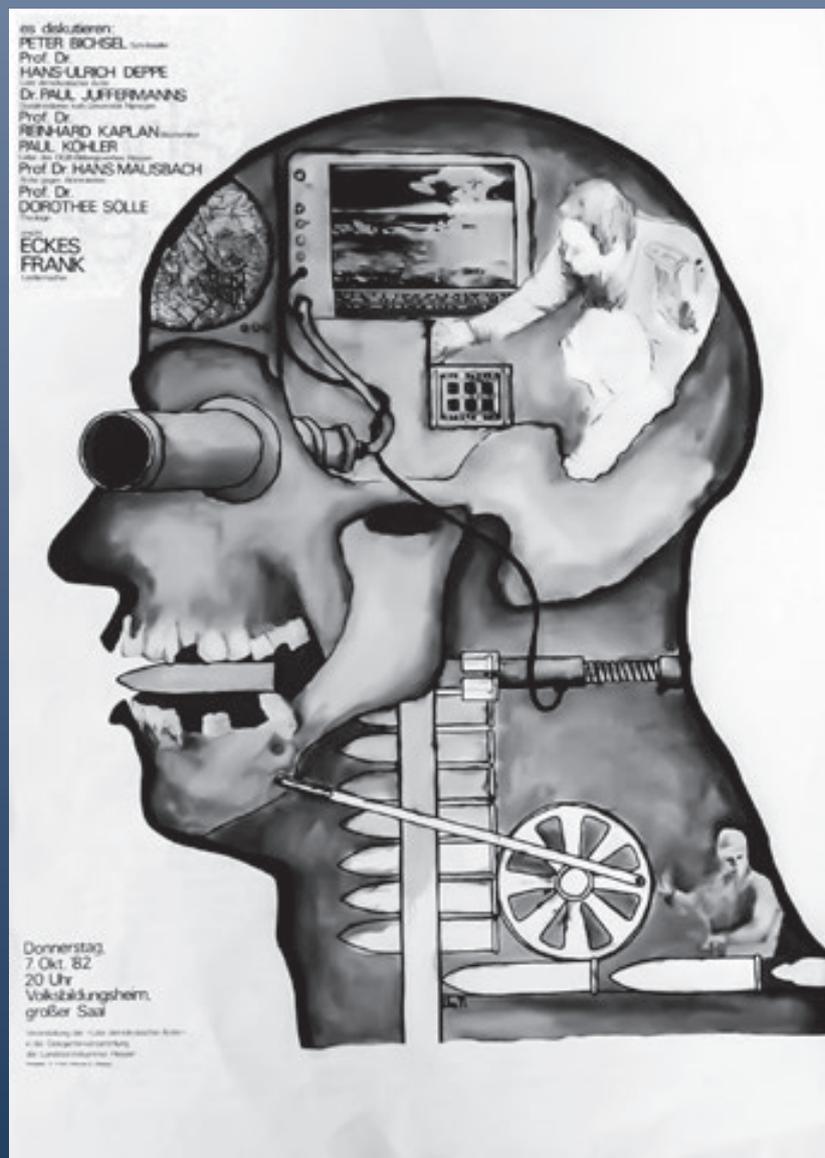


GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN Nr. 1/2016 | Solibeitrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258



Raus oder rein –

Ärztliche Standesorganisationen zwischen ständischer Interessenspolitik und Gesundheitspolitik für Alle

Winfried Beck: Ärzteopposition in
den 70er und 80er Jahren. Geschichte
der Listen demokratischer Ärztinnen
und Ärzte S. 4

Wulf Dietrich: Ärztekam-
mern und KVen.
Abschaffen, boykottieren,
mitarbeiten? S. 10

Miro Chasowski: Viel größere
Dimensionen... Zur Frage nach
ärztlicher Standesvertretung
in der DDR S. 16

In dieser Ausgabe

- 3 Wulf Dietrich: **Brauchen wir ärztliche Zwangsorganisationen?**
- 4 Winfried Beck: **Ärzteopposition in den 70er und 80er Jahren. Geschichte der Listen demokratischer Ärztinnen und Ärzte**
- 7 Peter Scholze: **Die Kassenärztlichen Vereinigungen – bei den meisten verhasst, für andere ein notwendiges Übel, von niemandem geliebt**
- 10 Wulf Dietrich: **Ärzttekammern und KVen. Abschaffen, boykottieren, mitarbeiten?**
- 13 **Was wir schon immer über die Arbeit in den Kammern wissen wollten**
- 14 Wulf Dietrich: **Jeder, der kann, darf – die Gebührenordnung für Ärzte**
- 16 Miro Chasowski: **Viel größere Dimensionen... Zur Frage nach ärztlicher Standesvertretung in der DDR**
- 19 Marciano Sánchez Bayle: **Ärzteorganisationen in Spanien**
- 21 Eckardt Johanning: **Widersprüchlich... Über US-Ärzteverbände und Interessen 2016**
- 23 Wulf Dietrich: **Es geht auch ohne. Ärztliche Selbstorganisation in Großbritannien**
- 24 **Presseerklärung des vdää zum »Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren«**
- 25 Rudi Schwab: **Ein Rechtsruck wird in Kauf genommen... Kommentar zu den Ergebnissen der Landtagswahlen und dem wachsenden Rassismus**
- 26 Aufruf an die Versorgungswerke: **Deinvestieren Sie bei fossilen und reinvestieren Sie in erneuerbare Energien!**
- 27 **Aufklärung weiter nötig. Reaktionen auf den Artikel über Gerhard Domagk in GbP 4/2016**
- 29 Ray Novak: **Privileg der Freiberufler. Zur Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung**
- 31 **Was uns interessiert... Umfrage zu Themen in »Gesundheit braucht Politik«**

Termine

Vorstandssitzungen 2016

9. April in Frankfurt
2. Juli in Berlin
10. September (Ort wird bekannt gegeben)

vdää on tour

21.–24. Juli 2016
Gedenkstätte »Führerschule der Deutschen Ärzteschaft« in Alt Rehse
Medizin ohne (Aus)Grenzen – Veranstaltung des vdää anlässlich des Ärztetags in Hamburg 2016
24. Mai, 19 Uhr
Via Cafélier, Paul-Dessau-Straße 4, 22761 Hamburg

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Der vdää

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

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den neuen vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

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

Impressum

Gesundheit braucht Politik 1/2016
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@vdaeae.de
Internet www.vdaeae.de

Bankverbindung: Postbank Frankfurt,
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFFXXX

Satz/Layout: Birgit Letsch
Druck: Druckerei Grube

Bilder dieser Ausgabe

vdää-Archiv



Editorial

»Brauchen wir ärztliche Zwangsorganisationen?«

»Weil wir nicht heraus können, müssen wir hineingehen«, das war eine unserer Parolen in den siebziger und achtziger Jahren und gleichzeitig die Begründung, weshalb wir zu den Kammerwahlen antraten. Die Wut über eine Pflichtmitgliedschaft in einer Organisation, die eine reaktionäre Politik vertrat und in der sehr viele alte Nazis noch aktiv waren, war eine Motivation für unsere Kandidatur zu den Kammerwahlen. Daneben aber gab es auch medizinrelevante Themen wie zum Beispiel den Paragraphen 218, die Gefahren eines Atomkrieges bzw. die Risiken der so genannten friedlichen Nutzung der Atomenergie sowie die Aufarbeitung der Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus. Heute bestimmen Themen wie die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens durch eine Bürgerversicherung, die medizinische Versorgung von Geflüchteten, die Finanzierung der stationären Krankenversorgung durch die DRGs, die Nutzung von Atomenergie, sowie Probleme des Umweltschutzes unsere Themen in den Kammer-sitzungen. Auch in Fragen der Weiterbildungsordnung beteiligen wir uns konstruktiv. Das vorliegende Heft gibt einen Überblick über die Institutionen, in denen wir als Ärztinnen und Ärzte Pflichtmitglieder sind. Leider fehlt es an Nachwuchs in der Kammerarbeit. Viele unserer jüngeren Kolleginnen und Kollegen sehen keinen Sinn in der Mitarbeit in diesen bürokratischen Organisationen. Schade, denn eigentlich können diese auch eine öffentliche Plattformen für politische Arbeit abgeben. Außerdem kann es durchaus auch Spaß machen, die konservative Mehrheit eines Ärztetages mit unseren Thesen

zu konfrontieren – auch wenn man nicht die Mehrheit hinter sich hat.

Unser Verhältnis zu den Kammern hat sich über die Jahre verändert, aber auch das Verhältnis der Kammerversammlungen zu uns ist nicht mehr das gleiche wie in den achtziger Jahren. Die Stimmung in den Versammlungen ist bei weitem nicht mehr so aggressiv wie in früheren Zeiten. Vielleicht sind viele von den »alten Kämpfern« im Laufe der Jahre auch zahmer geworden?

Dieses Heft gibt auch einen kurzen Überblick, wie die Ärzteschaft in anderen Ländern organisiert ist. Dabei fällt auf, dass Deutschland, neben Österreich, das einzige Land ist, in der die Ärzteschaft in einer halbstaatlichen Organisation, einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes pflichtorganisiert ist. Muss das eigentlich so sein? Viele von uns haben sich zwischenzeitlich damit abgefunden. Vielleicht sollten wir etwas Fantasie entwickeln bei der Suche nach alternativen Organisationsformen, in denen die Interessen der Ärzteschaft und auch der PatientInnen besser vertreten werden können.

Die Konstruktion einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes ist ein ganz geschickter staatlicher Schachzug. Der Staat delegiert gewisse Aufgaben an die Organe der Ärzteschaft, unter Beibehaltung seiner juristischen Oberaufsicht. Soll sich die Ärzteschaft doch selber zur Rechtraufen, bevor der Staat ihr Weisungen erteilt. Wir sehen aber, dass die Ärztekammern nur schwerlich diesen Aufgaben nachkommen können, das letzte Beispiel hierfür ist das Desaster um die Entwicklung einer neuen GOÄ. Bei der effektiven Bekämpfung der Korruption erwie-

sen sich die Ärztekammern als unfähig. Jetzt soll mit einem Antikorruptions-Gesetz korruptes Verhalten im Gesundheitswesen bekämpft werden. Und auch die Reform der Weiterbildung schleppt sich mühselig seit Jahren dahin. Es drängt sich der Eindruck auf, dass die ärztlichen Körperschaften des öffentlichen Rechtes, die KV eingeschlossen, ihren ordnungspolitischen Funktionen in der heutigen Zeit nicht mehr gerecht werden können.

Beispiele aus Großbritannien oder den USA zeigen, dass auch ohne halbstaatliche Organisation effektive Vertretungen der Ärzteschaft organisiert werden können. In Großbritannien ist zum Beispiel die überwiegende Mehrheit der im NHS organisierten Ärztinnen und Ärzte im in der BMA organisiert. Es fällt auf, dass sich sowohl die BMA als auch die US-amerikanische AMA für fortschrittliche Reformen des Gesundheitswesens einsetzen, während die deutschen Kammern sich jeder fortschrittlichen Reform widersetzen. Auch die Schweizer Ärztekammer (»Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte«) ist eine privatrechtliche Organisation mit freiwilliger Mitgliedschaft, in der immerhin 95 Prozent der Schweizer Ärzte Ärztinnen und Ärzte organisiert sind. Der Beitrag in diesem Heft zur Rolle der Ärzteschaft in der DDR beschreibt die Organisation der Ärzteschaft unter anderen gesellschaftlichen Bedingungen.

Weil wir die kassenärztlichen Vereinigungen nie als politische Organisationen begriffen haben, sie außerdem fest in konservativen Händen waren und sind, haben wir ihnen nie eine große Beachtung geschenkt. Der Artikel von Peter Scholze in diesem Heft zeigt aber, dass die KVen

neben der Verteilung des Geldes der Versicherten an die Vertragsärzte auch wichtige ordnungspolitische Funktionen haben. Hierüber sollten wir uns in Zukunft mehr Gedanken machen, bzw. auch Alternativen entwickeln.

Viele Bilder dieser Ausgabe zeugen von früheren Aktionen – u.a. vor Deutschen Ärztetagen. Die Bilder geben einen kleinen Einblick in die Geschichte der Protestbewegung im Gesundheitswesen. Die Qualität der Abbildungen lässt zu wünschen übrig, doch hat sie einen gewissen Zeitzeugen-Charakter.

In den vergangenen Monaten sind zunehmend beängstigende rechtsradikale Tendenzen in unserem Land sichtbar geworden. Brennende Flüchtlingsheime und eindeutig rechtsradikale Ergebnisse bei den Landtagswahlen sind Zeuge davon. Der Beitrag von Rudi Schwab in diesem Heft greift dieses Thema auf. Außerdem legen wir dieser Ausgabe eine Neuauflage eines Plakates bei, das wir in den neunziger Jahren anlässlich der brennenden Asylunterkünfte herausgegeben hatten. Dieses Plakat kann man auch heute gut in Kliniken und Praxen aufhängen, um zu demonstrieren, dass wir als Ärztinnen und Ärzte keinerlei Unterschiede in der Behandlung unserer Patienten machen. Leider scheint eine solche öffentliche Feststellung heute notwendig zu sein.

Abschließend möchte ich noch auf die Einladungen zu unserem kommenden Veranstaltungen hinweisen: Anlässlich des Deutschen Ärztetages in Hamburg werden wir mit einer kulturell-politischen Veranstaltung präsent sein. vdaä-on-tour wird sich in diesem Jahr mit der Geschichte der Ärzteschaft im Nationalsozialismus beschäftigen. Und schließlich, und ganz besonders, möchte ich Sie zu unserer Jahreshauptversammlung im November einladen, auf der wir die Zukunft des Gesundheitswesens und der Gesundheitsbewegung diskutieren werden und – hauptsächlich – das 30-jährige Bestehen unseres Vereins gebührend feiern wollen.

Wulf Dietrich

Ärzteopposition in den 70er und 80er Jahren

Winfried Beck* zur Geschichte der Listen demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Ohne eine Kenntnis der politischen Verhältnisse zum Zeitpunkt der Gründung der LDÄ kann man die Entstehung der Ärzteopposition nicht verstehen. Winfried Beck, Gründer und erster Vorsitzender des vdä, rollt die Geschichte für uns auf.

Die Siebziger- und Achtzigerjahre waren geprägt vom Kalten Krieg und der damit verbundenen Angst vor einer weltumspannenden atomaren Katastrophe. Gleichzeitig spielten nicht nur zu Hause, sondern auch im öffentlichen Leben Altnazis immer noch eine Rolle: in der Schule, in der Politik, in den Universitäten, am Arbeitsplatz, und nicht zuletzt in den ständischen Berufsvertretungen. Wir Kriegskinder hatten uns als Täterkinder entdeckt und die ganze damit verbundene Last zu bewältigen.

Gleichzeitig führten die politischen Verhältnisse zu einer wachsenden Politisierung und Mobilisierung der Menschen. Der Vietnamkrieg wütete seit 1965 und wurde erst 1975 beendet. Am 2. Juni 1967 war Benno Ohnesorg im Rahmen einer Demonstration gegen den Schah von Persien erschossen worden. 1973 putschte General Pinochet in Chile und Tausende von Flüchtlingen, darunter viele Ärztinnen und Ärzte, kamen nach Deutschland. 1974 führten fortschrittliche Offiziere in Portugal zur Nelkenrevolution, während im Nachbarland Spanien noch bis 1975 das faschistische Franco-Regime und in Griechenland bis 1974 eine Militärdiktatur herrschte.

Nach dem NATO-Doppelbeschluss am 12. Dezember 1979 wuchs der Widerstand in der Ostermarsch- und Friedensbewegung. Über vier Millionen Menschen unterzeichneten 1980–1983 den »Krefelder Appell« gegen die Stationierung amerikanischer Mittelstrecken-Atomwaffen in Europa. Am 11. Juni 1982 kamen bei einer Friedensdemon-

stration im Bonner Hofgarten 400 000 Menschen zusammen. Ab 1986 wurden die Pershing-Atommittelstreckenraketen in Mutlangen blockiert und unzählige Menschen wegen Nötigung verurteilt. (Die Urteile wurden später wegen Verfassungswidrigkeit aufgehoben)

Aufbruch im Gesundheitswesen

Auch im Gesundheitswesen wuchs der Widerstand gegen die herrschenden Verhältnisse. Die NS-DAP-Mitglieder Erich Fromm¹ und Hans-Joachim Sewering (bis 1978) waren Präsidenten der Bundesärztekammer. Der SS-Arzt Sewering strebte 1993 die Präsidentschaft im *Weltärztebund* an, nachdem er sich dort von 1966 bis 1992 im Vorstand als Befürworter der Apartheid in Südafrika engagiert und als Schatzmeister dessen finanziellen Fortbestand gesichert hatte. (Mit internationaler Unterstützung unserer Aktivitäten gelang es, den Plan zu vereiteln.)

Die Bundesärztekammer hatte das 1960 erschienene Buch vom Alexander Mitscherlich und Fred Mielke: »Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses« aus dem Verkehr gezogen, weil dort der Mythos von den wenigen in das NS-System verstrickten Ärzten entlarvt wurde. Keiner der Fachverbände hatte seine Kollaboration mit dem NS-Regime aufgearbeitet, vor allem nicht die besonders involvierten Pädiater und Psychiater (Topp 2013).

Die Einführung eines Sanitätskorps in der Bundeswehr und der Entwurf eines Zivildienstgesetzes waren auf Drängen der Ärzteschaft erfolgt. Die Regelung des § 218 (Regelung des Schwangerschaftsabbruchs im Strafgesetzbuch) wurde ärztlicherseits entscheidend im Sinne einer Verschärfung beeinflusst. Die kritiklose Unterstützung der Pharmaindustrie, die Verfilzung der Ärzteschaft mit der Versicherungswirtschaft erlebte jeder Berufsangehörige bei den gespon-

ten Fortbildungsveranstaltungen oder bei Werbeschreiben für so genannte Gruppenverträge mit privaten Krankenversicherungen durch die Kammerpräsidenten, die deren Beirat angehörten.

In diesem Umfeld war der Frankfurter Arzt Hans Mausbach nach der Ausstrahlung der kritischen Fernsehsendung: »Halbgötter in Weiß« am 20. September 1970 mit einem de-facto-Berufsverbot belegt worden, nachdem er sich geweigert hatte, seine Aussagen zu widerrufen. Mausbach hatte die Gefälligkeitspublizistik für die Pharmaindustrie, die antidemokratische Rangordnung in den Kliniken »gebrochenes Rückgrat am Fließband« und die kommerziellen Interessen hinter medizinischen Entscheidungen angeprangert (Mausbach 1971). Er verlor seinen Arbeitsplatz als Chirurg in der Weiterbildung, wurde aus dem Deutschen Chirurgenverband ausgeschlossen und fand daraufhin in ganz Deutschland keine Anstellung mehr als Arzt. Hunderte junger Ärzte solidarisierten sich mit ihrem mutigen Kollegen. Unter den Ärztinnen und Ärzten wuchs dadurch nur die Unruhe. 1973 trafen sich bei dem Kongress »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« in Marburg 1 500 Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen, um gemeinsam mit Gewerkschaftern einen radikalen Umbau im Gesundheitswesen zu fordern. (Deppe u. a. 1973)

Kurz nachdem NATO-Doppelbeschluss gründete sich 1980 die Vereinigung »Internationale Ärzte zur Verhütung des Atomkrieges« IPPNW, nachdem eine berufsübergreifende Friedensbewegung im Gesundheitswesen gescheitert war. 1980 kamen in Berlin als Gegenveranstaltung zum Deutschen Ärztetag zum ersten »Gesundheitstag« 13 000 Menschen zusammen. Die Veranstaltung hatte das dem zentrale Thema: »Medizin im Nationalsozialismus«. Es folgten »Gesundheitstage« in Hamburg, Bremen und Kassel, zuletzt 1987 mit deut-



lich geringerer Teilnehmerzahl.

Die Diskussionen blieben nicht folgenlos für die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitswesens. Im stationären Bereich wurden Modelle wie das »Klassenlose Krankenhaus« des Landrats Martin Woythal in Hanau konzipiert (aber leider nicht umgesetzt). Es entstanden alternative Praxen/Gesundheitszentren mit dem Anspruch auf gleichberechtigte Partizipation nicht nur der verschiedenen Berufsgruppen, sondern auch der Patientinnen und Patienten. In Frankfurter Krankenhäusern hatten sich Zirkel von Beschäftigten um die »Basisgruppe Medizin« zusammengesetzt, um die Missstände im stationären Bereich auf die ökonomischen und politischen Bedingungen hin zu untersuchen. (Deppe 1987)

Die gewerkschaftliche Organisation der Ärztinnen und Ärzte in der ÖTV, hier konkret im »Bund gewerkschaftlicher Ärzte« (BgÄ) hatte wachsenden Zulauf. 1980 hatte der BgÄ 3 193 Mitglieder. Es kam allerdings zu wachsenden Spannungen zwischen der Gewerkschaftsführung und dem BgÄ wegen seiner dezidiert linken Vorstellungen. Von 1972 bis 1976 wurde der sogenannte Radikalenerlass gegen DKP-Mitglieder im öffentlichen Dienst und der ÖTV angewandt. Noch 1980 wurden in der ÖTV 466 Verfahren in Anwendung so genannter Unvereinbarkeitsbeschlüsse eingeleitet. Die berufsgruppenbezogene Abteilung wurde aufgelöst und durch eine arbeitsplatzbezogene Mitgliederbetreuung ersetzt. Der BgÄ war damit aufgelöst. In Frankfurt trafen sich aber weiterhin gewerkschaftlich organisierte Ärzte als »Arbeitsgemeinschaft der gewerkschaftlich organisierten Ärzte in der ÖTV«.

Der Entschluss zur Kandidatur

Wir Ärztinnen und Ärzte kritisierten zunehmend die Zwangsmitgliedschaft in den Ärztekammern und mussten feststellen, dass die reaktionären Verlautbarungen der Kammern mit unseren Mitgliedsbeiträgen finanziert wurden. Es kam zu intensiven Auseinandersetzungen über die Existenzberechtigung von Kammern als Relikten aus der NS-Zeit und über deren Sonderrolle innerhalb des Gesund-

heitswesens, zur Anmaßung der Bundesärztekammer als angeblicher Vertretung aller Ärztinnen und Ärzte (Stuby 1988), einer Sondergerichtsbarkeit (Berufsgerichte) oder einer eigenen privaten und damit unsolidarischen Rentenversicherung (Versorgungswerke).

Ergebnis der Diskussionen war die Erkenntnis: »Weil wir nicht herauskönnen, müssen wir hineingehen« (Dietrich 2015). Die hessischen ärztlichen ÖTV-Mitglieder entschlossen sich folgerichtig 1976 zur ersten Kandidatur bei Ärztekammerwahlen in der BRD. 1974 hatte in der eigenständigen politischen Einheit Westberlin eine oppositionelle Liste, bestehend aus oppositionellen »Marburger-Bund«-Mitgliedern, dem BgÄ und eine Praxisärztegruppierung kandidiert und auf Anhieb 28,5 Prozent der Stimmen erhalten. Ab 1986 wurde daraus die Einheitsliste *Fraktion Gesundheit* mit einem Stimmenanteil von 48,4 Prozent und der ersten und einmaligen Wahl eines Präsidenten Ellis Huber (bis 1999) aus den Reihen der Opposition.

Zu den bürokratischen Hürden beim Aufbau einer Kandidatenliste gehörten unterschiedliche Wahlrechtsformen in den Kammerbezirken. Dort, wo ein Mehrheits-/Personenwahlrecht herrschte, waren Mehrheiten für die Opposition nicht zu gewinnen. Daran war eine Liste mit dem Namen »Bund gewerkschaftlicher Ärzte in der ÖTV« schon 1975 in Bremen gescheitert. Erst durch eine Wahlrechtsänderung, erzwungen durch gerichtlichen Bescheid, gelang es der Liste 1987, in die Ärztekammer einzuziehen, und zwar mit einem Stimmenanteil von 36 Prozent. Nach dem Durchbruch in Hessen mit einem Stimmenanteil von 10,6 Prozent für die Liste demokratischer Ärzte« (LDÄ) folgten 1977 Kandidaturen in Nordrhein-Westfalen, 1981 in Rheinland-Pfalz, 1982 im Saarland, in Hamburg und in Baden-Württemberg und 1986 in München. Nicht alle Listen waren primär gewerkschaftlich organisiert wie die in Hessen, sondern entstammten – wie z.B. in München – der dort starken ärztlichen Friedensbewegung. Einig waren sich alle Listen im Anspruch auf eine soziale Medizin, eine Demokratisierung der berufsständischen Vertre-

tungen, auf der Begegnung auf Augenhöhe zwischen den Professionellen und Patientinnen und Patienten, der Ablehnung einer kommerzialisierten Medizin in Abhängigkeit von der Pharmaindustrie und der Forderung nach sozialer Dimension des ärztlichen Berufes. Alle Listen finanzierten sich und ihre Arbeit mit den Aufwandsentschädigungen der Delegiertentätigkeit.

Die Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte

Die Verbreiterung der Bewegung machte eine überregionale Zusammenarbeit notwendig. Anträge in den Delegiertenversammlungen, die Einschätzung der traditionellen Verbände und Listen, besonders



Deckblatt einer Aufklärungsbroschüre, hg. von der Arbeitsgemeinschaft gegen Atomkraftwerke am Fachbereich Medizin der Universität Hamburg, 5. Aufl., 15. Mai 1979

der Umgang mit dem Marburger Bund und dessen jegliche Kooperation vermissen lassendes Verhalten, die zahlreichen formalen Fragen der Kammerstätigkeit, wie Beitragsordnungen, Wahlordnungen, Satzungsfragen usw. waren Anlass für die am 8. Dezember 1983 erfolgte Gründung der »Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte« mit Sitz in Frankfurt am Main mit einer Sekretärin auf Stundenbasis und einer Finanzierung durch eine Überweisung von 10,00 DM pro Monat pro Delegierten auf

ein Sonderkonto. Mit dabei waren: LDÄ Hessen, Nord-Württemberg, Saarland, Westfalen-Mitte, Würzburg, »Hamburger Ärzteopposition«, »Liste Soziales Gesundheitswesen« Nordrhein, und der »Unabhängigen Liste demokratischer Ärzte« Nordbaden und Rheinland-Pfalz.

Die gemeinsamen Vorstellungen und Ziele wurden in einem Positionspapier »Gemeinsam gegen den Sozialabbau zur Wehr setzen« (Frankfurter Rundschau vom 12. Juli 1983) festgehalten. Es erschien viermal jährlich ein Rundbrief. Zweimal jährlich fanden Fortbildungsveranstaltungen im Institut

gen und die DGB-Gewerkschaften, konnte sich fortan auf solidarische und kompetente Unterstützung in grundsätzlichen Fragen durch eine wachsende Minderheit innerhalb der ärztlichen Berufsgruppe stützen, sei es zu Themen wie Arbeitszeitverkürzung mit der Forderung nach der 35-Stunden-Woche bei vollem Lohnausgleich, zur Kritik der Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung, zu Fragen der Umweltzerstörung oder der Frauendiskriminierung, zur kassenärztlichen Bedarfsplanung, zur Einführung des »Arztes im Praktikum« oder zur Gebietsarztweiterbildung ebenso wie auch Presseerklärungen zu aktuellen gesundheitsrelevanten Themen wie Smog und Gesundheit, die Folgen von Tschernobyl. Wir waren gefragt als Redner bei Kundgebungen und den unzähligen Aufklärungsveranstaltungen über die Folgen eines Atomkrieges oder eines AKW-Super Gau (Beck u. a. 1986).

Ausgrenzung als Politik

Der Umgang der Kammern mit der für diese völlig ungewohnten Situation einer Opposition im eigenen Hause war sehr unterschiedlich. Während in Hessen noch bis 1984 die Teilnahme von LDÄ-Delegierten an den Deutschen Ärztetagen oder die Mitarbeit in Ausschüssen der Landesärztekammern vollständig verweigert wurde, konnten in Berlin und München Delegierte der LDÄ nach dem D'Hondt-Schlüssel teilnehmen. Unabhängig davon war der Umgang mit den Listen in den einzelnen Kammerbezirken gekennzeichnet vom Versuch der Integration unserer Delegierten bis zu dem Vorwurf der Terrorismusnähe wie in München, als ein Delegierter bei der ersten Delegiertenversammlung feststellte: »Sie alle, Ihre gesamte Liste, gehört dem Umfeld der RAF an.« (Beck u. a. 1987).

Doch die von Jahr zu Jahr wachsenden Stimmenanteile der Opposition ließen sich nicht aufhalten. Das Beispiel Hessen zeigt exemplarisch diese Entwicklung. Der Höhepunkt wurde 1992 erreicht, als die LDÄ 20,4 Prozent der Stimmen erhielt, 1996 sank der Anteil erstmals auf 16,1 Prozent – exemplarisch für die sinkende Tendenz in allen

Kammerbezirken (Deppe 1996).

Warum dieser Niedergang? Machten uns die Erfolge überflüssig? Wurden die Listenvertreter zu stark integriert? Wo blieb das Oppositionelle? Fragen, die an dieser Stelle mangels Platz nicht erörtert werden können. Aufschlussreich wäre diese Analyse sehr wohl. Immerhin: Mit dem 1986 gegründeten vdää gibt es eine Fortsetzung der Bewegung mit berechtigter Hoffnung auf weiteres Wachstum (Beck 2003).

* Dr. Winfried Beck, Offenbach am Main, von 1976 bis 1996 Delegierter der LDÄÄ Hessen, Koordinator der Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte und Herausgeber der Rundbriefe bis Januar 2001, Vorsitzender des vdää von 1986 bis 2002, seither Mitglied im erweiterten Vorstand

Literaturhinweise:

- Winfried Beck, Hans-Ulrich Deppe, Renate Jäckle, Udo Schagen: »Ärzteopposition«, Neckarsulm-München 1987
- Winfried Beck: »Nicht standesgemäß – Beiträge zur demokratischen Medizin«, Frankfurt/Main 2003
- Winfried Beck, Gine Elsner, Hans Mausbach: »Pax Medica. Stationen ärztlichen Friedensengagements und Verirrungen ärztlichen Militarismus«, Frankfurt/Main 1986
- Hans-Ulrich Deppe, Hans Mausbach, Hans See, Erich Wulff u. a.: »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt (Kongressband)«, Bonn 1973
- Hans-Ulrich Deppe: »Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar«, Frankfurt/Main 1987
- Hans-Ulrich Deppe: »Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen«, Frankfurt/Main 1996
- Wulf Dietrich: »Trotzdem – rein in die Kammern«, Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin, hg. vom vdää, 2/2015
- Hans Mausbach: »Eine gescheiterte Disziplinierung«, Das Argument. Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften, Heft 11/12, Berlin 1971
- Hans See: »Die Gesellschaft und ihre Kranken oder brauchen wir das klassenlose Krankenhaus?«, Reinbek/Hamburg 1973
- Gerhard Stuby: »Risse im Monolith? Zur verfassungsrechtlichen Verträglichkeit des Ärztekammerwesens in der BRD«, Rechtsgutachten, Bremen 1988
- Sascha Topp: »Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin«, Göttingen 2013



Heiß diskutierter Artikel im Stern vom 26. März 2003

für medizinische Soziologie der Universität Frankfurt am Main bei Hans-Ulrich Deppe statt. Dabei wurden jeweils nach ausführlicher Berichterstattung aus den einzelnen Kammerbezirken Referate zu gesundheitspolitischen Themen gehalten, anschließend diskutiert und regelmäßig eine Stellungnahme bzw. Presseerklärung verabschiedet.

Die von der Standespolitik abweichenden Positionen trugen wesentlich dazu bei, dass die gewohnte konservativ-reaktionäre Eintönigkeit der Meinungsäußerung aus ärztlichem Munde zunehmend durchbrochen wurde. Die organisierte Ärzteschaft konnte durch unsere Einmischung nicht mehr mit einer Stimme sprechen.

Die Öffentlichkeit, hier besonders die neuen sozialen Bewegun-



Internationale Solidarität: Besuch einer vdää-Delegation in Thessaloniki, Februar 2013

Die Kassenärztlichen Vereinigungen –

bei den meisten verhasst, für andere ein notwendiges Übel, von niemandem geliebt

Die Meinungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten nicht unterschiedlicher sein: Kritiker titulieren sie als **Kriminelle Vereinigungen**, als »Sinnbild des gierigen Arztes« (A. Munte), als Verhinderer, Blockierer und Saboteure. Befürworter sehen sie als notwendige Regelungs- und Steuerungsinstant im Dschungel eines zunehmend kommerzialisierten Gesundheitswesens. Es ist das weite Auseinanderklaffen von Anspruch und Wirklichkeit, das zu dieser extremen Diversität von Meinungen führt.

Die Ansprüche – alles zum Wohle der Patienten

Der Anspruch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der siebzehn kassenärztlichen Landesvereinigungen (KVen) klingt zunächst gar nicht so schlecht. Mit dem Sicherstellungsauftrag (§ 75 SGB V), für den die KVen das Monopol haben, soll eine wohnortnahe und flächendeckende ambulante

Versorgung der PatientInnen gewährleistet werden. Die Kollektivverträge, die KBV und die KVen mit den Krankenkassen verhandeln, sollen ein einheitliches Vergütungssystem (EBM) schaffen und weiterentwickeln. Das Gesamtvergütungshonorar, das die KVen von den Krankenkassen erhalten, soll mit dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) gerecht zwischen den einzelnen Fachgruppen verteilt werden. Qualitätsstandards sollen zum Wohle der Patienten entwickelt und kontrolliert werden. Prüfmaßnahmen sollen Abrechnungsbetrug, unzulässige Ringüberweisungen und »kick back«-Tricksereien unterbinden.

Die KVB und die KVen sollen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten überwachen sowie Fehlverhalten bekämpfen und mit Disziplinarverfahren ahnden. Sie sollen die Interessen der rund 165 000 »freiberuflichen« VertragsärztInnen und PsychotherapeutInnen bündeln und wahrnehmen. Und letztlich beanspru-

chen sie für sich, die Sachverwalter der Patienten zu sein, legitimiert durch ihren besonderen medizinischen Sachverstand.

Die Wirklichkeit – »Zum Gelde drängt, am Gelde hängt doch alles!«

Im operativen Geschäft der KVen verrinnen jedoch die hehren (und absolut berechtigten) Ansprüche sehr schnell wie Eis in der Sonne. Es fehlt innerhalb der KVen ein notwendiger Minimalkonsens über gemeinsame Ziele, die sich am Versorgungsbedarf der PatientInnen orientieren. Stattdessen: Hausärzte gegen Fachärzte, niedergelassene Vertragsärzte gegen Krankenhausärzte, somatisch orientierte Ärzte gegen psychosomatisch und psychotherapeutisch orientierte Ärzte, Landärzte gegen Stadtärzte, Kleinpraxen gegen Großpraxen. Gutgemeinte Ansätze für eine bessere Patientenversorgung werden damit zwischen den Mühlsteinen von engstirnigen Partialinteressen und

Peter Scholze*
beschreibt Anspruch und Wirklichkeit der kassenärztlichen Vereinigungen – und kommt zu einem ernüchternden Ergebnis: **Zunehmende Bürokratie, Intransparenz und Schattenwirtschaft sind nur einige Merkmale, die nötig sind zur aktuellen Beschreibung.**



Lobbyismus zerrieben. Jede Partialgruppe hat eine eigene Leitstruktur, ihren eigenen »Euro-Stern« am Horizont. Gleichzeitig schwindet bei vielen KV-Pflichtmitgliedern das Vertrauen in ihre Organisation und ihre Funktionäre und es wächst der Ärger über zunehmende Bürokratie, Intransparenz und Schattenwirtschaft.

Hausärzte und Fachärzte im Dauerclinch

Unter den Vertragsärzten sind etwa ein Drittel Hausärzte und zwei Drittel Fachärzte. Trotz der bestehenden »Honorartrennung« mit Hausarzt- und Facharzttopfen lodern ständig unterschwellige und offene Konflikte zwischen beiden Gruppen auf. Die Hausärzte fühlen

sich in den Gremien unterrepräsentiert und oft über den Tisch gezogen. So forderte der Vorsitzende des *Deutschen Hausärzterverbandes*, Ulrich Weigel, auf dem Deutschen Hausärztertäg 2015, Alternativen zum »maroden KV-System zu stärken und auszubauen«. Die Fachärzte sehen

wiederum die Hausärzte oft als Ärzte zweiter Klasse (Imageproblem: Husten, Schnupfen, Heiserkeit). Der Dauerzwist blockiert die Gremienarbeit und lenkt davon ab, die echten Versorgungsprobleme anzugehen.

Das Bundesgesundheitsministerium erkannte ebenfalls die Dominanz der Fachärzte in der KBV und ergänzte deshalb im Versorgungsstärkungsgesetz vom Juli 2016 den § 79 SGBV: »Bei gemeinsamen Abstimmungen sind die Stimmen (zwischen Haus- und Fachärzten) so zu gewichten, dass insgesamt ei-

ne Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte in der Vertreterversammlung besteht«. Die Vertreterversammlung der KBV lehnte es dann in drei Sitzungen (September, Oktober und Dezember 2015) ab, diese Gesetzesneuerung zur Hausarzt-Facharzt-Parität umzusetzen. Das Bundesgesundheitsministerium als Rechtsaufsichtsbehörde reagierte darauf noch im Dezember 2015 mit einer Ersatzvornahme (Zwangsvornahme) zur paritätischen Gewichtung der Stimmen von Haus- und Fachärzten in der KBV-Vertreterversammlung. Gegen diese Ersatzvornahme hat die KBV inzwischen Klage erhoben. Der Grundkonflikt zwischen den Hausärzten und den Fachärzten ist dadurch jedoch keinesfalls gelöst.

Starnberg ist Doktors Liebling

Ärzte und psychologische Psychotherapeuten zieht es mit ihren Praxen in Regionen mit einem hohen Anteil von Privatpatienten. Ein Beispiel: »Starnberg ist Doktors Liebling« (*Ärzte Zeitung*, 21. Juli 2011). Mit einem Versorgungsgrad von etwa 145 Prozent bei den Hausärzten liegt der oberbayerische Landkreis Starnberg im bundesweiten Vergleich an der Spitze. Demgegenüber besteht in »armen« Regionen eine deutliche Unterversorgung. Dies zeigt sich vor allem im Osten Deutschlands und in ländlichen Regionen. Eine erhebliche Unterversorgung findet sich aber auch zunehmend in den unterprivilegierten Stadtteilen großer Städte mit sozialen Brennpunkten (z.B. Berlin, München und Hamburg). Im hausärztlichen Bereich zählen die Millionenstädte Berlin, München und Hamburg jeweils als ein Planungsbereich. Eine regionale Unterversorgung in Stadtteilen mit sozialen Brennpunkten wird dann einfach hingenommen, wenn der Planungsbereich insgesamt überversorgt ist. (Für den Planungsbereich Berlin gibt es jedoch einen »letter of intend«, wonach Praxisverlegungen aus unterversorgten in überversorgte Verwaltungsbezirke Berlins nicht mehr genehmigt werden – warum dies nicht auch anderswo?).

Die bisherige Praxis der Bedarfsplanung verschließt weitgehend die

Augen vor diesen Verteilungsproblemen. Der Gesetzgeber hält sich vornehm zurück. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) formulierte eine halbherzige »Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung«. Die KVen erstellen jährlich auf Landesebene im Einvernehmen mit den Krankenkassen einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (nach § 99 SGB V), in dem lokale und regionale Versorgungsprobleme mit Statistiken versenkt werden. Nähmen die KVen ihren Sicherstellungsauftrag ernst, dann müssten sie konkrete Schritte aufzeigen, um die Auswüchse sowohl bei der Überversorgung als auch bei der Unterversorgung anzugehen. Aus Gründen der Besitzstandswahrung und um ihr Klientel nicht zu vergraulen, belassen sie es aber lieber bei den alten Zuständen.

Die Kliniken sind Feindgebiet

In Sonntagsreden predigen die KVen den Aufbau von Strukturen zur »Integrierten Versorgung«. Demnach könnte man meinen, dass die KVen Interesse an einer guten Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich hätten, dies zum Wohle der PatientInnen. Die Realität spricht jedoch anderes: Wo auch immer möglich, sollen Krankenhäuser zurückgedrängt werden. Ambulanzen und Tageskliniken werden als Konkurrenten angesehen, die den niedergelassenen Ärzten nur die Butter vom Brot nehmen wollen.

Die KVen sträuben sich auch gegen eine bessere Verzahnung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen ÄrztInnen bei der Notfallversorgung. Nach dem zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sogenannte Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Dies kann

»Eine regionale Unterversorgung in Stadtteilen mit sozialen Brennpunkten wird einfach hingenommen, wenn der Planungsbereich insgesamt überversorgt ist.«

doch nur im Interesse der Patienten sein, die außerhalb der Sprechzeiten (nachts, Wochenende und Feiertage) in den Arztpraxen nicht versorgt werden können. Auch hier sträuben sich die KVen energisch. Sie betrachten Portalpraxen als den casus belli. Sie befürchten, dass mit einer besseren Verzahnung bei der Notfallversorgung die »Vergütungsregelung« zu ihren Ungunsten angepasst wird.

Öffentlich Wasser predigen und heimlich Wein trinken

Die KV-Funktionäre verlieren zunehmend das Vertrauen bei ihren Pflichtmitgliedern. Die finanziellen Machenschaften und Unregelmäßigkeiten auf der Führungsebene, die während der vergangenen Monate bekannt wurden, haben das Misstrauen nur noch verstärkt. Die KBV steht im Fokus staatsanwaltlicher Ermittlungen. Anfang Februar 2016 haben Beamte der Berliner Staatsanwaltschaft in den Büroräumen am Herbert-Lewin-Platz in Berlin Unterlagen sichergestellt. Als Grund gab die Staatsanwaltschaft Ermittlungen gegen Verantwortliche der KBV wegen des »Verdachts der Untreue in Millionenhöhe« an. Das Verfahren richtet sich nach dem Sprecher der Staatsanwaltschaft, Martin Steltner gegen elf Beschuldigte, darunter seien amtierende und ehemalige Vorstände sowie leitende Mitarbeiter.

Erst im Dezember 2016 hatte das Bundesgesundheitsministerium Anzeige gegen den früheren KBV-Vorstandsvorsitzenden, Andreas Köhler erstattet. Auslöser waren Mietzuschüsse in Höhe von 96 000 Euro, die Köhler zu Unrecht kassiert haben soll. Die KBV-Spitze war auch mit der Apo-KG in undurchsichtige Immobiliengeschäfte verwickelt. Es sollen sittenwidrig hohe Zahlungen an Dritte zulasten der KBV geflossen sein. Und die frühere KBV-Personalchefin, die zugleich Köhlers Ehefrau ist, soll ihrem Mann überhöhte Gehalts- und Ruhegeldzahlungen bewilligt haben. Ähnliche Machenschaften werden aus der KV Berlin (Skandal um die Berliner KV-Vorstands-Übergangsgelder) berichtet. Der ADAC lässt grüßen: Statt freie Fahrt für freie Bürger hier Freiheit für so manche Ärzte!

Selbst Gesundheitsminister Gröhe ist jetzt offenbar mit seiner Geduld am Ende. Laut *Funke Mediengruppe* soll er ein Gesetz vorbereiten, um die KBV unter eine schärfere Kontrolle zu stellen. »So wie jetzt geht es nicht weiter.« Man prüfe derzeit, ob eine »Weiterentwicklung« der bestehenden Gesetze und Aufsichtspflichten des BMG notwendig sei – »insbesondere was Haushalt und Vermögen« der KBV betrifft. (nach ÄND Eilmeldung 8.3.16)

Janusköpfigkeit oder: Zwei Seiten einer Medaille

Die KVen bewegen sich im Spannungsfeld zwischen Interessensvertretung und Körperschaft des öffentlichen Rechts. Als Interessensvertretung wollen sie für ihre Pflichtmitglieder agieren. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts sollen sie als mittelbare Staatsgewalt und Kontrollbehörde mit Disziplinarhoheit gegenüber eben diesen Mitgliedern agieren. Diese widersprüchliche Doppelfunktion ist der Nährboden für Misstrauen, Intransparenz und Blockadehaltung.

Gibt es eine Zukunft?

Nach dem Prinzip »Totgesagte leben länger« haben die KVen bisher trotz aller Widersprüchlichkeit überlebt. Sie haben in der Vergangenheit jedoch wenig zur Bewältigung der großen gesundheitspolitischen Herausforderungen beigetragen. In kleinteiliger Manier ging es ihnen unter Voranstellung von Partikularinteressen stets nur um Besitzstandswahrung, Honorarzuwächse und Statuserhalt. Selbst Andreas Gassen, der 1. Vorsitzende der KBV muss eingestehen: »Wir werden vor allem als Blockierer gesehen, die sich in Besitzstandswahrung üben.«

Parallel hierzu erleben wir momentan eine massive Kommerzialisierung und Deregulierung des Gesundheitswesens. Die KVen könnten – wie auch andere Selbstverwaltungsorgane – dem entgegenwirken und einen Beitrag zur besseren Regulierung und Steuerung des Gesundheitswesens leisten. Sie müssten dann jedoch ihre engstirnige Klientelpolitik aufgeben

und wichtige Grundsätze für das Gesundheitswesen anerkennen.

- Das Gesundheitssystem muss:
- sich nach dem gesundheitlichen Versorgungsbedarf ausrichten (bedarfsorientiert und nicht angebotsorientiert),
 - einen gleichen Zugang mit einer bestmöglichen Versorgung für alle gewährleisten,
 - Gesundheitsfürsorge, Prävention, kurative Medizin und Rehabilitation integrieren,
 - psychische und soziale Komponenten von Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung einbeziehen,
 - transparent und demokratisch sein,
 - alle Beteiligten und vor allem die Patienten bei der Gestaltung aktiv mit einbeziehen.

Unter diesen Prämissen könnten die KVen eine Zukunftschance haben. Wenn die KVen hier weiterhin versagen, dann wird das Prinzip »gemeinsame Selbstverwaltung« mit KVen und Krankenkassen immer mehr zur Makulatur mit der Folge einer weiteren Kommerzialisierung im Gesundheitswesen.

* Peter Scholze, Internist/Psychotherapeut, Mitglied im erweiterten Vorstand des vdaä

The image shows the cover of the magazine 'Humanitas'. At the top, it says 'Umwelt' and 'H. 4475 D'. The title 'Humanitas' is written in a large, stylized font. Below the title is a black and white photograph of a man, Karsten Vilmar, speaking at a podium. The main headline below the photo reads 'Forderung nach Rücktritt des Bundesärztekammerpräsidenten Karsten Vilmar'. At the bottom of the cover, there is a logo 'Wichtig für Sie' and contact information: 'Resolution, Vertrieb und Verwaltung erreichen Sie unter ☎ (0 57 21) 60 75 Fax: (0 57 21) 38 12'.

Kammer oppositionell

Herausgeber: Hamburger Ärzteopposition

Nr. 7/August 1990

Standesvertreter kommen und gehen...

OPPOSITION BLEIBT!



Chantemesse Pouchet Poirier Dieulafoy Debout Brouardel Pozzi Tillaux Hayem Cornil Berger Guyon Lannois Pinard Budin
Medizinische Fakultät, Paris, 1898

Wahlaufruf

HAMBURGER ÄRZTEOPPOSITION LISTE 1

Seit 1982 gibt es in der Kammerversammlung der Ärztekammer Hamburg eine Oppositionsfraktion. Sie besteht seit der Wahl 1986 aus 12 Ärztinnen und Ärzten und verfügt über 22 Prozent der Sitze.

Die HAMBURGER ÄRZTEOPPOSITION repräsentiert mit ihren Kandidaten

Gegen eine solchenmaßen verengte Sichtweise der Gesundheitspolitik ist Opposition innerhalb der Ärzteschaft niemals verstummt. **Ärzteopposition ist seit Mitte der 70er Jahre in nahezu allen Ärztekammern mit stabilen Stimmenanteilen vertreten.** Mit ihrer von gesamtgesellschaftlicher Verantwortung getrag-

Abschaffen, boykottieren, mitarbeiten?

Wulf Dietrich über Ärztekammern und KVen

Wulf Dietrich beschreibt die Funktion und die Politik der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigung früher und heute. Ihr Wandel hat auch einen – zu diskutierenden – Wandel im Verhältnis des vdaä zu ihnen bewirkt.

Der vdaä hatte schon immer eine kritische Haltung zu den Zwangsorganisationen der Ärzteschaft. Dennoch traten in der Gründungsphase unseres Vereins in den achtziger Jahren etliche Kolleginnen und Kollegen, meist aktiv in der Friedensbewegung, als »Demokratische Listen« zu den Kammerwahlen an; häufig aber unter dem ambivalenten Slogan: »Weil wir nicht heraus können, müssen wir hineingehen.«

Es war die nationalsozialistische Vergangenheit, die Kritik provozierte: Die Reichsärztekammer war 1935 von den Nationalsozialisten ins Leben gerufen. Da die Alliierten eine Folgeorganisation der nationalsozialistischen Reichsärztekammer nicht zulassen wollten, durfte die Bundesärztekammer nach Kriegsende nicht deren Erbe der antreten. Sie wurde als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern als rechtsfähiger Verein organisiert und

ist – im Gegensatz zu den Landesärztekammern – keine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Wichtige Beschlussfassungen wie die Weiterbildungs- oder die Berufsordnung werden deshalb von den Landesärztekammern beschlossen, während die Bundesärztekammer nur Musterordnungen beschließt.

Die Kritik an der nationalsozialistischen Vergangenheit bezog sich auf die personelle Besetzung: Viele alte NS-Funktionäre waren am Wiederaufbau der Ärztekammern beteiligt. Lange Zeit residierte die Bundesärztekammer in der Haedenkamp Straße, benannt nach Karl Haedenkamp, der als Führer der deutschen Ärzteschaft 1933 den Übergang in die nationalsozialistische Ärzteorganisation organisiert und zu verantworten hatte. Schon zur Weimarer Zeit war Haedenkamp als Reichstagsabgeordneter durch antisemitische Ausfälle

aufgefallen. Die Machtübernahme der Nazis begrüßte er enthusiastisch: »Eine neue Welt bricht aus dem Schoß der Zeiten. Heute kommt es auf den einzelnen nicht mehr an. Der Ärztestand ist einig und geschlossen. Wir lassen den Führer nicht im Stich!« Bis 1939 war er in der Führung der Reichsärztekammer tätig. Nach Kriegsende bis 1955 war er dann im Präsidium des Deutschen Ärztetags tätig und wurde 1954 mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnet. Ebenfalls nicht unvergessen sind alte Nationalsozialisten wie Hans Joachim Sewering, langjähriger Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorstandsvorsitzender der Bayerischen Kassenärztlichen Vereinigung sowie Präsident der Bundesärztekammer. Bis in die achtziger Jahre hatte sich die Bundesärztekammer nicht von dieser Tradition distanziert. Kein Wunder,

dass die junge ÄrztInnen dieser Organisation skeptisch gegenüber stand. Erst mit der auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 einstimmig verabschiedeten *Nürnberger Erklärung* erkannte die Ärzteschaft die wesentliche Mitverantwortung von Ärzten an den Unrechtstaten der NS-Medizin an und bekundete tiefstes Bedauern daran, dass Ärztinnen und Ärzte sich zur damaligen Zeit an Menschenrechtsverletzungen schuldig gemacht haben.

Weil wir nicht rauskönnen, müssen wir hineingehen?

Über dieser Kritik an der nationalsozialistischen Vergangenheit der Kammern wurde von uns aber die Diskussion über eine sinnvolle Organisationsform in der Ärzteschaft vernachlässigt. Ob die Landesärztekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechtes organisiert sein müssen, ist sicher fraglich. Viele andere Länder kommen ohne diese Organisationsform aus. Doch gibt es auch Aufgaben die, zumindest theoretisch, sehr gut von ärztlichen Organisationen wie den Ärztekammern angegangen und gelöst werden können. Selbstverständlich hat die Ärzteschaft legitime Interessen, die es durchzusetzen gilt. »Aber wir brauchen eine Berufspolitik, die Ärztinnen und Ärzte als kompetente Mitstreiter für ein Gesundheitswesen begreift, dass optimale Bedingungen für die Gesundheit aller unter gleichen Bedingungen für alle schafft« – so hieß es 1986 im Programm des vdää.

Auch wenn wir mit der politischen Ausrichtung der Kammern in vielen Punkten nicht übereinstimmen, so akzeptieren wir doch, dass Aufgaben wie Berufsordnung, Weiterbildungsordnung, Fortbildung, Qualitätssicherung, Ethikkommissionen oder auch die öffentliche Gesundheitspflege, also Stellungnahmen zu sozialen und politischen Themen, zu den Aufgabenbereichen der Kammern gehören. Im Bereich Menschenrechts-, Flüchtlings- und Umweltpolitik wurden in den vergangenen Jahren, häufig auf Initiative von uns politisch nahestehenden Delegierten, auch sehr fortschrittliche Anträge von den Kammerversammlungen verabschiedet. Bei dieser Einschätzung ist auch zu beden-

ken, dass die Landesgesundheitsministerien und das Bundesgesundheitsministerium politische Ministerien sind, die nicht unbedingt medizinisch kompetent besetzt sind und daher wenig medizinisches Fachwissen mitbringen.

Mit frischem Wind den Muff aufwirbeln

Im Prinzip sind die Kammern also sinnvolle Einrichtungen, die aber politische oder gewerkschaftliche Organisationen der Ärzteschaft nicht ersetzen können. Viele Mitglieder interessieren sich heute kaum für die Ärztekammern, sie ärgern sich allenfalls über bürokratische Bearbeitung ihrer Facharzt-Weiterbildungszeugnisse, aber sie beteiligen sich nicht aktiv oder zumindest passiv an den Kammerwahlen. Die Wahlbeteiligung liegt bei Kammerwahlen heute meistens zwischen 30 und 40 Prozent. Mindestens 60 Prozent der ÄrztInnen also interessieren sich nicht für die Arbeit ihrer Standesorganisation. Zugegeben, es ist nicht immer einfach, sich in dieser konservativen Umgebung politisch zu äußern, und kritische Positionen zu beziehen – oder auch konstruktiv mitzuarbeiten. Aber dies vielleicht zum Trost: Man findet überraschenderweise manchmal auch Mitstreiter, wo man sie nicht vermutet hätte. Der vdää würde es begrüßen, würden sich insbesondere jüngere Mitglieder verstärkt in der Kammerarbeit und den demokratischen Listen organisieren. Ein frischer Wind könnte den alten Standes-Muff gut aufwirbeln.

Mitarbeit in der KV?

Bei den kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gab und gibt es ähnliche Vorbehalte, wie bei den Kammern. Im deutschen Gesundheitswesen gilt das »Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung«: Der Staat delegiert wesentliche Aufgaben und Verantwortungsbereiche an die KVen und die Krankenkassen. Diese erfüllen ihre Aufgaben als »Körperschaften des öffentlichen Rechts« in Eigenverantwortung unter Rechtsaufsicht des Staates. Im Gegensatz zur Bundesärztekammer ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine

Körperschaft des öffentlichen Rechts, die unter staatlicher Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit steht.

Nach Gründung der allgemeinen Krankenversicherung 1883 befanden sich die neuen Krankenkassen in einer starken Situation: sie konnten mit einzelnen Ärzten Verträge abschließen (oder auch nicht) und so die Vertragsbedingungen diktieren. Dagegen opponierte der *Hartmann Bund* als ärztlicher Kampf-bund seit Beginn des letzten Jahrhunderts und erreichte schließlich nach einigen Streiks

1932, dass die KVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts durch eine Notverordnung gegründet wurden. Es gab den Kollektivvertrag, der Preis war die Aufgabe des Streikrechts für Kassenärzte. 1933 wurde die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands, die die regionalen KVen ablöste, durch die Nazis gegründet. Die Vertragsärzte arbeiteten, und ar-

beiten auch heute noch, als Kleingewerbetreibende, die aber nicht direkt von ihren Patienten, sondern indirekt von deren Krankenversicherung honoriert werden. Solange sie als Kleinunternehmer tätig sind und die Vergütung nach Leistung, sei es Anzahl der Patienten oder Menge der erbrachten Leistungen, nicht direkt vom Patienten, sondern über eine Versicherung erfolgt, ist eine quasi-genossenschaftliche Zentralorganisation sinnvoll, da sie eine einheitliche Vergütung der Ärzteschaft und ein einheitliches Versorgungsniveau der Patienten ermöglicht. Selbstverständlich ist eine solche Organisationsform, wie wir sie in unserem Gesundheitswesen vorfinden, nicht gottgegeben und könnte durch andere, eventuell effektivere Strukturen ersetzt werden. Wie diese Strukturen aussehen können, muss Inhalt zukünftiger Diskussionen sein.

Unser Interesse an dieser Organisation, von uns meist nur als »Geldverteilungsmaschinerie« angesehen, war nie besonders groß, wobei, zugegebenermaßen, unsere Wahlchancen bei den Kassenärzten und ihren straffen Organisationen

»Wir brauchen eine Berufspolitik, die Ärztinnen und Ärzte als kompetente Mitstreiter für ein Gesundheitswesen begreift, dass optimale Bedingungen für die Gesundheit aller unter gleichen Bedingungen für alle schafft.«

»Eine Zersplitterung der Kassenabrechnung bedeutet auch eine zunehmende Ungleichheit der medizinischen Versorgung.«

auch nicht sehr groß waren. Doch wurden zwei Aspekte von uns vielleicht unterschätzt: Die KVen haben durch die gemeinsame Selbstverwaltung doch Einfluss auf die konkrete, regionale kassenärztliche Versorgung. Durch die Gesetzgebung der vergangenen Jahre wurden diese Möglichkeiten sogar noch verbessert. Leider werden diese Möglichkeiten wie z.B. striktere Zulassungen oder Sonderzulassungen von den KVen nur beschränkt genutzt. Das traurige Bild, welches die KBV heute in der Öffentlichkeit abgibt, eine Streithansel-Organisation, in der es nur um Macht und Einfluss von Interessengruppen geht und die politisch nicht mehr ernst genommen wird, reizt auch nicht gerade zur Mitarbeit.

Was würde nach der KV kommen?

Zum anderen muss man, wenn es um die Existenzberechtigung der

KVen geht, sich auch Gedanken zu Alternativen machen. Mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) 2004 wurde das Quasi-Monopol der KVen auf der Anbieterseite gebrochen. Stattdessen treten seitdem auch ärztliche Berufsgruppen wie Ärztenossenschaften, Medi-Verbund oder Berufsverbände auf den Plan, die eigene Versorgungsverträge mit den Krankenkassen unter Umgehung der KV abschließen. Die vom Gesetzgeber geförderten und geforderten Selektivverträge drohen die vormals weitgehend einheitliche Versorgungslandschaft im GKV-Bereich zu zersplittern, wobei es fraglich erscheint, ob auf dem Wege der Zersplitterung ein gewünschter Innovationswettbewerb initiiert werden kann – so heißt es im aktuellen Programm des vdää. Eine Zersplitterung der Kassenabrechnung bedeutet auch eine zunehmende Ungleichheit der medizinischen Versorgung, da diese je nach Kasse und Abrechnungsstelle zu unterschiedlichen Bedingungen angeboten wird (z.B. Vorsorgeuntersuchung alle ein oder zwei Jahre, mit

45 oder 48 Jahren, unterschiedliche Qualitätsanforderungen an die LeistungserbringerInnen usw.). Es ist also durchaus vernünftig, wenn nur ein medizinischer Leistungsanbieter mit den Kassen verhandelt und keine konkurrierenden Gruppierungen.

Das Verhältnis des vdää zu den ärztlichen Standesorganisationen hat sich also über die Jahre geändert. Man muss unterscheiden zwischen den Aufgaben und (potentiellen) Möglichkeiten dieser Organisationen und ihren gegenwärtigen Funktionsträgern. Ihr Status als öffentlich rechtliche Einrichtungen kann durchaus in Frage gestellt und in Zukunft intensiver diskutiert werden. Da die Mehrheit der Ärzteschaft sich nicht an den Wahlen beteiligt, wird das Feld weitgehend den konservativen Standesvertretern überlassen. Natürlich darf der politische Einfluss der Standesorganisationen nicht überschätzt werden, aber sie können doch ein Forum für fortschrittliche gesundheitspolitische Stellungnahmen abgeben. Der vdää sollte das nutzen.

Wulf Dietrich



Was wir schon immer über die Arbeit in den Kammern wissen wollten

Im Vorfeld der Planung dieser Ausgabe von GbP hatten wir unsere Mitglieder aufgefordert, Fragen zu den ärztlichen Standesorganisationen und der Mitarbeit in ihnen zu schicken. Im Folgenden einige Fragen und unsere (Kurz-) Antworten (viele Fragen werden in den Texten dieses Heftes beantwortet und sind hier deshalb nicht mehr aufgeführt).

Wieso seid Ihr damals überhaupt in die Ärztekammerarbeit gegangen?

Katastrophenmedizin, atomare Bedrohung, Kriegsgefahr sind ärztliche Themen, die in die Kammern gehören. Außerdem sind wir Pflichtmitglieder und Stellungnahmen der Kammern erfolgen in unserem Namen. Das wollten wir uns nicht weiter bieten lassen und deshalb haben wir für die Kammern kandidiert.

Was war denn der Vorteil daran, eine KV zu haben / warum war das gewollt?

Wie im Artikel zu den Standesorganisationen ausgeführt, hatten die Krankenkassen bis Ende der zwanziger Jahre eine relativ starke Position gegenüber der Ärzteschaft, sie bestimmten die Bedingungen, sie entschieden, wer Kassenarzt werden durfte. Unter Führung des *Hartmann-Bundes* wurde dieses Monopol bekämpft. Die 1932 gegründeten KVen brachten eine einheitliche Abrechnungsstelle und ermöglichten jeder Ärztin und jedem Arzt die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung.

Wie würdet Ihr den Einfluss der Ärztekammern im Laufe der Zeit beurteilen, wie hat sich also auch die Relevanz der politischen Arbeit über die Jahre in ihnen geändert?

Vor 20 bis 30 Jahren hatte die BÄK einen starken politischen Einfluss. Noch bis vor einigen Jahren war die Teilnahme des Gesundheitsministers an DÄT quasi Pflicht. Da die organisierte Ärzteschaft immer nur nach hinten schaute und sie keine relevanten Antworten auf dringende Fragen des Gesundheitswesens hatte, nahm der Einfluss rapide ab. Heute werden Ärztetage von der Presse kaum noch zur Kenntnis genommen. Wir charakterisierten das einmal in einer Erklärung: »Die Hunde bellen, aber die Karawane zieht weiter«.

Was würdet Ihr jungen MedizinerInnen erwidern, die nicht in der Ärztekammer politisch aktiv werden, weil sie den gesamtge-

sellschaftlichen Einfluss von z.B. der nächsten Änderung der Weiterbildungsordnung einfach nicht so hoch ansetzen wie andere gesellschaftliche Probleme?

Jeder soll sich dort organisieren, wo er/sie ihre politischen Vorstellungen am besten durchsetzen kann. Wer nur Kammerarbeit macht, gerät in Gefahr, letztlich Standespolitik zu machen. Auch wenn gesamtgesellschaftlich vielleicht nicht besonders relevant, sollte die Bedeutung einer Weiterbildungsordnung nicht unterschätzt werden. Hier werden die Weichen für die Allgemeinmedizin oder die sprechende Medizin gestellt – also auch für die Versicherten letztlich wichtige Fragen verhandelt.

Und schließlich: Es kann auch Spaß machen, die Phalanx der Konservativen aufzubrechen außerdem bringt es einen auf den Boden der politischen Tatsachen, wenn man sieht, wie konservativ weite Kreise der Bevölkerung doch sind.

Ist es aus einer linken Perspektive nicht konsequenter, sich berufsübergreifend zu organisieren und zusammen mit anderen Berufsgruppen zu streiten?

Das schließt sich nicht aus. Natürlich soll man sich gewerkschaftlich organisieren, aber es gibt spezielle Probleme, die man über die Kammern angehen und lösen kann. Außerdem sollte man das gesellschaftliche Ansehen der Ärzteschaft nicht unterschätzen, was bei bestimmten Aktionen nicht zu unterschätzen ist (z.B. kritische Stellungnahmen des DÄT zu TTIP).

Wie sahen Eure Kämpfe gegen die Altnazis in der Ärzteschaft aus?

Siehe den Artikel zur Geschichte der Standesorganisationen. Uns drehte es sich aber hauptsächlich um die Frage, wie große Teile der Ärzteschaft in der NS-Zeit eine verbrecherische Medizin betreiben konnten, weniger um Personen. Wie konnte eine solche Medizin möglich sein?

Die Parole Dutschkes war: »Marsch durch die Institutionen« – ist daraus für uns linke Ärzte nicht einer in die Institutionen hinein geworden? Warum? Und welche Position müsst(en) wir – in Abgrenzung – zu den »anderen Ärzten« einnehmen?

Wir wollen und müssen uns nicht immer »abgrenzen« oder »dagegen« sein. Wir versuchen, »für« unsere Ansichten einzutreten und Mehrheiten zu gewinnen. Häufig sind

es die anderen, die »dagegen« sind. Wir haben z.B. auf dem DÄT 1988 in einer sehr knappen Abstimmung erreicht, dass der DÄT in Berlin unter dem Hauptthema Medizin und Nationalsozialismus stand. Wir haben 2012 auf dem DÄT die einstimmig verabschiedete »Nürnberger Erklärung« eingebracht, mit der die Ärzteschaft ihre Schuld an der NS Medizin anerkannte.

Warum dürfen Ärztetage weiterhin (unbehelligt von vdää-Aktionen) stattfinden?

Wir haben, wenn es einen Anlass gab, immer Aktionen vor Ärztetagen durchgeführt (z.B. gegen die Teilnahme des rassistischen südafrikanischen Ärzteverbandes). Aber wir konzentrieren uns mehr auf inhaltliche (Überzeugungs-)arbeit.

Wie lautete unser erster Antrag, wenn wir beim Deutschen Ärztetag die Mehrheit der Delegierten stellten?

Wir würden Winfried Beck und Uli Deppe die Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft verleihen, denn sie haben es durch praktische Aktivität und theoretische Arbeit ermöglicht, dass wir dort die Mehrheit erreicht haben. Wir würden dann die Wählbarkeit der Delegierten für den Ärztetag und alle Organisationen der Bundesärztekammer auf zwei Legislaturperioden begrenzen, denn viele der heutigen Delegierten sind schon auf ihren Sitzungsstühlen versteinert. Schließlich würden wir zwei Quoren einführen: 50 Prozent Frauenanteil und 50 Prozent der Delegierten nicht älter als 40 Jahre bei der Wahl. Dies würde die Anzahl der Delegierten drastisch von jetzt 250 auf ca. 50 senken und enorme Kosten sparen.

Wie würde die Politik auf diesen DÄT-Beschluss reagieren?

Sie würde sie wohl gar nicht bemerken, denn die Ärztetage spielen politisch heute nur noch eine untergeordnete Rolle.

Wie viele Mitglieder hat der vdää im Jahr 2026?

Wahrscheinlich werden wir, wenn wir unser Programm beibehalten, noch nicht die Mehrheit der Ärzteschaft organisiert haben, denn bei aller potentiellen Fortschrittlichkeit, gibt es doch einen gewissen intrinsischen Konservatismus in der Ärzteschaft. Es sei denn, wir schließen uns der FDP an.

Antworten von: Wulf Dietrich



Protestaktion anlässlich des 1. World Health Summit in Berlin 2009

Jeder, der kann, darf

Wulf Dietrich zur Gebührenordnung für Ärzte

Wulf Dietrich erläutert den Hintergrund des Sonderärztetags, bei dem es ausschließlich um die Reform der Gebühren-Ordnung für Ärzte ging. Ein Trauerspiel...

Die Ärzte und das Geld – ein altes und immer noch leidiges Thema. Die Gebühren-Ordnung für Ärzte (GOÄ) regelt die Vergütung von Ärztinnen und Ärzten gegenüber PatientInnen, die nicht gesetzlich versichert sind. Im Wesentlichen findet sie Anwendung bei der Abrechnung ärztlicher Leistungen bei privat versicherten und beihilfeberechtigten PatientInnen. Sie sollen den Wildwuchs ärztlicher Abrechnungen einschränken und die Rechnungsstellung transparenter machen. Ärzte dürfen ihre Leistungen nicht frei kalkulieren, sondern unterliegen dieser Gebührenordnung. Ähnliche Regelungen gelten für Rechtsanwälte oder Architekten. Im Prinzip eine vernünftige Regelung. Die vertragsärztlichen Leistungen werden dagegen über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet.

Die GOÄ wird als Rechtsverordnung vom Ministerium für Gesundheit erlassen. Es hat sich eingebürgert, den Entwurf einer ärztlichen Gebührenordnung in die Verant-

wortung der Selbstverwaltung der Ärzteschaft zu legen. Obwohl diese selbst keine Körperschaft des öffentlichen Rechtes sondern nur als rechtsfähiger Verein organisiert ist, obliegt der Bundesärztekammer, in der immerhin ca. 50 Prozent angestellte Ärztinnen und Ärzte, die im Prinzip nicht von der GOÄ profitieren, zwangsorganisiert sind, die Verhandlung über die GOÄ und damit die Verbindung zu den privaten Versicherungsträgern. Dies ist eine wesentliche Aufgabe der Kammern.

Obgleich immer wieder ange-mahnt, wurde die GOÄ seit über 20 Jahren im Wesentlichen nicht mehr geändert. Natürlich konnte die Ärzteschaft neue technische Leistungen über so genannte Analogziffern abrechnen. Auch können Leistungen innerhalb eines Gebührenrahmens vom einfachen bis zum dreieinhalbfachen Satz je nach Zeitaufwand und Schwierigkeit abgerechnet werden. Mit Zustimmung der Patienten können auch höhere Steigerungssätze vereinbart werden.

Seit Jahren nun versuchte die Bundesärztekammer, einen komplett neuen Entwurf der GOÄ auszuarbeiten. Vom Ministerium bekam sie die Auflage, einen gemeinsamen Entwurf mit der privaten Versicherungswirtschaft und den für die Beihilfe zuständigen Stellen vorzulegen. Erst wenn dieser gemeinsame Entwurf vorläge, wollte das Ministerium über die Rechtsverordnung entscheiden. Ein entsprechender Entwurf wurde Ende 2015 nach langen und zähen Verhandlungen vorgelegt. Die Verabschiedung dieser Verordnung ist, da sie in die Rechte der Bundesländer eingreift, bundesratspflichtig. Deshalb ist auch fraglich, ob der jetzige Entwurf verabschiedet werden wird, da die SPD schon Ablehnung im Bundesrat signalisiert hat.

Der vdää tritt seit seiner Gründung für ein einheitliches Krankenversicherungssystem für alle Bürger ein. Daher ist aus Sicht des vdää neben dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für die Abrechnung von Leistungen bei gesetzlich ver-

sicherten Patientinnen und Patienten, auch kein paralleles Abrechnungssystem notwendig. Im Gegenteil, ein solches paralleles System ist die Grundlage für eine Zwei-Klassen-Abrechnung – insbesondere dann, wenn die Vergütung gleicher Leistungen zu völlig unterschiedlichen Preisen erfolgt. Bekanntermaßen ist die Abrechnung von Leistungen bei privatversicherten Patienten für die ÄrztInnen weitaus lukrativer als bei gesetzlich Versicherten. So ist die Gleichbehandlung gleicher Fälle – unabhängig vom Versichertenstatus – nicht gewährleistet. Die Gleichbehandlung muss sich auf Gleichheit des Zugangs zur Versorgung und deren Qualität beziehen. All das ist mit dem Zwei-Klassen-System von GKV und PKV nicht erreichbar.

Im Januar 2016 wurde nun auf Verlangen von drei Landesärztekammern ein außerordentlicher Deutscher Ärztetag einberufen. Einziger Tagesordnungspunkt war die Novellierung der GOÄ bzw. die Kritik am vorliegenden Entwurf. Die Kritiker des Entwurfes warteten mit einer absurden Argumentation auf: Die Freiheit der ärztlichen Tätigkeit würde durch die Beteiligung von privaten Krankenversicherungsträgern und der Beihilfe eingeschränkt. Die Privat-Abrechnung sei ausschließlich eine Angelegenheit zwischen Arzt und Patient, in die sich keine dritte Stelle einmischen dürfe.

Es ist geplant, dass eine gemeinsame Kommission von Ärzte- und Versicherungsvertretern eingerichtet wird, die die Anwendung und Weiterentwicklung der GOÄ begleiten soll. Schon jetzt gibt es einen gemeinsamen Bewertungsausschuss, der analoge Abrechnungsempfehlungen entwickelt. Dass schließlich die Versicherungsträger für die Behandlung aufkommen müssen und dass sie deshalb natürlich ein Recht auf die Bewertung der Vergütung haben, interessierte die ärztlichen Kritiker nicht. Einige Kritiker erwarteten auch, dass es einen 30-prozentigen Inflationsausgleich für die Preissteigerungen der vergangenen Jahre geben müsse – was natürlich Trauertänzerie realitätsferner Ärztefunktionäre ist. Nicht der Patient, sondern der Arzt steht hier im Mittelpunkt des Interesses.

Aus Sicht des vdäa war dies eine unsinnige Diskussion, an der sich deshalb etliche unsere Delegierten gar nicht mehr beteiligen wollten. Unter dem ideologischen Deckmantel der Freiberuflichkeit sollen hier die monetären Interessen von Teilen der Ärzteschaft durchgesetzt werden. Als Ergebnis verabschiedete der Sonderärztetag eine Resolution, die den bisher vorliegenden Entwurf des Vorstands der Bundesärztekammer unterstützte.

Da er für ein einheitliches Versicherungs- und Abrechnungssystem eintritt, hält der vdäa eine Revision der GOÄ für überflüssig. Schon der jetzige Entwurf der GOÄ – soweit er bisher bekannt ist – enthält keinerlei Elemente einer modernen Krankenversicherung:

Es fehlen:

- eine Qualitätssicherung der erbrachten Leistung,
- Qualitätsanforderungen an den Leistungserbringer und seine Gerätschaften,
- eine gesicherte Bedarfsplanung,
- Mengengrenzungen,
- Arzneimittelrichtlinien,
- Nutzenbewertung von Arzneimitteln,
- Maßnahmen zur Verhinderung überflüssiger und schädlicher Leistungen.

Solange es noch eine GOÄ geben muss, wären dies die Mindestforderungen an eine Neufassung. Da es keine zentrale Abrechnungskontrolle durch eine KV-ähnliche Einrichtung und keinerlei Steuerungs- und Kontrollmaßnahmen gibt, herrschen in der PKV chaotische Abrechnungsbedingungen. Jeder, der kann, darf. Behandlung von in der PKV versicherten Patienten ist weiterhin wilder Westen: Dort herrschen Über- und Fehlversorgung sowie Abrechnungs-Willkür. In ihrer Struktur ist die GOÄ ein Relikt aus Kaisers Zeiten. Jede Ärztin und jeder Arzt kann praktisch ohne Kontrolle und Nachweis seiner Fähigkeiten private Rechnungen nach der GOÄ stellen.

Natürlich waren diese Kritikpunkte nicht Thema auf dem Sonderärztetag in Berlin.

Die GOÄ, sollte sie dann wirklich kommen, wird auch weiterhin die Trennung in zwei unterschiedliche Abrechnungssysteme für ver-

schieden versicherten Patienten zementieren und damit eine Zwei-klassen-Medizin festigen. Gefahr droht der GOÄ von zwei Seiten: Zum einen ist die Versicherungsindustrie nicht mehr besonders an der Aufrechterhaltung einer privaten Vollversicherung interessiert, da sie letztlich zu teuer und zu wenig lukrativ wird. Schon jetzt steigen einige Versicherungen aus dem Geschäft mit der privaten Vollversicherung aus. Zum anderen würde natürlich die Einführung einer Bürgerversicherung die Notwendigkeit einer zweiten Abrechnungsordnung obsolet machen. Es ist zu wünschen, dass dieser zweite Fall eintreten möge.

Und zu guter Letzt: Inzwischen hat sich die SPD festgelegt und wird einer Verabschiedung einer GOÄ im Bundesrat nicht zustimmen. Begründung: Sie wünscht eine einheitliche Vergütungsordnung für privat und gesetzlich versicherte Patienten. Hoffentlich bleibt sie dabei. Und zu aller guter Letzt: Jetzt hat auch der Vorstand der Bundesärztekammer Mitte März den vorliegenden GOÄ Entwurf beendet – das Ende eines Trauerspiels.

»Unter dem ideologischen Deckmantel der Freiberuflichkeit sollen hier die monetären Interessen von Teilen der Ärzteschaft durchgesetzt werden.«

Wulf Dietrich





Fruchtbare Diskussionen über das Gesundheitswesen der DDR – vää on tour 2010 in Eisenhüttenstadt

Es liegt – für uns – nahe, in diesem Heft zur Ärztlichen Selbstverwaltung auch zu fragen, wie das in der DDR war – in einem staatlichen, sozialistischen Gesundheitssystem, das für sich beanspruchte, die konservativen ständischen Strukturen zu überwinden. Wir haben deshalb Miro Chasowski gefragt, der lange in der DDR als Arzt gearbeitet hat und dort und dann auch hier gesundheitspolitisch aktiv war, uns eine Einschätzung zu geben. Er kommt u.a. zu dem Schluss, dass hinter unserer scheinbar schlichten Frage viel größere Dimensionen von konzeptioneller Gesundheitspolitik zum Vorschein kommen, die eine Debatte anstoßen könnten, für die die Zeit vielleicht endlich reif ist.

Viel größere Dimensionen...

Miro Chasowski zur Frage nach ärztlicher Standesvertretung in der DDR

Die Frage nach ärztlicher Selbstverwaltung in der DDR setzt – wie so viele Fragen nach Vielem in der DDR – gute Kenntnisse derselben voraus, damit die Antwort nicht zu verkürzt und unhistorisch ausfällt. Man müsste also zunächst das DDR-Gesundheitssystem darstellen und besser noch: es gut kennen, um zu verstehen, dass für die in Deutschland herkömmlichen ärztlichen Standesvertretungen, die nach 1990 auch in Ostdeutschland wieder eingeführt wurden, in der DDR kein Platz war – und für manche auch wirklich kein Bedarf.

Natürlich gibt es gute Gründe für ärztliche Selbstverwaltung: Der ärztliche Beruf gilt als Freier Beruf oder Profession. Seine Ausübung setzt besondere Kenntnisse voraus und ›Berufung‹, Bereitschaft zu verantwortungsvoller Tätigkeit nicht allein des Einkommens wegen, Verpflichtung auf das Gemeinwohl, Dienst an der Gesellschaft mit persönlichem Gestaltungsspielraum und eigener Berufsethik. So etwas braucht *kritische* Selbstverwaltung. Doch auch hier gilt: Andere Länder, andere Sitten. Die britische Art ärztlicher Selbstverwaltung ist eine andere als die ehemals Reichs-, dann west- und jetzt wieder gesamtdeutsche. Die britische ist freier, demokratischer und

unabhängiger von der Obrigkeit. In Deutschland sind Ärzte zu Mitgliedschaft in Ärztekammern und – sofern sie niedergelassen sind – in Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet. Beide Vertretungen sind halbstaatliche Einrichtungen. Und in der DDR, wie war es da?

Beruflich waren Ärzte in *Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften* organisiert, bei freiwilliger Mitgliedschaft. Die Gesellschaften sorgten für regen fachlichen Austausch. Sie gehörten zu fünf *Dachgesellschaften* (Klinische Medizin, Experimentelle Medizin, Gesamte Hygiene, Stomatologie, Pharmazie). Deren Präsidenten bildeten den *Koordinierungsrat der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften*. Die Gesellschaften waren maßgeblich an der medizinischen Weiter- und Fortbildung beteiligt. Diese wurde insgesamt von der *Akademie für Ärztliche Fortbildung* koordiniert, einer akademischen Einrichtung mit Lehrstühlen, Promotions- und Habilitationsrecht für viele Fachgebiete. Beiträge zur Weiter- und Fortbildung erschienen in der *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung*, darunter, seit etwa 1977 auch zu Leitlinien für die Behandlung häufiger Krankheiten. Ein zentraler Gutachterausschuss für das Arzneimit-

telwesen entschied über die Zulassung von Medikamenten in der DDR. Medizin-ethische Themen wurden in den Fachgesellschaften seit den frühen 80er Jahren behandelt. 1980 bildeten 25 Mitglieder die ›Arbeitsgruppe Ethik in der Medizin‹. 1987 wurde an der Martin-Luther-Universität Halle der erste Lehrstuhl für Medizinische Ethik in Deutschland geschaffen.

Die medizinische Ausbildung erfolgte an den medizinischen Fakultäten von sechs Universitäten (Rostock, Greifswald, Berlin, Halle, Leipzig, Jena) sowie den drei Medizinischen Akademien (Magdeburg, Erfurt, Dresden). Sie folgte Studienplänen, die zwischen den medizinischen Fakultäten und Akademien und dem Hochschulministerium in Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium vereinbart wurden. Die Ausgestaltung der Studienpläne im Einzelnen war den Hochschulen und jeweiligen Hochschullehrern überlassen. Den Studenten stand als elementares Ausbildungsmaterial eine geschlossene Lehrbuchreihe für alle medizinischen Fachgebiete zur Verfügung. Diese wurde fortlaufend aktualisiert. Im Ministerium für Hoch- und Fachschulwesen war für die Ausbildung ein spezieller ›Bereich Medizin‹ zu-

ständig. Dieser wurde seit 1982 von einem eigens dafür eingesetzten stellvertretenden Hochschulminister geleitet, der selbst als Hochschullehrer und in der medizinischen Forschung tätig war.

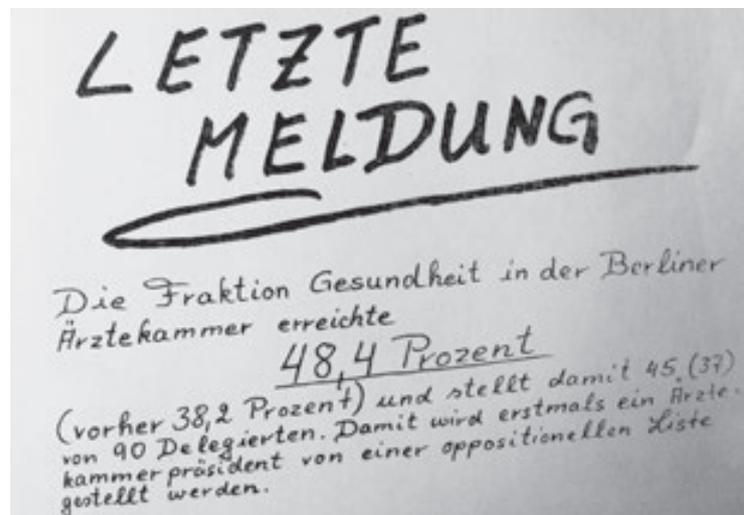
1980 wurde ein *Rat für Medizinische Wissenschaften* gebildet, hervorgegangen aus dem 1962 gegründeten *Rat für Planung und Koordinierung der Medizinischen Wissenschaften*. Ihm gehörten ca. 40 führende Wissenschaftler aus Medizin und Biowissenschaften an. Diese setzten sich jährlich mehrfach mit dem wissenschaftlichen Vorlauf für die medizinische Praxis auseinander. Die Themenpalette war breit. Besondere Aufmerksamkeit galt den *Medizinischen Hauptforschungsrichtungen*, darunter für Tumorerkrankungen, Kreislaufforschung, Künstlichen Organersatz und Biomaterialien, Schwangerschaft und frühkindliche Entwicklung. Ein weiterer Schwerpunkt war das biomedizinische Komplexprogramm *MO-GEVUS* (Molekulare Grundlagen von Entwicklungs-, Vererbungs- und Steuerungsprozessen).

Selbstverwaltung der Profession kann, technisch gesehen, unterschiedlich daher kommen. In der DDR war sie schon deshalb überflüssig, weil die ambulante Medizin von angestellten Ärzten in Polikliniken und Ambulatorien bestritten wurde. Eine Institution, die das Geld nach erbrachten Leistungen verteilte, war unnötig. Entscheidend sind letztlich weniger die Verwaltung und Vertretung des Selbst als die inhaltlichen Aufgaben und Ziele. Aber wie immer man die Sache darstellt, nach heutigen Maßstäben kann ein verdächtiger Eindruck von Demokratie-Defizit bleiben, der die Wirklichkeit jedoch nicht richtig spiegelt. Aus dem Fehlen herkömmlicher Formen ärztlicher Selbstverwaltung in der DDR auf ein Demokratie- oder Freiheits-Defizits zu schließen, greift zu kurz. Von einem Mangel an ärztlicher Mitbestimmung und Selbstverwaltung in der DDR in professionellen Belangen kann tatsächlich keine Rede sein. Diese vollzog sich nur nicht in Ärztekammern und Berufsverbänden, sondern in Fachgesellschaften, dem Koordinierungsrat, der Akademie für Ärztliche Fortbildung, dem Rat für Medizinische Wissenschaften,

in den medizinischen Fakultäten und Akademien in engem Zusammenwirken mit dem Gesundheitsministerium, dem Bereich Medizin des Ministeriums für Hoch- und Fachschulwesen und Medizin-relevanten Einrichtungen der Akademie der Wissenschaften der DDR. Dabei ging es im Kern um die wissenschaftlichen Grundlagen und deren Umsetzung in der ärztlichen Praxis. In der DDR hatte die Medizin ein Konzept, eingeordnet in ein gesamtgesellschaftliches, nicht aber vorrangig wirtschaftliches. So gesehen war der ärztliche ›Stand‹ in der DDR eher in einer besseren Lage, abgesehen von vielen Schwächen und Mängeln im wirklichen Leben. Vor allem aber wurde das Gesundheitsministerium von medizinischem Sachverstand geleitet. Ludwig Mecklinger, Gesundheitsminister von 1971 bis Anfang 1989, war Arzt und prägte die Gesundheitspolitik in ärztlicher Sicht. Sein Nachfolger im Amt, Klaus Thielmann, setzte Akzente für eine langfristige Strategie des Gesundheitswesens, bis 1990 eine Übergangsregierung die Angleichung an die BRD einleitete.

Ärztliche Standesvertretungen jeglicher Art, Kammern, Bünde, medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften usw., tragen Verantwortung für eine sozial gerechte und zukunftsfähige Medizin. Es wird von ihnen maßgebliche Einwirkung auf die konzeptionellen und strategischen Grundlagen für eine auf fachliche und ethische Prinzipien der Profession festgelegte Gesundheitspolitik erwartet. Nach der Gründung der beiden deutschen Staaten im Jahr 1949 wurden auf beiden Seiten der innerdeutschen Grenze unterschiedliche Entscheidungen zu gesundheitspolitischen Schwerpunkten getroffen. In der BRD entschied man sich für das Primat von Diagnostik, Therapie und Nachsorge, in der DDR für ein prophylaktisch orientiertes Gesundheitswesen. Hier bestmögliche Behandlung Kranker, da so wenig Kranke wie möglich. So unterschiedlich wie die strategischen Ziele, so verschieden waren die Folgen für Strukturen und Funktionen, Finanzierung, Beziehungen zur Wirtschaft usw. In der DDR galt besondere Aufmerksamkeit dem Betriebsgesundheitswe-

sen, dem Kinder- und Jugendgesundheitschutz, der Förderung von Allgemeinmedizin und hausärztlicher Versorgung, in der BRD konzentrierte man sich auf den Ausbau der stationären Betreuung, moderne Medizintechnik, Vielfalt



medizinischer Versorgung. Auf diese Entwicklungen nahmen in der BRD ärztliche Standesvertretungen und medizinrelevante Industriezweige Einfluss, in der DDR medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften sowie dem Gesundheitsministerium zugeordnete Gremien und Beiräte.

Das DDR-Gesundheitsministerium selbst leistete wesentliche strategische Arbeit. Diese stützte sich auf Artikel 16 (3) der Verfassung der DDR von 1949. Der bezog sich auf die Erhaltung der Gesundheit. Im Grundgesetz der BRD erscheint ›Gesundheit‹ nur im Sachwortverzeichnis mit Hinweis auf ›konkurrierende Gesetzgebung‹. Gesundheit gilt hier als Ländersache, was einem nationalen Gesundheitskonzept und einer Strategie zu dessen Umsetzung wenig förderlich ist. Wenn darüber nachgedacht wird, was aus den unterschiedlichen Entwicklungen von Medizin und Gesundheitswesen in über 40 Jahren getrennter Existenz und unterschiedlicher Erfahrungen zweier deutscher Staaten und Gesellschaften gelernt werden kann, muss man u.a. hier ansetzen. Die gegenwärtige Pandemie chronischer nicht-übertragbarer Krankheiten fordert ein strategisches Vorgehen.

Politik ohne Facebook und Twitter: Erfolgsmeldung von den Berliner Ärztekammerwahlen 1987 – Ellis Huber wurde zum Kammerpräsident gewählt

»In der DDR hatte die Medizin ein Konzept, eingeordnet in ein gesamtgesellschaftliches, nicht aber vorrangig wirtschaftliches.«

Die organisierte Profession sollte dafür notwendige gesundheitspolitische Schritte vorschlagen und auf deren Realisierung bestehen. Ein logisches Instrument wäre eine Nationale Gesundheitsstrategie. Auf

Ansätze dieser Größenordnung stößt man, wenn man beginnt, über ärztliche Ständesvertretung ernsthaft nachzudenken.

Von Ärztevertretungen wird neben der Mitwirkung an und Förderung von ärztlicher Aus-, Weiter- und Fortbildung,

Entwicklung der Fachgebiete, Qualität der medizinischen Versorgung, Wahrung medizinethischer Grundsätze, Schaffung wissenschaftlichen Vorlaufs, strategisch-konzeptioneller Entwicklung der Medizin usw. auch Unterstützung sozialer Belange der ÄrztInnen erwartet. Diese gewissermaßen gewerkschaftliche Funktion hat unter marktwirtschaftlichen Bedingungen eine andere Bedeutung als für ein staatliches Gesundheitswesen mit angestellten Ärzten zu festen Gehältern. Gewerkschaftlich waren Ärzte in der DDR wie alle Werktätigen im *Freien Deutschen Gewerkschaftsbund* (FDGB) organisiert. Die

Mitgliedschaft war im Prinzip freiwillig, praktisch aber unverzichtbar. Im FDGB und mit diesem wurde über Gehälter in einheitlicher Weise entschieden. Die Bezüge waren sehr niedrig. Das führte zu Unmut. Erst gegen Ende der DDR konnte das Gesundheitsministerium in der Regierung eine deutliche Erhöhung der ärztlichen Gehälter durchsetzen.

In der Rückschau waren ÄrztInnen in der DDR in ihrer beruflichen Tätigkeit freier als heute. Es gab viele Mängel, doch keine mit derzeitigen wirtschaftlichen Zwängen, Bürokratismen und Formalismen vergleichbaren Behinderungen ärztlicher Tätigkeit. Ärztekammern, Hartmannbund, Marburger Bund, nicht zu reden von den Kasenärztlichen Vereinigungen und weiteren Ärztevertretungen sind nicht in der Lage, der Beeinträchtigung ärztlicher Arbeit durch markttypische Modalitäten, Verwaltungsprozesse und Kontrollmechanismen hinreichend wirksam zu begegnen. Hinzu kommt Arbeitsaufwand für medizinisch nicht oder unzureichend indizierte Leistungen allein zu juristischer Absicherung sowie für deren Eindämmung. Die Macht heutiger Ständesvertretungen reicht offensichtlich nicht aus, um der Medizin einen hinreichenden Freiraum für ärztliche Tätigkeit nach den Maßstäben der Profession zu sichern. Das stellt den Wert gegenwärtiger ärztlicher Selbstverwaltung in Frage. Wir haben eine Medizin, die als Wirtschaftssektor, ›Gesundheitswirtschaft‹, Dienstleistungsbereich einer market driven society mit immer aufwändigeren kurativen Leistungen wirtschaftlich prächtig gedeiht. Ohne strategisches Konzept zur Reduzierung des Erkrankungsrisikos stößt das aber allein schon aus Kostengründen und mehr noch aus moralischen an Grenzen. Es bedroht die Wahrung des Gleichheitsprinzips, damit ärztliches Credo und die Glaubwürdigkeit demokratischer Ordnung.

Wenn aus der Vergangenheit etwas für heute gelernt werden soll, muss man sorgfältig hinterfragen, bei der Verfassung beginnend. Selbst die Weimarer Verfassung widmete dem Gesundheitsschutz einen eigenen Artikel. Der wurde, von der DDR-Verfassung 1949 fast

wörtlich übernommen. Ein Gesundheitsministerium gegenwärtigen Formats ist offensichtlich nicht in der Lage, zukunftsfähige Gesundheitspolitik zu gestalten. Auf Kranke zu warten und diese mit wirtschaftlichem Kalkül zu bedienen ist keine Gesundheitspolitik. Gesundheitspolitik in des Wortes wirklichem Sinn setzt Umdenken voraus, pro-aktives Vorgehen, nicht nur Re-agieren, wissenschaftlich-sozialen Fortschritt, nicht nur wissenschaftlich-technischen. Und das auch gegen den Geist einer Zeit der Kommerzialisierung aller Lebensbereiche usw. fsf.

Das Kernproblem, das hinter der Frage nach Selbstverwaltung der Profession in der DDR zum Vorschein kommt, ist nicht eigentlich die DDR. Es geht um das Selbstverständnis der Medizin. Wer sind wir, was muss geschehen, um die Medizin aus ihrer fatalen Starre zu lösen? Ihr sagt ›Gesundheit braucht Politik‹. Das ist richtig, nur muss die organisierte Profession selbst, vielleicht als Ärztekammer mit Weitblick und eigenen politischen Positionen, ernst zu nehmende Gesundheitspolitik auf den Weg bringen. Die DDR war nicht wirklich ein Vorbild, aber sie hat immerhin einen Denkanstoß gegeben, indem sie es anders machte als vorher und es heute in Deutschland wieder allgemein Praxis ist, wenngleich nicht unwidersprochen. In der DDR wäre nicht viel selbst zu verwalten gewesen, heißt es. In ärztlicher Verantwortung selbst zu bestimmen und zu verantworten aber war nicht weniger als heute. Ganz im Gegenteil. Nur waren die Ärzte in der DDR kein ›Stand‹, den es zu bewahren galt, sondern ›Werktätige‹ wie alle anderen auch. Das war nicht in jeder Hinsicht sinnvoll, aber es gab weniger Ständedünkel, keinen Ansatz für Bemühungen um Ständesrechte. Es ging mehr um die Sache, den Inhalt, die Aufgabe.

»Auf Ansätze dieser Größenordnung stößt man, wenn man beginnt, über ärztliche Ständesvertretung ernsthaft nachzudenken.«





vdää on tour 2014 nach London: bei der Demo am 1. Mai wird auch gegen die Privatisierung des NHS demonstriert

Ärzteorganisationen in Spanien

von Marciano Sánchez Bayle*

Die Ärztevereinigungen in Spanien weisen einige Charakteristika auf, die als deutliches Erbe der Franco-Diktatur betrachtet werden können. Grob betrachtet, gibt es vier Arten der Organisationen: Ärztekammern (los colegios de médicos), Gewerkschaften (los sindicatos), wissenschaftliche Verbände (las asociaciones científica) und die Ärzteverbände (las asociaciones profesionales).

In den Ärztekammern, die als markante Vertreter des Erbes der Diktatur bezeichnet werden können, besteht Zwangsmitgliedschaft für alle Ärzte (kein Arzt darf ohne Mitgliedschaft in Spanien arbeiten, selbst wenn er im öffentlichen Gesundheitswesen oder in der Gesundheits-Verwaltung arbeitet, oder keine ärztliche Tätigkeit ausübt). Außerdem basiert die Organisation auf einem Mehrheitswahlrecht in den örtlichen (provinciales) Ärztekammern (eine Stimme mehr reicht aus, um den ganzen Vorstand zu besetzen) sowie indirekten Wahlen der Vereinigung der regionalen Ärztekammern, bei deren Abstimmung nur die Präsidenten der (örtlichen) Ärztekammern stimmberechtigt sind. Auf diese Weise hat sich ein bürokratischer

Apparat entwickelt, der auf Kosten der Ärzte und unter großem Einfluss der Pharmaindustrie arbeitet. Die Ärzte zeigen im Allgemeinen wenig Interesse an den Ärztekammern und nehmen nicht an den Wahlen teil (an den letzten Ärztekammerwahlen in Madrid gaben nur 13 Prozent der 35.000 Ärzte ihre Stimme ab). Darüber hinaus gibt es eine Bewegung, die eine freiwillige Mitgliedschaft fordert, zumindest für die Beschäftigten im öffentlichen Gesundheitswesen. In jedem Fall handelt es sich um Institutionen mit großer Macht und Wirtschaftskraft, aber nur geringer Unterstützung unter der Ärzteschaft.

Die Ärztekammern in Spanien sind in vielen Bereichen aktiv:

- Sie agieren als Lobby zur Verteidigung der konservativsten Positionen innerhalb der ärztlichen Profession, zum (gegenseitigen) Nutzen der pharmazeutischen Industrie und der privaten Krankenversicherungsgesellschaften. Sie setzen eine Reihe bürokratischer Formalitäten um wie die Registrierung der Ärzte, Zertifizierungen für diejenigen Mitglieder, die im Ausland arbeiten wollen, und die Registrierung/

Anerkennung derjenigen ausländischen Ärzte, die in Spanien arbeiten wollen (vorwiegend aus Lateinamerika).

- Sie organisieren alle Arten von Aktivitäten – von sozialen und kulturellen Aktivitäten bis zu Fortbildungskursen. Im Allgemeinen stellen sie Bibliotheken bereit, die nicht besonders aktuell sind (da sie keine Subskriptionen haben, die den Mitgliedern einen online-Zugang zu Zeitschriften ermöglichen würden).
- Sie haben umfangreiche Beziehungen mit Versicherungsgesellschaften und bieten ihren Mitgliedern dadurch vergünstigte Versicherungsbedingungen.
- Sie haben Rechtsberatungsstellen für die Mitglieder mit geringem Nutzen (Garantie) für die Mehrheit (der Mitglieder), da sie auf die private medizinische Praxis spezialisiert ist, die in Spanien in der Minderheit ist.
- Sie unterhalten eine institutionelle Vertretung in verschiedenen (staatlichen) Organisationen (Bundesländer, autonome Gemeinden), Gesundheitsministerium, Bildungsministerium.
- Sie unterhalten zahnärztliche

Marciano Sánchez Bayle erläutert uns die verschiedenen ärztlichen Organisationsformen in Spanien. Vieles davon kommt uns sehr bekannt vor...

Kommissionen mit spärlichen Aktivitäten und sehr konservativer Ideologie.

Es gibt zwei Gewerkschaften, die die Ärzte vertreten: allgemeine Gewerkschaften, in denen auch nicht-ärztliche Beschäftigte vertreten sind (CCOO, UGT und einige regionale Gewerkschaften in Gallizien, Katalonien und dem Baskenland), sowie ärzte-spezifische Gewerkschaften, von denen CESM (Staatliche Vereinigung der ärztlichen Gewerkschaften) neben einigen kleineren linken Gewerkschaften die größte ist. CESM erhält den größten Zulauf

von Ärzten, allerdings auf niedrigem Niveau – vermutlich nicht mehr als fünf Prozent – und die Zahlen variieren nach Regionen (Comunidades Autónomas, CCAA, entspricht in etwa den deutschen Bundesländern). Die Mediziner-Gewerkschaften konzentrieren sich auf arbeitsrechtliche Probleme und sind, wie die Ärztekammern, sehr konservativ und stehen dem privaten Gesundheitssektor sehr nahe, was den nur mäßigen Erfolg in der Ärzteschaft erklären könnte, da die meisten Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen beschäftigt sind.

Die wissenschaftlichen Verbände decken die einzelnen wissenschaftlichen Fachgebiete ab. Das schließt die Allgemeinmedizin und die Primärversorgung ein. Die Mitgliedschaft ist freiwillig und umfasst den Großteil der Ärzteschaft in den jeweiligen Fachgebieten. Die Aufgaben umfassen Lehre, Organisation von Weiterbildungskursen, Kongressen etc. Daher sind ihre sozialpolitischen Positionen weniger klar, wenngleich es auch hier viel Spielraum gemäß der CCAA (Regionen) gibt, wie etwa enge, sogar viel zu enge, Verbindungen mit der Pharmaindustrie. Sie haben eine Koordinierungsinstanz (FACME), die einen größeren Gestaltungsspielraum in der Gesundheitspolitik anstrebt. Insgesamt gibt es große Unterschiede zwischen den Verbänden und je nach CCAA.

Die Ärzteverbände vertreten die verschiedenen ideologisch politischen Positionen der Fachkräfte in Bezug auf Gesundheits- und Standespolitik. Die ältesten Ärzteverbände zum Schutz des öffentlichen Gesundheitswesens sind in einer staatlichen Vereinigung organisiert (FADSP), aber in letzter Zeit sind auch einige andere kleinere, örtliche begrenzte Verbände entstanden. Die Ärzteverbände beschäftigen sich mit gesellschaftspolitischen Themen und Gesundheitspolitik aus einer nicht-kommerziellen Perspektive. Typischerweise kollaborieren sie mit sozialen Einrichtungen, Gewerkschaften und politischen Parteien. In Spanien haben sich die Ärzteverbände z.B. stark gegen Kürzungen und Privatisierungen im Gesundheitswesen eingesetzt.

Das Medizin-Studium liegt in der Verantwortung der Universitäten (der Großteil staatlich, aber auch einige privat), die durch das Bildungsministerium und Beratung der CCAA kontrolliert werden. Die Postgraduierenausbildung, also die Spezialisierung, wird vom Gesundheitsministerium organisiert, das sich um Ausgestaltung kümmert. Die Gesundheitsdienste der Selbstverwaltung gestalten schließlich die konkrete Weiterbildung. Die Organisation der Facharztweiterbildung wird durch verschiedene Organisationen organisiert: Die Ärztekammern und wissenschaftlichen Verbände, die Ärzteschaft und die Verwaltung sind Teil der zentralen Weiterbildungs-Kommissionen der unterschiedlichen Fachgebiete.

Die kontinuierliche Fortbildung ist sehr chaotisch organisiert. Größtenteils ist sie von den wissenschaftlichen Verbänden abhängig und stark von der Pharmaindustrie durchdrungen, die die Fortbildungen sponsert. Außerdem haben einige CCAA eigene Fortbildungsprogramme, wobei diese sehr kümmerlich sind und andere Fortbildungsveranstaltungen nur ergänzen. Sie fokussieren auf Teilaspekte, die nicht von der Industrie abgedeckt werden (Statistik, Epidemiologie, Gesundheitswesen etc.)

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass es in Spanien eine formelle Organisation gibt, ähnlich organisiert wie Parteien oder Gewerkschaften, die den Anspruch hat, alle Ärzte zu vertreten. Allerdings wird die Struktur nur durch Pflichtmitgliedschaft aufrechterhalten und die antidemokratische Satzung ermöglicht es, den bürokratischen Apparat aufrecht zu erhalten.

Es gibt wissenschaftliche Fachverbände mit hoher Präsenz und vielen Aktivitäten in diesem Bereich, allerdings kontrolliert und abhängig von der Industrie. Die Gewerkschaften im Gesundheitssektor bestehen zum einen aus welchen mit breiter Basis (Beschäftigte im Gesundheitswesen) und zum anderen aus reinen Ärztegewerkschaften. Auch wenn in letzteren mehr Ärzte vertreten sind, sind die Mitgliederzahlen gering. Auf der anderen Seite gibt es Berufsverbände, wie der Fachverband zum Schutz des öffentlichen Gesundheitswesens, die sich aktiv in die Gesundheitspolitik einmischen.

* Marciano Sánchez Bayle, Arzt, Sprecher des Fachverbands zum Schutz des öffentlichen Gesundheitswesens

Übersetzung aus dem Spanischen: Stephan Dietrich / Andreas Wulf

»In Spanien haben sich die Ärzteverbände z.B. stark gegen Kürzungen und Privatisierungen im Gesundheitswesen eingesetzt.«

Seite 3 Münchener Ärzteopposition Nr. 2





vdää-Aktion gegen Apartheid auf dem Berliner Ärztetag 1989

Widersprüchlich ...

Eckardt Johanning* über US-Ärzteverbände und Interessen 2016

Dr. Ben Carson, ein pädiatrischer Neurochirurg und nun abgeschlagener republikanischer Präsidentschaftskandidat im US-Vorwahlkampf aus Texas, will den pöbelnden rechten Präsidentschaftskandidaten Donald Trump in 2016 unterstützen. Der Milliardär Trump hat sich vorgenommen die Gesundheitsreform unter President Obama (*Affordable Care Act* – ACA), von den Rechten abwertend als »Obamacare« bezeichnet, abzuschaffen. Dies, obwohl das ACA zu einer erheblichen Verringerung von den ehemals ca. 38 Millionen Nicht-Versicherten geführt hat und u.a. einen Ausschluss von Versicherungsantragern mit vorbestehenden Erkrankungen verbietet.

Eigentlich würde man erwarten, dass die amerikanischen Ärzte eher konservativ sind und die Mehrheit die Republikanische Partei im US-Kongress unterstützen – aber das war einmal so. Eine aktuelle Analyse der Parteispenden von 1991 bis 2014 zeigte das die Mehrheit der Befragten US-Ärzte nun die Demokratische Partei finanziell unter-

stützen und dies sind vor allem Ärztinnen, angestellte Ärzte und Allgemeinmediziner mit meist geringeren Einnahmen. Ärzte mit höheren Einkommen (Chirurgen und »Geräte-Mediziner«) tendierten stärker dazu, die Republikaner zu unterstützen. Wurden 1991 noch \$20 Millionen von ca. 2,6 Prozent der Ärzte für den Wahlkampf gespendet, waren es 2012 schon \$189 Millionen mit einem Anteil von ca. 9,4 Prozent der Ärzte. Allerdings sind die Relationen wohl anders bei den mehr als 400 großen *American Medical Group Associations*, die ca. ein Drittel der US-Ärzte beschäftigen, und deren »political contribution« nicht bekannt sind. Ökonomische Vorteile und das traditionelle »fee-for-service«-System in den USA, das von dem ACA-Gesetz weiterhin gestützt wird, führen dazu, dass die hoch-bezahlten Mediziner eher den Status quo erhalten wollen. Aber vielleicht wird sich dies auch ändern mit der zu erwartenden Zunahme der weiblichen Mediziner im US-Gesundheitswesen, die bald

die Mehrheit der praktizierenden MedizinerInnen ausmachen.

Das US-Gesundheitssystem ist komplex und eindeutig ein »for-profit«-Business mit vielen unterschiedlichen Interessen. In 2011 waren 15,7 Prozent der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen beschäftigt mit einem Ausgabenbudget von \$2,7 Billionen Dollar. 42,3 Prozent davon werden durch staatlichen Haushaltsmitteln finanziert. Dennoch liegen die US bei der Sterblichkeitsrate der Säuglinge und Überlebenschancen bei Erkrankungen weit hinter anderen Industrienationen.

Der politische und staatliche Einfluss auf die alltägliche Arbeit der Ärzte ist weitreichend, insbesondere in den Bereichen von »Abortion«, »Gun control«, »health care reform« und der medizinischen Betreuung Menschen, in deren Nähe die Öl/Gas Corporations durch »Fracking« Umwelt und Menschen belasten: So droht in Florida Ärzten eine Strafe, wenn sie ihre Patienten fragen, ob sie eine Waffe zu Hause haben; die Waf-



Zeitenwende: 2003 löst Wulf Dietrich Winfried Beck als Vorsitzenden des vää ab

fenlobby hat die Forschung massiv behindert und Mittel zur Behandlung von Opfern von Gewalttaten mit Waffen bereitgestellt. Ärzte sollten nicht nach den chemischen Giften der Fracking-Industrie fragen dürfen (»Trade secret!«), die ihre Patienten krankmachen könnten, und sie sollen nicht mit ihnen darüber reden.

Dabei gibt es sehr viele von den ca. 500 000 Ärzten in den USA, die sich organisieren und durch die verschiedensten nationalen oder bundesstaatlichen Organisationen und Verbänden vertreten werden.

Die wohl bekannteste Ärzteorganisation in den USA ist die »American Medical Association« (AMA), gegründet in 1847 und mit fast 228 000 Mitgliedern (2013) aus allen Bundesstaaten die größte und wohl einflussreichste Organisation. Das Motto von der AMA ist »Promoting the art and science of medicine and the betterment of public health« (Förderung der medizinischen Kunst

und Wissenschaft im Dienste der öffentlichen Gesundheit). Sie engagiert sich als wohl einflussreichste Ärzte-Lobby im US-Kongress bei allen wichtigen Gesetzen, die die ärztlichen Berufsfreiheit, Haftung, Honorare und Patientenversorgung betreffen. Mit einem Jahresbudget von 284 Millionen (2014) hat die AMA als oberstes Ziel eine »kooperierende Partnerschaft von 230

Millionen Ärzten und Patienten« ausgerufen. So will sich die AMA u.a. für eine bessere Intervention bei Prä-Diabetes und Herz-Kreislauf-erkrankungen einsetzen durch Partnerschaften mit Fitneß-Centern und Früherkennungen von Bluthochdruck in der Allgemeinarztpraxis, im US-Kongress die Bezahlung durch »Medicare« verbessern und die »Gängelung« der Ärzte durch den Gesetzgeber bekämpfen, und sich für Mehrausgaben bei der Ausbildung von Studenten/Assistenzärzten einsetzen. Als das ACA vom Bundesgerichtshof 2012 bestätigt wurde, ließ die AMA verlautbaren: »Die AMA war ein langjähriger Unterstützer der Gesundheitsreform, die eine Krankenversorgung für alle sicher stellt.«

Aber auch andere Organisationen und Fachverbände wie zum Beispiel die »National Physician Alliance«, die »American Academy of Pediatrics« und die »Association of American Medical Colleges« unterstützten die Reform von 2010, die eine finanzielle Absicherung für die mehr als 30 Millionen Nicht- oder Unterversicherten in den USA erreichen soll.

Dabei hat die AMA einen sehr konservativen und ständischen Ruf, so dass sich schon 1967 die Studenten / Assistenzärzte-Organisation AMSA, von der AMA getrennt hatte, weil dieses sich gegen »Medicare« (Krankenversicherung für alle Über-65-Jährigen) und Bürgerrechtsreformen gestellt hatten und als Opposition zum Vietnam Krieg. Heute engagieren sich die AMSA-Mitglieder für bessere Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (Arbeitszeiten) und Patientenbetreuung, kritischen Umgang mit der Pharmaindustrie (»PharmFree Campaign«) und gegen unethische Pharmaforschung an Patienten mit Hilfe von Assistenzärzten und Studenten.

Aber nicht alle Ärzte und ihre Organisationen in den USA begrüßten die ACA-Gesundheitsreform. So waren Fachverbände wie zum Beispiel die »American Association of Orthopaedic Surgeons« und die »American Urology Association« gegen die Reform. Viele Ärzte und Fachärzte sind neben einer AMA-Mitgliedschaft auch in zahlreichen nationalen Facharztverbänden (American College..., American Society of..., American Asso-

ciation..., American Academy..., etc.) oder in den ärztlichen Vereinigungen in den verschiedenen Bundesstaaten der USA Mitglied (z.B. die *Medical Society of the State of New York*). Diese Vereinigungen fungieren meist wie der »ADAC« für Ärzte, d.h. sie bieten neben ständischer Lobbyarbeit und Facharztendiensten (z.B. Fort/Weiterbildung), auch Versicherungsdienste, soziale Treffen mit Kollegen, Fachkonferenzen, Reise-Autovermittlungsdienste etc. an.

Dabei ist in der US-Präsidentenwahlkampagne von 2016 »Health Care« wieder ein sehr wichtiges Thema für die amerikanischen Wähler und auch die US-Ärzte. »Health Care« rangierte nach Wirtschaft/Beschäftigung und Terrorismus an dritter Stelle mit 36 Prozent in einer neueren Umfrage und an erster Stelle bei den Demokratischen Wählern: Je nach Parteizugehörigkeit gibt es eine klare Trennung: 87 Prozent der Demokratischen Ärzte befuehrworten die ACA-Reform, während bei den Republikanischen Ärzten nur 13 Prozent die Reform unterstützen.

Weiterhin sind Ärzte in den USA in einer Vielzahl kleiner Organisationen und spezieller Interessenverbände engagiert wie zum Beispiel:

Physician for Social Responsibility (www.psr.org), die sich neben der Kontrolle und Abschaffung von Nuklearwaffen, für »sichere Energie«, und gegen Luftverschmutzung und »Fracking« einsetzt.

American Public Health Association (www.apha.org), eine 140 Jahre alte Organisation die neben Ärzten, auch Krankenschwestern und Beschäftigte in öffentlichen Gesundheitsdiensten zusammenbringt und sich für »health equity«, Vorbeugung, Gemeindenahe Gesundheitsversorgung u.a. einsetzt und in der Öffentlichkeit und im US-Kongress Lobby für Abtreibungs- und Frauenrechte, ACA, umwelt- und arbeitsmedizinische Fragen, Gesundheitserziehung, Aids, Alkoholiker, etc. einsetzt. (<http://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements>)

Physician for Human Rights (<http://physiciansforhumanrights.org/>): 1986 gegründet, setzt sich

»Bei den US-Präsidentenwahlen ist »Health Care« ein sehr wichtiges Thema für die amerikanischen Wähler und auch die US-Ärzte.«

für wissenschaftliche Dokumentation von Menschenrechtsverletzungen, unrechtmäßiger Folter und Inhaftierung, Anwendung von chemischen Kampfmitteln, und sexueller Gewalt in Konfliktgebieten ein.

Physicians for National Health Program (<http://www.pnhp.org/>): Mit mehr als 20 000 Mitgliedern (Ärzte, Gesundheitsarbeiter(innen), Medizinstudenten) in allen US-Bundesstaaten setzt sich für ein »single payer« oder »Medicare for all« Gesundheitsreform ein; für ein einheitliches Gesundheitssystem, ähnlich dem »universal health care« System in der U.K. (NHS) und Kanada (Canada Health Act of 1984), wo der

Staat die Finanzen organisieren würde und die Gesundheitsanbieter (ärztliche Praxen, Gesundheitszentren und Krankenhäuser) weiterhin in privater Organisation bliebe. (<http://www.pnhp.org/facts/what-is-single-payer>)

National Medical Association (<http://www.nmanet.org/>): gegründet 1895; eine non-profit Organisation für Ärzte mit »African American« Hintergrund (ca. 30 000 Mitglieder), die sich für die Abschaffung von Gesundheitsunterschieden (»health disparities«) und Unterversorgung bei US-Bewohnern mit afrikanischer Herkunft einsetzt (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Asthma, AIDS).

American Medical Women's Association (<https://www.amwa-doc.org/>): gegründet 1915; ca. 3 000 Mitglieder, ein Interessenverband der sich sowohl für die Fort- und Weiterbildung von Medizin-Studentinnen und Ärztinnen einsetzt, als auch die Förderung von Frauengesundheitsprojekten (Geburtenplanung, Osteoporose, Alkohol-Gefahren, »Gender Specific Women's Health First«, Humantrafficking und Sex-Trafficking, Übergewicht bei Kindern etc.).

National Physician Alliance (<http://npalliance.org/>): gegründet 2005 von ehemaligen AMSA Mitgliedern; ca. 20 000 Mitglieder, die durch Forschung und Bildungsarbeit gesunde Le-

bensformen fördern will und sich für Gerechtigkeit im US-Gesundheitswesen, eine finanziell tragbare Gesundheitsversorgung für Alle, Patientensicherheit und soziales Engagement einsetzt.

Physician for Reproductive Health (<http://prh.org/>): Nationaler Verband von Ärztinnen, die sich speziell für Zugang zu Abtreibung, Geburtenplanung und Teenager im gebärfähigen Alter engagieren.

* Dr. med. Eckardt Johanning, M.D., M.Sc. lehrt an der Columbia University, New York, N.Y., USA

(Den Text mit Literaturangaben und Grafiken finden Sie auf der Homepage des vdää)

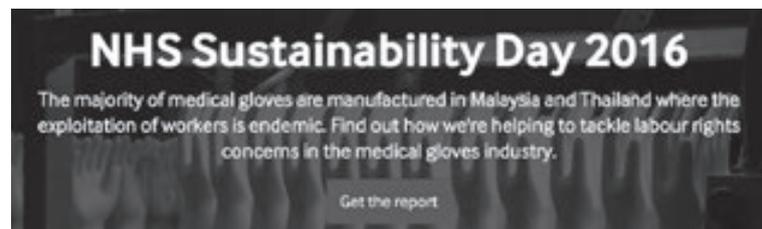
Es geht auch ohne

Ärztliche Selbstorganisation in Großbritannien

Großbritannien kommt ohne Pflichtmitgliedschaft in ärztlichen Organisationen aus. In England werden die Angelegenheiten der Ärzteschaft im Wesentlichen durch die *British Medical Association* (BMA) wahrgenommen. Die BMA ist eine der ältesten Medizinerorganisationen der Welt. Sie wurde bereits 1832 gegründet, zunächst als wissenschaftlicher Zusammenschluss von Ärzten. Im Laufe der Zeit übernahm sie auch

organisatorische Funktionen im Gesundheitswesen. Sie war beteiligt an der Ausformulierung der medizinischen Ausbildungsstandards und nahm dann auch Einfluss auf die Gesetzgebung in Großbritannien. Sie bekam im ersten Weltkrieg den Auftrag, die zivile und auch militärische medizinische Versorgung im Land zu organisieren.

Die Mitgliedschaft in der BMA ist freiwillig. Es sind heute ca. 170 000 Ärztinnen und Ärz-



Ausschnitt aus der Homepage der BMA, die eine Kampagne gegen die Arbeitsbedingungen bei der Herstellung von Sterilhandschuhen initiiert hat.

te sowie MedizinstudentInnen in ihr organisiert, bei einer Gesamtzahl von ca. 180 000 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten. Seit 1971 ist die BMA offiziell als Gewerkschaft anerkannt. Sie vertritt alle im *National Health Service* (NHS), dem staatlichen Gesundheitsdienst, angestellten Ärztinnen und Ärzte und handelt mit Gesundheitsministerium deren Gehälter aus. Zurzeit läuft in Großbritannien ein von der BMA initiiertes Streik der Jungärzte, bei dem es um die Einstiegsgehälter und die Entlohnung junger MedizinerInnen geht. Die nächsten Streikaktionen in den Kliniken sind für Anfang April geplant.

Außerdem gibt die BMA das *British Medical Journal* heraus, eine der am meisten angesehenen wissenschaftlichen Medizinerzeitschriften der Welt. Diese Zeitschrift ist insbesondere führend in Fragen der medizinischen Ethik.

Die BMA begreift sich als de-

demokratische Organisation, in der die Mitglieder die Politik bestimmen. Jährlich tagt die Generalversammlung (*Annual Representative Meeting*), bei der ca. 600 Delegierte über die Politik und Arbeit der BMA entscheiden. Wie demokratisch diese Wahlen ablaufen, lässt sich von außen nicht beurteilen.

Es ist also in Großbritannien auch ohne eine körperschaftlich organisierte Ärzteschaft möglich, die Interessen der Ärzteschaft gegenüber den staatlichen Stellen zu vertreten. Bei freiwilliger Mitgliedschaft sind dennoch praktisch alle Ärztinnen und Ärzte des NHS in der BMA organisiert. Eine Kassenärztliche Vereinigung braucht es natürlich nicht, da die MedizinerInnen im staatlichen Gesundheitswesen nicht nach ihren erbrachten medizinischen Leistungen sondern mit festen Gehältern bezahlt werden (nähere Informationen zum NHS siehe *Gesundheit braucht Politik* 2/2014).



JungmedizinerInnen im von der BMA organisiertem Streik um höhere Löhne

»Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren«

12. Dezember 2015

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums des Inneren vom 19. November 2015 von Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte und Bundesweiter Kampagne der Medibüros und Medinetze in Deutschland zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden

Der vdää und die Medibüros und Medinetze lehnen das »Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren« ab, auch wenn er eine Beschleunigung der Asylverfahren begrüßen würde, da die momentane Bearbeitungsdauer von teilweise mehreren Monaten und Jahren für die Schutzsuchenden eine zusätzliche und vermeidbare Belastung darstellt.

Dem Referentenentwurf vom 19. November 2015 geht es jedoch nicht um die vom Grundgesetz gemeinte und personenindividuell garantierte Wahrung der Bedürfnisse, Interessen und Rechte Asylsuchender. Der Gesetzgeber plant, Schutzsuchende pauschal an den Grenzen zur Festung Europa abzuweisen bzw. hilfsweise wieder abzuschicken. Wir Ärztinnen und Ärzte im vdää sind entsetzt über diese geplante weitere massive Verschärfung der ohnehin bereits menschenrechtlich bedenklichen Asylgesetzgebung in der BRD. So soll das Verfahren für definierte Gruppen von Schutzsuchenden mit »geringen Erfolgsaussichten« analog zum Flughafenverfahren innerhalb einer Woche abgeschlossen werden.

Schwere Erkrankungen von Geflüchteten werden nicht als Schutzgrund angenommen, sondern vom Staat als »Rückführungshindernisse« betrachtet. Zum Zweck der raschen Abschiebung wird den Schutzsuchenden eine verschärfte Beweisspflicht über ihre Erkrankung auferlegt, die Beweise müssen »unverzüglich« nach Abschiebeandrohung vorgelegt werden und dürfen wiederum nicht älter als zwei Wochen sein. Gutachten der ÄrztInnen wird eine Vielzahl zu beachtender Kriterien vorgegeben, zugleich wird ein nicht verantwortender Zeitdruck aufgebaut. Und schließlich: Als Abschiebehindernisse gelten nur noch Erkrankungen mit »erheblicher und konkreter Gefahr für Leib und Leben« (§ 60.7 und 60a.2b und nur dann, wenn sie sich durch die Abschiebung selbst wesentlich verschlechtern. Alle anderen Erkrankungen sind unerheblich für eine Abschiebung.

Insbesondere richtet sich der Gesetzentwurf gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen, vor allem der Posttraumati-

schen Belastungsstörung (PTBS). In der Begründung zum Gesetzentwurf wird präzisiert, dass eine PTBS, die medikamentös behandelt werden kann, kein Abschiebehindernis mehr darstellen soll. Wir Ärztinnen und Ärzte im vdää sagen dazu:

Eine solche Haltung ist menschenverachtend und verstößt gegen ethische und fachliche Grundsätze der Medizin. Derartige Erkrankungen sind nicht etwa weniger schwerwiegend und belastend als schwere somatische Erkrankungen, die als Abschiebehindernis anerkannt sind. Sie sind allenfalls kurzfristig schwieriger zu objektivieren und können somit als Schutzgrund von interessierter staatlicher Seite leichter zur Seite geschoben werden als beispielsweise die Dialysepflicht bei Menschen mit Nierenversagen.

Als stabilisierende Maßnahme bei PTBS dient die Herstellung von sog. äußerer Sicherheit, d. h. Schutz vor den die traumatisierenden Ereignisse hervorbringenden äußeren Umständen (in diesem Fall: Herkunftsland). Dies ist überhaupt erst die Voraussetzung und Grundlage einer weitergehenden traumaspezifischen Behandlung. Die alleinige psychopharmakologische Behandlung ohne Psychotherapie und v. a. ohne vorherige Durchführung stabilisierender Maßnahmen ist ein ärztlicher Kunstfehler.

Qualifizierte Atteste von PsychologInnen, die wesentlichen Anteil an der Diagnose und Behandlung bei PTBS haben, sollen von den Behörden nicht mehr akzeptiert werden. Im Gesetzentwurf werden Atteste pauschal als »Abschiebehindernisse aus (schein)gesundheitlichen Gründen« deklariert, und es wird in unverblümter und unverschämter Weise eine massenhafte Ausstellung von Gefälligkeitsattesten unterstellt. Auf welchen Fakten diese Behauptungen gründen, wird jedoch nicht nachvollziehbar ausgeführt. Wir sind überzeugt: Es gibt keine derartigen Fakten!

Darüber hinaus soll künftig auch dann abgeschoben werden, wenn eine Therapiemöglichkeit im Zielstaat der Abschiebung existiert, ungeachtet der Frage, ob sie für den Betroffenen erreichbar ist. Laut Gesetzentwurf liegt eine »ausreichende medizinische Versorgung« auch dann vor, »wenn diese in einem Teil des Zielstaats gewährleistet ist« (§ 60 Abs. 7 AufenthG). Von den Betroffenen wird verlangt, sich an Orte mit Therapieangeboten zu begeben ungeachtet finanzieller, struktureller oder anderer Hürden.

Im Falle der geplanten Unterbringung in sog. »besonderen Aufnahmeeinrichtungen« drängt sich die Frage auf, wie gewährleistet werden soll, dass Menschen mit psychischen

Erkrankungen identifiziert und einer medizinischen Behandlung zugeführt werden sollen. Eine professionelle Möglichkeit zur beschleunigten Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen existiert nicht. Die vorgesehene periphere Unterbringung und kurze Verfahrensdauer lassen annehmen, dass damit Grund- und Menschenrechte und medizinischer und juristischer Bestand gezielt ausgehebelt werden sollen.

Weitere, teilweise unverhältnismäßig drakonische Maßnahmen wie die Rücknahme des Asylantrags bei Verletzung der verschärften Residenzpflicht, Entscheidung nach Aktenlage bei Folgeantrag oder die Aussetzung der Möglichkeit des Familiennachzugs bei subsidiär Schutzberechtigten für zwei Jahre unterstützen die Annahme, dass der Bundesregierung nicht, wie behauptet, an einer Beschleunigung der Asylverfahren gelegen ist.

Dem Gesetzentwurf geht es – gerade auch im Kontext der anderen Maßnahmen zur Flüchtlingsabwehr (Militärmission im Mittelmeer, Finanzhilfen für die reaktionäre Erdogan-Regierung, Ausweitung der sog. »sicheren« Herkunftsländer etc.) – in erster Linie darum, Zahl und Frequenz der Abschiebungen zu erhöhen.

Wir fordern:

- vollständige Ablehnung dieses Gesetzentwurfs
- Revision der aktuellen Definition sicherer Herkunftsländer
- zur Beschleunigung von Asylverfahren und im Interesse der Schutzsuchenden:
- schwere somatische und psychische Erkrankungen müssen als Schutzgrund weiterhin anerkannt bleiben
- Umsetzung der Richtlinie 2013/33/EU, die eine schnelle Identifizierung besonders schutzbedürftiger Asylsuchender festlegt
- Anerkennung ärztlicher und psychologischer Atteste außer bei begründetem Zweifel im Einzelfall
- Aufbau von akkreditierten DolmetscherInnen-Pools, sowohl für die Durchführung der Anhörungen durch das BAMF, als auch zur Vermeidung einer schlechteren medizinischen Versorgung
- freier Zugang zu medizinischer Versorgung
- Aussetzung der Dublin III-Verordnung, um unnötige Verfahrensverlängerungen durch Überprüfung zu vermeiden

Dr. Thomas Kunkel / Michael Janßen
(Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstands des vdää)



Demonstration Münchener Ärztinnen und Ärzte 1988 anlässlich des 40sten Jahrestages des Approbationsentzugs von jüdischen und staatsfeindlichen Kolleginnen und Kollegen durch die Nazis

Ein Rechtsruck wird in Kauf genommen...

Kommentar zu den Ergebnissen der Landtagswahlen und dem wachsenden Rassismus

Die Erkenntnis aus dem Wahlergebnis in drei Bundesländern kann nur sein, dass Rassismus in unserem Land sehr weit verbreitet ist, dass mehr gegen den Rassismus und die Faschismusgefahr in unserem Land getan werden muss und dass die AfD nur die Spitze des Eisbergs ist. Mir persönlich macht die AfD auch weniger Angst. Ein Gegner, der mit offenem Visier antritt, ist eben leichter zu bekämpfen. Hier hat – glaube ich – z.B. *Campact* einen ganz guten Weg eingeschlagen, das am 7. März 2016 als Auftakt einer inhaltlichen Auseinandersetzung eine Aufschlüsselung weiterer Programmpunkte der AfD verbreitet hat (»Steuern, Bildung, Hartz IV: Was die AfD wirklich will« von Günter Metzges und Lara Dovidat), z.B. die völlige Ablehnung von Mindestlohn, durchgängig gleicher Steuersatz für alle in Höhe von 25 Prozent vom Menschen am finanziellen Abgrund bis zum Multimillionär usw., also reinsten Neoliberalismus. Wenn die AfD mal irgendwo an der Regierung sein sollten, wird nicht nur den Asylsuchenden, sondern auch dem »kleinen Mann/der kleinen Frau«, die schon länger hier leben oder geboren sind, das Fell über die Ohren gezogen. Die Gefahr, noch

mehr zu verlieren, droht also nicht in Konkurrenz zu den Asylsuchenden, sondern von anderer Seite.

Deutlich schwieriger ist es mit den Rassisten in den »etablierten« Parteien bis weit links von der SPD. Was sich jetzt z.B. in den drei Landtagswahlkämpfen abspielte, ist widerlich. Hier wurde teilweise versucht, Stimmen für die AfD abzuwerben, indem deren Position übernommen wurde – als ob es nur um die Buchstaben des Parteinamens und nicht um Inhalte ginge – und teilweise ist gar nicht mehr zu unterscheiden, ob der einzelne jetzt »realer« oder »taktischer« Rassist ist. Ein Rechtsruck wird hier in Kauf genommen (oder insgeheim begrüßt). Dieser Brei macht mir mehr Angst und mich auch etwas hilflos.

Angst macht mir auch die offensichtlich rechte Einstellung in weiten Teilen der Justiz. Dies wurde z.B. am 7. März 2016 in der ARD (»Terror von rechts – Die neue Bedrohung«) ganz gut herausgearbeitet. Wenn bei einem Salafisten Sprengstoff gefunden wird, kommt dieser für Jahre ins Gefängnis, was ich auch für richtig halte. Wenn bei einem Nazi Sprengstoff gefunden wird, wird die Rohrbombe als »Böller« verniedlicht und er erhält eine

Bewährungsstrafe, es wurde ja bis dahin keiner verletzt. Muss also hier erst Blut geflossen sein, bevor die Staatsmacht aktiv wird?

Außerdem: Findet man wirklich nicht alle die Brandstifter oder will man sie nicht finden? Und wenn man mal einen findet, erkennt unsere Staatsanwaltschaft oft keinen rassistischen Hintergrund, sondern der Arme hat eben nur aus Angst vor dem Fremden gehandelt. Wer nicht eindeutige Naziparolen von sich gibt, gilt nicht als Rassist!

Man hat hier immer noch nichts vom NSU gelernt. Hier gab es auch keine Bekennerschreiben nach den einzelnen Taten. Ihr Slogan – vor dem Untertauchen vor V-Leuten oft proklamiert – war eben: »Taten statt Wort«. Das haben weite Teile unserer Justiz immer noch nicht kapiert oder wollen es nicht kapiern.

Nach diesem kurzen Einblick in meine Ängste: Auch ich habe nicht das Patentrezept, was zu tun ist. Vielleicht sollte man nicht zu viel über die anderen nachdenken, sondern einfach tun, was man selber für richtig hält. Aber das schaffen wir sicher nicht allein, sondern in einem breiten Bündnis aller, denen Antirassismus und Menschenrechte noch am Herzen liegen.

Rudi Schwab

Wir wollten die Landtagswahlen und die zweistelligen Ergebnisse für die AfD nicht unkommentiert lassen und haben Rudi Schwab gebeten, einen Kommentar, den er in einer vdä-internen Emaildebatte geschrieben hatte, hier zu veröffentlichen.

Aufruf an die Versorgungswerke

Deinvestieren Sie bei fossilen und reinvestieren Sie in erneuerbare Energien!

Die von vielen als unerwartet positiv eingeschätzten Ergebnisse der Pariser Klimakonferenz ermutigen

»Deinvestment/Reinvestment sendet ein deutliches Signal, dass fossile Brennstoffe aus Klimaschutzgründen keine Zukunft mehr haben.«

auch uns als Zivilgesellschaft daran mitzuarbeiten, den (menschengemachten) Klimawandel zu begrenzen. Daher werden wir zusammen mit Ärztinnen und Ärzten aus ganz Deutschland aktiv, um unsere Versorgungswerke aufzufordern, Investitionen aus klimaa- und gesundheitsschädlichen Kohle-, Öl- und Gasunternehmen abzuziehen und so ein Zeichen für aktiven Klimaschutz zu setzen. Gleichzeitig rufen wir dazu auf, die Beiträge zur Altersvorsorge nach ethisch-sozialen und ökologisch nachhaltigen Kriterien anzulegen.

ÄrztInnen und ärztliche Organisationen dürfen aus ihrer besonderen Verantwortung für die Gesundheit nicht gleichgültig gegenüber den Auswirkungen eines ungebremsten Klimawandels und der Luftverschmutzung durch die Verbrennung fossiler Brennstoffe sein, die in erheblichem Maße schon

jetzt die Gesundheit sehr vieler Menschen wie auch das menschliche (Über-)Leben insgesamt bedrohen. Darüber hinaus müssen die Versorgungswerke aus Ihrer treuhänderischen Verantwortung das erhebliche finanzielle Risiko solcher Investments berücksichtigen. Nicht zuletzt müssen sie die Interessen ihrer jüngeren Mitglieder an einer lebenswerten Zukunft im Auge haben, denn diese und ihre Kinder werden absehbar von den Auswirkungen des Klimawandels deutlich stärker betroffen sein als die Älteren von uns.

Investitionen in fossile Brennstoff-Unternehmen können daher nicht länger als ethische und finanziell nachhaltige Investments angesehen werden. Daher rufen wir als Mitglieder unser Versorgungswerk auf:

1. Beenden Sie alle Beteiligungen an den 200 größten Unternehmen, deren Geschäftsmodell primär auf fossile Energien ausgerichtet ist, in einem Zeitraum von 5 Jahren und reinvestieren Sie in Anlagen, die einer nachhaltigen und gesunden Zukunft dienen. Dabei sollte der Ausstieg aus Kohle-Investments als der klima- und gesundheitsschädlichsten Energieform möglichst schnell erfolgen.
2. Legen Sie die direkten und indirekten Beteiligungen des Versorgungswerkes an den 200 größten fossilen Energieerzeugungsunternehmen offen.
3. Teilen Sie uns mit, inwiefern Sie bei Ihren Anlageentscheidungen für unser Versorgungswerk soziale, ethische und nachhaltige Kriterien berücksichtigen (Nachhaltigkeitsstrategie), welche Kriterien das sind, ob sie veröffentlicht sind und wie deren Einhaltung ggf. überwacht wird.

Begründung

Der Klimawandel ist »eine der größten Herausforderungen unserer Zeit« (Margaret Chan, WHO) und »die größte Bedrohung der globalen Gesundheit im 21. Jahrhundert« (Lancet Commission 2009) Alle großen internationalen Berich-

te zum Thema Klimawandel und Gesundheit (IPCC, Lancet, WHO) gehen in die gleiche Richtung: Der Zusammenhang zwischen fossilen Brennstoffen, Luftverschmutzung und Klimawandel ist eindeutig und die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen sind schon jetzt inakzeptabel hoch. Andererseits sind Klimaschutzmaßnahmen und der notwendige Übergang zu einer kohlenstoffarmen Wirtschaft und Gesellschaft mit großen Chancen für die Gesundheit verbunden.

Das Kohlenstoffbudget

Wenn wir die Erderwärmung auf unter 2 Grad C begrenzen wollen, wozu sich die Staatengemeinschaft verpflichtet hat, müssen 60–80 Prozent der derzeit bekannten Reserven fossiler Brennstoffe im Boden bleiben. Sie werden deswegen als Folge einer aktiven Klimapolitik und im Kontext des Übergangs zu einer kohlenstoffarmen Wirtschaft einen Großteil ihres Wertes verlieren. Vor einem derartigen Risiko warnen inzwischen alle großen Finanzinstitute und Banken, inklusive der Weltbank und der Bank of England.

Schnelles Handeln gefordert

Alle großen internationalen Berichte zum Klimaschutz und zur Klimaökonomie und viele internationale Organisationen wie IWF, OECD, Weltbank, der Papst und die WHO unterstützen Aufrufe so schnell wie möglich den Anteil fossiler Energien am Energiemix, insbesondere der Kohle als der schmutzigsten Energieform, abzubauen und durch erneuerbare Energien, Energieeffizienz- und Energieeinsparungsmaßnahmen zu ersetzen.

Deinvestment als Ansatz für Klimaschutz

Deinvestment/Reinvestment sendet ein deutliches Signal an Politik, Gesellschaft und Investoren, dass fossile Brennstoffe aus Klimaschutzgründen keine Zukunft mehr haben und das Geschäftsmodell der Unternehmen, weiter unkontrolliert Kohle, Öl und Gas zu verfeuern und neue Reserven zu erschlie-



Auch ökologisch nicht korrekte Raucherpause – Bild im Krankenhaus von Eisenhüttenstadt

Ben, sozial nicht mehr legitimiert werden kann. Das Deinvestment/Reinvestment beschleunigt den erforderlichen Umstieg in eine kohlenstoffarme Wirtschaft und erschwert die Refinanzierungsbedingungen der fossilen Energiekonzerne, die aktive Klimaschutzmaßnahmen zu blockieren versuchen. Hans-Joachim Schellnhuber, Direktor des Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung und einer der weltweit angesehensten Klimawissenschaftler und Klimapolitikberater, nennt »Divestment die wichtigste Aktion, die es jemals für den Klimaschutz gegeben hat.«

Eine breite schnell wachsende internationale Klimaschutzbewegung konzentriert sich mit großem Erfolg auf die Forderung nach Deinvestment und Reinvestment. Über 500 Organisationen in 43 Ländern mit einem Gesamtvermögen von 3,4 Billionen US-Dollar sind bisher dieser Forderung gefolgt und haben sich verpflichtet, ihre Beteiligungen an fossilen Brennstoffunternehmen zu beenden.

Auch große Ärzte-/Gesundheitsorganisationen und die Generaldirektorin der WHO, Margaret Chan, unterstützen Deinvestment. So rufen die nationalen Ärztenverbände von Großbritannien (BMA), Kanada (CMA), Australien (RACP), das British Medical Journal, The Lancet und führende britische Gesundheitsexperten, der 14. World Congress on Public Health und die World Federation of Public Health Alliances, die Einrichtungen und

Organisationen des Gesundheitssektors dazu auf, Investitionen in fossile Energieunternehmen zu beenden und in ökologisch nachhaltige Investments umzuschichten. Auch der Weltärztebund appelliert an seine Mitgliedsverbände, Deinvestment zu erwägen.

Die Positionierung des Deutschen Ärztetages

Dem Deutschen Ärztetag 2015 lag ein entsprechender Entschließungsantrag vor, der an die Bundesärztekammer verwiesen wurde. Der 113. Deutsche Ärztetag hatte bereits 2010 die ärztlichen Versorgungswerke aufgefordert, »Investitionen zur Absicherung des Deckungsstockes unter ethischen Gesichtspunkten vorzunehmen.«

Das Finanzargument für Deinvestment

Es geht nicht nur um ethische Argumente. Immer mehr sprechen auch ökonomische Gründe gegen Anlagen im fossilen Bereich. Sie drohen auf Grund einer aktiven Klimaschutzpolitik und veränderter Prioritäten großer Investoren zunehmend an Wert zu verlieren. Die Versorgungswerke dürfen aus ihrer Verpflichtung, für eine nachhaltige Rendite zur Sicherung der Renten ihrer Mitglieder zu sorgen, dieses Risiko nicht ignorieren (s. a. die gravierenden Wertverluste der deutschen Energiekonzerne EON und RWE). Renommierete Anlageberatungsfirmen beziffern inzwischen die Risiken für Anlagen in fossile

Energien als erheblich. Die Konkurrenzfähigkeit der Erneuerbaren in vielen Teilen der Erde beschleunigt diese Entwicklung. Nachhaltiges Investment und Rendite müssen keine Gegensätze sein. Im Gegenteil. Es gibt Untersuchungen, die zeigen, dass Investitionen in erneuerbare Energien und nachhaltige Investments mittel- und langfristig in über 80 Prozent der Fälle auch hinsichtlich der finanziellen Rendite besser abschneiden als herkömmliche.

Unterstützende Organisationen

DGSP – Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

(www.dgsp.de)

GandHI – Globalisation and Health Initiative (www.gandhiaachen.wordpress.com)

IPPNW – Internationale Ärzte zur Verhütung des Atomkrieges – Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. (www.ippnw.de)

MEZIS (Mein Essen zahl ich selbst) – Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte e.V.

(www.mezis.de)

vdää – Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Erstunterzeichner und Literaturverweise finden sich auf der Homepage des vdää: www.vdaae.de/images/stories/Appell_Aerztliche%20Versorgungswerke.pdf

»Eine breite schnell wachsende internationale Klimaschutzbewegung konzentriert sich mit großem Erfolg auf die Forderung nach Deinvestment und Reinvestment.«

Aufklärung weiter nötig

Reaktionen auf den Artikel über Gerhard Domagk

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu diesem Artikel sehe ich mich gedrängt, folgendes zu bemerken: Meinem Empfinden nach der Lektüre dieses Artikels ist die Haltung von Prof. Domagk nicht klar erkennbar. Immerhin wurde er verhaftet und hat sich sicher danach entsprechend öffentlich zurückgehalten. Aus heutiger Sicht ist leicht zu sagen, er hätte klar Stellung nehmen sollen. Es ist durchaus glaubhaft, dass er erst 1948/49

von diesen KZ-Versuchen erfuhr. Stillschweigen und Zurückhaltung war lebensnotwendig während der Nazi-Herrschaft, andernfalls drohte KZ-Haft. Mir fehlen persönliche Dokumente wie Briefe, – die es möglicherweise nicht gibt, – um Domagk's Haltung angemessen beurteilen und würdigen zu können. Verhindern hätte er solche KZ-Versuche keinesfalls können.

Mit freundliche Grüßen

Dr. med. Frieder Meier-Metz

Sehr geehrter Herr Dr. Meier-Metz,

vielen Dank für Ihre Anmerkungen zu meinem Artikel. Letztlich finde ich Ihr Fazit, dass die KZ-Versuche keinesfalls zu verhindern gewesen wären, doch sehr entmutigend.

Die Argumente, dass man von nichts gewusst hätte und wenn doch, nichts hätte machen können, sind mir zu einfach. Sie wurden und werden zu oft und zu schnell vorgeschoben. Natürlich ist es einfach, aus sicherer Distanz den mo-

Wir dokumentieren hier zwei Leserbriefe zu Hartmut Bettins Artikel über die zwei Seiten der Sulfonamid-Forschung und den Nobelpreisträger Gerhard Domagk in *Gesundheit braucht Politik*, Nr.4/2015 und die Antworten von Hartmut Bettin und Wulf Dietrich.

ralischen Zeigefinger zu heben. Aber ich frage mich, wer, wenn nicht angesehene Wissenschaftler wie Domagk, hätte sich in dieser Zeit wirksam gegen derartig grausame und von ihrem Forschungswert ohnehin weitgehend sinnlose Versuche an Menschen stark machen können?

Natürlich war es lebensgefährlich, offen zu protestieren. Aber es gab, wie andere Beispiele beweisen, Wege, um subtilen Widerstand zu leisten und Veränderungen zu erreichen. Ein herausragendes Beispiel für einen sehr mutigen Widerstand ist der Münsteraner Bischof Clemens August Graf von Galen gewesen, der sich im August 1941 in einer Predigt gegen die systematischen Tötungsaktionen von Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen (Aktion T4) aussprach. Damit sensibilisierte er die Öffentlichkeit und erreichte, dass dieses Programm (zumindest vorübergehend) eingestellt wurde.

Auch Ferdinand Sauerbruch, der zwar nichts gegen die grausamen Sulfonamid-Experimente unternahm, von denen er nachweislich Kenntnis hatte, protestierte immerhin beim Reichsjustizminister gegen das NS-Euthanasieprogramm. Der kurzzeitigen Inhaftierung Domagks lag indes kein Akt des Widerstands zugrunde, sondern, aus meiner Sicht eher eine naive Unbedachtheit.

Anders als bei Sauerbruch gibt es bei Domagk keine konkreten Beweise dafür, dass er von den Ravensbrück-Versuchen gewusst hat. Allerdings erscheint mir dies nach wie vor recht unwahrscheinlich, da Domagk gerade in der Sulfonamidforschung exzellent vernetzt war. Domagk gehörte zudem 1948, und das habe ich im Artikel noch gar nicht erwähnt, zu den 26 Unterzeichnern eines Gnadengesuchs für einen der Hauptangeklagten im Nürnberger Ärztesprozess, den NS-Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, Karl Brandt. Brandt, der zudem Gruppenführer der SS, Generalleutnant der Waffen-SS und Begleitarzt Hitlers war, hatte nicht nur Patiententötungsaktionen zu verantworten, sondern war als Koordinator der medizinischen Forschung u.a. auch für die Sulfonamidversuche in Ravensbrück verantwortlich gewesen.

Dieses Engagement Domagks spricht nicht unbedingt dafür, dass er sich kritisch mit seiner eigenen und der Rolle der gesamten deutschen Ärzteschaft in der NS-Zeit auseinandergesetzt hätte. Insofern lässt sich gerade am Beispiel Domagks die Frage der Mitverantwortung einer gesamten Forschergeneration jener Zeit gut diskutieren.

Ich teile die bereits in meinem Beitrag erwähnte Auffassung von Fred Mielke: »Solange wir uns nicht vergegenwärtigen, wie weit wir selbst ›Apparat‹ waren, haben wir nichts, überhaupt nichts getan, um den To-

ten dieser furchtbaren Zeit jenen Respekt und jene Aufmerksamkeit zu erweisen, die allein die Brutalität, mit der sie überwältigt wurden, für die Zukunft entkräften kann.«

Ethisch angreifbare Forschungen an Menschen gibt es nachweislich leider bis in die Gegenwart. Solche Übertretungen sind am wirksamsten durch eine aktive Auseinandersetzung mit dem Geschehenen zu verhindern, um so das Bewusstsein für unmoralisches und rechtswidriges Verhalten zu schärfen.

*Mit freundlichen Grüßen
Hartmut Bettin*

Lieber Kollege Maier-Metz,

vielen Dank für die Zusendung Ihrer Bemerkung zum Domagk Artikel in der letzten Ausgabe unserer Zeitschrift. Sie haben Recht: Domagks Haltung war nicht klar erkennbar. Wir haben diesen Artikel, ebenso wie den Artikel zu Sauerbruch, gerade deshalb ausgewählt, weil es die undifferenzierte Haltung großer Teile des Bürgertums und auch der Wissenschaft war, die der Stabilisierung des Nazi-Regimes diene. Sicher kann niemand heute sagen, wie er sich damals verhalten hätte, deshalb sollte man auch sehr vorsichtig mit seiner Kritik sein. Domagk scheint kein aktiver Nationalsozialist gewesen zu sein, er lebte, wie wir schreiben, »in seiner eigenen Welt der Forschung und Wissenschaft«. Objektiv aber wurden seine Erkenntnisse missbraucht in den KZ-Versuchen. Ob er erst 1946 von diesen KZ-Versuchen erfahren hat, müssen wir so annehmen. Ob Stillschweigen und Zurückhaltung wirklich immer lebensnotwendig waren, lässt sich von heute aus nur schwer beurteilen. Es gibt aber Beispiele dafür, z.B. Bodelschwingh in Bethel, der trotz der Befürwortung der Zwangssterilisation sich aktiv gegen die Morde der T4 Aktion wandte (siehe den Artikel zu Karl Brandt), dass man als Arzt und Wissenschaftler auch seinem Gewissen folgen konnte. Ich denke, in unserem Artikel wurde Domagk und seine Wissenschaft ohne besonders negative Wertung dargestellt.

Mit freundlichen Grüßen und den besten Wünschen für das kommende Jahr,

Prof. Wulf Dietrich

Hallo!

Danke für den interessanten Artikel über Gerhard Domagk.

In einem Punkt möchte ich dem Text aber widersprechen. Der Autor schreibt am Schluss, dass nachgewiesen werden konnte, dass die IG Farben keine Sulfonamide mehr nach Auschwitz geschickt haben, nachdem sie von den dortigen Menschenversuchen erfahren hat.

Das Unternehmen hat vielmehr ganz bewusst Präparate in dem KZ testen lassen, was Ernst Klee und andere AutorInnen auch dokumentiert haben. Daran ändert auch der Freispruch der IG-Verantwortlichen in dieser Sache bei den Nürnberger Prozessen nichts.

Vielleicht könnten Sie diese Mail an Herrn Bettin weiterleiten.

*Grüß, Jan Pehrke (Coordination gegen
BAYER-Gefahren)*

http://www.cbgnetwork.org/Übersicht/Zeitschrift_SWB/SWB_2001/SWB_04_01/Menschenversuche/menschenversuche.html

Sehr geehrter Herr Pehrke,

vielen Dank für Ihren Hinweis. Der Briefwechsel der IG Farben mit dem KZ Auschwitz (Dokument NI-7184) war mir bisher nicht bekannt. Konnte die Authentizität dieses Dokuments denn inzwischen bestätigt werden?

Dass die IG Farben-Direktoren als Auftraggeber der Auschwitzexperimente letztlich »im Interesse der amerikanischen Politik zur Sicherung der Ergebnisse aus den medizinischen Versuchen des Chemie-Konzerns für die eigene militärische Forschung« freigesprochen wurden, ist durchaus denkbar.

Tatsächlich hat es eine Reihe von Vertuschungen gerade durch die USA gegeben. Ein anderer bekannter Fall ist der Fall des Luftfahrtmediziners Hubertus Strughold, der von den grausamen Unterkühlungs- und Unterdruckversuchen in Dachau wusste. 1942 hat Strughold an einer wissenschaftlichen Tagung in Nürnberg teilgenommen, auf der die Ergebnisse dieser Menschenexperimente vorgestellt wurden und von der auch im *Zentralblatt für Chirurgie* berichtet wurde. Zudem ist am Luftfahrtmedizinischen Forschungsinstitut von Strughold unter anderem eine Unterdruckversuchsreihe mit epilepsiekranken Kindern einer psychiatrischen Anstalt durchgeführt worden (Hans-Walter Schmuhl: »Hirnforschung und Krankentod«, DÄ 2001, S. 45)

Im Rahmen der »Operation Paperclip« vom US-Geheimdienst ist er mit einer Reihe anderer Wissenschaftler im Interesse der amerikanischen Raumfahrtforschung in die USA geholt worden, ohne sich jemals für sein Verhalten in der NS-Zeit verantworten zu müssen.

*Mit freundlichen Grüßen
Hartmut Bettin*



Ausstellung zum 70. Jahrestag des Entzugs der Approbation jüdischer ÄrztInnen, gezeigt bei der Jahreshauptversammlung des vdää 2008

Privileg der Freiberufler

Ray Novak* zur Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung

Wer kennt es nicht: Das Examen ist gerade geschrieben, der Kopf brummt noch von den Kreuzchenfragen und vor der Türe warten schon die Vertreter von »Ärzteversicherungen«, privater Krankenkasse und berufsständischen Organisationen, um ihre Werbeartikel loszuwerden. Es geht die Mär, dass man als ÄrztIn in Deutschland »natürlich« in einem berufsständischen Versorgungswerk seine Altersvorsorge einzahlt. Tritt man eine neue Stelle an, legt einem die freundliche KollegIn aus der Personalabteilung am ersten Arbeitstag »natürlich« sofort die Austrittserklärung aus der gesetzlichen Rentenversicherung auf den Tisch. Die KollegIn ist seit Jahren nichts anderes gewohnt. Man selbst ist froh, will mit dem ganzen Rentenkram eh nichts zu tun haben...

So zahlt man in die Ärzteversorgung ein und erfährt einmal im Jahr davon, welch glorreiche Ausichten einem im Alter winken.

Das erste Mal wird man mit der Frage nach politischer Haltung oder gesellschaftlicher Moral belästigt, wenn auf einer Party einer der Freunde einem von der Seite kommt und sehr genau nachfragt, warum man sich von ihm und den anderen 90 Prozent der Bevölkerung abgrenzt und seine Rente nur aus einem Pott mit Gutverdienern bestreiten will. Zu dieser Unverfrorenheit will einem erstmal nichts Rechtes einfallen. Man braucht

sich hier doch wohl nicht zu rechtfertigen. Falls doch, greift man auf die Argumente seines Standes zurück. *»Einen hohen Leistungsstandard kann nur der Berufsstand erbringen, in dem der Einzelne gegen die Risiken des Lebens ausreichend abgesichert ist.«* (Bayerische Ärzteversorgung)

Richtig wohl ist einem dabei erstmal nicht, denn wollen nicht auch die Pflegekraft und die KassiererIn gegen die Risiken des Lebens abgesichert sein? Aber im Laufe des Berufslebens gewöhnt man sich schon daran, der »bessere Arbeitnehmer« zu sein. Platz, um sich ständischen Dünkel anzugewöhnen, bieten 40 Jahre im Beruf als Arzt allemal.

Doch halt, so schwarz sieht es bei den ÄrztInnen heute gar nicht mehr aus: Viele beginnen sich zu fragen, warum ihr Beruf immer noch so ständisch und arrogant mit den restlichen Oberen zehn Prozent auf die anderen 90 Prozent herabschauen will. Eine dieser vielen Fragen berührt dabei auch die Altersversorgung.

Die gesetzliche Rentenversicherung beruht derzeit auf einer Umlagefinanzierung anhand derer aus dem laufenden Gesellschaftseinkommen die Aufgaben der Altersvorsorge bestritten werden. Ihre heutige Form wurde in harten sozialen Auseinandersetzungen geformt und hat nach wie vor einiges an Verbesserungsbedarf. In der ur-

sprünglichen Version die von Gewerkschaften und Arbeiterbewegung favorisiert wurde sollte die »Gesamtheit aller Arbeitstätigen« einbezogen werden, auch die »selbstständigen Arbeitstätigen«, wobei die Einkommensgrenze der Versicherungspflicht aufgehoben werden sollte. Die gesetzliche Rentenversicherung sollte damit auf ein möglichst großes Fundament gestellt werden, »um die Stetigkeit ihrer Rechnungsgrundlagen über alle möglichen Strukturveränderungen der Wirtschaftsgesellschaft und ihrer Zusammensetzung nach Beruf und Erwerbsart« sicherzustellen. Die Konservativen begrenzten das System indem Arbeitnehmer mit höherem Arbeitseinkommen nur mit Beiträgen bis zur Beitragsbemessungsgrenze einzahlen, Ausnahmen für einkommensstarke »freie« Berufsstände eingeführt wurden sowie Selbstständige und Beamte gänzlich von der Beitragspflicht ausgenommen sind.

»Freie Berufe« also im Regelfall gutverdienende Berufsgruppen, die sich selbst der Oberschicht zugehörig fühlen wie Steuerberater, Rechtsanwälte, Notare, Ärzte, Apotheker und Wirtschaftsprüfer haben sich in der Geschichte das Recht bzw. das Privileg erstritten, sich jenseits des Rests der Werkstätigen abzusichern.

Damit sind die berufsständischen Versorgungswerke ein Kuriosum in der deutschen Altersvorsor-

Der Aufruf, bei fossilen Energien zu de- und in erneuerbare Energien zu reinvestieren, den auch der vdää unterzeichnet hat (siehe diese Ausgabe Seite 26), wurde in der Mitgliedschaft nicht nur wohlwollend aufgenommen, sondern provozierte bei manchen Mitgliedern auch Kritik: Für Ray Novak ist das »grünere Standespolitik«, die in die falsche Richtung geht. Er ruft auf, es ihm gleichzutun und der Gesetzlichen Rentenversicherung beizutreten.

ge. Ebenso wie die privaten Renten- oder Kapitallebensversicherungen basieren sie auf dem Kapitaldeckungsprinzip, d.h. dass die Versorgungswerke die Beiträge ihrer Mitglieder einsammeln und dann wie eine Kapitalgesellschaft investieren. Durch das so genannte offene Deckungsverfahren wird dieses Prinzip mit einer Umlagefinanzierung gemischt und die Kapitalanlagen unterliegen dem Versicherungsaufsichtsgesetz. Um genügend Nachschub an Kapital zu haben, wurde die Pflichtmitgliedschaft eingeführt.

Es findet sich je nach Versorgungswerk ein bunt gemischtes Portfolio mit Staatspapieren, Immobilienengeschäften, bis hin zu Aktien-, Hedge- und Private Equity Fonds. Die ÄrztInnen bezahlen letztlich Investoren, die mit ihrem Geld versuchen, am Markt mehr Geld durch Anlagen erwirtschaften zu lassen. Damit verbunden sind u.a. auch die Risiken

dass das Kapital z.B. im Falle von Krisen und Bankrotten verloren geht.

Im Gegensatz dazu sind in der allgemeinen umlagefinanzierten Rentenversicherung die Mittel dem Zugriff des profiterwirtschaftenden Verwertungskreislauf entzogen.

Wie kam der ärztliche Berufsstand darauf, sich auf dieses Parallelsystem einzulassen? Die Antwort ist so einfach wie erschreckend. Man setzt darauf, dass, wenn man unter sich Einkommensstarken bleibt, der Durchschnittsgewinn besser ist, als wenn man in einem Topf mit Otto-Normalverdiener gemeinsam seine Rente bezieht.

Ein Blick auf die aktuellen Einkommen 2015 mag dies verdeutlichen:

- Durchschnittliches Bruttoeinkommen Gesamt: 31.981 €
- Durchschnittliches Bruttoeinkommen Ärzte: 77.951 €
(www.welt.de/wirtschaft)

Das, was man im Verhalten »Standesdünkel« nennt, findet hier seine Entsprechung im Geldbeutel und eben auch in der Rentenversicherung. Es ist nicht nur so, dass einige Berufsstände denken, sie seien etwas Besseres. Nein, sie haben sich auch rechtliche Bereiche ge-

schaffen, wo sie es ganz real auch sind. Gleichzeitig sinkt damit der durchschnittliche aktuelle Rentenwert in der allgemeinen Rentenversicherung, wenn die Gutverdiener sich aus dem Staub machen.

Mittlerweile gibt es Initiativen von ÄrztInnen, den Versorgungswerken bei der Anlage genauer auf die Finger zu schauen. Es soll ökologischer und nachhaltiger investiert werden. Eine – auch vom vdää unterstützte – Initiative wendet sich aktuell gegen Beteiligungen an Unternehmen, die mit fossilen Brennstoffen arbeiten, in Sorge um die CO₂-Bilanz. Gleichzeitig wird betont: »Es geht nicht nur um ethische Argumente. Immer mehr sprechen auch ökonomische Gründe gegen Anlagen im fossilen Bereich. Sie drohen auf Grund einer aktiven Klimaschutzpolitik und veränderter Prioritäten großer Investoren zunehmend an Wert zu verlieren. Die Versorgungswerke dürfen aus ihrer Verpflichtung, für eine nachhaltige Rendite zur Sicherung der Renten Ihrer Mitglieder zu sorgen, dieses Risiko nicht ignorieren« (Bundesweiter Aufruf von Ärztinnen und Ärzte an ihre Versorgungswerke).

Wenn die Kritik dabei stehen bleibt, dass Standespolitik bitte schön »grünere Standespolitik« sein soll, geht sie meines Erachtens in die falsche Richtung.

Das Hauptproblem ist die Trennung vom Rest der Gesellschaft und die Hinwendung zu einem kapitalgesteuerten Finanzierungssystem. Der Kampf für ein besseres, gerechteres, moderneres allgemeines Rentensystem dürfte den meisten ÄrztInnen ziemlich egal sein, solange sie selbst in einem auf Gewinnerzeugung ausgelegten Parallelsystem stecken. Was also tun?

Ständische Parallelsysteme abschaffen lautet die politische Forderung!

Dies ist die einzige Option die tatsächlich etwas bewegen kann.

Es ist zudem zumindest in Bayern möglich, dem Parallelsystem ein Schnippchen zu schlagen. Ja, wir sind Pflichtmitglieder. Aber wir sind nicht direkt verpflichtet, dort unsere Rente zu zahlen. Das, was uns als »natürlich« verkauft wird, ist ein aktiver Akt. Wir treten aktiv

per Unterschrift aus der allgemeinen Rentenversicherung aus.

Gerade für die angestellten KollegInnen gibt es – zumindest in manchen Bundesländern – einen Alternativweg. Tretet einfach nicht aus! Dann nämlich geht die Rentenzahlung weiter in die GRV. Ihr seid also mit dem Rest der Gesellschaft in einem umlagefinanzierten moderneren System organisiert. Ihr habt keine Standesvorteile und Ihr betrügt nicht Eure Eltern, Freunde und Mitbürger (außer es sind alles ÄrztInnen) um Euren Anteil in der Solidargemeinschaft. Für Euch heißt das, dass Ihr Euch plötzlich Gedanken machen müsst, wie die GRV weiter entwickelt werden soll. Denn verbessert werden muss sie allemal.

Die Pflichtmitgliedschaft in der ständischen Ärzteversorgung ist allerdings leider nicht ganz zu umgehen. Den Mindestbeitrag von z.B. 68 €/Monat (*Bayerische Ärzteversorgung 2015*) müsst Ihr zähneknirschend abdrücken. Solange bis die Pflichtmitgliedschaft oder besser gleich das ganze Ständesystem abgeschafft wird, kommt Ihr darum wohl nicht herum. Aber wenigstens können die Versorgungswerke mit dem Beitrag keinen großen Unfug, ob CO₂ neutral oder nicht, anstellen und ihr bekommt eine kleine Zusatzrente (für die, die befürchten in der GRV am Hungertuch zu nagen).

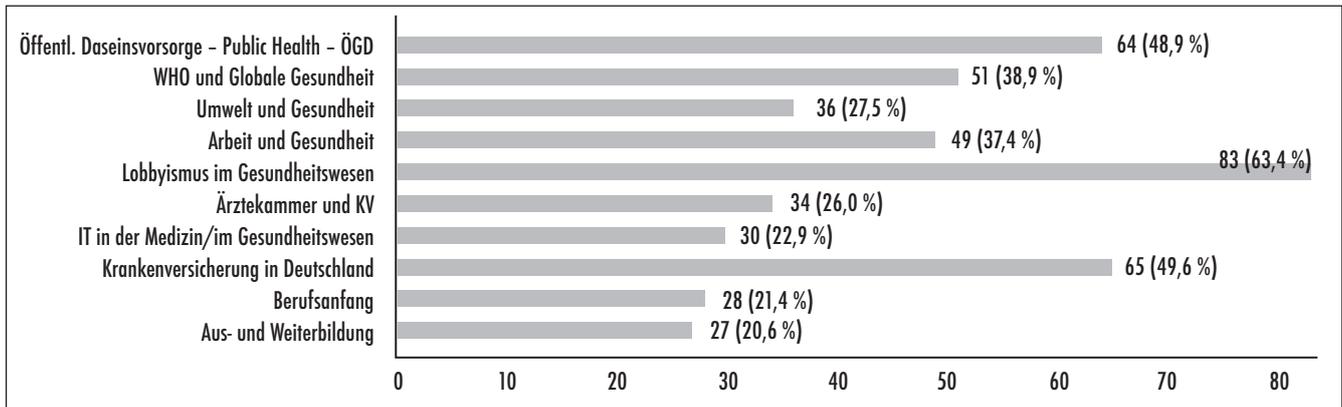
Natürlich sind dies Ratschläge, die nicht gleich die Welt verändern – und dies muss man fairerweise sagen: die für jemanden, der oder die schon 25 Jahre in das ständische Versorgungswerk eingezahlt hat, finanziell problematisch sein können.

Aber gerade für Berufsanfänger stehen sie in einer Reihe mit der Entscheidung, sich in der Gewerkschaft für alle Werkstätigen oder in einer Ständevertretung für nur eine Berufsgruppe zu engagieren, in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bleiben oder in die Private zu wechseln usw.

Beileibe keine Revolution sondern wie so oft eine Frage der Moral und des politischen Anstands im 21. Jahrhundert.

** Ray Novak ist vdää-Mitglied und Arzt im Süden Bayerns.*

»Das Hauptproblem ist die Trennung vom Rest der Gesellschaft und die Hinwendung zu einem kapitalgesteuerten Finanzierungssystem.«



Was uns interessiert...

Umfrage zu Themen in »Gesundheit braucht Politik«

Anfang Januar haben wir unsere Mitglieder per Internet gefragt, welche Themen GbP in diesem Jahr (also vier Hefte) behandeln soll. Wir hatten zehn Themen vorgeschlagen und die Möglichkeit gegeben, freie Antworten zu geben. Es kamen 131 Antworten und die Reihenfolge sieht wie folgt aus:

1. Lobbyismus im Gesundheitswesen
2. Krankenversicherung in Deutschland
3. Öffentliche Daseinsvorsorge – Public Health – ÖGD
4. Arbeit und Gesundheit
5. WHO und Globale Gesundheit
6. Umwelt und Gesundheit
7. Ärztekammer und KV
8. IT in der Medizin/im Gesundheitswesen
9. Berufsanfang
10. Aus- und Weiterbildung

Platz für eigene Ideen und Interessen: (32 Antworten, die wir leicht gekürzt wiedergeben)

1 Als Chirurg halte ich es für besonders dringend erforderlich, dass man einmal diskutiert, dass immer mehr Operationen gemacht werden, deren einzige Indikation der finanzielle Erlös ist.

3 Psychotherapie (auch im gesellschaftspolitischen Kontext: Individualisierung von Überforderungsrisiken, Karriere des Traumbegriffs, P.th. für Geflüchtete und Migranten, Reparaturenerwartungen von Patienten, Innere Widersprüche zw. wissenschaftl. Anspruch / Heilserwartungen / philosophischer Tradition, frgl. oder tats. Überversorgung von »Bagatellstörungen« vs. Unterversorgung »echter Erkrankungen«?, Definition psychischer Krankheit / welche Lobby in der Psychowelt hat woran Interesse?, etc. pp.).

Warum spielt dieses Thema seit jeher fast keine Rolle im vdää (und kommt entsprechend oben in der Liste auch gar nicht vor),

trotz der großen versorgungspolitischen Relevanz psychischer Störungen?

- 4 Overuse
- 6 Prävention und Gesundheitsförderung oder Kommunale Gesundheitsförderung
- 7 Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen (6x genannt)
- 11 Situation und Bezahlung des Pflegepersonals (immer wieder!)
- 12 Auf Grund des Superwahljahrs... Politik und Gesundheit, die Ebenen der Einflussnahme auf das Gesundheitssystem
- 14 Generation Y als Phänomen, Veränderungsmöglichkeit innerhalb der Ärzte-Hierarchie?!
- 15 Versorgungsqualität
- 16 unsere Organisationsmöglichkeiten /-Ansätze für ein anderes Gesundheitssystem (auch im internationalen Kontext)
- 17 Globale Krisen, Migration und Gesundheitsversorgung
- 18 Frauen im Gesundheitswesen
- 19 Zu Berufsanfang: evtl. Gegenüberstellung: Erwartungen zu Berufsanfang und Erfahrungen zu Berufsende, fände ich interessant; Zu Krankenversicherung: Das Thema könnte i. Rahmen der GOÄ-Novellierung noch aktuell werden! Noch ein weiterer Vorschlag (Arbeitstitel): Spezialisierung in der Medizin und Verantwortung für Patienten
- 21 Zu allen Themen wird, auch unter den oppositionellen Ärzten/Vorläufern des vdää, seit Jahrzehnten diskutiert. Die grundlegenden politischen, gesetzlichen und kulturellen Rahmenbedingungen haben sich seit den siebziger Jahren (trotz EU und Selbstaufgabe der DDR sowie Eingemeindung ihrer Reste) nicht geändert. Seit Anfang der siebziger Jahre gibt es (unter diesen Bedingungen) kritische Ärzte-/Medizinblätter sowie lokale und überregionale Zusammenschlüsse. Warum hat sich bis heute Grundlegendes nicht geändert? Ich würde es begrüßen, wenn sich die zukünftigen Autoren der Beiträge zu allen

Themen jeweils auch mit der (Vor-)Geschichte ihrer Vorschläge und den Gründen für ihr Scheitern befassen könnten. Wenn das Rad ständig neu erfunden werden muss, sollten die Gründe dafür auch aufgesucht werden und nicht nur über die andere Ausgestaltung von Speichen und Achslagerung nachgedacht werden.

22 Falls es viele ältere / berentete Mitglieder geben sollte, aber nicht ein ganzes Heft, eher kombiniert mit Berufsanfang als »Besonderheiten in Lebensphasen«: Erfahrungen mit Ehrenämtern, Engagement im Alter, usw.

23 Zum Thema Digitalisierung und Gesundheit empfehle ich den Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen. Außerdem – das Sein bestimmt das Bewusstsein – fände ich den Themenkomplex kommunale Gesundheitspolitik ziemlich spannend :)

24 Maßnahmen gegen die totale Kommerzialisierung, denn als Chirurg habe ich erlebt, wie der finanzielle Erlös zur wichtigsten, oft sogar einzigen Indikation für einen operativen Eingriff wird.

25 Ökonomisierung der Medizin

26 Streiks und Widerstand gegen Ökonomisierung und neoliberale Reformen in Deutschland und Europa

28 Fortsetzung der Aktivitäten gegen das weitere systematische Abschmelzen der sogenannten »Überkapazitäten« im deutschen Gesundheitswesen. Z.B. politische Gestaltung und Allokation von Krankenhäusern und sonstigen Gesundheitsversorgungseinrichtungen statt unterfinanziertes DRG-System und sonstige »Marktmechanismen«.

29 Interessant wäre ein Vergleich der Gesundheitssysteme in der USA, dem NHS im UK und eben hier. Es gab so etwas ähnliches schon, finde ich sehr gut:

<http://www.businessinsider.de/comparison-uk-nhs-v-us-private-healthcare-2015-1>

vdää on tour

Do (Abend) 21. bis So (Mittag) 24. Juli 2016
in die ehemalige

»NS-Führerschule der Deutschen Ärzteschaft« in Alt-Rehse bei Neubrandenburg

Die Fahrt wird dieses Jahr weitgehend den Charakter eines Workshops haben.

Geplant ist eine einführende Diskussionsrunde zur NS Medizin am Donnerstagabend.

Bei einem Rundgang in der Gedenkstätte Alt Rehse am Freitagvormittag werden wir mehr über die Bedeutung dieses Ortes in der Zeit des Faschismus erfahren. Am Freitagnachmittag und am Samstag werden wir in drei Themenblöcken zum einen das Thema NS-Medizin vertiefen und zum anderen aktuelle medizinethische Fragen (z. B. Euthanasie/Sterbehilfe, Social Freezing) diskutieren können.

Die genauen Themen und Referenten werden in Kürze feststehen. U. a. haben wir Prof. Gerhard Baader als Referent gewinnen können.

Auf dem Weg nach Berlin werden wir am Sonntagmorgen eine Führung in der Gedenkstätte des KZ Ravensbrück haben. Hier haben wir auch die Gelegenheit zu einem abschließenden Meinungs austausch.

Mehr Informationen zu Alt Rehse findet Ihr in dem Artikel von Sabine Lueken in Gesundheit braucht Politik, Nr. 4/2016.

Im Hotel Badehaus am See in Neubrandenburg sind Zimmer reserviert. Die Teilnahme ist begrenzt auf 25 TeilnehmerInnen.

Anmeldungen sind ab sofort möglich.

Information

Geschäftsstelle des vdää | Nadja Rakowitz

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