

GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN Nr. 2/2013 | Solibetrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258



Europa in der Krise

Krise der Gesundheitssysteme

Bernhard Winter:
»Ab nach Brüssel –
vdä on tour« S. 4

Rolf Schmucker: »Gesundheits-
politik in Zeiten der Krise. Über
Krisenmaßnahmen in der EU« S. 9

Nadja Rakowitz: »Krise als Chance.
Das gesundheitspolitische Programm
des Syriza-Bündnisses« S. 17

In dieser Ausgabe

- 3 Wulf Dietrich: **Von Athen über Brüssel zum Deutschen Ärztetag**
- 4 Bernhard Winter: **Ab nach Brüssel – vdäa on tour**
- 7 Nadja Rakowitz: **Médecine pour le peuple. Über eine belgische Ärzteinitiative**
- 9 Rolf Schmucker: **Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise. Über Krisenmaßnahmen in der EU**
- 14 Wulf Dietrich / Peter Scholze: **Mit der Brechstange – Ein Gespräch über das griechische Gesundheitswesen**
- 16 **Maßnahmen der Troika in Griechenland**
- 17 Nadja Rakowitz: **Krise als Chance. Das gesundheitspolitische Programm des Syriza-Bündnisses**
- 19 **Die Situation in Griechenland**
- 20 Antrag auf dem Dt. Ärztetag: **Medizinische Versorgung in Griechenland und Finanzkrise**
- 21 Wulf Dietrich: **Aufgeblasen. Kommentar zum 116. Deutschen Ärztetag**
- 22 **Antrag auf Änderung der Satzung des vdäa**
- 23 Presseerklärung von vdäa und MEZIS zu Korruption bei ÄrztInnen: **Jetzt sind wir dran!**
- 23 Über den Tellerrand geschaut: **LobbyControl**

Veranstaltungen zu Griechenland – auch in der Provinz!

Liebe Mitglieder, wir haben schon einige Veranstaltungen über unsere Eindrücke vom griechischen Gesundheitswesen und der solidarischen Praxis dort gemacht (u.a Berlin, Frankfurt, Karlsruhe, Kassel, Köln).

Gerne kommt jemand von uns auch in Ihre Stadt, um dort zu berichten.

Bitte fragen Sie in der Geschäftsstelle.

Termine

Bürgerversicherung? DRG's? PEPP? Patientenrechte

Podiumsdiskussion zur Gesundheitspolitik (vdäa/GL)

am: 11. Juli 2013, 19.30 Uhr

in: München, Rundfunkhaus

Kritik der Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Symposium – Veranstalter ver.di/vdäa

am: 5. Sept. 2013, 16.30 – 21.00 Uhr

in: Arbeitskammer Saarbrücken

Jahreshauptversammlung

am: 18.–20. Oktober 2013

in: ver.di-Bildungsstätte Berlin

verein demokratischer ärztinnen und ärzte



Der vdäa

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 weiterhin von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Wir werden Sie dann weiterhin auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist das Vereinsblatt, das viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Wulf Dietrich, Thomas Kunkel,
Nadja Rakowitz, Kirsten Schubert
Bernhard Winter
(info@vdaee.de)

Impressum

Gesundheit braucht Politik 2/2013
ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein demokratischer
Ärztinnen und Ärzte

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal

Telefon 0 61 81 – 43 23 48

Mobil 01 72 – 1 85 80 23

Fax 0 61 81 – 49 19 35

Email info@vdaee.de

Internet www.vdaee.de

Bankverbindung: Kto.-Nr. 137 476 03,

Postbank Frankfurt, BLZ: 500 100 60

Satz/Layout: Birgit Letsch,

Email birgit.letsch@t-online.de

Druck: Druckerei Grube

Bilder dieser Ausgabe von Peter
Scholze, Jürgen Seeger und Wulf
Dietrich



Editorial

Von Athen über Brüssel zum Deutschen Ärztetag

Unsere neue Ausgabe von »Gesundheit braucht Politik« spannt einen weiten Bogen von Athen über Brüssel bis hin nach Hannover zum letzten Deutschen Ärztetag und spiegelt damit die Aktivitäten des vdäa im letzten halben Jahr wider. Schwerpunkt dieses Heftes ist »Europa in der Krise – Krise der Gesundheitssysteme«.

Im Februar war eine Delegation des vdäa in Athen und Thessaloniki. Wir wollten vor Ort sehen, wie sich die Sparauflagen der Troika von EU-Kommission, EZB und IWF, an denen die Bundesrepublik ja ganz maßgeblich beteiligt ist, auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auswirken. Und wir waren entsetzt, die Folgen der Sparmaßnahmen in Griechenland konkret zu sehen. Nadja Rakowitz hat darüber in schon in der letzten Ausgabe einen Bericht gemacht.

Die weiteren Berichte in diesem Heft geben einen Eindruck von unseren Erlebnissen. Während bei uns das Gesundheitswesen als Wachstumsfaktor der Wirtschaft angesehen wird und jede noch so suspekthe technische Neuerung bezahlt und als notwendige Arbeitsbeschaffungsmaßnahme verteidigt wird, wird in Griechenland, ebenso wie in anderen Krisenländern Europas, brutal im Gesundheitswesen gespart. Willkürlich wurde von der Troika festgelegt, die Ausgaben für das Gesundheitswesen auf sechs Prozent des BIP zu reduzieren, und das bei weiter abnehmender Wirtschaftsleistung des Landes und dabei fallendem BIP. Was bei uns angeblicher Wachstumsmarkt ist, wird in Griechenland für überflüssige Sozialausgabe gehalten; eine nur schwer nachvollziehbare neoliberale Wirtschaftslogik.

Die in Griechenland – und in den anderen Krisenstaaten des Südens – durch die Sparpolitik freigesetzten Arbeitskräfte sind ein Objekt der Begierde der deutschen Gesundheitswirtschaft. Gut ausgebildetes Pflegepersonal und Ärzte sollen die Lücken in der Personalbesetzung deutscher Krankenhäuser füllen. Viele Krankenhäuser veranstalten schon jetzt Bewerbungseminare für Pflegepersonal in diesen Ländern. Natürlich haben wir Freizügigkeit in Europa und wer im Süden arbeitslos gemacht wird, muss ein Recht haben, im Norden sein Geld zu verdienen. Andererseits werden diesen Ländern die für den Aufbau dringend benötigten Fachkräfte entzogen, die Ausbildungskosten aber bleiben bei ihnen. Ein Problem, das auch im vdäa diskutiert werden sollte.

Aber die Reaktion auf diese Politik macht auch Mut: Not

schaft Solidarität. Dies konnten wir bei unseren Besuchen in den Solidaritätskliniken in Athen und Thessaloniki sehen. Ohne große Mittel und ohne staatliche Unterstützung helfen und behandeln hier Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und andere Helfer unentgeltlich Patienten, die in Not geraten sind. Es mag ein Tropfen auf den heißen Stein sein, aber diese Initiativen machen Mut und lassen für die Zukunft hoffen.

Wer ist für diese Politik verantwortlich? Über den Einfluss der EU auf die Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten informierten wir uns auf unserer »vdäa on tour«-Reise im April nach Brüssel. Hier werden die Weichen gestellt, doch ist die Streckenführung bei diesem Wust aus Bürokratie, Lobbyismus und unterschiedlichen Zuständigkeiten schwer auszumachen. Es war interessant

zu sehen, wie machtlos eigentlich das Parlament in diesem Gestrüpp ist. Ob wir uns als vdäa im Zusammenschluss von NGOs an der politischen Arbeit an Europa beteiligen sollen? Wir sind skeptisch gegenüber dieser Zusammenarbeit.

Schließlich der Deutsche Ärztetag im Mai: Eine frustrierende Veranstaltung, bei der Anspruch und Einfluss der Ärzteschaft extrem auseinanderklaffen. Die verabschiedeten Vorstellungen zur Finanzierung des Gesundheitssystems (siehe Presseerklärung des vdäa vom 23. April 2013), sind verschoben und werden – glücklicherweise – auch von keiner politischen Partei ernstgenommen. Trotzdem, es ist wichtig zu zeigen, dass die Ärzteschaft nicht nur mit einer Stimme spricht, sondern dass es auch noch vernünftige Vertreter auf dem DÄT gibt.

Das Gesundheitspolitische Forum des vdäa am 19. Oktober in Berlin wird als Schwerpunkt-Thema neben dem Ausgang der Bundestagswahl die Gesundheitspolitik in Europa mit Gästen aus den Krisenländern diskutieren.

Wir hoffen, Sie mit diesem Heft auf diese Veranstaltung vorbereiten zu können.



Mein lieber Winfried,

zu Deinem runden Geburtstag die besten Wünsche
Deiner Mitstreiter und Mitstreiterinnen aus dem
vdäa. Fast 20 Jahre lang hast Du den vdäa aufgebaut und geleitet und bist noch heute ein aktives
Mitglied im erweiterten Vorstand. Wir hoffen, noch
weiter viele Tänzchen mit Dir zu haben, auch wenn
die legendäre Lederhose vielleicht nicht mehr passt.

Alles Gute für die Zukunft,
für den Vorstand

Wulf





Im Europäischen Parlament in Brüssel

Ab nach Brüssel – vdää on tour

Warum Brüssel? Alles fing 2011 in Zürich an. Bei der Abschlussdiskussion unserer Zürich-Tour kam das Gespräch darauf, was zukünftig interessante Ziele für »vdää on tour« sein könnten. Andreas berichtete, dass er Kontakte zu Gesundheitsaktivisten in Brüssel habe. Brüssel beherbergt zudem auch noch die wichtigsten Institutionen der EU. Diese beeinflussen zunehmend die Gesundheitspolitik der einzelnen Mitgliedsstaaten. Ein Thema, mit dem sich der vdää bisher wenig beschäftigt hat. Bis zur Realisierung der Fahrt sollte allerdings noch einige Zeit vergehen.

»Mit der EU hat sich der vdää bislang (zu) wenig beschäftigt.«

Schon im Zug sitzend wollte auch am 11. April das Gefühl nicht weichen, dass Brüssel weit entfernt von uns ist, dabei liegt es näher an Frankfurt als Berlin.

Vor dem eigentlichen Programmbeginn warfen wir noch schnell einen Blick auf die »Grande Place« – das Zentrum der Altstadt Brüssels, das noch heute ein Vorstellung gibt von der Bedeutung der Stadt zur Zeit des Merkantilismus. 1845 hat sich

Karl Marx an diesem Platz von den Arbeiten an der »Deutschen Ideologie« erholt und sich mit den Genossen vom »Deutschen Arbeiterverein« in einer Kneipe getroffen. Eine Gedenktafel erinnert daran.

Basisnah begann das Programm der diesjährigen Tour mit einem Besuch von *Médecine pour le Tiers Monde*, einer Hilfsorganisation die mit einem ähnlichen Konzept wie *medico international* Hilfs- und Menschenrechtsorganisationen unterstützt. Marc Botenga benannte als Ziel die globale Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit. Traditionell werden von *Médecine pour le Tiers Monde* Befreiungsorganisationen und Hilfsorganisationen in Lateinamerika (z.B. Cuba), Palästina, auf den Philippinen und im Kongo unterstützt. In Belgien werden zusammen mit anderen Solidaritätsorganisationen Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt und Proteste organisiert – aktuell zu den für die Sozialsysteme drohenden Folgen des geplanten Freihandelsabkommens EU/USA oder zu den Auswirkungen der

Krise auf die Gesundheitssysteme ärmerer Länder.

In einem sehr eloquenten Vortrag stellte Rita Vanobberghen die Organisation *Médecine pour le Peuple*, die als solidarisches Projekt seit den 1970ern elf Praxen in Industriestädten bzw. Arbeitervierteln in Belgien betreiben. Der Vortrag führte uns auch in die Struktur des belgischen Gesundheitswesens ein. Wie die praktische Arbeit der Gesundheitszentren funktioniert, bekamen wir in der Praxis in dem migrantisch geprägten Arbeiterstadteil Schaerbeek vorgeführt (siehe den Beitrag in diesem Heft, S. 7).

Abgehobener ging es dann am nächsten Morgen im EU-Viertel weiter. Als wir nahe dem Sitz der Europäischen Kommission aus der Metro kletterten, schien das trübe Wetter seine eigene regnerisch-kalte Kritik an der vielgescholtenen Brüsseler Bürokratie üben zu wollen. Hellwach und putzmunter hingegen wurde diese Kritik des Lobbydschungels von Pia Eberhardt von der NGO *Corporate Europe Observatory* (CEO) auf dem Rundgang durch

das EU-Viertel formuliert. CEO – Partnerorganisation von Lobby-Control e.V. – will den privilegierten Einfluss von Konzernen und Lobbygruppen auf die Entscheidungsprozesse der politischen Institutionen der EU aufzeigen. Beim Gang durch die Hochhausfluchten wurde uns plastisch dargestellt, wie Konzerne, Wirtschaftsverbände, bezahlte Lobbyagenturen, Rechtsanwaltskanzleien und Denkfabriken versuchen, die Gesetzgebung und die Politik zu beeinflussen, um Sozial- und Umweltgesetze zu verwässern sowie eine Industrie- und Handelspolitik im Sinne der Konzerne durchzusetzen. Praktischerweise gibt es hier auch gleich die Lobbyschulen, in denen dieses Handwerk erlernt werden kann. Die Präsenz der Konzernlobbyisten im Zentrum der EU wird beim Studieren der Firmenschilder deutlich. Allzu häufig nehmen Kommissare und Parlamentarier die Wünsche der Lobbyisten bereitwillig auf. Manchmal fließt auch Bargeld oder es wird ein gut honorierter Posten angeboten. Dies alles ist sehr teuer. NGOs und Gewerkschaften, die etwa zehn Prozent der Lobbyisten stellen, haben dabei das Nachsehen. In der praktischen Arbeit geht es den Lobbyisten z.B. darum, Einfluss und Vorsitz in den unzähligen Expertengruppen der Kommission zu sichern. Da sind diejenigen im Vorteil, die in unmittelbarer Nähe der Macht sitzen.

CEO und andere versuchen, diesen Einflüsterern von Kommission und Parlament mit Transparenz über die Entscheidungsprozesse der EU sowie den damit verbundenen Machtstrukturen und Einflussmöglichkeiten der Lobbyisten zu begegnen. Kleine Erfolge wie die Einführung eines – freiwilligen – Lobbyregisters und die Pflicht der namentlichen Nennung der Mitglieder der Expertengruppen, konnten bisher erzielt werden. (Wir waren von dem Rundgang so angetan, dass der vdäa im Anschluss an die diesjährige JHV eine Führung mit LobbyControl durch Berlin organisieren wird.)

Dieser Teil der Tour endete an der Bibliothèque Solvay in

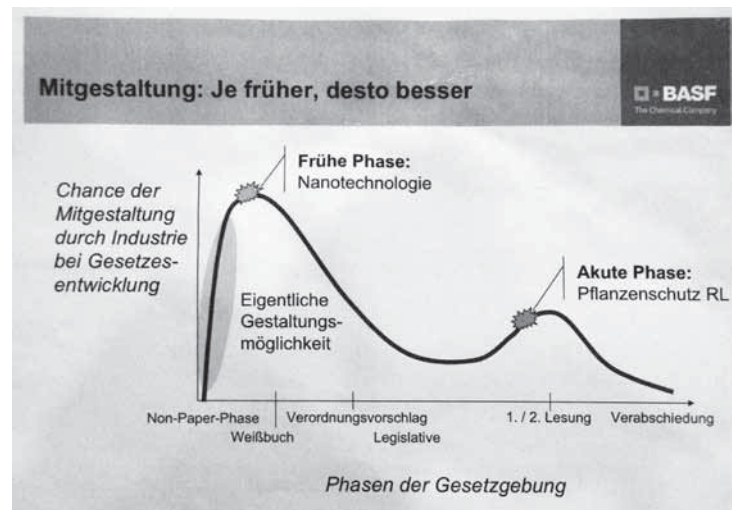
der Nähe des Europäischen Parlaments. Hier residiert die Denkfabrik »Security and Defence Agenda«, die getragen von der Waffenlobby unter der Schirmherrschaft des ehemaligen NATO-Generalsekretärs Javier Solana für die Erhöhung der europäischen Rüstungsausgaben streitet.

Im Parlament selbst gab es zunächst durch einen Mitarbeiter des Besucherdienstes des Parlaments eine überraschend offene Einführung in die formalen Arbeitsmöglichkeiten und die (Ohn-)Macht des Parlamentes. Die praktische Parlamentsarbeit diskutierten wir dann mit Michael Dräger, einem Mitarbeiter der Konföderalen Fraktion der Vereinigten Europäischen Linken/Nordische Grüne Linke (GUE/NGL). Dräger stellte dar, dass das Gesundheitswesen zwar jeweils nationalstaatlich organisiert ist, die EU und insbesondere die Kommission allerdings über die Makroökonomie und die Binnenmarktgestaltung (Kartellrecht, Regulation des Pharmamarktes, Dienstleistungsrichtlinie etc.) über einen wachsenden Einfluss in der Gestaltung der Gesundheitswesen in den einzelnen Mitgliedsstaaten verfügt. Demgegenüber habe die eigentliche Gesundheitspolitik (z.B. Gesundheitsförderung) nur geringe Bedeutung. Der recht frustriert wirkende Dräger betonte, dass das EU-Parlament, als einziges direkt von der Bevölkerung gewähltes EU-Organ, praktisch keine Einwirkungsmöglichkeit auf Entscheidungen habe, die das Gesundheitswesen betreffen. Überhaupt sei der Gestaltungsspielraum des Parlamentes, das nicht einmal ein Initiativrecht für Gesetzesvorhaben hat, recht gering.

Die Frustration über die Alibifunktion in der EU-Maschinerie war auch beim *Europäischen Gewerkschaftsbund für öffentliche Dienste* (EGÖD bzw. EPSU) zu spüren. Der Gewerkschaftsverband vertritt acht Millionen Beschäftigte, davon 3,5 Millionen aus dem Gesundheitswesen. Aus Deutschland sind sowohl ver.di als auch Marburger Bund Mitglieder. Mathias Maucher, seit 2011 der Brüsseler Verantwortliche des EGÖD für Gesundheitswesen

und soziale Dienste, berichtet, dass die beiden Organisationen auf europäischer Ebene gut kooperieren. Er betont die vollständige finanzielle Unabhängigkeit des EGÖD; diese lasse ein durchaus selbstbewusstes Auftreten gegenüber der EU-Bürokratie zu. Schwerpunkt ihrer Arbeit in Brüssel ist der sogenannte europäische Soziale Dialog. In diesem Rahmen verhandeln Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften über Sozialstandards und Arbeitsschutzmaßnahmen. Tarifverhandlungen (z.B. Lohn- und eventuelle Kampfmaßnahmen) sind aber ausschließlich Sache der nationalstaatlich organisierten Mitgliedsorganisationen. Die Verhandlungen im europäischen Sozialen Dialog gestalteten sich wegen der un-

»Überhaupt sei der Gestaltungsspielraum des Parlamentes, das nicht einmal ein Initiativrecht für Gesetzesvorhaben hat, recht gering.«



terschiedlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Mitgliedsstaaten der EU häufig sehr komplex. Falls es allerdings zu einer Einigung kommt, kann diese Gesetzeskraft erlangen. Wirklich etwas bewegen könne man nur selten, häufig genug werden Organisationen wie der EGÖD nur zu Expertengruppen und Anhörungen der EU eingeladen, damit offiziell verlautbart werden kann, die Gewerkschaften seien in den Diskussionsprozess eingebunden gewesen...

Untiefen der NGO-Arbeit galt es bei unserem letzten Treffen zur Thematik EU auszuloten. Die *European Public Health Alliance*



Lobbyschule in Brüssel

(EPHA) vertritt 90 Non-Profit-Organisationen (NGOs, Patientenorganisationen, Berufsverbände), die im Bereich Public Health arbeiten. Ziele sind dabei, Public Health stärker in der Gesundheitspolitik zu verankern, Strategien einer besseren, umfassenden Gesundheitsvorsorge und der Beseitigung von Ungleichheiten in den sozialen Determinanten

von Gesundheit zu entwickeln. Einen zentralen Stellenwert nimmt dabei der Austausch unter den aus Ländern der EU sowie Anrainer- und Kandidatenstaaten stammenden Mitgliedsorganisationen ein. Einerseits soll der Gesetzgebungsprozess in den

EU-Institutionen kritisch begleitet werden, auf der anderen Seite soll in den Mitgliedsorganisationen von EPHA und in der Bevölkerung ein Bewusstsein über die wachsende Bedeutung der EU für den Gesundheitssektor geschaffen werden. Auf EU-Ebene ist EPHA denn auch in den Diskussionsprozess durch Teilnahme an Expertengruppen sowie Anhörungen etc. eingebunden.

In der Diskussion mit Sascha Marschang, dem Policy Coordinator for Health Systems von EPHA, nahm die Frage, ob auf diesen Weg die EU-Politik beeinflusst oder zumindest eine kriti-

sche Auseinandersetzung mit ihr befördert werden könne, breiten Raum ein. Die Vermutung, dass EPHA vielfach eine Feigenblatt-Funktion erfüllt, in dem sie quasi als Vertreter der Zivilgesellschaft in diesem Politiksektor agiert, könnte noch durch den Umstand bestärkt werden, dass sich EPHA zu 60 Prozent aus EU-Mitteln finanziert. Dennoch stellt sich für den vdä aber auch die Frage, wie er die Entwicklungen in der EU in seiner Arbeit stärker berücksichtigen kann und wie er die entsprechenden Informationen erhält. Auch wurde die weitergehende Vorstellung formuliert, dass sich der vdä aktiv auf EU-Ebene einbringen solle.

Auf dem Hügel um das Königsschloss demonstrierte uns der Historiker Lucas Catherine zum Abschluss der Tour am Sonntagmorgen, wie ein Spaziergang an wenig anmutigen klassizistischen Gebäuden vorbei in eine überaus spannende Geschichtsstunde über eine unfassbar blutige Kolonialpolitik gewendet werden kann. Der belgische König Leopold II. organisierte als Privatmann in den 1870 und 80er Jahren, die Inbesitznahme des Kongo. Er finanzierte dies mit Konzessionsvergaben an internationale Firmen, wobei er darauf achtete, dass auch Konzerne aus

anderen Kolonialländern zum Zuge kamen, um so dortige Widerstände gegen seine Kolonialpolitik zu neutralisieren. Das Zwangsarbeitssystem, das er im Kongo errichten ließ, war selbst im Vergleich zu Kolonialpolitiken anderer Länder in dieser Zeit von beispiellosem Gräuel. Erwachsenen und Kindern wurden die Hände abgehakt, wenn sie nicht genug Kautschuk sammelten, um nur ein Beispiel zu nennen.

Nachdem das Konzept einer Kolonie in Privathand international unhaltbar wurde, verkaufte Leopold dem belgischen Staat 1908 die Kolonie, wobei die Gewinne aus der Ausplünderung unangetastet bei der Königsfamilie verblieben. Das Plündern und Morden sollte auch danach weitergehen. Konzessionsgesellschaften wie die Société Générale erzielten mit den Rohstoffen aus dem Kongo, Maximalprofite und bestimmten über Jahrzehnte dort das wirtschaftliche und politische Geschehen. Davon berichtet Lucas Catherine, der die Geschichte jedes einzelnen Hauses rund um den Königspalast zu kennen scheint – sei es das Haus, in dem die Konzessionsverträge abgeschlossen wurden, oder jenes, in dem sich der Offiziersclub von Leopolds privater Kolonialarmee befand.

Den Nichteingeweihten schweigen die Fassaden an, keine Gedenktafel erinnert an das Geschehene. Das Schweigen hält bis heute an, Königshaus und Establishment gelingt es immer noch, eine systematische und vollständige Aufarbeitung der belgischen Kolonialgeschichte zu verhindern.

Bernhard Winter

Interessante Links:

Médecine pour le Tiers Monde:
<http://m3m.be>
 Médecine pour le Peuple:
<http://m3m.be/>
 Corporate Europe Observatory:
<http://corporateeurope.org/>
 Lobbycontrol:
www.lobbycontrol.de/initiative
 Europäischer Gewerkschaftsverband für den Öffentlichen Dienst:
www.epsu.org/
 European Public Health Alliance:
www.epha.org/

**»Den Nichteingeweihten
 schweigen die Fassaden an,
 keine Gedenktafel erinnert
 an das Geschehene.«**

Médecine pour le peuple

Nadja Rakowitz über eine belgische Gesundheitsinitiative

Médecine pour le peuple (MPLP) nennt sich die belgische Gesundheitsinitiative, die wir in Brüssel besucht haben. Die Übersetzung des Namens bereitet Schwierigkeiten: Das Wort »peuple« ist im Deutschen nach 1933 nicht mehr einfach mit »Volk« zu übersetzen: »Medizin für das Volk« geht nicht, aber auch »Medizin für die Bevölkerung« oder »die Leute« transportiert nicht das, was im französischen (wie in vielen anderen Sprachen auch) bei »le peuple« mitschwingt: bürgerliche Freiheit und Gleichheit und diese möglicherweise auch überwindende Volkssouveränität. Diese Assoziationen kommen einem nicht, wenn man das Wort Volk hört, im Gegenteil: Das »Völkische« kommt zu schnell hinterher marschiert.

Also bleiben wir bei dem französischen Namen und sehen, ob sie das halten können, was sie versprechen. Die MitarbeiterInnen von *Médecine pour le peuple* sehen sich im Kontext der 68er Bewegung und ihrer Folgen und sind auf Initiative der kleinen belgischen – marxistisch-leninistischen – *Parti du Travail de Belgique* bzw. einer ihrer Vorläufer gegründet worden.¹ Die erste der heute elf Praxen wurde 1971 von Kris Merckx in Hoboken geöffnet. Auf unserer Reise konnten wir die CLÉ (= Centre pour la Lutte Égalité) genannte Praxis in Schaarbeek, einem multikulturellen und eher armen Stadtteil Brüssels, besuchen. Rita Vanobberghen, Ärztin, ehemalige Aktive in den Befreiungskämpfen in El Salvador, gab uns eine Einführung in das belgische Gesundheitswesen, ihre Kritik daran und die Ursprünge und Ziele von *Médecine pour le Peuple*.

In dem Netzwerk aus elf Praxen in verschiedenen Industriestädten Belgiens sind 75 GesundheitsarbeiterInnen (Allgemeinärzte und Therapeuten) und ca. 60 Verwaltungsangestellte beschäftigt unterstützt von über hundert Ehrenamtlichen,

wie z.B. Medizinstudierende, die dort ein Praktikum machen.² Eine Hauptkritik des Netzwerks sind die hohen Zuzahlungen, die alle Patienten in Belgien leisten müssen: für Medikamente, Blutentnahmen, aber auch pro Konsultation. So sind bei jedem Arztbesuch 20 Euro »Praxisgebühr« zu entrichten, von denen man dann 15 Euro wieder von der Kasse erstattet bekommt – es bleiben netto fünf Euro pro Konsultation. In den Praxen der MPLP müssen die PatientInnen nichts bezahlen! MPLP nutzen damit eine Option, die andere Vertragspartner der belgischen Sozialversicherung kaum nutzen: MPLP erhalten einen Festbetrag pro eingeschriebenem Patient, mit welchem sie auskommen müssen. Im Netzwerk sind insgesamt 30000 PatientInnen (mit 53 verschiedenen Nationalitäten) eingeschrieben. In Schaarbeek versorgen sieben Ärzte und eine Krankenschwester 3000 eingeschriebene PatientInnen und dazu noch einmal 250 Familien ohne Papiere, die nicht eingeschrieben sind. Nur diese »Mit-

glieder«, mit Ausnahme illegalisierter Menschen, können sich in den Praxen behandeln lassen, da zum einen nur so das ausgehandelte Konzept funktioniert. Die Ärzte nehmen sich aber auch bewusst für jeden Patienten 20 Minuten Zeit. Ohne Begrenzung der Patientenzahl wäre dies wahrscheinlich nicht machbar.

Während, so Rita Vanobberghen, die profitgesteuerte Logik im Gesundheitswesen so sei, dass PatientInnen möglichst oft zum Arzt gehen und möglichst viel Medikamente nehmen sollen, gehe es ihnen bei MPLP darum, dass die PatientInnen möglichst wenig zum Arzt gehen müssen – gemäß dem Motto der *Parti du Travail*: »Die Menschen zuerst, nicht der Profit«.

Gesundheitspolitische und polit-ökonomische Veränderungen

Laut der MPLP³ ist zwischen 1997 und 2005 der Anteil an privaten Zuzahlungen, den die PatientInnen in Belgien bezahlen müssen, von 23 auf 28 Pro-



Plakat in der Praxis von MPLP in Schaarbeek

zent gestiegen. Inzwischen zögern 14 Prozent der Belgier den Besuch beim Arzt hinaus, weil die Kosten zu hoch sind. 1997 waren es noch acht Prozent. Für 35 Prozent der Familien stellen

sundheit bzw. medizinische Versorgung seien inzwischen einer der wichtigsten Gründe für die Verschuldung von Familien. Das belgische Gesundheitsnetzwerk warnt eindrücklich mit den bekannten – richtigen – Argumenten vor Markt- und Profitlogik im Gesundheitswesen, die auch von belgischen PolitikerInnen als Reformation favorisiert werden.

Was machen MPLP praktisch?

Zunächst einmal zahlen sie von dem Geld, das sie pro Patient von der Krankenversicherung bekommen, jedem Mitarbeiter und jeder Mitarbeiterin das gleiche – gemessen an den Einkommen deutscher niedergelassener ÄrztInnen nicht gerade üppige – Gehalt. Es wird kollektiv gearbeitet und alle relevanten Entscheidungen werden bei der wöchentlichen Teambesprechung diskutiert. Auch die gemeinsamen Fallbesprechungen sind ein wichtiges Element. Dass bei diesen Teambesprechungen auch die Reinigungskraft mit am Tisch sitzt, gehört zum Konzept.

Zentral ist ein präventiver sozialmedizinischer Ansatz. Die Menschen sollen gesund sein und erst gar nicht zu ihrer Praxis kommen müssen. Zentral ist ein präventiver sozialmedizinischer Ansatz. Die Menschen sollen gesund sein und erst gar nicht zu ihrer Praxis kommen müssen. Dazu gehört natürlich auch sozial-politisches Engagement im Kiez. So haben die Mitarbeiter von MPLP in Genk z.B. eine Untersuchung der sozialen Determinanten von Gesundheit im Stadtteil Sledderlo gemacht, wo die Praxis ihren Sitz hat und festgestellt, dass es dort überproportional viele Atemwegserkrankungen gab, die mit der schweren Umweltverschmutzung durch eine Fabrik dort zusammenhängen. Gemeinsam mit den Einwohnern konnte erreicht werden, dass zumindest die Grundschule aus der unmittelbaren Nähe der Fabrik weg gezogen ist. Eine andere berühmte Auseinandersetzung gab es wegen des Anstiegs von Bleivergiftungen – ebenfalls verursacht durch eine Fabrik.

In der Versorgung kümmern sich MPLP um kostengünstige Medikamente. In der Kampagne für Generika »Modell Kiwi« setzten sie sich für kostengüns-

tige Medikamente ein und zeigten, dass diese in Neuseeland nur einen Bruchteil dessen kosten, was man in Belgien dafür zahlen muss. Außerdem setzen sie sich für ein öffentliches Gesundheitswesen, für die Ausweitung der Solidarität in der Krankenversicherung und gegen die Privatisierung des Gesundheitswesens ein. Sie fordern eine von Industrieinteressen unabhängige Aus- und Weiterbildung und vieles, was auch der vdää in Deutschland fordert.

Die MPLP haben die Idee der kollektiven, gleichbezahlten und an den Bedürfnissen der PatientInnen orientierte Medizin, über die wir in der letzten Ausgabe von »Gesundheit braucht Politik« für Deutschland nur noch als einsame Leuchttürme berichten konnten, am Leben gehalten und zu einem relativ großen Netzwerk ausbauen können. Was einige von uns bei aller politischen Sympathie mit dem praktischen Projekt aber irritiert hat, war die offene Werbung für eine politische Partei und deren Anliegen in den Sprechzimmern der Praxisräume. Hier postulierten einige in unserer Gruppe, ihr politisches Engagement – zumal für eine politische Partei – und das Sprechzimmer doch stärker zu trennen. Wie auch immer man dazu steht, was wir bei dem MPLP vorgefunden haben, ist eine sozial engagierte, kluge Form der medizinischen Versorgung, die gerade für einige unserer jungen TeilnehmerInnen durchaus als vorbildlich angesehen wurde.

Nadja Rakowitz

»Die Menschen sollen gesund sein und erst gar nicht zu ihrer Praxis kommen müssen.«

die hohen Kosten für medizinische Versorgung ein finanzielles Problem dar. MPLP erklären dies im Zusammenhang des Vertrags von Maastricht von 1991, gemäß dessen Kriterien die Staaten der EU sich gezwungen haben, ihre Verschuldung nicht höher als 60 Prozent des BIP wachsen zu lassen. Belgien hatte zu Beginn der 1990er Jahre eine Verschuldung von mehr als 130 Prozent des BIP (und noch bei Eintritt in die Eurozone 122,2 Prozent!⁴). Da die Politik in der ganzen EU ähnlich neoliberal war wie in Deutschland, und die Ausgaben der Sozialversicherungen zum Staatshaushalt gezählt werden, wurden auch im belgischen Gesundheitswesen Kosten auf die PatientInnen verlagert.

MPLP verweisen auf eine Studie einer belgischen Krankenversicherung unter ihren 6000 Mitgliedern, die zeigte, dass eine von acht Familien Probleme mit den Kosten für die Gesundheitsausgaben hatte – unter chronisch Kranken gar ein Drittel. Trotz obligatorischer solidarischer Krankenversicherung hätten sieben Millionen Belgier eine private Zusatzversicherung für die Krankenhausbehandlung, deren Prämien aber immer weiter steigen. Menschen über 80 Jahre bekämen eine solche Versicherung oft schon gar nicht mehr. Die Ausgaben für Ge-

- 1 Wer genaueres über die Geschichte und die tägliche Praxis wissen will, möge in dem sehr interessanten Buch von einem der Gründer der MPLP weiterlesen: Kris Merckx: »Médecin du peuple«, Bruxelles 2008
- 2 Alle Infos aus der Broschüre Médecine pour le Peuple: »Le Droit à la Santé et une société en bonne santé«, Texte de Vision 2010; hier S. 4
- 3 Vgl. MPLP: »Le Droit à la Santé et une société en bonne santé«, a.a.O.
- 4 Vgl. Europäische Kommission: »Euro 1999. Bericht über den Konvergenzstand mit Empfehlung für den Übergang zur dritten Stufe der Wirtschafts- und Währungsunion«, 25. März 1998, Luxemburg 1998, S.153



Nicht die neuen EU-Kommissare, sondern die vdäa-Gruppe in Brüssel

Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise

Rolf Schmucker* über Krisenmaßnahmen in der EU

Von der Finanzmarktkrise zur Gesundheitsreform

Hinsichtlich der gesundheitspolitischen Krisenreaktionen in Europa liegen bislang nur wenige systematische und empirisch fundierte Analysen vor. Die Expertenbefragung, die das European Observatory on Health Systems and Policies zusammen mit dem europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt hat (*Mladovsky et al. 2012*) bietet einen Überblick über die gesundheitspolitischen Krisenreaktionen in Europa zum Zeitpunkt April/Mai 2011. Auf Grundlage dieser Daten lassen sich zwei grobe Entwicklungstrends der Gesundheitspolitik in der Krise unterscheiden: Viele Regierungen versuchen einerseits, einen unmittelbar wirksamen Einfluss auf die Einnahmen- und Ausgabensituation in den öffentlich finanzierten Systemen zu nehmen. Mittel- und langfristig angelegte Instrumente zielen andererseits

auf eine Erhöhung von Effizienz und Effektivität in den Gesundheitssystemen ab.

Kurzfristige Konsolidierungsinstrumente

Die finanzielle Lage in den Gesundheitssystemen vieler Länder hat sich dramatisch verschlechtert. Die zur Verfügung stehenden Budgets wurden vor dem Hintergrund sinkender Steuerbeziehungsweise Beitragseinnahmen zum Teil drastisch reduziert (*OECD 2012b, 120*). Gleichzeitig kommt es in vielen Ländern zu einer Verlagerung der Finanzierungslast auf die PatientInnen in Form erhöhter Zuzahlungen. Es fällt auf, dass die »Bailout-Staaten« Griechenland, Irland und Portugal das Arsenal an kurzfristig wirksamen Sparmaßnahmen am umfassendsten nutzen, während andere Länder nur einen Teil der möglichen Instrumente einsetzen.

Beitragserhöhungen und Patientenzuzahlungen nehmen je

nach Haushaltslage und Gesundheitssystemtyp unterschiedliche Formen und Ausmaße an. Während zum Beispiel in Irland die Gesundheitsausgaben generell gekürzt wurden, erhielt das System der »Medical Card« zusätzliche Steuerzuschüsse. Mit der Medical Card soll der zuzahlungsfreie Zugang von bedürftigen Personen zur Primärversorgung sichergestellt werden. Gleichzeitig wurde allerdings einem Teil der RentnerInnen die Berechtigung zum Erhalt dieser Karte entzogen (*Thomas und Burke 2012*). In Portugal wurden Zuzahlungen für Arzneimittel, Impfungen und medizinische Gutachten angehoben. Gleichzeitig wurde ein größerer Teil der Bevölkerung davon befreit. Die Regierung schätzt, dass 70 Prozent der Bevölkerung von den Gebühren ausgenommen sind (*Barros 2012*). In Italien wurden Zuzahlungen erhöht beziehungsweise neu eingeführt wie zum Beispiel eine Konsultationsgebühr in Höhe von zehn Euro. Ausnahmen für Geringverdie-

Bevor wir uns den Auswirkungen der Krisenpolitik in Griechenland konkret zuwenden, fasst hier Rolf Schmucker die unterschiedlichen Problemlagen und verschiedenen austeritätspolitischen Maßnahmen in den einzelnen Krisenländern – die keine Lösung darstellen. Stattdessen plädiert er für einen »Gesundheitskeynesianismus«, der nicht spart, sondern in Gesundheit investiert.



Wir sind zwar wichtig, aber das Treffen mit Parlamentspräsident Martin Schulz war nur virtuell.

ner sind dabei nicht vorgesehen (Day 2011).

Neben den Patienten stehen die Beschäftigten in den Gesundheitseinrichtungen im Fokus vieler Sparpakete. Hier wird zum einen mit Personalabbau in der öffentlichen Verwaltung und in den Versorgungseinrichtungen operiert. In Irland wurde ein Einstellungsstopp für Ärzte, Pflegekräfte und weitere Gesundheitsberufe verfügt (Thomas und Burke 2012). In Griechenland werden Zeitverträge im Öffentlichen Dienst und damit auch in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht mehr verlängert und nur jeder fünfte Beschäftigte, der in den Altersruhestand geht, soll durch eine Neueinstellung ersetzt werden (Zaracostas 2011). Zum anderen werden in vielen Ländern die Gehälter der Be-

schäftigten deutlich gekürzt. Aus Spanien wird für das Jahr 2010 ein Einkommensrückgang für Ärzte und Pflegekräfte von fünf bis sieben Prozent berichtet (de Lago 2011). In Portugal wurden die Einkommen eingefroren, in Griechenland wurde ab 2011 ein Rückgang im zweistelligen Prozentbereich durchgesetzt und die rumänische Regierung kürzte die Gehälter aller öffentlichen Angestellten und damit auch der Beschäftigten im Krankenhaussektor im Jahr 2010 gar um 25 Prozent (Mladovsky et al. 2012).

Die vorgenommenen Einschränkungen der Leistungskataloge in den öffentlichen Gesundheitswesen zielen häufig auf die Arzneimittelversorgung. Hier wird einerseits mit dem Instrument der Positivliste agiert (z.B. Bulgarien, Griechenland), andererseits werden einzelne Arzneimittel aus der Erstattungsfähigkeit herausgenommen (z.B. Portugal). In Griechenland wurde der Zusammenschluss der verschiedenen Sozialversicherungsträger im Jahr 2011 zu einer Vereinheitlichung der vormals differierenden Leistungskataloge genutzt. Im Zuge dieses Prozesses wurden einige kostspielige diagnostische Verfahren aus dem Leistungskatalog gestrichen (Kaitelidou und Kouli 2012, 13). Die irische Regierung kürzte 2010 die Zuschüsse für die zahnärztliche Versorgung bedürftiger Versicherter.

Die angeführten Beispiele sind eine Momentaufnahme aus dem Frühjahr 2011. Seitdem hat sich die Wucht der Krise in vielen Ländern kaum verringert und

weitere gesundheitspolitische Sparpakete sind verabschiedet worden. Die spanische Regierung etwa hat im Frühjahr 2012 ein Gesetz verabschiedet, mit dem die öffentlichen Gesundheitsausgaben um weitere zehn Prozent (rund sieben Milliarden Euro) reduziert werden sollen. Das Gesetz sieht unter anderem zusätzliche Belastungen der Rentner in der Arzneimittelversorgung vor und streicht die kostenlose medizinische Versorgung von Immigranten ohne Aufenthaltsgenehmigung (Casino 2012).

Mittel- und langfristiger struktureller Wandel

Neben den skizzierten kurzfristigen Maßnahmen werden in der Krise verschiedene strukturelle Eingriffe in die öffentlichen Gesundheitssysteme vorgenommen. Dabei ist nicht immer eindeutig, inwiefern es sich um explizite Krisenreaktionen handelt. Zum Teil werden Reformen umgesetzt, die schon seit längerem auf der politischen Agenda der jeweiligen Länder stehen. Hier ist zu beobachten, dass die Krise einen Katalysatoreffekt erzeugt, durch den die Umsetzung bereits diskutierter oder geplanter Maßnahmen beschleunigt wird. Den verschiedenen eingesetzten strukturellen Instrumenten ist gemein, dass sie weniger die kurzfristige finanzielle Konsolidierung verfolgen – obwohl auch dieses Ziel häufig mit Strukturreformen verknüpft ist – als mittel- und langfristige Wirkungen der Effizienz- und die Effektivitätssteigerung.

Kurzfristige Instrumente zur Veränderung der Einnahmen- und Ausgabensituation *

	Bulgarien	Griechenland	Irland	Italien	Portugal	Rumänien	Spanien
Allgemeine Kürzung Gesundheitsbudget	●	●	●	●	●	●	●
Anhebung Versicherungsbeiträge/Steuern	●	●	●	●	●	●	○
Erhöhung von Patientenzuzahlungen	○	●	●	●	●	●	○
Gehaltskürzungen für Beschäftigte	●	●	●	○	●	●	○
Einschränkungen Leistungskatalog	●	●	●	○	●	○	○

* Stand April/Mai 2011)

Versorgungsstrukturen

Hinsichtlich der Versorgungsstrukturen steht der Krankenhaussektor im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Krisenreaktionen. Sowohl die Schließung und die Fusion öffentlicher Krankenhäuser als auch der Abbau von Krankenhausbetten werden zum Teil in großem Umfang betrieben (Bulgarien, Griechenland, Irland, Portugal, Rumänien). In einigen Ländern war der Bettenabbau schon vor Krisenbeginn Ziel der Gesundheitspolitik (z.B. Portugal), durch die Krise wurde er jedoch deutlich intensiviert. Die Ressourcenknappheit hat auch dazu geführt, bereits geplante Modernisierungen beziehungsweise Neubauten von Versorgungseinrichtungen zu stoppen (z.B. Rumänien). Gleichzeitig findet sich in einigen Ländern der Versuch, die Krankenhausbedarfsplanung auf eine neue Grundlage zu stellen (z.B. Bulgarien, Griechenland). Darüber hinaus wird aus fast allen Ländern von Budgetkürzungen im ambulanten und stationären Sektor berichtet. Die Einrichtungen müssen mit zum Teil deutlich geringeren Ressourcen auskommen, Einstellungsstopps sollen den Personalabbau vorantreiben (z.B. Griechenland, Irland), neue Anreizsysteme und eine Modernisierung des klinischen Managements sollen die Durchführung unnötiger Therapien und Diagnostiken verhindern (z.B. Portugal, Spanien), die Einführung von elektronischen Verschreibungssystemen soll einen rationaleren Gebrauch von Arzneimitteln befördern (z.B. Griechenland, Spanien).

Vergütungs- und Abrechnungssysteme

Auf dem Feld der Vergütungs- und Abrechnungssysteme zeigen sich verschiedene krisengetriebene Entwicklungen. In Griechenland und Bulgarien wurden im stationären Sektor Vorbereitungen zur Einführung eines DRG-Systems getroffen. Damit verbunden ist die Erwartung, die Transparenz des Versorgungsgeschehens zu erhöhen,

die Verweildauern zu verkürzen und einen zweckmäßigen und effizienteren Ressourceneinsatz zu erreichen. Auch im ambulanten Bereich gibt es Bemühungen, die Ausgabenentwicklung stärker zu steuern. Zu diesem Zweck werden einerseits allgemeine Budgetkürzungen durchgesetzt (z.B. Irland), andererseits kommt es zu Veränderungen in den Honorarsystemen durch die Absenkung von Punktwerten für erbrachte Leistungen (z.B. Rumänien) oder durch einen Wechsel der Anreizsysteme, wie es durch den Übergang zu Kopfpauschalen in Portugal und die Einführung von Elementen leistungsorientierter Vergütung in Italien der Fall ist. Der Versuch, weitergehende strukturelle Veränderungen im Bereich der ambulanten Versorgung durchzusetzen, ist in einzelnen Fällen jedoch am Widerstand der Ärzteschaft gescheitert (Bulgarien, Rumänien).

Preisbildungsmechanismen

Der Versuch, die Ausgabenentwicklung durch veränderte Preisbildungsmechanismen zu steuern, findet sich vorrangig im Bereich der Arzneimittel. Der Zu-

griff des Staates wird verstärkt, indem konkrete Einsparziele formuliert werden, wie etwa die Reduzierung der Arzneimittelausgaben um ein Prozent des BIP in Griechenland (2011). Eine unmittelbare Krisenreaktion ist die Neuverhandlung von Arzneimittelpreisen mit der Industrie (Irland, Spanien). Auch die Stärkung von Einkaufsmacht durch die Einführung zentraler Beschaffungsmechanismen soll zur Preisreduzierung genutzt werden (Portugal). Um auch mittel- und langfristig niedrigere Preise zu erzielen, wurden in einer Reihe von Ländern Referenzpreissysteme eingeführt beziehungsweise modifiziert (Portugal, Rumänien). Neben den unmittelbar auf Preissenkung ausgerichteten Instrumenten findet sich verbreitet der Versuch, das Verschreibungsverhalten der Leistungserbringer in Richtung einer höheren Kosteneffektivität zu verändern. Im Mittelpunkt vieler Maßnahmen zu Arzneimittelverschreibungen steht zudem die Förderung des Generika-Einsatzes.

»Der Versuch, weitergehende strukturelle Veränderungen im Bereich der ambulanten Versorgung durchzusetzen, ist in einzelnen Fällen jedoch am Widerstand der Ärzteschaft gescheitert.«



Europäisches Parlament / Brüssel



Demonstration für die Öffnung der Krankenhäuser für alle in Thessaloniki



Transparent an der solidarischen Klinik in Thessaloniki

Administrative Strukturen

Der Einfluss der Krise auf die administrativen Strukturen der Gesundheitssysteme macht sich in vielfältigen institutionellen Reformen und Veränderungen der Steuerungskompetenzen bemerkbar. Es finden sich sowohl Zentralisierungstendenzen als auch Verschiebungen von Aufgaben und Zuständigkeiten auf regionale und lokale Ebenen. Die Einführung zentraler Beschaffungsprozeduren für Arzneimittel und Medizinprodukte bündelt Kompetenzen auf der zentralstaatlichen Ebene. In diese Richtung geht auch die Schaffung neuer nationaler Institutionen für die Verwaltung der Gesundheitsdienste. Dies ist zum Beispiel in Griechenland der Fall, wo aber auch gleichzeitig einzelne Steuerungsfunktionen regionaler und kommunaler Behörden gestärkt werden. Solche Dezentralisierungsprozesse wer-

»Die Ziele von Austeritäts- und Gesundheitspolitik sind nicht kongruent.«

den hinsichtlich der Krankenaussteuerung auch für Rumänien berichtet. In Griechenland wurden die Gesundheitszweige verschiedener gesetzlicher Krankenversicherungsträger (Arbeitnehmer, Selbstständige, Öffentlicher Dienst, Landwirtschaft) zusammengelegt und einem einzigen Träger unterstellt.

Wahrnehmung der Krisenfolgen in der Bevölkerung

Belastbare Daten über die unmittelbaren Konsequenzen der gesundheitspolitischen Krisenreaktionen liegen bislang noch nicht vor. Es mehren sich allerdings die empirischen Hinweise, dass die Krise den Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert und die Ressourcenknappheit (informelle) Rationierungen verstärkt. Erste Hinweise auf die Wirkungen der Maßnahmen aus Sicht der Bevölkerung lassen sich jedoch den Surveys entnehmen, die die Europäische Kommission in unregelmäßigen Abständen durchführt, um die sozialen Folgen der Krise zu erheben. Eine Frage ist darauf gerichtet, ob es in den vergangenen sechs Monaten schwieriger geworden sei, für sich selbst oder Familienangehörige Versorgungsleistungen zu bezahlen.

Im EU-Durchschnitt gaben in den sechs Befragungswellen zwischen Juli 2009 und Dezember 2011 etwa 30 Prozent der Befragten an, es sei »etwas schwieriger« oder »viel schwieriger« geworden. In den von der Krise besonders stark betroffenen Ländern stellt sich die Situation unterschiedlich dar. In Griechenland geben im Dezember 2011 63 Prozent der Bevölkerung an, dass es in den vergangenen sechs Monaten schwieriger geworden sei, Leistungen der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu bezahlen. In Rumänien, Bulgarien, Portugal, Italien und Irland liegen die Werte zwischen 42 und 55 Prozent. Auffällig sind die relativ geringen Werte in Spanien (20 Prozent).

Wandel gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen

Die Ziele von Austeritäts- und Gesundheitspolitik sind nicht

kongruent. In den von der Krise besonders betroffenen Ländern kommt es zu einer wachsenden Kluft zwischen schwindenden Ressourcen und wachsendem Versorgungsbedarf. Der strikte austeritätspolitische Kurs, den viele europäische Krisenländer, der IWF und die EU-Kommission eingeschlagen haben, dominiert die gesundheitspolitischen Krisenreaktionen. »So far, the discussion has been limited to finance ministers and their counterparts in the international financial institutions. Health ministers have failed to get a seat at the table.« (McKee et al. 2012b, 349)

Originär gesundheitspolitische Ziele, wie die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit durch einen universalistischen Zugang zu einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung sowie die Reduzierung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit, treten angesichts der Haushaltslage in den Hintergrund. Die kurzfristig wirksamen pauschalen Kürzungen der Gesundheitsbudgets und die Einführung beziehungsweise Erhöhung von Zuzahlungen gefährden vor allem die Versorgung von Patienten mit geringen finanziellen Möglichkeiten. Währenddessen bleibt der Druck der Finanzmärkte unverändert hoch. Die Ratingagentur Standard & Poor's warnte unlängst davor, dass steigende Gesundheitsausgaben die Kreditwürdigkeit in den G-20-Staaten gefährde, und forderte eine Reduzierung öffentlich finanzierter Gesundheitsleistungen (Standard & Poor's 2012).

Alternative politische Strategien liegen durchaus vor. »Gesundheitskeynesianische« Vorstellungen setzen auf (antizyklische) Investitionen in die Gesundheitssysteme, wodurch sowohl eine Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit als auch wirtschaftliches Wachstum gefördert werden könnten. Noch im Jahr 2008 hatten sich die Gesundheitsminister der europäischen WHO-Region in der Charta von Tallinn feierlich auf ein entsprechendes Vorgehen verständigt (WHO Europa 2008). Im Verlauf der Krise sind derartige gesundheitspolitische Krisenreaktionen jedoch an den Rand

gedrängt worden (McKee et al. 2012a).

Der langfristige Trend steigender öffentlicher Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern wurde durch die Krise verlangsamt beziehungsweise gestoppt. In einer Reihe von europäischen Ländern sank der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt. Die realen Ausgaben gingen im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahr in Irland um 10,8 Prozent, in Griechenland um 9,9 Prozent zurück. In Deutschland stiegen die Gesundheitsausgaben im selben Zeitraum um 2,4 Prozent an (OECD 2012c). Die einschneidenden Ausgabenkürzungen führen somit zu einer deutlichen Reduzierung gesundheitspolitischer Handlungsspielräume.

Gleichzeitig beeinträchtigt die Krise die sozialen Determinanten von Gesundheit auf vielfältige Weise (Kaplan 2012). Steigende Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und negative Zukunftserwartungen, eine Reduzierung des verfügbaren Einkommens, Verschlechterungen der Wohnsituation, wachsende Armut etc. wirken sich negativ auf den Gesundheitszustand der betroffenen Bevölkerungsschichten aus. Erfahrungen aus vergangenen Wirtschaftskrisen belegen einen Anstieg der Mortalität und der Morbidität. Die Studien belegen zudem, dass der negative gesundheitliche Effekt wirtschaftlicher Krisen in den Ländern stärker ausgeprägt ist, die über ein geringeres Niveau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen und aktiver Arbeitsmarktpolitik verfügen und ein höheres Maß an sozialer Ungleichheit aufweisen. In der gegenwärtigen Krise besteht die Gefahr, dass der Abbau sozial- und gesundheitspolitischer Leistungen die Abwärtsspirale aus sozialer Deprivation und Verschlechterung des Gesundheitszustands verstärkt.

Fazit

Im Schatten der politischen Aktivitäten zur Bewältigung der Finanz- und Schuldenkrise finden Veränderungen statt, die die sozialen Determinanten von Gesund-

heit und die Gestalt der gesundheitlichen Versorgungssysteme in den von der Krise betroffenen Ländern nachhaltig beeinflussen. Die konkreten gesundheitsbezogenen Krisenfolgen sind derzeit noch nicht quantifizierbar. Unklar ist auch, ob die umgesetzten und geplanten Strukturreformen der Gesundheitssysteme mittel- bis langfristig die gewünschten Wirkungen entfalten werden. Aus Public-Health-Perspektive ist es dringend erforderlich, über Alternativen zur Austeritätspolitik und ein antizyklisches »investment in health« nachzudenken. Dies gilt auch für die Länder, die von der Krise derzeit nicht so stark betroffen sind. Mit der Etablierung des sanktionsbewehrten Fiskalvertrags werden haushaltspolitische Entscheidungen künftig verstärkt Gegenstand europäischer Kontrolle. Um zu vermeiden, dass die gesundheitliche Versorgung zur abhängigen Variable der Haushaltsentwicklung wird, ist es notwendig, den eigenständigen Wert und die Ziele von Gesundheitspolitik hervorzuheben. Universalität, Zugang, Gleichbehandlung und Solidarität sind nicht zuletzt von der EU als handlungsleitende Grundwerte für die Gestaltung der Gesundheitssysteme benannt worden (Rat der EU 2006).

Dr. phil. Rolf Schmucker, seit 2010 an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld tätig; jetzt Mitarbeiter beim dgb-Projekt »Gute Arbeit«.

Die Langfassung dieses Textes mit Literaturliste ist erschienen in: *Gesundheit & Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, Jg. 13, Heft 1 (Januar) 2013, S. 7–14, www.wido.de



Treffen mit »Solidarity for All« in Athen



Athen, eine antifaschistische Stadt

»Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin«

im Abonnement?

Der Rundbrief des vdäa ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen 2-3 mal im Jahr Themenhefte zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen; in der vierten Ausgabe des Jahres finden sich neben vereinsinternen Berichten ebenfalls Berichte und Dokumente des Gesundheitspolitischen Forums. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro im Jahr zu abonnieren.

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

Nachdem wir in der letzten Ausgabe schon berichtet haben über unsere Delegationsreisen nach Athen und Thessaloniki, wollen wir in dieser Ausgabe noch ein bisschen konkreter werden und noch weiter berichten über unsere Eindrücke. Gerne hätten wir auch noch ein Interview mit den KollegInnen und FreundInnen aus der Solidarischen Klinik in Thessaloniki gemacht, aber inzwischen überschlugen sich die Ereignisse: Nach der Schließung des staatlichen Rundfunks durch den konservativen Ministerpräsidenten Samaras war jeder politisch Aktive in Griechenland gefordert. Und nicht nur das. Für die Aktiven im Syriza-Bündnis rückt die Möglichkeit einer linken Regierung immer näher. Da blieb neben Lohnarbeit, ehrenamtlicher Tätigkeit

in der solidarischen Klinik und Besetzung des Rundfunkgebäudes keine Zeit mehr für ein schriftliches Interview!

Wir werden die Ereignisse weiterverfolgen und beim Gesundheitspolitischen Forum im Oktober in Berlin die Gelegenheit haben, mit Alexis Benos, Professor und Aktivist bei der solidarischen Klinik in Thessaloniki, über die Situation zu diskutieren. Einstweilen bleibt uns nur, was wir in Griechenland versprochen haben: Aufklärung über die verheerenden Auswirkungen der Austeritätspolitik, Kritik der deutschen Regierung, die dafür maßgeblich verantwortlich ist - und Solidarität mit den selbstorganisierten Projekten in Griechenland.



Demonstration in einem Krankenhaus in Thessaloniki

Mit der Brechstange...

Ein Gespräch über das griechische Gesundheitswesen

Bei unserer Delegationsreise trafen wir auch Prof. Jobst Rudolf, einen Neurologen in Thessaloniki. Wir hatten in einem Bericht in der Süddeutschen Zeitung über ihn gelesen und ihn gefragt, ob er uns etwas aus der Perspektive eines deutschen Arztes über das griechische Gesundheitswesen erzählen will.

Jobst Rudolf ist Neurologe, seit elf Jahren in Thessaloniki und leitet die Stroke Unit im Department of Neurology im Papageorgiou General Hospital, das zu einer privaten Stiftung gehört, die in das staatliche Gesundheitswesen integriert ist, ähnlich dem Onassis-Herzkrankenhaus. Es wird wie ein staatliches Krankenhaus behandelt. Eine von Rudolfs zentralen Thesen ist, dass es »schon immer« grundsätzliche strukturelle Probleme im griechischen Gesundheitswesen gegeben habe, die jetzt in der Krise

aber deutlicher spürbar werden. Im griechischen Gesundheitswesen versickere schon bisher sehr viel Geld.

Primärversorgung

Niedergelassene Ärzte haben Standard-Verträge mit den Krankenkassen. Jeder Vertragsarzt betreut die ersten 200 Patienten pro Monat als Kassenpatienten, er erhält pro Patient von der Krankenkasse eine Pauschale (für 200 Patienten 1400 Euro/Monat). All diese Patienten werden in einem Zentralrechner erfasst.

Die weiteren (krankenversicherten) Patienten (ab Nr. 201/Arzt/Monat) müssen privat bezahlen ohne Rückerstattung durch die Krankenkasse. (Hier stellt sich die Frage, wer weiß, dass er die Nummer 201 ist und warum er zahlen muss und die Nummer 199 nicht.) Die Kontrollen durch die Kasse sind jetzt verstärkt worden. Ausweichstrategie: Diese Patienten strömen in die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser, die deshalb jetzt eine starke Zunahme verzeichneten.

Die Krankenhaus-Ärzte arbei-

ten zwischen 9 und 15 Uhr. Das Ende der Dienstzeit werde immer eingehalten. Nach 15 Uhr gebe es keine Leistungen mehr in den Krankenhäusern, es sei denn, es ist das Dienstkrankenhaus. Es gibt keinen ambulanten ärztlichen Notdienst, was zur Folge habe, dass zu Unzeiten Patienten in die Notaufnahmen der Kliniken strömten. Schon immer hatten nur ein bis zwei Krankenhäuser Dienst, jede Klinik sei also jeden vierten Tag für 24 Stunden geöffnet. Dann aber müssen dort bis zu 1 200 Patienten pro Schicht versorgt werden.

Die Patientenversorgung sei hierarchisch gegliedert: Oben stehen die Krankenhäuser der Primärversorgung. In der Peripherie größerer Städte gibt es im Rahmen der Primärversorgung »Gesundheitszentren«, die von den Kliniken vorgehalten werden. Es gebe mindestens ein Gesundheitszentrum pro Krankenhaus der Primärversorgung. Die Gesundheitszentren wiederum unterhalten in Dörfern »periphere Praxen«, die nicht behandeln, sondern nur Verordnungen ausstellen. Diese sind nur einmal pro Woche besetzt. In den Gesundheitszentren und vor allem in den peripheren Praxen seien die Wartezeiten oft sehr lang.

Stationäre Versorgung

Es gibt staatliche Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen und private Krankenhäuser (mit oder ohne Kassenverträge). Ärzte in öffentlichen Kliniken sind verbeamtet, sie bekommen ihr Gehalt nicht vom Krankenhaus, sondern vom Staat. Es ist ihnen nicht erlaubt, nebenher eine Privatpraxis zu führen. Ausnahme: Uni-Ärzte, Militärärzte (diese beiden dürfen jeden Tag Praxis machen) und Ärzte mit Facharztstatus. Letztere dürfen einmal pro Woche eine Nachmittagsprechstunde für Privatpatienten abhalten (40 Prozent des Honorars gehen dann an KH-Träger, der Rest an den behandelnden Arzt).

Einzelheiten

- Bis vor zwei Jahren gab es ein berufsständisch geglieder-

tes Krankenversicherungswesen mit völlig unterschiedlichem Leistungskatalog der einzelnen Kassen. Dann wurden 95 Prozent der Krankenkassen in EO-PYY zusammengefasst. Diese ist auch für die Rentenversicherung zuständig. Die Honorierung der Leistungen wurde dabei nach unten »angeglichen«, man orientierte sich an den Sätzen der Krankenkassen mit der schlechtesten Honorierung. In einem überarbeiteten Leistungskatalog wurden dann weitere Leistungen aus dem Katalog gestrichen. Die Beiträge sind für Arbeitnehmer sehr gering, für den Arbeitgeber höher (insgesamt nur ca. vier Prozent), der Rest wird vom Staat finanziert.

- Die Troika bestand auf der Kündigung von Flächentarifverträgen. Hierbei sei die die Troika »mit der Brechstange« vorgegangen. Die Sparmaßnahmen konzentrierten sich auf Bereiche, an die man am einfachsten herankam, d.h. auf Leistungen für Angestellte und Rentner.

- Gehaltskürzungen: Es gibt einen staatlichen Tarifvertrag, in dem bestimmte Kriterien angeführt sind, die Höhe des Gehaltes ist aber nicht vertraglich fixiert, nur die Gehaltsstufe (entspricht dem TvöD in Deutschland). Dies erleichtert Gehaltskürzungen. Prof. Rudolf selbst erfuhr eine Gehaltskürzung von 40 Prozent in den letzten zwei Jahren. Er verdient jetzt ca. 1 600 Euro und hat 22 Tage Urlaub. Das Grundgehalt wird überwiegend bezahlt, die Kürzungen betreffen vorwiegend die Honorierung der Dienste zu Unzeiten und der Bereitschaftsdienste. Es wurde ihnen aber gerade angedroht, dass auch das Grundgehalt nicht bezahlt werden könne. In diesem Fall drohe ein Streik der Beschäftigten. Er schien das locker zu nehmen: Das sei so eine Art Machtspiel und sie würden ihr Geld schon erhalten...

- Die staatlich vorgehaltenen Reha-Einrichtungen sind nur rudimentär. In Athen gibt es nur eine staatliche Reha-Klinik. Private Reha-Kliniken sind teuer, als Kassenpatient wird einem von EO-PYY nur ein Teil rückerstattet. Konsequenz: Patienten sind

hinsichtlich Reha unterversorgt. Sie werden nach stationären Aufhalten entweder unterversorgt nach Hause entlassen oder sie gehen in Kliniken für chronisch Kranke, die mit den Krankenkassen Versorgungsverträge haben.

- Die durchschnittliche Liegezeit in Griechenland sei 4,5 Tage (hier sind auch Tageskliniken und halbstationäre Aufenthalte mit einberechnet).

- Die DRGs wurden über Nacht »mit der Brechstange« eingeführt – wohl um der Troika einen Erfolg vorzuführen. Jetzt gibt es die zweite DRG-Fassung. Die Abrechnung sei aber völlig intransparent. ICD 10-basiert wird die zulässige KH-Verweildauer berechnet. Eine längere Verweildauer muss beantragt werden. Wenn sie genehmigt ist, gibt es für die weiteren Tage den mittleren Pflegesatz von 80 Euro/Tag. In sei-

»Die Troika bestand auf der Kündigung von Flächentarifverträgen.«



Wulf Dietrich, Jobst Rudolf, Bernhard Winter in Thessaloniki





Notaufnahme Krankenhaus Thessaloniki

ner Klinik funktionierte die Codierung aber gut.

- Jobst Rudolf sieht derzeit keine Privatisierungswelle im griechischen Gesundheitswesen (wie wir sie eigentlich erwartet hätten): Aufgrund der Krise mit hoher Arbeitslosigkeit und Zahlungsschwäche der Patienten hätten Privatkliniken »keine Kundenschaft«.

- Die Art und Qualität der Behandlung im Gesundheitszentrum ist sehr stark vom individuellen Engagement des einzelnen Arztes abhängig (analog zum Schlussatz der Verfassung: »Die

Wahrung der Verfassung obliegt dem Patriotismus der Griechen«).

- Nichtversicherte werden im Notdienst der Krankenhäuser nur dann kostenlos behandelt, wenn sie mittellos sind, die Kosten übernimmt dann die »Sozialhilfe« (was immer das ist).

- Die größten Versorgungsprobleme gibt es bei zwei Patientengruppen: den chronisch und den psychisch Kranken.

- In der Psychiatrie sind »Verwahrnstanstalten« noch die Regel. Ab den 90er Jahren wurden neue Konzepte mit offener und gemeindenaher Psychiatrie entwickelt, in der Folge der Krise wurden die meisten dieser innovativen Projekte gestoppt. (Der Besuch der psychiatrischen Station in Athen war eine der schlimmsten Erfahrungen unseres Aufenthaltes: Mindestens 20 Patienten lagen mittags schlafend (!) auf dem Flur. Eine Patientin war seit zwei Jahren auf dieser Station.)

- Bei Medikamenten gibt es drei Gruppen: Medikamente ohne Zuzahlung (z.B. Medikamente gegen Psychosen), Medikamente mit zehn Prozent Zuzahlung (z.B. Parkinson-Medikamente), Medikamente mit 25 Prozent

Zuzahlung (z.B. Antidepressiva). Derzeit gibt es die Tendenz, einzelne Medikamente in die Kategorie mit höherer Zuzahlung einzustufen. Die Einteilung an die Zuzahlungsgruppierung scheint sehr willkürlich und wechselt häufig (z.B. Lipidsenker). Teure Krebsmedikamente werden ohne Zuzahlung abgegeben, wenn sie von der Krankenkasse im Einzelfall genehmigt wurden. Die Genehmigung wird für jeweils drei Monate erteilt.

- Die Bürokratie und das organisatorische Chaos haben ein gigantisches Ausmaß angenommen.

- Korruption gab und gibt es. An seiner Abteilung gibt es sie nicht, aber er möchte seine Hand nicht für andere Kliniken ins Feuer legen.

Es bleibt fraglich, ob wir wirklich alles richtig verstanden haben. Wie jedes Gesundheitssystem ist auch das griechische extrem komplex und daher schwer durchschaubar. Wir bitten also, mögliche Fehler zu entschuldigen, sie gehen zurück auf uns und nicht unseren Diskussionspartner in Thessaloniki.

Peter Scholze / Wulf Dietrich

Mehr Informationen über die Auswirkungen der Krisenpolitik finden Sie auf der Homepage des vdaa unter Themen/Gesundheitspolitik (international).

Maßnahmen der Troika in Griechenland

Das wichtigste Ziel der Troika für Griechenland ist, ein BIP-Wachstum von 4,5% in den nächsten drei Jahren. Im Jahr 2012 musste Griechenland Ausgabenkürzungen in der Höhe von 1,5% des BIP implementieren; das entspricht 3,3 Mrd. Euro. Zusätzlich müssen 2013-14 noch mal 5,5% des BIP eingespart werden.

Der Austeritäts-Plan beinhaltet große Reformen bei den Angestellten des öffentlichen Sektors: Zwischen 2011 und 2015 sollen 150 000 Arbeitsplätze gestrichen werden, 15 000 Angestellte im Jahr 2012 entlassen und ein Einstellungsstopp verhängt werden. Der Mindestlohn im öffentlichen Dienst wurde um mehr als 20% gesenkt.

Ein beträchtlicher Teil der öffentlichen Ausgaben entfällt auf den sozialen Sektor, weshalb ein Großteil der Austeritätsmaßnahmen in diesem Sektor angesiedelt sind. Mit der Reduktion der Sozialleistungen erhofft man sich 4% des BIP einzusparen; diese wird hauptsächlich durch Kürzungen von Renten und Sozialleistungen und durch die Streichung von Sozialhilfe

oder sozialen Unterstützungsprogrammen erreicht werden.

Auch wenn Gesundheit als interne Länderangelegenheit angesehen wird, hat die Troika verlangt, dass die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit nicht höher als 6% des BIP sein sollen, die Europäische Union hat damit einen Präzedenzfall geschaffen für die Übernahme der Kontrolle über nationale Gesundheitssysteme in einzelnen Ländern. Die Einsparungen werden vorrangig erreicht mit der Reduktion der staatlichen Ausgaben für Arzneimittel, mit Personalabbau und Veränderungen beim Zugang zu Versorgungsleistungen. Das Ziel für Ende 2012 war eine substantielle Ausgaben-senkung gegenüber 2010, die eine Senkung der Ausgaben für medizinische Versorgung und Heilmittel um 25% durch mangelgebundene Preisabkommen, eine Reduktion der Zahl der Verwaltungsangestellten der Krankenversicherung auf die Hälfte, eine Reduktion der Zahl der bei der Krankenversicherung angestellten Ärzte um 25%, eine Senkung der Ausgaben

für outgesourcte private Dienste um 30%, eine Senkung der Ausgaben für Krankenhäuser um 15% sowie eine Senkung der Löhne Gehälter der Ärzte um 25% beinhaltete.

Die Restrukturierung des öffentlichen Krankenhausesektors in 2011, deren Ziel weitere Einsparungen und eine Steigerung der Effizienz war, beinhaltete die Schließung oder Zusammenlegung von 370 Fachabteilungen, eine Bettenreduktion von 35 000 auf 33 000 (und eine Umwidmung von weiteren 500 Betten für Privatpatienten), ein Einstellungsstopp für neue Ärzte, eine Erlaubnis für Privatärzte mit einem Vertrag mit der gesetzlichen Krankenversicherung, einmal in der Woche in einem öffentlichen Krankenhaus zu arbeiten.

(Quelle: Marina Karanikolos, Philpa Mladovsky, Jonathan Cylus, Sarah Thomson, Sanjay Basu, David Stuckler, Johan P Mackenbach, Martin McKee: »Finanzkrise, Austerität und Gesundheit in Europa«, in: *Lancet*, März 27, 2013 – Übersetzung: Nadja Rakowitz)



Graffiti in Athen

Krise als Chance?

Das gesundheitspolitische Programm des Syriza-Bündnisses

Syriza, die Koalition der radikalen Linken in Griechenland, ist ein Bündnis von 11 verschiedenen Parteien und Gruppen (wovon die größte Synaspismos ist), das seit dem Jahr 2000 zusammenarbeitet. Sie erarbeitet aktuell ein kurzfristiges Regierungsprogramm, weil sie damit rechnet, bald tatsächlich regieren zu müssen bzw. können. Noch in diesem Sommer will das Syriza-Bündnis die Parteigründung abschließen.

Die staatsstreichtartige Schließung des öffentlichen Rundfunks ERT alleine durch die Nea Demokratia ohne ihre Koalitionspartner PASOK (Sozialdemokraten) und DIMAR (Demokratische Linke) hat diesen Prozess der Auflösung der Regierung weiter beschleunigt. Sie führte zunächst zum Austritt von DIMAR aus der Koalition und zu einer Umbildung der Regierung aus ND und PASOK¹. Wie schon Im Februar scheint es immer noch so zu sein, dass sich die Situation von Woche zu Woche ändert. Der Auflösungsprozess geht weiter.

Im Wahlprogramm von Syri-

za für die Parlamentswahlen am 17. Juni 2012 gab es – natürlich neben vielen Punkten die Verschuldung und die Finanzkrise betreffend² – auch einige Punkte zum Gesundheitswesen wie: Aufstockung der Mittel für die öffentliche Gesundheit bis zu dem durchschnittlichen europäischen Niveau, Streichung der Zahlungen von den Bürgern für die nationalen Gesundheitsdienste; Verstaatlichung der privaten Kliniken, Beseitigung der privaten Beteiligung am staatlichen Gesundheitssystem; kostenlose Nutzung der Gesundheitseinrichtungen für Erwerbslose, Obdachlose und Menschen mit niedrigen Einkommen und Erhöhung der Zahlungen für Erwerbslose; Steigerung des sozialen Schutzes für Familien mit einem Elternteil, für die Alten, Behinderten und Familien ohne Einkommen.

Einige der Syriza-Aktiven sagten uns aber, dass sie letztes Jahr noch nicht wirklich vorbereitet waren auf eine Übernahme der Regierung. Es war damals noch unklar, was dies alles für eine

kurzfristige Regierungsübernahme bedeuten würde und wer das alles praktisch umsetzen sollte.

Es wurde mehrmals betont, dass es in Griechenland keine soziale Fürsorge mehr gibt. Durch die Zusammenlegung aller – zum Teil schon verschuldeter – Krankenkassen zu einem zentralen Träger, der »Nationalen Organisation zur Erbringung von Gesundheitsleistungen« (EOPYY), sind die Verbindlichkeiten der EOPYY gegenüber Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern und Pharmakonzernen auf von 1,5 Mrd. Euro gestiegen. Es gibt jedoch kein Konzept für eine tragfähige Finanzierung der EOPYY. Im Gegenteil: Sie erhielt 500 Millionen Euro weniger staatliche Zuschüsse als die einzelnen Krankenkassen vor der Zwangsfusion. Die neu geschaffene Kasse, der mittlerweile über 90 Prozent aller Krankenversicherten in Griechenland angehören, ist zahlungsunfähig.

Das hat natürlich fatale Folgen für das gesamte Gesundheitssystem:

Die politische Situation in Griechenland ist äußerst instabil. Niemand weiß, wie lange die Regierungskoalition noch hält. Auch bei unserem Besuch im Februar, konnten wir diese bei den Gesprächen mit Politikern Syriza spüren. Wir trafen Theodoros Paraskevopoulos, der uns eine Einführung in die aktuelle polit-ökonomische Situation gab, und im Parlament konnten wir mit Mitgliedern der Syriza-Fraktion, die für das Gesundheitswesen zuständig sind, über ihre Analyse der Situation und ihr zukünftiges Regierungsprogramm diskutieren.



Gesundheitsexperten der Syriza-Fraktion im griechischen Parlament

- Apotheken akzeptieren oft keine Kassenrezepte mehr. Die Patienten müssen bar bezahlen und hoffen, irgendwann zumindest einen Teil erstattet zu bekommen. Bei gesetzlich verfügbaren Lohnkürzungen um bis zu 50 Prozent können sich die meisten Menschen aber schlicht keine Medikamente mehr leisten – egal wie (lebens-)notwendig sie sind.
- In vielen Arztpraxen und privaten Krankenhäusern wird ebenfalls Barzahlung verlangt, mit den gleichen Konsequenzen, wie bei Medikamenten.

- In öffentlichen Krankenhäusern fehlt es am Nötigsten, wie Spritzen, Verbandmaterialien und Verpflegung. Lebenswichtige Behandlungen und Operationen finden nicht statt oder werden verschoben – mit zum Teil tödlichen Folgen für die Patienten. Verbände und Bettwäsche müssen von Angehörigen gewechselt werden. Das Material dafür müssen sie selber mitbringen.

- Von den 500 gängigsten Medikamenten ist die Hälfte aus den Regalen verschwunden. Antibiotika, Diabetes-Medikamente, Aspirin und viele andere wichtige Medikamente sind kaum noch erhältlich, auch nicht gegen Geld.³

Das offiziell geplante »Reformprogramm« der EU für das Gesundheitswesen ist einer »Taskforce« übertragen worden – unter Federführung des deutschen Bundesgesundheitsministeriums. Die geplanten Reformen beziehen sich hauptsächlich auf drei Felder:

1. Die Arzneimittelversorgung

und die Arzneimittelpreisbildung
2. Das Krankenhausmanagement und die Krankenhausfinanzierung
3. Das Krankenversicherungssystem EOPYY

In allen diesen Feldern sollen mehr oder weniger »deutsche Rezepte« angewendet

Werden: Der Einsatz von Generika samt Ausschreibungen, Rabattverträgen und Festpreisregelungen; die vor ca. zwei Jahren begonnene Einführung von Diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRG) in den Krankenhäusern und sogenannte eHealth-Systeme im Krankenversicherungsbereich. Allen angekündigten »Rezepten« ist gemein, dass sie nicht nur auf Effizienzsteigerung, sondern auch auf eine weitgehende marktwirtschaftliche Ausrichtung der genannten Felder zielen. Ferner ist all diesen »Rezepten« gemein, dass sie als Therapie – zumindest kurzfristig – völlig an der diagnostizierten Notfallsituation, in der sich das griechische Gesundheitswesen befindet, vorbei gehen. Diagnose und Therapie passen nicht zusammen.

Zentral in ihrer Arbeit sieht Syriza auch die verschiedenen Solidaritätsprojekte und -netzwerke zu unterstützen, aufzubauen und zu vernetzen, da sie hier auch Ansätze neuer politischer und wirtschaftlicher Organisation sehen. Viele Mitglieder sind aktiv bei den Initiativen engagiert und zudem spenden viele Syriza-Abgeordnete 20 Prozent ihrer Bezüge an *Solidarity for all* – so etwas wie die Dachorganisation der solidarischen Initiativen. Neben der aktiven politischen Arbeit – unter anderem wurde eine internationale Kampagne zur Unterstützung der Initiativen initiiert – werden auch mal Räume organisiert, ein Kühlschrank oder ein Zahnarztstuhl.

Gesundheitswesen

Zunächst einmal ist die These, dass diese katastrophale Krise des Gesundheitswesens nicht einfach Resultat »der Krise« ist. Das Spardiktat der Troika, das die griechische Regierung gnadenlos umsetzt, hat diese maßgeblich

forciert. Hier muss der Hauptangriffspunkt liegen.

Syriza will sich perspektivisch für ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen einsetzen, da sie eine Finanzierung der Gesundheitsversorgung über Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge in Griechenland als gescheitert ansehen. Nicht nur für das Gesundheitswesen aber auch dafür braucht es ein neues Steuersystem bzw. eine neue Steuergesetzgebung. Im Moment geben nur 0,4 Prozent der Steuerzahler ein Jahreseinkommen von mehr als 100.000 Euro an und es gibt kein Vermögensregister. Die Steuerflucht liege aber nicht etwa an der Unfähigkeit der Finanzbeamten, sondern sei ein gewolltes Phänomen. In Syriza wird diskutiert, wie man einen funktionierenden öffentlichen Dienst mit motivierten Menschen aufbauen kann. Das Knowhow dafür ist im Land.

Ein großer Anteil der stationären Versorgung ist mittlerweile privat. Es werden keine öffentlichen Krankenhäuser mehr gebaut und die EOPYY wendet sich zunehmend an private Investoren. Deshalb plant Syriza, dass öffentliche Gelder, die im Moment in privatisierte Versorgungsstrukturen fließen, wieder gekürzt werden und stattdessen in die bessere Ausstattung öffentlicher Strukturen gehen. Generell soll die Privatisierung erschwert bzw. verhindert werden. Weiterhin ist eine Entkommerzialisierung der Medikamentenversorgung durch Generikaproduktion geplant. 20 Prozent der in Griechenland verordneten der Medikamente werden auch in Griechenland produziert. Syriza ist klar, dass sie nicht einfach eine Verstaatlichung



Theodoros Paraskevopoulos

**»Aktuell würden laut
Umfragen 29 Prozent der
Wahlberechtigten ihre
Stimme Syriza geben, der
konservativen Nea
Demokratia 26 Prozent,
den Faschisten von Chrysi
Avgi 14 Prozent.«**

der Pharmaindustrie durchsetzen können. Möglich sollte jedoch eine öffentliche Kontrolle der Pharmaindustrie sein.

Generell will man jedoch weg von der rein kurativen Ausrichtung des Gesundheitswesens – hin zu verstärkt präventiven Ansätzen. Nicht das Krankenhaus soll im Zentrum des Gesundheitswesens stehen, sondern Gesundheitsförderung und ein guter öffentlicher Gesundheitsdienst. Langfristig ließen sich so auch Kosten sparen.

Welche dieser hehren Ziele umgesetzt werden können, kann man womöglich bald beobachten. Neuwahlen werden immer wahrscheinlicher.

Nadja Rakowitz

- 1 Gesundheitsminister ist nun Adonis Georgiadis, ehemaliges Mitglied von der rechtsextremen LAOS, jetzt Mitglied der ND.
- 2 Darunter z.B.: Erhöhung der Einkommensteuer auf 75 Prozent für



Stadtteil Exarchia/Athen

alle Einkommen über 500 000 Euro; Abschaffung von finanziellen Privilegien für die Kirche und Schiffbauindustrie; drastische Beschneidung der Militärausgaben; Verstaatlichung der Banken; Wiederverstaatlichung der ehemals öffentlichen Unternehmen in für das Wachstum des Landes strategisch wichtigen Sektoren (Eisen-

bahnen, Flughäfen, Post, Wasser), die Präferenz für erneuerbare Energien und Schutz der Umwelt und nicht zuletzt die Aushandlung eines stabilen Verhältnisses zur Türkei.

- 3 Vgl. Harald Weinberg: »Das griechische Gesundheitssystem steht vor dem Kollaps«, Juni 2012, in: www.harald-weinberg.de/

Die Situation in Griechenland

Es wird immer offensichtlicher, dass sich die Versorgung von psychisch Kranken in Griechenland in den letzten zwei Jahren verschlechtert hat. Das griechische Gesundheitsministerium meldete einen 30-prozentigen Anstieg der Suizide zwischen Januar und Mai 2011 verglichen mit demselben Zeitraum 2010 – allerdings von einem niedrigen Ausgangswert. Die Ergebnisse von zwei landesweiten sektorübergreifenden Querschnittsstudien aus 2008-2009 zeigten, dass sich die Zahl der in einem Monat neu auftretenden schweren Depressionen in dieser Zeit verdoppelt hat und dass Menschen, die schweren wirtschaftlichen Entbehrungen ausgesetzt sind, das größte Risiko tragen.

Eine Analyse von Kentikelenis u.a. zeigte, dass die allgemeine Gesundheit nach subjektiver Einschätzung sich verschlechtert hat – 2009 hielten mehr Menschen ihren Gesundheitszustand für »schlecht« oder »ganz schlecht« als 2007. Eine Verschlechterung des subjektiven Gesundheitszustands stellt auch eine Studie fest, die eine landesweite Untersuchung von 2006 mit einer von 2011 verglichen hat. Der Anteil an Menschen, die meinten, medizinische Versorgung zu brauchen, diese aber nicht bekamen, stieg signifikant an; lange Wartezeiten und Anfahrtswege und das Hoffen, es würde von alleine besser, waren die meist genannten Gründe dafür, dass keine medizinische Hilfe gesucht wurde.

Solche Antworten werden bekräftigt durch Berichte über eine 40-prozentige Kürzung der Krankenhaus-Ausgaben, über Einsparungen an Personal und medizinischem Material und über Korruption im Gesundheitswesen. Daten über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zwischen 2009 und 2011 zeigen einen Anstieg der Einweisungen in öffentliche Krankenhäuser und ein Sinken der Einweisungen in private, weil sich die Patienten keine private Krankenversicherung mehr leisten können. Auch wenn Griechenland durch Verhandlungen mit den Pharmaherstellern niedrigere Preise für Generika sichergestellt hat, gibt es aus dem ganzen Land Berichte über Medikamentenengpässe in den Apotheken, weil die Großhändler auf Märkte mit höheren Profiten ausweichen. Derweil sind die Krankenversicherungen mit den Vergütungen an die Apotheken in Verzug, was zu ansteigender Verschuldung führt. Als Konsequenz bitten die Apotheken ihre Patienten, die Arzneimittel bar zu bezahlen und sich dann von der Versicherung erstatten zu lassen. Dies hielt so lange an, bis das Ministerium für Gesundheit bereit war, einen Teil der Schulden der Apotheken zu begleichen.

Der Anstieg von HIV unter i.v. Drogen-Konsumenten begann 2011 und verschlimmerte sich noch 2012. Zwischen 2007 und 2010 wurden bei diesen Drogenkonsumenten zwischen 10 und 15 HIV-Infektionen jährlich in Griechenland gezählt; die Zahl der Infektionen

stieg auf 256 in 2011 und auf 314 in den ersten acht Monaten von 2012. Eine geringe Versorgung mit präventiven Angeboten hat stark dazu beigetragen, dass die Übertragung von HIV so angestiegen ist. NGOs berichten, dass seit 2008 ein drastischer Rückgang von Spritzenaustauschprogrammen und anderen präventiven Angeboten festgestellt werden muss.

Die Praxisgebühren für den Besuch einer ambulanten Praxis sind von 3 auf 5,73 Euro angestiegen und viele Versorgungseinrichtungen wurden ganz geschlossen. Presseberichte über die negativen sozialen Auswirkungen einschließlich Obdachlosigkeit, steigende Kriminalität und Kindern, die der staatlichen Fürsorge unterstellt werden, sind inzwischen nichts Ungewöhnliches mehr.

Zu dem von der Troika vorgeschriebenen Rettungspaket gehört eine rigide Sparpolitik mit Kürzungen bei staatlichen Wohlfahrtsprogrammen, bei Bildung und Gesundheit in den nächsten fünf Jahren. Dies lässt Griechenland kaum noch Möglichkeiten, der eskalierenden sozialen Krise entgegenzuwirken.

(Quelle: Marina Karanikolos, Philipa Mladovsky, Jonathan Cylus, Sarah Thomson, Sanjay Basu, David Stuckler, Johan P Mackenbach, Martin McKee: »Finanzkrise, Austerität und Gesundheit in Europa«, in: *Lancet*, März 27, 2013 – Übersetzung: Nadja Rakowitz)

Medizinische Versorgung in Griechenland und Finanzkrise

Antrag auf dem Deutschen Ärztetag in Hannover



Peter Scholze, Wulf Dietrich, Ellis Huber und Daniel Rühmkorf (alle Mitglieder des vdää und Delegierte beim Ärztetag für die Fraktion Gesundheit und die Idää Bayern) haben beim diesjährigen Ärztetag einen Antrag zu Griechenland gestellt, der aber zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen – also nicht angenommen – wurde.

Antrag: Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, Kontakt zu griechischen Ärzteorganisationen aufzunehmen, um sich umfassend über die krisenbedingten Auswirkungen auf das griechische Gesundheitswesen zu informieren. Die BÄK fasst diese Informationen in einem Bericht zusammen, der im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht und auf dem DÄT 2014 diskutiert wird.

Hiermit handelt die BÄK gemäß ihrer Satzung, § 2, Abs.1. Dort wird unter »Zweck der Arbeitsgemeinschaft« unter anderem die »Herstellung von Beziehungen zur medizinischen Wissenschaft und zu ärztlichen Vereinigungen im Ausland« angeführt.

Begründung: Es kann der deutschen Ärzteschaft nicht egal sein, wenn das griechische Gesundheitssystem völlig zusammenbricht. Bereits jetzt leben mehr als 30 Prozent der griechischen Bevölkerung ohne jeglichen Krankenversicherungsschutz. Im Falle von Arbeitslosigkeit wird die Sozialfürsorge (einschließlich Krankenversicherung) nur für ein Jahr weiter bezahlt, danach entfallen alle Sozialleistungen.

Die Sparpakete der letzten drei Jahre haben das griechische Gesundheitssystem auf das Niveau eines Entwicklungslandes gebracht und der Bevölkerung das Grundrecht auf eine angemessene medizinische Versorgung

genommen. Die Troika aus Internationalem Währungsfonds, Europäischer Kommission und Europäischer Zentralbank besteht dennoch auf weiteren Einschnitten im medizinischen Bereich.

Viele Kranke haben keinen Zugang mehr zu notwendiger medizinischer Behandlung. Das medizinische Personal in Krankenhäusern und Praxen kann oft nur noch eine Notfallbehandlung aufrechterhalten. Kinder werden nur noch gegen Barzahlung geimpft. Die letzten drei Jahre kam es zu einem massiven Anstieg von Erkrankungen, v.a. bei Depression, Alkoholismus und AIDS. Die Säuglingssterblichkeit hat sich die letzten drei Jahre verdoppelt (von 3 von 1000 auf 6 von 1000). Die Suizidrate hat zugenommen.

In den meisten Kliniken fehlen unverzichtbare Grundmaterialien wie Einmalhandschuhe, Gips und Katheter. Ärmere Frauen müssen zu Hause entbinden, da sie sich eine Krankenhausgeburt, die zwischen 700 und 1500 Euro kostet, nicht leisten können. Die Regierung will fast die Hälfte der Kliniken schließen. Die Verschuldung der Krankenhäuser bei Pharmakonzernen liegt bei über 1,3 Mrd. Euro. In der Krise sind bisher in ganz Griechenland 5000 Beschäftigte aus dem Gesundheitssystem ausgeschieden, nachbesetzt wurden nur 200 Stellen. Im Krankenhaus Beschäftigte müssen oft monatelang auf ihr Gehalt warten, Bereitschafts- und Notdienste werden oft überhaupt nicht mehr bezahlt.

Drogensüchtige Patienten, deren Zahl sich in den vergangenen fünf Jahren verzwanzigfacht hat, erhalten auf Grund der Sparmaßnahmen nur noch 15 Nadeln im Jahr – ein Zehntel dessen, was ihnen in anderen Ländern der Eurozone zugestanden wird. Das Europäische Zentrum für Krankheitsverhinderung und Kontrol-

le (ECDE) warnt vor einer neuen AIDS-Welle vor allem in den Großstädten. In Athen müssen Heroinabhängige eine Wartezeit von 44 Monaten in Kauf nehmen, bevor sie an einem Methadon-Programm teilnehmen können.

Die staatliche Krankenversicherung EOPYY hat knapp vier Mrd. Euro Schulden, sie ist in vielen ihrer Bereiche zahlungsunfähig.

Patienten müssen auch für Leistungen, die von der staatlichen Krankenversicherung gedeckt sind, immer mehr zuzahlen. Die privaten Zuzahlungen für Kassenleistungen betragen derzeit 10-25 Prozent, dies mit steigender Tendenz. Viele Krankenhäuser, Ärzte und Apotheker verlangen auch für Kassenleistungen vom Patienten Vorkasse, wobei dann unsicher ist, wann und in welcher Höhe die Krankenversicherung diese Kosten rückerstattet.

Ohne die Zurücknahme des drastischen Sparkurses im griechischen Gesundheitswesen kann sich die dramatisch defizitäre Krankenversorgung dort nicht bessern. Die Finanzkrise darf nicht auf dem Rücken behandlungsbedürftiger Kranker ausgetragen werden. Gleichzeitig sollte man vor den vielen Problemen im griechischen Gesundheitswesen, die bereits vor der Finanzkrise durch Korruption, Fälschungen und chaotische Strukturen gewachsen sind, nicht die Augen verschließen.

Diesen Antrag sowie alle anderen Anträge der oppositionellen Listen finden sich auf der Homepage des vdää unter Themen/Ärztetag.



Graffiti in Athen: Ärzteschaft diskutiert mit Krankenkasse

Aufgeblasen

Kommentar von Wulf Dietrich zum 116. Deutschen Ärztetag

Man muss es sich immer wieder klar machen: Die Bundesärztekammer ist eine Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern, sie hat keinen öffentlich-rechtlichen Status, sie hat letztlich den Organisationsstatus eines Kegelvereins. Und der Deutsche Ärztetag ist die Versammlung der gewählten Landesfunktionäre. Der Ablauf eines Ärztetages steht in diametralem Gegensatz zu dieser organisatorischen Bedeutungslosigkeit. Minister und Oberbürgermeister reden, Altfunktionäre bekommen Orden verliehen und die Nationalhymne wird gesungen. Es ist wie das Singen im Wald: Der Ärztetag will sich aus seiner Bedeutungslosigkeit herausringen und feiern. Und das gelingt ihm – leider – hervorragend. Der Präsident präsidiert mit seinen Assistenten über seinen 17 Landesfürsten auf der imposanten Bühne und bestimmt das Geschehen.

Leider passen, auch in diesem Jahr wieder, die Inhalte der Diskussionen nicht zu diesem pompösen Rahmen. Das beginnt schon mit dem TOP I: »Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Be-

rufspolitik«. Hier legte der Vorstand der BÄK ein krudes Papier vor, welches schon im Vorfeld der Presse als Meinung der deutschen Ärzteschaft zur Reform der Krankenversicherung vorgelegt wurde. In diesem Papier wird die Einführung einer von allen politischen Parteien zwischenzeitlich schon ad acta gelegten Kopfpause sowie der Erhalt bzw. der Ausbau der privaten Krankenversicherung gefordert (siehe Presseerklärung des vdä). Völlig unklar bleibt, ob es eine Versicherungspflichtgrenze geben soll oder ob die PKV jeden unabhängig vom Einkommen versichern kann. Anfang des Jahres wurde die Abschaffung der Praxisgebühr gefeiert, jetzt wird wieder mehr Selbstbeteiligung der Patienten verlangt. Das Modell einer kapitalgedeckten Versicherung wird als zukunftsfruchtig gepriesen, die enorm steigenden Tarife in der PKV spielen keine Rolle – dass die umlagefinanzierte GKV ein ganz solides Finanzpolster angespart hat, ebensowenig. Natürlich kann man über die Probleme einer gerechten und solidarischen

Krankenversicherung trefflich diskutieren. Doch war das Niveau der Diskussion auf diesem Ärztetag erschreckend. Der Antrag des Vorstandes wurde angenommen, doch stimmten etwa ein Drittel der Delegierten dagegen. Unser Antrag auf Rücküberweisung an den Vorstand wurde abgelehnt. Das verabschiedete Konzept ist peinlich, aber nicht tragisch, denn politisch ernst genommen, werden diese Vorstellungen von keiner Partei; selbst von der FDP nicht, mit deren Gesundheitsminister der Ärztetag einen engen Schulterschluss übte.

So richtig in Fahrt gekommen, wurde dann auch gleich noch die Bürgerversicherung (welche?) in Bausch und Bogen als »Einheitsversicherung« abgelehnt. Als wäre die GKV, die 90 Prozent der Bevölkerung versichert, nicht auch eine Einheitsversicherung, und auch die PKV wird durch den Rahmen der GOÄ einheitlich bestimmt. Aber solche Feinheiten zählen nicht auf einem Ärztetag. Als

»Der Ablauf eines Ärztetages steht in diametralem Gegensatz zu dieser organisatorischen Bedeutungslosigkeit.«

medizinethischen Kontrapunkt zu diesem unsozialen Sammelsurium durfte dann Herr Maio aus Freiburg einen Vortrag über »Wie viel Markt verträgt die Medizin?« halten. Aus konservativ ethischer Sicht wurde hier die Stärkung der

ärztlichen Zuwendung der ökonomischen Logik des kommerzgesteuerten Gesundheitswesens gegenübergestellt. Doch dieser Appell wurde schnell vergessen als es später in der Diskussion dann wieder um Geld und Bezahlung ging.

Aufgeblasen: Unter TOP V: »Deutscher Ärztetag«, wurde ein Antrag des vergangenen Ärztetages behandelt. Ganz simpel: Es war beantragt worden, in die Geschäftsordnung die Möglichkeit des Antrages auf »Schluss der Rednerliste« neben »Schluss der Debatte« aufzunehmen. Jeder Turnverein kennt diese Regelung, man muss kein Aufhebens davon machen. Der Ärztetag aber kann: ein eigener Tagesordnungspunkt mit langem Vortrag der Justiziarin über Für und Wider einer solchen Änderung. Als würde hier nicht eine einfache Abstimmung reichen.

Der Höhepunkt der Absurditäten wurde im TOP IV: »Musterweiterbildungsordnung« erreicht. Der ÄT kann nur eine Musterweiterbildungsordnung verabschieden, die dann von den Landesärztekammern ratifiziert werden muss. Ein erster grober Entwurf wurde jetzt vorgetragen. Aber statt die Inhalte einer zukünftigen Weiterbildung zu diskutieren,

biss sich der Ärztetag an der Frage der Weiterbildung im ambulanten Bereich fest. Unstrittig ist, dass einige Fertigkeiten nur im ambulanten Sektor erlernt werden können, da bestimmte Behandlungen stationär nicht mehr durchgeführt werden. Aber das war nicht der Punkt. Der »Krieg« entbrannte – ja wirklich, der mb drohte mit »Krieg an allen Fronten«, sollten sich die KV-Vertreter mit ihren Vorstellungen einer Pflichtweiterbildung im ambulanten Bereiche durchsetzen – an der Frage der Bezahlung. Wer soll diese Weiterbildung zahlen? Eineinhalb Tage wurde mit über 100 Wortmeldungen über diese Frage gestritten, es wurde eine Schlichtungskommission eingesetzt, deren Ergebnis schließlich mit der Papstwahl verglichen wurde. Und wie sah der »Kompromiss« aus? Aus »Pflicht« wurde ein »Muss« und bezahlen sollen die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds (die geliebte PKV ist somit draußen). Richtig bemerkte ein Delegierter: »Der Berg kreiße und gebe – eine Maus«.

In grenzenloser Selbstüberschätzung fordert der Ärztetag, dass die MWBO erst verändert werden kann, wenn mindestens gleiches Gehalt im ambulanten Bereich wie im stationären Bereich gezahlt wird, wenn im SGB V der Orientierungswert geändert wird, wenn die Zahlung aus dem Gesundheitsfonds geklärt ist (warum soll der nicht auch die stationär Weiterzubildenden zahlen?), wenn durch gesetzliche Regelung durch den Bundestag die Finanzierung sichergestellt ist. Dies alles sollte geändert werden, bevor die MWBO geändert werden

kann. Gibt es eine größere Selbstüberschätzung der Einflussmöglichkeit ärztlicher Standesorganisationen? Sicher ist, dass es unter diesen Prämissen keine Änderung der MWBO geben wird.

Aktuelle Themen wie Korruption im Gesundheitswesen oder die ethischen Probleme der Transplantationsmedizin wurden nur am Rande angesprochen. Man hat ein gutes Gewissen und braucht sich mit diesen Themen nicht weiter zu beschäftigen. Interessant ist die Transplantationsmedizin: Hier hat der Gesetzgeber der BÄK den Auftrag erteilt, Richtlinien zur Durchführung von Transplantationen zu entwickeln und deren Durchführung zu überwachen. Eine unter Juristen durchaus umstrittene Kompetenz, da es sich hierbei doch um die Zuteilung von Lebenschancen handelt, und es zu diskutieren ist, ob die Öffentlichkeit bzw. die Politik hier nicht mehr Einfluss nehmen sollten (dieser Punkt wurde zwischenzeitlich geändert und die Richtlinien müssen von der Politik genehmigt werden). Aber diese »Feinheiten« wurden auf dem Ärztetag nicht diskutiert.

Also außer Spesen nichts gewesen? Nicht ganz, denn es ist schon wichtig, dass auf einem Ärztetag auch die Minderheiten innerhalb der Ärzteschaft zu Wort kommen. Die Ärzteschaft ist nicht so homogen, wie es nach außen manchmal scheint. Da ist es wichtig, auch abweichende Meinungen zu äußern, auch wenn sie unter den Ärztefunktionären nicht mehrheitsfähig sind. Der Ärztetag ist eine Möglichkeit dazu, auch wenn es sich um eine aufgeblasene Veranstaltung handelt.



Antrag auf Änderung der Satzung des vää

Um Mitgliedern die Entscheidung zu erleichtern, im Geschäftsführenden Vorstand mitzuarbeiten, schlägt der Vorstand folgende Satzungsänderung vor. Hintergrund ist die Verteilung der Vorstandsarbeit auf potentiell mehr Schultern und die Integration neuer KandidatInnen in die Vorstandsarbeit.

Statt: 11. Vorstand

Der Vorstand im Sinne des § 26 BGB besteht aus der/dem Vorsitzenden und den beiden stellvertretenden Vorsitzenden. Dem erweiterten Vorstand, der

über die wesentlichen Angelegenheiten des Vereins beschließt, gehören außerdem weitere Vorstandsmitglieder in einer von der Mitgliederversammlung jeweils zu bestimmenden Anzahl. Die/der Vorsitzende und die beiden stellvertretenden Vorsitzenden werden in zwei getrennten Wahlgängen vorweg gewählt, wobei die beiden stellvertretenden Vorsitzenden aus einem Wahlgang hervorgehen.

Neu: 11. Vorstand

Der Vorstand im Sinne des § 26 BGB besteht aus

der/dem Vorsitzenden und mindestens zwei stellvertretenden Vorsitzenden. Dem erweiterten Vorstand, der über die wesentlichen Angelegenheiten des Vereins beschließt, gehören außerdem weitere Vorstandsmitglieder in einer von der Mitgliederversammlung jeweils zu bestimmenden Anzahl. Die/der Vorsitzende und die stellvertretenden Vorsitzenden werden in zwei getrennten Wahlgängen vorweg gewählt, wobei die stellvertretenden Vorsitzenden aus einem Wahlgang hervorgehen.

Jetzt sind wir dran!

Der Bundesgerichtshof hat im Juni entschieden, dass die Annahme von Geschenken der Pharmaindustrie zur Beeinflussung von KassenärztInnen keine strafwürdige Bestechung oder Vorteilsnahme darstellt. Diese dürfen sich also auch weiterhin bei der Behandlung ihrer PatientInnen von der Industrie honorieren lassen. Die PatientInnen erfahren nichts von dieser Beeinflussung. Der Präsident der Bundesärztekammer Montgomery hat dieses Urteil begrüßt: Es stärke die Freiberuflichkeit der Ärzteschaft und erlaube, dass ÄrztInnen gegenüber Drittinteressen offen sein dürften.

Wir dagegen meinen: Wenn die Freiheit des Arztberufes die Freiheit zu Bestechung und Vorteilsnahme einschließt, so brauchen wir uns nicht zu wundern, wenn die Bevölkerung in Deutschland die Ärzteschaft zunehmend für korrupt hält! Nicht die öffentliche Debatte untergräbt dann das Vertrauen der PatientInnen in die Ärzteschaft, sondern die ÄrztInnen selbst!

Jetzt sind wir dran: Die Ärzteschaft muss sich wieder um das Vertrauen der PatientInnen bemühen. Deshalb muss sie die Anforderung des BGH, die bestehenden Regelungslücken im Strafrecht zu schließen, um Korruption und Einflussnahme im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen zu können, unterstützen. Das ist auch deswegen nötig, um die gesetzlichen Voraussetzungen zur Gleichbehandlung der kassenärztlichen mit privatärztlichen und angestellten ÄrztInnen zu schaffen.

Im Gegensatz zur Bundesärztekammer meinen wir, dass das derzeit geltende Berufsrecht keine ausreichenden Regelungen trifft gegen ärztliche Beeinflussung und Korruption durch die Pharmaindustrie. Die ärztliche Selbstkontrolle ist hier gescheitert. Die Industrie darf die Anwendung ihrer Produkte nicht durch Zuwendungen an ÄrztInnen, egal in welcher Form, fördern. Neben der Musterberufsordnung müssen auch die Berufsordnungen durch die Landesärztekammern dahingehend geändert und ergänzt werden, dass jegliche Vorteils-



nahme der ÄrztInnen zum Schaden der PatientInnen eindeutig untersagt wird.

Neben der Änderung des Strafrechts, sowie der Präzisierung der Berufsordnungen sollte die Prävention Vorrang haben. Nur wenn innerhalb der Ärzteschaft das Bewusstsein für die eigene Beeinflussbarkeit medizinischen Handelns durch die Industrie geweckt und nachhaltig gepflegt wird, wird sich korruptives Verhalten langfristig wirkungsvoll bekämpfen lassen. Dieses Bewusstsein sollte schon im medizinischen Studium vermittelt werden.

Prof. Dr. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)

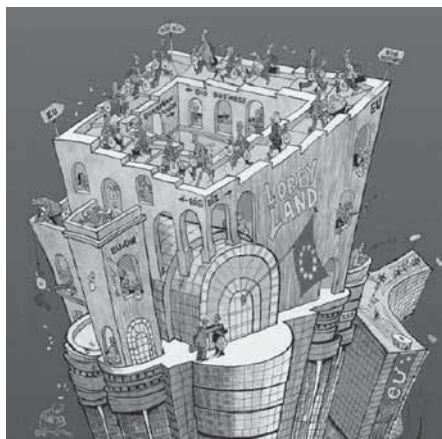
Dr. Eckhard Schreiber-Weber
(Mitglied des Vorstands
von MEZIS)

LobbyControl

Lobbygruppen, Denkfabriken, Kommunikationsberater und PR-Agenturen spielen eine immer größere Rolle in Politik und Öffentlichkeit. Ab und zu werfen einzelne Affären – wie um die Nebeneinkünfte von Abgeordneten – Schlaglichter auf die Grauzonen politischer Einflussnahme. Aber es gibt zu wenig kontinuierliche und systematische Aufklärung. LobbyControl will hier Abhilfe schaffen.

LobbyControl ist ein gemeinnütziger Verein, der über Machtstrukturen und Einflussstrategien in Deutschland und der EU aufklären will. Er setzt sich ein für Transparenz, eine demokratische Kontrolle und klare Schranken der Einflussnahme auf Politik und Öffentlichkeit.

LobbyControl kombiniert aktuelle Recherchen, wissenschaftliche Hintergrundanalysen und Kampagnenarbeit und berichtet über Denkfabriken, wirtschaftsnahe Kampagnen und Verzerrungen in den Medien, über Netzwerke und koordiniertes Lobbying hinter den Kulissen. Diese Recherchen und Informationen dienen dazu, Einflussnahmen offen zu



legen und BürgerInnen zu helfen, sie zu erkennen und ihren eigenen Positionen Gehör zu verschaffen. In Kampagnen greift LobbyControl exemplarisch herausragende Zusammenhänge und Missstände auf, um diese direkt zu beenden oder neue Regeln gegen einseitige Einflussnahme durchzusetzen: striktere Regeln für Nebeneinkünfte von

Abgeordneten oder Registrierungs- und Berichtspflichten für Lobbyisten. LobbyControl hat sieben MitarbeiterInnen und einen ehrenamtlichen Vorstand. LobbyControl finanziert sich durch Spenden von Privatpersonen, Mitgliedsbeiträge, Stiftungsgelder und den Verkauf von Publikationen.

Außerdem führt LobbyControl ein Online-Lexikon: Lobbypedia und bietet lobbykritische Stadtführungen durch das Regierungsviertel in Berlin an.

(Quelle: Homepage von Lobbycontrol:
www.lobbycontrol.de/initiative/)

Über den Tellerrand geblickt

Gesundheitspolitisches Forum

18. bis 20. Oktober 2013

in der ver.di Bildungsstätte am Wannsee / Berlin

VORLÄUFIGES PROGRAMM

Freitag, 18.10.

Nachmittags Vorstandssitzung

Abendessen

20:00 Uhr

Ethische Probleme bei der Organtransplantation – Vortrag und Diskussion
mit Dr. Andreas Umgelter (München)

Gesundheitspolitisches Forum des vdä Europa in der Krise

Samstag, 19.10.

Wulf Dietrich Begrüßung

Aktuelle Gesundheitspolitik: Diskussion des Ausgangs der Bundestagswahlen

DRGs in Europa

- Prof. Dr. Reinhard Busse (Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der TU Berlin)

Mittagspause

Vorstellung und Diskussion der verschiedenen Aktivitäten des vdä

Europa in der Krise

- Prof. Dr. Alexis Benos (Universität Thessaloniki und Aktivist in der Solidarischen Praxis)
- Eva Aguilera (Ärzte der Welt, Spanien) – angefragt
- Dr. Wendy Savage (President of Keep our NHS Public – KONP) – angefragt

Abendessen

Sonntag, 20.10.

Mitgliederversammlung

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| 1. Rechenschaftsbericht des Vorstands | 2. Kassenbericht |
| 3. Entlastung des Vorstands | 4. Wahl des Vorstands |
| 5. Anträge | 6. Sonstiges |

Diskussion über aktuelle Probleme im G-Wesen in Deutschland

Mittagessen

14.00 bis 16.00 Uhr

Stadtrundgang durch Berlin mit LobbyControl

Information und Anmeldung

Geschäftsstelle des vdä | Nadja Rakowitz | Kantstraße 10 | 63477 Maintal

Telefon 0 61 81 – 432 348 | Mobil 01 72 – 1 858 023 | Fax 0 61 81 – 491 935

Email info@vdaae.de | Homepage www.vdaae.de

Bankverbindung: Postbank | Konto 13747 603 | BLZ 500 100 60