

GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN Nr. 2/2014 | Solibeitrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258



Keep our National Health Service Public

Die Privatisierung des englischen Gesundheitswesens

Wulf Dietrich: Der Abgesang einer Religion. Über den NHS und dessen »Reform« S. 6

Cordula Mühr: Der »englische Patient«. Einflussmöglichkeiten von BürgerInnen und PatientInnen im NHS S. 19

Bernhard Winter: Die Aufklärerin. Ein Stadtrundgang mit Tamasin Cave auf den Spuren des Lobbyismus S. 24

In dieser Ausgabe

- 3 Wulf Dietrich: **Der Weg in die Privatisierung – der NHS im Umbruch**
- 4 vdää on tour: **London (Liverpool) There is an Alternative!**
- 6 Wulf Dietrich: **Der Abgesang einer Religion.
Der NHS und dessen »Reform«**
- 8 **Ein Skandal mit Konsequenzen. Der Lancet zur NHS Reform**
- 10 Jan-Peter Theurich: **GP im NHS – der Lotse im System.
Eine Diskussion mit dem General Practitioner David Wrigley**
- 13 Peter Hoffmann: **Im Kampf gegen die Privatisierung des NHS.
»Unite the Union« in Vorbereitung auf die Entscheidungsschlacht**
- 15 Judith Varley: **In Zukunft noch schlechter...
Krise der Versorgung psychisch Kranker in England**
- 19 Cordula Mühr: **Der »englische Patient«.
Einflussmöglichkeiten von Bürgern und Patienten
im englischen Gesundheitssystem**
- 23 Sonderausgabe im Herbst: **Gesundheitswesen in Griechenland
und die Auswirkungen der Austeritätspolitik**
- 24 Bernhard Winter: **Die Aufklärerin.
Ein lobbykritischer Stadtrundgang durch London**
- 27 Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser: **Medizinische Versorgung
von Flüchtlingen. Medical Justice in London**
- 28 Edgar Thimm: **Politik ist zu wichtig, um sie Politikern zu überlassen...
Ein Treffen mit Medact**
- 30 Wulf Dietrich: **Der Arzt im Mittelpunkt.
Bericht vom 117. Deutschen Ärztetag**

Termine

Vorstandssitzungen

am: 23. August in Frankfurt
7. November in Hamburg im Rahmen
der JHV
6. Dezember (Ort wird noch bekannt
gegeben)

Jahreshauptversammlung

am: 7. – 9. November 2014 in Hamburg

AK Niedergelassene im vdää

am: 12. Juli 2014
von 11:00 bis 16:00 Uhr
in: Frankfurt/Main
Näheres erfahren Sie bei der Geschäftsstelle

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Der vdää

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

Sollten Sie 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, Klaus-Dieter Kolenda,
Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz,
Kirsten Schubert, Bernhard Winter
(info@vdaee.de)

Impressum

Gesundheit braucht Politik 2/2014
ISSN 2194-0258

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

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Fax 0 61 81 – 49 19 35
Email info@vdaee.de
Internet www.vdaee.de
Bankverbindung: Kto.-Nr. 137 476 03,
Postbank Frankfurt, BLZ: 500 100 60
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFF

Satz/Layout: Birgit Letsch,
Email birgit.letsch@t-online.de

Druck: Druckerei Grube

Bilder

Susanne Bötte, Wulf Dietrich, Nadja
Rakowitz, Jan-Peter Theurich, Andreas
Wulf – Das Titelbild ist von
<http://lambethsaveourservices.org>



Editorial

Der Weg in die Privatisierung – der NHS im Umbruch

Der National Health Service von England, der NHS, ist das wohl umstrittenste Gesundheitswesen der Welt. Allen Seiten dienete und dient es als ideologische Blaupause für die jeweiligen Vorstellungen eines idealen Gesundheitswesens. Wird hierzulande häufig das Schreckgespenst eines staatlichen, zentralistischen Gesundheitswesens ohne »freie« Ärzteschaft, mit langen Wartezeiten und Mangelwirtschaft an die Wand geworfen, wobei sich unsere Ärztesfunktionäre immer als besonders eifrige Kritiker erweisen, so dient es den Verteidigern als Vorbild eines staatlich regulierten Gesundheitswesens, welches allen Bürgern eine gleiche und gute medizinische Versorgung garantiert. Ohne Zweifel gehörte der NHS bis vor wenigen Jahren zu den kostengünstigsten Gesundheitswesen weltweit. Nur 6-7 Prozent des BIP wurden benötigt, um den Bürgern eine gesundheitliche Versorgung auf allerhöchstem Niveau zu garantieren. England ist das Mutterland der Evidence Basierten Medizin (EBM), nicht nur in der Theorie, sondern auch in der praktischen Anwendung. Das NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) als oberste Instanz für qualitätsbasierte medizinische Praxis gilt als das Vorbild für das deutsche IQWiG. Welche Perspektive ist nun die richtige?

Um dieser Frage nachzugehen, führte uns unsere diesjährige vdää on tour nach London, wo wir einmal ein staatliches, zentral organisiertes Gesundheitswesen kennenlernen wollten. Was wir aber sahen, war der marktwirtschaftliche Umbau eines früher staatlichen Gesundheitswesens.

Seit Jahren wird dieses staatliche Gesundheitswesen um-

gebaut, wird fit für den Markt gemacht. Den vorläufigen Höhepunkt dieses Umbaus bildet der Health and Social Care Act, der 2012 verabschiedet wurde. Die Änderungen, die dieses Gesetz mit sich bringt, dokumentieren wir in der vorliegenden Ausgabe von »Gesundheit braucht Politik«.

Mit fast religiösem Eifer verteidigten praktisch alle unsere Londoner GesprächspartnerInnen den NHS in seiner früheren Form. Dabei wurde uns klar, welche soziale Errungenschaft die Einrichtung des NHS 1948, im tiefsten Krisenjahr der Nachkriegszeit, war. Dieser Erfolg ist vergleichbar mit der Einführung des 8-Stunden Tages oder der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Sicher gab es Mängel in diesem System, Mängel, die uns auch sehr interessiert hätten, aber unseren Referenten lag die Umwandlung dieses Systems so sehr am Herzen, dass wir mehr über die Privatisierung dieses Systems als über den »alten« NHS diskutiert haben.

Trotzdem wurden in den Diskussionen zwei Punkte ganz deutlich: zum einen die zentrale Rolle der General Practitioners (GPs), der Allgemeinärzte, die hier wirklich eine Lotsenfunktion ausüben. Nur über sie führt der Weg zu den Fachärzten und ins Krankenhaus. Diese wichtige Position drückt sich nicht zuletzt auch in ihrer Bezahlung aus. Im Übrigen waren die GPs noch nie Angestellte des NHS, sie waren immer selbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte, die nach der Zahl der bei ihnen eingeschriebenen Einwohner vergütet wurden. Sie waren und sind also beileibe keine »Staatsangestellten«.

Was ebenfalls deutlich wurde, ist die Anfälligkeit steuerfi-

nanzierter Gesundheitswesen für direkte politische Eingriffe in das System. Die Zuweisung staatlicher Gelder kann nach Kassenlage oder nach politischem Wohlwollen erfolgen. So stieg der Anteil der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt für das Gesundheitswesen in den letzten 20 Jahren drastisch an. Damit konnten die beiden großen Parteien besonders vor Wahlen bei der Bevölkerung punkten. Genauso wird nun aber der Geldhahn seit einer Weile wieder rigoros zugedreht. Dies ist einer der Gründe, weshalb auch der vdää einer staatlichen Finanzierung des Gesundheitswesens skeptisch gegenüber steht. Diese Art der Finanzierung ist einfach anfälliger für direkte politische Einflussnahmen als ein beitragsfinanziertes System, welches darüber hinaus auch die Arbeitgeber mit in die Verantwortung nimmt. Wir sehen ja gerade in Deutschland, dass der Finanzminister – um eine ausgeglichene Schuldenbilanz zu erhalten – die staatlichen Zuschüsse zum Gesundheitsfonds von 14 Mrd. Euro um 4 Mrd. Euro kürzt. Eine Kürzung, die keinerlei medizinische oder gesundheitspolitische Grundlage hat. In einem System, das über Krankenkassenbeiträgen finanziert wird, ist der Griff des Staates in die Kassen zwar auch möglich, aber nicht ganz so einfach. Dabei ist die Alternative von staatlichem Gesundheitswesen – unsere Ärztesfunktionäre sprechen da gerne von »Staatsmedizin« – und einem kassenfinanziertem eine ideologische Fiktion. Jedes Gesundheitswesen dieser Welt unterliegt staatlichen Regulierungen, nur ist deren Grad und die marktwirtschaftliche Ausrichtung von Land zu Land unterschiedlich.

Es verwunderte uns in England – Schottland und Wales haben die Privatisierung des NHS nicht übernommen –, dass in dem Land, das seit Margaret Thatcher Eisenbahn, Gefängnisse und jetzt auch Flüchtlingsheim und Polizeistationen privatisiert hat, das Gesundheitswesen bisher relativ wenig nach marktwirtschaftlichen Kriterien organisiert wurde. Das aber ändert sich, wie wir erfahren mussten, seit dem Health and Social Care Act dramatisch.

Dabei ähnelt sich die Art der Privatisierung in allen Ländern: Bestimmte Leistungen, wie Reinigungsdienst, Verpflegung, Apotheken werden »ausgesourcet« und medizinische Leistungen, die standardisiert, ohne großes Risiko und mit guter Vergütung erbracht werden, werden an private, profitorientierte Firmen vergeben. Der öffentlichen Hand verbleibt das Risiko. Dieses Muster ist in vielen Ländern mit unterschiedlicher Ausprägung zu beobachten. Den Krisenländern Europas wird dieses Muster der Privatisierung von der EU, der Weltbank und dem IWF zwangsweise aufgedrängt. Wir werden in einer Sonderausgabe von »Gesundheit braucht Politik« zum Gesundheitswesen in Griechenland in Kürze genauer darüber berichten.

Wir hoffen, dass Sie trotz aller Scheußlichkeiten, über die wir hier berichten, diese Ausgabe von »Gesundheit braucht Politik« mit Interesse lesen. Und ganz nebenbei: Unsere vdää on tour-Reise war nicht nur informativ, sie hat auch großen Spaß und Lust auf eine Reise im nächsten Jahr gemacht.

Wulf Dietrich



Kundgebung am 1. Mai 2014 am Trafalgar Square

There is an Alternative!

vdää on tour: London (Liverpool) – Von Nadja Rakowitz

Der NHS als das klassische staatliche Gesundheitswesen stand seit längerem auf unserer Liste der zu erforschenden Gesundheitssysteme. Und eigentlich hatten wir geplant, dieses nicht in London zu erkunden, sondern in einer heruntergekommenen Industriestadt weiter nördlich. Wir wollten

durchaus die harten Konsequenzen des Neoliberalismus erfahren und uns nicht von der glitzernden Finanzmetropole verführen lassen. Aber zu Beginn der Planung von vdää on tour 2014 erwies es sich als ziemlich schwierig, Kontakte außerhalb von London zu knüpfen. Also sind wir dann doch vom 30. April bis zum 4. Mai nach London gefahren.

Die Reihe an Kontakten, die wir dann – dank der Hilfe von Dave McCoy – herstellen konnten, liest sich dann allerdings wie eine Liste der TOP 10 der linken und kritischen Mediziner und Public Health Experten von Großbritannien. Die Entscheidung war also richtig. Angemeldet hatten sich 26 TeilnehmerInnen – erfreulicherweise nicht nur ÄrztInnen und auch aus verschiedenen Altersgruppen. Leider mussten wir einige Spätmelder sogar noch

abweisen. Es versprach spannend zu werden.

Den Auftakt des Programms machten am 1. Mai (!) Dave McCoy und Allyson Pollock, von der London School of Medicine and Dentistry / Centre for Primary Care and Public Health, die wir gefragt hatten, ob sie uns die Grundstrukturen des NHS erklären können. Schon bei diesem Treffen wurde klar, dass der NHS betrachtet wird und werden muss aus der Perspektive seiner gerade vor sich gehenden Zerstörung oder Privatisierung. Alle Referenten, mit denen wir diskutierten, kämpften dagegen, dass der NHS komplett zerstört wird durch Ökonomisierung und Privatisierung. Vom »alten« NHS dagegen, mit all seinen möglichen Beschränkungen, haben wir relativ wenig erfahren. Wie weit diese Transformation in relativ kurzer Zeit fortgeschritten ist, beschreibt Wulf Dietrich in seinem Artikel (S. 6ff. und S. 8ff.).

Bis zum nächsten Treffen war genügend Zeit, der »revolutionären Pflicht« nachzukommen und sich stilecht im strömenden Regen einer (mehrere große 1. Mai-Demos sollten erst am folgenden Montag, der traditionell bankholiday in Großbritannien ist, stattfinden) 1. Mai-Demo anzuschließen)...

Ganz ähnlich wie am Morgen ging es uns dann mit dem General Practitioner (GP) Dr. David Wrigley, der uns am Nachmittag im »Princess Room« der *British Medical Association* empfing. Eigentlich hatten wir ihn gebeten, uns zu erklären, wie ein GP als Gatekeeper arbeitet, wie er eingebunden ist in das NHS, wie die sektorübergreifende Zusammenarbeit ist – und ob diese Konstruktion gegenüber der eher vernachlässigten Allgemeinmedizin in Deutschland für uns ein Anknüpfungspunkt wäre für eine bessere ambulante Versorgung etc. Aber unsere Fragen waren nicht unbedingt seine. Man merkte David Wrigley, der auch in der Initiative KONP aktiv ist, deutlich an, dass auch ihm die aktuellen Entwicklungen so umtreiben, dass ihm das, was in England vielleicht eh jeder weiß, nicht zu entlocken war. Dass die Diskussion dennoch interessant war und wir viel von ihm erfahren haben, beschreibt Jan-Peter Theurich (S. 10ff.).

Wie bei nahezu jeder Fahrt des vdää haben wir uns auch in London mit der Situation von Flüchtlingen beschäftigen wollen. Zu diesem Zweck haben wir mit Theresa Schleicher bei *Medical Justice* gesprochen. Medical Justice ist eine NGO in Finsbury Park, die

»Alle Referenten, mit denen wir diskutierten, kämpften dagegen, dass der NHS komplett zerstört wird durch Ökonomisierung und Privatisierung.«

sich seit 2005 um medizinische Belange von Flüchtlingen kümmert. Zu den genaueren Informationen über die Lage der Flüchtlinge und die Arbeit von Medical Justice schreibt Gerhard Schwarzkopf (S. 27). Erschreckend war, wie weit der Liberalismus und die Privatisierung in Großbritannien fortgeschritten sind. So berichtete Theresa z.B. von der ersten privatisierten Polizeistation in England und auch davon, dass schon mehr als die Hälfte der Flüchtlingszentren von privaten – weltweit operierenden – Sicherheitsfirmen geführt werden

Am Freitagmorgen dann trafen wir Adeline O’Keeffe, die uns die Aktivitäten der Initiative Keep Our NHS Public (KONP) vorstellte (siehe dazu den Vortrag von Wendy Savage von der JHV 2013 und den Artikel in »Gesundheit braucht Politik«, Nr. 4/2103). Mit einem Etat von 75 000 Pfund kann KONP 1 ¼ volle Stellen finanzieren und wirke so – ganz ähnlich wie der vdä – nach Außen größer als es von Innen betrachtet ist. Ähnlich wie unsere anderen Kontakte macht es sich auch KONP zum wichtigsten Ziel, bei den nächsten Parlaments-Wahlen eine konservativ-liberale Regierung zu verhindern – was nichts anderes heißt, als dass sie Labour unterstützen. Aktuell machen sie mehrere Kampagnen: eine gegen Schließungen von Krankenhäusern oder Betten, eine gegen den Verkauf von Patientendaten (Big Data Project), eine gegen das geplante Freihandelsabkommen zwischen EU und USA TTIP und eine gegen die *Private Finance Initiative* (siehe den Text von Wulf Dietrich zum NHS, S. 6ff.)

Dr. Sridhar Venkatapuram, unser Diskussionspartner vom Nachmittag beschäftigt sich am Kings College mit Global Health und sozialen Determinanten von Gesundheit, Ethik und Philosophie. Es gelang es ihm, im Anschluss an das Treffen unter uns eine rege und kontroverse Diskussion über seine Thesen auszulösen.

Angenehm war die nächste Diskussion mit Vertretern der Gewerkschaft *UNITE – The Union*, Rachael Maskell (Unite Head of Health), Liss McKiness (Chair of Health Sector in einer Stadt

im Norden)) und Barry Brown (Unite National Officer, Health). Unite ist 2007 hervorgegangen aus einem Zusammenschluss der Transport and General Workers’ Union und Gewerkschaft Amicus, der damals zweitgrößten Gewerkschaft im privaten Sektor. Über die Diskussion berichtet Peter Hoffmann (S. 13ff.).

Der Tag fand einen zauberhaften Abschluss mit einem Dinner bei Wendy Savage, zu dem sie nicht nur unsere Gruppe sondern auch einige Kolleginnen und Genossen der NHS Consultants’ Association eingeladen hatte. Hier war Gelegenheit, mit den englischen KollegInnen bei einem Glas Wein oder Bier viele Fragen zu diskutieren, die bei den offiziellen Terminen nicht gestellt worden waren. Ein ausgesprochen netter und vergnüglicher Abend!

Am Samstag früh stellte uns dann Dave McCoy, den wir ja schon am Donnerstag zusammen mit Allyson Pollock kennengelernt hatten, Medact (Health professionals for a safer, fairer & better world) vor. Vieles von den Problemen, die Dave uns berichtete kam uns als vdä-Mitglieder und mir als Geschäftsführerin sehr vertraut vor. Sein Job sei, die Gruppe gewissermaßen wiederzubeleben, zu verjüngen und zu politisieren. Das scheint ihm – alles weitere kann man in dem Artikel von Edgar Thimm (S. 28f.) nachlesen – ganz gut zu gelingen.

Den bei vdä on tour schon Tradition gewordenen alternativen kritischen Stadtrundgang haben wir diesmal mit der Organisation Spinwatch gemacht. Tamasin Cave, eine ausgewiesene Expertin auf dem Gebiet des Lobbyismus im Gesundheitswesen¹, führte uns in die Welt der Lobbyorganisationen und »wissenschaftlichen« Institute ein, die die Privatisierung des NHS vorantreiben (Siehe Artikel von Bernhard Winter, S. 24ff.)

Einige wenige aus der Gruppe führen anschließend noch für zwei Tage teils privat teils in vdä-Mission nach Liverpool. Gegenüber der Finanzmetropole London wirkt Liverpool zunächst viel ärmer. Es gibt dort Stadtteile, die zu den ärmsten Vierteln in ganz Europa gehören. Die Medizinstudenten, die wir dort getroffen ha-

ben, erzählten uns, dass diese Gegenden nur einen Kilometer von der City entfernt seien und dass es dort ganze Straßenzüge gebe, wo man niemanden mehr finde, der überhaupt noch irgendeinen Schulabschluss hat. Im Jahr 2000 lebten 41 Prozent der Liverpooldians am Existenzminimum. Daran hat sich seitdem nicht viel geändert. Viel konnten wir in der kurzen Zeit dort nicht erfahren, aber dass die Deindustrialisierung Großbritanniens durch Margaret Thatcher und ihre neoliberale Politik hier arge Verwüstungen angerichtet hat, war unübersehbar.

Andreas Wulf und ich hielten gemeinsam mit Dr. Alex Scott-Samuel, auf Einladung der Medizinstudierenden an der *Liverpool School of Medicine* einen kleinen Vortrag über die Ökonomisierung des deutschen und englischen Gesundheitswesens (siehe Homepage des vdä unter Themen/ Gesundheitspolitik international). Die ca. 25 ZuhörerInnen, nicht nur Studierende, sondern auch Krankenhauspersonal und interessierte Bürger, waren nicht schlecht erstaunt – um nicht zu sagen: entsetzt – darüber, wie weit in Deutschland die Privatisierung und Kommerzialisierung schon fortgeschritten ist. Das schien nicht bekannt zu sein.

Alex Scott-Samuel berichtete ähnliches über den Umbau des NHS wie die KollegInnen in London. Auch er sprach wieder vom »NHS als Religion« etc. und erneut wirkte das auf uns sehr hilflos. Vielleicht gibt es ja einen Zusammenhang zwischen beiden Phänomenen? Als Fazit der Fahrt kann man festhalten, dass es richtig war, nach London zu fahren und dass es eine echte Bereicherung war, die ReferentInnen und KollegInnen kennenzulernen. Sicher werden wir die Entwicklungen im NHS nun genauer verfolgen und die AktivistInnen gegen die Privatisierung – wo immer wir es können – unterstützen.

1 Siehe dazu das im März 2014 erschienene Buch von Tamasin Cave and Andy Rowell: »A Quiet Word: Lobbying, Crony Capitalism and Broken Politics in Britain«

»Nicht nur gegenüber London ist Liverpool extrem arm. Das sieht man der Stadt an.«



Banner am 1. Mai 2104 in London

Für viele Menschen in England hat er fast religiösen Charakter, der National Health Service:

1948 in der tiefen Depression der Nachkriegszeit als hochgeschätztes Symbol sozialer Solidarität gegründet, der allen Menschen in Großbritannien unabhängig von ihrem sozialen Status freie medizinische Versorgung garantieren sollte. Lange Zeit galt der NHS als vorbildhaftes Gesundheitswesen, welches mit wenig finanziellem Aufwand eine sehr gute Versorgung erbrachte.

Natürlich war der NHS immer vom guten Willen der Regierenden und dem Füllstand der Staatskasse abhängig, mal gab es mehr, mal weniger Geld. In den vergangenen Jahren wurde die Struktur des NHS schrittweise geändert. Ken Loach schrieb dazu im Vorwort zum Buch: »NHS – SOS – How the NHS was betrayed – and how we can save it«: »Der Zweck der Reform des NHS ist es, das Gesundheitswesen marktfähig zu machen und Gesundheit zur Ware zu degradieren«.



Der Abgesang einer Religion

Wulf Dietrich über den NHS und dessen »Reform«

Im Gespräch mit Allyson Pollock, Professorin für Public Health research and policy an der Queen Mary Universität London, ging es um die Grundlagen des NHS und seine Veränderungen seit dem *Health and Social Care Act*, der 2012 verabschiedet wurde. Interessant ist, dass diese Änderungen nicht für Wales und Schottland gelten, diese haben die alte Struktur des NHS beibehalten. Die neuen Maßnahmen gelten also nur für England.

Mit dem Gesetz wurde der »regulierte Markt« im Gesundheitswesen weiter ausgebaut. Die Sprache des Marktes wurde schon seit Beginn der 80er Jahre unter Margaret Thatcher langsam im Gesundheitswesen eingeführt: »provider«, »prices« usw. So wurde das neue System vorbereitet. Vor 2012 gab es keine Rechnungen oder Rechnungsstellungen, es wurde gemacht, was nötig war. Was denn nötig war, wurde auf dem lokalen Level durch die *Primary Care Trusts* (PCTs) und auf regionaler Ebene durch *Strategic Health Authorities* (SHAs)

definiert (siehe Grafik). Letztlich war das System abhängig vom Geld, vom Steuergeld, welches das Gesundheitsministerium zur Verfügung stellte. Das System funktionierte mit relativ wenig Bürokratie. Im Vorfeld des *Health and Social Care Act* wurde von Blair und Brown die Ausgaben für das Gesundheitswesen von ca. sechs Prozent des BIP auf etwas über zehn Prozent angehoben (»die Braut wurde für die Übernahme hübsch gemacht«). Jetzt liegen die Ausgaben für das Gesundheitswesen zwischen neun und zehn Prozent des BIP.

Zwei große Änderungen in der Privatisierungsstrategie brachte der *Health and Social Care Act*:

1. Die Einführung von CCGs (*Clinical Commissioning Groups*), die die bisherigen PCTs ersetzen. Die CCGs sind ein Zusammenschluss von *General Practitioners* (GPs), also Allgemeinärzten, der nicht mehr, wie früher, auf ein Gebiet bezogen (area based), sondern rein mitgliedsbezogen organisiert

ist – weshalb er ein sehr »instabiles Gebilde« sei. Die GPs sind und waren auch schon früher privat tätig. Sie waren und sind also nicht beim NHS angestellt, sondern werden nach eingeschriebenen (potentiellen) Patienten bezahlt (Capitation-Modell). Pro Eingeschriebenem erhält der GP ca. 100-120 £ und er hat 1 000 bis 1 500 Eingeschriebene. Da die technische Einrichtung der Praxen nicht sehr hoch ist, sind die Kosten niedrig und der Verdienst entsprechend hoch. Es werden aber auch zunehmend Trusts gebildet, in denen die GPs angestellt werden. Der Angestelltenstatus ist eine neue Situation für die GPs. Die Vergütung soll heute nach PBR (*payment by results*) stattfinden, wobei unklar ist, wie das funktionieren soll, wie also die Ergebnisse beurteilt werden sollen. Die CCGs kaufen die Leistungen, die sie nicht selber erbringen, und auch medizinisches Material bei Anbietern (Providern) ein, die auch private, profitorientierte Unternehmen sein können. Sie können aber auch

eigenes medizinisches Personal, z.B. Physiotherapeuten, einstellen. Es blieb etwas unklar, welche Leistungen Pflicht sind und ob es einen generellen Leistungskatalog gibt. Nach Allyson Pollock gibt es heute keine vernünftige Planung mehr (loss of planning) und es fehlen völlig die Versorgungszahlen. Die Mittelverteilung soll heute nach outcome stattfinden (»die Regierung ist nur noch am outcome interessiert«), aber wie wird outcome gemessen? Die Antwort auf diese Frage blieb unklar. Früher wurden die Mittel nach Morbidität verteilt, also: Wo die kränksten Patienten waren, dort gab es am meisten Geld. Wie überall haben auch in Großbritannien die unteren Sozialklassen die höchste Krankheitsrate und den schlechtesten Outcome. Heute stehen für diese Gruppe noch weniger Mittel als früher zur Verfügung.

2. Es werden PFI gebildet (*Private Finance Initiatives*). Dies sind völlig private Anbieter von Leistungen im Gesundheitswesen. Sie können sich die lukrativsten Leistungen herausuchen und diese den CCGs anbieten. Diese entscheiden nach dem besten Preis. Eine neue Behörde, *NHS England*, wurde eingerichtet, die die Aufsicht über die CCGs hat. Sie hat ihren Sitz in Leeds und verteilt das Geld und koordiniert die Leistungen, wobei ca. 40 Prozent des Budgets an die CCGs geht. Die Budgetverantwortung geht also schrittweise auf den Zusammenschluss der Allgemeinärzte in den CCGs über. Das könne natürlich Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung in der Zukunft haben. Die PFIs bieten hauptsächlich Klinikleistungen an, können aber auch niedergelassene Fachärzte anstellen. In den Kliniken wird (noch) nicht nach DRGs abgerechnet. Die Verwaltungskosten seien durch die Reformen stark angestiegen. Heute würden 160 000 stationäre Betten über den NHS verwaltet. Ca. vier Prozent der Ausgaben des NHS sollen für Prävention ausgegeben werden.

Über den »alten« NHS und seine möglichen Fehler und Nachteile

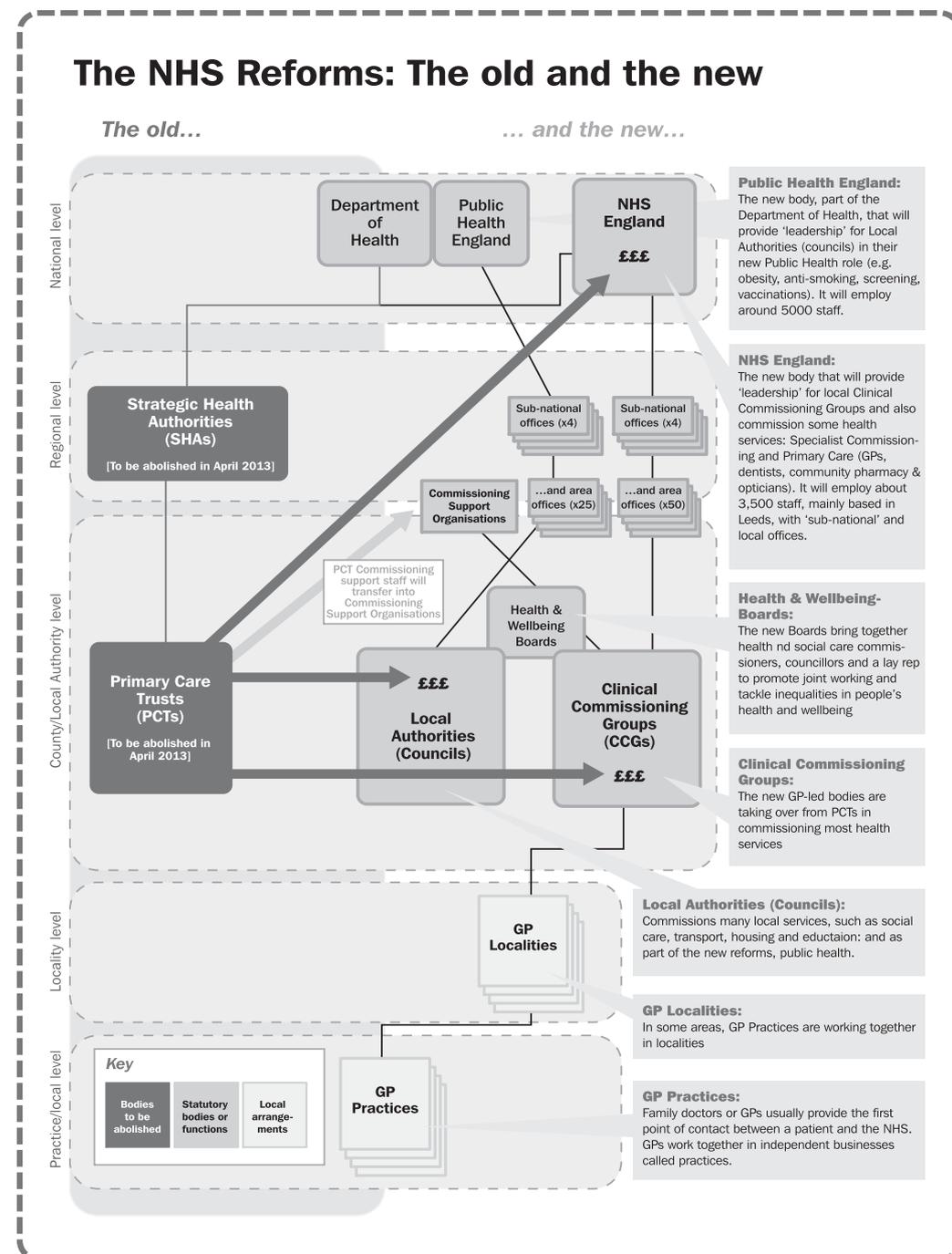
wurde bei unserem Besuch nicht diskutiert. Das wäre sicher auch eine interessante Diskussion geworden.

Die Hauptkritikpunkte an der jetzigen NHS-Reform sind:

1. Das Gesundheitsministerium hat seine Verantwortlichkeit für den nationalen Gesundheitsdienst aufgegeben. CCGs und andere Organisationen entscheiden heute, welche Leistungen erbracht werden und welche nicht.
2. Alle NHS-Krankenhäuser werden in Foundation Trusts um-

gewandelt. Diese sind ökonomisch unabhängiger, können Leistungen an private Anbieter outsourcen (Reinigungsdienst, Apotheke usw.) und können mit Privatinvestoren zusammenarbeiten. Sie dürfen jetzt auch Privatpatienten behandeln und bis zu 49 Prozent ihres Umsatzes über diese Privatpatienten generieren.

3. Die lokalen Organisationen wie die CCGs müssen Privatfirmen die Möglichkeit eröffnen, sich an Ausschreibungen für bestimmte Leistungen zu beteiligen. Diese Möglichkeit



Grafik aus der Broschüre der Gewerkschaft "Unite guide to Privatisation of the NHS England"

ist nicht ganz neu, eröffnet aber jetzt die Möglichkeit, einen großen Teil des früher öffentlich angestellten NHS-Personals an Privatunternehmen auszugliedern.

4. Die Konkurrenz unterschiedlicher Anbieter, insbesondere profitorientierter Firmen, verschlechtert die Koordination des Gesundheitswesens und führt zu Verunsicherung der Patienten.
5. Alle Liegenschaften des NHS wurden in den *NHS Property*

Service überführt. Dieser ist immer noch im Staatsbesitz, kann theoretisch aber auch Immobilien verkaufen.

6. Insgesamt bedeutet die Reform die Aufgabe der ursprünglichen Idee des NHS als einer staatlichen Einrichtung, die allen Bürgern freie medizinische Versorgung garantiert. (»McKinsey wrote the austerity plan«).

Zahlen über Veränderungen in der Versorgung seit Verabschie-

dung des Health and Social Care Acts liegen wohl noch nicht vor, doch die *Ärztezeitung* berichtete im Mai 2014 über längere Wartezeiten bei den GPs. Viele unserer Gesprächspartner setzen ihre Hoffnung auf einen Wahlsieg der Labour Party bei den kommenden Wahlen. Schwer zu beurteilen, wie berechtigt diese Hoffnungen sind, aber Labour hat in der Vergangenheit auch ihren Teil beigetragen, das Gesundheitswesen marktfähig zu machen. Schon vergessen?



Pub gegenüber dem Royal Hospital of London

Ein Skandal mit Konsequenzen

Der Lancet zur NHS Reform

Bevor der Health and Social Care Act 2013 die Organisation des NHS total umkrempelte, zeigten einige Untersuchungen Unzulänglichkeiten in der Struktur des alten NHS auf. Die bekannteste davon war der Skandal um das Stafford Hospital und den Mid Stafford NHS Foundation Trust: Ausgelöst durch die Beschwerden von Patientenangehörigen fand eine Kommission im Jahr 2010 heraus, dass zwischen 400 und 1200 Patienten in dieser Region mehr verstorben waren als in vergleichbaren Regionen. Dieser Skandal zog breite Kreise in

der Öffentlichkeit und führte zur Umstrukturierung dieses Trustes. Gleichzeitig diente dieser Skandal auch als Argument für die totale Umstrukturierung des NHS. Der Berwick Report dagegen zeigte, dass strukturelle Probleme des NHS die Sicherheit der Patienten gefährdeten. Das angesehene Medizin Fachblatt *The Lancet* sieht in dem Health and Social Care Act eine weitere Verschlechterung der medizinischen Versorgung und belegt dies mit dem Berwick Report. In Ausschnitten schreibt *der Lancet*¹:

»Ein kostenloser Gesundheitsdienst ist ein erfolgreiches Beispiel für die Überlegenheit von kollektivem Handeln und öffentlicher Initiative in einem Bereich der Gesellschaft, in dem wirtschaftliche Prinzipien ihre schlimmsten Auswirkungen haben«, schrieb Aneurin Bevan, der Architekt von Englands National Health Service (NHS). Jetzt, 65 Jahre nach seiner Gründung ist der NHS immer noch eines der besten Beispiele für allgemeinen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung, die kostenlos angeboten und als ein allgemeines Menschenrecht angesehen wird – eine Versorgung, wie sie von vielen Ländern angestrebt wird, in anderen aber – als törichte Antwort auf die gegenwärtige Finanzkrise – demontiert wird.

Wenn man heute Schlagzeilen liest wie »500 Millionen £-Rettungsaktion für Notambulanzen« oder »NHS-Manager richten eine Preisvergleichsseite im Internet ein, um Anregungen für Preisnachlässe auf Medizinartikel in Höhe von 1,5 Mrd £ zu erhalten«, so könnte man zu der Annahme kommen, die gegenwärtige Koalitionsregierung hält den NHS für eine Pleite-Bank. Diese Haltung ist zynisch, aber gleichzeitig raffiniert, denn hiermit gibt die Regierung jegliche Verantwortung für den Unterhalt eines Gesundheitssystems auf, das Patientenversorgung und Sicherheit in den Mittelpunkt stellt. Stattdessen wird erwartet, dass das System und alle seine Teile effizient, kostengünstig und finanziell erfolgreich arbeiten oder andernfalls als versagendes Unternehmen angesehen werden. Ärzte, PflegerInnen und Gesundheitsarbeiter werden gerne für die Qualität der Versorgung unter diesen eingeschränkten Verhältnissen verantwortlich gemacht. Und die britischen Medien schlagen in die gleiche Kerbe.

Natürlich, mit dem neuen Health and Social Care Act 2012, der am 1. April 2013 in Kraft trat, hat der Gesundheitsminister nicht mehr die Verantwortung für eine umfassende Gesundheitsversorgung. Diese Verantwortung wurde nun an eine komplexes System von Organisationen abgegeben, wie z.B. das NHS England oder die 211 Clinical Commis-

sioning Groups (CCG) mit ihren Bevollmächtigten-Einheiten oder ihren Regulatoren, einschließlich der Trust Development Authority und der Care Quality Commission. Die genauen Verantwortlichkeiten sind bestenfalls komplex und schwer verständlich, aber schlimmstenfalls vorsätzlich verschleiert. Wer genau die Verantwortung hat und wieweit zuständig ist, ist völlig unklar.

Die Qualität der Versorgung wird in mehreren Berichten genau untersucht. Seit die skandalösen Versäumnisse im Mid Staffordshire NHS Foundation Trust umfassend im Francis Report vom Februar 2013 aufgedeckt wurden, wurden elf weitere Trusts mit den höchsten Mortalitätsraten unter die Aufsicht des Gesundheitsministers Jeremy Hunt gestellt. Hohe Mortalitätsraten aber sollten nur als Warnsignal für weitreichende Systemfehler genommen werden. Tiefgreifende und sorgfältige Untersuchungen und die Analyse der lokalen Bedingungen sind aber dringend notwendig – so argumentiert der US-Pädiater und frühere Obama-Berater Don Berwick in seinem letzten Bericht zur Patientensicherheit in England.

Wie viele dieser Reports sind noch notwendig, bevor sich die Verhältnisse ändern? Von allen Untersuchungen ist der Berwick Report die sachdienlichste und er könnte, wenn er denn beherzigt wird, wirklich etwas ändern. Gemäß Don Berwicks Vorstellungen ist ein mehr grundsätzlicher Ansatz notwendig und der Bericht macht sehr vorsichtige Vorschläge. Die Qualität der Patientenversorgung sollte über allen anderen Zielen stehen und Schuldzuweisungen sollten vermieden werden. Quantitative Ziele können eine wichtige Rolle spielen, aber sie dürfen nie Vorrang vor dem Hauptziel einer besseren Patientenversorgung haben. Zum größten Teil sind es das System, die Abläufe, die Bedingungen, das Umfeld und die beschränkten Arbeitsverhältnisse, die zu Problemen bei der Patientensicherheit führen. Der Bericht betont ausdrücklich, dass seine ausreichende Personalausstattung notwendig ist, um heute und in Zukunft die

Bedürfnisse des NHS zu befriedigen. Evidenzbasierte Empfehlungen zur Personalausstattung aber werden dem National Institute for Health and Care Excellence (NICE) überlassen.

Die Stellenausschreibung für den Chef des NHS England erschien im Herbst letzten Jahres, erstaunlicherweise wurden für den Kandidaten keine Erfahrungen und Kenntnisse im Bereich von Gesundheitssystemen verlangt. Aber nur eine Persönlichkeit mit dem Temperament, dem Wissen und der Erfahrung von Don Berwick wird eine gewisse Chance haben, den NHS von seinem jetzigen Weg der Marktorientierung abzubringen hin zu seinem wirklichen Ziel eines freien, gerechten und effektiven Gesundheitssystems, welches wirklich die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Achtung der Patienten als Hauptziel begreift.

»Wie viele dieser Reports sind noch notwendig, bevor sich die Verhältnisse ändern?«

1 Unautorisierte ausschnittsweise Übersetzung aus dem Lancet, Vol 382 August 17, 2013, von Wulf Dietrich





Dieses Foto hängt als großes Plakat im Eingangsbereich des BMA

GP im NHS – der Lotse im System

Jan-Peter Theurich* über eine Diskussion mit dem GP David Wrigley

Auf unserer Reise wollten wir uns auch mit der Rolle der General Practitioners (GP), also der Allgemeinärzte vertraut machen. Wir hatten deshalb einen Termin mit Dr. David Wrigley, einem GP, der in der British Medical Association (BMA) aktiv ist, vereinbart. Im Folgenden geben wir unsere subjektiven Eindrücke dieses Besuchs und seine subjektiven Einschätzungen wider. Dr. Wrigley ist GP auf dem Lande, weit außerhalb von London. Die Probleme in der Großstadt könnten sich auch anders darstellen.

Nein, nicht die Queen öffnete uns die Tür, sondern es sah nur recht palastartig aus hier im BMA-House¹ in London, unserem Treffpunkt mit David.

Die Großmutter der Queen hatte dieses Haus, wogegen Ärztekammerhäuser wie bescheidene Hütten anmuten, wirklich 1925 eröffnet. Das Treffen hätte auch in einer GP-Praxis spannend sein können, aber wir waren nun mal in London und David als Mitglied des UK GP Committee der BMA gerade hier.

Der inhaltliche Zusammenhang von »family doctor« und »BMA-doctors trade union« erschloss sich nicht spontan. Der Referent betonte initial, dass die BMA nicht politisch motiviert sei, zwar die Bewegung »Keep Our NHS Public« unterstütze, aber »a little bit slow in fighting« sei. Im Gegensatz zu den deutschen Ärztekammern ist die BMA keine Zwangsorganisation, sondern ein freiwilliger Zusammenschluss der Ärzteschaft.

Die politisch der Labour Party Nahestehenden seien eher in der Gewerkschaft (UNITED) aktiv.

Die BMA kümmert sich um

Verbesserungen im NHS und setzt Programme zur Patientenbeteiligung und verbesserten organisatorischen und inhaltlichen Standards auf. In einer Kammer (97 Sitze) werden allgemeine ärztliche Positionen für 150 000 Mitglieder beschlossen.

Ziel unseres Treffens war es jedoch, etwas über die Arbeit der GPs in Großbritannien zu erfahren. Es gibt im Land derzeit ca. 40 000 GPs, die im NHS die Primärversorgung übernehmen, das heißt, sie sind die erste Anlaufstelle für die Bürger. Diese schreiben sich jeweils bei einem Arzt einer übergeordneten Einheit, Clinical Commissioning Group (CCG), ein und sind für mindestens ein Jahr an diese Wahl gebunden. Die CCGs sind eine Neuerung des Social Care Acts von 2012, der die letzte Runde zur Privatisierung des NHS einläutete. Am Empfang wird jeder Patient einem bestimmten Arzt zugeteilt; ein Recht auf freie Arztwahl ist nicht vorgesehen. Ein sog. »Recht auf Zweitmeinung« gibt es ebenfalls nicht.

Die lokalen GPs wählen die Zusammensetzung der CCGs.

Der GP hat eine konsequente »Lotsen- oder Gatekeeperfunktion«, was bedeutet, dass ohne ihn ein unmittelbarer Zugang zur stationären oder spezialärztlichen Behandlung nicht möglich ist. Dies wird heute erstmals durch private Zusatzversicherungen aufgeweicht und es gibt ganze Traktate, was kompatibel ist (z.B. Notfallversorgung durch NHS nach privater ambulanter OP) und was nicht (z.B. NHS-Leistung einer Katarakt-OP, oder Einsetzen einer privat berechneten Speziallinse). Die CCGs kaufen medizinisches Material und medizinische Leistungen ein. Diese Leistungen können auch von privaten Anbietern erbracht werden.

Seit der Gründung des NHS 1948 waren die GPs in Gemeinschaftspraxen oder Ärztezentren immer selbstständige Unternehmer, während die Consultants (Fach- u. Spezialärzte) Angestellte des NHS waren; allerdings wurde dieser Untergruppe schon seit Jahren erlaubt, nebenbei Privatpraxen zu führen (im Jahr 2009 waren schon, vergleichbar mit Deutschland, zehn Prozent der Engländer privat versichert). Da-

vid Wrigley erlebt seine Rolle als GP und Selbständiger als Freiheit.

Wie werden GPs nun vergütet? Von 1960-1990 gab es ein Festgehalt vom NHS. Heute erfolgt die Vergütung über eine sog. Capitation; d.h. der Arzt erhält eine festgelegte Summe X für jeden eingeschriebenen Versicherten. Im Gegensatz zu unserem System, das den Hausarzt stimuliert, jeden Patienten pro Quartal genau zweimal zu sehen, wenn er chronisch krank ist, erhält der GP für jeden seiner Versicherten eine feste Summe, selbst wenn dieser zu Hause bleibt.

Die Resultante ist ein für unsere Verhältnisse recht hohes Einkommen (z.B. 1 900 Eingeschriebene x 130 £ = 247 000 £/p.a. + Zusatzleistungen wie Impfungen, kl.Chirurgie u.a + »Incentives« = qualitäts- u. Outcome-abhängige »Belohnungen«, wenn z.B. 90 Prozent der von NICE nach risk calculator empfohlene Fettsenker gegeben wurde). Das ergibt ein relativ gutes Einkommen, welches die Wichtigkeit der GP als absolute Lotsen im Gesundheitssystem widerspiegelt.

Derzeit dürfen GPs (und möchten es viele, wegen des Wunsches, das NHS-System zu erhalten, auch nicht) keine Privatpatienten behandeln; diese müssen Privatärzte aufsuchen.

In einer GP Praxis werden an Technik nur angeboten: EKG, peripherer Doppler, kleine Chirurgie, evtl. mit Kryotherapie. Sonografie, Röntgen oder Endoskopie werden grundsätzlich nicht vorgehalten. Die Zahl der Überweisungen zu Fachärzten ist dennoch erstaunlich gering (etwa ein Patient / Woche bei unserem Referenten).

Hierfür mit ursächlich ist die Tatsache, dass die Consultants ausgebucht sind und es Wartezeiten gibt. Unser Referent bezeichnet den Kritikpunkt Wartezeiten am NHS-System als »rubbish« und Propaganda der Liberal-Konservativen. Früher habe es durchaus Wartezeiten bis zu einem Jahr gegeben, heutzutage gäbe es ein »consultant electric booking system«, das Termine in drei bis vier Wochen verbe; selten (z.B. bei Neurologen) könne es mal zwei

Monate dauern; von Wartezeiten über vier Monate habe er noch nie gehört. Zu diesem Thema haben wir verschiedenste Angaben auf Nachfragen andernorts gehört. Sicher scheint zu sein, dass es in den letzten Jahren schneller geworden ist (Verbesserung der Unterversorgung durch neue Stellen im NHS-Plan 2000 durch die Labour Party – eine Erhöhung der Ausgaben für das Gesundheitssystem bzgl. des Bruttosozialprodukts von 6,8 auf über 9 Prozent; d.h. + 7 000 Krankenhausbetten, + 500 neue Arztpraxen + 7 500 neue Arztstellen und + 20 000 Krankenschwestern. Das ist ein deutlich gegenläufiger Trend im Vergleich zum deutschen Gesundheitssystem in dieser Zeit – bei jedoch signifikant anderen Ausgangszahlen). In den letzten Jahren würden die Wartezeiten wieder zunehmen, da das System gerade im Umbruch sei und überall Personal gespart werde, um im erwarteten Wettbewerb eine gute Startposition zu haben. Einen Termin beim GP bekommt man jedoch noch »maximal in einigen Tagen«.

Zur Vermeidung eines Nadelöhrs wurden 2008 für die Versorgung leichterer Erkrankungen sog. NHS-Walk-in-Centers eingerichtet, die man ohne Termin aufsuchen kann und die sieben Tage pro Woche geöffnet sind. Diese sind nicht zu verwechseln mit den »A&E Departments«, die reine Notfallambulanz darstellen (häufig sog. Trusts, die seit 2004 gewinnorientiert arbeiten dürfen).

Jede Überweisung an einen Facharzt kostet das CCG etwas (jedoch nicht den Einzelnen GP). Daher haben die CCGs im Gegenzug eine Kontrollfunktion; so werden GPs zu Gesprächen über Überweisungshäufigkeit oder Medikamentenverordnungsverhalten geladen. Da es aber eine budgetierte Sub-Unit ist, gibt es auch ein gemeinsames Interesse wirtschaftlich zu arbeiten. So kann z.B. eine CCG beschließen, wenn viele Ärzte wiederholt zu Psychiatern überweisen und dies sehr teuer wird, selbst im CCG einen Psychiater einzustellen, dessen Stelle günstiger ist als die Addition der Konsile.

Die Frage nach der Zeit für den

einzelnen Patienten beantwortet Dr.Wrigley mit ca. zehn Minuten ; allerdings gäbe es auch »double appointments«, wenn z.B. mit einem Tumorpatienten längere Gespräche nötig sind. Die Situation der Psychotherapie beschreibt er als »poor«. Psychologen kämen zwar in die Arztpraxis, allerdings gebe es viel zu wenige. In den CCGs werden somit alle regionalen Nöte transparent und Budgetwünsche deutlich, aber außer der Budgetfreiheit bzgl. der Verteilung, für die normalen Patienten gäbe es keine »Nachschläge« oder Risikoausgleiche. Die Finanzierung der CCGs bleibt etwas im Unklaren. Im Sonderfall Karzinompatienten gibt es einen zusätzlichen Topf (»cancer drug fond«).

Die GPs arbeiten ohne Positiv-Liste, aber orientiert an der Sammlung British National Formulary² und berücksichtigen eine »Blacklist«. Besonders teure Medikamente (z.B. Lucentis bei Makuladegeneration) werden durchaus in den Topf des Krankenhauses »verlagert«. Es gibt aus gleichem Grund ein Spannungsfeld zu den consultants, da die CCGs auch hier Kosten durch Überweisungen »verhindern« können.

Derzeit befindet man sich in Großbritannien in der Implementierungsphase eines sehr umstrittenen elektronischen Datenerfassungssystems, das der Referent als »Diagnoseweitergabesystem« betitelt, das angeblich »no details« aufzeige. Das Gesundheitswesen und die Bevölkerung haben im Gegensatz zu unserem Land eine nur gering ausgeprägte Sensibilität für notwendigen Datenschutz. Der Verkauf von Daten aus diesem nationalen Datensatz ist geplant und soll auch privaten Firmen zur Verfügung stehen. Die Patienten-Chipkarte gibt es noch nicht. Eine Ausweitung dieser Erfassungssysteme ist jedoch von der jetzigen Regierung geplant.

Auf die Frage nach dem Umgang mit »illegal people«, also Menschen ohne Papiere, wird gesagt, dass diese kostenlos behan-

»Der GP hat eine konsequente »Lotsen- oder Gatekeeperfunktion«; ohne ihn ist ein unmittelbarer Zugang zur stationären oder spezialärztlichen Behandlung nicht möglich.«



Dr. David Wrigley

delt werden, wenn sie eine Adresse angeben.

Die Arbeitszufriedenheit der GPs sei relativ groß, zumal GPs in Großbritannien regelhaft mehr verdienen als Fachärzte, eine gute klinische Ausbildung haben und international Vorreiter auf dem Gebiet der Evidence Based Medicine seien.

Die Zahl der GPs sei »pretty stable«. Ein bei uns typisches Stadt / Land-Gefälle gebe es nicht. Ob man sich denn leicht als GP niederlassen könne? Dies ginge theoretisch schon und ohne Niederlassungssperre, lächelt der Referent süffisant, aber die Einwohner seien eigent-

lich schon vollständig auf die Ärzte verteilt.

Wo geht es lang in Zukunft? Es besteht eine relative Einigkeit, dass das NHS durch die liberal-konservative Regierung und deren Öffnungsabsichten für die Privatwirtschaft gefährdet ist. Ob nach einem nicht sehr wahrscheinlichen Wahlsieg von Labour allerdings wieder zum klassischen, staatlich organisierten und finanzierten NHS zurückgekehrt werden wird, bleibt anzuzweifeln, da Labour damals die ersten Schritte in Richtung Marktwirtschaftsöffnung ging.

Unser Referent spricht sich klar für die Vorzüge des NHS-Systems aus. Die größte Sorge der GPs sei jedoch, dass die »responsibility« für Geldausgaben im Budget von den CCGs sich auf den einzelnen Arzt verlagern könne. Anscheinend gehen GPs jedoch noch nicht in Massen für den Erhalt des NHS auf die Straße. Vielleicht tut man ihnen unrecht, wenn man behaupten würde, dass eine kommende Privatisierung in einzelnen Bereichen, den GPs am wenigsten weh täte und finanziell sogar Mehreinnahmen bedeuten könnte.

Die Äußerungen von »NHS is our religion« bis »there is no more NHS in 2014« sind ein breites Spektrum ärztlicher Meinungen. Unserer Referent lag anscheinend dazwischen; er hält das staatliche System für weiter verbesserungswürdig, glaubt jedoch noch an seine Vorteile für die Bevölkerung, nämlich die Bereitstellung einer umfassenden und kostenlosen Gesundheitsversorgung aller Bürger durch den Staat mit dem Ziel eines gleichen und gerechten Zugangs zu Gesundheitsleistungen unabhängig vom sozialen Status und Einkommen.

Früher hieß es: »When a bedpan is dropped on a hospital floor, its noise should resound in the Palace of Westminster«. Das soll heißen, dass es eine klare Verantwortungsübernahme der Regierung für die Gesundheit ihrer Bürger gab. Mal sehen, ob uns dieses Gesundheitswesen beim nächsten Besuch noch als Vorbild dienen kann.

Weiteres über das Arbeitsfeld unseres Referenten:

www.lancashirenorthccg.nhs.uk/local-services/gp-practices/
Die Seite www.ashtreesurgery.co.uk ist in Deutschland »black-listed«

Verwendete Literatur:

Olaug S. Lian: »Convergence or Divergence? Reforming Primary Care in Norway and Britain«, Article first published online: 6 JUN 2003, DOI: 10.1111/1468-0009.t01-2-00055, Milbank Quarterly, Volume 81, Issue 2, pages 305–330, June 2003 (erwähnt im Lehrbuch der Gesundheitsökonomie von Lauterbach / Stock / Brunner, Huber Verlag, 2. Aufl. 2009)

* Jan-Peter Theurich ist Facharzt für Innere Medizin in Rheda-Wiedenbrück.

- 1 British Medical Association: www.bmahouse.org.uk
- 2 Siehe: www.bnf.org

Wandel in der Kammerarbeit

Wie kann Ärzteopposition heute aussehen?

Termin: Herbst 2014

Ort: Fulda

Der eintägige Workshop wird eine Einführung in die Kammerarbeit enthalten (Funktion und Geschichte der Kammern, was kann man dort erreichen, was haben wir bisher gemacht usw.) Im zweiten Teil der Veranstaltung wollen wir diskutieren, was wir in Zukunft in und mit den Kammern erreichen wollen (was sind unsere zukünftigen Themen, Bündnispartner, Wahlstrategien usw.).

Ziel ist die Rolle der Kammerarbeit für uns als Verein zu klären und einen Austausch zwischen Mitgliedern, die seit vielen Jahren aktiv in der Kammerarbeit sind, und anderen Interessierten zu ermöglichen.

Nähere Informationen zeitnah per Newsletter oder auf der Webseite.

»Zur Vermeidung eines Nadelöhrs wurden 2008 für die Versorgung leichterer Erkrankungen sog. NHS-Walk-in-Centers eingerichtet, die man ohne Termin aufsuchen kann und die sieben Tage pro Woche geöffnet sind.«



Eingang zum Princess Room im BMA



Bei der Demo am 1. Mai sah man nur wenige Banner mit gesundheitspolitischen Themen

Im Kampf gegen die Privatisierung des NHS

»Unite the Union« in Vorbereitung auf die Entscheidungsschlacht –
 Von Peter Hoffmann *

Damit waren wir schon mitten in der Debatte. Würde eine Labour-Regierung den NHS als bedarfsorientiertes staatliches Gesundheitswesen wiederherstellen oder auf dem Weg der Privatisierung bleiben?

Die Labour-Partei hatte in Zeiten der Prosperität den NHS mit erheblichen zusätzlichen Finanzmitteln ausgestattet, den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt auf das Niveau von Frankreich und Deutschland angehoben und damit 2010 die höchste Patientenzufriedenheit mit den Leistungen des NHS im Zeitvergleich erreicht (»the NHS is like a national religion«). Gesundheit war 2010 kein Feld der politischen Auseinandersetzung und die Tories waren gut beraten, die Öffentlichkeit im Wahlkampf über ihre wahren Absichten im Unklaren zu lassen. Sie gaben vor, keine Veränderungen zu planen.

Aufgrund der relativ hohen Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten und auch des Personals löste der von der Labour-Regierung eingeleitete Paradigmenwechsel hin zu Ökonomisierung und Privatisierung keine wesentliche politische Auseinandersetzung aus. Mit dem Purchaser-provider split war ein Einkaufsmodell etabliert worden, das Pakete von Gesundheitsdienstleistungen auf dem Wege eines Bieterverfahrens an sog. qualifizierte Dienstleister vergibt, egal ob sie non-profit-Organisation sind oder profitorientierte Privatunternehmen. Damit wurde nach Außen hin der NHS England (nicht betroffen: Wales und Schottland) als staatliche Struktur und »Label« erhalten, in seinem Kern aber verdeckt ausgehöhlt.

Sechs Wochen nach ihrem Wahlsieg zog die liberal-konservative Regierung ihre Blaupause zur Privatisierung aus der Schublade.

In der Öffentlichkeit wurde eine vorgebliche Befreiung von staatlichen Reglementierungen (»Liberating NHS«) und Wahlfreiheit für die Patientinnen und Patienten (»Patient choice«) propagiert. Hinter dieser Fassade wurden aber die Weichen gestellt für eine Marktverfassung des NHS. Die staatliche Bedarfsplanung und Gesamtverantwortung für die Sicherstellung der Versorgung mittels 56 primary care trusts, die wegen regional unterschiedlicher Versorgungsqualität in der Kritik standen (»post code lottery«) wurden nicht etwa optimiert sondern faktisch abgeschafft. »Community health Councils«, die in der Bedarfsplanung mit dem Instrument der »formal consultation« tatsächliche Entscheidungsbefugnisse über lokale Strukturen der Gesundheitsversorgung hatten, wurden zugunsten von »Health Watch« mit lediglich beratender Funktion abgeschafft.

vdää on tour war quasi zur Halbzeit der Auseinandersetzung in London. Mit dem »Health and Social Care Act« setzten Tories und LibDems ihre neoliberale Agenda der Privatisierung des NHS vor einem Jahr in Bewegung. Seither steigt der Anteil privater Anbieter von Gesundheitsleistungen immer schneller an. Für die führenden Gewerkschafterinnen und Gewerkschafter von Unite, mit denen wir Gelegenheit zur Diskussion hatten, war die Situation klar: Die Unterhauswahlen in einem Jahr entscheidend: »There is one commitment for the whole of Unite: to ensure to roll back what was created last year.«

»Ökonomisierung pur bringt ein zunehmend lückenloses Netzwerk von Abhängigkeiten und profitable Betätigungsfelder für Unternehmensberatungen und Konzerne.«

Stattdessen wurden drei Milliarden Pfund für die Einführung einer fragmentierten Struktur verschwendet, die den Überblick über Gleichmäßigkeit und Qualität der Versorgung verschleiert. Die Regierung entscheidet über die Höhe des Gesamtbudgets, aktuell 95 Milliarden Pfund; 211 lokale Clinical Commissioning Groups (CCGs) erhalten aktuell insgesamt 65 Milliarden Pfund und vergeben Geld und Aufträge an (hoffentlich) qualifizierte Anbieter. Bei dieser schwierigen Aufgabe werden die CCGs von »Clinical Commissioning Support Unions« unterstützt. Interessant und auch beunruhigend: Auch diese Struktur soll 2016 privatisiert werden. Ökonomisierung pur bringt ein zunehmend lückenloses Netzwerk von Abhängigkeiten und profitable Betätigungsfelder für Unternehmensberatungen und Konzerne. Für das unvermeidliche Chaos kann die ärztliche Leitung der CCGs verantwortlich gemacht werden, jeder Skandal wird zum Einzelfall erklärt, die zugrundeliegende Struktur bleibt im Verborgenen. Dass in den Krankenhäusern in

Yorkshire mitunter kein qualifizierter Paramedic mehr an Bord war: ein Einzelfall!

Es nimmt also nicht Wunder, dass Unite, als größte Gewerkschaft im Gesundheitsbereich, angesichts der Radikalität der geplanten Umwälzung und angesichts des Tempos bei der Umsetzung die nächstjährigen Unterhauswahlen als die finale Schlacht bewertet, auf die sich bereits jetzt alle Kräfte konzentrieren.

Jeder neue Auftrag an einen privaten Gesundheitsdienstleister zementiert die Privatisierung weiter und erzeugt neue dramatische Wirkungen – Beispiel Krankenhausinvestitionen: Wie auch in Deutschland bestand in England ein enormer Investitionsstau mit maroden Krankenhäusern. Mit dem Konzept der »Private Finance Initiative« (PFI) sollte statt der benötigten öffentlichen Geldmittel privates Kapital für den Krankenhausbau einspringen. Das private Kapital ließ sich sein Entgegenkommen beim Bau privater Krankenhäuser mit Verträgen mit dreißigjähriger Laufzeit und Garantiegewinnen belohnen. Die Erfüllung dieser Verträge verschlingt nun aber so hohe Budgetanteile, dass zum Ausgleich andere, öffentliche bedarfsnotwendige

Krankenhäuser geschlossen wurden bzw. geschlossen werden sollen. Diese Pläne sind Gegenstand intensiver lokaler Kämpfe (»Keep Our NHS Public«).

Privatisierte Institutionen spalten die Beschäftigten in zwei Klassen: Übergeleitete werden zu den Konditionen der »single pay structure« des NHS weiterbeschäftigt, neu Eingestellte unter verschlechterten Bedingungen bis zum Mindestlohn.

Werden die lokalen Kämpfe die Gesundheitspolitik auf der politischen Agenda nach oben bringen, wird aus der Privatisierung des NHS ein nationaler Skandal, kommt es zum Regierungswechsel im nächsten Jahr? Und – »Labour is on the Journey« – stimmt es wirklich, dass sich die gesplante Labour-Party vom Konzept der Marktverfassung des Gesundheitswesens distanziert und Health and Social Care als eng miteinander verwobene Felder der Daseinsfürsorge begreift und ernst nimmt?

Können wir in diesen Kämpfen wenigstens auf uns selbst vertrauen? Die Kolleginnen und Kollegen von Unite haben uns erklärt, dass sie in ihren Kampagnen ausschließlich aus dem Blickwinkel der Gefährdung der Patientinnen und Patienten und mit deren Anrecht auf eine qualitativ hochwertige Versorgung argumentieren. Von amerikanischen Gewerkschaften hätten sie gelernt, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen aus ihrer tiefverwurzelten Verpflichtung gegenüber ihren Patientinnen und Patienten niemals für sich selbst kämpfen.

Im Interesse einer Reorganisation des NHS hoffen wir, dass die Kolleginnen und Kollegen von Unite the Union erfolgreich sein werden – ob die Hoffnungen, die dabei auf parlamentarischer Ebene auf Labour gesetzt werden, realistisch oder illusionär sind, war unter unseren Kontakten in London kontrovers. Man wird sehen, inwieweit die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen der nächsten zwölf Monate den Einfluss der Wirtschaftsliberalen innerhalb Labour zurückdrängen.

** Peter Hoffmann ist Anästhesist in München.*



Barry Brown, Rachael Maskell und Liss McKiness von Unite – The Union



*Eingang zum linken
Buchladen in Liverpool*

In Zukunft noch schlechter...

Judith Varley* zur Krise der Versorgung psychisch Kranker in England

Die Krise im Gesundheitswesen in England hat eine Reihe von Gründen. Menschen mit schwerwiegendem chronischem Bedarf an Gesundheitsversorgung, die früher schneller gestorben wären, überleben jetzt länger, besonders die Hochbetagten, die sehr jungen (Frühgeborenen), die AIDS-Kranken, DiabetikerInnen usw... mit komplexen und teuren Gesundheitsproblemen.

Allerdings sind die »Private Finance Initiatives« (PFI) extrem kostspielig. PFIs sind die bevorzugte Methode geworden, um öffentliche Einrichtungen (Krankenhäuser, Schulen) zu finanzieren durch die extravagant teuren Kredite von globalen, profitorientierten »Business-Partnern«.

Krankenhäuser, einschließlich psychiatrischer Kliniken, wurden zu »Foundation Trusts«, Unter-

nehmen, die einen Gewinn erarbeiten *müssen*, die meisten von ihnen erarbeiten die Abzahlung ihrer PFI-Schulden. Der PFI-Schuldendienst bekommt Priorität vor jedem anderen Problem, und weil jährliche Raten von Millionen von Pfund anfallen, stehen viele Krankenhäuser jetzt vor der Insolvenz – nicht weil sie schlechte Medizin anbieten, sondern weil sie hohe Gewinne realisieren müssen. Um diese Schulden zu bezahlen, bieten Allgemein- und Spezialkrankenhäuser inzwischen 49 Prozent ihrer Betten Privatpatienten an, die sich diesen Service aus eigener Tasche oder durch private Krankenversicherungen leisten können. All das ist Teil einer Privatisierungsagenda: Es geht um die Zerstörung der Prinzipien unserer nationalen Gesundheit, eine Agenda, für die niemand gewählt hat.

Seit der Entwicklung des Wohlfahrtsstaats und des National Health Service 1948 und bis zum *Health and Social Care Act 2013* war das Konzept persönlicher Gesundheitsversicherungen unüblich (aber immer existent als eine Minderheiten-Option für die Reichen)

Versorgung psychisch Kranker

In England werden Menschen mit psychischen Problemen zuerst von ihren Hausärzten in der medizinischen Grundversorgung diagnostiziert und möglicherweise auch behandelt. Sind ihre/seine Probleme schwerwiegender, bei psychotischen Symptomen etwa, wird der/die PatientIn überwiesen zu den Fachärztlichen Diensten und dem Gemeindepsychiatri-

Psychische Gesundheit war immer das Stiefkind des Gesundheitswesens in England: finanziell mangelhaft ausgestattet, stigmatisiert - und wenig diskutiert. Judith Varley zeigt, dass dies mit der Ökonomisierung nicht besser wird.

schen Team (*Community Mental Health Team*), das einen Psychiater beinhaltet. Die Behandlung kann ambulant stattfinden oder ggf. auch stationär erfolgen.

Wenn schon die Situation im allgemeinen für Krankenhäuser schwierig ist, so sind die Probleme noch größer für psychiatrische Kliniken, da deren PatientInnen häufig aus ärmeren Schichten stammen, keine Krankenversicherung haben und entsprechend auf die Finanzierung vom Staat angewiesen sind. Diese Situation wird weiterhin verschärft durch die lange Dauer und wenig vorhersehbaren Verläufe vieler psychischer Erkrankungen, die oftmals mehrfache Einweisungen erfordern.

Psychische Gesundheit war immer das Stiefkind des Gesundheitswesens in England, finanziell mangelhaft ausgestattet, stigmatisiert, wenig diskutiert – obwohl es jede einzelne Familie betrifft. Die aktuelle Regierungskoalition kündigte an, diese Situation anzugehen; bis jetzt bleibt dieses Versprechen unerfüllt, obwohl erhebliche Mittel von den spezialisierten Diensten zur Grundver-

sorgung umverteilt wurden, was relevante Löcher in die ersteren riss. Die verschiedenen Krisen der psychiatrischen Dienste werden erst jetzt in letzter Zeit öffentlich, und wichtige nationale Organisationen wie *Rethink* und *MIND* haben bislang geschwiegen; das ist besonders beunruhigend, da noch viele weitere Kürzungen von Leistungen und Personal geplant sind.

Teure Bettenplätze in öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern wurden bereits seit vielen Jahren durch gezielte Regierungspolitik Schritt für Schritt gekürzt, auf der Grundlage, dass die Dienste in den Gemeinden diese Lücken schließen würden. Weniger forcierte, freiwillige Einweisungen, die es PatientInnen ermöglichten, das Krankenhaus nach ihren Wünschen wieder zu verlassen, verschwanden. Psychiatrische Betten sind jetzt nur noch verfügbar für Patienten (Erwachsene wie Kinder), die als selbstgefährdend oder fremdgefährdend eingeschätzt werden und deshalb zwangseingewiesen werden (unter dem *Mental Health Act*). Durch den chronischen Bettenmangel kann das weit entfernt von ihren Wohnung sein, manchmal in sehr teuren privaten psychiatrischen Kliniken und mitunter gibt es ein regelrechtes »Patientenhopping« von einem Bett zum andern in verschiedenen Abteilungen/Krankenhäusern, wo immer ein Bett verfügbar wird und mit ständig wechselndem Personal. Psychiatrische PatientInnen werden mitunter in Polizeizellen arrestiert und viele sind völlig unangemessen in Gefängnissen, oftmals jahrelang; dies ist ein besonderes Problem der nicht-weißen Bevölkerung mit anderem kulturellen Hintergrund in England.

Psychiatrische Kliniken haben das »Akutmedizin Modell« adaptiert, das nur den Kliniken gefällt: Es bedeutet, dass die PatientInnen, wenn sie einmal im Krankenhaus sind, keinen Kontakt mit den Betreuern haben, die ihn/sie aus den gemeindenahen Diensten kennen, sondern von Unbekannten behandelt werden. Das gesamte moderne Krankenhaus-System scheint darauf aus zu sein, die PatientInnen, die schon in der

Krise sind, noch weiter zu verwirren und aufzuregen.

Gemeindenaher psychiatrische Dienste, die eine Alternative zur Hospitalisierung sein können, brauchen angemessene Gemeindestrukturen und Personalschlüssel. Diese Dienste sind aber ebenfalls von massiven Kürzungen betroffen. Die Gemeindebetreuungszahlen sind steil angestiegen (von 25-30 PatientInnen pro Fall-Koordinator auf mehr als 100 in manchen Teams), mit der Folge dass die personalisierten Dienste, die das Wissen um die Individualität jedes einzelnen erfordern, die ganze Idee des Aufbaus einer vertrauensvollen Beziehung mit PatientInnen, die jetzt »Klienten« genannt werden, weitgehend Geschichte sind, obwohl es gerade diese sind, die benötigt werden, um Fortschritte zu erzielen. Qualifizierte, erfahrene engagierte GemeindebetreuerInnen sind ersetzt worden durch »care assistants«, die sich wohl Mühe geben, aber relativ oder sogar gänzlich unausgebildet sind und nur den Mindestlohn verdienen.

Die Praxis der Ent-Professionalisierung des Personalstamms, der Ersatz von gut qualifiziertem durch billiges, unausgebildetes Personal ist ein weitverbreitetes Phänomen durch alle Beschäftigungsfelder und ist ein enormes allgemeines Problem.

Einige psychiatrische PatientInnen können sich mitunter am besten und schnellsten in ihrer Wohnung »erholen« statt im stationären Setting, wenn sich das ambulante professionelle Personal ebenso wie das soziale Umfeld der PatientInnen, FreundInnen, Familie ect.) darauf vorbereitet und handlungsfähig ist. Allerdings wurde dieses (ambulante psychiatrische) System von außen errichtet und dann allein gelassen – um zu arbeiten oder zu versagen.

Im »best practise«-Fall ist der gemeindenaher Dienst 24 Stunden erreichbar und in der Lage, jemanden in einer Krise auch vier- oder fünfmal täglich rund um die Uhr zu besuchen. Dies ist allerdings aktuell so unüblich, es passiert faktisch nie.

Bis vor kurzem wurde der Schwerpunkt der nationalen Politik auf den Ausbau der psycho-

»Gemeindenaher psychiatrische Dienste brauchen angemessene Gemeindestrukturen und Personalschlüssel. Diese Dienste sind aber ebenfalls von massiven Kürzungen betroffen.«



Haus in Chinatown/Liverpool



Mitglieder von Unite – The Union
bei der 1. Mai Demo in London

therapeutischen Angebote gelegt, statt einzig auf kontinuierliche Dauermedikation für die PatientInnen zu setzen. In den meisten Trusts (den lokalen Verwaltungseinheiten im National Health Service, A.W.) geschieht das aktuell nicht mehr wegen Kürzungen bei Personal und Diensten bei steigenden PatientInnen-Zahlen. Das beste noch verfügbare Angebot ist eine reduzierte Version von Verhaltenstherapie, manchmal auch nur noch ein computerisierter multiple choice-Fragebogen.

Es ist weitgehend anerkannt, dass psychische Probleme das Ergebnis einer Kombination von medizinischen und sozialen Situationen sind und dass die beste Unterstützung aus sowohl medizinischer als auch sozialer Unterstützung besteht. Traditionell war in England medizinische Versorgung durch den National Health Service sichergestellt, kostenfrei für den Nutzer und finanziert durch zentrales Funding aus Steuermitteln. Andererseits sind soziale Dienste immer von den Kommunen bereitgestellt worden und seit kurzen, besonders seit diese Dienste outgesourcet wur-

den, müssen die »Klienten« selbst dafür zahlen. Dies ist ein Missverhältnis, auch wenn es Finanzierungsunterstützungen (*Personal Independence payment*) auf lokaler Ebene für die Klienten geben kann, diese Kosten zu tragen.

Der entscheidende Punkt ist hier aber, dass die Verantwortung der lokalen Kommunen aufgegeben wird, auch wenn die konkreten Kosten über diesen PIP Mechanismus für die PatientInnen abgesichert werden.

Die Zuschüsse von nationaler Ebene an die Kommunen wurden von der konservativ-liberalen Koalitionsregierung massiv reduziert – besonders drastisch in den alten viktorianischen Industriestädten der Midlands und in Nordengland, in denen große Teile der Bevölkerung durch die De-Industrialisierung ohne Arbeit und ohne Ausbildung zurückgelassen wurden. Die Zuschüsse der Nationalen Ebene an die Kommunen stehen im Verhältnis zum Prozentsatz derjenigen, die Kommunalsteuern bezahlen, von dieser Steuer sind aber Arbeitslose, Erwerbslose (und Menschen mit physischen und psychischen

Behinderungen, die nicht in bezahlter Lohnarbeit stehen) befreit. In der Konsequenz waren die Einschnitte in den nördlichen Städten wirklich grausam.

Kürzungen im Südosten (im Umkreis von London und den wohlhabenden Vorstädten, in Kleinstädten und Dörfern (dem Speckgürtel) waren teilweise minimal bei 0,3 Prozent, während die Kürzungen in Liverpool bei nahezu 80 Prozent lagen, und dies zu einer Zeit, in der es eine substantiellen Anstieg an psychosozialer Belastung und Bedarf an Diensten gibt.

Wie genau die spezifischen Kürzungen aussehen, variiert natürlich je nach konkreter Kommune, aber diejenigen für Behinderte waren das erste Ziel, möglicherweise, weil Behinderte wenig öffentliche Unterstützung haben beim Wähler – Tagesbetreuungszentren, Wohnheime, Sonderschulen, Transport für Behinderte, Professionelles Personal, Jugenddienste, aufsuchende Arbeit, Frühinterventionen.

»Das beste noch verfügbare Angebot ist eine reduzierte Version von Verhaltenstherapie, manchmal auch nur noch ein computerisierter multiple choice-Fragebogen.«

»In den alten viktorianischen Industriestädten der Midlands und in Nordengland wurden große Teile der Bevölkerung durch die De-Industrialisierung ohne Arbeit und ohne Ausbildung zurückgelassen.«

Es beginnen langsam Kampagnen zur Bekanntmachung und zum Protest gegen diese Entwicklungen und die Bevölkerung ist aufgefordert, sich daran zu beteiligen:

www.norfolksuffolk-mentalhealthcrisis.org.uk berichtet von einer Verdoppelung des täglichen psychiatrischen Medikamentenverbrauchs, um die Menschen ruhig zu halten, und von Entlassungen von PatientInnen aus den Kliniken ohne ausgearbeiteten Nachsorgeplan, neben anderen Kürzungen wie oben erwähnt.

JobCentrePlus (Arbeitslosenunterstützung) blockiert Arbeitslosenhilfe unbesehen vom Einzelfall, mitunter bleiben alleinerziehende mit ihren Kindern völlig unversorgt.

Food banks (»Tafeln«), bislang kaum bekannt in England, wach-

sen überall exponentiell, Mangelernährung wird ein massives Problem

CARE UK (ein Privater Dienstleistungsanbieter) hat die Wochenendzulagen für MitarbeiterInnen, die mit Menschen mit Lernschwierigkeiten arbeiten, gekürzt und die Dienste reduziert, die Einkommen der aktuellen Mitarbeiter sanken daraufhin um ca. 3000 Pfund/Jahr.

Schulden, Gesundheitsprobleme und Obdachlosigkeit steigen wie nie zuvor gesehen an.

Arbeitsfähigkeitsprüfungen für jeden ohne bezahlte Arbeit, durchgeführt von Angestellten von ATOS und CAPITA, sind berüchtigt und in Verruf geraten. Einige Nutzer dieser Dienste wurden »fit for work« befunden, um dann einige Tage später zu sterben, ebenso schwer psychisch Behinderte. Selbst wenn es die Klienten durch diese Prüfungen schaffen, folgt die nächste nur wenige Monate später, das Leben wird zu einer ständigen Schikane. Einiger dieser Prüfer haben aufgegeben, sprechen von Unmenschlichkeit und von Zielgrößen, die von den Arbeitgebern angegeben wurden. Psychisch Kranke werden mit solchen Prüfungen (Assessments) konfrontiert, sollen das erste Mal in ihrem Leben Steuern zahlen, ihre Betreuung ändert sich, ohne dass dies vorbereitet oder mit ihnen besprochen wurde. In der Folge verschlechtert sich ihr Gesundheitszustand, Menschen, die jahrelang oder gar Jahrzehnte ohne stationäre Aufnahme leben konnten, freiwillige Arbeit leisten und unabhängig leben konnten, sind für Wochen oder Monate wieder in stationäre Behandlung gekommen. Wieder entlassen sind sie auf keinen Fall so stabil wie zuvor.

Ein Treffen von Aktivisten, die eine Charter über »Good Practice« entwickelt haben, wurde vom BBC aufgenommen und ist auf www.church-poverty.org.uk/drowningindept/ zu sehen.

Die Entwicklung von Zentren, in denen alle Dienste für psychische Gesundheit konzentriert werden, ist im Moment wahrscheinlich – und wird als industrielle Methode zur Gewinnmaximierung für pri-

vate Anbieter gesehen. Menschen mit psychischen Problemen werden wahrscheinlich in Gruppen eingeteilt nach dem Schweregrad ihrer Probleme (ein schwer lösbares Unterfangen bei häufig fluktuierenden Symptomaten) und diesen Gruppen (Cluster) werden dann bestimmte Therapieoptionen zugeordnet, z.B. sechs Sitzungen Verhaltenstherapie – und das ist alles was du bekommst.

Der Gesundheitsminister, Norman Lamb, spricht enthusiastisch von der »Gleichheit in der Achtung« (gleiches Funding für und Anerkennung von psychischen und physischen Gesundheitsbedürfnissen), aber in der Praxis scheint das zu bedeuten, dass private Krankenhäuser beauftragt werden, Notfallbetten außerhalb der Wohngebiete bereitzustellen.

All diese Veränderungen hatten Einfluss auf Pflegende, die ihren Beruf nicht mehr ordentlich ausüben können. Und das hat auch Einfluss auf Pflegende oder Betreuer von psychisch Kranken, nämlich unbezahlte Angehörige oder Freunde, die die PatientInnen unterstützt, sich für sie eingesetzt, sie getröstet haben, die zusammen mit den Diensten und deren Personal zusammengearbeitet haben, wo sie konnten, die sich über falsche Behandlungen beschwert haben und ganz allgemein: die ihr Leben und ihre Pläne für Jahre oder vielleicht Jahrzehnte aufgegeben haben, um denen zu helfen, die sie lieben. Ganz oft ist es nur eine pflegende Person, in der Regel sind das Frauen. Diese tapferen Menschen sind nun unter dem Ansturm dieser Veränderungen am Zusammenbrechen; ihre physische und psychische Gesundheit ist dadurch selbst schwer gefährdet.

Schätzungen über die Einsparungen durch diese unbezahlten, unbekanntenen und vergessenen Pflegenden variieren zwar, aber bewegen sich um die 120 Milliarden Pfund im Jahr.

** Dr. Judith Varley ist Mikrobiologin an der Universität Liverpool und aktiv in der Socialist Health Association*

(Übersetzung: Andreas Wulf)





Der »englische Patient«

Cordula Mühr* über Einflussmöglichkeiten von BürgerInnen und PatientInnen im NHS

Als chronisch erkrankte Ärztin blicke ich inzwischen eher aus der Patientinnenperspektive auf Gesundheitssysteme. Mein besonderes Interesse gilt den kollektiven Beteiligungsmöglichkeiten von Patienten und Versicherten und ich engagiere mich aus diesem Grund seit nunmehr zehn Jahren ehrenamtlich – benannt durch den Deutschen Behindertenrat – als Patientenvertreterin nach § 140f auf Bundesebene in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

Bereits 1996 forderte die *Ljubljana-Charta der Weltgesundheitsorganisation*: »Das Wort der Bürger und die von ihnen getroffene Wahl sollten die Gesundheitsdienste ebenso wesentlich mitgestalten wie die auf anderen Ebenen der ökonomischen, ma-

nagementbezogenen und professionellen Entscheidungsfindung getroffenen Beschlüsse. Der Bürger sollte zu Fragen gehört werden, die die inhaltliche Gestaltung der Gesundheitsversorgung, das Aushandeln von vertraglichen Vereinbarungen, die Qualität der Anbieter-/Patienten-Beziehungen, die Handhabung von Wartelisten und die Behandlung von Beschwerden betreffen.«

Und der *Europarat* empfahl im Jahr 2000: »Patient/citizen participation should be an integral part of health care systems and, as such, an indispensable component in current health care reforms.«

Die Reise des vdää nach London zum NHS hat mich besonders interessiert, weil in England kollektive Patienten- und Bürgerbeteiligung bereits in den 70er

Jahren und damit viel früher als in Deutschland institutionell etabliert wurden. Die Gesundheitspolitik unter New Labour (seit 1997) machte im NHS-Plan aus dem Jahr 2000 »Patientenzentrierung« zum neuen Leitbegriff, allerdings mit einem Schwerpunkt auf der Umsetzung von »patient involvement« im individuellen Behandlungs-Setting (Information und Entscheidungsbeteiligung / SDM). Voraussetzungen für individuelle Patientenbeteiligung im Behandlungs-Kontext sind vor allem: mehr Wissen der Patienten, bessere kommunikative Fertigkeiten der Professionellen und ein verändertes Rollenverständnis auf beiden Seiten. Folgerichtig wurden im englischen Gesundheitssystem in den letzten Jahren erhebliche Ressourcen für den Bereich qualitätsge-

Die Perspektive der PatientInnen auf das NHS ist eine andere als die der Beschäftigten oder der Gesundheitspolitiker. Cordula Mühr zeigt uns, wie der Einfluss von PatientInnen im NHS geregelt war und wie sich das nun im Zuge der Ökonomisierungsprozesse auch verändert.



sicherter und leicht zugänglicher Patienteninformation eingesetzt. Als Beispiel seien die vorbildliche Entwicklung von »Decision Aids« für Patienten genannt¹ oder das Schulungsmaterial für Ärzte zur Unterstützung von Risikoverständnis, -Management und -Kommunikation mit Patienten und / oder der Öffentlichkeit.²

Mit »NHS Direct« stand Patienten und Versicherten bis zum 31. März 2014 zudem ein leicht zugänglicher, durchgehend verfügbarer, standardisiert vorgehender Telefonservice zur Verfügung, der über Gesundheit, Krankheit und Behandlung im Allgemeinen ebenso informierte wie bei aktuellen Beschwerden Rat zur angemessenen Selbst- bzw. professionellen Behandlung bereitstellte. Er wurde abgelöst durch den webbasierten Service »NHS Choices«³ sowie den telefonischen »NHS 111«-Service, der zurzeit gebührenfrei 24-stündig Beratung und Unterstützung bei dringlichen, aber nicht lebensbedrohlichen medizinischen Fragestellungen gewährleisten soll.

Kollektive Interessensvertretung im Sinne von Bürgerbeteiligung an der Gestaltung von Gesundheitsversorgung wurde in England bereits vor 40 Jahren etabliert (in Deutschland erst

2004). Die 1974 eingerichteten »Community Health Councils« hatten die Funktion, das Bevölkerungsinteresse im NHS-Gesundheitswesen zu repräsentieren. Sie überwachten und evaluierten sämtliche lokalen NHS-Dienstleistungen und Leistungsanbieter aus Nutzer-/Versichertensicht und mussten bei wichtigen Veränderungen der angebotenen Gesundheitsdienste konsultiert werden. Sie hatten außerdem die Funktion, Patienten bei Beschwerden zu unterstützen und die lokale Bevölkerung zu informieren. Die Mitglieder setzten sich in gleichen Teilen zusammen aus Lokalpolitikern, Vertretern der lokalen Zivilgesellschaft (des dritten Sektors) und Regierungs-Vertretern. Weitere nicht-stimmfähige Mitglieder konnten einbezogen werden.

Während in Wales diese partizipative Organisationsform bis heute weiter existiert, wurde sie in England unter Labour 2003 abgeschafft, ohne vorhergehende politische Debatte oder Erklärung und ohne Zustimmung der NHS-Mitglieder und -Beschäftigten sowie der Bevölkerung.

Durch die »Health and Social Care Bill« der Labor-Regierung wurde 2001 Patienten- und Bürgerbeteiligung gesetzlich neu geregelt: Der NHS hatte weiterhin die Pflicht, die Öffentlichkeit einzubinden; als neue Institution,

»to create opportunities for patients and the public to influence health services« waren 570 sogenannte »Public and Patient Involvement Forums« vorgesehen. Im Zeitraum 2004-2008 wurde versucht, solche »Involvement Foren« bei jedem NHS-Trust (Primary Care Trust, Ambulance service trust, Mental health service trust und Hospital-Trust) verpflichtend anzusiedeln. Sie sollten zusammengesetzt sein aus jeweils 7-15 ehrenamtlichen Mitgliedern, rekrutiert aus Bürgern der Mehrheitsbevölkerung, von Minoritäten sowie aus organisierten und unorganisierten Patienten. Sie sollten mit weitreichenden Rechten des Zugangs zu Einrichtungen und Informationen ausgestattet werden und z.B. Patientenbeschwerden mit den lokalen Trusts aushandeln. Zeitgleich sollten »Commission for Patient and Public Involvement in Health« (CPPIH) etabliert werden, um die »Involvement Forums« zu gründen und zu unterstützen. Aus budgetären Gründen wurden diese Foren jedoch nie wirklich implementiert und deshalb 2008 ersetzt durch sogenannte »Local Involvement Networks (LINKs)«, welche – obwohl ähnlich zusammengesetzt – mit deutlich geringeren Beteiligungsmöglichkeiten sowie deutlich weniger Kontroll- und Überwachungskompetenzen ausgestattet waren.

»In England wurden kollektive Patienten- und Bürgerbeteiligung bereits in den 70er Jahren institutionell etabliert.«

Bereits am 1. April 1999 war das »National Institute for Health and Clinical Excellence« (NICE) gegründet worden mit dem Ziel der Sicherstellung des Zugangs zu medizinischen Behandlungen und qualitativ hochwertiger Betreuung durch den NHS. Die Rolle des NICE im Kontext der Patienten- und Bürgerbeteiligung wurde im »Public Health White Paper« von 2004 festgelegt (»Choosing Health: making healthier choices easier«). Die Rechte, welche Patienten im NICE haben, wurden nicht gesetzlich festgelegt, das »Patient and Public Involvement Programm« (PIIP) regelt die Zusammenarbeit von NICE mit Patienten und Laien.⁴

NICE bindet Interessenvertreter, Patienten und die Öffentlichkeit in die Auswahl der Themen und in den Entwicklungsprozess der Richtlinien und Standards ein; die Ermittlung von Themen ist nicht auftragsbezogen. Patienten und Bürger müssen verpflichtend in die Entscheidungsprozesse eingebunden werden, dies wird in den Protokollen und Berichten des NICE dokumentiert. Das NICE hat zudem die Pflicht, darüber zu berichten, in welcher Art und Weise Patienten einen Einfluss auf deren Entscheidungen haben und muss eine Nicht-Berücksichtigung der Patientenempfehlungen begründen.

Patienten werden durch Laienvertreter oder themenspezifisch von nationalen Organisationen vertreten, ihre Rekrutierung findet über öffentliche Ausschreibungen statt. Nationale Patientenorganisationen oder gemeinnützige Organisationen können sich als Interessenvertreter für einzelne Themen registrieren lassen. Durch die Einführung eines Verhaltenskodex (»code of practice«) und von Interessenserklärungen (»declarations of interest«) sind Maßnahmen zur Herstellung von Transparenz der Patientenbeteiligung umgesetzt worden.

Entsprechend der Aufgaben des NICE (Wissensvermittlung und Beratung) haben Patientenvertreter verschiedene Einsatzbereiche:

- in Beratungskomitees (*advisory committees*)
- in Leitlinienkomitees (*guide-*

line development committees)

- im *Citizens Council*.

Um sich als Patient in die Arbeit des NICE einzubringen, muss man nicht Mitglied einer Patientenorganisation sein. Dennoch ist persönliche Erfahrung nötig, um die Perspektive der Patienten ausreichend einnehmen zu können, denn Aufgabe der Patientenvertreter ist es, von ihrer bzw. den Erfahrungen der Patienten, die sie vertreten, zu berichten. Patientenvertreter engagieren sich ehrenamtlich, erhalten aber Sitzungsgelder sowie Reise- und Verpflegungskosten. Einige Patientenorganisationen bezahlen ihre Patientenvertreter auch von sich aus. Das »Patient and Public Involvement Programme« (PIIP) stellt den Patientenvertretern im NICE ständige Unterstützung während deren Zeit im Komitee zur Verfügung. Alle Laien, die mit der NICE zusammen arbeiten, erhalten eine Einführungsschulung. Darüber hinaus werden Spezialschulungen angeboten, die auf die Patientenvertreter zugeschnitten sind. Dafür sind entsprechende finanzielle Ressourcen notwendig, die Ausgaben für die Vertreter werden jedes Quartal auf der Webseite von NICE veröffentlicht.

Seit April 2013 wurde der Name »Patient and Public Involvement Programme« (PIIP) geändert in »Public Involvement Programme« (PIP) weil NICE gemäß dem »Health and Social Care Act 2012« sein Aufgabefeld ausgeweitet hat in Richtung zusätzlicher Entwicklung von Leitlinien und Qualitätsstandards für »Social Care«, so dass der Patientenbegriff allein nicht mehr zutreffend ist.

Die Aufgabe von NICE ist es, sog. Kern- und Entwicklungsstandards für sämtliche stationären und ambulanten NHS-Trusts vorzugeben. »Kernstandards« sind Zulassungsstandards und müssen erfüllt werden. Bzgl. Entwicklungsstandards müssen die Trusts der Healthcare-Commission gegenüber nachweisen, in welcher Form sie an deren Umsetzung arbeiten (»as part of their review criteria«).

Es gibt vier Arten von NICE-Bewertungen (»guidance«):

- **Technologie-Beurteilungen**

sind verbindlich umzusetzen: Innerhalb von drei Monaten nach positiver Bewertung muss die neue Technologie – bei gegebener medizinischer Indikation – jedem Patienten durch den NHS zugänglich gemacht werden.

- **Prozeduren-Bewertungen** sind ebenfalls verbindlich. Die sichere Implementierung neuer Prozeduren umfasst die umfängliche Information der Ärzte hinsichtlich möglichem Nutzen /Schaden neuer Prozeduren als Voraussetzung dafür, dass individuelle Patienten informierte Behandlungsentscheidungen treffen können.
- Durch NICE empfohlene **Klinische Leitlinien** haben den Status von Entwicklungsstandards: »Patients [should] receive effective treatment and care that: conform to nationally agreed best practice, particularly as defined in National Service Frameworks, NICE guidance, national plans and agreed national guidance on service delivery.«
- **Public Health-Empfehlungen** gelten ebenfalls als Entwicklungsstandards: »Health care organisations [should] implement effective programmes to improve health and reduce health inequalities, conforming to nationally agreed best practice, particularly as defined in NICE guidance and agreed national guidance on public health.«

Inhalt und Verbindlichkeit der Standards können von Versicherten und Patienten bei NICE erfragt werden (elektronisch oder telefonisch).⁵ Durch die jüngsten Gesundheitsreformen, die eine Dezentralisierung im NHS vorsehen, werden Budget- und Rationierungsentscheidungen zunehmend in die Zuständigkeit lokaler Leistungsanbieter wie der »Primary Care Trusts« und »Clinical Commissioning Groups« (CCGs) überführt. Patientenorganisationen haben den Begriff »post-code-lottery« geprägt, weil es

»NICE bindet Interessenvertreter, Patienten und die Öffentlichkeit in die Auswahl der Themen und in den Entwicklungsprozess der Richtlinien und Standards ein.«



Patientin Nr. 1



Dieses unauffällige Haus in London ist der Sitz einer wichtigen Lobbyorganisation, die bei der Privatisierung des NHS mitmisch.

von der Ausstattung der lokalen CCGs und damit vom Wohnort der Patienten abhängen kann, welche Leistungen von ihnen in Anspruch genommen werden können.

Was können Patienten tun, wenn sie Behandlungen nicht bzw. nicht zum vom NICE empfohlenen Standard im Rahmen des NHS erhalten?

Verschiedene Beschwerde-Instanzen sind vorgesehen, über ihre praktische Bedeutung und Funktion unter den derzeitigen politischen Bedingungen kann keine Einschätzung abgegeben werden.

Als erste Maßnahme wird Patienten/Versicherten die Vor-Ort-Beschwerde beim jeweiligen Leistungserbringer/Krankenhaus empfohlen. Ein 2003 eingeführter sogenannter »Patient Advice and Liaison Service« (PALS), angesiedelt beim lokalen NHS-Krankenhaus- oder Primary Care-

Trust (PCT), soll Patienten bei der Beschwerdeführung unterstützen. Rekrutiert werden die PALS-Mitarbeiter meist aus erfahrenem NHS-Personal aus den Bereichen Management oder Nursing. Darüber hinaus hat ein lokaler »Independent Complaints Advocacy Service« (ICAS) seit 2003 die gesetzliche Aufgabe, sowohl Patienten als auch Angehörige bei Beschwerden hinsichtlich unzureichender NHS-Versorgung zu unterstützen. Sie werden von unabhängigen Organisationen angeboten, die vom Gesundheitsministerium beauftragt und finanziert werden. Sind schließlich sämtliche formale Beschwerdestellen gegenüber dem lokalen Trust ausgeschöpft, kann die »Care Quality Commission« in die Beschwerdeaufnahme einbezogen werden bzw. – bei ausbleibender Lösung – die Beschwerde ultimativ dem *NHS-Ombudsman* vorgelegt werden. Darüber hinaus kann auch NICE über Beschwerden informiert werden, wobei das Institut jedoch individuellen Beschwerden nicht nachgeht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass über die Jahrzehnte ein schrittweiser Abbau institutionalisierter kollektiver Beteiligungsmacht von Bürgern und Patienten im englischen Gesundheitssystem erfolgt ist (vom »Community Health Council« über »Patient and Public Involvement Forum« und »Local-Involvement Networks«). Aktuell wurde dieser Abbau im Rahmen der NHS-Reform 2012 komplettiert durch die Einführung einer neuen Vertretungsform namens »Healthwatch«. Ganz der marktwirtschaftlichen Logik folgend, in der Patienten zunehmend zu Kunden im Gesundheitsmarkt gemacht werden sollen, wurde mit Healthwatch eine klassische Verbraucherschutzorganisation implementiert, die Interessenvertretung (»advocacy«) für »Healthcare-User« gewährleisten soll: »We are the national consumer champion in health and care«. Sie ist nicht paritätisch auch mit Bürgern und Patienten besetzt, sondern besteht aus elf Gesundheits-Fachexperten. Healthwatch versteht sich als unbestechlicher Garant für eine objektive Bestandsaufnahme, »of

what works and what doesn't, regardless of where in England, who pays the bill or what part of the health and care system is involved«.

Healthwatch ist verpflichtet, seine Erkenntnisse jährlich durch einen Report dem Parlament mitzuteilen, der erste Bericht erfolgte für das Jahr 2012-2013.⁷ Er ist öffentlich zugänglich und lieferte Hinweise auf schwerwiegende Defizite in Pflege und medizinischer Versorgung.⁸

Durch den »Health and Social Care Act« (2012) werden die Verantwortlichkeiten zwischen Healthwatch, dem Gesundheitsministerium, der 2009 gegründeten »Care Quality Commission« (diese als Zusammenfassung und Nachfolgerin für die bisherigen Healthcare Commission, Commission for Social Care Inspection und Mental Health Act Commission und damit oberste Monitor-Behörde für sämtliche Gesundheits- und Sozialversorgung in England) sowie zu den lokalen Gesundheitsbehörden festgelegt. Die reale Bedeutung dieses Instruments für das englische Gesundheitssystem ist derzeit noch nicht abschätzbar, als unbestritten gilt, dass Healthwatch aktuell unterfinanziert ist und über wenig echte Durchsetzungsinstrumente verfügt.

Es bleibt zudem fraglich, inwieweit die aktuellen politischen Umwälzungen des NHS in Richtung eines wachsenden Anteils privatwirtschaftlich angebotener Gesundheitsleistungen die oben beschriebenen Überbleibsel von Bürger- und Versichertenbeteiligung in England nicht vollends konterkarieren, weil ihre Einflussmöglichkeiten auf die NHS-Versorgung zugeschnitten sind.

Vor diesem Hintergrund kommt möglicherweise den seit längerem ergänzend durchgeführten, standardisierten Patientenbefragungen als Instrumentarium der Gesundheitsberichterstattung und des institutionalisierten Patienten-Feedbacks besondere Bedeutung zu. Diese periodisch durchgeführten, national standardisierten Erhebungen von Patientenerfahrungen (Patient surveys), deren Ergebnisse transparent veröffentlicht werden,⁹

»Über die Jahrzehnte ist ein schrittweiser Abbau institutionalisierter kollektiver Beteiligungsmacht von Bürgern und Patienten erfolgt.«

sind nicht auf NHS-Behandlungen beschränkt und stehen unter Aufsicht der »Care Quality Commission«, d.h. der zentralen Monitoring-Institution. Sie stellen nicht nur ein wichtiges Steuerungsinstrument dar, sondern könnten, neben ihrer Funktion als wichtige Ressource für individuelle Wahlentscheidungen, potentiell auch zu einer kollektiven Einflussnahme durch Nutzer werden.

Nicht unterbewertet werden sollten Vertretungsansprüche selbst-organisierter Patientenkollektive (Selbsthilfegruppen und -organisationen). Sie spielten bereits ab den 70er Jahren in England eine Rolle und nahmen zunehmend als »pressure groups« – im Sinne von Nutzerbeteiligung – politisch Einfluss (»Nothing about us without us«). Behinderten-Organisationen bildeten z.B. strategische Allianzen mit Senioren-Organisationen und gewannen politischen Einfluss, indem sie unter der gemeinsamen Parole »Housing for All« Einfluss auf die Bau-Gesetzgebung der Labour-Regierung nahmen.

Auch NICE weist in seinen Bevölkerungs-Informationen auf die gesundheitspolitische Bedeutung

von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen im Zusammenhang mit der Durchsetzung von Leistungsansprüchen hin: »Many patient organisations are experienced in campaigning for patients to have access to treatment recommended by NICE, and they can provide you with further information and support.«

Im Rahmen der London-Reise von uns befragte Patienten, Gewerkschaften und NHS-AktivistInnen setzten oftmals ihre Hoffnungen, den NHS und seine demokratischen Teilnehmungsformen noch »retten« zu können in einen Wahlsieg der Labour-Partei in 2015. Dazu ist anzumerken, dass der grundsätzliche Kurswechsel von kollektiven politischen Teilnehmungsrechten hin zu Orientierung auf Kundensouveränität, dies alles im Zusammenhang mit einer Rhetorik von mehr »Choice« und individueller Entscheidungsbeteiligung für Bürger und Patienten in einem durch Wettbewerb zwischen den Anbietern gekennzeichneten und nach privatwirtschaftlichen Prinzipien gesteuerten Gesundheitssystem gerade durch New Labour in Gang gesetzt wurde.

Weitere verwendete Literatur

- Busse R et al (2011): »Health Systems in Transition (England) – Health system review« www.euro.who.int/
- Forster/ Kranich (2007): »Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitssystem – jüngste politische Initiativen in England und Deutschland im Vergleich«, Gesundheitswesen 2007; 69: 98 – 104, Stuttgart/New York
- Prognos Bericht (2011): »Patienten- und Bürgerbeteiligung in Gesundheitssystemen – Gute Praxis in ausgewählten Gesundheitssystemen«, www.prognos.com
- Lippeck M (2004): »Das britische Gesundheitswesen – National Health Service (NHS) in England«, London Office Konrad Adenauer Foundation, www.kas.de/

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

- 1 www.patient.co.uk/decision-aids
- 2 BMA 2012: »Risk: Whats your perspective? – A guide for healthcare professionals«. (Vorläufer 1987: »Living with risk«)
- 3 www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx
- 4 www.nice.org.uk
- 5 www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/AccessingTreatmentRecommended-ByNICEinEngland.pdf
- 6 www.healthwatch.co.uk/
- 7 www.healthwatch.co.uk/sites/default/files/full-report-2012-13_0.pdf
- 8 Presseerklärung Oktober 2013: www.healthwatch.co.uk/sites/default/files/20131009-press-release_0.pdf
- 9 www.hscic.gov.uk/proms



Sonderausgabe von Gesundheit braucht Politik

Gesundheitswesen in Griechenland und die Auswirkungen der Austeritätspolitik

Seit zwei Jahren beschäftigt der vdä sich intensiv mit den Folgen der Austeritätspolitik für das Gesundheitssystem in Griechenland. Mit diesem Heft werden wir die gesammelten Informationen einem breiteren Publikum darstellen und auch andere Stimmen zu Wort kommen lassen. Ziel ist es die Politik der Troika/BRD-Regierung als mögliche Blaupause für zukünftige Konflikte kritisch zu hinterfragen und Solidarität mit widerständigen Strukturen zu fördern.

Angefragte Beiträge sind u.a.:

- Karl Heinz Roth: Die griechische Tragödie und die Krise Europas Ursachen und Verlauf der Wirtschaftskrise in Griechenland
- Katerina Notopoulou (Solidarischen Klinik Thessaloniki): Beschreibung der Struktur und der Probleme des griechischen Gesundheitswesens vor der Krise
- Ausschnitte aus bzw. Zusammenfassung von dem Buch: Sparprogramme töten, von David Stuckler und Sanjay Basu (theoretische

Darstellung von unterschiedlichen Krisenbewältigungsstrategien Griechenland vs. Island)

- so wie eine Rezension des Buchs von Wulf Dietrich
- Beschreibung der Umsetzung der Austeritätspolitik im griechischen Gesundheitswesen und die Folgen – Zusammenfassung von Materialien aus Lancet
- Alexis Benos (Universität Thessaloniki): Durchsetzung und Auswirkungen der Austeritätspolitik auf das Gesundheitswesen in Griechenland (angefragt)
- NN: Versorgung psychisch Kranker in Griechenland
- Harald Weinberg (LINKE): Darstellung der spezifischen Rolle der Bundesregierung bei der Zerstörung und Umgestaltung des griechischen Gesundheitswesens
- Interview mit Vasilis Tsapas (Arzt in KIA Thessaloniki): Solidarische Praxen als mobilisierende Widerstandsform – Darstellung

des Konzeptes der solidarischen Kliniken und ihrer materiellen Grundlagen

- Nadja Rakowitz: Bericht von zwei Delegationsreisen (2013 und 2014)
- Chrissa Wilkens (Journalistin, Athen / Chania): Die Lage der Flüchtlinge in Griechenland
- Bernhard Winter: Eindrücke aus einem Polizeigefängnis in Piraeus
- Möglichkeiten der Solidarität in der BRD
- Übersetzungen von drei Liedern von Pavlos Fissas (»Killah P«), des von Mitgliedern der faschistischen Partei Chrysi Avgi (Goldene Morgenröte) ermordeten Rappers

Das Heft soll über die ärztlichen Kreise und über den vdä hinaus verbreitet werden. Über Unterstützung bei diesem Anliegen freuen wir uns.

Zu beziehen ist es über die Geschäftsstelle des vdä: info@vdäae.de



*Türschild des Adam Smith Instituts,
eines wichtigen Thinktanks*

Die Aufklärerin

Bernhard Winter* über einen lobbykritischen Stadtrundgang durch London

Es gehört zur Tradition von *vdää on tour*, einen themenspezifischen Stadtrundgang zu machen. Diesmal waren wir auf der Spur der Lobbyisten, die das NHS privatisieren wollen.

Wir treffen Tamasin Cave von der lobbykritischen Organisation *spinwatch* (www.spinwatch.uk) an der bekannten Plastik von Henry Moore »Knife Edge – Two Piece«, das auf einem Rasenstück gegenüber dem englischen Parlament aufgestellt ist. Dieses Kunstwerk ist häufig im TV als Hintergrund für die Berichterstattung über Großbritannien zu sehen. Moore hat es der – wie er sich ausdrückte – »nation« geschenkt. In den nächsten zwei Stunden werden wir lernen, wie der englische Staat heute Konzerne beschenkt; dies allerdings möglichst im Verborgenen – eine öffentliche Zurschaustellung ist da eher nicht gefragt.

Es ist der erste Stadtrundgang von Tamasin zu den Themen Lobbying im britischen Gesundheitssektor und Profiteure der Privatisierungspolitik. Weitere Führungen mit Gewerkschaftsgruppen sollen folgen.

Unscheinbar wirken die Häuser in der unweit von Westminster Abbey gelegenen Lord North Street. Man kennt sich in den inneren Zirkeln der Macht, da benötigt man keine großen Hinweisschilder auf Firmen, Kanzleien oder Wirtschaftsverbände. Diese würden die Gедiegenheit dieses Viertels nur stören. Gleich zu Anfang der kurzen Straße residiert in einem der drei- bis vierstöckigen Häuser das *Institute of Economic Affairs* (IEA). 1955 wurde das Institut gegründet, um den freien Markt und die damit verbundenen Freiheiten zu propagieren. Margaret Thatcher hielt das IEA retrospektiv für unverzichtbar, um ihre Ziele durchzusetzen, was die Bedeutung solcher Think-tanks für neoliberale Politikkonzepte unterstreicht. Heute wird vom IEA vehement für Privatisierung gefochten, das Gesundheitswesen ist dabei eines der Topthemen. Der NHS wird dann schnell auch

einmal zu einem »stalinistischen« Projekt, dessen Abschaffung betrieben werden müsse. Als augenscheinlicher Interessensvertreter der Tabakkonzerne, der Lebensmittelindustrie oder auch von Großdestillieren und -brauereien hat man seit Jahrzehnten ein gespanntes Verhältnis zu Public Health Forschern. Diese werden dann auch von Chris Snowdon, dem Lifestyle-Ökonomen des Instituts, als Eiferer und Extremisten titulierte. In wessen Namen er sich so in die Auseinandersetzung stürzt, bleibt allerdings unklar; seit der Gründung dieses Instituts vor ca. 60 Jahren vermeidet es, der Öffentlichkeit seine Finanziers darzulegen. Dieses am IEA dargestellte Konzept einer lautstarken intellektuellen Kampftruppe, die sich jeglicher Transparenz verweigert, kann als Blaupause für etliche andere Lobbyorganisationen, denen wir während des Rundganges begegnen, angesehen werden.

Aber Margaret Thatcher benötigte für die Auseinandersetzungen mit den Gewerkschaften und großen Teilen der englischen Gesellschaft in den 1970er und 80er Jahren ein Institut, das stärker auf die Bedürfnisse der damals aktuellen Auseinandersetzungen zugeschnitten war. Das sollte sie bekommen. Mit einem Parteifreund wurde 1974 das *Centre for Policy Studies* gegründet. Diese Hardcore-Truppe hält heute die Zerschlagung des NHS für erforderlich, da ansonsten die weitere Existenz Großbritanniens gefährdet sei. Hier werden die Ziele formuliert, die die Regierungspolitik mitgestalten, aber die Regierung aus taktischen Gründen nicht offen darlegen will. In diesem Zentrum werden Ideen entwickelt, wie das staatliche Gesundheitswesen auf ein versicherungs-basiertes System mit zunehmendem Einfluss der Privatwirtschaft umzustellen sei. Ein stetiger personeller Austausch zwischen dem Zentrum und den Tory-Regierungen sorgt dafür, dass seine Vorstellungen auf der Regierungsbank präsent sind. Es ist müßig zu erwähnen, dass auch die Geldgeber dieses Zentrums nicht bekannt sind.

Ganz anders generiert sich der Thinktank *»Reform«*, der sein Domizil wenige Straßen weiter gefunden hat. Hier legt man großen Wert auf parteipolitische Unabhängigkeit und bekennt sich ausnahmsweise offen zu seinen Sponsoren aus der Privatwirtschaft. Gelder werden dabei von Versicherungskonzernen, Banken (u.a. citi group), privaten Krankenhausbetreibern (u.a. Capita) sowie Pharmakonzernen (u.a. Aviva, GlaxoSmithKline, MSD) gerne entgegengenommen. Natürlich hätten die Sponsoren keinen inhaltlichen Einfluss auf die erstellten Studien, somit sei auch bei den Forschungsvorhaben die Unabhängigkeit gewahrt. *»Reform«* versucht auf den Feldern Gesundheits- und Sozialwesens die offizielle Politik mit der Privatwirtschaft mit dem Ziel zu verlinken, den Einfluss des Staates zurückzudrängen und neue Geschäftsfelder für Konzerne zu öffnen. Diese Vernetzung gelingt auch personell sehr gut: Der ehe-

malige stellvertretende Direktor dieser Denkfabrik ist heute Berater von Premier Cameron in Fragen des Gesundheits- und Sozialwesens. Vor seiner Tätigkeit bei *»Reform«* war er bei der Krankenhauskette Circle für die Öffentlichkeitsarbeit zuständig. Circle hat das erste NHS-Krankenhaus privatisiert. Dabei versucht *»Reform«* seit zehn Jahren bereits den Briten die sehr unpopuläre Privatisierung des Gesundheitswesens schmackhaft zu machen. Die Publikationen und Veranstaltungen des Thinktank zielen darauf ab, generell Zweifel an der Leistungsfähigkeit des NHS zu streuen und andererseits die bessere Leistungsfähigkeit eines privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesens gegenüber der Gesellschaft und den politisch Verantwortlichen darzustellen. Unterstützt wird er dabei von einer Gruppe, die sich *»Doctors for Reform«* nennt und angeblich tausend im Gesundheitswesen Arbeitende repräsentiert, die sich für eine weitere Privatisierung einsetzen. Bezeichnenderweise wird sie angeführt von einem Allgemeinmediziner, der auf Schönheitsoperationen spezialisiert ist.

Dieses Netzwerk von Pressure-Groups wird ergänzt durch die Freiheitskämpfer (sie nennen sich tatsächlich *freedom fighters*) des *Adam Smith Instituts*. Ähnlich ausgerichtet wie das IEA ist es verbunden mit *»Nurses for Reform«* (NfR). Während Adam Smith das Marktgeschehen als Handlung einer *»unsichtbaren Hand«* beschreibt, bleibt bei NfR die vorgebliche Basisorganisation von Krankenschwestern, die für eine Privatisierung einstehen, hinter der Frontfrau und Lobbyistin Helen Evans unsichtbar – ganz offensichtlich ein Fake.

Mit *Policy Exchange*, einer weiteren mit den Tories eng verwobenen Denkfabrik, wenden wir uns im Geschäftsviertel um die Victoriastreet vom Feld der ideologischen Auseinandersetzungen mehr den Konzepten der Profitmaximierung und dem Lenken der Kapitalströme zu. Wir erfahren, in welchem Umfang bereits Leistungen des NHS an private Konzerne vergeben wurden.

Diese erweisen sich als durchaus dankbar. So hat der Konzern Capita, der besonders von dem Outsourcing des NHS profitierte, den Tories in einem Zeitraum von zehn Jahren 1,5 Millionen GBP (ca. 1,87 Millionen Euro) gespendet.

Ganz sinnbildlich wird das Ineinandergreifen von entstaatlichten Strukturen, Privatindustrie und den dazugehörigen Lobbykonzernen am Ende der Führung. Das schmucklose funktionale Geschäftshochhaus Southside, 105 Victoria St., beherbergt unter seinem Dach neben dem Verband der britischen pharmazeutischen Industrie (ABPI) und dem Lobbykonzern Edelman das neugeschaffene NHS England (siehe Beitrag S. 6ff.), sowie die *NHS Trust Development Authority*, die für die Umwandlung der Krankenhäuser in unabhängige Gesellschaften verantwortlich ist. Mitgliedsfirmen von ABPI haben einen Marktanteil

**»Unterstützt wird er von
»Doctors for Reform«, die
angeblich tausend im
Gesundheitswesen Arbeitende
repräsentieren und sich
für eine weitere Privatisierung
einsetzen.«**



*Unsere Stadtführerin
Tamasin Cave und
Bernhard Winter*

»Wir erfahren, in welchem Umfang bereits Leistungen des NHS an private Konzerne vergeben wurden.«

von 80 Prozent an den Arzneimittelausgaben von NHS England. Durch die Ausgliederung in eigenständige Gesellschaften werden jene Krankenhäuser kenntlich gemacht, die rote Zahlen schreiben. Bei deren Privatisierung könnte wiederum der ebenfalls in Southside ansässige Lobbygigant Edelman hilfreich sein. Er setzte weltweit im Jahr 2013 448 Mio. GBP um, davon gut 1/8 im Gesundheitssektor. Allein in Großbritannien hat Edelman 65 Mitarbeiter, die ausschließlich PR und Lobbying im Bereich des Gesundheitswesens betreiben. Seine Kunden sind Versicherungskonzerne, die pharmazeutische

Industrie und natürlich private Krankenhausgesellschaften. Noch eine letzte bezeichnende Personalie sei angeführt. Chef von NHS England ist Simon Stevens, der Tony Blair als Berater für das Gesundheitswesen zuarbeitete. Anschließend wechselte er als Vize-Präsident zu United Health, einem der größten Versicherer in den USA. United Health wiederum hat unter dem Firmennamen Optum Verträge mit dem NHS abgeschlossen und will seine Geschäfte in Großbritannien ausweiten...

Nach diesen Schilderungen einer scheinbar undurchdringlichen Verflechtung von privater und politischer Macht, die in diesem Beitrag nur ansatzweise dargestellt

wurde, merke ich, wie sich in mir ein großes Gefühl der Hilflosigkeit breitmacht. Wie schafft es Tamasin bei diesen Schilderungen zu lächeln und cool zu bleiben. Sie erklärt es mit ihrer Überzeugung, dass eine Darstellung dieser Netzwerke in der Öffentlichkeit ihnen einen großen Teil ihrer Macht nimmt. Ob dieses Konzept trägt?

** Bernhard Winter ist Gastroenterologe in Offenbach.*

Lesehinweis: Im März 2014 erschien das Buch von Tamasin Cave and Andy Rowell: »A Quiet Word: Lobbying, Crony Capitalism and Broken Politics in Britain«



Eingang zum Institute of Economic Affairs, das Margaret Thatcher für unverzichtbar hielt, um ihre Ziele durchzusetzen

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser* über Medical Justice in London

Medical Justice (MJ) wurde nach einem Hungerstreik von Flüchtlingen in England 2005 als NGO von Ärzten, Psychologen und Hebammen gegründet. Insgesamt gibt es vier hauptamtliche Mitarbeiter und 45 freiwillige. Eine der Hauptamtlichen, Theresa Schleicher, hat uns die Arbeit von MJ und die Situation der Flüchtlinge in England vorgestellt. MJ wird aus Spendengeldern und Stiftungen finanziert. Sie haben ihren Hauptsitz in London und jeweils Anlaufstellen in der Nähe von den elf *Immigration Removal Centers* (IRCs)

Die Situation der Flüchtlinge in England

Derzeit gibt es jährlich knapp 30 000 Asylanträge in England. Zum Vergleich: In Deutschland waren es 2013 109 580. Da England als Insel keine Außengrenzen hat, ist es für Flüchtlinge äußerst schwierig, nach England zu kommen. Flüchtlinge kommen vorwiegend mit dem Flugzeug, wenige über Drittländer wie Italien, Griechenland und Frankreich. Außerdem gibt es welche, die nach Ablauf des Visums nicht in ihre Heimatländer zurück wollen oder können und dann zu »Illegalen« werden.

Asylsuchende, Menschen, deren Visa abgelaufen ist, Menschen ohne Papiere, »Fast track«-Fälle (bei denen klar ist, dass sie sofort wieder abgeschoben werden) und andere Flüchtlinge werden in England in den elf IRCs untergebracht, die wie Gefängnisse ausgestattet sind und auch so geführt werden. Sieben von diesen elf IRCs werden von privaten Betreibern geführt, übrigens dieselben Firmen, die auch in den USA oder Australien tätig sind. In den IRCs gibt es teilweise Arbeit für die Einsitzenden. Allen aufgenommenen Flüchtlinge werden bei Aufnahme die Handys abgenommen, sodass sie erst keinen Kontakt nach außen haben. Die Handys werden auch deshalb abgenommen, dass keine Bilder gemacht werden können, die nach Außen gelangen könnten. Später können sich die Flüchtlinge wieder ein Handy ohne Kamera kaufen.

In der Tabelle sind die 11 IRCs mit dem Eröffnungsjahr und der Anzahl von einsitzenden Flüchtlingen für 2013 dargestellt.

In der Grafik wird die Zunahme der in den IRCs einsitzenden Flüchtlinge von 1975-2013 dargestellt.

Nach EU-Recht dürfen Flüchtlinge maximal sechs Monate in diesen IRCs untergebracht werden. Dagegen wird aber immer wieder verstoßen. Ein Flüchtling saß neun Jahre ein. Zurzeit ist der Flüchtling, der am längsten einsitzt, drei Jahre und elf Monate inhaftiert. Es werden auch Flüchtlinge in Isolationszellen untergebracht. In der Regel sind das Flüchtlinge, die sich gegen etwas auflehnen. In der Nähe vom Flughafen Gatwick gibt es ein IRC für Familien, wo auch Kinder untergebracht sind. 40 Prozent der Flüchtlinge kommen wieder frei. Der Rest wird abgeschoben.

Grundsätzlich haben alle einsitzenden Flüchtlinge Zugang zum Gesundheitswesen über den NHS, das heißt, dass für das IRC ein General Practitioner zuständig ist. Medical Justice wird von einsitzenden Flüchtlingen angefordert bei gesundheitlichen Problemen, die sich nicht ausreichend behandelt fühlen. Medical Justice kann nur auf Anfor-

derung eines Flüchtlings in die IRCs gehen.

Mit folgenden Themen tritt Medical Justice an die Öffentlichkeit:

- Kampagne für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung
- Kampagne zur Abschaffung der IRCs
- Kampagne gegen das Einsperren von Flüchtlingen mit z.B. HIV, Folteropfer, Schwangere und anderen Erkrankungen.
- MJ strengt in Einzelfällen Gerichtsverfahren für einsitzende Flüchtlinge an.

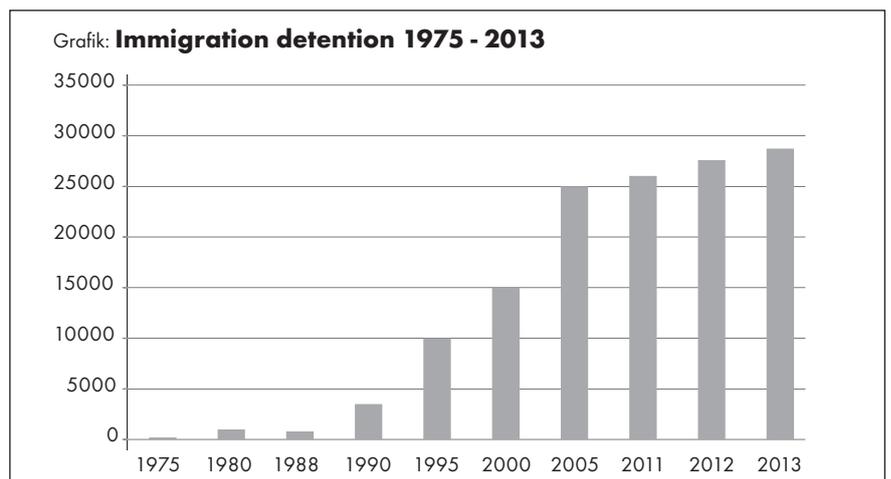
Die Situation für Flüchtlinge in England ist dadurch, dass alle erst in die IRCs eingesperrt werden, insgesamt sehr schlecht, und es ist dadurch für sie äußerst schwierig, zu ihrem Recht auf Asyl zu kommen. Obwohl es deutlich weniger Flüchtlinge sind als in anderen europäischen Ländern, wird von der Regierung diese restriktive Flüchtlingspolitik durchgezogen.

* Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser ist Facharzt für Mikrobiologie u. Infektionsepidemiologie in München

Tabelle: **The »immigration detention estate«**

Name IRC	Location	Opened	Operator	Healthcare	Men	Woman	Families
Brook House	Gatwick	2009	G4S	G4S	426		
Campsfield House	Oxfordshire	1993	GEO	Primicare	216		
Colnbrook	Heathrow	2004	Serco (» Mitie)	Serco	383	small STHF	
Dover	Dover	2002	HM Prison Service	NHS	314		
Dungavel	Nr Glasgow	2001	G4S	G4S	148	14	8, no under 18s
Harmondsworth	Heathrow	2001	GEO (» Mitie)	Med-Co Secure	615		
Haslar	Gosport	1989	HM Prison Service	NHS	160		
Morton Hall	Lincolnshire	2011	HM Prison Service	G4S	392		
Tinsley House	Gatwick	1996	G4S	G4S	150		Yes, incl. under 18s
Yarl's Wood	Nr Bedford	2001	Serco	Serco		405	Yes, no under 18s
The Verne	Weymouth	2013	HM Prison Service	NHS	600		
Cedars (STHF)	Crawley	2011	G4S / Barnardo's	G4S			9, incl. under 18s

Quelle: Medical Justice, seeking basic rights for detainees (Wenn bei Healthcare nicht NHS steht, bedeutet dies, dass auch die medizinische Versorgung privat betrieben wird)



Quelle: Medical Justice, seeking basic rights for detainees



Eindrücke von der Demo
am 1. Mai 2014 in London

Politik ist zu wichtig, um sie Politikern zu überlassen...

Edgar Thimm* über ein Treffen mit Medact¹

»Die Gesundheitsprofessionellen sollen das Anliegen der Gesundheit in vielen verschiedenen gesellschaftlichen Problembereichen thematisieren.«

Am Samstagmorgen konnten wir mit David McCoy im Greystone Center über Medact diskutieren. David McCoy arbeitet – neben einer Lehrtätigkeit an der Londoner Queen Mary's Universität – seit ca. einem Jahr ehrenamtlich als chair of the board (Vorstandsvorsitzender) und Interims-Direktor bei Medact. Die ersten 15 Jahre seiner Berufslaufbahn verbrachte er in Südafrika, wo er als Kliniker und im Aufbau des dortigen Gesundheitswesens tätig war. Anschließend kam er nach London und beschäftigte sich sowohl als Akademiker als auch im NHS mit verschiedenen Aspekten »globa-

ler Gesundheit«. Unter anderen Aktivitäten wirkte er maßgeblich am »*Alternative World Health Report*« des Global Health Watch mit.

Historisch betrachtet hat Medact als Nachfolgeorganisation der *Medical Association for Prevention of War* (MAPW) und der *Medical Campaign Against Nuclear Weapons* (MCANW) mit seiner Gründung im Jahre 1992 seine Wurzeln in der ärztlichen Friedensbewegung – einem Zweig, der auch in England leider zunehmend an öffentlichem Interesse verliert. 80 Prozent der aktuell etwa 900 Mitglieder von Medact sind Ärzte, daneben Pflegekräfte, Sozialarbeiter und vereinzelt Ökonomen und Juristen. In den

vergangenen acht Jahren war es trotz eines zunehmenden Interesses auch jüngerer Leute (das Durchschnittsalter bei Medact beträgt 60 Jahre) zu einem Mitgliederschwund gekommen. Deshalb entstand 2012 der Gedanke, Medact mit einer gut vorbereiteten Kampagne »wiederzubeleben« und zu erneuern. Dabei ging es einerseits darum, die falsche öffentliche Wahrnehmung der Organisation als reine Anti-Atomwaffen-Initiative zu korrigieren, und andererseits die unzeitgemäßen Vereinsstrukturen zu modernisieren.

Ein wichtiger Beitrag dazu stellte v.a. eine Professionalisierung der Internet-Präsentation und die Nutzung der neuen so-

zialen Medien wie Facebook und Twitter dar. Die Öffentlichkeitsarbeit rückte also neben der inhaltlichen Arbeit in der Prioritätensetzung nach vorne – so berichtete David McCoy mit einem lachenden und einem weinenden Auge, welche Lehren er gezogen habe, wenn es um mehr Aufmerksamkeit und das Bekanntmachen von Medact geht. Infoveranstaltungen werden teilweise über die Organisation selbst und nicht mehr nur über Sachthemen veranstaltet. Einmal jährlich im November wird eine eintägige Konferenz abgehalten, 2014 mit dem Thema »inequalities«. Auch wirbt Medact mit sogenannten »Berühmtheiten« – zuletzt dem Herausgeber des Lancet, Dr. Richard Horton, der bei ihrer »Relaunch Conference« auftrat –, um der Organisation sprichwörtlich »ein Gesicht« zu geben. Aller Erfahrung nach sei für die Präsenz in den Medien kurze Beiträge angemessener, selbst wenn dadurch komplexe Inhalte stark vereinfacht dargestellt werden müssten.

Medact firmiert als »Charity«-Organisation, die sich neben Spenden auch zu einem kleineren Teil aus Mitgliedsbeiträgen finanziert. Medact beschäftigt aktuell zwei feste Mitarbeiter. Der Fokus der Arbeit liegt immer auf der Perspektive der Gesundheitsexperten und deckt ein breites internationales Spektrum an Themen ab. Die primäre Zielgruppe, um die es Medact geht, sind die Gesundheitsprofessionellen. Diese will man gewinnen, damit sie das

Anliegen der Gesundheit in vielen verschiedenen gesellschaftlichen Problembereichen thematisieren und dafür streiten, dass gesundheitliche Ungleichheit abgeschafft bzw. verhindert werde.

Die vier Hauptarbeitsbereiche von Medact sind: Krieg und Waffen (Frieden), Ökologie und Klima, ökonomische Gerechtigkeit sowie Gesundheit und Menschenrechte. Dabei wird eine Zusammenarbeit und strategische Allianzbildung mit anderen NGOs – u.a. Greenpeace, Friends of the Earth oder World Development Movement – gepflegt. Gleichzeitig betonte David McCoy auch, dass Medact durch seine Expertise im Gesundheitsbereich jeweils ganz eigene Schwerpunkte setzen kann und muss. Frei nach dem Motto der Organisation: »Politics is too important to leave it to the politicians.« Er verdeutlichte dies am Beispiel einer Kampagne zur Steuerpolitik, wo es z.B. um die Finanzierung des NHS und die Besteuerung (ungesunder) Nahrungs- oder Genussmittel geht. Zielgruppe sind dabei alle 1,2 Mio. Beschäftigten im NHS, speziell natürlich deren Organe, wie ärztlicherseits die BMA (*British Medical Association*), die Royal Colleges und die Medizinstudierenden.

Medact hat sich für die kommenden Jahre ambitionierte Ziele gesetzt und strebt bis Ende 2015 eine Mitgliederzahl von 3000 an. Zudem soll die Themenarbeit durch mehr festangestelltes Personal – generiert z.B. aus projektgebundenen Finanzmitteln – vertieft werden.

Gegen Ende des Treffens stellte sich David McCoy noch einigen unserer Fragen, die nach zwei Tagen Informationen rund ums NHS geblieben waren. Zusammengefasst sieht er die Zukunft der öffentlichen Gesundheitsfürsorge durch die schon laufenden politischen Reformen als eher düster an: Der NHS sei zerbrochen worden, aktuell würde er kaum noch in seiner ursprünglichen Form existieren. Selbst wenn die Labour-Partei die Wahlen gewinnen sollte, wäre die vorgegebene Richtung zur Privatisierung hin kaum mehr umzukeh-



ren. Zudem hätte die Bevölkerung das Ausmaß der Veränderungen noch nicht erfasst, da sie nur nach und nach greifen würden und subtil geplant seien. Zurzeit herrsche eine Desorganisation bis hin zum Chaos, was die Planung im Gesundheitswesen anbelangt. Die einzelnen Regionen würden sehr ungleich versorgt. Das alte NHS sei ein »fließendes System« gewesen, wo Vieles auf Vertrauensbasis und durch peer review geregelt worden sei. Mit der neuen politischen Ausrichtung drohe eine weitgehende Marktregulierung.

* Edgar Thimm ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Konstanz

Quellen: Gesprächsnotiz, Medact News Dez 2013, www.medact.org

1 Beschäftigte im Gesundheitswesen für eine sicherere, fairere und bessere Welt; siehe: www.medact.org/



David McCoy von MedAct



Haus in Liverpool

Der Arzt im Mittelpunkt...

Bericht vom 117. Deutschen Ärztetag von Wulf Dietrich

Jetzt ist er wieder vorbei, der 117. Deutsche Ärztetag, und wie in jedem Jahr fällt es schwer, darüber zu berichten. Natürlich, es ging ums Geld. Unter dem Obertitel

Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik ging es vier Stunden lang um die neue GOÄ. Sie sei das Alleinstellungsmerkmal des freien Arztes«. Traurig, wenn den Arzt nichts Besseres alleinstellt! Die Diskussion um die GOÄ ist aber auch ein Zeichen der Hybris der deutschen Ärzteschaft: Um 29 Prozent soll der Punktwert steigen, zudem wird ein rückwirkender Inflationsausgleich verlangt. Wer soll es zahlen? Nicht das Problem des Ärztetages.

Dass die Länder alle klamm sind und sicher nicht die Beihilfe um 29 Prozent erhöhen werden, wen kümmert's?

Positiv ist zu vermerken, dass doch inzwischen ein anderer Ton, auch in politischer Hinsicht, auf dem Ärztetag angeschlagen wird: Des verstorbenen Medizinhistorikers Ernst Klee wurde in der Totenehrung gedacht; Professor Gerhard Trabert, der Initiator des Mainzer Modells der gesundheitlichen Versorgung von wohnungslosen Menschen wurde mit der Paracelsus-Medaille geehrt und schließlich stand das Thema medizinische Versorgung in den europäischen Krisengebieten auf der Tagesordnung.

Es gab wenige Konfliktthemen auf diesem Ärztetag. Präsident

Montgomery versuchte den neuen Gesundheitsminister Gröhe in seiner Eingangsansprache mit einigen Themen zu provozieren

1. Beim geplanten Qualitätsinstitut müsse die Ärzteschaft angemessen beteiligt werden: Wir produzieren die Qualität, sie verwalten sie nur. Ohne Ärzte wäre das Institut wie ein Orchester ohne Musiker... – *Wie immer: Der Arzt muss im Mittelpunkt stehen.*
2. Die maximal vier Wochen Wartezeit bis zur Facharztüberweisung, die im Koalitionsvertrag gefordert werden, ließen sich einfach regeln, wenn die Honorierung auf das GOÄ-Niveau angehoben würde. – *Hier also das offene Ein-*

»Diese GOÄ muss als Identitäts- und Alleinstellungsmerkmal des freien Berufs ›Arzt/Ärztin‹ erhalten bleiben, so das Fazit des ÄT.«

geständnis der Ärzteschaft, dass mit Patienten aus Geldgründen unterschiedlich umgegangen wird.

3. In der Krankenhausplanung müssen die Länder endlich ihren Verpflichtungen nachkommen. Zahlten sie früher 10% der Krankenhausaussgaben, so seien es jetzt nur noch 3%. – *Ein richtiger Einwand, wie er auch vom vdää vorgebracht wird.*
4. Ökonomische Anreize führen zu Fehlplanungen im Gesundheitswesen. Deshalb müsse die hundertprozentige Finanzierung der Kliniken über die DRGs aufgegeben werden. – *Hier stimmt Montgomery mit dem Positionspapier des vdää zur Krankenhausfinanzierung überein – sehr gut!*
5. Für die Haftpflichtprämien in der Geburtshilfe forderte er staatliche Absicherung. – *Wenn es ums Zahlen geht, ist der Staat immer gefragt, nur kontrollieren darf er nicht.*
6. Europa dürfe keine Normen für ärztliche Dienstleistungen setzen. – *Sicher ein wichtiger Punkt, der auch uns in der Zukunft beschäftigen könnte. Zudem erhob er die Forderung, dass das geplante TTIP-Abkommen nicht für das Gesundheitswesen gelten dürfe. Hierzu wurde später auch ein entsprechender Antrag von uns verabschiedet.*
7. Auch in der Versorgung von Menschen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus müssen humane Lösungen wie z.B. der anonyme Krankenschein gefunden werden. – *Auch dies eine Forderung, die der vdää unterstützt.*

Minister Gröhe ließ sich von diesem Katalog nicht beeindruckt: Langweilig und sehr nervös spulte er sein vorgegebenes Programm herunter. Eine Initiative gegen die organisierte und gewerbsmäßige Sterbehilfe will er zum Jahresende auf den Weg bringen. Mehr blieb von seiner Rede nicht hängen.

Die Plenumsdiskussionen plätscherten dann auch so dahin. Wir konnten einen sehr guten Antrag zur Finanzierung der Krankenhäuser, der unserem vdää-Papier

entspricht, unterbringen. Aber ein Beschluss des Ärztetages (siehe Homepage des vdää) heißt noch lange nicht, dass diejenigen, die politisch das Sagen haben, diesen auch umsetzen werden. Dass der TOP Prävention aufgenommen wurde, ist zu begrüßen. Dabei aber wurde weniger über Verhältnisprävention (es fiel auch der Ausdruck »Strukturprävention«) als über Verhaltensprävention gesprochen. Und natürlich steht für die Mehrheit der Ärzteschaft auf dem Ärztetag der Arzt oder die Ärztin im Mittelpunkt aller Präventionsbemühungen.

Zum öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und zur Schmerzmedizin wurde wenig Neues berichtet und diskutiert. Beides ist wichtig. Mehr wurde dazu nicht gesagt.

Bei der Diskussion um den Sachstand der Novellierung der Weiterbildungsordnung, der sehr kompetent vom schleswig-holsteinischen Kammerpräsidenten Bartmann vorgetragen wurde, zeigte sich, dass der Weg zu einer kompetenzbasierten Weiterbildung sehr weit ist. Es ist sehr zu begrüßen, dass man weg will von der reinen Aufzählung irgendwelcher Leistungen im Facharztkatalog – wurden die 25 Thoraxnarkosen gemacht und bestätigt? – hin zum Kennen, Können und Beherrschen von medizinischen Tätigkeiten. Also, nicht wie viele Koloskopien hat der Kandidat gemacht, sondern: Kann er koloskopieren?, Das soll die künftige WBO prüfen. Bis zur Umsetzung dieser WBO auf Kammerebene wird es sicher noch bis zum Jahr 2018 dauern. Aber würde diese WBO wirklich umgesetzt, so wäre das eine wahre Revolution in der Ausbildung.

Interessant ist die »harmlose« Satzungsänderung« zur Honorierung des Präsidiums der BÄK: Der Vorstand entscheidet im Einvernehmen mit der Finanzkommission über die Höhe der Bezüge. Ausdrücklich – einer zweiten Lesung zu diesem Punkt wurde nicht zugestimmt – wurde es abgelehnt, dass das Plenum des Ärztetages dieser Regelung zustimmen muss. Die Delegierten des Ärztetages haben also keine Mitbestimmung bei der Höhe der Be-

züge des Präsidiums. Man liegt sicher nicht falsch, wenn man hier gravierende Mängel im Demokratieverständnis vermutet.

Zum Tätigkeitsbericht gab es dann wieder das übliche Potpourri an unterschiedlichsten Themen: Zur gesundheitlichen Versorgung in den Krisenländern hielt Montgomery ein bemerkenswertes Referat (»die Hilfgelder der EU dürften nicht den Banken und Reedern zugute kommen, sondern müssten die Armen und Leidtragenden stützen«) und ein Antrag von uns zu Griechenland (siehe Homepage) wurde fast ohne Gegenstimmen angenommen.

Eine lange Diskussion gab es dann um den Sachstandsbericht zur Zusammenarbeit mit der gematik, wiederum vorgetragen vom Kammerpräsidenten Bartmann. Obwohl in einem 48-seitigem Papier (ist über die BÄK zu beziehen) die Probleme der E-Card und der Stand der Diskussion aufgelistet wurden, war die Ablehnung der E-Card in der Diskussion einhellig. Zugegebenermaßen konnten durch die Teilnahme der Ärzteschaft in der gematik einige Forderungen der Ärzteschaft inzwischen durchgesetzt werden, doch überwogen in der Diskussion die kritischen Fragen nach der Sicherheit dieses Projektes. Leider wurde viel zu wenig über den Nutzen oder besser: angeblichen Nutzen dieses Monster-IT-Projektes gesprochen. Was der Patient schließlich davon haben soll, blieb im Dunklen. Dass sich ein Lipobay Skandal durch die E-Card verhindern ließe – wie angeführt wurde, ist eine gewagte These. Schließlich wurde der zustimmende Vorstandsantrag und ein weitgehend ablehnender Antrag, beide mit großer Mehrheit, angenommen. So läuft die Demokratie.

Zur Frage der medizinischen Versorgung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus wurden einige sehr gute Anträge verabschiedet (siehe Homepage).

Was schließlich bleibt: Es wurden 1,5 Millionen Blatt Papier im Laufe des Ärztetages bedruckt. Ob es sich lohnt hat?

»Der Weg zu einer kompetenzbasierten Weiterbildung ist noch sehr weit.«



Peter Hoffmann auf dem Ärztetag, Bild aus dem DÄB, Heft 23–24, 9. Juni 2014

Jahreshauptversammlung des vdää

7. bis 9. November 2014

im Kölibri, Hein-Köllisch-Platz 11, Hamburg

VORLÄUFIGES PROGRAMM

Freitag, 7.11.

Nachmittags Vorstandssitzung

Abendessen

19:00 Uhr Soziale Determinanten von Gesundheit – Morbiditätsatlas von Hamburg und Alternativen zur gängigen Prävention

Gesundheitspolitisches Forum

Gute Medizin braucht gute Arbeitsbedingungen

Bedarfsplanung und Kooperation der Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Samstag, 8.11.

Vorläufige Themen:

- Aktuelle Gesundheitspolitik – Einschätzung der Vorhaben der Großen Koalition
- Bedarfsplanung – Wie wird der Bedarf für Krankenhäuser geplant? Wie stellen wir uns eine sektorübergreifende Bedarfsplanung vor?
- Kooperation der Gesundheitsberufe: Wie sieht eine gute Kooperation der Gesundheitsberufe aus? Was hindert uns an guter Kooperation?

Mittagspause

- Personalbemessung im Krankenhaus: Wie können wir eine bedarfsgerechte Personalbemessung durchsetzen – über Tarifverträge oder nur durch den Gesetzgeber? Oder braucht es Druck auf allen Ebenen?
- Bedarfsgerechte Versorgung statt wirtschaftliche Erfolgswahlen: Diskussion des vdää-Papiers zur Krankenhausfinanzierung

Abendessen

- Zusammensitzen, Musik und Tanz

Sonntag, 9.11. Vormittag

Mitgliederversammlung des vdää

- Was sind die Schwerpunkte unserer weiteren Arbeit und wie können wir diese öffentlich machen und durchsetzen?

Mittagessen

Um die Tagung kostengünstiger als bisher in Berlin zu halten, haben wir diesmal darauf verzichtet, in eine Bildungsstätte zu gehen. Übernachtungen müssen individuell organisiert werden.

Wir werden ein preisgünstiges Hotel suchen und vorschlagen.

Information

Geschäftsstelle des vdää | Nadja Rakowitz | www.vdaeae.de | www.facebook.com/vdaeae