Streichung der Versicherungspflichtgrenze und damit die tendenzielle Ausweitung der GKV auf alle Erwerbstätigen, einschließlich Selbständiger und Beamter. Zumindest aber sollte die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben werden. Dazu gehöre auch, dass die Beitragsbemessungsgrundlage für Arbeitslosenhilfe von gegenwärtig 58 Prozent auf 80 Prozent angehoben werde. Wo die Beitragsbemessungsgrenze letztendlich in Zukunft liegen soll, müsse in einer gesellschaftlichen Diskussion festgestellt werden.⁶²

Angesichts der Arbeitsmarktentwicklung ist die Einschätzung der IGM, dass auf Dauer die Arbeitseinkommen als alleinige Finanzquelle der GKV überfordert seien. Der z.B. von liberalen Politikern, aber auch von globalisierungskritischen Gruppen wie z.B. attac diskutierten „Option, auch generell Einkommen aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen beitragspflichtig zu machen, steht die IG Metall skeptisch gegenüber. Sie könnte sehr schnell zu ordnungspolitischen Problemen (Kollision mit dem Prinzip der Beitragsparität) und zu problematischen Verteilungswirkungen“ führen.⁶³ Die „IG Metall spricht sich jedoch aus für die Einführung eines steuerfinanzierten Bundeszuschusses zur Bremsung des Beitragssatzanstiegs bei den gesetzlichen Krankenversicherung. Dadurch könnte eine institutionelle Angleichung an die gesetzliche Renten- und Arbeitslosenversicherung vollzogen werden. Zugleich brächte der Bundeszuschuss die Verantwortung des Sozialstaates für die solidarische Kranken-

⁵⁹ Dieter Stadt, Gesundheitsreform, a.a.O., S. 16

⁶⁰ Vgl. ver.di aktuell, Sonderdruck ver.di Gesundheitskampagne 2002, hrsg. vom ver.di Landesbezirk Niedersachsen, S. 2

⁶¹ An dieser Stelle wird es auch für nötig gehalten, darauf hinzuweisen, dass die IGM dabei natürlich höchstens den „verteilungsneutralen Verhandlungsspielraum aus Produktivität und Preissteigerung ausschöpft“. IG Metall (Hrsg.), Für mehr Qualität und Solidarität im Gesundheitssystem, a.a.O., S. 374

⁶² Ebd.

⁶³ Ebd., S. 375

versicherung als eine seiner zentralen Stützen zum Ausdruck⁶⁴ – zumal der Druck auf die Beitragssätze in der GKV „vor allem Folge der Konjunkturschwäche und politischer Entscheidungen der Bundesregierung ist.“⁶⁵ Zu diesen Entscheidungen gehörten die Steuer- und Rentenreformen, die Absenkung der Beiträge für Arbeitslosenhilfebezieher, die zu Einnahmeausfällen in Milliardenhöhe geführt hätten und nicht zuletzt die Aufhebung des Arzneimittelbudgets und der Verzicht auf die Ausschöpfung der Einsparmöglichkeiten bei der Festlegung der Festbeträge für Arzneimittel, weshalb man nun den daraus entstandenen Kostendruck nicht vermeintlichen „Systemschwächen“ anlasten könne.

Bezogen auf die Arzneimittelpolitik fordert die IGM, die Wiedereinführung des Arzneimittelbudgets oder eine gleichwertige Ersatzregelung, eine offensive Ausschöpfung der Einsparpotenziale bei der Festsetzung der Festbeträge für Arzneimittel, die Senkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel von gegenwärtig 16 Prozent auf sieben Prozent und den Erlass einer Positivliste.⁶⁶ Außerdem fordert sie eine Reform der Vertriebsstrukturen für Arzneimittel.⁶⁷ In diesem Zusammenhang kritisiert vor allem Dieter Staadt in der *metall* die Bundesregierung, deren Politik er als eine des „Allen wohl und niemand wehe“ charakterisiert. Nachdem Rot-Grün erst die kostendämpfende Budgetierung bei Arzneimitteln aufgehoben hat und die Ausgaben für Medikamente im ersten Halbjahr 2001 um elf Prozent gestiegen sind, hat die Bundesregierung – nach „einem Spitzentreffen des Kanzlers mit Vertretern der Pharmaindustrie anfang November“ – dann auch noch den Gesetzesentwurf zurückgezogen, „der die Hersteller von patentgeschützten Arzneimitteln zu einem vierprozentigen Preisabschlag in den Jahren 2002 und 2003 verpflichtet hätte. Das Geschenk des Kanzlers entlastet die Arzneimittelhersteller um 560 Millionen Mark. Risiken und Nebenwirkungen stehen fest: Die Krankenkassen kritisieren empört, dass dieser ‚Ablasshandel‘ den Druck auf die Beitragssätze erhöhen werde.“⁶⁸ Die GKV-Bilanz des Jahres 2001 belegt dies dann auch: während alle anderen Ausgaben vergleichsweise moderat gestiegen sind, beträgt der Anstieg für Arzneimittel gegenüber

⁶⁴ IG Metall (Hrsg.), Für mehr Qualität und Solidarität im Gesundheitssystem, a.a.O., S. 375

⁶⁵ Ebd., S. 372

⁶⁶ Ebd., S. 375

⁶⁷ Ebd. – Gedacht ist an die Beteiligung von Krankenhausapotheken an der ambulanten Versorgung und an die Nutzung von Versandhandelsstrukturen allgemein.

⁶⁸ Dieter Staadt, Gesundheitsreform, a.a.O., S. 17

dem Vorjahr in den alten Ländern 10,8 Prozent und in den neuen Ländern um 13,2 Prozent.⁶⁹

Die im Moment gängigen Vorschläge zur vermeintlichen Lösung der Probleme, nämlich mehr Privatisierung, mehr „Zuzahlung“ durch die Versicherten oder eine Aufspaltung des Leistungskatalogs, mehr Wettbewerb und Konkurrenz hält die IGM für gesundheitspolitische Sackgassen. Der von den Liberalen geforderte Abbau des Risikostrukturausgleichs z.B. fördere eine Polarisierung der Beitragssätze zwischen den Krankenkassen und schwäche die gesetzliche Krankenversicherung gegenüber den Leistungsanbietern und der Politik. Stattdessen fordert die IGM die Weiterentwicklung des RSA in Richtung eines Morbiditäts-RSA – und zwar schon vor dem von der Bundesregierung ins Auge gefassten Termin 2006. Zugleich sollte der Morbiditäts-RSA „durch einen Hochrisikopool ergänzt werden, der (mit bestimmten Schwellenwerten und Selbstbeteiligungen der einzelnen Kassen) den Ausgleich für besonders schwer wiegende Belastungen von Krankenkassen durch einzelne Versicherte gewährleistet.“⁷⁰

Die Aufspaltung des gesetzlichen Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen lehnt die IGM ab, da dies die „Arbeitgeber nur noch an der Finanzierung einer gesundheitspolitischen Grundversorgung beteiligen“ würde. Hinzu komme die Gefahr, dass sozial schwächere Haushalte tendenziell gesundheitlich unterversorgt werden würden.⁷¹ All diese Maßnahmen „erhöhen weder die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, noch lösen sie vorhandene Versorgungsprobleme oder das Problem der sinkenden Einnahmen.“⁷² Dagegen will die IGM explizit festhalten am Prinzip „einheitlich und gemeinsam“, das den Deregulierern des Gesundheitswesens ein Dorn im Auge ist.

Trotz der Kritik an der einseitigen und zu kostenlastigen Debatte erkennt auch die IGM Strukturprobleme des deutschen Gesundheitswesens. Zum einen habe das Gutachten des *Gesundheitswissenschaftlichen Sachverständigenrates* gezeigt, dass es sowohl erhebliche Mängel als auch Über-, Unter- und Fehlversorgung in vielen Bereichen gebe. Zum anderen herrsche in Deutschland eine machtpolitische Dominanz der Anbieter gesundheitlicher Güter und Leistungen. Die Verteilung von Ver-

⁶⁹ Vgl. GKV-Bilanz 2001: Defizit höher als erwartet, in: Ärzte Zeitung vom 08.03.2002 – Nach TK-Angaben stiegen die Ausgaben bei den Arzneimitteln im Jahr 2001 gegenüber dem Vorjahr pro Versichertem um 11,5 Prozent. Vgl. Kassen-Ausgleich vermiest der TK die Jahresbilanz, in: Ärzte Zeitung vom 02.07.2002

⁷⁰ IG Metall (Hrsg.), Für mehr Qualität und Solidarität im Gesundheitssystem, a.a.O., S. 375

⁷¹ Ebd., S. 372

⁷² Ebd.

handlungs- und Gestaltungsmacht zwischen der GKV und den Verbänden der Ärzte, Pharma- und Großgeräteindustrie sei ungleich verteilt.⁷³

Anknüpfend an die Kritik des *Gesundheitspolitischen Sachverständigenrats*, schlägt die IGM vor, Gesundheitsziele und deren Umsetzung „in einem breiten, gesellschaftlichen Diskurs“ festzulegen. In Anlehnung an die WHO gehe es dabei insbesondere um „die Anhebung des durchschnittlichen Niveaus des Gesundheitszustandes der Bevölkerung“, um die „Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen in der Bevölkerung“, um „mehr Stabilität und Gerechtigkeit bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ und um „die Beseitigung von reformfeindlichen und ineffektiven Machtstrukturen im Gesundheitssystem“.⁷⁴ Dabei muss berücksichtigt werden, so die IGM, „dass Krankheiten vielfach kein ‚individuelles Schicksal‘, sondern Folge gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, sozialer Lebenslagen und individueller Lebensführung sind“, wozu Einkommen, Ausbildung, Beruf, Wohnverhältnisse, Umweltqualität und nicht zuletzt Arbeitsbedingungen etc. gehören.⁷⁵

In der Tat wäre es an der Zeit, über diese hier von der IGM scheinbar gleichgewichtig angeordneten Momente eine gesellschaftliche Debatte anzustossen bzw. sich an alte Debatten und Positionen der Gewerkschaften wieder zu erinnern. Wenn die Gewerkschaften diesen Anstoss liefern wollten, müsste allerdings auf den auch bei ihnen inzwischen weit verbreiteten unkritischen Individualismus und Liberalismus reflektiert werden. In diesem Zusammenhang müsste die Debatte darum geführt werden, wo Prävention, die auch von der IGM gefordert wird, ansetzen müsste. Bei der Aufwertung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland geht es nach der IGM „um die Verminderung gesundheitsschädlicher Belastungen und die Förderung ‚individueller Gesundheitsressourcen‘ (das sind Fähigkeiten des/der Einzelnen, seine/ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern) ... Somit erhalten die Einkommens- Steuer- und Sozialpolitik genauso wie die Bildungs-, Wohnungs- und Umweltpolitik gesundheitspolitische Bedeutung.“⁷⁶ Außerdem seien mit mehr Prävention – sozusagen als Nebeneffekt zum Hauptziel der Verbesserung der Qualität der gesundheitspolitischen Versorgung – „hier liegende Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen.“⁷⁷ Dieter Stadt nimmt hier eine deutlicher Gewichtung vor und weist in der *metall* dar-

⁷³ Vgl. IG Metall (Hrsg.), Für mehr Qualität und Solidarität im Gesundheitssystem, a.a.O., S. 371

⁷⁴ Ebd., S. 373

⁷⁵ Ebd.

⁷⁶ Ebd.

⁷⁷ Ebd.

auf hin, dass „zum Beispiel krank machende Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen zu den großen Kostentreibern“ im Gesundheitswesen gehören, und zitiert die Bundesanstalt für Arbeit, die „schätzt, dass die gesamten Aufwendungen für arbeitsbedingte Krankheiten im Jahr mindestens 55 Milliarden Mark betragen. Mehr Vorbeugung würde nicht nur weniger Leid für die Betroffenen bedeuten, es würde auch Ausgaben langfristig senken.“⁷⁸

Weiterhin spricht sich die IGM im Positionspapier dafür aus, die Nützlichkeit einer Zusammenfassung in einem einheitlichen „Präventionsgesetz“, das die unterschiedliche Gesetze, Normen und Bestimmungen zusammenfassen soll, zu prüfen.⁷⁹ Zusätzlich zur Gesetzesebene plädiert die IGM für eine breit angelegte „Nationale Präventions-Kampagne“ vergleichbar mit der Kampagne zur Aids-Prävention, durch die zu koordinierende präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten gebündelt werden sollen.⁸⁰ Als weiteren Beitrag zu mehr Qualität in der Gesundheitsförderung zählt die IGM die „Ausweitung sogenannter integrierter Versorgungskonzepte“ – also die Aufhebung der noch allzu starren Grenzen zwischen sektoraler und stationärer Versorgung und die „geplante Verabschiedung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien“.⁸¹ Allerdings sollte die stärkere Ausrichtung der „Versorgung auf die Kriterien einer evidenzbasierten Medizin ... aus dem Wettbewerb herausgenommen werden.“⁸² Grundsätzlich spricht sich die IGM auch für „Disease-Management-Programme“ aus, bei deren konkreter Ausgestaltung jedoch darauf geachtet werden müsse, „dass über diesen Weg nicht Druck auf Patienten oder Verletzungen datenschutzrechtlicher Standards Einzug halten.“⁸³

Auf Basis ihres Positionspapiers und in Übereinstimmung mit dem DGB will sich die IGM in Kooperation mit Organisationen, Institutionen und „Persönlichkeiten aus Gesellschaft, Politik und Wissenschaft“ für ein Bündnis für „Mehr Qualität und Solidarität im Gesundheitssystem“⁸⁴ einsetzen, nicht für mehr Wettbewerb und Konkurrenz.

⁷⁸ Dieter Staadt, Gesundheitsreform, a.a.O., S. 18; vgl. hierzu auch: Gine Elsner, Anerkennung von Krankheiten als Berufskrankheiten. Sparmöglichkeit für die Gesetzliche Krankenversicherung, in: Hans-Ulrich Deppe/ Wolfram Burkhardt (Hrsg.), Solidarische Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 124ff

⁷⁹ IG Metall (Hrsg.), Für mehr Qualität und Solidarität im Gesundheitssystem, a.a.O., S. 373

⁸⁰ Ebd., S. 373f

⁸¹ Ebd., S. 374

⁸² Ebd., S. 375

⁸³ Ebd., S. 374

⁸⁴ Ebd., S. 377

Exkurs: Zwei-Klassen-Medizin verhindern – die Position der IG BAU

Während der Debatte um die Rentenreform und die „Riester“-Rente im Jahr 2000 legte die IG Bauen-Agrar-Umwelt ein „Alternativ-Konzept ... zum Erhalt und Ausbau der gesetzlichen Rente“⁸⁵ vor, das explizit gegen die geplante Teil-Privatisierung der Rente gerichtet war. In der Kanzlerrunde am 17. Dezember 2000 waren sich die Vorsitzenden von IGM, DAG, ÖTV, BCE und DGB mit Kanzler und Arbeitsminister über eine gemeinsame Linie in der Rentenfrage einig geworden. Der IG Metall-Vorsitzende Klaus Zwickel wertete den Rentenkonsens unterdessen als „Erfolg der IG Metall.“ Zwar sei der Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung „eine Wunde, die schmerzt,“ doch positiv zu verbuchen sei, dass „dauerhaft ein Rentenniveau von mindestens 67 Prozent erreicht werde“..⁸⁶ In ihrem Konzept stellte die IG BAU damals als einzige Gewerkschaft die grundsätzlicheren Fragen nach der Ausweitung des Beitragszahlerkreises und der Einbeziehung aller Formen von Einkünften. Wie wir inzwischen wissen, hat sich die IG BAU nicht durchsetzen können. Eine ähnliche Position wie bei der Rente vertritt die IG BAU jetzt bezogen auf die Gesundheitsreform – ohne diesmal jedoch ein eigenes Konzept vorgelegt zu haben. In einem Interview der vom IKK-Bundesvorstand herausgegebenen Zeitschrift *Die Krankenversicherung* erläutert der IG-BAU-Vorsitzende Klaus Wiesehügel die Position seiner Gewerkschaft. In Anknüpfung an die Kritik am Rentenkonzept der Regierung fordert die IG BAU auch bezogen auf die GKV eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage, allerdings ausschließlich zu dem Zweck, „die Finanzierung der GKV solidarischer zu gestalten und überholte Sondermodelle wie beispielsweise die Beamtenversorgung langfristig abzuschaffen.“⁸⁷ Nach Ansicht der IG BAU sollte die Versicherungspflichtgrenze grundsätzlich aufgehoben werden und somit „keine

⁸⁵ Vgl. Thomas Gehrig/Kirsten Huckenbeck, Durchmarsch der Mitte. Zur Einheitsfront von sozial-ökologischem Liberalismus und Gewerkschaften bei der Modernisierung der Sozialpolitik, in: www.labournet.de (Stand: 19.03.2002)

⁸⁶ Vgl. Andreas Bachmann, Vom Konsens und Nonsens. Die neue Rentenpolitik der deutschen Gewerkschaften, in: *express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit*, Nr. 01/2001, S. 1 – Das stimmt allerdings nur, wenn man die neue Rietersche Berechnungsformel anwendet, nach der sich beim Rentenniveau höhere Werte ergeben, „weil bei der Berechnung der Nettolöhne die Aufwendungen zur privaten Vorsorge pauschal abgezogen werden, und zwar unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme dieser Vorsorge. Nach der alten (realistischen) Nettorentenformel würde das Rentenniveau laut VDR-Berechnung ... bei knapp unter 64 Prozent“ liegen. Ebd.

⁸⁷ IKK-Bundesverband (Hrsg.), Weiterentwicklung der GKV, Interview mit Klaus Wiesehügel, Vorsitzender der IG BAU, in: *Die Krankenversicherung*, 54. Jg., Heft 1, Berlin/Bielefeld/München 01/2002, S. 7

Flucht in die private Versicherung mehr möglich sein.“ Kurzfristig fordert die IG BAU, die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung, also von heute 75 Prozent der Bemessungsgrenze der Rentenversicherung (3375 Euro monatlich), auf ungefähr 4 500 Euro monatlich anzuheben. Was von der IG BAU – im Gegensatz zu vermeintlich kritischen Forderungen von z.B. *attac*⁸⁸ – explizit nicht gefordert wird, ist die Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf andere Einkünfte, denn damit wäre die paritätische Finanzierung aufgegeben.

Bezogen auf die Finanzierung des Gesundheitswesens sieht WieseHügel einen Grund der zukünftigen Kostenexplosion in der drohenden „Weitergabe des medizinischen Fortschritts an die Patienten“; den anderen sieht er in der falschen Arzneimittelpolitik. Er kritisiert die Aufhebung des Arzneimittelbudgets nach dem Ministerwechsel Anfang 2000 und hält die von der Pharmaindustrie zugesagte Einmalzahlung über 400 Millionen DM für vollkommen unzureichend. Statt hat er einen Vorschlag, für den er – beim derzeitigen politischen Klima – im Moment wenig Unterstützung bekommen dürfte: „Wesentlich effektiver wäre eine langfristig angelegte Beteiligung der Pharmaindustrie an den Kosten des Gesundheitswesens wie beispielsweise eine Preisbindung für Arzneimittel ... Da aber politisch eine langfristige Beteiligung der Pharmakonzerne an den Kosten des Gesundheitswesens nicht gewollt ist, sollte wenigstens über die Absenkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel auf 7 % nachgedacht werden. Aus Sicht der IG BAU wäre allerdings eine Festpreisregelung für Medikamente der richtigere Weg.“⁸⁹ Des weiteren unterstützt die IG BAU den Vorschlag einer flächendeckenden Einführung eines Arzneimittelversandhandels und die Einführung der Arzneimittel-Positivliste.

Wie die anderen Gewerkschaften auch unterstützt die IG BAU die Ergänzung des § 20 SGB V⁹⁰ durch die rot-grüne Bundesregierung und Wiedereinführung des Präventionsgedankens in den Katalog der GKV, denn effektive Prävention führe nicht nur zur Verbesserung des medizinischen Versorgungsniveaus, sondern auch zu einer

⁸⁸ Vgl. *attac*, Das Gesundheitswesen unter dem Hammer, in: www.attac-netzwerk.de (Stand: 27.03.2002)

⁸⁹ Interview mit Klaus WieseHügel, a.a.O., S. 6 – Eine Senkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel fordert auch die CDU. Vgl. CDU (Hrsg.), Für ein patientenorientiertes und zukunftsfähiges Gesundheitswesen mit leistungsfähigen Strukturen, Beschluss der Kommission Humane Dienste der Kommission Sozialstaat 21 der CDU, Berlin 28.09.2001, in: www.cdu.de (Stand: 22.01.2002)

⁹⁰ Das Sozialgesetzbuch ist um folgende Sätze ergänzt worden: „Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen ... Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes prio-

Reduzierung der Kosten im Gesundheitswesen.⁹¹ Einen weiteren Punkt sieht Wiesehügel „in einer bedarfsorientierten Anwendung technischer Hilfsmittel“, denn es liegt für ihn „auf der Hand, dass gerade teure medizinische Apparate sich nur dann amortisieren, wenn sie entsprechend eingesetzt und verwendet werden.“ Den Vorschlag Ulla Schmidts, den Hausarzt als „Lotsen im Gesundheitssystem“ in diesem Sinne zu stärken, wird die IG BAU unterstützen.⁹²

„Eine Aufsplitterung des Leistungskatalogs der GKV in Grund- und Wahlleistungen kommt für die IG BAU nicht in Betracht“, denn dies stelle die Weichen in die falsche Richtung, nämlich hin zu einer Zwei-Klassen-Medizin und das „bedeutet Gesundheit für die Reichen und Krankheit für die Armen.“⁹³ Entbehrliche Leistungen gäbe es, so Wiesehügel zu recht, im derzeitigen Leistungskatalog der GKV sowieso nicht – ganz im Gegenteil: „Gerade für die Geringverdiener ist die Zuzahlungspflicht bei Medikamenten ein erheblicher Einschnitt ..., der rückgängig gemacht werden muss.“ Er fordert darüber hinaus sogar eine Ausdehnung des Leistungskatalogs „im Rahmen des medizinisch Sinnvollen, beispielsweise in der Einbeziehung alternativer Behandlungsmethoden“..⁹⁴

Mit ihrer Position zur Gesundheitsreform setzt die IG BAU die Politik der Opposition gegen die Regierungspolitik fort, die sie schon bezogen auf die Rentenreform gemacht hat. Bei der derzeitigen angespannten Lage vor allem im Baugewerbe wird es allerdings schwierig werden, die Beschäftigten gegen eine unsoziale Gesundheitsreform zu mobilisieren. Die IG BAU spielt in der Debatte um die Gesundheitsreform deshalb keine herausragende Rolle.

ritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen ...“ Vgl. Sozialgesetzbuch Buch V, § 20 Abs.1, 27. Auflage (Stand 15. Februar 2001), München 2001

⁹¹ Interview mit Klaus Wiesehügel, a.a.O., S. 6

⁹² Ebd.

⁹³ Vgl. Ebd., S. 5

⁹⁴ Ebd.

Mehr Wettbewerb und Kritik daran – die widersprüchliche Position von ver.di

Die gesundheitspolitische Position, wie sie die Gewerkschaft ver.di in ihrem Positionspapier vom Dezember 2001 darstellt, unterscheidet sich im wesentlichen nicht von den Positionen der IG Metall und der IG BAU. Da aber ver.di als Gewerkschaft für die abhängig Beschäftigten im Gesundheitswesen zuständig ist, gibt es hier – neben der offiziellen Vorstandsposition – konkrete Stellungnahmen der speziell für den Gesundheitsbereich Zuständigen bzw. dort Beschäftigten zu verschiedenen gesundheitspolitischen Themenkomplexen. Da diese fast durchgehend kritischer und deshalb hier interessanter sind als die offiziellen Erklärungen, werden sie hier als Ergänzung zur Diskussion des Positionspapiers des Bundesvorstands vorgestellt. Zudem stellt sich die Position von ver.di, seit ihr Vorsitzender Frank Bsirske im Juni 2002 zusammen mit einigen Personalräten und Wissenschaftlern das oben erwähnte eigene Papier vorgestellt hat, noch einmal anders, nämlich in wesentlichen Punkten durchaus widersprüchlich dar.

In dem vom ver.di-Bundesvorstand im Dezember 2001 in Berlin vorgestellten Positionspapier „Gesundheit solidarisch finanziert“ erklärt ver.di ihre Forderungen und Vorschläge für ein gesundes Gesundheitssystem. Wie IGM und IG BAU verweist ver.di die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen zunächst ins Reich der Ideologie. Auch ver.di verweist darauf, dass bei gleichbleibendem Anteil der Ausgaben am BIP von ungefähr sechs Prozent die Beiträge aber gestiegen sind – nicht zuletzt wegen der in den letzten 15 Jahren um rund neun Prozentpunkte auf 65,9 Prozent gesunkenen Lohnquote. Dadurch habe sich die „Beitragssumme, die von Versicherten und Arbeitgebern aufgebracht wird, um ca. 16,9 Milliarden €“ in den letzten 15 Jahren verringert.⁹⁵ Dagegen fordert ver.di, in einem ersten Schritt „eine Ausweitung der Krankenversicherungspflicht, z.B. auf Beamtinnen und Beamte, und die schrittweise Anhebung der Pflichtversicherungs- und der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung.“ Die paritätische Finanzierung solle beibehalten wer-

⁹⁵ ver.di (Hrsg.), Gesundheit solidarisch finanziert. Forderungen und Vorschläge für ein gesundes Gesundheitssystem, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales, Nr.01/2002, S. 11 – Freilich sei das Problem nicht nur eines der Einnahmen, sondern auch der Verwendung, wie die Fest-

den und folgerichtig soll es auch keine Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen geben, denn „**Wahlleistungen** sind ... **Zahlleistungen**.“ Und an den Wahlleistungen würden sich die Arbeitgeber ja nicht beteiligen, also wäre auch dies „ein Schritt heraus aus der Parität“..⁹⁶

Auch das gerade von Arbeitgebern immer wieder beschworene demographische Problem und die angeblich in Zukunft zu erwartenden Beitragssätze von bis zu 30 Prozent⁹⁷ werden in dem ver.di-Papier in ein realistisches Licht gerückt: „Seriöse Wissenschaftler kommen ... zu einem anderen Ergebnis.“ Außerdem habe auch das Gutachten des Sachverständigenrats mehrfach darauf hingewiesen, dass das steigende Lebensalter nicht ausschlaggebend sei für die Inanspruchnahme von Leistungen. ver.di resümiert: „die demographische Herausforderung ist gar keine.“⁹⁸

Ein weiteres Problem der Einnahmen sieht ver.di darin, dass die rot-grüne Bundesregierung, wie die konservative vor ihr, die gesetzliche Krankenversicherung als finanziellen Verschiebebahnhof missbraucht habe. In dem Papier wird die Summe der zusätzlichen Belastungen der gesetzlichen Krankenkassen durch die Maßnahmen der rot-grünen Bundesregierung allein auf sechs Milliarden DM (= 3,07 Milliarden Euro) pro Jahr; in der Regierungszeit von Helmut Kohl seien es insgesamt 38 Milliarden DM (= 19,5 Milliarden Euro) gewesen.⁹⁹ Zu diesen Maßnahmen wird z.B. gezählt die Neuregelung der EU/BU Rente (= 1,25 Milliarden DM), die Minderung der KV-Beiträge für Arbeitslosenhilfeempfänger (= 1,20 Milliarden DM), die Entgeltumwandlung für private Altersvorsorge (= 0,50 Milliarden DM) etc.¹⁰⁰

Rückblickend auf die Reformen der 80er und 90er Jahre weist ver.di ausdrücklich darauf hin, dass diese nicht nur negative Auswirkungen auf die Patienten, sondern auch „für die Beschäftigten in Gesundheitseinrichtungen deutlich erschwerte Arbeits-

stellung der Über-, Unter- und Fehlversorgung durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gezeigt habe. Ebd., S. 6

⁹⁶ ver.di (Hrsg.), Gesundheit solidarisch finanziert, a.a.O., S. 11

⁹⁷ Vgl. Fn. 21

⁹⁸ ver.di (Hrsg.), Gesundheit solidarisch finanziert, a.a.O., S. 8; vgl. Hagen Kühn, Nur die Krankheit ist umsonst, a.a.O.

⁹⁹ ver.di (Hrsg.), Gesundheit solidarisch finanziert, a.a.O., S. 12 - Das entspricht bei 17 Jahren Regierung Kohl im Jahr ca. 1,15 Mrd. Euro. – Eine Expertise des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheits-Systemforschung zum Thema „Politische Entscheidungen zu Lasten der GKV“ kommt zu folgenden Zahlen: In den Jahren 1995 bis 2003 sei die GKV dadurch mit 30 Milliarden Euro belastet worden; allein für die Jahre 2002 und 2003 werde die GKV dadurch mit 4,5 Milliarden Euro belastet, weshalb sich der Druck auf die Beitragssätze erneut erhöhe. Vgl. Verschiebebahnhöfe zu Lasten der GKV, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales, Nr. 6/2002, S. 217

¹⁰⁰ Diese Zahlen werden nur in der extra herausgegebenen Broschüre des ver.di-Bundesvorstands genannt. Vgl. ver.di (Hrsg.), Unser Gesundheitssystem - solidarisch finanziert. Forderungen und Vorschläge für ein gesundes Gesundheitssystem – Eckpunkte der ver.di-Gesundheitskampagne – „Berliner Erklärung“, Berlin 2002, S. 24

bedingungen“ zur Folge gehabt haben. Auch wenn die rot-grüne Bundesregierung einige Härten zurückgenommen habe seit 1998, habe sie „ihre große Gesundheitsreform wegen erheblicher Widerstände der Akteure im Gesundheitswesen nur teilweise verwirklichen“ können.¹⁰¹ Wie auch die IGM und die IG BAU kritisiert ver.di den Kotau der Bundesregierung vor der Pharmaindustrie Anfang des Jahres 2001: „Trotz der Warnungen von Experten wurde das Arzneimittelbudget aufgehoben, ohne dass alternative Steuerungskomponenten (z.B. Positivliste) vorhanden sind. Die Arzneimittelausgaben stiegen in schwindelerregende Höhen. Von dem im so genannten Sparpaket anvisierten Preisabschlag konnte sich die Pharmaindustrie durch einen 400 Mill. DM (205 Mill. €) teuren Ablassbrief freikaufen.“¹⁰²

Gesundheitspolitik sei „Daseinsvorsorge“, deshalb dürfe es weder darum gehen, „Aktionäre zufrieden zu stellen, noch darum, die wirtschaftliche Existenz von Gesundheitseinrichtungen trotz fehlender Bedarfsnotwendigkeit zu finanzieren.“¹⁰³ Zwischen diesen beiden Extremen habe sich die Gestaltung der Gesundheitspolitik zu bewegen. Der medizinische, der medizinisch-technische und auch der pharmakologische Fortschritt habe sich dabei an zweierlei messen zu lassen: „dem medizinischen Nutzen und der Vereinbarkeit mit den ethischen Grundsätzen unserer Gesellschaft“..¹⁰⁴ Denn nicht alles, was machbar sei, sei auch ethisch vertretbar, so die kritische Anmerkung in dem Papier, die wohl auf die momentane Entwicklung in der Bio- und Gentechnologie gemünzt ist.

Wie auch die IG BAU setzt sich ver.di dafür ein, „das Großgeräte nur im notwendigen Rahmen aufgestellt werden und möglichst vielfältig und wirtschaftlich genutzt werden.“¹⁰⁵ Wer allerdings diesen Rahmen bestimmen soll und wie eine solche Planung organisiert sein könnte, erfährt man nicht. Aus der Kritik an der durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts 1997 abgeschafften Großgeräteverordnung, die „eine flächendeckende und wirtschaftliche Aufstellung von teuren medizinischen Spezialgeräten“ regelte, läßt sich allerdings schließen, dass es für ver.di durchaus wünschenswert wäre, wieder eine solche – staatliche – Verordnung und damit Möglichkeiten der Planung zu bekommen.

¹⁰¹ ver.di (Hrsg.), Gesundheit solidarisch finanziert, a.a.O., S. 6f

¹⁰² Ebd., S. 7

¹⁰³ Ebd.

¹⁰⁴ Ebd.

¹⁰⁵ Ebd. – Heute gebe es zu viele Großgeräte in Krankenhäusern und Praxen in Deutschland; z.B. gibt es Berlin und München mehr Computer-Tomographen und Magnet-Resonanz-Tomographen als in ganz Italien. Vgl. ebd.

Wenn es allerdings volkswirtschaftlich um den Gesundheitssektor geht, kritisiert ver.di nur die „Anbieterdominanz im deutschen Gesundheitswesen“; es bestehe, so das ver.di-Papier, kein „Gleichgewicht von Krankenkassen auf der einen Seite und den Interessenverbänden der Pharmaindustrie, der Großgerätehersteller, der Ärzte usw. auf der anderen Seite.“¹⁰⁶ Dass ein solches ideales Gleichgewicht zum einen ein gleiches Interesse auf der Seite der letzteren voraussetzte, das in der Regel nicht gegeben ist¹⁰⁷, und dass die Vorstellung eines Gleichgewichts genuin liberale ökonomische Modellvorstellung ist, und deshalb unter den gegebenen Verhältnissen bloß die Forderung nach Marktverhältnissen bedeuten würde, steht allerdings im Widerspruch zur eher wettbewerbskritischen Haltung und zur vorsichtigen Forderung nach gesamtgesellschaftlicher Planung in dem Positionspapier. Dieser Widerspruch zieht sich durch die ver.di-Position an verschiedenen Stellen.¹⁰⁸

Bezogen auf vorgeschlagene Einkaufsmodelle, gemäß denen die Kassen entscheiden können, bei welchen Anbietern sie Leistungen in welchem Umfang für ihre Versicherten einkaufen, äußert sich das Papier wiederum sehr kritisch. Diese schränken, so ver.di, die freie Arztwahl und flächendeckende Angebote ein und da die „Kassen sich am Preis orientieren“, würden dann „Billiganbieter“ auf den Markt kommen und die Qualität werde leiden, „weil die Anbieter als erstes am qualifizierten Personal sparen werden“. Deshalb werde ver.di Einkaufsmodelle oder Zuzahlungsmodelle nicht akzeptieren: Denn „die Patientinnen und Patienten dürfen nicht von einer ,Gesundheitsleistung ausgeschlossen, werden nur weil sie in der ,falschen‘ Krankenkasse sind.“¹⁰⁹ Es gelte deshalb – und das wird in diesem Papier besonders hervorgehoben –, die Krankenkassenkonkurrenz abzuschaffen und statt dessen die Solidarität auszubauen. Dazu genüge der bisherige Risikostrukturausgleich nicht; dieser müsse möglichst bald in einen morbiditätsbezogenen RSA umgewandelt werden.¹¹⁰ Damit einher geht die Forderung nach Disease-Management-Programmen (DMP), wodurch sich zum einen nachweislich Kosten einsparen ließen und die zum anderen die Le-

¹⁰⁶ ver.di (Hrsg.), Gesundheit solidarisch finanziert, a.a.O., S. 7 – Einen weiteren Beleg dafür sieht ver.di, wie die anderen Gewerkschaften auch, in der immer noch nicht gelungenen Einführung einer Positivliste.

¹⁰⁷ Sieht man sich z.B. die Debatte über die DRGs an, gibt es von Seiten mancher Ärzte scharfen Protest gegen die „Industrialisierung der Versorgung“ oder gegen den „endgültigen Sieg der Ökonomie über die ärztliche Therapiefreiheit“. Vgl. Führen DRGs zu Industrialisierung der Versorgung?, in: Ärzte Zeitung vom 06.03.2002; Sieg der Ökonomie über Therapiefreiheit. Gynäkologen-Präsident sieht in DRGs weiteren Zwang, in: Ärzte Zeitung vom 12.03.2002

¹⁰⁸ Er wird eklatant im schon erwähnten Papier des ver.di-Vorsitzenden vom Juni 2002. Siehe unten.

¹⁰⁹ ver.di (Hrsg.), Gesundheit solidarisch finanziert, a.a.O., S. 11

¹¹⁰ Ebd.

bensqualität von Patientinnen und Patienten verbessern werden.¹¹¹ Entsprechend unterstützt ver.di die Pläne der Gesundheitsministerin, „die Kosten für ein solches DMP von den Krankenkassen in den Risikostrukturausgleich“ miteinzubringen, unter der Bedingung, dass sie „zu einem gerechten Ausgleich zwischen den Versorgerkassen und Krankenkassen mit unterdurchschnittlich versorgungsbedürftigen Versicherten führen.“¹¹² In diesem Zusammenhang knüpft ver.di an die Jahrzehnte alte Forderung nach integrierter Versorgung an. In Zukunft müsse es zu einem „patientenorientierten Miteinander von Institutionen und Gesundheitsberufen“ kommen, die im Moment noch mehr oder weniger unabhängig voneinander handelten. Dabei solle der Bedarf des Patienten die Leistung bestimmen, nicht „die ökonomischen Interessen der Leistungserbringer“. Ziel sei es, eine integrierte Versorgung unter Beteiligung der Patienten sicherzustellen, die Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege sowie die entsprechenden Versorgungseinrichtungen und Leistungserbringer verbinde. „ver.di fordert als schnell wirksame Maßnahme das unsinnige Verbot ambulanter Behandlung durch Fachärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern aufzuheben und die Medikamentenversorgung durch Krankenhausapotheken zu ermöglichen.“¹¹³

Generell setze die Durchsetzung solcher Reformen allerdings eine gesellschaftliche Debatte über die Gesundheitsziele und die Bereitstellung von entsprechenden Mitteln und einer entsprechend zielgerichteten Forschung voraus. Für ver.di sollen die anstehenden Reformen im Gesundheitswesen an einem qualitativ hochwertigen und effizienten Gesundheitswesen für alle, also am Bedarf der Bürgerinnen und Bürger orientiert sein, und Gesundheitsförderung, Behandlung, Rehabilitation und Pflege umfassen; es soll weiterhin solidarisch finanziert und die Beschäftigten in diesem Bereich sollen gut ausgebildet sein und gute Arbeitsbedingungen vorfinden.¹¹⁴ Gerade weil der Gesundheitssektor ein „Zukunftsmarkt“ sei, der sich in den nächsten Jahren noch vergrößere, fehle dort bereits heute qualifiziertes Personal. ver.di führt das auf im gesellschaftlichen Vergleich „unattraktive Arbeitsbedingungen, eine ständig größer werdende Arbeitsverdichtung, Schichtarbeit und schlechte Bezahlung“ zu-

¹¹¹ ver.di (Hrsg.), Gesundheit solidarisch finanziert, a.a.O., S. 9

¹¹² Ebd.

¹¹³ Ebd., S. 10 - Zu einem weiteren Aspekt von bedarfsgerechten, qualitativ hochwertige Gesundheitsleistungen für alle, gehört für ver.di insbesondere auch die Forschung zu Genderaspekten im Gesundheitswesen, über die gesundheitlichen Gewaltfolgen, und die Erstellung eines die Geschlechterinteressen berücksichtigenden Gesundheitsberichts. (Ebd., S. 9) Inwiefern das gleiche Geschlecht ein gleiches Interesse begründen könne, wird in dem Positionspapier nicht diskutiert. Die Geschlechterontologie wird einfach vorausgesetzt.

rück¹¹⁵ und fordert von den Arbeitgebern des Gesundheitssektors, der immerhin ca. vier Millionen Menschen einen Arbeitsplatz biete, „durch attraktivere Arbeitsbedingungen ... sowie mehr Ausbildungsanstrengungen, dafür zu sorgen, dass hochwertige Gesundheitsdienstleistungen erhalten bleiben.“¹¹⁶

In diesen Zusammenhang gehört auch die Einführung der neuen Krankenhausvergütung durch diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs) ab 2003 bzw. 2004. Durch diese werde sich, so das ver.di-Papier, der „Bedarf an geeigneten Vor- und Nachsorgeeinrichtungen zu Lasten der Erkrankten noch weiter verstärken“. Trotzdem würden Krankenhäuser geschlossen und Betten abgebaut; die dadurch erfolgten Einsparungen seien aber nicht in den ambulanten Bereich geflossen. Notwendig sei deshalb „eine verzahnte Versorgung ambulanter und stationärer Dienste, die z.B. über eine gemeinsame (Misch-)Finanzierung auch betriebswirtschaftlich erfolgreich geführt werden kann.“¹¹⁷

Da im Positionspapier des Bundesvorstands dazu nicht mehr zu finden ist und es bei ver.di noch einige andere Publikationen zum Thema Gesundheitswesen gibt, ist es hier nützlich, die Debatte über die DRGs zu verfolgen. Zum einen wird dort die Perspektive der Beschäftigten problematisiert, zum anderen die dann endgültig notwendig werdende Reformierung des gesamten Pflegebereichs. Der von ver.di herausgegebene *Infodienst Krankenhäuser* vom April 2001 weist darauf hin, dass in den Diskussionen deutlich geworden ist, „dass die Einführung der DRGs als Finanzierungsgrundlage für Krankenhäuser auf mittelfristige Sicht einen Kapazitätsabbau und somit Arbeitsplatzreduzierung im Krankenhausbereich zur Folge hat. Diese Auswirkungen wurden in anderen Ländern, in denen ein DRG-System eingeführt wurde, beobachtet und bestätigen die Diskussionen.“¹¹⁸ Weiterhin wird hier darauf hingewiesen, dass die im Katalog aufgeführten Hauptdiagnosen sowie die möglichen und damit wirksamen Nebendiagnosen zur Eingruppierung in die jeweilige Entgeltkategorie hauptsächlich durch Ärzte diagnostiziert, damit aber „nicht der tatsächliche Ressourcenverbrauch eines Behandlungsfalles widerspiegelt“ werde. Aspekte der Krankenpflege, die „in einem Krankenhaus eine entscheidende Rolle für die Behandlung

¹¹⁴ ver.di (Hrsg.), *Gesundheit solidarisch finanziert*, a.a.O., S. 7

¹¹⁵ Ebd., S. 12

¹¹⁶ Ebd.

¹¹⁷ Ebd., S. 8

¹¹⁸ Bernd Häring, *DRGs – und wo bleibt die Pflege?*, in: *Infodienst Krankenhäuser*, Nr. 11, Hannover 04/2001, S. 14

der Patienten spielt“, würden hier nur unzureichend berücksichtigt.¹¹⁹ Da es schwierig sei, die Pflege eines Patienten „greifbar“ zu machen und zu dokumentieren, befürchtet Bernd Häring, dass dann eben „das beruhigende Wort und die haltende Hand ... nicht mehr finanziert“ werden. Die Konsequenz, die er daraus zieht, befindet sich politisch im Rückzug: „Daher ist es wichtig, die Leistung der Krankenpflege messbar zu machen und in das System der DRGs einzuarbeiten.“¹²⁰

Wenn keine leistungsgerechte Einbindung der Krankenpflege in das neue Entgeltsystem geschehe, so prophezeit Häring, „werden genau in diesem Bereich die Rationalisierungsmaßnahmen greifen und eine Arbeitsverdichtung sowie Qualitätsverlust die Folge sein.“¹²¹ Der ehemalige Gesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) kritisierte in einem Interview, dass das Fallpauschalensystem „unmenschlich“ werde, „wenn es gleichzeitig Budgets gibt.“ Dann führen, so Seehofer weiter, die Fallpauschalen „zu hemmungsloser Selektion: Die Budgetierung führt dann nämlich dazu, dass der Patient nur noch im Kosten-Nutzen Verhältnis gesehen wird.“¹²² Jenseits aller Wahlkampfaktik ist das sicher ein wichtiges und richtiges Argument, das auch die Gewerkschaften hätten in die Diskussion bringen können.

Ulla Derwein, ehemaliges Mitglied des Bundesvorstands der Gewerkschaft ver.di und am Runden Tisch anwesend für die Berufe im Gesundheitswesen, wies darauf hin, dass „viele Fragen noch nicht einmal im Ansatz geklärt seien. Durch die erwartete schnelle Entlassung alleinstehender oder versorgungsbedürftiger Menschen müssten zunächst Vor- und Nachsorgestrukturen aufgebaut werden. Insbesondere für die Beschäftigten in den Krankenhäusern gerieten Tarifverträge unter Druck. Auch die Finanzierung von Aus-, Fort- und Weiterbildung der Berufe im Gesundheitswesen – die

¹¹⁹ Bernd Häring, DRGs – und wo bleibt die Pflege?, a.a.O., S. 14f – Hier sieht er eine Aufgabe der Gewerkschaften: „Die Pflegefachverbände sowie die Gewerkschaften müssen jetzt die Chance nutzen, mitzuwirken, damit das neue DRG-System in Deutschland die Leistungen aller Berufsgruppen im Krankenhaus widerspiegelt.“ Ebd., S. 15

¹²⁰ Ebd., S. 15 – „In Deutschland gab es bereits 1996 in Form der Pflegepersonalregelung (PRP) eine Methode, um die Leistung der Pflege zu messen. Diese wurde wieder abgeschafft, als man gemerkt hat, wie viele Ressourcen die Berufsgruppe der Krankenpflege benötigt. Gleichzeitig nahm man den Interessenvertretungen ein Instrument zur Personalbedarfsmessung für die einzelnen Stationen des Krankenhauses. Daher war es nach der Abschaffung auch möglich, dass 30 % der Planstellen in der Krankenpflege abgebaut wurden. Aktuell geschieht die Personalbedarfsmessung nach ‚wirtschaftlicher Vernunft‘ und wird vom Management festgelegt. Es stellt sich die Frage, ob wirtschaftliche Vernunft auch das vernünftigste für die Betreuung der Patienten ist.“ Ebd.

¹²¹ Ebd. – Dass „in den nächsten acht Jahren rund 100 000 Pflegekräfte arbeitslos werden könnten, wenn die Verweildauer in den Krankenhäusern um 50 Prozent sinken soll“, befürchtet auch die Präsidentin des Deutschen Pflegerates, Marie-Luise Müller. Vgl. Pflegeberufe warnen vor Versorgungskrise, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 26.01.2001

¹²² Das Fallpauschalensystem wird unmenschlich, wenn es gleichzeitig Budgets gibt. Interview mit Horst Seehofer, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Nr. 4, 7/8 2002, S. 336 – Die Union werde deshalb die Budgetierung nach einem Wahlsieg wieder abschaffen.

meisten werden im Krankenhaus ausgebildet – sei noch völlig ungeregt.“¹²³ Noch ist auch nicht klar, ob durch die Einführung der DRGs überhaupt Kosten eingespart werden können. Selbst die Krankenkassen scheinen den Optimismus des Bundesgesundheitsministeriums diesbezüglich nicht zu teilen.¹²⁴

Derwein wies außerdem auf das Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom Oktober 2000 hin, dass es sich beim Bereitschaftsdienst von Ärztinnen und Ärzten um vollwertige Arbeitszeit handelt, und dass dies natürlich nicht ohne Konsequenzen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen bleibt. Sie forderte deshalb, „den sich aus dem EuGH-Urteil ... ergebenden Stellenbedarf, der zwischen 19 000 und 25 000 Stellen geschätzt wird, sowohl bei der im Jahre 2001 stattfindenden Kalkulation der DRGs als auch bei der Bemessung der Budgets der Krankenhäuser zu berücksichtigen.“¹²⁵

Das fordert, nachdem das Arbeitsgericht Gotha geurteilt hat, dass das EuGH-Urteil „unmittelbar für alle Arbeitnehmer“¹²⁶, also auch in Deutschland gilt, auch der ver.di-Vorsitzende Frank Bsirske. Das EuGH-Urteil verbiete es, dass die wöchentliche Arbeitszeit 48 Stunden überschreitet. Hierzu zählten die Arbeitsbereitschaft, die Bereitschaftsdienste und die Überstunden.¹²⁷ Bsirske rechnet weiterhin vor, dass die im Momente herrschenden „illegalen Verhältnisse mit unmenschlich langen Schichten für Ärzte und Pflegepersonal“ dazu geführt hätten, dass sich inzwischen 2 Mrd. bezahlte und geschätzte 2,4 Mrd. unbezahlte Überstunden angesammelt hätten, die – gerade angesichts vier Millionen Arbeitsloser – abgebaut werden müssten. Die Personalmehrkosten, die es bei den zukünftigen Verhandlungen zu berücksichtigen gelte, würden sich, so Bsirske, auf schätzungsweise 1,7 Prozent belaufen.¹²⁸ Dringend erforderlich sei, „dass sich die Arbeitgeber bereit erklärten, mit der Gewerkschaft ver.di im Rahmen des EU-Rechts geltende tarifvertragliche Regelungen über die Gestaltung der Arbeitszeit zu entwickeln, in denen Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit an-

¹²³ Bei Gesundheitsreform überwiegen Gemeinsamkeiten. ver.di-Bundesvorstandsmitglied Ulla Derwein im Gespräch mit Ulla Schmidt, in: Infodienst Krankenhäuser, Nr. 12, Hannover 06/2001, S. 5

¹²⁴ Vgl. Wolfgang Wagner, Der englische Patient? Aktuelles von der Berliner Gesundheitspolitik, in: Dr.Med.Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen Nr. 136, 03-04/2002, S. 12; vgl. Baumgärtner: Bei DRGs muß Geld der Leistung folgen, in: Ärzte Zeitung vom 18.03.2002

¹²⁵ Bei Gesundheitsreform überwiegen Gemeinsamkeiten, a.a.O., S. 5 – Das Gleiche fordert der Chef des Marburger Bund. Vgl. Wolfgang Wagner, Der englische Patient?, a.a.O., S. 12

¹²⁶ Wolfgang Pieper, EuGH-Urteil: Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit, in: Infodienst Krankenhäuser, Nr. 11, Hannover 06/2001, S. 20 – Bislang argumentierten die Arbeitgebervertreter so, dass das EuGH-Urteil, das durch die Klage von Ärzten in Spanien ausgelöst wurde, auf deutsche Verhältnisse nicht anwendbar sei, weil sie bezweifelten, „ob der Bereitschaftsdienst in Spanien in der ärztlichen Grundversorgung überhaupt mit dem Bereitschaftsdienst in Deutschland vergleichbar wäre.“ Ebd., S. 19

¹²⁷ Vgl. Wolfgang Pieper, ver.di fordert Schaffung von rund 25.000 Arbeitsplätzen in Krankenhäusern, in: Infodienst Krankenhäuser, Nr. 12, Hannover 06/2001, S. 11

¹²⁸ Vgl. ebd.

erkannt würden.“¹²⁹ Bis vor kurzem war es allerdings so, hierauf weist das Positionspapier des ver.di-Bundesvorstands im Dezember 2001 nochmals ausdrücklich hin, dass die bindende Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs zur Anrechnung des Bereitschaftsdienstes auf die Wochenarbeitszeit durch die Arbeitgeber und die Bundesregierung konsequent ignoriert wurde und der Schutz vor Überarbeitung nach wie vor mangelhaft sei: „Die Patientinnen und Patienten werden nicht selten von Personal behandelt, das schon mehr als 24 Stunden im Dienst ist. Aus diesem Grunde fordert ver.di von der Politik entschiedenes Vorgehen gegen den Einsatz völlig übermüdeten Personals.“¹³⁰

Am 08. März 2002 sind auf Initiative der Bundesgesundheitsministerin „die Gewerkschaft ver.di, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutsche Pflegerat und der Marburger Bund zu einem ‚Arbeitszeitgipfel‘ zusammengekommen“. In einer gemeinsamen Erklärung wurden dabei eine pragmatische Umsetzung vor einer Novellierung des Arbeitszeitgesetzes auch im Sinne der Rechtsprechung des EuGH“ vorgezogen.¹³¹ Hierzu sollen, so Ulla Schmidt, die „mit dem Fallpauschalengesetz zusätzlich bereitgestellten Mittel genutzt werden. Diese Zwei-Jahres-Programm stellt den Krankenhäusern insgesamt 200 Mio. Euro zur Verfügung, mit denen bis zu 10 000 neue Stellen finanziert werden können.“¹³² Über den Einsatz der Mittel solle noch in diesem Jahr beraten werden. In der entsprechenden ver.di-Pressemeldung heißt es dazu allerdings, dass durch die Umsetzung des EuGH-Urteils bis zu 37 000 Stellen geschaffen werden müssten.¹³³ Wie die Differenz organisiert und finanziert werden soll, bleibt unklar. ver.di's Forderung an die Arbeitgeber knüpft an die *Gemeinsame Erklärung* an: „Wir müssen jetzt zu Tarifabschlüssen kommen, die mit dazu beitragen, dass das Arbeitszeitgesetz eingehalten und das EuGH-Urteil umgesetzt wird.“¹³⁴

Bezüglich des Themas Qualitätsmanagement findet man in dem ver.di-Positionspapier eher abstrakte Forderungen; in den „betriebsnäheren“ Veröffentli-

¹²⁹ Wolfgang Pieper, ver.di fordert Schaffung von rund 25.000 Arbeitsplätzen, a.a.O., S. 11

¹³⁰ ver.di (Hrsg.), Gesundheit solidarisch finanziert, a.a.O., S. 13

¹³¹ Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums Nr. 27 vom 04.03.2002, in: www.bmggesundheits.de (Stand: 18.03.2002)

¹³² Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums Nr. 27 vom 04.03.2002, a.a.O. – Da bei diesem „die tatsächliche Arbeitszeit der Ärzte an den Kliniken nur völlig unzureichend in die Kalkulation der Fallpauschalen eingeht“, wird es allerdings die Lage eher noch verschlimmern, so die Einschätzung des Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein Jörg-Dietrich Hoppe. Vgl. Hoppe übt harsche Kritik am neuen Fallpauschalengesetz, in: *Ärzte Zeitung* vom 18.03.2002

¹³³ Vgl. ver.di: Verbesserte Arbeitszeitorganisation in den Krankenhäusern sichert die Qualität der Gesundheitsversorgung, ver.di Pressemeldung vom 08.03.2002, in: www.verdi.de (Stand: 18.03.2002)

¹³⁴ ver.di: Verbesserte Arbeitszeitorganisation, a.a.O.

chungen wie dem *Infodienst Krankenhaus* dagegen sehr viel kritischere Einschätzungen. Im Positionspapier wird affirmativ darauf Bezug genommen und gefordert: „Wir wollen, dass Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen Einzug hält“¹³⁵, denn die Qualität der Arbeitsbedingungen und Qualität der Arbeit hängen unmittelbar zusammen. Qualitätsmanagement müsse deshalb sowohl die Ergebnisse für Patientinnen und Patienten, die Information und Beteiligung der Beschäftigten und Patientinnen und Patienten und auch die Bereitstellung und Verwendung von personellen und materiellen Ressourcen umfassen. Dazu gehöre auch die erforderliche Qualifikation und Routine sowie der Grad an Transparenz, mit der Entscheidungen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten getroffen würden. Strukturen, Verantwortlichkeiten, die Kommunikationswege sowie die Prozesse innerhalb und zwischen den Einrichtungen des Gesundheitswesens müssten nachvollziehbar sein.¹³⁶ Noch einmal wird hier in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die Qualität der Leistungen nicht von der Arbeitssituation der Beschäftigten getrennt werden kann. Für ver.di sind „Arbeitszufriedenheit, Arbeitsgestaltung, Organisation und Führung ... **ebenfalls** zentrale Merkmale eines Qualitätsmanagements“. Der Aufbau bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen verbessere die Leistungen und die vorhandenen Mittel könnten dann sinnvoll eingesetzt werden.¹³⁷ „**Dennoch** brauchen wir die Solidarität aller bei der Weiterentwicklung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung.“¹³⁸ Sowohl das „ebenfalls“ als auch das „dennoch“ bedürften jedoch einer Erklärung – deuten sie doch darauf hin, dass offensichtlich mit Qualitätsmanagement in der Debatte etwas ganz anderes gemeint ist als das eben beschriebene. Darauf wird im Positionspapier aber nicht eingegangen; man findet es diskutiert in einem Aufsatz im *Infodienst Krankenhaus* von Lothar Gallow-Bergmann „‘Qualitätsmanagement‘ – der entfesselte Markt wirft seine Schatten voraus: Der Mensch oder das Geld im Mittelpunkt?“

Die §§ 135ff im Sozialgesetzbuch V verpflichtet die Krankenhäuser, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Gallow-Bergmann hält es nicht für einen Zufall, dass Qualitätsmanagement gerade heute forciert wird. Er erkennt darin eine Tendenz der „fast vollständigen Unterwerfung auch dieses Bereiches der Gesellschaft unter die Gesetzmäßigkeiten des freien

¹³⁵ ver.di (Hrsg.), *Gesundheit solidarisch finanziert*, a.a.O., S. 10

¹³⁶ Ebd.

¹³⁷ Vgl. ebd. – Hervorhebung von N.R.

¹³⁸ Ebd. – Hervorhebung von N.R.

Marktes.“¹³⁹ Er macht das z.B. an einem wesentlichen Ziel des Qualitätsmanagements fest, „die Bezeichnung ‚Kunde‘ für PatientInnen und Angehörige in unseren Köpfen zu verankern.“ Dabei werde geschickt angesetzt an dem berechtigten Unbehagen an dem Begriff Patient, der diesen zu einem Leidenden und manchmal auch Unmündigen gemacht habe. „Zu Recht wird darin enthaltene reduktionistische Sicht des Menschen kritisiert.“¹⁴⁰ Die angebotene Alternative, den Patienten in einen Kunden zu verwandeln, reduziere den Menschen aber noch mehr, denn „Kundenbeziehungen‘ sind Geldbeziehungen. Der Kunde ist solange König, wie er zahlungskräftig ist.“ Die Frage sei aber, was der „Kunde“ Patient beurteilen kann und wie mit dem Informations- und Kompetenzgefälle zwischen Arzt und Patient umzugehen ist. Die Kundenorientierung betreibe insofern bloß „Fassadensanierung“, als sie gar kein Interesse habe, dieses Gefälle abzubauen, sondern genau von der Hauptsache abzulenken und den Blick nur auf die Fassade zu richten, nämlich auf Komfortleistungen im Krankenhaus etc. „Demgegenüber müsste es gerade Ziel der Beschäftigten sein, für den mündigen Patienten einzutreten und sich einer Unterordnung der zwischenmenschlichen Beziehungen unter den oberflächlichen Aspekt des Geldes zu widersetzen.“¹⁴¹ Was das bedeute, könne man, so Gallow-Bergmann, in Großbritannien und den USA beobachten: „Eine menschenverachtende Zweiklassen-Medizin mit heruntergekommenen Billigangeboten für die Armen und Luxusmedizin für diejenigen, die sich’s leisten können.“¹⁴²

Nur vor dem Hintergrund der Bestrebungen, den Krankenhausmarkt zu liberalisieren, sei die Einführung des Qualitätsmanagements zu verstehen. „Es wird so getan, als könnten mit Qualitätsmanagement all die voraussehbaren negativen Auswirkungen eines liberalisierten Krankenhausmarktes in den Kliniken selbst aufgefangen und quasi ungeschehen gemacht werden.“¹⁴³ In diesem Sinne kommt Gallow-Bergmann zu dem Schluss: „Das beste Qualitätsmanagement wird sein, die politischen Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit mit den wirklichen Verhältnissen in den Klini-

¹³⁹ Lothar Gallow-Bergmann, „Qualitätsmanagement“ – der entfesselte Markt wirft seine Schatten voraus: Der Mensch oder das Geld im Mittelpunkt?. in: Infodienst Krankenhäuser, Nr. 11, Hannover 04/2001, S. 12 – „Einen starken Schub wird diese Entwicklung in den kommenden Jahren mit der völligen Umstellung der Krankenhausfinanzierung durch die Einführung des fallpauschalierten Vergütungssystems nach DRG (Diagnosis Related Groups) erhalten.“ Ebd.

¹⁴⁰ Vgl. Lothar Gallow-Bergmann, „Qualitätsmanagement“, a.a.O., S. 12

¹⁴¹ Ebd.

¹⁴² Ebd., S. 13

¹⁴³ Ebd. – „Was nicht nur völlig illusionär ist, sondern auch ein verstecktes Eingeständnis der Ideologen des freien Marktes, dass der Markt eben doch nicht alles zum besten regelt ...“ Ebd.

ken zu konfrontieren und die Beseitigung von Missständen zu fordern“¹⁴⁴, und zum anderen einen „emanzipatorischen Qualitätsbegriff“ einzuklagen bzw. eine gesellschaftliche Debatte darüber anzustoßen.¹⁴⁵

Die Forderung nach Qualität in der am 18. März 2002 von ver.di als „große Versichertenorganisation“ und als „Anwalt der Patientinnen und Patienten“ vorgestellten Kampagne „Für eine gesunde Reform“ besteht inzwischen nur noch darin, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung wieder mehr in den Mittelpunkt rücken und der Aspekt der Qualität im Wettbewerb der Krankenkassen einen höheren Stellenwert erhalten soll.¹⁴⁶

Einen Schritt weiter zurück geht das Papier: „Wir brauchen wirkliche Reformen, bei denen es auch Verlierer gibt“, das der ver.di-Vorsitzende Frank Bsirske am 13. Juni diesen Jahres zusammen mit Personalräten und verschiedenen Wissenschaftlern – federführend darunter: Karl W. Lauterbach von der Uni Köln – veröffentlichten ließ¹⁴⁷ und das seitdem als **das** Gesundheitskonzept der Gewerkschaft ver.di diskutiert wird.¹⁴⁸

Während das ursprüngliche Positionspapier von ver.di zum Ergebnis hatte, dass in Einrichtungen des Gesundheitswesens der „Einfluss von Markt und Wettbewerb durch Regeln“ einzudämmen und durch „qualitative Vorgaben“ zu steuern sei, damit das Gesundheitswesen sich am Bedarf der Patienten orientieren könne, wird in dem Papier des Vorsitzenden zwar in den ersten Abschnitten noch an den solidarischen Errungenschaften des deutschen Gesundheitssystems festgehalten, im Weiteren dann jedoch für den „Ausbau des Systems des leistungsorientierten Wettbewerbs der Krankenkassen“ plädiert. Um diesen zu fördern und auszubauen, sollen, gemäß dem neuen Papier, genau jene „Einkaufsmodelle“ eingeführt werden, die noch in dem Positionspapier wie oben beschrieben – zu Recht – kritisiert wurden. Konsequenterweise fordert nun das neue Papier die „Stärkung tatsächlicher Eigenverantwortung des Patienten“, die eine umfassende Information des Patienten – sowohl über seine Erkan-

¹⁴⁴ Lothar Gallow-Bergmann, „Qualitätsmanagement“, a.a.O., S. 14

¹⁴⁵ Im Jahr 2001 hat die Gewerkschaft ÖTV dies in einer Broschüre versucht: „Die Qualität der Leistung im Gesundheitswesen ist dann daran zu messen, inwieweit sie diesem ‚emanzipatorischen Anspruch‘ gerecht wird. Als allgemeine Orientierung ist hier das WHO-Leitbild zugrunde zu legen: Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.“ Gewerkschaft ÖTV (Hrsg.), Gewerkschaftliche Anforderungen an Qualität und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Stuttgart 2001, S. 6

¹⁴⁶ Vgl. ver.di (Hrsg.): Gesundheit für alle. ver.di startet Kampagne "für eine gesunde Reform", ver.di Pressemeldungen vom 18.03.2002, in: www.verdi.de (Stand: 18.03.2002)

¹⁴⁷ Vgl. Frank Bsirske u.a., Wir brauchen wirkliche Reformen, bei denen es auch Verlierer gibt, a.a.O.

¹⁴⁸ Elisabeth Niejahr, Fast revolutionär. Mit einem Gesundheitskonzept mischt die Gewerkschaft ver.di im Wahlkampf mit, in: Die ZEIT, Nr. 25/2002 vom 18.06.2002

kung als auch über die verschiedenen „effizienten Leistungserbringer“ und die „möglichen wissenschaftlich gesicherten (evidenzbasierten) Behandlungsmöglichkeiten“ notwendig mache. Dabei wird der Patient der Zukunft vorgestellt als Individuum mit universalem Marktüberblick – sozusagen als walrasianischer Auktionator. Diesem sollen dann „mehr Entscheidungsfreiheit und echte Wahlmöglichkeiten“ eingeräumt werden.

Die Wahl solle sich zwar nicht beschränken auf die „Wahl zusätzlicher finanzieller Belastungen“, sondern eine echte „Wahl der Qualität der Versorgung“ sein – z.B. die Wahl von Hausarztmodellen oder Modellen der Behandlung mit bevorzugten ärztlichen Einrichtungen, für deren Qualität die Krankenkasse besonders bürgen soll. Da diese aber dem verstärkten Wettbewerb ausgesetzt sein sollen, geht das neue Papier davon aus, dass der Wettbewerb in diesem Bereich für etwas sorgen soll, für das er auch sonst nicht garantiert: für Qualität. Dass diese allerdings nur Mittel, nicht Zweck ist, wird in Sätzen wie deutlich: „Wir benötigen Kostenkontrolle durch Qualitätssicherung ...“.¹⁴⁹ Der Zweck einer Reform – und das zieht sich durch das ganze Papier – ist die Kostenkontrolle. Während das ver.di-Papier die Rede von der Kostenexplosion noch als ideologisch und ungerechtfertigt gekennzeichnet hatte, wird sie hier als Prämisse übernommen. Die Kostenkontrolle wird zum obersten Zweck der Gesundheitspolitik erklärt. Um diesen Zweck noch besser erfüllen zu können, fordert das neue Papier, dass der Sicherstellungsauftrag, der bis jetzt noch bei den kassenärztlichen Vereinigungen liegt, auf die Krankenkassen übertragen wird.

Es entspricht sicher der Tradition der Gewerkschaften, die Krankenkassen als Institutionen der lohnabhängig Beschäftigten zu begreifen und dies entsprach bis Anfang der 90er Jahre sicher auch der Realität. Das Gesundheitsstrukturgesetz leitete jedoch 1992 einen tiefgreifenden Wandel ein, im Zuge dessen – neben der Einführung von Pauschalen bzw. Individualbudgets bei der Vergütung der Leistungserbringer – der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen eingeführt wurde. Damit wurde der Beitragssatz zum entscheidenden Wettbewerbskriterium in der Konkurrenz um Mitglieder¹⁵⁰, womit den Kassen vom Gesetzgeber „bei der Erschließung von Rationalisierungsreserven in der GKV eine Schlüsselrolle“ zugewiesen wurde. Das hat aber auch, wie Thomas Gerlinger resümiert, bei den Krankenkassen zu einem „Wandel ihres Selbstverständnisses hin zu Versicherungsunternehmen“ geführt und zu „einer ausgeprägten Neigung, ihre Handlungsstrategien und zunehmend auch ihre gesund-

¹⁴⁹ Vgl. Frank Bsirske u.a., Wir brauchen wirkliche Reformen, bei denen es auch Verlierer gibt, a.a.O.

heitspolitischen Positionen nach Maßgabe ihrer einzelwirtschaftlichen Interessen zu formulieren. Noch stärker als in der Vergangenheit werden Reformvorschläge der Politik in erster Linie danach beurteilt, ob sie der eigenen Kasse bzw. dem eigenen Kassenverband im Wettbewerb nützlich sein werden oder nicht ... Auf diese Weise geht die Gesamtverantwortung, die die Kassen in der Vergangenheit für das Solidarsystem wahrgenommen haben, verloren. Es bedarf vielfach der für weite Teile der Vertragspolitik gesetzlich festgeschriebenen Pflicht zum ‚gemeinsamen und einheitlichen‘ Handeln, um die Kassen noch zum Abschluss von Kollektivvereinbarungen mit den Leistungserbringern zu bewegen.“¹⁵¹

In dieser neuen Konstellation müssten auch die Gewerkschaften sich neu positionieren zu den Kassen; diese sind so jetzt nicht mehr traditionelle Verbündete. Es sei denn – und dies würde zum Wettbewerbsoptimismus des neuen ver.di-Papiers passen – man legt es darauf an, über die Kompetenzerweiterung der Kassen durch den ihnen zu erteilenden Sicherstellungsauftrag das Moment des Wettbewerbs gerade zu stärken, in der Hoffnung, der Wettbewerb beschränke sich in diesem Bereich auf „solidarische“ Grenzen.¹⁵²

Zwischen der Kritik am Wettbewerb aus dem Positionspapier vom Dezember und dem „solidarischen Qualitätswettbewerb“ des neuen Papiers bewegt sich also die Gewerkschaft ver.di im Moment, ohne dass die Widersprüche zwischen beiden Papieren von ver.di offen diskutiert werden. Im Gegenteil – ein Blick auf die Internetseite der Gewerkschaft ver.di zeigt, dass beide Papiere als Position von ver.di nebeneinander stehen, als ob darin das gleiche vertreten werden würde. Welche Position ver.di vertreten und durchhalten wird, wird zum einen vom Ausgang der Bundestagswahlen im September 2002 abhängen und zum anderen davon, wohin sie von ihrer Mitgliedschaft gedrängt wird.

¹⁵⁰ Vgl. Thomas Gerlinger, Zwischen Korporatismus und Wettbewerb, a.a.O., S. 12

¹⁵¹ Ebd., S. 26 – Das wird, so Gerlinger, an der Debatte um den Risikostrukturausgleich und dessen Erweiterung besonders deutlich: „Die Gewinner des Wettbewerbs, die zugleich die Nettozahler in den Risikostrukturausgleich sind, treten gegen eine Erweiterung um Morbiditätskriterien auf und machen sich im Gegenteil sogar für seinen Abbau stark“. Ebd.

¹⁵² Gerade der Vorsitzende der ehemaligen Gewerkschaft für Transport und Verkehr müsste aber wissen, was es für den „geschützten“ Straßentransportsektor und die darin Beschäftigten bedeutet, vollständig liberalisiert zu werden. Seit der Aufhebung des Güterfernverkehrstarifs 1994 und des Kabotageverbots 1998 ist diese Branche weitgehend dereguliert. Dadurch sind zwar die Preise für den Gütertransport auf der Straße drastisch zurückgegangen, gleichzeitig haben sich die Löhne und vor allem die Arbeitsbedingungen der immer weniger abhängig Beschäftigten und immer mehr werdenden Scheinselbständigen extrem verschlechtert. Dass diese keine Beitragszahler der GKV mehr sind und dass diese zu einer Ausweitung des Straßenverkehrs zuungunsten der Bahn und nicht gerade zu einer größeren Sicherheit auf den Straßen geführt hat, sei hier nur am Rande zu bedenken gegeben.

Solidarischer Wettbewerb – die Position des DGB

Ursula Engelen-Kefer stellt im Jahr 2000 fest, dass es fehlt „an einer systematischen Gesundheitsberichterstattung, auf deren Grundlage Kenntnisse über den tatsächlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung ermittelbar“¹⁵³ wären, aus der Schlussfolgerungen über eine adäquate Verbesserung zu ziehen seien. Der Schluss besteht in allgemeinen Sätzen: „Die solidarische Krankenversicherung, die allen Versicherten einen gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglicht, muss in Zukunft weiter gestärkt werden. Hierzu ist eine Weiterentwicklung des solidarischen Wettbewerbs unter den Krankenkassen und Krankenkassenarten zwingend erforderlich. Nur mit dem solidarischen, kontrollierten Wettbewerb kann die Zielsetzung eines erhöhten und qualitätsorientierten Wettbewerbes unter den Anbietern von Gesundheitsleistungen hergestellt werden.“¹⁵⁴

Nachdem das Thema Gesundheitsreform ins Zentrum der sozialpolitischen Debatten gerückt ist, hat auch der DGB am 05.09.2002 ein Positionspapier unter dem Titel „Mobilisierung für Gesundheit, Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ veröffentlicht, das zunächst in den allgemeinen Passagen keine anderen Positionen als die bisher aufgeführten vertritt, in seinen Formulierungen aber weit vorsichtiger und dem liberalen Zeitgeist – wie schon das Zitat von Ursula Engelen-Kefer zeigte – aufgeschlossener daherkommt, was sich dann in den konkreten Vorschlägen auch zeigt.

Unter Punkt 1 plädiert es zunächst dafür, die Diskussion um die Gesundheitsreform umfassend zu führen, und nicht auf Finanzierungsfragen zu verkürzen. Seit geraumer Zeit sei die Senkung der Lohnnebenkosten zum „wirtschafts- und sozialpolitischen Ziel schlechthin“ erhoben worden, weshalb die steigenden Beitragssätze zur alleinigen Motivation in der Reformdiskussion geworden seien. „Das seit Jahren andauernde Gerede von der Kostenexplosion im Gesundheitswesen ergänzt diese einseitige und größtenteils falsche Sichtweise.“¹⁵⁵ Entsprechend seien die Reformvorstellungen der CDU und der FDP, die sich „wider alle Erfahrungswerte“ auf „ihre altbekannten Konzepte zur (Schein-)Reformierung des Gesundheitswesens, auf Priva-

¹⁵³ Ursula Engelen-Kefer, Betriebsverfassung – Rentenreform – Gesundheitspolitik. Vorschläge des DGB, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, Nr. 10/2000, S. 554f

¹⁵⁴ Ebd., S. 555f

¹⁵⁵ DGB (Hrsg.), Mobilisierung für Gesundheit, a.a.O.

tisierung, Leistungsausgrenzung und einen nicht näher definierten Wettbewerb“ konzentrierten¹⁵⁶, so Kerstin Kreuger vom Referat Gesundheitspolitik des DGB, „weder neu, noch nehmen sie die negativen Erfahrungen mit Kostendämpfungsmaßnahmen in Form von Leistungsbegrenzungen und Selbsthalten zur Kenntnis, noch befinden sie sich auf der Höhe der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion.“¹⁵⁷ Diese zeige zum einen, dass die zukünftige Entwicklung sich „nur sehr ungenau für die nächsten Jahrzehnte voraussagen“ lasse, zum anderen, dass der so oft beschworene „demographische Faktor“ gar nicht der kostentreibende sei, sondern der „medizinisch-technische Fortschritt unter den heute gegebenen Bedingungen“.¹⁵⁸

Dennoch folgten die Reformvorschläge der Arbeitgeber, konservativen aber auch der liberalen und grünen Parteien, dem einheitlichen Muster einer „Privatisierung oder Teilprivatisierung von Gesundheitsleistungen“, zu der „die Aufteilung des Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen“, das „Einfrieren oder Abschaffen des Arbeitgeberbeitrags“ oder ein „vollständiger Systemwechsel zu einer Privatisierung“ gehörten.¹⁵⁹ Solche Reformoptionen lehnt der DGB „entschieden“ ab, denn – wie die Erfahrung z.B. in den USA zeigen – sie verstärkten die Finanzierungsprobleme eher noch und verletzen zugleich bisher anerkannte gesellschaftspolitische Ziele, dass z.B. ein gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen unabhängig vom Einkommen besteht.¹⁶⁰

Dagegen hält der DGB wie seine Mitgliedsgewerkschaften an der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung fest; auch lehnt er Vorschläge zur „Erweiterung der Bemessungsgrundlage um weitere Einkommensbestandteile (Vermögenseinkünfte)“ ab. Er befürwortet dagegen die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze, die sukzessive Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Renten- und Arbeitslosenversicherung und analog dem Verfahren in der

¹⁵⁶ Kerstin, Kreuger, Reformmodelle auf dem Prüfstand, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales, Nr. 11/2001, S. 366

¹⁵⁷ Ebd. – Vgl. Bernard Braun, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Wie verletzlich ist das Solidaritätsprinzip? Vortrag an der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Institut für Medizinische Soziologie am 17. November 2001 in Frankfurt am Main

¹⁵⁸ DGB (Hrsg.), Mobilisierung für Gesundheit, a.a.O. – Das Positionspapier beruft sich auf das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, „das die Annahmen aller Prognosen unterstützt, dass mit einem Ausbau der Prävention für ältere und alte Menschen die durch die demographische Entwicklung zu erwartende Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Beitragssatzerhöhungen für die kommenden Jahrzehnte auf 0,5 bis 0,8 Prozentpunkte reduziert werden kann.“ Ebd.; vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Band I -III, Bundestagsdrucksache 14/6871

¹⁵⁹ DGB (Hrsg.), Mobilisierung für Gesundheit, a.a.O.

¹⁶⁰ Ebd.

gesetzlichen Rentenversicherung einen Bundeszuschuss zur „Abdeckung sogenannter versicherungsfremder Leistungen“..¹⁶¹ Ebenfalls sieht der DGB Einsparpotenziale in der raschen Umsetzung der Positivliste und der Zulassung des Versandhandels für Medikamente.

Bei den Vergütungsformen plädiert der DGB dafür, dass im Bereich der ambulanten Versorgung analog zum stationären Bereich Fallpauschalen die Einzelleistungsvergütung ersetzen sollen. Kritische Überlegungen, wie man sie etwa bei ver.di findet, werden in den vorliegenden Papieren des DGB dazu genauso wenig angestellt wie zu den geforderten Disease-Management-Programmen.¹⁶²

Trotz der Kritik an der vorschnellen These von der „Kostenexplosion“ stellt auch das DGB-Papier fest, dass im deutschen Gesundheitswesen „überdurchschnittlich hohe ökonomische Ressourcen verbraucht“ werden. Unter Effizienzgesichtspunkten sei dieses im internationalen Vergleich „weniger als mittelmäßig“; z.B. gebe es „fehlende Anreize im Leistungsangebot (Vergütungssysteme, Überkapazitäten), die zu Qualitätsdefiziten wie zu Unwirtschaftlichkeiten führen“. Auch im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung gebe es ein unausgeschöpftes (Einspar-)Potenzial, das vom Gutachten des Sachverständigenrats auf 25 – 30 Prozent geschätzt wird.¹⁶³

Weiterhin wird in dem DGB-Papier festgestellt, dass „das Gesundheitswesen im engeren Sinne (die GKV-finanzierte medizinische Versorgung) nur einen begrenzten Einfluss auf die Gesundheitsindikatoren (z.B. Gesundheitszustand, Lebenserwartung) hat.“ Arbeit, Bildung, Einkommen und Umwelt komme – das zeigten vorliegende Studien – ein viel größerer Einfluss zu. Die hieraus oft abgeleitete Forderung nach mehr „Eigenverantwortung und Mitwirkung der Versicherten“ wird allerdings vom DGB kritisiert, da sie bisher fast ausschließlich im Zusammenhang mit Zuzahlungen diskutiert werde. „Zusätzliche Selbstbeteiligung der Patienten ist daher nichts anders als die Erhöhung der Finanzmittel ohne die Beitragssätze zu belasten.“¹⁶⁴

Gegen eine solche Verengung der Perspektive plädiert der DGB dafür, die Reformdiskussion vor allem unter der Zielsetzung zu führen, wie das solidarische Gesundheitswesen unter den Gesichtspunkten

- ◆ der Qualitätsverbesserung,
- ◆ der höheren Wirtschaftlichkeit,

¹⁶¹ DGB (Hrsg.), Mobilisierung für Gesundheit, a.a.O.

¹⁶² Vgl. ebd.

¹⁶³ Ebd.

¹⁶⁴ Ebd.

- ◆ der verbesserten Partizipation der Bürger,
- ◆ einer gerechteren Finanzierung

sukzessive weiterentwickelt werden kann.“¹⁶⁵ Folgende Anforderungen an die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens werden gestellt. Die Prävention und Gesundheitsförderung muss weiter ausgebaut werden; dies könne aber nicht allein Projekt der Krankenversicherungen sein, sondern es müsse dafür mehr Öffentlichkeit hergestellt werden, z.B. in Form einer nationalen Kampagne ähnlich der zur Aids-Prävention. Weiterhin sei eine Strukturveränderung notwendig, die zwar den bisherigen „Mix der Steuerungsinstrumente Staat, Selbstverwaltung und Wettbewerb beibehalten“, seine „Gewichtung und Effizienz“ aber verändern solle.¹⁶⁶ Auch der DGB fordert – um die „Voraussetzungen für einen effizienten und sozialverträglichen Wettbewerb“ zu verbessern – die Weiterentwicklung des RSA hin zu einem morbiditätsorientierten RSA.

Gleichzeitig fordert der DGB – ähnlich wie Frank Bsirske in dem Papier vom Juni – die Ausweitung der „Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen durch stärkere Liberalisierung der Vertragsgestaltung“, d.h. „Kassen sollten generell Verträge mit einzelnen Leistungsanbietern oder –gruppen abschließen können.“¹⁶⁷ Die hier offen propagierte Zustimmung zu „Einkaufsmodellen“, die – wie gezeigt – vom ver.di-Positionspapier kritisiert werden, wird allerdings von Kerstin Kreuger wieder ein wenig eingeschränkt. Höchste Vorsicht sei geboten, bei dem in den USA praktizierten Umgang mit Einkaufsmodellen, da sie „qualitätsmindernde Effekte“ hätten. Dagegen müsse es gelingen, „in der Definition einzelner Kriterien, insbesondere die Ausgestaltung von Einkaufsmodellen und des Leistungskatalogs sowie die Bedeutung integrierter Versorgungsformen im Sinne der höheren Qualität medizinischer Versorgung und im Sinne der Patienten und Versicherten zu beseitigen“.¹⁶⁸

Wie dies allerdings geschehen können soll unter den Bedingungen von noch mehr Wettbewerb, bleibt unklar. Hier zeigt sich wieder die Ambivalenz der Position des DGB, denn Ungenauigkeiten könnten z.B. auch beseitigt werden durch die definierte Aufspaltung des Leistungskatalogs. Was hier „im Sinne der Patienten und Versicherten“ ist, bleibt genauso unklar, wie der postulierte „sozialverträgliche Wettbewerb“ zwischen den Krankenkassen. Als Voraussetzung dafür plädiert der DGB für

¹⁶⁵ DGB (Hrsg.), Mobilisierung für Gesundheit, a.a.O.; vgl. Kerstin, Kreuger, Reformmodelle auf dem Prüfstand, a.a.O., S. 369

¹⁶⁶ DGB (Hrsg.), Mobilisierung für Gesundheit, a.a.O.

¹⁶⁷ Ebd.

¹⁶⁸ Kerstin, Kreuger, Reformmodelle auf dem Prüfstand, a.a.O., S. 367f

eine Vereinheitlichung des Organisationsrechts für die Kassenarten, weil es insbesondere hinsichtlich der Öffnungs-, Errichtungs- und Schließungsmöglichkeiten bei einigen Kassenarten noch Sonderrechte gebe.

Abschließend werden in dem DGB-Papier „Bürgerorientierung, Mitwirkung, Patientenrechte“ gefordert, weil derzeit ein „Defizit in der Beziehung zwischen Patienten und Erbringern von gesundheitlichen Dienstleistungen“ liege. Kerstin Kreuger resümiert: „Der DGB und die Gewerkschaften legen mit dieser ersten Positionierung zur Reform des Gesundheitswesens ein Konzept vor, das an den tatsächlichen strukturellen Defiziten und Mängeln der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung ansetzt. Eine nachhaltige Gesundheitsreform muss endlich die seit Jahren bekannten, nachgewiesenen Mängel beheben und Fehlentwicklungen wirksam gegensteuern.“¹⁶⁹

Warum der DGB meint, dass der geforderte effiziente Wettbewerb sozialverträglich gestaltet werden könnte, ohne dass er seine Politik radikal ändert, bleibt völlig unklar. Gerade die Erfahrungen seit Mitte der 70er Jahre zeigen doch das genaue Gegenteil. Aber auf gemachte – schlechte – Erfahrungen wird in diesem Papier nicht reflektiert.

¹⁶⁹ Kerstin, Kreuger, Reformmodelle auf dem Prüfstand, a.a.O., S. 370

Schluss

Die Position der Gewerkschaften stellt sich nicht einheitlich dar. Es bestehen zwar in einigen Punkten Gemeinsamkeiten: So fordern alle Gewerkschaften, die sich gesundheitspolitisch zu Wort gemeldet haben, die Ausweitung der Beitragszahlerbasis durch Erweiterung der Versicherungspflicht, weil sie die paritätische Finanzierung der GKV erhalten wollen. Einigkeit herrscht schon nicht mehr bei der Forderung nach der Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze; zumindest ver.di übt hier Zurückhaltung, da es innerhalb dieser 13 Fachbereiche umfassenden Organisation unterschiedliche Interessen gibt; z.B. haben die Beschäftigten der Privatversicherer, die früher von der DAG organisiert wurden, kein Interesse an einer Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und der Einführung einer Gesetzlichen Krankenkasse für alle, da dies ihre Arbeitsplätze gefährden würde.

Alle Gewerkschaften kritisieren die von konservativer und liberaler, aber auch oft von sozialdemokratischer Seite ins Spiel gebrachte Argumentation mit der „Kostenexplosion“. Diese sei zum Teil Resultat politischer Entscheidungen, aber zuallererst der seit Jahren sinkenden Lohnquote geschuldet. Aber gerade, was die Lohnpolitik angeht, müssen die verschiedenen Gewerkschaften unweigerlich in einen Widerspruch der unterschiedlichen Interessen der von ihr organisierten abhängig Beschäftigten geraten: Jede von ver.di geforderte Lohnerhöhung für die Beschäftigten im Gesundheitswesen führt zwar – wie Lohnerhöhungen in alle anderen Branchen auch – zu steigenden Einnahmen in der GKV, zugleich schlägt sie sich aber in steigenden Kosten auf der Ausgabenseite derselben nieder und kann insofern wieder zu Beitragssatzerhöhungen insgesamt führen.

Alle Gewerkschaften wollen am Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkasse festhalten und wenden sich vehement gegen eine Aufspaltung desselben, wie sie von Liberalisierern immer wieder und immer nachdrücklicher gefordert wird. Alle Gewerkschaften befürworten den geplanten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen. Auch fordern alle Gewerkschaften – und dies schon seit Jahrzehnten¹⁷⁰ – die Aufhebung der strikten Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung, also eine integrierte Versorgung. Entsprechend werden Disease-

¹⁷⁰ Vgl. Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes, a.a.O., S. 30f; Beschluß des Hauptvorstandes der Gewerkschaft ÖTV, a.a.O., S. 41ff

Management-Programme begrüßt – mit der Einschränkung, dass diese nicht als Vehikel zur Einführung von mehr Wettbewerb mißbraucht werden dürfen.

Alle Gewerkschaften sehen sowohl ein Potential zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung als auch eines der Kostensenkung in einer Ausweitung und Systematisierung der Prävention auf allen gesellschaftlichen Ebenen.¹⁷¹ Aber auch hier wurde deutlich, dass die Inhalte dessen, was unter Prävention verstanden wird, sich je nach Gewerkschaft und entsprechenden Berufsgruppen, die sie vertritt, unterschiedlich sind. Die IG Metall scheint ihre Präventionsvorstellungen viel stärker an der Arbeitswelt der Metallindustrie zu orientieren, als zum Beispiel ver.di oder der DGB, deren Vorstellung von Prävention sich viel mehr in einem allgemeingesellschaftlichen Rahmen bewegt.

Bezogen auf das Problem der Arzneimittelversorgung sind sich die vorgestellten Gewerkschaften wiederum einig; diese fordern alle, dass die Positivliste endlich umgesetzt wird. Traditionell sperrt sich dagegen nur die IG BCE. Alle vorgestellten Gewerkschaften plädieren für die Erlaubnis von Versandhandel und einige für eine Senkung des Mehrwertsteuersatzes auf sieben Prozent. Alle vorgestellten Gewerkschaften kritisieren das Einknicken der Bundesregierung vor der Pharmaindustrie. Allerdings gibt es hier innerhalb des DGB große Differenzen. Traditionell hat sich in dieser Frage die IG BCE zu Wort gemeldet und die Pharmaindustrie in ihrer Argumentation unterstützt, da sie – angesichts der immensen Arbeitslosigkeit – einen Abbau von Arbeitsplätzen in der chemischen bzw. der Pharmaindustrie fürchtet. ver.di nimmt diese Befürchtungen auf und fordert, dass möglichen Arbeitsplatzverlusten mit beschäftigungssichernden Maßnahmen vorgebeugt werden solle.¹⁷²

Damit ist man bei einem entscheidenden Problem der gewerkschaftlichen Argumentation angelangt. Die Voraussetzung ihrer Argumentation bezüglich der Sozialversicherungen und ihrer Forderungen nach einem Ausbau des Solidarsystems ist eine Wirtschaft mit entsprechendem Wachstum, die zugleich für mehr sozialversicherungspflichtige Beschäftigung Sorge.. In einer Situation, in der es offiziell vier Millionen Arbeitslose in Deutschland gibt, in der eher eine Verschärfung der Wirtschaftskrise als ein neuer Aufschwung zu erwarten ist und in der die Gewerkschaften mit für sie dramatischen Mitgliederverlusten zu kämpfen haben, wird die Debatte um die Bekämp-

¹⁷¹ Auch die Forderung der Gewerkschaften nach Prävention ist Jahrzehnte alt. Vgl. Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes, a.a.O., S. 6ff; Beschluß des Hauptvorstandes der Gewerkschaft ÖTV, a.a.O., S. 38ff

¹⁷² Vgl. ver.di (Hrsg.), Synopse verschiedener politischer Positionen zu einer Reform des Gesundheitssystems, in: www.verdi.de (Stand: 23.07.2002)

fung der Arbeitslosigkeit aber so geführt, dass es – im wahrsten Sinne des Wortes – um Beschäftigung um jeden Preis geht. In diesem Zusammenhang scheinen sich zum Teil auch die Gewerkschaften an jeden Strohhalm zu klammern, so dass sie immer zurückhaltender werden im Formulieren von Kriterien für akzeptable Arbeitsplätze bzw. von Alternativen zur Fixierung auf Lohnarbeit und Vollbeschäftigung, und manche auch Vorschläge unterstützen, die das Problem so lösen wollen, dass sie es gewissermaßen privatisieren, indem sie die Arbeitslosen – wie es die sogenannte Hartz-Kommission vorschlägt – in eine neue Selbständigkeit bringen wollen. Während ver.di diese Vorschläge unter anderem mit dem Argument kritisiert, dass man mit der Ausweitung des Niedriglohnssektors und der Selbständigkeit in Form der „Ich-AG“ mit Ausfällen bei den Sozialversicherungen in Milliardenhöhe rechnen müsse, was wiederum bei den regulär sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten notwendig zu Beitragssatzerhöhungen führen werde¹⁷³, fordert die IG Metall die „uneingeschränkte Unterstützung“¹⁷⁴ und die IG BCE und der neue DGB-Chef Michael Sommer unterstützen sie zumindest unter bestimmten Bedingungen, ohne das grundsätzliche Problem zu reflektieren.¹⁷⁵

Diese Widersprüchlichkeiten zu diskutieren hätte aber zur Konsequenz und zur Voraussetzung eine Debatte in den Gewerkschaften darüber, wie zum einen in einer kapitalistischen Gesellschaft soziale Sicherung funktionieren könnte, die über Schönwetterbedingungen hinausginge, und zum anderen, welche Rolle sie in dieser Gesellschaft einnehmen wollen. Dass eine solche Debatte schnell an die Grundfragen der Gesellschaftsordnung stoßen würde, zu der sich die Gewerkschaften positionieren müssten, erklärt vielleicht die Zurückhaltung hierzulande. Die Diskussion über die Zukunft des Gesundheitswesens wird nicht um eine Diskussion über das, was unter dem Sozialen des Sozialstaats bzw. der „sozialen“ Marktwirtschaft oder auch der Sozialdemokratie verstanden wird, herumkommen. Für die Gewerkschaften wäre es in diesem Zusammenhang durchaus lohnenswert, sich ihrer eigenen Sozialgeschichte zu erinnern, die aufs Engste verknüpft ist mit der Geschichte der sozialen Absicherung der Arbeiterklasse in Gestalt von Hilfs- und Unterstützungskassen etc.

¹⁷³ Vgl. Maïke Rademaker, Bsirske kritisiert Vorschläge zu Niedriglöhnen, in: Financial Times Deutschland vom 23.07.2002

¹⁷⁴ IG Metall fordert vom BDI Unterstützung für Hartz, in: Frankfurter Rundschau vom 18.07.2002

¹⁷⁵ In ähnliche Probleme gerät auch Horst Seehofer (CSU), der in einem Interview meinte: „Wenn wir 100 000 Erwerbstätige in Jobs verhelfen, bedeutet dies eine Milliarde Euro mehr für die Sozialversicherung.“ Das bedeutet es allerdings nicht, wenn man ihnen so zu Jobs verhilft, wie das seine Partei und deren Kanzlerkandidat Edmund Stoiber vorhaben. Vgl. Schauen mer mal, wie sich die Menschen entscheiden ..., Interview mit Horst Seehofer, in: Ärzte Zeitung vom 17.07.2002

Gegen die drohende Zerstörung des Solidarsystems, das immerhin – wenn auch mit Einbußen – Resultat ihrer eigenen Kämpfe ist, durch noch mehr Wettbewerb, müssten die Gewerkschaften im eigenen Interesse Widerstand leisten; wenn sie einen „solidarische Wettbewerb“ im Gesundheitswesen fordern, kann man fragen, ob sie sich auch bald an ihrer eigenen Abschaffung sozialpartnerschaftlich beteiligen.

Synopse der dargestellten Positionen

	DGB	IG BAU	IG Metall	ver.di
Beibehaltung der paritätischen Finanzierung	Ja	Ja	Ja	Ja
Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf Rentenniveau	Ja	Ja	Ja	Ja
Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze	Ja	Ja	Ja	keine Aussage
Erweiterung der Versicherungspflicht auf Beamte, Selbständige	Soll geprüft werden	Ja	Ja	Ja
Erweiterung der Bemessungsgrundlage um z.B. Kapitaleinkünfte	Nein	Nein	skeptisch	Nein
Steuerfinanzierter Bundeszuschuss	Ja	Ja	Ja, evtl. auch Einbeziehung von Steuern	Ja
Kritik an „Kostenexplosion“	Ja	Ja	Ja	Ja
Aufspaltung des Leistungskatalogs	Offen	Nein, stattdessen Ausweitung	Nein	Nein
Festhalten am Grundsatz „einheitlich und gemeinsam“	Ja	keine Aussage	Ja	Ja
Mehr Prävention	Ja	Ja	Ja	Ja
Einführung der DRGs	Ja, auch für ambulanten Bereich	keine Aussage	keine Aussage	Kritisch
Morbiditätsorientierter RSA	Ja	keine Aussage	Ja	Ja

	DGB	IG BAU	IG Metall	ver.di
Einkaufsmodelle	Ja	keine Aussage	keine Aussage	Kritisch
Disease- Managment	Ja	keine Aussage	Ja, aber vorsichtig	Mehr
Forderung nach integrierter Ver- sorgung	Ja	Ja	Ja	Ja
Senkung des Mwst-Satzes für Arzneimittel	Zu überlegen	Ja auf 7%	Ja auf 7 %	keine Aussage
Festbeträge für Arzneimittel	keine Aussage	Ja und Beteiligung der Pharmaindu- strie an den Ko- sten	Ja	keine Aussage
Positivliste	Ja	Ja	Ja	Ja
Vertriebsstrukt- uren für Arzneimit- tel	Versandhandel (soll geprüft wer- den)	Versandhandel	Versandhandel	keine Aussage
Krankenhausapo- theken	soll geprüft werden	keine Aussage	Ja	Ja

Literaturverzeichnis

- **Ärzte versprechen Einsparungen in Milliardenhöhe.** Preiswertere Medikamente sollen die Ausgaben der Krankenkassen deutlich senken, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 29.01.2002
- **Arbeitspapier scheucht Gesundheitspolitiker** auf, in: Frankfurter Rundschau vom 28.06.2001
- **attac:** Das Gesundheitswesen unter dem Hammer, in: www.attac-netzwerk.de (Stand: 27.03.2002)
- **Bachmann, Andreas:** Vom Konsens und Nonsens. Die neue Rentenpolitik der deutschen Gewerkschaften, in: express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, Nr. 01/2001
- **Baumgärtner: Bei DRGs muß Geld der Leistung folgen,** in: Ärzte Zeitung vom 18.03.2002
- **Bei Gesundheitsreform überwiegen Gemeinsamkeiten.** ver.di-Bundesvorstandsmitglied Ulla Derwein im Gespräch mit Ulla Schmidt, in: Info-dienst Krankenhäuser, Nr. 12, hrsg. von ver.di, Hannover 06/2001, S. 5
- **Braun, Bernard/Reiners, Hartmut:** Kostendämpfung als Gegenreform. Von der Auslieferung des Gesundheitswesens an die „Selbsteilungskräfte des Marktes“, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Nr. 2/1988
- **Braun, Bernard/Kühn, Hagen/Reiners, Hartmut:** Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt/M 1998
- **Braun, Bernard:** Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Wie verletzlich ist das Solidaritätsprinzip?, Vortrag an der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Institut für Medizinische Soziologie am 17.11.2001 in Frankfurt am Main
- **Bsirske, Frank u.a.:** Wir brauchen wirkliche Reformen, bei denen es auch Verlierer gibt, in: Frankfurter Rundschau vom 13.06.2002
- **Bucerius, Gerd:** Der Patient spielt bald nicht mehr mit. Die Kosten in der Medizin zwingen zu einer Änderung in dem bestehenden System, in: Die Zeit, Nr. 21 vom 16.05.1975 und Nr. 22 vom 23.05.1975
- **Bundesgesundheitsministerium:** Pressemitteilung Nr. 27 vom 04.03.2002, in: www.bmggesundheits.de (Stand: 18.03.002)

- **Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.):** Memorandum – Gesundheitswesen modernisieren und bezahlbar machen, Berlin 2000
- **CDU (Hrsg.):** Für ein patientenorientiertes und zukunftsfähiges Gesundheitswesen mit leistungsfähigen Strukturen, Beschluss der Kommission Humane Dienste der Kommission Sozialstaat 21 der CDU, Berlin 28.09.2001, in: www.cdu.de (Stand: 22.01.2002)
- **CSU (Hrsg.):** Gesundheitspolitik für das neue Jahrhundert. Mehr Gesundheit – mehr Qualität – mehr Verantwortung, CSU-Papier zur Gesundheitspolitik, in: www.csu.de (Stand: 22.01.2002)
- **Das Fallpauschalensystem wird unmenschlich, wenn es gleichzeitig Budgets gibt.** Interview mit Horst Seehofer, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Nr. 4, 7/8 2002, S. 336f
- **Das Sozialsystem steht vor einer Kostenexplosion.** Arbeitnehmer und Betriebe sind überfordert, in: Handelsblatt vom 15.05.1975
- **Deppe, Hans-Ulrich:** Die gesellschaftspolitische Rolle des Arztes in der Bundesrepublik Deutschland, Referat auf der Gesundheitspolitischen Arbeitstagung der Gewerkschaft ÖTV im Mai 1974, in: Gewerkschaft ÖTV (Hrsg.), Die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart 1974
- **Deppe, Hans-Ulrich:** Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt/M 1987
- **Deppe, Hans-Ulrich:** Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, Frankfurt/M 2000
- **Deppe, Hans-Ulrich/Lenhardt, Uwe/Priester, Klaus/Wanek, Volker:** Strukturreform im Gesundheitswesen: Was bleibt vom „Jahrhundertwerk“?, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Nr. 7/1988, S. 812ff
- **Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.):** Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg 2002
- **Der Druck auf Gesundheitsministerin Schmidt wächst.** Arbeitspapier aus dem Kanzleramt sieht radikale Gesundheitsreform vor, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 28.06.2001
- **Derwein, Ulla:** Unser Gesundheitssystem – Solidarisch finanziert. Alternativen von ver.di, in: Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg 2002, S. 180ff

- **DGB (Hrsg.):** Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes, Düsseldorf 1972
- **DGB (Hrsg.):** „Mobilisierung für Gesundheit, Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“.. Positionspapier des DGB zur Reform im Gesundheitswesen vom 5.September 2001, in: einblick 19/01 vom 05.09.2001, www.einblick.dgb.de (Stand: 19.03.2002)
- **Elsner, Gine:** Anerkennung von Krankheiten als Berufskrankheiten. Sparmöglichkeit für die Gesetzliche Krankenversicherung, in: Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg 2002, S. 124ff
- **Engelen-Kefer, Ursula:** Betriebsverfassung – Rentenreform – Gesundheitspolitik. Vorschläge des DGB, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, Nr. 10/2000, S. 554f
- **Führen DRGs zu Industrialisierung der Versorgung?**, in: Ärzte Zeitung vom 06.03.2002
- **Gallow-Bergmann, Lothar:** „Qualitätsmanagement“ – der entfesselte Markt wirft seine Schatten voraus: Der Mensch oder das Geld im Mittelpunkt?, in: Infodienst Krankenhäuser, Nr. 11, hrsg. ver.di, Hannover 04/2001, S.. 12f
- **Ganßmann, Heiner:** Politische Ökonomie des Sozialstaats, Münster 2000
- **Gehrig, Thomas/Huckenbeck, Kirsten:** Durchmarsch der Mitte. Zur Einheitsfront von sozial-ökologischem Liberalismus und Gewerkschaften bei der Modernisierung der Sozialpolitik (Langfassung des Artikels in Konkret Heft Nr. 9, September 2001, erschienen unter dem Titel: Modell fitte Mitte. Wie Rotgrün den Sozialstaat "reformiert" im Schwerpunkt "Lieber reich und gesund als arm und krank. Beiträge zur Demontage der sozialen Sicherungssysteme (Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe, Renten- und Gesundheitswesen)", in: www.labournet.de (Stand: 19.03.2002)
- **Geissler, Heiner:** Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport (Hrsg.), Krankenversicherungs-Budget '80, 1976
- **Gerlinger,Thomas:** Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Diskussionspapier P02-204, Berlin 2002
- **Gewerkschaft ÖTV (Hrsg.):** Gesundheitspolitik – Perspektiven und Beschlüsse der Gewerkschaft ÖTV, Stuttgart 1977

- **Gewerkschaft ÖTV (Hrsg.):** Gewerkschaftlichen Anforderungen an Qualität und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Stuttgart 03/2001
- **GKV-Bilanz 2001:** Defizit höher als erwartet, in: Ärzte Zeitung vom 08.03.2002
- **Grüne fordern weitere Kürzungen der Kassen,** in: Frankfurter Rundschau vom 07.11.2000
- **Häring, Bernd:** DRGs – und wo bleibt die Pflege? in: Infodienst Krankenhäuser, Nr. 11, hrsg. ver.di, Hannover 04/2001, S. 14f
- **Hien, Wolfgang/König, Christina:** Der Betrieb ging den Bach runter und meine Gesundheit auch. Gesundheitsschäden ehemaliger Werftarbeiter des Bremer Vulkan, in: express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, Nr. 10/2001
- **Hoppe übt harsche Kritik am neuen Fallpauschalengesetz ,** in: Ärzte Zeitung vom 18.03.2002
- **IG Metall (Hrsg.):** „Für mehr Qualität und Solidarität im Gesundheitssystem“. Plädoyer der IG Metall für eine reformpolitische Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales, Nr.11/2001, S. 371f; www.igmetall.de (Stand: 29.01.2002)
- **IG Metall:** Thema: Gesundheitspolitik. Daten, Fakten, Grafiken, in: www.igmetall.de (Stand: 29.01.2002)
- **IG Metall fordert vom BDI Unterstützung für Hartz,** in: Frankfurter Rundschau vom 18.07.2002
- **IKK-Bundesverband (Hrsg.):** Weiterentwicklung der GKV, Interview mit Klaus Wiesehügel, Vorsitzender der IG BAU, in: Die Krankenversicherung, 54. Jg., Heft 1, Berlin/Bielefeld/München 01/2002, S. 5f
- **Kassen-Ausgleich vermiest der TK die Jahresbilanz,** in: Ärzte Zeitung vom 02.07.2002
- **Krampe, Eva-Maria/Manzei, Alexandra/Sonnenfeld, Christa:** Gesundheits- und Sozialpolitik für eine gerechte Ungleichheit, in: www.links-netz.de (16.01.2002)
- **Krankheitskosten: „Die Bombe tickt“,** Serie, in: Der Spiegel, 05.05.1975 – 26.05.1975
- **Kreuger, Kerstin:** Reformmodelle auf dem Prüfstand, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales, Nr. 11/2001, S. 366f

- **Kreuger, Kerstin:** Gesundheitsreform 2003 – Gesundheit für alle!, in: Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg 2002, S. 171ff
- **Kühn, Hagen:** Nur die Krankheit ist umsonst, in: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 30.06.2002
- **Muhr, Gerd:** Sozialpaket verabschiedet – was nun?, in: Soziale Sicherheit. Die sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, Nr.9/1977
- **Neusüß, Christel/Müller, Wolfgang:** Die Sozialstaatsillusion und der Widerspruch von Lohnarbeit und Kapital, in: Sozialistische Politik, Nr. 6/7, Juni 1970, S.4ff
- **Niejahr, Elisabeth:** Fast revolutionär. Mit einem Gesundheitskonzept mischt die Gewerkschaft ver.di im Wahlkampf mit, in: Die ZEIT, Nr. 25/2002 vom 18.06.2002
- **Nur noch Spitzenverdiener bleiben in der PKV.** Gesundheitsministerin Ulla Schmidt plant stufenweise Anhebung der Versicherungspflichtgrenze, in: Ärzte Zeitung vom 05.02.2002
- **Pieper, Wolfgang:** EuGH-Urteil: „Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit“, in: Infodienst Krankenhäuser, Nr. 11, hrsg. von ver.di, Hannover 04/2001, S. 18f
- **Pieper, Wolfgang:** ver.di fordert Schaffung von rund 25.000 Arbeitsplätzen in Krankenhäusern, in: Infodienst Krankenhäuser, Nr.12, hrsg. von ver.di, Hannover 06/2001, S. 11
- **Pflegeberufe warnen vor Versorgungskrise,** in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 26.01.2001
- **Rademaker, Maike:** Bsirske kritisiert Vorschläge zu Niedriglöhnen, in: Financial Times Deutschland vom 23.07.2002
- **Rosenbrock, Rolf:** Die Kolonialisierung des Sozialstaats, in: Soziale Sicherheit. Die sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, Nr. 11/1985, S. 324ff
- **Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:** Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, Band I-III, Bundestagsdrucksache 14/6871
- **Scharf, Bodo/Standfest, Erich:** Solidarische Gesundheitssicherung aus gewerkschaftlicher Sicht, in: Soziale Sicherheit. Die sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, Nr.5/1990
- **Schaun mer mal, wie sich die Menschen entscheiden ...,** Interview mit Horst Seehofer, in: Ärzte Zeitung vom 17.07.2002

- **Schmitthenner, Horst/Urban, Hans-Jürgen:** Für mehr Qualität und Solidarität im Gesundheitssystem. Positionen der IG Metall zur Gesundheitsreform, in: Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg 2002, S. 188ff
- **Sieg der Ökonomie über Therapiefreiheit.** Gynäkologen-Präsident sieht in DRGs weiteren Zwang, in: Ärzte Zeitung vom 12.03.2002
- **Sozialgesetzbuch:** 27. Auflage (Stand 15. Februar 2001), München 2001
- **Sozialistisches Büro (Hrsg.):** Vergleich zwischen der vom DGB in Auftrag gegebenen Studie über die „Gesundheitssicherung in der BRD“ und den vom DGB daraus abgeleiteten Forderungen seines gesundheitspolitischen Programms, in: Informationsdienst Gesundheitswesen, Nr. 4, 1975, S. 55ff
- **Stadt, Dieter:** Gesundheitsreform. Besser vorbeugen, in: metall. Das Monatsmagazin, Nr.12/2001, S.15f
- **Steffen, Johannes:** Sozialpolitische Chronik, Die wesentlichen Änderungen in der Arbeitslosen-, Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie bei der Sozialhilfe (HLU) – von den siebziger Jahren bis heute, Manuskript, Bremen, Mai 2002
- **ver.di (Hrsg.):** „Gesundheit solidarisch finanziert. Forderungen und Vorschläge für ein gesundes Gesundheitssystem“, Positionspapier des Bundesvorstands der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales, Nr.01/2002, S. 6f; www.verdi.de (Stand: 16.01.2002)
- **ver.di (Hrsg.):** Unser Gesundheitssystem – solidarisch finanziert. Forderungen und Vorschläge für ein gesundes Gesundheitssystem – Eckpunkte der ver.di-Gesundheitskampagne – „Berliner Erklärung“, Berlin 2002
- **ver.di (Hrsg.):** Verbesserte Arbeitszeitorganisation in den Krankenhäusern sichert die Qualität der Gesundheitsversorgung, ver.di Pressemeldung vom 08.03.2002, in: www.verdi.de (Stand: 18.03.2002)
- **ver.di (Hrsg.):** Gesundheit für alle. ver.di startet Kampagne "für eine gesunde Reform", ver.di Pressemeldungen vom 18.03.2002, in: www.verdi.de (Stand: 18.03.2002)
- **ver.di (Hrsg.):** Synopse verschiedener politischer Positionen zu einer Reform des Gesundheitssystems, in: www.verdi.de (Stand: 23.07.2002)
- **ver.di Landesbezirk Niedersachsen (Hrsg.):** ver.di aktuell, Sonderdruck ver.di Gesundheitskampagne 2002

- **Verschiebepbahnhöfe zu Lasten der GKV**, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales, Nr. 6/2002, S. 217
- **Wagner, Wolfgang**: Der englische Patient? Aktuelles von der Berliner Gesundheitspolitik, in: Dr.Med.Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen, Nr. 136, 03-04/2002, S. 12f
- **Wer trägt die Lasten der Arbeiterversicherung?**, in: Der Grundstein. Offizielles Wochenblatt für die deutschen Maurer und verwandter Berufsgenossen vom 28.09.1901, Nr. 39, 14. Jahrgang, Hamburg 1901
- **Wirtschaftswissenschaftliches Institut der Gewerkschaften (Hrsg.)**: Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Vorschläge zur Reform, WWI-Studien Nr. 20, Köln 1971
- **Wulf-Mathies, Monika**: Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik, in: Gesundheitspolitik – Perspektiven und Beschlüsse der Gewerkschaft ÖTV, Stuttgart 1977

In der Reihe
Arbeitspapiere aus der Abteilung für Medizinische Soziologie
sind bisher erschienen:

- Nr. 1/1986: Walter Baumann / Hans-Ulrich Deppe: Aspekte der Arbeitsmarktsituation von Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland (Januar 1986)
- Nr. 2/1986: Klaus Priester / Hans-Ulrich Deppe: Materialien zur Entwicklung der Ärzte-Einkommen in der Bundesrepublik (Juli 1986)
- Nr. 3/1987: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Modelluntersuchung Ambulante Krankenpflege. Arbeitsweise und Stellung im Gesundheitswesen. Kurzfassung (Oktober 1987)
- Nr. 4/1988: Volker Wanek / Hans-Ulrich Deppe: Ärztestreiks und -proteste in der Bundesrepublik (Februar 1988)
- Nr. 5/1989: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Bevölkerungsentwicklung und Pflegebedürftigkeit in Hessen bis zum Jahre 2009. Ergebnisse einer Modellrechnung (Mai 1989)
- Nr. 6/1989: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Perspektiven ambulanter Pflege in Hessen. Möglichkeiten bedarfsorientierter Angebotsgestaltung. Kursfassung (November 1989)
- Nr. 7/1990: Hans-Ulrich Deppe/Uwe Lenhardt: Gesundheitswesen zwischen supranationalen Politikstrukturen und einzelstaatlicher Regelungskompetenz. Zu einigen gesundheitspolitischen Aspekten der westeuropäischen Integration (Mai 1990)
- Nr. 8/1991: Hans-Ulrich Deppe: Gesellschaftsstruktur und Gesundheitssystem. Zur Einführung für Mediziner (April 1991)
- Nr. 9/1992: Uwe Lenhardt: Regionalanalyse der kassenärztlichen Versorgung in Hessen 1977-1989. Zusammenfassung erster Ergebnisse (Februar 1992)
- Nr. 10/1992: Klaus Stegmüller: Wettbewerb und Solidarprinzip – Determinanten der Unvereinbarkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung (Oktober 1992)
- Nr. 11/1992: Hans-Ulrich Deppe: 20 Jahre Medizinische Soziologie an der J.W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main (Oktober 1992)
- Nr. 12/1993: Andrea Antolic / Hans-Ulrich Deppe / Reinhard Schaffert: Umfrage unter MedizinstudentInnen: Daten zur sozialen Lage und zu medizinischen Vorerfahrungen von StudienanfängerInnen in Frankfurt am Main 1989-1992 (März 1993)
- Nr. 13/1995: Thomas Gerlinger / Klaus Stegmüller: Wettbewerbskonzeptionen und „dritte Stufe der Gesundheitsreform. Positionen zur Zukunft der GKV aus Sicht der Krankenkassen, der KBV, der BDA und des DGB (Januar 1995)
- Nr. 14/1995: Thomas Gerlinger / Klaus Stegmüller: „Nachfrageprivatisierung“ und „Anbieterkonkurrenz“. Zu Positionen für eine zukünftige Wettbewerbsordnung in der GKV (März 1995)
- Nr. 15/1995: Hans-Ulrich Deppe: Zur aktuellen Entwicklung der Gesundheitspolitik in Ungarn (März 1995)

- Nr. 16/1996: Hans-Ulrich Deppe / Stjepan Oreskovic: Back to Europe – Back to Bismarck? Consequences of implementation of a health insurance scheme to the health care systems of Central and Eastern European countries (März 1996)
- Nr. 17/1998: Sebastian Irps / Kerstin Jahn / Hans-Ulrich Deppe: Umfrage unter MedizinstudentInnen, Daten zur sozialen Lage, zur Studienmotivation und zu medizinischen Vorerfahrungen von StudienanfängerInnen und Fortgeschrittenen in Frankfurt am Main 1993 – 1997 (Juli 1998)
- Nr. 18/1998: Hans-Ulrich Deppe: 25 Jahre Medizinische Soziologie an der J.W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main (Mai 1998)
- Nr. 19/1998: Alexis Benos / Hans-Ulrich Deppe / Steve Iliffe: Equity and freedom in health care (Mai 1998)
- Nr. 20/2001: Wolfram Burkhardt: Der Ministerwechsel im Bundesgesundheitsministerium 2001 (November 2001)
- Nr. 21/2002: Marcelo Firpo de Souza Porto: Public Health and Environmental (In)justice in Brazil (Juli 2002).

Die Arbeitspapiere sind gegen eine Schutzgebühr erhältlich bei:

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Institut für Medizinische Soziologie
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
Tel. 069/6301-7610 / Fax 069/6301-6621