

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Gute Medizin braucht Politik – Wider die Kommerzialisierung der Medizin

Programmatische Grundlagen des vdää

verabschiedet bei der vdää Mitgliederversammlung
in Berlin am 25. November 2012

Herausgeber

Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Kantstr. 10, 63477 Maintal

Telefon: 06181 – 432 348

info@vdaee.de - www.vdaee.de

Inhalt

Leseanleitung	3
1. Medizin und Politik - Woher kommt der vdää?	5
2. Patientinnenorientierung	11
3. Gesundheit und soziale Ungleichheit	17
4. Gesunde Umwelt	25
5. Prävention und Gesundheitsförderung	29
6. Arbeit und Gesundheit	34
7. Öffentlicher Gesundheitsdienst	38
8. Finanzierung und Planung – die Gesetzliche Krankenversicherung	43
9. Ambulante Versorgung	49
10. Stationäre Versorgung	61
11. Wissenschaft und Forschung	73
12. Der Pharmamarkt	76
13. Ausbildung	82
14. Ärztliche Weiterbildung	84
15. Globale Gesundheit	88
16. Ethik in der Medizin	92
Und wie weiter?	96

Leseanleitung

Die vorliegenden programmatischen Grundlagen des vdää haben eine 3-jährige Geschichte. Auf der Jahreshauptversammlung 2009 hatten wir beschlossen, unser Programm den Entwicklungen des Gesundheitswesens in den letzten 15 Jahren anzupassen. Das neue Programm soll unsere 1997 verabschiedete „Perspektive Gesundheit“ nicht ersetzen, sondern ergänzen. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist in dieser Zeit rasant vorangeschritten, es gab zwei oder drei „grundlegende“ Gesundheitsreformen, es gibt in der ambulanten Medizin heute die MVZ und in den Krankenhäusern die DRG, es gibt Zuzahlungen, Praxisgebühr und die E-Card für die Patientinnen sowie Selektiv- und Hausarztverträge für die Krankenkassen. Es gibt eine massive Kommerzialisierung des Gesundheitswesens.

Der vorliegende Programmentwurf versucht, diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen. Im Laufe der Diskussionen haben wir festgestellt, dass unsere Vorstellungen vom Gesundheitswesen nicht bei DRG und MVZ enden, sondern wir einen weitaus umfassenderen Gesundheitsbegriff vertreten. Die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes, ethische Fragen oder die Umweltmedizin sind uns mindestens genauso wichtig wie die Bezahlbarkeit des bestehenden Gesundheitswesens. Daher haben unsere programmatischen Grundlagen einen beachtlichen Umfang angenommen. Der vdää betont hierin noch einmal, dass er sich als politische Organisation im Gesundheitswesen und nicht als ärztliche Landesorganisation begreift.

Wie also sind diese Grundlagen zu lesen? Wir haben unsere Ausführungen „programmatische Grundlagen“ genannt. Damit wollen wir darauf hinweisen, dass unsere Aussagen nicht für alle Ewigkeiten, quasi in Stein gehauen, gelten, sondern dass sie unseren gegenwärtigen Diskussionsstand widerspiegeln, also auch in der Zukunft veränderbar sind. Die programmatischen Grundlagen sind *nicht* als Buch konzipiert, das chronologisch von Anfang bis zum Ende gelesen werden muss; insofern werden Sie Doppelungen in den verschiedenen Kapiteln finden, die wir bewusst so stehen lassen, da wir davon ausgehen, dass, je nach spezifischen Interessen, eher kapitelweise gelesen wird. Es ist zu beachten, dass die verschiedenen Kapitel unterschiedliche Autorinnen und Autoren haben. Wir haben den Stil bewusst nicht vereinheitlicht, um zu zeigen, dass es sich hier um eine kollektive Anstrengung handelt.

Diese programmatischen Grundlagen wurden auf der JVH im November 2012 in Berlin verabschiedet. Spätere Änderungen und Ergänzungen sind im Rahmen künftiger Mitgliederversammlungen möglich. So planen wir z.B. jetzt schon eine Ergänzung durch ein Kapitel zu Medizin und Krieg und Frieden.

Abschließend noch ein Punkt: Wir haben über die Frage der männlichen und/oder weiblichen Schreibweise diskutiert und sind zu dem Schluss gekommen, dass wir alle Geschlechter in der von uns gewählten weiblichen Form einschließen. Das macht den Text lesbarer als andere Versuche, die sich bemühen, alle Geschlechter in einer Formulierung zu berücksichtigen. Arzt und Ärztin oder PatientInnen wären noch lesbar, aber sobald Adjektive und Pronomina dazukommen, werden die Sätze kaum noch verständlich; auch Wortungeheuer wie Krankenhausverwalter und Krankenhausverwalterin oder GesundheitsministerIn wollen wir vermeiden. Im Übrigen trägt diese Art der Formulierung auch der Tatsache Rechnung, dass Medizinberufe heute weibliche Berufe sind, die Medizin also sozusagen verweiblicht wurde.

Jetzt viel Spaß bei der Lektüre und wir freuen uns über alle kritischen Kommentare.

Wulf Dietrich
München 22.01.2013

1. Medizin und Politik - Woher kommt der vdää?

„Gesundheit ist der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Die Erlangung des bestmöglichen Gesundheitszustandes ist eines der Grundrechte eines jeden Menschen.“ (WHO 1948)

Gesundheit als Grundrecht, als Menschenrecht Aller und nicht allein als Privileg Weniger - unter diesem Fokus hat der vdää Gesundheit und Krankheit stets als gesellschaftliches Problem begriffen, ärztliches politisches Engagement als Gesellschaftspolitik. Damit steht er in einer langen Traditionslinie fortschrittlicher Ärztinnen, für die die öffentliche Gesundheitspflege Teil der sozialen Frage war, die politisch gelöst werden musste.

In der Weimarer Republik repräsentierte u.a. der „Verein sozialistischer Ärzte“ die Tradition der fortschrittlichen Ärztebewegung. Er betrachtete die Demokratie als die erste Bedingung zur Lösung der sozialen Frage und sprach sich für die Emanzipation des Individuums aus. Damals wirkten viele, politisch unterschiedlich orientierte Ärztinnen und Ärzte im Sinn der heute von uns vertretenen Ziele, unter ihnen Georg Benjamin, Max Hodann, Käte Frankenthal, Charlotte Lande und Else Kienle, Julius Moses oder Wilhelm Reich. Die faschistische Machtergreifung unterdrückte ihre Ideen und beendete 1933 ihren Einfluss.

Die Ärzteschaft im Nationalsozialismus

Die Reichsärztekammer, als Vertretung der Ärzteschaft erlangte ihre Machtstellung als Zwangskörperschaft unter dem Nationalsozialismus. Die Machtergreifung der Nationalsozialisten wurde von den damaligen ärztlichen Standesvertreterinnen „freudigst“ begrüßt. Aber nicht nur die Führung war nationalsozialistisch gesinnt: Mehr als 50 Prozent der Ärzteschaft waren in der NSDAP organisiert, ein höherer Anteil als in jeder anderen Berufsgruppe. Diese reaktionäre Gesinnung war Ausdruck eines speziellen Verständnisses von Medizin. Aufgabe der Medizin war nicht, die individuelle Patientin zu behandeln, sondern den Volkskörper, die Gesamtgesellschaft zu therapieren und zu „heilen“. Die Interessen der einzelnen Patientin hatten hinter diesem Ziel zurückzustehen.

Neuere – von der Bundesärztekammer (BÄK) unterstützte – Forschungen zeigen, dass nicht nur ideologische Überzeugungen, sondern auch monetäre Interessen eine wichtige Rolle für das Verhalten der Ärztinnen während des Nationalsozialismus spielten. Die Mitgliedschaft in der NSDAP versprach den Ärztinnen bessere finanzielle Berufsaussichten. Beispielsweise hatten sich am Programm zur Zwangssterilisation freie Ärztinnen anfangs kaum beteiligt. Erst als die Teilnahme besser bezahlt wurde, entschlossen sich mehr Ärztin-

nen zur Mitwirkung und ließen sich ihre ethischen Bedenken damit praktisch "abkaufen", so der Medizinhistoriker Robert Jütte. Das sollte zu denken geben. Wie schnell wären wir Ärztinnen heute dazu bereit, unsere monetären Interessen über den ethischen Aspekt unseres Handelns zu stellen?

Die Reichsärztekammer wurde nach Kriegsende als nationalsozialistische Organisation verboten und ihre Nachfolgerin in Westdeutschland, die Bundesärztekammer, nur als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern zugelassen. De jure hat die Bundesärztekammer also kaum Rechte, de facto ist sie die wesentlichste standespolitische Interessenvertretung der Ärzteschaft.

Alexander Mitscherlich und sein damaliger Mitarbeiter Fred Mielke haben den Kriegsverbrecherprozess gegen nationalsozialistische Ärzte und Ärztinnen (Ärzteprozess vor dem Amerikanischen Militärtribunal 1946/47) in ihrem Buch „Medizin ohne Menschlichkeit“ dokumentiert. Zwar waren sie offizielle Beobachter der Ärztekammer, doch wurde ihr Bericht anschließend nicht weiter verbreitet sondern landete im Archiv. Die Bundesärztekammer hat sich lange schwer getan mit der Aufarbeitung ihrer Vergangenheit. Bis gegen Ende der 1980er Jahre vertrat ihr Präsident die These, dass sich nur einige Ärztinnen, so genannte „Schwarze Schafe“, im Nationalsozialismus schuldig gemacht hätten, während das Gros der Ärzteschaft sich nichts habe zu Schulden kommen lassen. Auf Antrag von Mitgliedern des vdää beschloss der Deutsche Ärztetag 1988 gegen großen Widerstand, dass sich die offizielle Ärzteschaft mit ihrer nationalsozialistischen Vergangenheit auseinandersetzen solle. Dies geschah dann auch in den folgenden Jahren. Heute, nachdem praktisch alle damals aktiven Nationalsozialistinnen und Nationalsozialisten verstorben sind, erkennt die Bundesärztekammer die generelle Verstrickung der Ärzteschaft in das nationalsozialistische Unrecht an und steht der Aufarbeitung dieser Vergangenheit offen gegenüber.

Geschichte des vdää

Der vdää wurde 1986 als „Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärztinnen und Ärzte in den Ärztekammern“ gegründet. Diese Listen hatten sich im Protest gegen die konservativen ärztlichen Standesvertreterinnen gegründet. Diese ignorierten oder verteidigten sogar alte Nationalsozialistinnen, wollten das ex-NSDAP Mitglied Sewering später sogar zum Präsidenten des Weltärztebundes machen, standen für den Standesdünkel der „Halbgötter in Weiß“, waren gegen eine aktive Friedenspolitik und unterhielten gute Beziehungen zu Ärzteorganisationen im rassistischen Südafrika.

Viele der Gründungsmitglieder des vdää kamen aus der Friedensbewegung und hatten in der Auseinandersetzung um Atomkraft und Nachrüstung gelernt, dass Medizin und Politik untrennbar miteinander verbunden sind. Sie hatten erkannt, dass im Falle einer atomaren Auseinandersetzung effektive medizinische Hilfe nicht möglich sein wird. „Wir werden euch nicht helfen können!“, „Medizin und Gewissen“ unter diesem Motto fanden Anfang der 80er Jahre die ersten Gesundheitstage statt. Das Motto „Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar“ sollte den Zusammenhang von medizinischer Tätigkeit, Krankheit und gesellschaftlichem Umfeld klar machen. So ist z.B. die deutsche Kriegsindustrie zu einem der größten weltweiten Waffenexporteure geworden. Ihre Produkte verursachen Leid und Elend in vielen Gebieten der Welt. Der vdää setzte und setzt sich für einen Stopp aller Rüstungsexporte ein. Auch heute bekennt sich der vdää dazu, dass aktive Friedens- und nachhaltige Umweltpolitik untrennbar mit zukunftsweisender Gesundheitspolitik verknüpft sind.

In den Landesärztekammern und auf dem Deutschen Ärztetag konnten sich die Delegierten der „Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte“ mit ihren Forderungen anfänglich kaum durchsetzen. Zwar verabschiedete der Deutsche Ärztetag 1982 unter dem Druck der Friedensbewegung eine Resolution, die vor den Gefahren atomarer und chemischer Waffen warnt, eine konsequente Friedenspolitik einfordert und den Abbau von Massenvernichtungswaffen verlangt, doch wurde weiterhin auch Bunkerbau und ein Ausbau der Katastrophenmedizin als Schutz vor drohenden Kriegsgefahren gefordert. Es ist eine Ironie der Geschichte, dass wir im Jahre 2011 – nach der atomaren Katastrophe in Japan – mit den gleichen Forderungen in den ärztlichen Körperschaften auftraten wie vor nunmehr 25 Jahren.

Als Reflex auf die damaligen undemokratischen Strukturen in den Kammern, als bewusster Hinweis auf das politische Verständnis von Medizin und als Bekenntnis zu den demokratischen Grundstrukturen der Gesellschaft wurde bei Gründung des vdää im Jahre 1986 der Begriff „demokratisch“ in den Vereinsnamen aufgenommen. In der Gründungserklärung heißt es dazu: „Es ist nicht Arroganz und Überheblichkeit, wenn wir uns 'Demokratische Ärztinnen und Ärzte' nennen. Selbstverständlich sind demokratisches Bewusstsein und Engagement nicht an bestimmte Gruppierungen gebunden. Es geht vielmehr darum, in der ärztlichen Berufspolitik Initiativen der Demokratisierung zu entwickeln. Insofern ist die Namensbezeichnung ‚Demokratische Ärztinnen und Ärzte‘ bewusst gewählt als Ausdruck gemeinsamer Einschätzung, dass mehr Demokratie durchgesetzt werden muss und als Ankündigung der Bereitschaft, uns dafür gemeinsam mit anderen einzusetzen.“

Mit der Vereinigung der Bundesrepublik und der DDR im Jahre 1990 wurden die bundesdeutschen Politikerinnen und Landesfunktionärinnen mit der Realität einer patientinnena-

hen und nicht ökonomisch orientierten Gesundheitsversorgung konfrontiert. Sie schafften es aber effektiv und kompromisslos, die Strukturen des westdeutschen Gesundheitswesens auf die ehemalige DDR zu übertragen und alle, vielleicht positiven Ansätze des dortigen Systems im Keime zu ersticken. Viele der ostdeutschen Kolleginnen, unerfahren in der Logik und den Gesetzmäßigkeiten des westdeutschen Abrechnungssystems in der ambulanten Versorgung, wurden ökonomisch und organisatorisch so unter Druck gesetzt, dass sie nicht in der Lage waren, positive Ansätze ihres alten Systems in das neue hinüberzuretten. Auch im vdää oder in den Ärztekammern war nur wenig von neuen gesundheitspolitischen Ideen zu verspüren. Erst zwanzig Jahre später setzte sich in der Gesundheitspolitik die Idee einer integrierten, patientennahen, hausarztzentrierten Versorgung in Form von integrierten Versorgungsverträgen und medizinischen Versorgungszentren langsam durch.

Berufspolitik statt Standespolitik

Standespolitik ist egoistische Interessenspolitik. Im Gegensatz zu den klassischen Berufsverbänden, die nur das Interesse ihrer eigenen Klientel im Auge haben, sind wir im vdää der Ansicht, dass unser Ziel, eine gute und soziale Medizin zu betreiben, nur durch die Zusammenarbeit aller Akteurinnen des Gesundheitswesens und unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Bedingungen zu erreichen ist. Wir treten für eine soziale Wende in der Berufspolitik ein. Selbstverständlich hat die Ärzteschaft legitime Interessen, die es durchzusetzen gilt. Aber „wir brauchen eine Berufspolitik, die Ärztinnen und Ärzte als kompetente Mitstreiter für ein Gesundheitswesen begreift, das optimale Bedingungen für die Gesundheit aller unter gleichen Bedingungen für alle schafft.“ (vdää-Programm 1986). Wir wollen über den Tellerrand kleinkariierter Standespolitik hinausschauen.

Das Klima in den Kammern hat sich in den letzten Jahren gewandelt. Es ist nicht mehr so reaktionär wie noch zu Beginn unserer Kammerarbeit. Viele Kolleginnen des vdää sind heute in Arbeitsgruppen und Ausschüssen der Kammern vertreten. Insbesondere in der Menschenrechts- und Umweltpolitik werden zum Teil sehr fortschrittliche Anträge in den Kammern verabschiedet. Doch sollten diese Fortschritte nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Kammervertreterinnen mehrheitlich immer noch extrem konservativ sind und eine fortschrittliche Gesundheits- und Sozialpolitik auch heute in den Kammern keine Mehrheit findet. Diese verknöcherten Strukturen sind es sicherlich auch, die junge Kolleginnen von der Mitarbeit in den Kammern abhalten.

Der Nutzen der Kammern ist für viele der Zwangsmitglieder in den Kammern nicht ersichtlich. Daher ist das Interesse der Kolleginnenschaft an diesen Zwangsorganisationen generell sehr gering. Die Beteiligung an Kammerwahlen liegt meist deutlich unter 50 Prozent.

Zumeist sind überalterte Funktionäre – hier einmal ausnahmsweise die männliche Form, denn die überwältigende Mehrheit in diesen Gremien ist männlich – ärztlicher Berufsverbände in den Kammern tätig. Die Ärztekammern sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht naturgegeben. Viele Länder in der Welt kommen ohne eine solche Struktur aus. Der vdää hält unter den heute gegebenen Bedingungen die Arbeit in den Kammern – auch wenn sie sehr beschwerlich ist – für sinnvoll. Die Mehrheit der Mitglieder im vdää tritt derzeit nicht für die Abschaffung der Kammern ein, sondern setzt sich aktiv dafür ein, dass die Ärztekammern ihren Aufgaben konsequent nachkommen und sie mit neuem Leben füllen. Es ist sinnvoll, die Belange der Ärzteschaft z.B. in Weiterbildung und Qualitätssicherung verbindlich zu organisieren. Gleichzeitig kommt den Kammern ein politisches Mandat in gesundheitspolitischen Fragen zu.

Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar

Die Arbeit in den Ärztekammern stellt für den vdää heute nur einen Aspekt seiner Arbeit dar, er engagiert sich auch in anderen politischen Feldern, wie dem Bereich Armut und Gesundheit, in den Gewerkschaften, sozialen Netzwerken und anderen gesundheitspolitisch relevanten Zusammenhängen.

Mit Sorge sieht der vdää eine zunehmende Privatisierung öffentlicher Einrichtungen, die inzwischen auch das Gesundheits- und Sozialwesen betrifft. Als Ursache werden häufig staatliche Zuschüsse genannt, derer man sich durch Verkauf entledigen will. Die Interessen privater Unternehmen decken sich jedoch nicht mit denen der Gesellschaft. Private Unternehmen haben zwar den Nutzen ihrer Produkte und Dienste zu berücksichtigen, aber existenzielle Voraussetzung für sie ist der Profit ihres eingesetzten Kapitals. Durch die zunehmende Privatisierung gesundheitlicher Risiken wird der Prozess der Entsolidarisierung deutlich befördert. Und das trägt zur Polarisierung in der Gesellschaft bei. Seit der Weltwirtschaftskrise 2008 wächst aber auch wieder der Widerstand gegen die Privatisierung öffentlichen Eigentums. Diese meist von örtlichen Bürgerinitiativen getragenen Proteste unterstützt der vdää.

Die Kommerzialisierung der Krankenversorgung widerspricht den Prinzipien ärztlichen Handelns. Betriebswirtschaftliche Rentabilität darf und kann nicht Maßstab für gute Medizin sein. Das gilt nicht nur für den direkten Umgang mit der Patientin, für deren Behandlung immer häufiger ihr Versicherungsstatus und nicht ihr Gesundheitszustand ausschlaggebend ist. Es gilt auch für die Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens und wird darüber hinaus bei ethischen Fragen evident. Besonders deutlich wird das in der Debatte um die Rationierung medizinischer Leistungen. Die Kommerzialisierung in der Krankenver-

sorgung führt aber nicht nur zu Unter- sondern auch zu Überversorgung, einer Versorgung, die den medizinisch notwendigen Bedarf allenfalls sekundär berücksichtigt.

Der vdää formulierte bei seiner Gründung 1986 sein erstes Programm, in dessen Mittelpunkt der Zusammenhang von Medizin und gesellschaftspolitischer Aktivität stand. 1998 formulierte er seine „Perspektive Gesundheit“, in der er sich mit der Fragmentierung des Gesundheitswesens und der damit zusammenhängenden Fehlversorgung auseinandersetzte. Schwerpunkt war die umfassende Planung von Gesundheitsleistungen auf kommunaler Ebene unter Einbeziehung aller Beteiligten. Diese „Perspektive“ begriff sich als Fundament, auf dem weitere Vorschläge für ein soziales und demokratisches Gesundheitswesen aufzubauen seien. Die Ökonomisierung oder besser Kommerzialisierung des Gesundheitswesens, die Gesundheit zur Ware und die Ärztin zur Verkäuferin dieser Ware macht, ist Anlass zur Weiterentwicklung unserer gesundheitspolitischen Vorschläge, die wir mit diesen programmatischen Grundlagen vorlegen.

Der vdää will

- ***Krankheit und Gesundheit im sozialen Zusammenhang erkennbar machen***
- ***keine Kommerzialisierung des Gesundheitswesens***
- ***gute Medizin mit guten Arbeitsbedingungen und in Kooperation mit anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen***
- ***Abbau der Hierarchien im Gesundheitswesen***
- ***Ausbau der Gesundheitsförderung, ohne die Krankenversorgung zu vernachlässigen***
- ***gemeinsam mit den Versicherten und Patientinnen Gesundheitspolitik statt Standespolitik betreiben***
- ***mehr Demokratie in den Kammern***
- ***Kammerarbeit für mehr soziale Gerechtigkeit und Demokratie***
- ***Berufspolitik für Ärztinnen als kompetente Mitstreiterinnen für ein soziales Gesundheitswesen***

2. Patientinnenorientierung

Die naturwissenschaftliche Medizin verliert heute häufig die Patientin als autonome Persönlichkeit aus den Augen. Ein partnerschaftliches Verhältnis zu unseren Patientinnen muss gewonnen werden. Nur eine informierte Patientin kann eine aktive Rolle im Gesundheitsprozess einnehmen. Patientinnen müssen besser in Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen eingebunden werden. Strategien zur Vermeidung von Fehlern im Medizinbetrieb müssen weiterentwickelt werden. Die Autonomie der Patientin auch in Zeiten schwerer Krankheit oder am Ende des Lebens muss gestärkt werden.

Die Medizin wird heute als hochspezialisierte Naturwissenschaft gelehrt. Dabei geraten die psycho-sozialen Komponenten von Krankheit aus dem Blickfeld. In der partikularisierten Medizin von heute geht auch der Blick auf die Patientin als autonomes, gesellschaftliches Individuen verloren. Patientinnen werden als Krankheitsbilder behandelt.

Partnerschaftlich geprägte Arzt-Patient-Beziehung

Das Leitbild des vdaä ist eine „partnerschaftlich geprägte Arzt-Patient-Beziehung“, da auf diese Weise die „erlernte“ Kompetenz der Behandlerin und die „erfahrene“ Kompetenz der Betroffenen am besten gemeinsam genutzt werden können. Eine partnerschaftliche Herangehensweise führt zu besseren Behandlungsergebnissen, zu besserer Krankheitsbewältigung und zu einem Zuwachs an Lebensqualität. Ein partnerschaftlicher Kontakt zwischen Ärztin und Patientin kann gefördert werden durch besseres Zuhören, mehr Zeit für das Gespräch, partizipative Entscheidungsfindung, Einwilligungen aufgrund guter Aufklärung und bei Bedarf Einholung einer Zweitmeinung. In einem partnerschaftlichen Verhältnis wird die Patientin nicht kränker gemacht als sie ist: Sie wird vor überflüssigen, fehlindizierten und schädlichen Maßnahmen der Diagnostik und Therapie verschont.

Partnerschaft setzt nicht „Gleichheit“ der Partnerinnen voraus. Partnerschaft bedeutet vielmehr eine Entscheidungsfindung auf der Basis gegenseitiger Wertschätzung und Respektierung. Hierbei werden die biopsychosozialen Lebensverhältnisse und die persönlichen Präferenzen mit einbezogen.

Das immer noch vorherrschende „Modell“ der paternalistisch geprägten Arzt-Patient-Beziehung, bei dem Patientinnen passiv verharren, ohne eigene Gesunderhaltungs- oder Heilungspotentiale nutzen zu können, muss ständig hinterfragt werden.

Die mündige Patientin

Der Begriff „mündige Patientin“ muss aufgrund seiner Janusköpfigkeit differenziert betrachtet werden. Im positiven Sinne bedeutet der Begriff „mündige Patientin“: Die Patientin wünscht mehr Informationen zu ihrer Erkrankung und medizinischen Sachfragen. Sie fordert mehr Mitbestimmung bei medizinischen Entscheidungen, die ihren Körper und ihre Lebenssituation betreffen, sie sucht nach Selbsthilfepotentialen und der Wahrung ihrer Autonomie, dies insbesondere bei chronischen Erkrankungen. Alle diese Wege befähigen die Patientin zu Eigenaktivität, Empowerment und besserer Krankheitsbewältigung.

Andererseits wird der Begriff „mündige Patientin“ zunehmend zur Durchsetzung neoliberaler Ordnungskonzepte instrumentalisiert. Es wird von mündigen Patientinnen mit gestärkter Eigenverantwortung gesprochen, aber an eine finanzielle „Eigenverantwortung“ in Form finanzieller Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen gedacht, ebenso wie an eine moralische Verpflichtung zur Krankheitsvermeidung und an eine finanzielle Selbstverantwortung bei „schuldhaft erworbenen“ Erkrankungen.

Und manche Ärztin distanziert sich von der mündigen Patientin, informiert sie rüchhaltlos über schwerwiegende Diagnosen und konfrontiert sie nüchtern mit einem Warenkorb möglicher medizinischer Maßnahmen, aus dem die Patientin „autonom“ und „frei“ das für sie passende Produkt auswählen soll, als sei sie in einem Supermarkt. Die Kranke ist aber nicht nur mündig sondern auch Patientin und braucht bei der Aufklärung über ihre Krankheit Empathie und Solidarität.

Wenn wir von „mündigen Patientinnen“ sprechen – im Sinne von Befähigung, Selbstbestimmung, Mitgestaltung, Autonomie und Aktivierung von Selbsthilfepotentialen – dann muss deutlich sein, dass wir jegliche Instrumentalisierung des Begriffs für ökonomische und neoliberale Zwecke ablehnen. Denn die mündige Patientin ist nicht nur mündig, sondern eben auch Patientin.

Medizin ist keine Ware. Deshalb lehnen wir eine „Kundenmedizin“ ab, in der die Ärztin Dienstleisterin und die Patientin Kundin ist. Gesundheit kann man weder kaufen noch verkaufen.

Die informierte Patientin

Nur die informierte Patientin kann eine aktive Rolle einnehmen. Hierzu brauchen Patientinnen und Versicherte qualitätsgestützte Informationen und Leitlinien in einer für sie verständlichen Sprache („Laieninformationen“). Qualitätsgestützte und unabhängige Bewertungssysteme zu Arztpraxen und Krankenhäusern sowie qualitätsgestützte webbasierte Gesundheit-

portale und Suchmaschinen können für Patientinnen ein hilfreicher Kompass im Dschungel des Gesundheitswesens sein. Ein gewinnorientiertes Marketing der Anbieterinnen von Gesundheitsleistungen, mit dem Patientinnen angelockt werden sollen, ist jedoch abzulehnen.

Patientinnen benötigen pharma-unabhängige Arzneimittelinformationen und Beipack-Zettel. Werbung für rezept- und apothekenpflichtige Arzneimittel ist dabei abzulehnen. Wir fordern eine kritische Kontrolle der „Gesundheits-Werbung“ einschließlich irreführender Produktwerbung und irreführender Gesundheitsversprechen.

Der informierten Patientin steht heute die informierte Medizinöffentlichkeit gegenüber: Immer mehr Patientinnendaten werden elektronisch erfasst und über das Internet gespeichert. Sicher ist es wichtig, dass die für die Behandlung Verantwortlichen auf die sie betreffenden Daten mit Zustimmung der Patientin Zugriff haben. Doch ist der Patientin heute kaum bekannt, welche ihrer Daten wo und in welcher Form gespeichert werden. Der Datenschutz wird in der Medizin noch sehr leicht genommen. Deshalb lehnt der vdää die elektronische Gesundheitskarte (E-Card) in der bisher geplanten Form ab.

Selbsthilfegruppen

Für viele chronisch Kranke sind Selbsthilfegruppen eine große Stütze und eine starke Hilfe. Ärztinnen sollten mit Selbsthilfegruppen kooperieren. Durch eine Kooperation des professionellen Systems mit seinem Expertenwissen und der Betroffenen mit ihrem Erfahrungswissen können wertvolle Synergien für die Patientinnen genutzt werden. Im Interesse der Patientinnen müssen Selbsthilfegruppen unabhängig sein von interessengeleiteter Finanzierung durch die Industrie.

Unabhängige Patientinnenberatung

Seit vielen Jahren gibt es in Deutschland Patientinnenstellen, an die sich diese bei allen Fragen rund um die Gesundheit wenden können. Die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) hat diese Tradition aufgenommen und erfolgreich umgesetzt. Das Anfragenspektrum ist breit: Vom Verdacht auf Behandlungsfehler über die Suche nach einer guten Ärztin bis hin zu Beschwerden über Krankenkassen werden alle Themen aus dem Bereich Gesundheit beantwortet. Doch das Angebot muss dringend und flächendeckend erweitert werden, damit alle Bevölkerungsschichten niederschwellig erreicht werden.

Jeder Fehler ist einer zu viel – aus Fehlern gemeinsam lernen

Das Gesundheitswesen ist ein Hochrisikobereich, in dem zwangsläufig auch Fehler gemacht werden. Zwar werden Fehler letztlich immer von Individuen verantwortet, doch sind

sie praktisch immer Fehler im Prozess- und Organisationsablauf. Zur Fehlerprävention muss in allen Bereichen eine neue Fehlerkultur etabliert werden. Dazu gehört der Ausbau anonymer und sanktionsfreier Fehlerberichtssysteme, insbesondere zur Aufdeckung von Systemfehlern, Organisationsmängeln und Kommunikationslücken. Risikokonstellationen, die in jeder Arbeitsumgebung regelhaft anzunehmen sind, müssen aktiv aufgespürt werden. Das Thema Patientinnensicherheit hat oberste Priorität. Zur Fehlerkultur zählt auch ein offenes und ehrliches Konfliktmanagement.

Gutachter- und Schlichtungsstellen

Die Gutachterstellen haben sich in den letzten Jahren positiv entwickelt. Doch solange sie bei den Ärztekammern angesiedelt sind, wird das Vertrauen in sie bei den Patientinnen immer eingeschränkt sein. Kurzfristig fordern wir Patientinnenvertreterinnen in allen Gutachterstellen, die gemäß der Patientinnenbeteiligungsverordnung benannt werden. Längerfristig müssen wir ein wirklich unabhängiges Gutachterinnenwesen aufbauen, das von staatlicher Seite, Krankenkassen und Ärztekammern finanziert wird.

Unabhängige Patientinnenfürsprecherinnen

Ein System unabhängiger Patientinnenfürsprecherinnen, wie es bereits in München und Hamburg besteht, ist durch Änderung der Landeskrankenhausgesetze für alle Kliniken zu gewährleisten. Es sollte auch auf den ambulanten Sektor ausgeweitet werden. Für die Patientinnenfürsprecherinnen müssen Fortbildungen, Austausch und Supervision sicherstellt sein.

Patientinnenrechte aus einem Guss

In unserem überspezialisierten und Anbieterinnen-dominierten Gesundheitswesen können sich Patientinnen oft nur schlecht orientieren und zurechtfinden. Patientinnen haben nur eine schwache Lobby. Ein Patientinnenrechtegesetz, das seinen Namen verdient, muss essentielle Rechte der Patientinnen einbeziehen.

Hierzu zählt aus Sicht des vdää das Recht der Patientinnen, auf Verlangen hin schriftliche Informationen zur Diagnostik und Therapie ihrer Erkrankungen zu erhalten. Diese Informationen müssen in verständlicher Sprache abgefasst sein. Die Behandlerinnen müssen verpflichtet werden, über eigene und fremde Behandlungsfehler die betroffenen Patientinnen auch unaufgefordert zu informieren. Den Patientinnen ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in ihre Krankenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen. Patientinnen müssen vor überflüssigen, nutzlosen und schädlichen IGeLeistungen (IGeL) geschützt werden. Entsprechend der UN-

Behindertenrechtskommission ist der Zugang zu medizinischen Leistungen durch alle Leistungserbringerinnen grundsätzlich barrierefrei zu gestalten. Für Patientinnen, die in besonderer Weise geschädigt sind, ist ein Härtefall- oder Entschädigungsfonds einzurichten. Dieser Fonds soll dann Hilfe leisten, wenn für einen erlittenen Schaden kein sicherer Nachweis der Schadensursache oder des Verschuldens geführt werden kann oder der Schaden durch eine seltene oder bislang unbekannte Komplikation ausgelöst wurde.

Konflikte zwischen Patientinnen und Behandlerinnen sollten möglichst in einem gemeinsamen, offenen Gespräch und außergerichtlich gelöst werden. Im Falle des Klageweges haben die Achtung des Selbstbestimmungsrechts der Patientin, das Recht auf fachgerechte Behandlung nach wissenschaftlich anerkannten und gesicherten Qualitätsstandards, das Recht auf umfassende, rechtzeitige und verständliche Aufklärung und das Recht der Patientin auf Zugang zu ihren Behandlungsunterlagen besondere Bedeutung. Grundsätzlich sollten Auseinandersetzungen um Ärztinnenhaftung Spezialkammern zugewiesen und die Verfahren beschleunigt werden.

Patientinnenbeteiligung

Das Erfahrungswissen von Betroffenen leistet einen wichtigen Beitrag zur Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen. Die bisherige Beteiligung von Patientinnenvertreterinnen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und den Ausschüssen zur Bedarfsplanung sowie dem Zulassungswesen kann nur ein erster Schritt sein. Patientinnenvertreterinnen haben hier bislang lediglich beratende Funktion. Eine Kompetenzerweiterung mit Stimmrecht muss diskutiert werden. Auch Patientinnenvertreterinnen müssen einer Selbstverpflichtung unterzogen sein, die ihre Unabhängigkeit von der Industrie dokumentiert. Patientinnenbeteiligung wird erst dann wirklich effektiv, wenn deren Vertreterinnen eine institutionalisierte Fortbildung erhalten und ihnen ein annähernd ähnlicher Stab von Beraterinnen zur Verfügung steht, wie Ärztinnen und Kassen.

Stärkung der Patientinnenautonomie in schwierigen Zeiten

Je mehr ein kranker Mensch auf fremde Hilfe angewiesen ist, desto mehr läuft er Gefahr, seine Autonomie zu verlieren. Umso wichtiger ist es, dass pflegebedürftige Menschen in dem ihnen möglichen Umfang über sich selbst bestimmen können und Patientinnenverfügungen respektiert werden. Die Ärzteschaft sowie die gesamte Gesellschaft müssen sich aktiv für ein Sterben in Würde einsetzen. Der Ärzteschaft kommt eine besondere Verantwortung und Verpflichtung zu, den Menschen am Ende ihres Lebens einen Abschied in Würde und ohne Leiden zu ermöglichen.

Der vdää fordert

- ***Stärkung der Patientinnenautonomie***
- ***eine partnerschaftlich geprägte Arzt-Patient-Beziehung***
- ***verstärkte Patientinnenbeteiligung bei Entscheidungen im Gesundheitswesen***
- ***Ausbau der unabhängigen Patientinnenberatung***
- ***verbessertes Fehlermanagement – Fehlervermeidung geht vor Entschädigung***
- ***unabhängige Gutachter- und Schlichtungsstellen***
- ***ein Patientinnenrechtegesetz, das die Interessen der Patientinnen wirklich berücksichtigt***

3. Gesundheit und soziale Ungleichheit

Soziale Ungleichheit fördert Krankheit. Armut erhöht massiv das Krankheitsrisiko. Je niedriger die sozioökonomische Position innerhalb der Gesellschaft, umso schlechter steht es um die Gesundheit. Andererseits: Je geringer die sozialen Differenzen innerhalb der Gesellschaft sind, desto besser ist die soziale und gesundheitliche Situation Aller. In Deutschland klafft die Lücke zwischen Arm und Reich immer weiter auseinander. Auch hier sind Auswirkungen auf die Gesundheit zu sehen. Soziale Ungleichheit schlägt sich auch in unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitswesen nieder. Soweit die Diagnose. Und zur Therapie heißt das: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Deshalb versteht der vdää die allgemeinpolitische Einmischung ohne parteipolitische Festlegung als Grundlage seines gesundheitspolitischen Engagements.

Freiheit und Gleichheit sind zentrale Ideale der modernen bürgerlichen Gesellschaft, die auch in der UN-Menschenrechtscharta kodifiziert wurden. An deren Verwirklichung muss sie sich selbst messen lassen. Formalrechtlich ist diese Gleichheit mehr oder weniger verwirklicht; an der Frage der sozialen Gleichheit aber gerät die Gesellschaft in Widerspruch mit ihren Ansprüchen. Die doppelte Bedeutung von „Bürgerin“ bringt dies auf den Begriff: Jede (Staats-)Bürgerin ist citoyenne, aber nicht jede Bürgerin kann bourgeoise sein (also zur Klasse der Produktionsmitteleigentümerinnen gehören); denn ohne Arbeitnehmerinnen als Gegenpart zu diesen funktioniert keine kapitalistische Produktion. Die Gleichheit des bürgerlichen Staats setzt konstitutiv die Ungleichheit der bürgerlichen Gesellschaft voraus, und es ist eine Frage von sozialen Auseinandersetzungen, wie dieser Widerspruch gesellschaftlich gestaltet wird.

Der Sozialstaat spielt beim Ausgleich dieser Ungleichheiten eine zentrale Rolle. Wird er abgebaut, steigt die Ungleichheit und umgekehrt. Die Ausgestaltung der sozialen Systeme und der Sozialversicherungen ist wesentlicher Bestandteil des Sozialstaats. Der vdää setzt sich deshalb für eine Ausweitung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (z.B. in Gestalt einer Bürgerversicherung) und den Abbau jeglicher Zuzahlungen für gesundheitliche Versorgung ein.

Armut und Gesundheit

Einfaches und messbares Kriterium gesellschaftlicher Ungleichheit ist das Einkommen bzw. die Einkommensverteilung. Diese hat, wie der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen feststellt, Auswirkungen auf die Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit: „Gesundheitliche Belastungen und gesundheitsdienliche Res-

ourcen sind auch in einem wohlhabenden Land wie Deutschland sozial ungleich verteilt, Gesundheitsrisiken und Gesundheitserwartungen weisen in der Regel erhebliche inverse Gradienten entlang der sozialen Schichtung der Gesellschaft auf.“

Armut erhöht also das Krankheitsrisiko massiv und kann einen großen Teil der gesundheitlichen Ungleichheit in der Bevölkerung erklären. Die gesundheitliche Ungleichheit kann auf unterschiedliche Belastungen, unterschiedliche Bewältigungsressourcen und Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung zurückgeführt werden. Faktoren wie Verfügbarkeit, Inanspruchnahme und Qualität medizinischer Leistungen haben bei der Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit eher eine nachgeordnete Bedeutung. Das Hauptgewicht liegt auf schichtspezifischen Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen, Lebensstilen und daraus resultierenden Gesundheitsgefährdungen.

Dieser Zusammenhang gilt auch in umgekehrter Richtung: Menschen mit schlechter Gesundheit haben ein höheres Risiko, sozial abzustiegen aufgrund von schlechteren Bildungserfolgen, Probleme einen Arbeitsplatz zu finden bzw. zu behalten und geringere berufliche Aufstiegschancen. Abhängig von der Ausgestaltung der sozialen Sicherung können die wirtschaftlichen Auswirkungen schlechter Gesundheit dazu führen, dass sich die gesundheitlichen Nachteile häufen und verfestigen.

Vor allem der körperliche und seelische Gesundheitszustand von in sozialer Armut lebenden Kindern verschlechtert sich in Deutschland ebenfalls in erschreckendem Maße. Schon für Kinder gilt: Armut macht körperlich und seelisch krank. Infektionskrankheiten, Asthma bronchiale, Zahnkrankheiten, Kopf- und Rückenschmerzen, Nervosität und Magenschmerzen betreffen benachteiligte Kinder weit häufiger als ihre Altersgenossinnen aus sozial höheren Schichten. Störungen der Sinnesorgane werden später erkannt und später, zum Beispiel durch eine Brille, ausgeglichen. All das wirkt wiederum zurück auf die Bildungschancen. Armut beeinträchtigt durch körperliche und seelische Belastungen alle weiteren Lebenschancen in fundamentaler Weise – sogar die Säuglingssterblichkeit ist höher. Zudem belastet Kindheitsarmut lebenslanglich: Wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit.

Gleichheit macht Gesellschaften insgesamt gesünder

Zusätzlich bestimmt das Ausmaß der Ungleichheit innerhalb von Gesellschaften in hohem Maß über soziale und gesundheitliche Probleme. Länder mit geringeren Einkommensunterschieden zwischen Arm und Reich haben eine höhere Lebenserwartung und eine niedrigere Morbidität, z.B. im Bezug auf psychische Belastungen. Die Gesundheit der Gesamtgesell-

schaft steht also in stärkerer Beziehung zur Einkommensdifferenz als zum absoluten Einkommen. Zumindest für reiche Gesellschaften mit einem Durchschnittseinkommen oberhalb 25.000 \$/Jahr gilt, dass sich der Gesundheitszustand nicht etwa mit steigendem Durchschnittseinkommen weiter verbessert, sondern mit der gleichmäßigeren Verteilung von Bildung, Einkommen und Status. Gerechte Gesellschaften sind glücklicher. Die Unterschiede zwischen gleichen bzw. gerechten und ungleichen Gesellschaften lassen sich für alle ihre Gesellschaftsschichten nachweisen: Sogar die Privilegierten einer Gesellschaft profitieren von mehr Gleichheit und Gerechtigkeit. Auch sie haben dann weniger Ängste, viel weniger psychische Erkrankungen, eine höhere Lebenserwartung, bessere schulische Leistungen, weniger Teenager-Schwangerschaften und Gefängnisstrafen.

Gesundheitspolitisches Engagement muss sich also orientieren an Zielen wie: gleichmäßige Reichtumsverteilung und ausgleichende Sozialpolitik, gute Arbeits- und Wohnbedingungen, gesunde Umwelt. Die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen kann nur zu einem geringen Anteil von Gesundheitspolitik überwunden werden. Wesentlich für die Prävention von Krankheit sind gesunde gesellschaftliche Verhältnisse. Gesellschaftliche und politische Handlungsfelder wie die Verteilungspolitik, Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Sozial- und Familienpolitik müssen deshalb eine soziale Zielsetzung verfolgen. Deshalb versteht der vda die all-gemeinpolitische Einmischung ohne parteipolitische Festlegung als Grundlage seines gesundheitspolitischen Engagements.

Bereits 1978 wurde von der WHO in der Deklaration von Alma Ata soziale Ungleichheit als zentrales Feld der Gesundheitspolitik anerkannt. Die Deklaration fordert, der Ungleichheit durch Strategien, die eine Partizipation der Bevölkerung insbesondere auf kommunaler bzw. regionaler Ebene ermöglichen, zu begegnen. Dies sollte eingebunden sein in eine nachhaltige ökonomische und wirtschaftliche Entwicklung der gesamten Gesellschaft. Diese auf eine Reduktion der Ungleichheit setzende Perspektive wurde in den folgenden Jahrzehnten im Rahmen der neoliberalen Offensive systematisch unterlaufen.

Global gesehen...

Weltweit betrachtet produziert die bürgerliche Gesellschaft, die sich Gleichheit und Freiheit als höchste Ziele auf ihre Fahnen geschrieben hat, eine skandalöse Ungleichheit trotz stetig wachsenden Reichtums. „Soziale Ungleichheit tötet in großem Ausmaß“, so 2008 das Resümee vom Michael Marmot, dem Leiter der WHO-Kommission „Soziale Determinanten von Gesundheit“. Er verweist auf den dramatisch hohen Unterschied in der Lebenserwartung von Kindern, die davon abhängt, ob sie z.B. in Japan oder Schweden geboren werden (Lebenserwartung 80 Jahre), in Brasilien (72 Jahre), Indien (63 Jahre) oder in verschiedenen

Ländern in Afrika, wo die Lebenserwartung weniger als 50 Jahre beträgt. Und: Je niedriger die sozioökonomische Position innerhalb der Gesellschaft, umso schlechter steht es um die Gesundheit.

Die Lage dürfte sich seit der Veröffentlichung dieses Berichts im Jahr 2008 nicht verbessert haben – im Gegenteil. Mit Ausbruch der letzten Wirtschaftskrise ist mindestens die Armut weltweit gewachsen, und damit sicher auch die weltweite Ungleichheit. medico international rechnet vor, dass alleine die Zahl der Hungernden weltweit als direkte Folge der Finanzkrise 2008 von 800 Millionen auf eine Milliarde Menschen angestiegen ist. Ein Anstieg von 25 Prozent!

Wenn es heute möglich ist, in bestimmten Ländern Lebensbedingungen zu schaffen, die eine Lebenserwartung von 80 Jahren gesellschaftlich ermöglichen, muss dies der Maßstab sein, den es an die Lebensbedingungen und die Gesundheitsversorgung weltweit anzulegen gilt. Was hier möglich ist, muss für alle Gesellschaften möglich sein. Gleichzeitig ist klar, dass der Lebensstil der entwickelten Industriegesellschaften mit seinem enormen Ressourcenverbrauch grundsätzlich überdacht werden muss und nicht auf den ganzen Globus ausgedehnt werden kann.

Der vdää kann sich hier der oben erwähnten WHO-Kommission anschließen, die dazu aufruft, „die herrschenden Gesellschaftsstrukturen und Praktiken mit ihrer ungerechten Verteilung von Macht, Reichtum und Ressourcen anzugehen, die den gesundheitswidrigen Lebensverhältnissen zu Grunde liegen.“ Der Kampf gegen die weltweite soziale Ungleichheit muss immer auch unser Anliegen sein. In diesem Feld muss sich der vdää in Zukunft noch stärker engagieren. An der Zusammenarbeit mit Organisationen wie medico international, BUKO-Pharmakampagne, IPPNW und anderen NGO, aber auch Gewerkschaften und politischen Parteien müssen wir weiter festhalten und diese ausbauen.

Soziales Gefälle in der EU

Aber nicht nur global gesehen gibt es große soziale Unterschiede. Blicken wir auf die Europäische Union (EU), begegnet uns zwischen den verschiedenen Ländern ebenfalls ein relativ großes soziales Gefälle. 2006 betrug der Unterschied zwischen den Mitgliedstaaten mit der höchsten und denen mit der niedrigsten Lebenserwartung acht Jahre für Frauen und 14 Jahre für Männer. Und in vielen Ländern hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten die Kluft zwischen der nationalen Lebenserwartung und dem EU-Durchschnitt vergrößert. In Bezug auf die gesunden Lebensjahre bestehen sogar Unterschiede von bis zu 20 Jahren, wobei

die EU-Bürger in Osteuropa, insbesondere die Männer, im Durchschnitt weniger Jahre bei guter Gesundheit sind.

Auch hier sind die Verarmungstendenzen bzw. das Auseinanderdriften der Gesellschaften mit der Wirtschaftskrise seit 2008 angestiegen. 19 Prozent der Kinder in der EU leben zurzeit in Armut oder sind armutsgefährdet. Diese Verhältnisse werden Auswirkungen auf die Gesundheit und die Lebenserwartung der Bevölkerung haben. Nicht nur im Hinblick auf die Finanzpolitik ist also noch einiges an sozialer Integration in der EU zu leisten.

Auch innerhalb der einzelnen Länder gibt es soziale Gefälle, die sich in der Lebenserwartung spiegeln wie auch innerhalb von Städten. Als extremes Beispiel gilt in der EU Glasgow, wo junge Männer aus benachteiligten Vororten im Durchschnitt 28 Jahre früher sterben als ihre Altersgenossen aus den bevorzugten Wohnvierteln derselben Stadt. Auch in deutschen Städten gibt es solche Gefälle, allerdings nicht in diesem Ausmaß: So macht laut einer 2010 veröffentlichten Untersuchung der Unterschied beim Höchstalter in verschiedenen Teilen Berlins stadtweit bei Männern fünf Jahre, bei Frauen 2,8 Jahre aus.

Die deutsche Gesellschaft driftet weiter auseinander...

Das Nettovermögen in Deutschland ist sehr ungleich verteilt: Im Jahr 2007 verfügte das reichste Zehntel der Bevölkerung über 61,1 Prozent des gesamten Vermögens. Darunter hielten die obersten fünf Prozent 46 Prozent und das oberste Prozent etwa 23 Prozent des gesamten Vermögens. Auf der anderen Seite verfügten 27 Prozent der erwachsenen Bevölkerung über kein Vermögen oder waren sogar verschuldet. Seit etwa 1980 nimmt die soziale Ungleichheit in Deutschland stark zu. Eine Studie des DIW Berlin zur Einkommensverteilung in Deutschland von 2010 zeigt, dass Arm und Reich immer weiter auseinander driften und dass nicht nur die Anzahl Ärmere und Reicherer immer weiter wächst – seit zehn Jahren werden ärmere Haushalte auch immer ärmer.

Während Unternehmens- und Vermögenseinkommen stark angestiegen sind, fällt die Lohnquote seit Jahren; die Realeinkommen der abhängig Beschäftigten sind seit 2000 sogar gefallen; ca. 20 Prozent der Beschäftigten in Deutschland arbeiten für einen Lohn unterhalb der Niedriglohnschwelle – so viele wie nie zuvor. Laut der Gewerkschaft ver.di gelten zu Beginn der 2010er Jahre knapp 16 Prozent der Menschen in Deutschland mit Einkommen unter 930 Euro im Monat als „armutsgefährdet“.

Auch in einer reichen Gesellschaft wie der deutschen gibt es einen Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage: Menschen mit niedrigem Einkommen,

Bildungsniveau und Berufsstatus sind nicht nur häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen, sie haben außerdem eine weitaus geringere Lebenserwartung.

Zahlen der Deutschen Rentenversicherung scheinen auch zu belegen, dass die Lebenserwartung von Geringverdienerinnen in Deutschland inzwischen um zwei bis vier Jahre gesunken ist, obwohl die Lebenserwartung in Deutschland insgesamt steigt. Die größer werdende soziale Ungleichheit in der Gesellschaft und die Verarmungstendenzen in bestimmten Gesellschaftsschichten scheinen sich inzwischen also auch an der Morbidität und Mortalität zu zeigen.

Gesundheitspolitik muss vor diesem Hintergrund immer auch Verteilungspolitik sein. Deshalb setzt sich der vdää für soziale Gerechtigkeit und gegen das Auseinanderdriften der Gesellschaft ein.

Ungleichheit beim Zugang zu medizinischer Versorgung

Eine systemische Ungleichheit beim Zugang zu medizinischer Versorgung besteht in Deutschland besonders auch in der Spaltung zwischen gesetzlich und privat Versicherten. Diese führt zu einer Zweiklassenmedizin, die von vielen Ärztinnen praktiziert wird – z.B. mit privilegierten Terminen, also kürzeren Wartezeiten für Privatpatientinnen. Auch wenn dies gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz verstößt, beteiligen sich immer mehr Ärztinnen an dieser Praxis. Eine zweite Strategie der Ungleichbehandlung zielt direkt auf die Portemonnaies der Patientinnen: Die privat zu bezahlenden Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Diese sind nicht nur wegen ihres oft fragwürdigen Nutzens abzulehnen, sondern vor allem auch, weil sie medizinische Leistung vom Einkommen der Patientin abhängig machen.

Aber die privat Versicherten haben von ihrem Status nicht nur Vorteile. Ihr Risiko, ob im Krankenhaus oder bei der niedergelassenen Ärztin überversorgt zu werden, ist ungleich höher als das der gesetzlich Versicherten. Überversorgung ist aber genauso abzulehnen wie Vorenthaltung von notwendigen Leistungen. Der vdää fordert die Abschaffung der PKV als Vollversicherung und eine Bürgerversicherung für alle in Deutschland lebenden Menschen; ebenso streiten wir für eine Abschaffung der Zuzahlungen und der IGeLeistungen.

Menschen ohne Papiere und Flüchtlinge brauchen Schutz

Auch wenn inzwischen eine Versicherungspflicht eingeführt ist, gibt es immer noch viele Menschen in Deutschland ohne Krankenversicherung und damit ohne sicheren Zugang zum Gesundheitssystem. Die unabhängigen Büros für medizinische Flüchtlingshilfe und die Mal-

teser-Migranten-Medizin schätzen, dass zwei von tausend Menschen in Deutschland keine Versicherung haben. Menschen verlieren immer noch ihren Krankenversicherungsschutz schneller, als man denkt. Und trotz Versicherungspflicht ist die Wiederaufnahme in eine gesetzliche oder private Krankenkasse oft langwierig und teuer. Nach Schätzungen leben zwischen 300.000 und einer Million Menschen ohne eine gültige Aufenthaltsgenehmigung in Deutschland.

Menschen ohne Papiere, die hier als illegalisierte Migrantinnen leben, haben nur einen sehr eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung: Ihr Recht auf eine gesundheitliche Grundversorgung können sie aber nicht wahrnehmen, da der § 87.2 AufenthG. vorschreibt, dass öffentlich Angestellte, die Kenntnis von Illegalisierten haben, diese an die Ausländerbehörden weiterleiten müssen, wodurch eine Abschiebung droht. Ausnahme hierzu bietet die AVV (Allgemeine Verwaltungsvorschrift) vom September 2009, die den „verlängerten Geheimnisschutz“ erlaubt. Das bedeutet, wenn Illegalisierte im Notfall ins Krankenhaus eingewiesen werden, greift die Schweigepflicht auch für die Verwaltungsangestellten; die Rechnung zahlt dann das Sozialamt. Dies funktioniert nicht in allen Städten. Privatzahler können dem entkommen. Handelt es sich um eine schwere Erkrankung, kann eine Duldung beantragt werden. Wie die Bundesärztekammer fordert der vdää die Einführung eines anonymen Krankenscheins. Die rechtlichen Voraussetzungen hierfür müssen geschaffen werden.

Ein spezifisches Problem stellen im Moment diejenigen EU-Bürgerinnen dar, die zwar einen legalen Aufenthaltsstatus haben, aber kein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis und die deshalb oft nicht krankenversichert sind. Sie fallen durch die nationalen sozialen Netze und sind in Abwesenheit einer EU-Sozialversicherung letztlich oft – wie die Menschen ohne Papiere – auf Nothilfen und solidarische Netzwerke angewiesen. Wir warten immer noch auf den EU-Gipfel, der sich dieser Probleme annimmt!

Und nicht zuletzt gibt es auch eine gesundheitliche Ungleichheit zwischen der migrantischen und der nicht-migrantischen Bevölkerung, die selbst wieder einen Einkommensindex hat. Zwanzig Prozent der Bevölkerung in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Ein Bericht des Robert-Koch-Instituts von 2008 zum Thema „Migration und Gesundheit“ belegte, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung erhöhte Gesundheitsrisiken aufweisen. Dabei ist es nicht die Migration als solche, die krank macht. Es sind vielmehr die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen dieser Menschen, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen. Menschen mit Migrationshintergrund haben überdurchschnittlich häufig einen niedrigen so-

zioökonomischen Status, gehen einer die Gesundheit gefährdenden beruflichen Tätigkeit nach oder sind arbeitslos, oder sie leben in einer ungünstigen Wohnsituation. Auch soziale Ausgrenzung, die Migrantinnen häufig erfahren, macht krank. Jeder einzelne dieser Faktoren kann eine Beeinträchtigung der Gesundheit nach sich ziehen, ganz besonders gilt dies aber für das Zusammentreffen mehrerer dieser Faktoren.

Mit der Erkenntnis, dass gesellschaftliche Veränderungen von politischen Bewegungen ausgehen müssen, fordert der vdää

- ***den Abbau sozialer Ungleichheit, Armut und Unsicherheit zum übergeordneten Ziel sozialer Gesundheitspolitik auf nationaler, europäischer und globaler Ebene zu erheben***
- ***ein einheitliches Krankenversicherungssystem für Alle***
- ***Integration von Menschen ohne Papiere in unser Sozialsystem***

4. Gesunde Umwelt

Der durch die industrielle Produktion verursachte Klimawandel wird auch die Medizin vor große Aufgaben stellen. Kernkraftwerke stellen ein langfristiges Gesundheitsrisiko dar. Doch auch die „normalen“ Umweltgifte wie Feinstaub, Tabak, Ruß oder Lärm stellen krankmachende Faktoren dar. Auch die Produkte der Kriegsindustrie haben verheerende langfristige Auswirkungen auf Umwelt und Lebensbedingungen. Die Politik ist bisher nicht bereit, das Problemfeld gesunde Umwelt konsequent anzupacken.

Bio-psycho-soziale Faktoren beeinflussen unser Wohlbefinden, bestimmen unsere Gesundheit und können zu Krankheit und Tod führen. Umweltmedizin beschäftigt sich mit den physikalischen und chemischen Einflüssen auf den Menschen. Im Mittelpunkt stehen aber nicht natürliche Gefahren wie Vulkanausbrüche, See- oder Erdbeben, sondern die von uns Menschen im Laufe der Industrialisierung hervorgebrachten Schadstoffe und Gefahren. Diese Gefahren haben immer einen sozialen Gradienten: die Armen und Schwachen leiden am meisten unter ihnen.

Klimawandel

Die größte medizinische Herausforderung der Zukunft dürfte der Klimawandel sein, insbesondere für die so genannten Entwicklungsländer. Noch in diesem Jahrhundert wird die Temperatur derartig ansteigen, dass Hitzeperioden immer häufiger und länger anhalten werden. Hitzebedingte Todesfälle lassen sich nur durch große städtebauliche und medizinische Anstrengungen vermeiden. Wetter-bedingte Extremereignisse, wie Stürme oder Überflutungen, werden in vielen Gebieten zunehmen. Manche heute eher seltene oder rein außereuropäische Infektionskrankheit wird auch in anderen Regionen auftreten oder zunehmen und Ärztinnen vor neue Herausforderungen stellen. Ebenso werden Allergien und Asthma zunehmen, da Pflanzen früher und länger blühen, durch Luftschadstoffe bedingt aggressiver werden, da sich bislang eher weniger relevante Pflanzen, wie z.B. die Ambrosia, massiv ausbreiten werden.

Ärztinnen spielen hier in ihrer sozialen Verantwortung eine wichtige Rolle, um jede noch mögliche Form der Minderung von Treibhausgasen politisch zu erreichen. Ärztinnen müssen sich aber auch mit der Veränderung des Krankheitsspektrums befassen, das der Klimawandel mit sich bringen wird. Die schleppende Diskussion um völkerrechtlich verbindliche Umweltabkommen zeigt, dass die politisch Verantwortlichen die Gefahren immer noch nicht erkannt haben oder nicht erkennen wollen. Auch aus medizinischer Sicht bleibt es eine aktuelle Forderung, das Kyoto-Abkommen sofort und nicht erst in etlichen Jahren weiterzuentwickeln.

Risiken der Kernenergie und Industrieunfälle

Die Reaktorkatastrophen von Tschernobyl und Fukushima zeigen mit aller Brutalität, dass Umweltkatastrophen nicht Vergangenheit sind, sondern brandaktuelle Gefahren für Leben und Gesundheit bedeuten. Die mittel- und langfristigen gesundheitlichen Folgen der massiven radioaktiven Belastung sind schwerwiegend. Erhöhte Tumorraten, immunologische Erkrankungen und genetische Folgen werden die Menschen in Japan betreffen. Für den vdaä bleibt weiterhin die Forderung nach der Abschaltung sämtlicher Atomkraftwerke essentiell.

Historische Umweltkatastrophen wie der Chemieunfall in Bhopal, die Quecksilbervergiftungen in Minamata/Japan oder der berüchtigte Smog in London oder Peking haben zu der Erkenntnis geführt, dass hoch belastete Luft, Wasser, Boden oder Nahrung zu Krankheit oder Tod führen können. Viele politische Maßnahmen im Umweltbereich sind seither in den Industrienationen ergriffen worden, um die Belastungen zu reduzieren, oft sogar mit gutem Erfolg. Zum Beispiel haben der Rhein und andere große Gewässer wieder eine wesentlich bessere Qualität, Industrieanlagen und andere Verbrennungsquellen emittieren wesentlich weniger Luftschadstoffe als noch vor 20 Jahren. Dagegen führt die Ausbeutung von Rohstoffen wie Öl, Uran, Kohle oder seltener Erden in den Entwicklungsländern heute verstärkt zu katastrophalen Umweltbedingungen.

Umwelt, Krankheit und Gesundheit bedingen sich gegenseitig: Max von Pettenkofer zeigte auf, dass die Cholera durch verunreinigtes Wasser verbreitet wird. Kanalisation und zentrale Trinkwasserversorgung haben der Cholera in den Industrieländern ein Ende bereitet. Gesunde Nahrungsmittel sind wünschenswert, vielfältige Skandale zeigen aber klar, dass oft Schadstoffe in Nahrungsmittel gelangen oder aktiv eingebracht werden, wie z.B. Dioxine, gentechnisch verunreinigte Lebensmittel oder überhöhte Pestizidrückstände. Die Zusammenhänge zwischen Umwelteinflüssen und Gesundheit werden mittlerweile weltweit intensiv erforscht, und die Erkenntnis, wie wichtig Umwelteinflüsse sind, vertieft sich stündlich. Aus diesen Forschungsergebnissen müssen umweltpolitische Konsequenzen gezogen werden, der Transfer von Wissen zu Entscheidung muss intensiver und schneller erfolgen. Weitere Forschung vor allem zu Klimawandel, Nanopartikeln und Kombinationswirkungen ist dringend notwendig.

Tabakrauch

Tabakrauch ist weiterhin der bedeutsamste Innenraumschadstoff. In vielen öffentlichen Gebäuden gab es seit den letzten Jahren einen wesentlich verbesserten Nichtraucherinnen-schutz. Allerdings können zum Beispiel Eltern weiterhin zu Hause in Anwesenheit ihrer Kinder ungehindert rauchen. Auf der einen Seite wollen wir nicht in die Privatsphäre eingreifen,

andererseits sind wir zum Schutz gerade von Kindern aufgefordert. Als Ärztinnen fordern wir eine öffentliche Rauchstopp-Kampagne, die finanziell und organisatorisch den Medienkampagnen der Tabakindustrie nicht nachstehen sollte. Ärztinnen können Patientinnen bei der Raucherentwöhnung unterstützen, indem sie die Patientinnen zum Aufhören motivieren und die Nikotinabhängigen bei ihren physischen und psychischen Problemen unterstützen. Dies sollte, wie alle Suchtentwöhnung, in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden. Die Tabaksteuer muss erhöht werden und die Einnahmen aus ihr müssen in das Gesundheitswesen investiert werden. Der vdää fordert außerdem ein totales Werbeverbot für Tabak.

Die industrielle Nahrungsmittelproduktion

Die industrielle Produktion von Nahrungsmitteln ist in vielfältiger Hinsicht problematisch, weil mit der Massentierhaltung der Einsatz von Antibiotika und Wachstumshormonen verbunden ist, der als Rückstand im Fleisch bleibt und seine gesundheitlichen Auswirkungen auf die Menschen hat. Lebensmittelersatzstoffe und chemische Konservierungszusätze zu Lebensmitteln können medizinisch schädlich sein. Ungesunde Lebensmittelangebote führen zu Fehlernährung und fördern Erkrankungen. Der vdää wird sich in Zukunft verstärkt mit dem Zusammenhang von gesunder Ernährung und Gesundheit beschäftigen.

Verkehrsbedingte Verschmutzung

Dieselfuß ist einer der wichtigsten Außenluftschadstoffe. Die Zahl der Dieselfahrzeuge nimmt erheblich zu, weiterhin gibt es einen großen Bestand an Fahrzeugen ohne Partikelfilter. Dieselfuß schädigt die Atemwege erheblich. Bei industriellen Verbrennungsprozessen sowie durch Hausbrand oder Kfz-bedingt entstehen gesundheitsschädlicher Feinstaub und Feinstaubteilchen. Auch Ozon, ein weiterer relevanter Außenluftschadstoff, entsteht verkehrsbedingt. Alle diese Luftschadstoffe tragen erheblich zur Mortalität und Morbidität bei. Künzli und Kollegen haben im Jahr 2000 im *Lancet* geschätzt, dass der Luftverschmutzung 6 Prozent der Mortalität in mitteleuropäischen Staaten zuzuordnen sei. So ist beispielsweise das Geburtsgewicht abhängig von der Feinstaubkonzentration; Ozon löst Asthmaanfälle aus.

Die Gesetzgebung hinkt weit hinter den wissenschaftlichen Ergebnissen her, und die Lobbyarbeit der Verursacher verhindert oder verzögert die Umsetzung von Erkenntnissen. Viele Schadstoffe entstehen heutzutage im Verkehrsbereich. Die Mineralölsteuer muss erhöht und umweltfreundliche Antriebstechnologie muss staatlich gefördert werden. Verkehr verursacht aber nicht nur Luftschadstoffe, sondern trägt auch erheblich zur Lärmbelastung bei. Gerade auch der Flug- und Schienenverkehr sind bedeutsame Lärmquellen. Lärm schadet

nicht nur dem Gehör, dem kardiovaskulären System sondern auch der Psyche. Lärmschutz ist ein wichtiges umweltpolitisches Anliegen.

Neue Gefahren

Sehr schwierig ist es, die völlig neuartigen Nanopartikel zu beurteilen. Auf der einen Seite geht eine erhebliche und für die Medizin vielleicht wichtige Innovation von ihnen aus. Andererseits geben Forschungsergebnisse zu denken, die in Nanopartikeln ein erhöhtes gesundheitliches Risiko zu erkennen glauben. Die Erforschung potentieller Gefahren muss verbessert werden.

Trotz rückläufiger öffentlicher Wahrnehmung haben Umweltfaktoren weiterhin in erheblichem Umfang eine große Bedeutung für unsere Gesundheit. Politische Entscheidungen, die diesem Umstand Rechnung tragen, sind notwendiger denn je. Atomkraftwerke müssen abgeschaltet werden, die Energiewende muss unumkehrbar sein. Die Emission von Treibhausgasen muss weltweit durch ein verändertes Energiekonsumverhalten und eine neue nachhaltige Energieversorgung reduziert werden. Ärztinnen sind aufgefordert, in diesem Sinne auch im Gesundheitssystem, ob Praxis oder Klinik, grünen Technologien den Vorrang zu geben.

Ökologisches Denken ist Kernelement der Entwicklung der Gesundheitsförderung: Die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat 1986 in Ottawa die nach ihr benannte Ottawa-Charta verabschiedet. Darin wird festgestellt, dass Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit konstituierende Momente von Gesundheit und Frieden sind und jede Verbesserung des Gesundheitszustandes zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden ist. Leider sind wir weltweit immer noch weit von diesem Ziel entfernt.

Der vdää fordert

- ***stärkeres Gewicht von Umweltmedizin in Aus- und Fortbildung***
- ***deutliche Kennzeichnung von Zusatzstoffen in Lebensmitteln***
- ***sofortiger Ausstieg aus Energiegewinnung durch Kernkraft***
- ***Druck auf die Politik, zu verbindlichen völkerrechtlichen Abmachungen zur Reduzierung des Schadstoffausstoßes zu kommen***
- ***verstärkte Forschung zu Klimaentwicklung und Gesundheit***
- ***umweltfreundliche Technologien in Praxis und Krankenhaus***

5. Prävention und Gesundheitsförderung

Vorbeugen ist besser als Heilen, das sollte das Grundprinzip der Prävention sein. Salutogenese als Wissenschaft von der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit ist in Forschung und Ausbildung kaum vertreten. In unserem Medizinsystem beginnt Krankheit erst mit dem Auftreten pathologischer Veränderungen. Verhältnisprävention muss vor Verhaltensprävention stehen. Leistungen der Primärprävention sind auf sozial schwache und benachteiligte Zielgruppen auszurichten. Ein Präventionsgesetz muss endlich verabschiedet werden.

Vorbeugen ist besser als Heilen

Prävention ist in unserem Gesundheitssystem unterbewertet und wird vernachlässigt. Forschung, Lehre, Versorgungsrealität und ökonomische Bedingungen sind einseitig auf die kurative Medizin oder die Pathogenese ausgerichtet. Nur etwa vier Prozent der Kosten unseres Gesundheitswesens fließen in Prävention und Gesundheitsschutz, davon die Hälfte in die Gesundheitsförderung. Prävention beruft sich auf die Salutogenese als ergänzendes Modell zur Pathogenese. Gesundheit ist hierbei nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen. Salutogenese als Wissenschaft von der Entstehung von Gesundheit und Pathogenese als Wissenschaft von der Entstehung von Krankheit ergänzen sich.

Gesundheit und Krankwerdung eines Menschen werden entscheidend von seinen Lebensumständen und psychosozialen Verhältnissen beeinflusst. Es besteht daher dringender und umfassender Handlungsbedarf: Soviel Prävention, wie möglich und soviel Kuration, wie nötig.

Soziale Ungleichheit

Viele Krankheiten und Gesundheitsstörungen treten häufiger in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen auf. Hierzu zählen Einkommensarme, Langzeitarbeitslose, Geringqualifizierte, Alleinerziehende und Menschen mit Migrationshintergrund. Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit ist unbestritten. Genau in diesen Gruppen sind gesundheitsriskante Lebensgewohnheiten aber am stärksten verbreitet. Gleichzeitig sind sie für ungezielte Präventionsmaßnahmen am wenigsten erreichbar. Demzufolge werden gesundheitlich und sozial benachteiligte Menschen, obwohl sie geringere Gesundheitschancen haben, weniger in Präventionsmaßnahmen einbezogen.

Um die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern, sind Leistungen der Primärprävention auf die entsprechenden Zielgruppen auszurichten. Zielführend ist

hier ein Setting-Ansatz (d.h. das Ansprechen der Menschen in ihrem Lebensumfeld) in Verbindung mit niederschweligen Zugangswegen.

Gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Die Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von einer Vielzahl von Akteurinnen gemeinsam zu tragen ist. Hierzu zählen Bund, Länder, Kommunen, Arbeitgeberinnen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesetzliche Unfallversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung und medizinische Versorgungsstrukturen. Eine gesundheitsförderliche Politik sorgt sich um gesundheitsbelastende Bedingungen der Umwelt und Belastungen in außerbetrieblichen Lebenswelten sowie der Arbeitswelt. Hier muss der Staat mehr Verantwortung übernehmen. Auch der Stärkung gesundheitsförderlicher Potenziale im individuellen Verhalten kommt eine hohe Bedeutung zu.

Primärprävention und Gesundheitsförderung

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG, 2007) wurden die Primärprävention und die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) zu Pflichtleistungen der Krankenkassen aufgewertet. Die gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien für GKV-Leistungen in der Primärprävention und Gesundheitsförderung werden im GKV-Leitfaden Prävention definiert und unter Einbeziehung externer Sachverständiger kontinuierlich dem aktuellen Kenntnisstand angepasst. Der GKV-Leitfaden ist ein richtiger Schritt, jedoch nicht ausreichend. Zielgruppenorientierte Prävention in Kindergärten, Kindertagesstätten, Schulen, Betrieben, Einrichtungen der Altenhilfe und Stadtteilen muss kassenartenübergreifend ausgestaltet und umgesetzt werden. Solange jede Krankenkasse ihre eigenen Präventionskonzepte anbietet, werden einzelnen Krankenkassen Präventionsangebote ihrer Marketing-Strategie unterordnen und für diese instrumentalisieren.

Sekundär- und Tertiärprävention

In den letzten hundert Jahren ist es in den entwickelten Industriegesellschaften zu einem deutlichen Wandel des Krankheitsspektrums gekommen. Standen zuvor auf der Liste der Krankheiten, die zum Tode führten – wie auch heute noch in vielen Entwicklungsländern –, Infektionskrankheiten obenan, so sind es heute vor allem die nicht übertragbaren chronischen Krankheiten, die die Lebensqualität eines großen Teils der Bevölkerung erheblich beeinträchtigen und in vielen Fällen zum vorzeitigen Tod führen. Diese chronischen Krankheiten weisen einen schichtspezifischen Gradienten auf. Je niedriger die soziale Schichtzugehörigkeit, desto größer ist das Erkrankungsrisiko.

Sekundär- und Tertiärprävention, also die Hilfe bei schon vorhandenen Risikofaktoren bzw. nach einer manifesten Erkrankung, werden in unserem Gesundheitssystem allzu oft reduziert auf medikamentöse Therapien.

Die Übermedikalisierung in der Prävention ist abzubauen und zu ersetzen durch sinnvolle, zielgruppenorientierte und niederschwellige Maßnahmen wie Raucherentwöhnung, Ernährungs- und Bewegungsprogramme sowie Programme gegen Stress. Hierzu müssen sich Ärztinnen mit anderen Gesundheitsberufen vernetzen. Umfassende Präventionskonzepte müssen Teil der medizinischen Ausbildung werden. Dabei ist Prävention nicht unbedingt oder nur Aufgabe der Ärzteschaft: Andere im sozialen Bereich Tätige sind vielleicht sogar besser qualifiziert, die Zusammenhänge von sozialer Situation und mangelnder Gesundheit zu erkennen.

Prävention hat einen höheren Stellenwert als Früherkennungsuntersuchungen. Die positiven Effekte von Prävention sind erwiesen. Demgegenüber haben viele Früherkennungsuntersuchungen keinen oder nur einen zweifelhaften Effekt. Die Ärzteschaft muss hier umdenken: Mehr Prävention und weniger fragwürdige Früherkennungsuntersuchungen. Abzulehnen und kritisch zu hinterfragen sind fragwürdige und unwirksame „Präventions“-Maßnahmen, hinter denen alleinig das Interesse an Marketing oder zusätzlicher Einnahmequelle steht. Der Begriff der Prävention wird heute häufig missbraucht für Interessen des Gesundheits- und Wellnessmarktes.

Eigenverantwortung

Erfolge auf dem Gebiet der Prävention und der Gesundheitsförderung hängen sehr von der Bereitschaft und Befähigung der Einzelnen ab, Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und deren Erhaltung zu übernehmen. Die Integration aller salutogenetischen Möglichkeiten in Präventionsprogramme auf allen Ebenen ist dringende Aufgabe. Die Gesundheitskompetenz der Einzelnen ist zu stärken. „Jeder ist seines Glückes Schmied“ heißt, dass Ursachen von Gesundheitsrisiken auf individuelles Fehlverhalten reduziert werden, wie in den Polemiken konservativer Gesundheitspolitikerinnen oft behauptet. Der einzelne Mensch hat in der heutigen Gesellschaft praktisch nicht die Möglichkeit, krank machenden Stress, Schicht- und Leiharbeit, Lärm und Umweltgifte von sich fern zu halten oder individuell zu kompensieren. Deshalb kommt der Verhältnisprävention eine besondere Bedeutung zu.

Gesundheitsförderung

Eine wichtige Ergänzung zu Präventionskonzepten ist die Gesundheitsförderung (Salutogenese). Im Verständnis der Ottawa-Charta der WHO von 1986 ist sie ein Prozess, „allen

Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Hier ist ein multiprofessionelles und partizipatives Vorgehen gefordert, das sich an den Erkenntnissen der Public Health orientiert. In diesem Prozess spielen Ärztinnen häufig gegenüber anderen Professionen eine untergeordnete Rolle (so sind z.B. zur Reduktion von Verkehrsunfällen Verkehrsplanerinnen u.ä. gefragt; das wirksamste Mittel gegen Kindersterblichkeit in armen Ländern ist die Alphabetisierung der Mütter.) Diese neue Rollenbestimmung und Rücknahme der Dominanz der Medizin in Bereichen der Gesundheitsförderung muss vielerorts noch erlernt werden.

Präventionsgesetz

Bis 2005 war geplant, die Prävention neben Behandlung, Pflege und Rehabilitation zu einer eigenständigen, vierten Säule des Systems der Gesundheitssicherung auszubauen. Das geplante Präventionsgesetz liegt seit 2005 auf Eis.

Ein Präventionsgesetz ist überfällig. In diesem muss folgendes geregelt werden:

1. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Der Staat hat im Rahmen der Daseinsvorsorge Verantwortung zu übernehmen. Dies beinhaltet auch finanzielle Verantwortung: Die steuerfinanzierte Prävention, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe durch Bund, Länder und Kommunen muss ausgebaut werden.
2. Die Prävention muss im Rahmen des Gesundheitssystems den ihr zustehenden Stellenwert erhalten.
3. In den Zeiten einer boomenden Gesundheitsindustrie darf Prävention nicht privaten Gewinninteressen untergeordnet und von diesen missbraucht werden.
4. Die gesundheitlichen Interessen der Bevölkerung müssen von der Politik und allen gesundheitspolitisch Verantwortlichen höher bewertet werden als die Partialinteressen gewinnorientierter Unternehmen (z.B. umweltzerstörende Industriezweige, Zigarettenindustrie, Werbeindustrie, Nahrungsmittelindustrie).
5. Prävention ist in Forschung und Lehre, insbesondere in der Ausbildung von Gesundheitsberufen zu stärken. Das Medizinstudium muss sich an der sozialen Funktion des Gesundheitswesens und der Aufgabe „Gesundheitsgewinn“ orientieren.

Der vdää fordert

- ***Verabschiedung eines Präventionsgesetzes***
- ***mehr staatliche Mittel für die Prävention***
- ***Prävention geht vor Früherkennung***
- ***Salutogenese als Ergänzung zur Pathogenese in Aus- und Fortbildung***

- ***Integration aller salutogenetischen Möglichkeiten in Präventionsprogramme auf allen Ebenen***
- ***enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen aus dem Sozialbereich bei präventiven Ansätzen***

6. Arbeit und Gesundheit

Der Wandel der Arbeitswelt erfordert arbeitsmedizinische Begleitung. Die wissenschaftliche Arbeitsmedizin in Deutschland ist von einem Kahlschlag bedroht. Die Universitäten bauen Lehrstühle für Arbeitsmedizin ab. Es droht in der nahen Zukunft ein substantieller Mangel an fachlich qualifizierten Betriebsärztinnen.

Herausforderungen für eine fortschrittliche Arbeitsmedizin

Der Wandel in der Arbeitswelt von der industriellen Produktion zur Dienstleistung hat sich im letzten Jahrzehnt beschleunigt. Immer mehr Mitarbeiterinnen sollen ihre Arbeit selbst organisieren und werden für den Erfolg oder Misserfolg persönlich verantwortlich gemacht. Diese „Scheinselbständigkeit“ führt zu massenhafter Selbstausbeutung und zur Missachtung elementarer Gesundheitsschutzprinzipien. Gleichzeitig stellen wir in bestimmten Bereichen – zum Teil auch in den Krankenhäusern – eine (Re-)Taylorisierung der Arbeitsprozesse mit extrem detaillierten und zerlegten Arbeitsaufgaben und detaillierten Zielvorgaben fest. Die Folgen davon sind bekannt.

Durch das Missverhältnis von Arbeitsaufgaben und zur Verfügung stehenden Ressourcen, insbesondere Arbeitszeit, entstehen zunehmend psychische Erkrankungen. Populärwissenschaftlich wird das als Stress oder Burn-out bezeichnet. Großbetriebe bieten ihren Managerinnen bereits Stressbewältigungskurse an.

Nacharbeit und Arbeiten zu ungewöhnlichen Arbeitszeiten, auch die Zunahme von Sonntagsarbeit, belasten die Beschäftigten und ihre Familien. Menschen in Zeitarbeit und auch in Teilzeitarbeit sind stärker belastet, weil sich gerade hier prekäre Arbeitsverhältnisse finden, in denen Menschen trotz hoher Arbeitsbelastungen nur ihr Existenzminimum verdienen (z.B. Wachschutz mit 12-Stunden-Wechselschicht, besondere Gefährdungen im Einsatz am Arbeitsplatz und fünf Euro Stundenlohn). Krankenkassen haben festgestellt, dass Arbeitnehmerinnen in Zeitarbeitsverhältnissen viel höhere Fehlzeiten haben. Sie vermuten, dass die Gründe dafür in der Arbeitsplatzunsicherheit, mangelnden Entwicklungsmöglichkeiten, im Wechsel der Einsatzorte und auch in der Entlohnung liegen.

Dabei darf nicht vergessen werden, dass es immer noch Arbeitsplätze mit klassischen Belastungen gibt bzw. teilweise sogar neu entstehen: Sandstrahlen von lackierten Oberflächen mit Freisetzung hoher Konzentrationen von einatembaren Bleipartikeln, Staubbelastung, lebertoxische Lösungsmittel beim Entfernen von Graffiti etc.

Für die Gesundheit der arbeitenden Menschen

Unabhängig von der Betriebsgröße müssen Beschäftigte optimal vor Gesundheitsgefahren bei der Arbeit geschützt werden. Auch Selbständige haben einen Anspruch auf einen hochwertigen Arbeitsschutz. Unternehmerinnen müssen Verantwortung für die Gestaltung des Arbeitsschutzes übernehmen, für die Lösung spezieller Probleme benötigen sie aber zusätzlich kompetente Ansprechpartnerinnen in den Bereichen Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit. Die gesundheitlichen Auswirkungen neuer Arbeitsbelastungen (z.B. neue Arbeitsstoffe oder psychische Belastungen) müssen erforscht werden; die Forschungsergebnisse müssen umgehend in die Ausbildung und in die betriebsärztliche Praxis einfließen.

Lehre und Forschung

Die universitäre Arbeitsmedizin ist von Kahlschlag bedroht. Arbeitsmedizinische Institute werden personell reduziert und Lehrstühle abgeschafft. So hat nur noch rund die Hälfte der 36 medizinischen Fachbereiche an den Universitäten einen Arbeitsmedizin-Lehrstuhl. Dabei ist die steigende Finanzierung durch die Privatwirtschaft abzulehnen, weil sie Interessenkonflikte beinhalten und einer unabhängigen Forschung nicht dienlich sind. So ist die Finanzierung des arbeitsmedizinischen Lehrstuhls in Tübingen durch die Metall-Arbeitgeberinnen nicht zu vereinbaren mit einer interessenunabhängigen Forschung.

Gewerbeaufsicht und Medizin in den Betrieben

Auch die Stellen bei den staatlichen Gewerbeärztinnen wurden und werden reduziert. Im Moment werden verschiedene Änderungen diskutiert: von Stellenabbau bis zur Zusammenlegung mit Umweltschutzbehörden, von Kommunalisierung bis Übertragung der Kontrollfunktionen auf die Unfallversicherungsträger. Eine wirksame Überprüfung des medizinischen Arbeitsschutzes in den Betrieben kann so nicht mehr gewährleistet werden.

Die meisten arbeitsmedizinischen Stellen befinden sich allerdings bei den betriebsärztlichen Diensten. Sie haben den Mangel an weitergebildeten Ärztinnen früher als andere medizinische Bereiche zu spüren bekommen. Dazu ist der betriebsärztliche Bereich unter dem Stichwort „Bürokratieabbau für Unternehmen“ von einer einschneidenden Umstrukturierung betroffen. Angesichts dieser veränderten Rahmenbedingungen stellt sich die Frage, wie die Ziele der Arbeitsmedizin noch erreicht werden können. Betriebe bis zu 50 Mitarbeiterinnen können sich für eine „Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung“ entscheiden. Der Inhaberin ist es demnach gestattet, nach einer Schulung selbst zu bestimmen, in welchem Umfang sie die betriebsärztliche Betreuung in Anspruch nehmen möchte. Diese Wahlmöglichkeit gilt auch für Arztpraxen.

Damit kommt es zu einer Interessenkollision, wenn eine selbstständige Arbeitgeberin finanzielle Aspekte zu berücksichtigen hat, die einem wirksamen Arbeitsschutz manchmal entgegenstehen. Diesen Konflikt wollte der Gesetzgeber im Jahr 1973 verhindern, indem er in das „Arbeitssicherheitsgesetz“ hineinschrieb, dass die Arbeitgeberin bestimmte Aufgaben auf die Betriebsärztin übertragen muss. Das Arbeitssicherheitsgesetz in Verbindung mit der Unfallversicherungsvorschrift V2 verpflichtet alle Betriebe ab einer Betriebsgröße von einer Mitarbeiterin, eine arbeitsmedizinische und eine arbeitssicherheitstechnische Betreuung zu installieren. Ein grundsätzlicher richtiger Ansatz, der aber bei einer Vielzahl von Klein- und Mittelbetrieben bis heute nicht realisiert ist.

So führt die satzungsgemäße neue Regelung für Klein- und Mittelbetriebe dazu, dass sich die Nachfrage nach betriebsärztlicher Beratung reduzieren wird. Aber auch dieser reduzierte Bedarf wird zukünftig durch eine kleiner werdende Anzahl von Betriebsärztinnen nicht gedeckt werden können. Mehr als zehn Millionen Arbeitnehmerinnen arbeiten in diesen kleineren oder mittleren Betrieben, für die fortan weniger Betriebsärztinnen zur Verfügung stehen werden.

Mangel an Ärztinnen

Es gibt heute bereits nur noch rund 3 500 Fachärztinnen für Arbeitsmedizin in einem Alter unter 65 Jahren und weitere 3 800 Ärztinnen mit eingeschränkter betriebsärztli-

cher Qualifikation. Beide Zahlen werden vorhersehbar abnehmen. Kritische Arbeitsmedizinerinnen schlugen zwar bereits vor Jahren Alarm und sogar die Arbeits- und Sozialministerinnenkonferenz stellte 2010 fest: Es fehlt an Arbeitsmedizinerinnen, und der Nachwuchsmangel ist eklatant. Aber getan wurde gegen diese Entwicklungen nichts.

So fügen sich die Dinge aneinander: Medizinstudentinnen lernen kaum noch etwas über Arbeitsmedizin aufgrund der Reduktion von Stellen in Universitäten. Gewerbeaufsichtsbehörden der Länder können nur noch offensichtliche Mängel verwalten, aber nicht mehr aktiv für den Arbeitsschutz eintreten. Das führt dazu, dass sich immer weniger Ärztinnen für dieses Fach interessieren und aktiv und nachhaltig an betrieblicher Prävention arbeiten.

Der vdää fordert

- ***Eine Arbeitsmedizin im Sinne der arbeitenden Menschen muss nicht nur erhalten sondern gefördert und für junge Medizinerinnen attraktiv gemacht werden.***
- ***Jeder der 36 medizinischen Fachbereiche in Deutschland sollte einen Lehrstuhl für Arbeitsmedizin erhalten.***
- ***Die staatliche Gewerbeaufsicht muss handlungsfähig bleiben und mit qualifiziertem – auch ärztlichem – Personal ausgestattet werden.***
- ***Jeder Betrieb muss regelmäßig betriebsärztlich versorgt werden.***

7. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sollten Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsfürsorge, Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsschutz sein. Um diese Aufgaben umfassend zu erfüllen, ist dessen personelle und finanzielle Ausstattung bislang unzureichend. Der ÖGD ist angesiedelt im Spannungsfeld von staatlicher Vorsorge und individueller Verantwortlichkeit. Bei aller geforderten Stärkung darf er nicht zu einem staatlichen Kontrollinstrument werden. Eine Privatisierung und weitere Reduzierung seiner Aufgaben und Leistungen lehnt der vdää jedoch entschieden ab.

Öffentliche Daseinsvorsorge gehört zu den elementaren Aufgaben des Staates und umfasst auch Aufgaben der Sozialmedizin. Welchen Umfang diese Daseinsvorsorge haben muss – auch angesichts der Grenzen kassenfinanzierter individuell-kurativer Medizin – muss Gegenstand einer öffentlichen Debatte sein. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist dafür eine wichtige Instanz. Allerdings muss er solide finanziert und mit gut ausgebildetem und entsprechend bezahltem Personal ausgestattet sein. Gleichzeitig benötigen wir eine öffentliche Debatte, an welchen Stellen und wie viel gesellschaftliches und staatliches Eingreifen erforderlich ist, um soziale Medizin zu gestalten, die Bürgerinnen zu schützen und zu unterstützen. Dies ist besonders wichtig angesichts der historischen Erfahrungen der Sozialhygiene (Fürsorge versus Kontrolle, z.B. aufsuchende Sozialarbeit, Kooperation von ärztlicher Versorgung und Jugendämtern, Prävention sexuell übertragbarer Infektionen etc.). Der ÖGD wurde im Nationalsozialismus 1935 durch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens gleichgeschaltet und wurde als Medizinalpolizei ein Instrument des nationalsozialistischen Rassen- und Vernichtungspolitik. Von diesem Image der Medizinalpolizei konnte sich der ÖGD nach Ende des zweiten Weltkrieges nur schwer lösen, war doch das Vereinheitlichungsgesetz in einigen Bundesländern Grundlage der Organisation des ÖGD bis in die 80er Jahre. Leider ist heute das Image des ÖGD sehr schlecht, weil der fürsorgliche Aspekt des ÖGD systematisch ausgehöhlt wurde. Auch gibt es im Moment nur noch wenige kritische ÖGD-Medizinerinnen, die das umsetzen wollen, was im Folgenden proklamiert wird.

Struktur des ÖGD

Ein Überblick über die heutige Organisation des ÖGD auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zeigt dessen breites Aufgabenfeld:

Die Bundesebene des ÖGD besteht im Jahr 2012 aus dem Bundesministerium für Gesundheit mit den Instituten

- Paul-Ehrlich-Institut (PEI)

- Robert-Koch-Institut (RKI)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)

Je nach Bundesland ist die Struktur des ÖGD unterschiedlich. Neben den für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerien bzw. Senatsbehörden als „oberste Landesgesundheitsbehörden“ mit ihren wissenschaftlichen Einrichtungen (Landesgesundheitsämter, Landesinstitute, teilweise auch Landesuntersuchungsämter) gibt es in den Flächenstaaten Regierungsbezirke als „mittlere staatliche Gesundheitsbehörden“. Die lokal vor Ort tätige Organisationsform des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind die staatlichen oder kommunalen Gesundheitsämter bzw. „untere Gesundheitsbehörden“.

Aufgaben des ÖGD

Die Aufgaben des ÖGD sind vorrangig in Landesgesetzen festgelegt. Diese definieren auch die Aufgaben der Gesundheitsämter bei der Umsetzung von Bundesgesetzen wie dem Infektionsschutzgesetz: Im Rahmen der „Gesundheitsvorsorge“ bietet er gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsbildung und -beratung an. Unter Gesundheitshilfe bzw. „Gesundheitsfürsorge“ sind die Bereiche Jugend- und Schulgesundheitspflege, die Behindertenbetreuung und die sozialpsychiatrische Dienste zusammengefasst.

Zur „Gesundheitsförderung“, in einem Verständnis der Ottawa-Charta, soll der ÖGD Menschen befähigen, Gesundheit als ihr eigenes Interesse zu erkennen und zu verfolgen. Dabei soll er die Organisationen und soziale Netzwerke unterstützen, die gesundheitsfördernd wirken, Kommunikation und gegenseitige Hilfeleistung bieten.

Im Rahmen des „Gesundheitsschutzes“ soll der ÖGD die Verbreitung übertragbarer Krankheiten verhindern bzw. eingrenzen. Das Infektionsschutzgesetz betont dabei ausdrücklich die Bedeutung der Prävention, und die Landesgesetze weisen dem ÖGD umfangreiche Aufgaben zu. Darüber hinaus ist der ÖGD an der Lebensmittelüberwachung und am gesundheitlichen Umweltschutz beteiligt.

Einzelne aktuell wichtige Aufgaben sind:

- Gesundheitsvorsorge und -förderung insbesondere im Bereich der Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendgesundheit

- Medizinalaufsicht, d.h. Beaufsichtigung und Überwachung der im Gesundheitswesen tätigen Personen und Einrichtungen, Apothekenaufsicht und fachliche Mitwirkung bei Bauplanungen
- Gesundheitsschutz und Hygieneüberwachung
- Erstellen von amts-, vertrauens- und gerichtsärztlichen Gutachten für Behörden
- Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie
- Beratung, teilweise auch Tests und ärztliche Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen
- Umweltmedizin

In welchem Umfang der ÖGD seine Aufgaben wahrnimmt, ob sie teilweise privatisiert oder anderen Behörden zugeordnet sind und ob zusätzlich so genannte freiwillige Aufgaben wahrgenommen werden, variiert je nach Bundesland und Kommune. Nur wenige Aufgaben sind eindeutige Pflichtaufgaben, und auch deren Umfang und Fachlichkeit sind nicht immer definiert. In den einzelnen Kommunen entscheiden oft die finanzielle Lage und politische Rahmenbedingungen über die konkrete Tätigkeit des Gesundheitsamtes und deren Umfang. Besonders in Großstädten übernehmen Gesundheitsämter in unterschiedlichem Umfang auch freiwillige Aufgaben (Substitution für Drogenabhängige, subsidiäre Versorgung für Menschen, die keinen Zugang zum regulären Versorgungssystem haben, gezielte Gesundheitsförderung für bestimmte Bevölkerungsgruppen etc.). In einigen Bundesländern (z.B. NRW) sind Gesundheitsberichterstattung, Steuerung und Koordination der lokalen Versorgung ausdrückliche Aufgabe des ÖGD, ohne dass dieser jedoch über die entsprechenden Möglichkeiten und Kompetenzen verfügt.

Anspruch und Wirklichkeit

Zwischen diesen umfangreichen Aufgaben und den konkreten Möglichkeiten des ÖGD klafft jedoch eine ständig wachsende Lücke. Mitte der 1990er Jahre sah es zwar noch einmal so aus, als könne dies anders werden: In der gesellschaftlichen und politischen Diskussion über den Umgang mit der HIV-Infektion spielte der ÖGD als Partner von Selbsthilfe und Interessenvertretung Betroffener eine zentrale Rolle und in diesem Zusammenhang wurde die Prävention und die Rolle ihrer öffentlichen Steuerung neu bewertet. Abhängig von den lokalen politischen Rahmenbedingungen wurde er teilweise aber auch zur Kontrolle infizierter Patientinnen und so genannter „Risikogruppen“ missbraucht.

In den letzten Jahren haben sich die Bedingungen eher verschlechtert. Trotz massiv gewachsener Herausforderungen und zunehmender Aufgaben ist die finanzielle und personelle Ausstattung des ÖGD nicht verbessert sondern vor allem auf kommunaler Ebene eher

reduziert worden. Hier spiegelt der aktuelle Zustand des ÖGD den allgemeinen Verfall öffentlicher Leistungen der Daseinsvorsorge wider.

Für die Herstellung gesunder Lebenswelten in den Kommunen, den Umgang mit Umweltrisiken und Maßnahmen gegen neue Krankheitserreger ist aber ein starker und fachlich kompetenter öffentlicher Gesundheitsdienst unverzichtbar. Die Aus- bzw. Weiterbildung von Ärztinnen im öffentlichen Dienst muss verbessert werden und sich an den Prinzipien und Methoden von Public Health orientieren.

Hinzu kommt, dass immer mehr Menschen keinen Zugang zur über die Krankenversicherung gewährleisteten individuellen ärztlichen Versorgung haben – nicht nur Menschen ohne Papiere, sondern auch viele langfristig mobile Menschen aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten sowie deutsche Versicherte, die ihre Kassenbeiträge nicht mehr zahlen konnten und wegen horrender Nachzahlungsforderungen nur noch im Notfall zur Ärztin gehen. Vor allem Wohnungslose, Drogenabhängige, „Papierlose“ und Menschen mit sexuell übertragbaren Krankheiten werden durch lange Wartezeiten und hochschwellige Strukturen vom Aufsuchen ärztlicher Versorgung abgehalten. Eine gesellschaftliche Debatte darüber, ob und in welchem Umfang hier der ÖGD tätig werden muss, ist dringend erforderlich.

Der vdää fordert

- ***den ÖGD in den Kommunen wie auf Bundes- und Landesebene zu stärken, mit der für seine Aufgaben erforderlichen Kompetenz auszustatten und entsprechend auszubauen***
- ***den ÖGD finanziell, personell und technisch so auszustatten, dass er nicht nur reagieren, sondern tatsächlich steuernd eingreifen kann***
- ***Angebote zur Prävention auszuweiten und verbindliche dauerhafte Strukturen dort zu schaffen, wo sie aus öffentlichem Interesse erforderlich sind***
- ***kostenlose Impfungen für alle Kinder unabhängig vom Meldestatus sicherzustellen***
- ***niederschwellige, kostenlose Angebote zu sexueller Gesundheit und Mutter-Kindgesundheit zu schaffen, die besonders schutzwürdige Personen unterstützen, dabei aber die eigene Verantwortung achten und nicht bevormundend in die Privatsphäre eingreifen***
- ***die Unabhängigkeit der nationalen Einrichtungen des ÖGD vor dem Einfluss privater Leistungserbringerinnen zu schützen***
- ***die Kompetenzen des ÖGD auf allen Ebenen als Gegengewicht zum wachsenden privaten Gesundheits- und Wellnessmarkt zu stärken***

Der vdää fordert einen ÖGD, der

- *auf kommunaler Ebene gesundheitsförderliche und präventionsfreundliche Lebensbedingungen für alle Menschen fördert*
- *Gesundheitsberichterstattung mit soliden und unabhängigen Daten sicherstellt, ohne Partikularinteressen zu dienen*
- *der ungleichen Verteilung gesundheitlicher Risiken des Alltagslebens und des Wohnumfeldes gezielte Maßnahmen entgegensetzt*
- *diagnostische und therapeutische Produkte und Dienstleistungen kontrolliert und in ihrem Risiko beurteilt*
- *gesundheitliche Risiken bewertet, die durch neue Technologien, globale Mobilität und den Klimawandel entstehen*

8. Finanzierung und Planung – die Gesetzliche Krankenversicherung

Der vdää tritt für eine paritätische und solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens ein. Deshalb fordert der vdää die Einführung einer allgemeinen Bürgerversicherung. Die private Krankenversicherung als Vollversicherung soll abgeschafft werden. Der Gesundheitsfonds sollte beibehalten werden, doch muss der Risikostrukturausgleich überdacht werden. Gelder der GKV werden häufig für unnütze Leistungen ohne nachgewiesenen medizinischen Nutzen ausgegeben. Medizinische Ressourcen sollen sinnvoll und sparsam eingesetzt werden, es darf aber keine Rationierung medizinischer Leistungen geben.

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine der tragenden Säulen unseres Sozialsystems. Es beruht auf zwei Prinzipien: der Solidarität und der Parität. Solidarisch soll die Krankenversicherung insoweit sein, als jede Versicherte nach ihren Möglichkeiten, also nach ihrem Verdienst, ihren Beitrag leistet und dann im Krankheitsfall unabhängig von diesem die medizinisch notwendige Behandlung erfährt. Nach der Definition des Sozialgesetzbuches V soll jede Behandlung ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und das notwendige Maß nicht überschreitend sein.

Grenzen von Solidarität und Parität

Dieser Solidarität waren schon immer Grenzen gesetzt: Die Beitragsbemessungsgrenze legt fest, bis zu welchem Verdienst ein Einkommen prozentual zum Beitrag herangezogen wird, und die Versicherungspflichtgrenze definiert den Übergang zur möglichen Befreiung aus der gesetzlichen Versicherung und die Möglichkeit einer privaten Krankenversicherung beizutreten. Hohe Einkommen werden also prozentual niedriger belastet als geringe Einkommen und sehr hohe Einkommen sind von der gesetzlichen Versicherung befreit. Auch Zins-, Kapital- und Mieteinnahmen werden bei der Beitragsbemessung nicht berücksichtigt. Die Solidarität war also immer schon eine Solidarität der Armen, Schwachen und Mittelschichten, während sich die Gutverdienenden und die Beamtinnen dem System entziehen konnten.

Paritätisch sollte das System insofern sein, als Arbeitgeberinnen und Arbeitnehmerinnen zu gleichen Anteilen an den lohnbezogenen Beiträgen beteiligt werden. Natürlich stellt auch der Arbeitgeberinnenanteil einen Teil des Lohnes dar. Doch zwingt dieser Anteil die Arbeitgeberin, sowohl die Gesundheit „ihrer“ Beschäftigten als auch die Kosten des Gesundheitswesens im Auge zu behalten.

Gesundheitsfonds

Durch die Einführung des Gesundheitsfonds wurde ein einheitlicher Beitragssatz für alle gesetzlichen Krankenkassen geschaffen. Seine Einrichtung ist deshalb zu begrüßen. Abzulehnen ist, dass Versicherte einseitige Zusatzbeiträge leisten müssen, wenn ihre Kasse nicht mit den zugewiesenen Beiträgen zurechtkommt.

Die Auszahlung aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen erfolgt unter Berücksichtigung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi RSA), d.h. je höher die Morbidität der Versicherten ist, desto höher ist die Auszahlung. Die Morbidität einer Patientin ist aber nur schwer objektiv zu erfassen. So kann eine insulinpflichtige Diabetikerin gut eingestellt und komplikationsfrei leben, während eine andere Versicherte mit leichtem Diabetes schwer zu therapieren sein kann, wobei hier besonders die soziale Situation der Patientin eine Rolle spielt. Die über den Morbi RSA praktizierte Art des Ausgleichs verführt die Kassen dazu, sich möglichst „gesunde“ Kranke als Versicherte auszusuchen. Da der RSA nicht objektiv ist und zudem nur mit bürokratischem Aufwand gehandhabt werden kann, lehnt der vdää diesen Ausgleich und seine weitere Verfeinerung ab. Der Ausgleich zwischen den Kassen sollte nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Einkommen – es ist bekannt, dass ärmere Menschen kränker sind! – erfolgen. Zusätzlich sollten aus einem Risikofonds Behandlungskosten von Patientinnen mit erheblichen Behandlungskosten kostendeckend finanziert werden.

Beide Prinzipien, die Solidarität und die Parität, wurden in den vergangenen Jahren durch die Regierungen der sozialdemokratisch-grünen als auch durch die christ- und freidemokratischen Koalitionen zunehmend ausgehöhlt. Die Patientinnen, nicht die Versicherten werden im Krankheitsfalle durch Praxisgebühr, die inzwischen abgeschafft wurde, und Zuzahlungen belastet, die Arbeitgeberinnenbeiträge wurden auf ein festes Niveau eingefroren, d.h. alle zukünftigen Steigerungen der Versicherungskosten werden einseitig von den Versicherten getragen. Die Krankenkassen sollen von solidarischen, öffentlich-rechtlichen Einrichtungen zu privaten, profitorientierten Unternehmen – zu Profitcentern – umgebaut werden. Der vdää fordert die Rückkehr zu Solidarität und Parität, Abschaffung aller Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen für die Versicherten bzw. Patientinnen sowie die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmerinnen und Arbeitgeberinnen.

Probleme der Steuerfinanzierung

Die Krankenkassen tragen nicht nur die Kosten der reinen Krankenversorgung, sondern übernehmen darüber hinaus teilweise Kosten für Vorsorge, Früherkennung, Rehabilitation usw. Diese Aufgaben müssten eigentlich von der Allgemeinheit übernommen werden, sind also staatliche Aufgaben. Deshalb ist eine staatliche Finanzierung über Steuern bzw. ein

Sozialausgleich über Steuermittel in der Diskussion. Der Vorteil einer solchen Lösung wäre, dass jede Bürgerin, sofern sie Steuern zahlt, zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen werden würde. Eine Bemessungsgrenze gäbe es nicht, hingegen sogar eine positive Progression. Die einkommensabhängigen Steuern erbringen aber nur noch ca. 40 Prozent des gesamten Steueraufkommens, der Rest wird über Mehrwertsteuer, Verbrauchssteuern u.a. aufgebracht. Dies aber sind die Steuern der „kleinen Leute“, da sie die unteren Einkommensschichten weit mehr als die oberen belasten. Eine Entlastung der unteren Einkommensschichten wird durch eine Steuerfinanzierung mit dem aktuell gültigen Steuerrecht also gerade nicht erreicht.

Hinzu kommt, dass Steuern immer Spielball politischer Entscheidungen sind. Ist das Geld knapp, werden die Ausgaben reduziert. Die Finanzierung des Gesundheitswesens darf aber nicht von konjunkturellen und politischen Erwägungen abhängig sein. Deshalb tritt der vdaä dafür ein, die Beitragsfinanzierung der GKV als Grundlage beizubehalten. Nur ergänzend hierzu sollten Steuerzuschüsse des Staates kommen.

Beitragsgrundlage und Bemessungsgrenze

Der Anteil der Zins-, Kapital- und Mieteinkünfte nimmt im Verhältnis zu den arbeitsabhängigen Einkommen gesellschaftlich zu. Deshalb ist eine Einbeziehung dieser Einkünfte – unter Berücksichtigung eines Freibetrags – zur Finanzierung der GKV zu begrüßen. Nur dürfte eine solche Einbeziehung nicht an eine Einkommensgrenze gebunden sein, denn dann würden Menschen in unteren Einkommensgruppen, die Miet- oder Zinseinkünfte haben, belastet, während eine Eigentümerin mit höheren Einkünften aus mehrerer Immobilien wegen der Beitragsbemessungsgrenze ungeschoren davon käme. Die Einbeziehung von Mieteinnahmen in die Finanzierung der GKV stellt allerdings einen großen organisatorischen Aufwand dar. Die Krankenkassen dürfen nicht zu einer zweiten Steuerbehörde werden. Eine generelle Gesundheitsabgabe auf Kapitalerträge zusätzlich zur Abgeltungssteuer und mit ihr eingezogen ist dagegen ohne großen Aufwand zu organisieren.

Bedarfsorientierte Versorgung

Die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen von heute ca. 150 kann sicher noch weiter reduziert werden, doch ist eine gewisse Kassenvielfalt wichtig und eine Monopolstellung einiger weniger Kassen nicht wünschenswert. Alle Kassen sollen im Prinzip den gleichen Leistungskatalog anbieten. In den letzten Jahren aber wird dieser Grundsatz zunehmend durch so genannte Selektivverträge und Ausweitung der Satzungsleistungen untergraben. Bei den Selektivverträgen rechnen Ärztinnen unter Umgehung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bestimmte Leistungen von Patientinnen, die in diese Verträge eingeschrieben sind,

direkt mit den Kassen oder über Berufsverbände ab. Dies führt zu einem unterschiedlichen Leistungsangebot der Krankenkassen und für Patientinnen, die in die Verträge eingeschrieben sind, und diejenigen, die nicht an den Programmen teilnehmen. Gleichzeitig wird die Abrechnung insgesamt mit verschiedenen Kassen und Verträgen verkompliziert und bürokratisiert. Der vdää lehnt Selektivverträge in der Grundversorgung ab und fordert ein einheitliches Leistungsangebot der Krankenkassen.

Der vdää tritt für eine bedarfsorientierte Versorgung ein und lehnt die ausschließlich an den Einnahmen der Kassen orientierte Erstattung medizinischer Leistungen ab. Der Leistungskatalog der Kassen und die von Krankenhäusern und Kassenärztinnen erbrachten Leistungen sollten soweit wie möglich auf Evidenz basierter Grundlage überprüft werden. Die Einrichtung des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) ist zu begrüßen. Ihre Kompetenz muss weiter ausgebaut werden. Diese Einrichtungen müssen den Leistungskatalog der GKV überprüfen. Dabei sollte die im Sozialgesetzbuch geforderte ausreichende Behandlung auch die optimale Behandlung für die Versicherten darstellen.

Finanzierung und die Debatte über Priorisierung

Teile der Ärzteschaft fordern eine Vergütung ihrer Leistung über Rechnungsstellung an die Patientin und mit anschließender Kostenerstattung durch die Krankenkassen. Das wird besonders Patientinnen mit niedrigem Einkommen extrem belasten bzw. unter Umständen an einem notwendigen Besuch bei der Ärztin hindern. Die Kasse wird in der Regel nicht den vollen Rechnungsbetrag erstatten. Damit wird die Patientin durch weitere Zuzahlungen belastet. Der vdää lehnt die Kostenerstattung als Vergütungsform für Kassenleistungen ab und fordert die Beibehaltung des Sachleistungsprinzips. Ebenso lehnt der vdää jede Form der Zuzahlung von Patienten zu Leistungen der GKV ab. Diese sind unsolidarisch, da sie einseitig die Patienten treffen und insbesondere für sozial Schwache und chronisch Kranke eine große Belastung darstellen. Zudem ist erwiesen, dass sie keinerlei positive Steuerungsfunktionen beim Zugang zu Gesundheitsleistungen haben.

Die weitere Finanzierung des Gesundheitswesens steht schon seit Jahren im Zentrum der Diskussion. Der vdää ist prinzipiell der Ansicht, dass die Mittel im deutschen Gesundheitswesen, welches weltweit eines der kostspieligsten ist, ausreichend für eine gute medizinische Versorgung sind. Auch wenn dieses System so teuer ist, gibt es keine epidemiologischen Hinweise darauf, dass es besser und qualitativ hochwertiger ist als andere Gesundheitssysteme der OECD-Staaten. Obwohl in vielen Bereichen eine Unterversorgung gegeben ist, werden generell zu viele medizinische Leistungen erbracht.

Ausdrücklich lehnt der vdää die von der Bundesärztekammer angestoßene Debatte um eine „Priorisierung medizinischer Leistungen“ ab. Sie ist lediglich ein ideologischer Vorwand, um notwendige medizinische Leistungen zu rationieren, sie aus dem gesetzlichen Leistungskatalog der Krankenkassen auszugliedern und privat vermarkten zu können. Das System der GKV hat ausreichend Mittel, alle notwendigen und medizinisch indizierten Leistungen zu finanzieren. Leider werden in dem System noch viele unnütze und überflüssige Leistungen erbracht und finanziert. Außerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs sollte es keine notwendigen Leistungen geben. Der vdää lehnt die so genannten IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen) ab. Das Portemonnaie der Patientinnen hat im Behandlungszimmer nichts zu suchen. Die Praxis ist kein Krämerladen. Inzwischen werden auf dem IGeL-Markt zwei Milliarden Euro ohne jegliche Kontrolle und Qualitätssicherung umgesetzt. Der vdää tritt für ein Verbot von IGe-Leistungen in der Kassenpraxis ein.

Bürgerversicherung

Der vdää tritt für eine sinnvolle Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen ein. Zur kurzfristigen Verbesserung der Finanzsituation fordert der vdää eine Angleichung der Beitragsbemessungs- an die Versicherungspflichtgrenze. Gleichzeitig sollte die Versicherungspflichtgrenze deutlich erhöht werden. Langfristig fordert der vdää die Einführung einer Bürgerversicherung. Diese wäre eine Pflichtversicherung für alle Bürgerinnen, deren Beitrag entsprechend ihren Einkünften bemessen wird. Eine Beitragsbemessungsgrenze darf es dabei nicht geben. Diese Versicherung wird umlagefinanziert und ihre Finanzierung beruht nicht auf Kapitaldeckung. Auch wenn sich private Versicherungen an einem solchen Versicherungsmodell beteiligen würden, so würde es doch eine PKV, wie wir sie heute haben, nicht mehr geben. Eine private Krankenversicherung mit risikoabhängigen Beiträgen als Grundversorgung lehnt der vdää ab. Sie ist Ausdruck einer Zweiklassenmedizin, in der die medizinische Versorgung abhängig von der Höhe des zu zahlenden Honorars ist. Leistungen in der PKV müssen nicht auf evidenz-basierter Grundlage erfolgen und unterliegen keiner Qualitätssicherung oder -kontrolle. Die horrenden Beitragssteigerungen in der PKV während der letzten Jahre und der hohe Anteil an Verwaltungs-(= Bürokratie)kosten zeigen aber auch, dass diese Art der Versicherung der gesetzlichen, umlagefinanzierten organisatorisch unterlegen ist.

Elektronische Datenspeicherung

Die Techniken der elektronischen Datenverarbeitung ermöglichen heute die Speicherung und Übertragung ungeahnter Datenmengen. Die Informationsmöglichkeiten durch neue Technologien müssen auch in der Medizin genutzt und weiter ausgebaut werden. Heute

gehen im Medizinbetrieb einige Informationen wegen unzureichender Dokumentation verloren. Doch ist zu berücksichtigen, dass medizinische Daten extrem sensible Daten sind. Einmal gespeichert, können sie fast nicht gelöscht werden. Das Bewusstsein von Datenschutz und der Sensibilität der Patientinnendaten ist bisher im Gesundheitswesen unterentwickelt. Der Datenschutz in Einrichtungen der medizinischen Versorgung muss verstärkt werden. Die Auslagerung von nicht anonymisierten, patientinnenbezogenen Daten außerhalb von Praxis und Krankenhaus oder die Führung elektronischer Patientinnenakten bei den Krankenkassen lehnt der vdää ab. Der vdää wendet sich gegen die Speicherung sensibler Patientinnendaten auf einer E-Card und deren Sicherung auf externen Servern.

Der vdää fordert

- ***Zugang zur gesetzlichen Versicherung für alle Bürgerinnen***
- ***Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung***
- ***ein einheitliches Versicherungssystem mit unterschiedlichen Kassen***
- ***einen einheitlichen Leistungskatalog der Krankenkassen***
- ***Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der GKV***
- ***als ersten Schritt eine Anhebung von Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze sowie eine Angleichung der Bemessungsgrenze an die Versicherungspflichtgrenze***
- ***Abschaffung der Privaten Krankenversicherung als Grundversicherung***
- ***Verbot von IGeLeistungen durch Kassenärztinnen***
- ***einen sinnvollen und sparsamen Einsatz von medizinischen Ressourcen – aber keine Rationierung medizinischer Leistungen***
- ***eine wissenschaftlich fundierte Bedarfsplanung***
- ***mehr Datenschutz in der Medizin; keine externe Speicherung sensibler Patientinnendaten***

9. Ambulante Versorgung

Im Bereich der ambulanten Versorgung hat sich das Arztbild in den vergangenen Jahrzehnten grundlegend gewandelt, die ambulante Medizin wurde zunehmend kommerzialisiert. Mit den MVZ wurden neue, kooperative Arbeitsformen geschaffen, die aber häufig nicht einer verbesserten Patientinnenversorgung sondern der Optimierung des betriebswirtschaftlichen Erfolges dienen. Kehrseite dieser Medaille ist bei vielen Ärztinnen Resignation oder Zynismus. Selektivverträge drohen die vormals weitgehend einheitliche Versorgung im GKV-Bereich zu zersplittern. Verträge zur integrierten Versorgung dienen zunehmend den Marketinginteressen der Krankenkassen und werden von der Pharmaindustrie zur Ausrichtung der Versorgungsstrukturen nach ihren Interessen missbraucht. Parallelstrukturen konkurrieren mit der einheitlichen Sicherstellung der Versorgung durch die KVen. Die Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Professionen im Gesundheitsbereich muss gefördert werden. Die Vergütung sollte möglichst pauschal, zeitorientiert und unabhängig von der erbrachten Leistung erfolgen. Die Höhe einer angemessenen Honorierung müsste sich an vergleichbaren anderen Berufen orientieren.

Von der Ärztin zur Unternehmerin

In Deutschland wird die ambulante medizinische Versorgung im Regelfall von niedergelassenen Ärztinnen erbracht, sei dies in der Einzel- oder Gemeinschaftspraxen oder neuerdings in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). In die psychotherapeutische Versorgung sind zudem niedergelassene psychologische Psychotherapeutinnen eingebunden. Eine Niederlassung bedeutete (in der alten Bundesrepublik) immer schon, auch freiberufliche Unternehmerin zu sein.

Die DDR hatte einen anderen Weg bestritten. In ihrem staatlich organisierten Gesundheitswesen kam den Polikliniken in der ambulanten Versorgung eine zentrale Rolle zu. Ärztinnen und nichtärztliche Heilberufe arbeiteten dort als Angestellte in einer fachübergreifenden Struktur (die Polikliniken verfügten zumindest über Abteilungen für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Kinder- und Zahnheilkunde sowie über Röntgeneinrichtungen, Labor und eine physiotherapeutische Einheit). Diese sinnvollen Versorgungsstrukturen wurden im Einigungsprozess fast vollständig zerschlagen und stattdessen das System der alten Bundesländer eingeführt.

Die niedergelassenen Ärztinnen lösten sich in den letzten Jahrzehnten bei ihrer Arbeit zunehmend von den Bindungen des sozialen Umfeldes und orientieren sich verstärkt an betriebswirtschaftlichen Vorstellungen. D.h. auch bei niedergelassenen Ärztinnen verschob

sich der Fokus von der Verantwortung für das soziale Ganze hin zum autonomen Privatinteresse, das vornehmlich ökonomische Ziele im Blick hat. In der subjektiven Wahrnehmung wird die ärztliche Tätigkeit als unter einem verstärkten ökonomischen Druck stehend erlebt. Zugleich werden die Einschränkungen des Standesrechtes, wie am Aufweichen des Werbeverbots zu sehen, brüchiger. Die noch mit einigen Beschränkungen versehene Rolle der ständischen Unternehmerin wird verlassen zugunsten einer agilen Akteurin im Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt.

Gleichzeitig wächst die Bedeutung der ambulanten Medizin für die medizinische Versorgung durch kürzere Liegezeiten in den Krankenhäusern, eine alternde Gesellschaft oder De-Institutionalisierung. Die ambulante ärztliche Tätigkeit muss sich zudem zukünftig grundsätzlichen neuen Herausforderungen stellen, die bisher nur in Ansätzen angegangen wurden: Die wirksame Vorbeugung, Früherkennung und ggf. auch Behandlung von chronischen Erkrankungen wird zukünftig ihre zentrale Aufgabe sein.

Die niedergelassene Ärztin fühlt sich zunehmend gezwungen, sich auf diejenigen Leistungen zu fokussieren, die den größten betriebswirtschaftlichen Gewinn erbringen. Dies fördert insbesondere im spezialisierten fachärztlichen Bereich die Konzentration auf technische Leistungen. Die sprechende Medizin gerät dabei weiterhin ins Hintertreffen.

Der ambulante Sektor ist noch immer geprägt von einer Anbieterdominanz. Diese ergibt sich allein schon aus dem Wissensgefälle in der Arzt-Patient-Beziehung. Dieses kann von Ärztinnen genutzt werden, um die Nachfrage nach ihren Leistungen bis zu einem gewissen Grad zu steuern – was dann problematisch wird, wenn diese Leistungen medizinisch unbegründet sind. Diese Anbieterdominanz bestimmte in den letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts die ambulante Versorgung und führte in vielen Bereichen zu einer medizinisch nicht zu rechtfertigenden Leistungsausweitung. Sie wurde zwar mit der Gesetzgebung seit 2004 durch Budgetierungen von Leistungen eingeschränkt dennoch sind die Mechanismen der Leistungsausweitung weiterhin wirkungsvoll.

Die Förderung des ökonomischen und kommerziellen Denkens in den Praxen in Zeiten neoliberaler Dominanz ist seitens der herrschenden Politik gewünscht, soll doch auch die niedergelassene Ärztin professionelle Anbieterin auf dem Gesundheitsmarkt sein. Geld wird immer mehr Bestandteil der Arzt-Patient-Beziehung. Sei dies durch kommerzielle Vermarktung „ärztlicher“ Leistungen (wie IGeL oder Verkauf von Diätetika etc.) oder sei dies die staatlicherseits den Niedergelassenen aufgezwungene, inzwischen wieder abgeschaffte Kassierung der Praxisgebühr. In mancher Hinsicht erfolgt eine Umkehrung der Arzt-Patient-

Beziehung. Das Anliegen der Patientinnen als das zentrale Element dieses Verhältnisses wird dabei durch das ökonomische Eigeninteresse der Ärztinnen überlagert. Dies hat unmittelbaren Einfluss auf die Behandlung; sei es, dass sich eine Patientin unnötigen Untersuchungen unterziehen muss oder sei es die Bevorzugung von Privatpatientinnen bei der Terminvergabe, was eine Abkehr vom Primat der medizinischen Bedürftigkeit darstellt.

Der im Rahmen der GKV praktizierenden Ärztin sollten IGeLeistungen und andere kommerzielle Tätigkeiten im Rahmen des Praxisbetriebes untersagt sein. Ein großer Teil dieser Leistungen ist medizinisch fragwürdig und zudem in keiner Weise qualitätskontrolliert. Häufig werden sie den Patientinnen regelrecht aufgenötigt. Die wenigen medizinisch sinnvollen IGeLeistungen (z.B. Reisemedizin) sind in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen. Die Ausweitung des Umfangs der IGeLeistungen und die zunehmende Deklaration von Kassenleistungen zu IGeLeistungen untergräbt auf mittlere Sicht das Fundament der GKV.

Viele niedergelassene Ärztinnen sind unzufrieden mit ihrer beruflichen Situation. Sie fühlen sich durch die Doppelfunktion als Ärztin und Unternehmerin, durch überlange Arbeitszeiten oder durch zusätzliche zum Teil durchaus sinnvolle gesetzliche Anforderungen (Fortbildungspflicht, Qualitätskontrolle, zunehmender Dokumentationsaufwand, Nachweis eines Qualitätsmanagementsystems) überlastet. Im Mittelpunkt der Diskussionen in der niedergelassenen Ärzteschaft steht dennoch nicht die Abschaffung von Missständen und Arbeitsüberlastungen. Sie werden meist in Richtung höherer Honorarforderungen kanalisiert. Diese Haltung befördert einen oft anzutreffenden Fatalismus und Zynismus sowie ein ausgebrannt Sein der Niedergelassenen.

Zugang zu medizinischer Versorgung für alle

Alle in Deutschland lebenden Menschen müssen Zugang zu einer ambulanten medizinischen Versorgung haben. Diese scheinbare Banalität kann in Zeiten verstärkter Prekarisierung breiter Bevölkerungsschichten nicht genug betont werden. Der Zugang zu ambulanter Versorgung muss unabhängig von Einkommen und Versichertenstatus (PKV, GKV oder versicherungslos) ermöglicht werden. Zuzahlungen, wie beispielsweise die 2004 eingeführte, inzwischen wieder abgeschaffte Praxisgebühr, behindern den Zugang gerade ärmerer Menschen zur ambulanten Versorgung und sind daher abzulehnen.

Menschen ohne Krankenversicherung wie illegalisierte Migrantinnen sind als Folge ihrer äußerst prekären Lebenssituation besonders vielen Gesundheitsgefahren ausgesetzt. Gerade deshalb benötigen sie einen niederschweligen Zugang zu ambulanter medizinischer Versorgung.

Sicherung der ambulanten Versorgung für alle

Im letzten Jahrzehnt hat sich die Gesundheitslandschaft im niedergelassenen Bereich vielfältig differenziert. Die Tendenz zu unterschiedlich versorgten Regionen hat sich verschärft. Überversorgten Bezirken in attraktiv erscheinenden Innenstadtlagen stehen ländliche Gebiete und ärmere Stadtteile gegenüber, in denen eine Grundversorgung nur schwer aufrechterhalten werden kann. Von einem generellen Ärztenmangel in der ambulanten Versorgung kann aber keine Rede sein. Bei stagnierenden Bevölkerungszahlen ist die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten von 1995 bis 2009 um 12,9 Prozent gestiegen. Dabei stimmt allerdings bedenklich, dass die Zahl der hausärztlich Tätigen leicht rückläufig ist, während sich die Zahl der Allgemeinmedizinerinnen in diesem Zeitraum sogar um 5,1 Prozent reduzierte. In der Tat ist insbesondere in ländlichen Regionen Ostdeutschlands die hausärztliche Versorgung gefährdet. Dem ist durch einen umfassenden Maßnahmenkatalog auf mehreren Ebenen zu begegnen: Die universitäre Ausbildung im Bereich Allgemeinmedizin muss weiter ausgebaut werden. An allen medizinischen Fakultäten sind Institute für Allgemeinmedizin einzurichten. Medizinstudentinnen aus Regionen, in denen die allgemeinärztliche Versorgung gefährdet ist, sind bereits während des Studiums gezielt anzusprechen. Durch ein Mentorinnensystem kann den Medizinstudentinnen und Berufsanfängerinnen das Arbeiten in ländlichen Regionen nähergebracht werden. Damit verbunden ist eine finanzielle Unterstützung während des Studiums sowie ein Gehalts- bzw. Abrechnungsbonus nach Anstellung bzw. Niederlassung. Gerade Ärztinnen mit Kindern sind flexible Arbeitszeiten, die Möglichkeit der Teilzeitarbeit und gesicherte Kinderbetreuung wichtig. Ein entsprechendes Umfeld ggf. mit Anstellung in einem (kommunalen) MVZ und Bereitstellung von Kinderbetreuungsplätzen ist zu schaffen.

Einheitliche Versorgung statt Flickenteppich

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 01.01.2004 wurde das Quasi-Monopol der KVen auf der Anbieterseite gebrochen. Stattdessen traten ärztliche Berufsgruppen wie Ärztegenossenschaften, Medi-Verbund oder Berufsverbände auf den Plan, die eigene Versorgungsverträge mit den Krankenkassen unter Umgehung der KV abschließen. Die vom Gesetzgeber geförderten und geforderten Selektivverträge drohen die vormals weitgehend einheitliche Versorgungslandschaft im GKV-Bereich zu zersplittern, wobei es fraglich erscheint, ob es auf dem Wege der Zersplitterung ein gewünschter Innovationswettbewerb initiiert werden kann. Wettbewerb in der medizinischen Primärversorgung kann allenfalls in größeren Städten funktionieren. Auf dem Lande wird der Wettbewerbsgedanke allein schon durch die Schwierigkeiten eine flächendeckende Grundversorgung zu gewährleisten konterkariert.

Den Krankenkassen ist in diesem Prozess vorwiegend daran gelegen, Kosten zu sparen und einen besseren Zugriff insbesondere auf das Verhalten der Ärztinnen bei kostenträchtigen Ausgaben wie den Arzneiverordnungen zu erlangen. Die Verbesserung der Versorgung und der Qualitätsstandards spielt in den Verträgen nur eine rudimentäre Rolle. Die Fragmentierung der Versorgung im GKV-Bereich führt unweigerlich zu vermehrter und unnützer Bürokratie.

Mit der Gesundheitsreform 2004 wurde den Krankenkassen ermöglicht, mit Verträgen zur Integrierten Versorgung (IV) sektorenübergreifend mit Anbieterinnen ein verpflichtendes strukturiertes Vorgehen zu vereinbaren. In der Tendenz zeigt sich, dass die mittlerweile 4.600 IV-Verträge zunehmend an Marketinginteressen der Krankenkassen und weniger an einer Optimierung der Versorgung orientiert sind. Die Anschubfinanzierung für IV-Verträge lief 2008 aus. Pharmakonzerne sollen nach den Vorstellungen der schwarz-gelben Bundesregierung die dadurch entstandene Lücke schließen. Im Rahmen des *Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes* (AMNOG) wurde es seit Januar 2011 daher auch Pharmafirmen ermöglicht, Vertragspartner der Krankenkassen im Rahmen von IV-Verträgen zu werden (SGB V §140b). Damit kommen die Pharmakonzerne ihrem strategischen Ziel, selbst umfassende Versorgungsstrukturen aufzubauen und sie nach ihren Interessen zu gestalten, ein gutes Stück näher. Dies wird vom vdää entschieden abgelehnt. IV-Verträge sind aus Sicht des vdää dann sinnvoll, wenn sie die Kommunikation und Kooperation unter den Leistungsanbieterinnen für Patientinnen spürbar verbessern und deren Belastungen (beispielsweise unnötige KH-Aufenthalte) vermeiden. Anzustreben sind regionale sektorenübergreifende Vollversorgungsverträge.

Unterschiedliche Versorgungsebenen – Die Rolle der Hausärztinnen wirkungsvoll stärken
Im ambulanten Sektor stellen die spezialisierten Fachärztinnen die größte Gruppe (laut KBV waren am 31.12.2009 60.374 Hausärztinnen und 77.042 (spezialisierte) Fachärztinnen sowie 16.479 psychologische Psychotherapeutinnen niedergelassen). Dies ist Folge einer systematischen Abwertung der allgemeinärztlichen bzw. hausärztlichen Versorgung innerhalb der Ärzteschaft. Die spezialisierten Fachärztinnen übernehmen Teile der Primärversorgung, was nur in wenigen hausarznahen Fachgebieten sinnvoll erscheint (Gynäkologie, Pädiatrie).

Spezialisierte Fachärztinnen schränken in ihrer Aus- und Weiterbildung ihren Blick notwendigerweise auf bestimmte Probleme ein. Ein Spezialwissen ist zur adäquaten Behandlung bestimmter Erkrankungen notwendig. Dies birgt immanent die Gefahr, dass andere Ge-

sundheitsprobleme, die nicht von dieser Sichtweise erfasst werden, übersehen bzw. in ihrer Bedeutung unterschätzt werden. In einem differenzierten Gesundheitswesen mit zunehmend komplexeren Diagnostik- und Behandlungspfaden kommt den Hausärztinnen als primäre Ansprechpartnerinnen eine zentrale Stellung zu. Deren Rolle als Primärärztinnen darf sich aber nicht auf eine simple Funktion als Überweisende an spezialisierte Fachärztinnen beschränken. Kompetente psychosozial geschulte Hausärztinnen sollten eine koordinierende, kontinuierliche und qualitativ hochwertige Patientinnenversorgung gewährleisten. Ihre Aufgabe ist es ganz besonders den gesamten Menschen in seinem sozialen Umfeld sowie in seiner natürlichen Umwelt in den Mittelpunkt der Überlegungen zu stellen. Wird die Patientin doch oft genug in den Fachdisziplinen auf einzelne Organe oder ein einziges Krankheitsbild reduziert. Fachärztinnen neigen beispielsweise besonders dazu, Medikamente als „add on“ zur bestehenden Medikation zu verordnen. Dies begünstigt eine Übermedikalisierung, fördert unerwünschte Interaktionen und verhindert eine Prioritätensetzung in der Pharmakotherapie. Gerade in einer alternden Gesellschaft mit einem wachsenden Anteil chronisch Kranker wird diese sinnvolle Form der „Priorisierung“ an Bedeutung gewinnen.

Um diese für die ambulante Versorgung zentralen Aufgaben erfüllen zu können, werden hochqualifizierte und gut ausgebildete Primärärztinnen mit Kenntnissen der evidenzbasierten Medizin (EBM) benötigt. Studium, Aus- und Weiterbildung müssen entsprechend strukturiert werden. Auch die spezialisierten Ärztinnen können von einem gut funktionierenden Primärarztsystem profitieren, da sie sich dann ausschließlich den spezifischen Problemen ihres Fachgebietes widmen könnten und nicht zusätzlich eine große Anzahl von Patientinnen mit einer allgemeinärztlich handhabbaren Problematik mitbehandeln müssten.

Trotz aller gesetzlichen Vorgaben einer hausarztzentrierten Versorgung (SGB V § 73 b) sind diese Ziele keineswegs erreicht. Eine präzisere Bestimmung der Aufgaben der primären-, sekundären- und tertiären Ebene in der ambulanten Versorgung ist erforderlich. Es ist unerlässlich zwischen diesen Ebenen umfassende und verlässliche Kommunikationsstrukturen zu schaffen. In den ambulanten Versorgungsstrukturen dominiert weiterhin die kurative Medizin, allenfalls ergänzt durch teilweise fragwürdige Vorsorgeuntersuchungen. Der Prävention von Erkrankungen im Sinne eines salutogenetischen Ansatzes ist ein größeres Gewicht zuzumessen.

Kooperation statt Einzelkämpferintum

Es ist ein Anachronismus, dass die meisten niedergelassenen Ärztinnen noch immer in Einzelpraxen arbeiten. Ärztliche Tätigkeit bedarf des permanenten Austausches, der gegenseitigen Korrektur und Anregung. Auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten er-

scheinen Kooperationen häufig sinnvoll. Kooperative Einrichtungen wie beispielsweise Gruppen- oder Gemeinschaftspraxen oder auch poliklinikähnliche Versorgungsstrukturen, die es erst noch zu etablieren gilt, sollten daher wo immer möglich und sinnvoll die Regel in der ambulanten Versorgung darstellen. Selbstverständlich muss dabei die Kontinuität des Arzt-Patienten-Verhältnisses gewahrt werden. Zu fördern ist insbesondere ein interdisziplinärer Austausch auch über die sektoralen Grenzen hinweg.

Auch Pflegeberufe und andere Leistungsanbieterinnen sowie Sozialberufe und (ehrenamtliche) Mitglieder von Selbsthilfegruppen sollten in Kooperationen mit eingebunden sein. Anzustreben sind Netzwerke unterschiedlicher Berufsgruppen, die in der Prävention, Patientinnenversorgung und Rehabilitation aktiv sind. Das Verhältnis zu nichtärztlichen Kooperationspartnerinnen ist bisher noch häufig durch Argwohn und die Angst, diese würden auf Kosten der Ärztinnen ihr Leistungsspektrum ausdehnen, geprägt.

Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 01.01.1999 ist neben den Ärztinnen noch eine zweite Berufsgruppe im Bereich der ambulanten Behandlung tätig: Auch Psychologinnen und Pädagoginnen sind zur Heilkunde berechtigt, sofern sie nach dem Studium eine qualifizierte Ausbildung in einem der zugelassenen psychotherapeutischen Verfahren absolviert haben. Auch die „nichtärztlichen“ Psychotherapeutinnen stehen unter dem bereits für die Ärztinnen beschriebenen ökonomischen Druck, der dazu führt eigene finanzielle Interessen hinter objektiven Versorgungsinteressen zu verbergen. Auch IGeLeistungen sind in der psychotherapeutischen Praxis nicht unbekannt. So können z.B. nicht als Kasseneistung zugelassene Psychotherapie-Verfahren als IGeLeistungen angeboten werden.

Verbesserte Kooperation und Vernetzung muss auch in der Zusammenarbeit mit nichtmedizinischen Heilberufen forciert werden. In unserer alternden Gesellschaft kommt den Pflegeberufen in der Krankenversorgung eine immer größere Bedeutung zu. Immer mehr Menschen sind vorübergehend oder dauerhaft aus gesundheitlichen Gründen in der Alltagsgestaltung beeinträchtigt und bedürfen daher pflegerischer Unterstützung. Mit der Auflösung traditioneller Familienkonzepte wird der Bedarf an professionell organisierter Pflege zunehmen. Die Angehörigen der Pflegeberufe sind insbesondere bei der Versorgung der zunehmenden Anzahl schwerst-pflegebedürftiger Menschen diejenigen, die den intensivsten Kontakt mit den Kranken und ihren Angehörigen halten und das häusliche Umfeld am besten kennen. Der vdää begrüßt eine bessere - auch akademische - Qualifikation der Pflegeberufe sowie Maßnahmen, die zu deren höheren Wertschätzung und Vergütung führen. Es gilt, partnerschaftlich orientierte multiprofessionelle Organisationsstrukturen zu schaffen. Eine Delegation ärztlicher Leistungen an nichtmedizinische Fachberufe ist möglich und sinnvoll,

wenn die Leistungen eindeutig definiert und die Leistungserbringerinnen entsprechend qualifiziert sind. Der Arztvorbehalt darf sich nur auf die medizinischen Bereiche erstrecken, in denen Ärztinnen aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung eine spezifische Kompetenz zukommt. Durch verstärkte Einbindung von Pflegeberufen sieht der vdää auch Möglichkeiten, die häufig beklagte hohe Zahl der Arztkontakte zu reduzieren.

Ein neuer Player – MVZ

Mit der durch das GMG 2004 ermöglichten Gründung von Medizinischen Versorgungszentren wurden erstmals angestellte Ärztinnen Teil der Regelversorgung im ambulanten Bereich, während sie zuvor auf Ausnahmen wie Hochschulmedizin oder spezialisierte Ambulanzen beschränkt waren. Unter Ärztinnen wächst die Akzeptanz, in einem MVZ zu arbeiten insbesondere auch wegen der Entlastung von Verwaltungstätigkeiten und des Wegfalls unternehmerischer Risiken stetig.

Mit der Möglichkeit zur Errichtung von MVZ (SGB V § 95) sollte aus Sicht des Gesetzgebers die starre sektorale Grenzziehung von ambulanter und stationärer Medizin sowie zwischen den einzelnen medizinischen Fachgebieten und Berufsgruppen aufgehoben werden. Diese Zielsetzungen werden vom vdää vorbehaltlos unterstützt. In der Ärzteschaft wurde die Möglichkeit der Gründungen von MVZ durch nichtärztliche Anbieter (Reha-Einrichtungen, Kapitalgesellschaften etc.) als Konkurrenz wahrgenommen. Momentan handelt es sich bei der Mehrzahl der MVZ noch immer um umgewandelte Gemeinschaftspraxen unter ärztlicher Leitung. Nur die wenigsten sind fachübergreifend aktiv und orientieren sich bei der Patientinnenversorgung an Poliklinik-Konzepten.

Zunehmend gründen Krankenhäuser – unabhängig von der Trägerschaft – MVZ als Portalkliniken. Dabei steht weniger eine anzustrebende integrierte Versorgung als das Ziel der Patientenbindung im Vordergrund. Sie helfen bei der Auslastung der Betten und können durch Quersubventionierung vom ambulanten in den stationären Bereich das Krankenhausbudget zum Nachteil der übrigen Anbieter insbesondere der niedergelassenen Ärztinnen ausweiten. Dies ist nicht akzeptabel, solange die sektorale Trennung stationär-ambulant nicht aufgehoben ist. Dazu bedarf es einer Übergangsphase mit entsprechenden Regelungen.

Sektorale Grenzen überwinden

Für die Krankenversorgung grundsätzlich sinnvoll ist eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung bzw. umgekehrt verbesserte Möglichkeiten für Niedergelassene, Krankenhausstrukturen zu nutzen. Selbstredend erfordern solche grundsätzliche

Strukturreformen ebenfalls eine dringende Umorganisation der Krankenhäuser. Ziel muss ein integriertes sektorübergreifendes Vollversorgungssystem sein. Entsprechende Umstrukturierungen müssen durch Übergangsregelungen, die u.a. eine Besitzstandsgarantie der bestehenden Praxen beinhalten, abgesichert werden.

Die gesetzliche Regelung der MVZ beinhaltet prinzipiell die Möglichkeit, sozialmedizinisch orientierte, berufsgruppenübergreifende Versorgungsangebote aufzubauen. Dies wird momentan nur in sehr geringem Umfang genutzt. Hier sieht der vdää zukünftig ein wichtiges Handlungsfeld.

Demokratische Versorgungsplanung

In der Vergangenheit zeigte sich, dass die KVen dazu neigten, den Sicherstellungsauftrag einseitig zum Durchsetzen von ärztlichen Interessen zu nutzen. Mit dem GMG und der Implementierung von neuen Vertragsformen wurde die Monopolstellung der KVen in der ambulanten Versorgung gebrochen und der Sicherstellungsauftrag teilweise eingeschränkt. Die mit den KVen im Wettbewerb stehenden ärztlichen Berufsverbände werden häufig geführt von Funktionärinnen, die dem Leitbild der freien selbständigen Ärztin, die nicht mehr an die KV gebunden ist anhängen. Ihr strategisches Ziel ist die Zerschlagung der KV und die Abrechnung nach dem Kostenerstattungsprinzip. Da es sich bei diesen Verbänden nicht um Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt, sind sie der öffentlichen Kontrolle zum Teil entzogen.

Den Tendenzen die Gestaltung der ambulanten Versorgung einzelnen Interessensgruppen zu überlassen, tritt der vdää entgegen. So ist denn auch die Definition von Gesundheitszielen (und die nach ihnen ausgerichteten Versorgungsstrukturen) nach Ansicht des vdää in erster Linie eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Diese erfordert eine politische Diskussion und demokratische Kontrolle. Dabei ist insbesondere eine Partizipation der Betroffenen (Versicherte, Patientinnen, nichtärztliche und ärztliche Leistungserbringerinnen, Krankenkassen, staatliche Institutionen) unverzichtbar. Grundvoraussetzung für eine demokratische Gesundheitsplanung ist eine von wirtschaftlichen Interessen unabhängige Versorgungsforschung. Diese gilt es auszubauen. Die Planung darf nicht den ökonomischen Interessen einzelner Gruppen überlassen werden und schon gar nicht der unsichtbaren Hand eines wie auch immer gearteten Marktes. In die Bedarfsplanung sind insbesondere kommunale Gebietskörperschaften als politisch Verantwortliche verstärkt einzubinden. Anzustreben ist eine kleinräumige regionale Versorgungsplanung, die die bisher starren Sektorgrenzen ambulant und stationär überwindet. Ein Element der Bedarfsplanung wäre eine wirksame Großgeräteverordnung. Vorrangig in unterversorgten Gebieten (beispielsweise ländlichen Gebieten in

Ostdeutschland oder unterversorgten Stadtteilen) – aber keineswegs nur dort – sind ambulante Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft zu gründen. Diese könnten medizinische Versorgung und psychosoziale Angebote integrieren.

Die niedergelassene Ärztin und der Pharmamarkt

Ein großer Teil der Arzneimittel wird im ambulanten Sektor verordnet. Hier agieren die ambulant tätigen Ärztinnen quasi als treuhänderische Verwalterinnen riesiger Vermögen, die von der Versicherungsgemeinschaft aufgebracht werden. Die einzelne Ärztin sieht sich dabei oft einem erheblichen Druck der Pharmaindustrie ausgesetzt. Gerade das vereinzelte Arbeiten eröffnet bei fehlender Transparenz des Ordnungsverhaltens Manipulations- und Korruptionsmöglichkeiten. Wenn auch die Zahl der Pharmareferentinnen abnimmt, so besucht immer noch ein Heer dieser hochqualifizierten professionellen Verkäuferinnen, tagtäglich die Arztpraxen und MVZ. Dies ist zu unterbinden. Stattdessen sind von der Pharmaindustrie unabhängige Fortbildungsmöglichkeiten zu innovativen Medikamenten bzw. neuen Erkenntnissen bei bereits eingeführten Arzneimitteln auszubauen. Einige KVen haben diesbezüglich beispielhafte Arbeit geleistet. Die Abgabe von Arzneimitteln ist ebenfalls zu unterbinden. Anwendungsbeobachtungen von Arzneimitteln, die das Zulassungsverfahren durchlaufen haben, wären im Sinne von Phase IV-Studien durchaus sinnvoll, um deren Alltagstauglichkeit zu erforschen. Heute sind Anwendungsbeobachtungen zum reinen Marketinginstrument verkommen, haben keinerlei wissenschaftlichen Nutzen und sollten daher untersagt werden. Die Pharmaindustrie sollte stattdessen nach Markteinführung eines Medikamentes zu Finanzierung von Feldstudien, die von unabhängigen Instituten durchzuführen sind, verpflichtet werden.

Keine Ärztin ist in der Lage, den Pharmamarkt mit 50.000 verschiedenen Medikamenten zu überblicken. Allein dies unterstreicht die Notwendigkeit einer Positivliste für Arzneimittel. In diese Positivliste und damit in den Leistungskatalog der GKV wären auch die wirksamen nichtrezeptpflichtigen Arzneimittel aufzunehmen. Darüber hinaus ist eine Namensgebung von Medikamenten unter Marketingaspekten intransparent. Dies beinhaltet die Gefahr der Fehlmedikation und bedeutet eine erhebliche Mehrarbeit für die verordnende Ärztin. Es ist daher eine Namensgebung von Arzneimittel zu fordern, die den Wirkstoff des Medikamentes enthält.

Adäquate Entlohnung

Viele Funktionärinnen von Ärzteverbänden fordern eine umfassende Einführung des Kostenerstattungsprinzips in das GKV-System. Dies würde eine Einzelleistungsvergütung sowie eine Mengenausweitung befördern. Die Versicherten hingegen müssten in Vorleistung tre-

ten und hätten sich darum zu sorgen, die Kosten erstattet zu bekommen. Erfahrungsgemäß würden die ärmsten und damit hilfsbedürftigsten gesellschaftlichen Gruppen vom Arztbesuch abgehalten und damit das Solidarprinzip, das Allen dieselbe medizinische Versorgung unabhängig von individuellen Einkommen bietet, weiter untergraben werden.

Der vdää fordert dagegen eine Honorierung, die statt der Einzelleistung den Gesundheitsnutzen der Betroffenen in das Zentrum der Überlegungen rückt. Das Ziel muss sein, dass Ärztinnen ihre Patientinnen ausschließlich nach medizinischen Erfordernissen, unter Respektierung der Individualität, behandeln. Ärztliche Leistungen sind weitestgehend von der Honorierung zu trennen. Zu fordern sind Honorierungskonzepte, die eine ärztliche Selbstbegrenzung und Einhegung auf das medizinisch notwendige und sinnvolle fördern. Erreicht werden können diese Ziele durch ein integriertes Vollversorgungssystem mit eigener Budgetverantwortung (Capitation). Da dieses Konzept tendenziell die Gefahr beinhaltet, dass aus finanziellen Erwägungen notwendige medizinische Leistungen unterlassen werden, sind Kontrollen der praktischen Umsetzung durch KV und Krankenkassen erforderlich. Als Übergangregelung bietet sich eine Fallpauschale an, die je eingetragener Versicherter zu zahlen wäre. Ergänzend sollten gesundheitsfördernde und präventive Leistungen (z.B. Impfungen) und zeitbezogene Einzelpositionen (Hausbesuche) vergütet werden. Gesprächsleistungen sind in dieser Phase durch das Honorierungssystem besonders zu fördern.

Eine angemessene Honorierung müsste sich an vergleichbaren anderen Berufen orientieren. Auch die Arbeitszeiten mit ausreichend Zeit für soziale und kulturelle Belange wären entsprechend anzupassen.

Der vdää fordert

- ***Zugang zur ambulanten Versorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen***
- ***einkommensunabhängiger Zugang zur ambulanten Versorgung***
- ***Erhaltung des Sachleistungsprinzips statt Einführung der Kostenerstattung in der GKV***
- ***IGeLeistungen haben in Praxen und MVZ nichts zu suchen***
- ***Einführung eines qualifizierten Primärarztsystems***
- ***verstärkte Förderung kooperativer fach- und sektorübergreifender Einrichtungen in der ambulanten Versorgung mit dem Ziel Vollversorgungsstrukturen mit eigener Budgetverantwortung zu schaffen***
- ***Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung***

- *keine Teilhabe von Pharmakonzernen an ambulante Versorgungsstrukturen*
- *Einführung einer Positivliste für Medikamente*
- *verstärkter Ausbau von berufsübergreifenden Netzwerken zur Prävention, Krankenversorgung und Rehabilitation*
- *kleinräumige regionale Versorgungsplanung unter Einbeziehung aller Betroffenen*
- *kommunale Polikliniken*
- *sozialmedizinisch orientierte Versorgungszentren*

10. Stationäre Versorgung

Die Krankenhauslandschaft wurde in den vergangenen 20 Jahren grundlegend umgestaltet. Das DRG-System zwingt die Krankenhäuser zu extremen Einsparungen im Personalbereich und einer medizinisch unsinnigen Wachstumsstrategie mit Fallzahlvermehrung. Zunehmend unkritische Indikationsstellungen steigern Anzahl und Invasivität medizinischer Eingriffe ohne erkennbaren Nutzen für die Patientinnen. Ein zukünftiges Abrechnungssystem und die Krankenhausplanung müssen sich strikt am medizinischen Bedarf orientieren, um das Überangebot an stationären Leistungen und Betten abzubauen, aber auch Unterversorgung zu vermeiden. Private Klinikbetreiber und Konzerne beherrschen zunehmend den Markt. Durch ihre Profitorientierung treiben sie die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens voran.

Die Krankenversorgung ist nach wie vor gekennzeichnet durch die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Die doppelte fachärztliche Versorgung führt zu Problemen in der Patientinnenversorgung und erhöht die Kosten. Medizinisch unsinnige, hierarchische und wenig familienkompatible Strukturen, verbunden mit hoher Arbeitsbelastung, halten junge Kolleginnen von der Arbeit im Krankenhaus ab. Eine kollegialere Organisation der Arbeit braucht neue Organisationsformen und neue Berufsbilder. ver.di und Marburger Bund sollten im Interesse aller Beschäftigten konstruktiv zusammenarbeiten.

Die stationäre Krankenversorgung hat in den vergangenen zwei Dekaden in Deutschland einen grundlegenden Strukturwandel erfahren. In den alten Bundesländern wurden bis in die 1970er Jahre Krankenhauskapazitäten ausgebaut. Gründe waren das technikorientierte Fortschreiten der Medizin mit einer Zunahme invasiver Prozeduren und überlange Verweildauern der Patientinnen aufgrund der Betriebskostenfinanzierung über tagesgleiche Pflegesätze. Auch staatliche und kommunale Prestigeobjekte im Krankenhausbau erzeugten Betten-Überkapazitäten. Die bevölkerungsbezogene Versorgungsdichte mit Krankenhausbetten ist im internationalen Vergleich extrem hoch und scheint den Bedarf insgesamt deutlich zu übersteigen.

Den neuen Bundesländern wurden nach 1989 westdeutsche Strukturen übergestülpt.

Die Finanzierungskrise

In den 80er Jahren klaffte eine zunehmende Finanzierungslücke im Gesundheitswesen auf. Sie entstand nur zu geringen Anteilen auf der Ausgabenseite, problematisch entwickelte sich die Einnahmeseite. Eine krisenhafte Wirtschaftsentwicklung und eine unsoziale Verteilungspolitik zugunsten von Kapitalbesitz und Selbständigkeit verursachten eine Erosion der beitragspflichtigen Grundlohnsumme, die in der BRD die finanzielle Bezugsgröße für die

Einnahmen der GKV bildet. Die Finanzierungskrise der gesetzlichen Krankenversicherung betraf nicht nur den ambulanten Sektor, sondern auch die Finanzen der Krankenhäuser. Im Rahmen der so genannten dualen Finanzierung sollen die Mittel der GKV nur die Betriebskosten der Krankenhäuser abdecken, während die Investitionskosten von der öffentlichen Hand zu tragen sind.

Parallel entwickelten sich die öffentlichen Haushalte defizitär. Die politisch Verantwortlichen reagierten mit Ausgabenkürzungen, die Bundesländer kamen ihren Verpflichtungen aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen immer weniger nach. Während das Bruttoinlandsprodukt 2009 gegenüber 1991 um 57 Prozent gestiegen war, wurde das Fördermittelvolumen nominal um 22 Prozent gesenkt, gemessen an der Kaufkraft sogar um 45 Prozent. Im Jahr 2009 betrug das Fördervolumen 2,8 Mrd. €, während Gutachter den Fördermittelbedarf mit 5 bis 5,5 Mrd. € jährlich bezifferten. Über die Jahre hat sich so ein gewaltiger Investitionsbedarf angestaut. Die Krankenhäuser waren seither zunehmend gezwungen, Geldmittel, die sie von den Krankenkassen eigentlich für den laufenden Betrieb erhielten, für Baumaßnahmen und medizinische Geräte zu verwenden.

Kostendämpfung durch Budgetierung

Die Finanzierungslücke sollte vor allem durch Kostendämpfungsmaßnahmen geschlossen werden. Die Notwendigkeit von Ausgabenkürzungen wurde propagandistisch mit einer vorgeblichen Kostenexplosion im Gesundheitswesen und steigenden Lohnkosten- auch als Lohnnebenkosten bezeichnet- und der davon angeblich ausgehenden Gefährdung der Wettbewerbsfähigkeit der exportorientierten westdeutschen Ökonomie begründet.

Mit dem Kompromiss von Lahnstein zwischen Horst Seehofer (CSU) und Rudolf Dreßler (SPD) wurde 1992 die Vollkostendeckung beendet und ein nach oben gedeckeltes Gesamtbudget eingeführt, das starr an die anteilmäßig sinkende volkswirtschaftliche Grundlohnsumme gekoppelt wurde. Der - verglichen mit der Industrieproduktion - strukturell höhere Anteil personaler Dienstleistungen im Gesundheitswesen bewirkt langfristig, dass Gesundheitsdienstleistungen relativ teurer werden als z.B. Industrieprodukte, die durch den Produktivitätsfortschritt in Relation billiger werden.

Die neoliberale Wettbewerbsordnung

Bis in sozialdemokratische Milieus war die Illusion verbreitet, privatwirtschaftliche Organisationsformen seien grundsätzlich „effizienter“ als öffentliche Strukturen, eine Ökonomisierung der Krankenhäuser würde eine vermeintliche Verschwendung von Versichertengeldern be-

enden, also gleiche Leistung für weniger Geld erreichen. Das zeitweilige Zurückweichen von Sozialdemokratie, Gewerkschaften, Grünen und gesetzlichen Krankenkassen vor der verteilungspolitisch aggressiven neoliberalen Ideologie und die Preisgabe der Interessen der Bevölkerungsmehrheit ermöglichte einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik. Zeitgleich zur Deckelung des Budgets wurde mit einer Abrechnung nach Fallpauschalen eine neue Wettbewerbsordnung im stationären Sektor eingeführt. Die Krankenhäuser wurden durch Budgetkürzungen bzw. stagnierende Budgets bei Ausweitung von Leistungen unter Rationalisierungs- und Wettbewerbsdruck gesetzt. Die Abrechnungssystematik der DRGs (Diagnosis Related Groups) sollte auf vermeintlich objektive Weise den Markt bereinigen und die Schließung von Betten und unrentablen Krankenhäusern erzwingen. Die Folgen für die Qualität der Patientenversorgung wurden ignoriert. Um die Durchsetzung einer Wettbewerbsordnung nicht zu gefährden, wurde die gesetzliche Verpflichtung zu einer den so genannten Reformprozess begleitenden Versorgungsforschung weitgehend ignoriert.

Ökonomisierung

Über Jahre stiegen die Krankenhausbudgets durch den geringen Anstieg der Grundlohnrate und durch zusätzliche gesetzliche Sparauflagen geringer als die Betriebskosten. So mussten massiv Kosten gesenkt werden. Unter anderem wurden die Zahl der stationären Betten und die Verweildauer der Patientinnen verringert, nicht aus Gründen von Überversorgung, sondern aus rein wirtschaftlichen Überlegungen heraus.

Nach einer Demonstration im September 2008 unter dem Motto „Der Deckel muss weg“ mit Beteiligung von mehr als 100.000 Krankenhausbeschäftigten versprach die damalige große Koalition eine Entkoppelung des stationären Budgets von der Grundlohnrate. Künftig sollte ein vom Statistischen Bundesamt ermittelter so genannter Orientierungswert die Steigerung der Krankenhausbetriebskosten abbilden, das BMG sollte auf dieser Zahlengrundlage jeweils für das Folgejahr eine angemessene Steigerung des stationären Budgets festlegen. Tatsächlich hat die schwarz-gelbe Bundesregierung seither jede Zusage an die Krankenhäuser wieder gebrochen.

Die für 2010 und 2011 ermittelten Orientierungswerte von rund 4 Prozent wurden nicht veröffentlicht. Die Steigerung des stationären Budgets blieb in 2011 und 2012 mit je unter einem Prozent sogar noch unter dem Anstieg der Grundlohnsumme. Die in Aussicht gestellte Refinanzierung der Tariferhöhungen 2012 wurde nur zu einem Bruchteil umgesetzt. Für 2013/14 wurde angekündigt, dass die Steigerungsrate der Krankenhausbudgets unterhalb des Orientierungswertes bleiben wird.

Die Führung der Krankenhäuser wurde an betriebswirtschaftlich ausgebildete Managerinnen übertragen, die Chefärztinnen aus der administrativen Führung herausgedrängt. Chefärztinnen der neuen Generation kommt die Aufgabe zu, ihre medizinische Fachabteilung darauf zu trimmen, ehrgeizige ökonomische Zielvorgaben mit möglichst „erlösrelevanten“ medizinischen Produkten zu erfüllen. Eine an den Bedürfnissen der Patientinnen orientierte Bedarfplanung findet praktisch nicht mehr statt.

Auch in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft verbliebene Krankenhäuser mussten sich dem Wettbewerb unterwerfen und rationalisieren. Bei ca. 60 Prozent Personalkostenanteil an den Krankenhausbudgets wurde Personalabbau in Krankenpflege und Servicebereichen zum wichtigsten Instrument der Kostensenkung. Außerdem senkten die Träger Lohnkosten durch Ausgliederung von Bereichen und Tariffucht. Zeit- und Leistungsdruck nahm für die Beschäftigten zu. Besonders in der Pflege mussten viele Beschäftigte in ihrer täglichen Arbeit erfahren, dass trotz hohen persönlichen Einsatzes fachlich anerkannte Normen und Standards immer weniger zu erreichen waren und berufliche Zufriedenheit und professionelles Selbstbewusstsein aufgegeben wurden.

Klinik-Privatisierungen

Vor allem kommunale Krankenhäuser blieben im Rationalisierungs- und Kostensenkungswettbewerb gegenüber Privatkliniken zurück. Damit konnten sie aus ihren Betriebsmitteln kaum die fehlenden staatlichen Investitionsmittel kompensieren. Angesichts eines oft erdrückenden Rückstands bei Investitionen haben viele Kommunen ihr Heil in der Flucht aus der Verantwortung gesucht und ihre kommunale Klinik privatisiert. Die privaten Klinikkonzerne eignen sich zunächst das vormals öffentliche Eigentum Krankenhaus, oft zu Spottpreisen, an und investieren dann Kapitalmarktmittel in erheblicher Höhe. Die Häuser müssen hohe Gewinne (die Vorgaben gehen bis 15 Prozent) erwirtschaften, um die hohe Kreditlast zu stemmen und die erwarteten Profite an die Aktionäre abführen zu können. In privatisierten Krankenhäusern werden aus diesen Gründen Kostensenkung und Restrukturierung rücksichtslos und ökonomisch erfolgreich durchgesetzt. Die privaten Klinikkonzerne sind führend bei Personalabbau und Lohndrückerei, zusätzlich beuten sie zum Teil strategisch lukrative Nischen im DRG-System aus. Der private „Marktanteil“ liegt bereits jetzt bei 18 Prozent der Betten. Obendrein droht die Bildung von Klinikkonzernen mit erdrückender Marktmacht.

Um das Primat der Versorgungsinteressen der Patientinnen durchzusetzen, müssen alle Krankenhäuser in Non-Profit-Trägerschaft übertragen werden. Sonst definieren marktbeherrschende private Klinikkonzerne die Zukunft der stationären Versorgung, bei der dann endgültig das Geld im Zentrum steht.

Der vdaä fordert die (Re-)Kommunalisierung der Daseinsvorsorge auch im Gesundheitsbereich. Non-Profit ist dabei eine notwendige, aber keineswegs hinreichende Bedingung für ein gut funktionierendes, effizientes Krankenhaus. Kommunale Maximalversorgungskrankenhäuser müssen sich drängenden, oft ungelösten strategischen Fragen stellen - nach ihrem künftigen medizinischen Profil und Angebot, nach der Herkunft hinreichender Investitionsmittel, nach angemessenen und integrierten Versorgungsstrukturen und nach effizienten Kostenstrukturen, nach einer modernen Arbeits- und Ablauforganisation, angemessenen Führungsstrukturen und kompetentem Management. Dabei sind die Fragen zu diskutieren, warum private Krankenhäuser oft erfolgreicher damit sind alte Zöpfe abzuschneiden und ob sie etwa mitunter sogar eine angemessenere, effizientere und patientengerechtere Ablauforganisationen aufweisen.

Vom Personalabbau zum Fachkräftemangel

In der Phase der Einführung der DRGs konzentrierten sich die Kliniken auf Einsparungen. Die Personalbelastungszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zeigen, dass der Bereich der Pflege von Personalkürzungen am stärksten betroffen war, besonders bei privaten und kirchlichen Trägern. Auch Investitionen in berufliche Aus- und Weiterbildungsaktivitäten wurden reduziert und viele Ausbildungsstellen gestrichen. An spezialisierten Privatkliniken nehmen zum Teil nur noch Ärztinnen mit langjähriger Berufserfahrung und spezieller Expertise Eingriffe vor, ohne aus- bzw. weiterzubilden.

In der Folge haben Personalfuktuation und Fachkräftemangel zugenommen. Viele qualifizierte und erfahrene Pflegekräfte geben nach wenigen Jahren die Tätigkeit am Krankenbett auf. Der Anteil der Ärztinnen, die nach dem Studium klinisch tätig werden, nimmt ab. Manche gehen für bessere Arbeits- und Lebensbedingungen ins Ausland. Eine zunehmende Zahl steigt aus unbefriedigenden, beengenden Arbeitsbedingungen im Krankenhaus aus und bevorzugt eine honorarärztliche Tätigkeit aus einer individualisierten und distanzierten Position heraus. Es ist fatal: Dem DRG-System fehlen Anreize, personelle Ressourcen nachhaltig zu sichern, obwohl für die Zukunft in allen Gesundheitsberufen ein teils dramatischer Fachkräftemangel erwartet wird. So werden die hohen und weiter steigenden Anforderungen an eine zeitgemäße Personalwirtschaft in aller Regel verdrängt.

Gerade der hohe, im ärztlichen Dienst kontinuierlich steigende Frauenanteil erzwingt neue Ideen und Strukturen, um einerseits die Krankenversorgung sicherzustellen und andererseits Beruf und Familie befriedigend zu vereinbaren, um also Teilzeitarbeit ohne Qualitätsverlust zu realisieren. Unter den Bedingungen eines häufigen Personalwechsels stellen sich

ganz andere Anforderungen an Transparenz, Kommunikation und Weiterbildungsangebote. Während Ärztinnen früher in der Regel nur für die Jahre der Weiterbildungszeit am Krankenhaus tätig waren, wird das Krankenhaus zunehmend auch zum ärztlichen Lebensarbeitsplatz. Die Erhaltung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Motivation unter zunehmend belastenden Bedingungen wird damit genauso zu einer Herausforderung wie altersgerechtes Arbeiten.

Der strukturelle Umbruch durch die DRGs: Von der Ökonomisierung zur Kommerzialisierung

Kostensenkungen bewirken im Verlauf der Jahre einen „Kellertreppen-Effekt“, also einen Automatismus sinkender Fallpauschalen, da die allgemein geringeren Kosten vom „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ (InEK) erfasst und durch eine Absenkung der Relativgewichte mit geringeren Pauschalen bewertet werden. Der Preis für eine definierte einzelne Krankenhausleistung sinkt also tendenziell. Die Krankenhäuser konkurrieren um Marktanteile. Das einzelne Krankenhaus kann dabei seine Erlössumme nur durch Leistungsausweitung stabilisieren, muss jedoch in den ersten Jahren finanzielle Abschläge akzeptieren. Wenn in der Folge auf Landesebene zwischen den Vertragspartnern Ausweitungen der Gesamtleistungsmenge für das Folgejahr vereinbart werden, wird das Budget nur um den Anteil sog. variabler Kosten angehoben. Bei Leistungsausweitungen von Kliniken über den vereinbarten Rahmen hinaus, betragen die Abschläge gegenüber den regulären Fallpauschalen mehr als die Hälfte. .

Generell gilt für jede Abrechnungssystematik: Eine zugespitzte Konkurrenzsituation verstärkt die Fehlanreize, die in jedem Abrechnungssystem vorhanden sind. Entsprechend wird die Versorgungsrealität in den deutschen Kliniken zunehmend von spezifischen Fehlentwicklungen aufgrund des DRG-Systems geprägt.

Überversorgung und Fehlversorgung

Das DRG-System schafft Kostentransparenz und stellt somit eine Datenbasis zur Verfügung, die Leistungsfähigkeit von Kliniken zumindest mit einem groben Raster zu vergleichen. Ungeachtet dieser Vorteile setzt das DRG-Abrechnungssystem schwerwiegende Fehlanreize: Es alimentiert invasive, teure und aufwändige Maßnahmen – unabhängig von deren Nutzen – stärker als weniger kostenintensive Maßnahmen der Grundversorgung. So wird ein Anreiz gesetzt, beständig neue, teure Verfahren zu entwickeln und vor einer wissenschaftlichen Klärung des Verhältnisses von Nutzen zu Risiken für die Patientinnen zu verbreiten.

Im Zuge der Ausweitung von Krankenhausleistungen stieg laut statistischem Bundesamt die Zahl der Operationen und Prozeduren von 2005 bis 2009 um mehr als 20 Prozent an. Deutsche Patientinnen wurden 2011 doppelt so häufig an Knien und Hüften operiert und beinahe viermal so häufig invasiv mit Herzkatheter untersucht wie Schweizer Patientinnen. Tatsächlich beobachten wir im täglichen klinischen Betrieb eine zunehmend unkritische Ausweitung von Indikationsstellungen, um betriebswirtschaftliche Zielvorgaben zu erreichen.

Eine achtsame und risikobewusste Abwägung des Nutzens medizinischer Maßnahmen gegenüber ihren Risiken, auch eine zunächst beobachtende Vorgehensweise verliert aus wirtschaftlichen Gründen an Bedeutung. Auch die Umsetzung von Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin in die klinische Praxis wird in diesem Kontext eher behindert als gefördert. Bezahlt wird nur, was gemacht wird, Vermeidung von Interventionen oder Operationen dagegen wird nicht honoriert.

Unterversorgung

Die Diskriminierung von häufig kleinen und ländlichen Versorgungskrankenhäusern mit hohem Anteil von Leistungen der Grundversorgung wird als pseudo-objektiver Sachzwang bemäntelt. In Wahrheit wird damit Bettenabbau und die Schließung von Krankenhäusern zielgerichtet herbeigeführt. Aus dem Bereich der niedergelassenen ärztlichen Kolleginnen gibt es Klagen, dass bei Krankenseinweisungen lediglich eine Schmalspurdiagnostik vorgenommen wird und insbesondere Differentialdiagnosen, die teure Diagnostik erfordern würden, nicht abgeklärt werden. Stattdessen wird im Entlassungsbrief die spätere ambulante Durchführung der aufwändigen Diagnostik empfohlen.

Da Pflegeaufwand in der DRG-Systematik nicht adäquat abgebildet wird, ist die Behandlung stark pflegebedürftiger, chronisch und komplex erkrankter Patientinnen oftmals für das Krankenhaus defizitär. Konsequenterweise setzt sich der ökonomische Zynismus bis in die menschlichen Beziehungen im Krankenhaus fort: Diese Patientinnen sind im Krankenhaus – wie auch in unserer Gesellschaft – nicht willkommen, sie werden an den Rand gedrängt und mit möglichst geringem Aufwand abgefertigt.

Zersplitterung der Behandlung

Das übergeordnete Patientinneninteresse an kooperativen und integrierten Strukturen wird im deutschen Gesundheitswesen ungenügend verwirklicht. Die historisch durch erfolgreichen Lobbyismus etablierte so genannte doppelte Facharztschiene im deutschen Gesundheitswesen ist Teil dieses Problems und unwirtschaftlich.

Die Ökonomisierung der Strukturen und Prozesse im Krankenhaus erlaubt eine effiziente Behandlung einfacher, klar definierter Einzelprobleme. Manche Privatklinik realisiert auf diese Weise hohe Gewinne. Die einseitige ökonomische Ausrichtung bewirkt jedoch auch eine Zersplitterung von Abläufen innerhalb der Krankenhäuser, die individuellen Patientinnenproblematiken umso weniger gerecht wird, je komplexer sich das Krankheitsgeschehen im Einzelfall darstellt. Zunehmend fehlen Strukturen, personelle Ressourcen und insbesondere die Zeit, um den Überblick über komplexe Krankheitsverläufe zu behalten.

Gefährdung der Qualität

Die beschriebenen Fehlanreize verwandeln das Spannungsverhältnis zwischen einzelbetrieblichem Erfolg des Krankenhauses einerseits und Patientinneninteresse an einer optimalen Versorgung andererseits in einen zunehmenden Gegensatz. Die Macht der Anbieterinnenseite bestimmt den Markt und findet kein adäquates Korrektiv auf Nachfrageseite. Der Ökonomisierung fehlt so eine immanente Qualitätsentwicklung. Auch fachlich einwandfrei ausgeführte, qualitätsgesicherte, kostengünstige invasive Maßnahmen können nicht indiziert oder gefährlich sein und bei unvoreingenommener Betrachtung für bestimmte Patientinnen Lebensqualität verschlechtern oder im Extremfall sogar ihr Leben verkürzen. Die politisch gewollte Vernachlässigung einer die DRG-Einführung begleitenden kritischen und unabhängigen Versorgungsforschung erschwert das Erkennen solcher Folgewirkungen wie überhaupt einen systematischen Überblick über die Entwicklung von Versorgungsstrukturen, -formen und -qualität.

Ist das DRG-System volkswirtschaftlich sinnvoll?

Die Dynamik des DRG-Systems gefährdet nicht nur die Qualität der Versorgung. Die mikroökonomische Erfolgsorientierung des Einzelkrankenhauses führt unbeabsichtigt zu makroökonomischen Mehrkosten für die Gesellschaft. Das Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens zeigt, wie eine kommerzielle Struktur stationärer Versorgung über einen profitablen Wachstumsmarkt besonders hohe Kosten generiert und trotz vergleichsweise hoher Gesundheitsausgaben in einer - auf die Gesamtgesellschaft bezogen - schlechten Versorgungsqualität resultiert. Kooperative, auf den individuellen Nutzen für die Patientinnen und nicht auf Ertragsmaximierung fokussierte Strukturen der Gesundheitsversorgung bewirken eine qualitativ bessere Versorgung. Elimination finanzieller Fehlanreize vermeidet unnötige und unsinnige Maßnahmen und spart viel Geld.

Eine Zukunft als modernes Krankenhaus oder als Fabrik – die Herausforderung einer sinnvollen Reorganisation

Eine neue Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen drängt aus mehreren Gründen. Die Befürchtung eines zunehmenden Fachkräftemangels in Pflege und ärztlichem Dienst, besonders in östlichen und nördlichen Bundesländern sowie in ländlichen Regionen scheint sich zu bewahrheiten. Die Krankenhausträger wünschen sich zur Lohnkostensenkung eine Übertragung von Tätigkeiten von Fachkräften auf niedriger entlohnte Berufsgruppen. Qualifizierte Beschäftigte sind frustriert von einer Zunahme als berufsfremd empfundener Tätigkeiten. Eine Entlastung der Berufsgruppen Pflege und ärztlicher Dienst von Tätigkeiten, die von anderen Beschäftigten qualifiziert erbracht werden können, ist jedoch nur sinnvoll, wenn dadurch die Qualität in der Patientinnenversorgung nicht beeinträchtigt wird.

Angesichts der Fokussierung der Klinikleitungen auf Lohnkostensenkungen sind Mitarbeitervertretungen und Gewerkschaften in hohem Maße gefordert, die Entwicklung sinnvoller Lösungen mitzugestalten. Häufig wird eine weitere Differenzierung und Hierarchisierung der Arbeitsteilung nach dem Muster einer Fabrik angestrebt, verbunden mit einer Dequalifikation zersplitterter Einzeltätigkeiten und Lohnsenkungen (z.B. „Phlebotomistinnen“, die nur Blut abnehmen).

Den Patientinnen droht eine schlechtere Versorgung durch Desintegration und Ineffizienz von Abläufen, geringer qualifizierten Beschäftigten droht eine Monotonie von Tätigkeiten, die kein sinnvolles Berufsbild formen, den Fachkräften drohen Leistungsverdichtung bis hin zur Überforderung und eine höhere Belastung durch Schichtarbeit nachts, wochenends und feiertags.

In den medizinischen Fachabteilungen wurde die traditionelle patriarchale Hierarchie mit einem Chefarzt (hier sind tatsächlich die Männer gemeint!) an der Spitze, Oberärztinnen an seiner Seite und einem Gehilfinnenstatus sowohl der fachärztlichen als auch der Weiterbildungs“assistentinnen“ unter den DRGs eher verstärkt als abgebaut. Die rigorose Umsetzung ökonomisch motivierter, ständig gesteigerter Zielvorgaben soll über Bonuszahlungen an die Chefinnen und eine exzessive Kommandostruktur sichergestellt werden. Häufig werden entsprechend machtorientierte Persönlichkeiten zur Chefärztin berufen, die Teams nicht führen und motivieren können. Zielvereinbarungen in den Chefärztinnenverträgen orientieren sich nicht an der Patientinnenversorgung, sondern am ökonomischen Gewinn einer Abteilung.

Zunehmend beobachten wir, dass machtorientierte Führungsstrukturen implodieren, weil qualifizierte Leistungsträgerinnen kündigen und in eigenverantwortlichere z.B. belegärztlichen Strukturen abwandern. Sinnvoller wären ein Abbau von Hierarchie und eine Übertra-

gung von mehr Verantwortung an fachärztliche Leitungsträgerinnen z.B. in einer Consultant Struktur.

Kriterien für eine moderne Arbeitsteilung

Eine neue Arbeitsteilung – mit reflektierter Delegation und Substitution von ärztlichen Tätigkeiten – muss unter der Zielsetzung einer optimalen und dabei auch wirtschaftlichen Versorgung der Patientinnen entwickelt werden. Der vdää fordert, qualifizierten nicht-ärztlichen Heilberufen in Zukunft mehr Kompetenzen zuzuerkennen. Im ärztlichen Bereich muss der Tatsache, dass Arbeit im stationären Bereich heute nicht mehr der Übergang zur Niederlassung ist, sondern Lebensarbeit bedeutet, Rechnung getragen werden durch neue, kooperative Arbeitsformen. Eigenverantwortliche Tätigkeit und flachere Hierarchien müssen die Arbeit im Krankenhaus auch für erfahrene Mitarbeiterinnen attraktiv machen.

Dazu müssen die unübersichtlichen rechtlichen Rahmenbedingungen (Arztvorbehalt, delegierbare Leistungen, höchstpersönliche ärztliche Leistungen) so verändert werden, dass Rechtssicherheit für alle Gesundheitsberufe geschaffen wird. Sinnvolle Berufsbilder müssen innerhalb und zwischen den Berufsgruppen diskutiert werden. Dabei sind Tätigkeiten abzugrenzen, die an andere oder neu zu schaffende Berufsgruppen abgegeben werden sollen (Stationsassistenten bzw. –sekretariat, Kodierfachkräfte, Servicekräfte etc.). Dequalifikation von Berufsbildern führt zu Qualitätsverlusten in der Patientinnenversorgung. Der vdää fordert mindestens dreijährige, staatliche geregelte Berufsausbildungen sowie generell eine vertikale und horizontale Durchlässigkeit zwischen Berufsbildern, Zusatzausbildungen und geregelten Weiterbildungen. Zur Sicherstellung der Qualität müssen personelle Mindeststandards definiert werden.

Innerbetriebliche Interessenvertretung im Krankenhaus

Die umfassenden und schnellen Veränderungsprozesse verstärken Konfliktpotentiale zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus. In Servicebereichen und Pflege wurden Stellen in hoher Zahl gekürzt, während die Anzahl der Ärztinnen zunahm. Ursachen dafür waren die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, Zunahme von Teilzeitarbeit sowie die zentrale Stellung der Ärztinnen auch für die unmittelbar erlösrelevante Definition und Kodierung von Diagnosen und Prozeduren.

Eine zunehmende Unzufriedenheit angestellter Ärztinnen mit ihrer Arbeitssituation und Vergütung war vor Jahren festzustellen. Besonders an den Universitätskliniken mündete die Empörung gegen die dortigen verkrusteten hierarchischen Strukturen und die Diskriminierung ärztlicher Beschäftigter durch befristete (Ketten-)Verträge und unbezahlte Überstunden

2006 in einen öffentlich stark beachteten Streik. Traditionell war die Vertretung dieser spezifisch ärztlichen Interessen auch mangels Beteiligung in Betriebsräten und Gewerkschaft schwach ausgeprägt. Der vdää begrüßt deshalb die Bereitschaft von engagierten Ärztinnen, sich in betrieblichen Interessenvertretungen einbringen.

Zur selben Zeit stimmte ver.di im Herbst 2006 der Überleitung des BAT (Bundesangestelltentarif) in den TVöD (Tarifvertrag öffentlicher Dienst) zu, was konkret zu Tarifabsenkungen führte. Die Führung des Marburger Bundes benutzte die zugespitzte Situation, die Tarifgemeinschaft mit ver.di und die einheitliche gewerkschaftliche Interessenvertretung der Krankenhausbeschäftigten aufzukündigen und konkurriert seither als eine ständische Sparten-gewerkschaft, die nur ärztliche Interessen vertritt, mit ver.di. Die strukturell unsolidarische Spaltung der betrieblichen Interessenvertretung, Gruppenegoismen und vereinzelt offene Feindseligkeiten zwischen Marburger Bund und ver.di schwächen die Vertretung gemeinsamer Interessen.

Der vdää hält es für herausragend wichtig, mit diesem Problem bewusst und konstruktiv umzugehen und gemeinsame Interessen zu betonen.

Durch Kostensenkungsdruck und Privatisierungen verschlechtern sich weiterhin die Arbeitsbedingungen. Die Handlungsfähigkeit betrieblicher und gewerkschaftlicher Interessensvertretung bleibt essentiell. Insbesondere jedem politischen Versuch einer weiteren Begrenzung des Streikrechts muss kompromisslos entgegengetreten werden. Ganz im Gegenteil erheben wir angesichts der Spaltung der gewerkschaftlichen Interessensvertretung im Gesundheitswesen die Forderung nach einer Legalisierung von Solidaritätsstreiks.

Der vdää fordert

- ***Bedarfsorientierung anhand einer adäquaten Bedarfsplanung statt Kommerzialisierung***
- ***Indikationsentscheidungen frei von finanziellen Interessen***
- ***non-profit-Trägerschaft für alle Krankenhäuser***
- ***Stopp der Kommerzialisierung der Krankenhäuser***
- ***Einführung von Budgets und Abschaffung der DRGs als Vergütungsgrundlage***
- ***Definition von Mindeststandards zur personellen Besetzung***

- ***Vernetzte Versorgungsstrukturen und Öffnung der Krankenhäuser für ambulante fachärztliche Versorgung***

- **Wiederbelebung der dualen Finanzierung**
- **Bedarfsgerechte Investitionsmittel der Bundesländer**
- **jährliche Anpassung des stationären Gesamtbudgets in Höhe des Orientierungswerts**

Sofortkorrekturen am DRG-System mit Berücksichtigung:

- **des pflegerischen Aufwands**
- **einer Notfallversorgung rund um die Uhr**
- **von Investitionen in Fort- und Weiterbildung**
- **guter Ergebnisqualität**
- **finanzieller Abschlägen für nicht-tarifgebundene Träger**

Kooperation statt Hierarchie, deshalb

- **Abschaffung des überkommenen Chefarztsystems, stattdessen kooperative Führung der medizinischen Fachabteilungen durch verantwortliche Fachärztinnen (ähnlich der angloamerikanischen Consultant Struktur)**
- **mehr Kompetenzen für nicht-ärztliche Heilberufe durch angemessene Delegation und Substitution von ärztlichen Aufgaben**
- **Qualität durch berufliche Qualifikation, deshalb verbindliche dreijährige, staatlich geregelte Berufsausbildungen,**
- **sinnvolle Beschäftigungsperspektiven für neue Berufsbilder mit horizontaler und vertikaler Durchlässigkeit**
- **konstruktive Zusammenarbeit von ver.di und Marburger Bund**

11. Wissenschaft und Forschung

Medizinische Forschung darf nicht im Elfenbeinturm betrieben werden, sondern muss öffentlicher Planung und Kontrolle unterliegen. Durch molekularbiologische und genetische Forschung gerät die Patientin als soziales Individuum aus dem Blickfeld. Allgemeinmedizin und die sozialen Fächer müssen stärker in Forschung und Lehre vertreten sein. Klinische Forschung darf weder Feierabendjob sein noch ausschließlich der Karriereplanung dienen. An den Universitäten müssen sichere Arbeitsverhältnisse geschaffen werden. Der Einfluss der Industrie auf die klinische Forschung muss eingeschränkt werden.

Medizinische Forschung findet heute in den Universitäten und großen Forschungseinrichtungen wie den Instituten der Max Planck-Gesellschaft statt. Gefördert wird die Forschung durch staatliche Mittel, wobei auch die Unterstützung durch die EU eine große Rolle spielt. Die Grundlagenforschung wird zunehmend aus den Universitäten ausgelagert und in die Forschungseinrichtungen verlagert.

Finanzierung der Forschung

Die Finanzierung der Universitäten ist Ländersache. Wie in vielen anderen Bereichen der öffentlichen Wohlfahrt zieht sich der Staat auch bei der Universitätsfinanzierung zunehmend aus der Verantwortung zurück. Aufgrund der deshalb steigenden Mittelknappheit der Länder ist langfristig die universitäre Wissenschaft gefährdet. Vielfach wird Forschung unter kommerziellen Verwertungsinteressen durchgeführt. Die erste deutsche Universitätsklinik wurde bereits von einem privaten Klinikkonzern übernommen, bei anderen Universitätskliniken und medizinischen Fakultäten wird verhandelt. Erfolgversprechende Innovationen werden von den Universitäten in start-up-Unternehmen ausgelagert. Damit wird staatlich gefördertes Forschungswissen zur privaten Verwertung freigegeben. Nicht der Nutzen für die Allgemeinheit oder die Patientinnen steht im Vordergrund, sondern die Verwertbarkeit eines Patentes. Patentierung wissenschaftlicher Erkenntnisse behindert aber den offenen Wissensaustausch.

Universitäre Forschung

Durch Exzellenzinitiativen für Spitzenforschung an Hochschulen soll offiziell der Wissenschaftsstandort Deutschland nachhaltig gestärkt werden. Sicher ist es vernünftig, wissenschaftliche Forschung zentral zu koordinieren und zu fördern. Doch fallen hierdurch Universitäten und Wissenschaftlerinnen, die sich nicht im „Spitzenbereich“ befinden, aus der Forschungsförderung heraus und verlieren den Anschluss. Auch müsste über die Kriterien, was

genau exzellent oder Spitzenforschung sei, diskutiert werden. Spitzenforschung ohne einen breiten Mittelbau kann nicht zu langfristigen wissenschaftlichen Erfolgen führen.

Wissenschaftlich tätige Ärztinnen werden in der Regel schlecht bezahlt und sind nur befristet beschäftigt. Diese soziale und finanzielle Unsicherheit erschwert objektive und unabhängige Forschung. Wissenschaftliche Tätigkeit ist deshalb häufig nicht Ziel sondern Mittel zum Zweck. Klinische Forschung muss oft als Neben-, Nacht- oder Wochenendarbeit durchgeführt werden, da der klinische Alltag keinen Raum für geregelte Forschungstätigkeit lässt. Die medizinische Dissertation hat nur ein geringes Gewicht, die Habilitation ist Voraussetzung um eine leitende Stellung zu erlangen. Medizinische Forschung dient oft nur der Karriereplanung, nicht der wissenschaftlichen Erkenntnis. Dies führt zu Verschwendung von Forschungsgeldern. Erfolgreiche Forschung aber muss langfristig geplant werden und den Forschenden eine solide berufliche Zukunft aufzeigen.

Die moderne medizinische Wissenschaft zerlegt den Menschen in Organe, Zellen, Gene und Moleküle. Je näher an der Molekulargenetik, desto größer ist die Forschungsförderung. Forschung wird oft im realitätsfernen Elfenbeinturm betrieben. Die Patientin als psychosoziales Subjekt und ihre Umwelt geraten dabei aus dem Blickfeld.

Stärkung von Allgemeinmedizin und psychosozialen Fächern

Die Allgemeinmedizin muss in Forschung und Lehre stärker an den Universitäten verankert werden. Psychosoziale Fächer fristen ein Nischendasein, werden nur unzureichend gefördert oder werden gar abgebaut (z.B. Medizinische Soziologie). Diese Disziplinen müssen auch wissenschaftlich wieder aufgewertet werden. Das gilt besonders, da wir eine zunehmende Medikalisierung der Gesellschaft erleben. Durch Umwelt und Arbeitswelt verursachte Beschwerden sollen heutzutage durch Medikamente, nicht durch soziale Intervention, kuriert werden. Der vdää fordert eine Intensivierung von Versorgungsforschung und Epidemiologie und ein stärkeres Gewicht für die Sozialmedizin in all ihren Facetten.

Klinische Studien

Universitäre Forschung entwickelt nur noch die wenigsten Arzneimittel in allen Phasen. Für die Durchführung großer klinischer Studien, die Voraussetzung sind, ein Arzneimittel zur Marktreife zu bringen, fehlt den Universitäten das Geld, denn diese Studien sind extrem aufwändig. Im Wesentlichen wird die klinische Forschung in Deutschland von der Pharmaindustrie bestimmt. Wirklich neue und innovative, also den Patientinnen nützende Arzneimittel kommen nur noch selten auf den Markt, dafür umso mehr Scheininnovationen. Für die Anwendung vieler Arzneimittel und medizinischer Interventionen fehlt die Evidenz ihrer

Wirksamkeit. Die evidenz-basierte Medizin muss ein stärkeres Gewicht in Forschung, Aus- und Weiterbildung erhalten.

Kliniken und Institute sind heute auf die Akquise von Drittmitteln angewiesen, die häufig durch klinische Studien der Industrie eingeworben werden. Universitäten und Kliniken werden so zu Dienstleisterinnen. Der formale Ablauf bis zur Zulassung eines Arzneimittels ist in Deutschland und in Europa relativ strikt geregelt. Der vdää fordert, die Zulassungsbehörden an den Leitungsgremien der großen klinischen Studien zu beteiligen. Die Protokolle dieser Studien müssen vor Studienbeginn öffentlich zugänglich sein und die Studienergebnisse – einschließlich der Rohdaten – müssen nach Abschluss veröffentlicht werden.

Ist ein Arzneimittel einmal zugelassen, ist die Kontrolle von Nutzen und Risiko relativ schlecht. Der vdää fordert einen von der Industrie entsprechend ihrem Arzneimittelumsatz finanzierten Fonds, der, von unabhängiger Stelle kontrolliert, die Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln in praktischer Anwendung in täglicher Praxis untersucht (Phase IV Studien).

Innovationen an sich sind kein (medizinischer) Wert. Bei der Bewertung des medizinischen Nutzens von Arzneimitteln oder anderen medizinischen Maßnahmen muss immer die Sichtweise der Patientinnen eingenommen werden. Aus Sicht des vdää muss die zentrale Frage sein: Was hat die Patientin davon?

Der vdää fordert:

- ***neben der Grundlagenforschung eine Forschung, die sich am Versorgungsbedarf orientiert***
- ***intensive Forschung und Ausbildung auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin***
- ***stärkere Förderung der klinischen Forschung***
- ***öffentliche Planung von medizinischer Forschung***
- ***Veröffentlichung aller klinischen Forschungsergebnisse***
- ***Stärkung der psychosozialen Fächer und der Versorgungsforschung***
- ***sichere Anstellungsverhältnisse und adäquate Bezahlung für wissenschaftlich Tätige***
- ***Einrichtung eines von der Industrie finanzierten Fonds, aus dem von der Industrie unabhängige klinische Forschung nach Zulassung eines Medikamentes finanziert wird***

12. Der Pharmamarkt

Die Pharmaindustrie ist ein besonders sensibler Industriezweig, da er direkt die Gesundheit der Bevölkerung berührt. Es bedarf deshalb spezieller öffentlicher Kontrolle. Nicht medizinisches, sondern kommerzielles Interesse bestimmt ihre Ziele. Der Arzneimittelmarkt muss – wie in anderen Ländern – übersichtlicher gestaltet werden. Der Einfluss der Industrie auf Fortbildung und Forschung muss strenger kontrolliert werden. Die Arzneimittelpreise müssen noch schärfer kontrolliert werden und für den stationären und ambulanten Bereich angeglichen werden. Neue Medizintechnik darf nur bei Zusatznutzen zugelassen werden.

Mehr als 30 Milliarden Euro wurden von der GKV im Jahr 2010 im ambulanten Bereich für Arzneimittel ausgegeben. Die Ausgaben für Medikamente im stationären Bereich werden in der Regel nicht gesondert ausgewiesen, belaufen sich aber sicher ebenfalls auf einen hohen Milliarden-Betrag. Es wurden also gut 30 Prozent der Ausgaben der GKV für Arzneimittel aufgewendet. Das ist mehr als für die ambulante ärztliche Versorgung aufgewendet wird. Dieser Anteil an den Ausgaben ist in den vergangenen Jahren, trotz aller Einsparversuche, weiterhin überproportional gewachsen und konnte erst im Jahre 2011 gesenkt werden. Diese Steigerung ist Ausdruck der zunehmenden Medikalisierung des Medizinbetriebes. Die Patientin ist nicht autonomes Subjekt, sondern wird als – defektes – Objekt behandelt. Zur Reparatur scheinen Technik und Pillen am besten geeignet. Natürlich kommt auch eine gewisse Erwartungshaltung der Patientinnen hinzu, die oft einseitig informiert an die schnelle Heilung durch Arzneimittel glauben – eine Heilung, an der sie sich nicht aktiv beteiligen müssen.

Die Pharmaindustrie

Wie alle Industrien in unserer Gesellschaft ist auch die pharmazeutische Industrie privatwirtschaftlich organisiert. Ihr Ziel ist nicht die Befreiung der Menschheit von Krankheit und Elend, sondern die Erzielung von Gewinn für Eigentümerinnen und Aktionärinnen. Insofern unterscheidet sie sich nicht von anderen Industriezweigen wie z.B. der Energiewirtschaft oder der Automobilindustrie. Es wäre falsch, ihr altruistische Motive in ihrem Wirken zu unterstellen. Bei den Erzeugnissen der Pharmaindustrie handelt es sich aber um gesellschaftlich sehr sensible Produkte, die einer besonderen öffentlichen Kontrolle und Aufsicht bedürfen. Arzneimittel sind spezielle Waren: Ihr Konsum wird über Rezept verordnet, die Zahlung erfolgt zum größten Teil über die Krankenkasse, die Patientinnen sind keine Kundinnen, sie sind im Wesentlichen abhängig von der Verordnung der Ärztinnen oder den Heilsversprechen der Pharmaindustrie.

Die Pharmaindustrie hat in Deutschland eine extrem starke politische Lobby und damit auch sehr gute Verdienstmöglichkeiten. Es entspricht der inneren Logik des Systems, dass die Industrie nur dort investiert, wo auch ein Profit zu erwarten ist. Nicht die Patientin, sondern der Profit erzeugt die Dynamik der Industrie. So verwundert es nicht, dass nur 10 Prozent der Investitionen der pharmazeutischen Industrie in die Bekämpfung derjenigen Krankheiten erfolgt, an denen 90 Prozent der Weltbevölkerung leiden. Hier müssen intelligente Wege gefunden werden, z.B. Honorierung des Verzichts auf Patentrechte, um weltweit allen Menschen Zugang zu wirksamen Arzneimitteln zu ermöglichen und verstärkte öffentliche Anstrengungen für vernachlässigte Krankheiten.

Ebenso wie andere Industriezweige versucht auch die Pharmaindustrie, die Öffentlichkeit und die Ärzteschaft, einschließlich der Politikerinnen, mit allen Mitteln zu beeinflussen. Doch im Gegensatz zu anderen Wirtschaftszweigen benötigt die Pharmaindustrie für die Entwicklung und den Absatz ihrer Produkte Patientinnen und eine Ärzteschaft, die für die Betreuung dieser Patientinnen verantwortlich ist. Unethisch wird es, wenn kranke Menschen mit ihren Leiden für die Gewinninteressen eines Industriezweiges missbraucht werden. Hier liegt ein Interessenskonflikt zwischen den privaten Interessen der Industrie und den Bedürfnissen der Allgemeinheit. Da es sich hier um einen hochsensiblen Bereich handelt – schließlich geht es um Gesundheit und Krankheit von Patientinnen – haben Ärztinnen an diesem Schnittpunkt eine ganz spezifische und verantwortungsvolle Funktion. Überspitzt ausgedrückt ist das Problem nicht die Pharmaindustrie – sie ist so gut oder schlecht wie andere Industriezweige in unserem Gesellschaftssystem auch – das Problem ist die öffentliche Kontrolle und Beeinflussung ihrer Tätigkeit. An dieser Stelle gibt es intensiven Handlungsbedarf.

Dank ihrer starken Wirtschaftsmacht hat die Pharmaindustrie den Arzneimittelmarkt fest im Griff. Ein völlig unübersichtliches Angebot von mehr als 50.000 Präparaten befindet sich in Deutschland auf dem Markt, während andere Industrieländer mit etwa einem Zehntel dieses Angebots auskommen. Die Preise für Arzneimittel liegen in Deutschland erheblich über denen anderer EU Staaten und dienen dabei als Referenzpreise für den Rest Europas. Dabei sind neue und wirklich innovative Arzneimittel selten, meist kommen nur Scheininnovationen auf den Markt, die Medikamente, deren Patentschutz ausläuft, ersetzen. Erst in den letzten Jahren wurden die Möglichkeiten der Pharmaindustrie bei der Preisbildung ihrer Produkte gesetzlich erfolgreich eingeschränkt.

Arzneimittel und Medizintechnik werden im stationären und ambulanten Bereich unterschiedlich eingesetzt: In den Kliniken ist alles erlaubt, was nicht verboten ist (Verbotsvorbehalt), während im ambulanten Bereich nur gemacht (und vergütet) werden darf, was aus-

drücklich erlaubt ist (Erlaubnisvorbehalt). Diese unterschiedliche Behandlung führt dazu, dass in den Kliniken neue Diagnose- und Behandlungsmethoden unkontrolliert eingesetzt werden dürfen. Dies gilt insbesondere für neue technische Verfahren. Auch für den stationären Bereich sollte der Erlaubnisvorbehalt gelten.

Arzneimittelpreise

In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Instrumente eingeführt, um die Arzneimittelpreise für die GKV-Patientinnen zu kontrollieren und zu senken. Eine alte, aber immer noch aktuelle Forderung ist die nach der Einführung einer Positivliste, die alle für die GKV verschreibungsfähigen Medikamente enthält. Mit ihr ließen sich Festbetragsregelungen besser durchsetzen und die undurchsichtigen Rabattverträge der Kassen mit den Herstellern, bei denen die Preise aus Konkurrenzgründen geheim bleiben und nicht einmal die Apothekerin weiß, was ihre Präparate kosten, könnten entfallen.

Immer wieder wird versucht, die Laienwerbung, also die öffentliche Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel zu ermöglichen und auszuweiten. Der vdää tritt für ein striktes Verbot der Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente ein. Auch apothekenpflichtige Medikamente sollten nicht mehr öffentlich beworben werden dürfen, denn auch hier handelt es sich um beratungsbedürftige Waren.

Die Preise für Arzneimittel im stationären und im ambulanten Bereich unterscheiden sich zurzeit erheblich: Krankenhausapotheken erhalten die Medikamente weitaus billiger als Apotheken außerhalb des Krankenhauses. Daher können in den Kliniken ohne Probleme sehr viele und sehr teure Medikamente verordnet werden, die anschließend die Hausärztin mit ihrem Budget weiterverordnen soll – so das Kalkül der Pharmaindustrie. Der vdää fordert langfristig die Angleichung der Preise für den ambulanten und stationären Sektor. Kurzfristig ist zu fordern, dass die Kliniken für die Übernahme der Arzneimittelkosten der ersten vier Wochen nach Klinikentlassung aufkommen sollten, selbstverständlich bei einem Ausgleich des Budgets. Bei Klinikentlassung werden den Patientinnen lange Listen von vermeintlich notwendigen Arzneimitteln mit auf den Weg gegeben, häufig ohne Rücksicht auf mögliche langfristige Interaktionen dieser Medikamente. Auch wird die soziale Situation der Patientinnen nur selten berücksichtigt. Rationale Arzneitherapie sollte immer die möglichen Interaktionen der Medikamente aber auch die persönliche Situation der Patientinnen im Auge haben. Mittel im Gesundheitswesen können durch rationale Arzneitherapie eingespart werden, doch ist dies nicht der Zweck eines vernünftigen Ordnungsverhaltens.

Jährlich landen Arzneimittel im Wert von mehreren Milliarden Euro auf dem Müll. Durch flexiblere Packungsgrößen würden sich hier große Einsparmöglichkeiten eröffnen.

Marketingstrategien und Lobbyarbeit

Über ihre Pharmareferentinnen hält die Industrie Kontakt zur Ärzteschaft. Schon lange ist bekannt, dass hier keine objektive Information erfolgt. In den Kliniken sollten klare Regeln für den Kontakt mit den Produktvertreterinnen gelten: Nur in Fortbildungsveranstaltungen und gemeinsam mit anderen Firmenvertreterinnen sollten sie ihre Waren vorstellen dürfen. Individuelle Kontakte sollten nur mit Zustimmung der Abteilungsleitung erfolgen dürfen. Bei Kliniken in privater Trägerschaft besteht immer noch die Möglichkeit der direkten Einflussnahme durch Geschenke und Geldzuwendungen, da die Korruptionsregelungen der öffentlichen Hand hier nicht greifen. Die Anti-Korruptionsvorschriften müssen verschärft und klarer formuliert werden. In der Ärzteschaft gilt es, ein klareres Bewusstsein für korruptes Verhalten zu entwickeln. Im ambulanten Bereich sollten die Kontakte zu Pharmavertreterinnen nach Möglichkeit über Diskussionen in Qualitätszirkeln ablaufen, wobei selbstverständlich die Durchführung dieser Veranstaltung nicht von der Industrie bezahlt werden darf. Industrie-gesponserte Veranstaltungen dürfen nicht als Qualitätszirkel anerkannt werden. Dagegen sollte eine Vergütung dieser Veranstaltungen durch die Krankenkassen oder die KV möglich sein.

Die Pharmaindustrie nimmt starken Einfluss sowohl auf die ärztliche Fortbildung wie auch auf die klinische Forschung. Ärztliche Fortbildungsveranstaltungen, die von der Industrie durchgeführt und gesponsert werden, dürfen von den Kammern nicht mehr mit CME-Punkten belohnt werden. Leider ist die Durchführung wissenschaftlicher Fachkongresse heute so aufwändig organisiert, dass sie allein durch Teilnehmerinnenbeiträge kaum noch finanzierbar ist. Zunehmend nimmt die Industrie dadurch Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung der Kongresse. Diese Einflussnahme der pharmazeutischen sowie der Geräte-Industrie muss zurückgedrängt werden. Fachgesellschaften anderer Länder haben weitaus schärfere Vorschriften, wenn es um die Beteiligung der Industrie an medizinischen Fachkongressen oder Fortbildungsveranstaltungen geht.

Informationspflicht

Doch darf die Industrie nicht aus ihrer Informationspflicht über die von ihr hergestellten Präparate entlassen werden: Entsprechend des Umsatzes ihrer Präparate sollte die Pharmaindustrie in einen Fortbildungsfonds einzahlen, der allein durch die Ärztekammern verwaltet wird. Damit läge die Verantwortung für den Inhalt der Fortbildungen in der Hand der ärztlichen Selbstverwaltung, während die Industrie finanziell beteiligt wäre.

Ist ein Medikament erst einmal zugelassen, sind die Auflagen an den Hersteller relativ gering. Er ist generell nicht verpflichtet, Sicherheitsstudien im klinischen Alltag zu seinen Präparaten durchzuführen. Sogenannte Anwendungsbeobachtungen sind reine Marketinginstrumente ohne jeden wissenschaftlichen Wert. Sie sollten untersagt werden. Dagegen sollte die Industrie in einen Fonds einzahlen, aus dessen Mitteln Studien zu Sicherheit und Nutzen bereits zugelassener Arzneimittel durchgeführt werden. Die Verwaltung dieses Fonds sollte in öffentlicher Hand liegen, die Studien sollten unter Beteiligung der Zulassungsbehörden und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften durchgeführt werden.

Geräteindustrie

Neben der pharmazeutischen Industrie lebt auch die medizinische Geräteindustrie von der Diagnose und Behandlung kranker Menschen. Besonders neue bildgebende Verfahren oder technisch aufwändige Operationsverfahren werden öffentlichkeitswirksam als medizinischer Fortschritt beworben. Dabei ist der Nutzen für die Patientinnen in vielen Fällen nicht nachgewiesen. Medizintechnik ist enorm teuer. Die Medizin in Deutschland ist extrem technisch ausgerichtet, während die Zuwendung zur Patientin in den Hintergrund gerät. Technischer Fortschritt wird häufig mit Innovation und medizinischem Fortschritt verwechselt und erfährt große öffentliche Aufmerksamkeit. Aber nicht alles, was innovativ ist, ist auch medizinisch sinnvoll und notwendig. Die Zulassung neuer medizinischer Geräte ist in Deutschland einfach und beschränkt sich meist auf die technische Funktionsfähigkeit. Dagegen ist die Beurteilung der medizinischen Wirksamkeit und Notwendigkeit (Health Technology Assessment - HTA) noch unterentwickelt. Die Genehmigung neuer technischer Verfahren sollte sich an der Zulassung von Arzneimitteln orientieren. Neue Technik muss bei ihrer Zulassung nicht nur Sicherheit, sondern auch einen Zusatznutzen für die Patientin gegenüber herkömmlichen Techniken nachweisen.

Da der Pharma- und Medizinproduktemarkt die Gesundheit der Patientinnen berührt und außerdem hohe Kosten für die gesetzlichen Krankenversicherungen verursacht, ist dies ein besonders sensibles Gebiet. Eine verstärkte öffentliche Kontrolle dieses Marktes ist dringend erforderlich.

Der vdää fordert

- ***mehr Mittel und Kompetenz für die öffentliche Überwachung und Kontrolle des Arzneimittel- und Medizinproduktemarktes***
- ***eine Positivliste verschreibungsfähiger Medikamente***

- *rationale Arzneitherapie auf wissenschaftlicher Grundlage zum Wohle der Patienten und zur Kostenreduktion*
- *Angleichung der Kosten für Arzneimittel im ambulanten und stationären Bereich*
- *Einrichtung eines von der Industrie finanzierten Fonds, aus dem von der Industrie unabhängige klinische Forschung nach Zulassung eines Medikaments finanziert wird*
- *Erlaubnisvorbehalt für neue diagnostische, operative und therapeutische Verfahren auch für den stationären Bereich*
- *Verbot öffentlicher Werbung für alle Arzneimittel und Medikamente*
- *schärfere Zulassungsbedingungen für neue Medizintechnik*
- *ärztliche Fortbildung durch die Ärztekammern und nicht durch die Industrie*
- *Einrichtung eines von der Industrie finanzierten Fortbildungsfonds unter Verwaltung der Ärztekammern*
- *weltweiter Zugang für alle Menschen zu notwendigen Arzneimitteln*

13. Ausbildung

Vielerorts ist die Ausbildung angehender Medizinerinnen immer noch von einem patriarchalen Arztbild geprägt. Gesellschaftliche Zusammenhänge von Krankheit, Psyche und Gesundheit werden in der Ausbildung ausgeklammert. Die Einbeziehung anderer Berufsgruppen und PatientinnenvertreterInnen in die Ausbildung ist zu fordern. Die Rolle der sozialen Fächer in der Medizinerinnenausbildung ist zu stärken.

Keine andere Berufsgruppe erfährt den Einfluss der gesellschaftlichen Verhältnisse auf Körper und Psyche des Individuums so nahe wie die Medizinerinnen. Trotzdem scheint es, wenn in der medizinischen Ausbildung heute über Gesundheit und Krankheit gesprochen wird, gesellschaftliche Einflussfaktoren nicht zu geben. Im Gegenteil: Gesundheit wird als individuelle „Ressource“ angesehen, deren Erhaltung bzw. (Wieder-)Herstellung in der Verantwortung der Einzelnen liegt. Statt ihren gesellschaftlichen Zusammenhang zu sehen, wird die Patientin partikularisiert in Organe, Zellen, Moleküle.

Für die angehenden Medizinerinnen ist eine verstärkte Verankerung des Themenschwerpunkts gesellschaftliche Bedingungen und Gesundheit/Krankheit, soziale Determinanten von Gesundheit/Krankheit im Studium zu fordern.

Es ist die Renaissance der sozialen Rolle der Ärztin mit dem Ziel anzustreben, den Menschen von Krankheiten so weit wie möglich zu befreien. Dabei ist die Verschulung des Studiums aufzuheben und mehr Autonomie/Beteiligung der Studierenden an der Planung der Lehre, mehr Diskussion, mehr fächerübergreifender Unterricht zu fordern. Wichtig sind verstärkter Austausch und gemeinsames Lernen mit anderen Berufsgruppen, um Traditionen der Hierarchie, der Wissensmonopolisierung und des Kastendenkens vorzubeugen. Nur so kann sich eine Kultur der demokratischen Medizin etablieren.

Alle Lehrkräfte in den Fakultäten und Kliniken sollten verpflichtet werden, an Schulungen in Pädagogik und Didaktik teilzunehmen. Dem Klinikpersonal ist darüber hinaus mehr Zeit für die Lehre einzuräumen.

Um einem patriarchal-autoritär strukturierten Arzt-Patient-Verhältnis vorzubeugen, ist die Einbeziehung von Patientinnenvertreterinnen in das Studium und partiell gemeinsame Lehre mit anderen medizinischen Berufsgruppen zu fordern. So kann ein solidarisch-kollektives Arbeiten mit anderen Berufsgruppen etabliert werden.

Eine Umstrukturierung der nach hierarchischen Organisationsprinzipien gegliederten Fakultäten, die keinen Raum lassen für die Entwicklung eines stoff-, methoden- und gesellschaftskritischen Bewusstseins, ist zu fordern. Zielführend ist die Verankerung von Methoden und Verfahren der kritischen Selbstreflexion und strukturellen Supervision schon im Studium in Form von autonomen Kolloquien, Balint-Gruppen, um gleichzeitig ein kooperatives Arbeiten zu fördern und eine individualisierte Karriereverfolgung und Konkurrenzdenken zu verhindern.

Um ein gesellschaftskritisches Bewusstsein der Studentinnen zu fördern, ist die vermehrte Thematisierung der Verflechtung der Arztprofession mit Herrschaftsinteressen (Regenerierung der durch Krankheit bedrohten Ware Arbeitskraft, Verwaltung von Gesundheit und Krankheit - Altersfeststellung, Brechmitteleinsätze, Abschiebungen u.a.) zu unterstützen.

Der Zugang zum Medizinstudium soll nicht allein von der Abiturnote abhängen, sondern auch von sozialen Kompetenzen. Deshalb sollte der NC in jetziger Form überdacht und geändert werden.

Das Praktische Jahr sollte den Studierenden praktische Fähigkeiten vermitteln. Ein Großteil der Kontakte von Patientin zu Ärztin findet momentan im ambulanten Bereich statt. Dennoch ist dieser im PJ nur ungenügend berücksichtigt. Die Möglichkeiten, einen Teil des PJ im ambulanten Sektor zu absolvieren, müssen daher erheblich verbessert werden. Dabei reicht es allerdings nicht aus, die Studentinnen vermehrt in die Praxen der niedergelassenen Ärztinnen zu schicken, ohne dort zuvor entsprechende strukturelle Veränderungen vorzunehmen. Sind diese geschaffen, scheint ein Pflichttertial in der Allgemeinmedizin sinnvoll. Alternativ ist denkbar, die PJ-Zeit in vier Quartale zu unterteilen oder aber auf das Pflichttertial Chirurgie zu verzichten.

Der vdää fordert

- ***verstärkte Vermittlung von Allgemeinmedizin/Basismedizin und Psychosomatik, sowie psychosozialer Kompetenzen statt Hightech-Medizin***
- ***Lehre von gesellschaftlichen und sozialen Einflüssen auf Körper und Geist statt Partikularisierung der Patientinnen in Organe, Zellen und Moleküle***
- ***Zugang zum Medizinstudium für Kinder aller Bevölkerungsschichten***
- ***problemorientiertes, fächerübergreifendes Lernen an Stelle von rezeptiv Lernen***
- ***Einbeziehung von nichtärztlichen Berufen in die Ausbildung***
- ***mehr Ausbildung am Krankenbett und in der ambulanten Praxis***

14. Ärztliche Weiterbildung

Die Inhalte der Weiterbildungsordnung dienen heute nicht nur dem Erwerb notwendiger Erfahrungen und Fertigkeiten sondern auch ökonomischen Interessen. Diese ökonomische Verflechtung führt zu teilweise absolut unerfüllbaren Zahlen bei den Inhalten der Weiterbildung. Die Weiterbildungsordnung muss entschlackt werden. Sie sollte frei sein von finanziellen oder partikulären Interessen einzelner Fachgesellschaften. Kliniken und Praxen, die weiterbilden, werden im jetzigen Abrechnungssystem benachteiligt. Weiterbildungstätigkeit muss honoriert werden. Die Facharztqualifikation wird häufig reduziert auf das Erlernen technischer Fähigkeiten. Facharztkompetenz sollte aber neben der medizinischen Kompetenz die Fähigkeit zur adäquaten Kommunikation mit Patientinnen und anderen medizinischen Disziplinen sowie die Befähigung zu lebenslangem, kontinuierlichem Lernen beinhalten. Sie sollte regelmäßig oder kontinuierlich überprüft werden.

Die von den Ärztekammern erlassenen Weiterbildungsordnungen (WbO) dienen drei Zielen:

1. Definition von notwendigen Erfahrungen und Fertigkeiten einer künftigen Fachärztin,
2. Abstecken der Gebietsgrenzen, um andere Fachdisziplinen an der Ausübung des Berufes mit diesen Inhalten zu hindern und
3. Dokumentation der Abrechenbarkeit von Leistungen, da sie ja zum Gebiet gehörig sind und die Kenntnisse und Fertigkeiten während der Weiterbildung im Gebiet erworben wurden.

Während das erste Ziel tatsächlicher Inhalt einer Weiterbildungsordnung ist, dienen die anderen beiden Ziele der Regelung der Berufsausübung und damit vornehmlich ökonomischen Interessen: Was Gegenstand der Weiterbildungsordnung ist, ist auch abrechenbar – so zumindest der Anspruch der Ärztekammern und der Berufsverbände. Demgegenüber beanspruchen auch die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Regelungskompetenz, was zu teilweise absurden Doppelüberprüfungen führt.

Die ökonomische Verflechtung von Bildungs- und Berufsausübungsordnung führt dazu, dass die Kammern auf Druck von ärztlichen Interessengruppen die Inhalte der WbO in den einzelnen Gebieten immer weiter ausgedehnt und teilweise absolut unerfüllbare Zahlen bei den Inhalten hervorgebracht haben. Der Vorsitzende der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer hat beim deutschen Ärztetag 2011 konstatiert: „Wenn Sie die Zahlen des Statistischen Bundesamtes über die Häufigkeit vorkommender Operationen in den Kliniken ins Verhältnis setzen zu den Bescheinigungen, die jährlich ausgestellt werden, was angeblich alles operiert worden ist, ... stellen Sie fest, dass Zehnerpotenzen dazwischen klaffen.“

Dieser Unterschied zwischen Realität und Weiterbildungsfiktion ist eines der großen Probleme im Weiterbildungsbereich, denn es schafft eine zusätzliche Abhängigkeit der Weiterbildungsassistentinnen von der Weiterbilderin: Wer aufbegehrt, bekommt kein (falsches) Weiterbildungszeugnis und somit keinen Abschluss der Weiterbildung.

Aber selbst wenn alle geforderten Inhalte erbracht werden könnten, bliebe noch die Frage, ob wirklich das Richtige erlernt worden ist. Warum muss z.B. eine niedergelassene Internistin 100 Ösophago-Gastro-Duodenoskopien einschließlich interventioneller Notfallmaßnahmen und percutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG) nachweisen, wie es die Musterrichtlinien der Bundesärztekammer fordern, wenn sie als hausärztlich tätige Internistin arbeiten will? In jedem Fachgebiet lassen sich ähnliche Beispiele finden!

Es besteht also die Aufgabe, die Weiterbildungsordnungen in allen Gebieten gründlich zu durchforsten und unnötige Inhalte zu entfernen. Wer besondere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten nachweisen muss, weil spezielle Tätigkeiten ausgeübt werden sollen, sollte eine entsprechende Zusatzqualifikation als Modul ergänzend zur Grundweiterbildung erwerben. Diese Module müssen fachübergreifend zu erwerben sein. Die Kompetenz der Weitergebildeten sollte kontinuierlich oder in regelmäßigen Abständen überprüft werden.

Dies bedeutet aber nicht, dass einfach nur Inhalte der Weiterbildung aus der Ordnung entfernt werden, denn Defizite der ärztlichen Weiterbildung sind eklatant, sie bestehen hauptsächlich im kommunikativen Bereich zwischen Ärztinnen, Patientinnen und Angehörigen. Daher gilt es, grundsätzliche Facharztkompetenzen zu beschreiben, die für alle Gebiete zu gelten haben:

Facharzt-Kompetenzen

1. Notwendig, aber nicht hinreichend ist die Kompetenz als medizinische Expertin im Fachgebiet. Zu dieser Kompetenz gehören ein profundes medizinisches Wissen, klinische Erfahrungen und Fertigkeiten sowie eine professionelle Einstellung, die auf eine umfassende, patientinnenzentrierte Betreuung ausgerichtet sind. Diese Kompetenzen werden angewandt, um patientinnenrelevante Informationen zu sammeln und zu interpretieren und diagnostische und therapeutische Interventionen innerhalb der Fachbereichsgrenzen durchzuführen, entsprechend der persönlichen Erfahrung der Ärztin und der Wünsche der Patientin. Dies bedeutet aber nicht, dass die Fachärztin alle fachbereichsspezifischen technischen Fertigkeiten haben kann oder gar muss.
2. Die Kompetenz zur adäquaten Kommunikation zwischen Patientin, Angehörigen und anderen mit der Patientin befassten Disziplinen, Pflegerinnen sowie Angehörigen

anderer Gesundheitsberufe: Schlechte Kommunikation kann den Behandlungserfolg beeinträchtigen und zu Vertrauensverlust führen. Essentiell für eine gute Kommunikation ist eine adäquate Sprache, die Nichtexpertinnen einbezieht in die Planung und Durchführung notwendiger Maßnahmen. Die Art der Kommunikation muss verständlich sein, Diskussionen ermutigen und Patientinnen und ihre Angehörigen an der Entscheidungsfindung beteiligen. Eine effektive Kommunikation zwischen Ärztin und den anderen Beteiligten kann zu einem besseren Behandlungsergebnis führen.

3. Die Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit den anderen Beteiligten im Gesundheitswesen ist essentiell für einen guten Behandlungserfolg. Die Fähigkeit zur professionellen Zusammenarbeit mit anderen Mitgliedern eines Teams kann interprofessionellen Konflikten vorbeugen und sie lösen.
4. Die Fachärztin als Gelehrte, Lehrerin und Schülerin hat die Aufgabe, durch lebenslanges, kontinuierliches Lernen ihr Wissen und ihre Fertigkeiten auf hohem wissenschaftlichem Niveau zu halten. Hierzu hat sie die Prinzipien einer evidenz-basierten Entscheidung zu erlernen und anzuwenden. Sie soll in der Lage sein, Studentinnen und jüngeren Kolleginnen ihr Fachwissen weiterzugeben. Sie muss auch im Sinne einer sinnvollen Prävention auf einzelne Patientinnen und die Gesellschaft einwirken. Insofern hat sie auch eine Verantwortung für die Gesundheit ihrer Patientinnen und der Gesellschaft.

Um diese Kompetenzen zu vermitteln bedarf es

1. Qualifizierter Weiterbilderinnen: Diese Qualifikation haben Weiterbilderinnen bislang aber nie nachweisen müssen. Deshalb sollen in Zukunft Ärztinnen, die eine Weiterbildungsbefugnis beantragen, eine didaktische Befähigung erwerben und nachweisen. Dazu sollten die Ärztekammern entsprechende Kurse anbieten und die Absolvierung fordern. Zudem müssen die Weiterbildungsstätten von den Kammern besucht und zertifiziert werden. Diese Zertifizierung muss in bestimmten Abständen wiederholt werden (z.B. nach 7 Jahren).
2. Einer Finanzierung der Weiterbildungsstätten, die im derzeitigen DRG-System nicht abgebildet ist: Derzeit ist eine adäquate Anleitung und Vermittlung von Fertigkeiten (z.B. durch Operationsassistenten der Weiterbilderinnen) für die Weiterbildungsstätten ein Luxus, der im Vergütungssystem nicht honoriert wird. Auch die derzeit häufige Entlohnung der Weiterbilderinnen (Chefärztinnen) innerhalb von Abteilungsbudgets mit Boni bei Erfüllung der entsprechenden Vorgaben für Einsparungen im Personaletat ist kontraproduktiv für weiterbildungsförderliche Strukturen.

3. Der Erkenntnis, dass alle Weiterbildungsinhalte kaum je an einer Weiterbildungsstätte vermittelt werden können: So kommen in vielen Gebieten bestimmte Krankheitsbilder kaum noch in Kliniken vor. Deshalb müssen in diesen Gebieten Weiterbildungsabschnitte im ambulanten Bereich obligat werden. Die derzeitige zum Teil vorhandene Möglichkeit einer fakultativen Weiterbildung im ambulanten Bereich reicht nicht aus.

Eine Evaluierung der Weiterbildung ist notwendig, das derzeit durchgeführte aufwändige Verfahren hat allerdings nur wenig Erkenntnisgewinn gebracht. Strukturierte Interviews mit Weiterbildungsassistentinnen könnten dagegen bessere Informationen ergeben, die mit der erlebten Realität in besserer Übereinstimmung stehen könnten.

Die notwendige Förderung der Allgemeinmedizin hat bereits im Weiterbildungsbereich stattzufinden. Deren finanzielle Förderung muss ausgebaut werden, zusätzlich müssen die Kammern Weiterbildungsprogramme für zukünftige Allgemeinmedizinerinnen koordinieren und die Kolleginnen bei der Rotation unterstützen.

Der vdää fordert

- ***Entschlackung der Weiterbildungsordnung***
- ***finanzielle Berücksichtigung von Weiterbildungsstätten im Abrechnungs- und DRG System***
- ***Abschläge für Kliniken, die nicht weiterbilden***
- ***Qualifizierung der Weiterbilderinnen***
- ***Rezertifizierung der Weiterbildungsstätten***
- ***bessere Evaluierung der Weiterbildung***
- ***obligate Weiterbildungsabschnitte im ambulanten Bereich***
- ***finanzielle Förderung und Ausbau der Allgemeinmedizin***
- ***keine personellen Zielvorgaben in Chefärztinnenverträgen***

15. Globale Gesundheit

Die Probleme des Gesundheitswesens dürfen nicht länger national, sondern müssen auch unter globalen Aspekten betrachtet werden. Global verhandelte Markenrechte für Arzneimittel bringen Profite in starken Wirtschaftsländern, behindern aber die dringend benötigte Neuentwicklungen von Arzneien zu bezahlbaren Preisen in den armen Ländern. Durch Migration werden den wirtschaftlich schwachen Ländern die dort dringend benötigten Gesundheitsfachkräfte (Ärztinnen/Pflegepersonal) entzogen. Die Debatte um eine globale Gesundheitspolitik muss neu geführt werden.

Während Gesundheits- und Sozialpolitik immer noch überwiegend im nationalen Rahmen gedacht und umgesetzt werden – oder wie in Deutschland teilweise noch kleinteiliger auf der Ebene der Bundesländer –, haben sich grundlegende Bedingungen für Gesundheit längst globalisiert: Die Globale Warenwirtschaft der transnationalen Agrar-, Nahrungsmittel-, Wasser- und Finanzkonzerne entscheidet maßgeblich über Verfügbarkeit und Preise existentieller Voraussetzungen für gesundes Leben: gesicherte Ernährung, sauberes Trinkwasser, bezahlbaren Wohnraum. Das Auftreten der überwunden geglaubten Cholera in Südafrika Ende der 1990er Jahren folgte der Privatisierung der Trinkwasserversorgung, die arme Familien nach regionalen Überschwemmungen auf verschmutztes Flusswasser zurückgreifen ließ.

Die Durchsetzungsfähigkeit von Fastfood-Ketten gegenüber lokalen Produzenten führt in vielen Ländern zu einem deutlichen Ansteigen von Fettleibigkeit und Diabetes, während die Abhängigkeit der Nahrungsmittelversorgung vom internationalen Weltmarkt die Zahl der Hungernden in der Welt in nur einem Jahr 2009 von 800 Millionen auf über eine Milliarde Menschen schnellen ließ, als sich die Preise für Grundnahrungsmittel durch eine Kombination von verstärktem Anbau von Biotreibstoffen, Spekulation und Wirtschaftskrise sowie klimatischen Ausfällen drastisch erhöhten.

Globale Pharmamärkte und gesicherter Zugang zu Medikamenten

Global verhandelte Patent- und Markenrechte sowie fortschreitende Fusionsprozesse im Pharmasektor sollen die Gewinne dieser in eine Innovationskrise geratenen Industrie auch weiterhin sichern. Die wohlhabender werdenden Mittelklassen in den großen Schwellenländern Indien, China, Brasilien geraten zunehmend in den Blick der großen Konzerne, für die die Welt außerhalb Nordamerikas, Westeuropas und Japans noch bis in die 90er Jahre hinein nur marginal von Interesse war. Damit verschärft sich die Konkurrenz zu den lokalen Unternehmen im Arzneimittelmarkt dieser Länder, deren Erfolgsmodell eines kostengünstigen, raschen Nachbaus der Markenpräparate (die sog. Generika) unter Druck gerät – allen

voran Indien, das sich in den letzten 30 Jahren zur „Apotheke der Entwicklungsländer“ entwickelt hat.

Internationale Beachtung erlangten die großen indischen Unternehmen vor allem dadurch, dass sie die Kosten für die neuen AIDS-Medikamente in den 2000er Jahren auf ein Prozent der Originalpreise senken konnten. Ohne diese Entwicklung wäre die massive Ausweitung der AIDS-Behandlungsprogramme vor allem in den hauptsächlich betroffenen afrikanischen Staaten unmöglich gewesen. Aktuell wird vor indischen Gerichten um die Patentanmeldungen zentraler Produkte aus dem HIV/AIDS- (Tenofovir) und auch aus dem Krebsbereich (Imatinib, Gleevec®) gestritten. Perspektivisch wird es so immer schwieriger werden, dringend benötigte Neuentwicklungen zu bezahlbaren Preisen verfügbar zu machen. Aktuelle Aufkäufe indischer Generika Firmen durch multinationale Konzerne lassen zusätzlich befürchten, dass sich die Zahl miteinander konkurrierender Unternehmen weiter reduzieren wird.

Das einer Patentierung zu Grunde liegende Geschäftsmodell einer rein kommerziell ausgerichteten Forschung und Entwicklung neuer Medikamente, die über patentgesicherte Monopolpreise refinanziert werden, muss grundsätzlich in Frage gestellt werden. Daran orientieren sich Konzepte einer ethisch verantwortlichen Lizenzpolitik für öffentliche Forschungseinrichtungen, wie sie in den USA und anderen Ländern vor allem von Studierenden an den Hochschulen vorangetrieben werden.

Auch auf der Ebene der WHO werden solche Modelle diskutiert, teilweise gegen den heftigen Widerstand der sich als Lobby für die „eigene“ Pharmaindustrie verstehenden Länder Europas und der USA. Andere Modelle einer praktischen Entkoppelung der Arzneimittelforschung von den Patentmechanismen werden in verschiedenen Produktentwicklungspartnerschaften zu vernachlässigten Krankheiten erprobt.

Privatisierung und Kommerzialisierung von Gesundheitsdiensten

Unzureichende öffentliche Gesundheitssysteme in den meisten Entwicklungsländern tragen zu einer Ausweitung privater Gesundheitsdienste mehr oder weniger qualifizierter Anbieterinnen bei, vor allem in den städtischen Gebieten, in denen seit kurzem mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung lebt. Fehlende soziale Krankenversicherungssysteme machen dieses Privatisierungsmodell, das mit Förderung der Weltbank zur Reduzierung staatlicher Ausgaben vielen verschuldeten Staaten angedient wurde, zu einem Lebensrisiko für Menschen mit sogenannten „katastrophischen Gesundheitskosten“ – sei es durch chronische Krank-

heit, teure Operationen oder langwierige Unfallbehandlung: 100 Millionen Menschen verarmen jährlich aus diesen Gründen.

Versuche, diese Tendenz mit der flächendeckenden Einführung von Sozialversicherungsmodellen zu entschärfen, wie sie die deutsche Entwicklungszusammenarbeit seit einigen Jahren fördert, müssen immer wieder kritisch hinterfragt werden. Zu oft verstärken sie nur eine schon existierende Tendenz zur Segmentierung der Gesundheitsversorgung: Ein privatisierter „Gesundheitsmarkt“ für die Wohlhabenden, Sozialversicherungsmodelle für die formal beschäftigte ökonomisch aufsteigende Mittelklasse und eine minimale Basisversorgung durch schlecht ausgestattete öffentliche Gesundheitsdienste für die Ärmsten. Solche Trennungen zurückzuweisen muss das Ziel einer Gesundheitspolitik sein, die sich der Bedeutung solidarischer Mechanismen zur Verringerung der sozialen Ungleichheiten im Gesundheitswesen bewusst ist.

Migration und Sicherung von Zugang zur Gesundheitsversorgung

Auch dort, wo es funktionierende soziale Sicherungssysteme gibt, sind diese mit der Realität der Globalisierung in Form gesteigerter Migration konfrontiert – und grenzen durch restriktive Vorgaben Menschen von ihrem durch die sozialen und kulturellen Menschenrechte verbrieften Recht auf Gesundheitsversorgung aus, indem sie Kostenübernahmen für medizinische Behandlungen verweigern oder mit Abschiebebehörden kooperieren, die die unliebsamen „Kostenverursacherinnen“ kriminalisieren und versuchen, sie möglichst rasch loszuwerden. Zugleich verschärft Migration die Situation von Gesundheitsdiensten in armen Ländern: Fachkräfte folgen den attraktiveren Bedingungen im privaten Sektor im eigenen Land oder in wohlhabenden Ländern – trotz gegenteiliger Absprachen werden sie immer auch noch aktiv angeworben – und sichern damit die Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung bei uns auf Kosten der Armen in den Ländern des Südens und Osteuropas.

Hier gilt es, neben gezielten Verbesserungen der Arbeits- und Einkommensbedingungen der Gesundheitsfachkräfte in den öffentlichen Gesundheitsdiensten, auch Entschädigungen für die Ausbildungskosten der Fachkräfte der Herkunftsländer durch die Aufnahmeländer zu realisieren, um so den personellen und finanziellen „Braindrain“ zu kompensieren.

Globale Gesundheitspolitik – Zeit für neue Debatten

In den ärmsten Ländern werden kaum zehn USD pro Person jährlich für Gesundheitsversorgung ausgegeben, während in den wohlhabenden Staaten 4000-7000 USD dafür eingesetzt werden. Trotz dieses eklatanten Unterschiedes finden sich gemeinsame Tendenzen,

wie die zunehmende Kommerzialisierung von Gesundheitsversorgung, die durch eine Solidarisierung zurückgewiesen werden müssen.

Denn während bei globalen Epidemien wie SARS, Vogel- und Schweinegrippe die Mechanismen internationaler Abstimmung über die WHO zunehmend verstärkt und in beeindruckend kurzer Zeit enorme Summen und Forschungskapazitäten mobilisiert werden konnten, um negative Auswirkungen auf die globalen Handelsströme zu verhindern, stoßen Forderungen nach einer verlässlichen solidarischen Kosten- und Nutzenteilung auf massiven Widerstand. Sowohl bei Forschung und Entwicklung neuer Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten für vernachlässigte Krankheiten als auch bei einer Finanzierung von Behandlungsprogrammen ist eine solidarische Finanzierung notwendig.

Dies gilt auch für den Global Fund gegen AIDS, Tuberkulose und Malaria und erst recht für die langfristige Finanzierung von grundlegenden Gesundheitsdiensten in den ärmsten Ländern. Diese Unterstützung ist im Sinne eines globalen Lastenausgleichs zu fordern. Hier könnte exemplarisch eine „andere Globalisierung“, die die Rechte aller Menschen nicht nur proklamiert, sondern auch die Voraussetzungen für ihre Realisierung schafft, deutlich werden. Diese neue Globalisierung der Gesundheitspolitik und -versorgung muss sich schon in der Ausbildung während des Medizinstudiums niederschlagen.

Der vdää fordert

- ***Förderung des Bewusstseins der globalen Bedeutung von Gesundheit***
- ***sicheren und bezahlbaren Zugang zu Medikamenten für alle Menschen***
- ***Patentrechte dürfen nicht die Arzneimittelversorgung in Ländern des Globalen Südens gefährden***
- ***Finanzierung von Basisgesundheitsdiensten im Sinne eines globalen Lastenausgleichs***
- ***finanziellen Ausgleich für Ausbildungskosten für Gesundheitsfachkräfte aus armen Ländern***
- ***eine neue, andere Globalisierung von Gesundheitsdienstleistungen***

16. Ethik in der Medizin

An den vier Kriterien Menschenwürde, medizinische Notwendigkeit, Autonomie der Patientin und Verteilungsgerechtigkeit ist die Grundhaltung der Ärztin zu messen. Die ethischen Grundsätze einer guten Medizin haben durch den Nationalsozialismus einen schweren Bruch erfahren, der bis heute nachwirkt. Die Kommerzialisierung der Medizin steht im Widerspruch zu den definierten ethischen Grundsätzen.

Für die BRD grundlegende Gedanken hinsichtlich ethischer Kriterien zu äußern, beinhaltet immer eine Vergegenwärtigung der Geschichte. Der in seinem Umfang und in seiner Tragweite historisch einmalige Bruch des deutschen Faschismus mit medizinisch-ethischen Prinzipien hat nach 1945 sowohl in den beiden deutschen Staaten als auch international die medizinethischen Debatten geprägt. Diese Auseinandersetzung mit den NS-Menschenversuchen zeitigten auch handlungsorientierte Ergebnisse, die heute im Alltag das ärztliche Denken beeinflussen bzw. leiten sollten. So ist das Konzept des „informed consent“, dargelegt in der Deklaration von Helsinki 1964, welche die Grundsätze der medizinischen Forschung am Menschen festlegte, mittlerweile in der Medizin weitgehend akzeptiert.

Dagegen führte die Debatte um die Konsequenzen aus den NS-Euthanasieprogrammen nicht mehr zu einheitlichen Resultaten in der Frage, wo die Autonomie der Patientin endet und die Fremdbestimmtheit über das eigene Leben beginnt. Wir sehen das heute in der Diskussion um die Aufgaben der Ärzteschaft am Beginn und Ende des menschlichen Lebens.

Bereits vor 1933 gab es Ansätze, die „Volksgesundheit“ durch die „Ausmerzungen lebensunwerten Lebens“ zu „verbessern“. Der eugenische Diskurs in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts beschränkte sich keineswegs nur auf Deutschland und in Deutschland keineswegs nur auf das NS-Lager; auch fortschrittliche Medizinerinnen beteiligten sich daran, während wiederum die schärfsten Kritikerinnen eugenischen Denkens ebenfalls fortschrittliche Medizinerinnen waren. Andere Staaten ließen sich ebenfalls in ihrer Gesetzgebung von eugenischen Denkmustern leiten. So wurden zum Beispiel in Schweden noch bis in die 70er Jahre Zwangssterilisationen aus „sozialer Indikation“ durchgeführt. Nirgends auf der Welt allerdings wurde mit solcher Radikalität und Menschenverachtung eine eugenische Programmatik durchgesetzt wie im NS-Regime. Das utilitaristische und rassistische Verständnis von Medizin war neben ökonomischen Gründen sicherlich hauptverantwortlich für die kritiklose Unterstützung des Nationalsozialismus durch den überwiegenden Teil der Ärzteschaft während des Dritten Reiches. Nach 1945 war in der BRD das nationalsozialistische Denken

in der Medizin nicht durch eine Katharsis ausgelöscht, sondern lebte unterschwellig fort. Lange Jahre blieben der Bericht „Medizin ohne Menschlichkeit“ von Mitscherlich und Mielke über den Nürnberger Ärzteprozess 1947 verschlossen und noch bis in die 1980er Jahre vertraten Repräsentanten der deutschen Ärzteschaft die These, dass während der NS-Zeit nur einige schwarze Schafe die Normen medizinischer Ethik verraten hätten, während das Gros der deutschen Ärzteschaft selbstlos und fehlerfrei seinen Patientinnen gedient habe.

Wie labil die Durchsetzung ethischer Kriterien in der medizinischen Versorgung ist, zeigt sich gegenwärtig in der Debatte um Priorisierung in der Medizin. In dieser Diskussion erklären sich viele Ärztinnen erschreckend schnell bereit, notwendige ärztliche Leistungen aus ökonomischen Überlegungen aus dem Leistungskatalog der GKV zu streichen.

Die interpersonelle Verrechnung individuellen Leidens mit einer Maximierung des Kollektivnutzens ist mit dem Primat der Menschenwürde nicht vereinbar. Utilitaristische Ansätze sind mit den Grundsätzen medizinischer Ethik unvereinbar, doch beherrschen sie immer noch den öffentlichen Diskurs um gerechte und notwendige soziale Sicherung, insbesondere auch unter der Ärzteschaft.

Die Würde des Menschen ist verletzt, wenn der konkrete Mensch zum Objekt, zu einem bloßen Mittel, zur berechenbaren Größe, herabgewürdigt wird. Dies geschieht dann, wenn Interventionen (Hysterektomien, MNRs, Herzkatheter...) durchgeführt werden, obwohl sie nicht indiziert sind.

Hier kommt ein zweites grundlegendes Kriterium zum Tragen, die medizinische Notwendigkeit. Sie alleine kann und muss Voraussetzung sein für jegliches medizinisch/therapeutische Procedere. Medizinischer Bedarf hat nichts mit Nachfrage, Angebot, vorhandener Ausstattung oder der bisherigen Versorgung zu tun. Das heißt, dass nicht da, wo Betten vorhanden sind, Betten gefüllt, oder wo freie Kapazitäten sind, Fallzahlen erhöht werden dürfen. Auch die Nachfrage der Patientin ist nicht das ausschlaggebende Kriterium, sondern die Ergebnisse einer in der Praxis evaluierten Forschung. Das heißt, dass Eigeninteressen (wie die gewinnorientierte Nutzung eines teuren Gerätes) einer Versorgerin keine Rolle spielen dürfen sondern nur die aus einem möglichst evidenz-basierten Bedarf abgeleiteten Notwendigkeiten. Die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens, die Gesundheit und Krankheit als Waren, deren Verkaufsgewinn zu realisieren ist, betrachtet, widerspricht den hier formulierten ethischen Grundsätzen diametral.

Das Prinzip bedarfsgerecht oder medizinisch notwendig ist einerseits das eindeutigste, aber intraindividuell am schwierigsten nachzuvollziehen. Krankheit ist eine sehr schwer zu definierende individuelle Befindlichkeit, die sich nicht auf pathologische Befunde reduzieren lässt. Dabei definiert der Begriff „pathologisch“ eine Normabweichung, die von wissenschaftlichen Instanzen festgelegt wird und deren Kriterien nicht unbedingt und immer nachvollziehbar sind. So werden bestimmte Blutdruck- oder Blutfettwerte, die vor 20 Jahren noch als normal galten, heute als pathologisch und deshalb behandlungsbedürftig definiert. Es wird heute vorgegeben, richtig und falsch, pathologisch und normal nach streng naturwissenschaftlichen Kategorien zu definieren. Dabei werden aber soziale und psychische Zusammenhänge oft ausgeklammert. Die evidenced-based-medicine stößt an ihre Grenzen, wenn es gilt, wissenschaftlich erwiesene und erprobte Erkenntnisse auf die konkrete Patientin anzuwenden. Die Definition von Krankheit hat eine oft eine willkürliche Form erfahren, durch ökonomische und nicht wissenschaftliche Interessen geleitet und nicht am Wohle der Patientin orientiert. Damit wird ein künstlicher, nicht an der wirklichen medizinischen Notwendigkeit orientierter Bedarf geschaffen. Das heißt konkret, dass die Definitionskriterien von Krankheit neu hinterfragt und korrigiert werden müssen.

Selbst wenn die Definition einen Menschen zum Kranken und damit behandlungsbedürftig macht, ihm damit diagnostische und therapeutische Maßnahmen nahelegt, ist unbedingt die Autonomie der Patientin in vollem Ausmaß zu achten. Lehnt die „Kranke“ die Behandlung ab, so dürfen ihr daraus keine Nachteile erwachsen, wie das in einigen Gesundheitssystemen der Fall ist. Ein paternalistisches Arzt-Patient-Verhältnis – die Ärztin weiß, was für die Patientin gut ist – widerspricht dem Gedanken der Autonomie der Patientin. Das Prinzip der Selbstverschuldung ist in einem systemisch-politischen Zusammenhang nicht zu konkretisieren und deswegen nicht anwendbar. Wer Sanktionierung von „selbstverschuldeter“ Krankheit fordert, versucht damit, gesellschaftliche Normen für richtiges und falsches Verhalten zu definieren und widerspricht damit der Forderung nach Autonomie des Individuums. Dagegen muss medizinisches Handeln in erster Linie von den Konsequenzen für die Patientin geleitet werden, soziale, ökonomische oder politische Konsequenzen haben in den Hintergrund zu treten.

Das Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit soll jeder Bürgerin unter Achtung der Menschenrechte das gleiche Recht auf medizinische Versorgung garantieren. Es steht nicht Jeder Alles aber Allen das Gleiche zu. Niemand sollte auf Grund seines Einkommens, seines sozialen Status oder der Art seiner Krankenversicherung eine bevorzugte medizinische Behandlung erfahren.

Jedes dieser Kriterien bleibt aber leer, wenn es nicht in eine persönliche Verantwortungshaltung der im Gesundheitswesen Tätigen eingebunden ist. Theoretisch ist jedes dieser Kriterien sinnvoll, praktisch muss es im jeweiligen Zusammenhang - also antwortend, verantwortend – umgesetzt werden. Verantwortung den obigen ethischen Kriterien gegenüber muss Vorrang gegenüber anderen (ökonomischen, sozialen, religiösen) Interessen haben. Diesem Punkt gebührt die höchste Wichtigkeit.

Die Medizinethik als Spezialfach in der Medizin hat in den letzten beiden Jahrzehnten einen Aufschwung erfahren und es ist eine Reihe von Lehrstühlen geschaffen und Ethikkommissionen an Universitätskliniken und Ärztekammern eingerichtet worden. Es ist sinnvoll, dass medizinische Forschung hierdurch eine formalisierte Kontrolle erfährt. Diese institutionelle Aufwertung der Medizinethik kann aber auch kritisch hinterfragt werden, denn sie kann dazu führen, dass Ärztinnen moralische Dilemmata externalisieren und „Expertinnen“ entscheiden lassen, während sie selbst sich von einem Teil der Verantwortung gegenüber den Patientinnen befreit fühlen. Es besteht also „die Tendenz zur Abspaltung des Moralischen aus dem klinischen Alltagshandeln“ (Hagen Kühn). Das Widerspruchspotential struktureller Konflikte kann so entschärft werden, da patientinnenferne Kommissionen immer unter dem Diktum scheinbar nicht veränderbarer Realitäten entscheiden müssen. Die Letztverantwortung für die Patientin verbleibt aber immer bei der behandelnden Ärztin.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die vier Kriterien Menschenwürde, medizinische Notwendigkeit, Autonomie der Patientin und der „Kranken“ und Verteilungsgerechtigkeit die wesentlichen Parameter sind, die in einem individuellen Verantwortlichkeitsgestus umgesetzt werden müssen.

Der vdää tritt dafür ein,

- ***die Grundhaltung der Ärztinnen an den vier Kriterien Menschenwürde, medizinische Notwendigkeit, Autonomie der Patientin und Verteilungsgerechtigkeit zu messen.***
- ***Wer diese Kriterien beachtet, ist eine „gute“ Ärztin***

Und wie weiter?

Als wir 2009 auf der Mitgliederversammlung beschlossen, unser Programm den Entwicklungen im Gesundheitswesen der vergangenen zwanzig Jahre anzupassen, hatte wohl niemand damit gerechnet, dass dieser Prozess der Anpassung drei Jahre in Anspruch nehmen würde. Noch weniger hätten wir gedacht, dass wir mit einer programmatischen Grundlage von mehr als 100 Seiten diese Arbeit beenden würden. Wir sind uns bewusst, dass auch diese Ausführungen noch Lücken enthalten, möglicherweise haben sich auch Unklarheiten oder gar Fehler eingeschlichen. Wir haben dieses „Programm“ dann auch „programmatische Grundlagen des vdää“ genannt um zu zeigen, dass diese Grundlagen auch kontinuierlich weiterentwickelt werden können und sollen. Natürlich müssen wir nicht auf jede Gesetzesänderung mit einer Korrektur unserer Grundlagen reagieren, aber es zeigt sich schon jetzt, dass einige Elemente unserer Programmatik noch ergänzt werden sollen – wie z.B. die Frage von Medizin und Krieg und Frieden. Das Kapitel zur Medizinerinnen-Ausbildung kann durch unsere jüngeren Kolleginnen gerne zukünftig noch konkretisiert werden. Wir denken, dass kommende Mitgliederversammlungen vielleicht in zwei bis drei Jahren Ergänzungen und Überarbeitungen beschließen können. Auf kurzfristige Entwicklungen im Gesundheitswesen werden wir weiterhin mit Artikeln und Presseerklärungen reagieren.

Die vorliegenden programmatischen Grundlagen des vdää sind nach einem dreijährigen Diskussionsprozess der Mitgliederversammlung zur Abstimmung vorgelegt und dort verabschiedet worden.

Diese Programmatischen Grundlagen sind Resultat eines langen Diskussionsprozesses. An ihrer Fertigstellung waren, neben vielen Diskutanten beteiligt: Emmi Auch, Stephan Boeseoreilly Hans-Ulrich Deppe, Phil Dickel, Wulf Dietrich, Lessa Doll, Gine Elsner, Peter Friemelt, Peter Hoffmann, Klaus-Dieter Kolenda, Thomas Kunkel, Heidrun Nitschke, Volker Pickerodt, Clemens Plickert, Nadja Rakowitz, Peter Scholze, Rudi Schwab, Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser, Jürgen Seeger, Bernhard Winter, Andreas Wulf

Wulf Dietrich

München den 22.01.2013

A

Abrechnungssystem 8, 61, 66, 84
AIDS 89, 91
Allergien 25
Allgemeinmedizin 49, 52, 73, 74, 75, 83, 87
Alma Ata 19
ambulante Versorgung 49, 55
Ambulanzen 56
AMNOG 53
Anbieterdominanz 50
Antibiotika 27
Anwendungsbeobachtungen 58, 80
Apotheken 40
Arbeit 9, 18, 19, 23, 30, 34, 35, 49, 61, 70
Arbeitgeberinnen 30, 35, 43, 44
Arbeitnehmerinnen 17, 34, 36, 43, 44
Arbeitsschutz 35, 36
Arbeitsteilung 69, 70
Arbeitszeit 59
Armut 9, 17, 18, 20, 21, 24, 29
Arzneimittel 13, 39, 58, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 88
Ärztchenkammern 6, 8, 9, 14, 79, 81, 84, 86, 95
Ärztprozess 6, 93
Ärztetag 6, 7, 84
Ärztinnenmangel 52
ärztliche Selbstbegrenzung 59
Arztvorbehalt 56, 70
Atomkraft 7
Atomkraftwerke 26, 28
Aufklärung 11, 12, 15, 39
Ausbildung 29, 31, 32, 35, 52, 55, 56, 75, 82, 83, 91, 96
Ausgabenbegrenzung 47
Autonomie 11, 12, 15, 82, 92, 94, 95

B

bedarfsorientiert 46
Behandlungsfehler 13, 14
Beitragsbemessungsgrenze 43, 45, 47
Berufspolitik 7, 8, 10
Berufsverbände 8, 9, 46, 52, 57, 84
Bildung 18, 19, 22
Braindrain 90
BUKO-Pharmakampagne 20
Bundesärztekammer 5, 6, 23, 47, 84, 85
Bundesinstitut für Risikobewertung 39
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 39
bürgerlich 17
Bürgerversicherung 17, 22, 43, 47
Burn-out 34

C

Capitation 59
Consultant Struktur 70, 72

D

Daseinsvorsorge 32, 38, 41, 65
Daten 13, 42, 47, 48
Datenschutz 13, 48

Datenverarbeitung 47
DDR 7, 8, 49
Delegation 56, 70, 72
Demokratie 5, 7, 10
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 39
Diagnosis Related Groups Siehe DRG
Diagnostik 11, 14, 54, 67
doppelte Facharztschiene 67
DRG 3, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 72, 86, 87

E

EBM 54
E-Card 3, 13, 48
Eigenverantwortung 12, 31
Einkommen 17, 19, 21, 22, 28, 29, 43, 44, 45, 46, 51, 59
elektronische Gesundheitskarte Siehe E-Card
Emanzipation 5
Empowerment 12
Energiewende 28
Entwicklungsländer 25, 26, 89
Epidemiologie 40, 74
Ethik 92, 93
EU 20, 21, 23, 41, 73, 77
Evidenz 46, 47, 54, 67, 74, 86, 93

F

Fachkräftemangel 65, 69
Fallpauschale 59, 63, 66
Fehlerberichtssysteme 14
Fehlversorgung 10, 66
Feinstaub 25, 27
Finanzierung 9, 13, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 58, 62, 72, 73, 86, 91
Finanzkrise 20
Flüchtlinge 22
Forschung 26, 28, 29, 32, 35, 73, 74, 75, 76, 79, 81, 89, 91, 92, 93, 95
Fortbildung 14, 15, 28, 32, 76, 79, 81
Frauen 65
Friedensbewegung 7
Friedenspolitik 6, 7
Früherkennung 31, 32, 44, 50

G

G-BA 15, 46
Gemeinsamen Bundesausschuss Siehe G-BA
Generika 88, 89
Geräteindustrie 80
Gerechtigkeit 10, 19, 22, 28
Gesamtbudget 62
Geschlechter 4
Gesellschaftspolitik 5
Gesetzliche Krankenversicherung Siehe GKV
Gesetzliche Unfallversicherung 30
Gesundheitsämter 39, 40
Gesundheitsausgaben 68
Gesundheitsberichterstattung 40, 42
Gesundheitsberufe 31
Gesundheitsfonds 43, 44
Gesundheitsförderung 10, 28, 29, 30, 31, 32, 38, 39, 40

Gesundheitsmarkt 50, 90
 Gesundheitspolitik 7, 8, 10, 19, 22, 24, 63, 88, 90, 91
 gesundheitspolitisches Engagement 17
 Gesundheitsreformen 3
 Gesundheitstage 7
 Gesundheitswesen 3, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 27, 39, 40, 46, 47, 48, 49, 54, 61, 62, 67, 71, 78, 90, 95, 96
 Gesundungsprozess 11
 Gewerkschaft 9, 20, 21, 63, 69, 71
 GKV 17, 30, 43, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 53, 58, 59, 62, 76, 78, 93
 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 30
 Gleichbehandlungsgrundsatz 22
 Gleichheit 11, 17, 18, 19
 Global Fund 91
 GMG 52, 56, 57
 Grundlagenforschung 73, 75
 Grundlohnsumme 61, 62, 63
 Grundrecht 5
 Grüne 63

H

Halbgötter in Weiß 6
 Härtefall- oder Entschädigungsfonds 15
 Hausärztinnen 53, 54
 hausärztliche Versorgung 52
 Hausarztverträge 3
 Health Technology Assessment 80
 HIV 40, 89
 Honorar 47
 Honorierung 49, 59, 77

I

IGeL Siehe IGeLeistungen
 IGeLeistungen 22, 47, 48, 50, 51, 55, 59
 illegalisierte Migrantinnen 23, 51
 Industrialisierung 25
 InEK 66
 Infektionskrankheiten 18, 30
 informed consent 92
 Interessenvertretung 6, 40, 70, 71
 Investitionskosten 62
 IPPNW 20
 IQWiG 46

K

Kammern 7, 8, 10, 79, 84, 87
 Kammerwahlen 8
 Kapitaldeckung 47
 Kernenergie 26
 Kernkraftwerke 25
 Kinder 18, 19, 21, 26, 39, 41, 49, 83
 Klasse 17
 Klimawandel 25, 26, 42
 Klinik 14, 28, 64
 Kommerzialisierung 1, 3, 9, 10, 61, 66, 71, 89, 91, 92, 93
 Kommunikation 39, 53, 66, 84, 85
 Körperschaften des öffentlichen Rechts 9, 57
 Kostenerstattung 46, 59
 Kostenexplosion 62
 Kostensenkung 64
 Krankenakte 14

Krankenhaus 12, 22, 23, 28, 34, 46, 48, 50, 56, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71
 Krankenhausfinanzierungsgesetz 62
 Krankenhausplanung 61
 Krankenhausverwalter 4
 Krankenkassen 3, 13, 14, 27, 30, 34, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 57, 59, 62, 63, 79
 Krankenversicherung 22, 30, 41, 43, 47, 48, 51, 62, 94
 Kriegsindustrie 7, 25
 Kriegsverbrecherprozess 6
 KV 45, 49, 52, 57, 59, 79

L

Lahnstein 62
 Laieninformationen 12
 Landesärztekammern 6, 7
 Landeskrankenhausesetze 14
 Lärm 25, 27, 31
 Lebenserwartung 18, 19, 20, 21, 22
 Leistungsausweitung 50, 66
 Leistungskatalog 27, 45, 46, 47, 48, 51, 58, 93
 Listen demokratischer Ärztinnen und Ärzte 6, 7
 Lobby 14, 27, 67, 77, 79, 89
 Lohnnebenkosten 62
 Lohnquote 21

M

Malteser-Migranten-Medizin 23
 Marburger Bund 61, 71, 72
 medico international 20
 Medikalisierung 74, 76
 Medikamente 60, 74, 76, 77, 78, 80, 89
 Medi-Verbund 52
 Medizin ohne Menschlichkeit 93
 Medizin und Gewissen 7
 Medizinische Soziologie 74
 medizinischen Versorgungszentren Siehe MVZ
 Medizinstudium 32, 83
 Menschenrecht 5, 90
 Menschenwürde 92, 93, 95
 Mielke 6, 93
 Migration 23, 29, 88, 90
 Mitscherlich 6, 93
 monetäre Interessen 5
 Morbi RSA 44
 Morbidität 18, 22, 27, 44
 Mortalität 22, 27
 mündige Patientin 11, 12
 MVZ 3, 49, 52, 56, 57, 58, 59

N

Nachrüstung 7
 Nahrungsmittel 26, 27, 88
 Nanopartikel 26, 28
 Nationalsozialismus 5, 6, 38, 92
 Naturwissenschaft 11
 Netzwerke 9
 Nichtraucherinnenschutz 26
 NSDAP 5, 6

O

öffentliche Gesundheitspflege 5

Öffentlicher Gesundheitsdienst 3, 30, 38
ÖGD 38, 39, 40, 41, 42
Ökologisches Denken 28
Ökonomisierung 3, 10, 62, 63, 66, 68
Ottawa-Charta 28, 31, 39

P

Parität 43, 44
Parteien 20
Partizipation 19, 57
Pathogenese 29, 32
Patientinnenfürsprecherinnen 14
Patientinnenrechtgesetz 14, 16
Patientinnenverfügungen 15
Paul-Ehrlich-Institut 38
Personalabbau 64, 65
Perspektive Gesundheit 3, 10
Pflegeberufe 55
Pharmaindustrie 49, 58, 74, 76, 77, 79, 89
pharma-unabhängige Arzneimittelinformationen 13
PJ 83
PKV 22, 47
Planung 10, 43, 73, 75
Polikliniken 49, 60
Politik 1, 5, 7, 9, 17, 25, 28, 30, 32
Positivliste 58, 60, 78, 80
Praxisgebühr 3, 44, 50, 51
Primärärztinnen 54
Priorisierung 46, 47, 54, 93
Private Unternehmen 9
Privatisierung 9, 38, 64, 71, 88, 89
Privatpatientinnen 22, 51
Profit 9, 64, 65, 77
Proteste 9
Psychiatrie 39
psychische Belastungen 18, 35
Psychotherapeutinnen 49, 53, 55
Public Health 32, 41

Q

Qualität 18, 26, 63, 68, 69, 70, 72
Qualitätssicherung 9, 47
Qualitätsstandards 15, 53

R

Rationierung 9, 43, 48
Rehabilitation 32, 44, 55, 60
Reichsärztekammer 5, 6
Reichtum 19, 20
Ressourcen 18, 20, 48, 65, 68
Robert-Koch-Institut 39

S

Sachverständigenrat 17
Salutogenese 29, 31, 32
Säuglingssterblichkeit 18
Scheininnovation 74
Schicht- und Leiharbeit 31
Schweigepflicht 23
Schweinegrippe 91
Selbstbestimmung 12, 32
Selbstbeteiligungen 12, 44
Selbsthilfegruppen 13, 55

Selbstverpflichtung 15
Selektivverträge 45, 49, 52
sexuell übertragbare Infektionen 40
Sicherstellungsauftrag 57
Solidarität 12, 17, 43, 44
soziale Determinanten 19, 82
soziale Frage 5
Sozialhygiene 38
Sozialmedizin 38, 74
Sozialpolitik 8, 19, 88
Sozialstaat 17
Sozialversicherung 17, 23
sprechende Medizin 50
Staat 17
Standesdünkel 6
Standesorganisation 3
Standespolitik 8, 10
Standesrecht 50
Standesvertreterinnen 5, 6
stationäre Versorgung 61
Sterben 15
Steuern 44, 45
Substitution 40, 70, 72
Südafrika 6, 88

T

Tabak 25, 26, 27
tagesgleiche Pflegesätze 61
Tariffucht 64
Therapie 11, 14, 17
Treibhausgase 25, 28
TVöD 71

U

Übermedikalisierung 31, 54
Überversorgung 10, 22, 63, 66
Umwelt 18, 19, 25, 26, 30, 74
Umweltmedizin 3, 25, 28, 40
Umweltpolitik 7, 8
Umweltschutz 39
Unabhängige Patientenberatung 13
Ungleichheit 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 90
UN-Menschenrechtscharta 17
Unterversorgung 46, 61, 67

V

ver.di 21, 61, 71, 72
Verantwortung 16, 25, 30, 32, 41, 50, 70, 73, 79, 82, 95
Verein sozialistischer Ärzte 5
Versicherungspflicht 22
Versicherungspflichtgrenze 43, 47, 48
Versorgung 8, 10, 17, 18, 22, 38, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 64, 68, 69, 70, 71, 93, 94
Versorgungsforschung 57, 63, 68, 74, 75
Verteilungspolitik 19, 22, 61
Verweildauer 61, 63

W

Ware 10, 12, 83
Weimarer Republik 5
Weiterbildung 9, 41, 53, 54, 70, 72, 75, 84, 85, 87

Weiterbildungsordnung 84, 87
Weltärztebund 6
Wettbewerb 50, 52, 64
WHO 5, 19, 20, 31, 89, 91
Wirtschaftskrise 20, 21, 88
Wissenschaft 29, 73, 74
Würde 15, 93

Z

Zeitarbeitsverhältnissen 34
Zertifizierung 86
Zusatzbeiträge 44
Zuzahlungen 3, 12, 17, 22, 44, 51
Zwangssterilisation 5, 92
Zweiklassenmedizin 22, 47