
Gegen die marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens

Für den Erhalt der Solidarsysteme



Bezirk Stuttgart

Vorwort

Der Angriff auf die Sozialsysteme geht in die entscheidende Runde: von der Rente über die Arbeitsmarktpolitik bis zum Gesundheitswesen gibt es nur noch ein Ziel: Senkung der Lohnnebenkosten. Wie ein Trommelfeuer prasseln täglich neue Vorschläge und "Versuchsbalons" auf uns nieder: Ausgliederung der Zahnbehandlung und von Freizeitunfällen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge, Einführung von Grund- und Wahlleistungen, Zuzahlungen bei jedem Arztbesuch, Bonus/Malus-Regelungen, Finanzierung von Leistungen über Steuermittel.

Kern all dieser Forderungen ist einerseits die Entlastung der Kapitaleseite, die Umverteilung der Lasten der sozialen Sicherungssysteme auf die Bevölkerung und die Kranken, und andererseits die marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens, die Eröffnung von neuen Geschäftsfeldern für die Erwirtschaftung von Gewinnen.

Dabei gibt es bei den verschiedenen Akteuren zwar noch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. Insgesamt ist jedoch ein deutliches Zusammenrücken festzustellen. Die große Koalition zeichnet sich praktisch (Mehrheit der CDU in Bundesrat) und auch politisch inhaltlich immer deutlicher ab. Sowohl im so genannten Kanzleramtspapier als auch in den neuesten Verlautbarungen des Bundesministeriums für Gesundheit werden "echte Einschnitte" und eine Senkung der Krankenkassenbeiträge auf „deutlich unter 13 Prozent“ gefordert.

Innerhalb der SPD wehren sich zwar noch einige gegen die Vorgaben der „Wirtschaftsfraktion“. Ohne breite, außerparlamentarische Gegenwehr wird es jedoch kaum eine Chance geben, unsere Sozialsysteme erfolgreich zu verteidigen oder gar zu verbessern.

Neben der offen reaktionären Variante, die die mehr oder weniger vollständige Zerschlagung des Solidarsystem fordert, gibt es eine zweite Linie die - zumindest bisher - von Teilen der SPD/Grünen als auch vom Bundesministerium für Gesundheit verfolgt wurde: Es wird zwar grundsätzlich (und mit weiteren Einschränkungen) am Solidarsystem festgehalten. Dieses Festhalten wird aber daran gekoppelt, in noch stärkerem Maß als bisher marktwirtschaftliche Mechanismen in dieses System einzuführen. Schlagworte, die diese Entwicklung kennzeichnen, sind das so genannte „Einkaufsmodell“ der Krankenkassen, die Finanzierung der Krankenhäuser und zukünftig auch des ambulanten Bereichs über Preissysteme.

Die Forderung nach mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen und nach marktwirtschaftlicher Steuerung ist der „kleinste gemeinsame Nenner“ aller „Reform“-vorschläge. Sie findet sich sowohl im Kanzleramtspapier als auch in den Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Gesundheit und in denen der CDU. Es ist offensichtlich, dass die „Reform“ in jedem Fall hierzu führen soll.

Eine solche Entwicklung wäre nicht weniger gefährlich, da sie das Solidarsystem über kurz oder lang von innen heraus aushöhlen würde.

Bei den aktuellen Verlautbarungen muss sogar davon ausgegangen werden, dass beides passiert, sowohl die faktische Verabschiedung von Parität und Solidarprinzip, als auch die Einführung von mehr Markt und Wettbewerb.

Die Einführung von Wettbewerbsmechanismen wird seit einiger Zeit auch in Veröffentlichungen von ver.di, insbesondere in einem Beitrag für die Frankfurter Rundschau und in der „Streitschrift“ „Qualität und Effizienz“ von Frank Bsirske, Karl W. Lauterbach u.a., propagiert.

„Wettbewerb um Qualität“ sei gut, in jedem Fall aber das kleinere Übel im Vergleich zur offenen Zerschlagung des Solidarsystems. Das Gesundheitswesen müsse durch diesen Wettbewerb fit für die "Zukunftsaufgaben" gemacht werden.

Wettbewerb als Garant für die Zukunftsfähigkeit der Solidarsysteme? Wir halten dies für eine gravierende Fehleinschätzung. Wenn die Politik von ver.di zur kommenden Gesundheitsreform hierauf ausgerichtet wird, lässt sich nach unserer Auffassung kein breites Bündnis zur Verteidigung der Solidarsysteme herstellen und weitere Niederlagen wie bei der Rente und bei Hartz sind vorprogrammiert.

Aus diesem Grund nehmen wir den „Streit“ mit diesen Positionen und mit der ver.di-Position zum „Beitragsatzsicherungsgesetz“ auf. Uns geht es dabei nicht um einen Angriff auf einzelne Personen oder um eine abstrakte innergewerkschaftliche Richtungsdebatte. Wir glauben dass eine gewerkschaftliche Gegenwehr und ein breites Bündnis gegen die verschiedenen Angriffe auf das Solidarsystem nur möglich sind, wenn man sich über die Richtung der Gegenwehr verständigen kann.

Die Richtung muss nach unserer Ansicht sein, Parität, Solidar- und Sachleistungsprinzip zu verteidigen bzw. wieder herzustellen, und Markt und Wettbewerb in den Solidarsystemen zurückzudrängen - nur so kann man sie erhalten.

Die Richtung muss weiterhin sein, die Einnahmeseite zu stärken, eine Umverteilung von oben nach unten zu fordern und sich nicht den scheinbaren Sachzwängen leerer Kassen und der angeblichen Notwendigkeit einer Senkung der Lohnnebenkosten zu unterwerfen. Dazu gehört auch, Arbeitsbedingungen und Bezahlung der Beschäftigten im Gesundheitswesen, die heute schon Leidtragende verschiedener Kostendeckelungsprogramme sind, zu verbessern, statt Rationalisierungen zu propagieren in der Hoffnung, damit Rationierungen vermeiden zu können.

Wir wünschen, dass unsere Kritik einen wichtigen Beitrag zu einer offenen und breiten Diskussion in ver.di leistet und zur Klärung kontroverser Positionen und damit zur Stärkung unserer Kampagne gegen den Abbau der Solidarsysteme beiträgt.

Dr. Thomas Böhm
ver.di-Bezirksvorsitzender Stgt.

Bernd Riexinger
ver.di-Geschäftsführer Stgt.

Kritik

an der versuchten Neuausrichtung

der Gesundheitspolitik von ver.di

A) „Neues Kapitel in der Gesundheitsversorgung“ –
die Position zum Beitragssatzsicherungs-Gesetz

B) „Qualität und Effizienz“ –
die Position zur geplanten Strukturreform

1. *Einnahmeproblem oder Kostenproblem?*
2. *Zuviel Geld im System?*
3. *Fit durch Wettbewerb?*
4. *„Wettbewerb um Qualität“ – der Ausweg?*
5. *Die Wettbewerbsinstrumente und ihre Folgen*
6. *Vom Wettbewerb um Qualität zur Differenzierung
des Leistungsangebots und der Beiträge*
7. *Qualitätssicherung als Gegensteuerung?*
8. *Mehr Transparenz – Schein und Wirklichkeit*
9. *Der Patient als Kunde mit Marktübersicht?*
10. *Mehr Effizienz eine gewerkschaftliche Forderung?*
11. *EU-Recht als Falle für das Sozialsystem*

C) Gegen Wettbewerb – für den Ausbau des Solidarsystem

Die Unterzeichner kritisieren den Versuch, die Gesundheitspolitik von ver.di unter dem „Leitbild“ von „Qualität und Effizienz“ neu auszurichten. Durch dieses neue Leitbild wird die Organisation letztlich handlungs- und kampagnenunfähig und unterwirft die Interessen der Beschäftigten der parteipolitischen Unterstützung der SPD/Grünen-Bundesregierung.

Auch wenn dies nicht gewollt ist, führt eine solche Neuausrichtung zu einer Aushöhlung des Solidarsystems und dazu, dass innerhalb dieses Systems zunächst zunehmend marktwirtschaftliche Mechanismen und damit eine Zwei-Klassen-Medizin Raum greifen und in letzter Konsequenz dieses System selbst zur Disposition steht.

Damit ist sie letztlich nicht nur gegen die Interessen der Beschäftigten, sondern auch der Patienten gerichtet - zumindest was die große Masse der Patienten angeht. Sie ist kein Gegengewicht gegen die herrschenden neoliberalen Strömungen.

Die Problematik dieser versuchten Neuausrichtung der Gesundheitspolitik von ver.di lässt sich an verschiedenen Punkten nachweisen:

A) „Neues Kapitel in der Gesundheitsversorgung“ – die Position zum „Beitragssatzsicherungs-Gesetz“

In der offiziellen Stellungnahme von ver.di zu diesem Gesetzentwurf heißt es gleich im ersten Satz:

„Die Fraktionen von SPD und Bündnis 90 Die Grünen sehen die Gesetzentwürfe als erforderlich an, um die Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Ver.di begrüßt, dass dies ohne weitere Belastungen der Patientinnen und Patienten und der Versicherten geschehen soll“.

Diese Aussage ist schlicht falsch.

- Wie jede Budgetabsenkung bisher wird auch diese primär zu Sparmaßnahmen auf dem Rücken der Beschäftigten führen. Aufgrund des bereits

vollzogenen Personalabbaus lassen sich solche weiteren Personaleinsparungen nicht mehr kompensieren, sondern schlagen unmittelbar auf die Qualität der Versorgung und damit auf die Patienten durch.

Nicht anders verhält sich dies in vielen – zumindest in den kleineren – Arztpraxen. Selbst wenn man unterstellt, dass im niedergelassenen Bereich das geforderte Einsparvolumen über eine Reduzierung der Einkommen der niedergelassenen Ärzte – insbesondere derjenigen mit hohem Einkommen - aufgefangen werden könnte, bietet eine pauschale Absenkung von Budgets keinerlei Gewähr dafür, dass der Kleinunternehmer

„niedergelassener Arzt“ diese Einkommensreduzierung hinnimmt und sie nicht stattdessen an die Patienten und seine Beschäftigten weitergibt. Dies ist sogar die wesentlich wahrscheinlichere Variante, so dass auch hier mit Verschlechterungen sowohl für die Patienten als auch für das Personal zu rechnen ist.

Generell führt eine pauschale Reduzierung von Geldmitteln unter den Bedingungen der finanziellen Steuerung nicht dazu, dass diese Reduzierung durch „sinnvolle“ Maßnahmen oder durch Verzicht derjenigen, die es sich leisten können, kompensiert wird.

Im Gegenteil: unter Wettbewerbsbedingungen ist die logische Folge, dass die Sparmaßnahme nach unten durchgereicht wird mit der Folge, dass sowohl eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen als auch der Qualität der Versorgung eintritt. Finanzielle Steuerungsmechanismen sind grundsätzlich blind gegen Qualität und dürfen von ver.di nicht unterstützt werden.

- Auch die Reduzierung des Sterbegeldes (Einsparsumme 350 - 380 Mio.) ist eine konkrete Verschlechterung für die betroffenen Menschen und reiht sich ein in viele andere Maßnahmen der Umverteilung von unten nach oben – unabhängig davon, ob man der Meinung ist, dass Sterbegeld zum Leistungskatalog der GKV gehören soll oder nicht.

Statt die verstärkte finanzielle Inanspruchnahme der Arbeitgeber und der Reichen zu fordern, wird auch von ver.di

eine Nullrunde propagiert und zusätzlich erneute Verschiebeparkplätze im Zusammenhang mit dem Hartz-Konzept akzeptiert.

Die Tolerierung dieser Nullrunde ist auch ein direkter Angriff auf die Kampffähigkeit der Beschäftigten und macht sie wehrlos gegen die Argumentation der Arbeitgeber, dass angesichts von „leeren Kassen“ Lohnerhöhungen und überhaupt die Interessenvertretung von Beschäftigten nicht in die „Landschaft“ passen.

Begründet wird die Tolerierung des Vorschaltgesetzes damit, dass die Nullrunde bei sofortiger **Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups = Fallpauschalen)** vermieden werden könnte und dass sich durch die Beteiligung der Krankenhäuser an den **DMP (Disease-Management-Programme = Chronikerprogramme)** ungeahnte neue Einnahmequellen auftun würden. Beide Argumente sind falsch:

1. Es geht nicht nur um die Reduzierung des „BAT-Ausgleichs“ von 0,81 % auf 0 % sondern um die unerträgliche Wirkung der BAT-Schere als Ganzes. Es wäre also viel mehr notwendig gewesen, insgesamt für eine Aufhebung dieser BAT-Schere zu mobilisieren, anstatt sich damit zufrieden zu geben, dass einige Krankenhäuser doch in den Genuss einer 0,81%igen Erhöhung ihrer Budgets kommen.
2. Die Erhöhung des Drucks auf die Krankenhäuser, nun doch noch ab 01.01.2003 völlig überhastet DRGs einzuführen, hat ausschließlich negative Auswirkungen:

- Es wird für die Beschäftigten ein ungeheuer hoher Arbeits- und Zeitdruck produziert, um dieses Unterfangen doch noch zu realisieren.
- Eine überhastete Einführung wird durch schlechte Kodierqualität gravierende Langzeitauswirkungen haben, die die Budgets einzelner Krankenhäuser dauerhaft gefährden.
- Es werden die Krankenhäuser belohnt, die sich am schnellsten und eifrigsten marktwirtschaftlichen Mechanismen unterwerfen. Dies ist besonders negativ zu bewerten, weil bereits jetzt klar ist, dass insbesondere Krankenhäuser, die schwere Fälle behandeln und öffentliche Krankenhäuser die klaren Verlierer dieser DRGs sind. Krankenhäuser hingegen, die bereits jetzt eine Patientenselektion betreiben oder sich auf lukrative Standard- und Wahleingriffe beschränken und insbesondere Privatkliniken werden zu den Gewinnern gehören. (näheres zur Kritik von DRGs siehe S. 12)

3. Der Hinweis auf die **Disease-Management-Programme (DMP)** ist ein vollständig ungedeckter Wechsel auf die Zukunft.

- Noch ist nicht abzusehen, wann die Herz-Kreislauf-Leitlinie überhaupt vorliegt und wie viel Pati-

enten sich im nächsten Jahr in diese Leitlinie einschreiben.

- Zusätzlich ist damit zu rechnen, dass der niedergelassene Bereich mit allen Mitteln versuchen wird zu verhindern, dass Krankenhäuser konkret in die Behandlung einbezogen werden.
- Nicht bedacht wird dabei auch, dass die Neueinführung solcher Angebote in den Krankenhäusern auch zu einem deutlich erhöhten Aufwand (sächlicher und personeller Art) führt, bei dem noch vollständig unklar ist, ob die zusätzlichen Einnahmen (soweit es überhaupt solche gibt) hierfür ausreichen.

Angesichts dieser Fakten ist nicht zu erwarten, dass die zusätzlichen Einnahmen im Bereich DMP zum Ausgleich der Ausfälle durch die Nullrunde führen würden.

Insgesamt ist es Ausdruck einer falschen Orientierung, dass ver.di angesichts eines solchen Spargesetzes, das sich gegen Patienten und Beschäftigte wendet, nicht dagegen mobilisiert, sondern sogar in einem Flugblatt dieses Vorschaltgesetz als

„Neues Kapitel in der Gesundheitsversorgung!“ (infopost Krankenhäuser 11/02).

bejubelt.

B) „Qualität und Effizienz“ – die Position zur geplanten Strukturreform

Der Versuch der Neuausrichtung der gesundheitspolitischen Position von ver.di und ihre Schädlichkeit lässt sich besonders im Bezug auf die geplante Strukturreform der Bundesregierung und die hierzu eingenommenen Positionen nachweisen.

Unter dem Schlagwort „**Qualität und Effizienz**“ (siehe die gleichnamige Broschüre, die offiziell eine „Streitschrift von F. Bsirske, K.W. Lauterbach u.a. ist) bzw. „**Wettbewerb um Qualität**“ wird diese politische Neuausrichtung inszeniert.

1. **Einnahmeproblem oder Kostenproblem?**

Die Tatsache, dass es sich bei den Konflikten im Gesundheitswesen in erheblichem Umfang um ein Einnahme- und Finanzierungsproblem handelt, wird neuerdings vollständig negiert. Man stimmt vielmehr in den Chor derjenigen ein, die von einem Kostenproblem ausgehen.

Es wird einseitig auf Steigerung der Effizienz, sprich Reduzierung von Kosten, und die Umverteilung von vorhandenen Mitteln gesetzt (wobei unklar ist, ob es zu einer solchen Umverteilung überhaupt kommt, da wie bereits oben ausgeführt ein finanzielles Steuerungssystem nicht sinnvoll und bedarfsgerecht reagiert, sondern gewinnoptimiert).

Es wird einseitig die Überversorgung und Verschwendung von Geldern ins Visier genommen, ohne zu sehen, dass die Un-

tersversorgung eines großen Teils der Bevölkerung und die Rationierung von Leistungen ein immer größeres Problem darstellt.

Es wird geleugnet, dass es um knallharte Interessensgegensätze geht. Angeblich verlaufen die Fronten zwischen guten und schlechten Leistungsanbietern. Anscheinend nicht mehr zwischen Arbeitnehmern (die den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung, die sich am medizinischen Bedarf orientiert, zu bezahlbaren Bedingungen und mit akzeptablen Arbeitsbedingungen in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen wollen) auf der einen Seite und den Arbeitgebern (die in einem möglichst offenen Markt, den sie am besten nicht selbst finanzieren müssen, viel Geld verdienen wollen).

Statt dessen bezieht man sich kritiklos auf die Mär von den Herausforderungen

„zunehmender Multimorbidität der Bevölkerung, gekoppelt mit einer steigenden Lebenserwartung und medizinischen Fortschritt“ (Broschüre S. 5).

Ein Schreckensszenario, obwohl von Studien widerlegt, das bisher hauptsächlich von denjenigen nachhaltig vertreten wurde, die damit einschneidende Strukturveränderungen im Gesundheitswesen in Richtung mehr Markt erzwingen wollen.

2. *Zuviel Geld im System?*

Dass hierbei ein völlig falsches Verständnis von der Wirklichkeit der Beschäftigten im Gesundheitswesen vorliegt, zeigt sich unter anderem an folgenden Zitaten:

„15 Milliarden zuviel im System.“ (ver.di-news 15/02),

„Dabei geht es um Rationalisierung nicht um Rationierung von Leistungen.“ (ver.di-news 14/02)

Beide Aussagen sind inakzeptabel:

- Auch wenn es richtig ist, dass es Überversorgung und Verschwendung innerhalb dieses Systems gibt, bestehen aber mindestens genauso viele Defizite und Unterversorgung. Ob die Bilanz finanziell gesehen insgesamt positiv ist (also mehr verschwendete Mittel durch Überversorgung als fehlende Mittel zur Behebung von Unterversorgung), kann mit Fug und Recht bezweifelt werden - zumindest liegen hierfür keinerlei Daten vor.

Jedenfalls ist es kurzschlüssig zu behaupten, dass das Vorliegen von Überversorgung gleichzeitig auch bedeuten würde, dass zuviel Geld im System ist. Und es widerspricht allen Erfahrungen, dass die schlichte Reduzierung der Geldmittel automatisch zu einer richtigen Zuordnung – also zum Ausgleich der Über- und Unterversorgung führen würde (näheres siehe unten).

Weiter ist einzuwenden, dass die angebotenen Instrumente (Qualitätswettbewerb - näheres s.u.), um die gewünschte Umverteilung von Mitteln

zu erreichen, nicht geeignet sind, um einen Ausgleich zwischen Unter- und Überversorgung herzustellen. Wettbewerbsmechanismen werden alle Widersprüche, die bereits jetzt im System vorhanden sind, noch verschärfen.

- Angesichts der bereits jetzt bestehenden katastrophalen Arbeitsbedingungen der meisten Beschäftigten im Gesundheitswesen undifferenziert weitere Rationalisierungen zu fordern, hat nichts mehr mit einer gewerkschaftlichen Interessensvertretung zu tun.

3. *Fit durch Wettbewerb?*

Die „neue Politik“ wird damit begründet, dass es gelte, die von Seiten der Arbeitgeber und CDU/CSU/FDP geplante Zerschlagung des Solidarsystems zu verhindern. Aus diesem Grund sei es notwendig, zum einen die SPD-Linie zu unterstützen und zum anderen das Solidarsystem durch Wettbewerbselemente quasi fit zu machen, um es vor diesen Angriffen zu schützen. Beide Argumentationsketten sind falsch:

- Ein Frontalangriff auf das Solidarsystem wäre im Moment politisch (noch) nicht oder nur sehr schwer durchsetzbar, auch wenn er schon lange ideologisch vorbereitet wird. Das Solidarsystem hat immer noch eine zu große Unterstützung in der Bevölkerung. Diese Unterstützung geht aufgrund der bisher schon stattgehabten Aushöhlungen des Solidarsystems zwar zurück, ist aber immer noch sehr konstant hoch.

Die viel größere Gefahr geht im Moment von einer Strategie aus, die dieses Solidarsystem von innen heraus weiter aushöhlt, in dem seine Leistungen verschlechtert (schlechtere Versorgung, Zuzahlungen, Verweigerung von Leistungen, hohe Beiträge durch Entzug von Mitteln aus dem System usw.) und gleichzeitig marktwirtschaftliche Mechanismen als bessere Alternative propagiert werden. Wenn immer mehr finanzielle Beschränkungen erfolgen, wenn die gleichen Zugangsmöglichkeiten zum System reduziert werden, und wenn die Versorgung selbst immer ungleicher wird, dann wird damit das Vertrauen der Bevölkerung in das Solidarsystem zerrüttet und der Ruf nach einem grundlegenden Wandel wird scheinbar plausibel.

- Marktwirtschaftliche Mechanismen und Solidarität schließen sich aus. Das eine baut auf Konkurrenz und auf die Erzeugung von Gewinnern und Verlierern. Das andere darauf, dass es keine Verlierer gibt. Marktwirtschaftliche Mechanismen machen das Solidarsystem nicht fit, sondern untergraben es, indem sie Ungleichheiten fördern.

4. *Qualitätswettbewerb als Ausweg?*

Der „Wettbewerb um Qualität“ ist eine Schimäre - es gibt ihn nicht, genau so wenig wie den „solidarischen Wettbewerb“.

In einem finanziell gesteuerten System ist jeder Wettbewerb letztlich auch ein finanzieller Wettbewerb, der um Kosten, Preisvorteile und um Marktanteile geht und der

letztlich bei den Verlierern dazu führt, dass sie vom Markt verschwinden. Dies kann im Interesse der Versorgung der Patienten nicht gewollt sein, weil damit in der Konsequenz eine Bedarfsplanung unmöglich wird.

Dass die „Erfinder“ dieser „neuen“ Form von Wettbewerb damit nicht wirklich einen Wettbewerb ausschließlich um Qualität meinen, sondern einen ganz normalen Preiswettbewerb, zeigt sich auch daran, dass in den diversen anderen Verlautbarungen des Beraters der Gesundheitsministerin (und jetzt offensichtlich auch von ver.di), Prof. Lauterbach, immer wieder mit ähnlichen, aber in ihrer Bedeutung letztlich sehr unterschiedlichen Begriffen gearbeitet wird.

Ist die ver.di-taugliche Variante der

„*Wettbewerb um Qualität*“ (Broschüre, S.4),

so heißt es in anderen Veröffentlichungen

„*Wettbewerb um Effizienz und Qualität*“

oder

„*Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität*“

oder

„*qualitätsorientierter Wettbewerb*“ (alle 3 Zitate aus Lauterbach u.a. in „Reformen für die Zukunft, Eckpunkte einer neuen Gesundheitsreform“ April 02)

oder

„*Wettbewerb um Qualität und Preis*“ (Glaeske, Lauterbach, Rürup, Wasem in „Experten mahnen eine durchgreifende Reform des Gesundheitswesens an“).

Am Ende steht dann

„Wir wollen eine Stärkung des Wettbewerbs“ (U. Schmidt bei der Begründung des Vorschaltgesetzes im Bundestag)

oder

„Der ökonomische Marktmechanismus muss die Qualität der medizinischen Versorgung steigern und sichern.“ (Lauterbach in „führen und wirtschaften“ 5/02)

Mit der letzten Formulierung („Qualität durch Wettbewerb“) wird die erste („Wettbewerb um Qualität“) in ihr Gegenteil verkehrt.

Aus der Metamorphose der Formulierungen und der sehr unterschiedlichen Couleur der Mitstreiter von K.W. Lauterbach wird klar, dass letztlich an nichts anderes gedacht ist, als daran, gewisse Rahmenbedingungen zu setzen und dann einen ganz normalen (Gesundheits-)Markt zuzulassen, in dem sowohl die Anbieter (Krankenhäuser, Niedergelassene) als auch die Käufer (Krankenkassen) nach gewinnorientierten Gesichtspunkten agieren. Die Patienten nehmen in diesem Szenario quasi die Rolle des Werkstückes („Patientengut“) für die Profitinteressen bzw. Überlebensstrategien der einzelnen Marktteilnehmer ein.

Für die Frage der Bewertung einer solchen Strategie ist es unerheblich, ob man davon ausgeht, dass ihre Befürworter tatsächlich glauben, dass ein solcher „Wettbewerb um Qualität“ funktionieren könnte: Ökonomische Gesetzmäßigkeiten wirken unabhängig vom Willen der Menschen oder wie Marx bereits erkannte: *„Im Widerstreit zwischen der Wirklichkeit und der Idee blamiert sich im Zweifelsfall immer die Idee“.*

5. Die Wettbewerbsinstrumente und ihre Folgen

Die wesentlichen Elemente dieser marktwirtschaftlichen Umgestaltung des Gesundheitswesens sind:

- die Ermöglichung des Mitgliederwechsels unter den Krankenkassen,
- die Einführung eines Preissystems für die Krankenhäuser (DRGs),
- die Einführung eines Preissystems für den niedergelassenen Bereich (DMPs und Fallpauschalen),
- das Einkaufsmodell für die Krankenkassen.

Kassenwechsel - Jagd nach Gesunden

Die verheerenden Wirkungen dieses marktwirtschaftlichen Ansatzes haben sich bereits gezeigt. Bei den Krankenkassen gibt es seither die Jagd nach den Jungen und Gesunden, der krampfhaft mit immer neuen Varianten des Risikostrukturausgleichs gegengesteuert wird, anstatt grundsätzlich eine andere Richtung einzuschlagen. Ganze - eigens gegründete - Abteilungen beschäftigten sich mit der Frage, wie man den „Konkurrenz“-kassen lukrative „Kunden“ abjagen kann. Marketing und Werbebroschüren werden zunehmend wichtiger, eine wirkliche Beratung über eine bestmögliche Versorgung gerät immer mehr aus dem Blick. Um nicht falsch verstanden zu werden: die Einschränkung von Konkurrenz und Wettbewerb durch eine Einbeziehung von Morbiditätsdaten in den RSA ist die richtige

Richtung, sie wurde aber nur notwendig, weil vorher dem Paradigma „durch Wettbewerb wird alles besser“ gehuldigt wurde.

DRGs – oder der „gesunde Fallmix“

Bei den DRGs sind die ersten Folgen zwischenzeitlich bereits wissenschaftlich untersucht (z.B. M. Simon, „Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen“) und werden mit der Ausbreitung des Systems in der Praxis für jedermann erkennbar werden und die vorhersehbaren negativen Wirkungen haben.

Die DRGs als Preissystem sind abzulehnen, da sie einen finanziellen Anreiz zur Patientenselektion setzen - dazu, Patienten zu behandeln, bei denen berechenbar ist, dass die Kosten unter dem zu erzielenden Preis liegen. Dies sind in der Regel Reiche, Junge, Gesunde, besser Ausgebildete und sozial Bessergestellte. Diejenigen, die eine bessere Versorgung hingegen bitter notwendig hätten, werden tendenziell durch den Rost fallen, d.h., den Weg auf die Warteliste oder in die Billigmedizin gehen müssen.

Damit verstärken sie alle Tendenzen zu Unter- Über- und Fehlversorgung, anstatt sie abzubauen.

Bereits jetzt ist erkennbar, dass (kommunale) Krankenhäuser der Maximalversorgung, die bisher die Hauptlast der Versorgung von Schwerkranken tragen, die Verlierer der DRGs sein werden, und Privatkliniken mit einem ausgewählten und kalkulierbaren Behandlungsspektrum (Wahleingriffe) die Gewinner.

Die Selektion wird also nicht nur in diese Richtung (Vermeidung von schlechten Risiken) gehen. Umgekehrt werden – wie in jedem Marktsystem – die Patienten und die Behandlungsformen Konjunktur haben, bei denen ein Gewinn zu machen ist.

Damit wird einerseits ein finanzieller Anreiz gesetzt, möglichst nur leichte und ökonomisch überschaubare Fälle zu behandeln und andererseits möglichst viele, auch unnötige Behandlungen durchzuführen, wenn sie sich nur rechnen. (Beides wirkt sich als Nebenprodukt positiv auf die Komplikationsrate aus und verspricht damit Vorteile bei der Qualitätsprüfung).

Es wird also mit Sicherheit bei lukrativen Behandlungspfaden (DRGs) zu einer medizinisch nicht zu rechtfertigenden Mengenausweitung und damit zum genauen Gegenteil von „Qualität und Effizienz“ kommen.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass eine um so höhere Vergütung erzielt werden kann, je kränker die Patienten zumindest bei der Verschlüsselung sind. Bereits jetzt wird bei den Schulungen zur Vorbereitung der DRG-Einführung in den Krankenhäusern darauf geachtet, dass möglichst jede Chance genutzt wird, mittels der Codierung den maximalen Schweregrad und damit die höchste Vergütung zu erreichen.

Grundsätzlich beinhaltet jedes Fallpauschalen-/Preissystem (wie die DRGs) zusätzlich eine massive Tendenz zu Unterversorgung und Rationierung von Leistungen in jedem Einzelfall, weil der Gewinn pro Fall dadurch maximiert werden kann, dass die verordneten/durchgeführten

Leistungen und damit die Kosten minimiert werden.

In der Konsequenz werden die DRGs auch dazu führen, dass Patienten viel zu früh entlassen und bei fehlenden ambulanten Versorgungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichend versorgt werden. Die sozial betreuenden Funktionen des Krankenhauses werden weitestgehend eliminiert. Den Familien werden zusätzliche Belastungen bei der Pflege/Versorgung aufgebürdet.

Da sich jedes Krankenhaus – bei Strafe des Untergangs - überlegen muss, auf welche Fälle es sich unter ökonomischen Aspekten spezialisieren soll, wird es zu Lücken in der flächendeckenden Versorgung kommen.

Nicht zuletzt ist eine Paradigmenwechsel der Werte bei der Behandlung und Pflege von Patienten zu erwarten. Ökonomische Betrachtungsweisen der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von Behandlungen (insbesondere in teuren Grenzfällen oder bei alten und unheilbar Kranken) werden immer mehr an Bedeutung gewinnen und eine Medizin verdrängen, in deren Mittelpunkt der einzelne Mensch und sein Wohl steht. Die Schere im Kopf der Behandler wird Humanität nur als Restgröße einer betriebswirtschaftlichen Betrachtungsweise und seiner „Sachzwänge“ zulassen.

DMPs – Preise für ambulante Patienten

Auch die DMPs (**Disease-Management-Programme = Chronikerprogramme**) sind in der Konsequenz nichts anderes als ein solches Preissystem, das im ambulanten Bereich, zu den selben Folgen wie die DRGs im stationären Bereich führen wird.

Auch wenn die DMPs - quasi als „niederschwelliges Angebot“ oder noch klarer gesagt als „Einstiegsdroge“ - im Moment noch für die Patienten freiwillig sind und keinerlei finanzielle Auswirkungen haben (außer Mehreinnahmen für die jeweilig anbietenden Kassen), so ist dieses System letztlich nicht vorstellbar (und von seinen Förderern auch nicht anders gedacht) ohne ein Bonus-/Malussystem, in dem Patienten dafür belohnt/bestraft werden, wenn sie sich in DMPs einschreiben bzw. nicht einschreiben.

Auch hier ist es am besten, wieder Lauterbach und die Bundesregierung zu Wort kommen zu lassen:

„Die mit einem solchen Modell einhergehenden Effizienzgewinne durch Vermeidung von Fehl- und Überversorgung können an den Versicherten weitergegeben werden.“ (Lauterbach in der FR vom 20.11.02)

„Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit Anreiz- und Bonussysteme zu etablieren.“ (Koalitionsvertrag)

Es ist dann nur noch ein Schritt zu DMPs für unterschiedliche Zielgruppen, die auch unterschiedlich kosten. In Wettbewerbs- und Konkurrenzlogik gedacht: Warum soll man genau so viel zahlen, wenn man etwas mehr für seine Gesundheit tut, wie ein anderer, der nichts tut? Warum soll man nicht für Patienten mit „höherem Sicherheitsbedürfnis“ DMPs mit mehr Leistungen anbieten?

Auch in Bezug auf die Ärzte ist es dann nur logisch und „gerecht“, sie entsprechend zu belohnen, wenn sie die in den Leitlinien festgelegten Ziele erreichen

bzw. sie finanziell zu bestrafen, wenn nicht.

Der „gute Kunde“ in diesem System ist dann der, bei dem wahrscheinlich ist, dass bestimmte Behandlungsziele (z. B. Umstellung der Lebensweise) leichter erreicht werden bzw. der Aufwand hierfür niedriger ist. Also ebenfalls wieder derjenige, der nicht so schwer krank ist, der einen höheren Bildungs- und Sozialstatus hat. Auch hier ist also wieder die Selektion gerade der Patienten mit der geringsten Selbsthilfefähigkeit angelegt.

Für den Patienten resultiert aus den DMPs sowohl eine Einschränkung der freien Arztwahl als auch eine Reduzierung der individuellen Therapiemöglichkeiten und der Auswahl solcher Therapiemöglichkeiten. Die negativen Auswirkungen sind anhand des entsprechenden amerikanischen Systems („Managed-Care“) ausreichend untersucht (siehe z.B. H. Kühn „managed care“, „Healthismus“).

Ebenfalls in der Logik dieses Systems liegt es dann, die Vergütung für die Behandlung von Patienten in DMPs zu pauschalisieren (siehe USA). Letztlich sind die DMPs dann ebenfalls nichts anderes als die Fallpauschalensysteme im Krankenhaus (DRGs) und im Hausarztbereich.

Ökonomisch notwendige Konsequenz ist, dass jeder niedergelassene Arzt versuchen wird zu erreichen, dass er mit seinen Kosten unter dem festgelegten Preis bleibt, was einen deutlichen Anreiz zur Unterversorgung setzt. Sollte zusätzlich eine ergebnisabhängige Bezahlung (als „Qualitätsanreiz“) implementiert werden (höhere Bezahlung bei Zielerreichung), wird dies ebenfalls zu einer Patientense-

lektion führen, da aus vielen Studien bekannt ist, dass Patienten aus Mittel- und Oberschichten eher in der Lage sind, auf Lebensstil verändernde Schulungen und Aufklärungen positiv zu reagieren.

Einkaufsmodell – die große Freiheit

Zur Abrundung braucht ein solches System, das den marktwirtschaftlichen Wettbewerb über alles stellt, dann noch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs der Krankenkassen und das Recht der Krankenkassen, mit einzelnen Leistungsanbietern Verträge abzuschließen (Einkaufsmodell).

Auch diese Konsequenz ist in der ver.di Broschüre „Qualität und Effizienz“ nur angedeutet:

„Die Krankenkassen sollten die Möglichkeit erhalten in klar definierten Fällen von minderer Qualität, die Verträge mit Einrichtungen, Abteilungen oder Vertragsärzten an entsprechende Auflagen zu binden oder diese zu verweigern.“ (S.19)

Mit einem solchen „Vertragsverweigerungsrecht“ unter klar definierten Bedingungen und Verfahrensregeln könnte man sich einverstanden erklären, wenn die Kriterien und das Verfahren für einen solchen Schritt klar definiert würden. Offensichtlich ist aber auch hier an mehr gedacht.

An anderer Stelle in der Broschüre heißt es:

„Den Krankenkassen muss es erlaubt werden, mit qualitätsorientierten Leistungserbringern bei speziellen Leistungen durch ergänzende Verträge bevorzugt zusammenzuarbeiten, ohne dass sie gleich-

zeitig kollektive Verträge mit Anbietern schlechterer Qualität schließen müssen.“ (S.10)

Im ursprünglichen Papier, das der Broschüre zugrunde liegt, veröffentlicht in der Frankfurter Rundschau, hieß es noch:

„Wenn den Krankenkassen eine flexible Kontrahierung ermöglicht wird, ist eine Bevorzugung von effizienten Leistungserbringern, die gute Qualität anbieten möglich“,

und

„Mehr Vertragsfreiheit für Krankenkassen: Durch die Einführung von Qualitätsmerkmalen als Vertragsbestandteil kann ein Qualitätswettbewerb initiiert werden.“

In anderen Zusammenhängen äußert sich zumindest einer der Hauptakteure wesentlich deutlicher:

„Künftig müssen Krankenkassen und Anbieter freie Verträge im Rahmen der qualitätsorientierten Versorgung schließen können.“ (Lauterbach in „Reformen für die Zukunft“, April 02)

oder

„Zu einer solidarischen Wettbewerbsordnung gehören: (...) Ein Fortfall des Kontrahierungszwangs gegenüber Leistungserbringern und Krankenkassen“ (G. Glaeske, K. W. Lauterbach, B. Rürup und J. Wasem in „Experten mahnen eine durchgreifende Reform des Gesundheitswesens an“).

Auch die Bundesregierung ist schon einen Schritt weiter:

„Die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und die Krankenkassen werden in die Lage versetzt, neben den notwendigen kollektiven Verträgen Einzelverträge

mit festgelegten Qualitätsniveaus abzuschließen. Der Kontrahierungszwang wird modifiziert.“ (Koalitionsvereinbarung)

Selbst wenn das volle Einkaufsmodell nicht schon mit der nächsten „Reform“ kommt, führt die innere Logik des Marktverhaltens in kürzester Zeit hierzu. Unter marktwirtschaftlichen Bedingungen ist es selbstredend nicht mehr zu rechtfertigen, dass man gezwungen wird, mit „unwirtschaftlichen“ Anbietern Verträge zu schließen.

Wenn der Leistungskatalog als solcher feststeht, was sonst als der Preis für eine bestimmte Qualität und Quantität von Leistungen soll Gegenstand der „freien Verträge“ sein?

Selbst wenn man einmal unterstellt, dass die Angebote dieselbe Qualität hätten, gibt dieses Einkaufsmodell den Kassen die Möglichkeit, einen gnadenlosen Preiswettbewerb um das billigste Angebot durchzusetzen, in dem einfach darauf verwiesen wird, dass es billigere Anbieter gibt und Preisabschläge verlangt werden.

Viel wahrscheinlicher als die Vorstellung, dass alle dieselbe Qualität zu unterschiedlichen Preisen anbieten (entsprechend ihrer angeblich unterschiedlichen Effizienz), ist aber eine Entwicklung, bei der sich eben unterschiedliche Preise für unterschiedliche Qualität herausbilden.

Schlechtere Anbieter verlören ihre Existenzgrundlage bzw. es würden ihnen so viele finanzielle Mittel entzogen, dass ihnen der Weg versperrt wäre, ihre Qualität zu verbessern. Ihnen bliebe nur übrig Kosten zu senken, um so eine Chance zu

erhalten, doch noch einen Vertrag zu bekommen. Im personalintensiven Dienstleistungsbereich geht dies faktisch nur über eine Reduzierung der Personalkosten, auch wenn dies zusätzlich die Qualität absenkt. Für Anbieter, die unter dem Qualitätsdurchschnitt liegen, würde so eine Spirale in Gang gesetzt, der kaum zu entrinnen ist.

Ergebnis wäre also einerseits, dass Krankenhäuser unter einer bestimmten Qualität verschwinden oder sich nur noch halten können, wenn sie billiger als andere anbieten, mit allen Konsequenzen für die wirkliche Qualität der Versorgung und für die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen der Beschäftigten.

Aber auch bei den „Besseren“ würde eine Differenzierung einsetzen, die letztlich wieder über den Preis ausgetragen würde.

Die Gewinner, Leistungsanbieter mit anerkannt guter Qualität, erhielten zusätzliche Mittel, die deren Gewinne steigen ließen, aber auch dem Versorgungssystem als Ganzem damit entzogen würden. Unter den einzelnen Krankenkassen würde ein Wettbewerb um (teure) Spezialverträge mit diesen Leistungsanbietern beginnen.

Die Patienten würden natürlich ihre Behandlung nur noch bei den anerkannt guten Leistungserbringern durchführen lassen wollen. Wegen des hohen Andrangs müsste dies aber zu langen Wartelisten führen, was in sich schon ein Qualitätsmangel ist.

Folge wäre, dass die „guten“ Leistungsanbieter schon deswegen Patientenselektion betreiben müssten. Wer würde sie davon abhalten können, diese Patientenselekti-

on zu ihrem größten wirtschaftlichen Nutzen durchzuführen?

Wichtig wäre auch darauf zu achten, dass keine „schlechten Risiken“ ins Krankenhaus drängen und den „guten“ Qualitätschnitt verschlechtern.

Das Einkaufsmodell für die Kassen und die damit verbundene finanzielle Steuerung würde also zwangsläufig zu einer Selektion von „schlechten Risiken“ führen. „Unlucrative Patienten“ würden aber offiziell nicht deswegen abgewiesen, weil sie unlukrativ sind, sondern weil eben nicht genügend Kapazitäten vorhanden sind.

Solche Patienten würden die Wahl haben, ob sie noch in der Warteschlange für gute Qualität bleiben, oder vielleicht doch die bekannt schlechtere Qualität hinnehmen, dann aber schneller und mit geringeren Kosten für die Krankenkassen behandelt würden. Denn wenn ein Mangel an qualitativ guten Leistungsanbietern besteht, ist es für die Krankenkassen akzeptabler, Verträge mit Anbietern geringerer Qualität abzuschließen, als kein zusätzliches Angebot zu haben. Die „Vertragsfreiheit“ für Krankenkassen macht es möglich, auch dieses Angebot zu Marktpreisen einzukaufen.

Anstatt demjenigen mit der höheren Effizienz wird derjenige der „Bessere“ im Wettbewerb sein, der die geschicktere Patientenselektion durchführt und damit Kosten spart oder sich auf lukrative Behandlungsangebote spezialisiert.

Die Krankenhäuser und die anderen Leistungsanbieter würden sich schnell an die neue Lage anpassen. Getrieben von den Ketten der Privatkrankenhäuser, die eine

solche Entwicklung seit Jahren forcieren, müsste jedes Haus seine Effizienz erhöhen, indem es dadurch für einen besseren „outcome“ sorgt, dass der „income“ etwas vorsortiert wird – oder es würde „eben vom Markt verschwinden“ (R. Schwarz, Geschäftsführer der Sana-GmbH)

Neben allen anderen Wirkungen käme es zu einer deutlichen Verschlechterung der flächendeckenden Versorgung. Für die Patienten wäre eine Folge, dass sie sich entweder in die langen Warteschlangen vor den „Besseren“ einreihen, oder aber eine schlechtere, dafür aber schnellere, Versorgung in Kauf nehmen.

Es ist unschwer erkennbar, dass es in diesem geplanten Wettbewerbssystem schnell vorbei ist mit der freien Wahl der besten Qualität. Es wird sehr deutlich, dass Wettbewerb, sobald finanzielle Anreize oder Sanktionen wirken, immer ein ökonomischer Wettbewerb ist, der unterschiedliche Qualitätsangebote zu unterschiedlichen Preisen produziert und auf der anderen Seite unterschiedlich kaufkräftige Patienten, die dann eine unterschiedlich gute Versorgung erhalten.

6. Vom Qualitätswettbewerb zur Differenzierung des Leistungsangebots und der Beiträge

Dies wären aber nur die ersten Konsequenzen. Keinem Patienten wäre auf Dauer erklärbar, warum er für den selben Krankenkassenbeitrag unterschiedlich Qualität erhalten soll. Auch hier ist also die – quasi automatische – Folge, dass es zu unterschiedlichen Kassenbeiträgen für

unterschiedliche Versorgungsstufen kommen würde. Wer etwas mehr hat, kann sich dann halt auch etwas mehr Gesundheit kaufen. Man hört förmlich schon die Beschwörungsformeln der Neoliberalen: *„Schluss mit der ewigen Gleichmacherei, stärkere Berücksichtigung der Individualität der Menschen! Arme und Ungebildete wissen doch gar nicht, was sie mit so viel Gesundheit anfangen sollen – und im übrigen sind sie eh selber schuld“*

Das wäre dann auch das Ende des einheitlichen Leistungskatalogs, der vorher ja noch als *„Ordnungsrahmen im Wettbewerb“* vorausgesetzt wurde. Und es wäre das Ende eines solidarischen Gesundheitswesens.

Den Arbeitgebern wäre es dann selbstverständlich nur noch zumutbar, den Mindestbeitrag für die niedrigste Versorgungsstufe mitzufinanzieren (wenn überhaupt). So hätte die paritätische Finanzierung ebenfalls ihr „natürliches“ marktwirtschaftliches Ende gefunden.

Es soll uns keiner erzählen, dass Gesundheitsökonomien solche Zusammenhänge und Mechanismen nicht kennen, dass sie also wirklich glauben, man könne den Weg des Wettbewerbs beschreiten, ohne seine notwendigen Folgen zeitigen zu müssen.

7. Qualitätssicherung als Gegensteuerung?

Doch halt, rufen da unsere Gesundheitsökonomien vereint mit diversen Gewerkschaftsvertretern: *„Ihr vergesst die heilende Wirkung von Transparenz und Qualitätssicherung!“*

Wir befürchten, dass auch diese Karte nicht sticht.

Kein Krankenhaus wird in einem solchen Überlebenskampf zugeben, dass seine Qualität schlechter ist, weswegen schon deshalb zu erwarten ist, dass die Qualitätsprüfungen alle zu hochwertigen Ergebnissen führen.

Auch jetzt schon ist dies sattsam bekannt. Alle Sparmaßnahmen der letzten Jahre wurden jeweils im Vorfeld ihres Beschlusses durch das Parlament von Krankenhausgesellschaften und Managern - zurecht - als massive Gefährdung der Qualität der Patientenversorgung bewertet. Kaum waren sie Gesetz, wurden die entsprechenden Personalstreichungen und Verschlechterungen des Versorgungsangebotes durchgeführt. Gleichzeitig beeilten sich aber sämtliche Manager und Krankenhausträger zu versichern, dass dies alles selbstverständlich ohne jegliche Qualitätseinbuße vonstatten gegangen sei. Wer gefährdet schon freiwillig seine Position im Wettbewerb dadurch, dass er eingesteht, dass unter Sparmaßnahmen die Qualität leidet. Entsprechendes ist auch in Zukunft zu erwarten.

„Qualitätsmanagement“, als angeblich dem Wettbewerb gegensteuerndes Element, ist in Wirklichkeit darauf ausgerichtet, interne Prozesse zu optimieren, also ebenfalls Rationalisierungsmaßnahmen einzuleiten oder dem Marketing nach außen zu dienen und damit mehr auf Kundenzufriedenheit, als auf echten Qualitätszuwachs zu setzen.

Qualität als ganzheitliche Eigenschaft von Dingen oder Tätigkeiten ist per Definition nicht messbar. Um also überhaupt etwas

messen zu können, muss Qualität in Einzelaspekte eines Produkts oder einer Dienstleistung aufgeteilt werden. Nur diese Einzelaspekte werden dann - jeweils für sich genommen - gemessen. Verglichen wird eine Eigenschaft (oder einige) unter Ausschluss aller anderen. Nur alle zusammen machen aber eigentlich „Qualität“ aus.

Bei Dienstleistungen ist eine Messung nochmals schwieriger als bei einem „toten“ Produkt. Für Dienstleistungsqualität fehlt weithin ein geeigneter Bewertungsmaßstab. Die Qualität der Leistung eines Arztes oder einer Krankenschwester kann ja nicht nach deren Arbeitsergebnis pro Zeiteinheit beurteilt werden. Sie lässt sich nicht durch Zählen, Wiegen oder Messen definieren. Ihre wesentliche qualitative Eigenschaft ist die Kompetenz der Zuwendung bzw. Behandlung.

Sie lässt sich auch nicht einfach am Erfolg der Behandlung festmachen, da immer eine Interaktion zwischen Behandler und Behandelten besteht. Die Patienten sind immer Co-Produzenten des Erfolges oder Misserfolges.

Wer all diese Probleme negiert und behauptet, Qualitätsvergleiche über Behandlungskennzahlen würden die Qualität einer Dienstleistung widerspiegeln bzw. könnten sie gewährleisten, irrt und findet sich rasch bei „Hitlisten der besten Ärzte“ à la Spiegel und Focus - also beim Marketing.

Die gängigen Qualitätsvergleiche - oder neudeutsch „Benchmarking“ - haben herzlich wenig mit der wirklichen Qualität zu tun: Gerade durch das Herauslösen und Messen nur einzelner Eigenschaften oder

Teilergebnisse der gesamten Behandlung wird eben nicht die ganzheitliche Qualität der Tätigkeit beurteilt, sondern Einzelaspekte, die mehr oder weniger willkürlich sind bzw. nach den Interessen derjenigen ausgewählt wurden, die die jeweiligen Kennzahlen festlegen.

Hinzu kommt, dass der „input“ den „outcome“ bestimmt. Wer schwerere Fälle behandelt, hat „schlechtere“ Ergebnisse. Selbst bei möglichst objektiver Beschreibung des Schweregrads der behandelten Fälle bleibt immer noch ein individueller Faktor, der nicht gemessen und normiert werden kann: Patienten sind kein Werkstück, schon deshalb hat eine objektive Messung ihre natürliche Grenze.

8. Mehr Transparenz – Schein und Wirklichkeit

Auch die qualitätsfördernde Wirkung von „mehr Transparenz“ ist tunlichst zu bezweifeln.

Wesentliche Methode zur Herstellung dieser Transparenz sind Benchmarking-Vergleiche. Grundprinzip dieser Vergleiche ist, dass das „Ist“ nicht mehr mit einem „Soll“ abgeglichen wird (ein solches wird auch gar nicht mehr definiert – wer braucht in Zeiten der Deregulierung noch Normen), sondern irgendwo irgendwer gesucht wird, der sich dafür eignet, die eigenen Beschäftigten unter Druck zu setzen - sei das bei der Vergütung oder bei den Arbeitsbedingungen. (Arbeitszeit in Polen, Löhne in Portugal usw.) Verbindendes Glied ist immer die Spirale nach unten, die mit solchen Vergleichen in Gang gesetzt werden soll.

Neben der Tatsache, dass solche Vergleiche interessengeleitet sind, gibt es aber noch einen Haken: Solche „Benchmarks“ sind in aller Regel nicht vergleichbar, weil zu viele unterschiedliche Rahmen- und Ausgangsbedingungen ausgeblendet werden. In unserem Fall gibt es Krankenhäuser mit unterschiedlichen räumlichen Bedingungen, unterschiedlichen Vorhaltekosten, und vor allem mit unterschiedlichen Patienten.

Wenn Zahlen veröffentlicht werden, ist also damit zu rechnen, dass diese Zahlen Äpfel mit Birnen vergleichen und/oder dass sie geschönt werden.

Im Effekt entsteht jedoch (was noch schlimmer ist) ein finanzieller Anreiz, das Patientengut zu selektieren, um bessere Zahlen zu bekommen und massiven Druck auf die Beschäftigten auszuüben, um durch noch mehr Arbeitshetze Qualitätseinbußen trotz Einsparungen zu verhindern.

Hinzu kommt: Wenn die Ergebnisse von Statistiken in der Konsequenz über die Existenz der Einrichtungen, über die Arbeitsplätze oder über Leistungsprämien entscheiden, sind „legale“ Manipulationen durch die Akteure, z.B. durch frühzeitige Verlegungen und Entlassungen und verstärkte Absicherungsmedizin, absehbare Folgen.

Bestimmte Patientengruppen werden unerwünschte Patienten. Wer wird sich noch seine „Qualitätsstatistik“ mit risikoreichen Fällen verderben lassen? Im „transparenten Wettbewerb“ um Qualität scheuen Leistungsanbieter das medizinische Risiko.

Die Vergleichbarkeit von Qualitätsuntersuchungsergebnissen und Kennzahlen in den Gesundheitsbetrieben sind also nach bisherigen Erfahrungen sehr zu bezweifeln. Zu unterschiedlich ist auch die Vorstellung von Qualität. Und komplizierte Details sind allemal nicht vermittelbar.

So bleibt vielleicht die Feststellung, dass vorgegebene Mindestmengen bei medizinischen Maßnahmen in den einzelnen Einrichtungen erreicht werden. Es ist aber zu bezweifeln, ob dieser „Erkenntnisgewinn“ ausreicht, um einen Verdrängungswettbewerb zu rechtfertigen, der Betriebe und Arbeitsplätze in großer Zahl in Frage stellt.

9. *Der Patient als Kunde mit Marktübersicht?*

Auch der Patient eignet sich nicht als Kontrolleur der Qualität. Er ist zumeist in einer schwierigen Ausnahmesituation, was allein schon die Vorstellung verbietet, dass er sich wie der Käufer eines Konsumartikels einen differenzierten Überblick verschafft.

Der Patient befindet sich durch sein krank sein in einer Position der Unsicherheit, Schwäche, Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit. Dies erfordert besonderen Schutz. Der Patient muss informiert und gefragt werden. Und er muss vertrauen können. Zu diesem Zweck muss die medizinische Behandlung von ökonomischen Interessen soweit wie möglich befreit sein. Wie soll Vertrauen entstehen, wenn eine finanzielle Beeinflussung von medizinischen Entscheidungen befürchtet werden muss?

Der Patient ist meist fachlich nicht in der Lage zu bestimmen ob die Behandlungsqualität gut oder schlecht war. Unter diesem Dilemma verändert sich Qualität schnell in Zufriedenheit.

Interessant ist hierbei die Zufriedenheit der erwünschten, also der lukrativen Kunden. Für ihre Zufriedenheit wird in den Krankenhäusern durch Verbesserung der so genannten Hotelleistungen zunehmend investiert. Und ein stets freundlicher Dilettant verbreitet unter Umständen mehr Zufriedenheit als ein erfahrener Griesgram.

Trotzdem gehen - abseits jeder Realität Bsirske, Lauterbach u.a. - von Patienten mit universalem Marktüberblick aus.

Da Krankheitsgeschehen und -verläufe sehr individuell sind und Ärzte einen großen Ermessensspielraum bei der Behandlung haben, führt finanzielle Steuerung der Versorgung zu medizinischen Entscheidungen, die meist unerkannt von den ökonomischen Sachzwängen mehr oder weniger stark beeinflusst werden.

Gleichzeitig ist eine verbindliche Normierung von Behandlungen nur sehr begrenzt möglich und im Einzelfall unter Umständen falsch.

Kritik von Beschäftigten in Gesundheitseinrichtungen über echte Qualitätsprobleme in der Versorgung dringen nur ausnahmsweise nach außen. Aus ökonomischen Gründen, hier um Qualitätsmängel zu verbergen, üben Arbeitgeber bei Kritik eher Druck auf die von ihnen abhängig Beschäftigten aus oder versuchen z. B. über Zulagen für bestimmte Beschäftigte eine Interessengleichheit mit den ökonomischen

mischen Zielen des Betriebes herzustellen - auch wenn dies zu Lasten der Versorgungsqualität geht.

Öffentliche Kritik auch von Chefärzten wird in Kliniken immer wieder mit Sanktionen bis hin zu Kündigungen verfolgt. Die Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände und die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordern die tarifliche Absenkung der Einkommen aller Krankenhausbeschäftigten zugunsten von Leistungsprämien Einzelner für "pünktliche Leistungserbringung". Echte Qualitätsmängel werden unter diesen Bedingungen nur in Extremfällen sichtbar.

Vor zwei Jahren hat ver.di's Vorläufergewerkschaft ötv noch in einer Broschüre gewarnt:

"Inwieweit der fachliche Erkenntnisstand tatsächlich genutzt wird, um die Güte einer erbrachten Leistung zu beurteilen und weiterzuentwickeln, muss bezweifelt werden. Solange wirtschaftliche Einzelinteressen und ökonomische Effizienz im Gesundheitswesen vorherrschen, werden diese auch immer die Güte gesundheitlicher Dienstleistungen bestimmen."

Diese Aussage hat nichts von ihrer Gültigkeit verloren.

Um Fehlinterpretationen unserer Position zu vermeiden: Es geht nicht darum schlechte Qualität zu verbergen oder aufrechtzuerhalten. Sie muss offen gelegt und verbessert werden. Dies geht aber - ohne eine 2-Klassen-Medizin und immer schlechtere Arbeitsbedingungen zu befördern - nur mit einer Steuerung über qualitative Normen und Verfahren, über die Bereitstellung der notwendigen Mittel,

über Bedarfsplanung, über Erziehung und Qualitätskontrolle. Eine solche bedarfsorientierte Steuerung ist aber etwas fundamental anderes als die Steuerung über die „unsichtbare Hand“ des Marktes, die neben ihren schädlichen Folgen für eine solidarische und einheitliche Gesundheitsversorgung auch noch zig Arbeitsplätze kosten würde.

Zusammenfassend sieht man also, dass der „Wettbewerb um Qualität“ keinerlei Garantie für Qualität bietet, sondern dass umgekehrt Qualität gegen Wettbewerb durchgesetzt werden muss.

Wettbewerb führt – genau wie in allen anderen Bereichen des Wirtschaftslebens - nicht zu mehr Qualität, sondern zur Aufspaltung des Angebots in ein hochpreisiges und hochqualitatives Angebot für wenige Reiche und ein niederpreisiges und niederqualitatives Angebot für die große Mehrzahl von uns.

Da es sich bei Gesundheit nicht um Güter handelt, auf deren Genuss man im Zweifelsfall verzichten kann, muss eine solche Entwicklung verhindert werden.

Ist also Qualität für den Großteil der Bevölkerung über Wettbewerb nicht herstellbar und damit die eine Hälfte des neuen gesundheitspolitischen Credo von Bsirske, Lauterbach und Schmidt reine Theorie, so ist auch der andere Begriff („Effizienz“) zu schillernd, um dahinter eine starke gewerkschaftliche Bewegung zu versammeln und gesundheitspolitisch sinnvolle Ziele durchzusetzen.

10. „Mehr Effizienz“ – eine gewerkschaftliche Forderung?

Die Forderung nach „mehr Effizienz“ ist nicht geeignet als Mobilisierungsformel für Gewerkschaften.

Der Begriff Effizienz ist offen für unterschiedliche Interessen. Arbeitgeber sind immer für eine Erhöhung der Effizienz, um ihren Profit zu steigern. Beschäftigte können für eine Erhöhung der Effizienz nur sein, wenn hierdurch unsoziale Folgen (z. B. Mehrbelastungen, Abbau von Arbeitsplätzen) vermieden werden und wenn im Gegenteil eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, eine Reduzierung der Arbeitsbelastungen, mehr Freizeit und verbesserte Löhne dadurch realisiert werden.

Der Effizienzbegriff beinhaltet keine Festlegung darüber, wie die „Effizienzgewinne“ verwendet werden. Unter den gegebenen Machtverhältnissen bedeutet „mehr Effizienz“ lediglich Steigerung der Profite und Mehrbelastung der Beschäftigten, kombiniert mit einer schlechteren Versorgungsqualität, kurz Umverteilung von unten nach oben.

Es wird immer so getan, als ob Qualität und Effizienz ein Begriffspaar sei, das zusammengehört, und als ob das eine das andere bedingen würde.

Da Effizienz betriebswirtschaftlich gesehen nur das Verhältnis von Ergebnis zu Aufwand beschreibt, lässt sich eine Effizienzsteigerung auch dadurch erreichen, dass bei einer Absenkung der Qualität schlicht der Aufwand noch mehr abgesenkt wird.

Damit ist eine Effizienzsteigerung nicht zwingend mit einer Qualitätssteigerung und auch nicht mit konstanter Qualität verbunden. Unter finanziellen Steuerungsbedingungen und damit unter dem Diktat, seine Existenz zu sichern, indem man Gewinne bzw. mehr Gewinne als der Konkurrent macht, ist eher das Gegenteil wahrscheinlich.

Ob die Qualität konstant gehalten oder verbessert wird, lässt sich eben nicht über finanzielle Steuerungsmechanismen gewährleisten, sondern nur über sachlich gerechtfertigte Strukturveränderungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Jedenfalls ist überhaupt nicht gesichert, dass bei Effizienzsteigerungen irgend eine Verbesserung bei den Beschäftigten bzw. bei den Patienten ankommt.

Es scheint vielmehr so zu sein, dass die zunehmende Benutzung des Wortes Qualität im Zusammenhang mit der Einforderung von mehr Effizienz nur die sozialverträgliche und letztlich populistische Garnierung von Verschlechterungen ist: Je mehr rationiert und rationalisiert wird, um so mehr ist von Qualität und ihrer Sicherung die Rede.

11. *EU-Recht als Falle für das Solidarsystem*

Durch Transparenz, Kalkulierbarkeit und finanzielle Steuerbarkeit werden Gesundheitsdienstleistungen nicht zuletzt börsenfähig gemacht, da das finanzielle Risiko für Aktionäre eher einschätzbar wird. Damit leistet die Ausrichtung auf den Wettbewerb gleichzeitig auch einer

Entwicklung Vorschub, Gesundheitsdienstleistungen weltweit handelbar zu machen.

In diesem Zusammenhang sei noch darauf hingewiesen, dass eine Entwicklung in Richtung Wettbewerbssystem gravierende Folgen auf Grund der EU-Gesetzgebung und Rechtsprechung hat.

Zwar haben Staaten grundsätzlich das Recht, bestimmte Teile der Daseinsvorsorge staatlich oder solidarisch zu organisieren und damit dem Wettbewerb und den Bestimmungen über den freien Waren- und Dienstleistungsaustausch und dem gleichberechtigten Marktzugang aller Anbieter zu entziehen. Wenn sie allerdings ein System der Daseinsvorsorge unter wettbewerblichen Bedingungen betreiben, müssen sie auch die o.g. Bestimmungen umsetzen.

Dies bedeutet: Wenn ein Staat zunehmend Wettbewerbselemente in ein Solidarsystem implementiert, fällt dieses System ab einem bestimmten Punkt vollständig unter die EU-Bestimmungen zum freien Waren- und Dienstleistungsverkehr.

Damit wird jegliche staatliche Subvention unzulässig, andere Anbieter müssen die selben Rechte erhalten usw. Kurz zusammengefasst können die "Mitbewerber" ein vollständig marktwirtschaftliches System erzwingen, wenn ein bestimmtes Maß an wettbewerblichen Mechanismen eingeführt ist.

Dies hat Auswirkungen sowohl auf die Krankenkassen (die Privatversicherungen können verlangen, dass die Zwangsmitgliedschaft entfällt und sie ebenfalls Verträge abschließen können), auf die Krankenhäuser (Öffentlichen Trägern kann verboten werden, ihre Häuser zu subventionieren) und letztlich auf alle anderen Bereiche des Gesundheitswesens. Bereits jetzt gibt es entsprechende juristische Gutachten im Auftrag der Privatversicherungen und der privaten Krankenhausketten.

Eine solche Entwicklung wäre das endgültige Aus für das Solidarsystem. Sie wird aber systematisch und auch juristisch dadurch herbeigeführt, dass Schritt für Schritt Wettbewerbselemente implementiert werden.

c) Gegen Wettbewerb – für den Ausbau des Solidarsystem

Die Propagierung von „Qualität und Effizienz“ ist keine ausreichende Plattform um gewerkschaftliche Positionen zur Zukunft des Solidarsystems zu umreißen. Insbesondere dann nicht, wenn Wettbewerb als Mittel zur Erhaltung und zum Ausbau eingesetzt werden soll.

Im Gegenteil: Wettbewerb im Gesundheitswesen hat grundsätzlich (für die Mehrzahl der Patienten und für die Beschäftigten) eine qualitätsmindernde Wirkung. Wettbewerb setzt Anreize zu Minderversorgung, zu sozialer Benachteiligung und zu einer verstärkten Aufspaltung dieser Gesellschaft auch bei der Behandlung von Krankheiten.

Statt also auf Wettbewerb als Steuerungs- und Allokationsmechanismus zu setzen, sollte ver.di sich klar hiergegen aussprechen und stattdessen fordern

1. **die Sicherstellung der Finanzierung des Gesundheitswesens durch stärkere Heranziehung der Unternehmer (z.B. durch eine Wertschöpfungsabgabe) und der Reichen.**
2. **notwendige und sinnvolle Strukturveränderungen im Interesse der Bevölkerung, der Beschäftigten und der Patienten.**

Solche Forderungen sind z.B.:

- **für eine integrierte Versorgung, (lokale/regionale Versorgungszentren)**

- **für die Stärkung von Prävention und Rehabilitation**
- **für eine Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung und die Abschaffung des Niederlassungsmonopols**
- **für die Abschaffung der Privatbehandlung in Praxen und Krankenhäusern und die Schließung von Privatstationen**
- **für eine Vergütung der (ambulant tätigen) Ärzte, unabhängig von der Leistungserbringung (feste Einkommen nach BAT)**
- **für Behandlungsleitlinien, als Empfehlungen an die behandelnden Ärzte**
- **für eine Positivliste**
- **für eine einheitliche Versicherungspflicht und**
- **für die Reduzierung der Konkurrenz zwischen den Kassen**

Es spricht auch nichts dagegen, Qualitätsprüfungen von einzelnen Einrichtungen durchzuführen, diesen Einrichtungen, wenn die Qualität nicht stimmt, Verpflichtungen zur Verbesserung aufzuerlegen und wenn diese Verpflichtungen nicht erfüllt werden, diese Einrichtungen auch aus dem Versorgungsauftrag heraus zu nehmen. (Sichergestellt werden muss dabei, dass solche Prüfungen nicht lediglich als Mittel zur Kostendämpfung genutzt werden und dass es klare Regeln und Verfahrensweisen gibt.)

Dies bleibt aber immer eine Entscheidung, die auf der sachlichen Ebene getroffen

werden muss. Sie kann nicht über finanzielle Steuerungsmechanismen und über den Markt realisiert werden.

Solche Strukturveränderungen können tatsächlich die Qualität des Gesundheitswesens verbessern.

Dies drückt sich auch im letzten Satz der „Berliner Erklärung“ von ver.di aus, in der es heißt:

„Insgesamt ist es erforderlich, dass in Einrichtungen des Gesundheitswesens der Einfluss von Markt und Wettbewerb durch Regeln eingedämmt und durch qualitative Vorgaben gesteuert wird, damit das Gesundheitswesen sich am Bedarf orientiert, allen Patientinnen und Patienten einen diskriminierungsfreien Zugang bietet und Arbeitsplätze sichert.“

Die neu eingeschlagene Linie, die in der Broschüre „Qualität und Effizienz“ propagiert wird, steht in gravierendem Widerspruch zu dieser Aussage.

Sie steht auch im Widerspruch zur Zusammenarbeit mit Attac in Fragen der Sicherung der Sozialen Systeme.

Man kann nicht mit Attac gemeinsam sagen „**Gesundheit ist keine Ware**“ und sie gleichzeitig durch die Einführung und Entfaltung von Wettbewerbsmechanismen zu einer solchen machen.

Originäres Ziel von Gewerkschaften war schon immer, Wettbewerb unter den Arbeitnehmern abzubauen, um Solidarität aufbauen zu können. Dazu dienen Tarif-

verträge, insbesondere die Flächentarifverträge.

Gewerkschaften dürfen nicht zulassen, dass Arbeitnehmer als Beitragszahler, als Patient oder als Beschäftigte im Gesundheitswesen durch Wettbewerb in Gewinner und Verlierer geteilt werden.

Gewerkschaften müssen in der Gesundheitspolitik ihr Hauptaugenmerk darauf legen, diejenigen zu schützen, die die geringste Selbsthilfefähigkeit haben und am schlechtesten allein auf dem Markt bestehen können. Nur so ist der gleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle zu sichern.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass gerade die politische Strategie, die das Solidarsystem durch „Fit machen für den und durch den Wettbewerb“ vor den Angriffen reaktionärer Strömungen schützen soll, dieses System Schritt für Schritt zu Fall bringt. Diese Strategie muss scheitern bzw. wird das genaue Gegenteil von dem erzeugen, was sie bezwecken soll .

Zwischen einer solidarischen und einer marktwirtschaftlicher Ausrichtung des Gesundheitssystem gibt es keinen Mittelweg.

Was notwendig ist, ist ein Zurückdrängen von Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen und stattdessen ein Mehr an planerischen Vorgaben, die über qualitative und bedarfsorientierte Mechanismen durchgesetzt werden.

Unterzeichner:

Dr. Thomas Böhm, ver.di-Bezirksvorsitzender Stgt., Gesamtpersonalratsvorsitzender Klinikum Stgt.
Volker Mörbe, Landesfachbereichsvorsitzender FB 3 Ba-Wü, Personalrat Katharinenhospital Stgt.
Bernd Riexinger, ver.di-Bezirksgeschäftsführer Stuttgart/Ludwigsburg
Margret Aichele, Betriebsratsvorsitzende Furtbachkrankenhaus Stuttgart
Manfred Altenschmidt, Betriebsratsvorsitzender Alfred Krupp Krankenhaus Essen
Wolfgang Arndt, Vertrauensleuteleitung Klinikum Mannheim
Gisela Gertrud Bender, Betriebsrat, Krankenhaus Brackenheim
Esther Bischoff, Betriebsrat Krankenhaus Möckmühl
Alexandra Blum, Betriebsrat Krankenhaus Möckmühl
Helmut Born, Präsidium Landesbezirksvorstand NRW
Hans-Peter Bristle, KAB-Sekretär und Referent für Gesundheitspolitik der Kath. Arbeitnehmer-Bewegung, Landesverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V.
Werner Brodbeck, Gesamtbetriebsratsvorsitzender Krankenhaus-GmbH Alb-Donau-Kreis
Dr. Wolfram Burkhardt, Wiss. Mitarbeiter, Institut für medizinische Soziologie Uni Frankfurt
Katja Burckhardt, Betriebsrat Krankenhaus Brackenheim
Thomas Buyer, Betriebsrat Geriatrie Rehaklinik Brackenheim
Gabi Class-Götz, stv. Personalratsvorsitzende Universitätsklinikum Tübingen
Jochen Dürr, Mitglied Bezirksvorstand und Vorstand FB 3 Heilbronn/Schwäbisch Hall
Ingrid Engler, Betriebsrat Krankenhaus Möckmühl
Christina Ernst, Gewerkschaftssekretärin FB 3, Stuttgart
Gregor Falkenhain, Fachbereichsleiter Bund/Land NRW
Ketice Febro-Miljkovic, Schwerbehindertenvertreterin Krankenhaus Brackenheim
Christiane Fuchs, Betriebsrat Krankenhaus Brackenheim
Herbert Gaeb, Betriebsrat Krankenhaus Brackenheim
Lothar Galow-Bergemann, Personalrat Katharinenhospital Stuttgart
Brigitte Gärtner, Betriebsrat Krankenhaus Brackenheim
Johann Graf, Personalratsvorsitzender Universitätsklinikum Tübingen
Carola Grodzinski, Personalratsvorsitzende Krankenhaus Sindelfingen
Willi Hajek, DGB-Bildungswerk Berlin-Brandenburg
Anne Hehl, Fachbereichsvorsitzende FB 3 Heilbronn/Schw. Hall, Landesfachbereichsvorstand 3 Ba-Wü, Personalrätin und Vertrauensleutesprecherin Zentrum für Psychiatrie Weinsberg,
Kai-Uwe Helmers, Facharzt für Allgemeinmedizin, Mitglied einer unabhängigen Ärzte und Ärztin-nengruppe aus Hamburg
Birgit Hoberg, Personalrätin Uniklinikum Tübingen
Helga Hoffmann, Vertrauensleutesprecherin u. Personalratsvorsitzende städt. Altenheime Stgt.
Kirsten Huckenbeck, Sozialwissenschaftlerin, für die Redaktion der Zeitschrift express
Dieter Janssen, Personalratsvorsitzender Bürgerhospital Stuttgart
Wolfgang Jergas, Diplompsychologe, Psychiatrisches Krankenhaus Christophsbad Göppingen
Michael Kasten, Betriebsratsvorsitzender Berufsbildungswerk Stuttgart
Dr. Harald Klimenta, Autor, Referent f. Attac Deutschland, Mitglied im Ko-Kreis der Deutschland-AG Soziale Sicherung von Attac
Stefan Konrad, Vorsitzender der Mitarbeitervertretung der Ev. Krankenhausgemeinschaft Her-ne/Castrop-Rauxel gGmbH, Fachbereichsleiter 3 Bezirk Herne
Daniel Kreutz, Referent für Sozialpolitik beim SoVD-NRW, ehem. MdL, gesundheitspol. Sprecher der grünen Landtagsfraktion NRW (1990-2000), Attac-AG "Soziale Sicherung"

Kai Lamparter, Bundesjugendvorstand, JAV Vorsitzender Katharinenhospital Stgt.
Karl-Heinz Lang, Betriebsratsvorsitzender Krankenhaus Brackenheim
Jürgen Lippl, Bezirksfachbereichsvorsitzender FB 3 Karlsruhe, Betriebsrat Städt. Klinikum Karlsruhe
Liste demokratischer Ärzte Nordwürttemberg
Koni Lopau, stellv. Personalratsvorsitzende Stadt Leonberg
Jürgen Lux, Personalratsvorsitzender Katharinenhospital Stuttgart
Günther Märkle, stv. Personalratsvorsitzender Universitätsklinikum Tübingen
Tobias Michel, Fachbereichsvorsitzender FB 3 Essen, Betriebsrat Krupp-Krankenhaus Essen
Ulrike Mohm, Personalrätin Universitätsklinikum Tübingen
Gunther Möller, Betriebsrat Krankenhaus Möckmühl
Beate Müller, Personalratsvorsitzende Städtische Kliniken Esslingen
Monika Münch, Tarifkommission Krankenhäuser, Personalrat Katharinenhospital Stuttgart
Steffi Nitscke, Vertrauensleutesprecherin Klinikum Kassel
Gerda Pfähler, Betriebsrat Krankenhaus Brackenheim
Fritz Preuschoff, Personalratsvorsitzender Kreiskrankenhaus Kehl
Michael Quetting, Präsidium Landesbezirksfachbereichsvorstand 3 Saarland, Vertrauensleutesprecher Knappschaftskrankenhaus Sulzbach, Personalrat Knappschaftskrankenhaus Sulzbach
Dr. Nadja Rakowitz, Wiss. Mitarbeiterin, Institut für medizinische Soziologie Uni Frankfurt
Werner Rätz, Koordinierungskreis von attac Deutschland, Koordinierungsgruppe der bundesweiten AG Soziale Sicherungssysteme von attac
Dr. Hermann Reitze, Personalrat Städtisches Klinikum Kemperhof Koblenz, Sprecher der Bundesfachkommission Ärztinnen und Ärzte
Peter Rojek, Personalratsvorsitzender des Zentrum für Psychiatrie Calw, Landesfachgruppenvorsitzender FB 3, Fachgruppe Psychiatrie
Dr. Werner Sauerborn, Gewerkschaftssekretär Landesbezirk Baden-Württemberg
Maria Schmitt, Personalratsvorsitzende Krankenhaus Bad Cannstatt
Rolf Schmucker, Wiss. Mitarbeiter, Institut für medizinische Soziologie Uni Frankfurt
Hans Martin Stahl, Personalratsvorsitzender Kreiskrankenhaus Ettenheim, Bezirksvorstandsmitglied FB 3 Südbaden
Gerlinde Strasdeit, Personalrätin Universitätsklinikum Tübingen
Uwe Theilen, Gesamtpersonalratsvorsitzender Stadt Stuttgart
Dr. Christian Tödt, Vorstand FB 3 Bezirk Eneppetal und Präsidium FB 3 NRW, Stellvertr. Betriebsratsvorsitzender Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
Hans Trunk, Personalrat Universitätsklinikum Tübingen
Udo Ungeheuer, Schwerbehindertenvertreter Krankenhaus Möckmühl
Vertrauensleute Uniklinikum Frankfurt
Willi Vollmar, Bezirksvorsitzender Karlsruhe, Betriebsratsvorsitzender Klinikum Karlsruhe
Ingrid Vosseler, Fachbereichsvorstandsvorsitzende FB 7 Stgt., Mitglied der Bundestarifkommission.
Michael Wendl, stellv. Landesbezirksleiter Bayern
Werner Wild, stellv. Landesbezirksleiter Ba-Wü
Thomas Wink, Personalratsvorsitzender Olgahospital Stuttgart
Brigitte Wulf, Betriebsrat Krankenhaus Möckmühl
Wolfgang Zimmermann, Bezirksvorsitzender Rhein-Wupper, PR-Vorsitzender Rheinische Kliniken Langenfeld

Herausgeber:
Projektgruppe Gesundheitsreform ver.di Bezirk Stuttgart
V.i.S.d.P: Bernd Riexinger, Willi-Bleicherstr. 20, 70174 Stgt.

