

Jeanette Breddemann

Zielvorstellungen der ÖTV zur Gesundheitspolitik

Prävention – Integration – Selbstverwaltung

Mit den „Perspektiven zur Gesundheitspolitik“, die die Gewerkschaft ÖTV auf ihrer gesundheitspolitischen Tagung im Oktober 1977 vorlegte, setzt sie den Weg fort, den sie mit ihrer „Stellungnahme zu den Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen“¹ vom Februar 1977 einschlug: Leistungsabbau und Sparmaßnahmen auf Kosten der Patienten und der Beschäftigten im Gesundheitswesen strikt abzulehnen, die gegenwärtigen Mängel des bundesdeutschen Gesundheitswesens zu benennen und auf ihre wesentlichen Ursachen zurückzuführen. Die „Perspektiven“ zeigen strukturelle Alternativen auf, die eine optimale Gesundheitsversorgung sichern und gleichzeitig privatwirtschaftliches Gewinnstreben im Gesundheitswesen abbauen.

1. Die „Perspektiven“

Als wesentlicher Mangel unseres Gesundheitswesens wird in den „Perspektiven“ die nahezu ausschließliche Ausrichtung der Medizin auf die Behandlung von Krankheiten und die Vernachlässigung wirklicher *Gesundheitssicherung* angesehen. Den Aufgaben, die aus der wachsenden Gesundheitsgefährdung durch sich verschlechternde Bedingungen im Arbeits- und Lebensbereich erwachsen, kann die Struktur des bundesdeutschen Gesundheitswesens nicht gerecht werden. Die Therapie von Gesundheitsstörungen reicht nicht aus. Es müssen die Ursachen für die Entstehung von Krankheiten benannt und durch prophylaktische Maßnahmen – nicht nur medizinischer Art – beseitigt werden. Als bestimmende Faktoren für die Zunahme schichtenspezifischer Verschleißkrankheiten und chronischer Erkrankungen sowie für die wachsende Frühinvalidität unter den Industriearbeitern werden die fremdbestimmte Arbeit im Produktionsprozeß mit ihren einseitigen und monotonen Arbeitsabläufen, Nacht- und Schichtarbeit, Arbeitshetze und gespanntes Arbeitsklima ausgewiesen. Durch sie entstehen sinkende Erholungsfähigkeit und Belastung sozialer Beziehungen. Die soziale und gesundheitliche Gefährdung der Jugend, die besondere Belastung der berufstätigen Frau sowie die Probleme älterer Arbeitnehmer werden auf das Zusammentreffen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen und gesamtgesellschaftlicher Mängel zurückgeführt.

Die „Perspektiven“ beschreiben jedoch nicht nur die Mängel unseres Gesundheitssystems, sondern benennen den Widerspruch, der sie hervorbringt und der die Struktur unseres Gesundheitswesens kennzeichnet: Die gesellschaftliche Bedeutung der Gesundheitssicherung und ihre kollektive Finanzierung sowie die staatliche Verantwortung stehen im Gegensatz zu der weitgehend privaten Leistungserstellung. „Eine möglichst weitgehende Erfüllung dieser gesellschaftli-

chen Bedürfnisse“ (dem Recht auf Erhaltung und bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit, J. B.) „aber wird nicht erreicht, weil die privatwirtschaftliche Struktur weiter Bereiche des Gesundheitswesens an einzelwirtschaftliche Interessen geknüpft ist, die nicht hinreichend öffentlich kontrolliert werden und sich bislang auch weitgehend gesamtgesellschaftlichen Planungen entzogen haben“ (34).

Im ersten Teil der „Perspektiven“ wird im wesentlichen analysiert, wie dieser Widerspruch die Teilbereiche des bundesdeutschen Gesundheitswesens in spezifischer Ausprägung bestimmt und die ausschließliche Orientierung an den Ansprüchen einer optimalen Patientenversorgung verhindert. Das Monopol der freiberuflich praktizierenden Ärzte an der ambulanten Versorgung wird als Ursache sowohl für die mangelhafte Kooperation zwischen den einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens als auch für den Einfluß finanzieller Interessen des niedergelassenen Arztes auf die Qualität der Patientenversorgung kritisiert. Im Krankenhauswesen werden die Ausweitung des Belegarztsystems und die Beteiligung von Krankenhausfachärzten an der kassenärztlichen Versorgung als Kommerzialisierung von Krankenhausleistungen ebenso abgelehnt wie die Privatisierung von Dienstleistungen, die der eigentlichen Patientenversorgung vor- und nachgelagert sind. Auch die hierarchische innere Struktur des Krankenhauses, das Chefarztsystem und das Verbot ambulanter Behandlung durch das Krankenhaus als Institution werden kritisiert. Die Mängel in der Arzneimittelversorgung sieht die ÖTV darin, daß sich Qualität und Kosten der Pharmaprodukte nicht primär an dem Anspruch der Patienten auf Wirksamkeit, Schutz vor Arzneimittelschäden und Wirtschaftlichkeit orientieren, sondern vorrangig durch die Profitinteressen der pharmazeutischen Industrie bestimmt sind. – In der Abhängigkeit der Betriebsärzte von der Unternehmensleitung und die Einbeziehung niedergelassener Ärzte und kommerzieller Werksarztzentren sieht die ÖTV die Gefahr einer Funktionalisierung des betriebsmedizinischen Dienstes für Unternehmerinteressen.

Im ersten Teil der „Perspektiven“ wird die Eingrenzung unseres Gesundheitswesens auf den kurativen Bereich als grundlegende Fehlentwicklung ausgewiesen.

Im zweiten Teil wird die *Prävention* zur zentralen Forderung erhoben, aus der sich die gesetzlichen, strukturellen und institutionellen Reformvorschläge im einzelnen ableiten. Prävention wird nicht nur als eine *gesundheitspolitische*, sondern als *gesellschaftspolitische* Aufgabe verstanden. Der Gesundheitspolitik im engeren Sinne kommt darin die Funktion zu, sicherzustellen, daß „Probleme des Gesundheitsschutzes in allen Bereichen des öffentlichen Lebens verstärkt berücksichtigt werden“ (39).

Eine präventive Gesundheitssicherung muß im Arbeits- und Lebensbereich ansetzen. Daher gehen die gesetzlichen Maßnahmen, die von der ÖTV zu ihrer Durchsetzung gefordert werden, über den Bereich des Gesundheitswesens hinaus. Sie beinhalten: Ausweitung der Mitbestimmung, gesetzliche Einschränkung gesundheitsgefährdender Produktionsverfahren, Veränderung der Arbeitszeitordnung und des Arbeitssicherheitsgesetzes, Einschränkung bzw. den Abbau von Nacht- und Schichtarbeit und von Überstunden. Eine Einschränkung der Akkordarbeit und eine generelle Verkürzung der Arbeitszeit werden dagegen nicht gefordert.

Die institutionellen Veränderungen sind unter dem Begriff der *Integration* zusammengefaßt. Ausbau und Kompetenzerweiterung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Sozialzentren als öffentliche Einrichtungen (Träger sollen die Kommunen oder die Krankenkassen sein), Öffnung der Krankenhäuser für teilstationäre und ambulante Aufgaben sowie medizinisch-technische Zentren² sollen die Vormachtstellung des niedergelassenen Arztes im ambulanten Bereich abbauen und eine sinnvolle Ergänzung stationärer Behandlung durch patientennahe ambulante Betreuung und Beratung im Arbeits- und Lebensbereich herstellen.

Neben der Schwerpunktverlagerung auf die Prävention und Kooperation kommt in der ÖTV-Konzeption der *Selbstverwaltung* die entscheidende Bedeutung zu. Diese Selbstverwaltung wird auf zwei sich ergänzenden Ebenen gefordert:

1. Die Krankenkassen sollen durch die Selbstverwaltung allein durch die Versicherten und die Aufhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze gestärkt und ein „versichertennahes, wirtschaftlich arbeitendes, regional gegliedertes Sozialversicherungssystem“ geschaffen werden, „dessen einzelne Zweige auf örtlicher und regionaler Ebene eng zusammenarbeiten“ (46).
2. Um die Regulierung von Gesundheitsleistungen nach privatwirtschaftlichen Prinzipien einzuschränken und die Kompetenzzersplitterung zwischen Bund, Ländern und Gemeinden zu überwinden, wird in den „Perspektiven“ eine Selbstverwaltung gefordert, „die die medizinische Versorgung in der Region, im Land und auf Bundesebene plant“ (47). Diese Selbstverwaltung soll aus Vertretern der Versicherten, den Gebietskörperschaften und Vertretern der im Gesundheitswesen Beschäftigten bestehen und die Bedarfsplanung innerhalb einer Region steuern. Für die entsprechenden Rahmenbedingungen und gesetzlichen Regelungen soll der Staat verantwortlich sein.

2. Der Unterschied der „Perspektiven“ zum gesundheitspolitischen Programm des DGB.

Der Fortschritt gegenüber dem gesundheitspolitischen Programm des DGB besteht im wesentlichen darin, daß in den „Perspektiven“ privatwirtschaftliche Prinzipien, die dem Wesen gesundheitlicher Versorgung als gesellschaftliche Aufgabe widersprechen, abgelehnt werden. Dagegen erhebt die ÖTV die Forderung, den Einfluß der abhängig Arbeitenden auf gesundheitspolitische und gesamtgesellschaftliche Entscheidungen auszuweiten. Im DGB-Programm waren weder die Forderung nach Ausweitung der Mitbestimmung noch nach gesetzlichen Vorschriften enthalten, die außerhalb des eigentlichen Bereichs des Gesundheitswesens liegen. Weder der Anspruch auf Selbstverwaltung der Sozialversicherungen durch die Versicherten wurde im DGB-Programm erhoben, noch die Forderung nach gleichberechtigter Beteiligung der Versicherten und Beschäftigten in den Krankenhäusern und Gebietskörperschaften an der Planung der Gesundheitsversorgung auf kommunaler und Landesebene gestellt.

Auch in der Kritik an der privatwirtschaftlichen Struktur der ambulanten Versorgung gehen die „Perspektiven“ wesentlich weiter. Der DGB „orientiert(e)

seine Vorstellungen an dem Leitbild einer optimalen diagnostischen und therapeutischen Versorgung beim freigewählten Arzt im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung³. So wurden denn auch die medizinisch-technischen Zentren als eine *Ergänzung* zur niedergelassenen Arztpraxis verstanden und die Gründung von Apparategemeinschaften, Ärztehäusern und Laborpraxen begrüßt. In den „Perspektiven“ dagegen werden die medizinisch-technischen Zentren, der öffentliche Gesundheitsdienst als auch ambulante Einrichtungen der Sozialversicherungsträger, Kommunen und Krankenkassen als *Alternativen* zum freipraktizierenden Arzt angesehen. Apparategemeinschaften und Ärztehäuser lehnt die ÖTV dagegen ab, weil sie privatwirtschaftliche Aneignungsstrukturen in der ambulanten Versorgung stabilisieren.

Für die Krankenhausversorgung wurde im gesundheitspolitischen Programm eine Beteiligung an der ambulanten Versorgung nur soweit gefordert, als sie zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung notwendig ist. Belegärztliche Tätigkeiten sah es als eine Einrichtung an, die ausgeweitet werden sollte. Demgegenüber fordern die „Perspektiven“ das Recht zur ambulanten Versorgung für die Institution Krankenhaus. Sie lehnen die Ausweitung des Belegarztsystems ebenso ab wie die Beteiligung von Krankenhausfachärzten an der ambulanten Versorgung.

3. Weitergehende Vorstellungen

Die Reformvorschläge im zweiten Teil der „Perspektiven“ fallen in einigen Punkten hinter die Analyse im ersten Teil zurück. So fehlt ein spezieller Abschnitt über die Veränderung der Arzneimittelversorgung. Lediglich von einer Verbesserung des Arzneimittelschutzes ist die Rede. Es wird allerdings nicht konkretisiert, wie dieser aussehen soll. Sowohl in der WSI-Studie als auch im gesundheitspolitischen Programm des DGB wird die Beschränkung von Macht und Einfluß der pharmazeutischen Industrie gefordert. Auch der Gewerkschaftstag der ÖTV von 1976 hat sich in Anträgen und in seiner EntschlieÙung zur Gesundheitspolitik mit Vorschlägen zur Preis- und Qualitätskontrolle und zur Abschaffung der Pharmawerbung beschäftigt. Für die in der pharmazeutischen Industrie Beschäftigten könnte die Durchsetzung dieser Vorstellungen unter den Bedingungen einer kapitalistischen Gesellschaftsordnung aber den Abbau von Arbeitsplätzen bedeuten. Dieser Widerspruch zwischen dem berechtigten Interesse des einzelnen Arbeiters am Erhalt seines Arbeitsplatzes und dem Interesse aller Lohnabhängigen an der Reduzierung gesundheitsgefährdender oder gar friedensbedrohender Produktionsbereiche stellt sich in dieser krassen Form in der BRD erst seit der permanent hohen Arbeitslosigkeit und der Gefahr bevorstehender Rationalisierungen⁴. Diese Situation erfordert eine neue Form der Zusammenarbeit innerhalb der Gewerkschaften und darf nicht dadurch „gelöst“ werden, daß auf berechnete Forderungen der Arbeiter und Angestellten verzichtet wird. Im Gegenteil: Nur die Besinnung auf traditionelle Forderungen der Gewerkschaftsbewegung wie Investitionskontrolle, überregionale Mitbestimmung, Überführung von Industriebereichen in Gemeineigentum und Verkürzung der Gesamtarbeitszeit kann garantieren, daß die Korrektur von Fehlplanungen nicht auf Kosten der Beschäftigten ausgetragen wird. Für die Redu-

zierung gesellschaftlich nicht sinnvoller und gesundheitsgefährdender Produktionsbereiche müssen neue Arbeitsplätze bei Erhalt des sozialen Besitzstandes zur Verfügung gestellt werden.

Ähnlich verhält es sich mit dem Verzicht der „Perspektiven“ auf die Forderung nach einer Einheitsversicherung. In der ÖTV wird befürchtet, daß die Realisierung der Forderung, einen einheitlichen Versicherungsträger für alle Zweige der Sozialversicherung und alle Werktätigen, unabhängig von ihrem sozialen Status und Einkommen, zu schaffen, zu Arbeitsplatzverlusten im Bereich der Versicherungsangestellten führt. Daher sind ihre Vorschläge zur Reform der Sozialversicherung inkonsequent: Durch die geforderte Abschaffung der Pflichtversicherungsgrenze wird zwar der Existenz der privaten Krankenkassen die materielle Grundlage entzogen, die Zersplitterung der Krankenkassen aber, die ja auch in den „Perspektiven“ als eine der Ursachen für ihre Schwäche kritisiert wird, wird hierdurch nicht überwunden. Im monatlich erscheinenden Organ der ÖTV⁵ wird diskutiert, ob eine Einheitsversicherung mit dem Anspruch auf Versicherungsnähe und regionaler Gliederung vereinbar sei. Demgegenüber fordert der Gewerkschaftstag der IG Metall 1977, eine „leistungsstarke, einheitliche und versichertennahe Krankenversicherung“ zu schaffen.

Der wesentliche Mangel der „Perspektiven“ liegt darin, daß sie kaum Vorschläge zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen machen, die eine finanzielle Entlastung der Sozialversicherungen und somit der Beiträge gewährleisten. Auch wenn ein auf Prävention und Früherkennung ausgerichtetes Gesundheitssystem langfristig teure Behandlungskosten und hohen technischen Aufwand unnötig macht, so wird doch eine konsequente Umstrukturierung kurzfristig zusätzliche Investitionen für umfassende Vorsorgeprogramme notwendig machen. Obwohl auf dem Gesundheitspolitischen Seminar der ÖTV im April '77, einem Arbeitseminar, das der Erarbeitung der ÖTV-Konzeption diente, die Finanzierung der Gesundheitssicherung eines der fünf Schwerpunktthemen darstellte, und obwohl der Hauptvorstand der ÖTV auf der Gesundheitspolitischen Tagung im Oktober 77 kritisiert, daß zunehmend Steuerfinanzierung durch Beitragsfinanzierung ersetzt wird, formulieren die „Perspektiven“ keine Vorschläge zur Ausweitung der Steuerfinanzierung. Es wird lediglich die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen und der laufenden Vorhaltekosten für die Krankenhauspflege aus Steuermitteln gefordert. Dagegen ist fragwürdig, ob die sozialmedizinischen Dienste ausschließlich von den Sozialversicherungsträgern finanziert werden sollen oder ob hierdurch nicht eine weitere Belastung der Löhne und Gehälter hervorgerufen wird.

Eine der wichtigsten Aufgaben der ÖTV wird es in der nächsten Zeit sein, Vorschläge zur alternativen Finanzierung von Gesundheitsleistungen zu erarbeiten und mögliche Veränderungen der Ausgabenstruktur der Staatshaushalte genauestens zu analysieren. Solange Fragen der Verwendung des Bruttosozialprodukts in den gewerkschaftlichen Konzeptionen tabuisiert werden, fehlt die materielle Basis für ihre Durchsetzbarkeit⁶.

4. Der Stellenwert der „Perspektiven“ innerhalb der gewerkschaftlichen Aktivität und Diskussion

An der Erarbeitung der „Perspektiven“ der ÖTV zur Gesundheitspolitik waren die Bundesabteilungsvorstände der Abteilungen Gesundheitswesen und Sozialpolitik, Sachverständige aus dem Bereich der ÖTV und Arbeitskreise, die auf Bezirksebene zusammengestellt wurden, beteiligt. In diesen Arbeitskreisen haben Mitglieder, hauptsächlich aus dem Bund Gewerkschaftlicher Ärzte, und je nach Aktivität der Kreisorganisation in unterschiedlicher Repräsentativität, mitgearbeitet. D. h., daß bisher nur ein relativ geringer Teil der in der ÖTV organisierten Beschäftigten die Diskussion beeinflussen konnte. Die in die „Perspektiven“ eingegangenen Vorstellungen sind Ergebnis einer Veränderung der Gesundheitspolitik der ÖTV innerhalb der letzten Jahre, durch die der Bereich Gesundheitswesen zum Schwerpunkt ihrer Aktivitäten gemacht und eine ablehnende Haltung gegen übereilte Sparprogramme der Regierungen von Bund und Ländern, die den Interessen der im Gesundheitswesen Beschäftigten und der Patienten widersprechen, eingenommen wurde. Auch die Entwicklung des gesundheitspolitischen Standpunktes der ÖTV Hessen von einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium hin zu einer Frontstellung gegenüber den Sparmaßnahmen der sozial-liberalen Landesregierung, in der erstmalig auch im Gesundheitswesen Arbeitskampfmaßnahmen als legitime und notwendige Schritte zur Sicherung der Arbeitsbedingungen erklärt und auch Streikmaßnahmen nicht ausgeschlossen werden, ist das Ergebnis verstärkter Aktivitäten innerhalb der ÖTV. Hier hat die Tatsache, daß eine von der SPD geführte Landesregierung für den Abbau gesundheitlicher Leistungen und die Vernichtung von Arbeitsplätzen im Öffentlichen Dienst verantwortlich ist, dazu geführt, daß das Vertrauen in die Handlungsweise der verantwortlichen Politiker auch bei hauptamtlichen Gewerkschaftsführern ins Wanken geraten ist. Erst, wenn dies nicht nur zu verbalen Absichtserklärungen, sondern zu der Einsicht führt, daß nur der konsequente Einsatz der eigenen Machtmittel die Realisierung gewerkschaftlicher Interessen durchsetzt, ist ein entscheidender Schritt zur Herstellung gewerkschaftlicher Autonomie getan.

Hier aber liegt das zentrale Problem: die konsequente Interessenartikulation einiger aktiver Funktionäre und Mitglieder darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß die gewerkschaftliche Aktivität bisher nicht ausreicht, Sparmaßnahmen, die auf den Abbau von Arbeitsplätzen zielen, zu verhindern. Nicht wenige Kreisorganisationen der ÖTV blieben bisher von der gesundheitspolitischen Diskussion unberührt.

Zur Durchsetzung der in den „Perspektiven“ dargestellten Positionen und Forderungen ist es deshalb wichtig, die gesundheitspolitische Diskussion in allen Kreisorganisationen unter die Mitglieder zu tragen, und die „Perspektiven“ sowohl im Bereich der ÖTV als auch in den Industriegewerkschaften zur Bewusstseinsbildung und Schulung der betrieblichen Funktionäre zu nutzen. Arbeitstagen und Fortbildungsveranstaltungen für Funktionäre im Gesundheitswesen und für Gewerkschaftsvertreter in den Selbstverwaltungsorganen können hierzu ebenso beitragen wie öffentliche Veranstaltungen.

Anmerkungen

1 Sowohl die „Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik“ als auch der Beschluß „Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen“ sind in der vom Hauptvorstand der ÖTV im Dezember 1977 erschienenen Broschüre „Gesundheitspolitik, Perspektiven und Beschlüsse der ÖTV“ herausgegeben. Die Seitenangaben im Text beziehen sich auf diese Veröffentlichung.

2 Hier wird die Konzeption des gesundheitspolitischen Programms des DGB übernommen. Medizinisch-technische Zentren sollen an Krankenhäuser angegliedert sein oder in deren unmittelbarer Nähe errichtet werden. Ihre diagnostischen und Laborleistungen sollen sowohl den Krankenhäusern als auch den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung stehen.

3 Gesundheitspolitisches Programm des DGB, Düsseldorf 1972, S. 11.

4 Erinnert sei hier an Werbeaktionen der Gewerkschaft NGG für den Zigarettenkonsum oder an Demonstrationen einzelner Bezirke der ÖTV für den Bau von Kernkraftwerken.

5 M. Wulf-Matthies, wir halten nichts von realitätsfernen Modellspielereien, Gewerkschaft ÖTV lehnt Einheitsversicherung ab, in: ÖTV-Magazin, hrsg. v. Hauptvorstand der ÖTV, Jan. 1978.

6 Das gleiche gilt für die „Vorschläge des DGB zur Wiederherstellung der Vollbeschäftigung“, Düsseldorf 1977.

Ingeborg Simon

Das 2. Arzneimittelgesetz

Vorbemerkung

Sinn und Zweck dieses Berichtes soll es sein, alle, die täglich in Krankenhäusern, Apotheken oder Arztpraxen mit Arzneimitteln umgehen, über die wesentlichen Inhalte des 2. Arzneimittelgesetzes (AMG) zu informieren und auf mögliche Konsequenzen des Gesetzes für die zukünftige Pharmakotherapie hinzuweisen. Auf politökonomische Hintergründe wird nur da näher eingegangen, wo es für das Verständnis bestimmter Entwicklungen im Gesetzgebungsprozeß erforderlich ist.

Zur Vorgeschichte des 2. AMG

Strenggenommen beginnt diese Vorgeschichte am 1. August 1961 mit dem Inkrafttreten des 1. AMG¹. Das von einer CDU/CSU-Regierung zu verantwortende 1. AMG ist von Anfang an unzulänglich. Nach diesem Gesetz gibt es keine