

GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN Nr. 2/2015 | Solibetrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258



WORDS AND PICTURES © THOM FERRIER

Unterwegs im Labyrinth

Wie funktioniert unser Gesundheitswesen?

Kai Mosebach: »Muddling through«. Die Gesundheitspolitik der dritten großen Koalition S. 6

Peter Hoffmann: Politikversagen. Das Krankenhaus-Struktur-Gesetz wird die Misere der Krankenhäuser verschärfen S. 16

Bernhard Winter: Von Gold- zu Mondpreisen. Kurzer Abriss der Ökonomie des Pharmamarktes S. 23

In dieser Ausgabe

- 3 Wulf Dietrich: **Im Labyrinth des deutschen Gesundheitswesens**
- 4 Jan Lukas: **Staatliche Strukturen im Gesundheitsmarkt. Ein Überblick**
- 6 Kai Mosebach: **Muddling through« oder »heimlich, still und leise«? Die Gesundheitspolitik der dritten großen Koalition**
- 9 Cordula Mühr: **Aus Patientensicht. Über die Funktionsweise des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)**
- 12 Kirsten Schubert / Udo Schagen: **Demokratisierung der Ärzteschaft durch die Praxis. Eine kurze Geschichte der Kooperation in der ambulanten Versorgung**
- 16 Peter Hoffmann: **Politikversagen. Das Krankenhaus-Struktur-Gesetz wird die Misere der Krankenhäuser verschärfen**
- 18 Bernhard Winter: **Eine (unvollständige) Übersicht über pharmaunabhängige Informationsangebote**
- 19 Peter Scholze: **Gesundheitsbezogene Selbsthilfe. Über Hilfe für Patienten und Chance für das professionelle Versorgungssystem!**
- 21 Wulf Dietrich: **Zwischen Wunsch und Realität. Zur Leitlinien-Erstellung in der Medizin**
- 23 Bernhard Winter: **Von Gold- zu Mondpreisen. Kurzer Abriss der Ökonomie des Pharmamarktes**
- 27 Jan Latza / Nadja Rakowitz: **Mehr von uns ist besser für alle. Zum Streik für mehr Personal an der Charité**
- 31 Wulf Dietrich: **Trotzdem – rein in die Kammern. Zur Mitarbeit in den ärztlichen Standesorganisationen**
- 35 Andreas Wulf: **Umkämpftes Terrain. Eine Einführung in die Globale Gesundheit**

Termine

Vorstandssitzungen des vdää

(offen für alle Mitglieder)

5. September, 11 – 16 Uhr in Fulda

6. November, 15 – 18 Uhr in Leipzig

Jahreshauptversammlung des vdää zum Thema »Flucht und Migration«

6.-8.11.2015 in Leipzig im Zentrum für Frauenkultur in der Kulturfabrik

Bündnis Gesundes Krankenhaus

nächstes Treffen am Sonntag,

19. September, 11 – 16 Uhr in Hannover

Bildnachweise

Unser ganz besonderer Dank gilt Thom Ferrier, der so nett war, uns seine Zeichnungen und Comics unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.

Alle Bilder stammen aus Thom Ferrier: »Disrepute« oder von seiner Website.

Wenn wir hier das Interesse für seine Zeichnungen geweckt haben, empfehlen wir den Besuch von Thom Ferriers Website: <http://thomferrier.com/>, wo man die Comics auch käuflich erwerben kann.

verein demokratischer ärztinnen und ärzte



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.

Redaktion

Phil Dickel, Wulf Dietrich, Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz, Kirsten Schubert, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 2/2015
ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
V.i.S.d.P. Wulf Dietrich

Geschäftsstelle:

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

Bankverbindung: Kto.-Nr. 137 476 03,
Postbank Frankfurt, BLZ: 500 100 60
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFF

Satz/Layout: Birgit Letsch
Druck: Druckerei Grube





Editorial

Im Labyrinth des deutschen Gesundheitswesens

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein Labyrinth. Mit dieser Begründung hat der vdäa vor jetzt fast drei Jahren das erste Grundlagen-Heft über das Gesundheitswesen herausgegeben, um mit diesem ein wenig Licht in den Irrgarten Gesundheitswesen zu bringen. Dies setzen wir mit der aktuellen Ausgabe fort, denn zum einen haben wir gesehen, dass sich die Komplexität des Gesundheitswesens schwerlich in nur einem Heft abbilden lässt; zu verschlungen sind die Pfade dieses Irrgartens. Zum anderen aber hat sich die Tendenz zur weiteren Kommerzialisierung des Gesundheitswesens in den vergangenen drei Jahren noch einmal verschärft. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor hat sich diese Entwicklung gezeigt. Besonders in den Krankenhäusern wurden die verheerenden Auswirkungen des Fallpauschalensystems, der DRGs, offenkundig. In der ambulanten Versorgung ist es insbesondere das kürzlich verabschiedete GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, welches die ambulante Versorgungslandschaft nachhaltig beeinflussen wird.

Der Artikel von Kai Mosebach beschreibt die Gesetzesänderungen der vergangenen Jahre. Wir können hier nur eine verkürzte Fassung seines Artikels bringen, die Langfassung ist auf unserer Homepage nachzulesen. Die Tendenz diese Gesetzgebung ist eindeutig: Es findet eine weitere Entstaatlichung des Gesundheitswesens statt, dabei bleibt äußerst fraglich, ob mit diesem neuen Gesetzgebungsverfahren das Hauptproblem der Versorgung angegangen werden kann: nämlich die ungleichmäßige Versorgung zwischen den großen Städten und dem flachen Land. Peter Hoffmann beschreibt

die Auswirkungen der Fallpauschalen und des geplanten Krankenhausstrukturgesetzes auf die stationäre Versorgung in den Krankenhäusern, welche in den vergangenen Jahren immer offensichtlicher wurde. Fünfzig Prozent der Krankenhäuser schreiben inzwischen rote Zahlen. Ursache hierfür ist zum einen sicher das Fallpauschalensystem: Vielen Kliniken ist es nicht möglich, ihre Leistungen kostendeckend zu erbringen. Und es kommt hinzu, dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen nur ungenügend nachkommen. Ein ganz anderer wesentlicher Grund für die Misere der Finanzierung der stationären Versorgung ist aber die mangelnde Planung im Gesundheitswesen. Insbesondere in den Ballungsgebieten und in den Großstädten stehen die kommunalen Kliniken in heftiger Konkurrenz zu den privat getragenen Häusern. Während die privaten Kliniken die Leistungen auswählen, die sie kostengünstig erbringen können, müssen die kommunalen Kliniken praktisch ein Rundum-Programm für ihre Patienten anbieten. In dieser Konkurrenzsituation können die öffentlichen Krankenhäuser sie nur verlieren.

Neuerdings hat sich die Politik ein neues Zauberwort für die Steuerung im Gesundheitswesen erdacht: die Qualität. Wer gute Qualität abliefern, der soll einen Zuschlag bekommen, wer aber schlechte Qualität erbringt, dem wird mit Abschlägen bei der Vergütung gedroht. Auf den ersten Blick eine logische Lösung, beim näheren Hinschauen aber populistische Forderung. Denn Qualität in der Medizin zu messen, also zu beurteilen, welchen Nutzen medizinische Interventionen letztendlich für die Patienten ha-

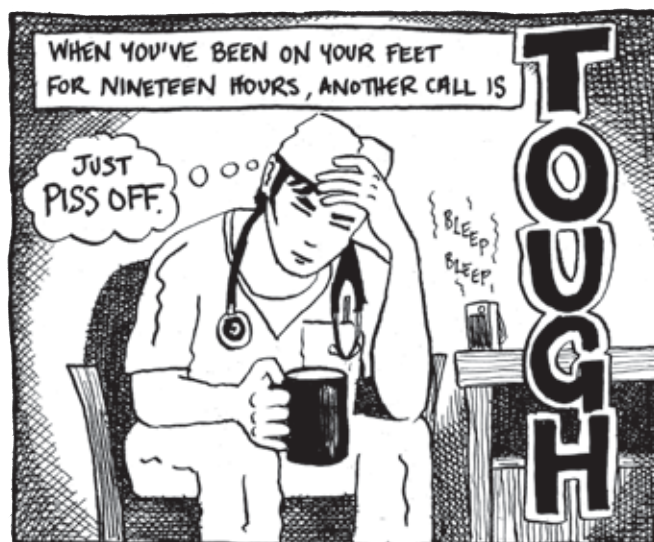
ben, ist extrem schwierig und ein bis heute nicht gelöstes Problem. Statt Krankenhäuser, die vielleicht schlecht organisierte Prozesse haben, noch mit finanziellen Abschlägen zu bestrafen, könnte es notwendig sein, diese Häuser finanziell zu unterstützen, damit sie ihre Prozesse verbessern können. Darüber, was denn nun gute Qualität ist, soll sich zukünftig ein neu zu gründendes Institut (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen – IQTiG)) Gedanken machen. Wir werden das mit Interesse verfolgen.

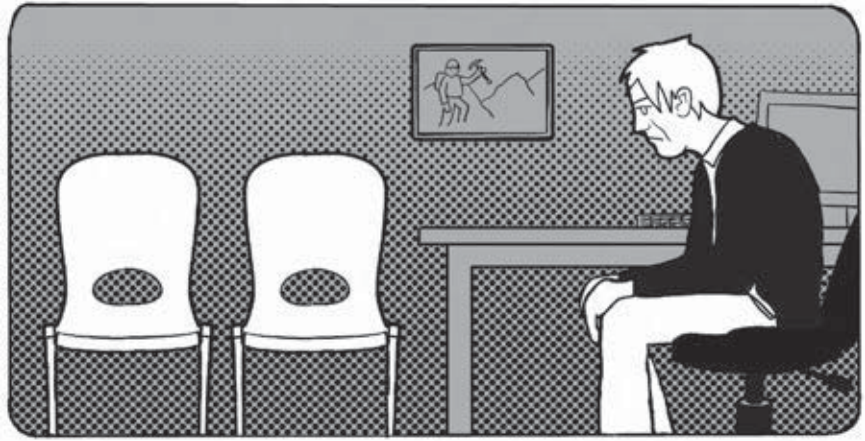
Über den Tellerrand der heutigen Strukturen des Gesundheitswesens weist der Artikel von Kirsten Schubert und Udo Schagen zur Geschichte der ambulanten Versorgung in Deutschland hinaus. Sie diskutieren hier die Perspektive der früheren Polikliniken, deren kooperatives Modell auch heute insbesondere für jüngere Kolleginnen und Kollegen eine Perspektive darstellt.

Bei aller Kritik aber muss man im Auge halten, dass wir in Deutschland immer noch eine relativ gute medizinische Versorgung haben. Das wurde uns vor

Augen geführt, als wir im Juni dieses Jahres wieder dem griechischen Gesundheitswesen einen Besuch abstatteten. Dort sind nach wie vor ca. 30 Prozent der Bevölkerung nicht mehr in der Krankenversicherung, medizinische Ambulanzen und Kliniken auf den Inseln werden geschlossen, die ambulante medizinische Versorgung wird aufrechterhalten durch solidarische Kliniken, in denen Kolleginnen und Kollegen freiwillig und ohne Entgelt die Patienten versorgen, die Gehälter der Beschäftigten wurden um ca. 40 Prozent gesenkt, viel Beschäftigte entlassen. Zustände, die bei uns zur Zeit undenkbar sind, die aber als Schande für die europäische Finanz- und Sozialpolitik zu bezeichnen sind. Auf unserer Homepage berichten wir über diese Reise.

Ich hoffe aber, dass Sie trotz aller schlechter Nachrichten, Spaß beim Lesen des vorliegenden Heftes haben. Sollten Sie Kritik oder Verbesserungsvorschläge haben, so würden wir uns über diese freuen. Zu allererst aber wünschen wir eine gesunde Ferienzeit.





Staatliche Strukturen im Gesundheitsmarkt

Ein Überblick von Jan Lukas

Jan Lukas liefert uns einen nützlichen Überblick über die verschiedenen Ebenen von staatlicher Verantwortung im Gesundheitswesen und von den Widersprüchen in diesem System.

In der BRD ko-existieren drei strukturelle Ebenen im Gesundheitswesen: Die staatliche (bzw. »etatistisch-bürokratische«), die korporatistische sowie die Ebene des freien Marktes. Die Beziehung zwischen diesen Ebenen ist über mehr als 130 Jahre aus den sozialen Widersprüchen während der verschiedenen Epochen vom Kaiserreich über Weimarer Republik, Faschismus bis heute gewachsen. Es verwundert daher nicht, dass dieses historisch überfrachtete Mit- und Gegeneinander der Akteure auf den verschiedenen Ebenen in einer ausgesprochenen Reformresistenz des deutschen Gesundheitswesens resultiert (Schwartz & Arolt, 1998).

Eine Besonderheit dieser historisch gewachsenen Situation in der BRD ist die Tatsache, dass der Staat definierte Aufgabenbereiche an die Organe und Körperschaften der gemeinsamen Selbstverwaltung delegiert. Dies sind insbesondere die (gesetzlichen) Krankenkassen sowie die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, die untereinander sowie mit anderen Einrichtungen (Verbänden von Krankenhäusern, Apotheken, etc.) Verträge abschließen. Zentrales Beschlussgremium in der Domäne der Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der aus Vertretern von gesetzlichen Krankenkassen, ärztlichen Standesvertretern, Krankenhäusern und PatientInnenorganisationen besteht.

Letztendlich liegt jedoch die Gestaltung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen im Verantwortungsbereich der jeweiligen Regierung sowie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Die Rolle des Staates im deutschen Gesundheitswesen

Artikel 2, Abs. 2 des Grundgesetzes weist dem Staat die Aufgabe zu, »das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu gewährleisten. Ihm kommt damit eine sehr ambivalente Rolle im Gesundheitswesen zu. Einerseits agiert er als »ideeller Gesamtkapitalist« (Friedrich Engels), der für eine Optimierung der Bedingungen zur Kapitalverwertung zu sorgen hat.

Das BMG verweist ganz offen darauf, dass die Gesundheitswirtschaft einer der stärksten Wirtschaftszweige in der BRD mit einem Anteil von über elf Prozent am Bruttoinlandsprodukt ist. Sie gelte als »Wachstumsbranche auf Expansionskurs« mit einer überdurchschnittlichen Bruttowertschöpfung (Steigerung von 2007 bis 2012 um durchschnittlich 3,7 Prozent versus 2,3 Prozent in der Gesamtwirtschaft) (BMG, 2014). Die liberale Gesetzgebung und der Konjunkturer der des Staates führen häufig zu zusätzlichen Belastungen für die Bevölkerung, wie die Beispiele des Tamiflu-Skandals¹, die Mondpreise für neue Medikamente² oder die

begünstigte Situation der privaten Krankenversicherungen zeigen. Andererseits haben staatliche Maßnahmen der Gesundheitspolitik insbesondere im Bereich von Arbeits- und Umweltschutz sowie dem gesundheitsbezogenen Verbraucherschutz häufig einen reagierenden und »marktkorrigierenden« Charakter (Rosenbrock & Gerlinger, 2014).

Staatliche Akteure

Staatliche Akteure sind föderalistisch auf Bundes-, Länder-, sowie kommunaler Ebene involviert und jeder Ebene kommen dabei bestimmte Aufgaben zu. Auf Bundesebene stecken der Bundestag sowie das BMG die Rahmenbedingungen für staatliche Aufgaben sowie die Selbstverwaltung ab. Dies geschieht z.B. durch Regelung von Grundsatzzfragen der Krankenkassen im Sozialgesetzbuch V und andere Bereiche der Sozialversicherung. Die Krankenhausfinanzierung ist ebenfalls durch den Bund gesetzlich geregelt, die konkrete Organisation und Erbringung von Leistungen ist hingegen Aufgabe der selbstverwalteten Körperschaften.

Strukturell agieren auf Bundesebene neben dem Bundestag insbesondere das BMG, dem wiederum die Bundesbehörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes³ direkt unterstellt sind. (Siehe Tabelle, S. 32)

Neben den genannten Aufgaben sind Querschnittsaufgabenbereiche aller dieser Bundesbehörden die Forschung sowie auf Anfrage die Bereitstellung von Informationen zur fachlichen Beratung der Bundesregierung.

Unter der Bundesebene gibt es die Landesämter für Gesundheit, die allerdings uneinheitliche Bezeichnungen tragen, z.B. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Öffentlicher Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Landesuntersuchungsanstalt Sachsen (LUA), Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW).

Der öffentliche Gesundheitsdienst gilt als chronisch unterfinanziert und unterbesetzt. Es verwundert daher nicht, dass auf Landesebene Gesundheit meist nur eines unterer mehreren Themen wie Verbraucherschutz, Lebensmittelsicherheit oder Umwelt ist. Auf kommunaler Ebene sind die Gesundheitsämter meist ein Sachgebiet innerhalb der Landratsämter. Auch hier stehen das bemerkenswert breite Aufgabenspektrum und die finanzielle sowie personelle Ausstattung in einem stark ungleichen Verhältnis. Die Aufgaben reichen von der Gesundheitsberichterstattung über Kinder- und Jugendärztliche Dienste, Gesundheitsförderung, Schwangerenkonfliktberatung und Heilpraktikerzulassung bis zu Umweltmedizin und Hygieneüberwachung.

Supranationale Ebene

Die wohl bekannteste internationale Struktur im Gesundheitsbereich dürfte wohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sein. Gegründet als Sonderorganisation der Vereinten Nationen im Jahr 1948 spielte sie zunächst eine starke Rolle bei der Bekämpfung und Elimination von übertragbaren Erkrankungen wie Malaria, Pocken usw., entwickelte jedoch aufbauend auf der Alm Ata-Deklaration von 1978 eine progressive Gesundheitsstrategie, die auf eine globale Stärkung der Basisgesundheitsversorgung abzielte. In den letzten zwei Jahrzehnten befindet sich die WHO jedoch in einem Umbruchprozess, der durch

Finanzierungsprobleme und politische Orientierungslosigkeit ungünstig beeinflusst wird.

Zunehmend spielen die Einrichtungen der Europäischen Kommission (EC) eine wichtige Rolle in der inner-europäischen Gesundheitspolitik. Der EC unterstellt ist die *Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit* (DG SANTE) mit drei themenbezogenen Agenturen. Für Gesundheit ist das *European Center for Disease Control* (ECDC) in Stockholm zuständig – eine Art europäisches Robert Koch-Institut (stark vereinfacht ausgedrückt). Neben den Agenturen gibt es noch Exekutivagenturen, wie z.B. *Consumer, Health and Food Executive Agency* (CHAFEA), die für die Umsetzung des *EU Health Programme*⁴ im Kontext der *EUROPE 2020* Strategie⁵, zuständig ist.

Die Rolle der EU im Gesundheitsbereich ist letztendlich ähnlich, wenn nicht noch mehr äquivalent wie die der Nationalstaaten. Da die Zuständigkeit für Gesundheit im Aufgabenbereich der Nationalstaaten liegt, kommt der EU wenig Handlungsmacht zur Durchsetzung von Maßnahmen der sozialen Sicherung zu, jedoch eine starke regulierende Rolle in marktliberalisierenden Prozessen, die sozialer Sicherheit häufig diametral gegenüber stehen (Mossialos, 2010).

sierenden Prozessen, die sozialer Sicherheit häufig diametral gegenüber stehen (Mossialos, 2010).

Referenzen

Bundesministerium für Gesundheit: »Bedeutung der Gesundheitswirtschaft«, in: www.bmg.bund.de/themen/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html (30. Juli 2015)

E. Mossialos: »Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy«, Cambridge University Press 2010

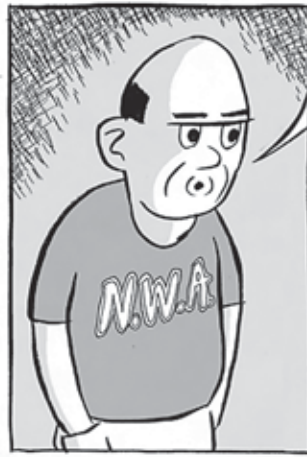
Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger: »Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung«, 3. Aufl., Bern 2014

Friedrich Wilhelm Schwartz/V. Arolt e.a.: »Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, München 1998

- 1 www.sueddeutsche.de/thema/Der_Tamiflu-Skandal
- 2 www.arznei-telegramm.de/html/sonder/1502017_01.html
- 3 Landläufig werden unter dem Begriff »ÖGD« meist nur die Strukturen der kommunalen und regionalen Ebene, insbesondere Gesundheitsämter, bezeichnet.
- 4 http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hp-factsheets/factsheet-hp_en.pdf
- 5 http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm

»Auch hier stehen das bemerkenswert breite Aufgabenspektrum und die finanzielle sowie personelle Ausstattung in einem stark ungleichen Verhältnis.«

Bundesbehörde	Aufgabenbereich
Robert Koch-Institut (RKI)	• Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten • Gesundheitsberichterstattung • Forschung
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	• Gesundheitsaufklärung und -förderung (GF), Krisenkommunikation • Koordination und Organisation von Akteuren der GF • Qualitätsentwicklung i.B. Gesundheitsförderung, • Nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Juli 2015 wird der Aufgabenbereich der BZgA in Teilen neu definiert und erweitert.
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	• Arzneimittelzulassung • Pharmakovigilanz, d.h. Erfassung und Bewertung von Arzneimittelrisiken • Bewertung von Risiken bei Medizinprodukten, • Überwachung von (legalem) Betäubungsmittelverkehr
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)	• Bereitstellung von medizinischen Informationen • Gesundheitstelematik • medizinische Klassifikationen (DRG!) • Bewertung gesundheitsrelevanter Verfahren (Health Technology Assessment)
Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)	• Lebensmittelsicherheit • Produktsicherheit • Chemikaliensicherheit
Paul-Ehrlich-Institut (PEI)	• Zulassung und Freigabe von (bestimmten) biomedizinischen Arzneimitteln • Genehmigung klinischer Studien



Muddling through« oder »heimlich, still und leise«?

Die Gesundheitspolitik der dritten großen Koalition – Ein Zwischenfazit von Kai Mosebach *

Kai Mosebach gibt einen Überblick über die wichtigsten, bislang verabschiedeten Gesetze zur Krankenversorgung und geht aus der Perspektive der drängendsten gesundheitspolitischen Reformbaustellen der Frage nach, ob es folgenreiche Entscheidungen – für und gegen wen? – gegeben hat.

Die gesundheitspolitische Gesetzgebung der zweiten großen Koalition unter der Regentschaft von Angela Merkel stand unter der Zielsetzung der unspektakulären Bereinigung größter Konfliktlinien und der Stärkung bisheriger Reformmaßnahmen. Ganz in diesem Sinne wurde das Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit einem erfahrenen Politikmoderator besetzt, Hermann Gröhe (CDU), dessen Aufgabe nach allgemeiner Einschätzung darin bestand, gesundheitspolitische Entscheidungen zu moderieren.

Finanzierung der Krankenversorgung: Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträge

Als eines der ersten Gesetzgebungsinitiativen startete die schwarz-rote Bundesregierung das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG). Im Wesentlichen fokussierte es auf zwei Bereiche: erstens die Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds und zweitens die Einrichtung eines beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelten »Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen« (IQTiG; § 137a SGB V) zur Weiterentwicklung der Qualitätsorientierung im deutschen Gesundheitswesen. Einem klassischen Kuhhandel gleich wurde zwischen den Koalitionspartnern die Fest-
schreibung des Arbeitgeberanteils

(7,3%) am allgemeinen Beitragsatz der GKV gegen die Aufgabe der »kleinen Kopfpauschale« getauscht. Der allein von Versicherten zu tragende Anteil (0,9% der beitragspflichtigen Einnahmen) verschwand, tauchte jedoch kurzerhand wieder in verwandelter Form als kassenindividueller und einkommensabhängiger Zusatzbeitrag wieder auf. Die versprochene und zunächst auch beschlossene Absenkung des Beitragssatzes (von 15,5% auf 14,6%) ist folglich mittelfristig nur Augenwischerei.

Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversorgung: Mit IQTiG gegen IQWiG?

Der zweite wesentliche Baustein des GKV-FQWG bestand in der Installation des *Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen* (IQTiG), das zum 9. Januar 2015 vom G-BA gegründet wurde. Hiermit wurde parallel zum IQWiG (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* nach § 139a SGB V) ein zweites fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut dem G-BA unterstellt. Im Gegensatz zum Aufgabenspektrum des IQWiG, welches sich der Entwicklung und Anwendung evidenzbasierter Verfahren zur Bewertung von Diagnostika und Therapeutika widmet, fokussiert das IQTiG auf »Maßnahmen zur Qualitätssiche-

rung und zur Darstellung der Versorgungsrealität im Gesundheitswesen.« (§ 137a Abs. 3 Satz 1) Angesichts der gesetzlich festgehaltenen Ausrichtung des bereits existierenden IQWiG auf die »Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung« (§ 139a Abs. 3 Nr. 6 SGB V) liegt mit der Gründung des neuen IQTiG und der offensichtlichen Dopplung von Aufgaben bei den beiden Instituten der Verdacht nahe, dass jenseits der zweifellos notwendigen Strukturierung vielfältiger Zertifikate und Qualitätssiegel (§ 137a Abs. 3 Nr. 7) mit dem IQTiG ein eher versorgungsnahes Qualitätsinstitut im deutschen Gesundheitswesen installiert werden soll.

Reformierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung: vor einer Honorarexplosion?

Der G-BA und die Gemeinsame Selbstverwaltung werden von dem jüngsten und mit Abstand bedeutendsten Gesundheitsgesetz der dritten großen Koalition in vielfacher Weise stark aufgewertet: dem GKV-VSG, das in seiner Komplexität hier nicht ausführlich behandelt

wird. Neben der Weiterentwicklung des Qualitätssteuersystems zielt das GKV-VSG auch auf die Reformierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und der ungleichen Honorarniveaus zwischen den KV-Regionen in der vertragsärztlichen Versorgung, was von den Krankenkassen als Ausstieg aus und Ende der Wirtschaftlichkeitsprüfungen im ambulant-medizinischen Versorgungssektor kritisiert wurde, weil es eine Ausgaben- und Honorarexplosion zur Folge haben werde (vgl. z.B. Carels 2015: 35f.) Gegenstand der Prüfung sind nicht mehr bundesweit vereinbarte Regelleistungsvolumina, sondern die regional vereinbarten Arznei- und Heilmittelbudgets. Vermutlich werden in der Tat die vereinbarten Arzneimittel- und Heilmittelbudgets wachsen.

Bemerkenswert bei aller grundsätzlichen Kontinuität ist, dass im neuen § 140a Abs. 2 Satz 4 Verträge zu besonderen Versorgungsformen »spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge« ihre Wirtschaftlichkeit nachweisen müssen. Im Gegensatz dazu verpflichtete der alte § 140b Abs. 3 Satz 1 SGB V lediglich die Vertragspartner von integrierten Versorgungsverträgen auf eine »qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichend, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten«.

Sicherstellung der Krankenversorgung: Mengenentwicklung, Wartezeiten und Versorgungssicherheit

Als besonders brennend wurden in den letzten Jahren periodisch wiederkehrend Versorgungsprobleme

hinsichtlich einer nicht-medizinisch indizierten Mengenausweitung (insbesondere im Krankenhaus), überlanger Wartezeiten von GKV-Versicherten im Vergleich zu privat versicherten Patienten und auch die Sicherstellung insbesondere der ambulanten hausärztlichen Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen diskutiert. Mit dem GKV-VSG versucht der Gesetzgeber, diesen Problemen mittels einer ganzen Reihe von Maßnahmen zu begegnen.

Erstens verpflichtet der Gesetzgeber den G-BA, eine Liste von Indikationen planbarer Operationen zu entwickeln, die besonders der Gefahr der nicht-medizinisch indizierten Mengenausweitung unterliegen (§ 27b Abs. 1 u. 2). Diese Liste soll die Grundlage für den Anspruch auf Einholung einer »Zweitmeinung« bei Fachärzten in unterschiedlichen Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung (Praxis, MVZ, ermächtigte Krankenhäuser) und zugelassener Krankenhäuser begründen (§ 27b Abs. 2 u. 3 SGB V). Ob ein solches Zweitmeinungsverfahren die Anreizstrukturen, die zu einer nicht-medizinisch indizierten Mengenausweitung führen können, neutralisieren kann, bleibt offen.

Zweitens will der Gesetzgeber die im Laufe der letzten Dekade bekannt gewordenen steigenden Wartezeiten von GKV-Versicherten durch die Einrichtung sog. Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen entgegenwirken (§ 75 Abs. 1a SGB V). Die – auch kooperativ mit den Landesverbänden einer Krankenkasse gründbare – Terminservicestelle hat Versicherten »innerhalb einer Woche

einen Behandlungstermin« zu vermitteln. Die maximale Wartezeit auf den vereinbarten Termin beträgt vier Wochen. Wenn es Terminservicestelle nicht gelingt, innerhalb von vier Wochen einen Behandlungstermin bei einem Arzt in zumutbarer Entfernung anzubieten, muss sie einen »ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus« (§ 75 Abs. 1a Satz 5) anbieten – und dies soll auf Kosten des KV-Budgets gehen. Routineuntersuchungen und Bagatellerkrankungen sind von dieser Regelung ausgeschlossen. Die Hauptursache für die Wartezeiten-Problematik besteht darin, dass PKV-Versicherte im Vergleich mit GKV-Patienten ein höheres Einkommen für die niedergelassene Ärzteschaft generieren. Die Terminservicestellen ändern an diesem Tatbestand nichts. Wo Wartezeiten existieren, weil die Versorgung rein quantitativ nicht sichergestellt ist, können Terminservicestellen nichts bewirken, außer dass Patienten höhere Entfernungen zu vermittelten Fachärzten in Kauf nehmen müssen.

Drittens: die (lokale, regionale) Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) der schwarz-gelben Regierungskoalition war versucht worden, die Regelungen zu Über- und Unterversorgung von Haus- und Fachärzten zu verändern und eine kleinteiligere Bedarfsplanung zu entwickeln. Im GKV-VSG wird nunmehr Kommunen auch ohne Zustimmungspflicht durch die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit eröffnet, über die Gründung von Medizinischen Ver-

»Die Hauptursache für die Wartezeiten-Problematik besteht darin, dass PKV-Versicherte im Vergleich mit GKV-Patienten ein höheres Einkommen für die niedergelassene Ärzteschaft generieren.«



sorgungszentren an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen (§ 95 Abs. 1a Sätze 1 u. 2 SGB V). Der G-BA wird darüber hinausgehend beauftragt, bis zum 1. Januar 2017 auch für die Gruppe der psychotherapeutisch tätigen Psychotherapeuten analog zu den anderen Facharztgruppen die »Verhältniszahlen zu überprüfen« und dabei »die Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung« zu beachten (§ 101 Abs. 1 Satz 7 SGB V). Die weiter bestehenden Probleme bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in strukturschwachen bzw. ländlichen Regionen wird zum einen über die bundesweite Ausweitung regionaler Weiterbildungsprogramme zur Förderung der Allgemeinmedizin –

wie in Hessen und Baden-Württemberg mit Erfolg verfolgt – anvisiert (§ 75a SGB V). Schließlich soll nicht verschwiegen werden, dass die Zulassungsbeschränkungen präzisiert und ausgeweitet wurden. So sollen die Landesausschüsse bei Überschreiten des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades um 40 Prozent eine Feststellung vereinbaren (§ 103 Abs. 1 Satz 2); mit welchen Folgen bleibt unklar.

Während einige Maßnahmen sinnvoll erscheinen und auch in der gesundheitswissenschaftlichen Community positiv diskutiert wurden (Beteiligung von Kommunen an der vertragsärztlichen Versorgung, strukturierte Weiterbildungsmaßnahmen im Fach Allgemeinmedizin), sind andere Maßnahmen in ihrer Wirksamkeit eher skeptisch zu beurteilen. So ist die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-medizinische Gesundheitsberufe als halbherzig zu beurteilen und ist im internationalen Vergleich geradezu als rückständig zu charakterisieren. Auch der Versuch, mittels Sonderzulassungsrechten für Ärztinnen und Ärzte, die eine Zeit lang in schlecht versorgten Versorgungsregionen tätig waren, die Versorgungslücken auf dem Land zu schließen, dürfte sich die Versorgungslage in den unterversorgten Bereichen nur geringfügig verbessern.

»The Empire strikes back« oder »Tradition verpflichtet«: Ärztinnen und Ärzte sind Punktsieger der schwarz-roten Gesundheitspolitik

Es kann nicht behauptet werden, dass die Reformvorhaben nicht besondere Akzente gesetzt hätten. Zunächst ist zu beobachten, dass die gesundheitspolitischen Reformen sich weiterhin dem Dogma der ökonomisch begründeten Beitragssatzstabilisierung beugen und damit bestens die neomerkantilistische Strategie der deutschen Wirtschaft unterstützen, die so viel Unheil in der Europäischen Union angerichtet hat. Der Gesetzgeber fokussiert nunmehr offenbar auf eine zunehmende, schleichende Privatisierung der Gesundheitsausgaben der GKV mittels des neu eingeführten Zusatzbeitrages, dessen zukünftige Steigerung die Krankenkassen schon aus ihren Büchern lesen. Insbesondere für die wach-

sende Zahl prekär beschäftigter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dürfte das in Zukunft ein veritables Finanzierungs- bzw. Haushaltsrisiko darstellen – zumal es keine Regelungen, gibt, die die unteren Einkommensgruppen schonen. Des Weiteren lässt sich als übergreifendes Muster der vielfachen gesetzlichen Regelungen für die GKV feststellen, dass Leistungserbringer, insbesondere Ärztinnen und Ärzte sowie die Regelungsaufgaben der Gemeinsamen Selbstverwaltung massiv zu Lasten der Gestaltungsmöglichkeiten einzelner Krankenkassen bzw. der Kostenträger insgesamt gestärkt wurden. Insofern stellt sich die schwarz-rote Gesundheitspolitik konsequent in die Tradition liberal-konservativer Gesundheitspolitik, die immer wieder die Privatisierung von Finanzierungsleistungen zulasten der Versicherten zum Zweck der Beitragssatzstabilität betrieben hat und zugleich den Interessen von Leistungserbringern, insbesondere der niedergelassenen Ärzteschaft entgegengekommen ist. Das Modell des Leistungserbringer getriebenen Wettbewerbs (Innovationsfonds) soll das Machtgleichgewicht zwischen Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzten rekonfigurieren. Eine solidarische Krankenversorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen ist hingegen nicht in Sicht, denn weder ist die Abschaffung der PKV auf der politischen Agenda mehrheitsfähig noch die Aussetzung des dysfunktionalen Krankenkassenwettbewerbs absehbar.

** Kai Mosebach ist Dipl.-Politologe und derzeit beauftragt mit der Vertretung des Lehrgebietes »Gesundheitswissenschaften, Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie« an der FH Ludwigshafen betraut.*

(Dies ist die stark gekürzte Fassung der Analyse von Kai Mosebach. Die originale Langfassung ist auf der Homepage des vda nachzulesen. Zu den Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung siehe den Artikel von Peter Hoffmann in diesem Heft.)

Zitierte Literatur

Jan Carels: »Reform-Menü mit fadem Beigeschmack«, in: G + G. AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft, 18(4), 2015, S. 34-37
Marian Döhler/Phillip Manow: »Strukturbildung von Politikfeldern«, Opladen 1997



Aus Patientensicht

Cordula Mühr* über die Funktionsweise des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Patientenvertretung im G-BA

Im Gegensatz zu Ländern mit einem staatlichen Gesundheitssystem wird in Deutschland die hoheitliche Aufgabe der Organisation und Leistungserbringung von Gesundheitsversorgung an eine sogenannte »Selbstverwaltung« delegiert. Die Idee der Selbstverwaltung hat sich in Deutschland parallel zur Entstehung der Krankenversicherung entwickelt, sie beinhaltet, dass öffentliche Angelegenheiten durch juristische Personen des öffentlichen Rechts, die dem Staat eingegliedert sind, in eigenem Namen, unter eigener Verantwortung durch eigene Organe, aber unter der Aufsicht des Staates erfüllt werden. Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen sind die Berufskammern der Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und neuerdings auch Psychologen), ferner die Träger der Sozialversicherung, und hierbei speziell die gesetzlichen Krankenkassen, sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Spitzenorganisation der Krankenhausträger. (Siehe Kasten zu Sozialwahlen auf S. 8)

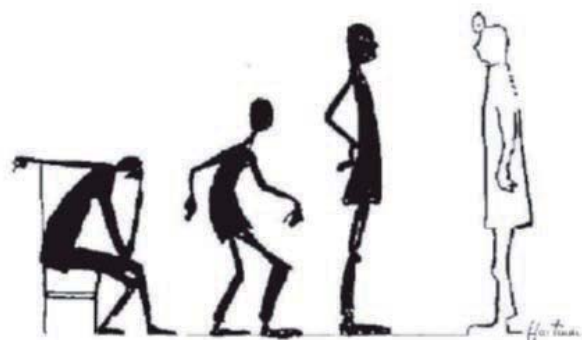
Die oberste Ebene der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen auf Bundesebene war bis 2003 in fünf nebeneinander tätigen Ausschüssen organisiert, diese berieten hinter verschlossenen Türen und ohne transparente Berichterstattung über die Leistungen der GKV für ihre 70 Mio. Versicherten. Dieses Vorgehen geriet zunehmend in die öffentliche Kritik, weil die Ausschüsse als »untergesetzgeberische Normgeber« (»kleiner Gesetzgeber«) Beschlüsse trafen, die erhebliche Konsequenzen für Versicherte und Patienten hatten, ohne demokratisch ausreichend – z.B. durch allgemeine Wahlen – legitimiert zu sein. Gleichzeitig hatten sich die den Patienten und Bürgern zugeschriebenen Rollen in allen Gesundheitssystemmodellen bereits seit den 1980er Jahren gewandelt: Einerseits wurden sie vermehrt unter ökonomischen Aspekten als Nachfrager einer Dienstleistung betrach-

tet, gleichzeitig spielte auch Druck durch Bewegungen »von unten«, z.B. im Rahmen der Selbsthilfe-Bewegung seit den 70er Jahren und der Gesundheitsbewegung der 80er Jahre eine Rolle, ohne die Patientenbeteiligung im G-BA nicht denkbar wäre. Auch die in den 90er Jahren international geführte Debatte um mehr Bürgerbeteiligung auf allen Ebenen spielt eine gewisse Rolle. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das Thema der Bürgerbeteiligung bzw. kollektiver Rechte schon 1994 in ihrer »Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe« aufgenommen. Ein neues europäisches Konzept kollektiver Bürgerrechte als Beteiligungsrechte enthält die Deklaration des Europarates *Recommendation No. R* (2000)¹

Aus Systemsicht kann die Patientenbeteiligung jedoch eher als Flankierung notwendiger Reformen verstanden werden denn als Wunsch nach Demokratisierung des Gesundheitssystems. Nicht zufällig waren nämlich zeitgleich mit der Patientenbeteiligung Einschränkungen im Leistungskatalog sowie die Praxisgebühr eingeführt worden.

Seit 2004 gestaltet ein einziger Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland die Vorgaben des Sozialgesetzbuches V

aus.² Den gesetzlichen Auftrag und damit seine rechtliche Legitimation erhält der G-BA durch den Bundestag und den Bundesrat in Deutschland. Die Finanzierung erfolgt über sogenannte Systemzuschläge: Bei jedem stationär oder ambulant abzurechnenden Behandlungsfall wird dazu aus den Versichertenbeiträgen ein Zuschlag erhoben. Dem Bundesgesundheitsministeri-



um (BMG) kommt lediglich die sog. Rechtsaufsicht zu, das heißt: Es darf nur prüfen, ob Satzungsbeschlüsse staatliche Rechtsnormen oder die Satzung der Körperschaft verletzen. In Ermessens- und Zweckmäßigkeitentscheidungen der Selbstverwaltung darf die Aufsichtsbehörde – bis auf wenige Ausnahmen – nicht eingreifen. Die Legitimität des G-BA ist angesichts der Erweiterung seiner Zuständigkeiten bei gleichzeitiger Ausdehnung der Bindungswirkung der durch ihn erlassenen Richtlinien bis heute Gegenstand verfassungsrechtlicher Kontroversen.³

Zum Selbstverständnis der Patientenvertreter im G-BA

»Wir sind als Betroffene sowie Beraterinnen und Berater unabhängig von den dort sonst vertretenen Interessen der Leistungserbringer, Krankenkassen, Industrie und Politik. Wir sind nur den Interessen der Betroffenen verpflichtet und lassen uns nicht von fremden Interessen instrumentalisieren.

Wir sind das Gegengewicht zu den anderen Akteuren im G-BA. Als Stimme der Patientinnen und Patienten sind wir im Gesundheitswesen unverzichtbar. Wir stehen dafür, dass Patientinnen und Patienten im G-BA und in

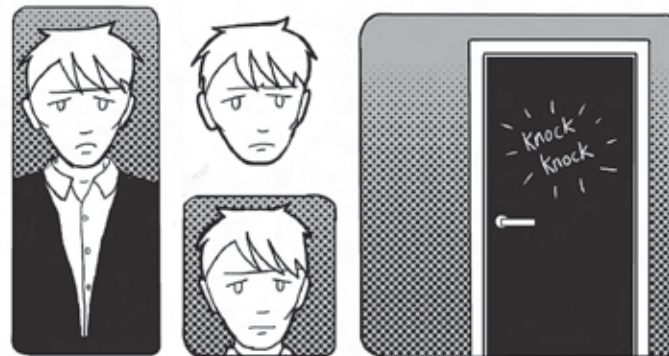
der Versorgung ernst genommen werden. Wir bringen die Interessen der Patientinnen und Patienten selbstbewusst in Politik und G-BA ein. Wir legen beharrlich Schwachstellen der Versorgung offen und benennen Defizite, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und Transparenz zu erreichen.« (»10 Jahre Patientenbeteiligung – Wir geben Patientinnen und Patienten eine Stimme«, in: www.nakos.de/data/Andere/2014/Patientenvertretung-GBA-Broschuere-10-Jahre.pdf)

»Beschlüsse des G-BA haben unmittelbaren Einfluss auf die Berufsausübung von Ärzten, Krankenhäusern und der Pharmaindustrie, ihre Beratungen im G-BA sind dementsprechend politisch brisant und umkämpft.«

Zeitgleich mit dieser Neustrukturierung wurde mit der Gesundheitsreform 2003 im Sozialgesetzbuch V geregelt, dass Patientenvertreter im G-BA und einigen weiteren Gremien auf Landesebene als rede- und antrags-, jedoch nicht stimmberechtigte Mitglieder beteiligt werden. Die Beteiligung von Patientenorganisationen an der Gestaltung des Gesundheitssystems ist in § 140 f (SGB V) ⁴ geregelt. Sein zentraler Absatz 1 lautet: »Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sind in Fragen, die die Versorgung betreffen, (...) zu beteiligen.« Folgende Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sind als maßgebliche Organisationen derzeit berechtigt, Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter zur Mitwirkung im G-BA zu benennen:

- Deutscher Behindertenrat (DBR, www.deutscher-behindertenrat.de)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP, www.gesundheits.de/bagp/)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG, www.dag-shg.de)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv, www.vzbv.de)

Weitere Organisationen könnten anerkannt werden, wenn sie nachweisen, dass sie die genannten Anforderungen erfüllen. Das ist allerdings bisher nicht geschehen. (Zu



den Anforderungen an Patientenvertretung, siehe Kasten S. 9)

Diese vier Organisationen haben ein gemeinsames Gremium, den Koordinierungsausschuss, gebildet, der die Arbeit der Patientenvertretung koordiniert und einvernehmlich die Benennung von sachkundigen Personen als Patientenvertreter beschließt.⁵ Eine wichtige Bedingung in der Patientenbeteiligungsverordnung ist, dass die Patientenvertreter in Gremien immer mindestens zur Hälfte selbst Betroffene sein sollen. Das verhindert, dass Patienten, wie im Gesundheitswesen so häufig, durch Professionelle ohne spezifische Patientenerfahrung überstimmt und dominiert werden können, sichert aber zugleich auch deren Mitwirkung, denn sie ergänzen die Betroffenheit durch professionelles Wissen und Können. Benennungen erfolgt gremien- bzw. tagesordnungs-bezogen. Patientenvertreter erhalten entstandene Reisekosten erstattet sowie eine Sitzungspauschale von rund 50 Euro pro Sitzungstag. Vor- und Nachbereitung von Sitzungen sowie Koordination und interne Absprachen werden nicht honoriert.

Mit Hilfe des Antragsrechtes können Patienten- und Selbsthilfeorganisationen beispielsweise einen Antrag auf Anerkennung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode stellen und bewirken, dass neue medizinische Maßnahmen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. (Zum Selbstverständnis der Patientenvertreter, s. Kasten S. 7)

Ungleich lange Spieße

Patientenvertretung im G-BA wird überwiegend von ehrenamtlichem Engagement getragen – häufig von selbst betroffenen und kranken Menschen. Und so stehen deren Ressourcen zur Erreichung der gesteckten Ziele in einem deutlichen Missverhältnis zu den Kapazitäten der Träger des G-BA.

Beschlüsse des G-BA haben unmittelbaren Einfluss auf die Berufsausübung und von Ärzten, Krankenhäusern und Pharmaindustrie, ihre Beratungen im G-BA sind dementsprechend politisch brisant und umkämpft. Die Trägerorganisationen des G-BA haben durchaus widersprüchliche Funktionen: Ärzte-

Sozialwahlen

Die Sozialwahl oder Sozialversicherungswahl ist die Wahl zu den Selbstverwaltungsorganen der gesetzlichen Sozialversicherungsträger in Deutschland. Die ersten Sozialversicherungsträger nach dem Selbstverwaltungsprinzip wurden 1883 mit dem Gesetz über die Krankenversicherung der Arbeiter gegründet. Es folgten Unfall- und Rentenversicherung. Während der Zeit des Nationalsozialismus wurde die Selbstverwaltung im Zuge der Gleichschaltung wirkungslos. Mit dem Selbstverwaltungsgesetz vom 13. August 1952 wurde sie nach dem zweiten Weltkrieg in der Bundesrepublik Deutschland wieder eingeführt, seit 1953 findet sie alle sechs Jahre bei allen Trägern der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung statt. Durch die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse soll den Versicherten die Teilnahme an der Selbstverwaltung (Verwaltungsrat) und damit die Mitgestaltung der den Krankenkassen obliegenden Aufgaben ermöglicht

werden. Diese Ausgestaltungsform der Mitbestimmungsrechte wird von den Versicherten aber nur in geringem Maße als Beteiligungschance wahrgenommen: Bei den bisher insgesamt 11 durchgeführten Sozialwahlen lag die Wahl durchschnittlich bei etwas über 30 Prozent. Häufig wird kritisiert, dass eine »Wahl« eigentlich nicht stattfindet, weil in den allermeisten Fällen nur eine einzige Vorschlagsliste zugelassen wird oder die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber auf unterschiedlichen Vorschlagslisten der Anzahl der zu vergebenden ordentlichen Mandate entspricht. In diesem Fall gelten die Vorgeschlagenen als gewählt (»Friedenswahl«). Die Sozialwahlen 2011 kosteten die Versicherungsträger (bzw. die Versicherten) etwa 46,3 Millionen Euro. (www.sozialversicherungswahlen.de; Schlussbericht über die Sozialwahlen 2011: www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a411-schlussbericht-sozialwahlen-2011.html)

kammern sollen einerseits die Einhaltung der Berufspflichten der Ärzte überwachen, die sie selbst in Berufsordnungen definiert haben, zugleich aber auch Interessenvertretung für den Berufsstand sein. Krankenkassen sollten einerseits die Interessen ihrer Mitglieder und vor allem die Interessen der Patienten vertreten, sind aber zugleich untereinander im Wettbewerb und konkurrieren um junge Gesunde.

Ein wichtiger Schritt zu mehr Einfluss der PatientInnen erfolgte im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007, durch das der G-BA verpflichtet wurde, die Patientenorganisationen bei der Umsetzung ihrer Beteiligungsrechte zu unterstützen: Eine »Stabsstelle Patientenbeteiligung« wurde eingerichtet, deren Mitarbeiterinnen für die Unterstützung der Patientenvertretung bei der Ausübung des Mitberatungs- und Antragsrechts (§ 140f Absatz 6 SGB V) verantwortlich sind. Gleichzeitig organisiert die Stabsstelle regelmäßig Fortbildungen und Schulungen für Patientenvertreter zu Themenbereichen wie Arzneimittel- und Methodenbewertung, Qualitätssicherungsverfahren, Bedarfsplanung oder zu Grundsatzfragen der evidenzbasierten Medizin.

Seit elf Jahren sind Patientenvertreter im G-BA an allen Themen in fast allen Gremien beteiligt. Sie dürfen mitberaten, mitdiskutieren und Anträge stellen, aber nicht mit abstimmen. Inzwischen wird das Votum der Patientenvertreter in den meisten Gremien auch zu Protokoll genommen. Gelegentlich versuchen sogar andere Beteiligte, die Stimme der gar nicht stimmberechtigten Patienten zur Stärkung ihrer Position zu nutzen.

Stimmrecht für Patientenvertreter?

Viele Patientenvertreter verlangen inzwischen ein gleichberechtigtes Stimmrecht im G-BA. Als Einwand dagegen wird diskutiert, dass Patientenvertreter vor einem vollen Stimmrecht intensiv qualifiziert und mit deutlich mehr Ressourcen ausgestattet werden müssten. Zudem würde sich dann das Problem der qualifizierten Meinungsbildung und -äußerung noch verschärft stellen, denn Patienten sind keine ho-

mogene Gruppe, die automatisch eine einheitliche Meinung hätte: Sie bräuchten verbindliche Strukturen und Prozesse zur Abstimmung und Koordination ihrer Positionen und Forderungen. Als ein pragmatischer und realistischer Vorschlag für einen nächsten Schritt wird gesehen, Patientenvertretern in den vielen Gremien erst einmal ein Stimmrecht in Verfahrensfragen einzuräumen, zum Beispiel wenn es um Geschäftsordnungen geht oder um Fragen der Themenauswahl.

Ein neues Feld für Patientenbeteiligung auf Länderebene wird zukünftig die sektorenübergreifende Qualitätssicherung sein, für die die Bundesländer ganz neue Strukturen mit verpflichtender Patientenbeteiligung aufbauen müssen.

Sollen Patientenvertreter professioneller werden, um Stimme und Wirkung zu haben? Das widerspricht dem Selbstverständnis vieler Selbsthilfegruppen, deren Mitglieder von der Authentizität ihrer Erfahrung als Patienten, als chronisch Kranke, als Menschen mit Behinderung leben. Einige befürchten, dann als Betroffenenorganisationen von den Beraterorganisationen dominiert und überstimmt zu werden.

Einige versorgungsbezogenen Verbesserungen konnten in der Vergangenheit durch die Patientenvertretung im G-BA durchgesetzt werden. Häufig werden jedoch von der Patientenvertretung eingebrachte und durch Argumente, Fakten, Erfahrungsberichte und Gutachten fundierte Vorschläge und Anträge nicht aufgegriffen. Die von den Trägerorganisationen dominierten Verhandlungen sind aus Patienten-Sicht oft nicht sachgerecht oder es werden keine wesentlichen Erkenntnisse für die Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten umgesetzt. Wenn dies gelingt, dauert es in der Regel zu lange, bis Verbesserungen für die Patientenversorgung in G-BA Richtlinien aufgenommen werden – und noch länger bis diese bei den Patientinnen und Patienten ankommen. Deshalb empfinden manche Patientenvertreter den Kampf mit den Leistungserbringern und Kostenträgern im G-BA als aufreibend und im Verhältnis zum Auf-



wand relativ ineffektiv und denken über ganz andere Wege der Beteiligung nach: zum Beispiel einen mächtigen Patientenbeirat bei der Bundesregierung oder beim Bundestag, der jede gesundheitspolitische Maßnahme prüfen, diskutieren und bewerten muss und dann genehmigen, modifizieren oder ablehnen kann.

* Cordula Mühr ist Ärztin und Patientenvertreterin und lebt in Berlin.

- 1 »Soziale Herausforderungen an die Gesundheit: Gerechtigkeit und Patientenrechte im Kontext von Gesundheitsreformen«. Fünfte Konferenz der europäischen Minister für Gesundheit, Warschau 7.–8. November 1996, Abschluss text, Unautorisierte Übersetzung aus: Kranich/Böcken: »Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa«, Baden-Baden 1997
- 2 www.g-ba.de
- 3 www.g-ba.de/downloads/17-98-3899/Rechtsgutachten_G-BA_Kluth_2015-04-13.pdf
- 4 www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_140f.html
- 5 www.g-ba.de/institution/struktur/patientenbeteiligung/

Sieben Anforderungen an maßgebliche Organisationen zur Patientenvertretung auf Bundesebene

Sie müssen »(1) nach ihrer Satzung ideell und nicht nur vorübergehend die Belange von Patientinnen und Patienten oder der Selbsthilfe fördern, (2) in ihrer inneren Ordnung demokratischen Grundsätzen entsprechen, (3) gemäß ihrem Mitgliederkreis dazu berufen [sein], die Interessen von Patientinnen und Patienten oder der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene zu vertreten, (4) zum Zeitpunkt der Anerkennung mindestens drei Jahre bestehen und in diesem Zeitraum im Sinne der Nummer 1 bundesweit tätig gewesen [sein], (5) die Gewähr für eine sachgerechte Aufgabenerfüllung bieten; dabei sind Art und Umfang der bisherigen Tätigkeit, der Mitgliederkreis und die Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen, (6) durch Offenlegung ihrer Finanzierung nachweisen können, dass sie neutral und unabhängig arbeiten, und (7) gemeinnützige Zwecke verfolgen.«



Demokratisierung der Ärzteschaft durch die Praxis

Eine kurze Geschichte der Kooperation in der ambulanten Versorgung
Von Kirsten Schubert und Udo Schagen*

Um den komplexen Zusammenhängen chronischer Erkrankungen, aber auch der krankheitsverursachenden sozialen Bedingungen gerecht zu werden, ist eine Arbeit im multiprofessionellen Team unerlässlich. Dies ist zwar von Politik, Krankenkassen und Bundesärztekammer – theoretisch – weitestgehend anerkannt, doch was in vielen anderen Ländern Standard ist, gehört in Deutschland weiterhin zur Ausnahme: die berufsgruppenübergreifende Kooperation in der ambulanten medizinischen Versorgung. Kirsten Schubert und Udo Schagen begeben sich auf Spurensuche nach den geschichtlichen Hintergründen dieser schleppenden Entwicklung.

»Der Arzt als Einzelkämpfer ohne Vernetzung zu anderen hat wohl keine große Zukunft mehr«, antwortete der 2011 verstorbene Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Hoppe 2009 auf die Frage, ob die Einzelpraxen aussterben werden. Die Ärzte seien »auf dem Weg in eine neue Welt«. Recht hatte er: Prägen Einzelpraxen jahrzehntelang die ambulante Versorgung in Deutschland, ist in den letzten Jahren die Zahl kooperativer Praxisstrukturen tatsächlich kontinuierlich angestiegen. Weiterhin wird jedoch mehr als die Hälfte der ambulanten Versorgung von ÄrztInnen in Einzelpraxen bestritten. Etwas mehr als ein Drittel arbeitet mit anderen ärztlichen KollegInnen oder PsychotherapeutInnen in einer Gemeinschaftspraxis (heute mit dem Wortungetüm *Berufsausübungsgemeinschaft*, BAG, bezeichnet). Nur unter zehn Prozent sind in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) angestellt. Diese fachübergreifenden, ärztlich geleiteten Einrichtungen sind seit 2004 zugelassen und haben das Ziel eine interdisziplinären Versorgung aus einer Hand zu gewährleisten – eine Neuauflage der Polikliniken der DDR.

Es war ein langer, holpriger Weg, geprägt von viel Widerstand von Seiten der niedergelassenen ÄrztInnen, bis zur Entstehung der MVZ. Und es wird ein langer Weg sein, bis aus den MVZ Orte von integrativer Kooperation* werden – mit dem Ziel Gesundheit zu för-

dern, nicht nur Krankheit zu verwalten.

Bereits 1887 entstand eines der ersten ambulanten Gesundheitszentren in Deutschland: Die »Poliklinik weiblicher Ärzte für Frauen und Kinder« in der Alten Schönhauser Straße in Berlin wurde von zwei Ärztinnen geleitet (bis 1901 war Frauen der reguläre Zugang zum Medizinstudium verwehrt) und versorgte Patientinnen im Berliner Scheunenviertel zwischen Alexander- und Rosenthaler Platz. In den 20er Jahren folgten dann weitere solcher Einrichtungen: Die Ambulatorien. Der Vorsitzende des Deutschen Ärztevereinsbund (Vorläufer des heutigen Deutschen Ärztetages), Hugo Dippe, warnte bereits 1920: »Es sollen wilde Polikliniken geschaffen werden, die sich bisher nirgends bewährt haben, Stätten, in denen die allgemein beklagte Ramschbehandlung wahre Orgien feiern wird (...) Wir zerbrechen uns die Köpfe, wie man die minderwertige Massenbehandlung der Versicherten verhüten kann; die Kassen setzen alles daran, sie im Großen auszubauen.« (Arndt, 2009)

Die 1923, auf dem Höhepunkt der Wirtschaftskrise, erlassene Notverordnung sollte die Krankenkassen vor dem Bankrott retten. §1 verpflichtete ÄrztInnen zum effizienten Einsatz von Behandlungen sowie Arznei- und Hilfsmitteln – mit Androhung von Strafe bei Zuwiderhandlung. Aus Protest gegen diese Verordnung kündigten die

Ärzte den im Berliner Abkommen festgelegten Vertrag mit den Krankenkassen auf. Die Krankenkassen beschlossen daraufhin, Ambulatorien einzurichten, um die medizinische Versorgung ihrer Mitglieder gewährleisten zu können, »die nicht in der Lage waren, die damals von Ärzten geforderten außerordentlich hohen Kampfhonorare zahlen zu können«. Sie waren jedoch auch »Aushängeschild gesundheitlicher Zielvorstellungen der linkspolitischen Parteien und Ärzte. Es sollte die sozialhygienische, also die auf Prävention angelegte ärztliche Tätigkeit integraler Bestandteil der ärztlichen Betreuung sein.« (Schagen, 2004) Knapp 40 Ambulatorien entstanden – vorrangig in Berlin. Von Anbeginn wurden sie vom Widerstand der Ärzteschaft begleitet, die zu 80 Prozent im *Leipziger Verband* (später nach seinem Gründer *Hartmannbund* genannt) organisiert waren und regelrechte Diffamierungskampagnen gegen ihre dort angestellten ärztlichen KollegInnen betrieben. Diese trugen zur »Vernichtung der Selbstständigkeit des Arztes« bei und dies bedeute die Aufgabe der ärztlichen »Berufsidee« (Karl Hadenkamp, berühmter ärztlicher Standespolitiker, 1928; der als oberster Vertreter der Ärzteschaft 1933 die Machtergreifung Hitlers »freudig begrüßte«). Die Ambulatorien wurden zum »Kristallisationskern einer Gesundheitspolitik, die sich der Politik der großen Ärzteverbände entgegensetzte (...) Für

sozialmedizinisch engagierte Ärzte (...) war der angestellte Arzt – zum Beispiel am Ambulatorium ein alternatives Berufsmodell, und entsprechend arbeiteten hier häufig sozialdemokratische und kommunistische Ärzte.« (Wolff, 1997)

Nachdem die Arbeit und Ausweitung der Ambulatorien aus ökonomischen Gründen, aber auch auf Druck der selbstständigen Ärzte, zunehmend eingeschränkt wurde, kam es zu einem jähen Ende mit Machtantritt der Nationalsozialisten. Die »hoffnungsvollen Ansätze einer Gesundheitspolitik der Krankenkassen mit Hilfe von Ambulatorien und ihnen angeschlossenen Einrichtungen wurde 1933 durch die Nationalsozialisten zugunsten der ökonomischen Interessen der organisierten Ärzteschaft brutal zerschlagen.« (Tennstedt, 1976) Ambulatorien galten als »Inbegriff linker Gesundheitspolitik«. (Arndt, 2009)

Nach 1945 entwickelten sich in West- und Ostdeutschland zwei komplett unterschiedliche Gesundheitssysteme. Re-etablierten sich in der Bundesrepublik die ärztliche Selbstverwaltung in Ärztekammern, die Kassenärztliche Vereinigung und Einzelpraxen, wurde in der DDR ein über eine einheitliche Sozialversicherung finanziertes Gesundheitssystem aufgebaut: Mit dem Aufbau von Polikliniken knüpfte man bewusst an die Ambulatorien der Weimarer Republik an. Sie sollten die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung mit geringem Ressourcenaufwand sichern und hatten neben Diagnostik und Therapie auch Prävention zum Schwerpunkt. Der Begriff Ambulatorien wurde weiterhin für die Praxen in ländlichen Regionen, die nur mit einer ÄrztIn besetzt waren, benutzt. In den Städten jedoch entstanden kooperative Modelle, die

mit mindestens drei FachärztInnen (meist Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, später auch Allgemeinmedizin) sowie Pflegekräften und oft auch ApothekerInnen, PhysiotherapeutInnen, OptikerInnen und anderen Gesundheitsberufen besetzt waren. Je nach Größe der Einrichtung gab es ein Labor, Röntgenabteilung und sogar eigene Betten zur stationären Betreuung oder Pflege. »Von einer Poliklinik versprach man sich eine verbesserte ärztliche Leistung durch geballtes Fachwissen, das nicht nur einzelne Bereiche des kranken Organismus in Betracht zog, sondern »die Gesamtpersönlichkeit« (des Menschen, d. Verf.) (...) unter Berücksichtigung seiner individuellen Lebensverhältnisse, (...) aber gleichzeitig unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Verhältnisse, unter denen er lebt. Die Poliklinik stand eindeutig in der Tradition der Sozialhygiene. Soziales und ärztliches Handeln sollte miteinander verschmelzen.« (Arndt, 2009)

Die Polikliniken in der DDR schlossen nicht nur inhaltlich an die Ambulatorien der Weimarer Republik an, sie entstanden auch nach deren Vorbild. »Sie kamen nach Deutschland nicht, hier muss einer Legende widersprochen werden, als Erfindung der Sowjets. Im Gegenteil, die wichtigsten Gesundheitspolitiker der Sowjetunion waren in den zwanziger Jahren bei deutschen Sozialhygienikern in die Lehre gegangen.« (Schagen, 2004) Das klar formulierte politische Ziel der Polikliniken war es auch, eine »demokratische Ärzteschaft« zu formen und die »alte Mauer, die nicht ohne Absicht zwischen Werktätigen und intellektuellen Schichten unseres Volkes, errichtet wurde, zu beseitigen und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit beider herzustellen als unabdingbare Bedingung für den Fortschritt über-

haupt«, so der Sozialmediziner Kurt Winter 1947. Bis auf wenige Ausnahmen arbeiteten fast alle ÄrztInnen in den staatlichen und betrieblichen Ambulatorien und Polikliniken als Angestellte. Diese wurden unter der Leitung der Kommune, eines Betriebs, einer Universität oder eines Krankenhauses geführt. Wobei sich das Verhältnis über die Jahre zugunsten Letzterer verschob.

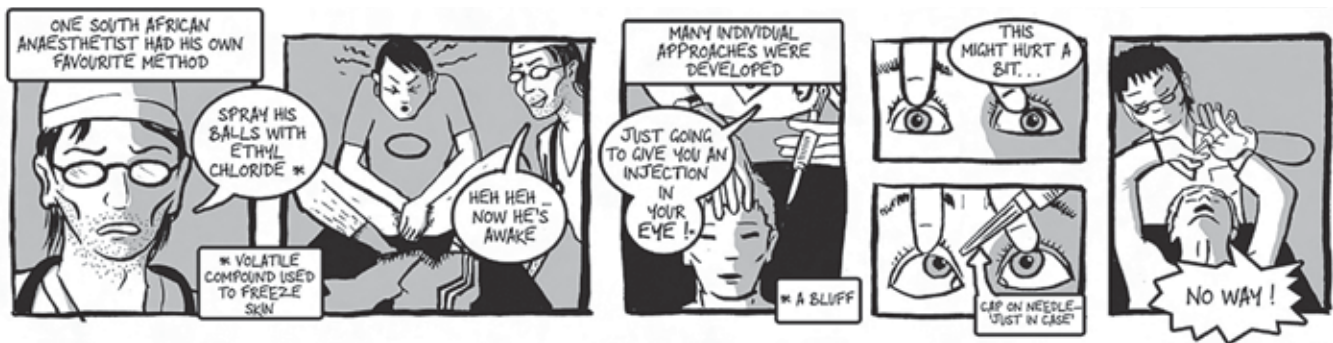
Nach der »Wende« standen sich zwei diametral entgegengesetzte Versorgungssysteme gegenüber. Da in der BRD die Ausübung ambulanter Medizin in Anstellung ein standesrechtliches Tabu war und (oft heute noch) mit minderwertiger Versorgungsqualität gleichgesetzt wurde, kam es – bis auf Ostberlin und Brandenburg – dementsprechend schnell zu einer Abwicklung des Polikliniksystems. Am intensivsten wurde »jedweder Erhalt poliklinischer Versorgungsstrukturen« durch die nun auch in den neuen Bundesländern durch die Übernahme der westdeutschen gesetzlichen Regelungen entstandenen kassenärztlichen Vereinigungen bekämpft (BMVZ, 2015). Doch leider gab es auch in den neuen Bundesländern viel zu wenige ärztliche KollegInnen, die sich für den Erhalt der Polikliniken stark machten (Beck, 2003).

In der BRD war von Anbeginn im »Vergleich zu den Entwicklungen in der DDR (...) die ambulante Versorgung stark individualisiert und auf den niedergelassenen Arzt zugeschnitten (worden, d. Verf.). Vor allem Prävention, eines der Hauptaugenmerke der Gesundheitspolitik in der DDR, musste dabei zwangsläufig vernachlässigt werden. Prophylaktische Maßnahmen waren in der privaten Arztpraxis schwer zu realisieren. Sie hingen stark von der Bereitschaft des einzelnen Arztes ab, diese wenig

* Die Bundesärztekammer (2003) unterscheidet additive und integrative Kooperationsmodelle. Additive Kooperationsformen: Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, wobei die zu erbringenden Leistungen in der Regel durch eine übergeordnete Disziplin, z.B. den behandelnden Arzt, festgelegt werden. Integrative Kooperation: Gleichwertigkeit aller Kooperationspartner, einschließlich der Patienten.

»Ambulatorien galten als Inbegriff linker Gesundheitspolitik.«





»Neben einem anderen Bezug zu PatientInnen und Gesellschaft experimentierten sie auch viel mit kollektiven Arbeitsformen: Konsensverfahren, Abbau von Hierarchien im Team, aber auch Einheitslohn, Bedarfslohn etc.«

lukrativen Aufgaben zu übernehmen.« (Arndt, 2009) D. h., prophylaktische Tätigkeiten wurden nach den Regelungen des westdeutschen Kassenarztrechtes überhaupt nicht bezahlt. In Berlin war aufgrund der direkt nach dem Kriege bestehenden Zuständigkeit der sowjetischen Besatzungsmacht und damit der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen zunächst ebenfalls die einheitliche Sozialversicherung und auch die Gründung von Ambulatorien und Polikliniken ermöglicht worden. (Schagen/Schleiermacher 2001) Das Konzept der Polikliniken scheiterte in West-Berlin dann aber am Widerstand der niedergelassenen ÄrztInnen und bereits 1958 wurden sie bis auf wenige (die bekannteste ist heute das AOK Centrum für Gesundheit in Berlin-Wedding) geschlossen.

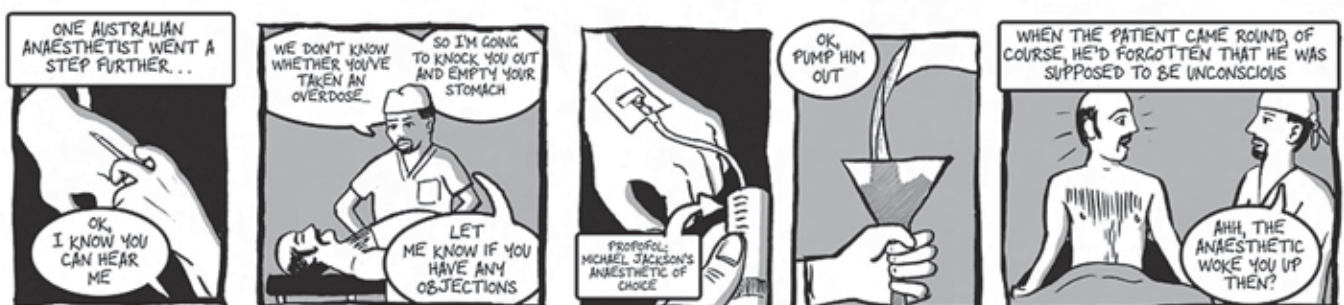
Die Folgezeit war im Westen geprägt von Einzelpraxen und erst ab Anfang der 70er Jahre kam es zu einer deutlichen Erhöhung der Zahl der ärztlichen Gruppenpraxen. »Das starke Interesse vor allem jüngerer Ärzte an der Gruppenpraxis als Arbeitsform macht ein nicht geringes Veränderungspotential seitens der Ärzte selbst Richtung kooperativer Versorgungsformen deutlich. Ein Fehlschluss wäre es jedoch, anzunehmen, dass es von hier aus nur »ein kleiner Schritt« hin zu berufsübergreifenden, an einer integrativen partnerschaftlichen

Zusammenarbeit orientierten Gruppenpraxis (...) wäre. Die in der Literatur häufig zu findenden Hinweise auf sehr viel zahlreichere interdisziplinäre Praxisformen in anderen Ländern (vor allem England, Holland, USA) könnten einer solchen Vermutung Vorschub leisten.« (Hoffmann und Kollegen, 1982)

Bis 1968 waren die ärztlichen Gruppenpraxen nur in Ausnahmefällen und mit Genehmigung der Ärztekammer zulässig. Sie wurden als »Trittbrett einer sozialisierten Medizin« verteuft. Politisch geprägt durch die Studentenbewegung der 60er Jahre starteten an verschiedenen Orten Medizinstudierende, ÄrztInnen zusammen mit anderen GesundheitsarbeiterInnen neue Modelle ambulanter Versorgung: Berufsgruppenübergreifende Gruppenpraxen, die sog. Gesundheitszentren. Es wurde eine integrative Zusammenarbeit ärztlicher und nichtärztlicher Berufsgruppen etabliert, die zwei Hauptziele verfolgte: Die Unterstützung eigenverantwortlich handelnder PatientInnen und Förderung von Selbsthilfeaktivitäten und die Einflussnahme auf die sozialen Bedingungen der Verursachung von Krankheit und Gefährdung von Gesundheit. Hoffmann und Kollegen dazu: »Wenngleich gerade diese beiden »kritischen« Momente der gesundheits- und gesellschaftspolitischen Intention der Gesundheitszentren und Gruppenpraxen

nur ansatzweise, begrenzt oder bisher überhaupt noch nicht handlungsrelevant geworden sind, so sind mit den Initiativen doch zumindest für die Berufe wie für die Betroffenen Sammelbecken für neues Wissen und »Orte« eines möglicherweise transparenten Umgangs mit dem komplexen Geflecht der sozialen Bedingungen von Krankheit entstanden.« (Hoffmann und Kollegen, 1982)

In der sogenannten ersten Generation entstanden Gesundheitszentren in Hessen (Riedstadt, Frankfurt) und in Berlin (Gropiusstadt, Spandau Heerstraße Nord). Es folgten – aus den Erfahrungen der großen Gesundheitszentren lernend – kleinere Gemeinschafts- und Kollektivpraxen an verschiedenen Orten in der BRD (siehe *Gesundheit braucht Politik* 1/2013). Neben einem anderen Bezug zu PatientInnen und Gesellschaft experimentierten sie auch viel mit kollektiven Arbeitsformen: Konsensverfahren, Abbau von Hierarchien im Team, aber auch Einheitslohn, Bedarfslohn etc. Nicht wenige scheiterten an der Praxis und wurden wieder reguläre Einzel- oder Gruppenpraxen. Zu groß war die Diskrepanz zwischen Theorie und Wirklichkeit, dem eigenen Einkommen und dem anderer ärztlicher KollegInnen. Zudem erschwert wurde die Zusammenarbeit durch die Festschreibung der existierenden Hierarchien durch



das Finanzierungssystem und die rechtlichen Regelungen in der ambulanten Versorgung. So waren es immer die ÄrztInnen, die mit ihren Honoraren oder den aufgenommenen Krediten die größte finanzielle Last trugen und entsprechende Entscheidungsmacht einforderten. Konzepte der Patientenzentrierung oder Stadtteilarbeit waren zudem nicht ausfinanziert und gingen im stressigen Alltag zunehmend verloren.

Die 2004 wieder eingeführten MVZ haben wenig von dem, was die Gruppenpraxis-Bewegung entwickelte. Sie werden oft als »Neuaufgabe des poliklinischen Modells der DDR missverstanden«. Eine kritische Auseinandersetzung mit beiden Modellen ist dringend angebracht. (Empfehlung: Schubert-Lehnhardt, 2010)

MVZ stoßen zunehmend auf Interesse bei jungen ÄrztInnen: Eine Teilzeitanstellung, Vereinbarkeit von Familie und Beruf und ein angemessenes Einkommen in den Bereichen Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Chirurgie stehen hoch im Kurs (Umfrage der KBV unter Medizinstudierenden). So entstehen an vielen Orten MVZ oder Gemeinschaftspraxen – oft jedoch weiterhin vorrangig mit ÄrztInnen besetzt. Zudem merkt man der Ausgestaltung an, welchen – durchaus guten – Zweck die existierenden kooperativen Formen verfolgen. Investitionen gemeinsam tätigen, Ressourcen optimal auslasten, abgestimmte Behandlung mehrerer ÄrztInnen etc. werden als »Vorteile der Kooperation« genannt (KBV Praxis Wissen, Arbeiten im Team, 2015). Von Prävention oder Gesundheitsförderung ist keine Rede. Hier heißt es weiterhin, auf die guten Erfahrungen in anderen Ländern und die Datenlage zu den sozialen Determinanten von Gesund-

heit hinzuweisen. Es bleibt allerdings fraglich, ob in einem Gesundheitssystem, das von Kommerzialisierung, Standesinteressen und Profitorientierung geprägt ist, gesundheitsförderliche Sozial- und Gesundheitszentren möglich sind. Einen Versuch ist es wert!

** Kirsten Schubert ist Ärztin, aktiv in der »Poliklinik-Gruppe« Hamburg/Berlin, die den Aufbau von Sozial- und Gesundheitszentren planen, und stellvertretende Vorsitzende des vdäa; Udo Schagen ist Arzt; er leitete von 1986 bis 2004 die Forschungsstelle Zeitgeschichte der Medizin, zunächst an der FUB und dann an der Charité / Universitätsmedizin Berlin.*

Literatur:

- Melanie Arndt: »Gesundheitspolitik im geteilten Berlin 1948 bis 1961«, Wien 2009
- Bundesverband MVZ, Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung e.V., sehr informative Webseite unter: www.bmvz.de
- Winfried Beck: »Nicht standesgemäß: Beiträge zur demokratischen Medizin«, Frankfurt/M 2003
- Ute Hoffmann / Carmen Tatschmurat / Ortrud Zettel / Ingrid Schubert: »Gruppenpraxis und Gesundheitszentrum«, Frankfurt/M 1982
- Udo Schagen: »Rede auf der Fachkonferenz über die Entwicklung von Gesundheitszentren«, 2004
- Udo Schagen / Sabine Schleiermacher: »Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall. Rahmenbedingungen für die Reorganisation des Gesundheitswesens. Die Sowjetische Besatzungszone und Berlin«, in: Udo Wengst (Hg. des Bandes): »Die Zeit der Besatzungszone 1945-1949. Sozialpolitik zwischen Kriegsende und der Gründung zweier deutscher Staaten«, Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945 Bd. 2/1. Hg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesarchiv. Baden-Baden 2001, S. 464-485 und 511-528. Bd. 2/2 enthält dazugehörige Dokumente.
- Udo Schagen / Sabine Schleiermacher i. A. der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGS-

MP): »100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland«, CDR0M, Berlin 2005

Viola Schubert-Lehnhardt: »DDR-Polikliniken und Medizinische Versorgungszentren – ein Vergleich zweier umfassender Versorgungsformen«, in: Privatisierung von Krankenhäusern, Wiesbaden 2010

Florian Tennstedt: »Sozialgeschichte und Sozialverwaltung«, 1976

Eberhard Wolff: »Ärztstreik und Ambulatorien«, Deutsches Ärzteblatt 1994

Sozialhygiene

Die Sozialhygiene (trotz historisch differenter Begriffsentstehung, im Kern praktisch identisch mit Sozialmedizin oder Public Health) bildet die Argumentationsgrundlage für berufsgruppenübergreifende kooperative Versorgungsformen. Dem Einfluss der Wohn-, Lebens- und Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit der Menschen kann nicht alleine die ÄrztIn gerecht werden. Es bedarf der Kooperation verschiedener Berufsgruppen (Pflege, Soziale Arbeit, Wissenschaft, Psychologie, Pädagogik, Recht etc.). Die Reflexion des Missbrauchs der Sozialhygiene durch die Nationalsozialisten ist dabei zentral. »Während durch den Ersten Weltkrieg und die erste parlamentarische Demokratie, die Weimarer Republik, eine soziale Medizin politische Akzeptanz erhielt, wurde sie mit Beginn des Nationalsozialismus zugunsten der Rassenhygiene aus dem akademischen Unterricht sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst entfernt. (Es) wurden in dieser Zeit nicht selten aus »Sozialhygienikern« auch »Rassenhygieniker« und nach Kriegsende in Westdeutschland wieder »Sozialhygieniker«. Nach dem Zweiten Weltkrieg erhielten sozialmedizinische Forschung und Lehre in den beiden deutschen Staaten unterschiedliche Bedeutung und Förderung. Während die Sozialmedizin in der BRD einen langen Prozess der Etablierung durchlief, avancierte die Sozialhygiene in der Sowjetischen Besatzungszone und der DDR unmittelbar nach dem Krieg zur Leitwissenschaft für Universitätsmedizin und Gesundheits- wie Sozialpolitik.« (Schagen, Schleiermacher, 2005) Belastet von ihrer Vergangenheit haben es die Sozialmedizin und gegenwärtig Public Health nicht leicht in Deutschland. Eine weitere Förderung kritischer Forschung und Lehre in diesem Bereich, aber auch der Übergang von Theorie zur Praxis ist dringend notwendig.





Politikversagen

Mit dem geplanten Krankenhaus-Struktur-Gesetz wird sich die Misere der Krankenhäuser weiter verschärfen – Von Peter Hoffmann*

Nach der vergangenen Bundestagswahl schien ein breiter Konsens zu bestehen: Dem stationären Sektor wurde übereinstimmend eine schwere Krise attestiert. Parteien, Große Regierungskoalition sowie Bund und Länder erklärten, sich gemeinsam der Pflichtaufgabe einer Krankenhausreform zu stellen. Peter Hoffmann glaubte für einige Zeit, die drängenden Probleme würden von der herrschenden Politik so ernstgenommen, dass einzelne bedarfsgerechte Lösungsansätze in dem Krankenhaus-Struktur-Gesetz zu erwarten seien. Wie sich erweisen sollte, war dies eine zwar verständliche aber – wie er hier zeigen wird – naive Einschätzung.

Dem Koalitionsvertrag folgte die Bildung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die im Dezember 2014 Eckpunkte vorlegte. Darin wurde ein »Einstieg in den bedarfsgerechten Umbau der Krankenhausversorgung, der von der Versorgung der Patientinnen und Patienten her gedacht ist« versprochen. Der Referentenentwurf zum Krankenhaus-Struktur-Gesetz (KHSG) wurde Ende April veröffentlicht, am 7. September folgt die Anhörung im Gesundheitsausschuss, 2. und 3. Lesung des KHSG werden für Oktober erwartet.

Investitionen

Das InEK (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus* gGmbH) veranschlagt das notwendige *Jahresinvestitionsvolumen* für die Kliniken in Deutschland auf sechs Mrd. Euro. Nach dem Prinzip der dualen Finanzierung sind die Bundesländer gesetzlich verpflichtet, eine bedarfsgerechte und flächendeckende Krankenhausversorgung sicherzustellen und den Krankenhäusern die erforderlichen Investitionsmittel zur Verfügung stellen. Tatsächlich sind die bereitgestellten Mittel jedes Jahr rückläufig und liegen mittlerweile unter drei Mrd. Euro jährlich.

Daran ändert der vorliegende Referentenentwurf nichts. Die Länder haben im Gesetzgebungsprozess lediglich zugesagt, die Investi-

tionsmittel für bestehende Krankenhäuser nicht noch weiter zu kürzen. Die Hoffnung, der Bund werde in die Investitionskostenfinanzierung der Kliniken einsteigen, hat sich nicht erfüllt. Also müssen die Krankenhäuser für selbstfinanzierte Investitionen weiterhin Krankenkassengelder aus ihren DRG-Erlösen zweckentfremden, die aber gesetzlich für den laufenden Betrieb bestimmt sind und dort fehlen. Gestrichene Personalstellen finanzieren Baustellen. Nach Angaben des WIDO (*Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen*) waren das in 2013 rund zwei Mrd. Euro.

Das KHSG verpflichtet Gesundheitsfonds und Bundesländer zudem, bis zu insgesamt eine Mrd. Euro für einen Strukturfonds aufzubringen, »zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten, sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z.B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) zu fördern.«

Werden damit Klinikbetten abgebaut, für die kein Bedarf in der Versorgung besteht, oder solche, die nicht kostendeckend oder profitabel zu »bewirtschaften« sind? Um diese Frage geht es beispielsweise beim Streit um den geplanten drastischen Bettenabbau am defizitären

Städtischen Klinikum in München. Gibt es unnötige Krankenhausbetten am Stadtklinikum oder an privaten, profitorientierten medizinischen Fachkliniken in München?

Werden die Bundesländer Bedarf und die Sicherstellung der Versorgung planen oder die Ergebnisse der Ökonomisierung des Krankenhauses, also das Marktgeschehen primär beobachten und anhand der geplanten, vom G-BA zu definierenden Qualitätsindikatoren selektionieren? Was passiert, wenn Notwendiges schlecht und Überflüssiges in guter Qualität erbracht wird? Geht es nach medizinischem Bedarf oder ökonomischen Erfolg?

Das zynische Spiel der herrschenden Politik

So läuft das zynische Spiel der herrschenden Politik: Im Wahlkampf bekennen sich die PolitikerInnen der herrschenden Parteien noch zu unverbrüchlichen sozial- und gesundheitspolitischen Prinzipien der Daseinsvorsorge und kündigen noch im Koalitionsvertrag an, »die Menschen müssen sich darauf verlassen können, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden.«

Der Gesetzentwurf zeigt: Statt nachhaltige gesundheitliche Daseinsvorsorge zu gestalten, ziehen sich Politik und Staat aus der Affäre und überlassen PatientInnen und Beschäftigte den Privaten, damit

diese aus Krankheit ein Geschäft machen. Dem Rückzug des Staates – und nichts anderes ist das Verweigern notwendiger Krankenhaus-Investitionsmittel – wird ein weiterer Vormarsch profitorientierter Investoren in den »Gesundheitsmarkt« und eine weitere Privatisierungswelle von Krankenhäusern folgen. Private bringen das nötige Kapital mit und pressen anschließend ihr eingesetztes Kapital plus Profit wieder aus.

Nebenbei: Lohnend wäre eine vertiefte Analyse, ob die herrschenden PolitikerInnen wissen, was sie da tun. Vielleicht ist das aber sekundär, weil nach Marx entscheidend ist, wie wir wirklich handeln und nicht so sehr, welchen Illusionen wir uns dabei hingeben. Anzunehmen ist, dass zumindest die Spin-Doktoren aus der »Gesundheitswirtschaft« als Einflüsterer der Politik wissen, was sie tun.

Kostendeckende Preise

Seit Jahren geht die Schere zwischen Betriebskosten und DRG-Erlösen immer weiter auf, so dass rund die Hälfte der Krankenhäuser defizitär ist. »Eine nachhaltige Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser« wird im KHSG versprochen aber nicht verwirklicht. Die Preise im DRG-System sind über Jahre nicht angemessen gesteigert worden. Die Refinanzierung unvermeidlicher Kostensteigerungen der Krankenhäuser (z.B. Tariflohnerhöhungen) über einen realistisch ermittelten Orientierungswert soll auch in Zukunft nicht garantiert werden sondern lediglich »geprüft«.

Die Kliniken müssen, um als

konkurrierende Wirtschaftsbetriebe im DRG-System zu überleben, Behandlungen zu geringstmöglichen Selbstkosten erbringen. Outsourcing und Dumpinglöhne verschlechtern Arbeits- und Einkommensverhältnisse für die Beschäftigten in den Krankenhäusern. Weiter werden Stellen in der Pflege und in den therapeutischen Bereichen gestrichen, die für eine fachlich qualifizierte und menschlich anständige Versorgung unverzichtbar sind. Zunehmend können Stellen nicht mehr kompetent besetzt werden, weil angesichts unzumutbarer Arbeitsbedingungen kaum noch Bewerbungen eingehen. Wenn den Krankenhäusern die notwendigen Betriebsmittel weiterhin vorenthalten werden, werden selbst die im KHSG angekündigten verschärften Qualitätskontrollen und finanziellen Sanktionen für schlechte Leistungen nichts bewirken können.

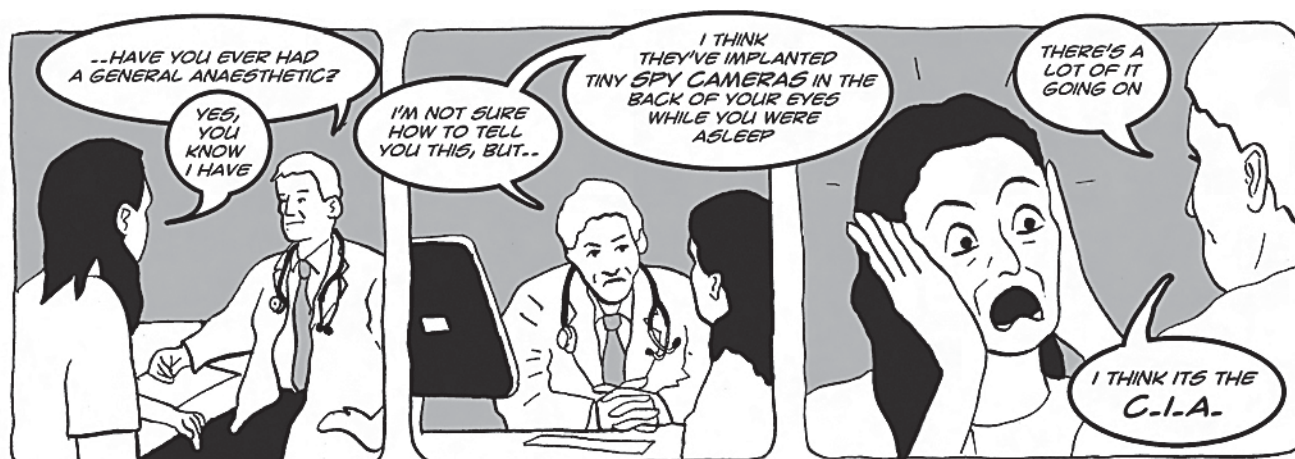
Verschärfung des DRG-Systems

Die im KHSG geplante verschärfte Verbetriebswirtschaftlichung der Abläufe in den Krankenhäusern setzt trotz aller öffentlich bekannt gewordenen Fehlentwicklungen weiterhin das Geld über das Patientenwohl. Auch in Zukunft sollen Krankenhäusern Vorhaltekosten nicht erstattet werden. Für Notfallversorgung und die Sicherstellung in der Fläche soll es aber Zuschläge zu den Fallpauschalen geben, die allerdings anderen abgezogen werden. Die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* (DKG) rechnete 2015 vor, dass bei ambulanten Notfallbehandlungen Selbstkosten von

durchschnittlich 126 Euro Erlöse von 32 Euro gegenüberstünden. Abzuwarten bleibt, ob die offensichtliche finanzielle Besserstellung von (häufig privaten) spezialisierten Fachkliniken gegenüber Maximal- und Notfallversorgern wirklich reduziert wird.

Entscheidend ist: Wenn auch zukünftig Geld ausschließlich über Fallpauschalen ins Krankenhaus kommt, bleibt den Kliniken bei Strafe der Pleite weiterhin kein anderer Ausweg, als zu versuchen, immer mehr »Fälle« zu behandeln und die Zahl der lukrativen Operationen und invasiven Prozeduren zu steigern. Auch mit medizinisch fragwürdigen und unnötigen Maßnahmen kann man schöne Gewinne machen. In der Hauptsache aber wird dabei Körperverletzung an Patientinnen und Patienten begangen und Geld im Gesundheitswesen verschwendet. Die vielfach und zu Recht kritisierten Mengenausweitungen sind eine strukturell unvermeidliche Konsequenz eines ökonomischen Zwangsgesetzes, nämlich der unsinnigen deutschen Ausgestaltung des DRG-Systems in der Form eines durchgängigen Preissystems. Auch die Bundesärztekammer fordert einen »Wandel des G-DRG-Fallpauschalensystems von einem unmittelbaren Preissystem in ein Krankenhauserlösbemessungsinstrument«, um »künftig ausreichende Ermessensspielräume für die regionale / lokale Vereinbarung von Vergütungen« zu bekommen. »Damit könnten ökonomische Fehlanreize behoben werden (...) bürokratische Überbelastungen vermieden werden und durch eine gezieltere Bereitstellung der benötigten Mittel die primäre Ausrichtung

»Anzunehmen ist, dass zumindest die Spin-Doktoren aus der »Gesundheitswirtschaft« als Einflüsterer der Politik wissen, was sie tun.«



»Mit dem KHSG soll das DRG-System stattdessen wesentlich verschärft werden. Dazu sollen die bisherigen Festpreise weiter abgesenkt werden können, u.a. durch Selektivverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern.«

der Krankenhausfinanzierung an den individuellen Patientenbedürfnissen wieder hergestellt werden.«¹

Mit dem KHSG soll das DRG-System stattdessen wesentlich verschärft werden. Dazu sollen mit einem ganzen Maßnahmenbündel die bisherigen Festpreise weiter abgesenkt werden können, u.a. durch Selektivverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern, »bei mengenanfälligen (!) planbaren Eingriffen«, bei schlechter Qualität und »bei Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen«.

Gesetzliche Personalbemessung

Zur Verbesserung der Situation der Pflege bringt das KHSG ein Pflegeförderprogramm. Leider ist es lächerlich ausgestattet. Bei großzügiger Kalkulation wird es höchstens drei zusätzliche Pflegestellen pro Klinik bringen. Wer wirklich mehr Qualität will, muss aber mehr Fachkräfte in die Krankenhäuser bringen. Der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser um die niedrigsten Behandlungskosten und den hemmungslosesten Stellenabbau muss gestoppt werden. Völlig zu Recht

hat die Gewerkschaft ver.di deshalb die Forderung nach einer gesetzlichen Personalbemessung ins Zentrum ihrer Kampagne gestellt und hat die Charité für eine bessere Personalausstattung gestreikt. Eine Nachbesserung des Pflegeförderprogramms im KHSG wird in der Politik offensichtlich ernsthaft diskutiert. Eine allgemeinverbindliche Personalbemessung würde das Kostendumping im zentralen Bereich der Aufwendungen für Personal ins Mark treffen und den wichtigsten Konkurrenzmechanismus des DRG-Systems aushebeln. Auch der Marburger Bund setzte im Juli die Forderung nach gesetzlichen Vorgaben zur Personalausstattung, auch für ÄrztInnen, an die erste Stelle eines 10-Punkte-Forderungspapiers zum KHSG.

Offensichtlich verhaken sich auch und gerade im Krankenhaussektor zwei wohlbekannte, in gegensätzliche Richtung strebende Kontinentalplatten. Gemeinwohlprinzip oder Profitorientierung, Bedarfsgerechtigkeit oder Ökonomisierung, Planung oder Wildwuchs, Kooperation oder Konkurrenz sind die Gegensätze. Ob es Menschen guten Willens, Gewerkschaften und Initiativen wie dem *Bündnis*

Gesundes Krankenhaus gelingen wird, größer und stärker zu werden und im Herbst soziale Kämpfe um das KHSG anzuzetteln, bleibt abzuwarten. Derzeit stehen potentielle Bündnispartner wie die gesetzlichen Krankenversicherungen, Gewerkschaften wie die IG Metall und die Sozialdemokratie wohl noch auf der gegnerischen Seite.

* Peter Hoffmann ist Anästhesist an einem Krankenhaus in München und stellvertretender Vorsitzender des vda

1 B. Rochell/M.Rudolphi: »Positionen der Bundesärztekammer zur Reform der Krankenhausversorgung und -finanzierung«, G+S (Gesundheits- und Sozialpolitik), 4-5/2014, S. 85



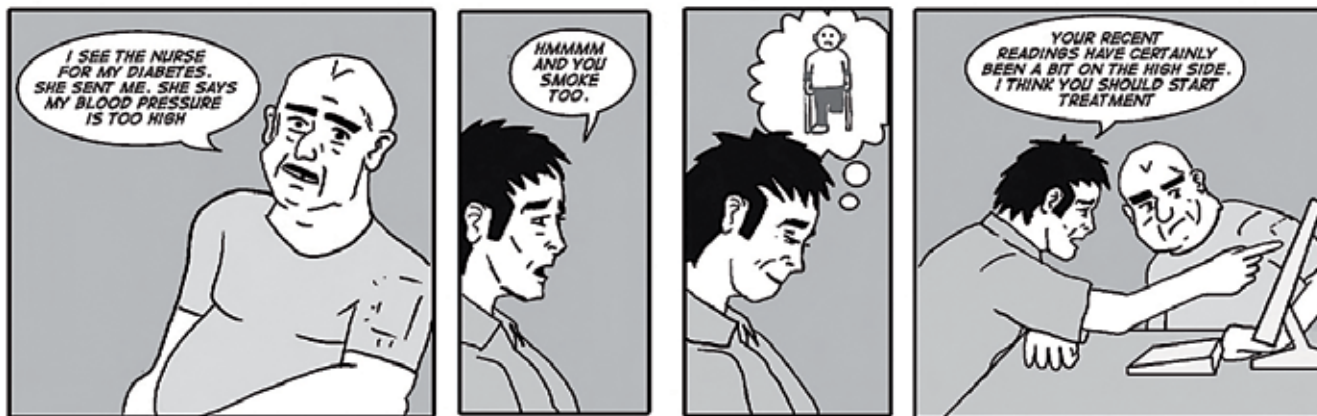
Etwas weniger bunt, weil die Pharmawerbung fehlt

Eine (unvollständige) Übersicht über pharmunabhängige Informationsangebote

Die beiden Klassiker »Der Arzneimittelbrief« (www.der-arzneimittelbrief.de) und das »arznei-telegramm« (www.arznei-telegramm.de) erscheinen schon über 45 Jahre. Beide informieren monatlich kritisch über medikamentöse Therapien. »Der Arzneimittelbrief« fokussiert dabei etwas mehr auf Therapiestrategien und publiziert regelmäßig die Beschlüsse des gemeinsamen Bundesausschusses zur frühen Nutzenbewertung von Medikamenten. Seit einiger Zeit informiert eine Beilage regelmäßig über pharmapolitische Themen. Das »arznei-telegramm« hat einen Schwerpunkt in der kritischen Bewertung neuer Arzneimittel. Ein Netzwerk aus Lesern und Wissenschaftlern versucht bisher unbekannte unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf die Spur zu kommen. Für die praktische Arbeit sehr hilfreich ist das Arzneimittelkursbuch, das vom »arznei-telegramm« herausgegeben wird. Es stellt von den wichtigsten Medikamenten die Wirkungen und Risiken dar und ermöglicht eine Kostentransparenz. Es stellt somit ein Gegenstück zu der von der pharmazeutischen Industrie herausgegebenen »Rote Liste« dar. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (www.akdae.de), eine Institution, die bereits vor über 100 Jahren gegründet wurde, um irreführende Angaben der Pharmaindustrie entgegenzutreten, gibt die »Arzneimittelverordnung in der Praxis« (AVP) heraus. In Buchformat erscheinen die »Arzneiverordnungen«, die insbesondere für Allgemeinmediziner krankheits- bzw.

symptomorientiert wichtige Hinweise zur Therapie geben. Ein weiterer bedeutender Akteur in der Allgemeinmedizin insbesondere bei der Erstellung von Leitlinien ist die »Deutsche Gesellschaft für Allgemein und Familienmedizin« (www.degam.de), die keinerlei Zuwendungen der Pharmaindustrie annimmt. Auch ihre »Zeitschrift für Allgemeinmedizin« erscheint ohne Pharmawerbung. Die Zeitschrift der Buko-Pharmakampagne (www.bukopharma.de) »Pharma-Brief« informiert über den globalen Gesundheitsmarkt. Gemeinsam mit Der Arzneimittelbrief, *arznei-telegramm* und AVP gibt sie für Patientinnen und Patienten die Zeitschrift »Gute Pillen-Schlechte Pillen« (www.gutepillen-schlechtepillen.de) heraus. Sie informiert sehr fundiert über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten und anderen Therapieformen. An Jugendliche wendet sich das internetbasierte Projekt www.pillencheker.de. Pharmunabhängige Arzneimittelzeitschriften sind international in der »International Society of Drug Bullentins« (ISDB) organisiert. Ihre Mitglieder müssen ihre Unabhängigkeit gegenüber den Interessen Dritter nachweisen und dürfen sich nur aus öffentlichen Quellen und durch Abonnements finanzieren. Zudem müssen Interessenskonflikte vollständig dargestellt werden. Aus Deutschland gehören der Gesellschaft die Herausgeber von »Gute Pillen – Schlechte Pillen« an. Aus der Schweiz sind es »pharma-kritik« und »Pharma-Flash«.

BW



Gesundheitsbezogene Selbsthilfe

Peter Scholze * über Hilfe für Patienten und Chancen für das professionelle Versorgungssystem

Dem traditionellen ärztlichen Selbstverständnis entspricht: Ärztinnen und Ärzte besitzen das Expertenwissen, sie wissen am besten, was für die PatientInnen gut ist. Die PatientInnen werden in eine passive Rolle gedrängt, in der sie angehalten werden, die ärztlichen Anordnungen zu befolgen (compliance = Folgsamkeit, Fügsamkeit, Konformität, Unterwürfigkeit, Befolgung, Willfährigkeit). Der traditionelle Arzt tritt im Idealfall als paternalistisch-benevolenter Fürsorger dem in Passivität gehaltenen Patienten gegenüber.

Beginnend in den 1950er Jahren entwickelte sich eine Gegenbewegung zu diesem einseitigen und asymmetrischen Behandlungs- und Beziehungsansatz. Patienten erkannten zunehmend: Die besten Behandlungsergebnisse werden bei einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung erreicht, in der neben dem Expertenwissen der ärztlichen Profession auch das Erfahrungswissen der Betroffenen als hilfreiches und nützliches Potential genutzt wird. Damit entstand die gesundheitsbezogene Selbsthilfebewegung.

Die Selbsthilfegruppen (SHG) erhielten (v.a. außerhalb der Ärzteschaft) einen überzeugenden Bedeutungszuwachs. Viele Studien zeigten, dass die aktive Beteiligung von Patienten zu besseren Behandlungserfolgen und zu einer besseren Krankheitsbewältigung führen. Die Patientenorientierung wurde hoffähig (jedoch leider noch zu wenig umgesetzt). Wichtige Therapie-Ent-

scheidungen sollen heute auf der Grundlage einer »partizipativen Entscheidungsfindung« (shared decision making) und der »informierten Einwilligung« (informed consent) getroffen werden. Die meisten Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser und Arztpraxen legen Wert auf die Kooperation der Behandler mit SHG. Zertifizierte Tumorzentren verpflichten sich über einen Kriterienkatalog zur regelmäßigen und institutionalisierten Zusammenarbeit mit SHG. Über ihre Dachorganisationen sind die SHG in die gesetzlich vorgeschriebene »Patientenbeteiligung« einbezogen, so als Partner im Gemeinsamen Bundesausschuss (§140f, SGB V) und als »Bank« in den Zulassungsausschüssen und bei der Bedarfsplanung.

Auch die Zahlen sprechen für diesen Bedeutungszuwachs: Bundesweit gibt es etwa 100 000 örtliche Selbsthilfegruppen (davon zwei Drittel mit Gesundheitsbezug), mehr als 100 bundesweite Selbsthilfeorganisationen chronisch Kranker und Behinderter und rund 250 professionelle Selbsthilfekontakt-

stellen. Etwa zwei bis drei Millionen Menschen sind in Deutschland in der Selbsthilfebewegung aktiv, dies mit steigender Tendenz.

Welches sind die Gründe für den Bedeutungszuwachs von SHG?

- Die Patienten fragen nach mehr Information, Transparenz und Beteiligung. Über die Entwicklung von Autonomie und Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen suchen sie nach besserer Krankheitsbewältigung.
- Der soziale Wandel führt zum Verlust traditioneller familiärer, nachbarschaftlicher und sozialer Strukturen und damit einhergehend zur Schwächung primärer Hilfesysteme. Traditionelle soziale Netzwerke tragen nicht mehr, so kommt es zur Isolation Betroffener.
- Die Medizin zeigt sich derzeit im Wandel. Sie verlagert ihren Schwerpunkt von der Akutmedizin zur Betreuung von chronisch Kranken. Und gerade bei chronisch Kranken engagieren sich Selbsthilfegruppen.

Peter Scholze stellt die gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen und ihre Geschichte vor. Von Anfänglicher Ablehnung durch die Ärzte werden sie heute grundsätzlich positiv bewertet. Bis zur adäquaten Respektierung ist allerdings noch ein Stück gemeinsamen Weges zurückzulegen.





»Weder im Medizinstudium noch in der Weiter- oder Fortbildung wird das Potential der gesundheitlichen Selbsthilfe diskutiert und integriert.«

- Die immer weiter um sich greifenden hochtechnisierten Versorgungsstrukturen (High-Tech-Medizin) lösen bei chronisch Kranken Angst- und Defizitgefühle aus, die sie in SHG gemeinsam bewältigen möchten.
- Aufgrund der starren Trennung und Konkurrenz zwischen den einzelnen Säulen des Gesundheitswesens (Prävention, ambulante Medizin, Krankenhäuser, Rehabilitation) sitzt der Patient oft zwischen den Stühlen ungeklärter Zuständigkeiten.
- Das professionelle Medizinsystem entwickelte sich in differenzierte Subsysteme, die nur noch Teilaspekte des Patienten wahrnehmen (können). Patienten fühlen sich dadurch oft überfordert, alleingelassen oder nicht mehr ganzheitlich verstanden.
- Die Arbeit von Selbsthilfegruppen stellt einen hohen volkswirtschaftlichen und ökonomischen Wert dar. Selbsthilfegruppen können zur Kostenersparnis im Gesundheits- und Sozialwesen führen – wenn dies auch nicht deren primäre Intention ist.
- Die modernen Informationsmedien berichten immer häufiger über Themen aus dem Bereich der Gesundheit. Die Kehrseite von der wachsenden Aufmerksamkeit ist allerdings die teilweise einseitige, unkritische und reißerische Darstellung medizinischer Sachverhalte. Selbsthilfegruppen sind hier als qualifiziertes Gegengewicht gefragt.

Anfänglich wurde die Selbsthilfebewegung von der Ärzteschaft vorwiegend bekämpft und verteufelt: Die SHG seien Besserwisser ohne fachliche Kompetenz, sie seien ärz-

tefeindlich, sie torpedierten medizinisch notwendige Behandlungen und agierten mit fehlgeleiteten ideologisierten Konzepten. Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe wurde von dem überwiegenden Teil der Ärzteschaft nur als ein konkurrierendes Störfeld angesehen.

Zwischenzeitlich wird das Prinzip »gesundheitliche Selbsthilfe« von der Ärzteschaft im Grundsatz zunehmend positiv bewertet. Es bleibt jedoch beim unverbindlichen Wohlwollen. Hierzu Rolf Rosenbrock: »Seit den 80er Jahren gehört es in der Bundesrepublik zum gesundheitspolitisch und gesundheitswissenschaftlich guten Ton, Selbsthilfe ist ... ein beliebter Gegenstand von Sozialbellettrik und Sonntagsreden aller Art.«

Es mangelt jedoch an konkreten Umsetzungsschritten. Weder im Medizinstudium noch in der Weiter- oder Fortbildung wird das Potential der gesundheitlichen Selbsthilfe diskutiert und integriert. Strukturierte Kooperationen mit SHG haben sowohl im Krankenhaus als auch im ambulanten Bereich eher Seltenheitswert. Wenn überhaupt, dann suchen insbesondere hochspezialisierte Krankenhaus-Abteilungen Kooperationen mit Selbsthilfegruppen – hier vor allem chirurgische, neurologische, gastroenterologische und physikalisch-medizinische Abteilungen. Niedergelassene Fachärzte suchen partiell Kontakt zu Selbsthilfegruppen – hier vor allem Rheumatologen, Neurologen, Gastroenterologen und Diabetologen. Hausärzte pflegen bisher nur rudimentäre Kontakte zu Selbsthilfegruppen. Ihre Einstellung ist geprägt von »interessiertem Desinteresse«, wohlwollender Zurückhaltung und/oder

Ambivalenz. Positive Erwartungen sind verflochten mit traditionellen Vorbehalten.

Beklagt wird des Öfteren, dass Selbsthilfegruppen größtenteils von der Pharmaindustrie gesponsert und gesteuert würden. Tatsächlich gibt es (leider) Selbsthilfegruppen, die sich über ein Sponsoring von der Pharmaindustrie zu Marketing-Zwecken instrumentalisieren lassen. Die Spitzenverbände der Selbsthilfe haben dieses Problem jedoch erkannt und bereits 2006 »Leitsätze der Selbsthilfe für die Zusammenarbeit mit Personen des privaten und öffentlichen Rechts, Organisationen und Wirtschaftsunternehmen, insbesondere im Gesundheitswesen« verabschiedet. Die allermeisten Selbsthilfegruppen arbeiten ehrlich unter Respektierung dieser Leitsätze ohne jegliches Sponsoring vonseiten der Pharmaindustrie.

Fazit: SHG ergänzen das professionelle Versorgungssystem. Sie tragen zu besseren Behandlungsergebnissen und besserer individueller Krankheitsbewältigung bei. Sie entwickeln soziale Unterstützungsnetze. Sie bekämpfen den Risikofaktor »Isolation«, dem insbesondere chronisch und unheilbar Kranke ausgesetzt sind. Sie organisieren demokratische Beteiligung und solidarische Interessensvertretung von Betroffenen. Sie leisten einen Beitrag zur Gesundheitsaufklärung, Prävention und Gesundheitsförderung. »Einsteiger« in das Gesundheitswesen sollten sich mit den Inhalten und Strukturen der gesundheitlichen Selbsthilfe vertraut machen. Die Patienten werden es ihnen danken.

* Dr. Peter Scholze, Internist/Psychotherapie, München



Zwischen Wunsch und Realität

Wulf Dietrich* zur Leitlinien-Erstellung in der Medizin

»Der Arzt ist ein Künstler, seine Tätigkeit ist die Heilkunst. So wenig, wie man neben das Gemälde eines Künstlers eine Farbtöpf stellt, damit jeder Besucher das Gemälde in seinem Sinne korrigieren könne, so wenig kann man die Tätigkeit eines Arztes oder einer Ärztin durch von außen vorgegebenen Leitlinien in ein Korsett zwingen.«

Diese von Ständesdünkel geprägte Haltung bestimmte über lange Zeit das Selbstverständnis eines Großteils der Ärzteschaft. Man wollte sich in seine Kunst nicht hineinreden lassen.

Sicher gibt es Einiges in der ärztlichen Tätigkeit, was sich nicht absolut messen lässt: Der Umgang mit den Patienten, die Empathie, mit der die Probleme der Patienten erfasst werden, das Erfassen des sozialen Status eines Patienten und dessen Zusammenhang mit seinen Symptomen. Oder die Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen und anderen Mitarbeitern.

Trotzdem: Die Naturwissenschaft hat viele Prozesse in der Medizin messbar gemacht. Und was messbar ist, kann verglichen und wissenschaftlich beurteilt werden. Diese Tatsache auf der einen sowie der Druck von Kostenträgern und Patienten auf der anderen Seite haben in den vergangenen Jahrzehnten zu der Entwicklung von klinischen Behandlungsleitlinien geführt. Leitlinien sind systema-

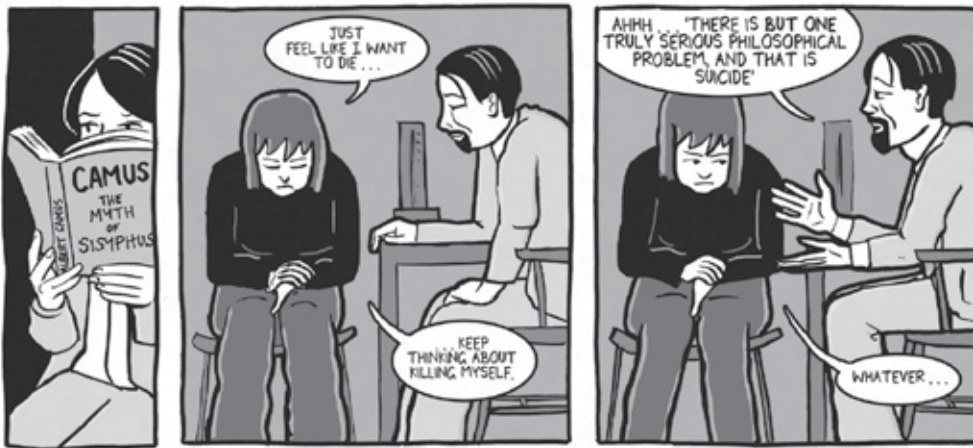
tisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, um Ärzte und Patienten bei der Entscheidungsfindung für eine angemessene Versorgung in spezifischen klinischen Situationen zu unterstützen. Leitlinien geben nur einen Empfehlungskorridor an, in dem sich der Arzt oder die Ärztin in ihrer medizinischen Tätigkeit bewegen sollte. Bei begründeten Zweifeln kann der behandelnde Arzt sich in seinen Entscheidungen auch entgegen den Leitlinien verhalten. Im Gegensatz dazu stellen medizinische Richtlinien, die von der Bundesärztekammer z.B. in der Transfusions- oder Transplantationsmedizin erlassen werden, verbindliche Vorgaben dar, nicht übertreten werden dürfen und die damit quasi Gesetzeskraft haben.

Theoretisch klingt das sehr einfach: Eine Gruppe von Autoren trägt zu einer bestimmten medizinischen Fragestellung alle wissenschaftlich relevanten Erkenntnisse zusammen und zieht daraus die Konsequenz für die bestmögliche Therapie der Patienten. Der Auftrag oder die Genehmigung erfolgt in der Regel durch die Fachgesellschaften. Häufig aber tritt auch ein Gremium von Fachleuten, die nicht besonders legitimiert sein müssen, auf Initiative der Pharmaindustrie zusammen und erstellt »Leitlinien«, die später von der entspre-

chenden Fachgesellschaft gebilligt wird (endorsement).

Leider hält sich die Praxis nicht an die simple Theorie der Leitlinienerstellung: Die Sichtung der vorhandenen Erkenntnisse, in der Regel dargestellt in wissenschaftlichen Publikationen, ist extrem aufwändig. Häufig kommen die verschiedenen wissenschaftlichen Publikationen zu sehr unterschiedlichen, oft widersprüchlichen Ergebnissen. Bei der Sichtung der Literatur für die Erarbeitung von Leitlinien wird zuerst die wissenschaftliche Evidenz eine Aussage beurteilt. Also, wie gut ist die Methodik der vorliegenden Arbeit, lässt sich das Ergebnis der Arbeit aus den dargestellten Daten ableiten, ist die Statistik nachvollziehbar usw. Für dieses Verfahren gibt es strenge methodische Regeln. Dabei gelten prospektive, randomisierte und doppelblind durchgeführte Studien immer noch als die Königsdisziplin wissenschaftlicher Erkenntnis. Einen ähnlichen Stellenwert haben sauber durchgeführte Meta-Analysen, also zusammenfassende Auswertungen unterschiedlicher Studien. Dann wird, und das ist der schwierigste Teil im Prozess der Leitlinienerstellung, eine Empfehlung zur klinischen Anwendung der untersuchten Methodik geben. Hierbei wird bewertet, ob der Nutzen der Anwendung größer als deren Risiko ist. Ist der Nutzen sehr

Die einen meinen, Medizin sei eine Kunst, der Arzt entsprechend Künstler und deshalb könne er sich – ein eher unreflektierter Kunstbegriff – nicht an Leitlinien orientieren, weil die Freiheit der Kunst des Berufs leide; die anderen meinen, Medizin sei ein Naturwissenschaft und deshalb müsse man »bloß« entsprechende Leitlinien entwerfen, an die sich die Praxis zu halten habe und schon komme eine gute Medizin heraus. Wulf Dietrich diskutiert das Verhältnis von Medizin zu Leitlinien und hinterfragt beide Argumentationen.



viel größer als das potentielle Risiko, so wird eine Klasse 1-Empfehlung ausgesprochen. Ist dagegen das Risiko größer als der Nutzen so erfolgt eine Klasse 3-Empfehlung bzw. die Ablehnung dieser Methode (Die Klassifizierung von Evidenz und Empfehlungsgrad variiert in den unterschiedlichen Methodiken von Leitlinienerstellung). Jede Empfehlung enthält einen gewissen subjektiven Anteil, denn es wird auch die Relevanz einer Intervention für das klinische outcome der Behand-

lung beurteilt. Wenn also die Überlegenheit einer Intervention in vielen Studien nachgewiesen wurde, das Risiko sehr gering ist, aber der Vorteil für den Patienten hinsichtlich seines Krankheitsverlaufes nur gering oder gar nicht vorhanden ist, so kann auch eine niedrigere Empfehlung ausgesprochen werden.

Aus zwei Gründen ist dieser Prozess weitaus schwieriger als es auf den ersten Blick erscheint: 1. Bei aller Wissenschaftsgläubigkeit wird häufig übersehen, dass die

wissenschaftliche Evidenz vieler medizinischer Maßnahmen sehr gering beziehungsweise gar nicht vorhanden ist. Ein Beispiel: Die Gesellschaft der US-amerikanischen Herzchirurgen hat in einer Leitlinie 71 Interventionen und Maßnahmen zum Blut-Transfusionsverhalten untersucht. Nur ein Viertel dieser in der klinischen Praxis routinemäßig angewendeten Maßnahmen hatten einen Evidenzgrad A, war also in soliden wissenschaftlichen Untersuchungen als effektiv befunden worden. Nur 15 Prozent dieser Maßnahmen konnten mit einem sehr hohen Empfehlungsgrad (diese Maßnahmen sollten durchgeführt werden) in die Leitlinie aufgenommen werden. Bei 30 Prozent der Maßnahmen beruhte die Evidenz nicht auf wissenschaftlich nachprüfbar Ergebnissen, sondern alleine auf der Meinung von Experten. Fakt also ist, dass die Medizin in der täglichen Praxis bei weitem nicht den Grad an Wissenschaftlichkeit hat, der sonst so gerne in der Öffentlichkeit suggeriert wird.

Beschluss des Ärztetags 2015

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 unterstützt und unterschreibt den Appell an die medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland zum Umgang mit Interessenkonflikten bei der Erarbeitung von Leitlinien, der von Transparency International und MEZIS gestartet wurde. Er bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, in Kontakt mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu treten, um eine weite Verbreitung und Umsetzung dieses Appells in den medizinischen Fachgesellschaften zu erreichen.

Der Appell lautet:

»Appell an die medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland zum Umgang mit Interessenkonflikten:

Als Ärztinnen und Ärzte wenden wir uns an die medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland und ihre Dachorganisation, die AWMF, um Vorschläge für den Umgang mit Interessenkonflikten bei Leitlinienautoren zu machen. Klinische Behandlungsleitlinien sollen Ärzten und Patienten Orientierung zur bestmöglichen Behandlung einer Krankheit bieten. Sie müssen sich ausschließlich auf die verfügbare wissenschaftliche Evidenz stützen und dürfen nicht von kommerziellen Motiven der Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten beeinflusst werden. Die ärztlichen Autoren medizinischer Leitlinien sind jedoch häufig mit der Industrie verflochten, beispielsweise durch Beraterverträge, Vortragshonorare und industrie-finanzierte Studien.

Zur wirksamen Regulierung von Interessenkonflikten schlagen Mein Essen zahle ich selbst (MEZIS), Transparency Deutschland und NeurologyFirst sowie alle Unterzeichner die folgenden Maßnahmen vor:

Mindestens 50 Prozent der Leitlinienautor(inn)en sollen keine oder allenfalls geringfügige Interessenkonflikte haben. Langfristiges Ziel ist die Unabhängigkeit aller Leitlinienautoren. Die federführenden Leitlinienautoren dürfen keine Interessenkonflikte haben. Bei interdisziplinären Leitlinien entsenden die beteiligten Fachgesellschaften einen Vertreter ohne Interessenkonflikte, falls sie nur einen Vertreter stellen. Fachgesellschaften, die mehrere Vertreter entsenden, beachten die 50-Prozent-Regel. Sie identifizieren und entwickeln aktiv unabhängige Leitlinienautoren aus den Reihen ihrer Mitglieder.

Die Selbstbewertung der Interessenkonflikte nach eigenem Ermessen entfällt in Zukunft, da sie nicht funktioniert. Stattdessen braucht es klare Kriterien zur Bewertung der Schwere von Interessenkonflikten. Zu diesen Kriterien wird auch die Festlegung gehören, ob bestimmte Interessenkonflikte, beispielsweise ein Beratervertrag mit einer Firma, eine Mitarbeit an einer Leitlinie gänzlich ausschließen. Die Interessenkonflikte der Autoren werden bereits bei Anmeldung des Leitlinienprojekts bei der AWMF deklariert und von der AWMF bewertet.

Bei Abstimmungen zu einzelnen Empfehlungen gilt: Wer einen Interessenkonflikt zu einem Hersteller der zu bewertenden Produkte angegeben hat, muss sich enthalten. Die Einhaltung dieser Regel wird für jede Abstimmung protokolliert. Zudem wird das jeweilige Abstimmungsergebnis in der Langfassung der Leitlinie vermerkt. Experten mit erheblichen Interessenkonflikten können punktuell als Berater hinzugezogen werden, falls auf ihre Expertise nicht verzichtet werden kann.

Der Einfluss von Interessenkonflikten kann außerdem durch eine internetbasierte Diskussion des Leitlinienentwurfs durch die Mitglieder der beteiligten Fachgesellschaften gemildert werden.«

2. Da die wissenschaftlichen Veröffentlichungen in der Medizin für den Einzelnen kaum noch überschaubar sind und die Erstellung von Leitlinien keiner strikten Definition oder Kontrolle unterliegt, hat sich ein Wust an sogenannten »Leitlinien« entwickelt. Jeder, der will, kann auch. Da die pharmazeutische Industrie im Zweifelsfall sehr von den Empfehlungen von Leitlinien profitiert, hat sie ein ganz spezielles Interesse an deren Erstellung entwickelt und fördert sie. Dies natürlich nur, wenn sie sich einen Benefit für die von ihr vertriebenen pharmazeutischen Produkte erhofft. Häufig sucht (und bezahlt) sie zu diesem Zweck ausgewiesene Experten, die natürlich der Firma und ihren Produkten besonders gewogen sind. Hier ein Beispiel: An der Erstellung einer europäischen Leitlinien zur Vermeidung von perioperativen Blutungen waren 23 Autoren beteiligt. Von diesen hatten zehn einen Inte-

ressenskonflikt mit einer Firma, deren Produkt heute eine wesentliche Rolle in der Gerinnungstherapie spielt. Zwei der Autoren waren sogar Angestellte von Firmen, deren Produkte in der Leitlinie bewertet wurden. Diese Leitlinie wurde von der europäischen Gesellschaft für Anästhesiologie übernommen und stellt heute die Grundlage für die Gerinnungs- und Transfusionsmedizin in der operativen Medizin in Europa dar. (Zum Umgang mit und zur Vermeidung von Interessenskonflikten bei der Erstellung von Leitlinien siehe nebenstehenden Antrag, der von Transparency International und MEZIS entwickelt und von Mitgliedern des vdää auf dem deutschen Ärztetag 2015 eingebracht wurde).

Die Erstellung von Leitlinien wird heute in Deutschland von der *Arbeitsgemeinschaft der medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF) koordiniert und vorangetrieben. Nur die von ihr konsentierten Leit-

linien mit hoher methodischer Qualität (S3) sollten ernst genommen und im Zweifelsfall befolgt werden. Denn Leitlinien an sich sind nichts Schlechtes, sie müssen nur richtig gelesen werden. Die wissenschaftliche Evidenz der Aussagen muss immer kritisch hinterfragt und die Interessenskonflikte der Ersteller von Leitlinien sollten offengelegt werden. Bei unkritischer Aufnahme von Leitlinien gibt es drei Profiteure: Die Autoren erhöhen ihr wissenschaftliches Renommee; die Zeitschrift, die die Leitlinie publiziert, gewinnt Leser und wird zitiert; die Industrie kann die passenden Leitlinien zu Werbezwecken ge(miss)brauchen. Nur der Patient wird nicht unbedingt einen Nutzen aus ihrer Anwendung ziehen.

** Wulf Dietrich ist Kardioanästhesist und Vorsitzender des vdää.*

»Da die pharmazeutische Industrie im Zweifelsfall sehr von den Empfehlungen von Leitlinien profitiert, hat sie ein ganz spezielles Interesse an deren Erstellung entwickelt und fördert sie.«



Von Gold- zu Mondpreisen

Kurzer Abriss der Ökonomie des Pharmamarktes – von Bernhard Winter*

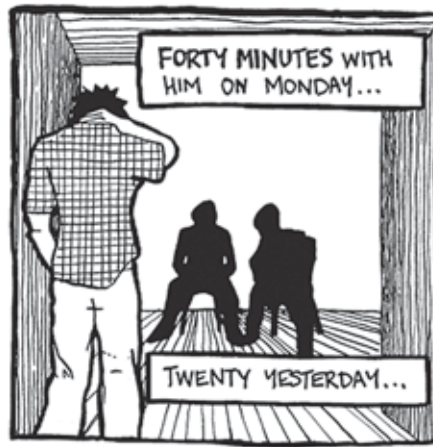
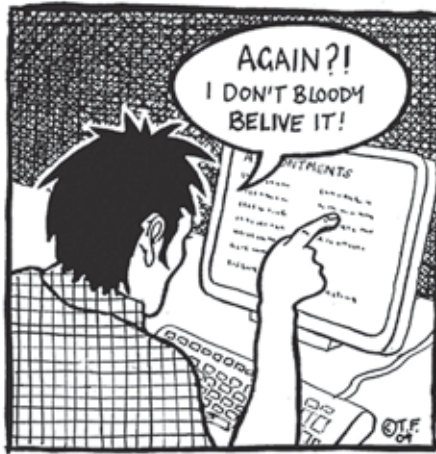
Unter Marktkriterien betrachtet unterscheidet sich im Kapitalismus eine Kopfschmerztablette nur wenig von einem Auto. Beides sind Waren, die meist von Privatfirmen mit der Absicht der Gewinnerzielung produziert und gehandelt werden. Die *besonderen* Wareneigenschaften von Medikamenten ergeben sich daraus, dass sie von der Gesellschaft als besonders sensible Produkte angesehen werden. Es wird von ihnen erwartet, dass sie ihr implizites Versprechen, Leid zu lindern, auch tatsächlich einlösen und vor allem nicht oder möglichst

wenig schaden. Sofern sie ärztlicherseits verordnet werden, wird ihre Anwendung im Arzt-Patient-Gespräch besprochen und damit wird die Medikamentenverordnung zu einem wichtigen Feld der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Diese Arzt-Patient-Beziehung basiert auf dem Vertrauen des Patienten, vom Arzt möglichst umfassend nach dem aktuellen medizinischen Wissenstand beraten und bestmöglich behandelt zu werden. Aus diesem Vertrauensvorschuss resultiert die besondere Verantwortung der Ärzteschaft gegenüber den

Patienten gerade auch in der Therapie mit Pharmaka. Der besonderen Bedeutung von Medikamenten wird vom Staat bzw. der Europäischen Union mit speziellen Gesetzen, die die Entwicklung, Erprobung, Zulassung, Produktion, Vertrieb und Preisgestaltung von Pharmaka regeln, Rechnung getragen. Es handelt sich entsprechend um einen stark regulierten Markt.

Der schnell wachsende Pharmamarkt gewann in den letzten Jahren zunehmend ökonomisch an Bedeutung. Mit der Zunahme von medikamentös behandelbaren

»Neunmal teurer als Gold« war der Titel eines pharmakritischen Buches in den 1970ern. Heute wirken solche Preisvorstellungen eher antiquiert. Der Pharmamarkt entwickelt ständig neue Dynamiken. Die Vorstellungen der Pharmaindustrie gehen dabei weit über die Produktion von Medikamenten hinaus. Bernhard Winter beleuchtet die Ökonomie des Pharmamarktes samt seiner Besonderheiten.



«Multinationale Unternehmen zentralisieren mitunter die Produktion an einem oder wenigen Standorten. Kommt es zu einer Produktionsstörung, ist die Versorgung mit dem entsprechenden Medikament weltweit gefährdet.»

Krankheiten und unterschiedlichen kombinierbaren Therapieansätzen haben die Ausgaben für Medikamente in den letzten Jahrzehnten rasant zugenommen. Dabei sind im Durchschnitt die einzelnen Verordnungen deutlich teurer geworden. In der BRD wurden im Jahr 2013 47,81 Mrd. Euro für Arzneimittel ausgegeben, 13 Jahre zuvor waren es noch 31,96 Mrd. Euro.¹ Die Arzneimittelausgaben erreichen damit einen Anteil von 15 Prozent aller Gesundheitsausgaben (ambulante und stationäre Versorgung, Prävention, Rehabilitation, Transport, Gesundheitsverwaltung etc.) in Höhe von 314,93 Mrd. Euro. Das Volumen des Weltpharmamarktes wurde für das Jahr 2012 auf 970 Mrd. US-\$ geschätzt. Davon wurden 73 Prozent in den USA, Japan und den fünf umsatzstärksten EU-Staaten verkauft. Dies veranschaulicht, dass der Pharmamarkt vornehmlich die reichen Gesellschaften bedient.

Von erheblicher Bedeutung für den Pharmamarkt ist die Unterscheidung in patentgeschützte Originalpräparate und Generika. Der Patentschutz auf neu zugelassene Medikamente garantiert über ca. 10 bis maximal 15 Jahre einen Extragewinn. Dieser ist besonders hoch, wenn es an Behandlungsalternativen mangelt und das patentgeschützte Medikament dadurch eine Monopolstellung innehat. Nach Ablauf des Patentschutzes können Medikamente als Generika von anderen Firmen preiswerter vermarktet werden. Eine beliebte Strategie einer quasi Verlängerung des Patentschutzes ist eine geringfügige Weiterentwicklung eines Medikaments ohne relevanten Zusatznutzen für die Patienten (sog. me-too-Präparate). Für dieses Prä-

parat wird dann kurz vor Ablauf des ursprünglichen Patentes ein neuerliches Patent beantragt, was – im Falle der Erteilung derselben – erneut langjährige Extraprofite sichert.

Auf der Seite der Pharmakonzerne war in den letzten beiden Jahrzehnten ein sich dramatisch entwickelnder Konzentrationsprozess zu beobachten. Weltweit kam es zu einem munteren Aufkaufen, Zerschlagen, Verkaufen und Reorganisieren von Pharmafirmen, das selbst für Experten nur mit Mühe nachvollzogen werden kann. Trotz der Unübersichtlichkeit des Konzentrationsprozesses lassen sich einige Tendenzen herausarbeiten.² Unter dem Druck stehend, ihre Gewinnmargen aufrechterhalten zu müssen, sieht sich die Pharmabranche mit dem Problem konfrontiert, nicht mehr genügend neue Medikamente in der Entwicklung zu haben, die die Medikamente ersetzen könnten, deren Patent demnächst ausläuft. Es läge nahe, diesem drohenden Gewinneinbruch mit der Entwicklung von Innovationen zu begegnen. Dies ist allerdings schwierig, da wirkliche Innovationen selten und für die Firmen kostenintensiv sind, wenn auch die Entwicklungskosten von neuen Medikamenten deutlich geringer sind, als von der Pharmaindustrie angegeben. Durch Aufkäufe von Pharmafirmen wird versucht, auf neue Märkte vorzudringen und Synergien zu nutzen. Dieses Vorgehen mag noch in einigen Bereichen von Erfolg gekrönt sein, kommt aber mit voranschreitendem Konzentrationsprozess unweigerlich an seine Grenzen. Eine Strategie besteht in der Einverleibung von Biotechnologie- oder Diagnostikfir-

men. Insbesondere im Rahmen der individualisierten (personalisierten) Medizin kommt den Diagnostika mit deren Hilfe Therapiestrategien festgelegt werden, eine überragende Bedeutung zu. Der boomende Biotechnologiemarkt soll inzwischen einen höheren Gewinn versprechen als der von konventionell hergestellten Arzneimitteln.

Merkwürdigerweise werden trotz des Konzentrationsprozesses immer mehr Arzneimittel angeboten. Bei fehlender allgemeingültiger Positivliste sind in der BRD momentan 59.000 Arzneimittel³ auf dem Markt. Dies erklärt sich teilweise durch den Aufkauf von generikaproduzierenden Firmen. In einem Konzern werden dann über verschiedene Vertriebssschienen Original- und Generikapräparate parallel vermarktet. Umgekehrt kann es als Folge des Konzentrationsprozesses allerdings auch zu Lieferengpässen bei Medikamenten kommen. Multinationale Unternehmen zentralisieren mitunter die Produktion an einem oder wenigen Standorten. Kommt es zu einer Produktionsstörung, ist die Versorgung mit dem entsprechenden Medikament weltweit gefährdet, zumal aus ökonomischen Gründen die Lagerbestände gering gehalten werden. Dies ist einer der Gründe, warum es in den letzten Jahren zu einem rapiden Anstieg von Lieferengpässen auch bei nicht oder nur schwer substituierbaren Medikamenten gekommen ist⁴.

Welche Arzneimittel produziert oder vermarktet werden, orientiert sich gerade nicht am Bedarf der Bevölkerung, sondern daran, was den größten Gewinn verspricht. Beliebt sind in der Branche Blockbuster-Konzepte. Der schreckliche Begriff

Blockbuster ist aus dem militärischen Sprachgebrauch entlehnt und bezeichnete ursprünglich das Potential einer Bombe, einen Häuserblock vollständig in die Luft zu jagen zu können. Auf dem Pharmamarkt werden damit Medikamente bezeichnet, die das Potential haben, einen Umsatz von mindestens einer Mrd. US-\$ zu generieren. Geeignet sind besonders Medikamente, die weitverbreitete Gesundheitsrisiken oder chronische Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen beeinflussen. Diese werden vielfach über Jahre und Jahrzehnte verordnet und versprechen daher einen potentiell langfristigen Absatzmarkt. Aktuell erleben wir, wie die hochpreisigen neuen oralen Antikoagulantien (NOAK) als Blockbuster aufgebaut werden und ein erheblicher publizistischer Druck erzeugt wird, diese auch bei solchen Patienten einzusetzen, die mit der herkömmlichen Therapie mit Vitamin K-Antagonisten gut eingestellt waren. Die Blockbuster-Konzepte werden zunehmend ersetzt bzw. ergänzt durch die Produktion von extrem teuren Medikamenten wie Biologika zur Behandlung bösartiger oder chronischer Erkrankungen, mit denen sich extrem hohe Gewinne realisieren lassen. Das Gegenstück zu Blockbustern und Biologika sind lange in der Therapie etablierte Medikamente für die ein Bedarf besteht, die allerdings nicht mehr oder nicht ausreichend produziert werden, da aus Sicht der Pharmakonzerne die Profitaussichten zu gering sind.

Ein häufig bemühtes Argument der Arzneimittelhersteller zur Begründung hoher Pharmapreise sind die angeblich immensen Entwick-

lungskosten innovativer Medikamente. Der *Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V.* (vfa) in Deutschland bezifferte die Kosten für eine Innovation auf 802 Mio. US-\$. Andere Herstellerverbände gehen von einer Mrd. bei Biologika sogar von 1,2 Mrd. \$ aus. Diese Behauptungen stützen sich auf vertrauliche Angaben der Industrie und sind von der Öffentlichkeit nicht nachprüfbar. Aber selbst die veröffentlichten Zahlen zeigen eine Reihe von Merkwürdigkeiten. So wird in der Studie, auf die sich der vfa beruft, ganz selbstverständlich ein »verlorener Gewinn« zu den Entwicklungskosten gezählt. Dabei handelt es sich um nicht realisierte Erlöse, wenn statt der Medikamentenentwicklung mit dem entsprechenden Betrag auf dem Finanzmarkt spekuliert worden wäre.⁵ Unabhängige US-amerikanische Gesundheitsökonom berechneten diese Studie neu. Sie kommen unter nicht-Berücksichtigung der »verlorenen Gewinne«, dafür aber der Anrechnung der Steuerersparnisse, der Forschungskosten, die von öffentlichen Instituten getragen werden, sowie der Verwendung von günstigeren Lizenzprodukten auf durchschnittliche Entwicklungskosten von 58,7 Mio. \$. Andere Kosten schlagen deutlich stärker zu Buche. So zeigen mehrere Studien, dass die Werbeausgaben der Pharmakonzerne fast das Doppelte der Forschungskosten betragen⁶. Offensichtlich orientiert sich die Preiskalkulation der Arzneimittelhersteller weniger an den Entwicklungs- und Produktionskosten als an den durchsetzbaren Preisen. Marcia Angell, die frühere Herausgeberin des *New England Journal of Medicine* (NEJM), zitiert in ih-

rem lesenswerten Buch »Der Pharma-Bluff« den Vorstandsvorsitzenden von Merck, Ray Gilmartin, mit den Worten: »Über den Preis eines Medikamentes bestimmen nicht die Kosten für die Forschung. Sie hängen davon ab, welchen Wert es für die Verhütung und Behandlung von Krankheiten hat. Ob Merck 500 Millionen oder eine Milliarde für die Entwicklung eines Präparates ausgibt, über seinen wahren Wert bestimmen immer die Patienten, die Ärzte und diejenigen, die unsere Arzneimittel bezahlen.«⁷

Einen vorläufigen Höhepunkt stellt sicherlich die Preisfindung von Sofosbuvir, eines der wenig wirklich innovativen Medikamente der letzten Jahre, die die Therapie der chronischen Virushepatitis C revolutionierte, dar. Die Fa. Gilead brachte dieses Medikament 2014 für 19999 Euro monatliche Therapiekosten auf den Markt; der Herstellungspreis wird auf 23 bis 45 US-\$ pro Monatspackung geschätzt.⁸ Gilead begründete diese Preisforderung damit, dass der Konzern neben dem Patent von Sofosbuvir die gesamte Entwicklerfirma Pharmasset für 11 Mrd. US-\$ aufkaufte.⁹

Wie es gelingt, ohne zusätzlichen Entwicklungs- und mit geringem Forschungsaufwand deutlich höhere Gewinne zu erzielen, demonstrierten Sanofi-Aventis/Genzyme mit dem monoklonalen Antikörper Alemtuzumab. Er war zur Therapie der chronisch lymphatischen Leukämie vom B-Zell-Typ zugelassen und wurde ohne Angabe klinischer Gründe 2012 von der Fa. Genzyme vom Markt genommen. Dies erzwang eine medizinisch nicht indizierte Therapieänderung bei vielen Leukämie-

»Der schreckliche Begriff Blockbuster ist aus dem militärischen Sprachgebrauch entlehnt und bezeichnete ursprünglich das Potential einer Bombe, einen Häuserblock vollständig in die Luft zu jagen zu können.«





»Die Pharmakonzerne haben aber noch weitergehende Wünsche und arbeiten längst daran, selbst aktiv als Versorger des Gesundheitssystems zu strukturieren.«

patienten. 2013 kam Sanofi-Aventis mit demselben Antikörper zur Behandlung der schubweise verlaufenden Multiplen Sklerose auf dem Markt. Der Preis von 1 mg Alemtuzumab schnellte dabei von 21 Euro/1 mg auf 687 Euro in die Höhe.¹⁰

Es ist der Pharmaindustrie gelungen, über viele Jahre zu den gewinnträchtigsten Branchen weltweit zu gehören. Um dies zu gewährleisten, ist ein funktionierendes Marketing erforderlich. Pharmakonzerne instrumentalisieren bei Bedarf Leid und Angst, um sich auf dem heiß umkämpften Markt durchzusetzen. Alle legalen und illegalen Mittel werden eingesetzt, um Politik, Wissenschaft, Ärzteschaft sowie öffentliche Meinung zu beeinflussen. Um ein Produkt neu platzieren bzw. den Marktanteil eines etablierten Medikaments halten zu können, gilt es erst einmal, der Fachöffentlichkeit einen (scheinbar) wissenschaftlichen Fortschritt oder Standard zu präsentieren, um es anschließend mit den entsprechenden Werbemaßnahmen zu vermarkten. Zur Demonstration der Wirksamkeit bzw. Überlegenheit eines Medikaments sind klinische Studien erforderlich. Ihre Durchführung ist häufig sehr aufwändig. Da die öffentlichen Universitäten und Forschungseinrichtungen zunehmend ausgeblutet werden, wird die klinische Forschung vermehrt von der Pharmaindustrie bestimmt und unabhängige Forschung zurückgedrängt. Die Ergebnisse klinischer Studien können häufig durch ihre Anlage, Durchführung und Interpretation der Daten beeinflusst werden. Angeblich günstige Wirkungen können statistisch herausgerechnet werden, während unerwünschte Arzneimittelwirkungen kleingerechnet oder gar verschwiegen werden. Entsprechend verwundert es nicht, dass pharmagesponserte Studien häufig zu anderen Ergebnissen kommen als unabhängige.

Entsprechende Einflussnahme auf die wissenschaftliche Qualität der Veröffentlichungen macht selbst vor international sehr renommierten Zeitschriften wie dem *New England Journal of Medicine* oder *The Lancet* nicht halt. Nach Angaben von Richard Smith, langjähri-

ger Herausgeber des *British Medical Journals*, sind zwei Drittel bis drei Viertel der publizierten Studien industriegesponsert und die Zeitschriften (ungewollt) ein verlängerter Arm der Industrie.¹¹ Die meisten medizinischen Fachzeitschriften werden über Werbeanzeigen (mit-) finanziert. Anzeigenabhängige Zeitschriften neigen dazu, in ihren Beiträgen gezielt angebliche Vorzüge eines Medikaments hervorzuheben und unerwünschte Arzneimittelwirkungen herunterzuspielen.¹² Zunehmend nimmt die pharmazeutische Industrie direkten Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung wissenschaftlicher Kongresse und der ärztlichen Fortbildung. Die Ärzteschaft als zentrales Bindeglied zu den Patienten wird von Heerscharen gut geschulter Pharmareferenten, die das Ordnungsverhalten genau analysieren, aufgesucht. Allein in Deutschland sollen es ca. 20 000 Pharmareferenten sein, die Praxen und Kliniken aufsuchen. Zum Vergleich arbeiten 15 500 Mitarbeiter in der Pharmaforschung.¹³ Letztlich wird durch Manipulationsstrategien das Arzt-Patient-Verhältnis systematisch untergraben, da selbst ein gewissenhaft arbeitender Arzt, sich häufig nicht umfassend korrekt über ein Medikament informieren kann.

Die Pharmakonzerne haben aber noch weitergehende Wünsche und arbeiten längst daran, selbst aktiv als Versorger des Gesundheitssystems zu strukturieren. Die Klinikette *Helios* gehört dem Arzneimittel- und Medizintechnikhersteller *Fresenius*. In Niedersachsen ist der Pharmakonzern *Janssen-Cilag*, ein führender Anbieter von Psychopharmaka, mittels eines Vertrages zur »integrierten Versorgung« in die unmittelbare Versorgung psychisch Kranker eingebunden. Es ist zu befürchten, dass in einer solchen Konstruktion bei der Behandlung von psychisch Kranken ein besonderer Akzent auf Psychopharmaka gesetzt wird. Es gilt aus Sicht der Konzerne, ihr Terrain zu vergrößern. So kann man auf einer der Gesundheitswirtschaft nahestehenden Internetseite unter dem Titel »Pharmaindustrie weiter unter Druck« folgende paradigmatischen Sätze lesen: »Es wäre doch so einfach: weg vom Verkauf von Pillen, hin zum aktiven Beitrag an der Ge-

sundheitsversorgung. Wissen und Kenntnisse zu Erkrankungen sind nirgendwo sonst so konzentriert vorhanden wie in der Pharmaindustrie«¹⁴. Keine schönen Aussichten.

* Bernhard Winter ist Gastroenterologe in Offenbach und stellvertretender Vorsitzender des vdaä

- 1 www.gbe-bund.de (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Aufruf 12.07.2015)
- 2 »Wer hat sich wen einverleibt?«, *arznei-telegramm* 6/2011; 42. Jg., S. 49ff.
- 3 2009 waren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 59 303 Arzneimittel registriert oder zugelassen. Siehe Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: »Arzneiverordnungen«, 22. Auflage, Neu Isenburg 2009
- 4 »Kein Zufall: Lieferengpässe bei Arzneimitteln nehmen zu«, *arznei-telegramm* 11/2011 S. 93ff.
- 5 »Der 800-Millionen-Dollar Mythos«, *arznei-telegramm* 5/2011 S. 41ff.
- 6 »Hersteller investieren doppelt so viel Geld in Werbung wie in Forschung«, *arznei-telegramm* 2/2008 39, S. 23
- 7 Marcia Angell: »Der Pharma-Bluff«, Bonn/Bad Homburg 2005, S. 71
- 8 »Weiterhin Mondpreis für Hepatitis C-Mittel Sofosbuvir«, *arznei-telegramm* 2/2015, S. 17f.
- 9 »Die 700 -Tablette«, *Der Arzneimittelbrief* 2/2015
- 10 »Sanofi-Aventis/Genzyme – Profitstreben der Pharmaindustrie zu Lasten der Kranken und des Gesundheitssystems«, *Der Arzneimittelbrief* 10/2013, S. 77f.
- 11 Smith R: »Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies«, *PLoS Med* 2: e138, www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0020138#s3
- 12 Becker et al: »The association between a journal's source of revenue and the drug recommendations made in the articles it publishes«, *Canadian Medical Association Journal* 2/2011
- 13 Arzneiverordnungen, a.a.O., S. 25
- 14 www.gesundheitswirtschaft.info/nachrichten/medizin-pharma/pharmaindustrie/4123-0 (Aufruf 06.01.2013)



Mehr von uns ist besser für alle

Jan Latza & Nadja Rakowitz* zum Streik für mehr Personal an der Charité

»Noch zwei Frühchen und wir sind in den schwarzen Zahlen.« Diese Ansage der kaufmännischen Direktorin eines – nicht-privaten – Krankenhauses im Saarland spricht Bände über den Zustand deutscher Krankenhäuser. Es geht, wie in allen Fabriken, um Stückzahlsteigerung, und das am besten im lukrativen Segment des Portfolios, in Krankenhäusern also z.B. bei den Frühgeburten, am besten bei denen unter 2500 Gramm. Die bringen richtig Kohle... Und wenn man dann noch versucht, die Arbeit weitestmöglich zu verdichten und Personal zu sparen, dann steht man am Markt gut da. So wird inzwischen in Krankenhäusern – und zwar unabhängig von ihrer Trägerschaft – gedacht. Das Ergebnis dieser Entwicklung: Laut Statistischem Bundesamt ist die Zahl der Behandlungsfälle in deutschen Krankenhäusern seit Mitte der 90er Jahre von 16,8 Millionen auf 18,8 Millionen im Jahr 2013 gestiegen.¹ Gleichzeitig sank die Zahl der Beschäftigten in der Pflege um ca. 40 000 Vollzeitstellen.² Gemäß einer ver.di-Umfrage fehlen in deutschen Krankenhäusern inzwischen 162 000 Stellen, davon alleine 70 000 in der Pflege. Letztere Zahl wird auch in (seriösen) pflegewissenschaftlichen Studien genannt.

Was dies konkret heißt, erzählen die KollegInnen der Charité: Nachts ist eine Pflegekraft alleine mit 25 frisch operierten PatientIn-

nen. Im Jahr 2015 gab es bis Streikbeginn allein in der Charité 800 Gefährdungsanzeigen, also Anzeigen von Beschäftigten, dass die Bedingungen, die sie zur Arbeit vorfinden, eine Gefährdung für sie und/oder die PatientInnen darstellen. Die Charité ist hier sicher keine Ausnahme, sondern dies sind inzwischen die »normalen« Bedingungen von medizinischer Versorgung und Arbeit in einem deutschen Krankenhaus.

Der katastrophale Personalmangel in Krankenhäusern betrifft über kurz oder lang alle – entweder als Patientin oder als Angehörige. Die Beschäftigten an der Charité fordern deshalb schon seit Jahren einen Tarifvertrag für mehr Personal. Es geht darum, den Dauerstress auf Station zu verringern, um die Patientinnen und Patienten besser versorgen zu können. Weil sich der Charité-Vorstand und der Berliner Senat bislang weigern, diesen Forderungen nachzukommen, sind die Beschäftigten der Charité seit dem 22. Juni im unbefristeten Streik. Dieser hat – eine Vorgeschichte.

Zunächst ein paar Fakten

Die Charité ist das größte Uniklinikum Europas (13 000 Beschäftigte, 3 000 Betten) und betreibt unzählige »Exzellenzprojekte«. Es gibt drei zentrale Standorte (Wedding, Mitte und Steglitz); sie ist außerdem eine (Wissenschafts-)Einrichtung des

Landes Berlin (im Aufsichtsrat sitzen Wissenschaftssenatorin und Finanzsenator, der Gesundheits senator nicht). Das Land betreibt Austeritätspolitik und verlangt von der Charité die »schwarze Null« im Jahreshaushalt (hier liegt ein zentraler politischer Druckpunkt in der Durchsetzung der Forderung nach mehr Personal). Gleichzeitig kommt aber das Land Berlin seinen Investitionspflichten nicht nach: Die Charité ist chronisch unterfinanziert und muss deshalb Gelder der Krankenkassen, die eigentlich für Personal- und Sachkosten gedacht sind, umwidmen, um nötige Investitionen zu tätigen. Dabei investiert das Land Berlin nicht einmal die Hälfte des Durchschnitts der Investitionsquote aller Uni-Kliniken in Deutschland.

Die Charité hat aber auch ein »Exzellenzprojekt von unten«: nämlich die wohl handlungsfähigste und schlagkräftigste ver.di-Betriebsgruppe aller deutscher Krankenhäuser. Das kommt nicht von ungefähr, sondern ist Resultat langjähriger Gewerkschafts- und Mobilisierungsarbeit. Seit über drei Jahren erhebt ver.di an der Charité die Forderung nach mehr Personal. Diese hat sich aus der letzten Streikbewegung 2011 entwickelt. Damals wurde die Forderung nach höherem Lohn erfolgreich erstritten, der abgeschlossene Tarifvertrag hat allerdings eine Laufzeit bis 2016. Dass die KollegInnen 2011 über-

Gute Arbeit kann man – egal in welchem Bereich – nur leisten, wenn es genügend gut ausgebildete KollegInnen für die zu bewältigenden Aufgaben gibt. Im Juni hat an der größten Universitätsklinik Europas, an der Charité in Berlin, ein zweiwöchiger Streik stattgefunden, in dem die Beschäftigten nicht – obwohl auch das dringend nötig wäre – mehr Geld gefordert haben, sondern mehr Personal bzw. einen verbindlichen Personalschlüssel. Jan Latza und Nadja Rakowitz erläutern die Hintergründe und Besonderheiten und beschreiben die Stimmung während des Streiks vor Ort.

»Die unternehmerische Freiheit des Arbeitgebers endet dort, wo der Gesundheitsschutz der Mitarbeiter beginnt.«

haupt einen erfolgreichen Arbeitskampf führen konnten, lag an dem bislang einzigartigen Konzept des Betten- und Stationsschließungsstreiks. Dieses war nach Einführung der Fallpauschalen möglich geworden, weil die Beschäftigten ihrem Krankenhaus durch traditionelle Arbeitskämpfe gar keinen ökonomischen Schaden mehr zufügen konnten: »Streik bedeutete«, so Luigi Wolf, »dass die Gewerkschaft und der Arbeitgeber sich in einer Notdienstvereinbarung einigten, die Anzahl der Pflegekräfte auf Sonn- und Feiertagsniveau zu reduzieren. Ökonomischer Schaden entstand dem Krankenhaus kaum und die Pflegekräfte konnten kaum aktive Streiksubjekte werden.«³

Die Charité-AktivistInnen, so Wolf weiter, wussten diese Veränderungen zu nutzen und organisierten ihren Streik so, dass keine neuen PatientInnen aufgenommen und frei werdende Betten nicht mehr belegt werden konnten. Nach fünf Tagen Vollstreik waren 1 500 von 3 300 Betten der Charité »gesperrt«. 90 Prozent der Operationen fielen aus und die Charité erlitt empfindliche finanzielle Verluste. Im Ergebnis musste die Charité-Leitung – wenige Jahre nach ihrem Austritt aus dem Arbeitgeberverband, um eine Absenkung der Löhne durchzusetzen – wesentlichen Forderungen der Pflegekräfte u.a. nach einer kompletten, wenn auch gestuften Angleichung an das Niveau des Flächentarifvertrags zustimmen; der Vertrag hat eine Laufzeit von fünf Jahren.

Aber das war nicht der einzige Erfolg, denn längerfristig war es gelungen, das Berufs- und Pflegeethos der Beschäftigten von einer Hürde für gewerkschaftliche Mobilisierung zu einer Ressource zu machen, die erstmalig der Pflege im Krankenhaus ökonomisches Druckpotenzial gibt. Das sieht man im aktuellen Streik. Zwischenzeitlich – in den fünf Jahren Friedenspflicht – haben die Gewerkschaftsaktiven die Beschäftigten befragt, was sie wollen und was sie brauchen. Die Antwort fiel eindeutig aus: mehr Personal!

Mit dieser Forderung hatten es die ver.di-KollegInnen allerdings lange sehr schwer: Um Tarifverhandlungen über mehr Personal zu verhindern, war das erste Manöver



der Charité die Behauptung, die Forderung verstoße gegen die im Grundgesetz festgeschriebene unternehmerische Freiheit. Die Charité reklamiert also die »Freiheit«, so wenig Personal in der Gesundheitsversorgung einzusetzen, wie man will. Auch die Bundesebene von ver.di hat sich dieser Auffassung lange Zeit angeschlossen. Letztlich hat sich ver.di aber überzeugen lassen – und das zählt im Moment und in Zukunft. Seit dem 19. Juni ist diese Frage bzw. Drohung zum ersten Mal richterlich bewertet worden. Der Arbeitsrichter begründete, warum er das von der Charité beantragte vollständige (und ggf. teilweise) Verbot des Streiks in allen Punkten ablehnt, folgendermaßen: »Die unternehmerische Freiheit des Arbeitgebers endet dort, wo der Gesundheitsschutz der Mitarbeiter beginnt.« Deutlicher geht es nicht. Die Forderung nach mehr Personal ist damit zum ersten Mal von einem Arbeitsgericht für tariffähig erklärt worden. Auch die erwähnte Notdienstvereinbarung wurde von ihm als rechtsgültig und ethisch einem Streik im Krankenhaus angemessen bestätigt. Das Urteil wurde am 24. Juni auch in der nächsten Instanz so bestätigt.

Dem vorausgegangen war eine Warnstreikmobilisierung im Frühjahr 2013 nach neun Monaten ergebnisloser Verhandlungen; daraufhin flüchtete sich die Charité in eine Schlichtung mit dem Ergebnis eines Kurzzeitarifvertrags für sechs Monate: 80 Vollkräfte sollten zusätzlich eingestellt werden. Eine paritätische Gesundheitskommission sollte über die Verteilung bestimmen. Dieser Tarifvertrag lief Ende 2014 aus, das Ergebnis war schlecht – der Jahresbericht der Charité wies einen Abbau des Pfl-

gepersonals um einige VK aus! Nachdem neue Verhandlungen wieder ohne Ergebnis blieben, kam es im Februar 2015 zu einem Warnstreik; auch danach machte der Arbeitgeber kein akzeptables Angebot. Die Beschäftigten wurden in einen unbefristeten Streik gezwungen, den sie im Juni 2015 dann begannen.

Ein Stück deutsche Krankenhaus- und Gewerkschaftsgeschichte

Die Charité-KollegInnen schreiben damit ein Stück deutsche Krankenhaus- und Gewerkschaftsgeschichte: Zum ersten Mal überhaupt wird in einem Krankenhaus für mehr Personal gestreikt. Der Streik basiert auf einer Notdienstvereinbarung zwischen ver.di und der Charité, die im Kern besagt, dass streikbedingte Bettenschließungen drei Tage und die Schließung kompletter Stationen sieben Tage vor Streikbeginn gemeldet werden müssen, damit der Arbeitgeber Zeit hat, die Betten zu räumen bzw. nicht wieder zu belegen (die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus liegt bei sieben Tagen).

Dieser Streik ist inzwischen außerdem einer der größten und machtvollsten, den es in einem Krankenhaus in Deutschland jemals gegeben hat: Knapp 1 000 Betten wurden gesperrt, das entspricht zwei mittelgroßen Kreiskrankenhäusern. Die Schließungsliste von ver.di ist beeindruckend. Ebenso die Resonanz insbesondere von Pflegekräften aus ganz Deutschland. Nachlesen kann man die Solidaritätsbekundungen und Kommentare auf der Facebook-Seite des Unterstützungsbündnisses. Am Samstag, 20. Juni war der Streik auf der Titelseite des *Berliner Kuriers*; das Foto davon hat über die Facebook-Seite über 750 000 Menschen erreicht. Auch ein Blick in die vielen Soli-Erklärungen, die schon für den zweitägigen Warnstreik im April eingegangen waren, vermittelt einen Eindruck, wie hoch die Identifikation von Krankenhausbeschäftigten mit diesem Kampf ist: In seiner Offensivität und seinem Kampfgeist ist er ein Spiegel für das durch den Personalmangel verursachte massive Leid und Elend – besonders der Pflege-

kräfte –, dass die Beschäftigten i.d.R. nur mit der Faust in der Tasche beantworten/ertragen.

Die Büchse der Pandora

Sollte ver.di einen guten Tarifabschluss erstreiten können, erhöht dass die Chance für einen bundesweiten tarifpolitischen Flächenbrand enorm: Es gibt andere »systemrelevante« Krankenhäuser (Maximalversorger, die nicht einfach Pleite gehen können), die gerne ähnliche Tarifforderungen erheben würden, sich aber bisher nicht in einen solchen Großkonflikt trauen, der noch nirgendwo erfolgreich durchgekämpft wurde. Aus Sicht der Arbeitgeber würde damit die »Büchse der Pandora« geöffnet. Auch die erfolgreiche ver.di-Aktion 162.000, die während des Streiks an der Charité am 24. Juni flächendeckend vor Krankenhäusern in der ganzen Republik stattgefunden hat, zeigt, dass es bei den Beschäftigten ein Bewusstsein vom Problem und die Bereitschaft zur Aktion gibt.

Wie klar die Streikaktivisten die politische Qualität ihres Kampfes sehen, wurde bei einer mit 160 Menschen gutbesuchten Solidaritätsveranstaltung am Freitag vor dem unbefristeten Streik deutlich. Allen Beteiligten ist bewusst, dass mit der Forderung nach einem adäquaten Personalschlüssel der Widerspruch zu Marktvorstellungen offen zutage liegt und deshalb ein

Kampf gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens aufgenommen ist. Das zeigen die vielen Soli-erklärungen⁴, die bei der Veranstaltung aus vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen kamen, aber auch die »Gästeliste«: Es sprachen Leute von Amazon, von der Post, aus den Kitas, von der GDL, aber auch ein Gewerkschaftssekretär aus Australien, der von ähnlichen Kämpfen im australischen Gesundheitswesen berichtete. Auch die Verbindung zu den Auseinandersetzungen in Griechenland wurde gezogen. Denn dort hat die Ökonomisierung des Gesundheitswesens im Zuge der Austeritätspolitik noch ein viel brutaleres Gesicht.

Eine weitere Besonderheit, wenn auch keine Einzigartigkeit des Streiks an der Charité ist das Bündnis »Berlinerinnen und Berliner für mehr Personal im Krankenhaus«, das sich im Sommer 2013 zur Unterstützung des Streiks gegründet und viel dazu beigetragen hat, dass der Streik von der Bevölkerung und den PatientInnen akzeptiert und unterstützt wird. Z.B. verteilen und kleben die Mitglieder des Bündnisses Plakate in allen Kiezen, Geschäften, anderen Krankenhäusern, in Arztpraxen usw. Außerdem unterstützen sie den Streik mit täglichen Aktionen etc.

Ebenfalls unterstützte und organisierte das Bündnis eine (kritische) »Streik-Uni«⁵, in deren Rahmen mehr als 15 Workshops und Vorle-

sungen zu gewerkschafts- und gesundheitspolitischen Themen stattgefunden und mehr als 300 Beschäftigte teilgenommen haben. In der zweiten Streikwoche funktionierte das Konzept der Streik-Uni erfreulicherweise dann so, dass die Beschäftigten selbst Inhalte und Themen formulierten, über die sie gerne im Rahmen des Streiks Seminare oder Workshops machen wollten. Auch dies gelang mit mehreren Veranstaltungen.

Eine weitere gewerkschafts- und tarifpolitische Besonderheit haben wir mit dem dort praktizierten Konzept der so genannten Tarifberater erlebt: TarifberaterInnen aus allen Teams (Intensivstationen und Stationen mit Normalpflege) sollen an jedem entscheidenden Punkt immer gemeinsam mit der Tarifkommission diskutieren. Es soll keine Abkoppelung der Gremien von der Basis der Beschäftigten geben, sondern gemeinsame Diskussion und enge Einbeziehung (je nach Verhandlungsverlauf auch sehr kurzfristig). Die Treffen der Tarifberater waren mit mehr als 70 TeilnehmerInnen sehr gut besucht und erwartungsgemäß war die Diskussion nicht einfach. Dieses Modell trägt dazu bei, den Streik besser und weitreichender bei den Beschäftigten zu verankern als zuvor. Zum Beispiel kann bei der Festlegung des Personal-Bedarfs auf den Stationen ihr Expertenwissen einbezogen werden: Wie müssen die Schichten

»Allen Beteiligten ist bewusst, dass mit der Forderung nach einem adäquaten Personalschlüssel der Widerspruch zu Marktvorstellungen offen zutage liegt und deshalb ein Kampf gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens aufgenommen ist.«



mindestens besetzt sein, damit tatsächlich eine Entlastung erreicht wird?

Einigung auf ein Eckpunktepapier

Anfang Juli haben sich ver.di und die Charité geeinigt auf ein Eckpunktepapier zu einem Tarifvertrag »Gesundheit und Demographie«.

Am 1. Juli wurde vereinbart, dass der Streik am 3. Juli ausgesetzt und der Betrieb wieder vollständig aufgenommen werden soll. Laut Pressemitteilung des Bündnisses vom 1. Juli haben sich ver.di und Charité darüber verständigt, »Regelungen zur Reduzierung der Arbeitsbelastung in allen Arbeitsbereichen festzulegen. Der Tarifvertrag soll einen Maßnahmenkatalog enthalten, mit dem belastende Arbeitssituationen abgestellt werden sollen. Es werden für alle Berufsgruppen Kriterien definiert, an Hand derer Belastungen identifiziert werden. Für die Intensivstationen und die Kinderklinik soll eine Quote festgelegt werden. Auch für die Normalpflege sollen Mindestbesetzungsstandards gelten. Wenn Belastungssituation durch die Beschäftigten angezeigt und die Personalmindeststandards unterschritten werden, soll die Charité tarifvertraglich verpflichtet werden, Maß-

nahmen zur Entlastung einzuleiten. Hierzu gehören ausdrücklich auch Einschränkungen des Arbeitsvolumens.«⁶

Carsten Becker, der Streikführer schätzt die Vereinbarung so ein: »Die hohe Arbeitsbelastung der Beschäftigten wirkt sich auch negativ auf die Versorgung der PatientInnen aus. Mit diesen Eckpunkten haben wir auch einen Grundstein für gute Pflege im Krankenhaus gelegt.«⁷ Die Eckpunkte sollen nun in einen Tarifvertrag gegossen werden. ver.di wird hierfür auf einen Zeitplan orientieren, der einen zeitnahen Abschluss ermöglicht. Es wird ein Gesundheitsausschuss eingerichtet, der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zum altersgerechten Arbeiten initiiert. Meike Jäger, ver.di-Landesfachbereichsleiterin Gesundheit in Berlin-Brandenburg erklärt dazu: »Die schwierigen Verhandlungen haben deutlich gemacht, dass weiterhin die Politik gefordert ist. Wir brauchen eine gesetzliche Personalbemessung und eine ausreichende Finanzierung des Personals in den Krankenhäusern.«

Wie bei dem Tarifvertrag vom Sommer 2014 bleibt die Umsetzung abzuwarten. Auf jeden Fall geht die Einigung aber über die Farce von 2014 hinaus. Die Beschäftigten werden dranbleiben müssen,



damit die Richtung, die nun eingeschlagen wurde, beibehalten wird. Und jetzt hoffen wir, dass die nächsten Streikmeldungen aus anderen Krankenhäusern der Republik kommen.

»Und jetzt hoffen wir, dass die nächsten Streikmeldungen aus anderen Krankenhäusern der Republik kommen.«

- 1) <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/157058/umfrage/fallzahlen-in-deutschen-krankenhausern-seit-1998/>
- 2) Siehe die Homepage des Bündnisses Berlinerinnen und Berlin für mehr Personal im Krankenhaus: www.mehr-krankenhauspersonal.de
- 3) Luigi Wolf: »Patienten wegstreiken« – Arbeitskämpfe an der Charité, Luxemburg, Gesellschaftsanalyse und linke Praxis, August 2013, in: www.zeitschrift-luxemburg.de/patienten-wegstreiken-arbeitskaempfe-an-der-charite-2/
- 4) www.mehr-krankenhauspersonal.de/1578
- 5) www.streikuni-charite.de
- 6) www.mehr-krankenhauspersonal.de/1754
- 7) Ebd.

Der Text ist zuerst erschienen in: express, Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 6-7/2015

Geisterjäger und Verhandlungsführer

Auch die Gegenseite ist sehr aktiv: Direkt nach dem Urteil am 19. Juni begann die Charité mit einer dumm-dreisten Union-Busting-Kampagne gegen den Streik (<http://streik-ist-keine-loesung.de/>) im Stil der Deutschen Post. In einer Materialschlacht wurden Aufkleber und Plakate an allen Standorten verteilt und geklebt, bis auf Stationen und Stationszimmer. Diese Professionalität ist kein Zufall. Chefverhandler für die Charité ist Werner Bayreuther; derselbe, der für die Bahn mit der GDL verhandelt bzw. versucht hat, diese am Ring durch die öffentliche Manege zu schleifen. Bayreuther gehört zum Schweizer »Schranner AG Negotiation Institute«, dessen Spezialität es ist, Unternehmen in Tarifverhandlungen so zu unterstützen, dass Gewerkschaften in eine Sackgasse geführt werden. Das Schicksal der GDL spricht Bände. In dem sehr lesenswerten Artikel »Die Spindoktoren der Deutschen Bahn« gibt Winfried Wolf einen guten Einblick in das Agieren von Bayreuther bzw. dem Schranner Institute: »Das heißt, dass sie alles tun werden, diesen Konflikt zu steuern und ihn so zu steuern,

dass die Arbeitnehmerseite unterliegt und die Kapitalseite gewinnt. Und: Dass sie dabei alle Mittel einsetzen werden, die bei dieser Art Klassenkampf von oben einsetzbar sind. In der Regel erfolgt ein solches gezieltes, kampagnenmäßiges Vorgehen verdeckt und konspirativ. Dass es »so was« gibt, gelangt meist nicht oder erst lange Zeit nach den entscheidenden Ereignissen ans Licht der Öffentlichkeit.«* Was Wolf für die GDL schreibt, hat auch ver.di an der Charité in den sehr langen und zähen Tarifverhandlungen erfahren müssen. Nun wird sich die Gegenseite (an der Charité) darauf fokussieren, die Interessen von Beschäftigten und PatientInnen gegeneinander auszuspielen, wie sie es gerade (sehr plump und durchschaubar) in ihrer Kampagne versucht.

* Winfried Wolf: »Die Spindoktoren der Deutschen Bahn«, Kontext Wochenzeitung Nr. 218, 3. Juni 2015: in: www.kontextwochenzeitung.de/wirtschaft/218/die-spindoktoren-der-deutschen-bahn-2923.html



Trotzdem – rein in die Kammern

Wulf Dietrich* zur Mitarbeit in den ärztlichen Standesorganisationen

»Weil wir nicht raus können, müssen wir hineingehen« – so lautete Mitte der achtziger Jahre das Motto der Liste demokratischer Ärzte, als sie zum ersten Mal zur Wahl für die bayerische Landesärztekammer antrat. Die Listenkandidaten kamen damals aus der Friedensbewegung: Sie hatten sich empört über Pläne für Bunkerbau, den Ausbau des Zivilschutzes oder zur Fortbildung in Katastrophen-Medizin. Die überwältigende Mehrheit der Vertreter in der bayerischen Landesärztekammer war damals verstockt reaktionär. Während wir unter dem Motto »Wir werden Euch nicht helfen können« gegen den weiteren Ausbau von Zivilschutz von Katastrophen-Medizin und gegen den Ausbau der Atomenergie antraten, befürwortete die Kammer aktiv die Weiterbildung in Katastrophen- und Kriegsmedizin. Damals war das ehemalige SS- und NSDAP-Mitglied Sewering Vorsitzender der Kammer. Verstockt hatte er sich über Jahre geweigert, zu seiner medizinischen Tätigkeit unter den Nazis Stellung zu beziehen.

Der steinige Weg

Ärztekammern haben als Körperschaften des öffentlichen Rechts auch die Aufgabe, an der »öffentlichen Gesundheitspflege« teilzunehmen – ein sehr schwammiger und dehnbarer Begriff, der aber auch politische Beschlüsse in den Kammerversammlungen zulässt. Die Aufstellung einer Wahlliste war

zum damaligen Zeitpunkt rein politischer Natur. »Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar« – also muss fortschrittliche Politik in die Kammern getragen werden. Als Pflichtmitglieder mussten wir unseren Zwangsbeitrag entrichten, also wollten wir auch mitbestimmen und deshalb hinein in die Kammer. Überraschenderweise erhielt die Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte bei den Wahlen zur ärztlichen Standesvertretung mit ihren klar formulierten politischen Forderungen auf Anhieb circa 25 Prozent der Stimmen in München. Anfänglich erinnerten die Kammer-sitzungen an die Sitzungen früherer Studentenparlamente: Selbst honorierte Professoren unserer Liste wurden als Sympathisanten der RAF bezeichnet. Die Liberalisierung des § 218 wurde als »der direkte Weg zurück nach Auschwitz« bezeichnet. Die KZ seien nicht von den Nazis sondern von den Briten im Buren-Krieg erfunden worden etc. In Leserbriefen war von Listen-Mitgliedern als »Kollegoiden« die Rede.

Die Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus war einer der zentralen Streitpunkte in den Kammer-Diskussionen. Der damalige Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, hatte noch Ende der 80er Jahre in einem Interview behauptet, nur einige schwarze Schafe hätten unter den Nazis den Hippokratischen Eid verraten, während die Mehrheit der Ärzteschaft sich in jener Zeit korrekt verhalten habe. Dabei war damals schon be-

kannt, dass mehr als 50 Prozent der Ärzteschaft unter den Nazis Mitglieder der NSDAP waren. Erst mit dem deutschen Ärztetag 1989 in Berlin, damals unter dem Vorsitz des alternativen Kammerpräsidenten von Berlin, Ellis Huber, begann eine ernsthafte und systematische Diskussion und Aufarbeitung der Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus. Erleichtert wurde dies natürlich auch durch die Tatsache, dass zwischenzeitlich fast alle unter den Nazis aktive Ärztfunktionäre verstorben waren. In den vergangenen Jahren hat die Bundesärztekammer sogar den Medizinhistoriker Robert Jütte damit beauftragt, einen kritischen Forschungsbericht über die Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus zu verfassen. Dieser Forschungsbericht wurde zwischenzeitlich veröffentlicht. Aber tut er heute noch weh?

In den 90er Jahren versuchten sie sich der Ton der Diskussionen in den Kammern. Hauptthemen waren jetzt die regelmäßig von jeder Regierung verabschiedeten Gesundheitsreform-Gesetze. Natürlich ist die politische Grundhaltung in den Kammern, auch in der bayerischen Landesärztekammer und beim Deutschen Ärztetag immer noch extrem konservativ: Reformen werden abgelehnt, staatliche Eingriffe in die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten sind »Einschränkungen der Berufsfreiheit« – und damit des Teufels. Mit dieser ewiggestrigen Haltung hat sich die Ärzteschaft inzwischen aus der ge-

Als langjähriger Delegierter in der Bayerischen Landesärztekammer und auf Deutschen Ärztetagen erläutert Wulf Dietrich die Oppositionsarbeit in den Kammern und plädiert – trotz Zweifeln – dafür, weiter zu opponieren.



»Selbst die jetzigen Rentner aus der Friedensbewegung oder aus dem vdää senken heute noch das Durchschnittsalter vieler Kammerversammlungen.«

sundheitspolitischen Diskussion verabschiedet. Aus dieser Angst vor Veränderungen resultieren aber auch kuriose Gemeinsamkeiten. So wird die Kommerzialisierung der Medizin auch von den Ärztetagen sehr kritisch beurteilt. Auf Antrag der demokratischen Listen wurde den auf dem Ulmer Ärztetag 2009 verabschiedeten »Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft« (das Ulmer Papier) folgende Präambel vorangestellt: *»Im Bewusstsein, dass das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft oder Industrie ist, dass Ärzte keine Kaufleute und Patienten keine Kunden sind, dass Gesundheit und Krankheit keine Waren und Wettbewerb und Marktwirtschaft keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens sind, dass Diagnose und Therapie nicht zum Geschäftsgegenstand werden dürfen, beschließt der 111. Deutsche Ärztetag die gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft, das »Ulmer Papier«.*

In Fragen von Menschenrechten und von Problemen geflüchteter Asylsuchender gibt es heute zum

Teil sehr breite Koalitionen mit fortschrittlichen Kräften. Überspitzt ausgedrückt kann man sagen, dass alles, was die organisierte Ärzteschaft nichts kostet, von dieser auch unterstützt wird. So sind zum Bei-

spiel schon Beschlüsse zur Verschärfung des Datenschutzes, gegen die elektronische Gesundheitskarte, oder auch gegen die Gefährlicher so genannten friedlichen Nutzung von Atomkraft von Ärztetagen, auch von bayerischen verabschiedet worden. Aber die Ärztekammern sind heillos überaltert. Selbst die jetzigen Rentner aus der Friedensbewegung oder aus dem vdää senken heute noch das Durchschnittsalter vieler Kammerversammlungen.

Wie lassen sich unsere Erfahrungen aus fast 30 Jahren Kammerarbeit zusammenfassen? Es ist sicher ein mühsames Geschäft mit oft zweifelhaften Ergebnissen. Die Außenwirkung der Ärztekammern hat in den letzten Jahrzehnten rapide abgenommen. Die Kammern werden politisch kaum noch wahrgenommen. Zu sehr haben sie sich aus dem allgemeinen gesundheitspolitischen Diskurs entfernt. Auch viele der dort zwangsorganisierten Kolleginnen und Kollegen fühlen sich durch die Kammern nicht mehr repräsentiert und wählen gar nicht mehr. Die Beteiligung bei den Wahlen zu den Landesärztekammern liegt zwischen 30 und 40 Prozent. Gerade da aber sollten wir ansetzen: Wir sollten bei den 60 Prozent der Nicht-Wähler nach Stimmen suchen. Denn zum einen könnte man vielleicht den politischen Einfluss der Kammern doch wieder stärken, wenn vernünftige und zielführende gesundheitspolitische Beschlüsse gefasst werden, zum anderen kann man in Fragen des Menschenrechts oder der Umweltmedizin durchaus Anträge durchbringen, die bei der politischen Arbeit hilfreich sind. Und

schließlich: Auch Fragen der Fort- und Weiterbildung, der Zusammenarbeit mit oder der Abhängigkeit von der Pharmaindustrie oder der Arbeitsplatzgestaltung sind wichtig für eine gute Patientenbetreuung. Also gerade für unsere jüngeren Mitglieder sollte gelten: durch unsere negativen Erfahrungen nicht abschrecken lassen – trotzdem: rein in die Kammern.

** Wulf Dietrich ist seit 1986 mit Unterbrechung Delegierter in der Bayerischen Landesärztekammer, häufig Delegierter auf Deutschen Ärztetagen; er ist der Vorsitzende des vdää.*



Vereinsbeiträge im vdää

Der Beitrag für Studierende, Arbeitslose und RentnerInnen bleibt bei **3 €/Monat**.

Der Mindestmitgliedsbeitrag für Berufstätige (auch für Teilzeitbeschäftigte) bleibt weiterhin bei **8 €/Monat**.

Darüber hinaus schlagen wir folgende **Richtwerte zur Selbsteinschätzung** vor:

AssistenzärztInnen

12 €/Monat,

niedergelassene ÄrztInnen und angestellte FachärztInnen **20 €/Monat**.

THE 5 POINT CONSULTATION MODEL



Umkämpftes Terrain

Eine Einführung in die Globale Gesundheit – von Andreas Wulf*

Gesundheitsfragen spielten in der internationalen Diplomatie schon im 19. Jahrhundert eine wichtige Rolle. Die ersten Verhandlungen und das erste internationale Abkommen betrafen die durch den globalen Handel der Kolonialperiode zunehmenden »globalen Epidemien«, vor allem die Cholera Ausbrüche in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, aber auch die Pestepidemien, die noch bis Anfang des 20. Jahrhunderts in Hafenstädten Europas durch den massiv gewachsenen Schiffsverkehr wieder auftraten. Informations-, Hygiene- und Quarantäne-Regelungen standen in Ermangelung wirksamer Behandlungskonzepte hier im Vordergrund, nicht anders als bei den heutigen Ausbrüchen von Ebola, MERS und Influenza. Die »International Health Regulations«¹, die 2005 unter dem Dach der Weltgesundheitsorganisation in Genf als völkerrechtlich bindender Vertrag von den Mitgliedsländern der WHO verabschiedet wurden, sind direkte Nachkommen dieser Geschichte, die 1851 mit der »First International Sanitary Conference« in Paris begann².

Die enge Verbindung von Gesundheit und kolonialer Ausdehnung der europäischen Mächte zeigte sich aber auch in der starken Investition in den kolonialen Ländern in die »Tropenmedizin«, die ein wichtiger Bestandteil für die koloniale Durchdringung wurde, zu-

nächst und an erster Stelle als Schutz der europäischen Händler, Soldaten und Siedler vor unbekannten Gesundheitsgefahren. Die westafrikanische »Goldküste« von Guinea im Westen bis Kamerun im Osten galt, wegen der hohen Sterblichkeit an Gelbfieber und Malaria als »Grab des weißen Mannes«.

So entstanden in Antwerpen und Amsterdam, in London und Paris, in Hamburg und Berlin, in Barcelona und Lissabon tropenmedizinische Institute, die mit den »Waffen« der modernen Wissenschaft diesen Bedrohungen des Lebens und der Profite der kolonialen Herren zu Leibe rückten.

Zugleich wurde die sich rasch entwickelnde »moderne Medizin« auch Teil eines kulturellen Kampfes um die Herzen und Köpfe der kolonisierten Menschen, quasi das menschenfreundliche Pendant zur gewalttätigen Eroberung und Ausbeutung der kolonisierten Länder: Vor allem die kirchlichen Missionsdienste brachten westliche Bildung und Medizin in Form von Missionsschulen und Missionskrankenhäusern als Zeichen christlicher Humanität und zugleich zivilisatorischer Überlegenheit mit in die Länder Lateinamerikas, Afrikas und Asiens, und schufen dafür ihre eigenen Institutionen, von denen in Deutschland das protestantische »Deutsche Institut für ärztliche Mission« in Tübingen und das katholische »Missionsärztliche Insti-

tut« in Würzburg die wichtigsten sind. Auch wenn diese sich heute von der »missionarischen Tradition« ihrer Häuser deutlich distanzieren und fortschrittliche Konzepte der Basisgesundheitspflege (s.u.) und die Orientierung an universalen Menschenrechten ihre Arbeit bestimmen, stehen sie doch ebenso in dieser Geschichte wie die vielen christlich inspirierten Entwicklungshilfeorganisationen wie etwa World Vision, in deren Engagement lange Zeit und teilweise noch bis heute das missionarische Element mit den Gesundheits- und Bildungsprogrammen eng verwoben war.

Ein weiterer, säkularer aber nicht weniger wirkmächtiger Akteur globaler Gesundheit entstand zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit der größten privatwirtschaftlichen Stiftung, der Rockefeller Foundation in den USA. Gehörten Gesundheitseinrichtungen schon lange zum Feld philanthropischen Engagements reicher Bürger in ihren Städten und Gemeinden, so ermöglichte der ökonomische und politische Aufstieg der USA dieser Stiftung eine gezielte und erfolgreiche Etablierung als wichtigster Akteur bei der Entstehung des Wissens- und Politikfeldes »öffentlicher Gesundheit« (Public Health). In zahlreichen Ländern regte die Stiftung die Gründung von Public Health Instituten an, vergab Ausbildungsstipendien und finanzierte For-

Die enge Verknüpfung von Gesundheit, Politik und Wirtschaft zeigt sich nicht nur auf der Ebene nationalstaatlicher Gesundheitspolitik, sondern ganz besonders auch im internationalen Kontext. Andreas Wulf erläutert Sinn und Problematik des Begriffs der Globalen Gesundheit.



»Zugleich wurde
die sich rasch
entwickelnde
»moderne Medizin«
auch Teil eines
kulturellen Kampfes
um die Herzen und
Köpfe der koloni-
sierten Menschen,
quasi das men-
schenfreundliche
Pendant zur
gewalttätigen
Eroberung und Aus-
beutung der
kolonisierten
Länder.«

schungsvorhaben an und hatte dabei immer auch den ökonomischen Nutzen solcher Gesundheitspolitik mit im Blick: Die Bekämpfung von Krankheiten war immer auch eine Chance, neue Länder und Märkte für den »American way of life (and doing business)« zu öffnen, am deutlichsten vielleicht zu sehen am Engagement gegen die schweren Malaria- und Gelbfieber-epidemien auf dem Doppelkontinent, die schon die Arbeiten am Panamakanal zu einem Massengrab für die Arbeiter gemacht hatten. Auch das Engagement der Stiftung bei der Bekämpfung der Hakenwurm-Infektion, die als chronische Krankheit mit dem Hauptsymptom der Blutarmut vor allem die Leistungsfähigkeit der Landarbeiter einschränkt, hatte neben dem humanitären einen klaren ökonomischen Aspekt.

Ein prominentes aktuelles Beispiel eines solchen »Philanthrop-Kapitalismus« ist die *Bill & Melinda Gates Foundation*, die mit milliardenschweren Investitionen bevorzugt in »Public-Private Partnerships for Health« die globale gesundheitspolitische Landschaft seit der Jahrtausendwende massiv dominiert. Der sehr US-amerikanische Traum von den »Quick Fixes«, den technologischen Wunderlösungen für komplexe gesellschaftliche und soziale Probleme, wie sie im Gesundheitsbereich vor allem auftreten, wird vielleicht am deutlichsten in dem »Grand Challenges Program« der Gates Stiftung, die seit 2003 mit inzwischen über 1 600 Förderungen an 16 Zielen arbeiten lässt, darunter der Anreicherung eines Grundnahrungsmittels mit einem vollen Profil von notwendigen Mikronährstoffen, der Entwicklung von

Impfstoffen, die ohne Kühlung und ohne Injektion funktionieren, oder neuen Diagnostiktests, die ohne Labor auskommen.

Die problematischen »Nebenwirkungen« einer solchen auf technische Einzellösungen fixierten Haltung sind zweierlei: Zum einen geraten systematisch die strukturellen Ursachen für Gesundheit und Krankheit, die als »soziale Determinanten« die wesentlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen, Ernährungssicherheit, Wohnverhältnisse, und besonders die sozialen Ungleichheit als wesentliche Mitverursacher von Krankheit und vorzeitigem Tod identifizieren, aus dem Blick. Ein solches Konzept wurde auf der globalen Ebene besonders mit dem »Primary Health Care (Basisgesundheitspflege)«-Konzept aus den 70er Jahren zum Eckstein einer an sozialer Gerechtigkeit orientierten Gesundheitspolitik.

Zum zweiten entstand besonders in den letzten 15 Jahren eine der immer stärkeren Fragmentierung von Gesundheitsdiensten in vielen Ländern des Südens in Einzelprogramme zur Bekämpfung einzelner Krankheiten (Tuberkulose, HIV/AIDS, Malaria) oder spezieller Lebenssituationen (Mutter-Kind-Gesundheit), die häufig besser ausgestattet sind als die verbliebenen öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, deren Personal in die besser bezahlten Programme oder gleich in den privaten Sektor für eine kleine vermögende Mittel- und Oberschicht abwanderte. Und damit wird die besonders bedürftigen Teile der Bevölkerung, die durch prekäre Lebensbedingungen besonders häufig krank werden, auch noch besonders benachteiligt beim

Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Ein ähnliches Phänomen der Zersplitterung ist auf der Ebene der globalen Gesundheitspolitik zu beobachten: War traditionell seit ihrer Gründung im Jahr 1948 die Weltgesundheitsorganisation WHO mit ihren inzwischen 193 Mitgliedsländern die zentrale »koordinierende und leitende« Institution für globale Gesundheitsfragen, so hat sie spätestens seit den 90er Jahren, als sich die Weltbank als größter globaler Finanzier von Gesundheitsprogrammen in den Entwicklungsländern auch gesundheitspolitisch klar auf die Seite von Privatisierungsmodellen in vormals öffentlichen Gesundheitssystemen gestellt hat, zunehmend Konkurrenz bekommen. Mit den »Globalen Gesundheitspartnerschaften« der 2000er Jahre, an denen die erwähnte Gates Foundation wesentlichen Anteil hat, und einer geringen Bereitschaft ihrer Mitgliedsländer, dieser Weltbehörde ausreichend flexible Mittel bereitzustellen, sondern durch vornehmliche Programmfinanzierung ihre Handlungsfähigkeit weiter einzuschränken, bleibt der WHO oft nur ein internes Krisenmanagement, wie es aktuell in der Ebola-Krise zu beobachten war.

Die WHO als wichtige Stimme und Vertretung einer am Gemeinwohl orientierten öffentlichen Politik zu stärken, fordern vor allem kritische zivilgesellschaftliche Stimmen. Wie wichtig das ist, zeigen die Versuche der Einflussnahme privatwirtschaftlicher Akteure auf Positionen der WHO, etwa die Pharma-Industrie auf Entscheidungen im Bezug auf Arzneimittelpolitik (z.B. Patentfragen oder Medikamentenwerbung) oder die Zucker-

und Nahrungsmittelindustrie im Bezug auf die Ursachen und die Bekämpfung von chronischen Krankheiten (der Zusammenhang von globaler Nahrungsmittel-Kommerzialisierung und Zunahmen von Adipositas und Diabetes). Die Stimme der WHO in der Debatte um die Wichtigkeit einer öffentlichen Kontrolle und Regulation privatwirtschaftlicher Akteure, die vorrangig ihren Profitinteressen verpflichtet sind, wird durch die »global public-private Partnerships for Health«, in denen viele dieser globalen Konzerne involviert sind, und in der die WHO nur ein Akteur unter vielen geworden ist, massiv behindert. Auch die Abhängigkeit, in die die WHO durch massive finanzielle Zuwendungen von Seiten der Gates-Stiftung (die inzwischen nach den USA der zweitgrößte Finanzier der WHO geworden ist) geraten ist, verhindert strukturell eine kritische Haltung gegenüber den Interessenskonflikten zwischen privaten Akteuren

und öffentlicher Gesundheitspolitik. Deshalb sind gerade auch die Debatten um die Kontrolle solcher Interessenkonflikte innerhalb der WHO und der Mitgliedstaaten besonders heftig.

Solche Debatten auch in der bundesdeutschen Öffentlichkeit jenseits der kleinen entwicklungspolitisch interessierten Kreise bekannt zu machen, ist das Ziel der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit, in der interessierte Gewerkschaften, Sozialverbände und kritische Gesundheitsorganisationen mitarbeiten³.

Ein erster öffentlicher Auftritt der Plattform waren kritische Anmerkungen zum 2013 erschienenen Konzept der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit⁴. Im Zentrum stand dabei eben jene Fixierung auf einen rein medizinisch-technischen Begriff von Gesundheit, der die zentralen sozialen und politischen Rahmenbedingungen von Gesundheit außer Acht lässt und zudem in erster Linie von Ge-

sundheitsgefahren für die deutsche Bevölkerung ausgeht, statt eine konsequente Orientierung an einer »Gesundheit für alle Menschen« in den Blick zu nehmen, an der sich eine echte globale Gesundheitspolitik orientieren muss, wenn sie ihren Namen verdienen will.

Einem solchen Blick fühlt sich auch der vdä verpflichtet, der seit der Gründung der Plattform ebenfalls Mitglied ist.

** Andreas Wulf arbeitet bei medico international in Frankfurt als Projektkoordinator für Gesundheit.*

- 1 www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/
- 2 https://en.wikipedia.org/wiki/International_Sanitary_Conferences
- 3 www.medico.de/die-deutsche-plattform-fuer-globale-gesundheit-14716
- 4 www.medico.de/fileadmin/_migrated_/document_media/1/globale-gesundheitspolitik-fuer-alle-menschen.pdf

»Solche Debatten auch in der bundesdeutschen Öffentlichkeit jenseits der kleinen entwicklungspolitisch interessierten Kreise bekannt zu machen, ist das Ziel der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit, in der interessierte Gewerkschaften, Sozialverbände und kritische Gesundheitsorganisationen mitarbeiten.«

Update: Austeritätspolitik in Griechenland

Anfang Juni 2015 war der vdä im Rahmen von vdä on tour in Griechenland, um dort weiterhin unsere Solidarität zu demonstrieren, auch wenn sich mit der neuen Regierung nun hoffentlich Verbesserungen abzuzeichnen beginnen. Dies war noch vor dem Referendum und vor dem »Agreement« zwischen den Institutionen und der griechischen Regierung. Folgende Informationen zum Gesundheitswesen und den Auswirkungen der Austeritätspolitik konnten wir zusammentragen:

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen seien inzwischen (von vor der Krise ca. 9-10 Prozent) auf weniger als 6 Prozent/BIP gesunken. Nach wie vor sind etwas mehr als 30 Prozent der Bevölkerung nicht versichert. Die SYRIZA-Regierung hat nun aber ein Gesetz beschlossen, dass es den Nicht-Versicherten (mit weniger als 12 000 Euro Jahreseinkommen – bei einem Preisniveau ähnlich dem in Deutschland) erlaubt, kostenlos ins Krankenhaus zu gehen und auch kostenlos an Präventionsmaßnahmen teilzunehmen. Ebenso hat die neue Regierung das »Eintrittsgeld« für den Krankenhaus-Besuch in Höhe von 5 Euro abgeschafft. Dazu ist wichtig zu wissen, dass in Griechenland ein großer Teil der fachärztlichen ambulanten Versorgung in den Krankenhäusern gemacht wird. Allerdings gibt es praktische Probleme: In Folge der Austeritätspolitik sind Krankenhäuser geschlossen worden und in den noch arbeitenden

Krankenhäusern viele Beschäftigte entlassen oder Stellen nicht mehr wieder besetzt worden. Im ganzen System fehlen ca. 20 000 Menschen in der Pflege und ca. 5-6 000 ÄrztInnen. Da im Zuge der Austeritätspolitik auch ein großer Teil der Polikliniken in der Primärversorgung geschlossen wurden, gibt es große Probleme in der Versorgung. Die Primärversorgung ist größtenteils privatisiert. Aber einen Besuch bei einem privat praktizierenden Arzt können sich die meisten Menschen nicht leisten. Denn nach wie vor lebt mehr als ein Drittel der Bevölkerung an oder unter der Armutsgrenze. Nach wie vor wächst die Zahl der solidarischen Praxen, die die Menschen ohne Versicherung oder Papier, aber auch diejenigen mit Versicherung, die sich aber die Medikamente oder anderes nicht leisten können, ambulant medizinisch versorgen. Inzwischen gibt es in ganz Griechenland mehr als 50 solidarische Praxen. Die AktivistInnen wissen, dass sie noch lange gebraucht werden – nach dem Agreement, das die Situation für die Massen nicht verbessern wird, erst Recht! Unserer Solidarität werden sie auch weiterhin dringend brauchen.

(Mehr Informationen und einen Reisebericht finden Sie auf der Homepage des vdä unter Themen / Gesundheitspolitik (international))

Nadja Rakowitz

Gute Medizin braucht Politik

Wider die Kommerzialisierung der Medizin

Junge Ärztinnen und Ärzte im vdäa

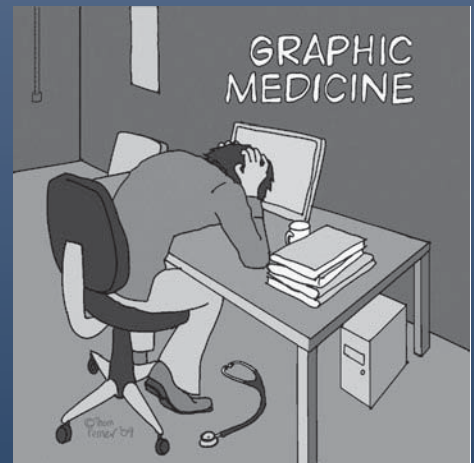
Freust Du Dich, dass es bald losgeht, als »richtige« Ärztin/»richtiger« Arzt zu arbeiten? Und sieht der Tag nach den ersten Monaten im Beruf auf einmal ganz anders aus als Du es Dir vorgestellt hast? Die Stationsarbeit wird zum Getriebe: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: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

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

Warum in den vdäa?

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

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



Es ist Zeit, sich einzumischen

www.vdaeae.de | www.facebook.com/vdaeae