

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 1/2018 | Solibeitrag: 5 Euro



Ambulante Versorgung

Zu viele Altlasten im Gepäck?

Bernhard Winter: Editorial	3
Hartmut Reiners: Organisierte Verantwortungslosigkeit. Bedarfsplanung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung	4
Thomas Gerst: »... dass wir allen Grund haben, uns zu freuen.« Rückblick des DÄB auf das Kassenarztrecht von 1955	7
Wolfgang Wodarg: Es ginge auch anders... – Integrierte Regionalbudgets für eine gute pflegerisch-medizinische Grundversorgung	9
Nicht nur für die Patient*innen gut... – Interview mit Wolfram Nagel zur MFA-Sprechstunde in seiner Hausarztpraxis in Norddeutschland	13
Gerhard Trabert: »Armut ist die schlimmste Form von Gewalt« – ambulante aufsuchende Gesundheitsversorgung sozial benachteiligter Menschen	14
Daniel Ketteler: Back to Kotti. Ein Plädoyer für eine sozialere Medizin	18
Volker Amelung / Ferdinand Gerlach u.a.: »Patient first!« – Auszüge aus einer Studie über eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen	22
Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Bewertung der gesundheitspolitischen Festlegungen im Koalitionsvertrag CDU-CSU/SPD 2018	24
Wulf Dietrich: Sind Globuli wirklich alles? Leserbrief zum Artikel »Esoterik in Zucker« in GbP 4/17	28
Rina: »Die schon wieder...« – Rollenbilder und Sexismus im Klinikalltag	30

Der vdää

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 vdää-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.

»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@vdaee.de

Redaktion

Thomas Kunkel, Eva Pelz,
Nadja Rakowitz, Andrea Schmidt,
Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 1/2018
ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein demokratischer
Ärztinnen und Ärzte

V.i.S.d.P. Thomas Kunkel / Bernhard
Winter

Bilder dieser Ausgabe

pixabay.com

Titelbild: pixabay.com

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@vdaee.de
Internet www.vdaee.de

Bankverbindung: Postbank Frankfurt,
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFFXXX

Satz/Layout: Birgit Letsch
Druck: Druckerei Grube

Editorial

Verfolgte man die Mainstream-Medien in den letzten Monaten, konnte man den Eindruck gewinnen, dass die größte Misere dieser Republik darin bestand, dass sie bloß von einer geschäftsführenden Regierung verwaltet wurde. Dabei wäre dieser Zustand doch einmal eine schöne Gelegenheit gewesen, die Lehre der (früh-) bürgerlichen Philosophie, dass das Parlament die Regierung kontrolliert und nicht umgekehrt, in die Praxis umzusetzen und als Parlament demokratisch zu arbeiten und das ein oder andere fortschrittliche Gesetz zu erlassen... Mit der erneuten Bildung einer großen Koalition wurde bekanntlich die alte Ordnung wieder hergestellt. Fügsam wie die SPD nun einmal ist, hat sie sich nach der Verkündung der Regierungsbildung geradewegs verabschiedet von einer Änderung bzw. Streichung des § 219a StGB, also von einer Aufhebung des Verbots der »Werbung« für Schwangerschaftsabbrüche, für die es eine parlamentarische Mehrheit gegeben hätte. Dies zeigt aber auch, welchen Einfluss die selbsternannten »Lebensschützer« auf diese Regierung haben.

Der von CDU/CSU und SPD ausgehandelte Koalitionsvertrag befasst sich auch mit zahlreichen gesundheitspolitischen Vorhaben - durchaus auch mit einigen Überraschungen: Mit der Festlegung von einer Mindestpersonalanforderung für alle bettenführenden Stationen ist der Protest vieler Beschäftigter im Gesundheitswesen der letzten Monate und Jahren in der Bundespolitik angekommen. Thomas Böhm hat sich für das *Bündnis Krankenhaus statt Fabrik* die Absprachen der Koalitionär*innen angesehen und diese einzeln kommentiert. Vieles bleibt im Vagen, alles hängt natürlich von ihrer konkreten Umsetzung ab. Als Gesundheitsminister wurde der eher ruhig werkelnde Hermann Gröhe von dem lauten, ehrgeizigen Jens Spahn abgelöst. Von einem Minister, der ein Armutsproblem in diesem Land schlicht negiert, sind keine solidarischen Lösungen zu erwarten.

Einen gänzlich anderen Blick auf die medizinische Versorgung von Armut Betroffener entwickelt in dieser Ausgabe von *Gesundheit braucht Politik* Gerhard Trabert in seinem Beitrag. Er ist ein eindrückliches Plädoyer dafür, den Blick auf gesellschaftliche Ursachen von Krankheiten Armer zu schärfen. Er analysiert, warum für Teile der Bevölkerung der Zugang zum Gesundheitswesen eingeschränkt ist und wie dem abgeholfen werden kann.

Daniel Kettler beschreibt aus der Sicht des Kliniklers den erschwerten Zugang sozial benachteiligter Gruppen zu einer adäquaten ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung. Manche seiner Thesen erscheinen dabei diskussionswürdig. Eine Diskussion, die wir aufnehmen wollen.

Ebenfalls aufnehmen wollen wir eine Diskussion über Sexismus im Krankenhaus. Wenn man den Bericht der jungen Ärztin Rina in dieser Ausgabe liest, hat man den Eindruck, dass sich am Sexismus besonders im OP in den letzten Jahrzehnten nichts verändert hat. Auch hier ist noch viel zu tun.

Mit der Ökonomisierung des ambulanten Pflegewesens seit Einführung der Pflegekassen beschäftigt sich Wolfgang Wo-

darg und beschreibt die systembedingte Hilflosigkeit der Patient*innen und ihrer Angehörigen sowie der Kolleg*innen in den Pflegeberufen. Er sieht das Gesundheitswesen auf einem Weg, der dazu führen wird, dass die gesamte Versorgung von der ambulanten Medizin, über Akutkrankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sowie ambulanter und stationärer Dauerpflege von Konzernen unter Profitgesichtspunkten gemanagt werden wird. Dem stellt Wodarg seine Forderung nach Rekommunalisierung der Gesundheitsversorgung entgegen. Leuchtturmprojekte in denen sektor- und professionsübergreifend zusammengearbeitet wird, stellen für ihn Regionalbudgets dar, wie es sie in einigen Landkreisen Norddeutschlands für die psychiatrische Versorgung gibt. Die Forderungen nach kooperativen Versorgungsstrukturen und integrierter Bedarfsplanung greift auch Hartmut Reiners in seinem Beitrag auf und entwickelt sie zu konkreten Forderungen an die politischen Akteure weiter.

Ein interessantes Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung, das wir in kurzen Auszügen abdrucken, fokussiert auf den Abbau der strikten sektoralen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und versucht dabei, die Sicht der Patient*innen einzunehmen.

Diese Problematik sowie andere Themen der ambulanten Versorgung werden uns im vdää dieses Jahr vermehrt beschäftigen. Am 9. Juni 2018 werden wir zur Vertiefung der Diskussion mit anderen Gruppen einen Fachtag in Hamburg durchführen (Interessent*innen können sich in der Geschäftsstelle melden). Das Ziel ist, einen kontinuierlichen Diskussionszusammenhang zu Problemen der ambulanten Versorgung aufzubauen. Auch das gesundheitspolitische Forum im Rahmen der Jahreshauptversammlung des vdää vom 16.-18.11.2018 in Köln wird sich schwerpunktmäßig mit diesem Thema befassen.

Bernhard Winter

Neue Homepage des vdää

Liebe Mitglieder, vielleicht haben Sie es ja schon bemerkt: Der vdää hat eine neue Homepage. Sie ist übersichtlicher und einfacher in der Benutzung: <http://www.vdaee.de/>

Vor allem aber ist unsere Zeitschrift nun besser zu finden. *Gesundheit braucht Politik* hat jetzt eine eigene Homepage. Dort finden sich alle Ausgaben seit dem Jahr 2013 mit allen Texten. Die neueste Ausgabe wird – wie bisher – erst nach einem halben Jahr komplett ins Netz gestellt. Schauen Sie es sich an und geben Sie uns ein Feedback: <http://gbp.vdaee.de/>



Organisierte Verantwortungslosigkeit

Hartmut Reiners über Bedarfsplanung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung

Hartmut Reiners beschreibt das Gesundheitswesen in Deutschland, das »System« zu nennen, ein Euphemismus wäre. Es besteht aus einer Ansammlung zum Teil überholter Strukturen, die jeweils eine eigene organisatorische und auch finanzielle Logik aufweisen. Der systematische Handlungsbedarf ist groß.

Die Segmentierung der medizinischen Versorgung in ambulante und stationäre Einrichtungen sowie das Behandlungsmonopol von Kassenärztinnen und -ärzten in der ambulanten Versorgung sind zentrale Konstruktionsfehler unseres Gesundheitswesens. Nur in eng begrenzten Fällen dürfen Krankenhäuser Kassenpatienten ambulant behandeln. Es gibt keine umfassende Bedarfsplanung und Sicherstellung für die gesamte medizinische Versorgung. Für die ambulante Versorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zuständig, für die Krankenhäuser die Länder. Es herrscht politische Verantwortungslosigkeit.

Für kooperative Versorgungsformen und eine integrierte Bedarfsplanung sprechen medizinische, ökonomische und demographische Gründe:

- Der medizinische Fortschritt führt zu einer wachsenden Spezialisierung, die eine enge Zusammenarbeit von Allgemein- und Fachmedizin erfordert.
- Behandlungen, die früher längere Klinikaufenthalte erforderten, können heute ambulant oder teilstationär durchgeführt werden.
- Die wachsende Zahl älterer und pflegebedürftiger Menschen erfordert noch mehr die Kooperation von medizinischen und sozialen Einrichtungen bzw. Gesundheitsberufen.
- In dünn besiedelten Regionen spitzen sich diese Probleme zu, weil die gesamte medizinische und pflegerische Betreuung nur mit Versorgungsnetzen unter Einbindung nicht-ärztlicher Berufe sichergestellt werden kann.

Kollektivvertrag

... auch als Gesamtvertrag bezeichnet, ist die im § 85 SGB V vorgeschriebene Einigung der Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) über die Vergütung aller Leistungen der Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen. Der voraussichtliche insgesamt anfallende Behandlungsbedarf in Punkten des EBM wird dabei als Basis für die Berechnung der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) herangezogen. Die KV berechnet im nächsten Schritt nach einem komplexen Schlüssel, dem Honorarverteilungsvertrag (HVV), die Vergütungsaufteilung für die einzelnen Fachgruppen. Die Einzelnen Leistungserbringer*innen bzw. MVZ rechnen ihre Leistungen anhand des Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ab und bekommen danach ihren Anteil aus dem Fachgruppentopf. Dies ist eine der zentralen Aufgaben der KVen. Es gibt also in diesem Vertragssystem keine direkte Vereinbarung zwischen einzelne*r Leistungserbringer*in und Krankenkassen.

Michael Janßen

Diesen Anforderungen stehen Akteure mit fest abgesteckten Claims gegenüber. Sie sind weniger auf Kooperation und Integration konditioniert als auf die Verteidigung ihres Terrains. Das kann man ihnen persönlichen nicht vorwerfen, denn so ist das im Moment das System, in dem sie sich bewegen, gestrickt. Es gibt keine einheitliche politische Zuständigkeit für die Sicherstellung der Versorgung. Die Länder haben zwar im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge die politische Letztverantwortung für die Gewährleistung einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung, aber ihnen stehen für diese Aufgabe keine effektiven Instrumente zur Verfügung.

Dreh- und Angelpunkt dieser überholten Strukturen ist das seit über hundert Jahren bestehende Monopol der Kassenärzte in der ambulanten Versorgung von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Seit dem Ende 1913 zwischen den Ärzten unter Führung des *Leipziger Verbands* (später *Hartmannbund*) und den Krankenkassen geschlossenen »Berliner Abkommen« werden Kassenpatienten nur von Mitgliedern der Ärzteverbände behandelt, die mit den Kassen Verträge haben. Daraus entstand 1932 per Notverordnung des Reichspräsidenten das KV-System mit dem Prinzip der Gesamtvergütung. Das Gesetz über das Kassenarztrecht von 1955 (Siehe Artikel S. 7 in dieser Ausgabe) verfestigte dieses Kollektivvertragssystem und übertrug den KVen den Sicherstellungsauftrag und das Behandlungsmonopol in der ambulanten Versorgung.

Schon die im Juli 1987 eingesetzte Enquete-Kommission zur Strukturreform der GKV stellte fest, dass der von Einzelpraxen und einer strikten Abgrenzung von ambulanter und stationärer Versorgung geprägte Rahmen der medizinischen Versorgung den Anforderungen an eine moderne Medizin nicht entspricht und einer grundlegenden Reform bedarf. Dieses Postulat stieß auf den entschiedenen Widerstand von Ärztefunktionären. Sie nutzten mit Unterstützung von Kassenfunktionären die deutsche Einigung zur Zementierung des Monopols der KVen. Der Einigungsvertrag machte sogar das

überholte System der Einzelpraxen in den neuen Ländern zur gesetzlichen Norm und zerschlug damit die medizinisch und ökonomisch sinnvollen integrierten Strukturen des DDR-Gesundheitswesens. Eine rückständige ärztliche Standesideologie setzte sich gegen Sachargumente durch.

Erst das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) erlaubte den Kassen ab 2004 den Abschluss von Verträgen zu neuen Versorgungsformen ohne Einbindung der KV (»Selektivverträge«). Kernstücke dieser Reform waren die hausarztzentrierte Versorgung und die Zulassung von *Medizinischen Versorgungszentren* (MVZ) zur kassenärztlichen Versorgung. Außerdem entstanden mit der ambulanten spezialärztlichen Versorgung für schwere Erkrankungen neue Vertragsbeziehungen außerhalb des KV-Systems. Diese bescheidenen Fortschritte wurden mit einer wachsenden Intransparenz erkaufte. So gibt es für die ambulante Behandlung in Krankenhäusern zehn verschiedene gesetzliche Grundlagen bzw. Vertragsformen. Außerdem sind Selektivverträge mit komplizierten Verrechnungen mit den Gesamtvergütungen verbunden, weil es sonst zu Doppelzahlungen der Krankenkassen kommen könnte. Kurzum, diese Ansätze zur Flexibilisierung und Integration haben die Abläufe in der medizinischen Versorgung eher komplizierter als einfacher gemacht.

Hinter der Förderung von Selektivverträgen steht die Vorstellung, daraus werde ein Kassenwettbewerb um patientenorientierte Versorgungsverträge entstehen. Der *Gesundheits-Sachverständigenrat* (SVR-G) musste jedoch in seinem Sondergutachten 2012 feststellen, dass nicht die Versorgungsqualität den Kassenwettbewerb bestimmt, sondern die Höhe der Beitragssätze. Daraus ergibt sich ein grundsätzliches Dilemma: Der Aufbau integrierter Versorgungsformen ist für die Kassen mit Investitionen verbunden, die ihre Früchte erst mittel- bis langfristig ernten können. Kurzfristig belasten sie die Kassenhaushalte, was Kassenvorstände scheu-

Selektivvertrag

Direkter Vertrag zwischen Leistungserbringern und Krankenkasse, der ärztliche/psychotherapeutische Leistungen zu definierten Indikationen oder Versorgungsstrukturen beinhaltet. Die Beteiligten (Krankenhaus/Niedergelassene Ärzt*in/Patient*in) müssen sich aktiv als Teilnehmende einschreiben, um die Leistungen zu erhalten bzw. die Leistungen abrechnen zu können. Im Selektivvertrag wird statt oder zusätzlich zu der Regelversorgung von den GKV finanziert.

Die bekanntesten Selektivverträge sind die für Integrierte Versorgung (§ 140 SGB V) und für die Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V); darüber hinaus gibt es noch Modellvorhaben (§ 63-65 SGB V) und besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V).

Inhalte, Finanzierung, Mengenbegrenzung und Qualitätskontrolle werden zwischen den Vertragspartnern ohne Einvernehmen der KVen (siehe Kollektivvertrag) geregelt. Im Falle des Ersatzes von Leistungen, die sonst im Kollektivvertrag erbracht werden, kommt es zu einer Bereinigung der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung MGV.

Michael Janßen

Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach SGB V § 73 b

Im Jahr 2007 im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte Verpflichtung der GKV, ihren Versicherten auf Landesebene Primärarztmodelle anzubieten. Vertragspartner ist der jeweils stärkste Verband der Hausärzt*innen, in allen Bundesländern der Hausärzteverband. Das Modell sieht für die Patient*innen die Entscheidung für eine*r Primärärzt*in vor. Arztwechsel und eigenständige Inanspruchnahme von Gebietsärzt*innen sollen reduziert werden. Die Honorierung erfolgt im Wesentlichen als Kopfpauschalmodell mit einigen Einzelleistungen und Qualitätszuschlägen ohne Mengen begrenzende Maßnahmen.

Es handelte sich vom Ansatz her auch um ein Gesetz zur Schwächung des Vertragsmonopols der KVen (siehe Kollektivvertrag) unter Rot-Grün (Gesundheitsministerin Ulla Schmidt/SPD).
Michael Janßen

en, sie bleiben lieber beim alten Kollektivvertragssystem. Die Vorstellung, der Kassenwettbewerb werde hinreichende Anreize für den Aufbau von integrierten Versorgungsformen und Vertragsnetzen bieten, war und ist eine Illusion.

Sie klammert zudem ein zentrales ordnungspolitisches Problem aus. Man kann nicht Selektivverträgen den Vorrang vor Kollektivverträgen geben, ohne damit den Sicherstellungsauftrag der KVen zu unterminieren. Der geht bei Selektivverträgen an die Kassen bzw. ihre Verbände. Die aber sind nur für ihre Versicherten verantwortlich, nicht aber für die Regionen. Es entsteht ein Vakuum in der Zuständigkeit für die Planung und Sicherstellung der Versorgung.

Das Grundgesetz gibt eigentlich den Ländern die politische Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge, zu der die Gewährleistung einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung fraglos gehört. Daraus wird jedoch nur die direkte Zuständigkeit für die stationäre Versorgung abgeleitet. In der ambulanten Versorgung haben die Länder nur die Rechtsaufsicht über die KVen und die Regionalkassen. Für Kassen mit Versicherten in mehr als drei Ländern ist das *Bundesversicherungsamt* (BVA) zuständig ist. Die Arbeitsteilung zwischen dem BVA und den Aufsichtsbehörden der Länder muss neu organisiert werden. Der frühere BVA-Präsident Daubenbüchel hat dazu schon vor 15 Jahre einen sinnvollen Vorschlag gemacht: Das BVA soll die Kassenhaushalte kontrollieren, während die Länder für die Versorgungsverträge zuständig sind. Geschehen ist hier bislang nichts, mit der Folge, dass die Länder auf das GKV-System schwindenden Einfluss haben.

Die Sicherstellung der gesamten medizinischen Versorgung sollte in der politischen Verantwortung der Länder liegen, was nicht heißt, dass diese allein entscheiden. Das ist im deutschen Gesundheitswesen mit seiner gewachsenen Aufgabenteilung zwischen Regierungsbehörden und gemeinsamer Selbstverwaltung keine realistische Reformoption. Es geht vielmehr darum, die Beziehungen zwischen den Landtagen bzw. Landesregierungen und den Selbstverwaltungsorganen neu zu ordnen. Die Bedarfsplanung muss die gesamte Versorgung betreffen und nicht in ambulante und stationäre Einrichtungen trennen. Die in den Ländern üblichen Regionalkonferenzen zur Krankenhausplanung sollten zu Gesundheitskonferenzen umgebaut werden, in denen auch die KVen vertreten sind. Die von ihnen erarbeiteten Bedarfspläne sollten von den Landtagen verabschiedet werden. Nur dadurch und durch eine Neuordnung der GKV-Aufsicht können die Länder ihrer Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung ihrer Bürger gerecht werden.

Hartmut Reiners ist Ökonom, war bis August 2009 Referatsleiter im Gesundheitsministerium Brandenburg und lebt als Publizist in Berlin.

Integrierte Versorgung (IV) nach SGB V § 140 a

...soll die Sektoren (ambulant-stationär) übergreifende Versorgung fördern. Erstmals im Jahr 2000 eingeführt, aber unter verpflichtender Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu den Verträgen kam die IV nicht in Gang. Im GKV-Modernisierungsgesetz 2004 wurde der Zustimmungsvorbehalt gestrichen und eine Anschubfinanzierung für vier Jahre festgeschrieben. Es handelt sich um Verträge, an denen mindestens zwei Akteure aus den verschiedenen Sektoren zusammenarbeiten; die Patient*innen müssen sich einschreiben. Es gibt eine Vielzahl von Verträgen; die meisten regeln einzelne, eng begrenzte Indikationen (z.B. Kniegelenkersatz). Die gewünschte innovative Überwindung der Sektoren hat sich nicht eingestellt, nur wenige Verträge haben das Potential, in die Regelversorgung übernommen zu werden.

Michael Janßen



»... dass wir allen Grund haben, uns zu freuen«

Rückblick des DÄB auf das Kassenarztrecht von 1955

Im Juli 1955 stimmten Bundestag und Bundesrat dem Gesetz über das Kassenarztrecht zu. Das Ergebnis bestimmte über Jahrzehnte hinweg die Strukturen der ambulanten medizinischen Versorgung. Im Jahr 2005 feierte das *Deutsche Ärzteblatt* den 50. Geburtstag mit einem Artikel von Thomas Gerst. Wir dokumentieren Ausschnitte daraus.

»... Ehe die Krankenkassenverbände dessen gewahr wurden, hatte die Arbeitsgemeinschaft der KV-Landesstellen (seit 1953 unter dem Namen Kassenärztliche Bundesvereinigung) für eine ihr geeignet erscheinende Fassung eines Gesetzentwurfs zum Kassenarztrecht gesorgt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen waren also, wenn sie eine Änderung der geltenden, sich für sie nachteilig entwickelnden Honorarvereinbarungen erreichen wollten, auf freiwillige Zugeständnisse der Krankenkassen angewiesen. Deshalb arbeiteten Ludwig Sievers und Karl Haedenkamp¹, die beiden Protagonisten ärztlicher Standespolitik im ersten Nachkriegsjahrzehnt, seit 1948 zielstrebig darauf hin, eine eigenständige kassenärztliche Organisation auf interzonaler Ebene herbeizuführen, die vor allem eine gesetzliche Neuregelung anstreben sollte.

Der von Sievers formulierte ... Gesetzentwurf zielte vor allem darauf ab, ... die Errichtung einer kassenärztlichen Vertretungskörperschaft auf dem Gesetzeswege herbeizuführen und diese als alleinige Trägerin der ambulanten kassenärztlichen Versorgung zu bestimmen. (...)

Die Kassenärzte (konnten) im Herbst 1950 mit den bisherigen Verhandlungsergebnissen durchaus zufrieden sein, war es ihnen doch gelungen, im Rahmen der vertraulichen Beratungen »für die Ärzteschaft wesentlich günstigere Bestimmungen einzuarbeiten, als ursprünglich vorgesehen waren« – so Haedenkamp bei einer Vorstandssitzung der Arbeitsgemeinschaft

der Westdeutschen Ärztekammern im September 1950. In einer Reihe von Besprechungen im Arbeitsministerium unter Ausschluss der Krankenkassen hatte man die Vorstellungen der Ärzteschaft bei der Formulierung des Gesetzestextes einbringen können. Die Einschätzung des Justizars der KV-Arbeitsgemeinschaft, Arnold Hess, »dass nichts an dem Gesetzentwurf geschieht, ohne dass wir vorher gehört werden und dann immer die Gelegenheit haben, die Sache abzubiegen«, zeigt deutlich die Einflussmöglichkeiten bereits im Vorfeld der Beratungen im Bundestag. (...)

Erst Anfang des Jahres 1952 muss-

te Sievers zu seinem Bedauern feststellen, »dass die Krankenkassen bemerkt haben, dass wir viel im Bundesarbeitsministerium sind, und daraus ihre Konsequenzen ziehen, was uns nicht gerade förderlich ist«.

Sievers betonte dagegen die Vorteile des Gesetzentwurfs für die Kassenärzte. Die ambulante ärztliche Behandlung würde in vollem Umfang den niedergelassenen Ärzten übertragen, Krankenhausambulanzen und Eigenrichtungen der Krankenkassen als Konkurrenz ausgeschaltet. Dass man im Gegenzug auf das Streikrecht verzichtete und Schiedsinstanzen in Anspruch nehmen musste, erschien ihm





als durchaus angemessene Gegenleistung für die Vielzahl an Zugeständnissen. Die ärztliche Standesvertretung habe erreicht, ›was keiner Gewerkschaft gelungen ist ... – dieses Verhältnis so zu regeln, dass der ursprüngliche Arbeitgeber auf sein Recht verzichtet hat, ... den Arzt als Arbeitnehmer anzustellen‹. (...)

Insbesondere die Ortskrankenkassen wandten sich nun dagegen, dass durch den Sicherstellungsauftrag die Kassenärztlichen Vereinigungen, ihrer Ansicht nach rein berufliche Interessenvertretungen, per Gesetz zum öffentlich rechtlichen Träger der kassenärztlichen Versorgung und der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen erhoben werden. Hier würden Verpflichtungen der Krankenkassen auf eine Standesorganisation übertragen und die Krankenkassen selbst zu reinen Zahlstellen degradiert. (...)

Mit dem von den Regierungsfraktionen am 19. Mai 1954 eingereichten Gesetzentwurf kamen die Beratungen über den Gesetzentwurf zum Kassenarztrecht in die abschließende Phase, die noch einmal im Wesentlichen von der Durchsetzung kassenärztlicher Interessen geprägt war. (...)

Die Ärzte unter den Bundestagsabgeordneten sorgten mit vereinten Kräften dafür, dass in den Beratungen der Bundestagsausschüsse nicht nur Veränderungen des Gesetzentwurfs zuungunsten der Kassenärzte unterblieben, sondern noch neue Bestimmungen eingebaut wurden, die einen wertvollen Zugewinn für die kassenärztliche Seite bedeuteten. Die wichtigste Neuerung

bestand darin, dass bei der Festsetzung der Gesamtvergütung nunmehr in erster Linie – bei Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen und der Veränderung der Grundlohnsomme – die in einem zu vereinbarenden Zeitraum ausgeführten ärztlichen Leistungen zugrunde zu legen waren. Das hieß, in der Folge würde das von den Kassenärzten erbrachte Leistungsvolumen mittelbar die Höhe des Gesamthonorars bestimmen. Selbst bei Beibehaltung der pauschalierten Vergütung würde somit die Ausweitung der kassenärztlichen Tätigkeit zulasten der Krankenkassen gehen. Als Erfolg für die Ärzteschaft musste auch gewertet werden, dass der in den Bundestagsausschüssen vereinbarte Gesetzestext die Möglichkeit für die Vertragspartner vorsah, bei der Berechnung der Gesamtvergütung anstelle der Kopfpauschale eine Berechnung nach Fallpauschalen oder nach Einzelleistungen zu vereinbaren (...)

Auch bei den Beratungen über die Verhältniszahl hatten sich die Bundestagsausschüsse weniger von den Bedenken der Krankenkassen gegen eine damit verbundene Ausdehnung der kassenärztlichen Leistungen, sondern von dem Bestreben, für eine größere Zahl von Ärzten gesicherte Arbeitsfelder zu schaffen, leiten lassen.

Das Gesetz über das Kassenarztrecht stellt ein Paradebeispiel für das politische Durchsetzungsvermögen der ärztlichen Standesorganisationen in der Aufbauphase der Bundesrepublik Deutschland dar. Gegen vielfachen Widerstand gelang es, ein Gesetz zu

bewirken, das den Kassenärzten das Monopol bei der ambulanten medizinischen Versorgung garantierte und aufgrund seiner Honorarbestimmungen die Voraussetzungen für den in der Folge zu verzeichnenden überdurchschnittlichen Einkommenszuwachs der niedergelassenen Ärzte schuf. Mit der strikten Trennung von ambulantem und stationärem Bereich gab das Kassenarztrecht Strukturen vor, die sich über Jahrzehnte hinweg weitgehend unverändert erhalten haben. Das Kassenarztrecht von 1955 war nicht das Resultat einer öffentlich geführten Auseinandersetzung, sondern das Ergebnis einer geschickten Verhandlungs- und Lobby-Strategie der ärztlichen Standesvertreter mit deutlichen Vorteilen gegenüber den Krankenkassen.

(Quelle: Thomas Gerst: »50 Jahre Kassenarztrecht: ›... dass wir allen Grund haben, uns zu freuen‹«, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 26, 1. Juli 2005)

1 Anm. der Red: Dass Haedenkamp bereits 1933 als Antisemit und Gegner der Gesetzlichen Krankenkassen in der Weimarer Republik bekannt war und von Reichsärztführer Dr. Gerhard Wagner zur Ausschaltung jüdischer, sozialdemokratischer und kommunistischer Kollegen und damit zur Gleichschaltung des Gesundheitswesens ins Reichsarbeitsministerium berufen worden war, erfährt man in dem Jubiläumsartikel des DÄB nicht. Siehe Ursula Ebell: »Freudigst begrüßt... Entrechtung, Ausschaltung und Vertreibung der jüdischen und staatsfeindlichen Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus«, in: GbP 4/2015

Es ginge auch anders...

Wolfgang Wodarg über integrierte Regionalbudgets für eine gute pflegerisch-medizinische Grundversorgung

Gegen die zunehmende Kommerzialisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens einschließlich der Pflegeeinrichtungen setzt Wolfgang Wodarg seine Perspektive von guter pflegerisch-medizinischer Versorgung und stellt einige Modellprojekte vor.

■ Sozialstaatsgebot

Als Bevölkerung eines sozialen Bundesstaates sind wir von der Verfassung aufgerufen, die Aufgaben gemeinsam zu tragen, die sich dann ergeben, wenn wir krank, arm, behindert, arbeitslos oder pflegebedürftig sind. Wir versprechen uns gegenseitig, dass wir uns teilhaben lassen an dieser Gesellschaft und haben uns von der Politik Regeln machen lassen, die uns gesetzlich verpflichten, Steuern und Beiträge zu zahlen, damit solche Hilfe in guter Qualität sichergestellt werden kann. Wir leben mit über 80 Millionen Menschen nach diesen Regeln. Soweit die staatlichen Gemeinsamkeiten. Doch wer ist »Wir«?

■ Starke regionale Unterschiede

Man denke beispielsweise an die arme Uckermark im Nordosten Deutschlands und an den von Migranten geprägten Stadtteil Neukölln in Berlin oder andererseits an die wohlhabende Gemeinde Gmund am Tegernsee oder das noble Quartier Uhlenhorst an der Hamburger Alster. Bundesweit geltende Regelungen oder Verträge sind weder geeignet noch ausreichend, um überall angemessene Hilfe in guter Qualität bedarfsgerecht sicherzustellen. Für bedarfsgerechte Hilfe bedarf es vor allem Zeit, Erfahrung, Wissen und Empathie von Menschen mit guter Kenntnis der regionalen Angebote und Möglichkeiten. Bekanntheit und Vertrauen sind die besten Voraussetzungen für eine menschenwürdige Hilfe.

■ Subsidiarität als Grundlage für berechtigtes Vertrauen

Gesellschaft organisiert sich dort, wo man miteinander redet, wo man sich kennt und wo man sich deshalb zu Recht vertrauen kann. Als ein solcher Sozialraum ist die Bundesrepublik Deutschland viel zu groß. Selbst unsere 16 Länder sind für gute soziale Hilfestrukturen auf eine funktionierende kommunale Ebene angewiesen.

In der katholischen Soziallehre wurde das Prinzip der Subsidiarität entwickelt, welches vorschlägt, Probleme möglichst gleich dort zu lösen, wo sie sichtbar werden. Jeweils übergeordneten Träger sollen sicherstellen, dass an der Basis Selbsthilfe möglich ist. Sie greifen nur bei solchen Leistungen ergänzend ein, welche die Gemeinschaft vor Ort überfordern

würden und die deshalb besser zentralisiert für alle Gemeinschaften vorgehalten werden. Die übergeordnete Ebene hat dabei das Bestreben, sich so schnell es geht wieder überflüssig zu machen.

Hilfsbedürftigkeit bleibt aber selbst für eine insgesamt leistungsfähige Gesellschaft eine schwierige Aufgabe und soll mit möglichst wenig Aufwand gut bewältigt werden.

■ Perspektivwechsel durch Deregulierung

Doch Gesundheit und Pflege, Arbeit und Wohnung sind in unserer durchökonomisierten Welt Bereiche, die auch aus wirtschaftlicher Perspektive interessant geworden sind. Sie werden deshalb meistens mit der Endsilbe -markt versehen.

Seit Einführung der Pflegeversicherung hat in Deutschland ein gewinnorientierter Pflegemarkt die kommunalen Pflege- und Sorgestrukturen zunehmend verdrängt. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen stehen dem weitgehend hilflos und mit begründetem Misstrauen gegenüber. Die Kommerzialisierung der Anbieterseite, die Angst und das Misstrauen der Betroffenen prägen die Diskussion um Pflege und medizinische Versorgung der letzten Jahre.

Wenn in einer Gemeinde die Pflegedienste mit ihren Kleinwagen voller Werbung um die Wette nach Parkplätzen suchen und Billigkräfte durch die Treppenhäuser und Vorgärten eilen, um möglichst ohne schlechtes Gewissen die Pflegeminuten für ihre Unternehmen zu erbringen, dann wundert man sich, weshalb die Solidargemeinschaft der altruistischen Beitragszahler das schon so lange mitmacht.

■ Kompetenzverlust vor Ort

Von den Hilfebedürftigen selbst ist naturgemäß wenig Widerstand zu erwarten und von der Gemeindevertretung kam bisher meistens ein ratloses Achselzucken. Dafür sei man schon lange nicht mehr zuständig. Gemeindefrauen gebe es nicht mehr und die ehemals defizitären Heime seien zum Glück längst alle privatisiert. Auch die Ärzteschaft und andere selbständige Profis laufen jahrelang schon im Wettbewerb den Karotten hinterher, die ihnen vom Gesundheitsmarkt vor das Maul gehängt werden (Jameda und die Ärzte- und Apothekerbank lassen grüßen!).

■ Not als Wachstumsgrundlage

Die Marktperspektive hat sich in den letzten 30 Jahren im deutschen Gesundheitswesen überall durchgesetzt. Selbst katholische und evangelische Wohlfahrtsverbände sind zu harten ökonomischen Konkurrenten im Gesundheits- und Pflegemarkt mutiert.

Wie in anderen Wirtschaftszweigen sehen wir jetzt auch im Gesundheitswesen und in der Pflege die typischen Merkmale ökonomischer Primärinteressen: Monopolisierung, Dumping-Wettbewerb, Geschäftsgeheimnisse, Personaleinsparungen, Konzentration auf lukrative Marktsegmente, Bonuszahlungen für Umsatzsteigerung und Schaffung von Knappheit und Bedarf. Hilfebedürftigkeit und Krankheit sind aus der Sicht des Marktes eben keine Last, sondern eine Wachstumschance.

Man sieht das besonders in »Marktsegmenten« der letzten Lebensphase: Je größer Angst und Not, um so höher der Preis und die Rendite. Hilflosigkeit wird vom Markt gesucht und genutzt.

■ Unsere Kassen: Institutionelle Korruption

Selbst unsere Solidarkassen, die gesetzlichen Krankenkassen und Pflegekassen gehorchen diesem wirtschaftlichen Primat. Sie wurden von der Politik in einen perversen Wettbewerb geschickt und versuchen, marktkonform ihre Ausgaben zu minimieren und ihre Einnahmen zu maximieren. Wer wenig bringt und teuer ist, den würden sie am liebsten der Konkurrenz rüberschieben. Körperschaften öffentlichen Rechts bestechen aktiv Ärzte und geben ihnen mehr Geld, wenn diese ihre Diagnosen so verändern, dass die Kasse mehr aus dem Gesundheitsfonds erhält. Solidarität und Sozialstaatsgebot geraten angesichts des harten Wettbewerbs unter den Kassen auch hier in Vergessenheit.

Und im Übrigen ist auch keine Kasse zuständig, wenn es irgendwo Unter-, Über- oder Fehlversorgung gibt, denn jede Kasse ist ja nur gegenüber den eigenen Versicherten verantwortlich. Tausende von Verträgen werden möglichst heimlich und jeweils selektiv im Wettbewerb geschlossen. Auch Qualitätszertifikate kann man kaufen.

Wenn durch Ökonomisierung das primäre Interesse, nämlich die eigentlich von der Gesellschaft anvertraute Funktion, ins Hintertreffen gerät und geschwächt wird, dann spricht man von systemischer oder institutioneller Korruption. Diese wächst solange, bis wir das durchschauen und politisch beenden.

■ Was ist anders in Tondern als in Husum?

Menschen wollen in ihrem sozialen Umfeld bleiben und – wenn es denn sein muss – auch dort sterben dürfen. Hierzu gibt es genügend Umfrageergebnisse und es steht viel darüber in Parteiprogrammen. Doch weshalb klappt so etwas in Sonderburg oder Tondern und 40 km weiter in Flensburg oder Husum schon nicht mehr?

In Deutschland gibt es eben keinen kommunalen Gesundheitsdienst sondern einen diversifizierten Gesundheits- und Pflegemarkt. In Dänemark sind Patienten zwar auch eine Belastung, aber die Gemeinde würde sich schämen, wenn es

den Alten und Kranken schlecht ginge. Man ist stolz, diese »Last« gut zu tragen. In Deutschland sind die Gemeinden weitgehend raus. Alte und Kranke sind primär zu einer Verdienstquelle geworden und es wird im Markt um Patienten als Kunden geworben und gestritten. Wir schämen uns nicht mehr, weil wir uns mit Hilfe des Marktes »entsorgt« haben.

Bei uns versuchen Gesundheitsunternehmen, durch politische Einflussnahme die Versorgung jetzt so zu lenken, dass von der Arztpraxis zum Akutkrankenhaus, über Rehaklinik und Hilfsmittel bis hin zum Pflegeheim oder zum ambulanten Pflegedienst mithilfe von Case-Managern keine Einnahmequelle der Konkurrenz überlassen wird. Große Anbieter gewinnen auch hier an Einfluss. Vor dieser profitgeleiteten Integration muss gewarnt werden. Trotz immer neuer Produkte wird es in Deutschland solange keine Qualitätsverbesserung für die Betroffenen in der gesundheitlichen Versorgung oder in der Pflege geben, wie wir die Verantwortung hierfür nicht konsequent subsidiär umgestalten und dabei darauf achten, dass Gestaltungs- und Budgetverantwortung in einer Hand sind – und zwar in öffentlicher!

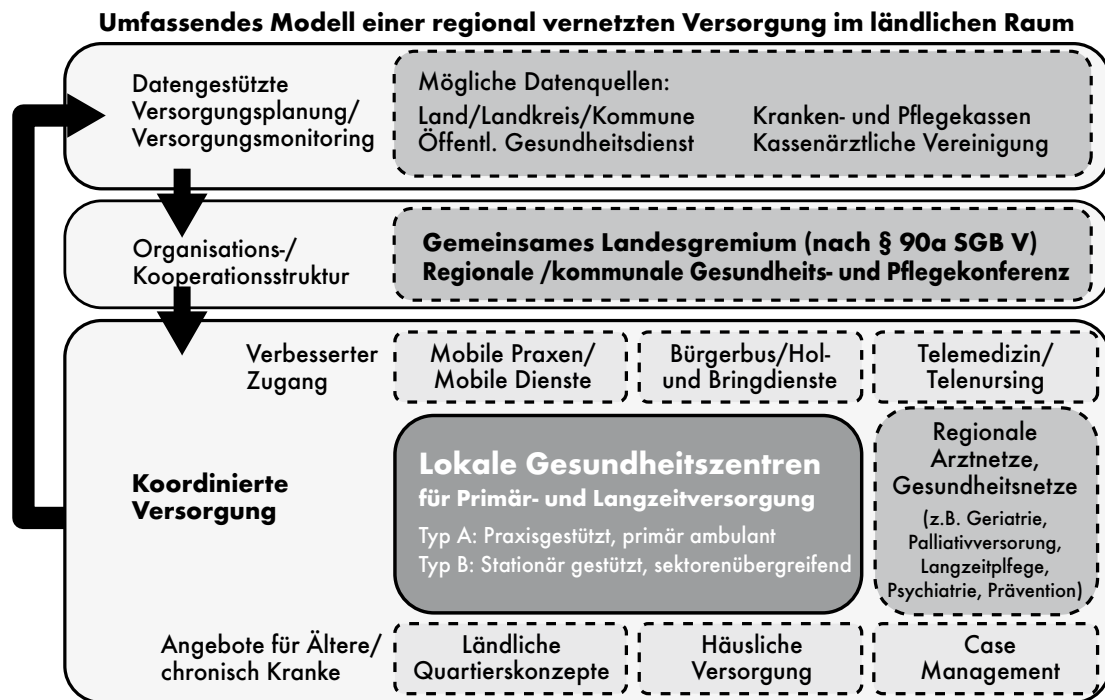
■ Es geht auch in Deutschland – bisher nur psychiatrisch

Es gibt zum Glück auch bei uns bereits einige Ausnahmen. Zum Beispiel im Kreis Herzogtum Lauenburg, wo eine Klinik damit verdient, dass die Menschen im Einzugsbereich möglichst nicht eingewiesen werden müssen. Leider gibt es so etwas bisher nur in der Psychiatrie und nur in einigen Kreisen. In Geesthacht, zwischen Lauenburg und Hamburg wurden die Klinikbetten weitgehend reduziert und das Personal macht Homecare.¹

Hier werden mit einem psychiatrischen Regionalbudget seit Jahren 180.000 Einwohner mit ambulanter Psychiatrie und durch multidisziplinäre Teams gut versorgt. Es können teure Klinikeinweisungen weitgehend vermieden und viel Elend und Geld gespart werden. Alle Kassen in Schleswig-Holstein machen mit und partizipieren so an den Vorteilen dieser vernünftigen und kostengünstigen Versorgungsform. Das Land ist klein, nicht weit entfernt von Skandinavien und man kennt sich. Die Wettbewerber des Marktes werden unter die öffentlich verantwortete regionale/übersichtliche Gestaltungs- und Budgetverantwortung gestellt. Die Systemgröße soll dem Prinzip der Subsidiarität folgen.²

Das Projekt wurde von engagierten Psychiatern und überzeugten Managern vor Ort gestartet. Mit Unterstützung der Politik gelang es, nicht etwa nur einige Selektivverträge abzuschließen, sondern *alle Kassen flächendeckend* zu beteiligen. Hier arbeiten alle Gesundheitsberufe Hand in Hand, wie im Krankenhaus ohnehin üblich. Aber Mauern und Betten werden weitgehend eingespart.

In einem Dutzend der etwa 400 Kreise und kreisfreien Städte Deutschlands werden inzwischen solche oder ähnliche Alternativmodelle zur Krankenhauspsychiatrie praktiziert. Der neugewählte Präsident der größten Fachgesellschaft für Psychiater in Deutschland (DGPPN), Prof. Dr. Arno Deister, Chefarzt in Itzehoe, hatte als erster mit Unterstützung seines klugen Landrates ein Regionalbudget³ mit den Kassen ausgehandelt und konzipiert.



■ Regionalbudgets und regionale Verantwortung – das Geheimrezept im Norden

In Schweden oder Dänemark geht so etwas schon lange auch mit vielen anderen chronischen Krankheiten nach einem ähnlichen Prinzip: Die Region erhält ein einwohnerbezogenes und risikogewichtetes Budget und versucht damit effizient, das heißt also möglichst präventiv und rehabilitativ die Bevölkerung zu versorgen. Pflegekräfte und Ärzte arbeiten ambulant eng zusammen, so wie es bei uns nur hinter Klinikmauern üblich ist. Durch die Vermeidung eines teuren sektorbezogenen Nebeneinanders und durch eine integrierte Budgetverantwortung ergibt sich eine wirklich integrierte Versorgung automatisch.

■ Integrierte Budgets erleichtern integrierte Versorgung

Die Bertelsmann Stiftung hat 2014 eine sehr interessante Arbeit zu integrierten kommunalen Pflegebudgets herausgegeben⁴ und dabei sehr detailliert auch die Machbarkeit unter den heutigen gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen untersuchen lassen. Das Ergebnis dieser Studie ist sehr ermutigend.

Auch der Sozialverband-Schleswig Holstein setzt sich für eine Bündelung der Budget- und Gestaltungsverantwortung für alle Pflegeleistungen auf kommunaler Ebene ein. Die Kommunen sollen planen, Verträge abschließen, die professionelle Hilfe vor Ort mit der Laienhilfe verzahnen und mithilfe des von allen Kostenträgern vor Ort gebündelten Budgets für eine effiziente Pflege sorgen. Auch wenn die Gemeinde sich das nicht zutraut und diese Arbeit teilweise vergibt, soll sie in der Letztverantwortung vor den Einwohnern bleiben. Land und Bund geben den Gemeinden bei Bedarf subsidiäre Hilfestellungen. Alle Kostenträger sollen durch den Gesetzgeber verpflichtet werden, ihre Budgetanteile vor Ort zusammenzuführen.

Als ein erster Schritt wäre es auch möglich, dass einzelne Bundesländer durch den Gesetzgeber ermächtigt werden, hier voranzugehen und geeignete regionale Voraussetzungen zu schaffen. Eine entsprechende Bundesratsinitiative halte ich für sinnvoll, möglich und unterstützenswert. Soweit zur regional verantworteten und integrierten Pflege.

■ Die gesamte pflegerisch-medizinische Grundversorgung vor Ort integrieren

Weshalb sollten wir aber nicht gleich die ärztliche Grundversorgung in das das genannte Regionalmodell einbeziehen – wie schon in der Psychiatrie im Kreis Herzogtum Lauenburg? Es bedarf noch nicht einmal einer Gesetzesänderung, um eine integrierte medizinisch-pflegerische Grundversorgung mit sektorübergreifendem Budget zu formulieren⁵ und zum Beispiel durch gemeinnützige GmbHs oder Genossenschaften auf kommunaler Ebene zu verwirklichen. In Büsum hat man aus der Not des Ärztemangels bereits ein Ärztliches Zentrum unter kommunaler Trägerschaft⁶ konzipiert. So etwas ließe sich gut mit der pflegerischen Komponente kombinieren. Dafür gibt es zwar noch keine explizite gesetzliche Möglichkeit, aber wenn ein Land das will, lässt sich eine Lösung auch jetzt schon »basteln«. Besser wäre natürlich eine ausdrückliche gesetzliche Möglichkeit. Bei den Verhandlungen um die Höhe des Budgets könnte man dabei – wie in der Psychiatrie in Itzehoe oder Lauenburg – von den regional bisher insgesamt aufgewandten Kosten ausgehen.

■ Pflegerisch-ärztliche Kooperation wie in der Klinik – nur ohne Mauern

Wenn die ohne Klinikmauern kooperierenden interdisziplinären Profi-Teams teure Klinikeinweisungen vermeiden und erfolgreiche Prävention ganz nebenbei einbeziehen, kann der erwirtschaftete Gewinn – zumindest zum größten Teil – in der



Region zur Verbesserung der Versorgung eingesetzt werden. Die kommunalen Teams können einen sehr viel flexibleren Personaleinsatz organisieren und ärztliche oder pflegerische Teilzeit-Jobs erleichtern. Auch die Einbindung von anderen sozialen Leistungen oder von Ehrenamtskräften könnte vor Ort integriert werden. (In Lauenburg gibt es sogar »Immobilien-therapie« und eine enge Zusammenarbeit mit der örtlichen Arbeitswelt).

■ Regionalisierte gesundheitlich-pflegerische Gesamtverantwortung bringt allen Gewinn

Alterskrankheiten, chronische Schmerz- oder Stoffwechselerkrankungen o.ä. führen beim bisherigen professionellen Nebeneinander immer wieder zu »Notfallaufnahmen«. In der Klinik und im Wohnumfeld der chronisch Kranken verursachen auch DRG-bedingte Frühentlassungen oft Unsicherheit und teure Fehl- oder Unterversorgung.

Das ist ethisch problematisch und medizinisch nicht notwendig. Ein gut eingespieltes, interdisziplinäres Team kann unnötige Klinikaufenthalte vermeiden und das selbstverständliche Langzeit-Patientenmanagement ohne zusätzlichen Aufwand gleich mitübernehmen. Der Sachverständigenrates zur Begutachtung

der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten 2009 ähnliche integrierte Versorgungsformen vorgeschlagen und diese im Gutachten 2014 weiter konkretisiert. (Siehe Grafik, S. 11)

Bisher kümmern sich nur wenige Kommunen um diese traditionell kommunale Arbeit. Pflege und Sorge, Betreuung, soziale Beratung und medizinische Grundversorgung sind wesentliche Elemente der Lebensqualität in den Kommunen. Wenn Kommunen sie zu ihrer Sache machen, bekommt Daseinsvorsorge wieder ein dankbares Gesicht.

Dr. med. Wolfgang Wodarg ist Internist, Pneumologe, Sozialmediziner, Arzt für Hygiene und Umweltmedizin und war langjähriger Leiter eines Gesundheitsamtes, von 1994 bis 2009 war er Abgeordneter für die SPD im Bundestag, er war auch stellvertretender Fraktionsvorsitzender in der Parlamentarischen Versammlung des Euro-parates und Vorsitzender des dortigen Unterausschuss für Gesundheit; heute arbeitet er als Hochschullehrer in Berlin und Flensburg sowie ehrenamtlich bei Transparency International Deutschland.

- 1 <https://correctiv.org/recherchen/stories/2015/09/26/der-psychiatrie-skandal/> (abgerufen am: 10.03.2018)
- 2 Siehe auch: Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR GA) 2009, BT DS 16/13770
- 3 <https://www.klinikum-itzehoe.de/kliniken/zentrum-fuer-psycho-soziale-medizin/regional-budget.html>
- 4 <http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/pflege-vor-ort-gestalten-und-verantworten/> (abgerufen am: 10.03.2018)
- 5 Regelungen dazu finden sich z.B. im §8 SGB XI und §18 SGB XI in Verbindung mit §105 SGB V, siehe auch: SVR GA 2009
- 6 https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/aerzte_fuer_deutschland/article/893417/aerztehaus-buesum-vorzeigeobjekt-nordseestrand.html

Nicht nur für die Patient*innen gut...

Interview zur MFA-Sprechstunde einer Hausarztpraxis in Norddeutschland

Eine Hausarztpraxis in einer norddeutschen Kleinstadt bietet seit einigen Jahren eine »MFA-Sprechstunde« an, also eine Sprechstunde der früher (und bisweilen von Patient*innen auch heute noch) so genannten »Arzthelferinnen«. Wir haben einen der Praxisinhaber dazu gefragt, wie das zustande gekommen ist, wie es angenommen wird und welche Vorteile das hat.

Gesundheit braucht Politik: *Zunächst ein paar Fragen zu Ihrer Praxis: Wie groß ist die Praxis und wie viele MFAs arbeiten bei Ihnen? Wo ist die Praxis? Wie setzt sich Ihr Patient*innen-Klientel zusammen (alt / jung, Migrationshintergrund / kein Migrationshintergrund, viele privat Versicherte...)*

Wolfram Nagel: Wir haben eine große Gemeinschaftspraxis mit drei Partnern und angestellten Weiterbildungsassistenten sowie 14 Medizinischen Fachangestellten (MFA). Unser Standort befindet sich in einer Kleinstadt (7.500 Einwohner*innen) mit ländlichem Einzugsgebiet. Unser Patientenkontingent ist gut durchmischt, gerne auch Kinder, drei Pflegeheime, einige Migrantenfamilien, wenig Privat Versicherte.

Sie bieten eine MFA-Sprechstunde in Ihrer Praxis an. Seit wann machen Sie das und warum?

Eigentlich gibt es ja schon immer und vermutlich in allen Praxen Arbeitsbereiche, in denen MFAs sehr selbstständig am Patienten arbeiten. Dazu gehört natürlich das Labor und auch manche technische Untersuchung. Seit einigen Jahren, spätestens seit Einführung der VERAHS, delegieren wir zunehmend Leistungen an qualifizierte und entsprechend fortgebildete MFAs.

Was machen die MFAs? Machen sie es selbständig, wird es delegiert?

Für MFA-Sprechstunden eignen sich vor allem Tätigkeiten, die gut strukturiert werden können und in der Regel auch klare Grenzwerte und / oder Kennzahlen hervorbringen. Diese werden so definiert, dass sich aus den Messergebnissen und Befunden für die MFA klare Konsequenzen ableiten. Entsprechend gibt es klare Grenzwerte, die dann eine Vorstellung des Patienten in der ärztlichen Sprechstunde nach sich ziehen. Insofern gibt es immer eine Rückkopplung in die ärztliche Sprechstunde.

Außer Labor und Medizintechnik incl. Doppler haben unsere Mitarbeiter eigene Terminalspalten für DMP, Geriatisches Basisassessment, Schulungen, Raucherentwöhnung, Entspannungstraining, Demenzteste, Impfsprechstunden und natürlich Hausbesuchstouren für Blutentnahmen, Anlage von L-EKG, L-RR, Verbandswechsel u.v.m.

*Wie werden die MFA-Sprechstunde und andere Leistungen, die die MFA ohne Arzt machen, von den Patient*innen angenommen?*

Die Patienten lieben diese Form der Versorgung. Anfangs scheint es manchen Patienten ungewohnt zu sein. Je vielfältiger und selbstverständlicher aber diese delegierbaren Leistungen von qualifizierten Mitarbeitern übernommen werden, je mehr können die Patienten dieses Angebot schätzen.

*Gibt es bei Ihnen auch die Erfahrung, dass manche Patient*innen der MFA bestimmte Dinge lieber erzählen als dem Arzt? Wie wird das dann wieder mit dem Arzt rückgekoppelt? Gibt es regelmäßige Praxis-Gespräche darüber? Wie ist das organisiert?*

In der Tat sind die MFA-Sprechstunden manchmal von anderen Themen geprägt, sodass wir klar Zusatzinformationen aber auch zusätzliche Interventionsmöglichkeiten erkennen. Dies ist sowohl diagnostisch gewinnbringend, als auch therapeutisch nutzbar, weil Mitarbeiter manchmal einen anderen Zugang zu den Patienten haben.

Handelt es sich um relevante Informationen, sprechen die MFA direkt den behandelnden Arzt an oder legen ihm einen



Laufzettel mit Hinweis auf die neuen Fakten zur weiteren Veranlassung hin.

*Wie wirkt sich die MFA-Sprechstunde, also die mehr selbständige Tätigkeit der MFA auf das Praxisklima aus (das Verhältnis zwischen Ihnen als Arzt zu den MFA und das Verhältnis zu den Patient*innen)?*

Die Mitarbeiter empfinden die MFA-Sprechstunde als Aufwertung ihrer Arbeit. Die erlebte Wertschätzung ihrer Arbeit durch unser ärztliches Vertrauen wirkt sich positiv auf Arbeitsatmosphäre und Motivation aus. Für die Mitarbeiter ist ihr Zutun zum Praxiserfolg – sowohl wirtschaftlich, aber vor allem auch hinsichtlich der konkreten Patientenversorgung – direkter erkennbar. Es gibt Situationen, in denen die Patienten für bestimmte Fragestellungen ausdrücklich die Mitarbeiter sprechen wollen und nicht den Arzt/die Ärztin.

Gab es und gibt es Konflikte deshalb und welche sind das?

Mittlerweile achten wir darauf, dass eine Mitarbeiterin nicht monatelang in einer Sprechstundenart bleibt und vielleicht ein Jahr lang nur DMPs macht.

Darf ich zum Schluss noch eine letzte Frage stellen: In einem Artikel in der Zeitschrift Der Hausarzt von 2014 sprechen Sie von der »Helferinnen-Sprechstunde« etc. Ist es nicht ein Widerspruch, den Mitarbeiterinnen einerseits mehr Selbständigkeit zuzugestehen und sie andererseits immer noch Helferinnen zu nennen (es gab ja eine lange Diskussion darüber und gute Gründe, dass man diese Berufsgruppe nicht mehr »Arzt-helferinnen« nennt...)?

Da haben Sie völlig Recht. Auf meinen Artikel, den ich vor einigen Jahren zu diesem Thema schrieb, meldete sich auch prompt der *Verband medizinischer Fachberufe* mit diesem berechtigten Anliegen. Zur kraftlosen Entschuldigung kann ich nur anmerken, dass tatsächlich in unserer Region noch selbstverständlich von der »Helferin« gesprochen wird und der Begriff der »MFA« auch unseren Patienten völlig fremd ist (anders als bei der MTA). Unsere gerade geschilderte Praxis mag ein Hinweis sein, dass die Begrifflichkeit uns allerdings keineswegs an der Wertschätzung für unsere Mitarbeiter hinderte.

Dr. med. Wolfram Nagel ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Europ. Med. School Oldenburg-Groningen (EMS)

»Armut ist die schlimmste Form von Gewalt«

Gerhard Trabert über ambulante aufsuchende Gesundheitsversorgung sozial benachteiligter Menschen

Armut und deren Beziehung, deren Auswirkungen auf die Gesundheit, auf die Entstehung von Krankheit ist im Kontext der Armutsdebatte immer noch ein unterschätztes und vernachlässigtes Teilgebiet. Obwohl gerade an diesen engen Korrelationen deutlich wird, dass Armut in einem der reichsten Länder der Erde nicht lediglich ein Verzicht auf Konsumgüter, auf Annehmlichkeiten, auf gesellschaftliche Teilhabe bedeutet, sondern häufig mit physischem und psychischem Leid, mit höheren Erkrankungsraten, bis zu einer signifikant geringeren Lebenserwartung einhergeht.

■ Wie wird Armut definiert?

Es wird zwischen absoluter Armut, die physische Existenz bedrohend, und relativer Armut differenziert. Definitionsversuche relativer Armut orientieren sich schwerpunktmäßig an der finanziellen Ausstattung. Es wird daher von Einkommensarmut gesprochen. Folgende Definitionen werden diesbezüglich angewandt:

- 1. Armutsgefährdet ist, wer 60 Prozent oder weniger des durchschnittlichen monatlichen Haushaltseinkommens eines Landes besitzt;** (Empfehlung der Europäischen Union) entspricht in Deutschland im Jahre 2017: ca. 930 Euro, da das Durchschnittseinkommen bei ca. 1.630 Euro lag)
- 2. Strenge Armut ist, wenn man 40 Prozent oder weniger des durchschnittlichen monatlichen Haushaltseinkommens besitzt** (2017 entspricht dies einem Betrag von ca. 680 Euro)

Äquivalenzeinkommen: dient zur Berechnung des Einkommens der sonstigen Haushaltsmitglieder: Hauptverdiener Faktor 1,0; alle übrigen Mitglieder ab dem 14. Lebensjahr erhalten den Faktor 0,5 und Kinder unter 14 Jahren den Faktor 0,3.

Sozialgeld bzw. Arbeitslosengeld 2 (sogenanntes »Hartz IV«) nach der Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe im Jahre 2004 (2018 = 416 Euro; davon 15,80 Euro für Gesundheitspflege)



■ **Wie viele Menschen sind in Deutschland von Armut betroffen und wer sind sie**

Nach Berechnungen des Armutsberichtes des *Paritätischen Wohlfahrtsverbandes* aus dem Jahre 2017 für das Berechnungsjahr 2015 lag die Armutsquote bei 15,7 Prozent (Anteil der Personen, die weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung Deutschlands auskommen mussten.) Besonders von Einkommensarmut betroffen sind Menschen mit Migrationshintergrund, Alleinerziehende, Arbeitslose, und die Personengruppe der über 65-Jährigen.

■ **Korrelation zwischen Armut und Krankheit sowie Lebenserwartung**

Schon Goethe stellte fest: »Arm im Beutel, krank am Herzen.« Dass es einen Zusammenhang zwischen Sozialer Lage und Krankheit gibt, haben zahlreiche sozial- und naturwissenschaftliche Untersuchungen belegt.

Konkrete Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status und Krankheit konnten u.a. für das Auftreten von koronaren Herzkrankheiten (Herzinfarkt: 2-3fach erhöhtes Risiko), Schlaganfall (ebenfalls 2-3fach erhöhtes Risiko), Krebserkrankungen und Lebererkrankungen festgestellt werden. Erkrankungen der Verdauungsorgane (Magengeschwüre) und der Atmungsorgane (Lungenentzündungen, chronische Bronchitis) findet man ebenfalls häufiger als im Bevölkerungsdurchschnitt. Des Weiteren ist die Infektanfälligkeit erhöht. Bei von Armut betroffenen Kindern treten gehäuft Zahnerkrankungen und psychosomatische Beschwerdekompexe auf. Zusätzlich zum Kontext der Psychosomatik treten psychiatrische Erkrankungen in den Vordergrund, und hier besonders Depressionen bis zum Suizid. Armut verursacht Stress und die damit assoziierten Erkrankungen.

Neben der Morbidität ist auch die Mortalität von Armut betroffener Menschen in unserer Gesellschaft erhöht. So besteht ein Lebenserwartungsunterschied von elf Jahren bei den Männern und von acht Jahren bei den Frauen zwischen dem reichsten und dem ärmsten Viertel der deutschen Bevölkerung (Lampert & Kroll 2010, Kroll et al. 2008). Die Daten des Sozialberichtes-Datenreport 2011 bestätigen diese signifikant niedrigere Lebenserwartung Armutsbetroffener. 31 Prozent der von Einkommensarmut betroffenen Männer erreichen nicht das 65. Lebensjahr. Im Hinblick auf die Zahlen zur »gesunden Lebenserwartung« liegt der Unterschied zwischen der »Armutsguppe« (Einkommen <60 Prozent) zur »Reichtumsgruppe« (Einkommen >150 Prozent in Bezug zum Durchschnittseinkommen) bei den Frauen bei 10,2 Jahren und bei den Männern bei 14,3 Jahren. Arm zu sein, bedeutet einer großen psychosozialen Belastung ausgesetzt zu sein, besonders in unserer leistungsbezogenen Gesellschaft. Erschwerend kommt zudem hinzu, dass es immer noch eine Unkultur der Diffamierung und Schuldzuweisung gegenüber sozial benachteiligter Menschen gibt. Die häufig zu einem ausgeprägten Selbstwertverlust der Betroffenen führt.

■ **Gesundheitsrisikofaktoren im Kontext sozialer Benachteiligung?**

Was beeinflusst, bestimmt die Gesundheit von Menschen die von sozialer Benachteiligung betroffen sind? Was sind Gesundheitsrisikofaktoren? Natürlich ist von einem multikausalen Geschehen auszugehen. Individuelles Risikoverhalten (Ernährungsgewohnheiten, Zigarettenkonsum, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel), Belastungen durch Arbeit oder auch Arbeitslosigkeit, einschneidende Lebensereignisse (Trennung, Scheidung, Tod des Partners usw.), Wohnort und damit einhergehenden Umweltbelastungen (Lärm, Luftverschmutzung), Bildung, aber auch gesellschaftsstrukturelle Faktoren sind beeinflussende, bestimmende Parameter. Die Lösung des Problems wird in großen Teilen der Politik, aber auch generell in der Öffentlichkeit, teilweise auch in der Fachöffentlichkeit, einseitig im Konzept einer Bildungsförderung gesehen, d.h. auch, dass das Armutsphänomen individualisiert wird. Es handelt sich demzufolge um einen Mangel, um Defizite des einzelnen Betroffenen; gesellschaftliche Korrelationsmechanismen werden dagegen negiert, oder es wird zumindest davon abgelenkt. Der Gesundheitsrisikofaktor »Soziale Transferleistungen« und »Gesundheitsversorgungssystem« werden immer noch zu selten hinterfragt und kritisch reflektiert.

Seit 1989 wurde und wird systematisch die Errungenschaft des gesundheitlichen Solidarprinzips ausgehöhlt und teilweise abgeschafft. Zuzahlungen und Zusatzbeiträge, Eigenbeteiligungen, komplizierte administrative Antragsverfahren behindern und verhindern den Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem. Hieraus folgt die Erkenntnis: Die derzeitige Gesundheitsversorgung von zahlreichen Bevölkerungsgruppen ist absolut unzureichend. Zahnbehandlungen, notwendige Brillenanschaffungen, Hörgerätezusatzmaterialien (Hörgerätebatterien), physikalische Maßnahmen, um nur einige wenige zu benennen, sind für von Armut betroffene Menschen nicht finanzierbar! Das notwendige Geld kann von 416 Euro nicht angespart werden. Diese – zum Leben bzw. zur gesell-

schaftlichen Teilhabe unbedingt notwendigen – Hilfsmittel bzw. medizinischen Maßnahmen müssen bei der Regelsatzberechnung des Arbeitslosengeldes II berücksichtigt werden. Ca. 15,80 Euro Gesundheitsbudget innerhalb des Regelsatzes sind für eine sinnvolle und notwendige Gesundheitsfürsorge zu wenig.

■ **Armutsmmedizin?!**

Das Gesundheitssystem in Deutschland zeigt zunehmend Versorgungsdefizite und Lücken gegenüber verschiedenen Personengruppen auf. Dies hat strukturell bedingte gesundheitsgefährdende Auswirkungen. Gibt es so etwas wie Armutsmmedizin? Ich denke nicht! Aber es gibt ein zielgruppenorientiertes sensibles Verhalten, eine notwendige betroffenenzentrierte Sensibilität, die insbesondere im Kontext von Gesundheit / Krankheit von einer adäquaten Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle einnehmen muss. Des Weiteren ist es wichtig, dass die Menschen, die von Einkommensarmut betroffen sind, eine absolut heterogene Gruppe von Mitbürgern darstellen. Dies haben die zuvor beschriebenen Gesundheitsrisikofaktoren verdeutlicht.

Innerhalb der Diskussion zur Gesundheitsversorgung von sozial benachteiligten Menschen in Deutschland sind 3 Handlungsebenen bzw. Aktionsbereiche von entscheidender Bedeutung:

Erstens ist eine von Respekt und Wertschätzung geprägte Diskussion zum Kontext Armut und Gesundheit einzufordern. Dies ist leider, gerade auch im Hinblick von Äußerungen politischer Entscheidungsträger, immer noch nicht der Fall. Armut als individuelles Versagen zu bezeichnen ist inhaltlich falsch und diffamierend sowie stigmatisierend.

Zweitens muss auf der praktischen Ebene schnell, kompetent, betroffenenzentriert agiert werden. Aufgrund der Feststellung, dass das bestehende Gesundheitssystem zunehmend Menschen in besonderen Lebenslagen nicht erreicht, sind Überlegungen im Sinne einer Umstrukturierung der medizinischen Versorgung notwendig. Die klassische Komm-Struktur im ärztlichen Bereich (Patient kommt zum Arzt) ist durch die Praktizierung einer Geh-Struktur, der Arzt geht zum Patienten, zu ergänzen. Ein niedrigschwelliges medizinisches Versorgungsangebot »vor Ort«, innerhalb sozialer Brennpunkte, Wohnungsloseneinrichtungen, Drogenberatungsstellen, Arbeitsämter, Schulen, Kindergärten muss verstärkt und konsequent realisiert und praktisch umgesetzt werden. Die Finanzierung muss staatlich gefördert werden.

Drittens sind die gesellschaftsstrukturellen Verursachungsmechanismen zu identifizieren und abzuschaffen. Entsprechend vorgegebene Rahmenbedingungen, sich widerspiegelnd in Gesetzestexten, Bestimmungen, Handlungsanweisungen usw., sind zu verändern. Beispiele hierfür wären die vollkommene Befreiung von Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen im Gesundheitssektor für Empfänger von sozialen Transferleistungen. Finanzierung von Sehhilfen als Regelleistung durch die Krankenkassen. Umstrukturierung des dualen Krankenversicherungssystems in Richtung einheitlicher Bürgerversi-

cherung. Jeder Mensch hat ein Recht auf eine menschenrechtskonforme Gesundheitsversorgung.

■ **Was ist konkret zu tun?!**

Untersucht man das Gesundheitsverhalten der von Armut betroffenen Menschen so fällt auf, dass sie das bestehende medizinische Angebot, u.a. aus den oben beschriebenen Gründen, nicht ausreichend wahrnehmen bzw. dass das medizinische Versorgungssystem diese Mitmenschen nicht mehr erreicht. Präventive Gesundheitsangebote wie z.B. Vorsorgeuntersuchungen und Impfmaßnahmen werden seltener wahrgenommen. Viele Angebote sind für die Betroffenen zu »hochschwellig«. Aufgrund der Feststellung, dass das bestehende Gesundheitssystem viele einkommensarme Menschen nicht erreicht, sind Überlegungen im Sinne einer Umstrukturierung der medizinischen Versorgung notwendig. Die klassische Komm-Struktur im ärztlichen Bereich (Patient kommt zum Arzt) ist durch die Praktizierung einer Geh-Struktur, der Arzt geht zum Patienten, zu ergänzen. Ein niedrigschwelliges medizinisches Versorgungsangebot »vor Ort«, innerhalb sozialer Brennpunkte, Wohnungsloseneinrichtungen, Drogenberatungsstellen, Arbeitsämter, Schulen, Kindergärten wurde partiell in den vergangenen Jahren verschiedentlich praktisch umgesetzt und zeigte durchweg eine hohe Inanspruchnahmequote durch die Zielgruppe. Dies sollte interdisziplinär durch eine enge Zusammenarbeit von Sozialarbeit und Medizin geschehen.

■ **Eine menschenrechtskonforme und würdevolle gesundheitliche Versorgung am Beispiel der Medizinischen Ambulanz / Poliklinik ohne Grenzen in Mainz sowie des Mainzer Modells**

Eine solche Versorgungsstruktur, besitzt das »Mainzer Modell der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen« (siehe www.armut-gesundheit.de). Das sogenannte *Mainzer Modell* versucht, die zunehmenden Versorgungslücken in unserem Gesundheitssystem durch ein entsprechend niedrigschwellig angelegtes und interdisziplinär ausgerichtetes medizinisches Versorgungsangebot zu schließen. Grundgedanke ist als Ergebnis der Analyse der Gesundheitssituation sozial benachteiligter und insbesondere wohnungsloser Menschen der zuvor beschriebene lebensraumorientierte (Setting-)Ansatz.

So finden regelmäßige medizinische Sprechstunden in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe statt. Dieses Konzept reduziert die Hemmschwelle eine ärztlich-pflegerische Beratung in Anspruch zu nehmen. Diagnostiziert und behandelt wird auch ohne gültigen Krankenversicherungsschutz und das Erheben von Praxisgebühr und Medikamentenzuzahlungen. Zudem besteht eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den dort tätigen Sozialarbeitern/Sozialpädagogen.

Zusätzlich werden mobile Sprechstunden (Arztmobil, fahrende Ambulanz), die eine medizinische Erstversorgung von Wohnungslosen direkt auf der »Straße« gewährleisten soll, im Sinne einer aufsuchenden medizinischen Betreuung (»medical-streetwork«), angeboten.

Innerhalb des gesamten medizinischen Versorgungs-



konzeptes ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbare Notwendigkeit. Dies wird durch die Beteiligung verschiedener Wohlfahrtsverbände, Institutionen der Wohnungslosenhilfe, örtlichen und überörtlichen Behörden sowie ärztlichen Standesvertretungen und sonstigen Einrichtungen (Kassenärztliche Vereinigung RLP, Bezirksärztekammer, Gesundheitsamt, Krankenhäuser, Tagesklinik für psychisch Kranke, ärztlichen Praxen usw.) deutlich. Die ehrenamtliche Mitarbeit durch Vertreter verschiedener Berufsgruppen ist ein wesentlicher Mosaikstein innerhalb des Versorgungskonzeptes. Die langjährigen Erfahrungen innerhalb des Mainzer Versorgungsmodells sind durchgehend positiv. Die Behandlungs- und Patientenzahlen nehmen seit Beginn des Angebotes (September 1994) stetig zu. Diagnostik und Therapie können somit oft frühzeitig einsetzen und damit ein Fortschreiten von Krankheit verhindern. Oft werden hierdurch später notwendige stationäre Behandlungen abgewendet und damit letztendlich auch Kosten gespart.

Eine Reintegration in das bestehende Gesundheitssystem ist über solche niedrigschwellige Versorgungsangebote erleichtert und konkret möglich, wobei dies durch die gravierenden Einschnitte im Sozialsystem sowie die Entsolidarisierung im Gesundheitssystem mit einer zunehmenden Bürokrati-

tisierung und der Einführung von finanziellen Zuzahlungen deutlich erschwert wurde. Zudem nimmt der Anteil nicht-versicherter Patienten zu, wie z.B. Menschen ohne Papiere (»Papierlose«), illegalisierte Menschen oder legal in Deutschland sich befindende EU-Ausländer, besonders aus Osteuropa, die z.B. für eine Saisontätigkeit umworben wurden und dann keine weitere Beschäftigung erhielten, in Deutschland blieben und häufig ebenfalls keine oder eine unzureichende Krankenversicherung besitzen. All diese Entwicklungen im Gesundheitssektor machen neue Versorgungsstrukturen für sozial benachteiligte Menschen notwendig, die ein multidisziplinäres Angebot beinhalten.

Aufgrund dieser praktischen Erfahrungen eröffnete im Mai 2013 der Verein Armut und Gesundheit in Deutschland eine *Medizinische Ambulanz (Poliklinik) ohne Grenzen* (www.armut-gesundheit.de) für sozial benachteiligte Menschen:

Die Poliklinik ohne Grenzen beinhaltet ein sowohl medizinisch interdisziplinäres als auch multidisziplinäres Angebot. Dies bedeutet, dass es Sprechstunden und Gesundheitsberatungsangebote von verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen so wie nicht medizinischen Fachgruppen im Sinne eines biopsychosozialen Behandlungskonzeptes gibt. Innerhalb des medizinischen Bereichs sind u.a. allgemein-

ärztliche, kinderärztliche, dermatologische, chirurgische, gynäkologische, zahnärztliche, psychiatrische Sprechstunden vorgesehen. Darüber hinaus finden insbesondere krankenflegerische, sozialarbeiterische und psychologische Sprechstunden statt. Zu diesem Versorgungsangebot gehört auch ein mobiles aufsuchendes ärztliches Behandlungsangebot, das sogenannte Arztmobil.

Die Besetzung der Sprechstunden wird einerseits durch festangestellte Mitarbeiter gewährleistet. Andererseits, und dies ist der größte personelle Anteil, werden die Sprechstunden durch ehrenamtliche, pensionierte, mit hoher Fachkompetenz ausgestattete Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter, angeboten. Sämtliche Gesundheitsversorgung- und Beratungsleistungen sind kostenfrei. Gerade die Sozialarbeit leistet hier einen wichtigen Integrations- und Inklusionsbeitrag.

Es soll mit dieser »Poliklinik für Arme« keine Alternativversorgungsstruktur etabliert werden, sondern eine dringend notwendige komplementäre Versorgungseinrichtung für die Menschen geschaffen werden, die immer häufiger durch die Aushöhlung unseres Gesundheitsversorgungsnetzes, nicht mehr menschenwürdig, kompetent und umfassend sozialmedizinisch betreut werden.

Deshalb ist ein wichtiger Bestandteil dieses Versorgungskonzeptes die enge Kooperation und Vernetzung mit niedergelassenen ärztlichen KollegInnen, den stationären Einrichtungen (Krankenhäuser, Institutsambulanzen), Beratungsstellen und Selbsthilfeeinrichtungen sowie dem Job-Center und dem Sozialamt.

■ Wertschätzung, Salutogenese, Resilienzförderung

Der dänische Therapeut Jesper Juul hat einen interessanten Begriff in die deutsche Sprache »eingeführt«, den Begriff der *Gleichwürdigkeit*. Diesen Begriff gibt es in der deutschen Sprache nicht, wohl aber in anderen Sprachen. Für mich drückt dieser Begriff eine fundamentale menschliche Beziehungs- und Kommunikationsebene aus. Menschen in Würde zu begegnen und ihnen damit ein Stück Würde, die bei armen Men-

schen oft verloren gegangen ist, wieder zurückzugeben. Diese Würde spiegelt sich gerade auch in einer für jedermann, unabhängig von seinem sozialen Status zugänglichen und umfassenden Gesundheitsversorgung wider.

Richard Wilkinson und Kate Pickett veröffentlichten im Jahre 2009 die wissenschaftlichen Expertise »The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better«. Darin belegen die Autoren, anhand zahlreicher fundierter wissenschaftlicher Analysen, dass mit zunehmender Ungleichverteilung der vorhandenen gesellschaftlichen Ressourcen, bei Armen, wie interessanterweise auch bei Reichen, die

Problemkonstellationen ansteigen. Physische sowie psychische und soziale Probleme und im weitesten Sinne Störungen nehmen zu, wie Stress, Depressionen, Gewalt, Konkurrenz, soziale Verwahrlosung; die Lebenserwartung fällt insgesamt geringer aus. Mehr Gleichheit hingegen fördert das gegenseitige Vertrauen, mit der Folge, dass die Menschen glücklicher sind, und dass damit in allen gesellschaftlichen Klassen die Lebenserwartung steigt, Depressionen deutlich geringer festzustellen sind, die Quote von Gewalttaten geringer ausfällt, und vieles mehr. Sinngemäßes Fazit der Autoren: Wir benötigen nicht mehr Wachstum, wir

benötigen mehr Gleichheit. In Deutschland nimmt die Ungleichheit in den letzten beiden Jahrzehnten, besonders in den letzten Jahren, deutlich zu.

Literatur beim Verfasser erhältlich.

Prof. Dr. med., Dipl.-Sozialpädagoge Gerhard Trabert, Leiter der Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit der Nationalen Armutskonferenz (NAK), Stellvertretender Sprecher der NAK Deutschland, Sprecher der Landesarmutskonferenz Rheinland-Pfalz, 1. Vorsitzender des Vereins Armut und Gesundheit; Email: gerhard.trabert@hs-rm.de

Back to Kotti

Ein Plädoyer für eine sozialere Medizin – von Daniel Ketteler

Es gibt in der Kreuzberger Rap-Szene einen Künstler, der sich »Scarf-Face« nennt und der in Anlehnung an den 1997 in Los Angeles erschossenen Rapper Notorious B.I.G. und dessen Song »Going back to Cali« dichtete: »I'm going back to Kotti«. Wie South L.A. bietet auch das Umfeld des »Kotti«, des Kottbusser Tors im Zentrum von Kreuzberg Einblicke in die kondensierten sozialen und medizinischen Probleme einer Einwanderungsgesellschaft. Im Los Angeles der 90er Jahre führten die Spannungen zwischen Weißen und Schwarzen zu schweren Unruhen, nachdem vier Polizisten nach einer Verfolgungsjagd dabei gefilmt wurden, wie sie brutal auf einen schwarzen Mann einprügelten. Es herrschten bürgerkriegsartige Zustände. All das droht in Kreuzberg aktuell natürlich nicht, aber die Spannungen, Marginalisierungen und sozialen Friktionen sind auch hier zu spüren. Vor allem, wenn man als Psychiater den dortigen Puls fühlt. Nicht ohne Selbstironie intoniert der Kreuzberger »Scarf Face« seine Remineszenz und identifiziert sich mit dem erschossenen Superrapper.

Zurück zu etwas wollte kürzlich auch der französische Soziologe Didier

»Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen.«
(Rudolf Virchow)

Eribon mit seiner brillanten Studie »Rückkehr nach Reims« (Suhrkamp, 2016). Eribon beschreibt die marginalisierten Weißen seiner heimatlichen, ehemals prosperierenden, Industriegegend um die nordfranzösische Stadt Reims und bietet soziologische Anknüpfungs- und Erklärungspunkte für einen Aufstieg der dort leider besonders erstarkten rechten Bewegung rund um den Front National.

Sozialer Niedergang, Arbeitslosigkeit, Depression, Sucht und körperliche Vernachlässigung, Bildungsmangel, all dies flankiert derartige Entwicklungen auch aus sozialmedizinischer Perspektive. Vielleicht viel zu lange hat die Medizin diese Zusammenhänge im Sinne einer besseren Übersichtlichkeit vereinfacht, als führe der Weg aus und in die Arztpraxis nicht durch eine zu allererst krankheitserhaltende, bzw. erst die Krankheiten ursächlich ermöglichende soziale Umgebung.

Rudolf Virchow erkannte den Zusammenhang von Sozialpolitik und Medizin und pointierte die Wichtigkeit ei-

nes Zusammenhangs mit dem anfangs genannten Zitat. Virchow begründete zahlreiche Kliniken in Berlin, so auch das »Krankenhaus am Urban« in Kreuzberg. Dieses Krankenhaus ist mittlerweile Teil des größten Gesundheitskonzerns in Berlin, dem Milliardenunternehmen *Vivantes*. Dort haben nicht mehr nur Ärzte im Geiste Virchows das Sagen, sondern auch Geschäftsführer und Anteilseigner. Hans-Ulrich Deppe stellte 2006 heraus: »Wettbewerb polarisiert – er verschärft die soziale Ungleichheit«. Offensichtlich ist es so, dass mehr Wettbewerb, zumindest in der zuletzt im Gesundheitswesen implementierten Form, auch zu einem unterschiedlichen Zugang zu Leistungen führt. Plastisch gesprochen: Bei gleichem »kleinen« Geld für Standardleistungen werden »Heavy User«, zumeist sozial schwache, multimorbide und chronisch Kranke (z.B. schizophrene Patienten mit Residuen) womöglich immer schneller und dadurch mutmaßlich schlechter versorgt. Migranten nutzen statistisch betrachtet Notaufnah-



men häufiger als dass sie niedergelassene Ärzte aufsuchen (vgl. Traibert & Waller, 2013, S. 76). Menschen mit hohem Leidensdruck, die zu Recht nach viel Zuwendung verlangen, strapazieren so die engen Zeitbudgets von Kliniken und ambulanten Ärzten. Dies führt letztlich zu einer schleichenden und wenig bewussten Entsolidarisierung der Akteure im System mit diesen Patienten.

Armut macht krank. Das ist keine Plattitüde. Viele Studien belegen den Zusammenhang von erhöhter Krankheitslast und Einkommen. Jüngst erst hat eine Studie der Potsdamer Kollegen Rapp u.a. im *Deutschen Ärzteblatt* (Gruebner, Rapp et al., 2017) auf diesen Zusammenhang verwiesen, indem er die psychische Belastung der Menschen im Bezirk Wedding genauer analysierte. Die in den »Problemkiezen« festgestellte, gesteigerte Krankheitslast betrifft sowohl psychische, als auch somatische Leiden. Die Ursachen dieser Zusammenhänge sind sicher komplex, so gibt es zahlreiche theoretische Krankheitsmodelle, die sich diesen Zusammenhängen widmen, sozioökonomische (durch Arbeitsbedin-

gungen und psychosomatische Dauerbelastung, Schadstoffexposition, Lärm), verhaltensmedizinische (ungesunde Lebensweise ungesunde Genussmittel und Surrogate, Fett, Alkohol etc.) oder biopsychosoziale. In einem Interview im *Tagesspiegel* vom 17.07.2017 forderte der SPD-Landtagsabgeordnete in Spandau, Raed Saleh, dass die begabtesten und engagiertesten Lehrer in den sozial schwächsten Kiezen tätig sein sollten. Diese Forderung sollte man durchaus auch für die ärztlich-medizinische Versorgung unterschreiben können, allerdings bietet die Realität, genau wie bei den Lehrern, ein anderes Bild. Viele eher einkommensschwache Bezirke sind unterversorgt (»Ärzte mögen>s gut bürgerlich«, *taz* vom 27.06.2017). Ein Weg aus der Misere wäre – so wird dort insinuiert, die Einrichtung von poliklinisch-staatlichen MVZ. Jedoch zeigt die Versorgung in England, dass dies nicht immer zum Besten der Patienten sein muss. Im Gegenteil, man müsste durchaus eine weitere Zerteilung der Versorgungsstrukturen befürchten: in ambulant-niedergelassen-psychotherapeutisch (reich) und poliklinisch-klinisch-stützend (arm).

■ Perspektiven aus der Praxis

Aufgrund meiner eigenen Erfahrung als ambulant tätiger Psychiater sehe ich vor allem zwei tieferliegende Ursachen einer z.T. optimierungsbedürftigen Gesundheitsversorgung. Diese sind, zusammengefasst, zum einen auf einen Zeitmangel der Behandler durch ein nicht unproblematisches Vergütungssystem zurückzuführen und zum anderen auf die spezifischen Schwierigkeiten des migrantisch und/oder sozial schwächeren Klientels.

Durch die Budgetierung der gesetzlichen Kassen profitiert der Arzt finanziell am meisten, welcher in möglichst kurzer Zeit möglichst viele Patienten im Rahmen seines Gesamtbudgets sehen kann. Selbstverständlich ist gegen eine effektive zeitsparende Behandlung nichts einzuwenden, allerdings nur, solange sie suffizient ist. Das ist vor allem bei Migranten und Patienten mit komplexen, chronifizierten Störungen und multiplen sozialen Problemen sicherlich sehr herausfordernd. Übersetzungsleistungen und längere psychoedukative Gespräche müssen so auf Kosten des Budgets getätigt werden und die Vermutung liegt nahe, dass in

etlichen Praxen auf diese unbezahlten Zusatzleistungen verzichtet wird (oder werden muss). Viele chronisch Kranke und sozial schwächere Patienten aber sind nicht einfach – zumindest in der Kürze der Zeit – für oft notwendige differenzierte Behandlungsansätze – zu motivieren (z.B. eine Psychotherapie, das Erlernen von Entspannungstechniken, Bewegung, geschweige denn das Erstellen von Tagesplänen oder aufwendigen psycho-edukativen Maßnahmen). Vor allem die Therapiemotivation ist aber – und das haben zahlreiche Studien herausgearbeitet – ein Schlüsselproblem in der Behandlung von (zumindest marginalisierten) Migranten und sicherlich auch sozial schwächeren Nichtmigranten (vgl. Reich de Paredes & Nater-Mewes, 2017). Psychologisch



spielen Mechanismen wie geringe Frustrationstoleranz, wenig gefühlte Selbstwirksamkeit und eine Self-Fulfilling-Prophecy eine Rolle (Grundannahme: »Das wird ohnehin nicht helfen« – und dann bestätigt sich auch noch der Verdacht). Mit anderen Worten, viele dieser Klienten hoffen auf eine schnelle Lösung (z.B. durch eine utopisch wirksame Medikation) und geben bei zeitintensiveren Techniken (Psychotherapie, Entspannungsverfahren) zu schnell auf, bzw. finden erst gar keine Therapieplätze. Das liegt weniger an einem Rassismus der tendenziell sicher eher

linksliberalen Kreuzberger Therapeuten als an einer oben bereits erwähnten Ballung von Psychotherapie- und Arztpraxen in den eher bürgerlichen Stadtvierteln (die Psychotherapie wird leider oftmals immer noch als »bourgeoise« Luxus-Disziplin wahrgenommen). Zum anderen erfordern die sozial benachteiligten Patienten nicht selten mehr Geduld und auch Frustrationstoleranz auf Seiten der Therapeuten. So sind sie z.T. weniger zuverlässig in der Wahrnehmung von Terminen, da sie in ihrer Terminwahl durch Arbeitszeiten eingeschränkter sind, soziale Konflikte dominieren oder utopisch erwünschte Heilerfolge ausbleiben.

Sicher auch, weil vielen Migranten möglicherweise das traditionell eher bürgerliche Konzept einer Psychotherapie von Grund auf fremd scheint (vgl. Reich de Paredes & Nater-Mewes).

All das führt vermutlich, ähnlich wie bei den Benachteiligungsphänomenen im Rahmen einer Wohnungs- oder Jobsuche, dazu, dass schon die Anrufbeantworter der Psychotherapeuten eine (bisher tabuisierte?) »gläserne Decke« darstellen – also eine Hürde, die Menschen abhält, überhaupt Kontakt aufzunehmen, so dass ihr Bedarf nicht wahrgenommen wird und in keiner Statistik auftaucht. Hier wäre aus meiner Sicht ein (selbst-)kritischer Diskurs der Therapeuten durchaus sinnvoll, auch um Wege aus dem Dilemma mangelnder Therapiemotivation und Hürden beim Zugang zu Psychotherapien zu finden.

Es ist aus Klinikersicht bereits äußerst schwierig, Patientinnen zu Entspannungskursen zu motivieren. Ich durfte in Neukölln zusammen mit der dortigen Volkshochschule einen Kurs in Muttersprache speziell für türkische Frauen mitorganisieren, um die Zugangsschwellen zu senken. Die Motivation zur Teilnahme an einer solchen Maßnahme oder gar einer kontinuierlichen Psychotherapie ist aber ebenfalls aufwendig und führt verständlicherweise dazu, dass auch niedergelassene Psychotherapeuten – mehr oder minder bewusst und bei einem bestehenden Mangel an Plätzen, auf besser strukturierte und strukturierbare »Klienten« zurückgreifen. Aufgrund frustrierender Selbsterfahrungen ggfs. mit pa-

rallel laufenden sozialmedizinischen Begutachtungen und gehäuften sozialen bzw. familiären Problemen greifen die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen bei den oftmals chronifizierten Patienten tendenziell schlechter, was Patient wie Behandler zusätzlich frustrieren kann. Dennoch sind gerade die nichtmedikamentösen sozialpsychiatrischen Behandlungsmethoden höchst wichtig, wenn nicht sogar für dieses Klientel noch wichtiger. Und hier schließt sich der Kreis aus weniger Zeit für den einzelnen Klienten und den eigentlichen, dringenderen bzw. intensiveren Bedürfnissen. In Summa führen die beschriebenen Mechanismen zu der statistisch beschriebenen Unterversorgung.

In der Schweiz (wo ich acht Jahre tätig war) wird über das System TAR-MED eine Vergütung anhand eines fixierten Zeitrahmens festgelegt. Dieses eher am deutschen privatärztlichen System orientierte Abrechnungssystem hat den Vorteil, dass eher nach Bedarf versorgt werden kann und nicht per se genannter »Kopfpauschale«. Der Nachteil des Schweizer Systems scheint, analog zum deutschen privatärztlichen System eine finanzielle Vorleistung, die die Patienten dort erbringen müssen (Rechnungen bezahlen). Das führt vor allem bei jungen und sozial schwächeren Patienten zu einer Verschuldungsgefahr, da ähnlich den privaten Versicherungen der Patient selbst rückerstattete Beträge dem Arzt überweisen muss und diese bereits teils für andere Anschaffungen oder Schuld begleichungen ausgegeben hatte. Zudem werden Ärzte z.T. erst verspätet aufgesucht, um die Selbstbeteiligungen zu sparen. Nicht zielführend ist eine pauschale politische Ablehnung solcher Systemelemente, die die Versorgung speziell sozial schwächerer Klienten verbessern und sogar die Eigenverantwortlichkeiten stärken bzw. sozial Schwächeren erst den Zugang zu einer integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ebnen könnten.

Vielleicht wäre hier durchaus eine Teil-Flexibilisierung des Budgetsystems in Richtung der Schwächsten sinnvoll? Langfristig würden, vermutlich sogar Kosten durch entsprechende Programme eingespart (weil man so Chronifi-

zierung und Invalidisierung vorbeugen oder zumindest verzögern könnte).

Seit der Psychiatrie-Enquete ist die gemeindenahе ambulante Versorgung als vordringliches Ziel ausgegeben und sicher wurde in den letzten Jahrzehnten viel auf diesem Gebiet reformiert. Es gibt Ambulanzen und soziale Einrichtungen, welche Tagesbeschäftigungen und Reintegrationsmodelle anbieten. Mir scheint allerdings, dass der Informationsfluss unter den Psychiatern und den sozialen Einrichtungen immer noch suboptimal funktioniert. Das war in der Schweiz ebenfalls zu beobachten. In den deutschen Praxen sind, rein budgetär, wenig bis gar keine Kapazitäten für Absprachen, Teamgespräche und gemeinsame Sitzungen bereitgestellt (im Gegensatz zur Regelung bei der deutschen privaten Krankenversicherung). Auch hier scheint mir wieder der Faktor bezahlte Zeit entscheidend, welche dem ärztlichen System für eine wirklich interdisziplinäre Vernetzung fehlt (auch für Telefonate). Sozialarbeiterische Tätigkeiten werden innerhalb des medizinisch-psychiatrisch-ambulanten Bereichs kaum einbezogen (wenngleich politisch mit der Gesetzesnovelle um die »Soziotherapie« gewollt), wobei sie eigentlich fallführend viele der sozialmedizinischen Termine bündeln und den Überblick behalten könnten. So würde evtl. auch das, sicher aus der Verzweigung der Klienten geborene, Ärzte-Hopping der Hilfesuchenden reduziert. Es wäre also in jedem Fall eine deutliche Stärkung und vor allem vermehrte Bekanntmachung der möglichen soziotherapeutischen Leistungen sinnvoll. Es zeigt sich im aktuellen psychiatrischen System ein durchaus einseitiger Fokus auf die Medikation psychisch kranker Menschen (der auch im Interesse der pharmazeutischen Industrie ist?) Das gesprochene Wort, das Erläutern und Erklären von Zusammenhängen (z.B. ist es ja nicht unwichtig, dass ein Klient mit Angstzuständen etwas über die fehlgesteuerten Erregungsmechanismen seines vegetativen Nervensystems und mögliche Behandlungsansätze erfährt) wird nicht oder zu wenig unterstützt, da es vor allem eines bedarf: Zeit und dadurch auch die Möglichkeit zur Wiederholung und Rekapitulation des Gesagten.

»Es nützt nichts, das Geschwür am Bein des Obdachlosen zu behandeln und ihn danach wieder auf die Straße zu schicken.«
(Michael Marmot, Dt. Ärzteblatt, 2016)

Vor allem unzureichende Deutschkenntnisse fordern Zeit- und Geduldbudgets heraus. Dies zeigte sich insbesondere während der sogenannten »Flüchtlingskrise«. Es kamen z.T. schwer kranke, z.B. hochpsychotische Patienten, Übersetzer mussten organisiert werden, es wurde mit Händen und Füßen kommuniziert.

Natürlich war diese Situation extrem und viele Mediziner haben ihren Teil zur Hilfe beigetragen, um die Versorgungsengpässe auszugleichen. Aber in der Realität bleiben die, von den Kassen zumeist nicht abgolgtenen, Übersetzungs- und intensiveren Beratungsleistungen ein Problem, welches bei einem Einwanderungsland nicht einfach mit dem Verweis auf einen Deutschkurs zu lösen ist. Auch hier fehlt eine budgetäre Wertschätzung in Richtung der Schwächsten.

Es gibt sicher keine schnelle Lösung für all diese Probleme und Diskussionspunkte. Mir scheint allerdings, dass die genannten klinischen Erfahrungen, zusammen mit aktuellen sozialmedizinischen Daten aus der Forschung ein klareres Bild geben für die Herausforderungen der städtischen psychiatrischen Versorgung der nächsten Jahre. Ziel sollte es sein, eine weitere Zerteilung der Medizin zu verhindern und zwar nicht durch vorschnelle aktionistische und populistische Maßnahmen, sondern durch einen ausgewogenen Diskurs und eine bessere Verteilung und Dynamisierung der Ressourcen innerhalb des Systems. Im Fokus stehen hierbei aus meiner Sicht eine gesteigerte Behandlungskontinuität durch die Etablierung integrierter Behandlungsmodelle (Home-Treatment oder aber eine Setting-übergreifende Behandlung durch jeweils einen Arzt), zumindest aber engere Absprachen der Behandler untereinander. Des Weiteren notwendig wäre eine dem Bedarf anzupassende Steigerbarkeit der Behandlungsentensität bei komplexeren sozialmedizinischen Ausgangssituationen. Zudem eine Kostenübernahme und vor allem ein

geebneterer Zugang zu flankierenden sozio- und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie zu Entspannungstechniken, Physio- sowie Ergotherapien (z.B. bei chronischen Schmerzkrankungen und Angststörungen). Hierzu zählt auch die erweiterte Einbindung der Ärzte in die psychotherapeutische und soziotherapeutische Tätigkeit, nicht zuletzt um eine Dominanz psychopharmakologischer Ansätze zu balancieren. Ohne die Etablierung von z.B. MVZ-internen Behandlungsnetzwerken läuft die Versorgung ansonsten Gefahr, weiter zu fragmentieren und sozial benachteiligte Personen vermehrt aus dem Blick zu verlieren.

Dr. med. Dr. phil. Daniel Ketteler ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ambulant tätig in Kreuzberg und Tempelhof; seit 2017 Vertretung der Professur für Sozialmedizin an der Medical School Berlin.

Literatur:

- Hans-Ulrich Deppe: »Kommerzialisierung oder Solidarität, Vortrag auf dem Internationalen IPPNW-Kongress »Medizin und Gewissen – Im Streit zwischen Markt und Solidarität« am 22. Oktober 2006 in Nürnberg:
http://www.medizinundgewissen.de/commonFiles/pdfs/Soziale_Verantwortung/Medizin_und_Gewissen/deppe_cut.pdf, letzter Zugriff: 13.7.2017)
- Didier Eribon: »Rückkehr nach Reims«, Berlin 2016
- Oliver Gruebner / Michael A. Rapp / Mazda Adli / Ulrike Kluge / Sandro Galea / Andreas Heinz: »Risiko für psychische Erkrankungen in Städten«, in: Dtsch Ärztebl Int 2017; 114(8): 121-7,
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/186401/Risiko-fuer-psychische-Erkrankungen-in-Staedten>
- Hanna Reich de Paredes / Ricarda Nater-Mewes: »Therapiemotivation bei Patienten mit türkischem Migrationshintergrund«, in: Iris Tatjana Graef-Callies / Meryam Schouler-Ocak (Hrsg.): »Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie«, Stuttgart 2017, S. 196-202
- Gerhard Trabert / Heiko Waller: »Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis«, Stuttgart 2013

»Patient first!«

Auszüge aus einer Studie über eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen

»Patient First« – das ist der Titel eines Positionspapiers der Friedrich-Ebert Stiftung (FES). Es wurde auf Grundlage der Beratungen einer Expertengruppe im Rahmen des FES-Projektes »Sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung« erstellt. Wir dokumentieren hier als Auszug die Kapitel »Die Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung« sowie »Schwer durchschaubare Vergütung«, sowie anschließend schlagwortartig einen Auszug der erarbeiteten Positionen. Wir danken der FES für die freundliche Abdruck-Genehmigung.

Im Vorwort des Positionspapiers formuliert Severin Schmidt, Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik der FES, Folgendes: »Patient*innen stehen an erster Stelle!« Wer sich mit dem deutschen Gesundheitssystem näher beschäftigt, bekommt diesen Ausspruch oft zu hören. Krankenhäuser, Kassen, Reha-Einrichtungen, niedergelassene Ärzt*innen und andere Akteure im Gesundheitswesen nehmen für sich in Anspruch, in erster Linie im Interesse der Patient*innen zu handeln. Obwohl es keinen Grund gibt, an diesem Ziel und dem Engagement der im Gesundheitswesen Beschäftigten zu zweifeln, wird dies von vielen Bürger*innen nicht immer so wahrgenommen. Jeder/jede, der/die schon einmal Patient*in im deutschen Gesundheitswesen war, kennt die unsichtbare Mauer zwischen niedergelassenen Ärzt*innen, Krankenhäusern und Einrichtungen der Rehabilitation. Als Patient*innen merken wir, dass die Kooperation und Kommunikation zwischen diesen Sektoren des Gesundheitswesens besser sein müsste. Eine funktionierende sektorenübergreifende Versorgung ist der Schlüssel zu höherer Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens. Die Verbesserungspotenziale durch eine stärkere teamorientierte Zusammenarbeit sind enorm, insbesondere für die Patient*innen. Daran zweifelt niemand und es gibt Beispiele aus anderen Ländern, etwa den nordischen Staaten oder Kanada, die dies belegen.

Dennoch hat sich trotz einiger Bemühungen in diesem Bereich in den letzten Jahrzehnten zu wenig getan.«

Das Positionspapier unterbreitet nun konkrete und realistische Vorschläge, wie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen verbessert werden kann. Die Vorschläge zeichnen sich in der Gesamtschau dadurch aus, dass die sektorenübergreifende Versorgung von einer Ausnahme zur Regel in der gesundheitlichen Versorgung gemacht wird.

■ Die Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung

»Die bisherige raumbezogene Grundlage der Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung ist nur bedingt zur Versorgungsplanung geeignet. Die über 850 Mittelbereiche wurden 2013 als Planungsbereiche für die hausärztliche Versorgung gewählt, weil sie kleinräumiger als die vorher geltende Bezugsgröße der Kreise und kreisfreien Städte sind und damit raumordnerisch eine Zentrums- und Umlandsfunktion berücksichtigen. Durchschnittlich umfasst ein Mittelbereich in Deutschland ca. 100.000 Einwohner*innen mit einer festgesetzten Verhältniszahl von einem Hausarzt oder einer Hausärztin auf 1.671 Einwohner*innen. So entfallen durchschnittlich 60 Hausärzt*innen auf einen Mittelbereich. Damit wird eine überschaubar große Zahl von hausärztlichen Praxen in einer Region zusammengeführt. Dies fördert die hausärzt-

liche Zusammenarbeit und die ärztliche Verantwortung nicht nur für die Patient*innen, sondern auch für die umschriebene Region. Allerdings sind in der Realität Mittelbereiche keinesfalls größeinheitlich. Sie umfassen vielmehr zwischen 10.000 und 3,5 Millionen Einwohner*innen und eignen sich von daher nicht grundsätzlich als Bezugsgröße, da sie so Einheiten von neun bis 2.100 Hausärzt*innen planerisch gleich behandeln müssten.

Es ist daher sinnvoller, die hausärztliche Bedarfsplanung künftig an einer zu versorgenden Bevölkerungszahl auszurichten, statt divergierende Raumordnungsgrößen zugrunde zu legen. Dabei soll die durchschnittliche Größe des heutigen Mittelbereichs von rund 100.000 Einwohner*innen als Richtwert für eine zu beplanende Bevölkerung herangezogen werden. Allerdings entscheidet sich der hausärztliche Versorgungsbedarf nicht nur anhand der Bevölkerungszahl, sondern vielmehr an der Zusammensetzung der jeweiligen Bevölkerung bzw. den räumlichen Gegebenheiten. Deshalb sollen regionale Gegebenheiten als Korrekturfaktoren, wie z.B. auch die Umlandsversorgung, für die bisherige Verhältniszahl der hausärztlichen Bevölkerung berücksichtigungsfähig sein. Eine weitere Orientierung für solche Faktoren bietet § 2 der jetzt gültigen Bedarfsplanungsrichtlinie. Der kürzlich an den GBA erteilte Auftrag, die vertragsärztliche Bedarfsplanung neu an Morbidität und Demografie auszurichten und nicht



an einem willkürlichen Ist-Zustand von 1995, stellt dafür einen ersten wichtigen Schritt dar.

Die Zahl der vorzuhaltenden Hausärzt*innen wird somit auf Grundlage von VZÄ ausgewiesen, d. h. basierend auf einer ärztlichen 39-Stunden-Woche für die Grundversorgung. Die heute erwartete Mindestarbeitszeit pro Kassenarztsitz von 30 Wochenstunden (entspricht mindestens 20 Stunden Praxisöffnungszeit) wird damit an die allgemeine Wochenarbeitszeit angeglichen. Nicht oder nur zum Teil grundversorgende Hausärzt*innen werden gar nicht bzw. nur zum jeweiligen Anteil als hausärztliche Kassenarztsitze berücksichtigt. Maßstab ist also nicht nur die Facharzttrichtung, sondern auch die jeweilige konkrete Tätigkeit bzw. Versorgungstiefe. Diese kann z. B. anhand der vorliegenden Daten der Versorgungsleistungen und des Ordnungsverhaltens ermittelt werden. (...)

Die Bedarfsplanung für die sonstigen vertragsärztlichen Leistungen wird je nach Versorgungsart unterteilt in grundversorgende, spezialisierte ambulante Facharztangebote sowie aus krankheitsspezifischen oder pflegerischen Gründen notwendige stationäre Leistungen und wird entsprechend differenziert berechnet.

■ Vergütung in der Grundversorgung

Die derzeitige Honorierung von Ärzt*innen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung beruht auf einem in dieser Form weltweit einzigartigen, für die Mehrzahl aller Vertragsärzt*innen unverständlichen und auch für Fachleute zum Teil nicht nachvollziehbaren hochkomplexen System. Der hier maßgebliche Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) umfasst eine schwer überschaubare Zahl von Abrechnungsziffern und wird durch diverse »gedeckelte und ungedeckelte« Budgets sowie komplexe, regional unterschiedliche und in ständiger Überarbeitung befindliche Honorarverteilungsmaßstäbe ergänzt. Über nur theoretisch feste, kalkulierbare Preise ergibt sich das letztendlich gültige individuelle Honorar mit einer regelhaft erheblichen zeitlichen Verzögerung aus praxisindividuellen Leistungsbudgets. Es dominiert jedoch weiterhin die (insgesamt budgetierte) Vergütung einzelner Leistungen, die in der Regel einen Arzt-Patienten-Kontakt voraussetzt und präventive Maßnahmen nicht goutiert. Es gilt das vereinfachte Prinzip, dass die Honorierung immer einer konkret erbrachten (Einzel-) Leistung folgen muss. Der einzelne Arzt oder die einzelne Ärztin kann damit im Wesentlichen nur über eine gewisse Ausweitung der Zahl der Arzt-Patienten-

ten-Kontakte und der Leistungsmenge, konkret durch die Erhöhung der Zahl von Patient*innen sowie anhand zusätzlicher diagnostischer und therapeutischer Leistungen, sein oder ihr individuelles Honorar erhöhen. Da ähnlich gerichtete Anreize gleichzeitig in Haus- und Facharztpraxen wirken, erklären sich auch daraus die in Deutschland im internationalen Vergleich extrem hohen Arzt-Patienten-Kontaktraten je Einwohner*in und Jahr.

Angesichts dieser Situation soll die bedarfsgerechte ärztliche Primärversorgung durch Hausärzt*innen mittels einer einheitlichen, populationsbezogenen und von Einzelleistungsmengen weitgehend unabhängigen Vergütungssystematik gestärkt werden.

Die kontaktabhängige Honorierung wird durch einen relevanten pauschalisierten Anteil des Honorarvolumens ersetzt:

1. Pro eingeschriebenem/r Patient*in erhält der Hausarzt/die Hausärztin eine jährliche Koordinierungspauschale, die risikoadjustiert differenziert sein soll.
2. Daneben kann bei Behandlungsbedarf für jede/n Patient*in (unabhängig, ob eingeschrieben oder nicht) eine einmal jährlich anfallende Behandlungspauschale abgerechnet werden.
3. Zur Vermeidung von Leistungsdemotivation und damit verbundenen Unterversorgungsrisiken sowie zur gezielten Förderung besonders erwünschter Leistungen (z. B. häusliche Versorgung, Betreuung von Pflegeheimpatient*innen o. ä.) werden Einzelleistungsvergütungen (mit einem kleineren Anteil des Honorarvolumens) als qualitätsorientierte Vergütungsanreize ermöglicht.

Auch die sonstige fachärztliche Grundversorgung soll vorrangig über Komplexeleistungen bzw. Pauschalen vergütet werden. (...)

*Die Autor*innen: Prof. Dr. Volker Amelung / Prof. Dr. Ferdinand Gerlach / Dr. Matthias Gruhl / Dr. Susanne Ozegowski / Cornelia Prüfer-Storcks / Prof. Dr. Doris Schaeffer / Prof. Dr. Christoph Straub*

(Die ganze Studie – einschließlich der Fußnoten und Literaturverweise – findet sich auf der Homepage der FES unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf>)

Der Koalitionsvertrag 2018

Bewertung aus Sicht des Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

Der vdä gehört zum Bündnis Krankenhaus statt Fabrik. Für dieses Bündnis hat Thomas Böhm eine Einschätzung der gesundheitspolitischen Regelungen im Koalitionsvertrag von CDU-CSU und SPD geschrieben, die wir hier dokumentieren.

Wiederherstellung der Parität zum 1.1.2019. Die Beiträge zur GKV werden wieder in gleichem Maße von Arbeitgebern und Arbeitnehmern geleistet. Der Zusatzbeitrag wird paritätisch finanziert

Diese Änderung entspricht unserer Forderung. Sie bedeutet eine Entlastung für Beschäftigte, Rentner und Arbeitslosengeldempfänger um ca. 7 Milliarden Euro. Dabei darf man aber nicht vergessen, dass dies noch lange nicht einer paritätischen Finanzierung aller Krankheitskosten ist, da die ganzen Zuzahlungen bestehen bleiben. Es bleibt aber weiterhin bei Zusatzbeiträgen (die auch hälftig finanziert werden sollen), sodass die Konkurrenz der Kassen untereinander aufrecht erhalten bleibt. Die Arbeitgeber (BDA) sind dagegen und wollen, wenn die Parität doch kommt, dass sie nur die Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitrags zahlen müssen.

Schrittweise Einführung von kostendeckenden GKV-Beiträgen aus Steuermitteln für Bezieher von ALG II

Diese Maßnahme ist richtig, da das Aufbringen von kostendeckenden Beiträgen von ALG II-Beziehern keine Aufgabe der Versicherten ist, sondern eine staatliche Aufgabe. Deshalb muss sie aus Steuermitteln gezahlt werden. Hierbei handelt es sich laut einem Gutachten für das BMG um eine Gesamtsumme von ca. 9,6 Milliarden Euro um die die GKV entlastet wird.

Erhöhung des Festzuschusses für Zahnarzt von bisher 50 auf 60 Prozent

Dies ist eine Verbesserung. Die Erhöhung führt zu einer Entlastung der Versicherten um ca. 330 Millionen Euro. Sie löst aber nicht das Problem, dass die GKV Versicherten durch die Anwendung der Privatliquidationsregeln (Steigerungssätze nach GOZ) immer noch einen sehr hohen eigenen Beitrag leisten müssen. Es müsste also der GOZ-Steigerungssatz für GKV-Mitglieder reglementiert werden (dies ist auch eine Forderung des AOK-BV).

Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA)

Auch die Krankenkassen wurden in den letzten Jahren zunehmend marktwirtschaftlichen Mechanismen und zunehmender Konkurrenz untereinander ausgesetzt. Folge ist dann natürlich, dass auch die Krankenkassen versuchen, ihre Kosten zu senken (z.B. durch Leistungsverweigerung) oder gute Risiken zu selektionieren. Der Morbi-RSA ist der typische Versuch,

die Geister (Markt), die man rief, einzudämmen, und führt wiederum zu anderen Problemen (Versuche der Kassen, die Ärzte zu schwerwiegenderen Diagnosen zu überreden, damit ihr Anteil am Morbi-RSA). Letztlich mag zwar die Weiterentwicklung des Morbi-RSA zu einer Verbesserung der internen Systemgerechtigkeit führen. Die grundsätzlichen Probleme und immer neue Versuche, das System im Rahmen des Konkurrenzkampfes zu melken, lassen sich nur durch Zurückdrängung marktwirtschaftlicher Mechanismen und in der Konsequenz durch eine einheitliche Krankenkasse erreichen. Sowieso erstreckt sich ja der Morbi-RSA nur auf die gesetzlichen Kassen und lässt die PKV mit ihren deutlichen besseren Risiken außen vor.

Arbeitsgruppe zur Schaffung eines modernen Vergütungssystems für die ambulante Versorgung bis 2020 statt der getrennten ambulante Honorarordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung (EBM), und der Gebührenordnung der privaten Krankenversicherung (GOÄ).

Dies ist das, was von der Bürgerversicherung übriggeblieben ist. Die Idee ist, dass die 2-Klassenmedizin eingeschränkt werden kann, wenn die Vergütung für die Behandlung der Privatpatienten nicht mehr höher ist. Im Prinzip ist eine solche Angleichung sinnvoll, weil finanzielle Anreize zur Bevorzugung von Privatpatienten wegfallen. Was bei der Arbeitsgruppe herauskommen wird, ist abzuwarten. Werden die Honorare auf GOÄ-Niveau angehoben, kommt es zu massiven Mehrbelastungen der GKV und Mehreinnahmen der Ärzte. Werden die Honorare auf EBM-Niveau abgesenkt, gewinnen die PKV (weniger Ausgaben) und verlieren die Ärzte.

Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Krankenhaus, verbunden mit der Nachweispflicht, dass dies auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt

So sinnvoll diese Festlegung ist, muss festgehalten werden, dass dies innerhalb des DRG-Systems nicht funktionieren kann. Das Problem scheint wegen der neuen Finanzierungsregeln für die Pflege nicht zu bestehen, aber für die anderen Berufsgruppen.

Wenn damit gemeint ist, dass die sog. Tarifrate (genauer gesagt die Erhöhungsrage) zu 100 Prozent (und nicht mehr wie bisher zu 30 Prozent) angewendet wird, bedeutet dies keine tatsächliche Refinanzierung der Tarifsteigerungen. Die Tarifrate ist ein von Destatis ermittelter Durchschnittswert, der für sich genommen schon ungenau ist (es fehlen auf je-



den Fall strukturelle Faktoren, wie Aufstiege usw.) und zusätzlich die Problematik aller Durchschnittswerte beinhaltet (Besserstellung derer, die weniger zahlen; Kellertreppe, wenn alle Sparen und deswegen der Durchschnitt sinkt). Eine Erhöhung der Tarifraten innerhalb des DRG-Systems würde nur dazu führen, dass den Krankenhäusern mehr Geld zur Verfügung steht als bisher und zwar ohne Zweckbindung.

Auch ein Nachweis, dass die Tarifierhöhungen tatsächlich bei den Beschäftigten ankommen, ist innerhalb des DRG-Systems nicht möglich. Zum einen ist es immer möglich nachzuweisen, dass ein kleiner Teil der gesamten Personalkosten, nämlich die jährlichen Tarifsteigerungen, bei den Beschäftigten ankommt. Es ist auch überhaupt nicht das Problem, dass Tarifsteigerungen nicht bei den Beschäftigten ankämen – wenn ein Tarifvertrag existiert, haben die Beschäftigten eh einen Anspruch darauf. Die Frage ist, ob Tarifsteigerungen nicht dadurch kompensiert werden, dass Personal abgebaut wird, oder ob unabhängig von den Tarifsteigerungen am Pflegepersonal gespart wird um Anderes zu finanzieren (Baustellen).

Was hat es für einen Sinn, die Verwendung der Gelder für Tarifsteigerungen zu kontrollieren und den Krankenhäusern in Bezug auf die gesamten Personalkosten jede Freiheit einzuräumen, die Gelder anderweitig zu verwenden.

Auch die Forderung, jedes Krankenhaus müsse für die einzelnen Berufsgruppen mindestens so viel ausgeben, wie in der DRG-Kalkulation enthalten ist, führt nicht weiter, weil in diese Zahlen sowohl die Personalbesetzung als auch die Lohnhöhe eingehen und sie außerdem ein Durchschnitts-Ist (und kein Soll) darstellen. Tarifsteigerungen könnten über Personalabbau kompensiert werden und Einsparungen in der jeweiligen Berufsgruppe würden im Sinne eines Kellertreppeneffektes wirken (alle sparen, also sinkt der Durchschnitt).

In der Konsequenz muss es also zur Herausnahme der gesamten Kosten aller Berufsgruppen aus den DRGs kommen, um diese Festlegung tatsächlich umzusetzen.

Personaluntergrenzen für die gesamte Pflege im Krankenhaus
Noch vor zwei Jahren war eine solche Entwicklung in Richtung gesetzliche Personalbemessung kaum vorstellbar. Eine gesetzliche Personalbemessung wurde abgelehnt, weil sie den Grundprinzipien der DRGs als Preissystem widersprächen und die unternehmerische Freiheit einschränken würden. Den hef-

tigen Auseinandersetzungen in den Krankenhäusern, den Aktivitäten der Pflege und der Gewerkschaften und dem daraus folgenden Medienecho ist dieser Sinneswandel zu verdanken. Die bisherige gesetzliche Festlegung, die Einführung von Mindestpersonalzahlen auf pflegesensitive Bereiche zu begrenzen, war in mehrfacher Hinsicht falsch: Es bestehen überall und nicht nur in einzelnen wenigen Bereichen übermäßige Arbeitsbelastungen und die daraus folgenden negativen Auswirkungen auf die Patienten. Außerdem hätte die Begrenzung auf Teilbereiche nur zu einem Verschiebeparkplatz zwischen den Bereichen mit und ohne Untergrenzen geführt.

Negativ bleibt zu vermerken, dass der Auftrag, solche Untergrenzen festzulegen, weiterhin bei den Kassen und den Krankenhäusern bleibt, da beide Parteien kein Interesse an solchen Personaluntergrenzen, geschweige denn an wirklich auskömmlichen Personaluntergrenzen, haben. Geklärt werden muss auch, dass die Personaluntergrenzen so verstanden werden, dass sie eine gute Patientenversorgung und gute Arbeitsbedingungen ermöglichen und dass sie nicht absolute Untergrenzen sind, unter denen gar nichts mehr geht. Anders ausgedrückt: Die Höhe der Personalbemessung ist offen und gleichzeitig der Knackpunkt, ob es hier zu einer Verbesserung kommt.

Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenspezifischen Pflegepersonalbedarf. Die DRGs werden um die Pflegepersonalkosten bereinigt.

Diese Festlegung ist ein Paradigmenwechsel und kann der Anfang vom Ende der DRG sein. Sie ist die logische Folge daraus, Mindestpersonalstandards einzuführen und die Tarifierhöhungen vollständig zu refinanzieren. Beides geht innerhalb des DRG-Systems nicht, sodass es konsequent ist, die Pflegekosten vollständig aus den DRG herauszunehmen. Diese Umstellung würde bedeuten, dass wichtige Teile der Krankenhausvergütung wieder dem Prinzip der Kostendeckung unterliegen würden (was notwendig ist, wird gezahlt) und nicht einem Preissystem mit all seiner Problematik (Leistungsausdehnung und Kostensenkung, um die Gewinnmargen zu erhöhen).

Es bleibt abzuwarten, ob bei der Umsetzung in ein Gesetz nicht doch wieder (aufgrund des Widerstands diverser anderer Interessengruppen) Rückzieher gemacht werden und gegebenenfalls auf Pflege-DRGs oder Zuschläge zur »besseren Berücksichtigung der Pflege« umgestellt wird. Alle diese Formen bleiben innerhalb des DRG-Systems und führen nur zu einer Umverteilung: Einzelne DRGs werden besser bezahlt, dafür müssen (von der Systemlogik her) andere schlechter vergütet werden. Es gibt Gewinner und Verlierer, aber insgesamt ändert sich nichts und die Vergütung wird nicht besser. Vor allem aber bleibt es dabei, dass die Krankenhausmanager darüber entscheiden, wofür die Gelder verwendet werden.

Sollte die Umsetzung dieser Festlegungen tatsächlich erfolgen, würde dies mit Sicherheit dazu führen, dass andere Berufsgruppen (insbesondere Ärzte) mit derselben Argumentation wie die Pflege ebenfalls eine Herausnahme aus den DRG fordern würden. Letztlich würden lediglich die Sachkos-

ten übrigbleiben. Dies wäre das Ende der DRG als Preissystem.

Ein weiterer Punkt ist zu beachten: Wenn es unmöglich/unsinnig wird, in der Pflege zu sparen, weil die tatsächlichen Kosten ersetzt werden und es Personaluntergrenzen gibt, und wenn es gleichzeitig für die anderen Berufsgruppen weiterhin eine Finanzierung über Preise gibt, dann wird der Druck, bei den anderen Berufsgruppen zu sparen, deutlich erhöht. Das spricht nicht gegen diese Festlegungen, sondern für Personaluntergrenzen und Refinanzierung der tatsächlichen Kosten in allen Berufsgruppen.

Sofortprogramm Pflege: Schaffung von 8000 Fachkraftstellen in der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen. Vollfinanzierung aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung

8000 Stellen (= 400 Mio. Euro) sind nicht nichts, aber es sind viel zu wenige (ca 0,6 pro Einrichtung). ver.di fordert 40.000.

Die Neuschaffung von Stellen würde zu einer Belastung der Heimbewohner führen, da die Pflegeversicherung eine Teilversicherung ist. Kostenerhöhungen ohne Erhöhung der Leistungen durch die Pflegeversicherung (SPV) gingen zulasten der Heimbewohner oder ihrer Angehörigen. Das soll die Vollfinanzierung aus Mitteln der GKV verhindern. Ordnungspolitisch ist die Übernahme der Kosten durch die GKV (mit der Argumentation, dass es sich um Behandlungspflege handelt) nicht sinnvoll, auch weil dann die Private Pflegeversicherung nicht mehr an den Kosten beteiligt ist. Besser wäre die Umstellung der SPV auf die volle Finanzierung aller Kosten in der Pflege (Vollversicherung) oder zumindest die Bezahlung von Mehrkosten durch Erhöhung des Anteils der Pflegeversicherung an den Kosten bei Fixierung des Anteils der Betroffenen.

Entwicklung von verbindlich Personalbemessungsinstrumenten in Altenheimen, auch im Hinblick auf die Pflegesituation in der Nacht

Der Begriff »Altenheime« ist unscharf. Gemeint sind wohl alle stationären Pflegeeinrichtungen (außer Krankenhäuser). Es gibt zwar schon bisher Anhaltzahlen auf Landesebene, aber diese sind unterschiedlich und ziemlich »gegriffen«. Es handelt sich um keine neue Festlegung, sondern sie entspricht den Festlegungen im zweiten Pflegestärkungsgesetz. Zu kritisieren ist die lange Zeit bis zur Einführung (Mitte 2020). Es bleibt abzuwarten, welche Personalbemessungsinstrumente und welche konkreten Werte hier festgelegt werden.

Bezahlung in der Altenpflege nach Tarif stärken, Tarifverträge in der Altenpflege flächendeckend (gemeinsam mit Tarifpartnern), Schaffung der gesetzlichen Voraussetzungen hierfür, Pflegemindestlohn-Kommission, soll sich zeitnah mit der Angleichung des Pflegemindestlohns befassen

Es ist wieder die stationäre Pflege (außer KH) gemeint. Offensichtlich soll ein Tarifvertrag als allgemeinverbindlich festgelegt werden. Da dies nach bisheriger Gesetzgebung nur im Einvernehmen mit den Arbeitgebern möglich ist (und diese das zum Teil blockieren), wird eine Gesetzesänderung ins Spiel gebracht. Es bleibt abzuwarten, was dabei herauskommt.

Auch die Erhöhung des Pflegemindestlohns (bezogen auf die ambulante Pflege) ist dringend notwendig, die Formulierungen sind schwach (»zeitnah«, »befassen«). Auch hier gilt, dass bei Fortbestehen der jetzigen Finanzierungsregeln (Teilversicherung) die Bewohner der Heime und ihre Angehörigen belastet werden.

»Konzertierte Aktion Pflege« in der Altenpflege (Ausbildungsoffensive, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeit, Wiedereinstiegsprogramm, bessere Gesundheitsversorgung für die Beschäftigten, Weiterqualifizierung von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zu Pflegefachkräften)

Die Inhalte der »Konzertierten Aktion Pflege« sind abstrakt sicherlich richtig. Wie das konkret erreicht werden soll, bleibt offen. Letztlich wird der Erfolg dieser »Konzertierten Aktion« davon abhängen, ob die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen verbessert werden.

Der Strukturfonds wird für weitere vier Jahre in Höhe von 1 Milliarde Euro pro Jahr fortgeführt.

Es bleibt bei der grundsätzlichen Kritik des Strukturfonds, dass er beschränkt ist auf Maßnahmen zur Bettenreduzierung und zu Krankenhausschließungen und dass die Kassen ein Mitspracherecht bekommen, was grundsätzlich die Planungshoheit der Länder einschränkt. Die Finanzierung des Strukturfonds aus dem gemeinsamen Fonds der Krankenkassen ist falsch. Man könnte ihn als Einstieg in die Monistik werten, Investitionen müssen aus Steuermitteln finanziert werden. Notwendig wäre eine Verpflichtung der Länder, einen deutlich höheren Anteil der Investitionskosten zu finanzieren (Verdoppelung, oder Anbindung an die Investitionsquote im Dienstleistungsbereich) oder/und eine Co-Finanzierung durch den Bund, da die Länder aufgrund der Schuldenbremse in ihrem finanziellen Handlungsspielraum beschränkt sind.

Fortsetzung des Hygienesonderprogramms

Dies ist ein sinnvoller Schritt und bedeutet eine Fortführung von zusätzlichen Finanzierungstatbeständen außerhalb der DRG entsprechend den tatsächlich anlaufenden Kosten.

Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung. Spielräume für regionale Ausgestaltung

Alles, was die Sektorengrenzen abbaut und die sektorenübergreifende Planung stärkt, ist sinnvoll, allerdings bleiben die Formulierungen wenig konkret. Solche Abbauschritte sind in der Vergangenheit auch in Richtung Stärkung des Niedergelassenen-Bereichs gegangen (Stärkung Belegärzte, Notfallpraxen an Krankenhäusern, Erschwerungen für MVZ von Kliniken). Ein einfacher praktischer Schritt wäre die uneingeschränkte Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung.

Mehr Mitspracherechte für die Länder bei der Bedarfsplanung zur Verteilung der Arztsitze und zur Verwendung des Strukturfonds der kassenärztlichen Vereinigung



Auch dies ist zu begrüßen, da es eine Einschränkung der Macht der kassenärztlichen Vereinigungen darstellt. Die Formulierung bleibt aber sehr allgemein. Richtig wäre die Übernahme der gesamten Planung auch für den niedergelassenen Bereich durch die Länder und die Entmachtung der KV. Der Sicherstellungsauftrag müsste von der KV auf die regionalen Planungsbehörden übergehen.

Fortsetzung der Qualitätsoffensive für Krankenhäuser (qualitätsorientierte Arbeitsteilung und Vernetzung zwischen einer gut erreichbaren Grund- und Regelversorgung, Zentren für schwerwiegende, komplexe oder seltene Erkrankungen sowie damit verbundenen Anbietern des Gesundheits- und Pflegewesens, interdisziplinäre Behandlungsteams, Zusammenarbeit mit ambulanten Schwerpunktpraxen, entsprechende Weiterentwicklung der Krankenhausplanung)

Die Qualitätsoffensive für Krankenhäuser bestand bisher im Wesentlichen in der Einführung von P4P und Selektivverträgen. Von solchen finanziellen Steuerungsinstrumenten ist hier nicht die Rede. Ob dies einen Richtungswechsel darstellt, bleibt abzuwarten. Es werden sehr allgemeine Ziele formuliert, bei denen nicht klar ist, wie sie konkret aussehen werden. Auch ist offen, ob die bessere Vernetzung und Durchbrechung der Sektorengrenzen nicht zulasten der Krankenhäuser geht (s.o.).

Psychiatrische Kliniken (Schaffung einheitlicher und hinreichender Personalstandards sowie die Einführung stationärer Leistungen)

Bestätigung der bisherigen Richtung des Psych-VVG mit einer gewissen Abwendung von Preissystemen.

Verbesserung der Notfallversorgung (Notfalleitstellen, integrierte Notfallzentren) über eine gemeinsame Sicherstellung

der Notfallversorgung durch Landeskrankenhausesgesellschaften und kassenärztlichen Vereinigung in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung

Eine Verbesserung der Notfallversorgung ist überfällig. Ziel müsste sein, zumindest die volle Refinanzierung der Krankenhausambulanzen abzusichern, da die Vergütungssätze aus dem ambulanten Bereich für die Leistungen, die die Krankenhäuser erbringen (aufgrund der höheren Vorhaltekosten) nicht ausreichen. Dies ist so nicht festgelegt. Allerdings soll ein drittes Budget (neben dem ambulanten und dem stationären Budget) aufgebaut werden, was grundsätzlich zu begrüßen ist. Der Teufel steckt im Detail der Ausgestaltung dieses Budgets.

Ergänzende niedrigschwellige Versorgungsangebote z.B. in der Nachsorge als zusätzliche Aufgabe der stationären Grundversorgung der Krankenhäuser insbesondere im ländlichen Raum im Verbund mit den Schwerpunktkrankenhäusern und örtlichen Pflegeanbietern

Dies kann in Richtung unserer Forderung nach Primärversorgungszentren gedeutet werden, allerdings ohne Festlegung der Trägerschaft.

Stärkung der Unabhängigkeit des MDK durch bundesweite einheitliche Regelungen

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen ist in seiner jetzigen Verfassung eindeutig eine Einrichtung der Kassen und verhält sich auch so. Wenn er einen Sinn haben soll, müsste er unabhängig sein und auch die Anliegen der Bürger/Patienten und der Krankenhäuser neutral und ergebnisoffen überprüfen. Dazu dürfte er nicht länger eine Einrichtung der Kassen sein. Inwieweit die Festlegungen tatsächlich darauf abzielen, bleibt abzuwarten, jedenfalls scheint ein Problem erkannt.

Abschaffung des Schulgeldes für die Ausbildung in Gesundheitsfachberufen.

Richtig und längst überfällig. Betroffen sind MTA, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden usw.

Mehr Verantwortung für Gesundheitsfachberufe

Es geht wohl um die Übertragung von bisher Ärzten vorbehaltenen Tätigkeiten auf andere Berufe. Ohne konkrete Festlegungen, ist eine Bewertung nicht möglich (Gefahr der Dequalifizierung der medizinischen Versorgung versus Ermöglichung sinnvoller Arbeitsabläufe und Zusammenarbeit).

Akademisierung der Hebammenausbildung

Entspricht EU-Vorgaben. Ob dies einen Fortschritt außer dem »Titel« bedeutet, ist zu bezweifeln. Die Frage ist, ob sich die Ausbildungsinhalte ändern, das ist zu bezweifeln. Jedenfalls muss die Akademisierung, wenn sie kommt, für alle Hebammen gelten und darf nicht zu einer Aufspaltung des Berufsbildes (Führungstätigkeiten und »niedere« Tätigkeiten) führen.

Für das Bündnis:

Thomas Böhm, Stuttgart, 25. Februar 2018

Sind Globuli wirklich alles?

Leserbrief zum Artikel »Esoterik in Zucker« in GbP 4/2017

Im vergangenen Jahr wurde im *vdää* heftig über die Einschätzung der Homöopathie diskutiert. Ausgangspunkt war, dass homöopathische Mittel im deutschen Arzneimittelrecht eine bevorzugte Position einnehmen und sie nicht den Zulassungskriterien anderer Arzneimittel unterliegen. Auf der vergangen JHV wurde in einem eigenen Workshop zur Homöopathie darüber diskutiert. Leider gibt der Homöopathie-Artikel in GbP Nr 4/17, der Nachdruck eines alten Artikels, den Stand der Auseinandersetzung nicht wieder. Deshalb erlaube ich mir, diesen Artikel mit folgender Stellungnahme zu ergänzen.

1. Der Hauptkritikpunkt des Artikels ist, dass die »Kügelchen-Medizin« nach EBM-Kriterien nicht wissenschaftlich, oder besser naturwissenschaftlich, nachvollziehbar sei. Wir wissen aber, dass Evidenz-basierte Medizin nur einen kleinen Bereich der heute praktizierten Medizin ausmacht. Das EBM-Raster passt häufig bei lebensgefährlichen Erkrankungen oder hochspezialisierten Interventionen, also im Krankenhaus und beim Spezialisten – hier gibt es die Studien –, nicht aber für weite Bereiche der Alltagsmedizin. Tatsache ist, dass es nur für einen Teil der ärztlichen Tätigkeiten eine »rationale Basis« in Form von Studien gibt (Abholz). Nach EBM-Kriterien müsste man auch die Akupunktur, TCM, Psychotherapie, anthroposophische Medizin, Ayurveda Medizin und viele andere Therapierichtungen aus dem Arsenal medizinischer Optionen verbannen. Auch die meisten der IGeLeistungen wären hier zu nennen.

2. Naturwissenschaftlich betrachtet, ist homöopathische Pharmakotherapie nichts als eine leere Versprechung und nicht haltbar. Deshalb ist vom streng naturwissenschaftlichen Standpunkt die Kritik berechtigt. Aber hat diese

biomedizinische Sichtweise wirklich ein so festes Fundament? Es macht die Homöopathie vielleicht nicht besser, aber wie viele evidenzbasierte Erkenntnisse der Schulmedizin haben sich im Nachhinein als falsch, nutzlos oder gar schädlich erwiesen? Angesichts der vielen Fehlentwicklungen der naturwissenschaftlichen Medizin sollte diese sehr vorsichtig in der Kritik anderer Heilverfahren sein.

3. Donner-Banzoff beschreibt in derselben Ausgabe von GbP die vier Aspekte ärztlicher Tätigkeit. Pharmakotherapie ist dabei nur Teil einer Behandlungsebene. Weitaus wichtiger ist die Ebene des »Partners«. Dieser Aspekt wird von homöopathisch ausgerichteten Ärztinnen und Ärzten vielleicht weitaus besser bedient als von Technologie-fixierten Schulmedizinern. Die »Kügelchen« mögen dabei eine Nebenrolle spielen.

4. Heinz-Harald Abholz weist in seinem Artikel in derselben Ausgabe von GbP darauf hin, dass Medizin mehr als Pharmakotherapie ist. Die Kritik von Thomas Kunkel aber konzentriert sich ausschließlich auf die pharmakotherapeutischen Seite der Homöopathie. Andere Aspekte dieser Therapieform bleiben dabei völlig unberücksichtigt. Ernsthafte und seriöse Homöopathie ist aber mehr als das Verteilen von vielleicht wirkungslosen Kügelchen. Selbstredend gibt es Kurpfuscher, die die Verteilung von homöopathischen Arzneimitteln mit Homöopathie verwechseln. Aber, schlechte Ärztinnen und Ärzte gibt es leider auch in der Schulmedizin.

5. Sicher kann man über den Sonderstatus von homöopathischen Arzneimitteln im Arzneimittelrecht diskutieren. Dabei dürfte es für Homöopathen problematisch sein, eine naturwissenschaftlich begründete Wirkweise ihrer

Medikation nachzuweisen, da nach der homöopathischen Theorie jeder Patient individuell unterschiedlich ist und es daher schwierig ist, kontrollierte Versuchsbedingungen zu schaffen. Ein weitaus wesentlicheres Argument ist aber, dass wir in Deutschland 2.750 Wirksubstanzen in circa 86.000 Arzneimitteln auf dem Markt haben. Nur etwa 250 dieser Wirksubstanzen wurden bisher einer »frühen Nutzenbewertung« unterzogen. Eine »späte Nutzenbewertung« ist ausdrücklich gesetzlich nicht vorgesehen. Das soll nicht heißen, dass die restlichen Substanzen wirkungslos und ohne Nutzen wären, doch wissen wir auch, dass etliche dieser Arzneimittel wirkungslos, überflüssig, eventuell schädlich sind und letztlich Voodoo Charakter haben. Solange es also keine wissenschaftlich basierte Nutzenbewertung aller in Deutschland zugelassenen Arzneimittel gibt, sollte man sich nicht über den Sonderstatus der homöopathischen Arzneimittel erregen.

6. Die Kritik an der Homöopathie wird auch mit deren Nähe zu nationalsozialistischem Gedankengut und mystischen Verschwörungstheorien begründet. Diese Einschätzung verwundert. Sicher war in der Nazizeit der *Zentralverein homöopathischer Ärzte* zusammen mit der *Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie* und den anthroposophischen Ärzten Teil der »neuen deutschen Heilkunde«, die ihre Ideologie aus rassenhygienischem und erbbiologischem Denken begründete. Aber – gemordet haben im Nationalsozialismus die naturwissenschaftlich ausgerichteten Ärzte. Sie haben die Rassenhygiene und Erbbiologie als wissenschaftliche Methode etabliert, die schließlich Grundlage für Sterilisation und Ermordung tausender von psychisch Kranken bildete. Sie haben die KZ-Versuche unternommen. Auch ist die Nähe der organisierten Ärzteschaft im Nationalsozialismus zu den Macht-



haben ebenso bekannt wie die Neigung der deutschen Ärzteschaft zu konservativ bis rechtsradikalen Weltanschauungen vor und nach dem 2. Weltkrieg. Deshalb bleibt vollständig unverständlich, warum ausgerechnet homöopathisch orientierten Ärztinnen und Ärzten und damit auch der von ihnen praktizierten Medizin eine besondere Nähe zum Nationalsozialismus vorgeworfen wird.

7. Im Artikel werden die Kassenausgaben für homöopathische Medikamente mit fragwürdigen Zahlen kritisiert. Mit 10 bis 20 Euro pro Fläschchen sind diese Präparate unvergleichlich billiger als die meisten schulmedizinischen Präparate. Jährlich geben die Kassen ca. 500 Millionen Euro für homöopathische Behandlungen aus. Was aber ist das gegen die 5 Milliarden Euro, die nach seriösen Schätzungen ohne weiteres allein durch eine rationale Arzneimitteltherapie in der schulmedizinischen Pharmakotherapie eingespart werden könnten? Wenn wir uns also über Arzneimittelpreise erregen, und das sollte jede engagierte Ärztin und jeder engagierte Arzt tun, dann hätten wir wirklich andere Probleme, als uns über

angeblich überhöhte Preise für »Kügelchen« zu erregen.

8. Und schließlich, wir wollen doch alle Autonomie und Partizipation der Patienten. »Ärzte sollten die oberste Schicht als Ziel jedoch nicht aus dem Auge verlieren, d.h. die Stärkung der Entscheidungsautonomie des Patienten (Schicht des Partners)« (Donner-Banzhoff). Weshalb aber vertrauen so viele Patientinnen und Patienten alternativen Heilmethoden und sind misstrauisch gegen naturwissenschaftlich basierte Therapieansätze? Die Heilsversprechen der Schulmedizin, die immer wieder lautstark von Industrie und Ärztevertretern postuliert werden, werden von unseren Patientinnen und Patienten durchaus kritisch gesehen. Die naturwissenschaftliche Medizin produziert tagtäglich Enttäuschungen bei unseren Patienten, welche sicher auch bedingt sind durch die Industrialisierung des heutigen Gesundheitswesens und die katastrophalen Arbeitsbedingungen. Wenn man also meint, die Homöopathie bekämpfen zu müssen, dann sollte man dafür sorgen, dass die naturwissenschaftliche Medizin glaubwürdiger wird.

9. Ich frage mich, warum wir als kritischer Verein mit unseren Ärztevertretern in ein Horn blasen müssen. Wenn der G-BA Vorsitzende Hecken und die KBV lautstark ein Verbot der Homöopathie als Satzungsleistung der gesetzlichen Krankenversicherungen fordern und das mit den Todesfällen in einer von den Behörden zugelassenen, nicht homöopathisch orientierten Klinik begründen, dann sollte man zumindest nachdenklich werden. Der kommende Deutsche Ärztetag in Erfurt wird sich sicher bei der Verabschiedung der Weiterbildungsordnung mit der Forderung des »Münsteraner Kreises« nach Abschaffung der Zusatzbezeichnung Homöopathie beschäftigen. Eine unsinnige Forderung, denn gerade durch diese Zusatzbezeichnung wird eine Kooperation von wissenschaftlicher und homöopathischer Medizin ermöglicht.

10. **Fazit:** Die Wirksamkeit der Homöopathie ist nicht nach EBM-Kriterien nachgewiesen. Dies ist kein Alleinstellungsmerkmal, sondern kennzeichnet auch etliche andere alternative oder schulmedizinische Therapieansätze. Die Aggressivität, mit der die Homöopathie immer wieder bekämpft (aber auch verteidigt) wird, verwundert. Über Akupunktur, traditionelle chinesische Medizin oder Psychotherapie wird weitaus emotionsloser diskutiert. Die Kosten der Homöopathie sind im Vergleich zu den Gesamtkosten des Gesundheitswesens zu vernachlässigen, dafür werden ihre Leistungen von vielen Versicherten gefordert. Sicher hat die Homöopathie ihre Grenzen und sollte nur in Kooperation mit der naturwissenschaftlichen Medizin praktiziert werden. Aber wir haben im deutschen Gesundheitswesen weitaus wichtigere Probleme zu lösen, ich nenne hier nur die Regulierung des Arzneimittelmarktes oder die Reform des Krankenkassenwesens, als dass wir uns auf alternative Heilmethoden einschließen müssten. Der Artikel macht es sich mit seinem schulmedizinischen Verriss der Homöopathie zu einfach und lenkt damit ab von wesentlicheren Problemen der Medizin und des deutschen Gesundheitswesens.

Wulf Dietrich

»Die schon wieder...«

Rina über Rollenbilder und Sexismus im Klinikalltag

Schon im Studium hatte ich davon gehört, dass zwar immer mehr Frauen Medizin studieren, aber trotzdem nicht häufiger in höheren Positionen im Krankenhaus vertreten sind, und solche Karrieren auch seltener anstreben als Männer.¹ Dieses Phänomen ist nicht spezifisch für die Karriere von Mediziner*innen, sondern z.B. auch in der Wissenschaft und Forschung der Fall.² Als ich im letzten Jahr mein PJ absolviert habe, war ich dennoch überrascht von den vorherrschenden Rollenbildern, Hierarchien und dem Sexismus im Klinikalltag.

Während meines ersten Tertials in der Inneren Medizin waren es vor allem sehr gefestigte Rollenbilder, mit denen ich fast täglich konfrontiert wurde. Für viele meiner Patient*innen war ganz klar, dass Menschen, die sie weiblich lesen, zum Pflegepersonal gehören. Männlich gelesene Menschen wurden dafür häufig mit »Herr Doktor« angesprochen. Ein Arzt hat zu mir gesagt, ich solle mein Stethoskop sichtbar um den Hals tragen, damit ich nicht ständig als »Schwester« bezeichnet werde, aber die Rollenzuschreibungen funktionierten ganz unabhängig von Stethoskop oder Kittel als Statussymbol. Hinzu kamen andere Alltagssexismen, wie zum Beispiel Anmerkungen zu meinem Aussehen oder meinem Lächeln, was während der Behandlung durch meinen Kollegen nie passierte.

■ »Oh, jetzt steht die wieder mit am Tisch«

Mein drittes PJ-Tertial verbrachte ich in der Chirurgie. Dort ging der Sexismus nicht hauptsächlich von den Patient*innen aus, sondern von den ärztlichen Kolleg*innen. Diskriminierende Sprüche waren auf der Station ganz »normal«, kein Mensch sagte etwas dagegen, und auch im OP begegneten sie mir täglich. Am Anfang habe ich mich nicht getraut zu sagen, dass ich das falsch finde, weil ich neu auf der Station war und nicht einschätzen konnte, wie die Ärzt*innen darauf reagieren würden. Lange habe ich es aber nicht ausgehalten, meinen Mund zu halten.

Zum einen, weil ich schon bald darauf angesprochen wurde, ob ich denn keinen Spaß verstehe, weil ich nicht mitlachte, und zum anderen, weil der »Spaß«, den ich nicht verstanden hatte, häufig auf Kosten der Menschen gemacht wurde, die selbst weder hätten mitlachen können noch in der Lage gewesen wären, sich zu wehren, weil sie in Vollnarkose vor uns auf dem OP-Tisch lagen. Die Ärzt*innen betonten, dass ihre »Witze« nicht ernst gemeint seien, aber sie ließen dabei nichts aus. Es fielen Kommentare über das Körpergewicht von Kolleginnen und Patientinnen. Bei einer Patientin musste unbedingt noch einmal in der Akte nachgeschaut werden, ob sie Brustimplantate hat, und eine Kommilitonin berichtete mir, dass bei ihrer Patientin die Brüste angefasst worden seien, um zu beurteilen, ob sie »echt« seien. Aus der Körperbehaarung von Frauen auf dem OP-Tisch wurde von Ärzt*innen auf deren Beziehungsstatus geschlossen und darauf, wie oft sie wohl Sex haben. Nebenbei wurden dann die Assistenzärztinnen oder ich gefragt, wie das denn bei uns sei. Ich kann mich an keine einzige Situation erinnern, in der männlich gelesene Körper auf diese Art und Weise kommentiert wurden.

Nachdem ich meinen Kolleg*innen klar gemacht hatte, warum ich deren »Witze« nicht lustig finde und, dass mein Privatleben sie nichts angehe, hörte ich, wenn ich den OP betrat, öfter Sätze wie: »Oh, jetzt steht *die* wieder mit am Tisch, jetzt müssen wir aufpassen, was wir sagen.« Es fühlte sich so an, als wäre ich in dem Moment dafür

verantwortlich gewesen, dass die anderen keinen Spaß haben durften.

■ Diskriminierung als Mittel zur Selbstbehauptung

Neben dem Sexismus waren auch die Hierarchien auf der chirurgischen Station so ausgeprägt, wie ich es vorher noch nie erlebt hatte. Eine Ärztin hat das alles auf die Spitze getrieben. Es war für uns Student*innen unmöglich, Aufgaben zu ihrer Zufriedenheit zu erledigen. In allem, was wir taten, fand sie Fehler. Wir arbeiteten ihrer Meinung nach nicht schnell genug, nicht genau genug und wurden für alles verantwortlich gemacht, was unserer Meinung nach gar nicht in unserem Aufgabenbereich lag. Unangenehme und bürokratische Aufgaben, die sie nicht selbst erledigen wollte, hat sie uns übergeholfen, und uns Konsequenzen angedroht, falls etwas schief gehe. Sie sorgte dafür, dass wir uns unwohl, nutzlos und unfähig fühlten. Am nächsten Tag entschuldigte sie sich manchmal dafür, dass sie so grob zu uns war, aber das müsse man lernen und damit müsse man umgehen können, wenn man in der Unfallchirurgie als Frau etwas erreichen wolle. Da müsse man sich durchboxen und gegen die männlichen Kollegen behaupten können. Das war also das Rollenbild, welches sie verinnerlicht hatte.

Eine Befragung von Studierenden im PJ zu ihren Berufszielen zeigt, dass Frauen eher in Disziplinen wie der Pädiatrie und der Gynäkologie arbeiten möchten, während Männer eher die In-



neren Medizin, die Chirurgie oder die Orthopädie bevorzugen würden.³ Nach meinen Erfahrungen im PJ finde ich das nicht verwunderlich. In meinem Wahlterial in der Psychiatrie wurde ich nie aufgrund meines mir zugeschriebenen Geschlechts diskriminiert und ich habe auch keinerlei Diskriminierung anderen Menschen gegenüber erlebt. Auch im Hinblick auf eine mögliche Familienplanung, kommt die Chirurgie als Fachrichtung für viele Frauen aufgrund der häufig höheren zeitlichen Arbeitsbelastung einfach nicht in Frage.

■ Lösungsansätze

Es fühlt sich richtig an, dass ich im OP den sexistischen Kommentaren widersprochen habe und, dass wir der oben erwähnten Ärztin gesagt haben, dass wir wenig von ihrem Umgangston halten. Es war mir aber auch von Anfang an klar, dass ich nicht Chirurgin werden möchte und in Zukunft nicht wieder mit diesen Menschen zusammenarbeiten muss. Aber wie damit umgehen, wenn ich bald einen Job anfrage, in dem ich gern noch eine Weile bleiben möchte? Da ist es unpraktisch, gleich in den ersten Tagen zur Außenseiterin zu werden, die immer meckert und den anderen ihren »Spaß« verdirbt. Es kann nicht die Aufgabe von Einzelnen bleiben, sich zu wehren, es muss sich grundlegend etwas ändern. Die oben erwähnte Ärztin sollte zum Beispiel die Möglichkeit bekommen, ihre Karriere in der Unfallchirurgie so zu bestreiten, dass andere Menschen nicht darunter leiden müs-

sen. Dabei ist es wichtig, dass auch sie in ihrer Rolle von den Kolleg*innen geschätzt wird und Anerkennung für ihre Arbeit erhält. Eine erste Anlaufstelle kann an manchen Kliniken die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte sein, welche das Problem auf den Stationen direkt ansprechen kann. Auf psychiatrischen Stationen gibt es für die Mitarbeiter*innen regelmäßige Teambesprechungen und Supervisionen, in denen Konflikte angesprochen werden können. Was – außer, dass es Zeit und Geld kostet – spricht dagegen, so etwas auch in anderen Fachrichtungen einzuführen? Es braucht viel Mut und Überwindung, um Missstände anzusprechen, einfacher wäre es, wenn man sich nicht auch noch die Zeit und Aufmerksamkeit dafür erkämpfen muss. Wichtig ist, dass wir uns und alle anderen Menschen ständig dazu anhalten, festgefahrene Rollenbilder und Alltagssexismen zu hinterfragen und abzulegen. Den Kollegen würde ich raten sich mit dem Privileg ihrer Männlichkeit auseinanderzusetzen und von den Kolleginnen wünsche ich mir, dass sie sexistisches Verhalten nicht reproduzieren.

Literatur

- 1 D. Schnack: »Medizinkarriere ist männlich«, Ärzte Zeitung, 23.02.2012
- 2 Siehe: Material der gemeinsamen Wissenschaftskonferenz (GWK): »Chancengleichheit in Wissenschaft und Forschung – 21. Fortschreibung des Datenmaterials (2015/2016) zu Frauen in Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen«, Heft 55
- 3 H. van den Bussche H / K. Kromark / N. Köhl-Hackert / B. Robra / K. Rothe / A.

Schmidt / C. Stosch / R. Wagner / C. Wonneberger / M. Scherer / D. Alfermann / B. Gedrose: »Hausarzt oder Spezialist im In- oder Ausland? Ergebnisse einer multizentrischen Befragung von Studierenden im Praktischen Jahr zu ihren mittel- und langfristigen Berufszielen«, Gesundheitswesen, DOI 2012, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1311619>; Online-Publikation: 23.5.2012.

Dieser Artikel ist bereits in anderer Form auf feminiwas.de erschienen.

Bildredakteur*in gesucht

Wir suchen Unterstützung für die Bildauswahl, d.h. eine *engagierte ehrenamtliche Mitarbeiter*in*, der/ die sich um die Bebilderung zum Themenschwerpunkt kümmert.

Dazu müsstest Du mit uns jeweils eine Bildidee für ein Heft entwickeln und dann Bilddatenbanken mit CC0 (Creative Commons Zero)-Lizenz – ganz wichtig – (wie z.B. Flickr, Unsplash, Pixabay, Pexels) durchforsten und jeweils passende Bilder herunterladen.

Auch mit anderen Fundstücken, sofern sie eine Breite von 2000 Pixel = mind. ca. 300 kb im jpg-format haben und frei verfügbar sind, kannst Du uns gerne überraschen.

Wäre das was, dann melde Dich!

Nadja Rakowitz

Telefon 0 61 81 – 43 23 48

Mobil 01 72 – 1 85 80 23

Email info@vdaae.de

vdää on tour

Fahrt nach Kopenhagen / Dänemark

21.–24. Juni 2018

Die aktuelle Reform des dänischen Gesundheitswesens wird von vielen Wissenschaftler*innen und Politiker*innen in Deutschland sehr aufmerksam verfolgt – bisweilen werden vorschnell Schlüsse daraus gezogen, vor allem, wenn es um die Schließung von Krankenhäusern geht. Andere schauen eher nach Dänemark, weil dort die Pflege von alten und pflegebedürftigen Menschen nicht so privatisiert ist wie in Deutschland.

Wir wollen hinfahren und uns selbst ein Bild machen. Mit folgenden Fragen wollen wir uns beschäftigen und sie mit Politiker*innen, Beschäftigten und Gewerkschafter*innen diskutieren: Wer macht die Bedarfsplanung, nach welchen Kriterien? Wie sind ambulanter und stationärer Sektor verlinkt (in der täglichen Praxis, in der Notfallversorgung)? Wie wird im stationären Sektor der Widerspruch wohnortnahe Versorgung versus Qualität durch Spezialisierung und hohe Fallzahlen («Superkrankenhäuser») abgebildet? Wie werden die Alten und Pflegebedürftigen unterstützt und versorgt? Ist das dänische Gesundheitssystem geprägt von sozialstaatlicher Daseinsvorsorge oder ein Gesundheitsmarkt, der in private-public-partnership zum Wohle des Profits expandiert? Was passiert mit einem Land nach 20 Jahren Rechtspopulismus?

Mehr Infos finden Sie auf dem dieser Zeitschrift beiliegenden Flyer

Jahreshauptversammlung und Gesundheitspolitisches Forum des vdää

16.–18. November 2018 im Bürgerzentrum Alte Feuerwache in Köln

Freitagabend Versorgung marginalisierter Gruppen

- Dr. Heidrun Nitschke (Köln)
- Prof. Dr. Gerhard Trabert (Mainz)

Samstag Gesundheitspolitisches Forum des vdää zum Thema: Ambulante Versorgung

- Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen 2018
- Kriterien sinnvoller Bedarfsplanung
- Versorgungsformen (besonders im ländlichen Raum)
- Sie verlassen den ambulanten Sektor! Kritik der Sektorengrenzen

Samstag Nachmittag Workshops zu verschiedenen Themen

- Versorgung marginalisierter Gruppen
- Welchen Beitrag kann Telematik in der Versorgung leisten?
- Bedeutung interprofessionelle Versorgung am Beispiel der »Leuchtturmprojekte« / Polikliniken in HH und Berlin
- Ambulante Versorgung und intersektorale Bedarfsplanung in Dänemark

Sonntagvormittag

- Mitgliederversammlung des vdää
- Diskussion über erstarkende rechte Bewegungen und wachsenden Rassismus (auch im Gesundheitswesen): Was können wir dagegen tun?