

SPD

ASG

MEHR GESUNDHEIT WAGEN!

*100 JAHRE SOZIALDEMOKRATINNEN
UND SOZIALDEMOKRATEN
IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN*

*FESTSCHRIFT ZUM JUBILÄUM
DER ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SOZIALDEMOKRATINNEN UND
SOZIALDEMOKRATEN IM GESUNDHEITSWESEN (ASG) 2013*

MEHR GESUNDHEIT WAGEN!

100 JAHRE SOZIALDEMOKRATINNEN UND SOZIALDEMOKRATEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN

*FESTSCHRIFT ZUM JUBILÄUM
DER ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SOZIALDEMOKRATINNEN UND
SOZIALDEMOKRATEN IM GESUNDHEITSWESEN (ASG) 2013*

TEXT UND REDAKTION:

Dirk Engelmann

Beate Häupel

Tobias Kühne

Armin Lang

Wiebke Neumann

Hartmut Reiners

Elisabeth Rüdinger

Astrid von Waldenfels

DANKSAGUNG:

An dieser Stelle gilt der besondere Dank der ASG Ihren vielen Mitgliedern, die an der Recherche und Erstellung dieser Broschüre mitgewirkt haben. Ganz besonders und zuerst sind Elisabeth Rüdinger und Astrid von Waldenfels zu nennen, die diese Dokumentation durch ihre zeitaufwändige und umfassende Recherche überhaupt erst möglich gemacht haben. Daneben bedanken wir uns bei Hartmut Reiners, Martin Pfaff, Herbert Brückner, Friedel Läßle, Marlies Volkmer und Thomas Spies für ihre Beiträge und wichtigen Hinweise. Unseren Kollegen aus dem Willy-Brandt-Haus Michel Picke, Wiebke Neumann, Dr. Beate Häupel und Dirk Engelmann danken wir für ihre redaktionelle Bearbeitung. Nicht zuletzt gilt unser besonderer Dank Tobias Kühne, der den Hauptteil der Studie geschrieben und das Gesamtwerk wissenschaftlich begleitet hat.

INHALT

SEITE 05 **VORWORT** DES ASG-VORSITZENDEN ARMIN LANG

SEITE 11 **EINLEITUNG**

SEITE 13 **1.** ANFÄNGE SOZIALDEMOKRATISCHER GESUNDHEITSPOLITIK
UND SELBSTORGANISATION 1863-1914

SEITE 17 **2.** GESUNDHEITSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN IN DER WEIMARER REPUBLIK

SEITE 24 **3.** PROZESSE UND POSITIONEN BIS ZUM GODESBERGER PROGRAMM

SEITE 28 **4.** VON GODESBERG BIS ZUR GROSSEN KOALITION

SEITE 30 **5.** DAS „SOZIALDEMOKRATISCHE JAHRZEHT“
UND DIE GESUNDHEITSPOLITIK

SEITE 37 **6.** SOZIALDEMOKRATISCHE POSITIONSBESTIMMUNGEN IN DER
GESUNDHEITSPOLITIK BIS HEUTE

SEITE 42 **7.** AUSBLICK: REFORMBAUSTELLEN

SEITE 43 **8.** DIE ASG SEIT DEM JAHR 2000

VORWORT DES ASG-VORSITZENDEN ARMIN LANG

100 JAHRE ORGANISIERTE ARBEIT VON SOZIALDEMOKRATEN IM GESUNDHEITSWESEN (ASG). DIES IST IN DER DEUTSCHEN UND INTERNATIONALEN PARTEIENGESCHICHTE SICHER EIN BESONDERES JUBILÄUM.

Es waren sozialdemokratisch orientierte Ärztinnen und Ärzte, später auch Apotheker, die zu Beginn des letzten Jahrhunderts die soziale Bedingtheit von Krankheiten und Gesundheit umtrieb. Ihre medizinische Kompetenz erfuhr ihre Grenzen an den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen, insbesondere der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Sie setzten alle Hoffnung in die aufstrebende Sozialdemokratie. Ihr Bemühen um mehr Gesundheit für alle passte zu dem Eintreten der Sozialdemokraten für menschenwürdige Wohn- und Lebensbedingungen, für gute Arbeit und soziale Sicherheit.

1913 etablierte sich in Berlin eine erste Arbeitsgruppe, vom Parteivorstand misstrauisch beäugt. Diese kleine Dokumentation belegt, seither haben immer wieder Sozialdemokraten, die im Gesundheitswesen arbeiten oder dort eine besondere Herausforderung für die Durchsetzung sozialdemokratischer Ziele sehen, sich in oder neben den sonstigen Parteigliederungen organisiert, die gesundheitlichen Anliegen der Menschen thematisiert und auf Verbesserungen gedrungen.

Gerade in der Weimarer Zeit erlebte diese Arbeitsgemeinschaft, die sich von der Hauptstadt ausgehend nach und nach in der ganzen Republik ausbreitete, besondere Blüte. Die Klassenschranken und die Standesorientierung sollten überwunden und mehr Gesundheit für immer mehr Menschen Wirklichkeit werden.

Wie viele andere Sozialdemokraten auch, litten sozialdemokratische Ärzte, Apotheker, Pflegekräfte und Sozialarbeiter, zu denen viele Menschen jüdischen Glaubens gehörten, unter der Nazibarbarei. Sie leisteten Widerstand, wurden verfolgt oder gingen in die Emigration. Auch in der jungen Bundesrepublik mischten engagierte sozialdemokratische Gesundheitspolitiker beim Aufbau eines neuen Gesundheitswesens mit und verzweifelten häufig am tradierten Standesdenken wichtiger Akteure im System. Die CDU/CSU und FDP Gesundheitspolitik erschöpfte sich lange Zeit in der Fortschreibung althergebrachter Privilegien. Gesundheitspolitik wurde von den konservativen Regierungsparteien zur Standespolitik reduziert. Die Kluft in den gesundheitlichen Standards und die Benachteiligung vieler Menschen störte dabei wenig.

Mit dem Eintreten der Sozialdemokraten in die Bundesregierung 1966 konnten auch erste Reformimpulse, wie z.B. eine verlässliche Krankenhausfinanzierung, die Reform der psychiatrischen Versorgung und die Neuregelung des § 218 Strafgesetzbuch umgesetzt werden.

Gesundheitspolitik ist immer eine Auseinandersetzung mit vielen, auch sich widerstrebenden Interessen. Umso wichtiger ist ein konsequenter Wertebezug derer, die hier entscheiden und gestalten.

Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen bietet diesen Menschen Raum zur Mitarbeit und Einflussnahme. Wir streiten innerhalb und außerhalb der Partei für eine verlässliche Gesundheitsversorgung für alle, ohne Zugangshürden, ohne Diskriminierung im Wartezimmer, gerecht und auskömmlich finanziert.

Ziel der ASG ist das Gesundheits- und Pflegewesen umfassend patientenorientiert weiter zu entwickeln und „gute Arbeit“ für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dauerhaft zu sichern. Wir wenden uns gegen Individualisierung und Privatisierung, gegen Leistungsausgrenzung und Selbstbehalte, die dem Zugang zu Leistungen wieder „Klassenschranken“ geben.

Wir wollen die solidarische Bürgerversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung. Eine stabile und gerechte Finanzierung ist wichtig um nachhaltige Gesundheit und Pflege zu sichern, um endlich der Förderung der Gesundheit Priorität zu geben und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Wir wollen aber auch der größten Wirtschaftsbranche in unserem Land – Gesundheit und Pflege – eine stabile und innovationsfördernde Perspektive geben. Deshalb wenden wir uns offensiv gegen die angebliche „wettbewerbs- und standortfeindliche Höhe gesundheitsbedingter Lohnnebenkosten“. Dies ist ein „populärer Irrtum“. Investitionen in Gesundheit erhalten und schaffen mehr Arbeitsplätze als sie bedrohen.

Neben der für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit sehr hinderlichen Sektorisierung unseres Gesundheitssystems und der steigenden Kluft in den gesundheitlichen Standards der Menschen – die Lebenserwartung „unten und oben“ klafft um mehr als 10 Jahre auseinander – hindern die Komplexität des Systems, die oft widerstrebenden Interessen und der stets große Finanzbedarf an einer sachgerechten Platzierung dieser Branche im öffentlichen Bewusstsein.

Auch die oft sehr fachspezifische Sprache der handelnden Akteure bei der Darstellung der komplizierten Zusammenhänge hindern beim Verstehen und Partei ergreifen. Hier ist allgemein verständliche Kommunikation dringend geboten.

DABEI IST GESUNDHEIT UNSER WICHTIGSTES GUT.

Für die Mehrheit der Menschen sind eine stabile Gesundheit, die Heilung von Krankheiten und das würdige Leben auch mit Handicaps zentrale Lebensziele. Gesundheit und Pflege ist die größte Branche unserer Volkswirtschaft, mit sicheren, zukunftsfesten Arbeitsplätzen, in der eingesetztes Kapital schnell „Mehrwert“ bewirkt. Gerade in einer älter werdenden Gesellschaft mit steigender Lebensarbeitszeit ist mehr Gesundheit bei den Beschäftigten nötig, damit die Unternehmen im nationalen und internationalen Wettbewerb bestehen können. Trotz all dem muss immer wieder um Investitionen in Gesundheit und Pflege gekämpft und müssen absurde Abwehrkämpfe zur Verhinderung gesundheitsschädlicher Einschnitte geführt werden.

Ein besonderes Anliegen der ASG in den letzten Jahren ist, „aus dieser Defensive in die Offensive zu kommen“. Dazu ist neues Denken nötig. Ziel muss sein, Ausgaben für Gesundheit nicht mehr als konsumtiven Ressourcenverbrauch zu diffamieren, sondern als Zukunftsinvestitionen in Lebensqualität, Produktivität und qualifizierte Arbeitsplätze zu begreifen.

Die ASG ermutigt deshalb, mit dem Verweis auf ihre lange Geschichte und ihre konsequente Tradition, zur Identifikation und Solidarisierung mit dem Politikfeld Gesundheit und Pflege. Hier entscheidet sich ganz wesentlich die humane Ausprägung unseres gesellschaftlichen Systems, aber auch die Perspektiven der sozialen und ökonomischen Entwicklung.

EINLEITUNG

Gesundheitspolitik ist heute zweifellos eines der wichtigsten sozialdemokratischen Politikfelder. Vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschritts auf der einen Seite, und der zunehmenden gesellschaftlichen Entsolidarisierung auf der anderen, stellt sich heute eine ganz einfache Frage: Wird die zukünftige Gesundheitspolitik auf den Prinzipien der Solidarität und der Teilhabe beruhen oder ist medizinische Versorgung und Prävention lediglich eine Ware, die von den einzelnen Bürgerinnen und Bürgern je nach finanziellen Möglichkeiten auf dem „freien Markt“ bezogen werden kann und soll? Bei allen politischen Unterschieden und Diskussionen innerhalb der Sozialdemokratie gibt es doch den unverrückbaren Konsens, dass der freie und gleiche Zugang zu einer bestmöglichen medizinischen Infrastruktur ein ursozialdemokratisches Anliegen ist. Das Recht auf Gesundheit ist für Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten ein nicht verhandelbares Menschenrecht. Für die Sozialdemokratie wird eine gerechte Gesundheitspolitik auch in Zukunft eine wichtige Herausforderung bleiben: Die Differenz der Lebenserwartung zwischen dem oberen und dem unteren Fünftel der Gesellschaft liegt derzeit bei etwa 10 Jahren!

Auf der Bundesebene, in den Ländern und Bezirken ist heute die *ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SOZIALDEMOKRATEN IM GESUNDHEITSWESEN (ASG)* die Denkwerkstatt, in der richtungsweisende Instrumente und Ziele einer sozialdemokratischen Gesundheitspolitik diskutiert und formuliert werden. Als Arbeitsgemeinschaft von Männern und Frauen der Praxis ist die ASG nicht nur dem politischen Gegner und Lobbyisten hinsichtlich einer lebensnahen und solidarischen Politik für die Bürgerinnen und Bürger ein Stück weit voraus, sondern manchmal auch der eigenen Partei.

Die ASG gibt es unter dem heutigen Namen erst seit 1975, ihre Geschichte reicht aber mindestens zurück bis in das Jahr 1913. In diesem Jahr gründeten mehrere Ärzte, die sich schon lange für die Rechte mittelloser Patienten eingesetzt hatten, den *SOZIALDEMOKRATISCHEN ÄRZTEVEREIN*. Im großen Jubiläumsjahr der SPD feiert also auch die kleine ASG Geburtstag. Innerhalb der Partei waren die sozialdemokratischen Ärzte, zu denen dann später noch die Ärztinnen und viel später andere Menschen aus dem Gesundheitswesen stießen, eine verschwindend kleine Gruppe. Aber es waren beeindruckende Persönlichkeiten darunter, so Ignaz Zadek, Julius Moses, Kurt Glaser, Hermann Karl, Elinor Hubert und Hans Bardens, um nur die wichtigsten zu nennen. All diese Menschen und auch ihre Organisationen zeichneten sich weniger durch öffentliche Selbstinszenierungen aus als durch beharrliche Arbeit am, ganz wortwörtlich, *WOHL DES MENSCHEN*. Diese kleine Broschüre ist eben diesen Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten gewidmet.

1. ANFÄNGE SOZIALDEMOKRATISCHER GESUNDHEITSPOLITIK UND SELBSTORGANISATION 1863-1914

Als in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die deutsche Arbeiterbewegung entstand und die SPD innerhalb weniger Jahrzehnte zur stärksten Wählerpartei des Kaiserreichs aufstieg, waren die Lebensbedingungen vieler Arbeiterinnen und Arbeiter, aber auch anderer unterbürgerlicher Schichten, elendig und bedrückend. Heinrich Grunholzer beschrieb in Bettina von Arnims „Königsbuch“ sehr eindrucksvoll die Zustände in den von Wülcknitzschen Familienhäusern in Berlin um die Mitte des Jahrhunderts: „Im ‚Querhause‘ (Gartenstraße 92 a), Stube Nr. 9 wohnt der Tischlergeselle Gellert. Ich traf ihn nicht zu Hause. Seine Schwiegermutter lag todkrank auf dem Strohhalm, die Frau scheint auch sehr krank zu sein; sie hielt sich mit Mühe aufrecht und erzählte mir, daß der Mann vierzehn Tage ohne Arbeit und jetzt ausgegangen sei, ‚um Brot zu suchen‘; die Kinder seien in der Schule. Die Familie erhält von keiner Seite Unterstützung.“

Lohnarbeit war häufig buchstäblich „lebensgefährlich“ oder gesundheitsgefährdend, die Arbeitsbedingungen für Kinder und Frauen häufig noch schlimmer als für Männer. Die hygienischen Bedingungen in den Arbeiterquartieren waren nicht nur aus heutiger Sicht erschreckend. Geschlechtskrankheiten waren aufgrund mangelnder Aufklärung weit verbreitet und wurden häufig genug als Vorwand benutzt, das Proletariat als verwahrlost und moralisch verkommen zu diffamieren. Als sich in den neunziger Jahren des 19. Jahrhunderts Sozialdemokraten in der Berliner Stadtverordnetenversammlung über die Zustände in der Charité beschwerten erhielten sie von dessen Direktor die Antwort, dass geschlechtskranke Arbeiter wohl „meist Zuhälter“ seien. Wer unter diesen Bedingungen krank wurde oder Verletzungen erlitt war auf die unmittelbare Solidarität und Fürsorge der Familie, der Nachbarschaft oder der Kirchen angewiesen. Das Risiko, aufgrund mangelnder medizinischer Versorgung und auch Vorsorge die Lebensgrundlage, die Gesundheit oder gar das Leben zu verlieren, war in dieser Zeit immens. Das von Bismarck initiierte Krankenversicherungsgesetz von 1883 milderte diese Lebensrisiken nur sehr begrenzt ab. Wenigstens konnten viele Sozialdemokraten in der Kassenselbstverwaltung erste politische Erfahrungen sammeln und Missstände eindämmen. Konservative Politiker sahen in den Ortskrankenkassen die „Unteroffizierschule der Sozialdemokratie“.

Für die frühe Arbeiterbewegung stand zunächst, neben vielen anderen emanzipatorischen und wirtschaftlichen Forderungen, der Arbeiterschutz im Vordergrund. So forderte etwa die Sozialdemokratische Arbeiterpartei (SAP) in ihrem Eisenacher Programm von 1869 „nur“ die „Einschränkung der Frauen- und Verbot der Kinderarbeit.“ Ein programmatischer Durchbruch hingegen wurde dann bereits auf dem Vereinigungsparteitag 1875 in Gotha erzielt. Gesundheitspolitische Forderungen nahmen in dem dort verabschiedeten Programm einen erstaunlich breiten Raum ein. Nicht nur wurde ein „Verbot der Kinderarbeit und aller die Gesundheit und Sittlichkeit schädigenden Frauenarbeit gefordert“, sondern darüber hinaus „Schutzgesetze für Leben und Gesundheit der Arbeiter. Sanitätliche Kontrolle der Arbeiterwohnungen. Überwachung der Bergwerke, der Fabrik-, Werkstatt- und Hausindustrie durch von den Arbeitern gewählte Beamte. Ein wirksames Haftpflichtgesetz.“ Im Erfurter Programm von 1891

ging man sogar noch weiter und forderte die „Unentgeltlichkeit der ärztlichen Hilfeleistungen einschließlich der Geburtshilfe und der Heilmittel.“ Das waren ebenso handfeste wie moderne Forderungen, die in dem politischen Umfeld des Kaiserreichs aber nicht umzusetzen waren.

Doch beruhte frühe sozialdemokratische Gesundheitspolitik nicht in erster Linie auf programmatischen oder parlamentarischen Initiativen, sondern in der emanzipatorischen Selbstorganisation in zahlreichen Gesundheits- und Selbsthilfeverbänden, die als Teil der „dritten Säule“ der Arbeiterbewegung bis heute wohl ein wenig unterschätzt werden. Zu dieser regelrechten Graswurzelbewegung zählten zum Beispiel der Verband der Vereine für Natur- und Volksheilkunde (gegründet 1891, seit 1908 Verband der Vereine für Volksgesundheit) und der Arbeiter-Samariter-Bund von 1909, dessen Wurzeln aber bis in das Jahr 1887 zurück reichen. Die bekannteste dieser sozialistischen Umfeldorganisationen ist sicher die am 13. Dezember 1919 von Marie Juchacz gegründete Arbeiterwohlfahrt.

Sowohl für die politische Auseinandersetzung als auch die praktische Arbeit vor Ort war es entscheidend, sozialistisch gesinnte Ärzte als Ratgeber, Ausbilder und Agitatoren für die gemeinsame Sache zu gewinnen. Ärztinnen spielten in diesem Zeitraum noch keine Rolle, Frauen waren in Deutschland erst seit 1908 gleichberechtigt zum Medizinstudium zugelassen und durften sich vor dem im selben Jahr verabschiedeten Reichsvereinsgesetz (RVG) auch nicht politisch betätigen. Eine erste Hinwendung von Ärzten zur Sozialdemokratie ließ sich schon früh, in den 1870er Jahren, beobachten. Ein sozialdemokratischer Arzt formulierte es mit feinem Gespür für die Motive sogar so: „Sozialdemokratische Ärzte (sic venia verbo; richtiger: Ärzte, die sich in ihren politisch-sozialen Anschauungen zur Sozialdemokratie zählen) hat es wohl immer schon gegeben, solange eine sozialdemokratische Partei existiert.“ Aber natürlich blieb diese politische Orientierung in einem liberal oder konservativ geprägten Berufsstand immer eine Ausnahme, umso bemerkenswerter waren dann aber auch die entsprechenden Persönlichkeiten. Zu nennen wäre hier zunächst der Berliner Arzt Dr. Ignaz Zadek, ein Schwager Eduard Bernsteins. In Zadeks Haus war nicht nur fast die gesamte Parteiprominenz gern und häufig zu Gast, sondern ebenso die progressiven Ärzte seiner Zeit. Von Ignaz Zadek ging auch die Initiative zur Gründung einer Organisation am 6. Oktober 1892 aus, die man mit etwas Kreativität als ersten Vorläufer der ASG bezeichnen könnte: die Arbeiter-Sanitäts-Commission (ASC). Im Spätsommer 1892 ging ein Gespenst um in Berlin. Nicht der Kommunismus, sondern die Cholera. Nachdem die Krankheit in Hamburg ausgebrochen war hatte der Stadtverordnete Zadek im Namen seiner Fraktion umfangreiche Vorbeugemaßnahmen gefordert, die von der Mehrheit aber desinteressiert abgelehnt wurden. Als Reaktion veröffentlichte die „Bürgerinitiative“ ASC schließlich Mitteilungen über die schlimmsten Missstände im Vorwärts, führte eigene Erhebungen durch und stellte politische Forderungen an die Kommune. Praktische Auswirkungen hatte die Arbeit der ASC kaum, dennoch fanden ihre Aktivitäten Beachtung bei Freund und Feind und schließlich auch Nachahmer in anderen Städten. Und nicht zuletzt hatten sich in der ASC Ärzte zusammen geschlossen, die über wohltätige und heilende Tätigkeiten hinaus genuin politische, und zwar sozialistische Aktivitäten entfalteten.

Zu den führenden Köpfen der ASC gehörte auch Dr. Alfred Blaschko. Dieser hatte erfahren, dass Patienten der Berliner Charité nicht wie Hilfsbedürftige, sondern wie Strafgefangene behandelt würden. Von dem „Umgangston“ in der Charité gegenüber Arbeitern wurde ja bereits berichtet. Der darauf hin initiierte Charité-Boycott illustriert sehr schön, wie unterschiedliche Stränge eines sozialdemokratisch geprägten Gesundheits-Netzwerkes, heute würde man wohl von „zivilgesellschaftlichen Akteuren“ sprechen, ineinander griffen. Die ASC um Blaschko und Zadek beriet mit den Vorständen der örtlichen Arbeiterkrankenkassen, koordiniert von Albert Kohn, die Situation, bis schließlich im August 1893 die Charité tatsächlich von weiten Teilen der Berliner Arbeiterschaft boykottiert wurde. Durch den Verlust von Einnahmen und Patienten als „Demonstrationsmaterial“ konnten der Direktion der Charité nach einem Jahr dann einige Konzessionen abgerungen werden. Ohne den politischen Druck aus der Arbeiterbewegung wäre wohl auch der Neubau der Charité anders oder später verlaufen. „Mit seinem Standbild vor der Charité“, so formulierte es Florian Tennstedt, der beste Kenner der Materie, „wurde Friedrich Althoff als Erbauer der neuen Charité für alle Zeiten gewürdigt – das Wirken der Arbeitersanitätskommission und der Krankenkassen hingegen ist in der Medizingeschichte fast vergessen.“ Ganz ähnliche Formulierungen ließen sich wohl für viele gesundheitspolitische Errungenschaften der letzten 150 Jahre wählen.

Aus dem Umfeld des ASC wurde dann im Jahr 1913, als Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und der Ärzteschaft einen erneuten Höhepunkt erreicht hatten, in Berlin der Sozialdemokratische Ärzteverein von knapp zwei Dutzend Ärzten gegründet. Letztlich ging es darum, die tiefe Kluft zwischen Kassen und Ärzten zu überwinden. „Ausbeuter schallt es von der einen Seite“, so beschrieb es ein sozialdemokratischer Arzt in den Sozialistischen Monatsheften, „sozialdemokratische Drahtzieher hallt es von der anderen zurück. Dieser Haß verdunkelt jede Klarheit des Wegs.“ Einem Kollegen und Genossen waren „nicht wenige Beispiele bekannt, daß Ärzte, die sich Jahrzehnte lang offen zur Partei zählten, aus Unmut über diese Haltung der Parteipresse, abgestoßen von dem in manchen Organen den Ärzten gegenüber beliebten Ton sich von der Partei zurückzogen.“ Schon die Gründung des Ärztevereins verdeutlicht, dass die sozialdemokratischen Ärzte sowohl zu ihrem Berufsstand als auch zu ihrer Partei eine wohlwollend kritische Distanz wahrten.

Zu den Gründervätern gehörten neben Ignaz Zadek die sozialistischen Ärzte Ernst Simmel und Karl Kollwitz, der Ehemann von Käthe Kollwitz und Verfasser des oben zitierten Artikels. Ebenfalls Mitglieder des Vereins waren Raphael Silberstein und Julius Moses. Außerhalb von Berlin wirkten unter anderem Emil Hirschfeld, der 1919 Senator in Hamburg wurde, der Münchener Stadtrat Mieczyslaw Epstein, Leo Münz und Kurt Glaser in Chemnitz und Jacob Ignatz Schlomer, der von 1909 bis 1915 der Lübecker Bürgerschaft angehörte. Bis auf Karl Kollwitz handelte es sich bei allen genannten Personen um assimilierte Juden. Diese Hinwendung von Akademikern und Intellektuellen jüdischer Herkunft war nicht untypisch für die Zeit, konnten sie doch mit ihren emanzipatorischen Anliegen Gehör und Widerhall in der Arbeiterbewegung finden. Der Werdegang von Julius Moses, der „Symbolfigur“ linker Medizin- und Ärztekritik (Heinz-Peter Schmiedebach), mag an dieser Stelle stellvertretend für seine Mitstreiter stehen.

Julius Moses wurde am 2. Juli 1868 in Posen geboren und wuchs als Sohn eines jüdischen Handwerkers in einfachsten Verhältnissen in Arnswalde und Greifswald auf, wo er auch sein Medizinstudium absolvierte. Seit 1892 arbeitete der nunmehr Dr. med. Julius Moses am jüdischen Krankenhaus in Berlin. In seiner neuen Heimatstadt ist dann auch die erste Spur einer politischen Betätigung nachweisbar. Im März 1895 hielt er bei einer Versammlung des linksliberalen „Deutschfreisinnigen Arbeitervereins“ einen Vortrag über die Revolution von 1848. In den folgenden Jahren widmete er sich vor allem der jüdischen Emanzipation durch kulturelle Erneuerung und dem Kampf gegen Antisemitismus. Schon 1903 hatte der noch radikaldemokratische Julius Moses Sympathien für die Sozialdemokratie erkennen lassen. In den folgenden Jahren näherte er sich immer weiter der SPD an und trat ihr spätestens im Jahr 1912 bei. Zu genau diesem Zeitraum rief er zu einem „Gebärstreik“ aus, was ihm sowohl Prominenz als auch heftigen politischen Gegenwind bescherte. Dabei ging es unter diesem unschönen Schlagwort vor allem um eine sozial und gesundheitlich gebotene Geburteneinschränkung und nicht zuletzt auch um die sexuelle Selbstbestimmung der Frau. Bei dem konservativen Establishment stieß er mit seinen Ideen auf wenig Gegenliebe, sorgte man sich dort doch um fehlenden Soldaten-Nachwuchs für kommende Kriege. Doch auch in seiner eigenen Partei konnte er sich mit diesen aus heutiger Sicht durchaus vernünftigen Vorstellungen zunächst nicht durchsetzen – wenigstens nicht bei der Parteiführung. Diese rief im August 1913 in Berlin zu der Veranstaltung „Gegen den Gebärstreik“ auf, bei der vor allem die versammelte weibliche Prominenz mit merkwürdigen Argumenten gegen Geburtenkontrolle wettete. Man vergesse, so Clara Zetkin, „dass, wenn das Proletariat weniger Soldaten stellt, sich auch die Zahl der Revolutionäre vermindert [...]“. Das Proletariat muß darauf bedacht sein, möglichst viele

Kämpfer zu haben.“ Die anwesenden Arbeiterinnen aber jubelten dem Herrn Doktor zu. „Rosa Luxemburg und Clara Zetkin“, so stand es in der Tribüne, „wurden nach allen Regeln der Kunst besiegt.“ An dieser kleinen Episode mag man erkennen, dass sich die sozialdemokratischen Ärzte in erster Linie mit konkreten Verbesserungen der Lage der Arbeiterklasse befassen, nicht mit weltanschaulichen Fragen über den Klassenkampf.

Julius Moses war, um etwas vorzugreifen, später langjähriges Mitglied des Reichstages und der Parteivorstände von USPD und seit 1922 wieder der SPD. Er setzte sich sowohl politisch wie publizistisch für medizinischen Fortschritt ein und kämpfte weiterhin gegen den zunehmenden Antisemitismus. Im Dritten Reich war er zahllosen Repressionen ausgesetzt, 1942 wurde er von den Nationalsozialisten in das Konzentrationslager Theresienstadt verschleppt, wo

er aufgrund der menschenunwürdigen Lebensbedingungen am 24. September 1942 verstarb. Sein Mitstreiter Ernst Simmel konnte sich der nationalsozialistischen Verfolgung 1934 durch Flucht in die USA entziehen.

2. GESUNDHEITSPOLITISCHE PERSPEKTIVEN IN DER WEIMARER REPUBLIK

Der Ausbruch des Ersten Weltkriegs unterband zunächst gesundheitspolitische Aktivitäten des Sozialdemokratischen Ärztevereins und der SPD. Mit der Revolution von 1918/19 und der Weimarer Reichsverfassung hatten sich die politischen Spielräume dann aber entscheidend geändert.

Verändert aber hatte sich auch das politische Umfeld der sozialistischen Ärzte. Die parteipolitischen Spaltungen der deutschen Arbeiterbewegung seit 1917 wirkten sich auch auf die organisierten Ärzte aus, allerdings ganz anders, als in vielen anderen Umfeldorganisationen. „Die Zahl links eingestellter Ärzte“, so Franz Walter, „war in Deutschland so klein, die Dominanz extrem konservativ gesonnener Mediziner hingegen so groß, daß eine Spaltung der sozialistischen Ärzteschaft in drei unterschiedliche Organisationen geradezu selbstmörderisch, ja wohl mangels Masse nicht einmal möglich gewesen wäre. So rauften sich Mehrheitssozialdemokraten, Unabhängige und Kommunisten zusammen, blieben gemeinsam im Ärzteverein, den man allerdings nun zum Ausdruck parteipolitischer Neutralität in ‚Verein sozialistischer Ärzte‘, kurz: VSÄ, umbtaufte.“ Nachfolger von Ignaz Zadek wurde der Sozialdemokrat Raphael Silberstein aus Neukölln. Wie viele Mitglieder der Verein hatte ist unklar, die Zahlen schwanken zwischen 850 bis 1500, wobei eine vierstellige Anzahl wohl zu hoch gegriffen ist. Das Mitteilungsblatt „Der sozialistische Arzt“ erzielte aber immerhin eine Auflage von bis zu 2000 Exemplaren. „Etwa die Hälfte der Mitglieder“, so Bernhard Meyer, „waren Sozialdemokraten, ein Drittel ohne Parteizugehörigkeit und ca. ein Fünftel Kommunisten (1928).“ Da es in dieser politisch doch recht heterogenen Gruppe kaum Differenzen über die gesundheitspolitischen Ziele gab, konnten hinsichtlich ideologischer Fragen auch durchaus Kompromisse gefunden werden, die zwischen den Mutterparteien vollkommen ausgeschlossen gewesen wären. Der Knackpunkt „Reform oder Revolution“ wurde dann von den sozialistischen Ärzten auch recht umstandslos vom Tisch gewischt: „Dieses Endziel“, also der Sozialismus, so formulierte es Georg Löwenstein, „kann entweder durch Ablösung der kapitalistischen Macht in allmählicher Entwicklung durch den wirklichen Volksstaat erfolgen, oder durch eine proletarische Revolution erreicht werden. Niemand kann voraussehen, welcher Weg der bessere ist.“ Pragmatischer ging es kaum.

Wie bereits dargelegt wurde, war schon der alte Ärzteverein vor allem ein Zusammenschluss von herausragenden Persönlichkeiten. Politische Gestaltungsspielräume ergaben sich nicht aufgrund der numerischen Stärke des Vereins, sondern vor allem aus der guten Vernetzung und Sachkompetenz ihrer Mitglieder. Der Sozialdemokratische Ärzteverein und seine frühen Nachfolger dürften wohl nie mehr als einige hundert Mitglieder gehabt haben, der Schwerpunkt lag in Berlin und wohl noch einigen anderen „roten“ Großstädten und Kiezen. Diese saßen dann allerdings als Experten an den entscheidenden Stellen. Von Ignaz Zadeks großem Freundes- und Kollegenkreis ist bereits berichtet worden. Julius Moses war als Reichstagsabgeordneter nicht nur der führende sozialdemokratische Gesundheitspolitiker seiner Zeit, son-



Der sozialdemokratische Arzt
Julius Moses (1868-1942)

dem zudem Herausgeber der Zeitschrift „Der Kassenarzt“, Mitglied im Reichsgesundheitsrat und Vorsitzender des Vereins der Berliner Kassenärzte, womit nur die wichtigsten seiner Funktionen aufgezählt sind. Sein Schwager Raphael Silberstein hingegen war als ehrenamtlicher Stadtrat von Neukölln dort auch für das Gesundheitswesen zuständig. Karl Kollwitz wirkte in Berlin als Stadtrat, Ernst Simmel war Mitbegründer der einflussreichen Berliner Psychoanalytischen Vereinigung.



Kinder und Erwachsene wählen in Abfällen, Berlin um 1923. Sozialdemokratische Gesundheitspolitik war nicht zuletzt auch durch die schlimmen hygienischen Zustände in Deutschland motiviert.

Doch bei all diesen Möglichkeiten der direkten und indirekten Einflussnahme begann die Republik für die sozialistischen Gesundheitspolitiker mit einer Niederlage. In einer Petition an den Rat der Volksbeauftragten hatten Gesundheitspolitiker aus unterschiedlichen Organisationen die Errichtung eines Reichs-Gesundheitsministeriums gefordert. Zu den neun Unterzeichnern zählten neben Julius Moses unter anderem auch Anna Nemitz, Magnus Hirschfeldt und der sozialdemokratische Arzt Alfred Grotjahn, von dem noch die Rede sein wird. Die Forderung nach einem neuen Ministerium entsprang zunächst einer ganz konkreten

Notlage, griff aber langjährige sozialdemokratische Positionen auf. „War die Forderung nach einem Gesundheitsministerium schon vor dem Kriege angebracht“, so stand es in der Petition zu lesen, „so ist sie doppelt dringlich nach einem Feldzug, in dem der Volksgesundheit unsäglicher Schaden zugefügt worden ist.“ Nur über eine zentrale und demokratische Steuerung würde man auch in der Zukunft für eine gerechte und leistungsfähige Gesundheitsversorgung bürgen können. Man sieht, dass sich an ethisch begründeten Kernpositionen sozialdemokratischer Gesundheitspolitik über die Jahrzehnte eigentlich nur wenig geändert hat. Aber auch die letztlich erfolgreichen Widerstände gegen diese Politik der gesellschaftlichen Modernisierung werden vielen heutigen Gesundheitspolitikern bekannt vorkommen. Der Ärztestand hatte in seiner großen Mehrheit eine national-konservative Einstellung, und jenseits der USPD, der zu diesem Zeitpunkt auch Julius Moses angehörte, fand der Vorschlag auch keine parlamentarische Unterstützung. Nicht zuletzt wurde eine gesamtstaatliche Regelung auch durch den Partikularismus der Einzelstaaten abgeblockt.

Für die Gesundheitspolitik zur Zeit der Revolution von 1918/19 und der frühen Weimarer Republik galt letztlich, was auch für nahezu alle andere Politikbereiche und den Staat an sich kennzeichnend war: Die Sozialdemokratie und die Arbeiterbewegung insgesamt gingen Kompromisse mit ihren bürgerlich-demokratischen Partnern ein. Diese waren zum Teil schmerzhaft und in vieler Hinsicht auch unvollkommen, die politischen Handlungsspielräume für eine demokratische und solidarische Umgestaltung auch des Gesundheitswesens wurden sicher nicht in Gänze genutzt. Dennoch gab es auch politische Erfolge, und diese sollten ebenso we-

nig gering geschätzt werden wie die Bemühungen darum. So lautete immerhin der Artikel 161 der Weimarer Reichsverfassung: „Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens schafft das Reich ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten.“ Wenn es also nicht zu der angestrebten Verstaatlichung des Gesundheitswesens kam, so gab es doch immerhin politische Möglichkeiten. Es gelang, die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung stetig auszubauen. Krankenkassen schlossen Verträge nicht mehr mit den einzelnen Ärzten, sondern einheitlich mit den Standesorganisationen ab. Die Einführung der Krankenversicherung für Arbeitslose und die Familienversicherung von 1929 gehörten ebenso zu den Errungenschaften einer sozialdemokratischen Gesundheitspolitik – und viele davon wurden nach 1930 dann auch wieder durch präsidiale Notverordnungen zurückgenommen. Mit welcher Beharrlichkeit linke Ärzte und jetzt auch Ärztinnen in der Weimarer Republik für medizinische und ethische Fortschritte einstanden, und mit welchen Widerständen sie zu rechnen hatten, zeigt sich vielleicht am besten in der Diskussion um einen Paragraphen, der noch heute die Gemüter erhitzt: Der § 218.

Nach dem Strafgesetzbuch von 1871 wurden Schwangerschaftsabbrüche mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren geahndet, dies betraf sowohl Schwangere als auch Ärzte. In der Weimarer Republik sollen insgesamt rund 60.000 Frauen, die meisten aus den unteren sozialen Schichten, wegen Vergehens gegen den Paragraph 218 verurteilt worden sein. Als Folge der Kriminalisierung gingen viele Frauen zu Kurpfuschern oder nahmen Selbstabtreibungen vor, was den Tod von zehntausenden von Frauen nach sich zog. Sie waren „Opfer eines Gesetzes, dessen Sinn doch die Erhaltung des Lebens sein sollte“ (Gottfried Benn). Zwischen 1920 und 1926 hatte sich der Reichstag sechsmal mit einer Neufassung des Paragraphen befasst. Die USPD forderte die Streichung des Paragraphen 218 (und 219), die Mehrheitssozialdemokratie hingegen sprach sich für eine Fristenlösung aus. Beide Anträge wurden ohne größere Diskussionen im Parlament abgelehnt, auch die KPD scheiterte mit einem Gesetzentwurf, der das Recht auf kostenlose Abtreibung vorsah. Auch Julius Moses hatte sich ebenso energisch wie fachkundig in diesen Debatten geäußert. „Die Sozialdemokratie“, hieß es in einer seiner Stellungnahmen, „lehnt den Abtreibungsparagraphen, trotz ihrer grundsätzlichen Gegnerschaft gegen die Abtreibung ab, weil sie der Überzeugung ist, dass eine soziale Krankheitserscheinung – und das ist die Abtreibung – nicht durch das Strafgesetz geheilt werden kann. Die sogenannte ‚Abtreibungsseuche‘ ist eine Folge des sozialen Elends des Proletariats. Das einzige wahre Heilmittel ist die Hebung des sozialen Standards der Bevölkerung.“ Die Erfolge der Sozialdemokratie im Kampf



Sozialdemokratische Frauen demonstrieren 1925 in Berlin gegen den § 218. Das Selbstbestimmungsrecht von Frauen gehört seit 150 Jahren zu den Kernforderungen sozialdemokratischer Gesundheitspolitik.

gegen den § 218 waren klein und mussten zäh erkämpft werden – aber es gab sie. Im Jahr 1926 wurde auf Antrag der SPD der Schwangerschaftsabbruch nicht mehr als Verbrechen, sondern als Vergehen bewertet, was den „Täterinnen“ wenigstens das Zuchthaus ersparte. Ein Jahr später erkannte das Reichsgericht erstmals die medizinische Indikation an. Die gesellschaftliche Auseinandersetzung um Schwangerschaftsabbrüche ging aber unvermindert weiter und verschärfte sich in den späten zwanziger Jahren noch erheblich. Zu den zahlreichen Intellektuellen, die das Thema aufnahmen, gehörte auch Karl Kollwitz' Frau Käthe.

Die Sozialdemokratie konnte ihre gesundheitspolitischen Forderungen in der Weimarer Republik zwar nicht umfassend umsetzen, doch programmatisch hatte sie sich im Vergleich zum Kaiserreich erheblich weiter entwickelt. Die USPD forderte im März 1919 den „Ausbau der sozialen Gesetzgebung. Schutz und Fürsorge für Mutter und Kind. Den Kriegerwitwen und –waisen und den Verletzten ist eine sorgenfreie Existenz sicherzustellen. [...] Grundlegende Neuordnung des öffentlichen Gesundheitswesens.“ Die Mehrheits-Sozialdemokratie formulierte es in ihrem Görlitzer Programm von 1921 etwas vorsichtiger, doch nahm der von Alfred Grotjahn formulierte gesundheitspolitische Abschnitt erstaunlich viel Raum ein. Neben den altbekannten Maßnahmen zum Arbeitsschutz wurden auch der „Umbau der sozialen Versicherung zu einer allgemeinen Volksfürsorge“ und die „Förderung des internationalen Arbeiterschutzes“ gefordert. Als einen regelrechten programmatischen Durchbruch in der Gesundheitspolitik der SPD kann man den Abschnitt Sozialpolitik im Heidelberger Programm von 1925 verstehen, in dem vor allem der emanzipatorische und gesamtgesellschaftliche Charakter gesundheitspolitischer Maßnahmen hervorgehoben wurde. „Umfassende, vorbeugende, heilende und vorsorgende Maßnahmen auf dem Gebiete der Volkswohlfahrt, insbesondere der Erziehungs-, Gesundheits- und Wirtschaftsfürsorge“ wurden dort ebenso als politische Ziele formuliert wie die „einheitliche reichsrechtliche Regelung der Wohlfahrtspflege, die die Mitwirkung der Arbeiterklasse in ihrer Durchführung sicherstellt.“

Die gesundheitspolitischen Vorstellungen und Debatten in der Sozialdemokratie über eine neue Gesellschaft oder gar einen neuen Menschen konnten aber auch in eine Richtung gehen, die in der Rückschau verstörend wirkt. Die Rede ist von einer linken Eugenik, die am Narrensaum der SPD ja auch jüngst wieder eine kleine Renaissance erlebte. Die auch von vielen sozialdemokratischen und sozialistischen Ärzten vertretene Vorstellung, „die Bevölkerung qualitativ aufzubessern, sie von Kranken und asozialen Elementen zu reinigen“, zeigte, „wie sich die Mischung aus Gesundheitsfanatismus, optimistischer Anthropologie und sozialistischen Plan- und Machbarkeitsvisionen zu einer gefährlichen Anmaßung und Hybris auswachsen konnte“ (Franz Walter/Cornelia Regin). Ein Zwiespalt also, der sicher auch heute noch vielen Gesundheitspolitikern und Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen bewusst ist.

Formen von Eugenik und Sozialhygiene konnten dabei durchaus konträr diskutiert werden, etwa auf dem vom Verband Volksgesundheit veranstalteten Gesundheitspolitischen Kongress im Juni 1930 in Dresden. Der bereits genannte Alfred Grotjahn etwa, Professor für Soziale Hy-

giene und ehemaliger Reichstagsabgeordneter, sprach sich für eine „quantitative Rationalisierung“ aus. Die umstandslose Streichung des § 218 lehnte er aus Angst vor Geburtenrückgängen ebenso ab wie die großzügige Anwendung von Verhütungsmitteln. Der fortschrittliche Teil der Bevölkerung, fürchtete Grotjahn, würde von religiös motivierten Großfamilien majorisiert werden – eine Argumentation, die uns heute merkwürdig bekannt vorkommt. Einen anderen, „qualitativen“ Ansatz hingegen vertrat der sozialistische Nervenarzt Julian Marcuse. Dieser sprach sich dafür aus, „daß wir in den Fällen, wo erbliche Belastungen schwerster Natur vorhanden sind, wo fortlaufende Krankheiten, wie Geisteskrankheiten, Tuberkulose, Syphilis, Alkoholismus und andere, erbmäßig zu beobachten sind, daß wir diese erbeugenetischen Belastungsmomente auszuschalten haben.“ Das lief natürlich im Kern auf Zwangssterilisation hinaus, ein weiterer Arzt referierte über „Verhüten unwerten und unglücklichen Lebens“. Wie auch immer man die Eugenik-Diskurse innerhalb der Sozialdemokratie und der gesellschaftspolitischen Linken beurteilen mag, als Programm einer inhumanen Menschengeschichte waren sie mit einem positiven und emanzipatorischen Menschen- und Gesellschaftsbild eigentlich nicht zu vereinbaren, was ein Zeitgenosse wie Julius Moses ja auch schon erkannt hatte. Erst die „hilflos wirkende Erschütterung“ (Helga Grebing) des eigenen Weltbildes durch den Nationalsozialismus sollte dazu führen, derartige Vorstellungen von der Planbarkeit des Menschen und der Menschheit aus dem Gedankenhaushalt der Sozialdemokratie zu tilgen. Und es ist gewiss auch eine Aufgabe der ASG dafür einzutreten, dass dies so bleibt.

Die Spaltung der Arbeiterbewegung in der Weimarer Republik und die immer heftiger werdenden Anfeindungen zwischen Sozialdemokraten und Kommunisten wirkten sich, nachdem man sich ja zunächst ganz bewusst überparteilich organisiert hatte, schließlich dann auch auf die sozialistischen Mediziner aus. Schon 1924 schieden einige wenige, wenn auch prominente Sozialdemokraten aus dem VSÄ aus und schlossen sich 1926 mit dem „Sozialdemokratischen Ärztebund“ zur „Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Ärzte“ (AsÄ) zusammen, der vom Parteivorstand als Interessenvertretung anerkannt wurde. Dort wirkten unter anderem die bereits genannten Raphael Silberstein, Julius Moses, Karl Kollwitz und Alfred Grotjahn, aber auch der preußische Landtagsabgeordnete Benno Chajes, der Gewerkschaftsarzt Franz Meyer-Brodnitz und der spätere Vorsitzende Alfred Korach. Die Bedeutung des VSÄ erreichte die AsÄ allerdings nie, in den Jahresberichten der Partei findet die AsÄ keine Erwähnung.

Die Existenz von nunmehr zwei linken Ärztevereinen sollte aber nicht überinterpretiert werden. Die verschiedenen Ärzte waren wohl ihrer Herkunft und ihrem Habitus nach eine viel zu homogene und auch individualistische Gruppe, die häufig auch freundschaftlich und verwandtschaftlich miteinander verbunden war, als dass man von einer tatsächlichen Spaltung oder Konkurrenz sprechen müsste. Doppelmitgliedschaften in beiden Vereinen waren nicht unüblich, bei der Berliner Ärztekammerwahl von 1927 wurde auch ein zuvor ausgetretenes Nicht-Mitglied (Ignaz Zadek) vom VSÄ nominiert und schließlich gewählt. In Dresden hingegen kam es Anfang 1931 sogar zu einer Vereinigung der Ortsgruppen des VSÄ und der AsÄ. Gefährlicher für die ideelle Einheit linker Mediziner aber war die kommunistische Agitation nach der „ultralinken Wende“ der KPD von 1928. Da zahlreiche im VSÄ organisierte Kommunisten

zu den nun verfeimten „Rechtsabweichlern“ gehörten und die Sozialdemokraten nunmehr als „Sozialfaschisten“ gebrandmarkt wurden, wurde dieser Konflikt von linientreuen Kommunisten direkt in den VSÄ getragen. Ganz entgegen ihrer eher vermittelnden Haltung musste nun auch der VSÄ reagieren. Da sich die kommunistische Agitation weder durch Ermahnungen noch Verhandlungen hatte eindämmen lassen, wurden Richard Schmincke und Martha Ruben-Wolf, die Wortführer der KPD-Gruppe, im Dezember 1929 aus dem Verein ausgeschlossen.

Die sozialdemokratischen und sozialistischen Ärzte und ihre Verbände hatten in der ersten deutschen Demokratie einiges erreicht, auch wenn der Weg zum Erfolg häufig steinig war und viele sinnvolle gesundheitspolitische Forderungen gegen den Widerstand der bürgerlichen Parteien nicht umzusetzen waren. Der Aufstieg des Nationalsozialismus wurde von ihnen aufmerksam verfolgt. Julius Moses warnte in den Zeitschriften „Das freie Wort“ und „Arbeiterwohlfahrt“ vor der „Faschisierung der Ärzteschaft – eine Gefahr für die Volksgesundheit“ und „Seltsame[n] Aerzte[n]“. „Die gesamte Rassenhygiene“, so Julius Moses prophetisch, „ist barbarisch. [...] Wenn die Nationalsozialisten zur Herrschaft kämen, dann wäre die erste ihrer Taten, daß sie unser ganzes Fürsorgewesen für schwächliche und kranke Kinder, das die Sozialisten erdacht und mustergütig ausgebaut haben, vernichten und durch militärische Erziehungsorganisationen ersetzen. Wollen die Frauen dazu beitragen? Dann mögen sie die Nationalsozialisten wählen! Sonst aber, wenn Ihr das Gesundheitswesen schützen wollt, wählt Liste 2, Sozialdemokraten!“ Der spätere „Reichsgesundheitsführer“ und Massenmörder Dr. Leonardo Conti fühlte sich zu einer Gegendarstellung in der Arbeiterwohlfahrt bemüßigt, in der wohl ungewollt die ganze Logik nationalsozialistischer „Volksgesundheit“ zum Ausdruck kam: „Unwahr ist, daß ich gesagt haben soll, daß nur der hochwertige Nachwuchs gefördert, dagegen unheilbar kranke und erblich belastete Kinder nicht mehr wie bisher öffentlich gepflegt werden sollen. Wahr ist vielmehr, daß ich die Pflege auch erblich Minderwertiger ausdrücklich als ein Gebot der Volkszusammengehörigkeit und der Menschenliebe gefordert, dabei aber auf die Notwendigkeit hingewiesen habe, gleichzeitig für die Ausschaltung erblich Minderwertiger von der Zusammensetzung der künftigen Generation in ihrem eigenen und im Interesse der Volksgesamtheit Sorge zu tragen.“ Der „Arzt“ Dr. Conti war dann später maßgeblich an der Aktion T4 beteiligt und initiierte die Fleckfieberversuche an Häftlingen im KZ Buchenwald. Nach seiner Verhaftung durch die Alliierten entzog er sich seiner Verantwortung für das „Euthanasie-Programm“ durch Selbstmord. Nach 1945, dies nur am Rande, war die AsÄ die einzige Standesorganisation, die sich für die vollständige Rehabilitation von Zwangssterilisierten und gegen die erniedrigenden Wiederaufnahmeverfahren von Urteilen der Erbgesundheitsgerichte aussprach. Völlig zu recht sah man darin eine „Rehabilitierung der Nazi-Rassen-Ideologie“ und forderte eine „Neubehandlung dieser Materie auf der Grundlage der demokratischen Gesellschaftsauffassung“.

Neben Julius Moses erhoben auch andere Ärzte ihre Stimme gegen den Nationalsozialismus. Der VSÄ trat bei der Großkundgebung Der Nationalsozialismus – der Feind der Volksgesundheit im Juli 1932 in Berlin sogar öffentlich als eine „kleine Volksfront“ auf, die Rednerliste umfasste Kommunisten, Sozialdemokraten, parteigebundene und unabhängige Linkssozialisten.

Im letzten Appell in „Der sozialistische Arzt“ hieß es dann im März 1933: „Schließt euch zusammen zum gemeinsamen Abwehrkampf! Delegierte aller sozialistischen Parteien tretet unverzüglich zusammen! Proletarier aller Richtungen vereinigt euch!“ Es half nichts mehr, der VSÄ wurde noch im selben Monat verboten.

Als dann schließlich nach 1933 eine ganz andere Form von „Volksgesundheit“ bis hin zur Vernichtung des europäischen Judentums praktiziert wurde, kamen auch die häufig jüdischen Ärzte ums Leben oder wurden ins Exil vertrieben, die inner- und außerhalb der SPD für eine sozialdemokratische Gesundheitspolitik gearbeitet hatten. Zu jenen sozialdemokratischen Ärzten, die auch im Exil den Kampf gegen den Nationalsozialismus fortsetzten, gehörte der Dermatologe Kurt Glaser. Dieser trat 1918 in die SPD ein und war Mitglied im VSÄ, politisch wirkte er in Chemnitz als Vorsitzender der örtlichen Sozialdemokratie und Stadtverordneter. Nachdem er von den Nationalsozialisten in „Schutzhaft“ genommen worden war flüchtete er nach Frankreich, wo er sich den links-sozialdemokratischen Revolutionären Sozialisten Deutschlands anschloss und Mitglied des Vorstandes der SPD-Landesgruppe in Frankreich wurde. Anfang 1941 konnte er mit Hilfe des Jewish Labor Committee nach New York fliehen und arbeitete dort in zahlreichen antifaschistischen Organisationen mit, unter anderem in der German Labour Delegation um Albert Grzesinski, Hedwig Wachenheim und Siegfried Aufhäuser. In der Nachkriegszeit kehrte Kurt Glaser wieder nach Deutschland zurück und arbeitete in verschiedenen norddeutschen Gesundheitsverwaltungen, war Mitglied des Bundesgesundheitsrates und deutscher Vertreter bei der Weltgesundheitsorganisation. Als späterer Vorsitzender der AsÄ gehörte er zu den wenigen Menschen, die für die Kontinuität einer organisierten sozialdemokratischen Ärzteschaft von der Weimarer Republik bis in die Bundesrepublik standen.



Kurt Glaser (1892-1982)

Wenn man die Geschichte und das Wirken sozialdemokratischer und sozialistischer Ärzte in der Weimarer Republik und ihre Leidensgeschichten in der Zeit des Nationalsozialismus überschaut, wird man zu dem Ergebnis kommen, dass große Persönlichkeiten wie Ignaz Zadek, Julius Moses, Kurt Glaser und viele mehr das Fundament für ein demokratisches und solidarisches Gesundheitswesen in Deutschland gelegt hatten, auf das nach 1945 und bis heute wieder aufgebaut werden konnte.

3. PROZESSE UND POSITIONEN BIS ZUM GODESBERGER PROGRAMM

Nach den materiellen und moralischen Verheerungen der nationalsozialistischen Diktatur standen gesundheitspolitische Initiativen zunächst nicht auf der Agenda. Das Bundesversorgungsgesetz und das Erste Wohnungsbaugesetz von 1950 und natürlich vor allem das Lastenausgleichsgesetz von 1952 waren zusammen genommen der große sozialpolitische Kraftakt, der in der frühen Bundesrepublik mit fast schon groß-koalitionärer Eintracht gestemmt wurde. In den kommenden Jahren erwies sich dann vor allem die Rente als sozialpolitische Herausforderung, die mit der Rentenreform von 1957 wenigstens partiell gelöst werden konnte. „Im allgemeinen“, so fasste es Hans-Ulrich Wehler zusammen, „war die Bundesrepublik auf den ‚klassischen Entwicklungspfad der deutschen Sozialordnung‘ zurückgekehrt“, und für das Gesundheitswesen galt dies auch. Diese Kontinuität zeigte sich nicht nur in der Beibehaltung des dezentralen Kassensystems, sondern auch darin, dass es nach wie vor kein Gesundheitsministerium gab. Das Bundesministerium für Gesundheitswesen wurde erst 1961 gegründet und es ist durchaus bezeichnend, dass Konrad Adenauer mit Elisabeth Schwarzhaupt eine äußerst ehrenwerte, liberale und streitbare Ministerin ernannte, die als Gesundheitspolitikerin aber noch überhaupt nicht in Erscheinung getreten war. Man „benötigte“ eine Frau und schob sie in ein Ministerium ab, dem keine besondere Relevanz zugebilligt wurde. Die für die Steuerung des Gesundheitswesens entscheidenden Kompetenzen für die gesetzliche Krankenversicherung lagen noch bis 1991 im Arbeitsministerium.

In der frühen Ära Adenauer fiel aber auch die Sozialdemokratie nicht eben durch gesundheitspolitischen Elan auf. In den Dürkheimer Punkten von 1949 wurde lediglich die „Neuordnung der Sozialversicherung, des Rentenwesens und Versorgung der Kriegsbeschädigten mit dem Ziel der Verbesserungen der Leistungen“ gefordert. Im Abschnitt Gesundheitspolitik des Dortmunder Aktionsprogramms von 1952 fand sich, verglichen mit dem noch gültigen Heidelberger Programm von 1925, buchstäblich nichts Neues. Diese Zurückhaltung wird nicht zuletzt mit den Erfahrungen während der Zeit des Nationalsozialismus zusammen hängen. „Gesundheitspolitik“, so formulierte es der Bundestagsabgeordnete und Vorsitzende der AsÄ Hans Bardens, „wurde deshalb lange von vielen Kollegen als die unzulässige staatliche oder ideologische Einmischung in das zu schützende Verhältnis zwischen Patient und Arzt betrachtet.“ Aber bald wurde dann doch wieder an alte sozialdemokratische Traditionen angeknüpft.

Die Programmdiskussion der fünfziger Jahre, die letztlich noch weiter zurückreichte und schließlich in das Godesberger Programm von 1959 mündete, bedeutete auch für die sozialdemokratische Gesundheitspolitik eine erhebliche Weiterentwicklung. Der erstaunlich kurze gesundheitspolitische Abschnitt begann mit einer pathetischen Formulierung, die den existenziellen Charakter von „Gesundheit“ ebenso hervorhob wie die Bedeutung eines öffentlichen Gesundheitswesens als zivilisatorische Errungenschaft: „Technik und Zivilisation setzen heute den Menschen einer Vielzahl von gesundheitlichen Gefährdungen aus. Sie bedrohen nicht nur die lebenden, sondern auch künftige Generationen. Gegen diese Schädigungen kann sich der einzelne nicht schützen. Deshalb fordert die Sozialdemokratische Partei eine

umfassende Gesundheitssicherung.“ Es folgten Forderungen, die zum sozialdemokratischen Traditionshaushalt gehörten: Freier Zugang zur medizinischen Versorgung unabhängig von der wirtschaftlichen Lage der Patienten; Arbeitsschutz und Gesundheitsvorsorge; freie Arztwahl. Eine zentrale Forderung war die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten in der wirtschaftlichen Absicherung im Krankheitsfall. Während Angestellte bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit sechs Wochen ihr volles Gehalt bekamen und erst danach Krankengeld von ihrer Krankenkasse, galt der Anspruch auf Lohnfortzahlung für Arbeiter nur für die ersten drei Tage der Krankschreibung. Nach einem Ende 1956, Anfang 1957 erbittert geführten, sich über 16 Wochen hinziehenden Streik der Metallarbeiter in Schleswig-Holstein, der die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall in den Mittelpunkt stellte, kam es zu Tarifverträgen, die diese Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten abschaffte. Eine entsprechende gesetzliche Regelung wurde erst 1969 mit dem Lohnfortzahlungsgesetz geschaffen. Eine entscheidende Forderung war auch, Gesellschafts- und Sozialpolitik auf das zentrale Bedürfnis „Gesundheit“ auszurichten. Wir würden es heute wohl mit dem Satz „Gesundheit als Querschnittsaufgabe“ formulieren. Im Jahr 1959 hieß dies: „Lebensbedingungen und Lebensformen sind so zu gestalten und die Gesundheitspolitik ist so auszubauen, daß ein Leben in Gesundheit möglich wird.“

Der lange Weg der SPD von der „Traditionskompanie“ zur „Staatspartei“, der gerade in der innerparteilichen Rückschau manchmal doch etwas zu zwangsläufig und schmerzfrei erscheint, spiegelte sich auch in den Diskussionen der AsÄ wieder. Diese war unmittelbar nach Kriegsende maßgeblich von Hermann Karl als Arbeitsgemeinschaft sozialistischer Ärzte wieder aufgebaut worden. Um „die Bezeichnung ‚sozialistisch‘ oder ‚sozialdemokratisch‘“, so erinnerte sich später Karls Nachfolger als Vorsitzender der AsÄ, „gab es bis in die sechziger Jahre immer wieder Diskussion, aber nie ideologischen Streit.“ Die sehr offene und unideologische Mentalität der linken Ärzteschaft, die uns schon beim ASC oder dem VSÄ begegnet ist, setzte sich also auch in der Bundesrepublik bruchlos fort.

Auf dem Kongress sozialistischer Ärzte 1949 in Hamburg etwa stellten die Mediziner Forderungen auf, die noch aus der Zeit der Weimarer Republik bekannt waren und sich mit ihrer Hervorhebung planerischer und zentralistischer Elemente auch im Rahmen der zeitgenössischen sozialdemokratischen Diskurse bewegten. „Da ein umfassender Gesundheitsdienst unter den gegenwärtigen Verhältnissen nicht sofort verwirklicht werden kann, fordert die AsÄ zur stufenweisen Erreichung dieses Zieles als vorbereitende Maßnahme die Durchführung folgender Aufgaben durch das gesundheitspolitische Aktionsprogramm:

1. In allen Fragen der Volksgesundheit hat der deutsche Bundesstaat Recht und Pflicht der Grundsatz- und Vorrang-Gesetzgebung. Alle Einrichtungen, die gesundheitliche Aufgaben erfüllen, unterstehen der bundesstaatlichen Aufsicht. Die Bundeslegislative erlässt ein Volksgesundheitsgesetz, das eine sinnvolle Planung des gesamten Gesundheitswesens ermöglicht und die derzeitige Zersplitterung beendet.

2. Alle Fragen von gesundheitspolitischer Bedeutung finden ihre einheitliche organisatorische und verwaltungsmäßige Zusammenfassung in einem Gesundheitsministerium [...].

3. Ein Gesundheitsbeirat, bestehend aus Institutionen und Körperschaften, der gesundheitliche Fragen behandelt, berät das Ministerium in seinen Aufgaben.“

Das waren im Unterschied zu den programmatischen Aussagen der SPD schon sehr konkrete Forderungen, für die Umsetzung derartiger „sozialistischer“ Forderungen war es aber wohl die falsche Zeit. Wie sehr sich die AsÄ an der Programmdiskussion beteiligte und dass auch vieles davon Einzug in das Godesberger Programm hielt, mag man an den Ergebnissen des 7. Deutschen Sozialistischen Ärztekongresses absehen, der kurz vor dem Godesberger Parteitag statt fand. „Die Forderung nach einer umfassenden Gesundheitssicherung, wie sie von der SPD erhoben wird, müsse über den Rahmen reiner Sozialpolitik hinausgehen und durch eine gesundheitspolitische Gesamtkonzeption vertieft werden, verlangen die Delegierten in einer EntschlieÙung, in der zum vorliegenden zweiten Entwurf des Grundsatzprogramms der SPD Stellung genommen wird. Diese Konzeption solle den Schutz des einzelnen und der Gesamtheit gegen die gesundheitlichen Gefahren der Technik und der Zivilisation sichern, andererseits den Grundanspruch des einzelnen auf Beratung und Hilfe gewährleisten, um ein Leben in Gesundheit und Wohlstand zu ermöglichen.“ Darüber hinaus wurden 1959 noch Punkte angesprochen, die auch heute noch aktuell sind. So wurde etwa die Reform des Medizinstudiums ebenso gefordert wie eine kritische Beschäftigung mit den Gefahren der Atomkraft.

So wichtig die programmatische Neuausrichtung für die SPD und ihr Verständnis von Gesundheitspolitik auch gewesen sein mochte, an der praktischen Ausgestaltung von Politik änderte dies zunächst natürlich nichts. Konrad Adenauer hatte zwei Jahre zuvor in seiner Regierungserklärung unter dem Punkt „Neuordnung der Krankenversicherung“ die vollkommen gegenläufige Position von CDU/CSU präzise auf den Punkt gebracht: „Die Bundesregierung ist entschlossen, den Gedanken der Selbsthilfe und privaten Initiative in jeder Weise zu fördern und das Abgleiten in einen totalen Versorgungsstaat [...] zu verhindern.“ Willy Brandt selbst wies mit seinem Sinn für große geschichtliche Linien in einer Rede vor dem Bundeskongress der Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Ärzte und Apotheker im Jahr 1973 darauf hin, dass es zu Beginn seiner Kanzlerschaft „einen Nachholbedarf an gesundheitspolitischen Reformen“ von fast dreieinhalb Jahrzehnten gegeben habe. „Er war zu groß“, so Willy Brandt weiter, „als daß er bis heute auch nur annähernd hätte aufgearbeitet werden können.“

Die bundespolitischen und häufig auch landespolitischen Möglichkeiten einer sozialdemokratischen Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit waren äußerst begrenzt. Aber es gab häufig genug sozialdemokratische Kommunalpolitiker vor Ort, welche die Spielräume der kommunalen Selbstverwaltung weidlich nutzten. In einer Festschrift zum Bundesparteitag von 1956 berichteten zahlreiche Bürgermeister und Landräte von ihren ganz lebensnahen Erfolgen vor Ort. „Das Gesundheitswesen“, so August Griese, Landrat des Kreises Herford, „hat einen tat-

kräftigen Ausbau erhalten. Das in Verbindung mit der Stadt Herford betriebene Kreis- und Stadtkrankenhaus in Herford war durch Bombenschäden zu 40 bis 50 Prozent zerstört. Die Aufwendungen des Kreises für den großzügigen Wiederaufbau nach modernsten medizinischen Gesichtspunkten haben 1¼ Million DM betragen. [...] In Vlotho hat der Kreis den Neubau einer Fürsorgestelle durchgeführt, die vor einigen Monaten bezogen werden konnte, so daß nunmehr neben dem Gesundheitsamt in Herford an vier weiteren Orten des Kreises vorbildlich eingerichtete Fürsorgestellen bestehen.“ „Als es darum ging“, schrieb der Bürgermeister von Bramsche, Heinrich Hofrichter, „den dringend notwendig gewordenen Neubau der Inneren Abteilung des Krankenhauses in Angriff zu nehmen, hat sich die zu 95 Prozent in den Gewerkschaften und zugleich zu einem großen Teil politisch in der hier über 80jährigen Sozialdemokratischen Partei organisierte Arbeiterschaft bereiterklärt, für ein halbes Jahr wöchentlich eine Überstunde für die Inneneinrichtung des Krankenhauses zu leisten. Hut ab!“ Im Landkreis Büdingen in Hessen hingegen war der Landrat Kurt Moosdorf besonders stolz darauf, dass seine Kommunalpolitik vor allem auf die jüngere Generation abzielte: „Allen neu eingeschulten Kindern wird über einen Zeitraum von acht Jahren auf Kreiskosten eine Zahnpflege zuteil, bei der systematisch durch von den Eltern ausgewählte Zahnärzte eine Überwachung und Behandlung erfolgt.“ Diese wenigen Beispiele könnten beliebig fortgeführt werden und zeigen, dass eine auf Gleichheit und Solidarität gerichtete sozialdemokratische Gesundheitspolitik nicht nur eine Frage von Ministersesseln ist.

4. VON GODESBERG BIS ZUR GROSSEN KOALITION

Auch wenn eine sozialdemokratische Regierungsbeteiligung und schließlich die Kanzlerschaft Willy Brandts zunächst noch auf sich warten ließen, so ging nach dem Godesberger Programm doch auch in gesundheitspolitischen Fragen ein neuer Schwung durch die Partei. Das Motto lautete: Gesundheit um jeden Preis! Die Vorstellung von Gesundheitspolitik als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe wurde dabei nicht nur programmatisch postuliert, sondern auch diskutiert und in die Gesellschaft getragen. So zum Beispiel im Herbst 1962 auf dem Kongress deutsche Gemeinschaftsaufgaben in Berlin. Dort referierten unter anderem Hans Schaefer über „Die Medizin heute“ und Thure von Uexküll über *Krankheit und soziale Situation*, während *Moderner Krankenhausbau* das Thema eines Gesprächs zwischen Carl-Gustav Carlstedt und Peter Poelzig war. Zwei Jahre später fand in Pforzheim die Tagung „Gesundheit um jeden Preis – Mensch und Verkehr“ statt, auf der das Verhältnis von Mobilität und Gesundheitsschutz in seiner ganzen Breite diskutiert wurde. Fritz Erler erläuterte in seiner Begrüßung den umfassenden Anspruch einer sozialdemokratischen Gesundheitspolitik an diesem heute noch umstrittenen Thema: „Zum Krankheits- und Gefahrenbild von heute gehört auch die Umwelt: die verpestete Luft, das verseuchte Wasser, der ohrenbetäubende Lärm. Als meine Freunde in ihrem Regierungsprogramm für das Jahr 1964 davon sprachen, wurden sie mit Hohn und Spott überschüttet. [...] Bestimmte Gedankenverbindungen stellen sich ganz von selbst ein, obwohl sie nicht immer so logisch ausgefeilt berechtigt sind: etwa die Verbindung zwischen dem beklagenswerten Straßenzustand und den 14000 Verkehrstoten, zwischen dem Straßenlärm und der Nervenbelastung und anderen Gesundheitsschäden, zwischen dem Straßendunst und den Krankheiten der Atemwege bis hin zum Krebs, zwischen dem Verkehrsverhalten und den Mängeln der Erziehung, dem Verbrauch von Drogen und Alkohol, den Umwelteinflüssen, den Leitbildern und dem übertriebenen Prestigedenken, das man manchmal sogar in der Fahrweise beobachten kann.“ Diese beiden Beispiele von gesundheitspolitischen Kongressen verdeutlichen vielleicht, mit welchem Anspruch und Elan die SPD nach dem Godesberger Programm auch hinsichtlich einer neuen Gesundheitspolitik in die Offensive ging.

Auch die AsÄ weitete in diesem Zeitraum ihren Anspruch einer ganzheitlichen Gesundheitspolitik noch weiter aus. Auf dem Sozialdemokratischen Ärztekongress 1962 in München wurde festgehalten, dass Gesundheitspolitik keine „ergänzte Sozialpolitik sei“: „Man begreift mit diesem Wort vielmehr den Schutz vor gesundheitlichen Gefahren für den Einzelnen wie für die Gesellschaft und damit die Heilbehandlung, das Krankenhauswesen, Forschung, Lehre und Schutz vor Umweltgefahren so wie die Gesundheitsvorsorge ebenso wie die Gesundheitsfürsorge als einheitliches gesellschaftliches Aufgabengebiet.“ Es scheint, dass die Sozialdemokratie auch in Fragen der Gesundheitspolitik gut auf eine Regierungsbeteiligung vorbereitet war. „1964 war“, so fasste es später Hans Barden zusammen, „für die gesundheitspolitische Orientierung ein entscheidendes Jahr. Nach einigen Fachkonferenzen [...] wurde auf dem SPD-Parteitag in Karlsruhe das erste vollständige (und in wesentlichen Teilen noch heute gültige) gesundheitspolitische Programm der SPD beschlossen. Die ‚Gesundheitspolitischen Leitsätze‘ waren das Ergebnis achtjähriger Arbeit der AsÄ.“

„Wissen Sie noch, wer Käte Strobel war? Nein? Nun, auf diese Frage könnten vermutlich heute die allerwenigsten Menschen in Deutschland eine Antwort geben.“ So beginnt ein biografischer Abriss von Birgit Meyer über die erste sozialdemokratische Bundesministerin für Gesundheitswesen, die 1966 als einzige Frau in das von einer großen Koalition getragene Kabinett Kiesinger eintrat. Es ist sehr bezeichnend, dass Käte Strobel Sozialdemokratin war, denn abgesehen von der kurzen Amtszeit Andrea Fischers sollte in Bundesregierungen mit sozialdemokratischer Beteiligung das Gesundheitsministerium stets von sozialdemokratischen Frauen geleitet werden: Käte Strobel (1966-1972), Katharina Focke (1972-1976), Antje Huber (1976-1982), Anke Fuchs (1982) und Ulla Schmidt (2001-2009). Gesundheitspolitik hatte (auch) in der Sozialdemokratie fast immer ein weibliches Gesicht, und in vieler Hinsicht gilt dies auch bis heute. Käte Strobel kann exemplarisch für eine sozialdemokratische Gesundheitspolitikerin ihrer Generation stehen, daher lohnt ein kurzes Verweilen bei ihrer Person.



Käte Strobel (1907-1996)

Käte Strobel wurde am 23. Juli 1907 in Nürnberg geboren. Sie war das vierte Kind von Fritz und Anna Müller, ihr Vater war Schuhmacher, Gewerkschaftssekretär und später Stadtrat. Schon früh war sie in der sozialistischen Jugendbewegung und bei den „Kinderfreunden“, im Jahr 1925 trat sie in die SPD ein. Nach 1945 arbeitete sie tatkräftig an dem Wiederaufbau der Sozialdemokratie in Franken mit und zog 1949 als direkt gewählte Abgeordnete für Nürnberg in den Bundestag ein. Als profilierte Parlamentarierin war sie seit 1961 Mitglied der „Regierungsmannschaften“ Willy Brandts für Familien-, Gesundheits-, und Verbraucherpolitik. In ihrer Amtszeit als Ministerin, seit 1969 für Jugend, Familie und Gesundheit, setzte sie sich vor allem für Umwelt- und Verbraucherschutz, bewusste Familienplanung und Sexualaufklärung ein. In ihrer Amtszeit wurde die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gegründet und der Aufklärungsfilm *Helga – Vom Werden des menschlichen Lebens* gedreht. In einer Wahlkampfbrochure von 1969 wurde das Wirken von Käte Strobel so umschrieben: „Käte Strobel hat als Bundesgesundheitsminister (sic) mit Herz, Verstand und Energie den Schutz und die Vorsorge für unsere Gesundheit verbessert. Sie hat vieles getan, daß kranken Menschen die besten Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie zugute kommen und hat sich viel vorgenommen: die großen Volkskrankheiten unserer Zeit, wie Krebs, Herz- und Kreislauferkrankungen und Stoffwechselerkrankungen zu verhüten und zu bekämpfen; die Gefahren für unser Trinkwasser zu beseitigen, die Luft rein zu halten und schädliche Wirkungen bei Lebensmitteln, Arzneien, Kosmetika und Bedarfsgegenständen auszuschalten. Im Bundeskabinett und Bundestag hat sich Käte Strobel stets für den wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt eingesetzt.“ Da war, wie gesagt, Wahlkampf – falsch aber war es nicht.

5. DAS „SOZIALDEMOKRATISCHE JAHRZEHT“ UND DIE GESUNDHEITSPOLITIK

Ob die „langen siebziger Jahre“ mit den Bundeskanzlern Willy Brandt und Helmut Schmidt nun ein oder sogar das „sozialdemokratische Jahrzehnt“ (Bernd Faulenbach) gewesen sind, sei dahingestellt. Sicher aber waren es sozialdemokratisch geprägte Jahre, und für die Gesundheitspolitik gilt dies allemal. Alle Reformen und Gesetzgebungen dieser Zeit zu benennen, würde hier den Rahmen sprengen. Die wichtigsten gesundheitspolitischen Errungenschaften während des „sozialdemokratischen Jahrzehnts“ waren das noch gemeinsam mit der Union in der großen Koalition unter Kanzler Kiesinger erarbeitete Lohnfortzahlungsgesetz von 1969,



Frauen der IG Metall demonstrieren 1991 gegen den § 218. Sozialdemokratische Gesundheitspolitik war vor allem dann erfolgreich, wenn sie von einer breiten gesellschaftlichen Strömung unterstützt wurde.

das 2. Krankenversicherungs-Änderungsgesetz von 1970, die 1971 eingeführte Gesetzliche Unfallversicherung für Schüler, Studenten und Kindergartenkinder, das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972, das Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 und nicht zuletzt die Reform des § 218 im Jahr 1974. Allein an diesen gesetzlichen Regelungen kann man gut ablesen, dass langjährige und bis in das Kaiserreich zurückreichende sozialdemokratische Forderungen nun endlich in Regierungshandeln umgesetzt wurden und gleichsam neuen gesellschaftlichen Herausforderungen begegnet wurde.

In diesem gesellschaftlichen Reformklima nahmen auch die Bedeutung und der Forderungskatalog der AsÄ zu, die mittlerweile als Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Ärzte und Apotheker firmierte. Auf ihrem 11. Bundeskongress 1968 waren sowohl Herbert Wehner als auch Käthe Strobel zu Gast. Beide konnten dort eine einstimmig verabschiedete Entschließung zur Kenntnis nehmen, „in der eine Grundgesetzänderung zugunsten einer erweiterten Bundeszuständigkeit auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik gefordert wurde. Durch sie soll der Bund die Möglichkeit erhalten, in allen Bundesländern für alle Bürger – ob versichert oder nicht – Gesundheitsvorsorgeleistungen zu ermöglichen und sich überdies in die Behebung der seit 20 Jahren von Jahr zu Jahr schärfer gewordenen Krankenhauskrise einzuschalten.“ Das waren nun in der Tat fast schon revolutionäre Forderungen, die durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 (KHG) wenigstens zum Teil erfüllt wurden. Die Krankenhäuser waren Ende der 1960er Jahre wegen ihrer Unterfinanzierung in einem erbärmlichen Zustand. Das KHG sorgte dafür, dass die Länder, in den ersten 10 Jahren nach Verabschiedung des Gesetzes auch der Bund, die Kosten für Krankenhausneubauten und sonstige Investitionen trugen, während die Pflegesätze der Krankenkassen die laufenden Personal- und Betriebskosten abdecken sollten. Die nachhaltigen Folgen dieses Gesetzes sind bis heute in Form der 70er-Jahre-Architektur vieler Krankenhäuser sichtbar.

Dr. Hermann Karl, der Vorsitzende der AsÄ, ging in seinem Grundsatzreferat noch einmal auf die Entschließung und weitere Punkte ein: „Die angestrebte Grundgesetzänderung solle dem Gesetzgeber umfassende Maßnahmen zur Abwehr zivilisatorischer Umweltgefahren (Reinhaltung von Wasser, Luft und Boden) und allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen geben. Dr. Karl forderte außerdem eine grundlegende Studienreform, die den veränderten soziologischen Bedingungen von Krankheit und Gesundheit Rechnung trage, Methoden von Vorbeugung und Wiederherstellung vermittele und praxisnäher als bisher sei.“ Des Weiteren plädierte man auch für neue Formen einer gemeinschaftlichen Berufsausübung und die Besserstellung von Ober- und Assistenzärzten. Dazu eine kurze Bemerkung: Die an dieser Stelle und bisher schon häufig angeklungene enge Verzahnung von Gesundheits- und Umweltpolitik in der SPD macht doch sehr deutlich, dass diese Problematik nicht erst von der Ökologiebewegung entdeckt wurde und von der Sozialdemokratie vor dem Hintergrund einer angeblichen Fortschritts- und Wachstumsideologie gänzlich vernachlässigt worden sei. Hans Barden stellte Jahre später die rhetorische Frage, „warum sich die SPD die politische Kompetenz für den Umweltschutz von einer neu entstehenden Partei stehlen ließ“ – beantwortet ist diese Frage bis heute nicht.

In den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik drängten sich damals mehr und mehr ökonomische Probleme. Aus der ursprünglich als Institution zur Lösung der „Arbeiterfrage“ konzipierten gesetzlichen Krankenversicherung war auch Dank des politischen Drucks der SPD und der Gewerkschaften eine Volksversicherung geworden. Waren Anfang der 1950er Jahre noch etwa zwei Drittel der Bevölkerung in der GKV gegen Krankheitsrisiken abgesichert, lag dieser Anteil 1970 bei 90 Prozent. Zeitgleich hatte sich das Gesundheitswesen zu einem großen Wirtschaftszweig entwickelt, der 1970 sechs Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) umfasste und eine Wachstumsdynamik entwickelt hatte, die mangels geeigneter Steuerungsmechanismen aus dem Ruder zu laufen drohte. Bis 1975 stieg der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben auf 8,4 Prozent, der durchschnittliche Krankenkassenbeitrag nahm im selben Zeitraum von 8,24 auf 10,04 Prozent zu. Das Schlagwort von einer „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ machte die Runde. 1971 machte eine Studie des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts auf erhebliche Strukturmängel im Gesundheitswesen aufmerksam. Dazu zählten deren Verfasser, zu denen u. a. Erwin Jahn, Mitglied des ASG-Bundesvorstandes und Vizepräsident des Bundesgesundheitsamtes, gehörte, vor allem die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, die Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten im GKV-System, die Überbewertung medizinisch-technischer Leistungen im ärztlichen Vergütungssystem sowie Mängel in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften.

Mit dieser Studie wurde eine Reformagenda vorgelegt, deren Umsetzung sich noch über Jahrzehnte hinziehen sollte und in vielen Punkten, etwa der Schaffung integrierter Versorgungsformen, noch heute Gültigkeit hat. Sie wurde von der sozialliberalen Koalition jedoch nur sehr begrenzt umgesetzt. Ansätze zu Strukturreformen wie etwa die Einführung einer Positivliste für die von den Krankenkassen zu bezahlenden Arzneimittel scheiterten an der mit der Pharmaindustrie und den Ärzteverbänden eng verbandelten FDP. Das von Arbeitsminister Herbert

Ehrenberg 1977 nach langen internen Auseinandersetzungen in den Bundestag eingebracht und am 27. Juni 1977 verabschiedete „Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – KVKG“ bildete den Prototyp für eine Reihe von Kostendämpfungsgesetzen, kurz „K-Gesetze“ genannt, die bis Ende der 1980er Jahre versuchten, die Krankenkassenausgaben vor allem mit der Festlegung von Budgetobergrenzen und Verlagerungen bei den Kostenträgern in den Griff zu bekommen. In den Medien erhielten diese Instrumente schnell Spitznamen: „Rasenmäher-“ und „Verschiebebahnhofsprinzip“.

Die „Gesundheitspolitischen Leitsätze“, auf die bereits im vorherigen Kapitel kurz eingegangen wurde, hatten nur begrenzten Einfluss auf die praktische Politik des Kabinetts Schmidt/Genscher. Hier soll kurz der Verlauf und die Auswirkungen der Programmdiskussionen dargestellt werden. Im Jahr 1971 wurde auf Beschluss des 13. Bundeskongresses der AsÄ in Freiburg eine Kommission eingesetzt, die den Auftrag erhielt, gesundheitspolitische Leitsätze zu entwerfen. Auf dem 14. Bundeskongress in Köln wurden die Leitsätze diskutiert und grundsätzlich gebilligt. Nach Überarbeitung durch eine Redaktionskommission des Bundesvorstandes wurden diese im Juni 1975 dem Parteivorstand zur weiteren Verwendung übergeben. Der detailreiche Entwurf, der in seinen Grundaussagen mit dem Orientierungsrahmen 85 und dem Leitsatzentwurf der Gesundheitspolitischen Kommission beim Parteivorstand übereinstimmte, enthielt als wesentliche Vorschläge: Schaffung eines integrierten Systems der medizinischen Versorgung; Durchführung der Planung und Organisation des Gesundheitswesens nach staatlich vorgegebenen Normen und Standards durch eine Selbstverwaltung der am Gesundheitswesen Beteiligten, der Versicherten und Kommunen; Einführung von regionalen Planungs- und Versorgungseinheiten für den gesamten Bereich des Gesundheitswesens. Die AsÄ/ASG konnte in diesem Zeitraum also – eher aufgrund fachlicher Qualifikation und weniger durch mediale Präsenz – Einfluss auf sozialdemokratische Politik und Regierungshandeln nehmen.

In diesem Kontext sollte auch der sozialdemokratische Politiker und Autor Friedel Läßle erwähnt werden. In seinem Buch „Gesundheit ohne Ausbeutung – Eine Alternative zum gegenwärtigen Gesundheitssystem“, erschienen 1977, entwirft Friedel Läßle nach einer gründlichen, auch gesundheitsökonomischen Analyse, und fußend auf den Beratungen der Gesundheitspolitischen Kommission, deren Vorsitzender er über viele Jahre war, weitreichende Reformoptionen zur Ausgestaltung eines patienten- und arbeitnehmerorientierten Versorgungssystems mit gleichen Rechten und Pflichten für alle Versicherten.

Auch aus heutiger Perspektive hoch aktuell ist Läßles Plädoyer aus dem Jahr 1977 für eine einheitliche Gesundheitsversicherung als Pflichtversicherung, für die „integrierte Gesundheitsversorgung“, für die Gleichstellung der Prävention und Vorsorge mit der Kuration, ebenso für die Gleichstellung der Rehabilitation mit der Akut-Versorgung. Die medizinische Versorgung sollte für alle medizinischen Versorgungsbedarfe in für alle geöffneten Krankenhäusern, in Medizinisch-Technischen Versorgungszentren (MTZ), verbunden mit einem zentralen Informationssystem (ZIS) – vergleichbar mit einer „Elektronischen Patientenakte“ nach heutiger Konzeption - und in Sozialzentren, mit Dienstleistungsangeboten auch für alle psycho-sozialen Hilfen, wohnortnah (quartiersbezug) erfolgen.

Überzeugend stellt Läßle entsprechend den Ergebnissen der Kommissionsarbeit auch dar, wie wesentlich der Erfolg einer nachhaltigen und patientenorientierten Gesundheitspolitik abhängig ist von einer breiten Bewegung innerhalb der Partei und in der Gesellschaft. Er belegt dies mit Hinweisen zu internen Auseinandersetzungen, aber auch mit guten Beispielen praktizierter Partnerschaft wie z.B. mit den Gewerkschaften und den Sozialverbänden. Interessant sind auch seine Schilderungen zu den Positionierungen des damaligen Führungspersonals der Partei zu den gesundheitspolitischen Zielen und Handlungsbedarfen und den „Mühen“ der Identifizierung mit den fachlich überzeugenden Konzepten.

Am beeindruckendsten an Läßles Werken ist immer wieder seine Darstellung des gesellschaftspolitischen Bezugs sozialdemokratischer Gesundheitspolitik. Je nach dem wie Zugänge gesichert, Behandlungspfade definiert und gestaltet sowie die materiellen Interessen gesteuert und Gruppenprivilegien begrenzt werden, ist das Gesundheitswesen Instrument zur Teilhabesicherung und Chancengleichheit oder zur Privilegierung und Reichtumsvermehrung. Läßles Analyse und Vorschläge aus den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts sind nach wie vor aktuell und auch für die heutigen gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen anregend.

Die „Gesundheitspolitische Kommission“ beim Parteivorstand der SPD, deren Arbeitsergebnisse in die Veröffentlichungen von Friedel Läßle einfließen, arbeitet in der Regel eng mit den Gremien der ASG zusammen, teilweise waren die handelnden Akteure identisch.

Die traditionell relative Eigenständigkeit sozialdemokratischer Ärzte und Ärztinnen, nunmehr auch erweitert um andere Akteure des Gesundheitswesens, konnte aber auch durchaus zu Konflikten mit der Parteiführung führen, wenn sich gesundheitspolitische Fragen mit anderen Politikfeldern überschneiden. Hans Bardens und viele andere hatten sich schon in den späten fünfziger Jahren in der Kampagne „Kampf dem Atomtod“ engagiert und in der AsÄ waren Fragen des Strahlenschutzes eigentlich immer auf der Tagesordnung. Nach dem Ende der Entspannungspolitik in den späten siebziger Jahren wurde das Thema wieder akut. Im Bundestag wurde über ein „Gesundheitssicherungsgesetz“ diskutiert, auch die Bundesregierung war 1979 der Auffassung, „daß die vorhandenen Rechtsvorschriften und die bisher von Bund und Ländern getroffenen Vorkehrungen nicht ausreichen, um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in einem Spannungs- oder Verteidigungsfall hinreichend sicherzustellen.“ Der Bundesvorstand der ASG hingegen lehnte den Gesetzesentwurf ab, der eine Registrierungspflicht und Zwangsförderungsmaßnahmen in Katastrophenmedizin für alle im Gesundheitswesen Tätigen ebenso vorsah wie Einsatzpläne für Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen als Vorbereitung für den Kriegsfall. Wirksame Hilfe konnte, so die Meinung der ASG, nur die politische Arbeit zur Verhinderung von Krieg, Abbau von Rüstung und Schaffung von Frieden sein. Der Gesetzgebungsprozess zog sich schließlich bis in die achtziger Jahre hin und versickerte im Bundestag. Die sozialdemokratische Fraktion war aber nunmehr auf der Linie, die schon vorher von der ASG vertreten worden war. „Wenn man sich daran erinnert – ich bin Jahrgang 1935 –“, so ein sozialdemokratischer MdB 1982 im Bundestag, „wie der Bombenkrieg im Zweiten Weltkrieg in England oder in Deutschland stattgefunden hat, kann man sich gut

vorstellen, wie dies alles in einem nächsten Krieg sein wird. Meines Erachtens grenzt es an Größenwahnsinn, zu meinen, im Ernstfall gebe es ein noch funktionierendes Gesundheitswesen.“

In den sechziger und siebziger Jahren wurde die AsÄ, die dann seit 1975 den bis heute gültigen Namen Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen annahm, von wechselnden Vorständen geleitet. Diesen gehörten neben dem bereits vorgestellten Kurt Glaser unter anderem auch Hermann Karl, Elinor Hubert, Hans Bardens, Fritz Cremer, Herbert Brückner und Erwin Jahn an, deren Kurzbiografien einen guten Überblick über die Struktur und Verzahnung der AsÄ/ASG in dieser Zeit bieten.

Hermann Karl gilt als eigentlicher Wiederbegründer der AsÄ und gehörte dem Vorstand bis 1969 an, seit 1970 war er Ehrevorsitzender. Unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg war er im Hessischen Sozialministerium für Gesundheitsfragen zuständig und baute unter anderem auch die Deutsche Sozialhygienische Gesellschaft nach 1945 wieder mit auf.

Elinor Hubert wurde im Jahr 1900 in Breslau geboren und hatte sich in Greifswald, wo sie als Ärztin praktizierte, 1930 kurzzeitig der Deutschen Volkspartei (DVP) angeschlossen. 1945 trat sie, wie einige andere bürgerliche Akademiker ohne „Stallgeruch“ auch, in die SPD ein und gehörte dem Bundestag von 1949 bis 1969 an. Dort war sie unter anderem gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion und hatte seit 1965 den Vorsitz des Ausschusses für Gesundheitswesen inne.



Hans Bardens (1927-2003)

Hans Bardens, Jahrgang 1927, gehörte ebenfalls dem Bundestag (1965-1983) an. In der AsÄ war er langjährig im Vorstand vertreten und erster Vorsitzender von 1970 bis 1974. Durch diese Tätigkeiten und nicht zuletzt aufgrund seiner intellektuellen Fähigkeiten gehörte er wohl zu den einflussreichsten, wenn auch weniger bekannten sozialdemokratischen Gesundheitspolitikern seiner Generation. Zu den beiden Bundestagsabgeordneten schrieb Käte Strobel später: „Unsere Leute, Elinor Hubert und Hans Bardens, haben Frau Schwarzhaupt schon das Leben sauer gemacht. Sie haben sie in der Fragestunde ständig mit medizinischen Fragen

attackiert.“ Eben diese Sachpolitik im besten Sinne zeichnete die Mitglieder der AsÄ wohl am meisten aus. In seiner Rücktrittsrede formulierte Hans Bardens dies so: „Wir dienen nicht der sozialdemokratischen Reformpolitik, vor allem aber auch nicht den Menschen, die uns ein politisches Mandat gegeben haben und denen wir zu besseren Gesundheitsvoraussetzungen zu verhelfen haben, wenn wir auf den falschen Schauplätzen lautstarke Scheingefechte führen.“

Fritz Cremer, geboren 1920 und 1945 in die SPD eingetreten, war Vorsitzender der ASG von 1975 bis 1977 und übte diese Funktion auch als Landesvorsitzender in Bayern aus. Von 1966

bis 1981 war er Mitglied des bayerischen Landtags und während dieser Zeit auch Bürgermeister des Marktes Triefenstein, wo er auch praktizierte. Seine politische Karriere wird aber rückblickend durch Kontakte zur Staatsicherheit der DDR getrübt.

Herbert Brückner hingegen, Bundesvorsitzender der ASG von 1978 bis 1988, war der erste Nicht-Mediziner an der Spitze der Arbeitsgemeinschaft. Der gelernte Diakon wurde 1938 geboren und war seit 1964 politisch in der SPD aktiv. Von 1975 bis 1985 war Herbert Brückner Bremischer Senator für Gesundheit und Umweltschutz (bis 1984). Das langjährige Vorstandsmitglied Erwin Jahn wurde 1911 geboren und war als „Mischling 1. Grades“ zahlreichen Repressionen während der nationalsozialistischen Herrschaft ausgesetzt. Seit 1949 Mitglied der SPD und der AsÄ/ASG wirkte er an zahlreichen medizinischen und gesundheitspolitischen Einrichtungen, unter anderem auch als Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie am Bundesgesundheitsamt (BGA), dessen Vizepräsident er auch von 1969 bis 1976 war.



Herbert Brückner (geb. 1938),
ASG-Bundesvorsitzender von 1978 - 1988

6. SOZIALDEMOKRATISCHE POSITIONSBESTIMMUNGEN IN DER GESUNDHEITSPOLITIK BIS HEUTE

Die ersten Jahre der schwarz-gelben Koalition brachten keine substanziellen Veränderungen im Gesundheitswesen. Generell kann festgehalten werden, dass es zwischen den Gesundheits- und Sozialpolitikern der Union und der SPD eine erheblich größere gemeinsame Schnittmenge gibt als jeweils zwischen ihnen und der FDP. Der für die GKV zuständige Arbeitsminister Norbert Blüm setzte zunächst die von Herbert Ehrenberg eingeleitete Politik der Kostendämpfungs-Gesetze fort. Er kündigte aber eine große Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung an, die allerdings auf sich warten ließ. Im Mai 1985 veröffentlichte er ein „10-Punkte-Programm“ mit dem Motto „Überflüssiges streichen, um Notwendiges zu finanzieren“ und versprach eine „Jahrhundertreform“. Daraus wurde aber nichts. Das im Dezember 1988 verabschiedete Gesundheits-Reformgesetz (GRG) bot Politikwissenschaftlern reichlich Stoff für die erfolgreiche Arbeit von Lobbyisten und deren immer stärker werdende Rolle in der Gesundheitspolitik. Ein epochales Werk war das GRG nur aus rechtssystematischer Sicht: Das die GKV betreffende 2. Buch der Reichsversicherungsordnung (RVO) wurde in das Sozialgesetzbuch V umgewandelt.

In den 1980er Jahren bekam die Gesundheitspolitik einen deutlichen ökonomischen Akzent. Es war deutlich geworden, dass das Gesundheitswesen sich zu einem bedeutenden Wirtschaftszweig entwickelt hatte. An den wirtschaftswissenschaftlichen Fakultäten bildete sich eine neue Subdisziplin heraus, die Gesundheitsökonomie. Einer ihrer führenden Repräsentanten war der nachmalige ASG-Vorsitzende Martin Pfaff, der bis zu seiner Wahl in den Bundestag 1990 Mitglied des Gesundheits-Sachverständigenrates war. Er stellte sich gegen den Mainstream der Lehrbuchökonomie mit deren Annahme, man könne mit dem Instrumentarium der Marktökonomie auch das Gesundheitswesen steuern. Er wies schon 1985 anhand der vor-

liegenden empirischen Untersuchungen nach, dass Zuzahlungen der Patienten bzw. Versicherten keinen positiven Steuerungseffekt haben, dafür aber soziale und gesundheitlich bedenkliche Nebenwirkungen.



Martin Pfaff und Franz Müntefering

In der SPD wuchs zugleich die Erkenntnis, dass die Kostendämpfungsstrategie mit der Philosophie der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ gescheitert war und grundlegende Strukturreformen im GKV-System erforderlich waren. Diese konnten aber nur auf Basis eines breiten politischen Konsenses gegen die Lobby der Gesundheitswirtschaft und Ärzteverbände

durchgesetzt werden. Auf Antrag der SPD richtete der Bundestag im Juli 1987 eine Enquete-Kommission „Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung“ ein, deren Vorsit-

zender der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Fraktion und langjährige Vorsitzende der ASG Baden-Württemberg, Klaus Kirschner wurde. Ihr Anfang 1990 veröffentlichter Bericht sollte die gesundheitspolitische Agenda für die kommenden Jahrzehnte setzen: Organisationsreform der gegliederten GKV, gezielte Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention, leistungs- und qualitätsorientiertes Vergütungssystem für Ärzte und Krankenhäuser, Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln und Aufbau einer integrierten medizinischen Versorgung. Zunächst ging der Bericht der Enquete-Kommission in der Öffentlichkeit völlig unter. Die mit der deutschen Einigung verbundenen Probleme bestimmten komplett die politische Bühne. Die Hoffnungen vieler Experten, im Zuge dieses Prozesses könne man auch eine grundlegende Strukturreform im Gesundheitswesen realisieren, erwiesen sich schnell als trügerisch. Die beharrenden Kräfte im Gesundheitswesen leisteten ganze Arbeit und sorgten dafür, dass das westdeutsche Gesundheitssystem mit all seine Fehlern und Schwächen eins zu eins auf die ehemalige DDR übertragen wurde.

Mit dem Aufruf „Aktive Gesundheitspolitik in Sachsen durch Mitarbeit – Wir müssen unsere Vorstellungen von Gesundheitspolitik mehr in die Öffentlichkeit tragen!“ trat Dr. Marlies Volkmer, damals Mitglied des Sächsischen Landtags, 1994 an SPD-Mitglieder heran, die im Gesundheitssystem arbeiteten, um die Gründung eines gesundheitspolitischen Arbeitskreises vorzubereiten, der später die ASG bilden sollte. Die Gründung der ASG in Sachsen fand am 17. Juni 1995 in Freital bei Dresden statt – danach folgten Genossinnen und Genossen in den anderen neuen Bundesländern und gründeten eigene Landesorganisationen der ASG. In Sachsen wurde die spätere langjährige stellvertretende Bundesvorsitzende der ASG Landesvorsitzende und übt dieses Amt bis heute aus. Die ASG hat insbesondere die Transformation des ostdeutschen Gesundheitswesens konstruktiv und kritisch begleitet – sie konnte viele dieser Erfahrungen in die Arbeit der ASG einbringen und hat wichtige Impulse zur Krankenhauspolitik oder zur Gesundheitsförderung bzw. zur Weiterentwicklung ambulanter Strukturen gegeben. Im Jahr 2012 hat sich in Brandenburg eine ASG-Gruppe gegründet und damit den vorletzten „weißen ASG-Fleck“ auf der Landkarte ausgefüllt.

Schon Ende der 1980er Jahre hatten sich die Probleme im GKV-System zugespielt. Die Beitragssätze hatten eine Spannweite von 8 bis 16 Prozent erreicht. Ursache dieser Verwerfungen war das berufsständische Gliederungsprinzip, das Arbeiter einer Pflichtkasse zuwies (AOK, BKK oder IKK), während Angestellte die Möglichkeit hatten in eine der Ersatzkassen zu wechseln. Besonders betroffen waren die AOKs, die als Basiskasse besonders viele Geringverdiener und gesundheitlich belastete Personen versicherte. Sie waren einem, wie er unter Experten hieß, „Kellertreppeneffekt“ ausgeliefert. Sie mussten wegen ihres sehr ungünstigen Verhältnisses von Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben meist sehr viel höhere Beitragssätze fordern als die Ersatzkassen mit der Folge, dass gut verdienenden Angestellte die AOK verließen, was die Risikostruktur der AOK noch weiter verschlechterte. Beim Bundesverfassungsgericht war eine aussichtsreiche Klage gegen die Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten bei der Kassenwahl anhängig. Es bestand also dringender Handlungsbedarf.



Tagung der ASG 1991

Auf dem SPD-Parteitag im August 1988 wurde ein innerparteilich umstrittenes Konzept beschlossen, das die Abschaffung des Pflichtkassenprinzips für Arbeiter und die Einführung der freien Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten vorsah. Die finanziellen Verwerfungen sollten durch einen bundesweiten Finanzausgleich innerhalb der einzelnen Kassenarten beseitigt werden. Umstritten war nicht die freie Kassenwahl und die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten; das waren alte Forderungen der SPD. Gegenstand der parteiinternen Kontroverse

war der kassenartinterne Finanzausgleich. Die Sozialpolitiker der Länder, aber auch Vertreter der ASG wie Martin Pfaff warnten vor einem die solidarische GKV zerstörenden Wettbewerb, der zu Lasten der Regionalkassen gehen würde. Die der SPD und den Grünen nahestehenden Mitglieder der GKV-Enquete-Kommission setzten diesem Ansinnen das Modell eines kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs (RSA) entgegen, der einen das Solidaritätsprinzip nicht verletzenden Kassenwettbewerb ermöglichen sollte. Der RSA sollte einen Finanzkraftausgleich enthalten, der für jedes GKV-Mitglied ein fiktives einheitliches beitragspflichtiges Einkommen unterstellte. Außerdem sollte für jeden Altersjahrgang ein nach Geschlecht differenziertes Ausgabenniveau berücksichtigt werden. Dadurch sollten Kassen keine Nachteile mehr haben, wenn sie viele einkommensschwache bzw. kranke Menschen versicherten. Ein ähnliches RSA-Modell wurde seinerzeit auch in den Niederlanden entwickelt. Den Landespolitikern der SPD gelang es, auch die von der CDU/CSU geführten Landesregierungen für dieses Konzept zu gewinnen. Das war dann die Grundlage für den bis heute legendären Kompromiss von Lahnstein, in dem sich im September 1992 unter Leitung von Bundesgesundheitsminister Seehofer (CSU) und dem stellvertretenden SPD-Fraktionsvorsitzenden Rudolf Dreßler die Bundesregierung und die Länder sich auf eine Organisationsreform der GKV mit freier Kassenwahl ab 1996 und einen 1994 erstmals durchzuführenden RSA einigten. Ende 1992 wurde dieser Kompromiss im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) im Bundestag und Bundesrat verabschiedet.

Mit dieser neuen, die Diskriminierung von Kassen mit einer ungünstigen Risikostruktur vermeidenden Wettbewerbsordnung war zugleich die Frage nach den Wettbewerbsparametern in einer solidarischen GKV gestellt. Für die SPD-Gesundheitspolitiker war von vornherein klar, dass der in den §§ 11 ff. SGB V umrissene Leistungskatalog der GKV weiterhin einheitlich für alle Kassen gelten muss. Der Kassenwettbewerb sollte sich auf den Ebenen der Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern und des Services für die Versicherten bewegen. Dafür mussten aber ebenso noch die Voraussetzungen geschaffen werden wie für allgemeine Regelungen zur Qualitätssicherung und Kosten-Nutzen-Bewertung von ärztlichen Leistungen und Arzneimitteln. Auch die Vergütungsregelungen in der ambulanten und stationären Versorgung mussten auf eine neue Grundlage gestellt werden. Im GSG konnten diese Fragen nicht oder nur in groben Ansätzen geregelt werden, weil allein schon die Reform der GKV-Organisation

ein enormer Kraftakt war. Man wollte diese Fragen auf eine nächste Reform verschieben, zu der es aber erst im Jahr 2003 kam.

Die Jahre nach dem GSG waren gesundheitspolitisch weitgehend verlorene Jahre. Die FDP blockierte in der Kohl-Regierung jeden Ansatz einer weiteren Zusammenarbeit der Union mit der SPD. Es folgten nur eine Reihe kleinerer Gesetze in den 1990er Jahren, die sich auf Leistungskürzungen und unbedeutende Veränderungen im Kassenarztrecht beschränkten. Außerdem verärgerte die Kohl-Regierung die SPD nachhaltig, indem sie die in Lahnstein vereinbarte Positivliste der von den Krankenkassen zu bezahlenden Arzneimittel, ein Kernstück sozialdemokratischer Gesundheitspolitik, eigenmächtig aus dem Gesetz strich.

Die Ende 1998 ins Amt gewählte rot-grüne Koalition setzte zwar in der GKV-Reform 2000 und dem Fallpauschalengesetz von 2002 mit der Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen im Krankenhaus (DRGs) Zeichen, die allerdings auch innerhalb der ASG umstritten waren. Hinzu kam das RSA-Reformgesetz von 2001, das die Verbesserung der Zielgenauigkeit des RSA durch eine Morbiditätskomponente (M-RSA) und die Einführung von Disease-Management-Programmen für chronisch Kranke, z. B. Diabetiker, vorsah. Bereits wenige Jahre nach Einführung des RSA hatte sich gezeigt, dass die Klassifizierung der Versichertenmorbidität nach Alter und Geschlecht unzureichend war und vor allem die großen Versorgerkassen benachteiligte. All diese Reformen waren jedoch in ihrer praktischen Umsetzung von einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates abhängig, in der die von der Union geführten Landesregierungen eine Mehrheit hatten und so die Reformen blockieren konnten. Es zeigte sich einmal mehr, dass Reformen im Gesundheitswesen im föderalen Politiksystem der Bundesrepublik Deutschland nur auf Basis einer Zusammenarbeit der beiden großen Volksparteien umgesetzt werden können. Dadurch müssen stets Kompromisse geschlossen werden, die nicht immer der reinen Parteilehre entsprechen mögen, aber letztlich die einzige Möglichkeit sind, Reformen im Gesundheitswesen eine sozialdemokratische Note zu geben.

Das führte immer wieder zu parteiinternen Auseinandersetzungen, auch innerhalb der ASG, wo sich die Beschäftigten im Gesundheitswesen über einen stetig wachsenden wirtschaftlichen Druck vor allem auf die Krankenhäuser beklagten. Die Kritik bezog sich vor allem auf die von der rot-grünen Koalition beschlossene Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in Krankenhäusern, aber auch auf die im Rahmen der parteiinternen hoch umstrittenen Agenda 2010 eingeführte Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal. Diese und andere Maßnahmen waren Teil eines Reformpaketes, auf das sich SPD, Grüne und die Union im Sommer 2003 einigten und in das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003 umsetzten. Dieses Gesetz wird in seiner Auswirkung auch innerhalb der SPD bis heute unterschätzt. Im Fokus auch der parteiinternen Kritik stand die Einführung der Praxisgebühr, die sich als völlig wirkungslos herausstellen sollte und zum 1. Januar 2013 von der schwarz-gelben Koalition wieder abgeschafft wurde. Für besonderen parteiinternen Ärger sorgte zudem die Finanzierung von Zahnersatzleistungen durch eine nur von den Versicherten zu tragenden Zusatzbeitrag von 0,9 Prozentpunkten. Das war nicht nur eine Zusatzbelastung für die Versicherten, sondern

auch die Verletzung des ursozialdemokratischen Prinzips der paritätischen Finanzierung der GKV durch Versicherte und Arbeitgeber. In dieser Aufregung ging der Blick für eine der wichtigsten Reformen des letzten Jahrzehnts verloren: die Stärkung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch die Einführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen medizinischer bzw. pharmakologischer Innovationen auf Grundlage einer evidenzbasierten Medizin. Der G-BA wird bei dieser Aufgabe durch das Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG) unterstützt. Damit hielten erstmals verbindliche Qualitätsmaßstäbe Einzug in das deutsche Gesundheitswesen, und eine zentrale Forderung (nicht nur) der ASG wurde damit erfüllt.

Die Bundestagswahlen 2005 hatten eine große Koalition zur Folge. Im Frühjahr 2006 bildete sich eine Bund-Länder-Kommission, die Eckpunkte für eine GKV-Reform festlegen sollte. Im Wahlkampf hatte zuvor die Forderung der Union nach Einführung einer Kopfpauschale in der GKV eine zentrale Rolle gespielt. Für die SPD war das eine Steilvorlage, aber auch innerhalb der Union setzte sich die Erkenntnis durch, dass man damit bei den Bürgern nicht angekommen war. Dennoch spielte dieses Thema eine große Rolle bei der Erarbeitung des Reformgesetzes. Für die SPD war überdies die verbindliche Umsetzung des 2001 im RSA-Reformgesetz beschlossenen M-RSA eine nicht verhandelbare Sache.

Heraus kam ein Kompromiss, in dem sich die SPD im Kern durchsetzen konnte, aber auch eine dicke Kröte in Form eines Zusatzbeitrages schlucken musste. Beschlossen wurde die Einrichtung eines vom Bundesversicherungsamt (BVA) verwalteten Gesundheitsfonds, in den die GKV-Beiträge aller Versicherten direkt in Form eines allgemeinen Beitragssatzes von 15,5 % (8,2 % Versichertenanteil) eingezahlt werden. Hinzu kommen Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt, die stufenweise auf 14 Mrd. Euro anwachsen sollten. Die einzelnen Kassen erhalten aus diesem Fonds pro Versicherten einen nach Alter und Geschlecht gewichteten Betrag, der um einen Morbiditätszuschlag erweitert wird. Kommt eine Kasse mit diesen Zuweisungen nicht aus, muss sie einen Zusatzbeitrag erheben, der bis zu 8 Euro als Festbetrag erhoben werden muss, aber 1 % des Einkommens nicht übersteigen darf.

Damit hatte die SPD den M-RSA endgültig durchgesetzt, auch wenn dabei eine unsinnige Begrenzung auf maximal 80 Krankheiten in Kauf genommen werden musste. Im Grunde ist der Gesundheitsfonds nichts anderes als eine Organisationsreform des RSA, der nunmehr nicht mehr über Ausgleichszahlungen zwischen den Krankenkassen durchgeführt wird, sondern durch Zuweisungen vom BVA. Damit wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass die GKV eine Solidargemeinschaft ist und keine Assoziation von nur in sich solidarischen Kassen. Damit wird auch zugleich das unsinnige Gerede von „Geber-“ und „Nehmerkassen“ gegenstandslos. Die Klage von Kassenfunktionären, man habe ihnen die Finanzautonomie entzogen, war Ausdruck eines „Phantomschmerzes“ (Franz Knieps), weil sie diese schon mit der Einführung des RSA 1994 verloren hatten. Diese Thematik beschäftigt die Gesundheitspolitik der SPD bis heute und gipfelte in der politischen Forderung im Bundestagswahlkampf 2013, den Kassen ihre Finanzautonomie wieder zurück zugeben ohne den RSA abzuschaffen und die alleine von den Arbeitnehmern und Rentnern zu zahlenden Zusatzbeiträge möglichst schnell auslaufen zu lassen.

7. AUSBLICK: REFORMBAUSTELLEN

Trotz der Einführung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht und eines PKV-Basistarifs lies das GKV-WSG ein Kernproblem des deutschen Gesundheitswesens ungelöst: das international einmalige duale Versicherungssystem mit einem Zwei-Klassen-System von GKV und PKV. Auch blieb das sich schon 2007 deutlich abzeichnende Problem der Unterversorgung in ländlichen Regionen ohne Antwort, das aber ohne grundsätzliche Umstrukturierungen der Versorgungsstrukturen und des Vergütungssystems nicht ausgeräumt werden kann. Alles in allem steht die Gesundheitspolitik in den nächsten Jahren vor folgenden zentralen Steuerungsproblemen:

- Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems für alle Bürger.
- Sicherung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen.
- Schaffung integrierter Versorgungsformen und schrittweise Aufhebung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.
- Verzahnung von medizinischer Versorgung und sozialer Betreuung insbesondere für ältere Menschen.
- Aufbau eines einheitlichen Vergütungssystems für die gesamte medizinische Versorgung.
- Flexibilisierung der Vertragsstrukturen zwischen Krankenkassen und Leistungsbringern.

Reformen im Gesundheitswesen werden wohl immer ein mühseliges und auch undankbares Geschäft bleiben. Wer glaubt, man könne mit einer „großen“ Reform die komplizierten und mit gegenläufigen Interessen verbundenen Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung und des mit ihr verbundenen Versorgungssystems ein für allemal in vernünftige Bahnen lenken, versteht nichts von Gesundheitspolitik. Es handelt sich um eine Dauerbaustelle, auf der die SPD und mit ihr die ASG stets für die entscheidenden Pläne gesorgt haben.

8. DIE ASG SEIT DEM JAHR 2000

Bereits in den 1990er Jahren zeigte sich immer mehr, dass die gesundheitliche Versorgung in Deutschland unter gleich mehreren Gerechtigkeitslücken leidet:

- Die Lebenserwartung der Menschen aus den unteren und oberen sozialen Schichten klafft immer mehr auseinander; gerade bei den Kindern aus den einkommensschwächeren Bevölkerungskreisen sinkt der gesundheitliche Status.
- Immer mehr Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen und Leistungsausgrenzungen schränken die medizinische Inanspruchnahme mit erheblichen Folgen für den gesundheitlichen Status ein, trotz bestehenden Versorgungsbedarfes.
- Der Anteil der Lohneinkommen, die für Beiträge bzw. Eigenanteile und Zusatzbeiträge für die Krankenversicherung aufgewandt werden müssen, klafft im Vergleich zum Volkseinkommen durch die Beitragsbemessungs- bzw. Versicherungspflichtgrenze immer weiter auseinander. Wer wenig Einkommen hat, muss anteilig immer mehr zahlen.
- Hinzu kommt – immer häufiger – die „Diskriminierung im Wartezimmer“. Untersuchungs- und Behandlungstermine werden oft nach Versichertenstatus und nicht nach medizinischem Bedarf vergeben.

BÜRGERVERSICHERUNG

Von der ASG gingen dementsprechend sowohl 2004 als auch 2010 Initiativen zur Entwicklung eines Bürgerversicherungskonzeptes aus. Wir wollen die soziale Bürgerversicherung als ein gesetzlich definiertes Versicherungssystem einführen, in dem alle Bürgerinnen und Bürger mit gleichen Rechten und Pflichten und einem Beitrag, der sich möglichst aus allen Einkünften speist. Nach entsprechenden Parteitagebeschlüssen, wurden diese Konzepte politisches Programm der SPD.

Gegen Ende des letzten Jahrzehnts kam dagegen immer mehr Druck zu Reforminitiativen aus dem Bereich der privaten Krankenversicherungen selbst. Nirgendwo im Sozialsystem sind in den letzten Jahren die Beiträge bzw. Prämien mehr angestiegen, als im PKV-Bereich, bei gleichzeitig steigender Leistungszurückhaltung. Hinzu kommen die erhebliche Unfreiheit der Versicherten bei Kassenwechsel und die zunehmenden Versorgungsrisiken durch gefährliche Überversorgung. Deshalb hat die ASG mit wichtigen Impulsen auch die Überarbeitung des Bürgerversicherungskonzeptes in der Reformkommission unter Andrea Nahles für den Bundesparteitag 2011 entscheidend mitgestaltet. Besonders für die Verteilungs- und Gerechtigkeitsperspektive konnten wir wichtige Anstöße geben. Zugleich wurde und wird das Konzept von der ASG kritisiert, weil es bei der Berücksichtigung der anderen Einkommensarten zu pragmatisch ausgerichtet ist.

PFLEGEPOLITIK

Im Jahr 2014 feiert die Pflegeversicherung, die in ihren Anfängen durch wichtige Impulse der ASG geprägt wurde, ihr 20jähriges Bestehen. Die Pflegeversicherung ist insgesamt eine Erfolgsstory – trotz vielfältigem Reformbedarf!

Ein differenziertes Versorgungsangebot, mehr Versorgungsqualität, weniger Angst vor Armut durch Pflegebedürftigkeit, sind nur einzelne Elemente des Erfolges. Die älter werdende Gesellschaft, insbesondere der Anstieg der Zahl der hochbetagten Menschen, der Rückgang der Versorgungspotentiale und die Veränderungen in den Versorgungsbedarfen fordern Anpassungen.

Die ASG hat seit Anfang dieses Jahrtausends die pflegepolitische Diskussion in Deutschland maßgeblich mit bestimmt. Auf Grund ihrer tiefen Verwurzelung im gesamten Feld der medizinischen, pflegerischen, rehabilitativen und sozialen Versorgung hat die ASG den Blick geweitet. In allen Reformkonzepten hat die ASG politische Ansätze gefordert, die weit über die Reform der Pflegeversicherung hinausgehen.

Seit 2004 fordert die ASG die gleichberechtigte Einbeziehung demenziell erkrankter Menschen, eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Versorgung und beruflicher Tätigkeit, angemessene Rentenanwartschaften für pflegende Angehörige, eine Präventions- und Rehabilitationsoffensive zur Vermeidung bzw. Hinausschiebung von Pflegebedürftigkeit und eine quartiersbezogene Pflege- und Versorgungsorganisation, um die Versorgung hilfebedürftiger Menschen in der eigenen Wohnung möglichst lange zu sichern.

Auch die generationengerechte, pflege- und versorgungssensible Weiterentwicklung der kommunalen Infrastruktur sowie die nachhaltige Aufwertung der pflegenden Berufe wurden auf die politische Agenda gebracht.

Aktuell beschäftigt sich die ASG mit Impulsen zur alterssensiblen Medizin, einer Gleichstellung der rehabilitativen mit der akutmedizinischen Versorgung sowie der verpflichtenden Einführung integrierter Versorgung bei multimorbiden Menschen.

In diesem Sinne hat die ASG mit einem besonders durch Armin Lang initiierten Parteivorstandsbeschluss vom Januar 2011 die Pflegediskussion in der SPD insgesamt neu angestoßen. Daraus sind in der Bundestagsfraktion aber auch innerhalb der FES wegweisende Initiativen entstanden, die sich 2013 deutlich im Regierungsprogramm der SPD widerspiegeln haben. Auch darauf kann die ASG sehr stolz sein!

INITIATIVEN ZUR VERBESSERUNG DER SOZIALEN UND GESUNDHEITLICHEN LAGE

Die zunehmende Kluft in der gesundheitlichen Lage der Menschen aus den unterschiedlichen sozialen Schichten trieb die ASG zwischen 2004 und 2010 zu gleich mehreren Hearings zur umfassenden Aufwertung der gesundheitlichen Prävention.

Mit der „Mainzer - und der Berliner Erklärung“ zur aktiven Präventionspolitik begründete die ASG Ihre Forderung zur umfassenden gesetzlichen Regelung sowohl der „Verhältnis- als auch der Verhaltensprävention“, zur gemeinschaftlichen Verantwortung der Sicherstellung präventiver Programme durch kommunale und staatliche, aber auch der sozialversicherungsrechtlichen und der gesellschaftlichen (Bildungsstätten, Betriebe, Verwaltungen usw.) Institutionen. Weg von der dominierenden Krankheits- hin zu mehr Gesundheitsorientierung im deutschen Gesundheitswesen bleibt ein zentrales Anliegen der ASG und der gesamten SPD.

PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

Der Anstieg der psychischen Erkrankungen einerseits und die zunehmende Reformmüdigkeit bei erheblichem Handlungsbedarf in der psychiatrischen Versorgung andererseits, hat die ASG in den letzten Jahren immer wieder angetrieben, die humane Weiterentwicklung der Psychiatrie zum politischen Anliegen zu machen.

Dabei ging es einerseits um die stärkere Gewichtung der gemeindepsychiatrischen Versorgung mit der gleichberechtigten Finanzierung ambulanter und komplementärer Hilfen, ebenso um die verpflichtete Einführung integrierter Versorgung gerade für psychisch kranke Menschen und andererseits um die Verpflichtung zu adäquater Vorsorge bei drohender psychischer Überforderung. Eine gemeinsame Handlungspflicht aller Sozialversicherungsträger, insbesondere auch der Berufsgenossenschaften, wurde als politisches Ziel definiert.

Die ASG wird auch weiterhin die immer wieder „vergessenen Kranken“ im Fokus haben.

GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG

In den letzten Jahren hat die ASG mit Beschlussinitiativen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, mittels ständiger Arbeits- und Projektgruppen, öffentlicher Anhörungen und qualifizierter Fachforen alle wesentlichen gesundheitspolitischen und pflegerischen Gestaltungsfelder ausgeleuchtet und politische Handlungsbedarfe aufgezeigt. Die Beschlüsse und Initiativen der ASG stellen geradezu ein „Gesundheitspolitisches Regierungsprogramm“ für mehrere Legislaturperioden dar.

Im Vordergrund standen dabei insbesondere die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, die vielfältigen Herausforderungen der Krankenhauspolitik, Beiträge zur Überwindung der Sektorengrenzen und die Neuordnung der Arzneimittelversorgung.

Die Stärkung der Patienten- und Versichertenrechte mittels tatsächlicher Mitgestaltung der Versicherten bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und der patientenorientierten Ausgestaltung waren stets ein besonderes Anliegen. Auch hierzu gibt es überzeugende Handlungsprogramme der ASG.

Dem Anliegen der Beschäftigten im Pflege- und Gesundheitswesen, sowie deren Aus- und Weiterbildung, widmete sich die gesundheitspolitische Arbeitsgemeinschaft der SPD mit vielfältigen Initiativen und Aktionen.

NEUES DENKEN FÖRDERN – ZUKUNFT GEWINNEN!

All diese Einzelinitiativen mündeten konzentriert in die diversen Partei-, Regierungs- und Wahlprogramme (z. B. Hamburger Grundsatzprogramm) der SPD.

Ein besonderes Anliegen gerade des derzeitigen ASG-Bundesvorsitzenden Armin Lang war in den letzten Jahren die Überwindung einer „defensiven Gesundheitspolitik“, die zuließ, dass die Aufwendungen für die gesundheitliche Versorgung als „konsumtiver Ressourcenverbrauch“ und als „wettbewerbs- und standortfeindliche Geldverschwendung“ diffamiert wurden.

Obwohl für die Mehrheit der Menschen eine stabile Gesundheit, die Heilung von Krankheiten und das würdige Leben, auch mit gesundheitlichen Handicaps, zentrale Lebensziele sind und Gesundheit und Pflege die größten Branchen unserer Volkswirtschaft mit sicheren zukunfts-festen Arbeitsplätzen darstellten, in der eingesetztes Kapital schnell Mehrwert bewirkt, müssen um Investitionen für Gesundheit und Pflege immer gekämpft und absurde Abwehrkämpfe zur Verhinderung gesundheitsschädlicher Einschnitte geführt werden.



*Armin Lang (geb. 1947),
amt. ASG-Bundesvorsitzender*

Armin Lang startete in den letzten Jahren immer wieder Initiativen, um diese Defensivsituation zu überwinden, um aus der Defensive in die Offensive zu kommen. Mit Anstößen für ein neues Denken in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung hat sich die ASG in den letzten Jahren vielfältig hervorgetan. Ehrgeiziges Ziel von Armin Lang ist, dass Ausgaben für Gesundheit nicht mehr als konsumtiver Ressourcenverbrauch diffamiert, sondern als Zukunftsinvestitionen in Lebensqualität, Produktivität und qualifizierte Arbeitsplätze wahrgenommen und gewollt werden.

Wichtige Impulse dazu kamen auch von Thomas Spies und Marlies Volkmer, die eine Arbeitsgruppe zu Fragen der Steuerung im Gesundheitssystem leiteten und sich kritisch mit den gefährlichen Auswirkungen einer fehlorientierten, ausschließlich wettbewerblichen Steuerung auseinander setzten.

Armin Lang betrieb deshalb auch offensiv, dass sich die Führungskräfte der Partei und der Bundestagsfraktion intensiv mit der Größe und Bedeutung der Branche Gesundheit und Pflege

auseinander setzen mussten. Die gewachsene Bedeutung der ASG, als das gesundheitspolitische Sprachrohr der SPD machte es zunehmend möglich, dass Partei- und Fraktionsvorsitzende, Minister, Generalsekretäre u. a. Führungspersonal der Partei gern gesehene Referenten und Gesprächspartner bei den großen gesundheitspolitischen Kongressen und Branchentreffen in Deutschland wurden. Die ASG war dabei immer vermittelnd und gestaltend tätig.

Sie gab damit - und mit den veröffentlichten Ergebnissen eines vielbeachteten Gesprächskreises zur Gesundheitswirtschaft - auch den Anstoß, die Gesundheitswirtschaft in Deutschland nicht vorrangig vom Anbieterinteresse her, sondern patientenorientiert zu denken und zu gestalten. Ein neues Denken mit veränderten Zielen und Maßstäben in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik zeichnet sich ab.

Auf diesem Weg braucht die gesundheitspolitische und die gesundheitswirtschaftliche Debatte in Deutschland weiterhin offensive, wertorientierte Anstöße der SPD. Wir wollen so für die SPD eine herausragende gesundheitspolitische Zukunft gewinnen!

Impressum :

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG)

Willy-Brandt-Haus, Wilhelmstraße 141, 10963 Berlin

Telefon: 030-25 991 403, Fax: 030-25 991 404

E-Mail: asg@spd.de, www.asg.spd.de

Art.-Nr.: 300 04 60

Druck: Werbeproduktion Bucher, Kurfürstenstraße 15/16, 10785 Berlin

Bildnachweis: Friedrich-Ebert-Stiftung / privat