

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 4/2016 | Solibeitrag: 5 Euro



Kämpfe im Gesundheitswesen

30 Jahre vdäa – und kein bißchen älter

Thomas Kunkel: Kämpfe im Gesundheitswesen	3
Nadja Rakowitz: Jünger als vor zehn Jahren! Jahreshauptversammlung des vdä – 30 Jahre vdä	4
Hans-Ulrich Deppe: Demokratische Medizin als soziale Bewegung. Zur Entstehung und Ideengeschichte des vdä	6
Nadja Rakowitz: Schafft zwei, drei viele Charités. Über die Kämpfe um einen Tarifvertrag Entlastung	9
»Das ganze System ist krank«. Interview mit dem Saarbrücker Klinikseelsorger Hermann-Josef Mayers	11
Bündnis pro Krankenhäuser wohnortnah stellt sich vor	13
Pressemeldung: Sagen Sie Nein. Zur Abstimmung über die umstrittene Reform des Arzneimittelgesetzes	14
Interview des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München: 30 Jahre Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte	15
Bernhard Winter: Virtuoses Auslassen	17
Gerrit Hoekman: Rückkehr der weißen Wut. In Belgiens Pflegesektor protestieren die Beschäftigten für bessere Arbeitsbedingungen	18
Nadja Rakowitz: Kämpfe im Gesundheitswesen in Griechenland	20
Nadja Rakowitz: Eine feste Größe. Kämpfe für gesetzliche Personalbemessung in NY	22
Franziska Hommes: Die bleibende Bedeutung der sozialen Determinanten von Gesundheit	24
vdä on tour: Von Alt Rehse nach Hadamar	26
Spendenaufruf: Eine Poliklinik für die Veddel	27

Der vdä

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für die Demokratisierung der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein und versucht, Einfluss zu nehmen auf die Gesundheitspolitik.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den neuen vdä-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Eva Pelz, Wulf Dietrich, Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz,
Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 4/2016 ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
Vi.S.d.P. Wulf Dietrich

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Fax 0 61 81 – 49 19 35
Email info@vdaeae.de
Internet www.vdaeae.de

Bankverbindung: Postbank Frankfurt,
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFFXXX

Satz/Layout: Birgit Letsch
Druck: Druckerei Grube

Bilder dieser Ausgabe

Nadja Rakowitz, Wulf Dietrich, Michael
Janßen, Grafiken: Jamila Barra

Wir danken Jamila Barra noch einmal für die wunderbaren Grafiken zum Jubiläum des vdä. Sie dienten als Hintergrund für unsere Samstagabend-Revue bei der Jahreshauptversammlung.

Editorial

Gesundheitspolitisch war 2016 auch ohne große Reformen ein bewegtes Jahr. Insbesondere im stationären Sektor haben die Kämpfe der Beschäftigten orientiert am Beispiel der Charité sowie der Charité Facility Management vorgemacht wie es gehen kann. Die Forderungen nach gesetzlicher Personalbemessung in den durch das Fallpauschalensystem durchökonomisierten Krankenhäusern ist auch für den vdää einer der wichtigsten Hebel in der Auseinandersetzung um eine Verbesserung der Verhältnisse im Krankenhaussektor. Die Positionen des vdää finden in diesen Fragen zunehmend positive Resonanz unter Beschäftigten ebenso wie unter Studierenden. Die mediale Präsenz des vdää ist in 2016 weiter gewachsen, wie unsere regelmäßige Präsenz in überregionalen Medien und TV-Beiträgen auch jenseits des Themas Krankenhaus zeigt. Insofern lassen trotz der schwierigen politischen Großwetterlage die Entwicklungen innerhalb des vdää auch in diesem Jahr wieder zuversichtlich stimmen. Wir verzeichnen weiterhin einen Anstieg der Mitgliedszahlen, insbesondere aus den Jahrgängen der Studierenden und BerufseinsteigerInnen. Die Jahreshauptversammlung von 11. bis 13. November in Frankfurt am Main hat uns nochmal deutlich vor Augen geführt, dass diese zunehmend breite Altersspanne in der Mitgliedschaft eine Inspiration für Jung und Alt ist und hat deshalb vor allem eines: Spaß gemacht.

Weniger Spaß hat über weite Strecken die politische Großwetterlage des endenden Jahres gemacht. Bereits der Jahresauftakt 2016 schien wenig Gutes zu verheißen: Die sexuelle Gewalt in der »Kölner Silvesternacht« wirkt als Brandbeschleuniger der rassistischen Hetze gegen Geflüchtete, in der Folge kommt es zu weiteren Asylrechtsverschärfungen. Im Februar lässt die WHO wegen der schnellen Ausbreitung des Zika-Virus den Gesundheitsnotfall ausrufen. Der Bürgerkrieg in Syrien eskaliert weiter mit der Bombardierung von Schulen und Krankenhäusern. Der Wahlkampf zwischen Clinton und Trump bleibt seit dem »Super Tuesday« am 1. März für den Rest des Jahres eines der breitesten Themen in der Medienlandschaft.

Bei den Landtagswahlen in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt erreicht die AFD aus dem Stand beunruhigende 15,1 Prozent, 12,6 Prozent bzw. 24,3 Prozent. Das britische Referendum zum sogenannten »Brexit« im Juni führte vor, wie weit der bereits mit der von Deutschland vorangetriebenen Austeritätspolitik manifest gewordene Dissoziationsprozess der EU inzwischen fortgeschritten ist. In Belgien, Deutschland und Frankreich ereigneten sich am 22. März sowie zwischen dem 14. und 26. Juli fünf islamistische Terroranschläge bzw. Amokläufe, die viele Opfer forderten und große mediale Aufmerksamkeit erfuhren:



Mehrere Anschläge in Brüssel, Nizza, bei Würzburg, Ansbach sowie in Saint-Étienne-du-Rouvray. Geringer fällt die öffentliche Wahrnehmung für die massive Zunahme des rechtsextremistischen Terrors in der BRD in 2016 aus: Blutiger Höhepunkt rechtsextremistischen Terrors war der Amoklauf in München am 22. Juli mit neun Toten. Im Lauf des Jahres vervielfachten sich Gewalttaten gegen Geflüchtete, Unterkünfte, Drohungen, Steinwürfe, Brandanschläge und Körperverletzungen gegenüber den Vorjahren. Wie auch beim NSU-Terror bagatellisieren staatliche Organe zu häufig die rechte Gewalt oder benennen sie erst gar nicht als solche. Dementsprechend setzte sich auch das Mauern, Vertuschen und Verleugnen der staatlichen Behörden, insbesondere der Verfassungsschutzämter, im NSU Prozess 2016 fort.

Trotz eines schmutzigen Deals mit der EU auf dem Rücken der Geflüchteten in der Ägäis, der die Türkei außenpolitisch eine wichtige, aus humanitärer Sicht zwielichtige Rolle hievt, destabilisiert sich das Land in 2016 kontinuierlich. Mindestens sechs Bombenanschläge erschüttern die Türkei im Lauf des Jahres. Nach einem Putschversuch im Juli wird der Notstand ausgerufen und eine anhaltende Welle der Einschränkung bürgerlicher Rechte, Repressalien gegen KurdInnen und Oppositionelle geht durch das Land. Trotz des – für viele überraschenden – Ergebnisses der Präsidentschaftswahl in den Vereinigten Staaten am 8. November dürfte sich bei einigen die Erleichterung darüber eingestellt haben, dass die Omnipräsenz des Themas in der Berichterstattung nun hoffentlich nachlassen wird. In Bayern vermag das Ergebnis ohnehin kaum zu schockieren, sind wir es doch gewohnt, dass polternde Horrorclowns seit Jahrzehnten die Wahlen im Freistaat gewinnen.

Ich wünsche Ihnen bzw. Euch eine interessante Lektüre der vorliegenden Ausgabe und einen guten Rutsch in ein kämpferisches 2017.

Jünger als vor zehn Jahren!

Jahreshauptversammlung des vdä – 30 Jahre vdä

Im November 1986 wurde der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte in Frankfurt/Main gegründet. Er wurde also dieses Jahr 30 Jahre alt. Grund genug, das bei der Jahreshauptversammlung in Frankfurt entsprechend zu begehen – also einen kritischen Rückblick zu machen, einen Blick in die Zukunft zu wagen und zu feiern...

Zu feiern hat der vdä nicht nur seine Geschichte, sondern auch die Tatsache, dass er es geschafft hat, sich in den letzten Jahren massiv zu verjüngen. Ein Vergleich sei hier erlaubt: Zu der 20-Jahr-Feier im Rahmen der Jahreshauptversammlung 2006 kamen ca. 40 TeilnehmerInnen, davon exakt einer (!), der jünger als 30 Jahre alt war. Dieses Jahr kamen 120 TeilnehmerInnen, davon 55 Studierende und zehn BerufsanfängerInnen. Die meisten anderen TeilnehmerInnen waren um die 60 Jahre oder älter. Der vdä erlebt also gerade einen sehr erfreulichen Generationswechsel, um den ihn sicher manche andere linke Organisation mit ähnlichem Gründungsdatum beneidet. Das Programm der Wochenendtagung sollte diesen Entwicklungen auch Rechnung tragen.

Ein Kaleidoskop von Perspektiven

Am Freitagabend wollten wir allerdings zunächst mit einem Vortrag von Hans-Ulrich Deppe über »*Demokratische Medizin als soziale Bewegung*« die Entstehungsgeschichte des vdä erinnern. Uli Deppe stellte 7 Thesen zur Demokratischen Medizin, von denen keine überholt ist – im Gegenteil. Der Kampf gegen die Kommerzialisierung und die Klassenmedizin, der schon vor 30 Jahren auf der Agenda stand, ist heute wichtiger denn je.

Anschließend hatten wir ein Pecha Kucha vorbereitet, bei dem AKTivistInnen aus befreundeten Organisationen den Blick in die Zukunft der Gesundheitsbewegung richten sollten. Ein Pecha Kucha-Vortrag besteht aus einer PPT-Präsentation, bei der jedes Bild die gleiche Zeit lang zu sehen ist (die Bilder wechseln automatisch, der Vortragende hat keinen Einfluss darauf) und bei der jeder Redner und jede Rednerin die exakt gleiche Redezeit hat, so dass eine Reihe von kurzen Inputs ein

Kaleidoskop an Perspektiven oder Ansichten aufzeigt. Dazu hatten wir folgende ReferentInnen eingeladen: Christiane Fischer von *MEZIS – Mein Essen zähl ich selbst*, Peter Friemelt vom *Gesundheitsladen München*, Kalle Kunkel von *ver.di Berlin-Brandenburg*, Matthias Jochheim von der *IPPNW*, Anne Jung von *medico international* und Pola Neuling von den *Kritischen Mediziner*innen, Berlin*. Es war ein ausgesprochen kurzweiliger Abend und die ReferentInnen haben die didaktische Herausforderung in der eigenen sportlichen und auch witzigen Weise gemeistert. Sehr klar wurde an diesem Abend, mit welcher Deutlichkeit hier die Ökonomisierung des Gesundheitswesens kritisiert wird. Wie von selbst ergab sich der Bogen zur Radikalität der Anfangszeiten der kritischen Gesundheitsbewegung, von der Uli Deppe gesprochen hatte. Allerdings nicht ohne – sonst wäre es nicht der vdä – eine Portion der Kritik: Peter Friemelt hielt uns vor, dass das Ziel der Demokratisierung des Gesundheitswesens als berufsgruppenübergreifende Perspektive ein bisschen in den Hintergrund getreten sei über die Jahre. Dem stellte dann Pola Neuling aus Sicht der *Kritischen Mediziner*innen* eine kämpferische Zukunft gegenüber, in der sie den vdä als Ort und Kooperationspartner sieht. Wohl denn! Schnallt Euch an, wir gehen kämpferischen Zeiten entgegen!

Zukunft der Krankenhäuser und Kritik an der Pharmaindustrie

Die Veranstaltung Samstag und Sonntag fand im Studierendenhaus auf dem alten, geschichtsträchtigen Gelände der Frankfurter Universität, eine der Wiegen der Studentenbewegung, statt. Am Samstagvormittag gab es drei Panels. Zuerst diskutierten Peter Hoffmann aus dem Vorstand des vdä und Grit Wolf, eine Krankenschwester und Mitglied ver.di Betriebsgruppe an der Charité/Berlin über das Thema: »Nur Widerstand hilft. Zur Zukunft der Krankenhäuser«. Peter Hoffmann erläuterte kurz die Folgen der Finanzierung der Krankenhäuser durch DRG und die Konsequenzen, die der vdä und auch das *Bündnis Krankenhaus statt*

Fabrik daraus ziehen. Und Grit Wolf berichtete über den erfolgreichen Streik für mehr Personal und über die Voraussetzungen für den Erfolg, nämlich eine Mobilisierung der Beschäftigten und eine Demokratisierung der Tarifarbeit durch so genannte »Tarifberater«, also VertreterInnen von möglichst allen Stationen, die die jeweiligen Gesprächs- und Verhandlungsergebnisse mit den KollegInnen rückkoppeln und nicht unbedingt ver.di-Mitglieder sein müssen.

Auf dem nächsten Panel referierten Gerd Glaeske von der Universität Bremen und Jörg Schaaber von der BUKO Pharmakampagne zu den Machenschaften der Pharmaindustrie. Glaeske ging besonders auf das Problem der Biopharmazeutika, der Preise von Onkologika in Deutschland und den Patentschutz ein. Jörg Schaaber illustrierte die weltwirtschaftliche Bedeutung der internationalen Pharmakonzerne, ihre enorme Profitabilität und ihre global wenig gesundheitsförderlichen Zukunftsstrategien.

Was ist gute Medizin?

Im dritten Panel des Vormittags fragten sich Helmut Hildebrandt vom Projekt Gesundes Kinzigtal aus einer praktischen und David Klemperer von der Technischen Hochschule Regensburg aus einer eher theoretischen Perspektive, was gute Medizin ausmache. Helmut Hildebrandt konnte mit dem seit zehn Jahren arbeitenden intelligenten regionalen Gesundheitsnetzwerk »Gesundes Kinzigtal« ein neues Organisationsmodell des Gesundheitswesens vorstellen, das auf sektorübergreifender Integration, Prävention und einer klugen Versorgungssteuerung basiert. Aus dem zunächst primär von Ärzten getragenen Netz ist ein regionales Gesundheitsnetz geworden mit einer »Verbindung von Gemeinwohl und unternehmerischem Interesse«, das bei der wissenschaftlichen Evaluation beeindruckende Ergebnisse vorweisen kann. David Klemperer versuchte zunächst zu definieren, was gute Medizin ausmacht, um dann »Overuse« und »Underuse« in der Praxis und die dahinter stehenden Denkmuster zu kritisie-



ren. Diese wiederum hängen zusammen mit der Ökonomisierung bzw. Kommerzialisierung des Gesundheitswesens, über die sich dann eine Diskussion entspannt, nach der David Klemperer zu dem Schluss kam, dass wir weiterhin nach überzeugenden Antworten auf das Zuviel an Krankenhausbetten und an Krankenhausleistungen suchen müssen. Zu viele Operationen usw. sind aus seiner Sicht »eine ethische Katastrophe, auf die endlich eine Antwort gefunden werden müsse. In seinen Veröffentlichungen ist der vdää sowohl zu unnötigen IgeLeistungen als auch zur massiven Überversorgung in Krankenhäusern (»In deutschen Krankenhäusern wird systematisch Körperverletzung betrieben und wir Ärzte beteiligen uns daran...« Peter Hoffmann, stellvertretender Vorsitzender des vdää) schon lange auf der Suche nach dieser Antwort.

Vielfältige Workshops

Der Samstagnachmittag war dann den jungen Mitgliedern des vdää und der Arbeit in Workshops vorbehalten. In der ersten Nachmittags-Session teilten wir uns in drei kleinere Gruppen auf und dort fand eine von den jungen Mitgliedern des vdää organisierte Diskussion zwischen den Generationen des vdää in Form eines Fishbowl statt und war in allen Gruppen ausgesprochen lebhaft und fruchtbar.

Danach teilte sich die Gruppe erneut in Workshops zu den Themen »Pharmaindustrie: Preispolitik bei hochpreisigen Arzneimitteln«, »Ärzteopposition heute«, »Ethik: Forschung an nichteinwilligungsfähigen PatientInnen«, »Freihandel und Gesundheit(swesen) international« und »Kämpfe im Gesundheitswesen: Was machen wir, was macht der vdää?«

Die Pause bis zur Abend-Revue zum 30-jährigen Bestehen des vdää nutzten die vielen jungen Leute für ein Netzwerktreffen der Kritischen Medizinstudierenden aus verschiedenen Städten Deutschlands zur Absprache von Kooperationen und weiterer Vernetzung. Gerade unter den Studierenden gibt es inzwischen ein großes linkes kritisches Potential; es gibt Gruppen in Berlin, Frankfurt, Köln, Freiburg, Hamburg, Leipzig und anderen Städten, die tolle und sehr gut besuchte Veranstaltungen machen.

Gelungener Abschluss

Ein Höhepunkt war tatsächlich nach diesem vollgepackten Tag dann die nicht ganz ernst Revue zu 30 Jahren vdää. Von dem zauberhaften Moderatorenteam Bernd Kalvelage und Carina Borzini wurden wir durch einen interessanten und auch sehr witzigen Abend geführt, in dem von Filmeinspielern über Interviews mit wichtigen vdää-VertreterInnen und einem sehr lustigen Quiz »KeineR ist klüger als Claudio Krüger« auch ein Rückblick auf die nicht immer gelungenen Publikationen des vdää geworfen wurden.

Am Sonntag wurde bei der Mitgliederversammlung des vdää ein weiteres Kapitel des vdää-Programms besprochen, das sich mit Flucht und Migration beschäftigt. Fazit: Nach 30 Jahren ist der vdää jünger, kämpferischer und attraktiver als er es vor zehn Jahren war. Das kann ihm so schnell keiner nachmachen!

»Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin« im Abonnement

Die Zeitschrift des vdää ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Studentin oder Student für 10 Euro im Jahr zu abonnieren. Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle: info@vdaae.de

Demokratische Medizin als soziale Bewegung

Thesen von Hans-Ulrich Deppe zur Entstehung und Ideengeschichte des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Zum Auftakt der Jahreshauptversammlung führte Hans-Ulrich Deppe anlässlich des 30jährigen Bestehens des vdää in die Geschichte der kritischen Medizin ein. Wir dokumentieren seinen Vortrag.

Wenn wir heute über die »Zukunft des Gesundheitswesens« sprechen, gilt: Wer über die Zukunft reden will, muss von der Gegenwart ausgehen. Und wer die Gegenwart verstehen will, sollte deren reale Geschichte kennen. Zur Geschichte und Vorgeschichte des vdää gäbe es viel zu sagen. Ich habe mir einige zentrale Punkte herausgegriffen. Diese Punkte sind sicher nicht unbekannt. Ich halte sie für charakteristisch und denke, dass sie besonders zur Einführung in das Gesundheitspolitische Forum geeignet sind.

1. Die Demokratische Medizin ist aus der Kritischen Medizin hervorgegangen

Was ist bzw. war die Kritische Medizin?¹ Die Kritische Medizin entstand im Kontext der Studentenbewegung, die sich als antiautoritäre, sozialistische und antifaschistische Bewegung verstand. Diese Orientierung spiegelt sich auch in der Geschichte des vdää wider.

Nach den tödlichen Schüssen auf den Studenten Benno Ohnesorg während einer Demonstration gegen den Schah von Persien am 2. Juni 1967 in Berlin kam es an nahezu allen Universitäten zur Gründung von »Kritischen Universitäten«. Es entstanden also Alternativen unter dem Dach der existierenden versteinerten Universitäten. Viele Hochschullehrer aus der Nazizeit waren noch immer in Amt und Würden. Die Kritischen Universitäten sollten die Inhalte bearbeiten, die in der offiziellen Lehre bewusst verschwiegen wurden. Diese Bewegung ging von den Gesellschaftswissenschaften aus – insbesondere der Kritischen Theorie, die in Frankfurt mit Theodor W. Adorno und Max Horkheimer stark vertreten war. Sie beeinflusste sehr schnell andere Fakultä-

ten wie die der Juristen, die Psychologen, Pädagogen, auch die Wirtschaftswissenschaftler und die Medizin. In der Medizin fiel sie auf fruchtbaren Boden, da diese besonders autoritär strukturiert war.

Die Medizin unterschied sich allerdings von den anderen Fakultäten. Während die meisten Fakultäten allein an der Universität beheimatet waren, fand in der Medizin die klinische Ausbildung bereits in Einrichtungen der späteren Berufspraxis statt. Der autoritäre Druck² in den Kliniken – insbesondere in Person der Chefärzte – spielte damals eine große Rolle. Heute wird er durch den ökonomischen Druck überlagert bzw. ergänzt.

Also, wie kam es nun zur Kritischen Medizin? Ganz konkret, wie ich es erlebte: Ich hatte mich entschieden nach meinem Medizinstudium, ein Zweitstudium der Soziologie anzugehen. 1967 wurde ich wissenschaftlicher Assistent bei dem Soziologen Werner Hofmann in Marburg. Bei ihm lernte ich politische Ökonomie. Dort suchte mich der Medizinstudent Manfred Braun vom *Sozialistischen Deutschen Studentenbund* (SDS) auf und sagte: Du bist doch Mediziner. Kannst du nicht mit uns einen Arbeitskreis über »Medizin und Gesellschaft« machen? Wir suchten nach Vorbildern in der Weimarer Republik und fanden von dem Medizinhistoriker Henry Sigerist, der 1933 von Leipzig an die Johns Hopkins Universität in Philadelphia emigrieren musste, die Rede, die er kurz nach seiner Ankunft vor Medizinstudenten hielt. Wir übersetzten sie, veröffentlichten sie in den Marburger Blättern und luden damit zu einem Seminar »Soziologie des Krankenhauses« ein. Aus diesem Seminar ist der *Arbeitskreis Kritische Medizin* (AKM) hervorgegangen. Er war sozusagen die Marburger Basisgruppe. Das erste überregionale Treffen

der medizinischen Basisgruppen fand 1969 in Mainz statt.

Es folgte 1973 der legendäre Marburger Kongress »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt«³. Das war in der Zeit, in der das »klassenlose Krankenhaus«⁴ in Hanau geplant wurde und unser Kollege Hans Mausbach mit einem Berufsverbot belegt war. An dem Kongress nahmen etwa 1.800 Mitarbeiter aus allen Bereichen des Gesundheitswesens teil. Darüber hinaus kamen Vertreter der Gewerkschaften, Studenten, Kommunalpolitiker und renommierte Wissenschaftler.

Es wurde über Missstände diskutiert, u.a. über die

- ungleiche regionale Verteilung der niedergelassenen Ärzte,
- Personalmangel in den Krankenhäusern,
- den Einfluss der Pharmaindustrie,
- Widerstand gegen die konservativen bzw. reaktionären Standesorganisationen.

Themen, die uns auch heute noch bekannt vorkommen!

Schon kurz nach diesem Kongress diskutierten wir auch über die Teilnahme an Wahlen zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer. Die Diskussionen fanden statt unter der Überschrift »Marsch durch die Institutionen«. Das war nicht selbstverständlich. Einige hielten das nämlich nicht für revolutionär. Die Beteiligung an den Wahlen wurde nicht sofort realisiert. Erst ab 1976 kam es zu erfolgreichen Kandidaturen in fast allen Landesärztekammern. Es begann in Hessen. Wir waren sozusagen die Blaupause, an der sich viele orientierten. Die Kritische Medizin ist dann als *Demokratische Medizin* in die Kammern eingezogen mit der Parole:

VdÄÄ



2. Demokratische Berufspolitik statt gruppenegoistische Standespolitik⁵

Das Eindringen der Demokratischen Ärzte und Ärztinnen in die Landesärztekammern veränderte die gesundheitspolitische Landschaft. Es verhinderte, dass die Ärzteschaft – wie zuvor – nicht mehr nur mit *einer* konservativen Stimme sprechen konnte. Es gab nun auch Ärzte, die sich von den gruppenegoistischen Zielen der ärztlichen Standespolitik absetzten und dazu in Opposition standen. Dabei ging das solidarische Denken der Demokratischen Ärzte über ihre unmittelbaren Berufsinteressen hinaus. Sie suchten Kontakt zu den nichtärztlichen Mitarbeitern, den Sozialversicherten und ihren Gewerkschaften sowie Patientenorganisationen. Sie organisierten sich selbst in Gewerkschaften. Sie verstanden politische Solidarität berufsübergreifend – und zwar als die Solidarität der abhängig Beschäftigten. Und ihre Absicht war es, deren Interessen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens gegenüber dem Staat und dem Kapital durchzusetzen. Im Gesundheitswesen ging es um strukturelle Reformen mit dem Ziel einer humanen und sozialen medizinischen Versorgung – und es ging zugleich um demokratische Arbeitsbedingungen. Wir dachten dabei u.a. an öffentliche-kommunale Polikliniken. Das war übrigens eine Reizwort für die Standespolitiker und sie forderten uns auf: »Geht doch nach Drüben!«

3. Medizin und Faschismus (Antifaschismus)

Es gab nun auch Ärztinnen und Ärzte, die sich mit der Vergangenheit der Standesorganisationen in der Zeit des Faschismus beschäftigten. Wir waren bereits sensibilisiert durch die Dokumentation des Nürn-

berger Ärzteprozesses von Alexander Mitscherlich⁶, dem Frankfurter Psychoanalytiker. Wir wollten wissen, wie unsere Vorgänger beteiligt waren an Zwangssterilisationen, an der Tötung von Juden und Sozialisten, an der »Ausmerzungen lebensunwerten Lebens« oder an medizinischen Menschenversuchen mit tödlichem Ausgang. Wir sahen darin eine perverse Verachtung des Eids des Hippokrates. Auf den Gesundheitstagen Anfang der 1980er Jahre, an denen jeweils mehrere tausend Gesundheitsarbeiter teilnahmen, haben wir uns ausführlich mit der Medizin im Faschismus beschäftigt.

Nach heftigen Auseinandersetzungen ist es schließlich der kritischen und demokratischen Gesundheitsbewegung gelungen, die Phalanx der hart gesottenen Altnazis in der Ärzteschaft zu brechen. Erstmals gelang es Mitgliedern des vdÄÄ 1987 auf dem Deutschen Ärztetag in Karlsruhe das Thema auf die Tagesordnung zu setzen. Maßgeblich daran beteiligt war übrigens unser Vorsitzender Wulf Dietrich. 1989 hat Ellis Huber dann als Präsident der Landesärztekammer Berlin gegen heftige Widerstände den Deutschen Ärztetag in Berlin, den er ausrichtete, mit der Nazimedizin konfrontiert.

Das Thema hat sich bedauerlicher Weise nicht erledigt! In neuen Kleidern – wie aggressiven rassistischen Ressentiments – taucht es leider heute wieder auf und hat in den letzten Jahren sogar massiv zugenommen.

4. Soziale Frage: Klassenmedizin

In der sozialen Medizin hat es Tradition, danach zu fragen: Verteilen sich die Krankheiten in einer Gesellschaft gleich oder ungleich? Durch zahlreiche empirische Studien – die bis zu Rudolf Virchow⁷ zurückreichen – konnte belegt werden, dass die unteren sozialen Klassen auch heute noch häufiger und schwerer erkranken als die oberen. Als Ursache dafür wird den Arbeits- und Lebensbedingungen besondere Bedeutung beigemessen. Die gleiche Frage stellt sich natürlich auch für die Behandlung von Krankheiten. Das kommt besonders in der Spaltung der Versorgung in Privatpatienten und Kassenpatienten zum Ausdruck. Bernd Kalvelage⁸ hat das eindrucksvoll wieder für die heutige Zeit nachgewiesen und mit persönlichen Erfahrungen aus seiner Praxis unterlegt. Dies unterstützt die These, dass der Umgang

mit Krankheit und Gesundheit in einer Klassengesellschaft auch von den Gesetzen und Regeln einer Klassengesellschaft geprägt wird. Und diese Regeln folgen im Kapitalismus den Bedingungen der Akkumulation von Kapital.

Das betrifft freilich die Gesellschaft insgesamt und wird aktuell an der Polarisierung der Gesellschaft sowie der Prekarisierung der Arbeitswelt sichtbar. Aber deutlich wird das heute auch bei uns in der Krankenversorgung an den exorbitanten Profiten der Pharma- und Geräteindustrie, bei Operationen von Hüft- und Kniegelenken (bei denen im Hintergrund möglicherweise Boni eine Rolle spielen!) oder bei der Anwendung von IgeLeistungen – alles immer wiederkehrende Kritikpunkte der demokratischen Medizin. Diese Kritik ging von dem Grundsatz aus, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist und nicht der Kommerzialisierung preisgegeben werden darf.

5. Gesundheit:

Menschenrecht statt Kommerzialisierung

Das, was wir heute in der Krankenversorgung erleben, ist eine nicht mehr zu kontrollierende Kommerzialisierung der Medizin.⁹ Der Neoliberalismus ist inzwischen auch hier voll angekommen und hat der Profitmaximierung einen neuen lukrativen Markt erschlossen. Ärztliches Handeln wird immer mehr zur Ware bzw. zu einer kommerziellen Dienstleistung. Nicht mehr der medizinische Bedarf sondern der ökonomische Profit der Leistungsanbieter bestimmt weitgehend die Regeln der Krankenversorgung, ob im Krankenhaus durch die DRG und Privatisierungen oder die IgeLeistungen in der Praxis. Die Verbetriebswirtschaftlichung des Umgangs mit kranken Menschen zerstört den hippokratischen Eid vollends. Dem widersetzt sich die demokratische Medizin seit ihren Anfängen. Als Ziel vertritt sie nämlich das Grundrecht eines jeden Menschen auf »Wohlbefinden« und einen »bestmöglichen Gesundheitszustand« und zwar in Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation. Sie kämpft deshalb auch mit der IPPNW gegen die Gefahren eines Atomkriegs und unterstützt soziale Bewegungen zur Durchsetzung der Menschenrechte.

6. Internationales

Das Menschenrecht Gesundheit lässt sich natürlich nicht auf ein Land oder eine Region beschränken – es sei denn chauvinistisches Denken bestimmt die Richtung. Menschenrechte haben internationale Geltung. Sie gelten für Bangladesch ebenso wie für die USA. Wir wissen jedoch, dass das Menschenrecht auf Gesundheit – wie andere Menschenrechte auch – in vielen Regionen unseres Globus mit Füßen getreten werden – ob das bei den sozialen Ursachen von Krankheiten oder bei der desaströsen medizinischen Versorgung geschieht. Immer wieder überziehen alte und neue Epidemien die armen Länder, obwohl sie unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten heute eingedämmt oder ausgerottet werden könnten. Die meisten der dort lebenden Menschen haben keinen Zugang zu einem funktionierenden Gesundheitssystem. Die Medikamente sind häufig überteuert und nicht bezahlbar. Die Pharmaindustrie verteidigt ihre Patente vehement gegen Menschenrechte und nimmt den Tod von vielen Menschen in Kauf! Und die reichen Länder profitieren von medizinischen Fachkräften aus den armen Ländern, indem sie sie als »Lückenfüßer« importieren. Das sind alles Themen, die keineswegs neu aber immer noch wichtig sind. Sie gehören zum Kern von Demokratischer Medizin und werden von *medico international* schon lange bearbeitet. Der vdää fühlt sich deshalb *medico*, das übrigens auch aus der Studentenbewegung hervorgegangen ist, eng verbunden.

7. Kernpunkte einer Demokratischen Medizin¹⁰

Als Kernpunkte einer Demokratischen Medizin werden weltweit immer wieder genannt und sollten in der Zukunft nicht vernachlässigt werden:

- Die Gesundheitsförderung wird ausgebaut, ohne die Krankenversorgung zu vernachlässigen.
- Die Krankenversorgung ist alleine am medizinischen Bedarf auszurichten und nicht an kommerziellen Interessen.
- Die gesamte Bevölkerung hat freien Zugang zur medizinischen Versorgung.
- Die medizinischen Leistungen sind für alle gleich, unabhängig von den individuellen finanziellen Möglichkeiten.
- Die Finanzierung erfolgt solidarisch und sozial gerecht in Form von Steuern oder Beiträgen.
- Patientinnen und Patienten sind als soziale Subjekte in der Krankenversorgung anzuerkennen.

Solche Kernpunkte haben universellen Charakter¹¹. Sie richten sich gegen die Unterwerfung der Krankenversorgung unter die Gesetze des globalen Marktes und stehen für eine Absicherung des sozialen Risikos Krankheit durch die solidarische Bereitstellung öffentlicher Güter. Sie demonstrieren, dass das Prinzip der Solidarität als Alternative zur Kommerzialisierung der Krankenversorgung möglich ist. Und deshalb lohnt es sich auch, dafür zu kämpfen.

Mit einem Zitat aus meinem Eröffnungsvortrag auf dem Gründungskongress des vdää am 8. November 1986 möchte ich schließen. Hier heißt es: »Die Gesundheitsbewegung wendet sich gegen soziale Ungleichheit und kommerzielle Interessen im Gesundheitswesen. Sie geht davon aus, dass Kranke in der Stunde der Not ein Recht auf gleiche Versorgung haben und dass das Geschäft mit der Krankheit einzustellen ist: Die Privatisierung wird deshalb grundsätzlich abgelehnt.«¹² Das ist – wie ich meine – auch heute noch, 30 Jahre danach nicht zu korrigieren!

- 1 Hagen Kühn: »Kritische Medizin«, in: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 49, Hamburg 2014, S. 141-156
- 2 Zur Disziplinierung von Hans Mausbach siehe: Hans-Ulrich Deppe: »Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar«, Frankfurt 1987, S. 180f.
- 3 Der Kongress ist dokumentiert in: Hans-Ulrich Deppe u.a. (Hrsg.): »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt«, Köln 1973
- 4 Hans See: »Die Gesellschaft und ihre Kranken oder Brauchen wir das klassenlose Krankenhaus«, Hamburg 1973, S. 224-246
- 5 Winfried Beck: »Nicht standesgemäß«, Frankfurt a.M. 2003; vdää: »Gute Medizin braucht Politik. Programmatische Grundlagen des vdää«, Maintal 2012, S. 10
- 6 Alexander Mitscherlich / Fred Mielke: »Medizin ohne Menschlichkeit, Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses«, Frankfurt 1960
- 7 Rudolf Virchow: »Die Not im Spessart. Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie«, Darmstadt 1968
- 8 Bernd Kalvelage: »Klassenmedizin. Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst«, Berlin 2014
- 9 Hans-Ulrich Deppe: »Zur Kommerzialisierung der Krankenversorgung – Solidarische Alternativen sind möglich!«, Diskussionspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie 2011-1, April 2011; www.uni-frankfurt.de/60470505/Deppe
- 10 Ebenda, S. 76; vgl. auch vdää: »Gute Medizin braucht Politik. Programmatische Grundlagen des vdää«, Maintal 2012
- 11 Hans-Ulrich Deppe: »A situacao atual e as perspectivas dos sistemas universais de saúde«, Saude em Debate (Rio de Janeiro), 29, 2005, S. 365-370
- 12 Hans-Ulrich Deppe: »Gesundheitspolitik, Ärztepolitik und Gesundheitsbewegung«, Eröffnungreferat auf dem Gründungskongress des vdää, in: Demokratisches Gesundheitswesen, Heft 12, 1986 und Heft 1, 1987 (besonders S. 20); ders.: »Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen, Frankfurt 1996, S. 49

Schafft zwei, drei viele Charités...

Nadja Rakowitz über die Kämpfe um einen Tarifvertrag Entlastung

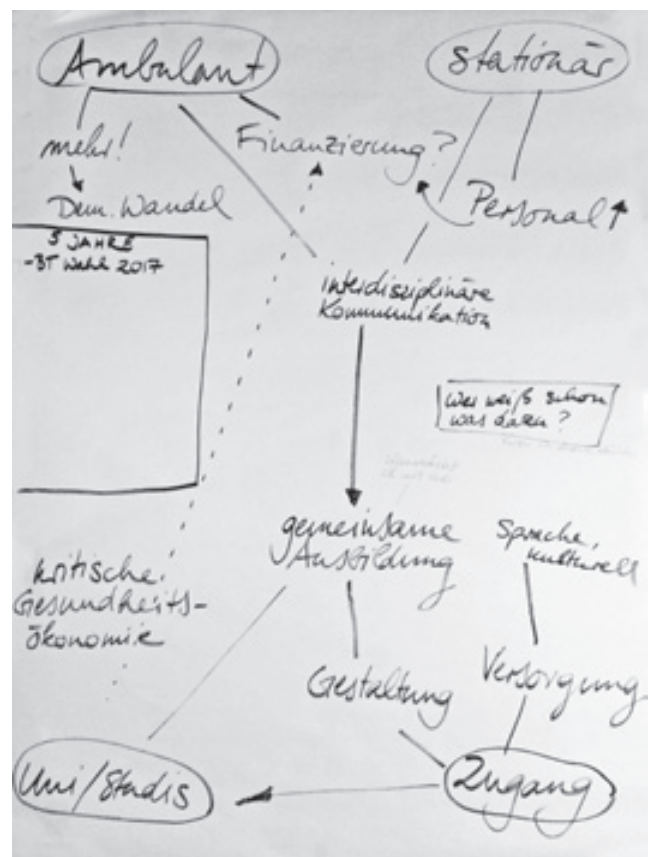
Von den Tarifverhandlungen und dem Streik für mehr Personal an der Berliner Charité haben wir in Gesundheit braucht Politik Nr. 2/2015 ausführlich berichtet, denn er war in vielen Hinsichten innovativ. Dort wurde das Streik-Konzept der Stations- und Bettenschließung erfolgreich angewandt. Und es gelang auch, die Tarifverhandlungen zu demokratisieren, indem möglichst von jeder Station ein Tarifberater oder eine Tarifberaterin benannt wurde, die über jeden Schritt der Verhandlungen Rücksprache mit dem Team hielt und nach Kritik oder Unterstützung fragte. Außerdem zeigte der Streik auch die Bedeutung eines Unterstützungs-Bündnisses aus der Bevölkerung (»Berlinerinnen und Berliner für mehr Personal im Krankenhaus«).

Seit Herbst 2015 stellen wir eine erfreulich offensive Entwicklung bezüglich der gesundheitspolitischen Position bei ver.di im Apparat aber vor allem in den Krankenhäusern fest. Die Charité-Auseinandersetzung war die Initialzündung für etwas, was »Flächenbrand« zu nennen zu pejorativ klänge. Festzuhalten ist aber, dass sich in der ganzen Republik nun Beschäftigte auf den Weg machen, ebenfalls einen »Tarifvertrag Entlastung« durchzusetzen, also für mehr Personal zu kämpfen. Offiziell haben sie dafür auch die Rückendeckung des ver.di-Bundesvorstands. Im Saarland, bei Vivantes in Berlin, in vielen Krankenhäusern in Norddeutschland, in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und NRW sind Bewegungen im Gange.

Beflügelt wurde das Ganze schon zu Beginn des Jahres dadurch, dass der Tarifvertrag über Gesundheitsschutz und Mindestbesetzung im Krankenhaus an der Charité am 28. April unterzeichnet wurde – der erste dieser Art. Der lange Streik war also erfolgreich, auch wenn es in der Umsetzung – wie uns berichtet wird – im Moment ziemlich hakt. Deutlich ist inzwischen auch, dass es bei den Kämpfen um einen Tarifvertrag Entlastung um mehr als einen Tarifvertrag geht, denn in der Konsequenz greifen diese die Krankenhaus-Finanzierungslogik an, die allerdings auf politischer und Bundesebene verändert werden muss. Es geht aber nicht nur ein Signal an die Politik aus von diesem Vertrag, sondern auch an die Beschäftigten in den anderen Krankenhäusern. Wie sehr der Charité-Erfolg ermutigt, zeigte sich an den zwei Warnstreiktagen im Rahmen der Tarifverhandlungen zum TVöD im April dieses Jahres. In mehreren Krankenhäusern in Deutschland wurden die beiden Tage gewissermaßen für Testläufe genutzt, die Streikmethoden der Charité – nämlich Betten- und Stationsschließungen – auszuprobieren und sich so vorzubereiten auf die Auseinandersetzungen um einen Entlastungstarifvertrag, die nun anstehen. Das Signal haben inzwischen aber auch die Arbeitgeber verstanden und sie reagierten im April zum Teil mit massiver Härte auf die angekündigten Betten- und/oder Stationsschließungen, für die eine Notdienstvereinbarung unabdingbare Voraussetzung ist. An der Charité hatte man sich darauf verständigt, Stationsschließungen sieben Tage vorher anzumelden, Bettenschließungen drei Tage vorher, und einen Notdienst selbstverständlich aufrecht zu erhalten. Die Streikleitung musste jederzeit gewährleisten können, dass in einem Notfall das nötige Personal sofort wieder an die Arbeit geht. Diese Strategie hat sich als sehr sinnvoll erwiesen und den Beschäftigten die Last genommen, Schaden für PatientInnen zu riskieren. Im Gegenteil: Die Beschäftigten können mit gutem

Grund argumentieren, dass die »Normalbesetzung« des Krankenhausaltags eine Gefahr für die PatientInnen darstellt, nicht aber der Streik.

Den Beschäftigten im Klinikum Augsburg, der Hessing Stiftung, der Kreisklinik Günzburg und den Kliniken Donauwörth und Nördlingen ist es gelungen, eine Notdienstvereinbarung durchzusetzen und auf diese Weise eine Station und viele Betten leerzuräumen, 900 KollegInnen zum Streiken zu bewegen und so massiven ökonomischen Schaden anzurichten. Die Beschäftigten bestimmten auch TarifberaterInnen, und selbst die Idee der Streik-Uni verwirklichten sie an den zwei Warnstreiktagen mit über hun-



Ergebnis des Workshops »Kämpfe im Gesundheitswesen«

dert TeilnehmerInnen. Selbstbewusst sehen die KollegInnen nun der angekündigten Auseinandersetzung über einen Tarifvertrag zur Entlastung entgegen... (Vgl. Presseinformation des ver.di-Bezirks Augsburg vom 27. April 2016) Anders, nämlich konfrontativ, reagierten die Arbeitgeber z.B. bei Vivantes in Berlin: Sie verweigerten eine Notdienstvereinbarung, stritten sich mit ver.di, wie die medizinische Betreuung in den Krankenhäusern während des angekündigten Warnstreiks ablaufen sollte, und sprachen Zwangspflichten für manche KollegInnen aus. Dennoch gab es in mehreren Standorten Betten- und Stationsschließungen: Im Urban-Krankenhaus, in Neukölln und im Friedrichshainklinikum wurden Streik-Unis organisiert mit reger Beteiligung trotz zum Teil äußerst unangenehmen Wetters. Eines wurde dort auf jeden Fall klar: Die KollegInnen sind hochmotiviert und sehr streiklustig. Dazu unten mehr. Ähnlich hart agierten die Arbeitgeber im April in der parallel laufenden Tarifrunde zwischen ver.di und dem Krankenhausarbeitsgeberverband Hamburg (KAH): 39 Asklepios-Beschäftigte erhielten Abmahnungen (mit Kündigungsandrohung), weil sie sich an Warnstreiks am 21. April beteiligt hatten, obwohl sie vor dem Warnstreik vom Arbeitgeber für den Notdienst bestellt worden waren.



Nach Gewerkschaftsangaben haben rund 1.600 MitarbeiterInnen teilgenommen. Auch die Arbeitgeber im Saarland haben gemerkt, was die Stunde geschlagen hat. Nachdem dort von ver.di angekündigt wurde, dass in diesem Jahr alle 21 Kliniken des Saarlandes gemeinsam in eine Auseinandersetzung für einen Tarifvertrag Entlastung gehen werden, hatten die Warnstreiks im Saarland zum Teil eine ungewöhnliche Schärfe auf Seiten der Arbeitgeber ausgelöst. In acht Kliniken traten Beschäftigte den Warnstreik an, die meisten auch mit Notdienstvereinbarung. Aber die Leitung des Klinikums auf dem Saarbrücker Winterberg hatte sich geweigert, eine Notdienst-Vereinbarung zu unterzeichnen und dann für Empörung gesorgt, weil sie zur Aufrechterhaltung eines Notdienstes streikwillige MitarbeiterInnen zur Arbeit verpflichtet hat.

Lange Zeit hatte ver.di auf eine gesetzliche Personalbemessung gesetzt, die sie politisch durchzusetzen versuchte: mit einer Petition und einer Anhörung im Bundestag im November 2015 wollte man Druck machen. Nachdem die Hoffnungen auf ein Gesetz nicht erfüllt wurden und das Pflegestellenförderprogramm der Bundesregierung mit im Schnitt nur 3,5 Stellen mehr pro Haus lächerlich ist, bleibt die politische Forderung zwar bestehen, aber der Druck soll nun aus den Betrieben kommen – über viele solcher Tarifverträge wie der an der Charité.

Solche Auseinandersetzungen vorzubereiten, hat nun dieses Jahr gekostet, aber jetzt scheint es konkret zu werden: Im Saarland hat ver.di am 14. November alle 21 Krankenhäuser des Landes zu Verhandlungen über einen Entlastungstarifvertrag aufgefordert. »Die Gewerkschaft fordert mehr Personal, verlässliche Arbeitszeiten und einen Belastungsausgleich. Die Aufforderung an die saarländischen Arbeitgeber bildet den Auftakt für eine bundesweite Tarifbewegung, die alle Träger umfasst – gleich, ob öffentlich, freigemeinnützig, konfessionell oder privat«, so ein Vertreter von ver.di am 9. Dezember gegenüber dem Neuen Deutschland¹. Kurz darauf stellte sich der DGB im Saarland mit einem »Beistandspakt« hinter das Vorhaben, d.h. KollegInnen aus anderen Branchen und Gewerkschaften solidarisieren sich mit den kämpfenden Beschäftigten der Krankenhäuser. Man kann sich schon jetzt auf schöne Bilder freuen von Stahlwerkskumpeln aus Völklingen vor den Krankenhäusern in Saarbrücken...

Konkrete Schritte in Richtung Entlastungstarifvertrag gibt es nicht nur im Saarland, sondern auch in Berlin-Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Hessen. Auf der Auftaktkonferenz für Berlin und Brandenburg am 1. November kamen Kollegen aus 20 Krankenhäusern zusammen. Man erwarte harte Auseinandersetzungen, hieß es dort. Und: »Nur dort, wo wir streiken können, sind Verhandlungen auf Augenhöhe und die Durchsetzung guter Standards möglich«. In Bayern gab es eine Kick-Off-Konferenz am 25. November, in Hessen bereits Ende September. (Vgl. ND, 7 Dezember 2016) In Nordrhein-Westfalen gab es seit Mitte November erste Informationsveranstaltungen zum Tarifvertrag »Entlastung« in verschiedenen Städten. Lt. ND sind 300 Menschen aus fast 100 Krankenhäusern zu den Veranstaltungen gekommen. »Etwa die Hälfte kam aus kirchlichen Krankenhäusern«, erklärt Jan von Hagen, der zuständige ver.di Sekretär in NRW. (Ebd.) Gerade die kirchlichen Krankenhäuser sind die Gewerkschaft eine besondere Herausforderung. Arbeitskämpfe und eine gewerkschaftliche Verankerung haben dort oft wenig Tradition. Das zeigt sich auch als große Schwierigkeit im Saarland. Und auch im Saarland wird die Unternehmensseite nicht so einfach zu Verhandlungen zu bewegen sein. »Wir bereiten uns darauf vor, im Januar auf einer Streikkonferenz über das weitere Vorgehen zu beraten. Dafür soll aus jedem Team ein Kollege bestimmt werden, der streikt und an dieser Versammlung teilnimmt«, so Michael Quetting, ver.di-Sekretär im Saarland, gegenüber dem ND.

Gute Aussichten?

Im nächsten Jahr wird es in den Krankenhäusern Auseinandersetzungen geben, wie wir sie noch vor kurzem nicht für möglich gehalten hätten, weil wir sie der Pflege nicht zugetraut hätten – und sie sich selbst auch nicht. Wir erleben bei den nichtärztlichen Beschäftigten einen erfreulichen Prozess der kollektiven Selbstermächtigung, der immense politische Bedeutung hat, denn er greift in vielerlei Hinsicht den Neoliberalismus an: Mit der

Forderung nach einer richtigen Personalquote werden materiale Kriterien in die gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Debatte eingebracht, die den (neoliberalen) betriebswirtschaftlichen Effizienzkriterien zuwiderlaufen. Mit den sich überall herausbildenden Tarifberaterstrukturen werden Tarifverhandlungen demokratisiert und wird Gewerkschaftsarbeit aktiviert. Und nicht zuletzt mit der Idee, »Streik-Unis« während der Streiks zu machen, wird ein Bedürfnis nach Bildung und Aufklärung artikuliert und be-

dient, das der Emanzipation der Beteiligten nicht abträglich sein wird. Inzwischen fordern überall in der Republik Klinikbeschäftigte mehr Kollegen. Das Charité-Virus verbreitet sich an deutschen Krankenhäusern. Es wird Zeit, dass auch die ÄrztInnen sich in diesen Auseinandersetzungen zu Wort melden und praktisch aktiv werden.

1 »Das Charité-Virus geht um«, Neues Deutschland vom 9. Dezember 2016

»Das ganze System ist krank«

Interview mit dem Saarbrücker Klinikseelsorger Hermann-Josef Mayers*

Die Personalnot in den Krankenhäusern hat ihre Ursache in einer großen »Ökonomisierungshysterie«, glaubt der katholische Klinikseelsorger Hermann-Josef Mayers. Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten habe Angst, dagegen aufzubegehren. Mayers fordert ein radikales Umdenken in der Gesundheitspolitik – und geht auch mit den kirchlichen Klinikträgern hart ins Gericht. Das haben diese ihm übel und ihn nun härter an die Kandare genommen: Bei einer Veranstaltung des »Saarbrücker Appells für mehr Pflegepersonal« am 29. November war er als Referent angekündigt, ließ dort dann aber ein Email verlesen, in dem er zwar kein Wort dieses Interviews zurücknahm, aber durchblicken ließ, dass es momentan besser sei, nicht zu diesem Thema öffentlich aufzutreten. Wir dokumentieren ein Interview aus der Saarbrücker Zeitung vom 1. September 2016, das der SZ-Redakteur Daniel Kirch geführt hat.

Herr Mayers, wie bewerten Sie aus Ihrer Erfahrung als Klinikseelsorger die Situation der Pflegekräfte in den Kliniken?

Mayers: Die Situation der Pflege am Krankenbett ist katastrophal. Die Gesundheitsreformen der vergangenen 20 Jahre haben dazu geführt, dass wir heute mit Minimalbesetzung am Krankenbett pflegen. Auf dem Rücken der Schwestern und Pfleger wird ein radikales Spardiktat ausgetragen. Damit wird ein ganzer Berufsstand kaputtgemacht, physisch wie psychisch. Dauerhaft über die eigene Leistungsgrenze gehen zu müssen, kann nur krank machen. Das ganze System ist krank.

Wo fehlt es konkret?

Mayers: Wenn alte, immobile Patienten im Bett nicht mehr regelmäßig gelagert werden können, weil niemand mehr da ist, der es macht, dann nimmt man damit eine Schädigung des Patienten in Kauf.

Wenn demente Patienten stundenlang im Pflegestuhl auf dem Flur sitzen müssen, weil sie nicht anders beaufsichtigt werden können, dann ist das beschämend. Wenn nötige Infusionen nicht laufen, weil niemand mehr da ist, der sie anhängen kann, dann ist das eine Gefährdung des Patientenwohls. Wenn niemand von der Pflege mehr Zeit hat, einen sterbenden Patienten zu begleiten, dann sterben viele alleine. Wenn Pflegenden keine geordnete Freizeit mehr haben und ständig aus »dem Freie« gerufen werden, leiden die notwendige Regeneration und das Familienleben.

Was ist aus Ihrer Sicht die Ursache dieser Fehlentwicklungen?

Mayers: Die Gesundheitsreformen der letzten 20 Jahre sind nicht vom Himmel gefallen. Sie sind das Ergebnis einer Ökonomisierungshysterie, mit der man das Gesundheitswesen reformieren wollte, allein zu dem Zweck, Geld einsparen zu wollen. Man kann nicht in dieser Gesund-

heitswirtschaft arbeiten wie in einer Fabrik. Der Patient ist kein Werkstück, das man bearbeiten und in die Ecke stellen kann. Und die Schwestern und Pfleger sind keine Roboter. Wer aber wie ein Roboter arbeiten soll, macht Fehler.

Wie könnte eine Lösung dieser Probleme aussehen?

Mayers: Die Diskussion der letzten Jahre hat gezeigt, dass kein politischer Wille zu einem Umsteuern vorhanden ist. Die gesetzlich festgelegte Personalbemessung und die dazu notwendige zusätzliche Finanzierung scheint mir die beste Lösung zu sein. Es gibt bislang aber keine politischen Konzepte in Deutschland, wie dem Personalabbau in der Pflege in den Krankenhäusern wirksam entgegengesteuert werden kann. Wir brauchen eine breite gesellschaftliche Diskussion darüber, was uns unsere Gesundheit wert ist und was wir bereit sind, dafür auszugeben.

Im Saarland hat das Sozialministerium gerade einen Pflegepakt für bessere Arbeitsbedingungen ins Leben gerufen.

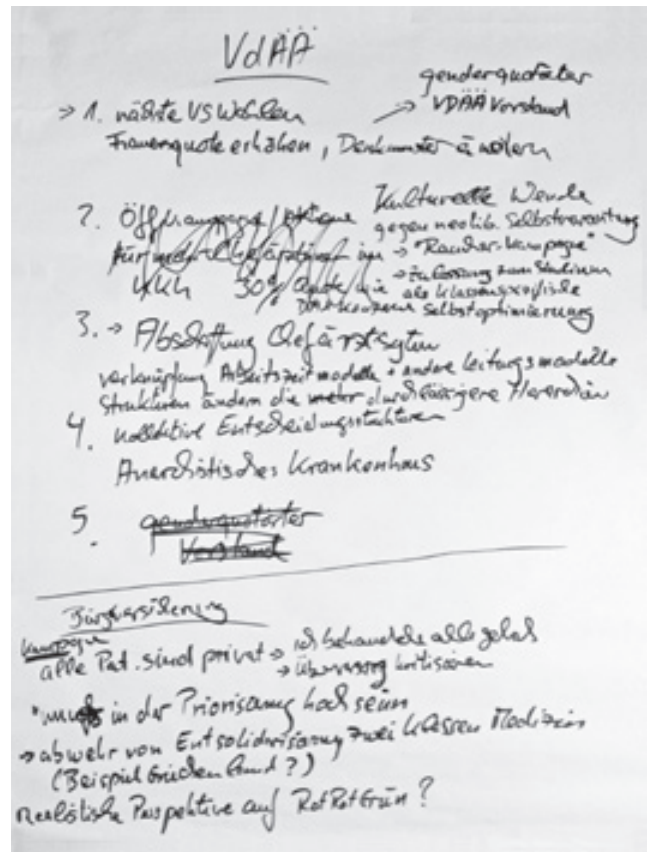
Mayers: Der Pflegepakt macht neue Themenfelder auf wie die generalistische Ausbildung von Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege oder die Etablierung einer Pflegekammer. Man könnte sagen: Das Haus brennt lichterloh und die Feuerwehrleute streiten über die Ausbildung der Feuerwehranwärter oder die Gründung eines Berufsverbandes. Diese Diskussionen bringen uns für eine verbesserte Pflege am Bett kurzfristig gar nichts, wenn nicht mehr Geld in die Hand genommen wird.

Wenn die Missstände wirklich so groß sind, wie Sie sagen, warum ist dann der Widerstand unter den tausenden Pflegekräften an den Kliniken im Saarland nicht viel stärker?

Mayers: Einige wenige trauen sich, die Probleme offen beim Namen zu nennen. Die überwiegende Mehrheit hat Angst aufzugehen. Der Druck, der ihnen von allen Seiten entgegenschlägt, ist viel zu groß. Viele wählen die Flucht in die innere Emigration und schweigen. Viele werden krank in diesem System, viele wählen den Weg der Teilzeitarbeit. Eine Berufsgruppe, die gelernt hat, für andere da zu sein, hat es verlernt, für sich selbst einzustehen.

Die Gewerkschaft ver.di artikuliert die Unzufriedenheit der Beschäftigten vor allem an den Kliniken der Kommunen und der Knappschaft. Wie stellt sich die Situation bei den kirchlichen Krankenhäusern dar?

Mayers: Bislang habe ich keine einzige öffentliche Stellungnahme der kirchlichen Mitarbeitervertretungen gelesen, die die Missstände offen beim Namen nennt. Sie schweigen. Bei den kirchlichen Trägern braucht es eine neue Grundsatzdiskussion über den »dritten Weg«, der diese menschenunwürdigen Arbeitsbedingungen nicht verhindert hat. Die Kirchenleitungen haben die Probleme

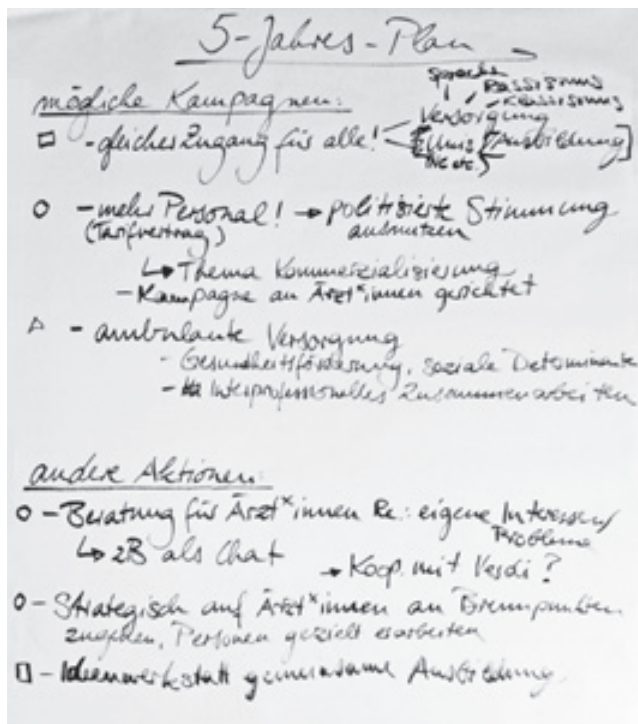


Ergebnis des Workshops »Kämpfe im Gesundheitswesen«

bislang völlig ignoriert, gemäß dem Motto: Es kann nicht sein, was nicht sein darf!

* Hermann-Josef Mayers (57) ist Diplom-Theologe und Pastoralreferent. Er arbeitet seit 14 Jahren als Klinikseelsorger in Saarbrücken, und zwar am Caritas-Klinikum, am Evangelischen Krankenhaus und am Paul-Marien-Hospiz. Seit zehn Jahren ist Mayers zudem Sprecher der katholischen Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger im Saarland. In der Konferenz der katholischen Klinikseelsorger sind die Ökonomisierung des Krankenhausbetriebs und die Auswirkungen auf die Mitarbeiter nach Mayers' Worten bereits seit Jahren das beherrschende Thema. Die Klinikseelsorger hätten daher auch mehrheitlich den von Gewerkschaftern und Arbeitskammer initiierten »Saarbrücker Appell« für mehr Pflegepersonal unterschrieben.

(Quelle: Saarbrücker Zeitung, 1. September 2016)



Ergebnis des Workshops »Kämpfe im Gesundheitswesen«: Wir machen einen 5-Jahres-Plan für den vdäa

AK Krankenhaus-Beschäftigte

Am 15. Januar trifft sich der AK Krankenhaus-Beschäftigte 11:00 – 16:00 Uhr in Berlin in der Seminar-Etage der **Umweltconsulting**, Neckerstraße 5, EG, 12053 Berlin Neukölln (U-Bahnhof: Rathaus Neukölln).

Wir diskutieren entweder die Doppelrolle junger Krankenhaus-ÄrztInnen als Täter und Opfer im betriebswirtschaftlich optimierten Krankenhauses oder die Vorschläge des kürzlich in der Presse beachteten Leopoldina-Papiers der Akademie der Wissenschaften »Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem«.

(Die Entscheidung, was wir machen werden, wird nach Redaktionsschluss erst fallen; bitte in der Geschäftsstelle nachfragen oder auf der Homepage nachsehen)

Bündnis pro Krankenhäuser wohnortnah

Gibt es in Deutschland zu viele Krankenhäuser und zu viele Krankenhausbetten? Zuletzt hat ein Gutachten der Nationalen Akademie der Wissenschaften – Leopoldina in Halle diese Frage mit Ja beantwortet. Auch der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen und der Bertelsmann Stiftung kommen zu diesem Schluss. Und in der Tat ist fraglich, ob wirklich jedes Krankenhaus einen realen Bedarf bedient, da operationalisierbare Kriterien zur Ermittlung des gesellschaftlichen Bedarfs weiterhin fehlen. Für Bürgerinnen und Bürger vor Ort stellt sich diese Frage häufig anders, wenn wohnortnahe Versorgungsstrukturen den sogenannten »Marktaustritt« vollziehen sollen. Das hier vorgestellte »Bündnis pro Krankenhäuser wohnortnah« hat sich durch Vernetzung in der Auseinandersetzung um die Schließung einzelner Krankenhäuser gebildet. Wir dokumentieren exemplarisch das Selbstverständnis des Bündnisses, als Beispiel für beginnende Proteste innerhalb – politisch heterogener – lokaler und regionaler Initiativen, die in einem Heft zu aktuellen Kämpfen im Gesundheitswesen nicht fehlen sollten.

Ursprung

Die Idee, dieses Bündnis zu gründen, ist entstanden, nachdem die »Bürgerinitiative Krankenhaus Emsdetten« (heute: Bürgerinitiative Gesundheitsversorgung Emsdetten) den Kampf um den Erhalt des Klinikums verloren hatte.

Gesundheitsversorgung vor Ort, der öffentliche Gesundheitsdienst mit seinen Versorgungsstrukturen und Prävention, ist eine kommunale Aufgabe. Doch die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen entziehen den Kommunen die Grundlagen, um die Aufgabe auch erfüllen zu können. Gleichzeitig hat sie keinen Einfluss auf eben diese Rahmenbedingungen. So hat bislang jede Kommune windmühlenartig und alleine für ihr jeweiliges Krankenhaus gekämpft.

Überall das gleiche Bild: Demos, Petitionen, Briefaktionen an Ministerpräsidenten, Landräte, Gesundheitsminister und vieles mehr. Geändert hat sich nichts! Die Krankenhäuser wurden geschlossen, werden geschlossen oder zentralisiert.

Zentralisierung verschärft die Probleme der Gesundheitsversorgung

Vor Ort fehlt damit die Notfall- und Grundversorgung. Besonders ältere immobile und sozial schlechter gestellte Menschen leiden darunter. Bei einem geplanten Eingriff kann man eine gewisse Kilometerzahl als Anfahrt in Kauf neh-

men. Doch ältere Menschen, die stürzen, sich einen Bruch zuziehen, die Probleme mit dem Bluthochdruck haben oder dehydriert sind, weil sie zu wenig getrunken haben... – für diese Menschen wird die Zentralisierung der Krankenhausstandorte ein Problem.

Aus diesen Erfahrungen heraus war die logische Konsequenz, ein Bündnis der vielen Initiativen vor Ort zu gründen. Insgesamt haben sich bislang 15 Bürgerinitiativen im ganzen Land über soziale Netzwerke miteinander verbunden. Diese Bürgerinitiativen haben erkannt, dass nur dann etwas erreicht werden kann, wenn die bundesweite Vernetzung gelingt.

Konzepte am Grünen Tisch: Uneinlösbare Versprechungen

Deutschlandweit brechen derzeit die Versorgungsstrukturen weg. 450 Krankenhäuser sollen bundesweit in absehbarer Zeit »vom Markt« genommen werden. Hinzu kommen die vielen Probleme der hausärztlichen Versorgung, die Zentralisierung der hausärztlichen Notdienste und die der sogenannten Terminservicestellen. Sie sollen Facharzt-Termine vermitteln.

Entsprechend sind die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser völlig überlastet. Wen wundert das? Nirgendwo in Deutschland gibt es eine »Rund-um-die-Uhr«-Not-

fallversorgungen ohne Krankenhaus, die sogenannte 24/7-Versorgung. Es fehlt jegliches Konzept, um diesen Problemlagen zu begegnen. Wenn alles zentralisiert wird, zentralisieren sich erfahrungsgemäß auch die Patienten. In der Fläche kommt es hier zwangsläufig zur gesundheitlichen Unterversorgung – vor allem in den ländlichen Regionen. Dies eben auch als Folge der gewollten Zentralisierung auf große Häuser, um Patientenströme zu lenken.

Die Aktivitäten des Bundesbündnis Klinikerhalt

Organisiert wird das Bündnis der Bürgerinitiativen und Fördervereine wohnortnaher Krankenhäuser über das Internet, mit dessen Möglichkeiten für Videokonferenzen, Mailling-Listen, sozialen Netzwerken und sogenannten Internet-Blogs. Das Ziel ist, auf der Ebene der Bürger und Patienten bundesweit die Proteste gegen die Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik zu erhöhen. Mediale Aufmerksamkeit ist natürlich der Grundstein für erfolgreiches Arbeiten in so einer Struktur.



Somit war das Bündnis dabei, als die Krankenhausgesellschaft Niedersachsen in Hannover vor dem Rathaus 180 Betten aufgestellt hat, um im Rahmen einer Pressekonzferenz mit der Ministerin Rundt auf den Investitionsstau aufmerksam zu machen. Als in Köln gegen TTIP und CETA demonstriert wurde, durfte das Bündnis ebenfalls nicht fehlen.

Auf der Gesundheitskonferenz in Wuppertal konnte das Bündnis sein Konzept einer größeren Anzahl an Fachleuten und Politikern präsentieren.

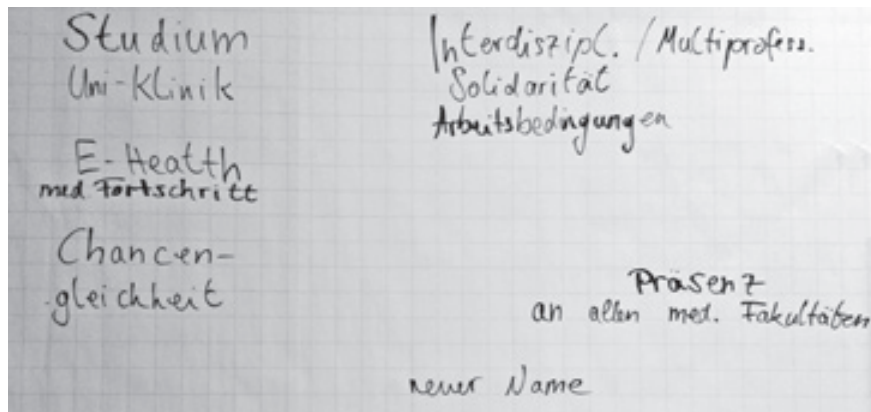
Das Bündnis versendet ständig Briefe an Wirtschaft und Politik, um auf jeweils aktuelle Problematiken hinzuweisen. Wir haben ebenfalls teilgenommen an der WDR-Sendung »Ihre Meinung – Macht uns unser Gesundheitssystem krank?«, moderiert von Bettina Boettinger, bei der u.a. die NRW-Gesundheitsministerin Stefens zu Gast war.

Aktuell steht es an, Wahlprüfsteine an Parteien zu versenden, die an den Wahlen 2017 teilnehmen (Länder und Bund).

Internet macht's möglich

Das »Bündnis pro Krankenhäuser wohnortnah« will dazu beitragen, dass diese vielen Initiativen in Zukunft weniger isoliert agieren. Priorität hat deshalb derzeit die Kontaktaufnahme zu Bürgerinitiativen und Institutionen, die an am gleichen Thema arbeiten, zum Beispiel Fördervereine, Betriebsräte, Mitarbeiter- oder Patientenvertretungen u.a., die aus der Praxis heraus die Fehlentwicklungen der Gesundheitspolitik tagtäglich erleben und auch erleiden. Über die App »Bündnis pro Krankenhäuser wohnortnah« werden Interessierte aktuell über Aktivitäten und Neuigkeiten des Bundesbündnisses informiert.

Mehr Informationen dazu:
www.facebook.com/groups/BuendnisproKrankenhaus/



Ergebnis des Workshops »Kämpfe im Gesundheitswesen«

Sagen Sie Nein

Pressemeldung des vdää zur Abstimmung über die umstrittene Reform des Arzneimittelgesetzes

Maintal 08.11.2016

Am Mittwoch, 9.11.2016, ist die Verabschiedung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines Vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften im Bundestag geplant. Es stehen im Bundestag vier Alternative zur Abstimmung.

Die demokratischen Ärztinnen und Ärzte fordern die Abgeordneten des Deutschen Bundestages eindringlich auf, auf die Verabschiedung dieses Gesetzentwurfes zu verzichten und dem Antrag zuzustimmen, der fremd- und gruppennützige Forschung an erwachsenen Nichteinwilligungsfähigen grundsätzlich verbietet. Es sollte bei der jetzigen rechtlichen Regelung zu Arzneimittelversuchen bleiben.

Denn dieser Entwurf soll gruppennützige Forschung an nicht einwilligungsfähigen, z.B. an Demenz erkrankten Patienten, ermöglichen. Ein potentieller Nutzen für den Patienten besteht bei der Durchführung der Studie nicht. In der öffentlichen Diskussion wird immer die Forschung an demenzkranken Menschen hervorgehoben. Der Gesetzentwurf aber spricht generell von gruppennütziger Forschung an erwachsenen nicht-einwilligungsfähigen Menschen. Theoretisch also werden gruppennützige Studien nicht nur an demenzen Patienten, sondern auch an Menschen im Koma, mit Apoplex oder beatmeten Intensivpatienten möglich werden.

Nicht einwilligungsfähige PatientInnen sollen an klinischen Prüfungen teilneh-

men können, wenn sie in einer Vorabverfügung in einer Zeit, als sie noch einwilligungsfähig waren, ihre Zustimmung zu einer klinischen Prüfung gegeben haben. Zum Zeitpunkt der Prüfung muss auch der gesetzliche Vertreter zustimmen.

In der Vorabverfügung kann nicht geregelt werden, an welcher klinischen Prüfung konkret der Patient teilnehmen soll. Es kann sich hier nur um eine pauschale Zustimmung handeln, wobei die potentiellen ProbandInnen zum Zeitpunkt der Zustimmung gar nicht beurteilen können, ob sie in einem nicht einwilligungsfähigen Zustand einem solchen konkreten Forschungsprojekt zustimmen würden. Da zum Zeitpunkt der Zustimmung das Forschungsprojekt noch gar nicht konkretisiert ist, kann der zustimmende Proband die Risiken und Nebenwirkungen dieses Projektes gar nicht beurteilen. Dies aber ist nach der Deklaration von Helsinki zwingende Voraussetzung für eine rechtskräftige Zustimmung zu klinischen Prüfungen, dem informed consent. Es bleibt abzuwarten, ob eine Ethikkommission einem Forschungsvorhaben mit solch einer pauschalen Zustimmung jemals zustimmen wird.

Selbstverständlich werden auch zukünftig Studien mit eigennützigem Charakter, also Studien, bei denen der Patient einen zumindest potentiellen Nutzen hat, möglich sein.

»Das geplante Vorhaben stellt einen Tabubruch in der medizinischen Ethik dar und könnte zukünftige Aufweichung ethischer Standards bei klinischen Forschungsvorhaben ermöglichen. Darüber hinaus ist bis heute unklar, auf welchem Gebiet überhaupt ein dringender Forschungsbedarf an nicht einwilligungsfähigen Patienten bestehen soll«, so Prof. Dr. Wulf Dietrich, der Vorsitzende des vdää. Bisher gibt es keine bekanntgewordenen Fälle, in denen die Durchführung eines Forschungsvorhabens wegen des Fehlens der Möglichkeit zu gruppennütziger Forschung gescheitert ist.

Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender)

30 Jahre Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

In seiner Jahreshauptversammlung vom 11. bis 13.11.2016 in Frankfurt am Main feierte der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) 30-jähriges Bestehen. Die Münchner Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LDÄÄ) möchte mit einem Interview mit den drei aktiven vdää-Mitgliedern und Münchner LDÄÄ-Delegierten Wulf Dietrich, Peter Scholze und Peter Hoffmann einen Überblick über die Kernthemen der Vereinsarbeit geben. Wir dokumentieren ein Interview des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München; das Gespräch führte Dorothea Wolff (LDÄÄ).

Das Leitthema Eurer diesjährigen Jahreshauptversammlung war die Kritik an der zunehmenden »Kommerzialisierung« des Gesundheitswesens. Welche Auswirkungen hat denn eine primär marktwirtschaftliche Orientierung im Gesundheitswesen auf die Gesellschaft und auf uns Ärzte?

Hoffmann: Eine wesentliche gesellschaftspolitische Grundfrage der Zukunft lautet: Wollen wir ein solidarisches Gesundheitssystem, das alle Menschen als gleichwertig erachtet und ihre medizinische Behandlung am Bedarf ausrichtet, oder ein kommerzialisiertes Gesundheitswesen, das Patientengruppen anhand ihrer Profitabilität definiert und damit ungleich behandelt? Die Frage: »Welches Gesundheitssystem wollen wir?« ist letztlich auch die Frage: »Welche Form des gesellschaftlichen Umganges miteinander wollen wir?«

Du bist im stationären Bereich tätig und beobachtest dort die Auswirkungen des DRG-Vergütungssystems. Haben sich die Krankenhäuser im neuen System verändert?

Hoffmann: Seit der Einführung des DRG-Systems in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2004 wird auch im stationären Bereich nach Einzelleistung bzw. Pauschalen abgerechnet, so wie dies in der vertragsärztlichen ambulanten Medizin schon immer der Fall war. Die aufgewendete Arbeitszeit wird dabei nicht vergütet. Dadurch haben die Klinik-Chefärzte zwar einiges an Macht und Einfluss eingebüßt – aber das Patientenwohl ist nicht mehr in den Mittelpunkt gerückt.

Wir beobachten in den Krankenhäusern derzeit eine zu einseitige Orientierung an der Betriebswirtschaftlichkeit. Kapitalismus im Krankenhaus bedeutet: Oberstes Ziel sind betriebswirtschaftliche Erfolgszahlen, und diese Entwicklung nimmt strukturbedingt erst einmal keine Rücksicht auf Patienten und Personal. Der Personalabbau unterschreitet bereits vielerorts jedes ethisch vertretbare Maß. Gleichzeitig beweisen die Mengensteigerungen der Krankenhausbehandlungen und die im OECD-Vergleich überhöhten Operationszahlen, dass Indikationsstellungen aufgeweicht werden. Im schlimmsten Fall wird sogar unnötig invasiv vorgegangen – aus rein ökonomischen Gründen! Der vdää fordert seit Jahren die Abschaffung des DRG-Systems in seiner jetzigen Form, weil seine ökonomischen Fehlanreize durch Detailkorrekturen nicht abzustellen sind. Nehmen wir als Beispiel das Krankenhausstrukturgesetz von 2016: Auch eine verschärfte Selektion von Krankenhäusern anhand von »Qualitäts-«Indikatoren wird keine gute, flächendeckende Versorgung sicherstellen, denn mit welchem gerichtsfesten statistischen Merkmal will man z.B. sachgerecht durchgeführte, aber unnötige Operationen erkennen?

Mittlerweile sehen sogar Verfechter des DRG-Systems das Problem einer radikalen Marktordnung im Gesundheitswesen, z.B. nachzulesen in der kürzlich erschienenen Stellungnahme der Leopoldina zu Medizin und Ökonomie.

Welchen Ausweg gäbe es aus diesem Dilemma?

Hoffmann: Wir müssen zurück zu einer kooperativen Struktur: Eine politisch verantwortete Bedarfsplanung, ordentliche staatliche Investitionen, eine bedarfsorientierte Betriebsmittelfinanzierung mit zu verhandelnden Budgets. Ein Politikwechsel wird aber nur mit politischen Kämpfen zu erreichen sein, so wie sie die Gewerk-



schaft ver.di jetzt mit ihrer Tarifikampagne zur Entlastung von unzumutbaren Arbeitsbedingungen beginnt. Und die Ärzteschaft muss sich ihre gesellschaftliche Verantwortung bewusst machen und sich aktiv und öffentlich gegen dieses zynische System stellen.

Auch bei einem ganz anderen Thema geht es um die Beeinflussbarkeit ärztlichen Handelns, nämlich bei der Diskussion um Bestechlichkeit und das neue Anti-Korruptionsgesetz. Welche Haltung vertritt der vdää hier?

Dietrich: Das Gesetz ist begrüßenswert, aber in unseren Augen erst der Anfang. Bestechung beginnt nicht erst mit Prämienszahlungen für Über- oder Einweisungen oder Arzneimittelabsprachen, sondern die unbewusst wirkende Einflussnahme und damit korruptives Verhalten fangen schon bei den kleinen Geschenken der Pharmaindustrie an. Wir müssen uns daran gewöhnen, dass man auch einen Kugelschreiber selbst kaufen oder ein Essen selbst bezahlen und sich so gegen Einflussnahme von außen schützen kann. Der zweite Punkt ist die pharmafreie Fortbildung: CME-Punkte dürften nur noch für Veranstaltungen vergeben werden, die von der Ärzteschaft organisiert und finanziert sind.

Wofür setzt sich der vdää im Bereich der ambulanten Versorgung ein?

Scholze: Ein großes Problem ist die Ungleichverteilung von Arztpraxen. Die Arztdichte einer Region korreliert weitgehend mit dem Anteil an Privatpatienten. Dem höchsten Versorgungsgrad in Starnberg liegt der niedrigste Versorgungsgrad in unattraktiven ländlichen Regionen und in sozialen Brennpunkten der Großstädte gegenüber. Im Münchener Planungsbereich bestehen parallel eine massive Überversorgung im Zentrum und in den vornehmen Stadtteilen sowie eine Unterversorgung in den sozialen Brennpunkten wie Hasenbergl, Blumenau und Freiham. Die Zulassung weiterer (dringend notwendiger) Arztpraxen in den sozialen Brennpunkten wird verhindert, weil München in seiner Gesamtheit als ein Planungsbereich zählt und dieser als »überversorgt« eingestuft wurde. Obwohl der Gesetzgeber »kleinteiligere Planungsbereiche« einführen wollte, ist der Planungsbereich München zuletzt durch Einbezug vieler Gemeinden von München-Land sogar erweitert worden, was die Fehlsteuerung noch verschärft.

Das Nebeneinander von Unter- und Überversorgung besteht ja nicht nur hinsichtlich der regionalen Verteilung, sondern auch zwischen Haus- und Fachärzten.

Scholze: Genau. Überall in Deutschland sinkt von Jahr zu Jahr die Zahl der Hausärzte, wie ja immer wieder zu lesen ist – vor allem auf dem Land. Aber selbst in München finden viele Hausärzte, die ihre Praxis altersbedingt verkaufen wollen, keinen Nachfolger mehr. Berufsanfänger finden es auch hier attraktiver, zukünftig als Facharzt in einem hochspezialisierten (meist hochtechnisierten) Gebiet zu arbeiten. Dies führt zu einer Zersplitterung der Versorgung – momentan gibt es 36 Facharztgebiete neben dem Arzt für Allgemeinmedizin. Der Patient wünscht sich eine auf ihn zugeschnittene Versorgung, das Gesundheitssystem bietet ihm stattdessen Einzelangebote an, die oft unkoordiniert nebeneinander bestehen.

Wo liegen Lösungsansätze für den ambulanten Bereich?

Scholze: Die Probleme sind nur durch strukturelle Veränderungen lösbar. Wir brauchen eine neue Bedarfsplanung, und wir müssen eine integrierte, das heißt sektorenübergreifende Versorgung anstreben. Und nicht zuletzt geht es wieder um die Anreize unseres Vergütungssystems. Das duale System PKV-GKV führt zur Ungleichbehandlung der Patienten. PKV-Versicherte laufen Gefahr, überflüssige Spezialuntersuchungen zu erhalten, GKV-Versicherte »lohnen« sich im System dagegen vor allem, wenn sie schnell »durchgeschleust« werden können. Wir brauchen dringend versorgungs- und nicht rein marktorientierte Finanzierungssysteme.

Gleich noch eine Frage zum Geld, nämlich zu den Gesundheitsausgaben: Das deutsche Gesundheitswesen ist vergleichsweise teuer. Dennoch liegen die Leistungen im internationalen Vergleich nur irgendwo im mittleren Bereich. Was sind die Ursachen dafür?

Scholze: Im Jahr 2014 beliefen sich die deutschen Gesundheitsausgaben auf 328 Milliarden Euro, und 2015 wurden in Deutschland 11,1 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) für das Gesundheitswesens aufgewendet. Im OECD-Durchschnitt lag diese Quote bei 9,0 Prozent. Im internationalen Vergleich der Ausgaben zählt Deutschland hinter den USA, der Schweiz und Frankreich zu den Spitzenreitern; bei den Gesundheits-Outco-

mes liegt Deutschland entsprechend dieser Statistik aber nur im Mittelfeld. Diese Vergleiche zeigen, dass in unserem Gesundheitssystem erhebliche Effizienzreserven verborgen sind.

Viele der genannten Fehlentwicklungen treiben die Kosten unseres Systems in die Höhe: Der zunehmende Einsatz technischer Verfahren ohne klare Indikation (z.B. Herzkatheter, Arthroskopien, Bildgebung bei Rückenschmerzen), oder überflüssige Mehrfachuntersuchungen im Zuge des Hausärztemangels und der überzogenen Spezialisierung. Ein weiteres Problem, dem wir uns auch auf der diesjährigen Jahreshauptversammlung gewidmet haben, sind zum Teil deutlich überhöhte Arzneimittelpreise in Deutschland. Das dort ausgegebene Geld fehlt dann bei der Finanzierung der patientenzentrierten und sprechenden Medizin.

Letztes Thema: Welche Aktivitäten unternimmt der vdää hinsichtlich der medizinischen Versorgung von Geflüchteten?

Dietrich: Der vdää hat sich schon lange, bevor das Thema »Flüchtlinge« die Medien zu beherrschen begann, für den Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung für Migranten und Geflüchtete eingesetzt – und dies auf verschiedenen Ebenen.

Bundesweit haben wir das Thema wiederholt in die Diskussion der Ärztetage eingebracht. Auf Grund unseres Antrags fordert die Bundesärztekammer seit zwei Jahren die Einführung einer Versicherungskarte für alle registrierten Geflüchteten. Im Münchner ÄKBV sind wir als LDÄÄ im Ausschuss »Menschenrechte und Soziales« aktiv, der sich schon seit Jahren mit dem Thema beschäftigt und immer wieder Vertreter der zuständigen Stellen zusammenbringt, um die Schaffung sinnvoller Strukturen zu unterstützen. Ein erfreuliches Ergebnis war z.B. die Gründung des Vereins Refudocs e.V., dessen Mitarbeiter eine medizinische Grundversorgung in der EA Bayernkaserne gewährleisten. Aktuell konzentrieren sich die Bemühungen darauf, psychisch kranken oder traumatisierten Geflüchteten einen Zugang zu adäquater psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung zu ermöglichen.

(Quelle: Münchner Ärztliche Anzeigen. Offizielles Publikationsorgan und Mitteilungsblatt des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, Heft 26/2016)

Virtuoses Auslassen

Einer der momentan beliebtesten Redner auf Ärztetagen und medizinischen Fachkongressen ist der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio. Wohl artikulierend in klaren, einsichtigen Gedankengängen und glaubhaft engagiert, klärt er die Ärzteschaft unaufgeregt darüber auf, wie die Ökonomisierung des Gesundheitswesens der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit die Grundlage entzieht. Nach einem solchen Redebeitrag reibt man sich mitunter verwundert die Augen, wer alles im Saal enthusiastisch Beifall klatscht. In der renommierten von Bernd Hontschik im Suhrkamp Verlag herausgegebenen Reihe »medizinHuman« erschien von G. Maio der Band: »Geschäftsmodell Gesundheit – Wie der Markt die Heilkunst abschafft«. In wieweit kann dieser Diskussionsbeitrag für Kämpfe gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens fruchtbar gemacht werden?

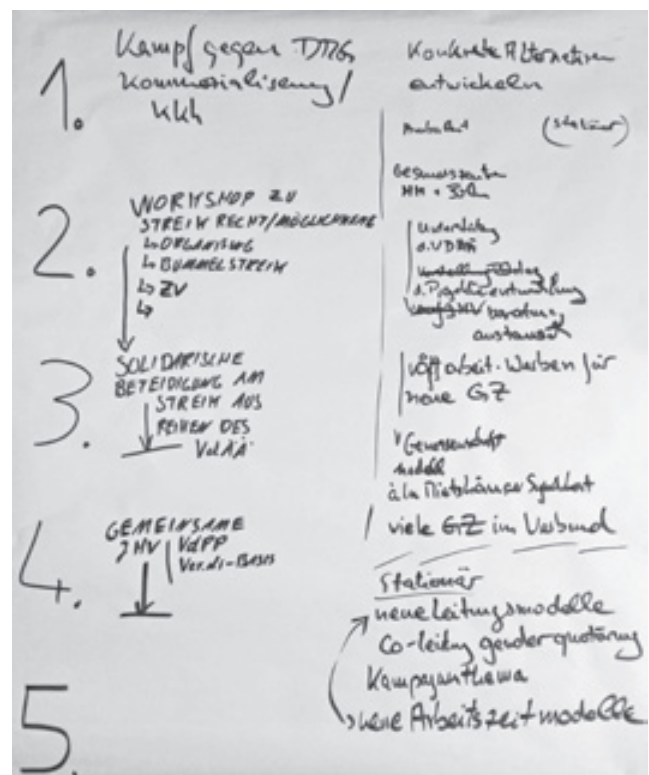
Zunächst reflektiert Maio das Verhältnis der Medizin zur Ökonomie. Das ist für ihn keineswegs ein antagonistisches. Vielmehr wird die Existenz der Medizin erst durch die Ökonomie ermöglicht. Die Ökonomie schafft die materiellen Voraussetzungen für eine effektive Medizin. Dabei unterliegen allerdings Medizin und Ökonomie jeweils einer eigenen in sich selbst berechtigten Logik, die miteinander in Konflikt geraten können. Am »Krankenbett erweist sich die Logik der Ökonomie als eine der Medizin fremden Logik, weil die Medizin eben keine Dienstleistung ist, sondern eine soziale Praxis und weil die Medizin es im Kern nicht mit Kunden zu tun hat, sondern mit hilfsbedürftigen Menschen...« (S. 20) Maio beschreibt einen seit 1993 anhaltenden Verlust des Sozialen und die ökonomische Überformung der Medizin. In den Krankenhäusern waren für ihn dabei die Budgetierungen und die Einführung der DRG die entscheidenden Schritte. Gerade die Einführung der Abrechnung auf Basis von Fallpauschalen fördert den Blick auf die eine Hauptdiagnose und verstärkt den schon zuvor bestehenden Trend immer weniger das Ganzheitliche im Menschen zu sehen. »... ökonomische Logik (überlagert) die bis dahin geltende medizinische Logik, und das, was einen Arzt ausmacht – nämlich dass er sich immer das Gesamtbild des Patienten verschafft, bevor er etwas entscheidet –, wird durch die ökonomische Denkweise immer mehr für obsolet erklärt« (S. 33).

Maio spürt den Umwandlungsprozess der Krankenhäuser auf vielfältigen Ebenen nach. Beispielsweise beschreibt er auf Michel Foucault zurückgreifend sehr genau die subtile nichtdirigistische Disziplinierung der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern. Diese Manipulation gelingt so gut, dass es die Ärztinnen und Ärzte sind, die die medizinische Logik verabschieden und nicht die Ökonomen. Dabei wird die ökonomische Logik übernommen, »die zunächst als eine fremde wahrgenommen wird, aber allmählich die eigene Identität so durchtränkt, dass sie zur Normalität wird« (S.49). Bei der Darstellung der Veränderung der Arbeitsinhalte und -bedingungen in den Krankenhäusern wird allerdings immer ein arztzentrierter Blick gewahrt. Andere Berufsgruppen erscheinen allenfalls nur ganz am Rande. So wird nebenbei erwähnt, dass die Pflegeberufe ebenfalls stark unter der Privatisierung der Krankenhäuser litten.

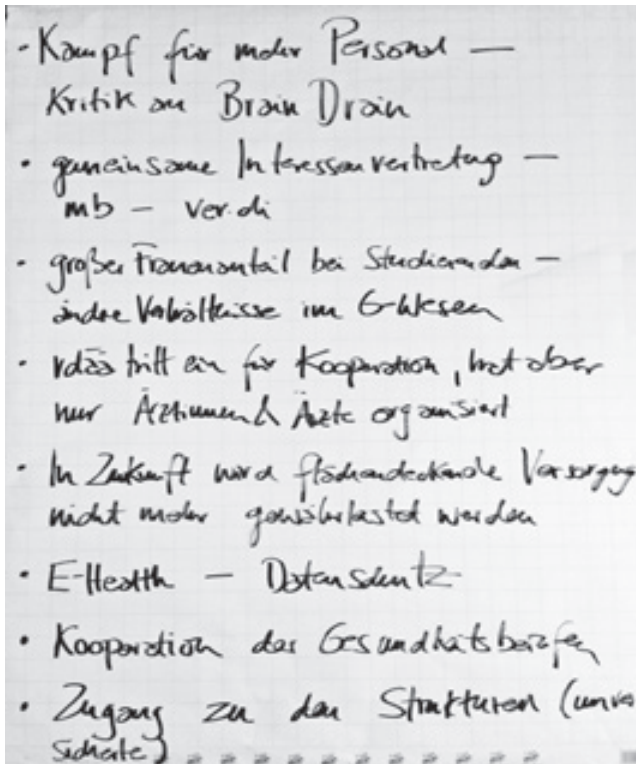
Im Weiteren widmet sich Maio auch der Ökonomisierung der ambulanten Medizin. »Gerade im ambulanten Bereich aber werden Ärzte gebraucht, die nicht nur Algorithmen umsetzen, sondern die Lebensbegleiter ihrer Patienten sind, weil sie sie besonders gut kennen. Diese Qualität der fürsorglichen langfristigen

Begleitung und der Fähigkeit zu integrativem Denken wird heute jedoch schlichtweg abgewertet und schlägt sich in der Honorierung in keiner Weise nieder. ... Das Vergütungssystem bestraft finanziell die Ärzte, die im Interesse ihrer Patienten versuchen, eine Beziehungsmedizin zu realisieren, und es belohnt die Ärzte, die statt des Gesprächs, statt der Beziehung eher auf Technik, auf Invasivität setzen« (S. 82).

Dieser Analyse ist ohne jegliche Einschränkung zuzustimmen. Allerdings wäre dann hier auch der Platz den medizinisch-industriellen Komplex zu beleuchten, der dieses Vergütungssystem befördert. Die Ursachen dieses Vergütungssystems werden nicht klarer, indem man an dieser Stelle bewusst verschwommen erläutert, dass für einige Ärzte die Übernahme der ökonomischen Logik »komfortabel« erscheint (S. 50). Völlig fehlt denn in diesem Buch



Ergebnis des Workshops »Kämpfe im Gesundheitswesen«: Wir machen einen 5-Jahres-Plan für den vää



Ergebnis des Workshops »Kämpfe im Gesundheitswesen«:
Sammlung von Widersprüchen

auch ein Blick darauf, wie bereitwillig sich gerade Niedergelassene an die Pharmaindustrie verkaufen, was erhebliche Implikationen für die praktizierte Medizin hat.

Eine radikale gut nachvollziehbare Kritik unterzieht er dem Bild des Patienten als Kunde, das zu einer Zeit etabliert wird, in der unterdessen der Sozialstaat abgeschafft wird. »Wenn nun die moderne Medizin im Zuge der Marktorientierung den Patienten zum Kunden macht, wird der Kunde zwar König sein, aber nur um den Preis, dass er allein als Konsument und mit Blick auf seine »Kaufkraft« ernst genommen werden wird. Die Umfunktionierung des Patienten zum Kunden ist daher gleichbedeutend mit der Ausblendung seines Menschseins und mit seiner Instrumentalisierung

zum Zwecke der Gewinnmaximierung« (S. 96f.). Harte, wahre Worte und hier werden dann auch ein wenig die Ärzte kritisiert. Es »ist zugleich zu bedenken, dass sich im Bereich der Wahlleistungen, im Bereich der privaten Patienten, wo die Normierungen nicht so greifen, ein gefährlicher Trend aufzut: Ärzte werden tatsächlich durch das ökonomische System dazu angehalten, ihren Kunden so viel wie möglich zu verkaufen. Den allerwenigsten wird dabei jedoch bewusst, dass diese – aus ökonomischer Sicht ja selbstverständlich – angepeilte Kundenbindung die Ärzte dazu verleitet, das eigentliche Ziel ihres ärztlichen Auftrags aus dem Auge zu verlieren« (S. 96).

Aber auch hier gilt, dieses Denken wird aktiv – und keineswegs nur passiv erduldet und durch »die Ökonomie« gedrängt – von der Mehrheit der Ärzteschaft betrieben. Man denke nur an die immer wieder von Ärzten in die Debatte eingeführte Forderung nach Einzelleistungsvergütung. Umgekehrt wird von Maio der Ärzteschaft gegenüber den anderen Akteuren im Gesundheitswesen eine Rolle als moralische Instanz zugeschrieben: Der Arzt »darf nicht privaten Interessen nachgehen, seien es die partikularen Interessen der Klinikkonzerne, seien es die partikularen Interessen der Patienten, die ihn möglicherweise benutzen wollen, um eigenen Profit zu machen oder um das System auszubeuten oder sich selbst zu schädigen« (S. 152). Und wie steht es um die partikularen Interessen der Ärzteschaft?

Überhaupt stellt sich die Frage, wie es in den letzten zwanzig Jahren zu der rasanten Ökonomisierung des Gesundheitswesens gekommen ist. An diesem Punkt wird der sonst so beredete Autor ganz einsilbig. Es gibt für Maio die Medizin und die Ökonomie, die in einem bestimmten Verhältnis zueinander stehen. Dieses hat sich so gewandelt, dass die Ökonomie zunehmend in die innere Logik der Medizin eingreift. Zu erklären, wie es dazu gekommen ist und welche Interessen sich dabei durchgesetzt haben, war zwar nicht das zentrale Anliegen dieses Buches, aber da Medizin nun einmal im gesellschaftlichen Raum stattfindet und politischen Prozessen unterworfen ist, müsste es doch zumindest eine Andeutung davon geben, da sonst die Analyse bei aller Virtuosität auf halbem Weg stehen bleibt.

Bernhard Winter

Giovanni Maio: »Geschäftsmodell Gesundheit – Wie der Markt die Heilkunst abschafft«, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 2014

Rückkehr der weißen Wut

In Belgiens Pflegesektor protestieren die Beschäftigten für bessere Arbeitsbedingungen. Regierung will Urlaubstage streichen Von Gerrit Hoekman

Der Druck im sogenannten Weißen Sektor ist auch in Belgien enorm: Schichtarbeit, Überstunden und ein viel zu geringer Personalstand sorgen für großen Stress bei den Beschäftigten. Vor kurzem haben sie sich zur Wehr gesetzt. Wir dokumentieren einen Bericht aus der *jungen welt* vom 28. November.

Mark Selleslach von der christlichen, belgischen Gewerkschaft LBC-NVK freute sich: »Keine Fußmatte ist groß genug, um dieses Signal darunter zu fegen.« Rund 20.000 Arbeiter aus den verschiedenen Pflegeberufen zogen am Donnerstag lautstark durch Brüssel.

»Ein Schrei nach mehr Investitionen in der Pflege«, urteilte *Solidair*, die Wochenzeitung der marxistischen Partei PVDA, am Donnerstag auf ihrer Homepage. An der Kundgebung nahmen auch Vertreter anderer Berufe des sogenannten Non-Profit-Sektors teil,

wie zum Beispiel die Angestellten der Kinderkrippen. Die Gewerkschaften haben bis Weihnachten bereits weitere Aktionen angekündigt.

Im Wesentlichen geht es bei dem Protest um die Urlaubstage, die ältere Pfleger extra bekommen, im Volksmund etwas abschätzig »Rimpeldagen« (Faltentage) genannt. Das bedeutet: Ab dem 45. Lebensjahr haben Erwerbstätige in den Pflegeberufen Anspruch auf einen Urlaubstag extra pro Monat. Die Zahl erhöht sich mit 50 Jahren auf zwei und ab 55 Jahren auf drei Tage.

»Wir sprechen nicht von »Rimpeldagen«, das ist ein Wort, das die Gegner dieser Regelung erfunden haben«, stellt Selleslach in einem Interview mit *De Wereld Morgen* klar. »Damit sollen die Arbeiter gespalten werden.« Die Vergünstigung haben sich die Alten- und Krankenpfleger im Jahr 2000 hart erkämpft. Jetzt will Gesundheitsministerin Maggie De Block diese stark einschränken. »Eine bittere Pille«, findet *Solidair*. Vor allem, weil die Gewerkschaften damals für die zusätzlichen freien Tage auf zwei Prozent Lohner-

höhung verzichteten. »Die partielle Abschaffung des Systems bedeutet also einen neuen Lohnverlust«, schreibt die marxistische Zeitung.

In Zukunft sollen, so die Absicht der Gesundheitsministerin, nur noch Arbeiter freie Extratage bekommen, die ganz direkt mit den zu Pflegenden zu tun haben. »Wir sollen jetzt auch erst ab 50 Jahren Anspruch darauf haben«, erklärt Erik Lauriks von der Gewerkschaft ABBV gegenüber *Solidair*. »Das ist etwas, das die Unternehmer schon lange anstreben.« Sie hätten sich aber bislang nicht getraut, das deutlich zu fordern, um die Belegschaft nicht auf die Barrikaden zu treiben. »Nun löst die Regierung das für sie«, ist Lauriks wütend.

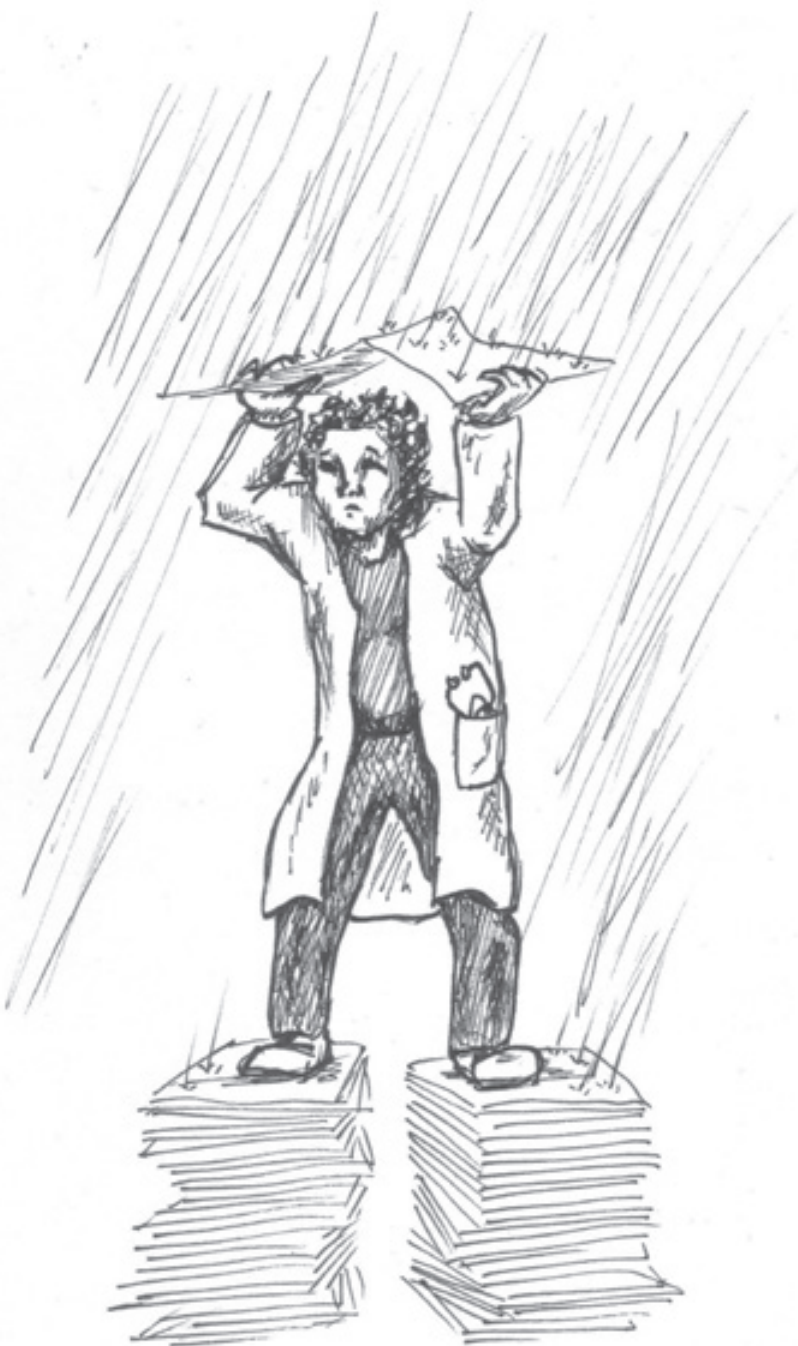
Gesundheitsministerin De Block will 900 Millionen Euro einsparen, verspricht aber gleichzeitig, dass niemand davon etwas merken wird. »Das ist natürlich Unsinn«, zitiert *Solidair* den Gewerkschafter Dennis De Meyer. Die »Rimpeldagen« seien vielleicht der letzte Grund, warum überhaupt noch Menschen im Pflegedienst arbeiten wollen. »Unser Sektor ist wegen der hohen Flexibilität und der weniger guten Arbeitsbedingungen nicht so attraktiv«, so De Meyer.

Der Druck im sogenannten Weißen Sektor ist enorm: Schichtarbeit, Überstunden und ein viel zu geringer Personalstand sorgen für großen Stress bei den Beschäftigten. »Das hält niemand durch«, sagt eine Pflegerin gegenüber *Solidair*. Die Gewerkschaften fordern schon lange, deutlich mehr Leute einzustellen. »Durch zu wenig Personal ist der Arbeitsdruck unhaltbar geworden, und die Qualität der Pflege sinkt«, sagt Raoul Hedebouw, Parlamentsabgeordneter der PVDA. »Jeder fünfte Beschäftigte leidet an Burnout.« Die PVDA fordert eine Millionärssteuer, um einen Teil der Einnahmen in die Pflege und das Gesundheitswesen zu investieren. Außerdem soll die Einführung der 30-Stunden-Woche bei vollem Lohnausgleich zu mehr Einstellungen führen. »Die Folge: Mehr ausgeruhtes Personal und eine höhere Qualität für die Pflegebedürftigen«, so die belgischen Marxisten.

Die Beschäftigten sind entschlossen, erst Ruhe zu geben, wenn die Pläne der Gesundheitsministerin vom Tisch sind. Seit Monaten fordern die Gewerkschaften einen neuen Tarifvertrag für den Pflegesektor, sie haben sogar schon mit der Regierung gesprochen, doch die macht bis jetzt keine Anstalten, den Beschäftigten entgegenzukommen. Belgien spricht jetzt von der Rückkehr der »Weißen Wut«, die Ende des letzten Jahrhunderts bereits das Land überspülte und am Ende dafür sorgte, dass es die heute gültige Regelung mit den Extraurlaubstagen gibt.

»Wir können das lange durchhalten, falls nötig. Die Regierung kommt mit einer Demonstration nicht davon«, sagte Selleslach am Donnerstag gegenüber der Presse. Aber zunächst will man noch einmal mit der Gesundheitsministerin zusammenkommen. Ein Treffen mit der flämischen Provinzregierung fand bereits kurz nach der Demonstration vom Donnerstag statt. Der alte Tarifvertrag ist Ende 2015 ausgelaufen, seitdem ist nicht viel passiert. »Es ist wichtig, dass wir auch in schwierigen Zeiten zu Sozialverträgen kommen«, so Selleslach. Fast jeder vierte Belgier kämpft mit einer langanhaltenden Krankheit oder einem Handicap, das gibt sogar die Regierung zu. »Kann es sein, dass es da einen Zusammenhang gibt mit der Politik des immer mehr, länger und flexibler Arbeitens?«, fragt *De Wereld Morgen* rhetorisch.

(Quelle: Junge Welt 28. November 2016; in: www.jungewelt.de/2016/11-28/039.php)



Kämpfe im Gesundheitswesen in Griechenland

Der vdaä hat seit dem Jahr 2013 intensiven Kontakt zu AktivistInnen aus der Gesundheitsbewegung in Griechenland. Seitdem gab es jedes Jahr in wechselnder Zusammensetzung mindestens eine Delegation des vdaä, die mit den KollegInnen und GenossInnen in Athen und Thessaloniki gesprochen hat über die aktuelle Situation, über mögliche praktische Solidarität und über politische Netzwerkarbeit. Auch diesen Sommer waren wir mit einer kleinen Gruppe in Athen und Piräus. Und Nadja Rakowitz war im November noch einmal vor Ort. Die Kämpfe im und um das Gesundheitswesen gehen auch in Griechenland weiter und sie finden auf verschiedenen Ebenen statt: auf der Ebene der Regierung und auf der Ebene der solidarischen Bewegung. Nicht immer sind sich beide einig. Wir versuchen eine Einschätzung ...

Im Zuge der Krise mussten die Menschen in Griechenland zwischen 2009-2015 durchschnittliche Lohnkürzungen um 25 Prozent hinnehmen. Ca. 60 Prozent der GriechInnen leben an und 30 Prozent unter der Armutsgrenze. Zehntausende sind obdachlos. 18 Prozent konnten 2015 ihren Nahrungsmittelbedarf nicht mehr decken. Täglich besuchen ca. 100.000 Menschen Suppenküchen, Zehntausende leben ohne Strom und Heizung. In vielen Familien bis weit in die Mittelschicht ist die Rente des Großvaters oder der Großmutter das einzige oder zumindest ein wichtiger Bestandteil des Familieneinkommens.

Seit dem Jahr 2010 haben verschiedene griechische Regierungen drei MOU (»Memorandum of Understanding«) unterschreiben müssen, um Kredite der Troika zu bekommen – das letzte Alexis Tsipras für die linke Regierung (Syriza) im Sommer 2015. In diesen Memoranden ist die Austeritätspolitik bis ins Kleinste festgelegt. Alexis Benos, Professor für Public Health in Thessaloniki, hat die Folgen für das Gesundheitswesen so zusammengefasst: »Zwischen 2010 und 2013 wurden allein 170 Auflagen zum Gesundheitswesen in die Memoranden aufgenommen. Es geht um Austeritätsmaßnahmen wie eine Deckelung der öffentlichen Ausgaben, die Einführung von Nutzungsgebühren, den Einstellungsstopp für Personal im öffentlichen Gesundheitssektor, empfindliche Kürzung von Löhnen und Gehältern des Pflegepersonals sowie Kürzungen der Mittel aus den Sozialversicherungskassen. Auch sogenannte Reformen, die auf die

Schaffung eines internen Marktes, auf die Kommerzialisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens zielen, sind Teil der Verträge. Im Ergebnis können wir von einer Demontage des öffentlichen Gesundheitswesens sprechen.«¹ Hinzu kam im Februar 2014 die Schließung aller 350 Polikliniken der Krankenversicherung, die die medizinische Erstversorgung im ambulanten Sektor abdeckte. Nur ein Teil dieser Strukturen ist später wieder, aber nicht in ausreichender Zahl eröffnet worden.

Entsprechend den Vorgaben der Troika verlieren Arbeitslose nach einem Jahr ihre Krankenversicherung und erhalten keine weitere staatliche Sozialhilfe. Binnen Kurzem verloren so bis zum Jahr 2013 ca. 30 Prozent der Bevölkerung ihre Versicherung und damit den Zugang zum öffentlichen Gesundheitswesen. Im Krankheitsfall mussten sie die Kosten selbst tragen, was natürlich chronisch Kranke und Alte besonders hart trifft. Viele müssen sich entscheiden, ob sie ihr Geld für Lebensmittel oder Medikamente ausgeben. Hinzu kommen etwa 50.000 ebenfalls nicht versicherte Geflüchtete, die in Griechenland festsitzen.

Armut und Arbeitslosigkeit hinterlassen Spuren bei den Menschen. Die Kindersterblichkeit stieg zu Beginn der Krise binnen 3 Jahren um 51 Prozent. Selbsttötungen und Tötungsdelikte nahmen insbesondere unter jungen (arbeitslosen) Männern zu. Es kam zu einem drastischen Anstieg von psychischen Erkrankungen, Drogenmissbrauch und Infektionskrankheiten.² Während der Bedarf an öffentlichen Gesundheitsleistungen also in Folge

der Austeritätspolitik stieg, führt eben jene neoliberale Politik dazu, dass die erhöhte Nachfrage auf ein unzureichendes Angebot trifft. Daran hatte sich auch nach Amtsübernahme durch Syriza im Januar 2015 nichts geändert.

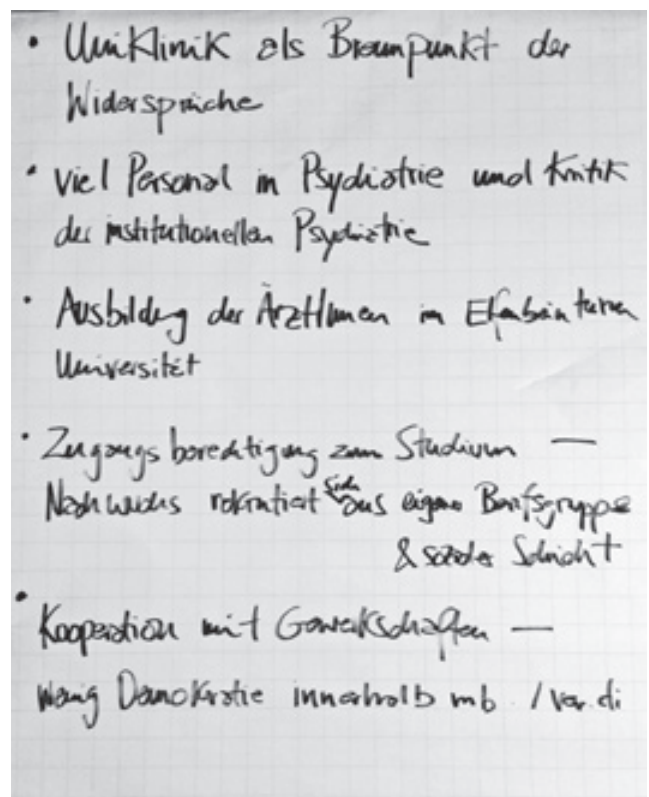
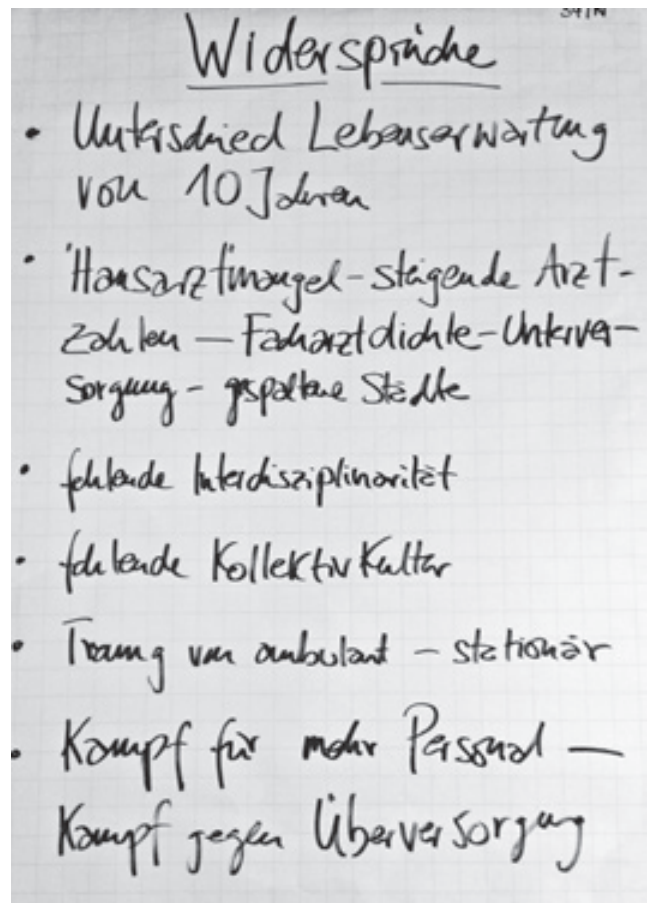
In dieser extrem schwierigen Konstellation und trotz der anhaltenden Einschränkungen und der Haushaltszwänge durch das neue Memorandum hat die griechische Regierung im Sommer zwei entscheidende politische Maßnahmen beschlossen: Lt. Gesundheitsminister Andreas Xanthos sicherte 1.) das Gesetz 4368/2016 seit Juni 2016 den kostenlosen Zugang unversicherter (griechischer) Menschen und schutzbedürftiger Bevölkerungsgruppen (auch Menschen ohne griechischen Pass) zum Öffentlichen Gesundheitssystem sowie die Versorgung mit Arzneimitteln unter denselben Bedingungen und mit denselben Gebühren wie Versicherte. Die Herausforderung besteht nunmehr darin, dies auch praktisch zum Funktionieren zu bringen und jeden funktionalen Ausschluss der Versicherten und Nicht-Versicherten aus dem Öffentlichen Gesundheitssystem zu verhindern.

Und 2.) stattete die Regierung das Öffentliche Gesundheitssystem wieder mit mehr Geld aus und ließ Personal anstellen, indem sie eine Neuverteilung öffentlicher Mittel zugunsten der öffentlichen Gesundheitsversorgung vornahm. Es gab eine Finanzspritze in Höhe von 300 Millionen Euro (150 Millionen Euro im Jahr 2015 und 150 Millionen Euro im Jahr 2016). Der umfassende Zugang aller griechischen BürgerInnen zu den Gesund-

heitsdienstleistungen ohne Diskriminierung ist nun also theoretisch wieder garantiert und ab Herbst 2015 kam es zu einer Umkehrung des Trends der kontinuierlichen Kürzungen der Betriebsausgaben der Krankenhäuser und der Gesundheitsversorgungsregionen, in die Griechenland eingeteilt ist. Erstmals nach sechs Jahren Krise wurden Anstellungen von 3.500 Ärzten, Krankenpflegepersonal und andere Gesundheitsprofessionelle im öffentlichen Gesundheitssystem auf den Weg gebracht, parallel dazu außerdem im gesamten Land die Einstellungen von über 2.000 Ärzten mit Zeitverträgen und sonstigen Arbeitnehmern in Krankenhäusern, Gesundheitszentren und Stationen für Intensivpflege.

Das andere große wirkliche Reformprojekt bezieht sich auf die Primärversorgung als Säule eines verbesserten öffentlichen Gesundheitssystems, so Xanthos in einem Interview mit der griechischen Wochenzeitung »I Epohi«³: Deren Kern ist eine dezentrale Struktur öffentlicher Primärversorgung (lokale Gesundheitsversorgungseinheit oder Arzt vor Ort), der Hausarzt und die interdisziplinäre Gruppe von Gesundheitsprofessionellen, in deren Verantwortungsbereich ein bestimmte Anzahl an Bevölkerung fällt, die sektorbezogenen Dienstleistungen, die ganzheitliche Gesundheitsversorgung (von Vorsorgeuntersuchungen und den Impfungen bis zu Früherkennungsuntersuchungen, die klinische und labortechnische Überwachung chronischer Krankheiten, die Überweisung in andere Systemstrukturen und die Rehabilitation bzw. Heilung). Wenn das umgesetzt werden kann, würde es sich um einen wirklichen Paradigmenwechsel im Gesundheitssektor handeln: vom unregulierten und unkontrollierten Markt und Zusammen von öffentlichen und privaten Strukturen hin zu einer organisierten Gesundheitsversorgung bzw. von der ausschließlich therapeutisch-kurativen Logik des heutigen Systems hin zur Förderung von Vorsorge- und Früherkennung. Im Moment befindet sich die Regierung in Phase der Vorbereitung der Implementierung einer solchen Primärversorgung. Für die Finanzierung stehen auch europäische Mittel zur Verfügung. Es soll von 2017-2018 über 300 neue Strukturen der Primärversorgung in den städtischen Gebieten sichern. Gleichzeitig wird eine Zentralisierung der mikrobiologischen, hämatologischen und biochemischen Labor-Untersuchungen vorgenommen. Außerdem will die Regierung dafür sorgen, dass in Zukunft die Ärzte in der Primärversorgung Vollzeit und ausschließlich im öffentlichen Gesundheitswesen beschäftigt sind. Damit soll auch versucht werden, die übliche Korruption weiter abzubauen bzw. ganz zu vermeiden. Das betonte Xanthos Ende November noch einmal in einem Artikel in der Zeitung EFSYN⁴. Deshalb sollen die Gehälter und Berufsgrade dieser Ärzte an die im stationären Sektor des Öffentlichen Gesundheitssystems angeglichen werden.

Wie wird das alles in den Solidarischen Praxen gesehen? In der Krise entstanden so genannte »Kliniken der Solidarität«, das sind ehrenamtlich arbeitende ambulante Praxen für die gesundheitliche Grundversorgung im Primärsektor. 2014 waren es 45 in ganz Griechenland, 2015 schon fast 60, heute sind es – auch weil die medizinische Versorgung der Geflüchteten vernachlässigt wird – noch mehr geworden. Alle MitarbeiterInnen arbeiten unentgeltlich, aber »illegal«: Zwar sind die ÄrztInnen dort alle staatlich approbiert, aber die Kliniken gehören zu keinem staatlichen Bedarfsplan und haben keine »Lizenz« zum Behandeln. Die teilweise bis zu 200 Personen großen Praxiskollektiven arbeiten selbstorganisiert und ohne Hierarchie, in den regelmäßig stattfindenden Versammlungen wird gemeinsam entschieden. Während die Menschen diese Kliniken zu Anfang der Krise mit der Perspektive betrieben, Teil eines Kampfes gegen die Austeritätspolitik und für ein neues, gutes öffentliches Gesundheitswesen zu sein, wissen AktivistInnen (ÄrztInnen, PflegerInnen, ApothekerInnen, Verwaltungspersonal etc.)



nun, nach der Niederlage der linken Regierung und der Unterwerfung unter das dritte Memorandum, dass sie noch lange gebraucht werden. Zu groß sind die Zerstörungen des Gesundheitswesens, aber auch der Gesellschaft insgesamt.

Seit ihrer Gründung verstehen die AktivistInnen ihre Arbeit in den Praxen nicht als »Charity Work«, sondern begreifen Solidarität als Widerstand. Aber seit die Linke regiert, wird das Selbstverständnis schwieriger: Natürlich gilt der Widerstand der Austeritätspolitik, dem Ausschluss von Menschen aus dem Gesundheitswesen etc. – vor und nach dem Januar 2015. Aber wofür steht nun die Regierung? Überwiegt das Unterschreiben des dritten Memorandums und die Fortsetzung und zum Teil Verschärfung der Austeritätspolitik oder überwiegt das Bemühen gerade des Gesundheitsministeriums, selbst innerhalb der aktuellen Zwänge das Gesundheitswesen zu reformieren und die schlimmsten Härten zu beseitigen? Darüber wird in den Praxen und zwischen den Praxen durchaus und auch heftig gestritten.

Sowohl in der Praxis in Athens Center als auch in den beiden Praxen in Piräus und etwas weniger auch in der großen Praxis in Elliniko wurde uns im Juni und stärker noch bei unserem Besuch im November berichtet, dass sie sehr viel weniger PatientInnen hätten, seit das Gesetz in Kraft ist. PatientInnen fragen aktuell nach zahnärztlichen, psychologischen und auch gynäkologischen Leistungen. Weiterhin werden Medikamente nach wie vor in den solidarischen Praxen ausgegeben, weil sich die PatientInnen die Zuzahlungen nicht leisten können – und weil es im öffentlichen System (auch in Krankenhäusern) nach wie vor einen drastischen Mangel an teuren Medikamenten gibt. In den Kreisen der solidarischen Praxen wird diskutiert, wie die Gesundheitspolitik nun einzuschätzen sei, denn nach wie vor werden – unversicherte – PatientInnen bisweilen noch abgewiesen von Krankenhäusern. Das Versprechen des kostenlosen Zugangs zu Medikamenten sei im Moment auf keinen Fall real durchgesetzt. Die Frage ist also, ob das theoretische Recht auf Zugang tatsächlich auch ein reales praktisches Recht ist – zumal die personelle und Sachausstattung der Krankenhäuser immer noch sehr dürftig ist.

Jenseits der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklung ist schon seit einiger Zeit in den solidarischen Praxen eine Debatte in Gange, welche Funktion sie weiterhin und in Zukunft haben werden. Seit März dieses Jahres, seit also die Grenzen Griechenlands von Seiten der Nachbarstaaten im Norden geschlossen wurden und die Flüchtlinge in Griechenland bleiben (müssen), kümmern sich die AktivistInnen aus den solidarischen Praxen vermehrt um die – nicht nur medizinische – Versorgung der Flüchtlinge in den Städten aber auch in den Lagern. An der sozialen Lage und den Lebens- und Arbeitsumständen der AktivistInnen selbst hat sich seit Beginn der linken Regierung nichts geändert. Sie haben nach wie vor nahezu rund um die Uhr zu tun. Und sie machen das trotz Desillusionierung und Konflikten innerhalb der Bewegung immer noch mit bewundernswertem Langmut. Unsere Solidarität ist ebenfalls noch lange nötig.

Nadja Rakowitz

- 1 Alexis Benos: »Austerity kills. Kämpfe um Gesundheit in Griechenland«, LuXemburg, Nr. 1/2014, S. 58ff.
- 2 Alexander Kentikelenis/Marina Karanikolos/Aaron Reeves/Martin McKee/David Stuckler: »Greece's health crisis: from austerity to denialism«, The Lancet, Nr. 383/2014, S. 748-753
- 3 Ανδρέας Ξανθός: »Η αποδιοργάνωση και η απαξίωση του συστήματος σταμάτησε«, Interview mit Gesundheitsminister Andreas Xanthos in: I Epohi, 2. August 2016, in: <http://epohi.gr/andreas-xanthos-h-apodiorganwsh-kai-h-apaxiwsh-tou-suthmatos-stamathse/> (Dank an Ralf Kliche für die Übersetzung)
- 4 Συστήνονται γραφεία δικαιωμάτων ασθενών, in EFSYN vom 30. November 2016; in: www.efsyn.gr/arthro/systinontai-grafeia-dikaiomaton-asthenon

Eine feste Größe

Kämpfe für gesetzliche Personalbemessung in New Yorks Krankenhäusern

Nicht nur in Deutschland fangen die Beschäftigten in Krankenhäusern an, sich für eine gesetzliche Regelung für die Anzahl an Personal einzusetzen, auch in New York setzt sich die Gewerkschaft der Krankenschwestern dafür ein. Auch hier ist das eine Reaktion auf die Ökonomisierung der Krankenhäuser.

Im letzten Jahr haben wir über die Kämpfe der Beschäftigten an der Charité für eine verbindliche Personalquote und der Gewerkschaft ver.di für eine gesetzliche Personalbemessung berichtet. Der erfolgreiche Kampf der Charité verbreitert sich seitdem in der Republik und viele Belegschaften wollen nachziehen. Dass es so weit gekommen ist, muss als Reaktion auf die Ökonomisierung der Krankenhäuser in Deutschland angesehen werden, zu der elementar gehört, dass jegliche verbindliche Personalregelung abgeschafft wurde. Kim Moody¹ hat schon vor ein paar Jahren die These vertreten, dass die Industrialisierung des Krankenhaussektors in den USA dazu geführt hat, dass es – gegenläufig zum Trend in den anderen Branchen – einen Aufschwung gewerkschaftlicher Organisation bei den Belegschaften von Krankenhäusern gibt.

Ein Beispiel dafür ist die Gewerkschaft der Krankenschwestern

im Staat New York (*New York State Nurses Association*, NYSNA), die größte Krankenschwestern- und -pfleger-Gewerkschaft in New York. Von den ca. 200.000 examinieren KrankenpflegerInnen (registered nurses) in NY sind ca. 40.000 Mitglieder der NYSNA. Im Moment befinden sie sich in einer Kampagne, mit 14 Krankenhäusern zugleich eine Tarifaueinandersetzung zu führen. Zum 1. September hatte die NYSNA zu einem eintägigen Streik in drei Krankenhäusern aufgerufen. Bereits seit 2013 organisiert die Gewerkschaft – zusammen mit PatientInnen – eine Kampagne dafür, Krankenhäuser in öffentlicher Hand zu halten, gegen Privatisierungen und Schließungen und für eine gute Versorgung für alle. Neben den üblichen gewerkschaftlichen Anliegen ist eine verbindliche Personalquote in Krankenhäusern im Moment das zentrale Ziel der NYSNA. Personalbemessungsregelungen werden in den

USA auf der Ebene der Bundestaaten getroffen. So hat Kalifornien, ebenfalls ein Bezugspunkt für die Kämpfe in Deutschland, seit 2004 eine solche Regelung, die zu mehr Personal und besseren Behandlungsergebnissen bei den PatientInnen geführt hat – und dennoch den Krankenhäusern die erwarteten Profite ermöglichte.

In New Yorker Krankenhäusern versorgt eine Pflegekraft ca. zehn, manchmal auch mehr PatientInnen; das ist vergleichbar mit den schlechten Zuständen in deutschen Kliniken (in Norwegen sind es z.B. bloß 3,8 PatientInnen). Inzwischen steht NY auf Platz 34 des Rankings zur Krankenhaussicherheit. Dass zehn PatientInnen zu viel ist, meinen nicht nur die Pflegekräfte, sondern 67 Prozent der New Yorker Bevölkerung, so die Gewerkschaft NYSNA; auch sprechen 85 Prozent der New Yorker sich für eine gesetzliche Regelung zu verbindlichen Personalquoten aus, so eine Untersuchung von 2015, auf die sich die NYSNA beruft.

Deshalb setzt sie sich jetzt ein für ein Gesetz für eine verbindliche Pflege-Patienten-Quote: den *Safe Staffing for Quality Care Act* (Gesetz für eine sichere Personalquote und Qualität der Pflege). Der Text des Gesetzes liegt vor und wird in der New York State Assembly und im Senat diskutiert.

Folgende Punkte legt das Gesetz fest:

- **Pflegeschlüssel:** Das Gesetz soll Pflegeschlüssel pro Abteilung durchsetzen. Keine Pflegekraft kann für auch nur einen Patienten mehr verantwortlich gemacht werden, als es der Schlüssel vorschreibt. Krankenhäuser, die das Gesetz verletzen, müssen mit empfindlichen Strafen rechnen.
- **Mindestbesetzung:** Die Quoten sind eine Mindestzahl, keine Obergrenze. Die Krankenhäuser sind angehalten, ihr Personal so zu planen, dass je nach Bedarf der PatientInnen und Schweregrad genug Pflegekräfte da sind.
- **Quote gilt für ausgebildete Kräfte, nicht für Hilfskräfte:** Hilfskräfte zählen nicht zur vorgeschriebenen Quote. Die Krankenhäuser sind angehalten – zusätzlich – genügend Hilfs- und Assistenzpersonal vorzuhalten.
- **Öffentliche Rechenschaft:** Die Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre Personalzahlen zu veröffentlichen.
- **Keine Durchschnitte:** Die Quoten stellen eine maximale Zahl an Patienten pro Pflegekraft während der gesamten Arbeitszeit einer Schicht dar – keinen Durchschnitt.
- **Qualifikationsanforderungen:** Das

Gesetz verlangt von den Krankenhäusern, Abteilungen nur mit dem dafür qualifizierten Personal auszustatten und einen Nachweis darüber zu führen, dass dieses für die in den jeweiligen Abteilungen üblichen Aufgaben qualifiziert ist.

- **Pflegeheime und andere Einrichtungen:** Für Pflegeheime legt das Gesetz Minimum-Zeiten fest, die von den verschiedenen Beschäftigtengruppen pro Patient am Tag aufgewendet werden müssen: Die Minimum-Pflegezeiten werden wie folgt festgelegt: Registered Nurses (RNs) müssen 0,75 Stunden (aufgeteilt auf alle Schichten) zur Verfügung stehen, um ein adäquates Level von Pflege 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche zu gewährleisten; *Licensed Practical Nur-*

ses (LPNs) 1,3 Stunden und die *Certified Nursing Assistants* (CNAs) 2,8 Stunden.

Nadja Rakowitz

Quelle: www.nysna.org/ – Auf der Homepage finden sich auch konkrete Pflege-Patienten-Quoten für einzelne Stationen und Factsheets und Mythenkritik der US-gesundheitspolitischen Debatte: www.nysna.org/sites/default/files/attach/398/2013/12/SafeStaffingFactsheet.pdf

- 1 Vgl. Kim Moody: »Competition and conflict: Union growth in the US hospital industry«, in: *Economic and Industrial Democracy* 2014, Vol. 35(1), S. 5-25

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

... am 1. Januar geht online

Das Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik« wendet sich gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens in Deutschland und daher insbesondere gegen das System der Krankenhausfinanzierung durch DRGs. Wir treten ein für die bedarfsgerechte Finanzierung von Krankenhäusern und ihres Personals. Nicht die Gewinnmargen sollen ausschlaggebend dafür sein, ob und wie wir behandelt werden, sondern allein der medizinische Bedarf!

Unser Bündnis besteht derzeit aus dem vdäa, attac, der Soltauer Initiative, der Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung (GPTG), den ver.di-Landesfachbereichen 03 Baden-Württemberg, Berlin-Brandenburg und Nordrhein-Westfalen, sowie einigen Persönlichkeiten aus der Partei Die Linke wie Harald Weinberg, krankenhauspoltischer Sprecher der Bundestagsfraktion. Ins Leben gerufen wurde das Bündnis mit einer Tagung im Mai 2015.

Unser Ziel: Krankenhäuser sollen Einrichtungen der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge sein, keine Wirtschaftsunternehmen. Krankenhausplanung und -finanzierung sind öffentliche Aufgaben, die politischer Planung und Steuerung bedürfen. Wir brauchen eine Bedarfsplanung, in die alle Akteure des Gesundheitswesens einbezogen werden. Dies ist nicht im Rahmen des DRG-Fallpauschalensystems zu erreichen. Das öffentliche Unbehagen an der DRG-basierten Krankenhausfinanzierung wächst. Aber weitere Aufklärungsarbeit ist nötig, um eine breite öffentliche Debatte über dieses bewusst installierte marktwirtschaftliche Steuerungsinstrument führen zu können. In dieser Aufklärungsarbeit sehen wir unsere zentrale Aufgabe.

Ab 1. Januar wird die Homepage des Bündnisses online gehen unter:

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Dort finden Sie Argumentationshilfen, wissenschaftliche Studien zu Auswirkungen des DRG-Systems sowie PowerPoint-Vorträge von Mitgliedern des Bündnisses und eine Sammlung von **Fakten & Argumenten** in Form von Factsheets, die in Kürze auch als Broschüre erscheinen werden und über die vdäa-Geschäftsstelle zu beziehen sind.



Die bleibende Bedeutung der sozialen Determinanten von Gesundheit

Von Franziska Hommes*

Am 10. Oktober 2016 fand in Berlin die Fachtagung der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit mit dem Titel »Krankes System? Perspektiven für eine gerechte Gesundheitspolitik« statt. In zwei Panels zu »Privatisierung und Demokratieverlust« und zu »Ökonomisierung und Arbeitskämpfe« referierten u.a. Anne Jung (medico international), Desmond McNeill (Lancet – University of Oslo Commission on Global Governance for Health), Carsten Becker (ver.di-Betriebsgruppe an der Charité) und Heino Güllemann (Stiftung Umverteilen) und es gelang, den Bogen zu spannen von den globalen Problemen zu denen im deutschen Gesundheitswesen und diese wieder auf die globale Ebene zu heben. Das Abschlussstatement hielt die Medizinstudentin Franziska Hommes. Wir dokumentieren es hier leicht gekürzt.

Sehr verehrte Damen und Herren,

Was sind Perspektiven, die wir aus dieser Veranstaltung mit in die eigene Arbeit tragen können? Es wurde gezeigt, dass es neben den schon seit Jahrzehnten bekannten und spätestens seit der Deklaration von Alma-Ata 1978 in den Debatten globaler Gesundheitspolitik fest verankerten sozialen Determinanten der Gesundheit eine weitere wichtige Komponente gibt: Nämlich die globalen politischen Determinanten der Gesundheit. Diese dürfen auch bei der Umsetzung der *Post-2015-Agenda* nicht mehr fehlen.

Unbestritten ist, dass auf globaler Ebene für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung in erster Linie die Lebensumstände entscheidend sind. Ebenso bedeutsam wie der individuelle Zugang ist aber auch die Ungleichheit in der Verteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Das bedeutet, dass in Zeiten der Globalisierung, in denen eine Vielzahl von Akteuren auf unterschiedlichen Ebenen das *Global Governance System* mitbestimmen und in einer weltpolitischen Lage, in der eben jene Ressourcen, Machteinflüsse und Finanzmittel so ungleich verteilt sind, direkte und indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen bestehen, die auf politische Ursachen zurückgeführt werden können. Daher ist es für alle Akteure, die durch ihr Handeln direkt oder indirekt Einfluss auf die Gesundheit von Menschen nehmen, essentiell, die Auswirkungen des eigenen Handelns – im Sinne

eines *health in all policies* Ansatz – mit in den Blick zu nehmen.

Es wurde aus Sicht der Gewerkschaften das Ungleichgewicht bei der Finanzierung von Gesundheit auf nationaler Ebene dargestellt und wir haben einen konkreten Einblick in die lokale Situation des Gesundheitspersonals hier an der Charité in Berlin erhalten. Dies zeigt deutlich und eindrücklich, wie soziale und politische Determinanten auf so vielen Ebenen und hier direkt vor Ort wirken – und eben nicht nur im globalen Süden. Der soziale Gradient wirkt sich auch auf Ungleichheit in der Gesundheit zwischen Ländern des globalen Nordens und selbst innerhalb einzelner Länder bis hin zu Stadtvierteln aus.

Die Zusammenhänge zwischen innenpolitischer und globaler Gesundheitspolitik, wurden durch die Darstellung der Migration von Gesundheitsfachkräften konkret. Das Beispiel *brain drain* zeigt besonders eindrücklich, wie nationale und globale Entscheidungen in der Gesundheitspolitik zusammenhängen, dass Gesundheitspolitik niemals nur in einem separaten nationalen Raum stattfindet und auch, dass Gesundheit zugleich Ursache und Folge von den Lebensumständen der Menschen ist.

Neben den heute bereits gegebenen Antworten und Lösungsansätzen bestehen aber auch weiterhin Fragen, die immer wieder diskutiert und von uns allen gestellt werden müssen. Hierzu gehört auch, in Zukunft erneut die Frage danach aufzugreifen, welchen Einfluss Privatisierung

und marktwirtschaftliche Interessen auf nationale Gesundheitssysteme und die globale Gesundheitspolitik haben. Welche Auswirkungen ergeben sich bereits heute und werden wir in Zukunft sehen, wenn Gesundheit mehr als Wachstumsmarkt denn als öffentliches und schützenswertes Gut gesehen und behandelt wird?

Auf dem Weg zu einer Verringerung des sozialen Gradienten ist eine Fokussierung auf die Ärmsten allein nicht ausreichend. Es bedarf vielmehr eines universellen Ansatzes, der die soziale Situation aller Menschen umfasst, der sich aber in Ausmaß und Intensität proportional nach dem Level der Benachteiligung richtet – Michael Marmot nennt dieses Konzept *proportionaler Universalismus*.¹

Wir verfügen also durchaus über viele Perspektiven, Ansätze und Konzepte zur Veränderung der globalen Gesundheitspolitik, um diese gerechter zu gestalten. Ein sinnvoller erster Schritt kann der Einsatz für eine Sensibilisierung auf breiter Ebene darstellen. Dies schließt nicht nur die Politik auf hoher Entscheidungsebene mit ein, sondern erfordert auch partizipatorische Prozesse auf lokaler Ebene. Es gibt zahlreiche starke, beeindruckende und erfolgreiche Gesundheitsinitiativen in aller Welt, die oft aus Graswurzelbewegungen entstanden sind, wie etwa die *Treatment Action Campaign*. Doch es ist erschreckend und bedauerlich, dass der Ausgangspunkt für solche Initiativen oft erst eine tiefe Krise des Gesundheitssystems sein muss, wie wir es etwa so nah in Griechenland oder

auch Spanien in den letzten Jahren gesehen haben.

Ein konkreter Ansatz auf dem Weg zu mehr Aufmerksamkeit und Sensibilisierung für Aspekte globaler Gesundheit ist aus der Sicht von Medizinstudierenden in Deutschland auch die Implementierung elementaren Wissens zu diesem Bereich im medizinischen Curriculum.

Auf dem Weg zu einer Denkweise, die Gesundheit, und umso mehr noch globale Gesundheit in ihrer Komplexität zu verstehen versucht, ist es notwendig in der Lehre und Ausbildung von Medizinstudierenden entsprechende Veränderungen zu fördern.²

Wie kann es sein, dass bei derart großer Bedeutung der sozialen und politischen Determinanten der Gesundheit auf internationaler Ebene diesen hierzulande im Medizinstudium bisher vielerorts kein geeigneter Raum zugestanden wird? Wie soll ein health in all policies Ansatz tatsächlich real werden, wenn nicht in der Lehre und Ausbildung zukünftiger Gesundheitsakteure Basiswissen über Public- und Global Health vermittelt wird – und zwar verpflichtend für alle Studierende, nicht nur für spezifisch Interessierte? Es sollte eine institutionelle Basis für Strukturen im Bereich Globaler Gesundheit geschaffen werden, die bislang oft Großteils allein auf dem freiwilligen Engagement von Studierenden und Lehrenden beruhen. Gerade weil nicht-medizinische aber gesundheitsrelevante Fachdisziplinen in der medizinischen Lehre bisher meist vernachlässigt werden und oft eine biomedizinische fokussierte Lehre den Blick auf gesellschaftliche oder sozialmedizinische Zusammenhänge verstellt, ist es essentiell, dass während des Medizinstudiums die Möglichkeit für eine Öffnung dieses Blickwinkels und die Einnahme verschiedener Perspektiven gegeben wird.

Nur so können Mediziner und Medizinerinnen auch zu Multiplikatoren von Ideen globaler Gesundheit werden. Auf diese Weise sollte auch dazu beigetragen werden, bestehende Gräben zwischen Biomedizin und Sozialmedizin zu überwinden, deren Überwindung auf dem Weg zu einer gemeinsamen Gesundheitsstrategie absolut notwendig ist. Konkurrierende Strategien sind hierbei nicht zielführend, der Fokus sollte vielmehr auf komplementären Ansätzen liegen, so dass biomedizinische und sozialmedizinische Praxis und Forschung sich inhaltlich und methodisch bestmöglich ergänzen.

Ein obligates und wertvolles Charakteristikum von Global Health ist die Interdisziplinarität. In aktuellen Debatten um die



Rolle und Ausgestaltung von Public- und Global Health in Deutschland sollte es daher nie zu einer Abwertung notwendiger Fachdisziplinen kommen, die ihren relevanten Beitrag zu Globaler Gesundheit leisten können. Dies bedeutet aber auch, dass sich die einzelnen Disziplinen und die Wirksamkeit ihrer Maßnahmen immer wieder kritisch auf ihre Auswirkungen und die Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung hin überprüfen müssen.

Hierbei sei noch ergänzt, dass Strategien die alleine darauf ausgerichtet sind die Resilienz von Individuen zu erhöhen oder eine Stärkung von Gesundheitssystemen zu erreichen, ohne dabei gleichzeitig die krankmachenden Ursachen zu hinterfragen und zu verändern, langfristig nicht zielführend sein können.

Letztlich ist ein zweiseitiger Ansatz notwendig: Einerseits die Berücksichtigung von Aspekten Globaler Gesundheit in der Biomedizin, aber auch die allgemeine Stärkung von Public- und Global Health in der Wissenschaft, Politik und Selbstverwaltung.

Grundlegend für jeden Public- und Global Health-Ansatz muss allgemein das Ziel sein, allen Menschen einen Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, bestehend aus protektiven, promotiven, präventiven, kurativen ebenso wie rehabilitativen Komponenten. Wir dürfen auf globaler Ebene den gegenwärtigen Zustand nicht akzeptieren, dass jährlich mehr als 100 Millionen Menschen aufgrund von privaten Gesundheitskosten in Armut gestürzt werden. Aus meiner eigenen Perspektive kann ich festhalten, dass GesundheitsarbeiterInnen auf ver-

schiedensten Ebenen eine große Verantwortung tragen, weil sie oft eine starke Stimme in der Gesellschaft haben. Sie stehen aber genau deshalb in der ethischen Verpflichtung bei und durch ihren Beitrag zum Gesundheitssystem auch die sozialen Ursachen von Krankheit in den Blick zu nehmen.

Soziale Ungleichheit ist keine natürliche Gegebenheit, sie stellt einen unfairen und vermeidbaren Zustand dar, dessen Änderung eine rechtliche Verpflichtung bedeutet und unumgänglich ist auf dem Weg zu einer gerechteren globalen Gesundheitspolitik.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

** Franziska Hommes studiert Medizin und ist Mitglied der Globalisation and Health Initiative (GandHI) der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) sowie der Deutschen Plattform Globale Gesundheit (DPGG) und des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää)*

Die Dokumentation der ganzen Veranstaltung finden Sie in Kürze auf der Homepage der Plattform unter:
www.plattformglobalegesundheit.de/.

- 1 The Marmot Review (2010): »Fair Society, Healthy Lives, strategic review of health inequalities in England post-2010«, S. 9, in: www.ucl.ac.uk/marmotreview
- 2 CSDH (2008): »Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health«, Geneva, World Health Organization

Von Alt Rehse nach Hadamar

»Historische Spurensuche und aktuelle Debatten«

Plan für vdäa-on-tour-Seminar 2017

Der Erfolg des vdäa-on-tour-Seminars in diesem Juli in der Gedenkstätte der nationalsozialistischen »Führerschule der Deutschen Ärzteschaft Alt Rehse« am Tollensesee in Mecklenburg Vorpommern (siehe Bericht in GbP Nr. 3/2016) und der von verschiedenen Mitgliedern geäußerte Wunsch nach einer Fortsetzung der Auseinandersetzung mit dem Erbe der NS-Medizin und ihrer Bezüge zu aktuellen medizinethischen Themen motiviert uns, auch im nächsten Jahr ein ähnliches Angebot anzubieten.

Wir wollen uns dazu im Jahr 2017 an einen Ort der mörderischen Umsetzung der Ideen des »gesunden Volkskörpers«, der in Alt-Rehse ideologisch entwickelt und beschworen wurde, begeben: in die **Gedenkstätte Hadamar**, eine alte psychiatrische Klinik in ebenso idyllischer Landschaft in Mittelhessen, nicht weit vom pittoresken Städtchen und Bischofsitz Limburg an der Lahn, die für Tausende von sogenannten »Minderwertigen« und »Lebensunwerten« erst zum Ort der massenhaften Zwangssterilisation und dann zur Hinrichtungsstätte und zum Massengrab wurde.

Wie auch in Alt Rehse soll es dabei nicht nur um die Verbrechen und die Verantwortung deutscher Ärztinnen und Ärzte in der Vergangenheit gehen, sondern auch u.a. um die aktuellen Debatten um Gen- und Reproduktionsmedizin mit ihren Versprechen nach einem »Leben ohne Krankheit und Leiden« und welche Bezüge es möglicherweise zwischen diesen historischen und aktuellen Debatten gibt.

Einen genauen Termin und ein vorläufiges Programm für das Seminar (voraussichtlich über drei Tage von Freitagnachmittag bis Sonntagnachmittag) können wir hoffentlich schon im nächsten Heft ankündigen. Es soll in der ersten Jahreshälfte 2017 stattfinden.

Andreas Wulf / Bernhard Winter



Nachtrag

zum Artikel von Wilfried Leisch über die Sozialversicherung in Österreich

»Uns weit voraus...« in der letzten Ausgabe von *Gesundheit braucht Politik*

Leider haben wir es bei der Produktion der letzten Ausgabe – entgegen unserer Gepflogenheiten – wegen eines Koordinationsfehlers in der Redaktion verpasst, Wilfried Leisch unsere Kürzungen seines

Artikels noch einmal vorzulegen und von ihm absegnen zu lassen. Er bat uns darum, auf Folgendes hinzuweisen: Im Original war ein Teil zur »Pensionsversicherung«, den wir komplett gestrichen haben; aber alle Zahlen und Bezugnahmen im Text, die immer auch auf die PV bezogen sind bzw. diese einbeziehen, wurden nicht angeglichen, damit sind die Zahlen missverständlich (falsch). Bei dem Teil unter der Gliederungspunkt »Finanzierung und Ausgaben«, haben wir den Text zum Finanzierungsmodus gestrichen, dann hätte die Zwischenüberschrift aber

nur »Ausgaben« heißen dürfen. Die Quellen sind zwar in den Klammern erhalten geblieben, aber die kompletten Quellenangaben fehlen. (Wer diese haben möchte, möge sich an die Geschäftsstelle wenden und den Originalartikel anfordern.)

Wir entschuldigen uns noch einmal bei Wilfried Leisch.

Wer Kontakt mit ihm aufnehmen möchte, kann das unter w.leisch@aon.at tun oder die Website besuchen: <http://proSV.akis.at>.

Spendenaufwurf: Eine Poliklinik für die Veddel

Liebe Freundinnen und Freunde,

jetzt seid Ihr endlich dran! Wir brauchen Euch. Lasst uns gemeinsam die Poliklinik – und damit eine politische Perspektive im ambulanten Gesundheitsbereich – Wirklichkeit werden lassen.

Wie viele von Euch schon mitbekommen haben, eröffnen wir Anfang des kommenden Jahres nach langjähriger Planungsarbeit die Poliklinik auf der Hamburger Elbinsel Veddel.

Am 2. Januar 2017 werden sich die Tore unserer kleinen Allgemeinarztpraxis öffnen. Gleichzeitig beginnen wir mit einer Sozial- und Rechtsberatung und vielen Stunden ehrenamtlichem Poli-Community-Dienst. Als Begleitung zur Eröffnung wird es eine Polibude mit vielen partizipativen Workshops und Stadtteilbefragungen geben. Im Laufe des Jahres starten dann erste Präventionsprojekte in Kooperation mit lokalen Partner_innen auf der Veddel.

Wie Ihr wisst, wollen wir von Anfang an alternative und teilweise widerspenstige Wege gehen und v.a. viele Dinge zunächst ausprobieren. Deshalb sind wir auf Eure Unterstützung angewiesen. Für

- mehr Zeit für Patient_innen, das heißt weniger Abrechnungsscheine
- die Entwicklung einer interdisziplinären Arbeitsweise
- eine Übergangsförderung der Sozial- und Rechtsberatung
- zeitaufwendige Begleitungen in der Sozialberatung
- ein Gesundheitscafé als Treffpunkt für den Stadtteil
- moderierte Stadtteilversammlungen und Fokustreffen

benötigen wir in der Startphase möglichst viel Gestaltungsspielraum.

Wenn Ihr uns hierbei unterstützen wollt, könnt Ihr das auf verschiedene Weisen tun:

- a. Spenden
- b. ein Fördermitglied werden
- c. Sachspenden
- d. ideelle Unterstützung (Know-how, Kontakte, Öffentlichkeitsarbeit etc.)

Neben einem Regel-Kredit und einem Bürgerschaftskredit, die uns bisher als Finanzierungsgrundlage dienen, sind mehrere Drittmittelanträge für 2017 geplant.

Wir planen, im Laufe des nächsten Jahres die Sozial- und Rechtsberatung komplett über Drittmittelanträge zu finanzieren.

Wir arbeiten außerdem an einem Poliklinik-Syndikat-Modell: Überschüssiges Geld soll in die Neugründung von weiteren Polikliniken fließen. Aber das ist noch Zukunftsmusik.

Im Anhang findet Ihr weitere Details zu unserem Projekt und mehr Informationen zu den Spenden- und Fördermöglichkeiten.

**Mit solidarischen Grüßen
eure Poliklinik Hamburg**

- *Was ist eine Poliklinik, wie funktioniert das?*

Kurz gesagt ist die Poliklinik ein soziales Stadtteilgesundheitszentrum, in dem Gesundheit und Krankheit sowohl individuell als auch gesellschaftlich-kollektiv verhandelbar gemacht wird.

Es wird dabei drei Säulen geben: primärmedizinische Versorgung, Sozial- und Rechtsberatung, sowie Gemeinwesenarbeit in Form von Präventionsprojekten.

- *Was ist der strategische Ansatz der Poliklinik? Was wollen wir mit der Poliklinik erreichen?*

Wir werden in der Poliklinik einen starken Fokus auf gesellschaftlich krankmachende Faktoren wie ungleiche Einkommen, Wohnverhältnisse, Rassismus, Umweltbedingungen und Bildung legen und diese auf Stadtteilebene verhandelbar machen.

Damit soll der neoliberalen Erzählung von Eigenverantwortung, individuellen Risikofaktoren, und Verhaltensprävention begegnet werden. Das heißt, wir sehen die Polikliniken als einen neuen sozialen Raum und als ein Laboratorium des Gemeinsamen. Es sollen hier Entindividualisierungsprozesse angestoßen und kollektive Momente erfahrbar gemacht werden.

Ein zu etablierender Stadtteilgesundheitsrat soll als direkt-demokratisches Organ fungieren und die Teilhabe der Menschen garantieren.

- *Welche Rolle sollen die Polikliniken im Gesundheitssystem spielen?*

Mit der Poliklinik als Stadtteilgesundheitszentrum streben wir eine interdisziplinäre, wohnortnahe Versorgung mit Fokus auf gesellschaftlich krankmachende Faktoren an.

Im Gegensatz zu Einzelpraxen und privatwirtschaftlich geführten MVZ streben wir eine gemeinnützige Trägerschaft an,

die im besten Fall und bei Verbreitung der Idee großflächig einer Ökonomisierung des ambulanten Bereichs entgegen wirkt.

Spendenkonto:

Gruppe für Stadtteilgesundheit und Verhältnisprävention e.V.
IBAN DE29430609672065880300
BIC GENODEM1GLS
GLS Bank Hamburg

Fördermitgliedschaften:

Wenn Ihr Fördermitglied werden möchtet kontaktiert uns bitte via Email. Ihr erhaltet dann alle notwendigen Informationen und weitere Details zu unserem Projekt.

Der jährliche Förderbeitrag liegt bei mindestens 120 Euro (also dem relativ kleinen Betrag von zehn Euro pro Monat), für Menschen mit geringem Einkommen bei 60 Euro (bzw. fünf Euro im Monat). Höhere Förderbeiträge sind ebenso herzlich willkommen.

UnterstützerInnen

- werden regelmäßig per Rundbrief über den neusten Stand informiert
- werden zu einem jährlichen Treffen der gesamten Solidargemeinschaft eingeladen
- erhalten eine Spendenbescheinigung für ihre jährliche Steuererklärung, denn die Poliklinik arbeitet gemeinnützig.

Sachspenden:

Wir benötigen folgende Ausstattungsgegenstände

- Beamer
- Defibrillator
- Tresor für BtM
- Blutentnahmestuhl
- Flipcharts
- Zentrifuge

Wenn Ihr Fragen oder Anregungen habt, mehr über unser Projekt erfahren oder einfach mal vorbeischaun wollt, meldet euch bei uns unter: info@poliklinik1.org

Eine Website mit weiteren Informationen geht in Kürze online.

Wir freuen uns darauf, von Euch zu hören! Entscheide mit uns, was gesellschaftlich machbar ist – Poliklinik 2017!

Gute Medizin braucht Politik

Wider die Kommerzialisierung der Medizin

Junge Ärztinnen und Ärzte im vdää

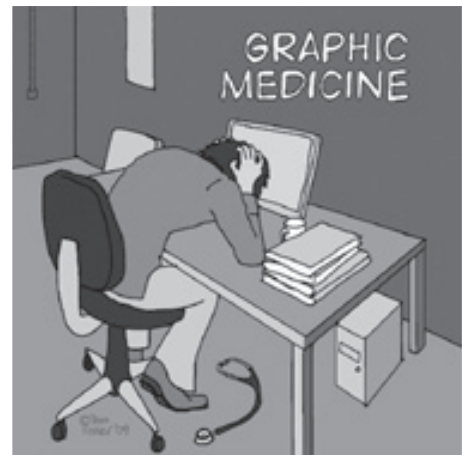
Freust Du Dich, dass es bald losgeht, als »richtige« Ärztin/»richtiger« Arzt zu arbeiten? Und sieht der Tag nach den ersten Monaten im Beruf auf einmal ganz anders aus als Du es Dir vorgestellt hast? Die Stationsarbeit wird zum Getriebe: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit und wenig Kontakt zum Patienten.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Dienstplan ist. Leere Stellen werden insbesondere in der Pflege nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Aber auch wenn der Mangel und das gegenseitige Aushelfen die Berufsgruppen zeitweilig verbindet, bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich und die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft, fehlt nachher den anderen...

Warum in den vdää?

Auch wir im vdää fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme für die Beschäftigten befriedigende Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patientenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, wir begleiten die Entwicklung im Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen – auch gegen die offiziellen StandesvertreterInnen – kritischen Positionen Gehör verschaffen. Und wir wollen etwas zum Positiven ändern. Tendenzen der Ökonomisierung und Privatisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen bei bestimmten Themen.

Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und mehr Solidarität nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen. Wir müssen uns engagieren statt zu resignieren!



Es ist Zeit, sich einzumischen

www.vdaee.de | www.facebook.com/vdaee