

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärzt*innen



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 4/2021 | Solibeitrag: 5 Euro



Ein anderes Gesundheitssystem ist nötig
Entprivatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung



- 3 Bernhard Winter: Editorial
- 4 Nadja Rakowitz: Ein demokratisches Gesundheitssystem ist nötig. Bericht über die Jahreshauptversammlung in Berlin
- 7 Ralf Hoffrogge: Reif zur Sozialisierung? Zur Geschichte der Vergesellschaftung seit 1918
- 10 Stadt-AG der Interventionistischen Linken Berlin: Großkampagne und Basisarbeit. Über »Deutsche Wohnen und Co. Enteignen« (DWE)
- 12 Nadja Rakowitz: Keine Donquichoterie. über die Demokratisierung des Gesundheitswesens
- 14 Paul Brettel / Phil Dickel: Ambulante Versorgung vergesellschaften – aber wie? Perspektiven aus der Poliklinik-Bewegung
- 18 Michael Janßen: Peers als Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen. Austausch mit einem Community Health Center in Toronto
- 19 Leserbrief
- 20 Stefan Schoppengerd: Klassenloses Krankenhaus. Bericht über den Workshop zu den praktischen Erfahrungen in Neustadt am Rübenberge
- 22 Paul Brettel: Primary Health Care und soziale Partizipation. Gesundheitspolitik in Brasilien in Zeiten des Abbaus sozialer Rechte
- 24 Therese Jakobs: Demokratisierung der Lehre. Über den Workshop der Kritischen Medizinstudierenden beim Gesundheitspolitischen Forum
- 26 Rainer Bobsin: Arztpraxen und MVZ 2021. Private-Equity-Gesellschaften forcieren Konzentrations- und Internationalisierungsprozesse
- 30 Thomas Böhm: Fortschritt, wohin? Bündnis Krankenhaus statt Fabrik seziert den Koalitionsvertrag
- 33 Anke Kleinemeier: Solidarität mit kurdischen Geflüchteten im Nord-Irak. Über eine medizinische Delegation nach Machmur

Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdää* ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Die vier Hefte pro Jahr widmen sich jeweils einem gesundheitspolitischen Schwerpunktthema und finden mittlerweile weit über den Verein hinaus Gehör. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Student*in für 10 Euro im Jahr zu abonnieren.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

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

Der vdää*

ist bundesweit und in Regionalgruppen organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin.

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 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

Felix Ahls, Elena Beier, Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz, Cevher Sat, Stefan Schoppengerd, Rafaela Voss, Ben Wachtler, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 4/2021
ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein Verein demokratischer Ärzt*innen
V.i.S.d.P. Felix Ahls / Thomas Kunkel / Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

Das Titelbild sowie die Bilder auf S. 6, 21, 27 haben uns die Kritischen Mediziner*innen Halle zur Verfügung gestellt; die anderen Bilder kommen von der Poliklinik Veddel, Flickr, Ministério da Saúde Brasil, Bundesarchiv, SRCHC

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Email info@vdaee.de
Internet www.vdaee.de/
gbp.vdaee.de/

Bankverbindung:

Triodos Bank

IBAN:

DE05500310001076050003

BIC: TRODDEF1XXX

Satz/Layout Birgit Letsch

Druck Hoehl-Druck

Editorial

Liebe Leser*innen,

ein Mann will nach oben und findet sich dann in dem lang ersehnten Chefessel des Bundesgesundheitsministeriums wieder. Karl Lauterbach hat sich diesen Weg durch seine meist rationalen Interventionen während der Coronakrise, die ihn von vielen anderen Politiker*innen abhoben, geebnet. Unermüdlich war er in den letzten zwei Jahren in den Medien, in Talkshows und auf Twitter unterwegs. Allerdings wird auch berichtet, dass es bei den Ampelkoalitionären kein wirkliches Gerangel um diesen Posten zu Pandemiezeiten gab (ganz anders z.B. beim Landwirtschaftsministerium). Ein Herzensanliegen des Gesundheitsökonomens Lauterbach ist ein effektives Gesundheitssystem ohne Ressourcenverschwendung mit hohen Qualitätsstandards, das er mit einer Wettbewerbsorientierung der Beteiligten im Gesundheitswesen erreichen will. Er war unter der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt aktiv an der Einführung der DRG beteiligt, die er insbesondere forcierte, um den Bettenabbau in den Krankenhäusern voranzutreiben. Personalabbau war dabei natürlich gleich mit inbegriffen. Auch die Privatisierungswelle der Krankenhäuser lies den Harvard-Absolventen nicht untätig zuschauen. Einige Jahre saß er auf Arbeitgeberseite im Aufsichtsrat der Rhön-AG. Ein Konzern der nicht dafür bekannt ist besonders freundlich mit den dort beschäftigten Kolleg*innen umzugehen. Dennoch war Karl Lauterbach bisher auch ein vehementer Vertreter der Bürger*innenversicherung. Nach dem Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP wurde dieses Projekt zumindest für diese Legislaturperiode beerdigt. Dieses Vorhaben hat dann doch die FDP kassiert. Auf welcher Grundlage der neue Gesundheitsminister seine Politik entwickeln muss, kann man in diesem Heft mit einer Bewertung des Koalitionsvertrages durch das Bündnis *Krankenhaus statt Fabrik* nachlesen. Dieser Text hat bereits jetzt im vdää* für kontroverse Diskussionen gesorgt.

Karl Lauterbach ist durchaus in der Lage mit überkommenen veralteten Strukturen im Gesundheitswesen zu brechen. Er war einer der Protagonisten bei der Einführung von *Medizinischen Versorgungszentren* (MVZ) im Jahr 2003. GbP hat

mehrfach die Janusköpfigkeit von MVZ thematisiert. Rainer Bobsin stellt in dieser Ausgabe dar, wie weit deren Kapitalisierungsprozess inzwischen vorangetrieben wurde. Ein Thema, das sträflicherweise von den Koalitionären in Berlin nicht behandelt wird.

Es bleibt zu hoffen, dass Karl Lauterbach als Gesundheitsminister seinen wissenschaftlich-rationalen Blick auf die Pandemie behält und diesen nicht der Kabinettsräson opfert. Die wirklich spannende Frage wird allerdings sein, wie er mit den durch die Pandemie im Gesundheitswesen hervorgerufenen

Finanzlücken umgeht und wie er die strukturellen Mängel, die SARS-CoV-2 offenbarte, beheben will.

Der Schwerpunkt dieses Heftes ist dem Gesundheitspolitischen Forum von vdää* und Solidarisches Gesundheitswesen e. V. gewidmet, das am zweiten Novemberwochenende in Berlin stattfand. Auf dieser sehr erfolgreichen Veranstaltung widmeten wir uns der Entprivatisierung, Demokratisierung und Vergesellschaftung des Gesundheitswesens.

Wir können nicht über alle Details berichten, versuchen aber mit einem Übersichtsartikel zu der Veranstaltung, in dem die einzelnen Beiträge und ihr Zusammenhang vorgestellt werden, einem historischen Abriss über Vergesellschaftung und Berichten aus den Workshops die zentralen Themen darzustellen. Eine Diskussion, die sicherlich fortgesetzt werden sollte.

Zu unserem letzten Heft »COVID-19 Pandemie der Ungleichheit« erreichte uns ein Leserbrief mit der vollkommen berechtigten Kritik, dass wir die Auswirkungen der Pandemie auf Kinder und Jugendliche nicht berücksichtigt hatten. Wir wollen dem in dem Heft 1/2022, das der Kinder- und Jugendmedizin gewidmet sein wird, abhelfen. Weitere Hefte nächstes Jahr werden der psychischen Gesundheit sowie dem Gesundheitssystem in der Klimakrise gewidmet sein. Auf einer Redaktionsklausur Anfang Februar 2022 werden wir die weiteren Themen für das kommende Jahr abstecken.

Wir wünschen intellektuelle Anregung und politische Motivation beim Lesen, ein friedliches 2022 und irgendwann wieder ein pandemiefreies Leben weltweit.

verein
demokratischer
ärzt*innen



Ein demokratisches Gesundheitssystem ist nötig

Bericht über die Jahreshauptversammlung in Berlin – von Nadja Rakowitz

Nachdem wir letztes Jahr pandemiebedingt und schweren Herzens die komplette JHV ins Internet gelegt hatten, wollten wir dieses Jahr – auch wenn wir 2020 erstaunlich gute Erfahrungen mit dem Online-Format gemacht haben – wenn irgend möglich wieder eine Präsenzveranstaltung organisieren. Uns alle düsterte nach sozialen Kontakten zu den (gesundheits-)politischen Genoss*innen. Wir haben deshalb das ganze Jahr über für 12.–14. November ein Präsenztreffen in Berlin für das diesjährige Gesundheitspolitische Forum von vdää* und Solidarischem Gesundheitswesen und die Jahreshauptversammlung des vdää* geplant. Mit der Evangelischen Schule Berlin Zentrum haben wir einen super Ort gefunden, der sowohl einen schönen großen Saal hat als auch viele Räume für Workshops, dazu ein großes Foyer, eine passende Kantine – und einen zauberhaften Hausmeister, der sehr kooperativ war.

Mit einem 2-G-plus-Test-Konzept und vielen Helfer*innen in Berlin – an dieser Stelle noch mal ein großes Dankeschön an alle! – gelang es uns, den Einlass der insgesamt 125 Teilnehmer*innen (ca. 140 hatten sich angemeldet) trotz Test, Check-in über Corona-App, Kontrolle des Impfungs- oder Genesungsdokuments und Prüfung der Anmeldung reibungslos und ohne Stress zu gestalten. Dies auch dank unserer disziplinierten Teilnehmer*innen, denen an dieser Stelle auch herzlich gedankt sei.

Das Thema des Gesundheitspolitischen Forums war dieses Jahr: »Ein anderes Gesundheitssystem ist nötig. Entprivatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung«. Wir waren einerseits angespornt von den im Zuge der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020

kurz aufgeflamten Diskussionen über die Sinnhaftigkeit kapitalistischer Produktionsweisen und andererseits frustriert darüber, dass die gesellschaftliche Linke weltweit bisher nichts aus dieser Chance machen konnte. Hier sei aber auch erwähnt, dass die politischen Auswirkungen solcher Krisen erfahrungsgemäß meist mit Verzögerung wirksam werden, sodass erst die Zukunft zeigen wird, ob wir in den eskalierenden Auseinandersetzungen zu Gunsten der Menschen etwas erreichen können. Gerade im Gesundheitswesen zeigte sich offensichtlich, wie schädlich und unpraktisch die kapitalistische Organisation z.B. von Krankenhäusern ist. Und dann nahm in diesem Jahr noch eine andere Frage der Daseinsvorsorge Fahrt auf: die Wohnungsfrage. Die Bewegung »Deutsche Wohnen und Co. Enteignen« wurde dieses Jahr in Berlin so populär, dass sie beim Volksentscheid eine Mehrheit der Berliner*innen für ihr Anliegen gewinnen konnte. Gleichzeitig flammten in den Krankenhäusern trotz – oder wegen – der Corona-Pandemie die Kämpfe für Entlastung und mehr Personal (und gegen DRG und Profite) wieder auf. Diese Entwicklungen bewogen uns dazu, uns mit der Frage der Demokratisierung und Transformation des Gesundheitswesens und der Gesellschaft auseinanderzusetzen. Als Verein demokratischer Ärzt*innen ein naheliegendes Thema.

Für den Freitagabend hatte die – auch das ganze Jahr über sehr aktive – vdää*-Regionalgruppe von Berlin eine Podiumsdiskussion vorbereitet zum Thema: Arbeitskämpfe im Krankenhaus 2021. Mehr als 80 Teilnehmer*innen kamen zur Diskussion. Es diskutierten Dana Lützkendorf¹, Intensivkrankenschwester an der Charité

und seit Jahren in den Auseinandersetzungen um Personalbemessung aktiv, sie ist ehrenamtliche Vorsitzende des ver.di-Bundesfachbereichsvorstands Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen; Luigi Wolf², Sozialwissenschaftler, der sich schon seit einiger Zeit und auch in seiner Dissertation mit Arbeitskämpfen im Krankenhaus beschäftigt und seit 2010 Projekte zur telefonischen Mobilisierung im Rahmen von gewerkschaftlichen Tarifbewegungen durchführt; er ist Geschäftsführer von *Organiz.ing*, einem Organizing-Unternehmen, das sehr erfolgreich ver.di besonders in der Tarifbewegung Entlastung unterstützt. Und als Dritte in der Runde war Helena Mielke eingeladen, Ärztin in Weiterbildung am Vivantes-Klinikum Neukölln und aktiv in der vdää*-Regionalgruppe Berlin.

Die drei schilderten aus ihren unterschiedlichen Perspektiven den gerade beendeten Arbeitskampf bei Vivantes und Charité, der mit harten Bandagen geführt wurde. Die Arbeitgeber weigerten sich, eine Notdienstvereinbarung zu schließen, die eine wichtige, wenn auch keine notwendige Bedingung von Betten- und Stations-schließungen sind. Deutlich wurde zum einen, wie belastend die Arbeitsbedingungen besonders für die Kolleg*innen in der Pflege inzwischen sind und wie groß entsprechend ihre Wut auf die Verhältnisse, die der Grund dafür sind. Dana Lützkendorf berichtete auch von den Team-Delegiertenstrukturen, die auch diesmal wie schon beim Charité-Streik 2015 aufgebaut wurden. Jedes Team oder jede Station stellte eine*n Delegierte*n für die Tarifverhandlungen, so dass jeweils zu den spezifischen Themen und Fragen bei den Verhandlungen zumindest auf Seiten der Arbeit-



Poliklinik Veddel

nehmer*innen die Expert*innen mitsprechen konnten. Das gab den ver.di-Verhandler*innen entsprechende Sicherheit in der Argumentation. Klar wurde hier aber auch, wie wichtig die Rolle der Ärzt*innen in solchen Auseinandersetzungen ist, da die Arbeitgeber mit dem Argument der Patient*innengefährdung versuchen, Streikmaßnahmen zu sabotieren oder zumindest zu erschweren. In solchen Situationen sind Ärzt*innen von Nöten, denen der Arbeitgeber bezüglich der medizinischen Einschätzung nicht widersprechen kann. Für den vdää* ergibt sich daraus quasi der Auftrag, bei den weiterhin anstehenden Streiks (z.B. im Frühjahr in der Tariffbewegung Entlastung in NRW) dafür zu sorgen, dass es ein paar Ärzt*innen gibt, die mitstreiken oder zumindest für solche Aufgaben zur Verfügung stehen können. Helena Mielke berichtete über die Bemühungen und auch Schwierigkeiten der wenigen (aber mehr werdenden) Ärzt*innen, den Streik solidarisch zu unterstützen.

An Luigi Wolfs Beitrag wurde deutlich, wie wichtig und effektiv eine systematische Organisation der Beschäftigten sein kann. Seit 1. März hat ver.di 30 Organizer*innen bei *Organiz.ing* angeheuert, die systematisch Einheit für Einheit organisiert und versucht haben, Mehrheiten für einen Streik zu gewinnen, aber auch neue ver.di Mitglieder (alleine in dieser Bewegung 2.000 neue Mitglieder!). Entscheidender aber für unsere Fragestellung war Luigis Einschätzung, dass sich in diesen Prozessen des Organisierens »Handlungseinheiten der Selbstorganisation« konstituiert haben – zumindest für den Moment. Solche kollektiven Ermächtigungserfahrungen in betrieblichen, gewerkschaftlichen Auseinandersetzungen sind wertvolle gesellschaftliche Momente erlebter praktischer Demokratie, an die wir am nächsten Tag anknüpfen wollten.

■ Gesundheitspolitisches Forum von vdää* und Solidarisches Gesundheitswesen e.V.

Am Samstagmorgen kamen zum Gesundheitspolitischen Forum ca. 120 Menschen, darunter mehr als die Hälfte Studierende oder Berufsanfänger*innen. Es gab zwei Panels mit jeweils zwei Referent*innen. Bei Panel I: »Was bedeutet Demokratisierung? Theorie und Praxis demokratischer Bewe-

gungen« sprach Kalle Kunkel³, ehemaliger Gewerkschaftssekretär, jetzt aktiv bei »Deutsche Wohnen & Co enteignen«, über das Thema: »Wo endet der demokratische Sektor? Zu den Diskussionen um Wirtschaftsdemokratie und Eigentum« und dann Joanna Kusiak, Stadtsoziologin der Cambridge University und ebenfalls Aktivistin bei »Deutsche Wohnen & Co enteignen«, über die Kampagne und ihre gesellschafts- und gesundheitspolitischen Implikationen. Kalle Kunkels Vortrag basierte u.a. auf den Studien von Ralf Hoffrogge, von dem wir einen Text auf S. xx dokumentiert haben. Joanna Kusiak schilderte, wie es gelang, so viele Menschen zu mobilisieren, sich entweder für die Kampagne zu engagieren oder zumindest in der Volksabstimmung positiv zu stimmen. Sie berichtete, dass es wichtig war für den Erfolg der Kampagne, dass nicht nur unmittelbar Betroffene, z.B. Menschen aus Mieterinitiativen, mitmachten, sondern dass sich eine eigene Dynamik der (Selbst-)Organisation von bis zu 2.000 Aktiven entwickelt hat (mehr dazu findet sich in dem Artikel auf S. 10f.).

An der Diskussion über Vergesellschaftung von Eigentum versus Verstaatlichung konnten wir im Panel II zu »Demokratie im Gesundheitswesen« gut anknüpfen. Nadja Rakowitz⁴ referierte eine Kurzfassung eines 2021 erschienenen Aufsatzes. Sie versuchte, das transformatorische Moment am Begriff der Demokratie herauszuarbeiten, der eine Idee von gesellschaftlicher Selbstorganisation impliziert, und ein paar solcher Momente im Gesundheitswesen nachzuzeichnen. Phil Dickel und Paul Brettel diskutierten diese Frage ganz praktisch unter dem Titel: »Ambulante Versorgung vergesellschaften. Aber wie? Perspektiven aus der Poliklinikbewegung«. Nach einer kurzen Erläuterung der Poliklinik-Projekte und besonders der Poliklinik Veddel stellten sie die Frage zur Diskussion, wie wir unserer Vorstellung eines demokratischen Gesundheitswesens für alle näher kommen: unter dem Dach von kommunalen Gesundheitszentren / Primärversorgungszentren (die es zu schaffen gilt/gelte) oder in Gestalt von selbstorganisierten mehr oder weniger autonomen Projekten? Wie aber ließen sich letztere Strukturen verstetigen und systematisieren, damit sie nicht vom guten Willen der Individuen (und deren kostenloser, weil politisch motivierter Arbeit) abhängen? Es gab keine einfachen Antworten, sondern wir befinden uns am Beginn einer Diskussion.

So gut wie noch nie bei unseren Gesundheitspolitischen Foren setzen die am Nachmittag folgenden Workshops die Fragestellungen und Probleme des Vormittags fort oder vertieften und konkretisierten sie, zum Teil auch mit internationaler Perspektive. Folgende Workshops liefen parallel:

1. Peers (Erfahrungsexpert*innen) als Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen: Austausch mit einem Community Health Center in Toronto
2. Primary Health Care in Brasilien und Partizipation der Bevölkerung – mit Ligia Giovanella (Pesquisadora Senior bei der Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro/Brasilien)
3. Klassenloses Krankenhaus in Neustadt am Rübenberge. Lernen aus einem fast vergessenen Modell – mit der Ärztin Heidrun Nitschke und der Krankenpflegerin Martina Stump
4. Krankenkassen: Revitalisierung der Selbstverwaltung zwischen Korporatismus und Privatisierung mit Eckehard Linnemann (ehemals IG BCE, Mitglied im Vorstand DRV-Knappschaft-Bahn-See, im Bundesvorstand DRV, Verwaltungsrat GKV-Spitzenverband)
5. Kritische Medizinstudierende: Möglichkeiten zur demokratischen Gestaltung von Lehre und Fort-/Weiterbildung

Die Berichte über die Workshops finden sich ebenfalls in diesem Heft.

Den inhaltlichen Abschluss bildete, auch das schon eine kleine Tradition, die Diskussion über aktuelle Gesundheitspolitik. Bernhard Winter, berichtete kurz von den Ergebnissen des Ärztetags, Nadja Rakowitz gab einen kritischen Überblick der Parteiprogramme der Ampel-Parteien und des Sondierungspapiers und Peter Hoffmann fasste zusammen, was Gesundheitsökonomien aktuell diskutieren zum weiteren Umbau des Krankenhauswesens.

Am Sonntag bei der Mitgliederversammlung wurde ein neuer Vorstand gewählt und es wurde eine Satzungsänderung beschlossen: Aus dem Geschäftsführenden Vorstand ausgeschieden ist Michael Janßen, neu hinzugekommen ist Paul Brettel aus Freiburg. Der erweiterte Vorstand besteht wieder aus 43 Mitgliedern, einige Mitglieder wollten nicht mehr weitermachen, dafür sind andere dazugekommen.

Schon bei der MV im letzten Jahr



Kritische Mediziner*innen Halle

hatte der geschäftsführende Vorstand vorgeschlagen, den Namen des Vereins zu ändern in Verein demokratischer Ärzt*innen, weil auch mit der Namensgebung des Vereins dem Ziel Ausdruck verliehen werden soll, das binäre Geschlechterverständnis aufzubrechen. Auch Menschen, die nicht in der Geschlechter-Binarität leben, sollten mitangesprochen und inkludiert werden. Die MV 2020 hatte diese befürwortet und den Vorstand beauftragt, eine solche Satzungsänderung vorzubereiten. Diese wurde nun einstimmig beschlossen, und ab jetzt seid Ihr Mitglieder im Verein demokratischer Ärzt*innen. Was das für die Abkürzung und das Vereinslogo bedeutet, wird laut Beschluss der MV noch im Vorstand geklärt. Es wurde außerdem eine Satzungsänderung beschlossen hinsichtlich der Mitglieder des vdää*: Ab jetzt können auch Zahnärzt*innen ordentliche Mitglieder werden. Hintergrund dieser Änderung ist die Auflösung unseres Schwestervereins, der *Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM)*, letztes Jahr.

Nach dem inhaltlich sehr guten und atmosphärisch freundlichen und fröhlichen Tag merkte man den Leuten an, wie wichtig ihnen die Möglichkeit war, endlich mal wieder mit Vereinsmitgliedern, Freund*innen, Genoss*innen und neuen Leuten zusammensitzen und diskutieren zu können. Entsprechend gut war die Stimmung am Sonntagmorgen bei der Mitgliederversammlung. Der Bericht darüber findet

sich in der dieser Zeitschrift beiliegenden Vereinsbroschüre.

Das Fazit von Vielen war: Die Tagung war inhaltlich sehr gut, die Diskussionen konzentriert und fokussiert. Unsere Hygienevorschriften und die Corona-Maßnahmen mit 2G plus Test vor Ort hatten sich bewährt.

- 1 Vgl. z.B.: Dana Lützkendorf / Kalle Kunkel / Harald Weinberg: »Meine Beiträge sind keine Dividenden« – Gespräch über eine bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser, Luxemburg. Gesellschaftsanalyse und linke Praxis, August 2020, <https://www.zeitschrift-luxemburg.de/meine-beitraege-sind-keine-dividenden/>
- 2 »Mehr von uns ist besser für alle!«, Luigi Wolf, in: Um-Care, Barbara Fried / Hannah Schurian (Hrsg.), Rosa-Luxemburg-Stiftung Berlin 2015, https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/Materialien/Materialien13_Um_Care_web.pdf
- 3 Kalle Kunkel: »Die Politik wird den Volksentscheid für Enteignungen nicht ignorieren können«, Dissens Podcast #143 vom 28.09.2021, <https://blogs.taz.de/dissenspodcast/die-politik-wird-den-volksentscheid-fuer-enteignungen-nicht-ignorieren-koennen/>; Kalle Kunkel: Die politische Ökonomie des Fallpauschalensystems zur Krankenhausfinanzierung, in: PROKLA. Zeitschrift für Kritische Sozialwissenschaft, 51(205) 2021, <https://www.prokla.de/index.php/PROKLA/article/view/1967/1886>
- 4 Nadja Rakowitz: Zur Demokratisierung des Gesundheitswesens, Vortrag bei der Tagung »Soziale Sicherungssysteme im Umbruch«, in: <https://www.youtube.com/watch?v=AKky5pnjhfi>

Das Gesundheitspolitische Forum 2021 wollte die Themen »Entprivatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung« bearbeiten – politische Methoden also, die weit über gesundheitspolitische Gefilde hinaus von Interesse sind. So war es naheliegend, die Diskussion über die Zukunft und die Veränderung des Gesundheitswesens auch von möglichen Vorbildern aus anderen Bereichen inspirieren zu lassen: Parallel zur Bundestags- und Abgeordnetenhauswahl Ende September ist in Berlin auch über den Volksentscheid zur Enteignung großer Immobilienkonzerne abgestimmt worden – die Vorlage der Initiative »Deutsche Wohnen und Co. enteignen!« wurde von fast 60 Prozent der Berliner*innen befürwortet. Wie die weitere Umsetzung jetzt aussehen wird, ist noch nicht ausgemacht, aber einen Erfolg kann die Kampagne bereits jetzt verbuchen: Sie hat die Vergesellschaftung von »Produktionsmitteln« am Beispiel großer Wohnungsbestände bis in die Mitte der Gesellschaft wieder zu einer ernsthaft diskutierten Frage gemacht. Dabei kann sie sich auf Regelungen im Grundgesetz berufen, die über Jahrzehnte weitgehend unbeachtet geblieben sind. Wie aber kommt es, dass die Verfassung die Möglichkeit der Sozialisierung offenhält und dass Art. 15 GG feststellt: »Grund und Boden, Naturschätze und Produktionsmittel können zum Zwecke der Vergesellschaftung (...) in Gemeineigentum oder in andere Formen der Gemeinwirtschaft überführt werden«? Wie der Historiker Ralf Hoffrogge zeigt, handelt es sich dabei gewissermaßen um eine Hinterlassenschaft jener Räteregierung, die im Deutschland der Novemberrevolution 1918 schnell vom Parlamentarismus der Nationalversammlung verdrängt werden sollte.

Reif zur Sozialisierung?

Ralf Hoffrogge zur Geschichte der Vergesellschaftung seit 1918

Obwohl die Verfechter des Rätensystems eine Nationalversammlung gerne mit kapitalistischer Restauration gleichsetzten, war mit ihr 1918 die zukünftige Wirtschaftsform nicht festgelegt. Viele Befürworter einer Nationalversammlung argumentierten stattdessen, dass bei Wahlen eine sozialistische Mehrheit zu erwarten sei. Darauf wollte sich der Kongress der Arbeiter- und Soldatenräte jedoch nicht verlassen und beschloss die Sozialisierung der Industrie: Er »beauftragt die Regierung mit der Sozialisierung aller hierzu reifen Industrien, insbesondere des Bergbaues, unverzüglich zu beginnen.«¹

Der Beschluss zur Sozialisierung folgte dem sozialistischen Grundkonsens der Novemberrevolution und war für Regierung und Nationalversammlung bindend. Wichtig sind die Einschränkungen: Der Beschluss war ein Auftrag an den Rat der Volksbeauftragten, kein Dekret, das die Sozialisierung mit sofortiger Wirkung festschrieb – auch diese Autorität hätte der Kongress gehabt. Die Reichweite der durchzuführenden Sozialisierung war definiert: nicht Einzelbetriebe, sondern Industrien sollten sozialisiert werden. Es ging eben nicht gegen den Handwerksmeister oder das Eigenheim, sondern als Voraussetzung galt die »Reife« eines ganzen Produktionszweiges. Diese nahm man für den Bergbau als gegeben an – warum gerade hier? Zu nennen wäre einerseits die Rolle der Steinkohle als primärer Energieträger jener Zeit – ohne Kohle lief im Zeitalter der Dampflokomotive nichts, erst später im 20. Jahrhundert setzte sich das Automobil und mit ihm das Erdöl als Treibstoff des Kapitalismus durch. »Reife« verwies somit am Beispiel Kohlebergbau auf eine elementare Bedeutung für die Produktion von Gütern und die Reproduktion der Gesellschaft. Am Beispiel Bergbau

lässt sich noch ein zweites Kriterium von Sozialisierungsreife aufzeigen: hier waren die Eigentumsverhältnisse stark konzentriert – wenige »Zechenherren« kommandierten Armeen von Bergleuten. Eine Sozialisierung würde das Eigentumsrecht sehr weniger Menschen einschränken, aber die soziale Lage sehr vieler Menschen entscheidend verbessern. Das Beispiel Bergbau illustriert, wie »Sozialisierungsreife« gedacht wurde: hohe Kapitalkonzentration, durch die eine schmale Schicht von Eigentümern Industrien von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung beherrschte.

Dieser Zusammenhang war umso einleuchtender, weil die Bereiche Bergbau und Schwerindustrie (Eisen- und Stahlproduktion) vor 1918 gewerkschaftsfreie Zonen waren, in denen nach dem »Herr-im-Hause«-Standpunkt gewirtschaftet wurde.² Die Kombination aus harten und gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen bei fehlender Repräsentation der Arbeitenden war ein Paradebeispiel für die vor-demokratischen Zustände, die schrankenlose private Verfügung über Eigentum an Produktionsmitteln hervorbringen konnte. Die »Reife« zur Sozialisierung war hier für die Zeitgenossen besonders anschaulich.

Für andere Industrien delegierte der Kongress die Entscheidung zur Sozialisierung dagegen an die Volksbeauftragten. Sichtbar wird mit diesem Zögern der Wunsch, die Materie Fachleuten zu überlassen – dies war ein häufiges Motiv in der Novemberrevolution. Die Angst, bestehende Abläufe in Verwaltung und Produktion durcheinanderzubringen und dadurch die alltägliche Not zu verschlimmern, begünstigte die Restauration. Trotz dieses Vorbehalts drückte der Sozialisierungsbeschluss den Willen aus, »unverzüglich«, also nicht erst nach den Wahlen zur Nationalversammlung,

mit der wirtschaftlichen Neuordnung zu beginnen. Der Rat der Volksbeauftragten folgte diesem dringlichen Auftrag nicht. Er beließ es bei der bereits im November 1918 eingesetzten Sozialisierungskommission – die nicht selbst sozialisieren konnte, sondern nur Kriterien zur Umsetzung entwarf. Sie löste sich schon im März 1919 wegen unüberbrückbarer Gegensätze auf.³

Zu diesem Zeitpunkt war der Sozialisierungsauftrag auf die Nationalversammlung und die von ihr gewählte Regierung unter Philipp Scheidemann (SPD) übergegangen. Die Nationalversammlung hatte trotz des bindenden Auftrags vom Reichsrätekongress zunächst nicht vor, Sozialisierung in die Verfassung aufzunehmen. Im Verfassungsentwurf von Hugo Preuß gab es keinen entsprechenden Artikel. Erst als die Märzstreiks im Frühjahr 1919 mit rätendemokratischen Forderungen das Ruhrgebiet, Berlin und das mitteldeutsche Industrieviertel lahmlegten, wurden am 4. März 1919 auf Vorlage der Regierung zwei Sozialisierungsartikel eingefügt.⁴

Im Ergebnis bedeutete dies einen offenen Verfassungskompromiss. Denn zunächst garantierte die neue Verfassung in Artikel 153 das Eigentum, dessen »Inhalt und Schranken« jedoch durch Gesetze zu bestimmen sei. Daran anschließend eröffnete Artikel 156 die Möglichkeit, »für die Vergesellschaftung geeignete private wirtschaftliche Unternehmungen in Gemeineigentum« zu überführen.⁵ Grundlage müsse ein Gesetz sein – für die Durchführung einer Sozialisierung war ein gesonderter Parlamentsbeschluss notwendig. Ein zweiter Absatz des Artikel 156 erlaubte zudem, »wirtschaftliche Unternehmungen und Verbände« zusammenzuschließen, um »Arbeitgeber und Arbeitnehmer an der Verwaltung zu beteiligen und Erzeugung, Herstellung, Verteilung, Verwendung, Preisgestaltung sowie Ein- und Ausfuhr der Wirtschaftsgüter nach gemeinwirtschaftlichen Grundsätzen zu regeln.«⁶ Das im März 1919 verabschiedete »Gesetz über die Regelung der Kohlenwirtschaft«, mitunter fälschlich als »Gesetz über die Sozialisierung der Kohlenwirtschaft« bezeichnet, funktionierte entlang dieser Linien. Das Privateigentum im Kohlebergbau wurde nicht aufgehoben, stattdessen wurden die Unternehmen der Kohlewirtschaft zur Bildung von Verbänden gezwungen, die Preise und Absatzmärkte koordinierten. Oberstes Gremium der Kohlewirtschaft war ein »Reichskohlenrat«, in dem Unternehmer, Verbraucher und Beschäftigte vertreten waren. Das letzte Wort hatte jedoch das Reichswirtschaftsministerium.⁷ Ergebnis war keine demokratische Gemeinwirtschaft, sondern ein Kartell unter Staatsaufsicht. Der Tübinger Jurist Knut Wolfgang Körr kennzeichnet die Konstruktion als »Wirtschaftsdirigismus mit zwangswirtschaftlichen Zügen, der nur mühsam mit dem Etikett der Selbstverwaltung verschleiert wurde«.⁸

Nach 1933 entfiel die gewerkschaftliche Mitbestimmung, ansonsten wurde jedoch nichts verändert. Denn das Konstrukt der Kohlesyndikate erwies sich in der NS-Rüstungsproduktion als funktional, was im Rückblick nicht verwundert: Inspiriert war es von der Kriegswirtschaft 1914-1918. Erst die auf alliierten Druck erzwungene Entflechtung nach 1945 beseitigte die Ergebnisse dieser verfehlten »Sozialisierung«. Im Parlamentarischen Rat der Westzonen stellte sich 1948/49 vor dem Hintergrund der durch Kapitalkonzentra-



Ein Lastauto, mit revolutionären Matrosen und Soldaten besetzt, fährt durch das Brandenburger Tor, 9.11.1918
Bundesarchiv, 183-B0527-0001-810, Unknown author, CC-BY-SA 3.0

tion geprägten NS-Kriegswirtschaft erneut die Frage einer Wirtschaftsreform – nicht nur SPD und KPD, sondern auch Teile der CDU/CSU waren offen für Gemeinwirtschaft und Sozialisierung, während andere es bei der Entflechtung belassen wollten.⁹

Das 1949 verabschiedete westdeutsche Grundgesetz folgte schließlich im Geiste und teils auch im Wortlaut dem Weimarer Verfassungskompromiss. Das Eigentum wurde garantiert, aber ein Artikel 15 schränkte ein: »Grund und Boden, Naturschätze und Produktionsmittel können zum Zwecke der Vergesellschaftung durch ein Gesetz, das Art und Ausmaß der Entschädigung regelt, in Gemeineigentum oder in andere Formen der Gemeinwirtschaft überführt werden.«¹⁰ Zur Anwendung kam diese Sozialisierung jedoch nicht. Forderungen nach politischer Kontrolle und gewerkschaftlicher Mitsprache in den einst kriegswichtigen Industrien wurden stattdessen durch das Montan-Mitbestimmungsgesetz von 1951 aufgefangen. Es räumte den Beschäftigten die Hälfte der Aufsichtsratssitze ein, ließ aber die Eigentumsverhältnisse intakt, da im Falle eines Pattes die Stimme des Aufsichtsratsdirektors entschied. In der Sowjetischen Besatzungszone und ab 1949 in der DDR wurde der umgekehrte Weg gegangen: Es fanden weitreichende Verstaatlichungen statt, aber die Mitbestimmung der Beschäftigten am geschaffenen Volkseigentum blieb rudimentär und konnte sich allenfalls auf Betriebsebene ausdragen.

Mit der Ausweitung des Geltungsbereiches des Grundgesetzes auf die DDR am 3. Oktober 1990 ist in der Berliner Republik der Verfassungskompromiss des Grundgesetzes gültiger Stand. Die einst vom Reichsrätekongress als Verfassungsauftrag formulierte Sozialisierung ist somit weiterhin eine Verfassungsmöglichkeit. Denn das Grundgesetz legt die kapitalistische Wirtschaftsordnung nicht fest. Das Bundesverfassungsgericht stellte 1954 in einem Grundsatzurteil fest, dass sich »der Verfassungsgeber nicht ausdrücklich für ein bestimmtes Wirtschaftssystem entschieden hat«. Das Gericht erklärte vielmehr: »Die gegenwärtige Wirtschafts- und Sozialordnung ist zwar eine nach dem Grundgesetz mögliche Ordnung, keineswegs aber die allein mögliche.«¹¹ Die Möglichkeit einer Sozialisierung ist jedoch nicht gleichzusetzen mit deren Durchsetzung. Artikel 15 des Grundgesetzes wurde bis heute nie angewandt. Sozialisierung ist somit keine juristische Frage, sondern bleibt eine politische Her-

ausforderung, die der Rätekongress vom Dezember 1918 uns heute stellt.

Ralf Hoffrogge ist Historiker und aktiv bei Deutsche Wohnen & Co. Enteignen in Berlin.

- 1 Beschlüsse des I. Reichsrätekongresses der Arbeiter- und Soldatenräte Deutschlands vom 16. bis 21. Dezember 1918, in: <http://www.novemberrevolution1918.de/>
- 2 Vgl. Thomas Welskopp: Arbeit und Macht im Hüttenwerk. Arbeits- und industrielle Beziehungen in der deutschen und amerikanischen Eisen- und Stahlindustrie von den 1860er bis zu den 1930er Jahren, Bonn 1994; sowie Marco Swiniartzki: Der Deutsche Metallarbeiter-Verband 1891-1933 – Eine Gewerkschaft im Spannungsfeld zwischen Arbeitern, Betrieb und Politik, S. 90-114, S. 226-244
- 3 Manfred Behrend: Der Wandschirm, hinter dem nichts geschieht. Bildung, Tätigkeit und Ende der ersten deutschen Sozialisierungskommission. In: Beiträge zur Geschichte der Arbeiterbewegung, Heft 4/1998
- 4 Dietmar Lange: Massenstreik und Schießbefehl, S. 89. Auch der Artikel 165 der Weimarer Verfassung über die Bildung von Wirtschaftlichen Räten, der 1920 die Einführung der Betriebsräte ermöglichte, war ein Zugeständnis an die Streiks im März 1919. Zum Streikablauf im Raum Berlin, vgl. Weipert, Zweite Revolution, S. 41-159
- 5 Zur Sozialisierungsgesetzgebung vgl. kritisch Gerhard Brehme: Die sogenannte Sozialisierungsgesetzgebung der Weimarer Republik, Berlin (Ost) 1960. Aus juristischer Sicht, inkl. dem Stand in der Bundesrepublik: Martin Lars Brückner: Sozialisierung in Deutschland: verfassungsgeschichtliche Entwicklung und ihre Hintergründe, München 2013
- 6 Weimarer Reichsverfassung, Artikel 156, Abs. 2
- 7 Knut Wolfgang Nörr: Die Leiden des Privatrechts: Kartelle in Deutschland von der Holzstoffkartellentscheidung zum Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen, Tübingen 1994, S. 41-46
- 8 Knut Wolfgang Nörr: Die Leiden des Privatrechts, S. 45
- 9 Vgl. Wolfgang Abendroth: Das Grundgesetz – eine Einführung in seine politischen Probleme, Pfullingen 1966, S. 62-64
- 10 Art. 15 GG. Ein Äquivalent zu Artikel 156, Abs. 2, dem Vorbild der Kohlen-syndikate, gab es im Grundgesetz nicht mehr.
- 11 »Das Grundgesetz garantiert weder die wirtschaftspolitische Neutralität der Regierungs- und Gesetzgebungs-

gewalt noch eine nur mit marktkonformen Mitteln zu steuernde »soziale Marktwirtschaft«. Die »wirtschaftspolitische Neutralität« des Grundgesetzes besteht lediglich darin, daß sich der Verfassungsgeber nicht ausdrücklich für ein bestimmtes Wirtschaftssystem entschieden hat. Dies ermöglicht dem Gesetzgeber die ihm jeweils sachgemäß erscheinende Wirtschaftspolitik zu verfolgen, sofern er dabei das Grundgesetz beachtet. Die gegenwärtige Wirtschafts- und Sozialordnung ist zwar eine nach dem Grundgesetz mögliche Ordnung, keineswegs aber

die allein mögliche. Sie beruht auf einer vom Willen des Gesetzgebers getragenen wirtschafts- und sozialpolitischen Entscheidung, die durch eine andere Entscheidung ersetzt oder durchbrochen werden kann. Daher ist es verfassungsrechtlich ohne Bedeutung, ob das Investitionshilfegesetz im Einklang mit der bisherigen Wirtschafts- und Sozialordnung steht und ob das zur Wirtschaftslenkung verwandte Mittel »marktkonform« ist.« Vgl. BVerfGE 4,7 vom 20. Juli 1954, online: <https://opiniojuris.de/entscheidung/818>

Damit Behandlungsfehler nicht Schicksal bleiben

Aufruf der Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter e.V.

Die ungebremste Ökonomisierung des Gesundheitswesens der letzten Jahre erzeugt Kollateralschäden. Statt das Vertrauen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen zu stärken, spielt sie diese gegeneinander aus. Das zeigt sich beispielhaft am Umgang mit Behandlungsfehlern, der einen Keil zwischen beide Gruppen treibt.

Wenn Ärzt*innen schwerwiegende Behandlungsfehler unterlaufen, sind sie darüber genauso unglücklich wie Geschädigte. Eine Unternehmenskultur, die Fehlleistungen nicht vorrangig als Schuldfrage, sondern als eine Lernchance begreift, kommuniziert diese offen und leitet wirksame Gegenmaßnahmen ein. So erzeugt sie bei den Beteiligten Vertrauen und Verständnis und nimmt der misslichen Situation die Spitze. Leider zeigt die Erfahrung, dass viele Ärzt*innen von Haftpflichtversicherern und Betriebsleitungen gezwungen werden, Fehlverhalten zu verschleiern. Deshalb bleibt Patient*innen oft keine andere Wahl, als vor Gericht zu ziehen – ein für alle traumatisches Erlebnis. Das Arzthaftungsrecht macht so Ärzt*innen und Patient*innen gleichermaßen zu Opfern. Solange es nicht reformiert wird und de-eskalierende Lösungen an seine Stelle treten, wird sich an diesem Zustand nichts ändern.

Auf Ihre Expertise kommt es an

Ohne Unterstützung medizinischer Privatgutachter*innen ist das Anliegen von Patient*innen vor Gericht von vornherein zum Scheitern verurteilt. Die *Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter (SGMeV)* berät deshalb Betroffene und stellt u.a. vertrauliche Kontakte zu kooperierenden Mediziner*innen her. Sie bietet so auch Mitgliedern des vdää* Wirkungsmöglichkeiten auf einem Feld, das ihnen lebenslang dankbare Patient*innen sowie ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit bietet.

Lassen Sie uns darüber sprechen

Sie möchten herausfinden, ob und wie Sie sich engagieren könnten, oder haben eine Idee für ein gemeinsames Projekt? Dann sprechen Sie uns bitte an unter:

1.vorsitzender@sgmev.de

Mehr Informationen finden Sie auf der Webseite der *Selbsthilfegemeinschaft Medizingeschädigter e.V.* unter www.sgmev.de

Großkampagne und Basisarbeit

Stadt-AG der Interventionistischen Linken Berlin über »Deutsche Wohnen & Co. Enteignen« (DWE)

Wohnen gehört wie die medizinische Versorgung zur Daseinsvorsorge. Ökonomisierung und Privatisierung führen hier zu großen Verwerfungen. Aber die Kampagne DWE hat es in Berlin geschafft, die Mehrheit der Bevölkerung zu mobilisieren, bei dem Volksentscheid im September die Enteignung des Immobilienkonzerns zu fordern. Von einer solchen Bewegung sind wir im Gesundheitswesen noch weit entfernt, aber wir wollten bei der JHV lernen von DWE und Gemeinsamkeiten und Unterschied zum Gesundheitswesen diskutieren. Joanna Kusiak stellte uns die Kampagne, wie sie hier im Text beschrieben wird, vor.

Die Erfolgsfaktoren von DWE sind vielfältig – sie sind auch das Ergebnis einer eigenen Dynamik, die sich aus der (Selbst-)Organisierung von bis zu 2.000 Aktiven entwickelt hat. So viele Menschen einzubinden, war nur möglich, weil zur Struktur der Initiative aus Arbeitsgemeinschaften, dem Plenum und einem Koordinierungskreis zusätzlich die Kiezteams in allen Berliner Bezirken kamen.

Auch ohne die stadtpolitischen Kämpfe der letzten zehn Jahre wäre DWE nicht denkbar gewesen. Ziviler Ungehorsam gegen Zwangsräumungen, unzählige Mieter*innen-Initiativen, die sich in ihren Häusern und Siedlungen gegen Großvermieter zur Wehr gesetzt haben, und die großen Mietenwahnsinn-Demos 2018 und 2019 haben Allianzen ermöglicht und die Mieterin als politische Akteurin ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Ein Ausgangspunkt für den Volksentscheid waren zum Beispiel die Kämpfe von Mieter*innen in der Otto-Suhr-Siedlung in Kreuzberg gegen die Deutsche Wohnen und die Vernetzung, die sich daraus entwickelt hat. Mit der Forderung nach Vergesellschaftung ging die Bewegung vom Abwehrkampf in die Offensive: Wir verteidigen nicht nur unsere einzelnen Häuser, sondern wir holen uns die Stadt zurück und schmeißen die Immobilienkonzerne raus.

Eine Stärke von DWE ist genau diese Kombination einer Großkampagne mit Elementen von Basisarbeit: Ohne den größeren Rahmen einer Kampagne, die der Bewegung eine gemeinsame Orientierung gibt, bleiben Kämpfe um einzelne Häuser häufig unterhalb der Schwelle der öffentlichen Wahrnehmung, und lokale Initiativen schlafen nach der gewonnenen Auseinandersetzung schnell wieder ein. Gleichzeitig würde eine reine Öffentlichkeitskampagne wieder verpuffen, wenn sie nicht – wie in diesem Fall – auch eine gesellschaftliche Basis hätte und von den Mieter*innen mitgetragen würde.

DWE verbindet die Perspektive einer konkreten Verbesserung in der Mietenkrise mit dem Mittel einer radikalen Veränderung der Eigentumsverhältnisse. Dieses radikale Ziel wird ausgerechnet unter Berufung auf das Grundgesetz und mit dem bürgerlichen Instrument eines Volksentscheids verfolgt. Das Ziel des Volksentscheids ist einerseits ausreichend konkret, um eine Mehrheit der Stadtgesellschaft bei ihren Bedürfnissen anzusprechen und zu überzeugen (»günstige

Mieten in Berlin«). Gleichzeitig weist die Forderung nach Vergesellschaftung auch weit genug über den kapitalistischen Alltag hinaus, um vielen Menschen Hoffnung zu geben, dass eine andere Welt möglich ist (»keine Spekulation mit Wohnraum«). In diesem Sinne kann das, was bei DWE passiert, als eine Form »revolutionärer Realpolitik« bezeichnet werden.

Zur Wahrheit gehört aber auch, dass die zugespitzte Situation auf dem Berliner Mietmarkt der Bewegung in die Hände gespielt hat: Berlin ist eine Mieter*innenstadt (mehr als 80 Prozent der Berliner*innen wohnen zur Miete, im Vergleich zu 55 Prozent im Bundesdurchschnitt), und die Mieten bei Neuvermietungen haben sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt. Die En-Bloc-Verkäufe öffentlicher Wohnungsbestände in der Vergangenheit haben für einen großen Einfluss finanzmarktorientierter Wohnungskonzerne gesorgt. Der Ansatz von DWE lässt sich daher nicht einfach auf andere Orte übertragen, sondern es hängt vom Stand der mietenpolitischen Kämpfe ab, was auch anderswo möglich ist.

■ Mit den Leuten reden

Das wichtigste Mittel, um die Mehrheit der Stadtgesellschaft für Vergesellschaftung zu gewinnen, war die massenhafte Ansprache von Mieter*innen durch Aktive der Kampagne. Die Aktiven in den Kiezteams sammelten in vier Monaten über 350.000 Unterschriften auf den Straßen, Plätzen und in den Parks. Sie kamen dabei mit den Berliner*innen über die Mietenkrise ins Gespräch und motivierten immer wieder Menschen dazu, selbst mitzumachen und sich in einem der 16 Kiezteams zu engagieren. In den Teilen Berlins, in denen die Bewegung besonders stark verankert ist, kam man während der Sammelphase an den Menschen mit den lila Westen – dem Erkennungszeichen der Bewegung – buchstäblich nicht vorbei. Das hat sich ausgezahlt: In den Wahllokalen in Nord-Neukölln, Kreuzberg oder Wedding stimmten teilweise 80 bis 90 Prozent der Menschen für den Volksentscheid.

Später im Wahlkampf klingelten die Aktiven dann an Tausenden Haustüren, um Menschen davon zu überzeugen, am 26. September mit »Ja« zu stimmen. Einen Schwerpunkt legte die Kampagne bewusst auf Außenbezirke wie Mar-



zahn-Hellersdorf, Reinickendorf oder Süd-Neukölln, in denen DWE vorher noch wenig präsent gewesen war. Aktive aus den Innenstadtbezirken unterstützten den Wahlkampf in den Außenbezirken und fuhren über Monate mehrmals pro Woche dorthin, um in den Siedlungen von Deutsche Wohnen, Vonovia und Co. Haustürgespräche zu führen.

Im Wesentlichen wurde der Kampf um die Ja-Stimmen also dadurch gewonnen, dass die Initiative ein Dreivierteljahr lang das getan hat, was die gesellschaftliche Linke sonst viel zu wenig schafft: Mit »den Leuten« reden, die – wenn auch nicht immer zu Mitstreiter*innen – so doch zumindest zu Gesprächspartner*innen wurden.

■ Grenzen der Kampagnenarbeit

Mit DWE haben wir aber auch die Grenzen politischer Kampagnenarbeit kennengelernt: In die Kiezteams und Arbeitsgruppen der Kampagne sind mehrheitlich Menschen gekommen, die zwar den Druck des Berliner Wohnungsmarktes spüren, die aber zugleich von der politischen Ausstrahlungskraft der Enteignungsforderung angezogen wurden. Der Aufbau lokaler Mieter*inneninitiativen in einzelnen Blocks hätte eine viel kleinteiligere und an den konkreten Problemen vor

Ort orientierte Organisierung erfordert – was die Ressourcen der Kampagne im Wahlkampf schlicht überstieg.

So verblieben viele Mieter*innen gegenüber der politischen Botschaft der Kampagne in passiver Zustimmung. Entgegen der Zielsetzung eines umfassenden Mieter*innen-Organizings ist es daher nicht gelungen, dass sich der Kampf in den Häusern und Siedlungen der Enteignungskandidaten verselbstständigt. Entsprechende Organizing-Versuche haben manche Kiezteams, wie zum Beispiel Neukölln, durchaus unternommen. Dabei haben sie aber die Erfahrung gemacht, dass Menschen sich viel eher für einen konkreten Kampf gegen die Luxusmodernisierung im eigenen Haus organisieren lassen als für ein abstrakteres Ziel wie die Vergesellschaftung von Wohnraum.

DWE wird daher bis heute im Kern von Menschen getragen, die auch das politische Versprechen der Kampagne zum Handeln bewegt hat. Zugleich wird jedoch deutlich, wie breit die gesellschaftliche Linke in die Gesellschaft hinein wirken kann, wenn sie ihre Kräfte bündelt: Das Mittel des Volksentscheid hat den Vorteil, dass Aktivist*innen dazu gezwungen sind, Menschen in ihrem Alltag aufzusuchen, unser politisches Angebot überzeugend zu vertreten und Bündnisse für die gemeinsame Sache zu schmieden.

Andererseits stellt Deutsche Wohnen & Co enteignen einen Organizing-Erfolg nach innen dar, wenn man die Fähigkeit zur niedrigschwelligen Einbindung in die eigenen Strukturen und den enormen Erfahrungszuwachs aller Beteiligten betrachtet. Dadurch entstand eine seltene aktivistische Energie. Ein großer Teil der Arbeit der Initiative war es, Wissen zu teilen, das nötige Handwerkszeug zu identifizieren und einander zugänglich zu machen. Innerhalb der Bewegung haben im letzten Jahr zahllose Trainings stattgefunden: zur Gesprächsführung an der Haustür und auf der Straße, zum Umgang mit Gegenargumenten, zur Gestaltung von Gruppentreffen, zur Stadtpolitik im Allgemeinen und zur Geschichte der Vergesellschaftung und Gemeinwirtschaft im Besonderen. DWE war und ist damit ein gigantisches Bildungs- und Selbstbildungsprogramm und ein Laboratorium der Selbstermächtigung von unten.

Der Text ist ein Auszug aus dem Artikel »Ist Berlin jetzt ready for Enteignung?« von der Stadt-AG der Interventionistischen Linken Berlin, erschienen in analyse&kritik Nr. 675, Oktober 2021. Online: www.akweb.de/bewegung/nach-dem-volksentscheid-ist-berlin-jetzt-ready-for-enteignung/

Wir bedanken uns für die Möglichkeit des Nachdrucks.

Keine Donquichoterie

Nadja Rakowitz über die Demokratisierung des Gesundheitswesens

Wir dokumentieren hier den Beitrag von Nadja Rakowitz zum Gesundheitspolitischen Forum. Es handelt sich um eine Kurzfassung eines längeren Aufsatzes, der dieses Jahr in dem Buch von Dorothee Rodenhäuser u.a.: »Soziale Sicherungssysteme im Umbruch. Beiträge zur sozial-ökologischen Transformation« erschienen ist.¹

Der Begriff der Demokratie impliziert den Zustand einer selbstbestimmten, herrschaftsfreien und damit demokratischen Produktion (in) der Gesellschaft von Gleichen und Freien (bzw. von frei Ungleichen). Die bürgerlich kapitalistische Klassengesellschaft basiert wesentlich auf der systematischen Ungleichheit zwischen den Eigentümern der Produktionsmittel und den Arbeiter*innen im weitesten Sinne, damit auf der systematischen Ausbeutung der und dem Zwang zur Lohnarbeit. Diese systematische Ungleichheit steht im prinzipiellen Widerspruch zu einem solchen konsequenten Begriff der Demokratie. Dennoch besteht das Fortschrittliche und Widersprüchliche der bürgerlichen Gesellschaft darin, dass diese ihre Ideale von Freiheit und Gleichheit nicht nur postuliert, sondern in Teilbereichen auch verwirklicht hat: Auf dem Markt und im (Rechts)Staat sind die Staatsbürger*innen formal frei und gleich. In der Sphäre der Produktion, wo das Kapital die Arbeitskraft der Arbeiter*innen ausbeutet, um sich zu verwerthen, sind die Arbeiter*innen gegenüber den Eigentümer*innen der Produktionsmittel prinzipiell ungleich und unfrei. Demokratie in einer Gesellschaft mit kapitalistischer Produktionsweise ist notwendig beschränkt auf die Staatsform, nämlich die politische (parlamentarische) Demokratie und gleichzeitig weist sie immer schon – begrifflich, ideengeschichtlich und manchmal auch praktisch – über die beschränkte Form hinaus.² Dies meint Marx meines Erachtens mit den oben genannten Minen. Die klassenlose Gesellschaft ist nicht das ganz Andere der bürgerlich kapitalistischen Gesell-

»Aber innerhalb der bürgerlichen, auf dem Tauschwert beruhenden Gesellschaft erzeugen sich sowohl Verkehrs- als Produktionsverhältnisse, die ebenso viel Minen sind, um sie zu sprengen ... wenn wir nicht in der Gesellschaft, wie sie ist, die materiellen Produktionsbedingungen und ihnen entsprechenden Verkehrsverhältnisse für eine klassenlose Gesellschaft verhüllt vorfinden, wären alle Sprengversuche Donquichoterie.«

(Karl Marx: Grundrisse der Kritik der politischen Ökonomie, 1857)

schaft. Diese produziert ansatzweise schon Ideen, die aber nur mit ihrer eigenen Aufhebung verwirklicht werden können.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach wirklicher Demokratie bzw. Demokratisierung im Gesundheitswesen also immer mehrdimensional und widersprüchlich. Historisch gibt es immer wieder Potential für Demokratisierung innerhalb der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft und ganz konkret auch im Gesundheitswesen. Oft bleibt sie beschränkt, aber manchmal scheinen transformatorische Momente, die Möglichkeiten einer anderen Gesellschaft, zumindest auf. Der vdää* knüpft mit seinem Gebrauch des Begriffs Demokratie an diese Mehrdeutigkeit an und sieht sich in der Tradition fortschrittlicher Ärzt*innen. Im vdää-Programm von 1986 heißt es: »Die Durchsetzung demokratischer Prinzipien im Gesundheitswesen ist allerdings abhängig von der allgemeinen Entwicklung des demokratischen Fortschritts, denn das Gesundheitswesen lässt sich nicht aus der Gesellschaft herauslösen. Es ist vielmehr eng mit der Wirtschaftsstruk-

tur verbunden. Insofern ist die Demokratisierung stets im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu sehen.« (vdää 1986: 4)

Wenn wir also für eine Demokratisierung des Gesundheitswesens streiten und kämpfen, dann sind wir uns dieser Ambivalenz bewusst, einerseits innerkapitalistische Veränderungen anzustreben und andererseits grundsätzliche Veränderungen in Richtung Demokratisierung. Wo gibt es immanente (also innerkapitalistische oder innerbürgerliche) Demokratisierungspotentiale und wo finden wir Möglichkeiten, Ansätze, praktische Bewegungen mit transformatorischem Potential im Gesundheitswesen, die wir anstoßen, unterstützen, weitertreiben können? Aber auch: Wo gibt es antidemokratische Tendenzen, die wir bekämpfen müssen?

Das Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenkassen ist als eine solche Mine zu begreifen, die obendrein schon seit Jahrzehnten praktisch funktioniert: Die Versicherten zahlen nach finanzieller Leistungsfähigkeit und alle bekommen die gleichen (fast alle medizinisch notwendigen) Leistungen nach ihrem

Bedarf, d.h. unabhängig vom individuell eingezahlten Beitrag. Dies widerspricht kapitalistischer Logik, in der die Leistung und das, was ich bezahle, immer miteinander zusammenhängen. Wir erleben seit Mitte der 90er Jahre einen Prozess der systematischen Aushöhlung dieses Prinzips. Aber auch Gegentendenzen: Die Wiedereinführung der formellen Parität bei der Finanzierung der Zusatzbeiträge ist ein Schritt in Richtung mehr Solidarität und nicht: mehr Markt oder Ungleichheit. Die Einführung einer konsequenten solidarischen Krankenversicherung, in der alle einzahlen, alle Einkommen und alle Einkommensarten verbeitragt und die Beitragsbemessungsgrenze abgeschafft werden, wäre ein wichtiger und großer Schritt in die richtige Richtung. Die gesellschaftliche Ungleichheit würde so zumindest bei der Finanzierung des Gesundheitswesens ansatzweise überwunden, das Solidarprinzip ausgeweitet und maximal gestärkt. Der nächste Schritt könnte eine Demokratisierung der Selbstverwaltung bzw. eine Politisierung der selbstverwalteten Gremien sein. Eine weitere Ausweitung könnte das Prinzip der solidarischen Bürger*innenversicherung haben, wenn man es EU-weit konzipierte oder, wie Thomas Gebauer von medico international vorschlägt, zu einer Globalen Bürgerversicherung ausweitete.

In den Krankenhäusern gibt es schon lange vor dem Neoliberalismus einen Demokratisierungsbedarf in den internen Strukturen, die von Hans Mausbach in den 1970ern als mittelalterlich und antidemokratisch beschrieben wurden. Auch heute noch ist ein Hierarchieabbau zwischen den aber auch innerhalb der Berufsgruppen dringend nötig. Seit der immanenten kapitalistischen Ökonomisierung der Krankenhäuser durch die Einführung der DRG wurden alle Abläufe dort unter das Kapitalverhältnis subsumiert und ein großer Anteil der Krankenhäuser privatisiert – was man durchaus als Gegenteil einer Demokratisierung verstehen kann. Die durch dieses Finanzierungssystem geschaffenen Sachzwänge sind so universal, dass sie sich Krankenhäuser aller Trägerschaften unterwirft und kaum Spielraum lässt für andere Handlungslogiken oder demokratische Reformversuche wie im »klassenlosen« Krankenhaus in Neustadt am Rübenberge (siehe den Text S. 20f.) oder im Konzept des Klassenlosen Krankenhauses in Hanau. Deshalb sind heute Forderungen nach Abschaffung von DRG und von Profiten und nach Einführung eines Selbstkostendeckungsprinzips mit Gewinnverbot als Demokratisierungsstrategien zu begreifen, denn sie sind die Voraussetzung einer Demokratisierung der Planung von bedarfsgerechten Strukturen. Auch die Diskussionen um mögliche Rekommunalisierungen (z.B. Uniklinik Gießen/Marburg) sind als Demokratisierungspolitik zu verstehen, die in den größeren Zusammenhang der Vergesellschaftungsdiskussionen, wie z.B. im Immobilienbereich, gehört. Demokratisierung findet seit 2015 in Krankenhäusern auch in den Streiks und Tarifaueinandersetzungen statt, wo die Beschäf-

tigten eine »Teamdelegiertenstruktur«, geschaffen haben, um die Verhandlungen zu demokratisieren: Vertreter*innen aller Stations-Teams diskutieren an jedem entscheidenden Punkt der Verhandlungen gemeinsam mit der Tarifkommission, damit es keine Abkoppelung der Gremien von der Basis gibt, sondern gemeinsame Diskussion und enge Einbeziehung aller Betroffenen. Was hier geht, könnte auch in andern Bereichen gehen... Klassenlose Krankenhäuser sprechen den demokratiethoretischen Widerspruch zwischen hierarchischer und nach ökonomischen Klassen sortierter Realität einerseits und Demokratie andererseits offen an. Deshalb haben wir beim Gesundheitspolitischen Forum einen Workshop dazu gemacht.

Im Zuge der Auseinandersetzungen wurde den Kolleg*innen deutlich, dass ihr Kampf für eine Personalregelung mit der Perspektive auf eine Verallgemeinerung in Form einer gesetzlichen Regelung zugleich ein Angriff auf die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist. Eine gesetzliche Quote erfordert auch eine garantierte Finanzierung und hat Implikationen, auch auf andere Berufsgruppen ausgeweitet zu werden. Umgekehrt ist aber auch klar, dass Leistungen heruntergefahren werden müssen, wenn es nicht genügend Pflegekräfte gibt, um die geforderte Quote zu erfüllen. Die Kolleg*innen fordern damit eine andere Logik als die des Marktes und des Wachstumszwangs. Es geht um eine politische Planung und Steuerung, die orientiert sein soll an den Bedarfen der Patient*innen und der Beschäftigten.

Im Ambulanten Sektor gibt es angesichts der Kleinunternehmerstrukturen zunächst noch viel immanentes Demokratisierungspotential, gleichzeitig aber auch die Gefahr der weiteren Durchkapitalisierung durch große Kapitalfonds und Krankenhauskonzerne, die in diesen Bereich eindringen. Die Polikliniken knüpfen an dieser Konstellation an und suchen das transformatorische Moment. Dies wurde bei der Veranstaltung wie hier im Heft von Paul Brettel und Phil Dickel diskutiert (siehe Text S. 14ff.).

Nadja Rakowitz ist Politologin und Medizinsoziologin und seit 2006 Geschäftsführerin beim vdää und bei ver.di in der Bildungsarbeit tätig.*

Wer die Langfassung des Textes haben möchte, möge sich bei der Geschäftsstelle melden.

- 1 Nadja Rakowitz: »Demokratisierung des Gesundheitswesens«, in: Dorothee Rodenhäuser / Hannes Vetter / Benjamin Held / Hans Diefenbacher (Hg.): »Soziale Sicherungssysteme im Umbruch. Beiträge zur sozial-ökologischen Transformation«, Reihe: »Die Wirtschaft der Gesellschaft« Band 7, Marburg 2021, S. 161-191
- 2 Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Diese ist gegenüber feudalen oder gar autoritären und faschistischen Staatsformen unbedingt zu verteidigen, aber sie ist noch nicht demokratischste Form der Demokratie, die sich denken (und praktisch organisieren) ließe.

Ambulante Versorgung vergesellschaften – aber wie?

Perspektiven aus der Poliklinik-Bewegung – von Paul Brettel und Phil Dickel

Im Kontext des erfolgreichen Berliner Volksbegehrens »*Deutsche Wohnen & Co enteignen*« (DWE) gewinnen die Debatten um Demokratisierung und Vergesellschaftung öffentlicher Infrastruktur an Bedeutung. Artikel 15 Grundgesetz sieht diesbezüglich vor: »Grund und Boden, Naturschätze und Produktionsmittel können zum Zwecke der Vergesellschaftung durch ein Gesetz, das Art und Ausmaß der Entschädigung regelt, in Gemeineigentum oder in andere Formen der Gemeinwirtschaft überführt werden« (1). Im Gesundheitswesen zeigt sich in der aktuellen Corona-Pandemie die organisierte Verantwortungslosigkeit eines an marktwirtschaftlichen Prinzipien ausgerichteten Versorgungssystems. Vor diesem Hintergrund mehren sich die Debatten um eine Neuorganisation und gesellschaftlichen Priorisierung von Care-Infrastrukturen. Im Folgenden wird aus einer (radikal-)demokratischen Perspektive eruiert, wie das ambulante Gesundheitswesen als Einrichtung der öffentlichen Daseinsvorsorge unter gesellschaftliche Kontrolle gestellt werden kann.

■ Kleinunternehmer*innen und Selbstverwaltung

Das nach dem 2. Weltkrieg in Westdeutschland etablierte ambulante Versorgungssystem entzieht sich seit 1955 fast vollständig der gesellschaftlichen Kontrolle. Damals wurde die Umsetzung der Bedarfsplanung an die ärztliche Selbstverwaltung übergeben. Im Gegenzug verzichtete die Ärzteschaft auf Streik- und Kampfmaßnahmen.

Seitdem besteht der ambulante Sektor in fast allen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungsbereichen aus inhaber*innengeführten Kleinun-

ternehmen, die ihrer Natur nach intern undemokratisch strukturiert sind. Die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erfolgt durch eine Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). 10 der 13 Mitglieder des G-BA werden vom GKV-Spitzenverband, der *Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung* und der *Deutschen Krankenhausgesellschaft* entsandt. Patient*innenvertretungen haben Mitberatungs- und Antragsrechte, jedoch kein Stimmrecht (2). Die Umsetzung der Bedarfsplanungsrichtlinie erfolgt durch die ärztliche Selbstverwaltung in Form der kassenärztlichen Vereinigungen. Mitbestimmung und Einflussnahme der Gesellschaft, insbesondere der unmittelbar betroffenen Patient*innen und Bewohner*innen der versorgten Regionen, Kommunen oder Stadtteile, sind somit weder in der Bedarfsplanung noch in ihrer Umsetzung vorgesehen.

Dies eröffnet die Möglichkeit, weitgehend unkontrolliert sinnlose bis schädliche Therapieangebote zu verkaufen (IGe-Leistungen und andere nicht-evidenzbasierte Behandlungen) und sich die hieraus erwirtschafteten Gewinne privat anzueignen, ohne dies gesellschaftlich legitimieren zu müssen. Zum anderen führt die Umsetzung der Bedarfsplanung im Zusammenspiel mit den marktwirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringer*innen zu einer massiven Fehlversorgung mit sozialer Schieflage: Ländliche und sozial benachteiligte städtische Gebiete sind trotz häufig höherer Bedarfe aufgrund erhöhter Morbidität und Mortalität oftmals unterversorgt, wohingegen in den Zentren und Speckgürteln deutscher Großstädte Anbieter*innen gewinnträchtiger Versorgungsbereiche um schneller und einfacher zu behandelnde Patient*innen und Privatversicherte buhlen und so eine lokale Über-

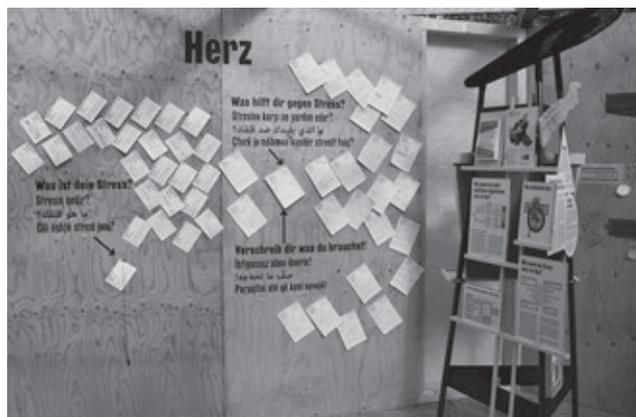
versorgung verursachen. Julian Tudor Hart beschreibt dieses Phänomen marktwirtschaftlich organisierter Gesundheitssysteme als »Inverse Care Law«. Das heißt, die Verfügbarkeit einer guten medizinischen Versorgung verhält sich in der Regel umgekehrt zum Bedarf der versorgten Bevölkerung. Oder »in dem Maße, in dem die Gesundheitsversorgung zu einer Ware wird, wird sie wie Champagner verteilt. Das heißt, reiche Leute bekommen viel davon. Arme Menschen bekommen nichts davon.« (3)

■ Von Reförmchen zum Paradigmenwechsel in der Primärversorgung

Der Reformbedarf in der ambulanten Versorgungslandschaft wird insbesondere im Zusammenhang mit den absehbaren Versorgungslücken in ländlichen Gebieten zunehmend anerkannt und findet seinen Niederschlag auch im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung (4). Intersektorale Gesundheitszentren werden bis hin zur kassenärztlichen Bundesvereinigung als ein Ansatz für die ambulante Versorgung im ländlichen Raum angesehen (5). Hier gilt es anzusetzen und der Gefahr einer weiterhin ärztezentrierten und an Managed Care orientierten Umgestaltung der Versorgung, eine Vergesellschaftungsperspektive in Form von Primärversorgungszentren entgegen zu setzen. Primärversorgung verstehen wir orientiert an dem Primary-Health-Care-Ansatz der WHO, als erste Ebene des Gesundheitssystems mit einem gemeindenahen Ansatz, sowie einer multiprofessionellen und integrativen Versorgung (6). Hierzu bedarf es eines konsequenten Paradigmenwechsels im Bereich beruflicher Rollenbilder und Verantwortungsbereiche und der Entwicklung eines umfas-



Organe der Veddel – Ausstellung der Poliklinik Veddel



senden Gesundheitsverständnisses, das die sozialen Determinanten von Gesundheit mitberücksichtigt.

In den letzten Jahren zeichnen sich verschiedene Entwicklungen ab, die das klassische Modell inhaber*innengeführter Praxen in Frage stellen. Zum einen die Aneignung von Arzt-sitzen durch private Konzerne der »Gesundheitswirtschaft« oder fachfremder Private-Equity-Gesellschaften (7) mit dem Ziel der Gewinnmaximierung durch Rosinenpickerei, lokale Monopolbildung und gewinnträchtigen Weiterverkauf. In ländlichen Gegenden mit der Gefahr implodierender Versorgungslandschaften sehen sich Kommunen und Landkreise genötigt, *Medizinische Versorgungszentren (MVZ)* in die öffentliche Hand zu überführen um durch attraktive Arbeitsbedingungen Ärzt*innen anzulocken (8). In den letzten Jahren schließt sich unter dem Dach des Poliklinik-Syndikats eine wachsende Zahl an Initiativen zusammen, die vorwiegend in sozial benachteiligten Stadtteilen deutscher Großstädte selbstverwaltete Stadtteilgesundheitszentren mit solidarischem und demokratischem Selbstverständnis aufbauen (9). Diese Perspektive stellt einen Paradigmenwechsel im Hinblick auf die Ziele der ambulanten Versorgung dar.

■ Vergesellschaftung – aber wie?

Der Erfolg des Berliner Volksbegehrens DWE zeigt die grundsätzliche Mehrheitsfähigkeit einer Vergesellschaftung von Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Wie in den Debatten um DWE stellt sich auch für die Vergesellschaftung des ambulanten Sektors die Frage der konkreten Ausgestaltung und des praktischen Demokratieverständnisses. Hieraus ergeben sich zahlreiche alltagsrelevante Fragen, die in den selbstverwalteten Stadtteilgesundheitszentren des Poliklinik-Syndikats adressiert werden. Eine tatsächliche Transformationsperspektive ergibt sich jedoch nur, wenn das Konzept solidarischer und demokratischer Primärversorgungszentren das Nischendasein überwindet und auf eine breite Verankerung in der ambulanten Versorgung hinarbeitet. Kommunale Gesundheitszentren können in diesem Sinn eine richtige Forderung sein. Aber wie werden sie tatsächlich demokratisiert? Wie nachhaltig abgesichert? Wenn wir die Gesundheitszentren dem jetzigen real existierenden kapitalistischen Staat überlassen, ist wenig gewonnen. Staatliche Subunternehmen wie das Hamburger Wohnungsunternehmen SAGA, der Berliner Krankenhauskonzern Vivantes und viele weitere Kran-

kenhäuser in öffentlicher Trägerschaft zeigen das. Heruntergebrochen wirft dies die Frage auf, ob eine Vergesellschaftung der ambulanten Versorgung eher durch ein wachsendes Netzwerk selbstverwalteter Stadtteilgesundheitszentren (gemeinnützige Vereine oder GmbH, Genossenschaften gemeinsam mit niedergelassenen Ärzt*innen oder MVZ) oder durch den Aufbau von Primärversorgungszentren in öffentlicher Hand (Kommunen, Kreise, ÖGD) erreicht werden kann. Diese Frage soll im Folgenden anhand von drei Aspekten diskutiert werden.

■ Kriterien einer realen Vergesellschaftung

»Das Konzept, das wir als ›Vergesellschaftung‹ bezeichnen, bricht mit den realsozialistischen Vorstellungen einer Diktatur des Proletariats und eines disziplinierenden Staates, der die Gesellschaft verwaltet, kontrolliert und überwacht. Es wendet sich aber ebenso gegen die Vorstellung, dass über eine andere Gesellschaft erst nach dem Ende des Kapitalismus nachgedacht werden kann, genauso wie gegen ein rein utopistisches Herangehen, das sich über die notwendige Transformation keine Gedanken macht. Aber es bricht auch mit Sozialstaatsromantik und idealisierenden Vorstellungen eines Versorgungsstaats.« (10)

■ Interne Verfasstheit

Eine selbstverwaltete Struktur bietet Freiheiten bei der Ausgestaltung hierarchieärmer demokratischer interner Prozesse, personellen Entscheidungen und Teamentwicklung, sowie der Ausgestaltung einer gerechteren Gehaltsstruktur.

Demgegenüber sollten Zentren in öffentlicher Trägerschaft eine institutionalisierte gesellschaftliche Kontrolle garantieren, um individuelle Fehlentwicklungen (z.B. individuelles Gewinnstreben, intransparente Hierarchien, Tendenzen zu einer alternativen Medizin) zu verhindern, wie sie aus mehreren Kollektivpraxen der 1970er Jahre berichtet wurden. Vor allem eine Bindung an öffentliche Tariflöhne kann zudem in Selbstverwaltungsstrukturen bestehende Selbstausbeutungstendenzen begrenzen und verankert die Gehaltsstruktur in gesamtgesellschaftlichen Kämpfen und Tarifauseinandersetzungen, statt sie der Willkür einer kleinen Gruppe zu überantworten.



Poliklinik Veddel

■ Öffentliche Kontrolle

Die Frage öffentlicher Kontrolle stellt einen Kernaspekt der Vergesellschaftung dar: Welche Interessensgruppen sollten in Entscheidungen eingebunden werden und wie ist dies möglich? Dabei sind die Auswirkungen auf die medizinische Versorgungslage vor Ort, die Adressierung sozialer Determinanten von Gesundheit und im weiteren Sinne die Politisierung von Gesundheit zu bedenken.

Selbstverwaltete Strukturen wie die bestehenden Polikliniken können unbürokratischer und flexibler direkt betroffene Gruppen einbinden, wie beispielsweise Bewohner*innen, aktuelle und ehemalige Patient*innen, aber auch weitere neu auftretende Interessens- und Betroffenengruppen. So können diese Zentren besser auf lokale Bedürfnisse und Besonderheiten eingehen und so eine Politisierung und Verankerung im Kiez erreichen, unter anderem durch Initiierung und Unterstützung lokaler Initiativen zu sozialen und gesundheitlichen Anliegen. Selbstverwaltete Polikliniken haben zudem die Möglichkeit, bislang in der ambulanten Versorgung wenig verbreitete fachliche Erkenntnisse einzubeziehen, beispielsweise das Adressieren sozialer Determinanten oder die Organisation der Patient*innen und Bewohner*innen für ihre gesundheitlichen Belange.

Demgegenüber garantiert eine öffentliche Trägerschaft einen direkten Bezug zur Lokalpolitik, zu anderen staatlich finanzierten sozialen Infrastrukturen und der Stadtplanung. Darüber hinaus könnte die öffentliche Trägerschaft eine unmittelbare Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den kommunalen und regionalen Gesundheitskonferenzen ermöglichen. Die Institutionalisierung der öffentlichen Kontrolle kann verhindern, dass diese beispielsweise aufgrund von persönlichen Konflikten zwischen Akteuren, wie Beschäftigten des Primärversorgungszentrums und einzelnen Anwohner*innengruppen, verloren geht.

■ Transformationsperspektive

Selbstverwaltete Primärversorgungszentren können grundsätzlich unabhängig von politischen Mehrheitsverhältnissen entstehen und sind nicht unmittelbar von politischen Konjunkturen betroffen. Sie bilden gerade in Zeiten der Schwäche einer parlamentarischen Linken wichtige reale Utopien,

die eine Alternative zum Kapitalismus erlebbar macht. Sie sind wichtige Orte der Politisierung, in denen ein solidarisches Miteinander sowohl für die versorgten Communities als auch für die in den Zentren arbeitende Workforce erfahrbar wird.

Zentren in öffentlicher Trägerschaft sind unmittelbar von politischen Konjunkturen abhängig und somit sehr anfällig bei Verschiebungen der politischen Kräfteverhältnisse. Zu diskutieren wäre jedoch, ob diese Abhängigkeit nicht nur sichtbar und somit auch politisch verhandelbarer ist als die mittelbare Abhängigkeit selbstverwalteter Initiativen von Fördergeldern, Zugang zu Räumlichkeiten, der Zuteilung von Kassensitzen oder gesetzlichen Beschränkungen der interprofessionellen Zusammenarbeit. Zentren in öffentlicher Trägerschaft sind unabhängiger von der privaten Initiative einzelner Personen und dadurch weniger anfällig, wenn diese beispielsweise aus persönlichen oder beruflichen Gründen wegbrechen.

■ Thesen zur Vergesellschaftung des ambulanten Sektors

Polikliniken aus gemeinnützigen Initiativen sind aktuell als Pilotprojekte zum allgemeinen Beweis der Umsetzbarkeit unumgänglich. Für eine dauerhafte und flächendeckende Etablierung solidarischer und demokratischer Primärversorgungszentren, die eine reale gesellschaftliche Verankerung und demokratische Kontrolle ermöglicht, müssen wir uns jedoch darüber hinaus für eine Vergesellschaftung des ambulanten Sektors einsetzen und die Trägerschaft von Primärversorgungszentren diversifizieren (neben gemeinnützigen Trägern, genossenschaftliche und kommunale Trägerschaften).

Hierzu sollte die Primärversorgung eng mit einem wissenschaftlich fundierten, Public-Health-orientierten öffentlichen Gesundheitsdienst, sowie mit divers besetzten und real gestaltungsfähigen kommunalen und regionalen Gesundheitskonferenzen verzahnt werden. Diese Strukturen dürfen nicht unmittelbar politischen Konjunkturen unterworfen sein. Als etabliertes Beispiel können die Rundfunkräte betrachtet werden. Auf lokaler Ebene ist auf eine enge Anbindung der Zentren an die Stadtteilsozialarbeit und lokale selbstorganisierte Initiativen zu achten.

Die Initiative DWE hat zur demokratischen Verwaltung der

vergesellschafteten Wohnungen, neben Genossenschaften und einer neuen Gemeinnützigkeit, den Aufbau einer Anstalt öffentlichen Rechts mit lokalen Untergliederungen vorgeschlagen, deren Verwaltungsrat mit Mieter*innen, Beschäftigten, Vertreter*innen der Stadtgesellschaft und Vertreter*innen des Berliner Senats besetzt ist (11). Eine ähnliche Struktur ist auch für die Verwaltung der Primärversorgungszentren und des gesamten ambulanten Versorgungsbereichs denkbar, wobei Mieter*innen durch Patient*innen zu ersetzen wären, und Vertreter*innen des ÖGD zu beteiligen wären.

Erste Schritte auf dem Weg zu einer Vergesellschaftung der ambulanten Versorgung können darin bestehen, Primärversorgungszentren aufzubauen, die zunehmend ambulante Versorgungsleistungen durch Fördermittel aus der öffentlichen Hand finanzieren, eine Anbindung an den ÖGD suchen, die kommunalen und regionalen Gesundheitskonferenzen als Partner ansehen und stärken, mit den lokalen Strukturen der Quartiersarbeit kooperieren und Community Boards aufbauen, die die Interessen der lokal betroffenen Bevölkerung innerhalb der Primärversorgungszentren vertreten.

Dabei sollte darauf geachtet werden, Primärversorgungszentren nicht nur als Notlösung für unterversorgte Gebiete anzusehen. Im Sinne einer tatsächlich transformatorischen Perspektive zu einer Vergesellschaftung der ambulanten Versorgung sollte unser Ziel sein, demokratische und solidarische Primärversorgungszentren als neues Grundprinzip im ambulanten Sektor zu etablieren. Und das nicht nur in ländlichen und sozial benachteiligten Bezirken.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass Demokratisierung nichts ist, was sich von oben durchsetzen lässt. Sie ist ein langer Prozess von Organisation und Selbstermächtigung. Eine Demokratisierung und Vergesellschaftung des ambulanten Gesundheitssystems ist nur als soziale Bewegung möglich, die mittels breiter Bündnispolitik eine Sprengkraft entfaltet und so fortschrittliche wie reaktionäre Regierungen und ständische Interessenvertretungen gleichermaßen vor sich herreibt.

Phil Dickel und Paul Brettel sind Ärzte, Mitglieder des Polikliniksindikats und im Vorstand des vdää in Hamburg und in Freiburg.*

Informationsquellen:

1. Art 15 GG – Einzelnorm, zitiert 10. Dezember 2021, www.gesetze-im-inter.net/de/gg/art_15.html
2. Wer wir sind – Gemeinsamer Bundesausschuss, zitiert 25. November 2021, www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/
3. Vgl. https://en.wikipedia.org/wiki/Inverse_care_law
4. Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, zitiert 25. November 2021, www.spd.de/koalitionsvertrag2021/
5. Andreas Schmid / Jan Hacker / Florian Rinsche / Franziska Distler: Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Bayreuth Oktober 2018, www.kbv.de/media/sp/IGZ_Gutachten.pdf
6. Primärversorgung verstehen wir orientiert an dem Primary Health Care Ansatz der WHO, als erste Ebene des Gesundheitssystems mit einem gemeindenahen Ansatz, sowie einer multiprofessionellen und integrativen Versorgung. Hierzu bedarf es eines konsequenten Paradigmenwechsels im Bereich beruflicher Rollenbilder und Verantwortungsbereiche und der Entwicklung eines umfassenden Gesundheitsverständnisses, das die sozialen Determinanten von Gesundheit mitberücksichtigt.
7. Ambulante Versorgung: Ärztetag will Einfluss fachfremder Finanzinvestoren begrenzen, zitiert 25. November 2021, www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/ambulante-versorgung-aerztetag-will-ein-fluss-fachfremder-finanzinvestoren-begrenzen/
8. MVZ werden städtisch, 2020, zitiert 25. November 2021, www.aeksh.de/mvz-werden-staedtisch
9. Poliklinik Syndikat, zitiert 25. November 2021, www.poliklinik-syndikat.org/
10. Vergesellschaftung. Eine Broschüre der Interventionistischen Linken, S. 6, <https://interventionistische-linke.org/beitrag/vergesellschaftung-die-il-broschuere>
11. Deutsche Wohnen & Co enteignen. Vergesellschaftung und Gemeinwirtschaft – Lösungen für die Berliner Wohnungskrise, 2. Aufl., Berlin 2020, zitiert 10. Dezember 2021, www.dwenteignen.de/wp-content/uploads/2020/01/Vergesellschaftung_Download_2.-Auflage.pdf

SOLIDARISCHES GESUNDHEITSWESEN



»Armut und Ausgrenzung machen krank«

Das muss und soll nicht so bleiben. Der Verein »Solidarisches Gesundheitswesen e.V.« engagiert sich für ein Gesundheitswesen, das allen Menschen einen sicheren Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung sowie Teilhabe an gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht. Wir treten für den Abbau gesundheitsgefährdender Verhältnisse in Gesellschaft und Umwelt ein. Und wir wollen uns besonders dafür einsetzen, dass bisher sozial und ökonomisch benachteiligte gesellschaftliche Gruppen (z.B. Arme, Geflüchtete, Migrant*innen) an der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung teilhaben können. Wir widersetzen uns deshalb allen Tendenzen, soziale Gruppen von der medizinischen Versorgung auszuschließen oder ihre Gesundheitsressourcen zu beschneiden.

Der Verein gemeinnützige steht allen offen, die seine Ziele teilen. Wir engagieren uns in Kooperation und Vernetzung mit bereits bestehenden Organisationen und Initiativen.

Kontakt:

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.
Falkstraße 34, 60487 Frankfurt/Main
solid.g-wesen@gmx.de
<http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>

Spendenkonto:

Bank: Frankfurter Sparkasse 1822
IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25

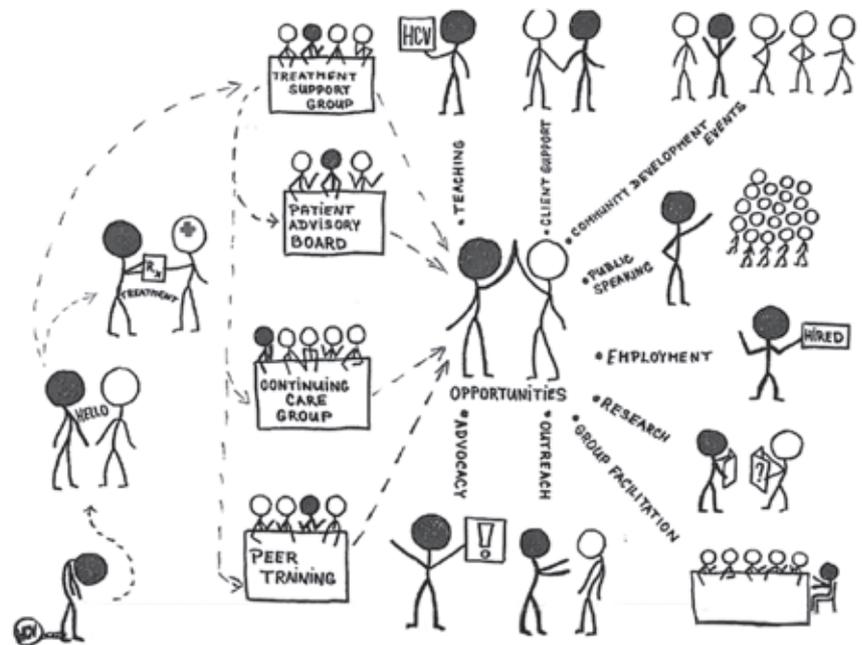
Peers als Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen

Austausch mit einem Community Health Center in Toronto – von Michael Janßen

Michael Janßen berichtet vom Workshop auf dem diesjährigen gesundheitspolitischen Forum des vdää*. Mit kanadischen Kolleg*innen des South Riverdale Community Health Centres in Toronto wurde dabei über die Arbeit mit Peers, also Menschen mit gelebter Erfahrung, als Mitarbeitenden in professionellen Teams diskutiert. Ein Vorgehen, das in Deutschland bisher wenig bekannt ist und selten praktiziert wird. Besonders wichtiges Motto in Toronto: Paternalismus vermeiden!

Der Workshop fand als Hybridveranstaltung mit Video-Schaltung nach Toronto, Kanada statt. Referentinnen waren Paula Tookey, Projektmanagerin und Jennifer Broad, Peer-Gesundheitsarbeiterin und Krankenschwester, beide vom »Consumption and Treatment Service« des *South Riverdale Community Health Center (SRCHC)* in Toronto. Der Kontakt zum SRCHC entstand bei Hospitationen im Rahmen eines Programms der Robert-Bosch-Stiftung zur Förderung von Gesundheitszentren in Deutschland, bei denen mehrere Mitglieder des vdää* und des Poliklinik-Syndikats in den letzten Jahren die Möglichkeit hatten, die Arbeit des Zentrums vor Ort beobachten zu können.

Kanada verfügt über ein Netz von kommunalen Gesundheitszentren, sogenannten *Community Health Centers (CHC)*, die zum Teil aus öffentlichen Mitteln im steuerfinanzierten kanadischen Gesundheitswesen finanziert werden. In der Provinz Ontario werden ungefähr 10-15 % der Bevölkerung durch CHC versorgt. Neben Primärmedizin werden speziell an die örtlichen Bedarfe angepasste gesundheitsfördernde Programme insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen angeboten. Im SRCHC in Toronto gibt es u.a. verschiedene Angebote für Drogenge-



Screenshot aus Toronto Community Hep C Program – Beyond Treatment

brauchende, wie einen Konsumraum, in dem unter sicheren Bedingungen der Konsum von Opioiden möglich ist, oder einer Ausgabe von Materialien zum sicheren Konsum und zur Reduzierung gesundheitlicher Risiken. Dringend notwendiger denn je sind diese niedrigschwelligen Angebote seit einigen Jahren. Die zugespitzte Opioid-Krise in Nordamerika bedeutet auch für Kanada 20 Todesfälle durch Überdosierung täglich. Die hauptsächlich benutzte Substanz, das hochpotente Fentanyl, ist schwerer zu dosieren und führt häufiger zu Notfallsituationen. Anders als in Europa kam es zu der Lage nicht zuletzt durch Propagierung und leichtfertige massenhafte Verschreibungen von Opioiden in medizinischen Einrichtungen.

In diesen Drogenhilfeprogrammen (aber auch in vielen anderen Bereichen der CHC) wird ein langjährig entwickeltes und erprobtes System der Einbeziehung und Anstellung von Peers praktiziert. Peers sind definiert als Anwohner*innen oder Klient*innen mit individueller gelebter Erfahrung

bezüglich der adressierten Themen (u.a. Drogen, Wohnungslosigkeit, Armut, Traumatisierung, psychische und somatische Krankheiten). Die Einbeziehung von Peers zielt auf die Verbesserung der Passgenauigkeit und Akzeptanz der Angebote. Peer-Engagement wird dabei gleichermaßen als eine Investition in eine Community und in Menschen gesehen. Stigmata, die mit dem Substanzgebrauch oder der Erkrankung verbunden sind, sollen abgebaut werden. Übergeordnet ist das Streben nach mehr sozialer und gesundheitlicher Gerechtigkeit. Oder, wie die kanadischen Kolleginnen es formulierten: »Wir glauben an die transformative Kraft der Peer-Unterstützung«. Gleichzeitig bietet der Ansatz für die Betroffenen die Möglichkeit, ihre Expertise in unterschiedlichen Funktionen, auch als regulär Beschäftigte in Lohnarbeit einzubringen und Chancen zur beruflichen Qualifizierung und Entwicklung zu nutzen.

Ausgehend von der individuellen Klärung von Motivation und Interessen wird gemeinsam über die Einsatzmöglich-

lichkeiten entschieden. Beginnend mit freiwilliger Arbeit mit geringer Verbindlichkeit (z.B. Spritzentausch-Angebote, Parkreinigung) über die Teilnahme an Betroffenenbeiräten zu den Programmen (z.B. Drogenkonsumräume, Naloxon-Trainings) bis hin zu professionellen Trainings, die zur regulären Beschäftigung führen können (z.B. Leitung von Gruppen für Hepatitis-C-Virus-Infizierte). Für diese Prozesse wurden Leitpfade systematisch erarbeitet und in Curricula fixiert (die englischsprachigen Ressourcen sind beim vdää*-Vorstand Michael Janßen bzw. über die Geschäftsstelle erhältlich).

Mit dem Ziel, medizinische und soziale Probleme gleichermaßen anzugehen, wurde die Erfahrung verdeutlicht,

dass professionelle Teammitglieder und Erfahrungsexpert*innen (Peers) auf Augenhöhe arbeitend bessere Lösungsansätze hervorbringen; ein für deutsche Verhältnisse ungewohnter, gleichwohl einleuchtender Ansatz. Die Kolleginnen des SRCHC problematisierten dabei auch die Differenzierung in »Teammitglieder« und »Peers«, die sich in verschiedenen impliziten oder expliziten Rechten und Pflichten äußerte. Mit dem Satz »workers are workers« verliehen sie während des Workshops ihrem Anspruch Ausdruck, diese Differenzen zu überwinden.

Insgesamt wurde ein komplexer Überblick über eine partizipative Herangehensweise geboten, die pragmatisch statt altruistisch oder paternalis-

tisch mit Peers umgeht. Im Workshop konnte leider etwas zu wenig die Frage erörtert werden, wie dadurch bisher Bedarfsorientierung und Qualität verbessert und evaluiert werden konnten. Wir freuen uns daher, dass Paula und Jennifer angeboten haben, weiter mit uns im Kontakt und Austausch zu bleiben. Die Planung für ein Folgetreffen im Februar 2022 sind bereits angelaufen.

Weiterführende Onlineresource in Englisch:

»Toronto Community Hep C Program – Beyond Treatment; Involvement of People with Lived Experience«: <https://www.youtube.com/watch?v=wLx3VJ4EYc>

Leserbrief

Wir veröffentlichen hier einen Leserbrief von vdää-Mitglied Jürgen Wintgens als Reaktion auf die letzte Ausgabe. Eine Veröffentlichung bedeutet nicht, dass wir, die Redaktion, alle hier getroffenen Aussagen teilen.*

Sehr geehrte Redaktion von *Gesundheit braucht Politik*,

der Titel der letzten Ausgabe heißt: »COVID-19 Pandemie der Ungleichheit«. Ich bin entsetzt darüber, dass ein Heft mit diesem Titel verfasst wird und darin kein einziges Mal die Situation der Kinder in der Pandemie und die katastrophalen nachhaltigen Auswirkungen auf diese Bevölkerungsgruppe erwähnt werden. In der Pandemie waren alle mit sich beschäftigt, nur keiner mit den Kindern. Von vornherein wurden sie epidemiologisch zu Tätern erklärt und damit zu Opfern gemacht.

Spätestens seit dem Sommer 2020 stand fest, dass Kinder weder in einem besorgniserregenden Ausmaß an Covid 19 erkranken, noch das Virus in epidemisch relevanter Weise verbreiten. Im Gegensatz dazu standen aber Maßnahmen, die zu massiven physischen und psychischen Auswirkungen bei Kindern geführt haben:

- Entwicklungsphasen, die nicht mal eben nachgeholt werden können,

wurden unterbrochen und behindert.

- Zwei wichtige Lebensbereiche, Kita oder Schule und die Freunde fielen weg.
- Die Situationen im dritten Bereich, nämlich der Familie, wurden schon in ökonomisch gut situierten Familien brenzlich. In Familien mit sozialen Problemen und besonders bei Alleinerziehenden war sie z.T. beängstigend. Kein Wunder in einem Land, in dem der Lernerfolg und die Karriere so stark von der sozioökonomischen Lage der Eltern abhängen.
- Es ergab sich ein gut messbares Sozial- und Lerndefizit, in vielen sog. Homeschooling-Situationen war der Lernerfolg gleich Null, die Bildschirmzeiten der Kinder explodierten, die virtuelle Welt wurde zur einzig erfassbaren.
- Der Wahlkampf und insbesondere der Kampf um die Kanzlerkandidatur in CDU und CSU haben zu einem Wettkampf um harte Lockdownmaßnahmen geführt, die für die Altersgruppe bis etwa 12-14 Jahren völlig unangemessen waren.
- Kinder werden die Auswirkungen der Maßnahmen am längsten spüren, nicht nur an sich persönlich, sondern auch als diejenigen, die die Schuldenlast über Jahre und Jahrzehnte tragen müssen. Dabei wur-

den der Wirtschaft Milliarden zu Stützung zugestanden, wodurch u.a. Dividenden generiert werden konnten. Für Kinder, besonders für die armen unter ihnen, wurde nichts getan.

- So dürfen die Kinder neben der nicht von ihnen verursachten Klimakosten auch noch die Kosten für die Corona-Maßnahmen tragen.

Die einzigen, die sich während der gesamten Pandemiezeit für Kinder eingesetzt haben, sind die Kinderärzt*innen und Kinderpsychiater*innen. Und obwohl so massiv betont wurde, immer auf die Wissenschaft und deren Expertise zu hören, wurde diese Gruppe von Experten komplett ignoriert, sie passte nicht in die Mainstreambetrachtung der Pandemie.

Die Diskussion um eine Triage auf deutschen Intensivstationen war beängstigend. Jetzt findet die Triage in den SPZ und um die Therapieplätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Wartezeiten bis zu einem Jahr statt.

Umfassende physische und psychische Gesundheit braucht Lobby, diese scheint bezogen auf die Kinder in der hier kritisierten Ausgabe einer »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zu fehlen.

Mit freundlichen Grüßen
Jürgen Wintgens, Kinderarzt

Anfang der 1970er Jahre herrschte Aufregung bei den privaten Krankenversicherungen¹ und in der Ärzteschaft: Das Gespenst des »klassenlosen Krankenhauses« ging um. In der SPD fand die Idee viele Befürworter*innen, Menschen im Krankenhaus vollkommen unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit gleich zu behandeln. Martin Woythal, Landrat von Hanau, trieb derartige Pläne besonders energisch voran. »In unserem neuen Kreiskrankenhaus wird es keinen Blinddarm erster, zweiter oder dritter Klasse mehr geben,« sagte er dem Spiegel. Man wolle »Gesellschaftspolitik für das Jahr 2000 praktizieren«. ² In Hanau wurde daraus nichts – Woythal verlor nach einer Reform der Wahlkreise die nächste Wahl und die Pläne wurden beerdigt. Ein klassenloses Krankenhaus hat es dennoch gegeben: In Neustadt am Rügenberge, nordwestlich von Hannover unweit des Steinhuder Meers gelegen, wurde es 1971 gegründet und existierte 30 Jahre, bis es 2001 in die Krankenhausregion Hannover eingegliedert wurde. »Klassenlosigkeit« sollte hier nicht nur für die Patient*innen gelten. Auch im Miteinander der Berufsgruppen war Arbeiten auf gegenseitiger Augenhöhe wichtig. Davon berichteten beim gesundheitspolitischen Forum des vdä* und des Solidarischen Gesundheitswesens Heidrun Nitschke und Martina Stump, die als Ärztin und Pflegekraft in der gynäkologischen Abteilung dieses »fast vergessenen Modells« gearbeitet haben.

Klassenloses Krankenhaus

Stefan Schoppengerd berichtet über den Workshop zu den praktischen Erfahrungen in Neustadt am Rügenberge

Anfang der 1970er Jahre hatte Neustadt ein baulich und fachlich veraltetes Krankenhaus, das dem Bedarf nicht mehr nachkommen konnte. Zugleich war die Kritik am überkommenen Chefarztsystem verbreitet. Ein SPD-Oberkreisdirektor zeigte Ehrgeiz und griff für die fällige Krankenhausneugründung die Idee des klassenlosen Krankenhauses auf.

1. Keine Chefarztliquidation und klassenlose Patientenversorgung

Alle Einkünfte aus der Behandlung Privatversicherter gingen direkt ans Krankenhaus. Ein Recht auf Privatliquidation für die leitenden Ärzte – wie bis heute üblich in den meisten Krankenhäusern – gab es nicht. Sie wurden mit einem Festgehalt entlohnt und hatten kein Recht auf Nebentätigkeit. Zwischen den Patient*innen wurde nicht nach Versichertenstatus unterschieden, sondern allein nach Gesundheitszustand und Behandlungsbedarf. So waren etwa die Einzelzimmer denjenigen vorbehalten, die ein besonderes Ruhebedürfnis hatten; dahinter musste im Zweifel auch die Unterbringung Privatversicherter zurückstehen. Allen Patient*innen wurde Unterbringung und Versorgung auf dem damals üblichen Niveau Privatversicherter geboten – Essensauswahl sowie Telefon und Radio am Bett waren Standard. Auch bei den Visiten wurden keine Unterschiede gemacht. Die Regel war die tägliche Visite durch den leitenden Arzt bei allen Patient*innen.

Obwohl Privatversicherte in Neustadt auf andernorts übliche Privilegien verzichten mussten, kamen sie dennoch in das Haus, das unter fachlichen Gesichtspunkten in der Region

einen ausgesprochen guten Ruf hatte.

2. Beseitigung ungesunder Hierarchien

Nicht nur bei den Patient*innen wurde Gleichbehandlung angestrebt. Auch unter den Beschäftigten des klassenlosen Krankenhauses waren die quasimilitärischen Hierarchien, die in anderen Kliniken üblich waren, zugunsten kollegial-arbeitsteiliger Zusammenarbeit auf Augenhöhe beseitigt. So war die Pflege selbstverständlich an den ärztlichen Nachtdienstübergaben und an der Visite beteiligt. Auch bei den anschließenden Fallbesprechungen fand gleichberechtigter Austausch statt. Eine ähnlich gute Zusammenarbeit etwa mit den Hol- und Bringdiensten oder der Reinigung wurde dadurch erleichtert, dass auch diese von Festangestellten des Hauses verrichtet wurden und sich so dauerhafte Zuständigkeiten etablieren konnten. Getrennte Kantinen, getrennte Betriebsfeiern und ähnliche Betonungen von Status und Hierarchie waren in Neustadt unbekannt.

In einem solchen Betriebsklima war es, so berichteten die Referentinnen, zum Beispiel auf der gynäkologischen Station die Regel, dass schwangere Mitarbeiterinnen sich für Untersuchungen und Entbindung in die Hände ihrer Kolleg*innen begaben – mitunter gar im fliegenden Wechsel zwischen Patientinnenrolle und eigenem Schichtbeginn.

3. Arbeitsbedingungen, Sozialleistungen, Betriebsstrukturen

Bezahlt wurde nach dem Tarif des öffentlichen Dienstes (und sogar bei den



Kritische Mediziner*innen Halle

Ärzten war der Anteil von Mitgliedern der ÖTV, der Vorläufergewerkschaft von ver.di im öffentlichen Dienst, hoch). Hinzu kamen wichtige Sozialleistungen: Die Betreuungszeiten der Betriebs-Kita deckten selbstverständlich die Schichtzeiten der Pflege ab – insbesondere für alleinerziehende Mütter ein guter Grund für einen Arbeitgeberwechsel. Außerdem hatten sie in Neustadt auch nicht mit der damals noch weit verbreiteten moralischen Verurteilung zu kämpfen. In den Kitagruppen fanden sich die Kinder aller Angestellten zusammen, vom ärztlichen Personal bis zum Reinigungs- und Küchenpersonal. Die hier stattfindende Begegnung aller Berufsgruppen als Eltern war ein nicht zu unterschätzender demokratisierender Faktor.

Einmal pro Quartal gab es einen zusätzlichen freien »Hausarbeitstag« für alle Berufsgruppen.

Die Pflegekräfte hatten die Möglichkeit, mit eigenen Shuttle-Bussen zum Dienst und wieder nach Hause zu kommen. Im Personalwohnheim auf dem Klinikgelände waren auch Wohngemeinschaften für Azubis vorhanden, mit einem konkurrenzlos günstigen Preis von 55 DM/Monat für ein Azubi-WG-Zimmer. Das Krankenhaus unterstützte das Personal darüber hinaus bei der Suche nach anderem günstigem Wohnraum und bezuschusste die Wohnungsausstattung.

Die Ärzt*innen arbeiteten für ihr Festgehalt nicht nur in der stationären Versorgung, sondern auch in einer ans Krankenhaus angeschlossenen Ambu-

lanz. Die leitenden Ärzte bestimmten den ärztlichen Direktor in demokratischer Wahl. Dieser bildete zusammen mit Verwaltungsdirektor und Pflegedirektion das Direktorium des Hauses. Diese Strukturen begünstigten auch in der Ärzteschaft einen fachbereichsübergreifenden Austausch und die Bereitschaft zu akuter wechselseitiger Unterstützung, ohne dass dies durch Abrechnungsfragen, Dünkel oder Konkurrenz behindert worden wäre.

4. Schwierigkeiten

Chronische Herausforderung für das Direktorium war es, Leistungen wie etwa die betriebliche Kinderbetreuung in den Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenkassen geltend zu machen. Dieses Problem konnte aber regelmäßig gemeistert werden.

Als deutlich ungünstiger erwies sich die Tatsache, dass es keine Stellen für Fachärzt*innen nach Abschluss der Weiterbildung und so auch keine Aufstiegsmöglichkeiten im Haus gab. So kam es zu einem hohen Durchlauf an immer neuen, unerfahrenen Ärzt*innen in Weiterbildung. Gleichzeitig fehlten fachliche Impulse durch neu von außen hinzukommende Fachärzt*innen. Zudem war für die leitenden Ärzte die Arbeit durch die hohe Zahl an Hintergrunddiensten sehr belastend.

In der Öffentlichkeit stand das klassenlose Krankenhaus regelmäßig unter Beschuss – ein scharfer Antikommunismus paarte sich mit konser-

vativ-kirchlicher Verachtung für eine »rote« Klinik, in der völlig selbstverständlich auch Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt und fortschrittliche Techniken dazu gelehrt wurden. Obwohl das Haus in Neustadt am Rübenberge im zeitgenössischen politischen Diskurs also durchaus Beachtung fand, entwickelte die Belegschaft kaum ein Interesse daran, das Konzept als Vorbild für andere Krankenhausstandorte zu bewerben. »Uns schien das eben ganz normal«, sagte Heidrun Nitschke auf die diesbezüglichen Fragen des Publikums. Das führte dazu, dass das »klassenlose Krankenhaus« in den linken gesundheitspolitischen Debatten eher mit der Idee von Woythal aus Hessen in Verbindung gebracht wird – einer Idee, die nie Wirklichkeit wurde – als mit dem Krankenhaus in Neustadt am Rübenberge, das 30 Jahre lang so praktizierte, aber in der linken oder kritischen Gesundheitsszene nicht bekannt ist.

Eine ausführliche historische Aufarbeitung steht aus. Sie könnte zur Beantwortung der Frage beitragen, warum das beeindruckende Beispiel aus Neustadt am Rübenberge keine größere Magnetwirkung entfaltet hat. Und damit könnte sich dann auch die Diskussion darüber fortsetzen, wie sich die Erfahrungen mit dem klassenlosen Krankenhaus im heutigen, weitgehend ökonomisierten Umfeld nutzen ließen.

Stefan Schoppengerd ist Politikwissenschaftler, aktiv im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik und arbeitet in der Geschäftsstelle des vdää.*

- 1 So konnte man bis vor einigen Jahren auf der Homepage des Sana-Konzerns unter »Wir über uns« Folgendes lesen: »Die Sana Kliniken wurden in den siebziger Jahren auf Initiative von 18 privaten Krankenversicherungen gegründet. Deren Engagement auf der Leistungsseite unseres Gesundheitssystems war eine Reaktion auf die damalige sozialpolitische Diskussion um die Idee des klassenlosen Krankenhauses.« <http://www.sana.de/wir-ueber-uns/unser-unternehmen/werte-und-ziele/herkunft.html> (Zugriff am: 08.03.2010 – sic!)
- 2 <https://www.spiegel.de/politik/bohnenim-kaffee-a-54d2fd1d-0002-0001-0000-000044904882?context=issue>

Primary Health Care und soziale Partizipation

Gesundheitspolitik in Brasilien in Zeiten des Abbaus sozialer Rechte – von Paul Brettel

Dieser Beitrag basiert auf dem online-Workshop von Ligia Giovanella beim Gesundheitspolitischen Forum des vdää* am 13.11.2021, sowie den am Ende aufgelisteten frei zugänglichen Beiträgen. Ligia ist Senior researcher an der National School of Public Health – Fundação Oswaldo Cruz in Rio de Janeiro in Brasilien. Wir haben einen Workshop mit ihr gemacht, weil die historischen Entwicklungen und Strukturen des brasilianischen Gesundheitswesens für uns einen möglichen Orientierungspunkt für Bestrebungen zur Demokratisierung des deutschen Gesundheitswesens darstellen.

■ Entstehung des Sistema Único de Saúde (SUS)

Im Rahmen der Demokratisierung Brasiliens nach dem Ende der von 1964 bis 1985 währenden Militärdiktatur baute die bereits zuvor bestehende demokratische Gesundheitsbewegung (Movimento Sanitário) einen landesweiten Gesundheitsdienst auf. In der 1988 verabschiedeten neuen Bundesverfassung wurde Gesundheit als soziales Grundrecht verankert und der Staat verpflichtet, einen generellen Zugang zu medizinischer Versorgung zu gewährleisten. In den folgenden Jahren erfolgte der Umbau des beitragsfinanzierten Sozialversicherungssystems Bismarckscher Prägung, das unter anderem aufgrund des großen informellen Sektors bis dato nur circa 50% der Bevölkerung erreichte, in ein steuerfinanziertes Versorgungssystem mit freiem und universellem Zugang für alle Bürger*innen, das so genannten Einheitliche Gesundheitssystem (Sistema Único de Saúde – SUS). Hierzu wurden die bis dato getrennten Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung und des Gesundheitsministeriums zusammengeführt und private Krankenhäuser unter Vertrag genommen und so für die gesamte Bevölkerung geöffnet. Das bis heute bestehende SUS beruht auf den Grundpfeilern der Ideen von umfassender Versorgung, Dezentralisierung und sozialer Partizipation.

■ Umfassende Versorgung, Dezentralisierung und soziale Partizipation

Unter einer umfassenden Versorgung wird das komplette Spektrum medizinischer Versorgung von Prävention und Gesundheitsförderung über die ambulante bis zur stationären Versorgung einschließlich modernster Medizin wie Organtransplantationen, sowie Rehabilitationsmaßnahmen verstanden. Der Vorrang liegt auf der Gesundheitsförderung, Individualmedizin muss im Einklang mit Public-Health-Strategien stehen.

Dezentralisierung bedeutet die geteilte Verantwortung von Bund, Ländern und Kommunen für eine Bevölkerung von mehr als 212 Millionen Menschen. Die Primärversorgung wird durch die 5.570 Kommunen in 38.000 kommunalen Gesundheitszentren gewährleistet. Demgegenüber sind die 26 Bun-

desländer für die fachärztliche und stationäre Versorgung zuständig. Diese findet durch private und öffentliche Polikliniken, Labore und Krankenhäuser statt, die unter Vertrag mit dem SUS stehen. Die Finanzierung erfolgt durch Steuermittel von Bund, Ländern und Kommunen.

Im Sinne der sozialen Partizipation im Gesundheitswesen ist die Bevölkerung an den Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen unmittelbar beteiligt. Dies schlägt sich in der Bildung von Gesundheitsräten auf Ebene des Bundes, der Länder und Kommunen nieder. Alle vier Jahre finden Gesundheitskonferenzen auf allen 3 Ebenen statt, die letzte nationale Gesundheitskonferenz 2019 hatte den Titel »Gesundheit ist Demokratie. Demokratie ist Gesundheit«.

■ Gesundheitsräte

Die Gesundheitsräte sind paritätisch besetzt aus Nutzer*innen (50%) einerseits und Leistungserbringer*innen (25%) und Regierungsvertreter*innen (25%) andererseits. Die Zivilgesellschaft ist dabei auf ganz verschiedene Weise vertreten. Im monatlich tagenden nationalen Gesundheitsrat sind beispielsweise Vertreter*innen der Einwohner*innenvereinigungen und Gemeinschaftsbewegungen, der schwarzen Bevölkerung, der Rentner*innen, Studierenden, Frauen, LGBTI-Bewegung, Landarbeiter*innen und Familienbetrieben, indigenen Organisationen, religiösen Einrichtungen, des nationalen Gewerkschaftsbundes, sowie von nationalen Organisationen zum Schutz von Menschen mit bestimmten Krankheiten und Behinderungen (z. B. Lepra, AIDS, Autismus, Zöliakie, Diabetes) vertreten. Als Leistungserbringer*innen sind neben Ärzt*innen auch Kolleg*innen aus Pflege, Gemeindegesundheitsarbeit und Sozialarbeit vertreten. In größeren Städten bestehen neben den kommunalen Gesundheitsräten auch Bezirksgesundheitsräte; zudem existieren Gesundheitsräte in den einzelnen Gesundheitszentren, in denen die lokalen sozialen Bewegungen vertreten sind.

■ Familiengesundheitsstrategie ESF

Die Primärversorgung des SUS erfolgt im Rahmen der Familiengesundheitsstrategie (Estratégia Saúde da Família, ESF)



durch öffentliche multiprofessionelle Gesundheitszentren, die sich aus einer Hausärzt*in, einer akademischen Pflegekraft, zwei Pflegehilfskräften und 5-6 Gemeindeggesundheitsarbeiter*innen (Agentes Comunitários de Saúde, ACS) zusammensetzen. Die ACS sind lohnabhängige Arbeitskräfte und arbeiten in den Stadtvierteln, in denen sie wohnen. Sie haben vorher in der Regel keine Gesundheitsausbildung, die Ausbildung erfolgt im Rahmen der praktischen Tätigkeit sowie durch begleitende Fortbildungen.

Jedes ESF-Team ist für die Versorgung von circa 3.000 Personen in 700 bis 1.000 Familien verantwortlich. Jede*r ACS begleitet 100-150 Familien durch regelmäßige monatliche Hausbesuche. Die ESF-Teams sollen Gesundheitsprobleme und Risikosituationen in der Nachbarschaft erkennen, eine integrale und integrierte Versorgung leisten, die vernetzt mit der fachärztlichen und stationären Versorgung erfolgt. Zu ihren Aufgaben gehören auch Aufklärungs- und Bildungsarbeit, sowie intersektorielle Maßnahmen zur Problemlösung. Die ACS registrieren die Familien eines Territoriums, besuchen jede Familie regelmäßig, klären über präventive Maßnahmen auf und begleiten epidemiologisch prioritäre Alters- und Patient*innenengruppen wie kleine Kinder, Schwangere und chronisch Kranke.

Die ESF stellen somit eine praktische Umsetzung eines umfassenden Primärversorgungssystems im Sinne von community oriented primary health care dar. Zahlreiche Studien konnten darlegen, dass die ESF zu einer realen Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung beitragen konnte, beispielsweise durch eine Verringerung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit, der Krankenhausaufenthalte

bei PHC-sensitiven Erkrankungen und der Mortalität durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

■ Probleme

Das SUS ist chronisch unterfinanziert: Die öffentlichen Gesundheitsausgaben betragen 4% des BIP, der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben beträgt weniger als 50%. Das Einfrieren der öffentlichen Gesundheitsausgaben führte seit 2015 zu einem Rückgang der Pro-Kopf-Ausgaben um 6,3%. Durch eine Reform der ESF wird zudem deren Universalität in Frage gestellt: Statt einer Finanzierung anhand der Einwohner*innen der Gemeinde soll die Finanzierung nunmehr nur für auf den Listen der ESF registrierte Nutzer*innen erfolgen. Zudem werden die 6.000 multiprofessionellen Unterstützungsteams (Núcleo Ampliado de Saúde da Família, NASF) nicht weiter gefördert.

Da zwei Drittel der stationären Betten und fast alle diagnostischen Einrichtungen in privater Hand sind, bestehen jedoch weiterhin Qualitätsmängel und Schwierigkeiten beim Zugang zu fachärztlicher Versorgung. 25% der Bevölkerung haben hierfür eine zusätzliche private Versicherung.

Die gesetzliche Institutionalisierung der Beteiligung in den Räten reicht nicht aus, um eine tatsächliche Beteiligung zu gewährleisten. Die Ratsmitglieder haben oft keine organische Beziehung zu ihrer Organisation, die Qualität der Beteiligung hängt von Organisationsgrad und Repräsentativität der sozialen Bewegungen ab. In kleineren Gemeinden besteht die Gefahr des Klientelismus.

Eine zentrale Gefahr ist die fundamentale Bedrohung der Demokratie

durch die Regierung Bolsonaro. Der rechtsextreme und ultra-neoliberale Präsident hat bereits zahlreiche Räte in anderen Sektoren abgeschafft, beispielsweise den nationalen Rat für Ernährungssicherheit.

■ Das SUS in der Covid-19-Pandemie

Das SUS wurde während der Pandemie sehr geschätzt, da es der gesamten Bevölkerung freien Zugang zu Gesundheitsdiensten garantierte. Im Hinblick auf die Impfkampagne erklärte Gregorio Duvivier, brasilianischer Schauspieler, Humorist und Schriftsteller am 9.11.2021 auf dem São Paulo Forum: »Wir sind das einzige Volk auf der Welt, das sich gegen den Willen des Präsidenten geimpft hat. Die Brasilianer haben sich gegen den Willen des Präsidenten geimpft: Sie haben eine Trophäe verdient!« Im Vergleich mit dem deutschen Gesundheitswesen und den hierzulande erfolglosen Appellen zum Impfen auch ein Erfolg der demokratischen Verfasstheit des Gesundheitswesens (vgl. hierzu den übersetzten Beitrag von Ligia Giovanella in diesem Heft).

Zum Weiterlesen:

1. Ligia Giovanella / Marcelo Firpo de Souza Porto: Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik in Brasilien. Arbeitspapiere der Medizinischen Soziologie Frankfurt/Main, Januar 2004
2. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, Bousquat A.: Denial, disdain and deaths: notes on the criminal activity of the federal government in fighting Covid-19 in Brazil; 2020;44 (126): 7
3. Giovanella L, Martufi V, Ruiz DC, de MHM, Bousquat A, Aquino R, u. a.: The contribution of Primary Health Care in the SUS network to face Covid-19, 2021; 45 (130): 15; <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/h3krqJq9WY9wcs-5L49TqJ7d/?format=pdf&lang=en>

Demokratisierung der Lehre

Therese Jakobs über den Workshop der Kritischen Medizinstudierenden beim Gesundheitspolitischen Forum

Wie stellen wir uns demokratische Ärzt*innen überhaupt vor, was ist also das Ideal, zu dem ausgebildet werden sollte? Welche Realität und welche Lücken stehen diesem Ideal gegenüber? Wie können wir handeln, um die Realität in Richtung Ideal zu verändern, also welchen Handlungsbedarf sehen wir?

Dies waren die Fragestellungen des Workshops mit dem Ziel, nicht nur den Handlungsbedarf sowie Interventionsmöglichkeiten zu identifizieren, sondern auch zu überlegen, wie dies umgesetzt werden kann. Erklärtes Ziel war außerdem, diesen hier begonnenen Austausch fortzusetzen darüber, wie gut die Umsetzung funktioniert. Gegebenenfalls findet sich ein erneutes Forum, die nächste JHV oder ein nächstes Kritis-Treffen.

Die Debatte hierüber orientierte sich meist entlang der Kernfragen: *Was soll verändert werden, wie* sehen aktuelle demokratische Gestaltungsmöglichkeiten aus, *wie* können wir die Gestaltungsmöglichkeiten mehr demokratisieren und was macht hierbei den demokratischen Ansatz überhaupt aus? Im Folgenden möchte ich einen Einblick geben, was unter den Teilnehmenden im Workshop hierzu diskutiert wurde.

■ **Wo also soll die Veränderung hinführen idealerweise?**

Merkmale von idealen demokratischen Ärzt*innen wurden viele benannt. Zum Beispiel die Fähigkeit, den gesellschaftlichen, sozialen und politischen Kontext mit zu denken. Ob im Kontakt mit Patient*innen, in der Reflektion der eigenen Rolle, der umgebenden Hierarchien und Strukturen, der eigenen Privilegien oder bei der Reflektion

von zugrundeliegenden sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit.

Darüber hinaus wünschten sich die Teilnehmenden zum Beispiel ein höheres Maß an Interdisziplinarität sowohl innerhalb des medizinischen Sektors aber auch darüber hinaus in dem Sinne, nicht »nur« medizinisch zu denken, sondern auch z.B. politisch, auch psychologisch oder oder oder. Thema war auch der Umgang mit sich selbst physisch wie auch psychisch, eigene Grenzen zu erkennen und zu respektieren, für die eigenen Arbeitsbedingungen einzustehen und sich nicht der Normalisierung von Überlastung und Erschöpfung zu ergeben. Kommunikations- und Konfliktkultur wurde als wichtiges Thema identifiziert, ob gute Gesprächsführung mit Patient*innen oder respektvolle Konflikt- und Fehlerkultur im Team.

■ **Wie sieht die Realität in der Lehre zumeist aus?**

Im Brainstorming zur Problemdefinition zu Beginn fielen bereits einige Themen auf, die nicht nur die Lehre betreffen sondern auch Arbeitsverhältnisse und Klinikstrukturen: fehlende oder veraltete Lehrinhalte, Ressourcenknappheit an Personal und Zeit, Einfluss von Ökonomisierung bis tief in Publikationen, Forschung, Lehrbücher und Leitlinien. In Leitungsebenen verharrender Konservatismus bis hin zum Ignorieren von z.B. moderneren Methoden, neuen gesellschaftlichen Strukturen oder ähnlichem. Nicht zuletzt wurde das fast gänzliche Fehlen von gesellschaftspolitischen Diskursen an Fakultäten beklagt. Viele sahen hier ein fehlendes politisches Bewusstsein und dass ein unpolitisches Selbstverständnis »der Medizin« vorherrsche.

Gemeint sind hier das Fach, die wahrgenommene Mehrheit der Mediziner*innen sowie die Fakultäten. Die politische Bildung oder Möglichkeiten zur Politisierung finde im Gegensatz zu anderen Studienfächern jedoch überhaupt nicht an den medizinischen Fakultäten statt.

Viel diskutiert wurde auch über die Gegensätze der Repräsentation. Ob wir Klassenzugehörigkeiten betrachten, Gender, Herkunft oder andere Merkmale. Ärzt*innen spiegeln aus vielerlei Gründen nicht die Gesamtgesellschaft ab, die Patient*innen schon eher. Wer sind überhaupt die Beteiligten, die die Lehre demokratisieren wollen oder können? Für den Prozess der Demokratisierung brauchen wir notwendigerweise Bildung und vor allem Politisierung. Eine Schlussfolgerung, die im Workshop häufiger gezogen wurde.

■ **Welche Arten der Gestaltung von Lehre gibt es derzeit?**

Vorgestellt wurden je nach Fakultät sehr unterschiedlich stark ausgeprägte Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Studiengangs- und Curriculumsentwicklung. Außerdem gibt es Mitbeteiligungsmöglichkeiten in verschiedenen Gremien und Institutionen wie z.B. den Fachschaften, Fakultätsrat, AstA, Studierendenparlamente, die an den meisten Universitäten unterschiedlich genannt werden. Viel diskutiert wurde über Für und Wider des Ganges in die Institutionen. Einige Teilnehmenden konnten hier jedoch von erfreulichen Erfolgen berichten durch ihr Engagement. Nicht zu vergessen seien auch die finanziellen Einflüsse auf die Lehre, denn auch private Geldgeber finanzieren zu kleineren Teilen manche Fakultäten, teils wohl bis zu 10%.



Poliklinik Veddel

■ Wo sehen wir Handlungsmöglichkeiten durch kritische Medizinstudierende?

Politisierung! Politisierung unserer Umgebung, unserer Mitmenschen und damit demokratische Methoden etablieren, zur Normalität werden lassen. Sowohl auf individueller Ebene zum Beispiel der Studierenden als auch in den vorhandenen Institutionen und Strukturen.

Dies soll geschehen mit dem Ziel der Repräsentation der Studierendenschaft in den Entscheidungspositionen der Fakultät, um eine tatsächliche Demokratisierung der Lehre besser erreichen zu können. Darüber hinaus kamen Vorschläge auf bereits gesetzlich vorgegebene Anforderungen an universitäre Bildung zu nutzen, um bei Forderungen an die eigene Universität darauf zu verweisen, insbesondere wenn es um fehlende Inhalte geht oder die unzureichende Aktualität der Inhalte.

Nicht zuletzt haben wir ganz allgemeingültige Empfehlungen diskutiert wie ständiges Hinterfragen, kritisches Mitdenken und Einstehen für die eigene Haltung. Medien wie bestehende Hochschulzeitungen können genutzt werden oder

eigene Publikationen mit Ideensammlungen und Strategien können geschrieben werden zur Informationsverbreitung. Vorbilder suchen, selbst Vorbild sein, sich mit Anderen vernetzen und solidarisieren, um Bündnisse zu bilden und für die gemeinsamen Ziele einzustehen, ist nicht nur auf dem Weg zur Demokratisierung von Lehre eine sinnvolle Idee. Diese Prozesse brauchen wir auf dem Weg zu einer Ausbildung von verantwortungsvollen und progressiven Gesundheitsarbeiter*innen nach all unseren oben genannten Idealvorstellungen.

Der interaktive Workshop wurde von zwei Aktiven der Berliner Kritischen Mediziner*innen sehr gut vorbereitet und geleitet. Es nahmen 19 Personen teil, die alle derzeit Medizin studieren an verschiedenen Orten in Deutschland. Es entstand eine lebhaftige Debatte und ein – wie ich finde – bereichernder Austausch. Vielen Dank dafür an Sandrina und Wesley für die Leitung und Vorbereitung sowie allen Teilnehmenden für euer Interesse und eure Beiträge.

Therese Jakobs ist Ärztin, Mitglied im Vorstand und in der Regionalgruppe Berlin des vdää.*

Arztpraxen und MVZ 2021

Private-Equity-Gesellschaften forcieren Konzentrations- und Internationalisierungsprozesse – von Rainer Bobsin

Was die Ampelkoalition in ihrem Vertrag nicht getan hat, macht Rainer Bobsin hier dankenswerterweise für uns: Er wirft einen Blick auf die aktuellen ökonomischen Entwicklungen bei den Private Equity Konzernen (PE). Wenn Euch nach dem Lesen erst blüherant zumute wird und dann die Wut hoch zu kochen beginnt, habt Ihr verstanden.

Ein Unternehmen kaufen, zahlreiche Unternehmen dazukaufen, daraus einen Konzern formen und den Konzern gewinnbringend weiterverkaufen. So kann das Vorgehen der meisten Private-Equity-Gesellschaften im Bereich des Gesundheitswesens stark vereinfacht beschrieben werden. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung ist dies durch gesetzliche Vorgaben in § 95 SGB V (»Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung«) aber komplizierter. Die entscheidende Einschränkung: Leider muss ich mir erst ein zugelassenes Krankenhaus kaufen, um Arztpraxen und MVZ kaufen zu können. Erst dann kann ich mit der Bildung eines MVZ-Konzerns beginnen. Das Ziel bleibt dasselbe: der gewinnbringende Weiterverkauf des Konzerns.

Nichts deutet darauf hin, dass das seit Ende der »Nulljahre« langsam und in den letzten vier Jahren stark steigende Interesse von PE-Gesellschaften am Kauf von Arztpraxen abnehmen könnte. Im Gegenteil: Neben dem inzwischen fast schon als »traditionell« zu bezeichnenden Interesse an Augenarzt-, Labor-, Zahnarzt- und Radiologie-/Strahlentherapiepraxen wurden offenbar Hausarztpraxen, Orthopädie und Kardiologie als weitere Renditeobjekte entdeckt. Außerdem scheint sich der Blick von Mono-Fachrichtungs-MVZ zu erweitern auf die Bildung von Konzernen mit zahlreichen medizinischen Fachrichtungen.

Auch die rekordverdächtig große Zahl von Weiterverkäufen ganzer MVZ-Konzerne lässt vermuten, dass die begonnene Expansion mit »frischem Geld« neuen Schwung bekommen wird, zumal zahlreiche Bieterver-

fahren von Investoren gewonnen wurden, die bisher nicht auf dem deutschen Arztpraxenmarkt aktiv waren. Diese Diagnosen sind im unübersichtlichen Marktgeschehen nicht immer leicht zu stellen und können fehlerbehaftet sein. Dennoch möchte ich anhand der folgenden Auswahl wesentlicher Ereignisse 2021 versuchen, aus Einzelbefunden das Gesamtbild darzustellen.

■ Add-ons

Auch 2021 konnten die meisten der schon Ende 2020 existierenden, von mir identifizierten 35 in PE-Besitz befindlichen Arztpraxenkonzerne einzelne Praxen oder MVZ-Gesellschaften mit mehreren Standorten dazukaufen. Insgesamt habe ich bis Anfang Dezember über 90 dieser Add-ons gezählt. Dazu kamen zwei Käufe von Krankenhäusern, die durch das Inkrafttreten des *Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)* 2019 nötig wurden, um weiter expandieren zu dürfen: Die der *NORD Holding Unternehmensbeteiligungsgesellschaft* gehörende Augenarztkette *ZG Zentrum Gesundheit* übernahm die *Klinik Flechsig* in Kiel (30 Betten) und konnte anschließend 21 *Realeyes-Praxen* im Raum München kaufen. Und der *Telemos Capital* gehörende Strahlentherapiekonzern *MedEuropa* kaufte die *Margarethenklinik Kappeln* (17 Betten) von der *Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg* und erwarb anschließend das *Zentrum für Strahlentherapie Rheine-Osnabrück*.

Sogar die Tatsache, dass ein Konzern 2021 keine Zukäufe tätigte, kann

auf bald gesteigerte Akquisetätigkeiten hindeuten. Beispiel: *Montagu Private Equity* hatte 2010 den *Fonds Nummer IV* aufgelegt und 2015 die *Iris M IV TopCo GmbH* gegründet, die den *Artemis-Augenarztkonzern* von der britischen PE-Gesellschaft *G Square Capital* übernahm. Bei einer angenommenen Fonds-Laufzeit von 10 bis 12 Jahren ist es wahrscheinlich, dass sich *Montagu* zurzeit um den bevorstehenden Weiterverkauf kümmert und erst die neue Besitzerin den Expansionskurs fortsetzt.

■ Fusionen

Neben diesem mühsamen »Kleinklein« einzelner Zukäufe gab es 2021 erstmals Fusionen im größeren Stil, die zwar den Private-Equity-Anteil nicht erhöhen, aber den Konzentrationsprozess beschleunigen:

- Nach rund drei Jahren verkauften die Deutsche Beteiligungs-AG ihre *Blick-Holding* und die PE-Gesellschaft *Triton* ihre *Meine Radiologie Holding* an die schwedische PE-Gesellschaft *EQT*. Beide Radiologie- und Strahlentherapiekonzerne betreiben zusammen 65 Standorte und sind zurzeit »PE-Radiologie-Marktführer« vor der *RH Diagnostik & Therapie GmbH* mit rund 30 identifizierten Standorten (in Besitz von *Five Arrows*, einer PE-Gesellschaft der *Rothschild-Bank*).
- Dagegen verkaufte *EQT* den 2017 gekauften Zahnarztkonzern *Curaeos* an die von der *Jacobs Holding* gegründete *Colosseum Dental Group*. Die Beteiligungsgesellschaft



Kritische Mediziner*innen Halle

der Familie Jacobs (ehemals Kaffee) betreibt jetzt nach eigenen Angaben fast 800 Zahnarztpraxen in neun europäischen Ländern und den USA.

- Außerdem übernahm der 2017 von der US-amerikanischen PE-Gesellschaft *Summit Partners* gekaufte und 2019 an die französische PE-Gesellschaft *PAI Partners* weiterverkaufte Zahnarztkonzern *Zahneins (Z1 Gruppe S.à r.l., Luxemburg)* die 2018 durch die schwedische PE-Gesellschaft *Altor Equity* gegründete *KonfiDents-Holding*.

Damit verfügen beide Zahnarztkonzerne jetzt über zwei Trägerkrankenhäuser und sind so in der Lage, die durch das TSVG gedeckelte Zahnärzt*innen-Stellenzahl zu verdoppeln. Das Rennen um den Titel »Größte Zahnarztkette Deutschlands 2021« wird wohl auf ein Fotofinish hinauslaufen (jeweils rund 70 Standorte in Deutschland). Auf Platz 3 folgen die *Acura-Zahnärzte* mit etwa 60 Standorten (in Besitz der *Clinic Holdings Limited* auf den Cayman Islands, die der PE-Abteilung der *Investcorp Bank* aus Bahrain gehört).

■ Käufe von Krankenhäusern, die im Sinne von § 95 SGB V als MVZ-Träger geeignet sind

Wenn PE-Gesellschaften zugelassene Krankenhäuser kaufen, liegt die Vermutung nahe, sie würden einen MVZ-

Konzern planen, denn mit einzelnen Krankenhäusern lassen sich hochgesteckte Renditeziele in der Regel nicht erreichen. Folgende Käufe wurden angekündigt, vom Kartellamt freigegeben oder vollzogen. In welche Richtung die Reise gehen soll, ist zum jetzigen Zeitpunkt in den meisten Fällen allerdings nicht klar. Auch könnten angestrebte Deals noch »platzen«.

- *Triton* hatte Mitte Dezember 2020 die Übernahme der *IBBZ Krankenhaus GmbH* in Berlin angekündigt, Anfang 2021 den Gesellschaftsvertrag neu gefasst und den Namen geändert in *Klinik Schöneberg GmbH* (52 Betten). Die Klinik schloss im März einen Gewinnabführungsvertrag mit der *MVZ Sportklinik Halle GmbH* (Orthopädie) und im Juli mit der *MVZ im Altstadt-Carree Fulda GmbH* (Allgemeinmedizin, Innere, Kardiologie und weitere Fachrichtungen). Mitte November erfolgte die Kartellamtsfreigabe zur Übernahme der *Dr. med. Kielstein Ambulante Medizinische Versorgung GmbH*, Erfurt (Allgemeinmedizin, Innere, Kardiologie und weitere Fachrichtungen, über 30 Standorte in Thüringen und Sachsen-Anhalt).
- Die von der PE-Gesellschaft *Greenpeak Partners* gegründete *Academia-Holding* übernahm im März 2021 die *St. Vinzenz Klinik Pfronten* im Allgäu (115 Betten) und kündigte den Aufbau eines Labor-Kon-

zerns an (u.a. Pathologie und humangenetische Labore).

- Ebenfalls im März erfolgte die Kartellamtsfreigabe zur Übernahme der *St. Franziskus-Hospital gGmbH* (Winterberg, 100 Betten) durch die von der *DPE Deutsche Private Equity GmbH mbH* gegründete *Orthoem GmbH*. Dieser Firmenname und der Kauf der *MVZ Sporthomedic GmbH* im November lassen vermuten, dass ein Orthopädie-Konzern geplant ist.
- Im Juli gab die in Luxemburg beheimatete PE-Gesellschaft *Trilantic Europe S.à r.l.* die Übernahme der *Smile-Eyes-Gruppe* (Augenarztpraxen) bekannt. Das Problem der fehlenden Trägerklinik konnte offenbar schnell gelöst werden: Die *Panorama-Fachklinik* in Scheidegg (25 Planbetten) wurde aus der schon länger in *Trilantic*-Besitz befindlichen *Oberberg-Klinikgruppe* herausgelöst und auf *Smile Eyes* »umbucht«.
- *Helios* kündigte im September den Verkauf des Krankenhauses *Volkach* (40 Betten) sowie zweier angeschlossener Orthopädie-MVZ an die von der PE-Gesellschaft *Halder GmbH* gegründete *Remedium Healthcare GmbH* an. Wenn die *Helios-Kliniken* tatsächlich, wie vom Magazin *Plusminus* Ende März berichtet (<https://t1p.de/Plusminus-Helios>), ihr »Portfolio bereinigen« wollen, könnten zahlreiche weitere Übernahmeobjekte »auf den Markt kommen« und die *Helios-Kliniken* schon bald den Titel »Betreiberin mit den meisten deutschen Arztpraxen« an die britische PE-Gesellschaft *Telemos Capital* verlieren.
- Der in Besitz von *CVC Capital Partners* (Luxemburg) befindliche finnische Gesundheitskonzern *Mehiläinen* gab im November die Übernahme der *Dalberg Klinik AG* (Fulda, 16 Betten) bekannt. *Mehiläinen* deckt in Finnland an über 540 Standorten mit mehr als 22.300 Beschäftigten eine breite Palette medizinischer Fachrichtungen ab.
- Ebenfalls im November erfolgte die Kartellamtsfreigabe zur Übernahme der *Elbe-Jeetzel-Klinik* in Dannenberg (100 Betten) durch die PE-Gesellschaft *Capiton AG*.

- Ende November kündigte die *Malteser Sachsen-Brandenburg gGmbH* an, die *Krankenhäuser St. Carolus* in Görlitz (120 Betten) und *St. Johannes* in Kamenz (160 Betten) an die im Juli neu ins Handelsregister eingetragene *Gesellschaft für Gesundheit und Versorgung Sachsen GmbH (GSG)* zu verkaufen. Der als GSG-Geschäftsführer eingetragene Ulf Völkel ist auch *Sanecum*-Geschäftsführer. *Sanecum* befindet sich in Besitz der PE-Gesellschaft *Adiava Capital* und ist zurzeit in drei Geschäftsbereichen tätig: *Policum* (nahezu alle Fachrichtungen), *Cardiologicum* (Kardiologie) und *Nephrologicum* (Nephrologie und Dialyse). Was mit den Krankenhäusern geplant sein könnte, ist unklar, zumal *Sanecum* mit dem *Clinicum St. Georg* in Bad Aibling (15 Betten) schon ein Trägerkrankenhaus im Portfolio hat.

■ Weiterverkäufe

»Mit der *Intermediate Capital Group (ICG)* konnte ein neuer kapitalstarker und im Gesundheitswesen erfahrener Partner gefunden werden, der das künftige Wachstum der Gruppe mit signifikanten Mitteln unterstützen wird« (Presseerklärung von *Waterland Private Equity* anlässlich des Verkaufs der *Atos-Orthopädie-Kliniken und -MVZ*, September 2021). Solche und ähnliche Formulierungen veranschaulichen, dass ein Weiterverkauf von einem an einen anderen Finanzinvestor mit hoher Wahrscheinlichkeit verstärkte Expansionsbestrebungen nach sich ziehen wird.

- Ende Juli gab *Amedes* bekannt, dass die französische PE-Gesellschaft *Antin Infrastructure Partners* den 2015 von der US-amerikanischen PE-Gesellschaft *General Atlantic* gekauften Laborkonzern an eine Bietergemeinschaft, bestehend aus *Omers Infrastructure*, *Goldman Sachs Asset Management* und *AXA Investment Managers Alternative Investments*, verkauft habe. Nach eigenen Angaben betreibt *Amedes* mit über 4.000 Beschäftigten an über 90 Standorten in Deutschland, Belgien, Österreich und Dubai La-

bore und Kinderwunschzentren (über 60 Standorte in Deutschland).

- Im August gab *Triton* bekannt, den im März angekündigten mehrheitlichen Kauf der niederländischen *Bergman Clinics* von der niederländischen PE-Gesellschaft *NPM Capital* und der *Malenstein-Holding* vollzogen zu haben. *Bergman* hatte Ende 2020 den größten Teil der deutschen Capio-Einrichtungen übernommen (5 Krankenhäuser und 9 MVZ). In den Niederlanden ist *Bergman* in den Fachgebieten Orthopädie, Ophthalmologie, Gynäkologie, ästhetische Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Dermatologie und HNO tätig, in Dänemark, Schweden und Norwegen bisher nur in der Augenmedizin. Die Augenmedizin ist auch in Deutschland einer der Schwerpunkte (in Aschaffenburg, Bremen und seit Juli in Hamburg: Übernahme der *Medical Eye-Care MVZ Nord GmbH*).

- Nachdem die Deutsche-Bank-Tochter *DWS Group* mit ihrem *Pan European Infrastructure Fonds (PEIF III)* 2020 die luxemburgische *Infra-medica S.à r.l.* gegründet hatte, um den italienischen Strahlentherapie-Anbieter *Medipass* (Einrichtungen in Italien und Großbritannien) zu übernehmen, gab *DWS* im November 2021 bekannt, die *Radio-OnkologieNetzwerk GmbH (RON)* gekauft zu haben. *RON* befand sich seit 2019 in Besitz von *Summit Partners*.

- Im Dezember gab *Nordic Capital* den Verkauf der 2018 übernommenen und nach Zukäufen von Augenarztpraxen in der Schweiz, Großbritannien und den Niederlanden in *Veonet Group* umgetaufte *Oberscharrer-Gruppe* an *Ontario Teachers' Pension Plan Board* und *PAI Partners* bekannt. (Randbemerkung: Auch wenn ich es selbstverständlich begrüße, dass kanadische Lehrer*innen ihre Renten sichern können, frage ich mich doch, warum meine Krankenkassenbeiträge dazu beitragen sollten.) *Veonet* (etwa 120 Standorte in Deutschland), der *Montagu Private Equity* gehörende *Artemis-Augenarztkonzern* (etwa 140 Standorte, davon 6

in der Schweiz) und die *Telemos Capital* gehörende *Sanoptis AG* (fast 200 Standorte in Deutschland und der Schweiz) sind, auf die Anzahl deutscher Einrichtungen bezogen, zurzeit die größten in Private-Equity-Besitz befindlichen MVZ-Konzerne (sowohl in der Augenmedizin als auch insgesamt).

- »Frisches Geld« zur weiteren Expansion kann auch durch einen Börsengang in die Kasse gespült werden. Das versuchte die britische PE-Gesellschaft *Cinven* am 30. April 2021 mit einem Teil-Börsengang der 2015 von der PE-Gesellschaft *BC Partners* übernommenen *Synlab-Laborgruppe*. *Synlab* beschreibt sich selbst: »in 36 Ländern auf vier Kontinenten tätig«, »mehr als 20.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter«, »erzielte im Jahr 2020 einen Umsatz von 2,6 Mrd. Euro«. In Deutschland findet der *Synlab-»Lablocator«* in der Rubrik »Humanmedizin« über 70 Standorte. Laut *Marketscreener.com* halten *Cinven* noch 49,9 Prozent und der *Synlab*-Gründer Bartl Wimmer noch 4,75 Prozent der Aktien (Stand 18.12.2021).

■ Venture Capital finanzierte Digital-Health-Startups

Ebenfalls deutlich wurde 2021, dass zwei durch Venture Capital (»Wagniskapital«) finanzierte Digital-Health-Startups die »analoge Welt« entdeckt und sich jeweils ein Krankenhaus und Arztpraxen zugelegt haben:

- *Avi Medical* bezeichnet sich als »modernste Hausarztpraxis Deutschlands« und betreibt bisher fünf Praxen in München, weitere MVZ-Gesellschaften sind im Handelsregister eingetragen (Berlin, Hamburg und Stuttgart). Als Trägerkrankenhaus dient vermutlich die *Gefäßklinik Dr. Berg GmbH* in Blaustein, Baden-Württemberg (27 Betten, *Avi Medical*-Mitgründer Julian Kley ist auch Geschäftsführer der Klinik).

- Die *Patient 21 GmbH* bezeichnet sich als »Gesundheitsplattform der Zukunft« und konnte die Klinik Sankt Elisabeth in Heidelberg (40 Betten) von der *Kongregation der Schwestern vom heiligen Josef*

übernehmen und offenbar Zahnarztpraxen kaufen. Die unter *Patient21.com* aufgeführten Standorte entsprechen den Praxisstandorten des Zahnarztes Dr. Sebastian Duong.

■ Fazit

Unübersichtliches Marktgeschehen, häufig in Steueroasen anzutreffende Besitzgesellschaften, noch immer fehlende Pflichten zu veröffentlichen, welche Praxen eigentlich wem gehören, und die Unkenntnis, wohin Versichererbeiträge fließen, charakterisieren unverändert den MVZ-Markt, auf dem um lohnenswert erscheinende Übernahmeobjekte gerungen wird. PE-Gesellschaften sind hier nicht allein. Sie konkurrieren mit privaten Krankenhauskonzernen wie *Asklepios* und *Sana*, kirchlichen Gesundheitskonzernen wie *Agaplesion* und *Marienhause*, börsennotierten Gesundheitskonzernen wie *Fresenius*, *Medicover* (Schweden) und *DaVita* (USA), börsennotierten Laborkonzernen wie *Eurofins Scientific* (Luxemburg) und *Sonic*

Healthcare (Australien), in Arztbesitz befindlichen MVZ-Konzernen wie *Med 360° AG*, *Radprax-Holding*, *ISG Inter-med Holding (LADR)* und *Limbach* sowie in Apothekerbesitz befindlichen MVZ-Konzernen wie *Rohlf's-Holding/Eurozyto/Nädler* und *Convales Holding/Medipolis/Doceins*.

Aus diesen Gründen halte ich die schon häufig formulierte Forderung nach Offenlegung der Eigentumsverhältnisse – zuletzt durch die Gesundheitsministerkonferenz am 5. November 2021 (<https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1155&jahr=2021>) – für uneingeschränkt unterstützenswert. Vorgeschlagene Zulassungsbeschränkungen sollten aber dringend auf unerwünschte Nebenwirkungen, beispielweise für öffentliche Krankenhäuser, Kommunen, die eigene MVZ betreiben oder planen, und Patient*innen in jetzt schon suboptimal versorgten Regionen überprüft werden.

Rainer Bobsin ist Freiberufler und arbeitet seit Jahren auch als Hintergrundrechercheur und Autor im Bereich des Gesundheitsmarktes.

Seine lesenswerte Broschüre kann man beim Offizin-Verlag bestellen: <https://www.offizin-verlag.de>

Zu Private Equity siehe z.B. <https://www.finance-magazin.de/themen/private-equity>

und Dr. Christoph Scheuplein – November 2021: »Private Equity Monitor«, Study 467, Hans-Böckler-Stiftung

<https://www.mitbestimmung.de/html/was-ist-der-private-equity-monitor-6728.html>

– Oktober 2020: »Wie entwickeln sich Unternehmen mit Private-Equity-Eigentümern in Deutschland?«, Study 447, Hans-Böckler-Stiftung

https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-007907

Zu Private Equity im Bereich der Gesundheit- und Pflegeeinrichtungen siehe Rainer Bobsin

<https://www.offizin-verlag.de/Rainer-Bobsin-Private-Equity-im-Bereich-der-Gesundheits--und-Pflegeeinrichtungen-in-Deutschland>

Leseempfehlung



AK Knast des vdää*:

Medizinische Versorgung von Menschen in Haft

hg. vom Verein Solidarisches Gesundheitswesen e.V., September 2021, 56 Seiten

Aus der Einleitung: »Wir können also bei einer Diskussion (und Kritik) der medizinischen Versorgung inhaftierter Menschen nicht einfach alle Rahmenbedingungen akzeptieren und unseren Blick einschränken auf die »bloße Medizin«. Eine bloß immanente Kritik des Gefängnisses im Sinne des Abgleichs von Anspruch und Wirklichkeit reicht für eine Beurteilung nicht aus. Sie lässt entscheidende Fragen unberührt: Wer kommt überhaupt ins Gefängnis und für welche Delikte? Aus welcher gesellschaftlichen Situation landen Menschen im Gefängnis und müssen »resozialisiert« werden? Wir müssen auch fragen: Warum wurden diese Menschen vorher »entsozialisiert«? Wir gehen davon aus, dass sie daran nicht alleine und individuell schuld sind, sondern dass sie auch durch die gesellschaftlichen Bedingungen dort gelandet sind. Mit den Forderungen für eine bessere medizinische Versorgung von inhaftierten Menschen sind wir als demokratische Ärzt*innen also gezwungen, grundsätzliche gesellschaftliche Fragen anzusprechen.«

Die Broschüre beschäftigt sich mit der Frage, wo das Äquivalenzprinzip gilt und wo es verletzt wird. Sie schlägt systemimmanente Veränderungen in der medizinischen Versorgung vor, über eine immanente Kritik am Vollzug und stellt letztlich die Frage, wie ein anderer Vollzug aussehen könnte. Sie endet mit einem Forderungskatalog und hat eine Menge nützlicher und kritischer Literatur zusammengestellt.

Zu beziehen über die Geschäftsstelle: info@vdaee.de oder beim Verein Solidarisches Gesundheitswesen: solid.g-wesen@gmx.de – oder als download: https://www.vdaee.de/images/Med_Versorgung_in_Haft_10-2021.pdf oder http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/wp-content/uploads/2021/10/Med-Versorgung-in-Haft_10-2021-2.pdf

Fortschritt, wohin?

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik sezziert den Koalitionsvertrag

■ Krankenhausstrukturen und -planung

1. »Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um.« (kursive Passagen sind Zitate aus dem Koalitionsvertrag)

Hybrid-DRG sind DRG, die sowohl für den ambulanten Bereich als auch für Krankenhäuser gelten sollen. Für die Krankenhäuser soll damit ein finanzieller Anreiz geschaffen werden, ambulant und nicht stationär zu behandeln. Die Hybrid-DRG sollen höher als die bisherigen ambulanten Vergütungen, aber niedriger als die stationären DRGs sein. Für die Niedergelassenen stellt dies eine Einnahmenerhöhung dar, für die Krankenhäuser zunächst einen Einnahmeverlust. Ob die neuen DRGs so hoch sind, dass sie die höheren Vorhaltekosten eines Krankenhauses abdecken, ist zu bezweifeln.

Zu erwarten ist auch, dass die Kassen ihre Kontrollen (und die damit verbundenen Vergütungskürzungen) nochmals verschärfen und es noch schwieriger wird, Patient*innen, bei denen eine stationäre Versorgung eher aus sozialen/individuellen Gründen notwendig ist, adäquat zu versorgen.

Es ist zu erwarten, dass die Hybrid-DRG nur für bestimmte Diagnosen und Prozeduren mit kurzer Verweildauer (die man aus der stationären Versorgung verbannen will) eingeführt werden. Die eigentlich notwendige generelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und die Abschaffung der »2. Facharztschiene« (niedergelassene Fachärzt*innen) ist damit nicht verbunden.

Grundsätzlich handelt es sich auch bei den Hybrid-DRG wieder um eine Form der finanziellen Steuerung, die

quasi automatisch Fehlsteuerungen zur Folge hat (es wird gemacht, was sich lohnt und nicht, was notwendig ist).

Hinzukommt, dass die »Ambulantisierung« der Versorgung von bisher stationär erbrachten Leistungen vorangetrieben wird, unabhängig davon, ob die Strukturen für eine gute ambulante Behandlung vorhanden sind oder nicht. Bei finanzieller Steuerung ist zu erwarten, dass Strukturen nur ausgebaut werden, wenn sie lukrativ sind, unabhängig vom Versorgungsbedarf. Sinnvoll wäre also ein bedarfsgerechtes, flächendeckendes und wohnortnahe Netz von ambulanten Einrichtungen der Krankenhäuser, auch um unnötig weite Wege zu vermeiden. Daran ist aber wohl überhaupt nicht gedacht, stattdessen soll vermutlich der Leitungsbereich der niedergelassenen Facharztschiene ausgeweitet werden. Das bedeutet im Ergebnis: stationäre Fälle sollen reduziert werden und die pflegerische Nachsorge nach ambulant erbrachten Leistungen wird entweder auf die Angehörigen abgewälzt (dann kostet es nichts) oder ambulanten Pflegediensten überlassen, was zwar auch Kosten verursacht, aber an anderer Stelle.

Kernproblem ist: Statt die DRG abzuschaffen oder zumindest einzuschränken, wird damit das DRG-System auf Teile des ambulanten Bereichs ausgedehnt.

2. »Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen.«

Diese Festlegung könnte in Richtung eines solchen oben genannten Netzes weisen. Die Formulierung ist aber so unbestimmt, dass es auch möglich ist, dass der niedergelassene Bereich wei-

ter gestärkt werden soll – was bei einer FDP-Beteiligung an der Regierung eher wahrscheinlich ist (siehe auch 4.). Wieder wird statt einer bedarfsorientierten Planung und Steuerung auf finanzielle Anreizsysteme gesetzt.

3. »Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KV den die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen.«

Statt die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen, wird den Niedergelassenen die Möglichkeit eingeräumt, in die Krankenhäuser einzuziehen. Damit wird die Aufhebung der Sektorentrennung exakt in die falsche Richtung gewendet. Nur wenn sie die Notfallversorgung personell nicht stemmen, dürfen die kassenärztlichen Vereinigungen diese Sparte der ambulanten Versorgung an die Krankenhäuser abgeben, ohne den politischen Anspruch auf den Sicherstellungsauftrag der ambulanten Versorgung zu riskieren. Auch eine Art von Schützenhilfe für die niedergelassenen Kleinunternehmer.

4. »Wir stellen gemeinsam mit den KV den die Versorgung in unterversorgten Regionen sicher. Wir heben die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich auf. Die Gründung von kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren und deren Zweigpraxen erleichtern wir und bauen bürokratische Hürden ab. Entscheidungen des Zulassungsausschusses müssen künftig durch die zuständige Landesbehörde bestätigt werden.«

Die Bestätigung der Entscheidungen des Zulassungsausschusses durch die zuständigen Landesbehörden ist nicht ausreichend, insbesondere, weil sich die Länder aus diesem brisanten Thema heraushalten werden. Will man die Sektoren wirklich abschaffen und eine gemeinsame Bedarfsplanung für den ambulanten und stationären Bereich etablieren (s.u.), müsste zunächst der Sicherstellungsauftrag für den ambulanten Bereich von der Kassenärztlichen Vereinigung auf die Länder übergehen. Solange die KV faktisch entscheidet, wer sich wo niederlässt, hat die Planung weniger mit guter Versorgung als mit Pfründe-Sicherung zu tun. Nur eine gemeinsame Planung beider Bereiche durch die Länder bietet die Möglichkeit einer Überwindung der Sektorengrenzen. Die KVen sind eine Interessenvertretung niedergelassener Kleinunternehmer. Sie mit der Planung und Sicherstellung zu beauftragen, ist genauso falsch, wie wenn man den Krankenhäusern die Planung der stationären Versorgung überlassen würde – insbesondere, wenn finanzielle Anreizsysteme wirksam sind.

Bezeichnend ist auch, dass für die Klientel der FDP die Budgetierung aufgehoben werden soll. Bei den Krankenhäusern bleibt es natürlich bei der Budgetdeckung.

Dass die Gründung kommunaler Versorgungszentren erleichtert werden soll, ist ein Lichtblick, ändert aber nichts daran, dass die MVZ zwischenzeitlich ein Tummelplatz für profitorientierter private Klinikkonzerne und andere private Investoren sind, die nur an ihren Gewinnmöglichkeiten interessiert sind. Wichtiger wäre ein Gewinnverbot auch in diesem Bereich und damit der Ausschluss der privaten Geldhaie. Andernfalls werden in lukrativen Bereichen mit Hilfe von MVZ Gewinne privat entnommen, während kommunalen MVZ unlukrative Bereiche überlassen bleiben, in denen betriebswirtschaftliche Verluste sozialisiert werden müssen.

5. *»Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten.«*

Nachdem faktisch alle Bundesländer in den letzten Jahren (verstärkt seit Einführung der DRG) mehr oder weniger stark aus einer wirklichen Krankenhausplanung ausgestiegen sind und meist nur noch eine Bettenverwaltung betreiben, steht jetzt anscheinend ein Revival der Planung ins Haus. Offensichtlich sollen die Planungsvorstellungen, die aktuell in Nordrhein-Westfalen umgesetzt werden, auf alle Länder

übertragen werden. Auch wenn eine differenzierte und am Bedarf orientierte Planung längst überfällig ist, ist hier aber Vorsicht geboten. Denn es steht zu befürchten, dass Qualitätskriterien und Leistungsgruppen zur weiteren Schließung von Krankenhäusern und Betten instrumentalisiert werden sollen.

Bezeichnend ist, dass Formulierungen im Entwurf des Koalitionsvertrages, die eine Beteiligung des Bundes an der Investitionskostenfinanzierung unter bestimmten Bedingungen (Bereitschaft zur Planung im o.g. Sinn) vorsahen, im endgültigen Vertrag nicht mehr auftauchen. Damit ist das eminent wichtige Thema einer endlich bedarfsgerechten Investitionskostenfinanzierung für diese Regierung wohl stillschweigend beerdigt.

■ Finanzierung

6. *»Sie (die Kommission, d. Verf.) legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt.«*

7. *»Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.«*

8. *»Wir evaluieren mögliche Fehlanreize rund um Spontangeburt und Kaiserschnitte ...«*

Vorhaltepauschalen schränken die Wirkung der DRG ein, insofern sind sie zu begrüßen. Ihre einschränkende Wirkung hängt stark von ihrer Höhe ab. Sind sie zu niedrig, wirken sie nur wie ein Placebo. Trotzdem bleiben aber natürlich die Fehlanreize der DRG (Kostendumping, Mengenausweitung, Konkurrenzkampf) erhalten und werden auch weiterwirken.

Die Formulierung »bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe« heißt nicht, dass dort die DRG abgeschafft werden. Es kann auch lediglich eine Erhöhung der monetären Bewertung gemeint sein. Bleibt es bei der Logik der bisherigen DRG-Berechnung bedeutet dies nur, dass die anderen Bereiche entsprechend abgesenkt werden. Aber selbst wenn für Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe tatsächlich die DRGs außer Kraft gesetzt würden, wäre das zwar ein wichtiger Fortschritt und Erfolg, in allen anderen Bereichen bestünden die Probleme, die durch das Preissystem der DRG ausgelöst werden, weiter.

Die Formulierung, dass »mögliche Fehlanreize rund um

Spontangeburt und Kaiserschnitte« evaluiert werden sollen, heißt, dass man sich nicht einmal einig ist, dass es diese Fehlanreize überhaupt gibt (Kaiserschnitte werden deutlich besser vergütet und sind leichter zu händeln; ihr Anteil an den Geburten insgesamt hat sich seit Einführung der DRG erhöht). Dass sich hier etwas ändert, ist damit äußerst zweifelhaft. Außerdem ist das ja kein solitäres, sondern ein grundsätzliches Problem, immer dann, wenn die Versorgung an ein Preissystem gekoppelt ist. Es ließen sich viele andere solche »Problemfelder« aufzählen (z.B. Endoprothetik) – eben überall, wo es sich lohnt.

9. *Insgesamt ist, entgegen den teilweise vollmundigen Erklärungen während der Corona-Pandemie und im Vorfeld der Wahlen, keine wirkliche Abkehr vom Preissystem der DRG zu erkennen – im Gegenteil: Mit den Hybrid-DRG wird es sogar ausgedehnt. Auch ein Verbot, Gewinne mit der Versorgung von Kranken zu machen, und ein Zurückdrängen der privaten Krankenhausketten sind nicht geplant.*

10. *»Im Rahmen der Reform der Krankenhausvergütung werden Mittel für Weiterbildung in den Fallpauschalen künftig nur an die Kliniken anteilig ausbezahlt, die weiterbilden.«*

Auch ein Nebenkriegsschauplatz, der im Zweifelsfall nur zu einer Umverteilung der insgesamt zu geringen Vergütung führt und die DRG letztlich stabilisiert. Zudem ist unklar, was damit gemeint ist (ärztliche Weiterbildung, alle Weiterbildungen?) und wie das umgesetzt werden soll.

11. *»Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken.«*

Die Ausweitung des gesetzlichen Spielraums für »Verträge zwischen Krankenkasse und Leistungserbringern« steht seit Jahren auf der Wunschliste der Neoliberalen und der Krankenkassen. Sie treten unter verschiedenen Labeln auf (Einkaufsmodell der Krankenkassen, Selektivverträge, Qualitätsverträge), jetzt kommt also das Etikett »innovative Versorgungsformen« dazu. Letztlich geht es immer um dasselbe: Aufhebung des Kontrahierungszwangs (alle Krankenhäuser, die im Krankenhausplan aufgenommen sind, müssen einheitlich vergütet werden) und weitere Annäherung an echte Marktpreise.

Auch wenn man im Prinzip an den DRG festhalten will, wird eine Tür in Richtung Capitation (Regionalbudgets) aufgestoßen. Capitation bzw. Regionalbudgets bedeuten, dass für die Versorgung der Bevölkerung einer Region ein Gesamtbudget festgelegt wird, das die Leistungserbringer dann unter sich aufteilen sollen. Einmal abgesehen von den Verteilungskämpfen, das dieses Modell unter in Konkurrenz zueinander stehenden Akteuren auslöst, hat es für die Bevölkerung massive negative Auswirkungen. Unterversorgung ist vorprogrammiert, weil jede »Nicht-Behandlung« Kosten erspart und Gewinne erhöht. Eine solche Entwicklung wäre der sprichwörtliche Wechsel vom Regen in die Traufe.

Interessant ist auch, dass das Pflegebudget (also die Herausnahme der Pflege aus den DRG) nicht erwähnt wird. Damit ist die Tür zur Abschaffung dieser – von uns begrüßten, aber zu beschränkten – Regelung geöffnet.

■ Beschäftigte

12. *»Der Bund wird hierfür (für Pflege in Krankenhäusern und Heimen, der Verf.) eine Milliarde Euro zur Verfügung stellen. Dazu werden wir die Steuerfreiheit des Pflegebonus auf 3.000 Euro anheben.«*

Auch wenn der genaue Begünstigtenkreis und damit die Höhe des Bonus für die Einzelnen noch unklar sind, ist von dieser Einmalzahlung keine wirkliche Änderung der Attraktivität des Pflegeberufs zu erwarten. Notwendig wäre eine dauerhaft erhöhte Vergütung.

»Kurzfristig führen wir zur verbindlichen Personalbemessung im Krankenhaus die Pflegepersonalregelung 2.0. (PPR 2.0) als Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes ein.«

Ein richtiger Schritt. Zu denken gibt nur die Formulierung, dass die PPR 2.0 ein »Übergangsinstrument mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Qualifikationsmixes« sei. Eine Personalbemessung im Krankenhaus hat das Ziel, sichere und professionelle, hochqualifizierte Medizin und Pflege der Patient*innen sicher zu stellen und Überlastung der Beschäftigten zu verhindern. Die Erhebung des »Qualifikationsmixes« zum Ziel weist eher in Richtung einer Reduzierung der ganzheitlichen Pflege und eines Ersatzes von vollwertigen Pflegekräften durch Hilfskräfte je nach Pflegegrad der Patient*innen oder zu Pflegenden, wie sie für die Langzeitpflege schon vorgeschlagen wurde (s.u.). Im Zusammenhang mit der ebenfalls angestrebten Akademisierung der Pflege könnte das Ergebnis dann ein stark hierarchisch abgestuftes Berufsbild und Tätigkeitsfeld sein.

13. *»... und führen einen Personalschlüssel für eine 1:1-Betreuung durch Hebammen während wesentlicher Phasen der Geburt ein. Wir stärken den Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle und schaffen die Möglichkeit und Vergütung zur ambulanten, aufsuchenden Geburtsvor- und -nachsorge für angestellte Hebammen an Kliniken«*

Ebenfalls richtig. Die Frage ist nur, was sind die »wesentlichen Phasen der Geburt«?

14. *»Wir wollen den Pflegeberuf attraktiver machen, etwa mit Steuerbefreiung von Zuschlägen, durch die Abschaffung geteilter Dienste, die Einführung tragereigener Springerpools und einen Anspruch auf familienfreundliche Arbeitszeiten für Menschen mit betreuungspflichtigen Kindern.«*

Alles nicht falsch, aber geteilte Dienste sind weniger das Problem als das ständige Einspringen aus dem Frei und die Springerdienste sind ja auch schon eine Folge von Unterbesetzung und Überlastung. Steuerfreie Zuschläge lösen das

Problem der systematischen Unterbezahlung der Pflege nicht.

15. »Wir harmonisieren die Ausbildungen u. a. durch bundeseinheitliche Berufsgesetze für Pflegeassistenz, Hebammenassistenz und Rettungssanitäter und sorgen für eine gemeinsame Finanzierung von Bund und Ländern. Die akademische Pflegeausbildung stärken wir gemeinsam mit den Ländern. Dort, wo Pflegefachkräfte in Ausbildung oder Studium bisher keine Ausbildungsvergütung erhalten, schließen wir Regelungslücken.«

Pflegeassistenz und Akademisierung sind Bauteile eines Konzeptes, das auf das Ende der ganzheitlichen Pflege und auf Taylorisierung ausgerichtet ist. Genau das braucht die Pflege nicht.

16. »Mit einer bundesweiten Befragung aller professionell Pflegenden wollen wir Erkenntnisse darüber erlangen, wie die Selbstverwaltung der Pflege in Zukunft organisiert werden kann. Wir stärken den Deutschen Pflegerat als Stimme der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss und anderen Gremien und unterstützen ihn finanziell bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben.«

Das Traumprojekt der oberen Führungsebenen in der Pflege, die Pflegekammern, dürfen nicht fehlen. Sie sind eine Alibiveranstaltung, die nichts mit wirklicher Interessenvertretung zu tun hat. Zumindest sollen die Pflegekräfte darüber abstimmen dürfen. Es ist zu hoffen, dass sie sich eindeutig dagegen aussprechen.

17. »Wir vereinfachen und beschleunigen die notwendige Gewinnung von ausländischen Fachkräften und die Anerkennung von im Ausland erworbener Berufsabschlüsse.«

Die zügige Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen ist nicht das Problem, aber insgesamt macht es sich die Koalition hier sehr einfach und verlagert ein hausgemachtes Problem einfach ins Ausland. Dass man sich so am Braindrain beteiligt und die Kräfte dann in den Herkunftsländern fehlen werden, die ihre Ausbildung obendrein bezahlt haben, ist für eines der reichsten Länder der Welt erbärmlich. Das wird die Probleme des Gesundheitswesens in Deutschland nicht lösen und die Probleme anderswo verschärfen.

■ Weitere Festlegungen

Eine Bürgerversicherung wird es nicht geben, dafür die Einführung von monetären Boni für Beitragszahler in der GKV und Steuerzuschüsse. Anstatt die PKV abzuschaffen, nähert sich die GKV mit den Boni an die PKV an. Die solidarische Finanzierungsbasis wird beschädigt und das individuelle Versicherungsprinzip salonfähig gemacht.

In der letzten Legislaturperiode war die Lieblingsphrase das Thema Qualität war, jetzt ist es die Digitalisierung. In allen Zusammenhängen und Bereichen wird die Notwendigkeit der Digitalisierung betont. Dagegen spricht nichts. Die Hoffnung, dass die Arbeit dadurch weniger und alles besser und billiger wird, hat sich bisher nirgends erfüllt. Mit den Möglichkeiten wachsen die Anforderungen.

Es soll ein Bürokratieabbaupaket geben. Was darunter genau zu verstehen ist, wird nicht ausgeführt. Unser Vorschlag wäre auch an dieser Stelle: Abschaffung des DRG-Fallpauschalensystems mit seinem ungeheuren Rattenschwanz an Dokumentation und Bürokratie.

Thomas Böhm für das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, 17. Dezember 2021

Solidarität mit kurdischen Geflüchteten im Nord-Irak

Anke Kleinemeier über eine medizinische Delegation nach Machmur

Im Juli 2021 reisten wir als Delegation (Notfallmediziner, Psychiater und Gynäkologin) in den Nordirak in das Flüchtlingscamp Machmur (kurd.: Mexmûr). Die Delegierten sind Teil einer Gruppe von Ärzt*innen aus Hamburg, die sich seit 3 Jahren mit medizinischen Support für Kurdistan auseinandersetzt. Bei dieser Reise ging es vorrangig um das dortige Gesundheitszentrum, welches durch Fortbildung und Mitarbeit unterstützt wurde. Dabei konnten wir viel über die Bemühungen um den Aufbau demokratischer Strukturen in Kurdistan,

aber auch über die Aggressionen des verlängerten Armes des türkischen Staates erfahren.

Das Flüchtlingscamp in Machmur wurde 1998 von der UNHCR errichtet. In den 1990er Jahren flohen ca. 12.000 Kurd*innen aus Nord-Kurdistan. Die Geflüchteten wurden aus dem in Atrush, im Norden der heutigen *Autonomen Region Kurdistan (ARK)*¹, eingerichtete Camp in das Gebiet nahe der Stadt Machmur, mitten in der Wüste des Nord-Irak, vertrieben. Dem voraus gingen eine Reihe politischer Auseinandersetzungen innerhalb der

kurdischen Gruppen, als auch mit dem irakischen Staat.

Im Laufe der Jahre haben die Bewohner*innen aus einem Zeltlager eine Kleinstadt aufgebaut. Es wurden feste Häuser gebaut, ein eigenes System von Bewässerung und Abwasserversorgung konnte errichtet werden. Elektrifizierung und Müllabfuhr wurden organisiert. Schulen sowie ein Gesundheitszentrum und mittlerweile auch ein Physiotherapiezentrum und eine zahnärztliche Praxis wurden gegründet. Beeindruckend ist auch, wie viele Bäume und andere Pflanzen in

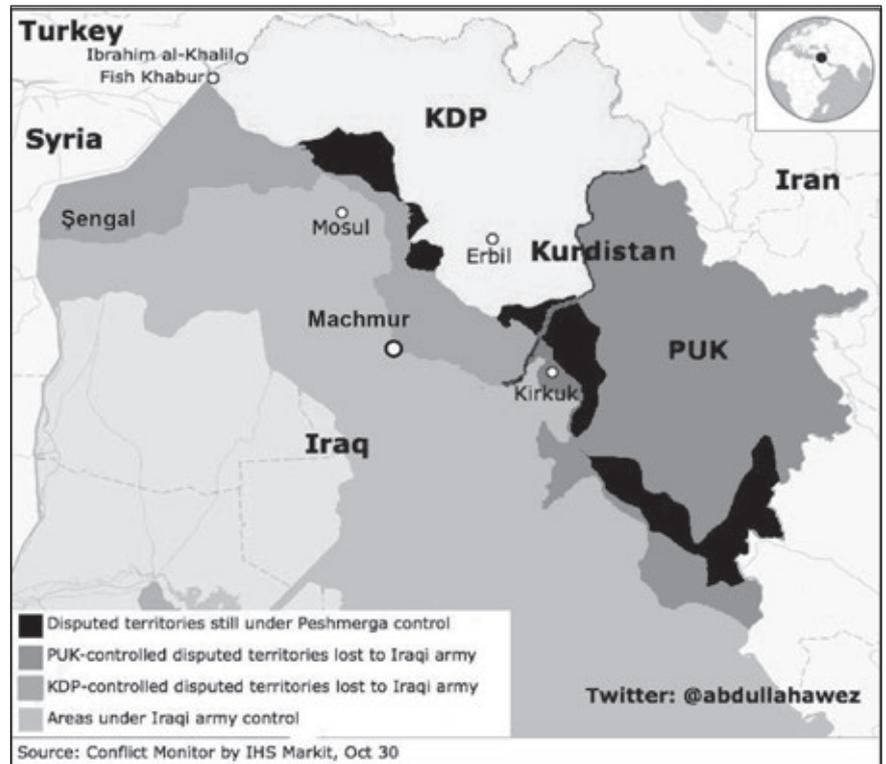
diesem Wüstenfleck gepflanzt wurden. Die Menschen versorgen sich so mit Früchten und Gemüse. Zudem wirken sich die Bepflanzungen positiv auf das lokale Klima aus.

■ Geschichtliche Eckpunkte

- 2014 wurde das Camp Machmur vom *Islamischen Staat* (dort als *DAESH* bezeichnet) angegriffen. Die Bevölkerung konnte rechtzeitig evakuiert werden und das Camp gemeinsam von Kämpfer*innen der PKK² und Peshmerga der KDP³ vollständig verteidigt werden. Dies war eine kurze Phase der Annäherung zwischen der KDP und der Campbevölkerung.
- 2017 wurde ein Referendum der kurdischen Bevölkerung in der gesamten ARK nach Unabhängigkeit vom irakischen Staat mit 87% Zustimmung durchgeführt. Dies wurde von den Akteur*innen in der Region (USA, Türkei, Iran und Irak) als Gefahr eingestuft und die irakische Armee besetzte 40% der bisherigen ARK. Dadurch liegt das Camp Machmur heute auf irakischem Staatsgebiet wenige Kilometer entfernt zu der Grenze zur ARK, die dort von der KDP kontrolliert wird. Diese Lage macht das Camp Machmur für mögliche Angriffe des DAESH sehr vulnerabel.
- 2019: Einreisestopp für Bewohner*innen des Flüchtlingscamps Machmur in den von der KDP kontrollierten nördlichen Teil der ARK um Erbil (kurd.: Hewlêr), was für die Menschen aus dem Camp den Zugang zu weiterführender Bildung sowie zu stationärer und fachärztlicher Versorgung erschwerte.

■ Gesundheitsversorgung in Zeiten der Isolation

Gerade aufgrund dieser Entwicklung hat das Gesundheitszentrum des Camp Machmur, das wie eine Poliklinik fungiert, eine besondere Bedeutung. Es befindet sich seit 2017 in der Mitte des Camps. Es wurde von einer deutschen NGO (die nicht namentlich genannt werden möchte, da sie ihre Projekte in der Türkei nicht gefährden möchte) ausgestattet und seither



Die Karte ist von 2017.

durch Spenden unterschiedlicher Organisationen weiter unterstützt.

Täglich werden hier zwischen 100 und 200 Menschen ambulant versorgt. Neben dem Raum für allgemeinmedizinische Behandlungen gibt es einen für geburtshilfliche Vorsorge und Geburten, einen weiteren für Ultraschalluntersuchungen. Weiterhin gibt es eine Apotheke, ein Labor und einen Röntgenraum.

In dem Gesundheitszentrum arbeiten hoch motiviert und sehr engagiert angelernte-empirische sowie medizinisch-ausgebildete Gesundheitsarbeiter*innen. Darunter sind drei junge Krankenpflegerinnen und eine Hebamme, die alle eine College-Ausbildung in Erbil hatten. Ihre Ausbildung ist ausgesprochen gut. Derzeit mangelt es, auch durch die derzeitige Isolation, an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, da die vier auch alle primärmedizinischen Bereiche mit abdecken. Eine der jungen Krankenpflegerinnen hospitierte zur Ultraschall-Ausbildung in einer externen radiologischen Praxis, was sie zur geburtshilflichen und allgemeinmedizinischen Sonographie befähigte.

Der derzeitige Arzt ist erst seit Ende 2020 wieder zurück im Camp, nachdem er in Dohuk sein Medizinstudium absolvierte. Wie lange er in dem

Zentrum bleiben wird ist nicht geklärt. Bis Ende 2020 arbeitete eine Laien-Ärztin (die Medizin durch praktische Erfahrung erlernte) im Gesundheitszentrum.

Die ambulante Versorgung ist von 12 bis mind. 23 Uhr vor Ort gewährleistet, danach besteht ein Rufdienst. Kurzzeitige intravenöse Behandlungen und Geburten können durchgeführt werden. Bei operativen Maßnahmen, oder weitreichendere medikamentöse Therapien, z.B. Chemotherapie etc., ist eine Verlegung notwendig.

Für die Versorgung im Zentrum muss jede Person einen, auch für dortige Verhältnisse relativ geringen Unkostenbeitrag zahlen. Eine allgemeine Krankenversicherung gibt es im Irak nicht.

Das Gesundheitszentrum erfüllt für das Camp Machmur drei Aufgaben:

- Eine autonome Gesundheitsversorgung für alle Personen im Camp bedeutet eine Unabhängigkeit von auswärtigen, privaten und teuren Gesundheitsstrukturen. Andererseits gewährleistet das Gesundheitszentrum sprachlich und kulturell einen Ort an den sich die Menschen vertrauensvoll wenden können, der die Primärversorgung zuverlässig abdeckt. Da seit dem Einreiseverbot in die ARK eine me-

dizinische Versorgung in Erbil nicht mehr möglich ist, hat die primäre Versorgung vor Ort einen besonders hohen Stellenwert.

- Die gesundheitlichen Leistungen im Gesundheitszentrum sind qualitativ so gut, dass es auch Menschen aus der benachbarten Stadt Machmur und entfernteren Orten aufsuchen. Somit ist das Gesundheitszentrum ein Aushängeschild des Flüchtlingscamps und wirkt als vertrauensbildende Maßnahme zwischen den irakischen (kurdisch und arabischen) Staatsbürger*innen und der Bevölkerung des Camps.
- Die sozial angemessenen, vergleichsweise niedrigen Preise für Gesundheitsleistungen im Zentrum führen dazu, dass Preise für medizinische Leistungen auch in der Umgebung ebenfalls niedrig gehalten werden müssen. Ärzt*innen, die sich in umliegenden Orten privat niederlassen und Gesundheitsleistungen anbieten oder Apotheken, sind gezwungen ihre Preise niedriger anzupassen oder eine Abwanderung ihrer Patient*innen zum Gesundheitszentrum des Camps zu riskieren. Obwohl niedrig, tragen die Preise im Gesundheitszentrum die Kosten der Materialien und ausreichende, adäquate Bezahlung der Gehälter des Gesundheitspersonals.

Die Entscheidungen in Bezug auf Leistungsumfang, Budget und Versorgungsstrukturen werden im Camp Machmur durch die Gesundheitskommission getroffen. Sie besteht aus 50 Mitgliedern aus Gesundheitsberufen und Zivilgesellschaft und ihre Leitung ist geschlechtsparitätisch besetzt. Hierbei wird eine transparente und partizipative demokratische Kultur verankert, die zu einer hohen Akzeptanz der Kommissionsarbeit in der Bevölkerung führt.

2003 wurde in der Gesundheitskommission beschlossen, eine Physiotherapie aufzubauen. Erste Räume wurden hierfür geschaffen und das Team aus drei Physiotherapeut*innen arbeitet seitdem mit Menschen mit verschiedenen Symptomen, vor allem Rückenbeschwerden, Beckenbodenproblematik, aber auch mit verletzten Angehörigen der Camp-Bevölkerung, die zur Wiederherstellung ihres Bewegungssystems eine spezielle Physiotherapie benötigen. Die Erweiterung des Physiotherapiezentrums soll durch Spenden finanziert werden (siehe unten).

2020 entschied die Kommission eine zahnärztliche Versorgung aufzubauen. Zwei Bewohnerinnen aus dem Camp hatten ihre zahnärztliche Ausbildung abgeschlossen und arbeiten nun vor Ort. Mit entsprechenden Spenden konnte eine zahnärztliche Praxis ausgestattet werden, so dass das Camp bezüglich zahnmedizinischen Leistungen nicht mehr von teuren Angeboten aus anderen irakischen Orten abhängig sind.

■ Herausforderungen und Grenzen

Das Gesundheitszentrum befindet sich weiterhin in Entwicklung, die sich angesichts der politischen Lage sehr schwierig gestaltet. Zwei Bereiche, die im Weiteren abgedeckt werden sollten, sind die operative und die psychosoziale Versorgung. Derzeit müssen alle Patient*innen, die eine kleine oder große operative Versorgung brauchen, in Mosul oder Sulaymanyah versorgt werden (je ca. drei Stunden Autofahrt). Mosul liegt

im irakischen Staatsgebiet und Sulaymanyah in dem von der PUK⁴ (*Patriotische Union Kurdistans*) kontrolliertem südlichen Teil der ARK. Bis 2019 betrug die Fahrt nach Erbil etwa 45-60 Minuten. Dies gilt auch bei notwendigen fachärztlichen Behandlungen. Das drei Stunden für Krankentransporte bei Notfällen zu lang sind, ist für die KDP-Führung des ARK auch in humanitären Ausnahmefällen kein Anlass, den Einreisestopp auch nur ausnahmsweise aufzuheben. Aus diesem Grund wird überlegt, das Gesundheitszentrum wenigstens um einen Operationsraum für kleinere Eingriffe und ein Geburtszentrum zu erweitern.

Eine psychosoziale Versorgung ist im Camp Machmur derzeit nicht vorhanden. Weder gibt es eine psychiatrische Behandlungsmöglichkeit für psychisch Erkrankte, noch gibt es eine psychotherapeutische Begleitung, was angesichts der vielen erlebten Traumatisierungen der Camp-Bevölkerung eine Herausforderung ist. Der Umgang mit Traumatisierung wird kollektiv durch die Gemeinde in Form von wöchentlichem Gedenken an die »Märtyrer« (die Gefallenen oder für die Bewegung arbeitenden und verstorbenen Menschen) gestaltet. Dennoch sollte eine psychotherapeutische Begleitung zukünftig aufgebaut werden. Die Notwendigkeit zeigt sich auch in der hohen Zahl an psychisch bedingten Auffälligkeiten in der Versorgung im Gesundheitszentrum, z.B. bei vielen Schmerzsyndromen und dissoziativen Anfällen.

Deutliche Grenzen in der Arbeit des Gesundheitszentrums zeigen sich, auch durch die Isolation bedingt, anhand mangelnder Möglichkeiten für Weiter- und Fortbildungen und Supervision. Hier ist der Ansatz der Unterstützung aus dem Ausland: Wir können in solidarischen Gesundheitsstrukturen in Europa für einen Austausch sorgen, in dem kleinere Gruppen von im Gesundheitssektor tätigen Menschen nach Machmur reisen, um Solidarität zu zeigen und medizinische Fortbildung leisten (die ggf. als Videokonferenz dann später weitergeführt werden können).

Anke Kleinemeier ist Gynäkologin und arbeitet und lebt in Hamburg.

- 1 ARK: Autonome Region Kurdistans
- 2 PKK: Arbeiterpartei Kurdistans
- 3 KDP: Demokratische Partei Kurdistans
- 4 PUK: Patriotische Union Kurdistans

Spenden für das Physiozentrum im Camp Machmur:
Konto der Kurdistanhilfe e.V.:
IBAN DE40 2005 0550 1049 2227 04 (Haspa),
Stichwort: Physiozentrum Machmur

Gute Medizin braucht Politik

Wider die Kommerzialisierung der Medizin

Junge Ärzt*innen im vdää*

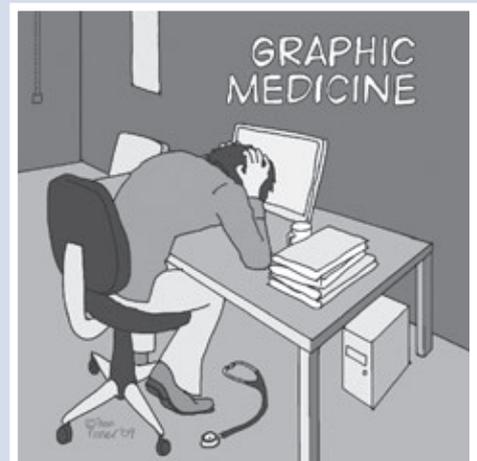
Freust Du Dich, dass es bald losgeht, als »richtige*r« Ärzt*in zu arbeiten? Und sieht der Tag nach den ersten Monaten im Beruf auf einmal ganz anders aus als Du es Dir vorgestellt hast? Die Stationsarbeit wird zum Getriebe: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit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

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

Warum in den vdää*?

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

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



Es ist Zeit, sich einzumischen

www.vdaee.de | www.facebook.com/vdaee