

GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN Nr. 1/2013 | Solibetrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258



Es geht auch anders!

Leuchttürme einer sozialen Medizin

Nadja Rakowitz: »Gesundheit in Zeiten der Krise – über eine Delegationsreise von vdää und medico international nach Griechenland« S. 4

Phil Dickel / Milli Schröder:
»Vom Medibüro zur Poliklinik.
Über die Ergebnisse einer Fact
Finding Mission« S. 8

Claudius Loga: »Hierarchie-
freie Medizin« Über das
Praxiskollektiv »reiche 121«
in Berlin S. 17

In dieser Ausgabe

- 3 Wulf Dietrich: **Die Wegweiser**
- 4 Nadja Rakowitz: **Gesundheit in Zeiten der Krise – Über eine Delegationsreise von vdäa und medico international nach Griechenland**
- 7 Bernhard Winter: **vdäa aktiv – Auf der Suche nach dem Leuchtturm von morgen**
- 8 Bernhard Winter: **vdäa aktiv – Beim 18. Kongress »Armut und Gesundheit« in Berlin**
- 8 Phil Dickel / Milli Schröder: **Vom Medibüro zur Poliklinik – Ergebnisse einer Fact Finding Mission**
- 11 IGeL – ja oder Nein? Eine Debatte über die Presseerklärung des vdäa zu IGeLeistungen in der Kassenpraxis
- 11 **Presseerklärung zur Krise des griechischen Gesundheitswesens**
- 12 Friedrich Kater: **Anspruch und Wirklichkeit – Über die Geschichte des Gesundheitszentrums Gropiusstadt**
- 15 Billie Trumpp von Eicken und Peter Trumpp: **Eigenaktivität der Patienten fördern... Die Gruppenpraxis am Hasenberg in München**
- 17 Claudius Loga: **Hierarchiefreie Medizin – Über das Praxiskollektiv in Berlin**
- 19 Florian Schulte: **Krankenversorgung selbst in die Hand nehmen – Das Krankenhaus Salzhausen**
- 20 **Presseerklärung zum OECD Bericht über stationäre Überversorgung in Deutschland**
- 21 Christian Daxer, Helmut Hildebrandt, Saskia Hynek: **»Gesundes Kinzigtal« Ein Unternehmen mit dem Produktionsziel Gesundheit?!**
- 25 **Presseerklärung zum Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung**
- 26 Jens Wiethage: **Leuchtturm im Norden – Die Ausbildung in der Allgemeinmedizin in Schweden**
- 28 Chaim Jellinek: **Leuchttürme im Nirgendwo? – Über vorbildliche Drogenhilfe – und ihre zunehmende Unmöglichkeit**
- 30 Klaus-Dieter Kolenda: **2052 – Eine globale Prognose**
- 31 **Presseerklärung zur Diskussion um die Finanzierung der Krankenhäuser**

Termine

Vorstandssitzungen 2013

Samstag, 25. Mai in Frankfurt/M.
Samstag, 31. August in München
Freitag, 18. Oktober in Berlin
Samstag, 30. November, 11:00 Uhr
(Ort wird noch festgelegt)

Jahreshauptversammlung

am: 18.-20. Oktober 2013
in: ver.di-Bildungsstätte Wannsee/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@vdaae.de)

Impressum

Gesundheit braucht Politik 1/2013
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@vdaae.de
Internet www.vdaae.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:

Die Bilder sind von google



Editorial Die Wegweiser

»Als Leuchtturm wird ein Turm bezeichnet, der ein Leuchtfeuer trägt. Leuchttürme stehen für die Navigation an wichtigen Punkten oder an gefährlichen Stellen, wo sie der Schifffahrt auch nachts als weithin sichtbares Seezeichen dienen« (Wikipedia).

Leuchttürme im übertragenen Sinn brauchen wir auch in den gefährlichen Gewässern des Gesundheitswesens. Wir brauchen sie sehr dringend, denn die gesundheitspolitische Landschaft um uns herum ist düster. Letztes Beispiel hierfür ist der Vorschlag des Vorstandes der Bundesärztekammer zum Erhalt des dualen Versicherungssystems in Deutschland. Ein Vorschlag, der nichts mit der solidarischen Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung zu tun hat, dafür aber sehr viel mit den Privilegien der Ärzteschaft. In dieser Finsternis tut es gut, einmal Alternativen zum täglichen Medizinbetrieb aufgezeigt zu bekommen.

In dieser Ausgabe von »Gesundheit braucht Politik« haben wir einige exemplarische Leuchtturmprojekte in der täglichen Krankenversorgung zusammengestellt. Die Idee hierzu geht zurück auf eine Gruppe junger Medizinerinnen und Mediziner, zu denen der vdäa seit einiger Zeit im Kontakt steht. Die Diskussionen mit Mitgliedern dieser Gruppe waren sehr erfrischend und befruchtend, zeigten sie doch, dass viele der alten Ideale der Gesundheitsbewegung auch heute noch – oder wieder? – lebendig sind.

Diese jungen Kolleginnen und Kollegen sind auf der Suche nach Alternativen für ihre berufliche Zukunft und besuchen quer durch die Republik und darüber hinaus Projekte, die Möglichkeiten einer sinnvollen und befriedigenden Patientenversorgung bieten.

Bei der Zusammenstellung dieses Heftes haben wir überrascht



Ingrid Ruthe_pixelio.de

festgestellt, dass es noch viele Projekte aus der Zeit der 70er und 80er Jahre gibt, die der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens trotzen und bis heute überdauert haben. Einige Beispiele dieses Heftes zeigen aber auch, wie schwierig es ist, unter den heutigen (Abrechnungs-)Bedingungen, unter den Bedingungen von Budgets im ambulanten Bereich mit einer patientenzentrierten Medizin zu überleben. Es zeigt sich aber auch, dass unter Ausnutzung der neugeschaffenen Strukturen in der ambulanten Versorgung und in Zusammenarbeit mit den Kassen durchaus Formen einer patientenzentrierten Medizin

möglich sind, die nicht auf Selbstausbeutung oder realitätsfernem Idealismus beruhen, sondern befriedigende Arbeit mit auskömmlichem Leben verbinden. Die MVZ sind sicher einerseits ein Einfallstor der großen Gesundheitskonzerne in die ambulante Medizin, bieten aber andererseits auch neue Möglichkeiten der kollektiven Zusammenarbeit. Diese sollten genutzt werden.

Viele Kolleginnen und Kollegen sind frustriert vom gegenwärtigen System. Viele sind resigniert, manche werden zynisch. Die Beiträge in diesem Heft können den zahlreichen Stammtischdiskussionen über die Unsinnigkeit des Vergü-

ten, wir werden es im nächsten Heft tun, aber es ist ein Beispiel dafür, dass alternative Formen der Patientenversorgung auch in den bestehenden Systemen möglich ist, ein Beispiel, das Mut macht.

Apropos Alternativen, in diesem Heft ist auch ein erster Bericht der Reise einer vdäa-Delegation nach Griechenland. So deprimierend es war, die Auswirkungen der Austeritätspolitik auf die medizinische Versorgung in diesem Land zu sehen, so ermutigend war es mitzubekommen, wie aus dem Verfall des Gesundheitssystems neue solidarische Formen der medizinischen Versorgung entstehen können. Über unsere Erfahrungen und

Eindrücke haben wir schon in einigen Veranstaltungen berichtet. Wir werden noch weitere Informationsabende zum griechischen Gesundheitssystem in Zeiten der Finanzkrise durchführen und sind auch gerne bereit, unsere Eindrücke an interessierte Gruppen weiterzugeben.

»Durch ihre Lichtsignale (Leuchtfeuer) weisen Leuchttürme Schifften den Weg und ermöglichen so die Navigation und das Umfahren gefährlicher Stellen im Gewässer«

(Wikipedia). Wir hoffen, mit der exemplarischen Darstellung von Leuchttürmen im Gesundheitswesen Möglichkeiten der medizinischen Praxis unter den heutigen Bedingungen des Gesundheitswesens aufgezeigt zu haben.

Alternative Praxis ist möglich. Das sollte uns Mut machen.

Prof. Dr. Wulf Dietrich



Gesundheit in Zeiten der Krise

Nadja Rakowitz über eine Delegationsreise von vdää und medico international nach Griechenland

Vom 25.-28. Februar dieses Jahres ist eine Delegation des vdää und von medico international nach Athen und Thessaloniki gefahren, um sich ein Bild von den Auswirkungen der Austeritätspolitik auf das griechische Gesundheitswesen und Möglichkeiten solidarischer Hilfe zu machen.

»Bewegend!« So fasste ein Mitglied der Delegationsreise ihre Erfahrungen zusammen. Bewegend in vielerlei Hinsicht. Gestärkt durch die Begegnungen und den Austausch, aber auch durch einen Einblick in eine durch die Sparpolitik nahezu zerstörte Daseinsvorsorge und die Kämpfe um ihre Verteidigung.

Zunehmend erhält man durch Medien und politische Kontakte Informationen über das Ausmaß der sozialen Not in Griechenland. Aufrufe zur Unterstützung von solidarischen Initiativen und die Frage, wie man mit diesen umgehen soll, bestärkten uns in der Idee, eine Delegationsreise nach Griechenland zu organisieren. Wir wollten mit Leuten aus solidarischen Initiativen sprechen und die Möglichkeiten von konkreter praktischer Solidarität ausloten. Ein weiteres Anliegen war es, mit Gesundheitspolitikern der Linken zu sprechen über die Pläne der EU, mit Hilfe des deutschen Gesundheitsministeriums das deutsche System der Krankenhausfinanzierung nach Fallpauschalen (German-DRGs) in Griechenland zu implementieren. Und wir wollten uns erkundigen über die Situation von Flüchtlingen und Menschen ohne Papiere

in Athen.¹ Hier nun ein kurzer Bericht von unserer Reise. Im nächsten Rundbrief, der Europa und die Krise der Gesundheitssysteme, zum Schwerpunkt haben wird (inklusive Berichte über vdää on tour in Brüssel), werden wir genauere Berichte über einzelne Themen und Treffen gehen.

Krankenhäuser in Zeiten der Krise

Bei einem Treffen mit ca. 20 ÄrztInnen, Pflegekräften und Mitgliedern der Betriebsgewerkschaft im größten Krankenhaus von Athen, Evangelismos, erzählten diese, dass es im – öffentlich geführten – Krankenhaus an Arzneimitteln, Verbandsmaterial und einfachsten Dingen mangelt. Selbst Klopapier suchte man in den Krankenhäusern in Athen und Thessaloniki vergeblich. Die ÄrztInnen und Pfleger tun, was sie können, sind aber heillos überlastet. Denn zum einen ist viel Personal entlassen worden oder gegangen (von vier Stellen sind nur drei besetzt), zum anderen haben die Krankenhäuser mehr zu tun, weil sich die Menschen Besuche beim niedergelassenen Arzt nicht mehr leisten können und lieber warten, bis sie

sich als Notfall ins Krankenhaus begeben können. »Therapie nach Leitlinien erhält kaum noch jemand«, erklärt ein junger Mediziner, »und Unversicherte schon gar nicht«.

Offiziell sind rund 30 Prozent der griechischen Bevölkerung nicht mehr krankenversichert. Viele Leute, die wir getroffen haben, gehen aber davon aus, dass bereits jeder Zweite aus der Absicherung herausgefallen ist. Seit die griechische Regierung auf Druck der Troika durchgesetzt hat, dass alle sozialstaatlichen Leistungen inklusive Krankenversicherung zwölf Monate nach Verlust des Arbeitsplatzes enden, ist die Zahl der Unversicherten dramatisch gestiegen, denn schließlich ist jeder vierte Grieche aktuell arbeitslos und inzwischen fast 60 Prozent der Jugendlichen unter 24 Jahren.

Wer nicht krankenversichert ist, muss die Kosten einer Behandlung vor Ort in bar bezahlen oder aber die Rechnung wird dem Finanzamt gegeben, das versucht, das Geld am Ende des Jahres über die Steuer einzuziehen. Betroffene konsultieren also nur noch dann einen Arzt, wenn sie über Geldreserven verfügen – oder erst dann, wenn es gar nicht mehr an-

ders geht. Für die Beschäftigten im Krankenhaus heißt das, dass sie zusätzlich zur offiziellen medizinischen Versorgung auch noch versuchen, Menschen ohne Versicherung irgendwie mit durchzuschleusen. Die Beschäftigten stehen dadurch unter immensen Druck – und das bei Lohnkürzungen um 30 bis 50 Prozent seit letztem August, seit Monaten nicht bezahlten Bereitschafts- oder Nachtdiensten und bei Kürzung der Überstundenzuschläge.

Sie gaben uns den dringenden Auftrag mit, darüber in Deutschland zu berichten und diese Zustände öffentlich zu machen.

Wie dramatisch die Situation des Gesundheitswesens in Griechenland ist, wurde uns bei einer mittlerweile monatlich stattfindenden Demonstration, an der wir in Thessaloniki teilnahmen, klar. Hinter einem Banner, auf dem stand: »Keinen Zugang zum Krankenhaus zu haben tötet«, gingen wir zusammen mit Leuten, die sich in der solidarischen Praxis dort engagieren, in den Aufnahmebereich von zwei großen Krankenhäusern und forderten den kostenlosen Zugang zu medizinischer Versorgung für alle – auch die Unversicherten. Das war erschütternd und ermutigend zugleich.

Solidarische Praxen – Notnagel oder Hoffnung für die Zukunft?

Sowohl in Athen (im Stadtteil Elliniko) als auch in Thessaloniki haben wir eine so genannte »Solidarische Klinik« bzw. Praxis besucht. Giorgos Vichas, ein Arzt und Mitbegründer der Praxis in Elliniko, berichtete, dass Ärzte des Sanitätsdienstes bei einer Demo im Sommer 2011 diese Idee entwickelt hatten. Sie wollten unabhängig vom Staat, aber auch von NGOs eine eigenständige Struktur schaffen, um in dieser »humanitären Krise« Menschen ohne Versicherung zu helfen – ob mit oder ohne griechischen Pass. Durch die Umsetzung der Maßnahmen der Troika kam es zu so großen finanziellen Einschnitten und hohen Selbstbeteiligungen, dass z.B. viele KrebspatientInnen keine Medikamente mehr be-

kommen (viele davon sind nach Auskunft unserer Gesprächspartner gestorben), dass Schwangere nicht mehr versorgt (weil das in einem Krankenhaus 800 Euro kostet) und Kinder nicht mehr geimpft werden, manche sogar unterernährt seien, weshalb auch Babynahrung von der Praxis verteilt wird.

Dass sich die Situation mit dem letzten Memorandum im Herbst 2012 noch einmal ziemlich verschlechtert hat, zeigen alleine die Zahlen. Bis heute haben sie in der Praxis in Elliniko 6000 PatientInnen versorgt – 1000 von September 2011 bis August 2012, 1200 von August bis Oktober 2012 und die anderen 3800 von Oktober 2012 bis heute. Von dieser Zuspitzung in den letzten Monaten erzählten uns viele Leute in Griechenland. Auch dass im Zuge dieses letzten Memorandums viele Krankenhäuser geschlossen werden (sollen), macht die Versorgungssituation z.B. auf vielen Inseln noch schlechter.

Ähnlich dramatisch ist auch die Situation bei der Versorgung mit Arzneimitteln. Seit 2012 bekommt man in Apotheken Tropfen, Tabletten oder Salben nur noch gegen Barbezahlung. Und hunderte Präparate sind überhaupt nicht mehr erhältlich. Das liegt unter anderem daran, dass Pharmafirmen nicht mehr liefern, weil die Refinanzierung aufgrund des Bankrotts des Nationalen Trägers für Gesundheitsleistungen (EOPYY) ungewiss ist.

In der Praxis Elliniko arbeiten zurzeit 200 Leute ehrenamtlich, darunter 75 ÄrztInnen und 15 ZahnärztInnen – fast alle arbeiten zusätzlich zu einem anderen Job dort (in der Regel für ein paar Stunden die Woche). Es gebe, so berichteten uns Beschäftigte, drei Krankenhäuser in Athen, mit denen die Praxis zusammenarbeitet, die ebenfalls Unversicherte versorgen – so weit es geht und an den Gesetzen vorbei. Sowohl die Ärztekammer als auch die Regierung haben die Praxis anfangs bekämpft und schikaniert. Während die Ärztekammer ihre Drohung, den ÄrztInnen die Approbation zu entziehen, schnell zurücknahm, akzeptiert die Regierung die Arbeit immer noch nicht. Das linke Wahlbündnis Syriza unterstützt die solidarischen Praxen und andere solidarische Projekte und Netzwerke nach Kräften, die Kommunistische Partei (KKE) hingegen ist gegen die Praxen, da diese »den Staat entlasten«.

Über Letzteres sind sich Giorgos Vichas und seine KollegInnen durchaus im Klaren und es ist nicht ihre Absicht, langfristig ein öffentliches Gesundheitssystem zu ersetzen. Im Gegenteil: Parallel zu ihrer solidarischen Praxis kämpfen sie politisch für eine gute und ausreichende öffentliche Gesundheitsversorgung. Sie sind sich auch darüber im Klaren, dass sie nicht einfach zurück wollen zum status quo ante, denn dieser

»Sie gaben uns den dringenden Auftrag mit, darüber in Deutschland zu berichten und diese Zustände öffentlich zu machen.«



war auch geprägt von Korruption, Überversorgung (mit entsprechend hohen Arzneimittelausgaben) und Ineffizienz.² Diese Fehler seien schon vor der Krise von einigen Leuten, auch ÄrztInnen, kritisiert worden, aber mit

wenig Erfolg. Giorgos beschreibt die Situation so: »Wir kämpfen gegen zwei Feinde: gegen die Troika und die ›Inlandstroika‹, die deren Politik umsetzt, und gegen uns selbst. Auch wir müssen uns ändern.« Die solidarischen und selbstorganisierten, gut funktionierenden Arbeitsformen könnten ein Vorbild für ein solidarisches Gesundheitswesen der Zukunft sein, so seine Hoffnung.³

Von uns – die erste ausländische Ärzteorganisation, die ihre Praxis besucht hat – erhoffen sich die KollegInnen in den solidarischen Praxen, dass wir in Deutschland verbreiten, wie die Situation ist, und diejenigen kritisieren, die für diese Politik verantwortlich sind. Finanzielle Unterstützung wollen sie explizit nicht. Sie brauchen Medikamente, aber kein Geld – auch weil sie nicht in den Ruch der möglichen Korruption geraten wollen.⁴

Die solidarische Praxis in Thessaloniki arbeitet ganz ähnlich wie die in Athen, hat aber eine andere Geschichte. Sie ist entstanden während eines Hungerstreiks von MigrantInnen, die medizinisch versorgt werden mussten. Sie war in ihrem Ursprung (wie auch die Klinik in Rethymno/Kreta, die ich im März in einem anderen Zusammenhang besuchen konnte) politisch von Selbstorganisationsvorstellungen aus dem migrantischen Milieu geprägt. Hinzu kommt, dass es in Thessaloniki eine Tradition an sozialmedizinisch geprägten ÄrztInnen gibt, die nicht erst durch die oder in der Krise Medizin als etwas Politisches verstehen. Lernen konnten sie das – und heutige Medizinstudierende können das immer noch – an der Uni Thessaloniki bei Alexis Benos, einem Professor für Sozialmedizin/Pub-

lic Health, der auch für Syriza aktiv ist.

Solidarität für Alle und SYRIZA

Mit Leuten von Syriza hatten wir mehrfach auf unserer Reise Kontakt. Theodoros Paraskevopoulos, der für die Parlamentsfraktion am Programm von Syriza mitarbeitet, machte eine Einführung in die polit-ökonomische Situation und betonte dabei, dass im Moment neben der Entwicklung eines Regierungsprogramms das wichtigste Anliegen von Syriza sei, die verschiedenen solidarischen Projekte und Netzwerke zu unterstützen. Dafür sei im Oktober 2012 »Solidarity for All« gegründet worden, die wir einige Tage später in ihrem Athener Büro besuchen konnten. Dabei handelt es sich um eine Art Dachorganisation, die zum einen Gelder verteilt (jeder Parlaments-Abgeordnete der Syriza gibt 20 Prozent seines Gehalts an die Organisation ab), und zum anderen versucht, Netzwerke zwischen den verschiedenen Projekten zu knüpfen und diese miteinander in Kontakt zu bringen und so die Bewegung politisch zu verallgemeinern.

Dass sich die Bewegungen politisch zu verallgemeinern beginnen, zeigte sich uns auch daran, dass es für die KollegInnen von der solidarischen Praxis völlig klar war, uns auch kurz zur selbstverwalteten Fabrik VIO.ME in Thessaloniki zu fahren und die Gelegenheit zu geben, mit den Beschäftigten dort zu sprechen.

Zur Lage der Flüchtlinge

Einer der traurigsten Momente der Reise war der Besuch des »Netzwerks für politische und soziale Rechte Dyktio« im Athener Stadtteil Exarchia: Dort trafen wir Nasim Lomani, der schon vor Jahren aus Afghanistan nach Griechenland geflohen ist und der dort politische Beratung für Flüchtlinge und Menschen ohne Papiere macht. Die massive Verarmung und die Arbeitslosigkeit machen die Lage für die hunderttausende Flüchtlinge in Athen noch schwieriger als früher.

Selbst diejenigen, die legalisiert wurden verlieren mit dem Job auch die Legalisierung.

Griechenland sei schon vor dem Ausbruch der Krise, ca. seit 2005, kein sicheres Land mehr für Flüchtlinge. Aber seit Ausbruch der Krise und dem damit einhergehenden wachsenden Rassismus – nicht nur der Anhänger der faschistischen Partei sondern auch der konservativen Regierungspartei und damit breiter Gesellschaftsschichten – seien politische Arbeit und politische Kampagnen kaum oder gar nicht mehr möglich. »Wir kämpfen nur noch ums Überleben«, so das erschütternde Fazit von Nasim. Er demonstrierte uns dies an zwei Stadtplänen von Athen, in denen so genannte »No-Go-Areas«, also Stadtteile, in denen sich Flüchtlinge nicht mehr sicher bewegen können, eingezeichnet waren. Alleine im letzten Halbjahr hat sich die Zahl dieser No-Go-Areas deutlich sichtbar erhöht...

Nach diesem Besuch wurde uns erst recht deutlich, wie wichtig es ist, die vielen solidarischen Projekte zu unterstützen und diesen rassistischen Tendenzen dort wie auch in Deutschland etwas entgegenzusetzen.

Mehr und aktuelle Informationen über Griechenland und auch Spendenaufrufe finden sich auf der Homepage des vdää unter: Themen/Gesundheitspolitik (international)

- 1 Mein Dank geht an Kirsten Schubert, die ebenfalls bei der Reise dabei war und mir viele Materialien zur Verfügung gestellt hat.
- 2 Vgl. Alexis Benos / John Lister: »Syriza – Reality Is Forcing Us To Forget The Old Ways Of Working«, Socialist Resistance, September 14, 2012, in: www.zcommunications.org/
- 3 Vgl. auch: Ioanna Fotiadi: »Group of Greek doctors takes initiative to heal profession«, Kathimerini 18. April 2013, www.ekathimerini.com
- 4 Aufrufe der Klinik zu Soliaktionen finden sich auf der Homepage des vdää unter: Themen / Gesundheitspolitik international
- 5 Ein Positionspapier von Solidarity for All und eine Analyse der Lage in Griechenland in Englischer Sprache findet sich unter: www.solidarity4all.gr/sites/www.solidarity4all.gr/files/agglisko.pdf

»Wir kämpfen gegen zwei Feinde: gegen die Troika und die ›Inlandstroika‹, die deren Politik umsetzt, und gegen uns selbst.«

»Das war die erste ausländische Ärzte-delegation, die die solidarischen Praxen besucht hat.«



vdää aktiv

Auf der Suche nach dem Leuchtturm von morgen

Einige junger MedizinerInnen aus dem Umfeld der MediBüros eruiert seit geraumer Zeit zusammen mit anderen Interessierten, die Möglichkeiten einer anderen medizinischen Versorgung. Wiederbelebt werden soll dabei einerseits der Gedanke eines »Gesundheitswesens von unten«. Ein neuer Gesundheitsbegriff, der den Menschen in seiner sozialen Umwelt sieht, soll geschaffen werden. Neben der primären medizinischen Versorgung soll der Prävention großen Raum gegeben werden. Soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit sollen erforscht und politisch angegangen werden. Umfassende psychosoziale Versorgungsstrukturen sollen geschaffen werden. Im Innenverhältnis werden möglichst basisdemokratische und hierarchiearme Strukturen über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg angestrebt werden. Wie lässt sich solch ein Projekt unter den Bedingungen der Bundesrepublik neu denken?

Mit einem vom vdää organisierten Workshop sollte eruiert werden, welche Möglichkeiten und Grenzen die Organisationsform MVZ für ein solches Projekt

bietet. Am 17. März trafen sich im Berliner *Haus der Demokratie* ein Dutzend Interessierte und ein paar ältere KollegInnen aus dem vdää, um mit Michael Janßen (Mitglied des erweiterten Vorstands) und Patricia Hänel, die Erfahrungen in Aufbau und Leitung eines MVZ besitzen, diese Fragen zu diskutieren. Michael und Patricia stellten in einer Art Crashkurs komprimiert und übersichtlich die rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen eines MVZ und den Unterschied zu anderen Organisationsformen wie Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen sowie die Struktur der ambulanten Versorgung dar. Dabei überraschte, dass heute immer noch die meisten ÄrztInnen in Einzelpraxen arbeiten. Die Darstellung wurde bereichert durch die anschauliche Schilderung eigener Erfahrungen und ergänzt durch eine Einführung in das KV-System mit dem dazugehörigen Abrechnungswesen. Es fügte sich eine knappe Darstellung anderer Einnahmequellen für eine Praxis an. Zudem wurden Möglichkeiten der Förderung im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes erörtert.

Am lebhaftesten wurde die Diskussion bei der Frage, wie sich Hierarchiefreiheit und Egalität über die verschiedenen Berufsgruppen der in dem sozialmedizinischen Zentrum Arbeitenden hinweg mit den vorgegebenen Strukturen in Einklang bringen lassen. Die ReferentInnen (bzw. die älteren Anwesenden) waren an diesem Punkt aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung sehr skeptisch. Dennoch wurde durch diese Skepsis keineswegs versucht, das Nachdenken über ein solches Projekt abzuwürgen, sondern vielmehr einen Raum zu kreieren, der eine weitere Diskussion auf Grundlage der dargestellten Fakten befeuern soll.

Die jungen MedizinerInnen gaben uns zurück, dass das ein sehr gelungener Auftakt des Leuchtturm-Workshops gewesen sei. Der vdää konnte sein Versprechen von der JHV 2012 einhalten.

Über weitere Termine und Aktivitäten werden wir auf der Homepage informieren.

Bernhard Winter

»Soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit sollen erforscht und politisch angegangen werden.«



vdää aktiv

beim 18. Kongress »Armut und Gesundheit« in Berlin

»Wer darf was wissen und wer darf wie handeln? Gesundheitsförderung im Spannungsfeld von individueller Freiheit und staatlicher Aufgabe« lautete der Titel des diesjährigen vdää-Workshops auf dem Kongress »Armut und Gesundheit« am 6. März.

Bei der Gestaltung des Workshops gingen wir von folgenden Überlegungen aus: Gesundheit und Krankheit sind einerseits etwas sehr individuelles. Krankheit erleidet das Individuum, und es liegt in der individuellen Freiheit des Einzelnen, wie er oder sie mit dem eigenen Körper umgeht. Andererseits sind Gesundheit und Krankheit zum einen massiv abhängig von Arbeits- und Lebensbedingungen, die das einzelne Individuum wenig oder gar nicht beeinflussen kann, sondern die nur gesellschaftlich geändert werden können. Zum anderen ist Krankheit immer auch bezogen

auf andere und die Gesellschaft: Wie geht eine Gesellschaft z.B. mit ansteckenden Krankheiten um? Wie viel Eingriffsrechte ins Leben des oder der Einzelnen haben hier der Staat und Gesellschaft? Wo liegen die Grenzen der individuellen Freiheit (z.B. bei sexuell übertragbaren Krankheiten oder bei Impfungen)? Wo kann, darf oder soll sich der Staat einmischen und wo nicht? etc. pp.

Zum Einstieg in die Thematik wurden anhand dreier historischer Zitate – aus der Nazizeit, von einem Utilitaristen aus den 1980er Jahren und aus einem Gesetzestext von 2012 – einige Dimensionen dieses Themas umrissen. Eine kurze Einleitung betonte, dass die persönliche Gesundheit primär als intime, private Angelegenheit mit deutlichen Grenzen für öffentliche Interventionen verstanden werden sollte. Während das öffentliche Interesse am Erhalt der Gesund-

heit aus der Fürsorge der Gemeinschaft für den Einzelnen resultiert. In einer Gruppenarbeit wurde diese Problematik anhand eines Gesetzesvorschlags aus dem Jahr 2007, der eine erhöhte Zuzahlung für Personen, die an keiner Vorsorgemaßnahme teilnahmen, vertieft. An der teilweise lebhaften Diskussion beteiligten sich viele der ca. 75 Workshop-TeilnehmerInnen.

Besonders hervorzuheben ist, dass die Veranstaltung tatsächlich als Workshop mit Partizipation vieler und nicht als Frontalveranstaltung, die lediglich mit dem Mäntelchen »Workshop« umgeben wurde, umgesetzt wurde. Dies wurde auch von den Teilnehmenden im Feedback hervorgehoben. Leider haben die Räumlichkeiten (großer Hörsaal) diese Konzeption nicht unterstützt.

Bernhard Winter

Vom Medibüro zur Poliklinik

Phil Dickel und Milli Schröder* über die Ergebnisse einer Fact Finding Mission

Lange Jahre hat sich hierzulande kaum jemand für die Praxis linker ÄrztInnen interessiert. Inzwischen hat sich auf jeden Fall die Lage geändert. Aus dem Umfeld der Medibüros erreichen uns Anfragen, nach kritischer Reflexion der verschiedenen linken historischen und aktuellen Projekte. Eine »Fact-Finding-Mission« hat sich auf den Weg gemacht, diese zu erkunden.

Was sind Ursachen, Hintergründe oder Umstände, die zu Gesundheit und Krankheit führen? Ist das Krankenhaus ein Ort, an dem solche Fragen diskutiert werden können?

2008 – im Kontext der ausbrechenden Weltwirtschaftskrise – fingen wir an, uns als Gruppe intensiver mit den gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit auseinanderzusetzen. Nicht alle von uns sind im Gesundheitsbereich ausgebildet, dennoch machten u.a. die Erfahrungen der jungen Ärzte und Ärztinnen mit ihrer Fabrik schnell deutlich, dass es uns um ein anderes Verständnis von Gesundheit geht. Wenn die Ursachen für Gesundheit/Krankheit nicht im individuellen Verhalten oder Schicksal zu finden sind, sondern in engem Zusammen-

hang mit den gesellschaftlichen Verhältnissen stehen, dann bedarf es auch einer ganz anderen Behandlung. Die Suche nach neuen, widerständigen Versorgungsformen begann.

Seitdem wurden folgende geschichtsträchtige Orte und Projekte, die in diesem Rundbrief zum Teil vorgestellt werden, gesucht:

- Debatte mit Hans See um das »Klassenlose Krankenhaus«
- Gesundheitsladen München
- Gruppenpraxis Hasenberg
- Praxiskollektiv Reichenberger Straße, Berlin
- Gesundheitszentrum Gropiusstadt, Berlin
- Sozialmedizinisches Zentrum Graz
- Besuch einer ehemaligen Poliklinik, Marzahn-Hellersdorf

Im Folgenden soll kurz beschrieben werden, vor welchem Hintergrund diese »fact finding missions« unternommen wurden und welche Erfahrungen und Widersprüche gesammelt wurden.

Für die Hamburger Gruppe lässt sich konstatieren, dass die Erfahrungen aus der Arbeit im Medibüro wesentlich dazu beitrugen, ein Interesse am Gesundheitssystem an sich und an neuen Formen der Versorgung zu entwickeln. Das Medibüro Hamburg vermittelt Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus und Krankenversicherung über ein Netzwerk aus GesundheitsarbeiterInnen und Kontakte in Krankenhäuser medizinische Versorgung. Seit dem Bestehen war die Beratung und Vermittlung eine Form, sich mit den Kämpfen der illegalisierten MigrantInnen zu

solidarisieren und ein Versuch, diese Entrechtung sichtbar zu machen.

War das Medibüro Hamburg bei seiner Gründung 1994 quasi eine Geheim-Organisation, da es durch den »Schlepperparagraph« jederzeit möglich war, als MedizinerIn oder als MittlerIn wegen »Beihilfe zum illegalen Aufenthalt« angeklagt zu werden, wird es mittlerweile durch öffentliche Stellen in Hamburg als Beispiel für ehrenamtliches Engagement gelobt. Die langjährig Weigerung der Stadt Hamburg, die Existenz von Menschen ohne Papiere anzuerkennen, ist damit zu Ende – ein klarer Erfolg unserer Arbeit. Gleichzeitig aber auch ein Dilemma, denn unser Ziel waren und sind keine Ehrenkränze, sondern dass Zugang zu medizinischer Versorgung für alle hier lebenden Menschen unabhängig von Nationalstaatszugehörigkeit ermöglicht wird.

Die Überführung des Gros der staatlichen Gesundheitsbetriebe in private Hände hat jedoch zur Folge, dass die Versorgung marginalisierter Gesellschaftsgruppen immer stärker von NGOs, Wohlfahrtsverbänden, ehrenamtlich arbeitenden Hilfseinrichtungen und privaten Dienstleistern übernommen wird, die bereitwillig um die Spenden und Staatsgelder konkurrieren.

Auch das Medibüro wird von staatlicher Seite als ein solcher Sozialdienstleister angesehen. Es ist mittlerweile zu einem beliebten Gesprächspartner der Parteien, der Behörden, der Wohlfahrtsverbände etc. geworden. Es ist Teil der hoch geschätzten Zivilgesellschaft und wird für seine »guten Taten« anerkannt. Die gesellschaftlichen Wahrheiten sind andere geworden, z.B. dass Menschen, »die anderen nur helfen wollen«, das Bundesverdienstkreuz verdienen und sich dementsprechend nicht der »Beihilfe zum illegalen Aufenthalt« strafbar machen. Auch wenn unsere konkrete Arbeit immer noch in unmittelbarer solidarischer Organisation von Gesundheitsleistungen besteht, wird deutlich, dass der gewandelte gesellschaftlich Kontext eine Weiterentwicklung des Konzepts Medibüro notwendig

macht, wenn wir nicht einfach zu einer der vielen humanitären NGOs werden sondern weiterhin eine widerständige Praxis entfalten wollen.

»Teile und herrsche« funktioniert immer, auch in der Frage nach den Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem in Deutschland. Mittlerweile sind es gar nicht mehr nur die »klassisch« Illegalisierten, also die ganz ohne Papiere, die ins Medibüro kommen, sondern auch neue EU-BürgerInnen, Leute aus Ländern ohne Visumpflicht oder Menschen, die in Spanien oder Griechenland einen Aufenthaltsstatus haben, aber aufgrund der Krise dort kein Auskommen mehr finden. Für alle gibt es unterschiedliche Regelungen, Ausschlüsse und Schlupflöcher in Bezug auf Gesundheitsversorgung. Gemeinsam ist den meisten, dass sie keine Arbeitserlaubnis haben, daher kein angemeldetes Beschäftigungsverhältnis eingehen und somit auch keine Krankenversicherung vorweisen können. Angesichts der Krise, die bislang in Deutschland vergleichsweise wenig spürbar ist, wird immer deutlicher, dass trotz Versicherungspflicht zunehmend Menschen mit deutschem Pass und allen staatsbürgerlichen Privilegien auch nicht mehr krankenversichert sind. Warum also nicht einfach ein Medibüro für alle?

Mit der Versorgung, die wir für die PatientInnen im Medibüro organisieren können, sind wir weit von unserer Forderung nach Regelversorgung entfernt. Betrachtet man jedoch unser Gesundheitssystem und die Entwicklungen der letzten Jahre, stellt sich zumindest für einen kurzen Moment die Frage, in was man die Menschen eigentlich integrieren will: In ein System, das vor allem in den Krankenhäusern aufgrund voranschreitender Privatisierung immer mehr dazu umgebaut wird, Geld zu erwirtschaften. Die Auswirkungen der Kapitalisierung des Gesundheitssektors sind bekannt, notwendige Behandlungen entfallen, weil sie nicht von der Kasse übernommen werden (wie z.B. ausführliche Anamnese), andere werden inflationär durchgeführt (Hüft-OPs



etc.). Das Krankenhaus ist einer der letzten großen Industriezweige, viele andere fordistische Fabriken wurden abgebaut und woanders neu errichtet, die Taylorisierung in der Krankenhausfabrik geht derweil stetig voran. Auch wenn es früher vielleicht noch viel schlimmer war, sind die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus auch heute schlecht. Überstunden sind oft normal, Ärzte und Ärztinnen arbeiten häufig 60 Stunden pro Woche, bekommen dafür relativ viel Geld im Vergleich zur Pflege und stehen weiterhin ganz oben in der ArbeiterInnenhierarchie, müssen sich allerdings zunehmend den Vorgaben der Rechenstellen beugen und entsprechende Diagnosen stellen und Operationen durchführen. Die Zahl der PflegerInnen wird immer weiter reduziert, die Belastung steigt, Tätigkeiten werden an externe Dienstleister vergeben, so dass die Organisation schwieriger wird.

Aus den Debatten über die

»Betrachtet man jedoch unser Gesundheitssystem und die Entwicklungen der letzten Jahre, stellt sich zumindest für einen kurzen Moment die Frage, in was man die Menschen eigentlich integrieren will.«



Praxis des Medibüros, die Kritik am derzeitigen Medizin- und Gesundheitsverständnis und das Entsetzen angesichts des Krankenhausalltags ist nach und nach die Idee einer Poliklinik erwachsen. Grob stellen wir uns ein sozialmedizinisches Stadtteilzentrum vor, welches v.a. gesellschaftliche Bedingungen von

Gesundheit und Krankheit in seiner Praxis thematisiert.

Ein MVZ kann nicht alles, dennoch sehen wir in der Möglichkeit, ein MVZ gründen zu können, die Zukunft eines »Gesundheitssystems von unten«. Wir sehen darin die Möglichkeit der Wiederbelebung einer Idee von an Gesundheitsfragen orientierter Gemeinwesenarbeit. Wir sehen die Wiederbelebung der Konzepte der community nurse, des Barfuß-Arztes und der am Stadtteil orientierten Poliklinik.

Wir hatten in den letzten zwei Jahren die Chance, utopische Projekte zu besuchen und dabei viel zu lernen. Diese Besuche haben uns inspiriert und zugleich Probleme sichtbar gemacht. MitarbeiterInnen formulierten uns gegenüber offen Widersprüche

und Schwierigkeiten bei der Gründung und Aufrechterhaltung ihrer Projekte:

Und in der Praxis ist dann alles ganz anders

Stellt man sich der Aufgabe, eine andere Form von Gesundheitsarbeit entwickeln zu wollen, wird sehr schnell klar, dass die in den Ausbildungen erlernten Fähigkeiten nicht ausreichen. Es besteht die Notwendigkeit, jenseits vorhandener, gesellschaftlich normierter Berufsgrenzen aufgabenadäquate Kompetenzbereiche zu erschaffen. Diese Berufsbilder existieren bisher nicht, sind also auf individuelle Formung vor Ort angewiesen.

Gerade die Abrechnung ist hier ein wichtiges Feld, da zunächst oft Unerfahrenheit besteht und vieles doch nicht so abgerechnet werden kann wie gedacht. In der Folge müssen bittere Kompromisse zwischen den eigenen Ansprüchen und den ökonomischen Zwängen gemacht werden.

Allmachtsphantasien der Medizin

- Ist das MVZ ein unbedachtes normatives Konzept ganzheitlicher Versorgung welches die Betroffenen zu vereinnahmen droht?
- Wird ärztliche Hilfe lediglich auf weitere Berufe ausgedehnt?
- Was bedeutet überhaupt Hilfe zur Selbsthilfe in Zeiten, in denen Gesundheit zu einem der höchsten individuellen Werte erklärt wird und der Selbstoptimierungsdruck auf die Individuen steigt?

Hoher Druck am Arbeitsplatz

Alle Beschäftigten haben zunächst eine sehr hohe Arbeitsbelastung, hinzu kommt die ständige Angst um das Fortbestehen des Zentrums und den eigenen Arbeitsplatz. Diese psychischen und materiellen Ängste werden mit unterschiedlicher Intensität erlebt. Darüber hinaus sind die Beweggründe für die Mitarbeit in einem Projekt und der zeitliche Aufwand für das Engagement sehr unterschiedlich und können zu zusätzlichen Verstimmungen führen.

Hierarchien

Ärzte und Ärztinnen werden schon im Studium dazu erzogen, sich als Spitze der Gesundheitsversorgung zu imaginieren. Die Abrechnungsmöglichkeiten belegen diese Sichtweise mit der finanziellen Wertschätzung ihrer Arbeit. Auch in den Projekten durchdringt der finanzielle Druck den Alltag, bestimmt Diskussionen und verstärkt Hierarchien, da die Leistungen von Ärzten und Ärztinnen am Ende doch oft die sind, die kontinuierlich Geld bringen. Ein unterschiedlicher Informationsstand und eine akademische Ausdrucksweise verstärken die Hierarchien.

Generationswechsel und Neue

Alle Projekte entstanden in Gruppenprozessen. Die Erwartungen und Ideen lassen sich nur schwer an Leute vermitteln, die die Planungsphase nicht aktiv miterlebt und -gestaltet haben.

Gerade bei einem Anstieg des Umfangs des Projekts steigen die Anonymität und die Tendenz zur Gruppenbildung. An dieser Stelle scheint die juristische Absicherung sehr wichtig zu sein, um den Fortbestand des Projekts trotz wechselnder Zusammensetzung zu sichern.

Vermittelbarkeit des eigenen Ansatzes

PatientInnen kommen nicht als leere Blätter, sie haben Erwartungen hinsichtlich der Behandlung und der Umgangsweise mit Krankheiten. Diese gesellschaftlich konstruierten Wünsche und Hoffnungen entsprechen nicht unbedingt dem Ansatz des Projekts, so dass die erfolgreiche Vermittlung des neuen Versorgungsmodells an die Patienten von hoher Bedeutung für den Erfolg ist.

An dieser Stelle sei noch mal ein großer Dank ausgesprochen an alle besuchten Projekte und an den vdäa, ohne dessen Vermittlung viele Kontakte nicht zustande gekommen wären.

** Philipp Dickel ist Arzt; Milli Schröder ist Politologin, beide sind aktiv im Medibüro Hamburg*



IGeL – ja oder Nein?

Eine Debatte über die Presseerklärung des vdää zu IGeLeistungen in der Kassenpraxis »Klare Regeln für Gespräche – reichen nicht«

Leserbrief von Günther Egidi vom 17. Januar 2013

Bernhard Winter und Wulf Dietrich plädieren in ihrem Artikel dafür, IGe-Leistungen grundsätzlich zu verbieten. Als Autor der kritischen IGeL-Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)¹ und als an der Erarbeitung der Checkliste von KBV und BÄK Beteiligter² möchte ich dieser Auffassung widersprechen.

Die Evidenz für eine solche harsche Haltung reicht m.E. nicht aus. So ist die Osteodensitometrie für postmenopausale Frauen keine Kassenleistung, wird aber in der interdisziplinären S3-Leitlinie Osteoporose empfohlen³. Für die am häufigsten angebotene IGe-Leistung Glaukom-Screening fehlt die Evidenz⁴. Dies bedeutet aber keine Evidenz dafür, dass die Untersuchung nicht sinnvoll ist. Wir wissen es schlicht nicht, ob die Untersuchung mehr nützt als schadet.

Allein diese beiden Beispiele reichen m.E. aus, um zu belegen, dass Verbote hier nicht zu rechtfertigen sind. Ich glaube, wir – und vor allem die von uns versorgten Patienten – müssen den mühsamen Weg der Verbesserung der Transparenz gehen. Der IGeL-Monitor des Wido⁵ ist da ein hervorragendes Mittel. Checklisten wie die von KBV und BÄK sind es, genügend verbreitet, mit Sicherheit auch.

Danke und viele Grüße, Günther

Antwort von Jürgen Seeger vom 17. Januar 2013

Lieber Günther,

Diese Position verstehe ich nun gar nicht – wenn die Autoren einer S3-Leitlinie für eine bestimmte Leistung sind, dann sollten sie sich doch dafür einsetzen, dass die Kassen das übernehmen – und nicht für eine private Leistung der Patienten – oder sind sie da selber in einem monetären Interessenskonflikt?

Und wenn man als kritischer Allgemeinmediziner nicht weiß, ob etwas nutzt oder schadet, warum ist man dann dafür, das von Patienten privat zahlen zu lassen? Da müsste man doch fordern, dass das geklärt wird – und wenn es nützt, zahlen es die Kassen, wenn es schadet, verbieten!

Grüße, Jürgen

- 1 http://www.degam.de/fileadmin/user_upload/degam/Positionen/IGeL_DEGAM_Positionspapier_2007.pdf
- 2 <http://www.kbv.de/patienteninformation/23719.html>
- 3 http://www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/dvo-leitlinie-2009
- 4 http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta280_bericht_de.pdf
- 5 <http://www.igel-monitor.de/245.htm>

Presseerklärung von vdää und medico international

4. März 2013

zur Krise des griechischen Gesundheitswesens

Durch die Sparpolitik der Troika und der griechischen Regierung werden in Griechenland Menschenleben durch die Verweigerung einer grundlegenden Krankenversorgung riskiert. Zu dieser Einschätzung kommt eine Delegation des vdää und der Menschenrechts- und Entwicklungshilfeorganisation medico international, die vom 25. bis 28. Februar dieses Jahres in Athen und Thessaloniki die Auswirkungen der, auch von der EU und deutschen Regierung, geforderten Auflagen der Troika auf das griechische Gesundheitswesen erkundet hat. »Der Zugang für alle Menschen zu einem qualitativ guten öffentlichen Gesundheitssystem muss an erster Stelle stehen und darf nicht Sparmaßnahmen geopfert werden«, so Prof. Wulf Dietrich vom vdää.

Dies wird unter den aktuel-

len Bedingungen nicht gewährleistet: Offiziell sind in Griechenland 30 %, lt. Angaben von Ärzten, Aktivisten und Politikern, die wir auf unserer Delegationsreise getroffen haben, inzwischen nahezu 50 % der Bevölkerung nicht mehr krankenversichert. »Gelder für die Versorgung werden in einem Ausmaß gekürzt, dass man aktuell ohne Übertreibung von einer sozialen und gesundheitlichen Katastrophe sprechen kann«, so Kirsten Schubert von medico international.

Mit was für einem Ausmaß sich diese auf die Sterblichkeit und das Auftreten von Infektionskrankheiten auswirken wird, ist bereits zu erahnen. Solidarische Strukturen können diese Entwicklung nur bedingt abfangen. ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen haben mit Hilfen vieler Menschen aus der Be-

völkerung so genannte »Solidarische Kliniken« gegründet, in denen sich unversicherte Menschen in Griechenland (ob mit oder ohne griechischen Pass) umsonst behandeln und mit Medikamenten versorgen lassen können. Mit bewundernswürdigem Engagement, mit großer Disziplin und Professionalität sowie Organisationstalent kümmern sich hier Aktive um eine Mindestversorgung, die sie angesichts des großen Mangels aber nicht für alle Bedürftigen erbringen können. Oft müssen sie sich dabei auch noch gegen Angriffe und Kritik der Regierung wehren, die jegliche autonome Bewegungen unterdrücken zu wollen scheint.

Diesen GesundheitsaktivistInnen gelten unser großer Respekt und die Solidarität von vdää und medico international.

Auch unterstützen wir deren Forderung, in Griechenland ein gutes öffentliches, nicht kommerzialisiertes Gesundheitswesen für alle einzurichten. Wir fordern die deutsche Bundesregierung auf, ihren Austeritätskurs aufzugeben und ihren Einfluss in der EU entsprechend geltend zu machen.

Wir stehen den Medien gerne für weitere Informationen zur Verfügung.

*Prof. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)*

*Dr. Nadja Rakowitz
(Geschäftsführerin des vdää)*

*Dr. Bernhard Winter
(stellvertr. Vorsitzender des vdää)*

*Kirsten Schubert
(Referentin für Gesundheit,
medico international)*



Anspruch und Wirklichkeit

Friedrich Kater über die Geschichte des Gesundheitszentrums Gropiusstadt

Die Gruppenpraxis Gropiusstadt ist eines der ältesten »Leuchtturmprojekte« in Deutschland – das immer noch existiert. Friedrich Kater gehört zur Gründungsgeneration der Gruppenpraxis, in der inzwischen schon die dritte Generation arbeitet. Sein bisheriges Fazit ist ambivalent. Der Leuchtturm leuchtet zwar noch, aber das Licht scheint inzwischen ein wenig fahl und auch die Farbe bröckelt...

Die Idee, in West-Berlin eine Gruppenpraxis zu gründen, entstand Anfang der 70er Jahre, in der Folge der Studentenbewegung von 1968. Wir, eine Gruppe junger Mediziner, waren mit den Arbeitsbedingungen und den hierarchischen Strukturen im Krankenhaus unzufrieden und wollten lieber in der ambulanten Medizin arbeiten – aber nicht in einer Einzelpraxis. So entstand der Gedanke, eine poliklinikartige Gruppenpraxis in Eigenregie zu verwirklichen. Wir fanden einen Architekten, der bereits ein Gruppenpraxisgebäude entworfen hatte und trafen uns regelmäßig.

Im Jahr 1972 formulierten wir unsere Vorstellungen:

Die Einzelpraxis ist ein Auslaufmodell, wir wollen eine Gruppenpraxis ohne Chef und Oberarzt. Die Medizin soll psychosozial ausgerichtet sein, das bedeutet die Mitarbeit von Psy-

chologen/Psychotherapeuten und Sozialarbeitern. Die ärztlichen Einnahmen sollen in einen Pool fließen, aus dem alle Ärzte gleich, die nichtärztlichen Mitarbeiter besser als in den üblichen Einzelpraxen bezahlt werden. Die Planungsgruppe soll um nichtärztliche Mitarbeiter erweitert werden. Wir streben eine basisdemokratische Mitbestimmung in den einzelnen Praxen und für das ganze Zentrum an. Weitere Ziele waren: Begrenzung der Patientenzahlen, weniger Apparatemedizin, Vermeidung von Doppeluntersuchungen, keine Bevorzugung von Privatpatienten.

Anfang 1973 ergab sich die Möglichkeit, die bislang nur diskutierten Vorstellungen in die Tat umzusetzen. Ein kleines Wohnungsbauunternehmen (Hilfswerksiedlung) bot der Gruppe an, in der ärztlich unterversorgten Neubausiedlung Gropiusstadt ein

Gebäude nach unseren Vorstellungen zu erbauen. Im November 1974 wurde der Grundstein für das Gesundheitszentrum (GZ) gelegt. Die endgültige Eröffnung fand schließlich im Juni 1976 statt.

Acht Ärztinnen und Ärzte, zwei Psychologinnen, eine Psychologin, zwei Sozialarbeiter, ein Medizinischer Bademeister, zahlreiche Arzthelferinnen, einige Krankenschwestern und ein Geschäftsführer organisierten zu Beginn gemeinsam das GZ, das formal von einem inzwischen gegründeten Verein betrieben wurde.

Das Konzept sah die paritätische Mitbestimmung der Mitarbeiter vor. Das gleiche Mitspracherecht für alle wurde jedoch dadurch erschwert und letztlich unmöglich gemacht, dass die Ärzte, im Gegensatz zu den nicht-ärztlichen Mitarbeitern, jeweils

einen Kredit von 150 000 DM aufnehmen mussten. Die ursprünglich vorgesehene nicht personengebundene Kreditaufnahme durch den Verein war am Widerspruch der Banken gescheitert.

Nach nur 1 ½ Jahren waren wir fast pleite. Was waren die Ursachen? Eine Reihe der Praxen arbeitete nicht gewinnorientiert – die Ärzte bekamen ja feste Gehälter. Die Verwaltung war aufgebläht, außer dem Geschäftsführer gab es viele Mitarbeiter im zentralen Empfang, im Archiv und im Büro. Insofern ähnelten wir den Polikliniken der DDR. Außerdem hatten wir etliche Mitarbeiter, die kein Geld in die gemeinsame Kasse einbrachten, wie die Psychologinnen und Sozialarbeiter, die nicht auf Krankenschein abrechnen konnten. Auch standen viele Räume leer, und das bei einer relativ hohen Miete, da wir in den ersten zwölf Monaten nach der Eröffnung keine weiteren Ärzte hinzugewinnen konnten. Auch Krankengymnastik und Physiotherapie / Badeabteilung arbeiteten defizitär. Als sich die Pleite abzeichnete, kam es zum Streit unter den Ärzten. Wir spalteten uns in zwei Lager: in die Fundis, die keine Abstriche am alten Konzept machen wollten, und die Realos, die das Projekt nicht untergehen lassen wollten. Die Realos setzten sich durch; der erste Geschäftsführer wurde entlassen, mehrere Mitarbeiter, unter anderem die Psychologinnen, mussten gehen, die Hauskrankenpflege wurde eingestellt.

Unter schmerzlichen Konflikten wurde das Poolsystem abgeschafft. Jeder Arzt musste jetzt von den Praxiseinnahmen zuerst Gehälter, Miete und Beteiligung an den Kosten der Gemeinschaftseinrichtungen bezahlen, sodass für ihn kaum etwas übrig blieb. Fünf Jahre brauchte der neue Geschäftsführer, um die internen Organisations- und Vermögensstrukturen umzustellen. Seitdem gehört jedem Arzt seine Praxis oder – bei Gemeinschaftspraxen – sein Praxisanteil. Im gleichen Zeitraum wurde die Mitbestimmung der Mitarbeiter abgeschafft und erhielt sich nur noch ansatzweise in einzelnen Praxen.

Eine Reihe der politisch moti-

vierten Mitarbeiter verließ das GZ. Mit der Zeit fanden wir weitere Ärzte, so dass bald mehr Räume benötigt wurden. So kam es in Absprache mit dem neuen Hausbesitzer, dem Diakonischen Werk, zu einem Anbau (2005) sowie zur Renovierung des Altbaus.

In einem Ärztehaus üblicher Ausrichtung gibt es meistens wenig oder gar keine Zusammenarbeit. Das war im GZ, insbesondere in den ersten drei Jahrzehnten immer anders: Es gab eine Röntgenbesprechung der Allgemeinmediziner und Internisten, einmal in der Woche ein Treffen der Ärzte zur Fortbildung und, wie es der Poliklinik-Gedanke ja auch vorsah, Konsilien der Ärzte untereinander mit Patienten. Die Zusammenarbeit der Ärzte wurde außerdem durch eine gemeinsame Patientenakte (in den ersten sieben Jahren), durch den zentralen Empfang und durch die ineinander übergehenden Wartebereiche unterstützt. Selbstverständlich arbeiteten die Ärzte/Ärztinnen in den Gemeinschaftspraxen zusammen, doch es bestanden auch enge Kontakte über die Praxisgrenzen hinweg. Das Interesse an einer Zusammenarbeit war jedoch sehr unterschiedlich.

Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Psychologinnen arbeiteten von Anfang an im GZ mit. Nach unseren finanziellen Schwierigkeiten und der Umstrukturierung war uns bewusst, dass wir für Mitarbeiter des psychosozialen Bereichs andere Geldgeber finden mussten. Für die Sozialarbeiterstelle das Diakonischen Werk, für Projekte der Sozialpädagoginnen wie Krisenberatungsstelle und Selbsthilfzentrum die öffentliche Hand. Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern aus dem psychosozialen Bereich blieb letztlich unzureichend; die meisten Kontakte bestanden zu den Sozialarbeitern.

Nach dem Ausscheiden des zweiten Geschäftsführers konnte jeder Arzt bzw. jede Arztgruppe organisatorisch und geschäftlich das machen, was man für richtig hielt. Das hatte, trotz einiger Gruppenzwänge, den Vorteil persönlicher Freiheit.

Mit der Aufgabe der gleichen Bezahlung der Ärzte kam es zu erheblichen Einkommensunterschieden. Die Orthopäden und Internisten lagen an der Spitze, Psychiater und Kinderärzte waren die Schlusslichter. Über die Höhe des Einkommens wurde in der Ärzteguppe nicht mehr offen geredet. Darunter litt die anfangs selbstverständliche Solidarität. Das Abrechnungssystem und die Zweiklassenmedizin korrumpieren bekanntlich viele Ärzte und deformieren ihre Handlungsweise, das war teilweise auch im GZ so. Zwar wurde dieses Thema häufig diskutiert und gemeckert, geändert hat sich letztlich wenig. Auch über »IGe-Leistungen« gab es unterschiedliche Auffassungen.

Die Zusammenarbeit mit der Apotheke hat sich in all den Jahren bewährt. ÄrztInnen und ApothekerInnen treffen sich in größeren Abständen, um über Medikamente, Preise und Generika zu sprechen.

»Die Planungsgruppe soll um nichtärztliche Mitarbeiter erweitert werden. Wir streben eine basisdemokratische Mitbestimmung in den einzelnen Praxen und für das ganze Zentrum an.«



Im GZ Gropiusstadt arbeiten heute 24 Ärzte/Ärztinnen in folgenden Gemeinschaftspraxen: Orthopädie, Innere/Diabetologie, Radiologie und Urologie; dazu kommen zwei Gynäkologische und zwei Allgemeinmedizinische Praxen, zwei Psychiatrische Praxen, ein Gastroenterologe und eine Kinderärztin, ein Zahnarzt und eine Psychotherapeutin.

»Es gibt keine Mitbestimmung mehr, man duzt sich zwar immer noch in einigen Praxen, aber die alte Rollenverteilung zwischen den Berufsgruppen überwiegt.«

Weitere Einrichtungen im GZ Gropiusstadt:

Zentrale Blutabnahme für Laboruntersuchungen, gemeinsames Sekretariat, Schwangerenberatung und Familienplanung (Dikonisches Werk), Sozialstation (Media vita), Naturkostladen (»Kornblume«), Sanitätshaus/Orthopädietechnik

Was unterscheidet das GZ Gropiusstadt von einem Ärztehaus und von einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)?

Die Ärztengruppe im GZ hat einen Mietvertrag für das ganze Haus, die einzelnen Praxen sind Untermieter. Jede Praxis ist organisatorisch und betriebswirtschaftlich unabhängig. Die zwei ärztlichen Geschäftsführer kümmern sich nur um die allgemeinen Belange des Zentrums; sie bekommen eine geringe Auf-

wandsentschädigung. Im Gegensatz zu einem Ärztehaus, in dem es nur Einzelmietverträge gibt und meistens der Hausbesitzer, z.B. ein Apotheker oder ein Investor, sich die Ärzte aussucht und die Ärzte untereinander meist keinen Kontakt haben, gibt es im GZ die Kooperation der Ärzte untereinander und mit den psychosozialen Mitarbeitern und der Apotheke. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind häufig an ein Krankenhaus angeschlossen. Ambulante MVZ bestehen überwiegend aus Praxisinhabern mit angestellten Ärzten.

Die Idee eines Gesundheitszentrum oder einer Gruppenpraxis wurde unter anderem in Berlin in der Praxisgemeinschaft Heerstraße sowie im GZ Riedstadt umgesetzt. Bei Patienten ist das GZ Gropiusstadt beliebt, das Angebot an Diagnostik und Therapie wird gut angenommen. Auch die Krankenkassen haben sich nie negativ über das GZ geäußert. Sogar die KV Berlin ist inzwischen gegenüber dem GZ positiv eingestellt, ein Geschäftsführer ist sogar Sprecher der Vertreterversammlung !

Was ist am GZ Gropiusstadt heute zu kritisieren?

Inzwischen arbeitet die dritte Ärztegeneration im GZ, die oft von den alten Idealen der Gründergeneration nichts mehr weiß und deutlich weniger kooperationswillig oder -fähig ist, keiner hat mehr Zeit, keiner will Verantwortung für das ganze Zentrum übernehmen. Es gibt zu wenig Allgemeinmediziner, die Fachärzte überwiegen, damit zu viel Apparatemedizin. Die einst regelmäßige Fortbildung findet selten statt, die Teilnahme ist oft dürftig. Es gibt keine Mitbestimmung mehr, man duzt sich zwar immer noch in einigen Praxen, aber die alte Rollenverteilung zwischen den Berufsgruppen überwiegt. Das Miteinander der gesamten Mitarbeiter und der Ärzte beschränkt sich auf Begegnungen in der Cafeteria und ein Betriebsfest im Sommer.

Die wirtschaftliche Zukunft des Projektes sieht nach wie vor gut aus, viele Praxen sind überlaufen; die umliegenden Praxen

in der Gropiusstadt und in Neukölln überweisen viele Patienten zu den Fachärzten im GZ. Auch die Kooperation mit nahe gelegenen Krankenhäusern funktioniert.

Empfehlungen an die jungen Kollegen/ginnen, die ein ähnliches Projekt planen:

Kleiner und bescheidener anfangen, den Schwerpunkt auf Allgemeinmedizin legen, keine teure Apparatemedizin in der Anfangsphase, psychosoziale Mitarbeiter fremd finanzieren lassen.

Dr. med. Friedrich Kater,
friedrichkater@aol.com;
www.dr-kater.com

Welche Ärzte/Ärztinnen waren von Anfang an dabei: F. Kater und G. Schulze (Internisten), K. Tidow (Allgemeinmedizin), B. Muzzulini und K. Korfmann (Orthopäden), G. Weidmann (Gynäkologe), F. Sahnwald (Psychiater), E. Ilgmann (Kinderärztin)
Planungsgruppe: K. Werner (Architekt), F. Kater (Internist), I. Bachus (MTA)



»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@vdaee.de

Eigenaktivität der Patienten fördern...

Die Gruppenpraxis am Hasenberg in München / Von Billie Trumpp von Eicken u. Peter Trumpp

Die Entwicklung

In der Studentenbewegung 1968 wurde viel diskutiert, was für die »Bedürfnisse und die Notwendigkeiten für das Proletariat« wichtig sein könnte. Das wollten wir mit den Betroffenen v.a. bezogen auf den Sektor Medizin selbst herausfinden. Also haben wir uns einen Stadtteil von München, der als sozialer Brennpunkt galt, herausgesucht mit der Hypothese, dass diese Menschen von den Errungenschaften des Medizinsystems nicht sehr profitierten.

Am Hasenberg war damals die größte Obdachlosenunterkunft der BRD. Unsere ersten Kontakte fanden wir zu den Kindern der Bewohner im Viertel, mit denen wir bald feste Kindergruppen bildeten. Daraus entwickelte sich eine vielgestaltige Stadtteilarbeit, mit Arbeitskreisen aus Studenten und Bewohnern, die zu verschiedenen Themen Stellung bezogen und Forderungen (an die Stadt) stellten und Aktionen zu Problempunkten des Stadtteils durchführten.

In einer »aktivierenden Befragung« in 125 Haushalten fanden wir im Vergleich zu ähnlichen Befragungen in anderen Gegenden Deutschlands eine deutlich erhöhte Morbiditätsrate (v.a. bei Lungen-, Herz- und Kreislauferkrankungen und von Unfallfolgen). Außerdem zeigte sich, dass im Stadtteil die medizinische Versorgung unzureichend war und oft an den Gegebenheiten und Bedürfnissen der Bewohner vorbei ging.

Die Ergebnisse der Befragung präsentierten wir in einer Ausstellung vor Ort und bei einer Bürgerversammlung. Auf der Bürgerversammlung bildete sich dann ein Arbeitskreis von Studenten und Bewohnern. Sie forderten eine städtische Gesundheitsberatungsstelle, die unabhängig war von Einkünften, die sich auf den geringen Bildungsgrad der Bewohner einstellte und auch eine nachgehende Betreuung

durchführen konnte. Sie entwickelten ein vollständiges Betreuungs- und Versorgungskonzept für so eine ärztliche Gemeindestelle.

Parallel dazu entwickelten sich aus der offenen Kinderbetreuung erst eine feste Kindergruppe und dann weitere Gruppen aus jüngeren und älteren Geschwistern, aus Freunden und Müttern und Vätern. Aus diesen Gruppen und den Impulsen der Befragung entstand eine Kinder- und Jugendbürgerinitiative, die sich vorgenommen hatte, ein Bürgerzentrum im Stadtteil zu erstreiten. Von den Bewohnern wurden wir »Sozialmediziner« genannt.

Innerhalb unserer Studenten-Gruppe wurden die Möglichkeiten einer Berufsperspektive im Zusammenhang mit der Stadtteilarbeit diskutiert, wir wollten unsere Projekte weiterführen und dort zugleich unseren Lebensunterhalt verdienen. So entstand der Gedanke einer »Gruppenpraxis«.

Für uns bedeutete »Gruppenpraxis«

- enge Zusammenarbeit von Menschen aus verschiedenen sozial-arbeitenden Berufen

- eine Zusammenschau der körperlichen, psychischen, sozialen und Umweltaspekte bei der Entstehung und Behandlung von Krankheit
- die Überzeugung, dass für die Besserung von Krankheit die Überwindung von Resignation wichtiger ist, als direkte medizinische Maßnahmen
- ein gemeinsames für Alle in der Gruppenpraxis arbeitenden geltendes Bezahlungssystem

Unser Hauptziel war und ist, die Steigerung der Handlungsfähigkeit der Bewohner (das schließt die Minderung von Beschwerden mit ein).

Die Gruppenpraxis

1981 haben wir dann die Gruppenpraxis am Hasenberg gegründet mit drei Allgemeinmedizinerinnen, zwei Psychotherapeutinnen und drei Sprechstundenhilfen/ Medizinischen Fachabgestellten (MFAs). Jeder von uns hat einen Bereich, für den er verantwortlich ist. Das erfordert viel Kommunikation. Deswegen gibt es bei uns ein Team der Psychotherapeutinnen, ein Team der MFAs, ein Team der Ärzte und ein Ge-

Dass die – nach wie vor existierende – Gruppenpraxis am Hasenberg in München entstanden ist, war kein Zufall, sondern bewusst ausgewählter Standort. Der Gründung der Praxis war eine »aktivierende Befragung« der Bevölkerung in dem als sozialem Brennpunkt bekannten Stadtteil vorausgegangen. Es zeigt sich hier, dass ein solcher an den sozialen Determinanten von Gesundheit orientierter Ansatz mehr bedeutet als »bloß« medizinische Versorgung und sich auf das soziale Leben im Stadtteil positiv auswirkt.



»Vermutlich haben unsere Ansätze mit zu dem Entwurf von Medizinischen Versorgungszentren beigetragen, ohne dass die inhaltlichen, systemkritischen Aspekte explizit übernommen wurden.«

samtteam. In diesen Teams besprechen wir Organisatorisches, v.a. auch die Schnittstellen zwischen den einzelnen Arbeitsbereichen, und über einzelne Patienten im Sinne einer Balintarbeit.

Andere Berufe haben wir aus Raum- und Finanzgründen nicht direkt in die Praxis mit einbezogen, v.a. aber deswegen, weil im Stadtteil bereits viele soziale Institutionen vertreten waren. Wir pflegen einen regelmäßigen intensiven Austausch mit Sozialarbeitern und Schulen und organisieren mit ihnen zusammen Aktionen für den Stadtteil. Daneben arbeiten wir eng mit Krankengymnastinnen, Ergotherapeutinnen und Logopädinnen und mit einem Rechtsanwalt zusammen.

In unserer Arbeit mit den Patienten versuchen wir, uns auf ihre Bedingungen und Möglichkeiten einzustellen und niederschwellige Angebote zu machen, d.h. wir benutzen keine weißen Kittel und versuchen die Patienten so zu informieren, dass sie, soweit sie dazu in der Lage sind, selber entscheiden. Dabei bevorzugen

wir Therapieformen (Hausmittel, Naturheilkundliche Verfahren und Psychotherapie), die ihre Eigenaktivität fördern und die Abhängigkeit vom Medizinsystem so niedrig halten wie möglich.

Als organisatorische Grundidee haben wir uns gegen die Form eines Kollektivs entschieden. Uns ist es wichtig, dass jeder seine Kompetenz und seinen Arbeitsbereich hat. Und wir profitieren davon, wenn wir einen Patienten oder eine Problemsituation aus verschiedenen Fachrichtungen und Sichtweisen betrachten und das miteinander besprechen. Das kann im Team sein, aber auch mitten in der Arbeit, wenn einer Schwierigkeiten hat. Wir versuchen auch, die Achtsamkeit füreinander zu pflegen. So achten wir z.B. darauf, dass sich keiner überfordert oder dauerhaft zu viel arbeitet.

Die Auswirkungen

Wir hatten bereits vor dem Beginn unserer eigenen Praxis auf deutschlandweiten Treffen über unsere Vorstellungen gesprochen. Der Austausch über dieses Thema hat dazu geführt, dass zum Teil vor und auch nach uns auch in anderen Städten (Heidelberg, Würzburg, Berlin, Hannover, Hamburg) ähnliche Gruppenpraxen entstanden sind. Über mehrere Jahre hinweg hatten wir drei bis viermal pro Jahr gemeinsame Gruppenpraxistreffen, anfangs auch mit den großen Ärztezentren in Riedstadt und Gropiusstadt.

Vermutlich haben unsere Ansätze mit zu dem Entwurf von Medizinischen Versorgungszentren beigetragen, ohne dass die inhaltlichen, systemkritischen Aspekte explizit übernommen wurden. Wir haben sicher mit unserer Arbeit zu einer verbesserten medizinischen Versorgung, einem besseren Gesundheitsverhalten der Bewohner und zu einem lebenswerteren Stadtteil beigetragen:

- Die Obdachlosenunterkünfte sind in normale Wohnungen umgewandelt worden.
- Die Jugendbürgerinitiative hat sich ein Kinder- und Jugendzentrum erkämpft.

- Es gibt eine städtische Gesundheitsberatungsstelle.
- Ein ehemaliges Trambahnhäuschen steht den Bewohnern für Feste und andere Treffen zur Verfügung.
- Es gibt seit 20 Jahren einen Stammtisch von Bewohnern, der das Trambahnhäuschen verwaltet, einen regelmäßigen Flohmarkt betreut, Feste organisiert und auch Treffen mit ähnlichen Initiativen aus sozialen Brennpunkten anderer Städte.

Ob die Morbiditätsrate gesunken ist, ist leider zu bezweifeln, weil Hartz IV, die Gesundheitsreformen und der Druck auf dem Arbeitsmarkt die sozialen Bedingungen für viele unserer Patienten so verschlechtert haben, dass der Effekt unserer Arbeit sicher mehr als aufgehoben wurde. Bisher ist es uns noch nicht gelungen, eine erneute Befragung von Familien zur Morbiditätsrate, der Infrastruktur und dem Gesundheitsverhalten durchzuführen.

Die Arbeit in der Gruppenpraxis ist für uns anregend und befriedigend. Dabei ist es sehr wichtig, aufkeimende Probleme zwischen den Mitarbeitern der Gruppenpraxis möglichst direkt zu kommunizieren und notfalls auch miteinander zu streiten. Die Orientierung an der Handlungsfähigkeit und die möglichst weitgehende Minderung der Abhängigkeit der Patienten/Bewohner stehen für uns weiterhin im Vordergrund. Schwierigkeiten gibt es mit dem Bezahlungssystem, z.B. mit den Implikationen von Krankenversicherung und Rente. Wir sind zur Zeit in einem Generationenwechsel und können noch nicht sagen, wie sich unser Konzept oder die Arbeit und ihre Strukturen ändern werden.

** Billie Trumpp von Eicken und Peter Trumpp arbeiten beide als Ärzte in der Praxis und haben den Artikel in Vertretung der Gruppenpraxis geschrieben.*





Hierarchiefreie Medizin

Claudius Loga* über das Praxiskollektiv in Berlin

Das Praxiskollektiv »reiche« entstand im Rahmen der Gruppenpraxis-Bewegung« der 1970er und 80er Jahre. In dieser Zeit gab es in der Bundesrepublik viele Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger, Arzthelferinnen und andere medizinische Berufsgruppen, die einen gesellschaftlichen Wandel auch in der stark hierarchisch organisierten Medizin einforderten und nach »sozialistischen« Modellen für die ambulante Medizin suchten. In neu gegründeten »Gruppenpraxen« arbeiteten Kollegen und Kolleginnen mit unterschiedlichen medizinischen Berufen im Kollektiv ohne Chef und zum gleichen Stundenlohn.

Eine dieser neuen Gruppenpraxen war die »reiche«: 1979 wurde eine bestehende Hausarztpraxis im zweiten Stock der Reichenberger Straße 121 in Berlin Kreuzberg 36 vom Arzt Hubert Bacia übernommen und in ein Kollektiv umgewandelt. Seitdem arbeiteten hier bis zum heutigen Tag viele Arzthelfer und -helferinnen, Ärztinnen und Ärzte zum »Einheitslohn« in kollektiver Selbstverwaltung nach dem ungeschriebenen Gesetz: Die Praxis

gehört allen, die darin arbeiten.

Schriftliche Verträge gab und gibt es nicht, alle Entscheidungen werden gemeinsam nach dem Konsensprinzip auf Vertrauensbasis gefällt. Eine Rechtsform, die die ArzthelferInnen an dem Besitz der Praxis beteiligen würde, ist in der ambulanten Medizin Deutschlands auch nicht vorgesehen. Da das Einklagen kollektiver Ansprüche gegenüber den niedergelassenen ÄrztInnen somit nicht möglich ist, ist das persönliche Vertrauen die wichtigste Grundlage des Kollektivbetriebs. Dieses Vertrauen zueinander und das persönliche Engagement aller waren die Grundvoraussetzung dafür, dass das Praxiskollektiv »reiche« fast alle anderen Gruppenpraxen Deutschlands überlebt hat und nun schon beinahe 35 Jahre besteht.

Damals wie heute unterscheidet sich auch die Behandlung und Versorgung der Patienten im Praxiskollektiv von der klassischen Arztpraxis: Ziel ist, Hierarchie auch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen abzubauen. Damit soll ein Beitrag zum Wandel in der modernen Medizin geleistet werden: weg vom allwissen-

den »Halbgott in Weiß« hin zu einem zugewandten, gesprächsbereiten und offenenherzigen ärztlichen Behandler als Partner der Patienten. Gleichzeitig dazu findet eine Emanzipation des Patienten statt: Vom geduldig wartenden (patiens = Geduld) zum selbst Agierenden, der sich gut informiert und die Verantwortung für seine Gesundheit, Krankheit und die Behandlung selbst übernimmt. Diese »Medizin auf Augenhöhe« des 21. Jahrhunderts ist aus Sicht der Praxiskollektivmitglieder ohne ein Überbrücken der traditionell tief klaffenden hierarchischen Kluft zwischen den Berufsbildern (und Gehältern!) von ÄrztInnen und ArzthelferInnen nicht glaubwürdig zu verwirklichen.

Wie sieht das Praxiskollektiv »reiche121« heute aus?

Derzeit gibt es zwei Ärztinnen und zwei Ärzte für Allgemeinmedizin, von denen eine Kollegin als Psychotherapeutin arbeitet, sechs ArzthelferInnen sowie zwei ärztliche Weiterbildungsassistentinnen; die meisten arbeiten zwischen 25 und 30 Stunden pro

Auch das Praxiskollektiv »reiche 121« in Berlin/ Kreuzberg ist aus der Bewegung der 70er Jahre entstanden und arbeitet bis heute als Kollektiv – hierarchiefrei und mit gleicher Bezahlung. Erfreulicherweise berichtet Claudius Loga von einem neuen Wind in letzter Zeit durch neue KollegInnen aber auch durch ein wieder erstarktes Interesse der Öffentlichkeit an alternativen, nicht-gewinnorientierten Lebens- und Arbeitsformen.

Woche. Der Stundenlohn ist – wie oben erwähnt – für alle gleich, zusätzlich gibt es betriebliches Kindergeld und von der Praxis bezahlte Fortbildungen.

Das medizinische Konzept ist eine ganzheitliche, naturheilkundliche sowie evidenzbasierte

Behandlung mit psychosomatischem Schwerpunkt. Das ärztliche Gespräch steht im Mittelpunkt der Sprechstunde, es soll genügend Zeit dafür vorhanden sein. Daher bekommt

jede/r PatientIn regulär einen Viertelstundetermin. Weiterhin werden z.B. Akupunktur, Muskelrelaxation, Shiatsu, Schröpfen, Fußreflexzonenbehandlung, Eigenblut, Yoga, der Herzkreis und auch Reisedizinische Beratung angeboten. Die Arbeit erfolgt im Zweischicht-System, dazwischen gibt es eine einstündige Mittagspause. Ein Kollektivmitglied bekocht hier traditionell die anderen nach dem Rotationsprinzip. Mittags ist dann auch genügend Zeit, sich über Patienten oder über die Tagespolitik auszutauschen.

Einmal wöchentlich, am Mittwoch, treffen sich alle Kollektivmitglieder zum »Plenum«, der Basis der kollektiven Selbstverwaltung. Hier werden alle aktuellen Themen von anzuschaffendem Gerät über problematische Patienten, die Quartals-Abrechnung, Finanzfragen bis hin zu Personaleinstellung diskutiert, aber auch internes Fehlermanagement betrieben. Entscheidungen werden dann im Konsens getroffen. In wichtigen Angelegenheiten gibt es ein Vetorecht. Dieser Prozess dauert zwar manchmal etwas länger, dafür stehen dann meist alle Kollektivmitglieder zu den einmal getroffenen Entscheidungen. Selbstverständlich ist die Anwesenheit auf dem Plenum bezahlte Arbeitszeit.

Was sagen PatientInnen und KollegInnen zum Modell »Praxiskollektiv«?

Bei den meisten PatientInnen ist das Praxiskollektiv beliebt, der Zulauf übersteigt – vor allem in den Wintermonaten – oftmals die Behandlungskapazität. Insbeson-

dere das Bemühen um einen partnerschaftlichen Umgang und ein ganzheitliches, psychosomatisches Verständnis unter Einbeziehung sozialer Gegebenheiten werden von vielen PatientInnen aus dem Kreuzberger Kiez als wichtige Gründe genannt, gerade diese Praxis aufzusuchen. Konflikte zwischen KollegInnen und PatientInnen kommen vor, sind aber eher die Ausnahme. Es wird dann gemeinsam nach den Ursachen geschaut und ein Einvernehmen angestrebt.

Ärztliche Kolleginnen und Kollegen – v.a. aus dem niedergelassenen Bereich – reagieren meist mit Unverständnis auf die Erläuterung der Kollektivstruktur: V.a. die Gleichstellung bei der Gehaltshöhe von ÄrztInnen und ArzthelferInnen löst Erstaunen und Ablehnung aus. MedizinstudentInnen finden das Kollektiv meist »spannend«, einige wünschen sich, später in einem solchen Rahmen zu arbeiten. Bei der Suche nach neuen ÄrztInnen für die Praxis zeigte sich oft, dass viele FachärztInnen und WeiterbildungsassistentInnen zwar sehr frustriert über den klinischen und ambulanten Medizinbetrieb und dessen reformresistente Hierarchien sind und sich auch ein kollegiales, gleichberechtigtes Team wünschen, dass aber dann doch die eigenen finanziellen Ansprüche den Ausschlag geben, dem Projekt »Praxiskollektiv« fernzubleiben. Erstaunlicherweise war es in den letzten Jahren auch nicht leicht ArzthelferInnen zu finden, die sich für den Kollektivbetrieb interessieren: Gemeinsame Entscheidungsfindung und Tragen von Verantwortung, ja ein Arbeiten ohne Chef können sich viele gar nicht vorstellen.

Wie sieht die Zukunft des Praxiskollektivs aus?

Über die Jahre ist – auch wegen der oftmals schwierigen Nachwuchssuche – bei den »alten Hasen« der Praxis das Sendungsbewusstsein für das Kollektivmodell in den Hintergrund getreten. Es überwiegt die Wahrnehmung, eine Nische gefunden zu haben, in der kollektives, gleichberechtigtes, selbst gestaltetes Arbeiten un-

ter gesunden Bedingungen und das »den-eigenen-Idealen-Treubleiben« möglich ist.

In letzter Zeit ist durch neue KollegInnen, die bewusst den Weg in eine hierarchiefreie Medizin und damit ins Kollektiv gewählt haben, aber auch durch das Interesse der Öffentlichkeit an alternativen, nicht-gewinnorientierten Lebens- und Arbeitsformen der idealistische Geist der Praxismitglieder wieder gestärkt worden.

Zur Zeit wird die Möglichkeit ausgelotet, über die Struktur eines MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) alle Kollektivmitglieder gleichberechtigt anzustellen. Die niedergelassenen ÄrztInnen würden dann ihre nach Außen bestehende Selbständigkeit (GbR) aufgeben, ihren Arzt-sitz ans MVZ übertragen und in die Anstellung wechseln. Inwieweit die ArzthelferInnen auch GesellschafterInnen einer MVZ-GmbH sein können, wird derzeit mit einem Rechtsanwalt geprüft. Leider ist das Gründen eines MVZ als alleinige Hausarztpraxis nicht möglich, das MVZ hängt also immer von einem zusätzlichen Facharztsitz (in diesem Fall Psychotherapie) ab. Ansonsten ist das MVZ ein mögliches Zukunftsmodell für weitere Praxiskollektive.

Ausblick

Vor dem Hintergrund der sich wandelnden Arbeitswelt und der sich verstärkt dem Menschen zuwendenden Medizin, in der die Erkenntnis zunimmt, dass Stress, Unzufriedenheit und Fremdbestimmtheit krank machen und dass Glück und »gutes Leben« wichtiger sind als Geld und materielle Überversorgung, ist das Projekt »Praxiskollektiv« heute aus Sicht seiner Mitglieder ein zukunftsweisendes Modell der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland.

(Mehr Infos unter:
<http://praxiskollektiv.de/>)

* Claudius Loga arbeitet als Arzt im reich-Kollektiv.

Gabriele Planthaber_pixelio.de





Krankenversorgung selbst in die Hand nehmen

Florian Schulte* über das Krankenhaus Salzhausen

Ein Krankenhaus, dessen Mitarbeiter und Patienten Eigentümer sind – ein fernes Zukunftsprojekt? Natürlich nicht. So etwas gibt es bereits seit über 100 Jahren, und zwar mitten in Deutschland: Das Krankenhaus Salzhausen.

Gegründet wurde das Haus vom Arzt und Sanitätsrat Meinberg, der 1897 drei Zimmer des örtlichen Barbiers mietete und mit geliehenen Betten eine Krankenstation eröffnete. Die Frau des Barbiers übernahm die Pflege der Patienten, bis sie sich nach einigen Jahren mit Typhus ansteckte und starb.

Bereits nach kurzer Zeit stellte Meinberg fest, dass er auf Dauer nicht allein Träger des Hauses sein konnte, sondern administrative Verstärkung brauchte. Daher wandte er sich an Pastor Bode aus dem nahen Ehestorf, der ein ausgewiesener Genossenschaftskenner war. So überrascht es nicht, dass dieser ihm riet, die Trägerschaft einer zu gründenden Genossenschaft zu übertragen.

1898 war es dann so weit, und der »Krankenpflegeverein zu

Salzhausen« wurde gegründet. Nach Ablauf des Gründungsjahres hatte der Verein 36 Mitglieder, davon sieben Gemeinden. Ein Drittel der Mitglieder waren Bauern aus der Region, der Rest Handwerker und kleine Gewerbetreibende. Sie alle hatten offenbar erkannt, dass es für sie sinnvoll ist, ihre Krankenversorgung selbst in die Hand zu nehmen.

Dieses emanzipatorische Element sollte ein wichtiger Aspekt bleiben, der das Krankenhaus Salzhausen von anderen Krankenhäusern unterscheidet. Denn in seiner mehr als hundertjährigen Geschichte gab es immer wieder Situationen, in denen das Krankenhaus dem Bankrott nahe war, beispielsweise nach dem ersten Weltkrieg oder während der Hyperinflation 1923. Doch die Identifikation der Bevölkerung mit »ihrem« Krankenhaus war während seiner gesamten Geschichte so stark, dass es nie zur Pleite kam. Immer half irgendjemand mit Geldspenden aus oder die Bauern belieferten das Krankenhaus gratis mit Nahrungs-

mitteln. Bis heute werden die Anteile am Krankenhaus von Generation zu Generation weiter vererbt und sind so Teil der Familientraditionen in der Region geworden.

Die Politik hingegen war dem Modell offenbar nicht immer zugefallen: So nahm die Landesregierung von Niedersachsen 1974 das Krankenhaus aus dem Krankenhausbedarfsplan heraus, was eine massive Kürzung öffentlicher Mittel nach sich zog. Wie immer reagierten die Mitglieder und Gremien mit Trotz statt Resignation: Eine Spendenaktion wurde gestartet und zahlreiche neue Mitglieder geworben, nach kurzer Zeit war wieder genug Geld beisammen, um den Weiterbetrieb zu sichern. Der Landesregierung blieb nichts anderes übrig, als das Krankenhaus 1980 wieder in den Bedarfsplan aufzunehmen.

Die Haltung von Kassen und ärztlichen Standesvertretern zu dem Modell ist schwer herauszufinden. Ich konnte keine Quellen finden, die darauf hindeuten wür-

Alle anderen Projekte, die wir in diesem Heft als Leuchttürme vorstellen, sind im ambulanten Sektor angesiedelt. Leuchttürme der stationären Versorgung gibt es nur ganz wenige. Das »klassenloses Krankenhaus« (siehe Rundbrief 1/2010) ist Projekt (und Modell) geblieben – und wartet noch auf Umsetzung. Florian Schulte stellt uns hier einen eher unbekannten Leuchtturm, nämlich das genossenschaftlich organisierte Krankenhaus in Salzhausen Niedersachsen vor.

den dass sich diese Institutionen überhaupt mit dem Modell beschäftigt hätten – schade eigentlich. Um so interessanter ist die Meinung der Menschen aus der Region. Manche von ihnen bringen sie sogar in Gedichten zum Ausdruck, wie z.B. Frau M.F. von der Hohen Goest:

»Drum segne Euch Gott, ihr Lieben, Ihr Helfer drinn' und drauß', Gott schütze und behüte ›Salzhausens Krankenhaus!‹, lautet eine Strophe ihres zehnerstrophigen Gedichtes über das Krankenhaus.

Heute hat das Krankenhaus über 1 000 Mitglieder und ist Teil der Regelversorgung. Zwischen 2009 und 2010 gelang es, das Eigenkapital fast zu verdreifachen, vermutlich um einen 6,2 Millionen Euro teuren Neubau zu finanzieren. Darüber hinaus notwendige Kredite kamen von Bund, Land, Kreis, Gemeinde und der »Benno und Inge Behrens-Stiftung«. Kapital von priva-

ten Banken oder dem Finanzmarkt war offenbar nicht nötig. Der Neubau wurde am 3./4. Juni 2011 eingeweiht und beherbergt drei neue Operationssäle, eine Sterilisationsabteilung, eine zentrale Patientenaufnahme sowie Räume für Arztpraxen. Besonders stolz ist das Haus auf seine Expertise im Bereich der Schulterorthopädie und der Pneumologie.

Trotz des Erfolges dieser notorisch pleiteresistenten, kulturell in seiner Region verankerten Institution, die seit über 100 Jahren Patienten behandelt, hat das Konzept eines genossenschaftlich geführten Krankenhauses offenbar noch keine Nachahmer oder Förderer in Politik und Gesellschaft gefunden. Das ist befremdlich, handelt es sich doch um eine der wenigen bekannten Einrichtungen im Gesundheitswesen, in der diejenigen mehrheitlich das Sagen haben, die das größte persönliche Interesse an einer guten medizinischen Versorgung und

akzeptablen Arbeitsbedingungen haben: Die Patienten und die Mitarbeiter.

In einer Zeit, in der in Südeuropa ganze Gesundheitssysteme zusammenbrechen und auch in Deutschland stetig Krankenhäuser privatisiert werden, befinden sich die europäischen Gesundheitssysteme ohnehin im Umbruch.

Nutzen wir die daraus resultierenden Chancen, dann vielleicht zum Guten!

(Der vollständige Text mit allen Literaturangaben kann über die Geschäftsstelle bezogen werden.)

** Florian Schulte studierte 2005-2012 in Gießen Humanmedizin mit einem Schwerpunktcurriculum in Global Health. Er wird ab Mai als Assistenzarzt in einer anthroposophischen Klinik in Basel arbeiten.*



Presseerklärung des vdäa zum OECD Bericht über stationäre Überversorgung in Deutschland

Deutschland weiterhin Spitze bei stationären Behandlungsfällen!

15. April 2013

Deutschland bleibt Spitze. Aber kein Grund zur Freude, eher zur Beunruhigung. Ein am 11. April vorgelegter Bericht der OECD belegt erneut, dass die stationären Behandlungsfälle in Deutschland in besorgniserregendem Maße steigen. Die OECD bezweifelt, dass dieser Anstieg medizinisch zu begründen ist. Deutschland ist Spitzenreiter bei Herzkathetern (624 Interventionen pro 100 000 Einwohner im Vergleich zu 177 im OECD-Durchschnitt), ebenso bei Leistenhernien-Operationen oder Hüftersatz. Den Grund für diese medizinisch nicht zu rechtfertigende Zahl sieht die OECD im DRG-basierten Abrechnungssystem in Deutschland. Im Gegensatz zu allen andern Ländern werden die DRG in Deutschland rein als Preissystem eingesetzt. Eine effektive

Mengenbegrenzung gibt es nicht.

Was die OECD in ihrem Bericht aber leider nicht erwähnt, ist die Tatsache, dass die Ursache dieses Fallzahlenanstiegs nicht bei profitorientierten Krankenhausmanagern oder in Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen liegt, sondern systembedingt ist. Die Entgelte für die erbrachten Leistungen steigen aufgrund des deutschen Regelwerks langsamer als die Kosten. Krankenhäuser können heute nur überleben, wenn sie die Fallzahl, also die Zahl behandelter Patienten steigern. Nur über steigende Patientenzahlen und Steigerung der Invasivität der Behandlung – z.B. mehr Operationen oder andere Interventionen – können die Kostensteigerungen im stationären Bereich aufgefangen werden. Da z.B. Tarifsteigerungen nicht ausrei-

chend in den Preisen berücksichtigt werden, sind die Krankenhäuser gezwungen, mit dem gleichen Personal mehr Leistungen zu erbringen oder noch mehr Personal abzubauen. Fallzahlsteigerung ist deshalb zum Mantra deutscher Krankenhausmanager geworden.

Hinzu kommt, dass die Länder ihrer Verpflichtung, die notwendigen Investitionen zu tragen, nicht nachkommen und daher Investitionen über DRG-Erlöse finanziert werden müssen. Versicherte müssen sich deshalb auch fragwürdigen oder nicht indizierten medizinischen Eingriffen unterziehen, um den Krankenhäusern ein Überleben zu ermöglichen – so die inzwischen völlig verkehrte Logik deutscher Krankenhäuser.

Zu recht weist die OECD in ihrer lesenswerten Studie darauf hin, dass es in anderen Ländern,

die ebenfalls DRG eingeführt haben, sinnvolle Werkzeuge zur Mengen- und Budgetregulierung gibt. »Der vdäa hat schon häufig darauf hingewiesen, dass er die in Deutschland praktizierte Anwendung der DRG als reines Preisinstrument für fatal hält«, so der Vorsitzende, Prof Wulf Dietrich. »Wir betonen aber auch, dass eine sinnvolle Bedarfsplanung Voraussetzung einer guten stationären Versorgung darstellt. Hier fehlt es Deutschland gravierend. Leider erwähnt der OECD Bericht diese Notwendigkeit einer Bedarfsplanung in seinem Bericht nicht«, so Dr. Peter Hoffmann aus dem Vorstand des vdäa.

*Prof. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdäa)*

*Dr. Peter Hoffmann
(Mitglied im erweiterten
Vorstand des vdäa)*

»Gesundes Kinzigtal«

Ein Unternehmen mit dem Produktionsziel Gesundheit?!

Von Christian Daxer, Helmut Hildebrandt, Saskia Hynek*

Die Idee ist ja nicht neu. Was dem alten China nachgesagt wird, hat schon immer die Träume vieler Gesundheitsprofis und Gesundheitsbewegten beflügelt: Eigentlich müsste es belohnt werden, wenn durch die bestmögliche Begleitung und Unterstützung (oder anders gesagt, durch ein »optimales therapeutisches Bündnis«) Patienten möglichst lange gesund erhalten werden. Nicht die therapeutische Methode oder die Menge der Interventionen sondern das beste Ergebnis müsste Basis der Vergütung sein. Ob dann die sprechende Medizin, die optimale Motivation zu Bewegung oder der präzise Einsatz von chirurgischer und medikamentöser Expertise praktiziert wird, sollte dann Sache der Experten sein.

Meist blieb diese Idee nur dem interkollegialen Austausch am späten Abend vorbehalten, wenn man gegenseitig über Unsinn berichtete, der durch die Vergütungsformen in der Praxis angerichtet wird. Und dabei blieb es meist, bzw. der Einzelne ver-

suchte dann, inmitten der falschen Anreize noch ein halbwegs »richtiges« Leben zu führen und sich nicht von den Fehlanreizen korrumpieren zu lassen. Allerdings hatte dies für diese Person nicht selten die Folge, dass die wirtschaftlichen Ergebnisse der eigenen Praxis dann deutlich niedriger lagen als die der Nachbarpraxen, die sich ein bisschen mehr den Verrücktheiten der Abrechnungsformen angepasst hatten.

Im Kinzigtal in Südbaden, zwischen Rhein und Schwarzwald, hatte sich im Jahr 2004 eine Konstellation ergeben, die es möglich machte, dem Traum einer Gesundheitsversorgung, die sich wirklich auf das Ergebnis Gesundheit ausrichtet, ein ganzes Stück näher zu kommen. Zum einen gab es dort ein Ärztenetz (gegründet 1992), das Medizinische Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V., das sich bereits erfolgreich zu einer besseren Kooperation untereinander zusammengetan hatte. Zum anderen hatte sich ein vertrauensvoller

Kontakt und eine produktive Verbindung zu einem »Altvorderen« der Gesundheitsbewegung, dem Pharmazeuten, Medizinsoziologen und langjährigen Berater Helmut Hildebrandt mit seinem gesundheitswissenschaftlich orientierten Unternehmen »OptiMedis AG« ergeben, der diesem Traum eine konzeptionelle und wirtschaftliche Basis geben konnte.

Statt auf individueller Ebene, so das Konzept, sollte eine ganze Region zum Gegenstand der gemeinsamen Intervention gemacht werden. Dazu sollte oberhalb der Ebene der einzelnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen mit all ihren Versicherten eine neue Vertrags- und Vergütungsebene geschaffen und daraus eine rein erfolgsabhängige Infrastruktur für eine gesundheitswissenschaftlich basierte Optimierung der Versorgung und Ausbalancierung der aktuellen Fehlanreize finanziert werden. Hildebrandt konnte dazu auf seine Public Health- und Gesundheitsförderungserfahrungen im Kontext von Arbeiten in der Medizinso-

In einem ganz anderen Zusammenhang und auch in einer ganz anderen Zeit ist das Projekt Kinzigtal entstanden. Ob es von Vor- oder von Nachteil für eine fortschrittliche medizinische Versorgung ist, dass es hier erst einmal gar nicht um gesellschaftsverändernde Vorstellungen aus der 68er Bewegung ging und geht, mögen die LeserInnen selbst entscheiden.

**»Ärzte und Psychotherapeu-
ten schenken ihren Patienten
zusätzliche Zeit für die
Entwicklung von konkreten
Gesundheitszielen und
Lösungen.«**

ziologie und mit verschiedenen WHO-Programmen zurückgreifen, hatte aber auch Einblick in die unterschiedlichen Instrumente und Methoden, die unter dem Stichwort Managed Care in den USA und anderen Ländern entwickelt worden waren. Entscheidend für die wirtschaftliche Machbarkeit war die Einführung des §140 ff. in das Sozialgesetzbuch V unter der grünen Gesundheitsministerin Andrea Fischer und die

Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung unter Ulla Schmidt. Erstmals konnte damit in Deutschland eine regionale Managementgesellschaft etabliert werden, die von einer Krankenkasse eine Vergütung für ein erzielt Delta an Gesundheitserfolg bei ihren Versicherten erhielt. Außerdem erleichterte die gesetzliche Anschubfinanzierung der Krankenkasse das Vorabinvestment, denn sie hatte aus dem geschlossenen Vertrag eigentlich nichts zu befürchten sondern nur zu gewinnen.

Das Versprechen lautete wie folgt: Ärztenetz und OptiMedis gründen eine gemeinsame Managementgesellschaft und tun mit dieser und qualifizierten MitarbeiterInnen in einer entsprechenden Geschäftsstelle alles, um die Versorgung im Kinzigtal quer über die Schnittstellen der heutigen Sektoren intelligenter zu organisieren, die Fehlanreize bei

den Leistungserbringern auszubalancieren, die PatientInnen zu aktivieren, die zivilgesellschaftlichen Kräfte zu Verbündeten einer gesundheitsorientierten Veränderung zu machen, gezielte evidenzbasierte Prävention zu unterstützen und ein breites Bündnis von Ärzteschaft und allen anderen Berufsgruppen in der Versorgung aufzubauen. Wenn diese Gesellschaft damit Erfolg erzielen sollte, dann sollte sie auch entsprechend mit einem Anteil dessen belohnt werden, was die Krankenkasse daran als Benefit erzielen würde.

Hintergrund dieses Versprechens war die Hypothese, dass es mit einer solchen Lösung möglich sein müsste, die kollektive Intelligenz der Gesundheitsberufe in der Region von der einzelwirtschaftlichen Optimierung ihres einzelnen Praxisertrags ein Stück hin zu orientieren auf das gemeinwirtschaftliche Interesse und gleichzeitig damit einen Anreiz zu haben, das bestmögliche international verfügbare Wissen um Versorgungsoptimierung, Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung im Kinzigtal zielgerichtet einzusetzen. Mit anderen Worten: Die Managementgesellschaft ist dann erfolgreich, wenn es ihr gelingt, mit dem geringstmöglichen Investment in die Gesundheit der Bevölkerung das bestmögliche Ergebnis zu erzielen.

Dazu wurde ein Finanzierungsmodell entwickelt, das die »normalerweise« zu erwartenden Kosten der Versicherten der beteiligten Krankenkassen jedes Jahr wieder mit den tatsächlich aufgetretenen Gesamtkosten (über alle Sektoren mit Ausnahme der Zahnmedizin) zur Bestimmung des Deltas berechnet. In einem zweiten Schritt konnten die AOK Baden-Württemberg (und etwas später noch die LKK BaWü) zum Abschluss eines zunächst auf zehn Jahre praktisch nicht kündbaren Vertrags gewonnen werden. Die Krankenkassen verpflichten sich, der Managementgesellschaft alle Verordnungs- und Abrechnungsdaten ihrer Versicherten zur Verfügung zu stellen, um Entscheidungen und Planungen für Interventio-

nen zu treffen und die Evaluationen zu deren Nutzen auszuwerten.

Die klassischen Abrechnungswege werden nicht verlassen, sondern ergänzt: Die beteiligten Ärzte und anderen Leistungspartner (z.B. Physiotherapeuten, Pflegeeinrichtungen) erhalten von der Managementgesellschaft zusätzliche Aufwandsentschädigungen für genau definierte Leistungen, um bei diesen einen wirtschaftlichen Schaden zu vermeiden, wenn sie z.B. einen Patienten intensiv bei der Nikotinentwöhnung begleiten, eine gemeinsame Zielplanung bei Pflegeheimbewohnern machen oder eine Patientin mit Osteopenie/Osteoporose durch entsprechende Gruppentrainings bei der Sturzvermeidung und dem Muskelaufbau unterstützen.

Die Umsetzung baut wesentlich darauf auf, mit einer aktiven Beteiligung der Patienten und einer individuellen und intensivierten Betreuung chronischer Erkrankungen wie Diabetes und Herz-Kreislauf- sowie psychischer Erkrankungen die Kompetenz der Patienten und ihrer Angehörigen im Umgang mit diesen Erkrankungen zu verbessern und einer Progression erfolgreich entgegenzuwirken. Dazu hat Gesundes Kinzigtal spezielle Programme entwickelt, organisiert Vorträge und Schulungen. Ärzte und Psychotherapeuten schenken ihren Patienten zusätzliche Zeit für die Entwicklung von konkreten Gesundheitszielen und Lösungen, um diese auch zu erreichen, und erhalten die schon erwähnten spezifischen Aufwandsentschädigungen von der Managementgesellschaft. Die primär ärztlich getragenen Interventionen in der Startphase wurden im Laufe der Jahre zunehmend durch Interventionen der medizinischen Fachangestellten ergänzt, die z.B. für Patienten mit Herzinsuffizienz, mit Depression und mit anderen Erkrankungen ganz spezielle Coaching-Verantwortung übernehmen. Auch die anderen Berufsgruppen wurden zunehmend integriert, so z.B. die Physiotherapeuten, die Pflegedienste, die Apotheker. Eine entscheiden-



de Weiterentwicklung erfolgte vor kurzem durch eine in die Praxissoftwaresysteme integrierte *Gesundes Kinzigtal-Patientenakte*¹, die dafür sorgt, dass Arzt A in seiner eigenen Softwareumgebung sieht, was Arzt B dem Patienten verordnet, in welches Kinzigtal-Programm hineingeführt und welche Befunde er erhoben hat. Mitte 2011 wurde die Geschäftsstelle der Managementgesellschaft dann noch um eine weitere Abteilung erweitert, die sich in besonderem Maße zusammen mit den Kommunen, den Wohlfahrtsverbänden und den Vereinen der Region um die Verhältnisprävention im Kinzigtal bemüht und in der zweiten Hälfte 2012 um eine Abteilung, die sich der Gesundheitsförderung für die Betriebe und die Arbeitnehmer verpflichtet hat.

Inzwischen ist ein Koordinationssystem von rund 9 100 Versicherten, die »Mitglieder« der *Gesundes Kinzigtal*-Initiative geworden sind, 52 Ärzten und Psychotherapeuten, sechs Krankenhausstandorten, elf Pflegeheimen, sechs ambulanten Diensten und rund 300 weiteren Partnern entstanden, die bei verschiedenen Projekten an der Umgestaltung der Gesundheitsversorgung im Kinzigtal mitwirken. Für 2013 ist auch die Erweiterung mit anderen Krankenkassen und Privaten Versicherungen sowie anderen Sozialversicherungsträgern geplant.

Der Erfolg des Vorgehens im Kinzigtal ist umfangreich belegt. Von Anfang an legten alle Beteiligten großen Wert auf eine neutrale externe wissenschaftliche Evaluation der Effekte der Arbeit von *Gesundes Kinzigtal*. Eine eigens dafür eingerichtete Stelle der Universität Freiburg wurde errichtet und finanziert, um die Evaluation zu koordinieren und darüber regelmäßig zu berichten. Darüber hinaus evaluieren die OptiMedis AG und die AOK selbst die wirtschaftlichen Ergebnisse im Kinzigtal sowie die Resultate der Gesundheitsprogramme. Im vergangenen Jahr hat die bei OptiMedis aufgebaute Abteilung Controlling und Versorgungsforschung zusätzlich eine umfassende Kohortenstudie



von jeweils 4 596 eingeschriebenen Versicherten und nicht eingeschriebenen Versicherten publiziert. Dabei wurden drei Zieldimensionen von *Gesundes Kinzigtal* (Ergebnisqualität, Effizienz, Akzeptanz) untersucht. Hierzu wurden erstmals in einem integrierten Vollversorgungsprojekt Ergebnis-Endpunkte wie die Sterblichkeitsrate gemessen. Die Ergebnisse lassen aufhorchen: Es konnte ein dreifacher Nutzen für Versicherte und Kassen nachgewiesen werden. So belegt die Studie u.a., dass die Sterblichkeitsrate innerhalb des aktuell möglichen Beobachtungszeitraums von zehn Quartalen bei den eingeschriebenen Versicherten signifikant geringer ist als in der Vergleichsgruppe. Beispielhafte Auswertungen zu Herzinsuffizienz (»Starkes Herz«), Osteoporose (»Starke Muskeln – Feste Knochen«), dem Programm für Pflegeheimbewohner (»Ärzteplus-Pflege«) und zu akuten psychischen Krisen (»PsychoAkut«) bestätigen außerdem den Nutzen für die Teilnehmer und die signifikanten relativen Einsparungen, welche in Folge der verbesserten Versorgung der Patienten im Verhältnis zur Vergleichsgruppe erzielt werden können.

Neben dem Nutzen für die Patienten kann auch ein wirtschaftlicher Erfolg der Arbeit für die Krankenkassen und die Managementgesellschaft konstatiert

werden. Das erzielte Delta gegenüber der Regelversorgung reicht sowohl für die Krankenkassen als auch für *Gesundes Kinzigtal* aus, die eigenen Aufwände zu refinanzieren, und speziell bei der *Gesundes Kinzigtal GmbH*, um die Gesellschaft stabil zu führen und die oben beschriebenen Investitionen in die Versorgung zu tätigen. Rund 400 000 Euro jährlich können damit den Leistungspartnern im Kinzigtal an Aufwandsentschädigung zusätzlich zu den normalen KV-Vergütungen zugewendet werden; weiterhin konnte die GmbH auch bereits dreimal zusätzlich Ausschüttungen an die Gesellschafter vornehmen.

Regelversorgung und Selektivversorgung gehen im Kinzigtal Hand in Hand. Da sich die Belohnung des Gesundheitserfolgs auf alle Versicherten der beteiligten Krankenkassen bezieht, die ihren Wohnsitz im Kinzigtal haben, also unabhängig ist von einer Einschreibung, hat die Managementgesellschaft den Anreiz, alle Versicherten der Krankenkassen gleichermaßen optimal zu versorgen. In Teilen kann auch gar nicht verhindert werden, dass auch die Versicherten anderer Krankenkassen schon heute von den veränderten Verhaltensweisen der beteiligten Leistungser-

»Neben dem Nutzen für die Patienten kann auch ein wirtschaftlicher Erfolg der Arbeit für die Krankenkassen und die Managementgesellschaft konstatiert werden.«



bringer einen Gesundheitsnutzen erfahren.

Dennoch gilt ein besonderer Unterschied zur Regelversorgung: Die Gesundes Kinzigtal GmbH kann sich eigenständig und ohne Genehmigungsvorbehalte und zentrale Regelungen stetig inhaltlich und infrastrukturell weiterentwickeln, um den Gesundheitsnutzen der Versicherten weiter zu erhöhen und die Kosten relativ zu senken bzw. zu stabilisieren. In das Portfolio von Gesundes Kinzigtal werden deshalb laufend neue inhaltliche

Themen aufgenommen. Neben den klassischen indikationsbezogenen Angeboten werden derzeit eine Reihe weiterer Programme entwickelt, welche die verbesserte Versorgung von Hochkostenpatienten zum Ziel haben, so u.a. zu Parkinson, Inkontinenz und Epilepsie. Begleitend sollen besonders kranke und bedürftige Versicherte (und für den einzelnen Arzt schwierig zu betreuende Patienten) in einem

Case Management-Projekt durch gezielte individuelle Begleitung und Versorgungsangebote unterstützt werden. Diese Patienten erhalten das Angebot, über ihre betreuende Praxis einen Case Manager zur Seite zu bekommen, der sie, neben dem Hausarzt, im Umgang und der Bewältigung von Krankheitssituationen unterstützt. Dadurch sollen Versorgungsbrüche vermieden werden.

Mit der Gründung einer »Gesundheitswelt Kinzigtal« soll sowohl den Betrieben und deren Mitarbeitern wie aber auch den Mitgliedern und der Gesamtbevölkerung ein Zentrum für Gesundheitskompetenz und ärztlich begleitete Bewegungs- und Krafttrainingsangebote zur Verfügung gestellt werden. Mit den Kommunen wird zudem die Versorgungssicherheit im Kinzigtal weiterentwickelt. Gemeinsam mit den Bürgermeistern und den lokalen Arztpraxen wird die Situation in der Region erfasst und diskutiert. Im Rahmen des Förderprogramms »Praktische Zukunft. Junge Ärzte im Kinzigtal« ist die Vermittlung voll qualifizierter Fachärzte in frei werdende Praxen im Kinzigtal bereits ein Baustein. Sollten zukünftig keine Arztpraxen direkt nachbesetzt werden können, soll gemeinsam mit den Kommunen, niedergelassenen Ärzten und weiteren Dienstleistern aus dem Umfeld eine Strategie entwickelt werden, um die wohnortnahe medizinische Gesundheitsversorgung in der betreffenden Region sicherzustellen.

Das Modell erhält höchste Anerkennung, so wird es in den Gutachten des Sachverständigenrates regelmäßig als besonders interessantes Beispiel herausgestellt und es erfolgt ein regelrechter Besuchstourismus von Krankenkassen-, Standes-, Patientenvertretungen, Wissenschaftlern und vielen anderen in das Kinzigtal. Wie häufig bei Modellprojekten mischt sich gelegentlich aber auch Skepsis mit hinein in die Beurteilung. Für manche erscheinen die Ergebnisse zu gut, und in der komplexen Materie von Gesundheitsdaten ist die kritische

Betrachtung jeglicher Evaluation immer richtig. Andere vertreten die These, dass vielleicht doch die spezielle Tal-Lage Ursache sei, und das diese kaum reproduzierbar sei. Andere tun sich schwer mit dem Verständnis der speziellen Anreize und Logiken in diesem Projekt, da es sich doch sehr weit von dem klassischen Paradigma unterscheidet. Wieder andere sehen die Wirtschaftlichkeit nicht in genügendem Maße reflektiert. Gesundes Kinzigtal geht es dabei ähnlich wie vielen anderen Leuchtturmprojekten auch in anderen Ländern.

Verbesserungsfähig ist zweifellos noch sehr vieles an der Arbeit im Kinzigtal. Aktuell veröffentlichte Studien aus den USA sehen ein Effizienzpotenzial zwischen 8 und 21 Prozent allein aus der weiter verstärkten Aktivierung, Schulung und dem Empowerment der Patienten². Im Kinzigtal haben wir dieses Effizienzpotenzial sicherlich erst zu einem Viertel ausgeschöpft. Auch die weitere Unterstützung und der verstärkte Einsatz von gesundheitsorientiertem Bewegungs- und Krafttraining sind noch entwicklungsfähig; auch hier schätzen wir den bereits erfolgten Umsetzungsquotienten auf nicht mehr als 25 Prozent. Im Bereich der Vermeidung von arzneimittelbedingten Interaktionen und der Reduzierung der Risiken aus Polypharmazie sehen wir auch bisher nur eine Quote von 25 Prozent des Erreichbaren, über ein Polypharmaziekonsil sind wir dort weiter an der Arbeit. Große weitere Erträge erwarten wir uns aus dem Coaching der Hochrisikopatienten und der besseren Überleitung und Kompetenzsteigerung der Patienten aus den Krankenhäusern. Hilfreich dafür sind die EDV-seitige Verknüpfung Niedergelassene und Krankenhäuser – ein Projekt, dessen Umsetzung wir noch innerhalb von 2013 erwarten. Obwohl sich in den letzten Monaten einige weitere niedergelassene Kollegen Gesundes Kinzigtal angeschlossen haben, ist auch in der Erweiterung der Partnerschaften noch ein hohes Potential – so müssten sich die

»Mit den Kommunen wird zudem die Versorgungssicherheit im Kinzigtal weiterentwickelt.«

Ergebniszahlen noch deutlich verbessern lassen.

Die Zukunft des Projektes sieht nach Einschätzung der Autoren sehr vielversprechend aus. Die Effekte aus dem demografischen Wandel und der wachsenden Bedeutung chronischer Erkrankungen machen eine über die Sektoren hinaus koordinierte und multiprofessionelle Zusammenarbeit sowie die engagierte Beteiligung der Leistungserbringer an einer Verbesserung des Gesundheitsstatus der betroffe-

nen Patienten zwingend erforderlich, wenn die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens auch in der absehbaren Zukunft noch gewährleistet werden soll. Ohne das Engagement und Eigeninteresse der Gesundheitsprofessionellen wird dies aber kaum möglich sein, insofern wird Unternehmungen, die analog Kinzigtal auf eine Optimierung der Gesundheit, eine Einbeziehung der Patienten und eine möglichst kosteneffiziente Versorgung setzen, die Zukunft gehören.

** Helmut Hildebrandt ist Vorstand OptiMedis AG & Geschäftsführer Gesundes Kinzigtal GmbH; Dr. med. Christian Daxer ist HNO-Facharzt, Mitglied im Vorstand, Medizinisches Qualitätsnetz Ärztinitiative Kinzigtal e.V.; Saskia Hynek ist zuständig für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Gesundes Kinzigtal GmbH.*

Eine Literaturliste ist erhältlich über s.hynek@gesundes-kinzigtal.de.

- 1 Unter CGM Net jetzt auch für andere Ärzte / Ärztenetze verfügbar
- 2 Hibbard et al. 2013



Presseerklärung des vdä zum Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung

23. April 2013

Unsozial und unausgegoren

Im Namen der deutschen Ärzteschaft hat die Bundesärztekammer ihre Vorstellungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland vorgelegt. Allein schon diese Tatsache verwundert: Bei dem Papier handelt es sich um einen Antrag der Vorstands der Bundesärztekammer für den deutschen Ärztetag, der vom 28. bis 31. Mai in Hannover stattfinden wird. Es ist äußerst ungewöhnlich und befremdlich, dass dieser Antragsentwurf – bevor er überhaupt in der Ärzteschaft diskutiert wurde – schon heute als Meinung der deutschen Ärzteschaft an die Presse gegeben wird.

Dabei wäre eine gründliche Vordiskussion dieses Entwurfes dringend erforderlich gewesen, denn das dürftige Gutachten von Thomas Drabinski, Leiter des Kieler Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), ist voll von Widersprüchen und Unklarheiten: Zunächst bleibt unverständlich, warum gerade zu Zeiten eines Milliardenüberschusses im Gesundheitsfonds bei gleichzeitig exorbitant steigenden Tarifen der PKV das PKV-Modell mit Kapitaldeckung als zukunftsfruchtig propagiert wird. Es gehört schon ein be-

sonderes Verständnis vom Kapitalmarkt dazu, mitten in einer weltweiten Finanzkrise die Kapitaldeckung als zukunftsweisend zu propagieren. Es bleibt ein Geheimnis des Vorstandes, weshalb ein solches System nachhaltiger als ein umlagefinanziertes sein soll.

Das im Entwurf der BÄK vorgeschlagene Modell einer Kopfpauschale wurde inzwischen sogar schon von deren Erfinderin, der CDU, ad acta gelegt. Interessant am Entwurf ist dabei nur, dass alle erwerbsfähigen Erwachsenen, also auch nicht berufstätige Ehepartner, beitragspflichtig werden sollen, also der Versicherungsbeitrag in vielen Familien schlichtweg verdoppelt werden soll. Die Beitragsbemessungsgrundlage soll sich auf alle Einkommensarten beziehen, was bei einer einheitlichen Kopfpauschale wenig Sinn macht. Es bedeutet aber, dass Versicherte mit niedrigem Einkommen benachteiligt werden, denn die Belastung durch den Versicherungsbeitrag muss mehr als 9% des gesamten Haushaltseinkommens betragen, bevor der geplante soziale Ausgleich greifen soll. Die Gutverdienenden, deren Lohneinkommen an der Versicherungspflichtgrenze liegt, werden so

allerdings leichter in die PKV wechseln können.

Simple Grundlagen des Versicherungsrechtes wie die Versicherungspflichtgrenze werden in dem Entwurf nicht einmal erwähnt. Dieser Entwurf soll die Zweiklassenmedizin in Deutschland zementieren. Er belastet die Versicherten, entlastet die Arbeitgeber und die Ärzteschaft soll davon profitieren. Am dualen Krankenversicherungssystem mit allen seinen Verwerfungen und Ungerechtigkeiten und mangelnder Qualität soll unverändert festgehalten werden.

Es kann nur als peinlich empfunden werden, wenn der Vorstand der Bundesärztekammer, der noch vor wenigen Monaten die Abschaffung der Praxisgebühr begeistert begrüßt hatte, heute wieder mehr Selbstbeteiligung der Patienten einfordert. Die umstrittene Forderung nach höherer Selbstbeteiligung, Wahlтарifen und Kostenerstattung vernachlässigt die sozialen Determinanten und Zusammenhänge, die der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zugrunde liegen. Als Begründung für die notwendigen Änderungen wird wieder einmal die »Vollkaskomentalität« der Versicherten angeführt.

Warum es aber diese Mentalität nicht bei der Kostenerstattung geben soll, bleibt Geheimnis des Vorstandes der Bundesärztekammer. Natürlich hat eine höhere Selbstbeteiligung der Patienten eine steuernde Wirkung, nur konnte immer wieder gezeigt werden, dass gerade notwendige Behandlungen durch steigende Selbstbeteiligung unterbleiben. Sie steuert also in die falsche Richtung.

Zusammenfassend stellt der vdä fest, dass der vorliegende Entwurf keineswegs den Vorschlag der deutschen Ärzteschaft darstellt, es handelt sich lediglich um einen Antrag für den kommenden Ärztetag. Dieser ist unsozial, unausgegoren und die Position der Arbeitgeber und der Versicherungswirtschaft festigen und dabei der Ärzteschaft weiterhin Einnahmen aus der PKV sichern.

Die Delegierten des vdä werden diesen Antrag, der auf die Verteidigung der deutschen Zweiklassenmedizin abzielt, ablehnen.

Prof. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdä)



Leuchtturm im Norden

Jens Wiethage* über die Ausbildung in der Allgemeinmedizin in Schweden

Schon bei unserer letztjährigen Erkundungstour nach Linköping Schweden (siehe RB 2/2012) war uns beim Besuch einer Vårdcentralen und den Gesprächen dort mit den AllgemeinmedizinerInnen in Ausbildung aufgefallen, dass es hier große Unterschiede zu Deutschland gibt. Dass die Allgemeinmedizin in Schweden einen zentralen Stellenwert hat, zeigt sich eben auch in der Ausbildung, die wie ein Leuchtturm aus dem Norden in die trüben Gewässer dieses in Deutschland so vernachlässigten Bereichs strahlt.

Die schwedische Ausbildung zum Allgemeinmediziner genießt einen guten Ruf, vielleicht sogar zu Recht. Sie hat ein breites Spektrum und ist sehr fundiert. Das schwedische Gesundheitssystem ist öffentlich finanziert, die meisten ÄrztInnen in der Primärversorgung sind öffentlich angestellt. Die konkrete Gestaltung der Weiterbildung ist etwas unterschiedlich, abhängig von der jeweiligen Provinz. In Östergötland beispielsweise sind alle WeiterbildungsärztInnen (ST-läkare, specialisttjänstgöring) bei einem Ausbildungszentrum angestellt, Kurse und der jeweilige Ablauf der Weiterbildung werden zentral geplant. Entscheidet man sich also für eine Weiterbildung, bewirbt man sich immer für einen kompletten »ST-Block«, dessen Ablauf anfangs geplant wird und als vorrangigstes Ziel die optimale Entwicklung zum/zur AllgemeinmedizinerIn hat.

In Schweden spielt die work-

life-balance wohl eine besondere Rolle, zumindest eine andere als in Deutschland. Arbeitszeiten werden minutengenau gestem-pelt und erstattet, Dienste können wahlweise mit Freizeit oder mit Geld vergolten werden. In der ST-Zeit werden wohl auch die meisten Kinder geboren, vielleicht auch weil man sich den Kinderwunsch bis nach dem Studium aufgespart hat. Im Gegensatz zum Studium ist es während des ST in der Regel problemlos möglich Elternzeit zu nehmen oder Teilzeit zu arbeiten. Weil das Studium sehr strikt geplant und verschult ist, ist es in der Regel nur möglich entweder Vollzeit zu studieren oder ganze Semester auszusetzen.

Inhalte

Anders als das deutsche leistet sich das schwedische Gesundheitssystem nicht die »doppelte Facharztschiene«, d.h. als Fach-

ärztIn (»Organspezialist«) ist man in der Regel in einem Krankenhaus tätig. Die Primärversorgung wird regelmäßig ausschließlich von AllgemeinmedizinerInnen und ÄrztInnen in der Weiterbildung, die bei einem der Behandlungszentren (vårdcentraler) angestellt sind, übernommen. Das bedeutet, dass man als AllgemeinmedizinerIn ein vergleichsweise breit gefächertes Aufgabengebiet hat und insgesamt wohl etwas weniger an FachärztInnen überweist.

Unterschiede zu Deutschland bestehen darin, dass man als AllgemeinmedizinerIn in Schweden in erster Linie auch für Kinder zuständig ist. Auch für gynäkologische Erkrankungen ist der/die AllgemeinmedizinerIn der/die erste AnsprechpartnerIn. Diese Erfordernisse spiegeln sich im Ausbildungsplan wider: Während der fünf-jährigen Weiterbildung ist neben der hauptsächlichen Tätigkeit an einem Behandlungszen-

trum ein mehrmonatiger Einsatz in der Kinderklinik, in der Frauenklinik und außerdem auch in der Psychiatrie und der inneren Medizin obligat. Zusätzlich können fast beliebig viele weitere Einsätze in die Weiterbildung integriert werden. Beliebt sind Einsätze in der Hautklinik, Augenklinik, HNO-Klinik und Rheumatologie. Außerdem gibt es eine ganze Reihe von Kursen, die ebenfalls obligat sind, beispielsweise zu Kindervorsorgeuntersuchung, Forschungsmethodik, Anleitung von Medizinstudierenden, allgemeinmedizinische Arbeitsweise, MitarbeiterInnenführung, Kommunikation und Gesprächsführung. Die allermeisten Kurse sind kostenfrei, für Fahrtkosten und Hotelübernachtung stehen für die gesamte Weiterbildungszeit – je nachdem, in welcher Region in Schweden man sich befindet – zwischen 60 000 und 100 000 schwedische Kronen (ca. 7 110 – 11 850 Euro) zur Verfügung. Viele nehmen die Gelegenheit wahr, sich zu überregionalen Kursen anzumelden und dabei die schönsten Gegenden des Landes und KollegInnen aus anderen Regionen kennen zu lernen.

Großer Wert wird nicht nur aber besonders in der Allgemeinmedizin auf die Gesprächsführung gelegt. Sowohl im Studium als auch in der Weiterbildung wird mit SchauspielpatientInnen und Videoaufnahmen geübt. Pro Woche sind vier Stunden für eigene Lesezeit vorgesehen. Dadurch dass man den Hauptteil der Weiterbildung an einem Behandlungszentrum mit ungefähr vier bis zehn weiteren KollegInnen absolviert, bestehen gute Möglichkeiten für Qualitätszirkel, Journalclubs und anderen kollegialen Austausch, die jedoch sehr unterschiedlich gestaltet werden. Während der Einsätze im Krankenhaus ist man weitgehend in die dortige Weiterbildung integriert.

Handledning

Die Weiterbildung dauert wie auch andernorts fünf Jahre und ist im Übrigen zielorientiert angelegt. Einen Katalog mit konkret durchzuführenden Tätigkeiten

gibt es nicht. Dahingegen gibt es einen Lernzielkatalog, der von der Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin formuliert und vom *Socialstyrelsen* als der zuständigen Zulassungsbehörde übernommen wurde. Für die Erreichung der Lernziele ist nicht zuletzt der »Handledare«, ein/e FachärztIn mit Mentorfunktion, verantwortlich. Er oder sie hat die Aufgabe, den Weiterzubildenden durch die Weiterbildung zu führen, Ausbildungsbedarf zu identifizieren und Maßnahmen einzuleiten, die der Erreichung der Lernziele dienen. Konkret soll dies geschehen in wöchentlichen einstündigen Treffen, in denen die Ausbildung geplant, Rückkopplung gegeben und die Rahmenbedingungen besprochen werden. Für diese Funktion wird eine spezielle Ausbildung im Handledning gefordert. Schließlich hat der Handledare die Aufgabe und auch die Verantwortung zu bescheinigen, dass die Weiterbildungsärztin die Zielvorgaben erreicht hat. Nicht zuletzt deshalb ist es wichtig, dass man eine gute Beziehung zum Handledare pflegt. Obwohl man in dieser Weise abhängig vom Handledare ist, spürt man m.E. nicht die Hierarchie in gleichem Ausmaß wie in Deutschland. Er/sie ist selten gleichzeitig Chefin, oftmals übernimmt eine KrankenpflegerIn diese Funktion. Man versucht jedoch den Trend dahingehend zu wenden, dass mehr ÄrztInnen Chefin werden.

Examen

Für deutsche ÄrztInnen sicherlich sehr ungewohnt ist es wohl, dass am Ende der Weiterbildungszeit kein obligatorisches Examen steht. Vielmehr sollen am Ende der fünf-jährigen Ausbildungszeit Bescheinigungen ans *Socialstyrelsen* eingereicht werden, in denen die Erreichung der definierten Lernziele vom Handledare bescheinigt wird. Eine weitere Prüfung findet nicht statt. Sobald man alle erforderlichen Nachweise erbracht hat, bekommt man nach einiger Zeit – schwedische Behörden sind nicht gerade Vorbilder, wenn es um die zügige Bearbeitung von Anträgen geht – die Spezialistenkompetenz aner-

kannt. Allerdings bietet die schwedische allgemeinmedizinische Fachgesellschaft SFAM (*Svensk förening för allmänmedicin*) ein freiwilliges Examen an, das aus einer schriftlichen Prüfung, einem praktischen Teil, einem wissenschaftlichen Aufsatz und einer schriftlichen Reflexion besteht. Über den Stellenwert dieses Examins ist schon viel diskutiert worden, er besteht wohl mehr darin, eine persönliche Bestätigung für seine Bemühungen zu bekommen. Nicht zuletzt schätzen auch einige Arbeitgeber, wenn man das Examen ablegt, und bezahlen dann ein wenig mehr.

Viel diskutiert wird auch darüber, wie man es in Schweden schaffen kann, ein funktionierendes System der Fortbildung für FachärztInnen zu schaffen, denn das gibt es zurzeit noch nicht. Möglicherweise kann man diesbezüglich von Deutschland lernen.

** Jens Wiethage ist in der Ausbildung zum Allgemeinarzt in einer Vardcentral in Kolmarden/Schweden.*

»Oftmals übernimmt eine KrankenpflegerIn die Funktion des Chefs.«





Leuchttürme im Nirgendwo?

Chaim Jellinek* über vorbildliche Drogenhilfe – und ihre zunehmende Unmöglichkeit

Wir hatten Chaim Jellinek gebeten, uns über seinen Ansatz der integrierten Drogenhilfe zu berichten, den wir ebenfalls für einen »Leuchtturm« halten. Leider werden wir hier aber Zeuge davon, dass dieser Leuchtturm gerade geschliffen wird. Oder passt das Bild vom Unterspülen des Fundaments hier besser?

Gleichzeitig somatisch, psychisch und sozial geschädigte chronisch Kranke benötigen multiprofessionelle, gut koordinierte und sich an den Bedürfnissen der Menschen orientierende Versorgungsangebote. An dieser banalen, weil überaus einleuchtenden Einschätzung arbeiten wir uns in den »Ambulanzen für integrierte Drogenhilfe« in Berlin seit über 18 Jahren ab. In der medizinischen und psychosozialen Betreuung Spritzdrogenabhängiger unter einem Dach an mittlerweile drei Standorten verdienen über 70 MitarbeiterInnen aus unterschiedlichsten Berufsfeldern (MTA, Krankenpflege, Allgemeinmedizin, Infektiologie, Psychiatrie, Chinesische Medizin, Psychologie, Sucht-Sozialtherapie, Logistik, Verwaltung, Sicherheit) ihren Lebensunterhalt mit Menschen, denen vor über 15 Jahren

im Rahmen unserer Ermächtigung zur Substitutionsbehandlung von der Kassenärztlichen Vereinigung der Stadt attestiert wurde, sie seien »nicht Wartezimmer-fähig« und deshalb auf eine medizinische und psychosoziale Versorgung unter einem Dach angewiesen. Was sich wie absolute Randgruppenarbeit, wie weitestgehend spezialisierte Tätigkeit liest, erwies sich in der Praxis als Allgemeinmedizin, wie sie Heinz-Harald Abholz definierte (Abholz, 2009):

- Wir sind »in erster Linie für das Kranksein, nicht nur die Krankheit zuständig«.
- Wir bieten Kontinuität in den Kontakten zu unseren PatientInnen, wir sind »breit in der Erfassung des gesamten Menschen und seines Leids«.
- Die Arzt-Patient-Beziehung ist

das Fundament, auf dem Veränderung entstehen kann, eine Beziehung, für deren Entwicklung, Pflege und Ausbau wir zuständig sind.

Wir sind auf die Behandlung einer bestimmten Personengruppe spezialisiert, aber der Kanon alltäglich zu bewältigender Probleme unterscheidet uns nicht von anderen Kolleginnen und Kollegen, die chronisch mehrfach geschädigte Menschen versorgen. Was uns in den ersten Jahren unserer Tätigkeit zum »Leuchtturm« hat werden lassen, war die Nische, in der wir arbeiten konnten. Mit dem gesellschaftlichen Interesse an der Eindämmung von HIV, der bundesweiten Ablehnung von Gauweiler'schen und Seehofer'schen Lager-Phantasien für HIV-Infizierte (Stroh, 2012) und dem sich langsam

wandelnden öffentlichen Blick auf »die Junkies« weg vom kriminellen Subjekt hin zum Opfer einer chronischen Erkrankung mit einem daraus abgeleiteten Anspruch auf Behandlung, konnte in Berlin ein Modellprojekt integrierter Versorgung realisiert werden.

Im Jahr unserer Gründung als »aid-berlin« (als Ambulanz für integrierte Drogenhilfe) versorgten wir als Gemeinschaftspraxis aus zwei AllgemeinmedizinerInnen mit vier ArzthelferInnen-Stellen und sechs KollegInnen des »Drogen-Notdienstes Berlin e.V.« maximal 120 Spritzdrogenabhängige überwiegend aus anderen Praxen, die diese wegen Gewaltandrohungen, politoxikomanem Konsum oder Nichtanspruchnahme der aus guten Gründen obligatorischen psychosozialen Betreuung verlassen mussten. Die Verwaltungsarbeit erledigte eine Arzthelferin maximal in der Hälfte ihrer Arbeitszeit und wir verdienten so gut, dass wir Chinesische Medizin und Psychotherapie unabhängig von ihrer Finanzierung durch die GKV anbieten konnten. 2000 expandierten wir mit dem gleichen Arbeitsmodell wegen der großen Nachfrage nach unserer Arbeit erst nach Neukölln, dann 2006 auch nach Friedrichshain. In Neukölln arbeiten wir ärztlich ebenfalls zu zweit, haben auch vier ArzthelferInnen, aber mittlerweile drei Stellen, die überwiegend Verwaltungsarbeit erledigen müssen. Die Psychotherapie musste 2004 schon aus Kostengründen eingestellt werden, Chinesische Medizin (als evidenzbasiertes komplementäres Angebot für HIV- und HCV-Behandlung und als sinnvolles Mittel zur Aufrechterhaltung von Compliance für die schulmedizinische und medikamentengestützte Therapie) gibt es nur noch im Einzelfall. Noch haben wir niemanden sonst entlassen müssen, aber die Umsätze gehen so zurück, dass wir uns bei seit Gründung stagnierenden und für die Chefs rückgängigen Löhnen nicht mehr lange werden halten können.

Mit der politisch und von den Haus- wie von den FachärztInnen

gewollten Trennung der Budgets und der Erfindung einer ganz neuen Gruppe von »Spezial-Ärzten« durch GBA und KBV droht uns, allen hausärztlichen DiabetologInnen, OnkologInnen, den SchmerztherapeutInnen und den Schwerpunktpraxen für HIV-Infizierte die Streichung der halben Fallpauschale und der Chronikerziffer und damit ein so hoher finanzieller Verlust, dass die Versorgung von chronisch Kranken zur Farce zu werden droht. Während die Massen-Versorgung durch AllgemeinmedizinerInnen gering aufgewertet und gleichzeitig Verluste für FachärztInnen vermieden werden sollen, wird wie üblich an denen gespart, die die kleinste oder gar keine Lobby haben: chronisch Kranke (Schlüter, 2013). Die Versorgung multimorbider, chronisch kranker PatientInnen wird als »Hausarzt-untypische Leistung« diffamiert und finanziell so bestraft, dass sie wirtschaftlich sinnvoll nicht mehr erbracht werden kann.

Mit dem neuen EBM scheint der Ausstieg der Haus- und FachärztInnen aus dem Versorgungsgebot chronisch Kranker und deren Abschiebung in eine finanziell minderbemittelte neue Kaste »spezialärztlicher Versorger« vorbereitet, wie sie schon 2011 in der Diskussion war. Damals verwies die KV Nordrhein (KVNO, 2011) auf die vollkommen unklaren finanziellen Folgen und die Risiken aller, die sich auf einen Deal außerhalb von Morbi-RSA und KV einlassen würden. Die Weigerung der Länder, sich auf ein finanzielles Abenteuer ohne Mengenbegrenzung einzulassen, schien das vorläufige Ende sog. »Spezialärztlicher Versorgungsmodelle« zu bedeuten (Ärzte Zeitung 2011).

Nun haben die AkteurInnen einer an den Interessen selbstständig niedergelassener Arzt-UnternehmerInnen und nicht etwa an PatientInnen-Bedürfnissen orientierten Lobby den Dreh raus: Bonbons für die Mehrheit und schleichender Rauswurf der bei fachgerechter Versorgung von teuren chronisch Kranken aus einer evidenzbasierten Behandlung.

* Chaim Jellinek, Jg. 1956, ist Facharzt für Allgemeinmedizin, in Berlin niedergelassen und Geschäftsführer eines MVZ.

Literatur:

Heinz-Harald Abholz: »Das Besondere der Allgemeinmedizin – und wie es durch andere und durch uns selber bedroht wird«, Z Allg Med, 2009; 85(2)

Ärzte Zeitung: »Wird die spezialärztliche Versorgung gekippt?«, 08.09.2011, www.aerztezeitung.de

KV Nordrhein aktuell: »GKV-Versorgungsstrukturgesetz – spezialärztliche Versorgung: Danaergeschenk für die Fachärzte?«, www.kvno.de

Peter Schlüter: »Abrechnung 2013: Das wird neu im EBM«, Ärzte Zeitung, 10.01.2013

Kassian Stroh: »Maßnahmenkatalog gegen HIV. Als die CSU in den Krieg gegen Aids zog«, Süddeutsche Zeitung 24.02.2012, www.sueddeutsche.de



2052 – Eine globale Prognose

Rezension von Klaus-Dieter Kolenda

Der Bericht des Club of Rome von 1972 war wegen seiner stark nur auf die Bevölkerungsentwicklung und wenig auf soziale und Produktionsverhältnisse abhebenden Analyse politisch nicht unumstritten. Nun ist der neue Bericht des Club of Rome erschienen und Klaus-Dieter Kollenda hat ihn sich für uns angeschaut.

In dem neuen Bericht an den Club of Rome hat sich Jorgen Randers in Zusammenarbeit mit 30 Wissenschaftlern aus verschiedenen Disziplinen vorgenommen, für die nächsten 40 Jahre unseres Planeten eine Prognose zu erstellen. Dieses Buch hat eine wohlbegründete Vermutung zum Inhalt. Es ist eine präzise und sachkundige Beurteilung, und ob Jorgen Randers mit seinen Voraussagen im Unrecht ist, wird sich erst sagen lassen, wenn wir auf dem Wege zum Jahr 2052 ein ganzes Stück vorangekommen sind. Sein Motiv für die Erstellung dieser Prognose ist neben der Befriedigung der Neugier der Versuch, die Gesellschaft in den reichen Ländern zum Handeln zu bewegen.

Der wichtigste Punkt seiner Prognose ist, dass es der Menschheit in den nächsten 40 Jahren trotz des derzeitigen weltweiten Booms für erneuerbare Energien nicht gelingen wird, den Klimawandel zu begrenzen. Die Treibhausgasemissionen werden voraussichtlich bis 2030 weiter wachsen und erst danach allmählich zurückgehen, weil sich dann das Bevölkerungswachstum nach seiner Einschätzung bei ca. acht Milliarden Menschen wegen der zunehmenden Urbanisierung stabilisieren wird. Das heißt, im Jahre 2050 werden die klimaschädlichen Emissionen, vor allem der CO₂-Ausstoß, etwa genau so hoch sein wie heute.

Diese Entwicklung bedeutet, dass der CO₂-Eintrag in die Atmosphäre in den nächsten Jahrzehnten weiter zunehmen wird. Es ist nicht damit zu rechnen, dass das Ziel, den durchschnittlichen globalen Temperaturanstieg unter zwei Grad Celsius zu halten, bis 2050 zu erreichen ist. Bei diesem Ziel handelt es sich um eines der wenigen konkreten Ergebnisse



Jorgen Randers: »2052 – Eine globale Prognose für die nächsten 40 Jahre. Der neue Bericht an den Club of Rome«, oekom verlag, München 2012, ISBN 978-3-86581-398-5, 432 Seiten, 24,95 Euro

aus jahrzehntelangen internationalen Verhandlungen auf den Klimakonferenzen, zuletzt in Rio de Janeiro. Die globale Durchschnitts-Temperatur ist seit Beginn der Industrialisierung um 0,7 Grad Celsius gestiegen. Wenn der Temperaturanstieg auf weniger als zwei Grad Celsius begrenzt werden soll, muss die CO₂-Konzentration in der Atmosphäre auf unter 450 ppm (Parts per Million) gehalten werden. 2010 betrug die CO₂-Konzentration 390 ppm und nimmt derzeit um zwei ppm/Jahr zu. Das bedeutet, dass wir in 30 Jahren dort angelangt sind.

Was ist der Grund für diese ungünstige Entwicklung und warum ist sie so schwer zu stoppen? Auch dazu äußert sich Jorgen Randers unmissverständlich. Schuld an dieser Entwicklung ist der Lebensstil in den hoch entwickelten reichen Industrieländern, allen voran die USA und die OECD-Staaten, in denen der Pro-Kopf-Verbrauch der Bevölkerung an fossiler Energie 5-10 mal so

hoch ist wie in den armen Ländern. Mit dem derzeitigen Ausbau der erneuerbaren Energiequellen in den Industrieländern wird, falls er in diesem Umfang weitergeführt wird, nur die Hälfte des Problems gelöst werden können. Die andere Hälfte wird sich nur lösen lassen, wenn die von der EU bereits beschlossene Reduzierung der Treibhausgasemissionen verdoppelt wird.

Jorgen Randers plädiert dafür, dass die Bevölkerung in den reichen Ländern etwa 2-4 Prozent mehr Steuern zahlt für doppelt so viel Windräder und Solaranlagen, für gedämmte Häuser, sparsame Autos, neue Speicher und intelligente Netze. Weltweit würden diese Bemühungen etwa ein Prozent des globalen Bruttoinlandsprodukts kosten und das Problem wäre in kurzer Zeit gelöst.

Eingehend beschäftigt sich Jorgen Randers auch mit der Situation in den armen Ländern. Da dort sehr viel weniger Energie pro Kopf verbraucht wird als in den reichen Ländern, muss das Klimaproblem in den reichen Ländern gelöst werden. Den armen Ländern empfiehlt er hinsichtlich des Klimaschutzes, zunächst einmal nichts zu tun und sich darauf zu konzentrieren, die Armut zu überwinden. Dabei könnten sie von den reichen Ländern unterstützt werden, z.B. durch Entwicklungshilfe für den Ausbau einer nachhaltigen Energieversorgung und Landwirtschaft.

Für mich überraschend ist, was Jorgen Randers über die Entwicklung auf dem Gebiet des Klimaschutzes in China schreibt. Er kommt zu dem Schluss, dass die chinesische Regierung schon derzeit viel mehr für den Klimaschutz tut als alle reichen Industriestaaten. Er prognostiziert, dass im Jahre 2050 die Chinesen

wahrscheinlich das Problem gelöst haben werden. Sie werden Elektroautos produzieren und Windräder und Solaranlagen installieren, und sie haben jetzt schon in ihrem jüngsten Fünf-Jahresplan festgeschrieben, dass ihre Energieeffizienz um 40 Prozent wachsen muss. Denn sie wissen, dass der Klimawandel China mehr schädigen wird als etwa Deutschland.

Aber China allein wird die Welt nicht retten können. Im Hinblick auf die notwendigen

Veränderungen für einen wirksamen Klimaschutz in den reichen Ländern, wo das Problem gelöst werden muss, ist das neue Buch von Jorgen Randers vielleicht noch pessimistischer als »Die Grenzen des Wachstums« von 1972. Der Autor traut der Menschheit die Energiewende nicht mehr zu, er hofft allerdings, dass er sich irrt.

Rezensent: Klaus-Dieter Kolenda, Kronshagen; klaus-dieter.kolenda@gmx.de



Presseerklärung des vdä zur aktuellen Diskussion um die Finanzierung der Krankenhäuser

Die Bundespolitik sollte lieber die Krankheit kurieren, statt ihre Symptome zu bekämpfen

21. Februar 2013

Die führenden Gesundheitspolitiker von SPD und CDU, Karl Lauterbach und Jens Spahn, bemängeln in ähnlicher Weise Qualitätsmängel der deutschen Krankenhausversorgung. Lauterbach stellt fest, aus wirtschaftlicher Sicht lohne es sich für die Kliniken nicht, qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen. »Das ist ein trauriger Befund« (SZ 19.02.2013).

Als Ärztinnen und Ärzte stellen wir die Gegenfrage: Gilt der traurige Befund nicht viel mehr für die Gesundheitspolitik, die seit vielen Jahren das Ziel verfolgt, aus Krankenhäusern Gesundheitsfabriken zu machen? Gemäß deren Maximen sollen Krankenhäuser eine maximale Leistungsmenge zu geringsten Pauschalpreisen erbringen. Ein blindwütiger ökonomischer Wettbewerb soll anhand Wirtschaftlichkeit und Rentabilität sogenannte gute und schlechte Krankenhäuser trennen. Die Krankenhäuser sollen sich marktgerecht verhalten. Und jetzt geben sich die Verantwortlichen ganz erstaunt, dass die Krankenhäuser sich so verhalten – und welchen Preis das DRG-System hat!

Nun hat also die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG (für vermutlich viel Geld) die unerhörte Erkenntnis an die Öffentlichkeit gebracht, dass »Kliniken mit hoher Rentabilität häufig unterdurchschnittliche Qualität« bringen (SZ 19.02.2013).

Wir Ärztinnen und Ärzte aus den Krankenhäusern wären bereit gewesen, diese Einsicht (ausnahmsweise) kostenlos zur Verfügung zu stellen – und dazu gleich eine Analyse zu liefern, warum dies bei diesen Prämissen zwangsläufig so kommen musste: Aufgrund des systematischen Preisdum-

pings an mehreren Eckpfeilern und Stellschrauben des DRG-Systems bleiben die Preise für die einzelne Leistung immer weiter hinter dem zurück, was eine humane und qualitativ hochwertige Medizin und Pflege im Krankenhaus brauchen. Die Kliniken werden dadurch systematisch geradezu genötigt, mit zu wenig (Pflege-)Personal immer mehr invasive Maßnahmen und Operationen zu erbringen, um auf diese Weise ihre klammen Budgets wenigstens ins nächste Jahr zu retten.

Jawohl, es gibt keine finanziellen Anreize für bessere Qualität, für individuelle Zuwendung, für eine abwägende, selbstkritische und achtsame Medizin oder für bessere pflegerische Betreuung im DRG-System. So wollte es der Mainstream der Gesundheitspolitik: Der Markt sollte alles richten. Wenn uns die Politik nach den Betriebswirten jetzt noch eine Qualitätspolizei auf den Hals hetzt, kommen doch zur Peitsche nur Daumenschrauben hinzu. Was nützt aber dem Patienten eine noch so sorgfältig durchgeführte Operation, wenn sie zu keinem Zeitpunkt medizinisch indiziert war?

Unser Vorschlag: eine radikale Alternative

Wenn man den Krankenhausbeschäftigten etwas finanziellen Spielraum und Vertrauen schenken würde, wäre es uns Allen ein Vergnügen, mehr Qualität zu schaffen. Für das gleiche Geld weniger Fragwürdiges und Unsinniges zu tun, die Indikationen zu medizinischen Maßnahmen und OPs wieder abwartender, kritischer und strenger zu

stellen. Also Weniger, das aber konzentrierter und besser zu machen. Dazu bräuchten wir weder finanzielle Zwänge noch eine Qualitätspolizei: Es würde einfach unserer eigenen Motivation und Profession erwachsen.

Unter anderem setzt das voraus, dass die Krankenhäuser die notwendigen Investitionsmittel von den Bundesländern erhalten, damit sie aus den knappen DRG-Erlösen für den laufenden Betrieb nicht ständig Geld für Investitionen abzweigen müssen. Qualität setzt auch verbindliche personelle Mindeststandards für die »weißen« Berufe im Krankenhaus voraus. Vielleicht gibt es zu viele Krankenhäuser – aber sicher nicht zu viele Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte.

Und wir brauchen eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, die eine bedarfsgerechtere, individuellere, qualitativ hochwertigere Patientenversorgung im Krankenhaus ermöglicht und sich zum Besten der PatientInnen um eine wirkliche Integration mit ambulanten, pflegerischen und sozialen Netzwerken bemüht.

Wen rufen wir als Zeugen für diese Forderung auf: Nein, keinen Arzt sondern einen Ökonomen: Volker Penter, der Studienleiter der o.g. Studie der Wirtschaftsprüfer von KPMG sagt: »Das deutsche Gesundheitssystem braucht ein Vergütungssystem, das nicht alleine auf Quantität, sondern auf nachhaltige Qualität setzt.« (SZ 19.02.2013).

**Dr. Peter Hoffmann (Mitglied des
Vorstands)**

Warum als junge Ärztin/junger Arzt in den vdäa?

Es ist soweit: Das Studium neigt sich dem Ende zu, Du freust Dich, dass es bald losgeht, als »richtige« Ärztin bzw. »richtiger« Arzt zu arbeiten.

Nach den ersten Monaten im Beruf sieht der Tag aber auf einmal ganz anders aus als im PJ: Statt interessanter Einblicke und steiler Lernkurve gibt es Routine, statt Zeit für ein Anamnesegespräch lästige Mehrfachdokumentation. Statt anspruchsvoller Gespräche gehst Du schnell dazu über, nur das Notwendigste von den Patienten abzufragen. Die Stationsarbeit verformt sich zu einem Getriebe, das laufen und am Laufen gehalten werden will: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Wochenenddienstplan ist. Leere

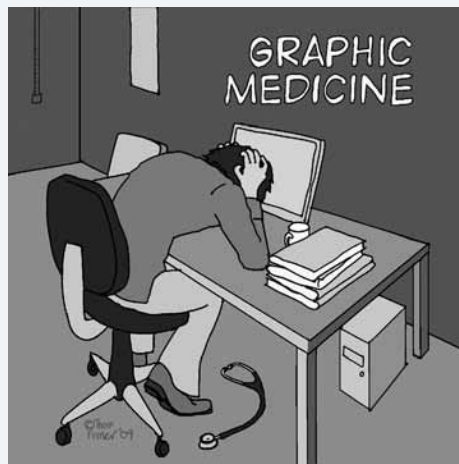
Stellen in Deiner Abteilung werden nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Der Chef bedauert, keine passenden Bewerber zu finden, ist aber vielleicht nicht wirklich traurig darüber. Ihm helfen eingesparte Personalkosten bei der Erreichung seiner Zielvereinbarungen – mehr Patienten bei weniger Kosten, so die simple Formel für die Bonuszahlungen am Ende des Jahres.

Dann steigt noch der Krankenstand des Pflegepersonals auf Eurer Station. Die Stimmung wird immer schlechter, alle sind gereizt und überarbeitet. Ein gemeinsames Frühstück, Supervision oder andere Strukturen für gegenseitiges Zuhören und Konfliktlösung – Fehlanzeige.

Eine examinierte Pflegekraft arbeitet im Spätdienst alleine mit einem Schüler. Klar, dass Du da mit anpackst bei den schwierigsten Tätigkeiten – das Umbetten adipöser immobiler Patienten, das Reinigen von Patienten während des Verbandwechsels. Das verbindet und dennoch: Bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich. Die Verhandlungsposition der Ärzte ist stark – die Geschäftsführung weiß sehr wohl, was sie an Dir hat. Aber die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft fehlt nachher den anderen...

Nach den ersten Jahren weißt Du, wie der Hase läuft, bist sicher im Klinikbetrieb und längst auch den

wichtigsten Notfällen gewachsen. Was bleibt, ist die Unzufriedenheit: Muss der Klinikalltag denn so sein? Läuft es an anderen Kliniken anders? Oder in anderen Ländern? In Norwegen soll es toll sein, aber Auswandern ist ja auch keine Patentlösung, zumal nicht in einer Lebensphase, in der Familienplanung und andere Verbindlichkeiten anstehen...



Warum in den vdäa?

Auch wir im Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme der Welt für die Beschäftigten aller Berufsgruppen würdige Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patientenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, in Krankenhäusern und Praxen tätig, wir erleben die Entwicklung im deutschen Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen kritischen Positionen im Gesundheitswesen Gehör verschaffen.

Der Dialog und Austausch der Beschäftigten aller Berufsgruppen untereinander ist uns dabei ein zentrales Anliegen. Wir versuchen außerdem regelmäßig einen gemeinsamen Blick über den Tellerrand zu wagen durch Reisen in andere Gesundheitssysteme, wie z.B. in den letzten Jahren in die Schweiz, die Niederlande oder nach Schweden.

Tendenzen der Privatisierung und Kommerzialisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit komplett kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen zu einzelnen Themen, wie z.B. im Bündnis »Köpfe gegen die Kopfpauschale« mit ver.di/DGB und Campact!

Wir sind Medizinerinnen und Mediziner, die die Überzeugung eint, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen.

Wir sind Medizinerinnen und Mediziner, die die Überzeugung eint, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen.

Es ist Zeit, sich einzumischen!

Information

Geschäftsstelle des vdäa | Nadja Rakowitz | www.vdaee.de | www.facebook.com/vdaee