

macht krank.

Die Gewerkschaften sind ja in den Gremien drin und an diesem Mechanismus beteiligt, d.h. diese Diskussion muß stärker in die Gewerkschaften hineingetragen werden."

Da die Gewerkschaften immer diejenigen vertreten, die noch im Arbeitsprozeß sind, werden auch hier — wie von den übrigen sozialpolitischen Institutionen — die bereits Kranken, Arbeitslosen nur noch am Rande thematisiert. Dazu kommt es zu einer politischen Ausgrenzung bzw. Marginalisierung bestimmter Personengruppen, was den ohnehin stattfindenden Individualisierungstrend noch verstärkt. Die Organisation von Selbsthilfegruppen z.B. in Arbeitsloseninitiativen, Behindertengruppen etc. entsteht aus diesem politischen Defizit, da diese Gruppen z.T. die Erfahrung machen mußten, daß die Gewerkschaften an ihnen desinteressiert sind. In der Alltagspraxis von Behinderteneinrichtungen ist eine Selbsthilfegruppe oft die einzige Möglichkeit, die Behinderten nicht "hängen" zu lassen oder sie von der Institution völlig abhängig zu machen. Selbsthilfegruppen sind daher nicht nur Ausdruck einer defizitären und wirkungslosen Sozialpolitik, sondern auch Ausdruck dafür, daß die Betroffenen ihr Vertrauen in die offizielle Politik verloren haben. Auf regionaler Ebene stellen daher Selbsthilfegruppen sozusagen den letzten Versuch der Artikulation von Bedürfnissen von unten dar. Obgleich der derzeitige Trend staatlicher Sozialpolitik nicht übersehen werden darf, Selbsthilfe für eine Reprivatisierungsstrategie zu instrumentalisieren, darf die Gefahr einer Abkoppelung von öffentlichen Politikformen nicht bagatellisiert werden.

## Arbeitsgruppe I B: Gesundheitssystem und ökonomische Interessen

Hans-Ulrich Deppe und Rolf Rosenbrock: Protokoll\*

1. Wie alle gesellschaftlichen Teilbereiche ist auch des *Gesundheitswesen* von der Entwicklung des *ökonomischen Gesamtsystems* abhängig. Erst vor dem Hintergrund dieser Beziehung gewinnen

\* Diesen Ausführungen liegt teilweise ein Thesenpapier von Hagen Kühn zugrunde, das zur Fachtagung vorgelegt wurde.

andere beeinflussende Faktoren — wie das Kräfteverhältnis zwischen den am Gesundheitssystem beteiligten und interessierten Machtgruppen, qualitative Veränderungen des Morbiditätsspektrums und der Versorgungsstruktur, neue Entwicklungen in der medizinischen Forschung — an Gewicht. Die gegenwärtige Situation im Gesundheitswesen der BRD ist durch die seit 1973 anhaltende ökonomische Krise gekennzeichnet.

2. In der kapitalistischen Wirtschaftsordnung wird die *ökonomische Krise* immer durch eine Krise des Kapitals verursacht. Das Interesse an Profit zwingt das Kapital zur Akkumulation und die Bedingungen der Konkurrenz führen schließlich zur Überakkumulation von Kapital. Mit der Entstehung von Warenhalden geht eine Drosselung der Produktion einher. Es kommt als zur Entwertung von investiertem Kapital, die zu mehr oder minder heftigen Zusammenbrüchen der Profitrate führt.

3. Daraus resultieren zwei *Hauptfolgen*:

— Auf der Seite des Kapitals kommt es zu Konkursen, die von Konzentrationsbewegungen begleitet werden.

— Auf der Seite der Beschäftigten kommt es zu Arbeitslosigkeit und zu Kurzarbeit. Diejenigen, die weiterhin einen Arbeitsplatz behalten, können im Arbeitsprozeß intensiver eingesetzt werden.

4. Diese *Auswirkungen* der Krisenentwicklung für das Kapital und die Beschäftigten müssen indessen *nicht* gleichzeitig und *parallel* verlaufen. So zeigt sich gegenwärtig in der Bundesrepublik, daß das Kapital bereits wieder prosperiert, während die Beschäftigten noch immer von den Auswirkungen der Krise betroffen sind.

5. Die ökonomische Krise hat für die *soziale Sicherung* der Beschäftigten folgende Konsequenzen:

— So bedeuten Massenarbeitslosigkeit und Kurzarbeit finanzielle Einbußen für die Sozialversicherung.

— Zugleich bedeutet aber auch die intensivere Nutzung der verbliebenen Arbeitskräfte einen erhöhten Gesundheitsverschleiß.

6. Reaktionen des *Staates* auf wirtschaftliche Krisenzeichen: Der Staat subventioniert private Investitionen in der Hoffnung, die Interessen des Kapitals zu befriedigen und zugleich dadurch der Massenarbeitslosigkeit entgegenzuwirken. Da diese Subventionen jedoch ohne Auflagen und unkontrolliert vergeben werden, werden sie von den Unternehmungen in aller Regel für weitere Rationalisierungen genutzt. Das wiederum bedeutet zusätzliche Arbeitslosigkeit, wenn nicht gleichzeitig die Arbeitszeit gesenkt wird.

Hier stellt sich nun die Frage, woher der Staat das Geld für die verstärkte Subventionierung privater Investitionen nimmt: Sowohl gegen Ende der Weimarer Republik in der Weltwirtschaftskrise als auch jetzt wieder seit einigen Jahren sind davon besonders der *Sozial- und Bildungsetat* betroffen.

7. Das hat zur Folge, daß Maßnahmen des Staates sich nicht an gesundheitspolitischen, sondern primär an den von Unternehmensinteressen dominierten wirtschaftspolitischen Zweckrationalitäten orientieren. Der Spielraum für *Reformen* reduziert sich damit auf "nicht-kostende" Reformen, die aber in der Regel auch nicht zur Durchführung kommen, da sie auf den heftigen Widerstand der am Gesundheitssystem finanziell interessierten und beteiligten Machtgruppierungen stoßen. Unter den Bedingungen der ökonomischen *Krise* ist das Kräftepotential der *Reformkräfte* meist zu schwach, um diesen Widerstand zu überwinden.

8. Da in den Zeiten der Prosperität 'Reform'-Politik im Gesundheitswesen vorwiegend darin bestand, unter Aufrechterhaltung bzw. Nichtantastung der bestehenden desintegrierten Strukturen die Gesundheitsleistungen auszuweiten, bleibt bei Verknappung der Mittel nur der Weg der Leistungsminderung zu lasten der Versicherten und der im Gesundheitswesen Beschäftigten.

9. Das Ausmaß der *Leistungsminderungen* richtet sich nach dem vorhandenen *Gegenwehrpotential* in den betroffenen Bereichen. So werden Leistungsminderungen gegenwärtig das (als politische Kraft schwache) Krankenhaus immer härter treffen als die niedergelassenen Ärzte oder gar die pharmazeutische Industrie.

10. Die Politik der Leistungsminderung wird 'begründet' mit der Notwendigkeit einer 'einnahmeorientierten Ausgabenpolitik' der Krankenkassen. Das bedeutet die Bindung der Ausgaben an das Wirtschaftswachstum, dargestellt durch die Ziffer des Wachstums der Grundlohnsumme.

Obwohl die populäre Fassung dieser Argumentation: Die ohnehin als zu hoch angesehenen Ärztteinkommen sollen nicht schneller steigen als die anderen Einkommen — ungeheuer plausibel klingt, enthüllt eine nähere Analyse sie als blanke Demagogie.

10.1. Bei Festlegung der Ausgabensumme zu Beginn eines jeden Jahres ('konzertierte Aktion in Weiß') ohne Veränderung der *Leistungsstruktur* entsteht zwangsläufig eine scharfe Konkurrenz der am Gesundheitswesen beteiligten Gruppen um möglichst große Anteile an den Gesamtausgaben. Dies muß dazu führen, daß nicht die Profite der Arzneimittelindustrie und die Einkommen der niedergelassenen und privatliquidierenden Krankenhausärzte sondern die schwächsten Gruppen in dieser Konkurrenz, nämlich die abhängig Beschäftigten in den Praxen und Krankenhäusern, benachteiligt werden.

10.2. Da personengebundene *Dienstleistungen* immer nur langsamer *rationalisiert* werden können als andere produktive Tätigkeiten, und daher immer "unproduktiver" sein müssen als diese, bedeutet die Bindung der Ausgabensumme für diese Dienstleistungen an das Gesamtwirtschaftswachstum, daß tendenziell der Anteil der Versor-

gungsdienstleistungen am gesamtwirtschaftlichen Arbeitsvolumen sinken muß. Dies aber bedeutet eine absolute Absenkung des Versorgungsniveaus.

10.3. Es besteht kein vernünftiger Grund für die Koppelung der *Ausgaben* für das Gesundheitswesen an das *Wirtschaftswachstum*. Diese beiden Größen haben allenfalls insoweit etwas miteinander zu tun, als bei überproportionalem Wachstum der Gesundheitsausgaben Grenzen der Belastbarkeit der Lohneinkommen durch Beitragszahlungen erreicht werden können. Von einer solchen Situation ist das Gesundheitswesen in der BRD noch weit entfernt.

11. Im einzelnen zeichnen sich folgende *Strategien des Staates* im Gesundheitswesen ab.

11.1. *Strategie der rigiden Kostendämpfung*. Diese betrifft vor allem:

— Die *Sozialversicherten* infolge von Leistungsabbau und zusätzlicher finanzieller Beteiligung ("Selbstbeteiligung", Minderanspruchnahme aufgrund massiver Angstkampagnen in den Medien, Bettenabbau).

— Die *Beschäftigten* in den Krankenhäusern; infolge einer Verringerung des Personalbestandes findet eine Intensivierung der Arbeit statt, da bei weniger Personal die gleiche oder zum Teil auch mehr Arbeit verrichtet werden muß. Überdies findet eine Privatisierung von Teilbereichen der Krankenhäuser statt, insbesondere von Küchen, Wäschereien und Reinigungen. Dies bedeutet eine Verschlechterung der Arbeits- und Einkommensbedingungen der Beschäftigten, oft auch verbunden mit Leistungsver schlechterungen für die Patienten.

— Es betrifft auch die *ärztliche Ausbildung*, wie die Novelle der ärztlichen Approbationsordnung vom Februar 1978 zeigt. Personaleinsparungen im Ausbildungssektor führen zu einer Verschlechterung der Ausbildungsbedingungen, die mit einer Verschärfung des Prüfungssystems einhergehen.

Generell ist festzustellen, daß die Strategien der Kostendämpfung auf Erfolge in kürzester Frist orientiert sind: auch kostenmäßig negative Auswirkungen auf mittlere und längere Frist (z.B. durch erheblich teurere Spätfolgebehandlungen nicht oder nicht rechtzeitig behandelter Krankheiten) werden in Kauf genommen.

11.2. *Kostenverschiebungen*.

— *Kostenverschiebung vom Staat auf die Sozialversicherung*: hier ist vor allem das Krankenhausfinanzierungsgesetz (1972) in Verbindung mit der Bundespflegesatzverordnung (1973) zu erwähnen,

deren beitragssteigernde Auswirkungen seit 1974 nicht mehr durch aktive Lohnpolitik aufgefangen werden können.

— *Kostenverschiebung von der Sozialversicherung auf die einzelnen Versicherten*: besonders deutlich kommt dies im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (1977) durch die zusätzliche finanzielle Beteiligung der Versicherten an den Arzneimitteln zum Ausdruck.

Bei den Kostenverschiebungen handelt es sich um Tendenzen der Entstaatlichung und Privatisierung.

— *Kostenverschiebung innerhalb des Systems der Sozialversicherung*: diese Entwicklung kann besonders deutlich an der Genese des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes nachvollzogen werden: Zunächst wurde der Beitrag der Rentenversicherung an die Krankenversicherung reduziert, wodurch die staatlichen Zuwendungen an die Rentenversicherung vermindert werden konnten. Dieser Schritt ist im Zusammenhang mit der Politik des Staates zu sehen, die Finanzen anderer Körperschaften (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Länderhaushalte) für die Haushaltspolitik des Bundes zu funktionalisieren. Nicht zuletzt diese Verschiebung löste dann die Verabschiedung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes aus.

11.3. Wichtigste *Gesetze und Verordnungen* mit Konsequenzen für Kostendämpfung und Kostenverschiebung: 1972 Krankenhausfinanzierungsgesetz; 1973 Bundespflegesatzverordnung; 1975 Haushaltsstrukturgesetz; 1977 Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz; 1978 Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung.

11.4. *Informelle Reaktionen* auf die Kostendämpfung sind beim Verhalten von Kranken und Ärzten zu registrieren. Es kam und kommt zum temporären Rückgang der ärztlichen Inanspruchnahme, von Krankschreibungen, Krankenhausüberweisungen, Kuranträgen und der Anzeige von Arbeitsunfällen.

## 12. *Strategien der Strukturverbesserung*

Seit Jahren wird über Strukturverbesserungen im Gesundheitswesen diskutiert u. a.:

— Im gesundheitspolitischen Programm des DGB (1972) und den Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik (1977) wird die kurative Medizin zugunsten des Ausbaus der präventiven Medizin kritisiert.

— Im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz werden Vorschläge zur Überbrückung der Kluft zwischen der ambulanten und der stationären medizinischen Versorgung gemacht.

— In den Massenkommunikationsmedien wird die Preisbildung in der pharmazeutischen und Geräteindustrie kritisiert und eine Kontrolle der ärztlichen Honorare gefordert.

— Eine Studie des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Insti-

tuts des DGB (1977) fordert eine Aktivierung in den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherung.

— Die IG Metall hat auf ihrem Gewerkschaftstag 1978 einer Vereinheitlichung in der Sozialversicherung zugestimmt.

Bisher wurden keine kontinuierlichen Versuche unternommen, diese Forderungen in die Praxis umzusetzen. Vielmehr werden heute sogar Forderungen nach Strukturverbesserungen zum Teil genau in ihr Gegenteil verkehrt, indem sie zur Legitimation des Abbaus oder der Ablenkung davon dienen.

Dazu zwei Beispiele:

Die Kritik an der kurativen Medizin ging Ende der 60er Jahre von fortschrittlichen Kräften aus, indem auf ihre Desintegration und relativ geringe Effizienz gegenüber primärpräventiven Maßnahmen hingewiesen wurde. Echte Primärprävention kann aber nur in gesundheitsbezogenen Eingriffen in die Arbeits- und Lebenswelt (Wohnung, Umwelt, Verkehr, Konsumgüter) bestehen. Zur Durchsetzung solcher Eingriffe (die sich in aller Regel gegen mächtige Kapitalinteressen auswirken würden) sind die derzeit bestehenden Reformkräfte aber meist zu schwach. Das führt dazu, daß heute kurative Leistungen unter Hinweis auf Prävention zum Abbau anstehen oder schon abgebaut werden, ohne daß Primärprävention betrieben wird. An ihre Stelle tritt dann der meist hilflose Versuch der Beeinflussung des Individual-Verhaltens. Auf diese Weise wird aus der Reform der Arbeits- und Lebensverhältnisse und des Gesundheitswesens eine "Reform" des Verhaltens, eine "Reform" des Patienten.

Auch die Kritik am "inhumanen Krankenhaus" ging von fortschrittlicher Seite aus. Diese Kritik wurde unter den Bedingungen restriktiver Gesundheitspolitik als Forderung z.B. nach humanen Pflegeeinrichtungen (z.B. für chronisch Kranke und Alte) anstelle hochtechnisierter Krankenhausbetten aufgenommen. Die heute zur Durchsetzung anstehenden Landeskrankenhauspläne beruhen auf der Fiktion der Existenz solcher Pflegeeinrichtungen und dienen als Begründung für den Abbau des nicht existenten "Bettenberges". Die einzige Konsequenz ist dann der Abbau von Krankenhausbetten und -personal — die Krankenhäuser werden noch inhumaner.

*Insgesamt ist festzustellen, daß es seit Jahren an konzeptionellen Vorschlägen zur Strukturverbesserung im Gesundheitswesen nicht fehlt. Durchgesetzt wurde dagegen so gut wie nichts. Vorherrschend sind gegenwärtig Strategien der Kostendämpfung ohne Strukturverbesserungen. Der umgekehrte Weg müßte beschritten werden:*

*Bestehende Widersprüche und Reibungsverluste im Gesundheitswesen müßten durch Strukturverbesserungen überflüssig gemacht werden.*

13. Von den Maßnahmen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen sind vor allem die *Sozialversicherten* und die *Beschäftigten* in den Krankenhäusern betroffen. Für sie stellt sich die Frage, wer ihre *Interessen vertritt* und in welchem Ausmaß dies geschieht.

13.1. Als erstes sind hier die *Gewerkschaften* zu nennen. Diese verhalten sich indessen gegenüber der Regierungspolitik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen eher passiv und dulgend. Teilweise tragen sie sogar die Konzeption der Bundesregierung mit. Ursache für diese Passivität oder gar Zustimmung ist die prekäre verteilungspolitische Situation in der gegenwärtigen Krise: Angesichts von weit mehr als 1 Mio Arbeitslosen ist die Durchsetzungskraft in den Tarifikämpfen derart schwach, daß Nettolohnsicherung oder gar -erhöhung zu Lasten der Gewinne kaum möglich ist. Die Priorität des Arbeitslosenproblems führt auch dazu, daß die Durchsetzung von Arbeitszeitverkürzungen zur Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen teilweise als wichtiger angesehen wird als Lohnerhöhungen. Offensive Lohnstrategien werden daher teilweise ersetzt durch solche der Nettolohnsicherung durch Minimierung der "Beitragsbelastung". Dies führt dazu, daß Einsparungsstrategien im Gesundheitswesen, wie im Bereich der öffentlichen Dienstleistungen überhaupt, eine große Chance haben, von gewerkschaftlicher Seite akzeptiert zu werden, obwohl sie sich zu Lasten des großen Teils der öffentlich bediensteten Arbeitnehmer und der im Gesundheitswesen Beschäftigten (öffentlich und privat) auswirken und den Versorgungsgrad der Bevölkerung mit Dienstleistungen gefährden. Offener Widerstand gegen die gegenwärtige Politik des Staates wird daher vorwiegend von den reaktioäre Sonderinteressen verfolgenden ärztlichen Standesorganisationen geleistet, aber auch von der pharmazeutischen Industrie und den Privatversicherungen. Auf Gewerkschaftsseite steht dagegen die Abteilung Gesundheitswesen beim Hauptvorstand der Gewerkschaft ÖTV derzeit mit der offensiven Vertretung der Interessen der Beschäftigten und der Sozialversicherten noch relativ isoliert da.

13.2. *Innergewerkschaftlich* gibt es erhebliche *Differenzen*:

— Zwischen DGB und ÖTV auf regionaler Ebene:

So treten DGB-Vertreter in den Selbstverwaltungsgremien der Kassen für Kostendämpfungsmaßnahmen auch in den Krankenhäusern ein, um die Beitragslast für die Versicherten zu erleichtern. Die ÖTV hingegen kämpft für die Erhaltung der Arbeitsplätze und bessere Arbeitsbedingungen auch unter dem Aspekt einer qualitativ besseren Krankenversorgung.

— Zwischen der Gewerkschaft ÖTV und der IG-Chemie:

So wurde die berechtigte Kritik der ÖTV an der Arzneimittelindustrie auf Intervention der IG-Chemie, die Arbeitsplatzverluste in der pharmazeutischen Industrie befürchtete, aus dem Entwurf der

“Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik” herausgenommen.

— Zwischen der IG-Metall einerseits und der ÖTV und der IG-Bau-Steine-Erden andererseits:

Die IG-Metall verabschiedete auf ihrem 12.ordentlichen Gewerkschaftstag 1977 die Forderung nach Vereinheitlichung der Sozialversicherung, die von der ÖTV, insbesondere jedoch von der BSE, kritisiert wurde. Die BSE drohte bei Verwirklichung des IG-Metall-Beschlusses sogar mit einem Austritt aus dem DGB.

Insgesamt bedeuten die innergewerkschaftlichen Differenzen eine erhebliche Schwächung der Interessenvertretung der Sozialversicherten. Statt einer Ausweitung innerer Unterschiede müßte vielmehr die Frage des gemeinsamen Gegners diskutiert werden. Dieser ist wesentlich in dem privatwirtschaftlichen Einfluß auf das Gesundheitswesen zu sehen. Überdies müßte nicht nur gegen eine zunehmende Privatisierung des Gesundheitswesens, sondern für eine zunehmende Inpflichtnahme des Staates eingetreten werden.

13.3. Bei der Interessenvertretung der Sozialversicherten muß auch an die *Krankenkassen* gedacht werden. Diese sind jedoch seit 1951 infolge der paritätischen Besetzung der Selbstverwaltungsorgane in den RVO-Kassen weitgehend paralytisiert und schließlich auch entpolitisiert, so daß von hier kein aktiver Einsatz zu erwarten ist.

13.4. In die Diskussion um die Bündnispolitik der Sozialversicherten müssen auch die *Beschäftigten* im Gesundheitswesen einbezogen werden. Ihr gewerkschaftlicher Organisationsgrad ist relativ gering. Zusätzlich zeichnet sich im ärztlichen Bereich ein zwar noch geringes aber zunehmendes Potential von *kritischen Ärzten* ab, die mit den Sozialversicherten und Gewerkschaften für eine bessere Krankenversorgung eintreten wollen (Liste Demokratischer Ärzte/Hessen, 2 Listen Soziales Gesundheitswesen/Nordrhein-Westfalen und Gemeinsame Liste Krankenhaus und Praxis/Berlin).

14. Abschließende These: Wir befinden uns zur Zeit im Gesundheitswesen in einer extremen Defensivsituation, in der der Abbau sozialer Leistungen verhindert werden muß. Davon dürfen wir uns nicht durch Modelle, die ihrem Anspruch nach langfristige Verbesserungen darstellen, gegenwärtig jedoch von keiner relevanten politischen Gruppe praktisch durchgesetzt werden, ablenken lassen. Gleichwohl ist es dringend erforderlich weitergehende Perspektiven zu entwickeln, damit es nicht zu einer Lähmung vorhandener Kräfte kommt (siehe Gewerkschaften!). Aktuell hat jedoch die Verteidigung erkämpfter Sozialleistungen Vorrang!