

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärzt*innen



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 4/2022 | Solibeitrag: 5 Euro



Viel zu tun im Gesundheitswesen
Entprivatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung

- 3 Editorial
- 4 Pressemitteilung und offener Brief des vdää*: Solidarität mit den Protesten im Iran
- 6 Nadja Rakowitz: Privatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung. Bericht über die Jahreshauptversammlung
- 9 Karen Spannenkrebs: »Wir sind keine Handelsware«. Rekrutierung von Fachkräften im Gesundheitswesen
- 11 Internationales
- 13 Primärversorgungszentren. Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung
- 15 Politik muss endlich liefern. Ergebnis eines Workshops beim Gesundheitspolitischen Forum
- 17 Jürgen Seeger und Nadja Rakowitz: Kommunale und genossenschaftliche MVZ. Bericht über den Workshop beim Gesundheitspolitischen Forum
- 19 Bernhard Winter: Vom Marburger Kongress 1973 zum Gesundheitspolitischen Forum 2023
- 20 Zum Tod von Hans Mausbach. Ein Nachruf von Winfried Beck
- 22 Lesen, Hören, Anschauen – Tipps aus der Redaktion
- 23 Karl H. Beine: Ein Nachruf auf den Sozialpsychiater Klaus Dörner
- 24 Felix Ahls: Şebnem Korur Fincancı. Hintergründe der Verhaftung in der Türkei
- 25 Thomas Böhm und Nadja Rakowitz: Etikettenschwindel statt Revolution. Die Vorschläge zur Reform der Krankenhäuser
- 29 Karl H. Beine: Vertuscht und nicht verurteilt – wie kann das gehen? Über Niels Högel und seine Vorgesetzten
- 31 Simon Barmann: Ein Wochenende voll Ansporn, Zusammenhalt und Tatkraft – zum Vernetzungstreffen Kritische Medizin deutschlandweit
- 32 Kritische Medizin München: Endlich wieder – Vernetzungstreffen der Kritischen Medizin
- 34 Kore Brand, Simon Gerhards, An-Yi Scharf: Kritische Pflege – Kritische Medizin. Eine interprofessionelle Workshopreihe für eine solidarische Gesundheitsversorgung
- 39 Gine Elsner: Lydia Rabinowitsch-Kempner (1871–1935) – Professorin und Bakteriologin im Kaiserreich – eine Rezension

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. Es gibt auch die Möglichkeit eines digitalen Abonnements: Für 26 Euro bekommen Sie zum Ende des Quartals die pdf-Datei des kompletten Hefts.

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, Karen Spannenkrebs, Rafaela Voss, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 4/2022
ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärzt*innen V.i.S.d.P. Felix Ahls / Thomas Kunkel / Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

stammen von Flickr, Pexels und Commons Wikimedia. Das Titelfoto hat der vdää* bei seiner JHV gemacht.

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: DE05 5003 1000 1076 0500 03
BIC: TRODDEF1XXX

Layout/Satz Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck

Editorial

Liebe Leser*innen,

die Redaktion der GbP hofft, dass Ihr einen guten Start ins neue Jahr hattet.

Leicht verspätet haltet Ihr nun die vierte Ausgabe des Jahres 2022 in den Händen. Dieses Heft geht noch einmal ein auf die Themen, mit denen wir uns im November beim Gesundheitspolitischen Forum unter der Überschrift »Systemwechsel in der ambulanten Versorgung« auseinandergesetzt haben. Es bietet aber auch einen Blick auf Ereignisse und Entwicklungen des gerade vergangenen Jahres.

So begann im Februar der Prozess gegen die Vorgesetzten des Klinikmörders Niels Högel, die schließlich freigesprochen wurden. Karl Beine arbeitet in einem Artikel auf, welche Verantwortung sie außerhalb des juristischen Urteils dennoch tragen und welche gesellschaftlichen Verhältnisse zu einem Klima des Vertuschens und Nichthinsehens führten.

Im September brachen im Iran landesweite Proteste gegen das autoritäre Regime aus, denen seitens der Theokratie mit harter Repression begegnet wird. In einer Pressemitteilung hat der vdää* seine Solidarität mit den Protestierenden sowie den ärztlichen Kolleg*innen, die diesen zur Seite stehen, ausgedrückt. Das Titelbild zeigt das Solidaritätsfoto von der Jahreshauptversammlung. Die anderen Bilder dieser Ausgabe zeigen Fotos von Protesten im Iran oder Solidaritätsprotest in anderen Ländern.

Ende Oktober war die Vorsitzende der türkischen Ärztekammer Şebnem Korur Fincancı mit fadenscheinigen Argumenten in der Türkei festgenommen worden. In Pressemitteilungen haben wir die Freilassung gefordert und auch in offenen Briefen die Bundesregierung um Unterstützung gebeten. Felix Ahls geht auf die Hintergründe dieser Verhaftung ein.

Schließlich wurden erst Anfang Dezember von Gesundheitsminister Lauterbach die lang erwarteten und mit Worten wie »Revolution« und »dramatische Entökonomisierung« angekündigten Reformpläne zur Krankenhausfinanzierung vorgestellt. Auch wenn darin keinesfalls unsere Vorstellungen einer bedarfsgerechten Finanzierung umgesetzt sind, zeigen die Pläne, dass etwas in Bewegung gekommen ist. Dafür kämpfen derzeit viele Initiativen von Krankenhausbeschäftigten. Einige von ihnen haben sich im Rahmen des Gesundheitspolitischen Forums getroffen. Das daraus hervorgegangene Netzwerk der Initiativen hat bereits ein Positionspapier veröffentlicht, welches wir hier dokumentieren. Ein tolles Ergebnis des Gesundheitspolitischen Forums! Eine ausführlichere Analyse der Reformpläne nehmen Thomas

Böhm und Nadja Rakowitz vor. Ein weiteres aktuelles Thema in Zusammenhang mit der Krankenhauspolitik stellt Karen Spannenkrebs vor: die internationale Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften. Damit beschäftigte sich auch die Auftaktveranstaltung am Freitagabend. Dieses Thema wird den vdää* auch 2023 intensiv beschäftigen.

Nicht nur im Krankenhauswesen, sondern auch bei der ambulanten Versorgung ist etwas in Bewegung. Mehrere Veranstaltungen beim Gesundheitspolitischen Forum haben sich mit den potentiellen Möglichkeiten von Versorgungszentren, sowie der Gefahr ihrer Vereinnahmung durch kapitalistische Unternehmen befasst. Nadja Rakowitz und Jürgen Seeger dokumentieren hier die Ergebnisse des Workshops zu kommunalen und genossenschaftlichen MVZs und wir haben die Analyse von Matthias Gruhl zu ambulanten Versorgungszentren, die er auf unserem Treffen referierte, zusammengefasst.

Am ersten Wochenende im November fand das deutschlandweite Netzwerktreffen der Kritischen Mediziner*innen statt. Simon Barmann von den Kritischen Mediziner*innen Freiburg hat es für uns zusammengefasst und ein Text der Kritischen Medizin München geht noch einmal genauer auf die einzelnen Workshops dort ein.

Die Kritischen Mediziner*innen Oldenburg haben in diesem Jahr eine Workshopreihe gemeinsam mit Pflegeauszubildenden organisiert. Sie berichten über ihre Erfahrungen und warum eine interprofessionelle aktivistische Zusammenarbeit trotz möglicher Schwierigkeiten während der Ausbildung wichtig ist.

Nadja Rakowitz gibt uns eine zusammenfassende Übersicht zum JHV-Wochenende und Bernhard Winter schlägt den Bogen zur diesjährigen JHV. Er fasst zusammen, was es eigentlich mit dem für kritische Mediziner*innen historisch so wichtigen Marburger Kongress »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« auf sich hatte, der sich in wenigen Tagen, am 21./22.1. 2023 zum 50. Mal jährt. Auf unserer nächsten Jahrestagung im Herbst wollen wir uns mit seinen Diskussionen intensiver beschäftigen und prüfen, welche Ansätze von damals für unsere aktuelle Arbeit genutzt werden können. In der Vorbereitung werden sich die nächsten Ausgaben der GbP u.a. mit dem Marburger Kongress beschäftigen.

Leider mussten wir in den letzten Monaten von zwei herausragenden Persönlichkeiten der kritischen Medizin – Hans Mausbach und Klaus Dörner – Abschied nehmen. Winfried Beck und Karl Beine haben ihr Wirken in Nachrufen gewürdigt.

Solidarität mit den Protesten im Iran

Die landesweiten Proteste im Iran für Frauen, Leben, Freiheit, die sich am gewaltsamen Tod einer jungen Frau nach ihrer Verhaftung entzündeten und denen mit brutaler Staatsgewalt auch gegen medizinisch Tätige begegnet wird, veranlassten uns, nicht nur eine Pressemitteilung zu veröffentlichen, sondern uns auch direkt an den Kanzler und die Außenministerin zu wenden.



Proteste für Mahsa Zhina Amini, CC BY-SA 2.0

Solidarität mit den Protesten und den verfolgten Gesundheitsbeschäftigten im Iran

*Pressemitteilung des Verein demokratischer Ärzt*innen vom 14. November 2022*

Während des diesjährigen Gesundheitspolitischen Forums, das der Verein demokratischer Ärzt*innen und Solidarisches Gesundheitswesen e.V. gemeinsam veranstalteten, solidarisieren sich die teilnehmenden Ärzt*innen und Medizinstudent*innen mit den protestierenden Kolleg*innen im Iran.

Nach den Workshops und Podiumsdiskussionen kamen die Teilnehmenden des Gesundheitspolitischen Forums noch einmal zusammen, um sich öffentlich an die Seite der Gesundheitsbeschäftigten zu stellen, die den Aufstand im Iran unterstützen. Auf Schildern, die die Teilnehmer*innen auf einem gemeinsamen Foto halten (s. angehängtes Foto), steht »Solidarität mit den protestierenden

Gesundheitsarbeiter*innen und Medizinstudent*innen im Iran«, »Die sichere medizinische Behandlung von Protestierenden und Gefangenen muss garantiert sein!« sowie der bekannte Slogan der Revolution: »Frauen – Leben – Freiheit«.

Laut Berichten können viele verletzte Protestierende keine medizinische Versorgung aufsuchen, ohne Angst haben zu müssen, an die Sicherheitskräfte ausgeliefert zu werden. Kolleg*innen, die ihnen dennoch helfen, werden bedroht und verhaftet. Zudem wird Inhaftierten, wie dem Journalisten Hossein Ronaghi, eine adäquate medizinische Versorgung verwehrt.

Viele Beschäftigte der Gesundheitsberufe organisieren selbst Kundgebungen, nehmen an Protesten teil, behandeln Verwundete oder dokumentieren Menschenrechtsverbrechen. Sie werden nicht nur daran gehindert, die vielen während der Proteste verletzten Menschen zu behandeln, sondern auch selbst angegriffen, verhaftet und getötet.

Wir möchten den Menschen im Iran und besonders unseren Kolleg*innen, die den Aufstand unterstützen, unsere Verbundenheit ausdrücken und ihnen versichern, dass wir ihnen im langen und schrecklich verlustreichen Kampf für Gerechtigkeit und Demokratie zur Seite stehen wollen, so gut wir können.

*Dr. Nadja Rakowitz
(Pressesprecherin)
im Namen des Vorstands*

Offener Brief vom 15. Dezember 2022

Sehr geehrter Bundeskanzler Scholz, sehr geehrte Außenministerin Baerbock, Als medizinisches Personal wenden wir uns an Sie mit großer Sorge um die menschenrechtliche und gesundheitliche Situation der Zivilbevölkerung im Iran. Seit dem gewaltsamen Tod der 22-jährigen Mahsa Jina Amini am 16. September protestieren Menschen unterschiedlicher gesellschaftlicher Grup-

SOLIDARISCHES GESUNDHEITS WESEN



»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 gemeinnützige Verein 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

pen landesweit unter Lebensgefahr gegen die Islamische Republik Iran, unter ihnen auch viele Medizinstudierende und Ärzt*innen.

Während sich die Menschen für ihre Freiheit und das Recht auf Selbstbestimmung einsetzen, nimmt das Vorgehen der Sicherheitskräfte gegen sie an Brutalität zu. Mit massiver Gewalt versucht das Regime, die Proteste zu unterdrücken. Wiederholt wurde von Amnesty International der Einsatz von Tränengas und Wasserwerfern, das Schießen mit scharfer Munition sowie der massive Einsatz von Schlagstöcken gegen Protestierende dokumentiert. Über 15.000 Menschen wurden verhaftet, sogar Minderjährige zu Tode geprügelt, erschossen und verschleppt. Über 300 Menschen wurden bisher ermordet, darunter viele Minderjährige. Noch immer ist über den Verbleib zahlreicher politischer Gefangener nach dem Brand im Teheraner Evin Gefängnis am 15. Oktober 2022 nichts bekannt. Es mehren sich Berichte über Vergewaltigungen und Folter in den Gefängnissen. Mit größter Sorge sehen wir den Beginn von Strafprozessen gegen politische Gefangene in diesen Tagen. Da den politischen Gefangenen im Iran Hinrichtungen drohen, befürchten wir, dass das Leben von unzähligen weiteren Menschen akut in Gefahr ist. Die aktuellen, heftigen Angriffe der iranischen Streitkräfte auf kurdische Gebiete stellen eine weitere dramatische Eskalationsstufe der staatlichen Gewalt gegenüber Zivilist*innen dar.

Als besonders perfide möchten wir auch das gewalttätige Vorgehen der Sicherheitskräfte gegenüber der protestierenden Ärzt*innenschaft benennen. Deren Protest richtete sich u.a. gegen die Anwesenheit von Sicherheitskräften in den Krankenhäusern. Ärzt*innen sind gezwungen, ihre Patient*innen zu ihrem Schutz heimlich und außerhalb der Gesundheitszentren zu versorgen, und sind selbst Zielscheibe von Repressionen. Wir solidarisieren uns mit unseren ärztlichen Kolleg*innen im Iran und fordern, dass sie ihre Arbeit entsprechend dem Genfer Gelöbnis zum Schutze und Wohle ihrer Patient*innen ausüben können.

Wir, Beschäftigte im Gesundheits-

wesen, sehen es als unsere Pflicht an, uns mit allen für Frauenrechte, Menschenrechte und Freiheit protestierenden Menschen im Iran zu solidarisieren. Wir bewundern ihren Mut, sich dieser Lebensgefahr auszusetzen und fordern entsprechend unserem beruflichen Selbstverständnis, das bedingungslose Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit.

Wir fordern die deutsche Bundesregierung auf, alles in ihrer Macht Stehende zu tun, um diese menschliche Katastrophe zu beenden. Wir fordern eine Politik, die die Zivilbevölkerung schützt und unterstützt.¹

Unterzeichner

- Bundesärztekammer
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAFF)
- Fraktion Gesundheit in der Landesärztekammer Berlin
- IPPNW – Deutsche Sektion der Internationalen Ärzt*innen für die Verhütung des Atomkrieges / Ärzt*innen in sozialer Verantwortung e.V.
- Landesärztekammer Hessen
- Landesärztekammer Thüringen
- Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte Hessen
- Marburger Bund Bundesverband
- Marburger Bund Landesverband Hamburg
- Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vorstandsvorsitzender des Weltärztebundes
- Verein demokratischer Ärzt*innen
- Zentrum Überleben

1 Belege: <https://www.tagesschau.de/ausland/asien/iran-proteste-kurden-101.html>; <https://www.tagesschau.de/ausland/asien/iran-ende-trauerzeit-amini-105.html>; <https://www.tagesschau.de/ausland/asien/iran-todesurteile-101.html>; <https://www.mdr.de/nachrichten/welt/politik/iran-proteste-todesstrafe-mohareb-100.html>; <https://www.tagesschau.de/ausland/iran-727.html>; <https://www1.wdr.de/nachrichten/brand-evin-gefaengnis-teheran-100.html>; <https://www.tagesschau.de/ausland/asien/iran-proteste-215.html>; <https://www.tagesschau.de/ausland/asien/iran-kurdengebietet-proteste-gewalt-101.html>; <https://www.tagesschau.de/ausland/asien/iran-proteste-223.html>

Privatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung

Bericht über das Gesundheitspolitische Forum zum Systemwechsel in der ambulanten Versorgung – von Nadja Rakowitz

Das gesundheitspolitische Forum des vdää*, das wir wieder zusammen mit dem *Verein Solidarisches Gesundheitswesen* organisiert haben, hat dieses Jahr abermals in Berlin in der evangelischen Schule Zentrum stattgefunden. Auch wenn wir uns eigentlich vorgenommen hatten, den Ort jeweils zu wechseln, bot es sich dieses Jahr angesichts der unklaren Pandemielage an, Räume zu reservieren, mit denen wir vertraut waren und bei denen wir die Organisationsabläufe schon kannten. Der Zuspruch unserer Teilnehmer*innen hat uns Recht gegeben. Wir haben dieses Jahr einen Besucher*innenrekord zu verbuchen: Es waren insgesamt 154 Teilnehmer*innen da – so viele wie noch nie.

Auch beim Thema des gesundheitspolitischen Forums knüpften wir an das letzte Jahr an: *Systemwechsel in der ambulanten Versorgung. Privatisierung, Demokratisierung, Vergesellschaftung*. Anders als die letzten Jahre hatten wir schon für Freitagnachmittag einen Einführungsworkshop angeboten. Der Gedanke dahinter war, Menschen, die noch nicht so viel Erfahrung mit der ambulanten Versorgung in Deutschland haben, die Möglichkeit zu geben, etwas über ihre Geschichte und Struktur zu erfahren und so vielleicht den Diskussionen am Samstagmorgen besser folgen zu können. Es hatte sich aber herausgestellt, dass der Termin wohl ziemlich ungünstig lag, so dass wir diesen Workshop für Freitag abgesehen und stattdessen in der Woche vor der Veranstaltung online angeboten haben. Wir haben die Veranstaltung aufgenommen und auf die Homepage des vdää* gestellt.

■ Mehr Problem als Lösung

Die öffentliche Veranstaltung am Freitagabend widmete sich dann unter dem Titel: »Mehr Problem als Lösung« dem Thema der Abwerbung von Gesundheitsfachkräften aus dem Ausland. Karen Spannenkrebs stellte das internationale Projekt »Pillars of Health« vor, in dessen Rahmen sie für den vdää* seit Juli arbeitet. Heino Güldemann stellte dann einen Zusammenhang her zwischen dem Pflegenotstand in Deutschland und der entwicklungspolitischen Perspektive auf die Abwerbung von Gesundheitsfachkräften im Ausland. Güldemann, der sich mit dem Thema schon seit zehn Jahren beschäftigt, beleuchtete zum einen die Situation in den Herkunftsländern der angeworbenen Pflegekräfte als auch die verschiedenen historischen Epochen von Abwerbung nach Deutschland und richtete sein besonderes Augenmerk auf die aktuellen staatlichen Abwerbeprogramme. Im Anschluss daran stellte Jutta Lechner ein Forschungsprojekt über philippinische Fachkräfte an der Universitätsklinik Bonn vor, sowie ihre Idee für ein Mentor*innenprogramm namens »study buddy«, in dem ältere und examinierte Pflegekräfte und Neuankömmlinge zusammengebracht werden sollen. Auch die Vorträge dieses Abends findet man als Video auf der Homepage des vdää*.

■ Revolution der Regelversorgung

Das Gesundheitspolitische Forum am Samstag gliederte sich so wie schon in den letzten Jahren: Am Vormittag gab es zwei Panels mit Referent*innen und Diskussion im Plenum, und am

Nachmittag gab es fünf verschiedene Workshops, in denen unterschiedliche Themen noch einmal vertieft bearbeitet werden konnten. Danach sprachen wir wieder im Plenum über aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik.

Zu dem ersten Panel: »Revolution der Regelversorgung – Diskussion praktischer Modelle« hatten wir Patricia Hänel, Ärztin und Mitglied des Gesundheitskollektivs Berlin und des Poliklinik Syndikats, Matthias Gruhl, Facharzt für Allgemeinmedizin und Öffentlichen Gesundheitsdienst und Staatsrat a.D. und Claudia Bernhardt, Senatorin für Gesundheit, Verbraucherschutz und Frauen von der Partei Die LINKE aus Bremen eingeladen. Claudia Bernhardt stellte in ihrem Input konkrete Modellvorhaben in Bremen vor und diskutierte mit uns über die politischen Schwierigkeiten bei der Konkretisierung. Matthias Gruhl schaute vor dem Hintergrund seiner langjährigen empirischen Erfahrung von einem höheren Abstraktionsniveau auf die Probleme und diskutierte mögliche Formen von Primärversorgungsmodellen und die Vor- und Nachteile verschiedener Ansätze. Patricia Hänel stellte die Ideen und die Praxis des Gesundheitskollektivs Berlin und des Poliklinik Syndikats vor und ergänzte die Runde durch die Perspektive von unten. In der Diskussion mit dem Plenum zeigte sich dann, wie wichtig solche Veranstaltungen sind, bei denen man detailliert und mit großer Sachkenntnis die aktuellen Probleme diskutieren kann und dennoch eine linke Perspektive auf die Verhältnisse bewahren kann. Allzu oft fallen diese Dimensionen auseinander. Es ist eine der Stärken des vdää* und des Solidarischen Gesundheitswesens, solche Diskussionen zu ermöglichen und



Iran Solidarity Protests 22.10.2022 in Berlin, Amir Sarabadani, CC BY-SA 4.0

dabei auch noch die Erfahrungen mehrerer Generationen linker Ärzt*innen und Aktiven austauschen zu können. Auch diese Inputs kann man auf der Homepage des vdää* anschauen und anhören.

■ **Gegnerbeobachtung**

Das zweite Panel des Vormittags widmeten wir der »Gegnerbeobachtung« und diskutierten über Kommerzialisierung und Zentralisierung, wie sie einerseits von Gesundheitsökonom*innen und andererseits von Kapitalinvestor*innen angestrebt werden. Rainer Bobsin stellte die Aktivitäten von Private Equity Fonds im ambulanten medizinischen Sektor vor und zeigte, welche Dynamik hier in Gang gesetzt wurde. Susanne Quast, Krankenhaus-Ärztin und Betriebsrätin aus Düsseldorf, stellte uns die aktuellen Pläne der Landesregierung in Nordrhein-Westfalen vor. Diese will sich verstärkt wieder in die Krankenhausplanung einmischen und plant, einen großen Teil von Krankenhaus Leistungen zu ambulantisieren und den Krankenhausesektor ziemlich grundsätzlich umzubauen.¹ Leider konnte Susanne nur online dazu kommen und es stellte sich heraus dass dies technisch nicht optimal von uns organisiert war. Wir werden unsere Lehre daraus ziehen. Die Folien der Vorträge finden sich ebenfalls auf der Homepage des vdää*.

■ **Workshops & Aktuelles aus der Gesundheitspolitik**

Am Nachmittag gab es parallel 5 Workshops zu folgenden Themen:

- Workshop 1 Konzernbildung und Private Equity Fonds im ambulanten Sektor – mit Rainer Bobsin (Experte für die Aktivitäten von institutionellen Investoren im ambulanten Sektor)
- Workshop 2 »Mehr von uns ist besser für alle«: Austausch von verschiedenen Initiativen von Krankenhausbeschäftigten – mit Peter Hoffmann (vdää* / KH statt Fabrik) und Laura (IL / KH statt Fabrik)
- Workshop 3 Kommunale und genossenschaftliche MVZ – mit Thomas Spies (Arzt, Oberbürgermeister von Marburg) und Jürgen Seeger (Pädiater, vdää*)
- Workshop 4 Klimawandel und Gesundheit – mit Stefan Schoppengerd (vdää* Geschäftsstelle), Paul Brettel (vdää*-Vorstand) und Robin Maitra (Idää Nord Baden-Württemberg)
- Workshop 5 Polikliniksyndikat konkret Patricia Hänel (GeKo Berlin) und Justus Örtl (Poliklinik Leipzig)

Berichte zu den Inhalten und Diskussionen in diesen Workshops finden sich in diesem Heft. Wie schon in den letzten Jahren hat es sich als gutes Konzept erwiesen, eine so große Gruppe

in 5 kleinere Gruppen aufzuteilen, weil so mehr Diskussion möglich ist. Selbstkritisch müssen wir auch sagen, dass bei uns in Bezug auf Technik und Didaktik und bei manchen Teilnehmer*innen bisweilen auch bei der Diskussionskultur noch Luft nach oben ist. Dennoch gab es gutes Feedback für diese Workshops, sowohl in der Evaluation, als auch bei den Erzählungen im Anschluss.

In der Runde zur aktuellen Gesundheitspolitik stellte Phil Dickel von der Poliklinik in Hamburg kurz das Konzept der Gesundheitskioske und die Diskussion darüber vor, Laura vom Bündnis Krankenhaus statt Fabrik stellte uns die aktuellen Vorhaben der Bundesregierung bezüglich der Krankenhausfinanzierung vor und Karen Spannenkrebs stellte die medizinische Ungleichbehandlung von geflüchteten Menschen mit ukrainischer Staatsbürgerschaft und anderen Geflüchteten zur Diskussion. Was wir vom vdää* und was viele Flüchtlingsorganisationen und NGOs in Deutschland für alle Geflüchteten schon lange fordern, wird – und das ist gut und richtig so – den ukrainischen Geflüchteten zugestanden. Wir müssen uns laut und stark dafür machen, dass dies auch allen anderen Geflüchteten zugestanden wird. Im Plenum war das unumstritten und die Frage eher, wie wir das im neuen Jahr zusammen mit anderen Akteuren umsetzen.

Kirsten Schubert berichtete von der

aktuellen Situation von Ärzt*innen im Iran, die wegen der Behandlung von Demonstrierenden harten Repressionen ausgesetzt sind. Im Anschluss entstand das Solidaritätsfoto mit den Protestbewegungen im Iran, das auf dem Cover dieser Zeitschrift abgebildet ist.

Zuletzt informierte Felix Ahls uns über die Festnahme der Vorsitzenden der türkischen Ärztekammer Şebnem Korur Fincancı. Die Gerichtsmedizinerin und Expertin für Folter hatte sich öffentlich zu den Vorwürfen geäußert, die türkische Regierung habe Giftgas gegen kurdische Einheiten im Nordirak eingesetzt und wurde daraufhin wegen Terrorismus angeklagt. Der vdää* setzt sich für ihre Freilassung ein und auch hierfür entstand ein Solidaritätsfoto.

■ Generationentreffen im World Café

Beim diesjährigen Gesundheitspolitischen Forum haben wir unsere Teilnehmer*innen auch nach dem Abendessen noch nicht einfach in Gespräch und Musik und Tanz entlassen, sondern noch ein »Generationentreffen« im World Café-Format organisiert. Wir hatten letztes Jahr den Eindruck, dass am Abend wenig Austausch zwischen den Generationen stattfand, sondern die meisten Teilnehmer*innen bei ihrer eh schon bekannten Peergroup saßen. Da wir es für eine Stärke des vdää* halten, dass hier Menschen aus mehr als zwei Generationen aufeinander treffen, die gemeinsame Interessen haben, und da wir den Eindruck hatten, dass es sinnvoll wäre, wenn man mehr über die andere Generation und ihre Kämpfe und Perspektiven erfährt, haben wir Diskussionen zwischen den Generationen organisiert: Das Plenum sollte sich in vier Gruppen aufteilen und jeweils eine halbe Stunde über eines dieser vier Themen diskutieren: Antirassismus, Feminismus, Klasse bzw. Klassismus und Antifaschismus. Nach einer halben Stunde wechselte die Gruppe an einen anderen Tisch und diskutierte über ein weiteres Thema. Für jedes Thema haben sich jeweils eine jüngere und eine ältere Person aus dem vdää* bereit erklärt, einen kurzen Input zu machen



Iran Protests, Flickr, Taymaz Valley, CC BY 2.0

und zu erläutern, wie man in der jeweiligen Generation und den Zusammenhängen, aus denen die Person kam, über das Thema diskutiert (hat). Die Resonanz auf diese Idee und ihre Umsetzung war an den verschiedenen Tischen bei den verschiedenen Themen unterschiedlich: Für manche war es ein bisschen dröge, für andere sehr interessant, wieder andere hielten die Themen für zu groß, um unvorbereitet darüber zu sprechen, oder sie hielten die Zeit für zu kurz; an manchen Tischen hat der Austausch ausgezeichnet funktioniert. Die Idee wurde insgesamt für gut, aber auch ausbaufähig gehalten.

Wir als Organisator*innen hatten den Eindruck, dass unser Konzept gut funktioniert hat, denn anschließend haben noch viele Menschen lange zusammengesessen und über diese Themen und anderes diskutiert. Es haben jüngere und ältere aus unterschiedlichen Regionen und Zusammenhängen miteinander diskutiert und das Bild, das sich von diesem Abend ergab, war ein anderes als letztes Jahr. Die Stimmung unter den Teilnehmer*innen war ausgesprochen gut und bei der Gesundheitspolitischen Forum nächstes Jahr werden wir auf jeden Fall darauf achten, dass wir für die Abendrunde und die Party einen Raum haben, den wir nicht um Mitternacht verlassen müssen. Hoch und heilig versprochen!

■ Mitgliederversammlung des vdää* am Sonntag

Den Bericht von der Mitgliederversammlung können Mitglieder des vdää* in der diesem Heft beiliegenden

Vereinsbeilage lesen. Nach den Formalien wurden zwei Themen besprochen, zu denen in der nächsten Zeit jeweils neue Kapitel für die vdää*-Programmatik entstehen sollen: eines zur ambulanten Versorgung und eines zu Klimawandel und Gesundheit. Ein neuer Arbeitszusammenhang soll sich zu Letzterem konstituieren und der AK Ambulante Versorgung wird mit hoffentlich auch neuen Mitgliedern weiter am Thema arbeiten und sich nach Herausgabe der Broschüre dieses Jahr an einem neuen aktualisierten Text für das vdää*-Programm versuchen.

Die ganz Hartgesottene konnten dann am Sonntagnachmittag noch an einem von uns organisierten Stadtrundgang mit Lobbycontrol teilnehmen.

Die nächste JHV wird 2023 in Marburg stattfinden – (auch) in Erinnerung an den 50. Jahrestag des Marburger Kongresses.

1 Siehe dazu auch die von RLS, vdää* und Solidarischem Gesundheitswesen herausgegebene Broschüre von Achim Teusch: Kein Bett zu viel, hg. von Rosa-Luxemburg-Stiftung, Berlin 2022



QR-Code zur Homepage des vdää* mit den Filme und PPT der JHV

»Wir sind keine Handelsware«

Karen Spannenkrebs über die Rekrutierung von Fachkräften im Gesundheitswesen

Lässt sich das enorme Personalproblem im deutschen Gesundheitssystem durch Importe aus dem Ausland lösen? Ein Überblick über die Geschichte und die aktuelle Praxis der Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften nach Deutschland.

Operationssäle liegen brach, Notaufnahmen werden abgemeldet. Ärzt*innen und Pflegekräfte arbeiten durchgehend am Limit. Überall suchen die Krankenhäuser händeringend nach Personal. Das deutsche Gesundheitssystem hat ein massives Problem. Und das ist nicht zuletzt ein Personalproblem.

Vor diesem Hintergrund liegt es – von der Oberfläche dieser kapitalistischen Gesellschaft aus betrachtet – nahe, sich diese Gesundheitsfachkräfte zu importieren: Der Großteil unserer Konsumgüter wird im Ausland produziert, unsere Nahrungsmittel von ausländischen Saisonkräften geerntet und gefertigt, und die ambulante Altenpflege zumindest in Privathaushalten zu einem Großteil von osteuropäischen Frauen erledigt. Warum also nicht auch die zunehmend unbeliebte Gesundheitsversorgung von arbeitswilligen Menschen aus ärmeren Ländern erledigen lassen? So einfach machen es sich viele Politiker*innen aus unterschiedlichen Parteispektren.

Jens Spahn hatte als Gesundheitsminister die Aushandlung von Abwerbeabkommen mit pressewirksamen Touren nach Mexiko und in den Kosovo verbunden und auch im Koalitionsvertrag der neuen Rot-grün-gelben Regierung steht unter der Rubrik Pflege und Gesundheit: »Wir vereinfachen und beschleunigen die notwendige Gewinnung von ausländischen Fachkräften und die Anerkennung von im Ausland erworbener Abschlüssen.« Der Intensivmediziner Professor Christian Karagiannidis forderte jüngst in der Ärztezeitung »strukturierte Migration im großen Stil« und schlägt vor, Schüler*innen gleich nach dem Schulabschluss abzufischen und in Deutschland auszubilden.

Die Abwerbung von ausgebildeten Pflegekräften und Ärzt*innen nach Deutschland hat in den letzten zehn Jahren tatsächlich massiv zugenommen. Waren 2013 noch 5,8% aller Pflegekräfte aus dem Ausland, so sind es 2022 bereits 11%. Im Gegensatz zu Großbritannien, wo bereits seit Jahrzehnten Fachkräfte aus den ehemaligen Kolonien das Rückgrat des NHS bilden, ist Deutschland relativ neu in das weltweite Ringen um Gesundheitsfachkräfte eingestiegen.

Blicken wir 50 Jahre zurück, gab es aber durchaus bereits große Abwerbeprogramme: Insgesamt ca. 10.000 koreanische Pflegekräfte wurden ab den 60ern als Gastarbeiter*innen nach Deutschland geholt, um den Mangel von ca. 50.000 Pflegekräften zumindest ein bisschen auszugleichen.

Sie wurden als »mandeläuge Engel« mit »zierlicher Gestalt« und »sanftem Gemüt« exotisiert und versprochen das Sinnbild der genügsamen, lächelnden und anspruchslosen – natürlich weiblichen – Sorgearbeiterin zu sein.

In Korea hatte die Abwerbung Versorgungsmängel und Veränderungen im Gesundheitssystem zur Folge. Tausende junge Frauen wurden extra für Deutschland zu Pflegehelferinnen ausgebildet. Entgegen den Abkommen wurden jedoch fast nur akademisch ausgebildete Pflegekräfte rekrutiert, sodass die schlechter ausgebildeten Hilfskräfte irgendwie ins koreanische Gesundheitssystem integriert werden mussten.

1978 wurde nach Einführung des Krankenkassen-Kostendämpfungsgesetz beschlossen, dass es in Deutschland nun genug Krankenschwestern gab. Die Abwerbung wurde gestoppt und viele »Engel« sollten wieder abgeschoben werden.

Doch schon wenig später wurden wieder Pflegekräfte gebraucht. Ab den 80ern konzentrierten sich Abwerbebemühungen jahrzehntelang vor allem auf Osteuropa, wo die massenhafte Auswanderung von Gesundheitsfachkräften die dortigen Gesundheitssysteme ausbluten ließ.

Der weltweite Mangel von Gesundheitsfachkräften und das ungerechte Ringen der einzelnen Länder um sie sind nicht neu. Um der wachsenden Ungleichverteilung von Gesundheitsprofessionellen entgegenzuwirken, wurde 2010 von der WHO mit dem »Global Code of Practice on the recruitment of Health personell« ein Rahmen geschaffen, der die negativen Folgen der Abwerbung von Gesundheitsfachkräften mildern soll. Das frei-

Projekt: Pillars of health

Seit Juli 2022 ist der **vdää*** Projektpartner im Projekt **Pillars of health**. Das Projekt gibt es seit 2021. Die anderen Projektpartnern kommen aus Serbien, Rumänien und den Niederlanden, mit der niederländischen Organisation Wemos als federführender Organisation. Im Projekt geht es um die Verteilung von Gesundheitsfachkräften innerhalb der europäischen Region. Das Ziel ist eine möglichst gleichmäßige Verteilung und eine Abmilderung der Folgen von Abwerbung und Abwanderung. Dafür werden Informationen aus den verschiedenen Ländern zusammen getragen und gemeinsam Einfluss auf politische Entscheidungen genommen.

willige Abkommen besteht im Wesentlichen aus drei Säulen:

1. Der Verpflichtung, das nationale Gesundheitssystem durch eine nachhaltige Gesundheitspersonalentwicklung möglichst autark zu machen und den Bedarf an ausländischen Fachkräften zu halbieren.
2. Dem Verbot, aus Ländern mit einem kritischem Mangel abzuwerben
3. Maßnahmen zu treffen, um Gesundheitsfachkräfte gerade in unterversorgten Gebieten, im Job zu halten oder in den Job zurück zu holen.

Auch Deutschland hat sich 2010 verpflichtet, diesen Kodex einzuhalten. Wenn wir uns rückblickend die Gesundheitspersonalpolitik und die Entwicklung der Abwerbepolitik in den folgenden Jahren ansehen, wirkt das fast zynisch. Massenhaft sind in Deutschland Pflegekräfte in der Zwischenzeit aus ihren Jobs ausgestiegen, weil sie die Arbeitsbedingungen nicht mehr ertragen konnten, und auch Ärzt*innen fehlen an allen Stellen.

Zugleich nahm ab 2012 die systematische weltweite Abwerbung von Gesundheitsfachkräften Fahrt auf, wobei sich die Bundesregierung auf die Negativliste des WHO-Kodex als Absicherung beruft, alles richtig zu machen. Aus der absoluten Mindestforderung ist damit der einzige Teil des Kodex geworden, der eingehalten wird. Als Anhang von §38 der Beschäftigungsverordnung wurde die Liste in geltendes deutsches Recht überführt. Doch selbst diese Liste ist nicht unkontrovers. 2010 enthielt sie noch 57 Staaten mit besonders niedriger Gesundheitspersonaldichte. Seit 2020 gilt eine neue Liste, die, aufbauend auf einer undurchsichtigen Methodik, nur noch 47 Länder enthält. Zu den Ländern, die in der neuen Liste fehlen, gehören die Dominikanische Republik, Indien, Indonesien, Tunesien und Vietnam. Alles Länder, mit denen Deutschland aktuell oder in der Vergangenheit Abwerbeabkommen ausgehandelt hat.

2013 wurde der deutsche Arbeitsmarkt für Pflegekräfte aus Drittstaaten geöffnet. Durch die GIZ wurden die sogenannten »Triple Win«-ro-



Solidarity with Iranian Protests, Matt Hrkac, CC BY 2.0

gramme ins Leben gerufen, die mittels staatlicher, bilateraler Abkommen die Beschaffung von Pflegekräften aus Serbien, Bosnien-Herzegowina, den Philippinen und Vietnam ermöglichen. 2021 kamen neue Verträge mit Indien (dort aber nur mit dem Bundesstaat Kerala), Brasilien und Indonesien zustande.

Während »Triple Win« als Vorzeigeprogramm gehandelt wird, weil es tatsächlich einige Mindeststandards erfüllt, ist es ziemlich teuer. Die allermeisten Gesundheitsfachkräfte (ca. 75%) werden deshalb nicht durch staatliche Programme, sondern durch eine unüberschaubare Anzahl privater Agenturen abgeworben. Dass deren Praktiken teilweise höchst fragwürdig sind, hat ein Rechercheteam von *correctiv* 2020 dokumentiert.

Vor allem hohe Gebühren, die zurückgezahlt werden sollten, wenn eine Fachkraft sich entschloss, vor Ablauf einer Mindestzeit aus dem Arbeitsvertrag auszusteigen, stehen als Form der »modernen Schuldknechtschaft« in der Kritik.

Innerhalb der EU wurde während der Euro-Krise aus Italien, Spanien und Griechenland abgeworben. Doch da viele Fachkräfte wieder zurück in ihre Herkunftsländer kehrten – nicht zuletzt wegen der schlechten Arbeitsbedingungen in deutschen Krankenhäusern –, konzentrieren sich die deutschen Abwerbebemühungen in Europa

aktuell wieder auf den Westbalkan und Osteuropa. Dort aber fehlen die ausgewanderten Fachkräfte.

Aus Rumänien sind zwischen 1990 und 2014 ca. 21.000 Ärzt*innen und mindestens 21.500 Pflegekräfte ausgewandert. Von diesen Ärzt*innen arbeiten ca. 4.500 aktuell in Deutschland. Das sind etwas mehr als 1% der Ärzt*innen in Deutschland, aber ca. 10% der Ärzt*innen in Rumänien.

Die Herkunftsländer, Ausbildungen und Wege von rekrutierten Ärzt*innen und Pflegekräften sind vielfältig. Allen gemeinsam ist, dass sie im deutschen Gesundheitssystem tendenziell dort landen, wo sonst keiner arbeiten will.

Der Anteil ausländischer Ärzt*innen in verschiedenen deutschen Bundesländern spricht für sich: Hamburg bildet mit 6,8 % das Schlusslicht, obwohl 16,8 % der Hamburger*innen eine ausländische Staatsbürgerschaft haben. Im Flächenbundesland Brandenburg hingegen haben 15,5% der Ärzt*innen, aber nur 4,8% der Bevölkerung eine ausländische Staatsbürgerschaft. Ein starker Hinweis darauf, wo ausländische Bewerber*innen Stellen finden: in den kleinen, ländlichen Krankenhäusern, die händeringend nach Personal suchen.

Dass ausgerechnet da, wo das Personal sehr knapp ist, der Anteil an ausländischen Kräften mit teilweise unzureichenden Sprachkenntnissen und anfänglichen Unsicherheiten über

Arbeitsabläufe und Verantwortungen sehr hoch ist, kann erhebliche Probleme verursachen: Falsche Medikamente werden verabreicht, wichtige Informationen gehen verloren und die Kommunikation mit Patient*innen ist erschwert. Die Schuld wird nicht selten bei den ausländischen Kolleg*innen gesucht. Der Grund sind aber Zeitmangel und eine kaum zu stemmende Arbeitsdichte. Zusammengenommen ergibt das aber einen wunderbaren Nährboden für Rassismus, der von den Klinikleitungen zumindest in Kauf genommen wird, wenn diese Fachkräfte mit unzureichenden Deutschkenntnissen anwerben, obwohl sie keine auch nur annähernd ausreichende Einarbeitung gewährleisten können.

In einem gut funktionierenden Gesundheitssystem könnten wir von den Erfahrungen ausländischer Kolleg*innen lernen und unsere Patient*innen von ihren Fremdsprachen-Kenntnissen profitieren. Doch dafür braucht es (Fach-) Sprachkurse auf hohem Niveau und dann vor allem Zeit und Raum für eine gelungene Einarbeitung.

Wir müssen weiterhin dafür kämpfen, dass die Abwärts-spirale gestoppt wird, die mit der Ökonomisierung der stationären Versorgung in den letzten ca. 20 Jahren einherging und die zu vielen Jobausstiegen und wachsender Arbeitsdichte in den Kliniken geführt hat. Doch auch zumindest kurz- und mittelfristig können Personalbemessungsinstrumente auch dazu führen, dass die Abwerbung von ausländischen Fachkräften noch weiter ausgebaut wird. Unsere Forderungen nach einer Ausfinanzierung und Selbstkostendeckung des stationären Sektors und einer konsequenten Verbesserung der Arbeitsbedingungen müssen deshalb verbunden sein mit einem international solidarischen Blick auf andere Gesundheitssysteme.

Unsere ausländischen Kolleg*innen sind nicht schuld an den Bedingungen, unter denen sie mit uns im Krankenhaus zusammenarbeiten. Sie sind auch nicht die exotisierten, genügsamen Arbeitskräfte, die fügsam alle Lücken im deutschen System füllen. Was vor 50 Jahren für die Gastarbeiter*innen galt, gilt auch heute noch für unsere rekrutierten Kolleg*innen auf Station: »Wir haben Arbeiter*innen gerufen, aber es kamen Menschen«.

Als Beschäftigte im Gesundheitssystem müssen wir Macht über die Bedingungen bekommen, unter denen wir arbeiten. Und dabei müssen wir mit unseren Kolleg*innen zusammenarbeiten, die hierher geholt wurden, um das schlechte System weiter am Laufen zu halten.

Auch die koreanischen »Engel« von vor 50 Jahren sind schlussendlich nicht passive Spielfiguren geblieben, die man nach Belieben herumschieben konnte. Deutschlandweit organisierten sie Widerstand gegen die drohenden Abschiebungen Ende der 70er. Mittels Unterschriftenaktionen und politischen Kampagnen konnten sie tatsächlich ein unkündbares Bleibe- und Arbeitsrecht für Koreaner*innen in Deutschland erkämpfen. Daraus erwuchs 1978 die »Koreanische Frauengruppe in Deutschland«.

Sie sagten. »Wir kamen hierher, weil deutsche Krankenhäuser uns benötigten. Wir sind keine Handelsware. Wir gehen zurück, wenn wir wollen.«

Karen Spannenkrebs ist Ärztin und arbeitet zur Zeit für den vdää mit an dem Projekt Pillars of Health.*

Der gesamte Text mit Fußnoten und Literatur findet sich auf der Homepage: <http://gpb.vdaee.de/>

Internationales

– USA

Assistenzärzt*innen am Montefiore Medical Center im New Yorker Stadtteil Bronx versuchen seit 2020 eine Gewerkschaft zu gründen. Sie wollen gegen die Arbeitsdichte und die Unterbesetzung kämpfen. Das Krankenhaus spielt eine wichtige Rolle als Ausbildungs-krankenhaus und für die Grundversorgung der ärmeren Bevölkerung des Stadtteils. Die Unzufriedenheit der Beschäftigten wuchs durch Forderungen nach persönlicher Schutzausrüstung und Impfungen während der Covid 19 Pandemie.

In einem sehr interessanten Interview mit dem Magazin Jacobin schildern zwei junge Ärzt*innen ganz ähnliche Probleme und Situationen wie in Deutschland. Sie berichten, dass die Weiterbildungszeit von vielen als notwendiges Übel auf dem Weg zu einem Beruf mit guter Bezahlung und viel Prestige gesehen wird. Das hindere viele Assistenzärzt*innen daran, für bessere Arbeitsbedingungen zu kämpfen. Die Unterbesetzung, vor allem auch von Pfleger*innen und anderen Berufsgruppen sei ein großes Problem für die ärztliche Arbeit. Sie sorgen sich um die Gesundheitsversorgung, die sie den Patient*innen bieten. Nun wollen sie die Arbeitsbe-

dingungen der Assistenzärzt*innen und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zusammen denken und dafür mit der Gewerkschaft für Pflegekräfte und der Gewerkschaft für Assistenzberufe zusammen arbeiten. Dabei geht es auch um Klinikschließungen und Umstrukturierungen, die vom Krankenhausbetreiber auf Empfehlung der Consulting-Agentur McKinsey geplant wurden und die die Versorgung des armen Stadtteils verschlechtern würde.

»Our patient care is only going to be as good as our treatment of the workers in the hospital.« Noa Nessim, Ärztin in Weiterbildung, Allgemeinmedizin am Montefiore Medical Center

Quellen:

<https://jacobin.com/2022/11/montefiore-medical-center-residents-doctors-union/>

<https://www.thenation.com/article/activism/montefiore-hospital-union-cir/>

<https://gothamist.com/news/more-than-1000-doctors-in-training-at-bronx-hospital-announce-unionization>

<https://www.thecity.nyc/2022/11/2/23437761/residents-union-push-montefiore-committee-interns>

– Griechenland

Die griechische Regierung der Partei Nea Dimokratia hat einen Gesetzentwurf zur Umstrukturierung des öffentlichen Gesundheitswesens erarbeitet. Das von der stellvertretenden Gesundheitsministerin Mina Gaga ausgearbeitete Gesetz ist unter dem Namen »Gaga-Gesetz« bekannt. Unter anderem soll die Vollzeit-Beschäftigung von Ärzt*innen in öffentlichen Krankenhäusern abgeschafft und stattdessen die gleichzeitige Anstellung in Privat-Praxen und -Kliniken vorangetrieben werden. Auch Universitätsmediziner*innen und Professor*innen soll es in Zukunft möglich sein, nebenbei in Privatkliniken beschäftigt zu werden. Außerdem ändern sich die Weiterbildungsbedingungen. Für ihre Weiterbildung müssten junge Ärzt*innen in Zukunft in weit entfernte Regionen umziehen.

Gegen diesen Gesetzentwurf gingen am 1. Dezember viele Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen auf die Straße und trugen ihren Protest vor das Parlament in Athen. Viele Ärzt*innen-Organisationen und Gewerkschaften hatten dazu aufgerufen. Sie sehen im »Gaga-Gesetz« eine weitere Kommerzialisierung und Privatisierung des Gesundheitssystems und die Gefahr, dass Patient*innen zu out-of-pocket-payments gedrängt werden, um an Leistungen zu kommen. Außerdem befürchten sie, dass junge Ärzt*innen aufgrund der geänderten Weiterbildungsordnungen vermehrt zur Auswanderung gedrängt werden.

Leider hat der Protest sein Ziel nicht erreicht: Das Gesetz wurde am 2. Dezember verabschiedet und wurde am 7. Dezember im offiziellen Amtsblatt veröffentlicht. Das wird die Proteste sicher nicht beenden, aber die Strategie des Widerstands wird nun eine andere sein müssen. Die nächsten Parlamentswahlen sind in Griechenland aktuell für September geplant, aber es gibt viele Diskussionen darüber, ob sie nicht vorgezogen werden sollen. Das Frühjahr wird also spannend werden.

Quellen:

<https://www.makthes.gr/antidraseis-iatron-sto-neo-nomoschediо-gkagka-katargei-ton-dimosio-charaktira-tis-ygeias-611566>
<https://peoplesdispatch.org/2022/11/30/health-workers-in-greece-protest-casualization-of-doctors-in-public-hospitals/>
<https://left.gr/news/nea-kinitopoiisi-enantia-sto-nomoschediо-dialysis-toy-esy-tin-pempti-112-sti-voyli>

– Großbritannien

In Großbritannien starteten im Dezember die angekündigten berufsgruppenübergreifenden Streiks im NHS, über die wir in der letzten Ausgabe kurz berichtet hatten. Am 15.12.2022 fand der erste von zwei eintägigen vom *Royal College of Nursing* ausgerufenen Streiks statt, an dem sich zehntausende Pflegekräfte beteiligten. Es war der erste Massenstreik von Pflegekräften seit der Gründung des *National Health Service (NHS)*.

Direkt anschließend an den zweiten Streiktag der Pflegenden folgte am 21.12. der Streik der Rettungsdienste. Im Vorfeld hatte die Regierung Angst geschürt und die Bürger*innen aufgerufen, keine Verletzungen zu provozieren. Vor Kontaktsportarten, Alkoholkonsum und unnötigem Auto-



Mahsa Zhina Amini-Mural, Flickr, LocoSteve, CC BY-SA 2.0

fahren wurde gewarnt. Gesundheitsminister Stephen Barclay schrieb in einer Zeitungskolumne: »Die Rettungsdienst-Gewerkschaften haben die bewusste Wahl getroffen, den Patienten Schaden zuzufügen«. Dabei wurde selbstverständlich auch während des eintägigen Streiks eine Notfallversorgung aufrechterhalten und sehr viele Rettungssanitäter*innen waren im Einsatz. Die Gewerkschaften betonen, dass es im Gegenteil der Normalzustand ist, der die Patient*innen gefährdet.

Tatsächlich verließen von Juni 2021 bis Juni 2022 zehn Prozent der Rettungssanitäter den NHS, der gerade in einer historischen Krise steckt. Überarbeitung und Personalmangel führen zu ernsthaften Versorgungsproblemen. Laut einer Studie des *Guardian* fehlen alleine in England 133.000 Vollzeitstellen im NHS. Dafür werden nicht zuletzt die Austeritätsmaßnahmen der konservativen Regierung verantwortlich gemacht.

Die Gewerkschaften fordern nun für die Beschäftigten eine mindestens inflationsangepasste Lohnerhöhung. Da sich die Regierung bislang unnachgiebig zeigt, sind weitere Streiks im Januar angekündigt. Es ist zu erwarten, dass sich mit den Physiotherapeut*innen und Hebammen sogar noch mehr Berufsgruppen anschließen. Am 9.1. haben auch Assistenzärzt*innen über Aktionen abgestimmt. Derweil plant die Regierung Gesetzesänderungen, die Streiks für verschiedene Berufsgruppen erschweren sollen.

Quellen:

<https://www.theguardian.com/society/2022/dec/22/nhs-faces-months-of-disruption-as-unions-ramp-up-campaign-of-strikes>
<https://www.theguardian.com/society/2023/jan/04/nhs-staff-share-despair-working-at-breaking-point>
<https://www.theguardian.com/uk-news/2023/jan/05/anti-strike-legislation-could-worsen-nhs-services-labour-says-rachel-reeves>
<https://www.theguardian.com/society/2023/jan/02/intolerable-nhs-crisis-to-continue-until-april-health-leaders-warn>
<https://www.wsws.org/de/articles/2022/12/17/nust-d17.html>
<https://www.nd-aktuell.de/artikel/1169587.grossbritannien-streiken-fuer-die-gesundheit.html>

Primärversorgungszentren

Eine Studie der Robert Bosch Stiftung zu Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung

Die Robert Bosch Stiftung fördert seit 2015 im Programm PORT (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung) an 13 Standorten verschiedene Projekte der Primärversorgung, die über den hausärztlichen Rahmen hinausgehend pflegerische und therapeutische sowie populationsbezogene und sozialraumorientierte Ansätze ganzheitlich integrieren. Aufbauend auf dem PORT-Konzept der Stiftung und den Einschätzungen namhafter Vertreterinnen und Vertreter der für die Primärversorgung bedeutsamen Institutionen, fasst Dr. Matthias Gruhl in dieser Expertise zusammen, welche notwendigen, wünschenswerten und optionalen Merkmale und Bedingungen Primärversorgungszentren (PVZ) charakterisieren: Neben der (haus-)ärztlichen Grundversorgung sind die Integration von gesundheitsfördernden und -stärkenden Fachkräften, ein verbindliche kooperative interprofessionelle Arbeitsform und die Einbindung der Kommune und ihrer Dienste notwendige Erfolgsfaktoren. Darüber hinaus zeigt Gruhl eine mögliche Finanzierung über eine Integration von Primärversorgungszentren in die Systematik des SGB V auf. Wir dokumentieren hier von uns zusammengestellte und gekürzte Ausschnitte aus der Studie.

In ländlichen Räumen und zunehmend auch im urbanen Setting, insbesondere in sozial benachteiligten Regionen der Ballungsgebieten, ist die medizinische Primärversorgung mit den herkömmlichen Leistungsangeboten nicht mehr durchgehend sicherzustellen. Hier wird auch im Koalitionsvertrag 2022-2025 Handlungsbedarf anerkannt. Insbesondere in jenen benachteiligten Regionen ist Gesundheit nicht allein mit medizinischen Interventionen zu verbessern, sondern braucht Interaktionen zu sozialen, pflegerischen und populationsbezogenen Interventionen. Dafür sind Primärversorgungszentren als integriertes medizinisch-pflegerisches und gesundheitsförderndes bzw. -stärkendes Angebot auszugestalten. Wenn sich auch die Problematik in den oben genannten Regionen am drängendsten darstellt, sollte insgesamt eine stärkere Integration von medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfesystemen erfolgen.

PVZ erheben nicht den Anspruch, das alleinige Lösungsmodell für Defizite in der Primärversorgung zu sein. Es geht nicht um einen Systemwettbewerb, sondern um eine an bestimmten Rahmenbedingungen auszurichtende, zusätzliche Form der gesundheitlichen Leistungserbringung. Primärversorgungszentren können zügig in den gesetzlichen und strukturellen Rahmen des heutigen Gesundheitswesens eingefügt und später im Sinne des Gewollten weiterentwickelt werden. Deshalb ist der Ausgangspunkt die bestehende Versorgungslandschaft.

■ Angebot der PVZ

Für eine Etablierung einer neuen Versorgungsform ist es zwingend notwendig, die Grundvoraussetzungen des Angebots einheitlich zu definieren. Viele der weiteren wünschenswer-

ten und ggf. optionalen Ergänzungen dieses Kerns von PVZ sind abhängig von den jeweiligen regionalen Gegebenheiten.

Die fachlichen und organisatorischen Mindeststandards für Primärversorgungszentren sind:

- I. ein bedarfsorientiertes allgemeinmedizinisches Angebot, ergänzt um eine pädiatrische Grundversorgung
- II. vermittelnde, gesundheitsfördernde tätige (Pflege-)Fachkräfte
- III. eine Team-Konzeption der gleichberechtigten, berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit
- IV. eine Kooperationsvereinbarung mit der jeweiligen Kommune bzw. zuständigen staatlichen Verwaltung

Für die unter II. genannte Tätigkeit, die eine wichtige Scharnierfunktion zwischen dem medizinisch-pflegerischen Hilfesystem und der sozialräumlichen Lebenswirklichkeit darstellt, gibt es bisher in Deutschland kein klar definiertes und anerkanntes Berufsbild, obwohl solche Funktionen in der Versorgungsrealität bereits vielfach eingesetzt werden. Für die Rolle oder Angebote finden sich vielfältige Bezeichnungen: Community Health Nurses (CHN), Case Management, Gesundheitskiosk, Gesundheits- oder Patientenlotse, Kümmerer, Health Hub und oder Gemeindegeschwester.

Eine aus den Bausteinen I-III entwickelte und definierte Konzeption für Kooperation ist für jedes PVZ eine statusbildende Voraussetzung. Sie ermöglicht auch eine attraktive, sich von der sonstigen Versorgung unterscheidende Arbeitsform und die Chance, die eigenen Kompetenzen durch die Zusammenführung von verschiedenen Fachlichkeiten zu ergänzen. Der multiprofessionelle Ansatz wird neben den



Solidarity with Iranian Protests, Matt Hrkac, CC BY 2.0

PORT-Projekten in vielfältigen Variationen in Deutschland bereits gelebt. Die Verantwortung liegt nicht mehr allein bei der ärztlichen Profession, sondern soll gemeinsam und auf Augenhöhe mit anderen Fachkräften geteilt werden. Dies optimiert die Versorgung für die Patient*innen und wirkt arztentlastend.

Viele der für die Zielbevölkerung relevanten gesundheitlichen Problemlagen betreffen auch die Zuständigkeit kommunaler Dienste (z.B. Gesundheitsamt, soziale Dienste, Jugendamt). Deren Aufgaben decken in vielfältiger Weise Themenbereiche ab, die mit der sozialen Lage verknüpft sind, seien es die präventiven oder infektiologische Angebote der Gesundheitsämter, die sozial flankierenden Angebote und Leistungen der sozialen Dienste oder die Wahrnehmung der besonderen Schutzbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen durch die Jugendhilfe. Eine enge Kooperation mit der Kommune (IV) verbessert die Versorgungslage.

Wünschenswert ist die Ergänzung dieser Mindestkriterien durch grundversorgende vertragsärztliche Spezialdisziplinen (insbesondere: Gynäkologie und Psychotherapie) und Gesundheitsfachberufe (insbesondere: Physiotherapie), eine Ein- oder Anbindung von Präventions- und Gesundheitskompetenzangeboten und von ambulanten Pflegeleistungen, soweit

ein lokaler Bedarf vorhanden ist. Für eine stabile Versorgung soll das Team der PVZ aus mindestens 10 Personen bestehen. Über einen Beirat von Patient*innen und Einwohner*innen sollten Nutzerinteressen eingebunden werden

Neben den aufgeführten Kernelementen sind wünschenswerte bzw. optionale Angebote von PVZ abhängig von den jeweiligen regionalen Gegebenheiten. Deshalb wird vorgeschlagen, vor einer endgültigen Festlegung des Profils ein Sozialraum-Mapping durchzuführen, mit dem sowohl die aktuell notwendigen als auch die künftigen Bedarfe von medizinisch-pflegerischen Kompetenzen im Einzugsgebiet der Einrichtung erhoben werden. Ebenso ist die Kooperationsbereitschaft Dritter zu prüfen. Um die gemeinsame Grundeinstellung zu betonen, sollten nur Fachkräfte in PVZ eingebunden werden, die sich mit dem integrativen, holistischen Anspruch identifizieren können. Es ist zu prüfen, ob, wie und ggf. durch wen gesundheitsfördernde bzw. präventive Angebote der Verhaltens- und besonders der Verhältnisprävention im regionalen Setting bereitgestellt werden können. Dazu kann beispielsweise auf das Partnerprogramm der BZgA »Bundesweiter Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit« Bezug genommen werden.

Die Kernkompetenzen von PVZ

können optional bis zu einem umfassenden Gesundheitszentrum erweitert werden, wenn die Räumlichkeiten und der Bedarf dies gestatten. Insbesondere bei der Möglichkeit, auch stationäre Low-Care-Versorgung oder Kurzzeitpflege zu integrieren, steigt allerdings die Komplexität der Einrichtung überproportional. Vorab sind hierzu rechtliche Klärungen notwendig.

Zusätzlich kann das Zentrum seine Räumlichkeiten für den Stadtteil oder die Region öffnen, um lokale Angebote der Seniorenarbeit, eines Pflegestützpunktes, der Selbsthilfe oder der ehrenamtlichen Arbeit räumlich zu integrieren.

■ **Notwendige rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen für eine flächendeckende Einführung von Primärversorgungszentren**

Um eine Beliebigkeit zu vermeiden, bedarf es der Setzung einheitlicher Kriterien für die PVZ. Dies ist eine notwendige Voraussetzung, um PVZ als besondere Versorgungsform im SGB V zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber ist aufgefordert, diese Rahmenbedingungen dem Grunde nach und als zu konkretisierenden Auftrag an die Selbstverwaltung zu definieren, allerdings auch einen relevanten regionalen und lokalen Ausgestaltungs-

spielraum zuzulassen. Es wird eine kollektivvertragliche Lösung vorrangig befürwortet.

Da eine kollektivvertragsrechtliche Regelung angestrebt wird, ist zu entscheiden, mit welchem Bezug die Etablierung von PVZ im SGB V verortet werden sollen. Möglich wäre dies im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 72 SGB V ff.). Es ist zu prüfen, ob durch eine Einschreibung von Patient*innen für die PVZ-Versorgung, ähnlich wie bei der HZV, die gegenseitige Verantwortlichkeit und Verbindlichkeit erhöht werden. Alternativ könnten PVZ als gesonderter Einzeltatbestand im Achten Abschnitt (§ 132 ff SGB V) verankert werden.

Die Festlegung, wo ein PVZ vor Ort eingerichtet werden soll, erfolgt auf Landesebene anhand der bundeseinheitlichen Kriterien.

■ Trägerschaft und Finanzierung der PVZ:

Die Zusage des Koalitionsvertrages, in benachteiligten Kommunen und Stadtteilen niedrigschwellige, die Patient*innen unterstützende und aufsuchende Angebote zu errichten, ist eine Vorentscheidung für die Finanzierung der entsprechenden Fachkräfte. Ein zusätzliches Engagement von Kommunen kann förderlich sein.

Das Leistungsspektrum eines PVZ ist hinsichtlich vertragsärztlich medizinischer oder veranlasster Leistungen

finanziert. Bleibt die Frage der Absicherung von koordinierenden, arztentlastenden, Compliance-fördernden und sozialraumorientierten Aufgaben. Zur Verantwortung der Krankenkassen im sozialen Sektor gibt es eindeutige Schnittstellen und Trennlinien zu den Zuständigkeiten der staatlichen Verwaltungen. Die Kommunen oder sonstige lokale staatliche Stellen haben in letzter Zeit eine politische Verantwortung für eine gute medizinische Grundversorgung akzeptiert und mahnen diese im Interesse der Bevölkerung an. Mit den Primärversorgungszentren wird ein Angebot unterbreitet, zu optimierten Konditionen eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage insbesondere in schwierigen Regionen zu gewährleisten. Insofern ist es zu vermitteln, dass ein finanzielles Engagement der Kommune die Realisierung sozialraumorientierter Leistungen deutlich erleichtern würde

Die bestehende Trägervielfalt in der ambulanten Versorgung soll grundsätzlich auch für PVZ bestehen. Fachlich kompetente Betreiber oder/und kommunale Träger könnten sich auch in partnerschaftlicher Form gut für eine Trägerschaft eignen. Durch eine ausschließliche, unmittelbare und damit im Grunde gemeinnützige Zweckbindung als integriertes medizinisches und sozialraumorientiertes Versorgungsangebot könnte vermieden werden, dass PVZ zu Renditeobjekten für privates Kapital werden.

Der Koalitionsvertrag 2021-2025 benennt, unterstützt und fördert wesentliche Aspekte von Primärversorgungszentren (inhaltlich und zum Teil auch materiell) und wird die Einführung in die Regelversorgung erleichtern.

Die gesamte Expertise, inklusive einer Einschätzung zu den notwendigen rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen für eine flächendeckende Einführung von PVZ, ist online abrufbar: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/voraussetzungen-und-moeglichkeiten-der-implementation-und-ausgestaltung-von>

Liste der beteiligten Expert*innen:

- Prof. Dr. Volker Amelung, Professor für internationale Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover
Ulrike Elsner, hauptamtliche Vorstandsvorsitzende des vdek
Dr. Bernhard Gibis, Dezernent Sicherstellung und Versorgungsstruktur, KBV
Dr. Bernadette Klapper, Bundesgeschäftsführerin des DBFK Bundesverband
Stefan Majer, Dezernent u.a. für Gesundheit der Stadt Frankfurt a.M. und Vorsitzender Gesundheitsausschuss Deutscher Städtetag
Dr. Ulrich Orłowski, Rechtsanwalt
Dr. Gottfried Roller, Leiter des Landesgesundheitsamts (LGA) Baden-Württemberg
Prof. Dr. Martin Scherer, Professor für Allgemeinmedizin UKE, Präsident der DEGAM
Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender Deutscher Hausärzteverband

Politik muss endlich liefern

Ergebnis eines Workshops beim Gesundheitspolitischen Forum

Einer der fünf Workshops beim Gesundheitspolitischen Forum hatte Vertreter*innen verschiedener Initiativen eingeladen zur Diskussion einer gemeinsamen Positionierung zur aktuellen Krankenhauspolitik. Es kamen erfreulich viele Menschen und es war tatsächlich möglich, ein gemeinsames Papier zu verfassen, das wir hier dokumentieren.

Gemeinsame Erklärung der Initiativen:

- Berliner Bündnis Gesundheit statt Profite
- Bündnis Klinikrettung
- Bündnis Krankenhaus statt Fabrik
- Bunte Kittel
- Initiative Berliner Kinderkliniken
- Initiative Notaufnahmen retten
- Bündnis für ein gemeinwohlorientiertes Gesundheitswesen in NRW
- Gemeinsam für unser Klinikum (Gießen/Marburg)

- Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Das fordern wir von der Reform der Krankenhausfinanzierung:

- Orientierung auf Bedarfsgerechtigkeit in der Versorgung
- Gemeinwohlorientierung und Gewinnverbot
- Stopp der Privatisierung von Krankenhausträgern
- Abschaffung des DRG-Fallpauschalensystems

- Kostendeckung in der Krankenhausfinanzierung
- Verbindliche Personalschlüssel für alle Bereiche im Krankenhaus
- Demokratisierung von Krankenhausplanung und Steuerung

■ Der Hintergrund

In die verbreitete Kritik an der Krankenhausfinanzierung nach Fallpauschalen (DRG) stimmt selbst Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ein (»Das DRG-System ist kaputt«), er hält mit seinen jüngst präsentierten Reformvorschlägen allerdings weiterhin daran fest.

Durch die Fallpauschalenfinanzierung erhalten Krankenhäuser nicht ihre tatsächlichen Behandlungskosten erstattet, sondern nur einen fixen Preis pro Behandlung. Ökonomisierung und Kommerzialisierung zwingen die Krankenhäuser in einen Konkurrenzkampf mit beständigen Anreizen, die Kosten durch Personalabbau und Lohndumping zu senken und die Erlöse durch mehr und lukrativere Behandlungen zu steigern. Damit wurden Krankenhäuser politisch zu einem für Kapitalinvestoren attraktiven Geschäftsmodell umgestaltet.

Diese Fehlanreize führen teilweise zur Unterversorgung und teilweise zur Überversorgung mit medizinisch unnötigen Behandlungen. Die Beschäftigten sind dauerüberlastet und können ihre Fachberufe nicht mehr mit der gebotenen und gewünschten Professionalität ausüben. Viele reduzieren auf Teilzeit oder verlassen das Krankenhaus ganz. Der »Fachkräftemangel« ist hausgemacht!

Aber die Belegschaften haben angefangen, sich zu wehren und für Entlastungs-Tarifverträge zu kämpfen, zuletzt die Beschäftigten der Uniklinika in NRW. Das in diesem Zusammenhang entstandene »Schwarzbuch Krankenhaus« ist ein erschütterndes Dokument der aktuellen Missstände.

■ Die Situation

Das Fallpauschalensystem macht Bereiche wie Kindermedizin (Pädiatrie), Geburtshilfe und Notaufnahme zu einem Verlustgeschäft. Besonders häufig werden Geburtshilfen geschlossen,



Solidarity with Iranian Protests in Melbourne, Matt Hrkac, CC BY 2.0

die Wege in den Kreißsaal werden immer länger. Gleichzeitig ist die Zahl der Kaiserschnitte unverhältnismäßig gestiegen, da nur sie gute Erträge bringen. Pädiatrische Abteilungen werden geschlossen oder Betten gesperrt, weil es kein Personal mehr gibt. Kinderärzt*innen schlagen längst Alarm und veröffentlichen Brandbriefe, dass die Versorgung von Kindern an ihren Krankenhäusern nicht mehr gewährleistet ist. Die »Initiative Notaufnahmen retten« hat sich bundesweit vernetzt und immer wieder deutlich gemacht, welche katastrophalen Auswirkungen der ökonomische Druck, die Unterfinanzierung und Unterbesetzung in ihrem Alltag haben. Aber nicht nur diese Bereiche, sondern auch ganze Landstriche sind stationär unterversorgt, weil Kliniken aus rein wirtschaftlichen Gründen geschlossen werden.

Wir haben unsere Initiativen gegründet, um diese unerträglichen und eigentlich vermeidbaren Missstände öffentlich bekannt zu machen und zu einer gemeinsamen politischen Anstrengung aufzurufen, sie zu überwinden.

■ Die Politik muss endlich liefern

Wiederholt hat die Politik großspurige Ankündigungen gemacht. Im Koalitionsvertrag von SPD / GRÜNEN und

FDP hieß es: »Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.« (S. 86) Die bisher beschlossenen Maßnahmen sind jedoch weder bedarfsgerecht noch ausreichend. Und auch die von Lauterbach angekündigte Reform zur »Überwindung des Fallpauschalensystems« sowie die »dramatische Entökonomisierung der Krankenhausversorgung« ist nicht in Sicht. Im Gegenteil. Die am 6. Dezember 2022 vorgestellten Pläne halten am System der Fallpauschalen fest und wollen diese lediglich durch andere Pauschalen ergänzen. Die ökonomischen Anreize sollen bestehen bleiben und damit auch der Kostendruck auf Personal und Versorgung.

Wir stellen fest: Einmal mehr löst die Politik ihre Versprechungen nicht ein!

Hier finden Sie die konkreten Forderungen der Initiativen:



QR-Code zur Erklärung der Initiativen

Kommunale und genossenschaftliche MVZ

Ein Bericht über den Workshop beim gesundheitspolitischen Forum

von Jürgen Seeger und Nadja Rakowitz

Alle Poliklinik-Projekte, die es aktuell in unseren Zusammenhängen gibt, befinden sich in Städten, die meisten davon in großen Städten. Bislang gibt es aus unserem Zusammenhängen noch keine Poliklinik- oder sozialmedizinische Projekte auf dem Land oder in einem Dorf. Im April 2022 stand ein Artikel in der Tageszeitung »Main Echo« (04.04.2022) mit der Überschrift »Erste kommunale Arztpraxis Bayerns in Weilbach gescheitert – Gemeindeeigenes Gesundheitszentrum schließt im September«. Er war für uns Anlass, im Sommer nach Weilbach zu fahren und dort mit dem verantwortlichen Bürgermeister zu sprechen, um Genaueres über das Projekt zu erfahren. Dies wollten wir gerne bei einem Workshop im Rahmen des gesundheitspolitischen Forums mit anderen Interessierten diskutieren. Wir hatten uns außerdem per Zoom in den Workshop eingeladen Thomas Spies, der selbst Arzt ist und aktuell Oberbürgermeister der nordhessischen Stadt Marburg, die ebenfalls versucht, ein kommunales MVZ aufzubauen. Den Workshop haben ca. 40 Teilnehmer*innen des Gesundheitspolitischen Forums besucht.

■ Das erste kommunale MVZ Bayerns

Robin Haseler (SPD), der Bürgermeister von Weilbach hat das Projekt übernommen von seinem Vorgänger, Bernhard Kern (CSU). Haseler berichtet uns, dieser habe das Problem des Gesundheitssystems vor Ort erkannt: Der örtliche Arzt war 66 Jahre alt und hat keine Nachfolge gefunden; die Bevölkerung ist relativ alt und die Befürchtung war, dass der Kassensitz verloren gehe, wenn nicht in einer bestimmten Zeit ein Nachfolge gefunden würde. Deshalb hatte der CSU-Bürgermeister beschlossen, ein kommunales MVZ zu gründen, die Praxis des örtlichen Hausarztes aufzukaufen und das MVZ ab 01.04.2020 mit dem alten Hausarzt und einem neuen (zusammen 1,5 Sitze) zu besetzen. Die Kommune hatte aber keinerlei Expertise in dieser Hinsicht und hat sich beraten lassen von einem externen Berater, der sehr teuer war und 2018 Zahlen kalkuliert hatte, die sich später nicht als realistisch erwiesen haben. Sie hatten z.B. damit gerechnet, dass in der benachbarten Stadt Amorbach zwei Hausarztpraxen schließen und die Patient*innen von diesen Praxen nach Weilbach kommen würden. Diese Erwartung ist so nicht eingetroffen, so dass die Praxis viel zu wenige Patient*innen hatte für 1,5 Kassensitze (die Zahl der Patient*innen hätte max. für 0,75 Sitze gereicht). Hinzu kam, dass der alte Hausarzt in Weilbach extrem gute Bedingungen für sich ausgehandelt hatte. Die Gemeinde hatte außerdem dem neuen Arzt eine kostenlose Wohnung zur Verfügung gestellt, ihre Berater haben der Praxis die teuerste Praxissoftware angedreht, die es gibt etc.

Wir hatten den Eindruck, dass die Gemeinde an vielen Stellen des Haifischbeckens schlecht, nämlich nicht in ihrem, sondern im Eigeninteresse des

Beraters beraten wurde. Die Kosten für Renovierung und Neuaufstellung der Praxis sowie Zuschüsse zum laufenden Betrieb beliefen sich seit 2018 insgesamt auf ca. 800.000 €. Diese Kosten konnte die Praxis nicht wieder einspielen. Der neue Bürgermeister hat das Projekt übernommen, als das MVZ schon geöffnet hatte. Unter den gegebenen Bedingungen konnte die Gemeinde das MVZ nicht so fortführen, dass es von den Kosten her halbwegs tragbar war. Das MVZ ist deshalb am 1. Oktober 2022 geschlossen worden und allen Angestellten wurde betriebsbedingt gekündigt.

Anfang 2023 soll ein hausärztliches MVZ durch eine gemeinnützige Genossenschaft in Amorbach gegründet werden, in das Weilbach eingegliedert werden soll. Es ist geplant ist, dass man in ein gerade entstehendes Gebäude in Amorbach zieht (mit anderen Mietern aus dem Gesundheitsbereich) und in Weilbach dann eine Zweigstelle in den Räumen des ehemaligen MVZ eröffnet wird, die aber nicht jeden Tag geöffnet sein wird.

Diese **Genossenschaft Campus go eG** (<http://www.campusgo-eg.de/>), bei der Robin Haseler im Vorstand ist, wird beraten von der DIO-MEDES GmbH (<https://www.diomedes.de/>) als Projektentwickler, die sich in Baden-Württemberg schon bewährt und darauf spezialisiert habe, gemeinnützige MVZ (Genossenschaften) zu beraten. Die Gründung der Genossenschaft wurde schon während des MVZ-Betriebes in Weilbach seit 2021 von den Mitgliedern der »Odenwald-Allianz« betrieben (8 Gemeinden aus dem Landkreis Miltenberg in Bayern sowie Michelstadt in Hessen). Weiteres Mitglied der Genossenschaft ist ein niedergelassener Arzt. Die Gemeinnützigkeit wird angestrebt und die Mitgliedschaft von Kapitalgesellschaften ist nach Satzung ausgeschlossen. Ein Telefongespräch mit einem Vertre-

ter der Diomedes GmbH ergab, dass die MVZ-Gründung durch verschiedene länderspezifische Regelungen in Bayern komplizierter als gedacht ist, wodurch die Eröffnung sich in das 2. Quartal 2023 verschieben wird.

Diomedes betreut in Baden-Württemberg bereits 7 Genossenschaften zum Betreiben von MVZ, die auch untereinander vernetzt seien, z. B. mit Telemedizin. Genossenschafter sind zum Teil nur Kommunen, zum Teil sind auch Ärzt*innen dabei, in einer auch ein Krankenhaus. Die erste Genossenschaft war MEDNOS (<https://www.mednos.de/>) seit Anfang 2020, Träger Kreis Calw und mehrere Vertragsärzt*innen mit jetzt 6 Standorten. Diomedes verfolgt ein Konzept, dass auch die Einwerbung von Fördermitteln beinhaltet. Dabei wird angestrebt, unter dem Dach der Genossenschaft auch andere Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich zu beschäftigen. In Erprobung seien z. T. Physician Assistants und Community Health Nurses, geplant auch Case Manager. Prävention und Gesundheitsförderung seien in den Satzungen der Genossenschaften verankert sowie Gemeinwohlorientierung, eine Gewinnausschüttung sei ausgeschlossen. Die Realisierung der Ideen gestaltete sich zum Teil aufgrund vieler Widerstände im System schwierig.

Unser Fazit aus der Erfahrung in Weilbach ist, dass wir uns die Probleme und Widrigkeiten der Eröffnung und Unterhaltung eines kommunalen MVZ nicht wirklich klar gemacht hatten. Eine Kommune, zumal wenn sie so klein ist wie der Ort Weilbach (2.100 Einwohner), hat nicht das Knowhow, das man braucht, um in die ambulante Versorgung einzusteigen. Die Gefahr, dass man in diesem Hai-fischbecken dann auch noch schlecht beraten wird, ist sehr groß, weshalb die Organisation solcher Vorhaben über gemeinnützige Genossenschaften mit guter uneigennütziger Beratung sicher sinnvoll ist – auch wenn jede externe Beratung natürlich das Risiko der Beeinflussung durch fremde Interessen mit sich bringt. Die Gründung eines kommunalen MVZ wie in Weilbach als »Anstalt öffentlichen Rechts« ist mit hohen finanziellen Risiken für die Gemeinden verbunden, weshalb

dem komplizierteren Weg über die Genossenschaft der Vorzug gegeben werden sollte.

Der AK Ambulante Versorgung des vdää* plant in diesem Jahr einen Besuch sowohl in Amorbach, wenn das genossenschaftliche MVZ zu arbeiten begonnen hat, als auch in einem MVZ in Baden-Württemberg, das sich von Diomedes beraten lässt, um deren Erfahrungen mit uns zu diskutieren.

■ **Kommunal unterstütztes MVZ Marburg**

Thomas Spieß (SPD), Oberbürgermeister in Marburg berichtete uns, dass die Stadt Marburg in einem ärmeren Stadtteil mit ca. 2000 Menschen ein Nachbarschaftszentrum baut, in dem es auch Räume für eine Arztpraxis (für einen halben Arztsitz) geben soll. Die medizinische Versorgung dort soll eng verzahnt werden mit der Arbeit des Zentrums. Die Räume und die zusätzlichen Leistungen der Arztpraxis (z.B. in der Prävention, in der interdisziplinären Kooperation und für Supervision) und Anforderungen der Stadt werden aus städtischen Mitteln finanziert. Im letzten Jahr hatte die Stadt für das Projekt 50.000 Euro eingeplant. Marburg hat wegen der neuen Produktionsstätte von BioNTech sehr hohe Gewerbesteuererinnahmen, die ihr solche Projekte sehr einfach ermöglichen. Das MVZ wird nicht direkt von der Kommune Marburg geführt, sondern die Stadt sichert sich nur eine enge Zusammenarbeit mit dem MVZ und macht bestimmte Vorgaben.

■ **Diskussion im Workshop**

Die anschließende Diskussion im Workshop bezog sich hauptsächlich auf das Modell in Marburg und es wurde klar, dass es einen großen Unterschied gibt zwischen den Problemen einer dörflichen Struktur wie in Weilbach / Amorbach und einer Stadt mit ca. 80.000 Einwohner*innen wie Marburg. Es macht einen großen Unterschied, ob man schon Strukturen wie ein Stadtteilzentrum mit Sozialarbeit etc. hat oder nicht wie z.B. in Hamburg auf der Veddel. Ein Teilnehmer gab zu bedenken, dass die Vorstellung von kommunaler Trägerschaft

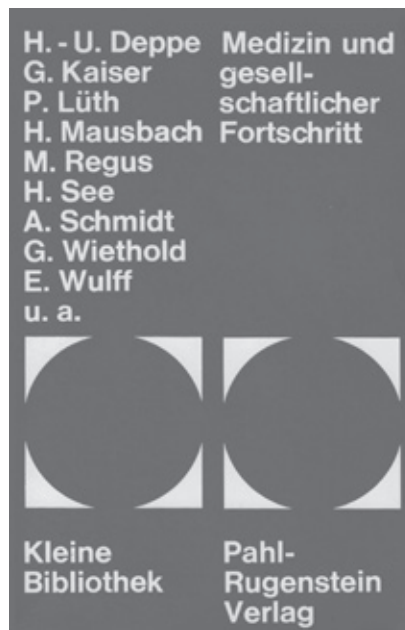
der Primärversorgung zu kurz greife, wenn sie nicht berücksichtige, dass es arme und reiche Kommunen gibt und dass man hier dann für einen Ausgleichsmechanismus sorgen müsste, der eine gleich gute Versorgung in allen Kommunen ermöglicht. Unklar blieb uns, wie genau die Zusammenarbeit von Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen und anderen Berufen in dem Nachbarschaftszentrum konkret organisiert werden wird. Die Teilnehmer*innen des Workshops hielten es für sinnvoll, diese Zusammenarbeit nicht dem zufälligen Gespräch auf dem Flur zu überlassen, sondern sie zu organisieren bzw. zu institutionalisieren. Weiterhin wurde diskutiert, inwiefern das Marburger Projekt überhaupt für uns von Interesse bzw. ein Vorbild für uns ist oder ob es nicht eher einen Almosen-Charakter habe, weil sich eine reiche Stadt ein Zentrum für ärmere Menschen leiste. Dem wurde allerdings von Vielen widersprochen, da erstens jedes zarte Pflänzchen eines sozialmedizinischen Ansatzes zunächst einmal begrüßt werden müsse und da es zum anderen sinnvoll ist, weil es 2.000 Bewohner*innen dieses Stadtteils von Nutzen ist. Dies führte Diskussion dahin, welche Position der vdää* zu solchen und anderen Projekten und Modellvorhaben hat. Es wurde allgemein sehr begrüßt, dass man in vdää*-Zusammenhängen solche Probleme aus einer linken Perspektive mit großer Sachkenntnis und Menschen mit viel praktischer Erfahrung diskutieren kann, dass es aber angesichts der aktuell rasant wachsenden Zahl an Vorschlägen und Modellen von anderer ambulanter Versorgung sehr nützlich wäre, Analysen des vdää* zu haben. Es wurde diskutiert, ob es eine weitere Broschüre des vdää* oder aber eine Ausgabe der Zeitschrift zu diesem Thema geben sollte. Es werden alle vdää*-Mitglieder eingeladen, beim AK Ambulante Versorgung, der tendenziell mit dem AK Stationäre Versorgung verschmolzen werden soll, mitzuarbeiten. Über evtl. geplante Exkursionen in den Odenwald und zu anderen MVZ-Genossenschaften werden die Mitglieder informiert. Was aus dem Projekt in Marburg wird, werden wir sicher bei der JHV 2023, die in Marburg stattfinden wird, erfahren.

Vom Marburger Kongress 1973 zum Gesundheitspolitischen Forum 2023

» Die Geister, die sie riefen ...« mahnte der Titel eines Berichtes im Deutschen Ärzteblatt (DÄB) 5/1973 über den Kongress »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt«, der am 20./21. Januar 1973 in Marburg tagte. Im Untertitel heißt es gar »Wie sich ›revolutionäre Traumtänzer‹ den ›sozialistischen Arzt‹ vorstellen.« Was erhitzte die Standesgemüter so übermäßig? Offensichtlich wurde diese Veranstaltung als Provokation empfunden. Was war geschehen?

An diesem Wochenende trafen sich 1.800 Personen um über Veränderungspotentiale im Gesundheitswesen zu diskutieren. Unter den Teilnehmenden waren Personen aus unterschiedlichen medizinischen Fachberufen – wobei Ärzt*innen und Medizinstudierende überwogen- Berufsvertreter*innen aus dem Sozialwesen, Gewerkschafter*innen, Kommunalpolitiker*innen, Wissenschaftler*innen etc.

Der den Kongress vorbereitende Initiativausschuss postulierte für die Gesundheitsberufe eine soziale Parteilichkeit, »die über die medizinische Hilfestellung für den einzelnen Menschen hinausdrängt.« Daraus wurde abgeleitet: »Die Bekämpfung von Krankheit und sozialen Missständen ist immer auch Parteinahme gegen ihre gesellschaftlichen und politischen Ursachen und für die Betroffenen.« Damit war die Frage der Klassenmedizin in der kapitalistischen Gesellschaft aufgeworfen. Neben teilweise kontrovers diskutierten Einschätzungen des Gesundheitssystems in der BRD wurden die zwei Tage genutzt, um einige Themenfelder gründlicher zu bearbeiten. Intensiv diskutiert wurde über die ambulante Versorgung. Dabei schmerzte es den Autor des erwähnten DÄB-Beitrages besonders, dass Forderungen nach Ambulatorien und Polikliniken als Alternative zur Einzelpraxis viel Zuspruch fanden. Thematisiert wurden auf dem Kongress auch die unterschiedliche regionale Verteilung der



Arztpraxen und die Problematik der Arzthonorierung. Die Diskussion um die stationäre Versorgung war u.a. geprägt von der Vorstellung des »klassenlosen Krankenhauses«, dessen Umsetzung an mehreren Orten angestrebt wurde. Auch der Personalmangel in den Kliniken wurde ausführlich thematisiert.

Aus heutiger Sicht ist auffallend, welche große Rolle die Arbeitsmedizin und die psychiatrische Versorgung spielten. Sicherlich dominierte auf dem Kongress die ärztliche Sichtweise, aber immerhin gab es neben der ärztlichen Ausbildung auch einen Schwerpunkt, der sich mit der Krankenpflegeausbildung beschäftigte.¹ Der Kongress positionierte sich gegen eine Standespolitik, deren Vertreter (Frauen spielten keine Rolle) zu einem guten Teil noch ihre ideologischen Wurzeln in der NS-Zeit hatten.

Der Marburger Kongress nahm die Impulse der kritischen Medizin in der Studentenbewegung auf und wirkte selbst als Impulsgeber für die nachfolgenden Generationen kritischer Mediziner*innen. Die Akteur*innen der kritischen Medizin gingen nach 1973 unterschiedliche Wege. Einige kandidierten auf Listen zu Wahlen in den Ärz-

tekammern, deren Zusammenschluss letztlich zur Gründung des VDÄÄ (heute vdää*) führte. Andere organisierten Gesundheitstage (1980, 1981, 1984). Dabei wurde so mancher Irrweg begangen und nicht selten landeten wir in Sackgassen. Dennoch gelang es, die gesundheitspolitischen Debatten nicht unerheblich zu beeinflussen.

Eine Reihe von Kernthemen, die die Diskussionen auf dem Marburger Kongress prägten, sind auch heute leitend für die Arbeit des vdää*. Sie stellen sozusagen die Essenz linker Gesundheitspolitik dar und prägten über Jahrzehnte die Programmatik des vdää*:

- Medizinische Versorgung darf sich nicht an kommerziellen Interessen orientieren; die Ausrichtung des Gesundheitswesens muss am Bedarf erfolgen.
- Alle müssen Zugang zur medizinischen Versorgung haben.
- Alle müssen im Bedarfsfall Anspruch auf die gleichen medizinischen Leistungen haben.
- Die Finanzierung muss solidarisch erfolgen.
- Patient*innen sind als Subjekt in der Krankenversorgung anzusehen.
- Sozialpräventive Maßnahmen müssen gestärkt werden.

Das gesundheitspolitische Forum und die JHV des vdää* sollen 2023 in Marburg stattfinden. Wir wollen in diesem Rahmen die linken gesundheitspolitischen Debatten der letzten 50 Jahre nachvollziehen und die Ergebnisse auf den Gebrauchswert für die aktuelle politische Arbeit des vdää* prüfen. Die Vorbereitungsgruppe würde sich über weitere personelle Verstärkung freuen.

Bernhard Winter

¹ Dokumentiert sind die Referate und Resolutionen in dem von H.-U. Deppe u.a. herausgegebenen Kongressband: Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln 1973. Er ist antiquarisch erhältlich.

Zum Tod von Hans Mausbach

Ein Nachruf von Winfried Beck

Hans Mausbach starb am 9. September 2022 im Alter von 85 Jahren. Sein Einfluss auf das deutsche Gesundheitswesen war erheblich.

Am 20. September 1970 wurde der Film »Halbgott in Weiß« in der ARD ausgestrahlt. Der Film brach ein Tabu, er begann nämlich die kritische Auseinandersetzung mit den kommerziellen Interessen der im Gesundheitswesen Tätigen und hier konkret innerhalb der Ärzteschaft. Seine vier wesentlichen Kritikpunkte waren: »Der Kampf um Laufbahn, Macht, Prestige und Geld wird auch auf dem Rücken der Patienten ausgetragen: 1. Experimente am Menschen dürften nach dem Sinngehalt unserer Verfassung nur nach Aufklärung und Einwilligung der Betroffenen durchgeführt werden. 2. Kommerzielle Interessen fließen gelegentlich sogar unmittelbar in die Operationsentscheidungen ein, ohne dass die Betroffenen davon etwas ahnen. 3. Mit der Gefälligkeitspublizistik für die Pharmaindustrie, für die die Kranken als Versuchsobjekte dienen, könnte man eine ganze pseudowissenschaftliche Bibliothek füllen. 4. Dieses System produziert Unselbstständigkeit, Karrieristentum um jeden Preis, gebrochenes Rückgrat am Fließband. Der Assistenzarzt, der untere solchen Bedingungen sich zum Oberarzt hochgekrochen hat, wird als Chefarzt im Krankenhaus die Last der erlebten Demütigungen auf seinen neuen, ihm wiederum hilflos ausgelieferten Untergebenen abwälzen. Ein Teufelskreis, den wir endlich durchbrechen müssen.«

Diese Kritik löste innerhalb der Ärzteschaft ein Erdbeben aus und hatte für Hans Mausbach schwerwiegende Folgen.

Nachdem die ärztliche Belegschaft des Krankenhauses, an dem Hans Mausbach angestellt war unter erheblichen Druck gesetzt worden war, er-

folgte seine sofortige Suspendierung zum 9. Oktober 1970 und die fristgemäße Kündigung zum 31. März 1971 durch den Arbeitgeber: »Das Pflegeamt der Stiftung Hospital zum Heiligen Geist ist aufgrund der Stellungnahme des Ärztlichen Direktors, des Direktors der Chirurgischen Klinik, der Oberärzte und des Assistentensprechers der Chirurgischen Klinik sowie des Personalrats zu der Überzeugung gelangt, dass der Betriebsfrieden nur wiederhergestellt und die ärztliche Versorgung der dem Krankenhaus anvertrauten Patienten gesichert werden kann, wenn Sie sofort aus dem Dienst ausscheiden.« Vorausgegangen waren »Intensivgespräche« mit den einzelnen Mitarbeitern.

Er wurde am 16. April 1971 in einer nicht öffentlichen Sitzung auf der 88. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie nach einer dreiminütigen Anhörung vom Berufsverband ausgeschlossen. Alle Bewerbungen im Raum Frankfurt für eine Weiterbildungsstelle zum Facharzt für Chirurgie wurden abgewiesen.

Das von Hans Mausbach kritisierte System hatte zugeschlagen.

Parallel dazu entwickelte sich jedoch in der Öffentlichkeit eine Gegenströmung. In Frankfurt kam es zu einem Schweigemarsch. Assistent*innen und Oberarzt*innen anderer Kliniken solidarisierten sich öffentlich mit Hans Mausbach. Mehr als tausend Unterschriften wurden unter ein Solidaritätsschreiben gesammelt. Medizinischen Fakultäten, Assistentenräte und die Studentenausschüsse von 16 Universitäten schickten Solidaritätsadressen und luden in 15 Städten zu Diskussionsveranstaltungen zu Themen wie »Demokratie im Krankenhaus«, »Arzt und Profit« und »Medizin in der Klassengesellschaft« ein.



Damit hatten die Standesfunktionäre nicht gerechnet.

Hans Mausbach erhob Klage vor dem Arbeitsgericht und erhielt durch die ÖTV Rechtsschutz durch alle Instanzen. Der öffentliche Druck wurde schließlich so groß, dass das Universitätsklinikum Frankfurt am Main ein Einstellungsangebot unterbreitete. Am 15. Juli 1971 konnte Hans Mausbach die neue Assistentenstelle in der Chirurgischen Universitätsklinik antreten und seine Facharztweiterbildung abschließen.

Es blieb noch das Verfahren vor dem Berufsgericht der Landesärztekammer Hessen und ein Strafantrag bei der Staatsanwaltschaft beim Landgericht Frankfurt wegen »Beleidigung, Verleumdung, usw.«. Auch diese Verfahren wurde später auf Druck auch der innerärztlichen Widerstände hin fallengelassen.

Hans Mausbach hatte also wegen dieser Fernsehsendung »Halbgott in Weiß« die Kündigung seines damaligen Arbeitgebers, den Ausschluss aus dem Berufsverband, monatelange Arbeitslosigkeit, eine Klage vor dem Arbeitsgericht und ein Berufsgerichtsverfahren erfolgreich überstanden.

Hans Mausbach

Eine gescheiterte Disziplinierung

Vorbemerkung

Mit diesem Bericht versuche ich, Erfahrungen weiterzugeben. Benutzt wurde, neben der angegebenen Literatur, eine Sammlung von Dokumenten, die bei mir eingesehen werden kann. Die Bearbeitung durch Auswahl und Kürzung war notwendig, um das Wesentliche hervorzuheben.

Ein Anspruch auf Objektivität wird nicht erhoben. In der Auseinandersetzung um antihumane Tendenzen der bürgerlichen Medizin muß man Stellung nehmen. Wer noch dazu persönlich verwickelt ist, kann gar nicht objektiv sein.

Die tägliche Krankenbehandlung stößt jeden Arzt auf den Zusammenhang von Krankheit und Klassenzugehörigkeit. Daß die Misere im Gesundheitswesen nicht auf das Versagen einzelner, sondern auf die Widersprüche, an denen die Gesellschaft krankt, zurückzuführen ist, liegt so sehr auf der Hand, daß es nur mit Mühe verschwiegen werden kann. Der ständische Disziplinierungsapparat (Zwangsmitgliedschaft und Berufsgerichtsbarkeit) dient als Instrument, um die Verbreitung und Anwendung dieser Einsicht zu behindern.

Während in der Bundesrepublik einige Großkonzerne sich anschicken, die Arbeitskraft von Ärzten kommerziell auszubehuten, klammert sich ärztliches Standeswesen und Standesdenken immer noch an die Illusion der „Freiberuflichkeit“. Wieder einmal versuchen die Standesorganisationen, die Kampfbereitschaft der lohnabhängigen Ärzte im Standesrahmen zu halten, indem sie den „Marburger Bund“ gegen die ÖTV, die Gewerkschaft der angestellten Ärzte, ausspielen. Aber auf den Transparenten stand: „Schluß mit der Ausbeutung am Arbeitsplatz!“ Streikende Ärzte entdecken, daß sie gemeinsame Interessen mit streikenden Arbeitern haben.

Die Disziplinierung war gescheitert. Die Zeiten hatten sich geändert.

Nach der Anerkennung als Facharzt für Chirurgie fand Hans Mausbach zwar keinen entsprechenden Arbeitsplatz als Chirurg im Raum Frankfurt, wurde schließlich aber dank der veränderten politischen Landschaft und der Unterstützung des damaligen Kultusministers in Hessen, Prof. Ludwig von Friedeburg, als Fachhochschullehrer in der Fachhochschule für Sozialarbeit in Frankfurt am Main eingestellt. Überzeugt hatten seine zahlreichen sozialpolitischen und sozialmedizinischen Veröffentlichungen. Auch hier setzte er sich im Fachbereich und im Senat für eine Demokratisierung der Hochschule und die Interessen der Studierenden ein. Darüber hinaus pflegte er viele Jahre die Kooperation zur Partnerhochschule in Marseille und gab dort regelmäßig Lehrveranstaltungen. Er übte diese Tätigkeit bis zur Pensionierung aus.

Die von Hans Mausbach ausgelösten breiten Diskussionen und Aktionen in den Krankenhäusern waren Anlass und Voraussetzung für den Kongress »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« in Marburg am 20. und 21. Januar 1973. Dort wurden mit den mehr als 1.800 Teilnehmern Forderungen zu einer grundlegenden Reform des Gesundheitswesens im stationären, ambulanten, arbeitsmedizinischen und vor allem auch des Pharmabereiches erörtert. Die Kritik an der psychiatrischen Krankenversorgung wurde vertieft und die ärztliche Ausbildung sowie die Pflegeausbildung kritisiert. Hans Mausbach war zusammen mit Hans-Ulrich Deppe, Erich Wulff und Anderen Veranstalter des Kongresses Medizin und Fortschritt.

Neben dem Marburger Bund als Standesvertretung allein für Ärztinnen und Ärzte wuchs der *Bund gewerkschaftlicher Ärzte (BgÄ)* innerhalb der ÖTV (heute ver.di) zu einer wirksamen Einrichtung mit der gewerkschaftlichen Vertretung aller im Gesundheitswesen Beschäftigten und nicht nur

der ärztlichen wie im »Marburger Bund«. Hans Mausbach war damals Vorsitzender in Frankfurt am Main. Hier wurde auch entschieden, in Hessen für die Landesärztekammer zu kandidieren. Hintergrund war neben der Kritik an den herrschenden Verhältnissen auch die Einsicht, dass die Landesärztekammern durchaus auch allgemeingesellschaftlich politische Stellungnahmen abgaben, z.B. zum Paragrafen 218, zu Umweltfragen, zum Sanitätsdienst bei der Bundeswehr etc., auch die Erkenntnis, dass wir als Pflicht-/Zwangsmitglied der Kammern nur dann Einfluss nehmen können, wenn wir uns in dieses Selbstverwaltungsorgan hineinbegaben und sei es mit dem langfristigen Ziel sie als ständische Organe aufzulösen. Die Beratungen gipfelten in der Kandidatur der *Liste demokratischer Ärzte* zur Kammerwahl 1976.

Der Erfolg war überraschend. Aus dem Stand erhielt die Liste 10,6% der Stimmen. Hans Mausbach war von 1980 bis 2004 Delegierter. Seine Anträge und Stellungnahmen bzw. Redebeiträge in den nur ärztlicherseits öffentlichen Delegiertenversammlungen hinterließen Spuren bis heute. Sie waren immer gekennzeichnet durch Sachlichkeit, klare Überzeugung, immer bemüht, Verletzungen auf der anderen Seite zu vermeiden. Der hessische Erfolg führte in West-Deutschland und Berlin zur Gründung der *Arbeitsgemeinschaft oppositioneller Listen*. In Berlin wurde 1987 Ellis Huber sogar Präsident der Landesärztekammer Berlin.

Angesichts der wachsenden Wirkung alternativer Argumente nicht nur auf Ärztetagen, sondern auch in der Öffentlichkeit wurde 1986 in Frankfurt am Main der *Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte* gegründet. Hans Mausbach war eines der Gründungsmitglieder.

Seit der Gründung der bundesdeutschen Sektion der *Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges (IPPNW)* 1982 war Hans Mausbach aktives Mitglied des 1985 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichneten ärztlichen Teils der Friedensbewegung. Er war aktiv in den regionalen Initiativen und fehlte auf keinem Ostermarsch in Frankfurt am Main, an dem er noch 2022 teilnehmen konnte.

Bei einer Gegenveranstaltung zum 83. Deutschen Ärztetag 1980, dem Gesundheitstag in Berlin versammeltem sich am 14. Mai 1980 im Audimax der TU Berlin über 3.000 Ärztinnen und Ärzte und andere Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen, die sich durch die Repräsentanten der Bundesärztekammer nicht vertreten fühlten. Bei der Eröffnungsveranstaltung zum Thema »Medizin im Nationalsozialismus und tabuisierte Vergangenheit – ungebrochen Tradition?« saß Hans Mausbach mit auf dem Podium.

Nach diesem Gesundheitstag änderte sich die historische Betrachtung der Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus. Dem Dogma, in der NS-Zeit seien nur einige wenige schwarze Schafe an den Verbrechen beteiligt gewesen, wich die Erkenntnis, dass die Ärzte zu großen Teilen willige Vollstrecker der NS-Ideologie waren. Jetzt erst konnte die Aufarbeitung der Geschichte der eigenen Berufsgruppe während der NS-Zeit in den einzelnen Landesärztekammern beginnen. Hans Mausbach war als Delegierter in der Landesärztekammer Hessen dabei eine treibende Kraft. Er veröffentlichte 1979 zusammen mit seiner Frau Barbara Bromberger das Buch: »Feinde des Lebens: NS-Verbrechen an Kindern«. Darin wurden die nationalsozialistischen Verbrechen an Kindern

Lesen, Hören, Anschauen – Tipps aus der Redaktion

Achim Teusch: Kein Bett zu viel

hg. von RLS, vdää* und Solidarisches Gesundheitswesen, Berlin 2022

Die Broschüre befasst sich mit der Krankenhausplanung in NRW, die als Blaupause für eine Krankenhausplanung in anderen Bundesländern dienen könnte. Achim Teusch nimmt eine kritische Bewertung verschiedener Gutachten und Entwürfe vor, die den Abbau von Bettenkapazitäten und damit die »Bereinigung des Krankenhausmarkts« zum Ziel haben. Statt einer bedarfsgerechten Planung wird hier nur eine Zentralisierung propagiert, die weitere Privatisierungen anheizen könnte.

https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/luxemburg_beitraege/lux_beitr_10_KeinBettZuViel_web.pdf



Eleonora Roldán Mendivil & Bafta Sarbo (Hrsg.): Die Diversität der Ausbeutung – Zur Kritik des herrschenden Antirassismus

Dietz Verlag, Berlin 2022

Nachdem wir uns in der Redaktion im vergangenen Jahr mit dem Begriff der »Intersektionalität« sowie aktuellen Diskursen um Rassismus und Antirassismus ausgetauscht haben, haben wir uns über das Erscheinen dieses Sammelbands gefreut, der verschiedene Beiträge zu einer marxistischen Rassismustheorie und zur Kritik eines liberalen Rassismusbegriffs liefert.



Podcast: Heile Welt

Den *Heile Welt* Podcast gibt es bereits seit 2019. Er wurde von zwei Medizinstudierenden ins Leben gerufen und beschäftigt sich mit Fragen an der Schnittstelle zwischen Medizin, Politik und Ethik. Verschiedene Interviewpartner*innen kommen zu sehr vielfältigen Themen zu Wort. So gab es bereits Folgen zur Stigmatisierung psychisch kranker Menschen, Behandlung Suchterkrankter und Gewalt in der Geburtshilfe. Auch Nadja Rakowitz vom vdää* war bereits zu Gast, um über Ökonomisierung im Gesundheitswesen zu erzählen.

<https://heileweltpodcast.com/>



auch in Form medizinischer Experimente in Konzentrationslagern, Zwangsarbeit etc. vertiefend dargestellt.

Er engagierte sich – nicht zuletzt auch wegen persönlicher Erfahrungen – in der Bewegung gegen die Berufsverbote nach dem Radikalenerlass vom 28. Januar 1972. Am 9. Oktober 1980 leitete er eine Konferenz im Gewerkschaftshaus Frankfurt am Main unter dem Titel »Gesinnungsdruck und demokratische Verantwortung«.

Ich habe Hans Mausbach seit dem Marburger Kongress 1973 als Delegierter der Landesärztekammer Hessen und im Vorstand des vdää begleitet.

Der Ausspruch von Sophie Scholl »Steh zu den Dingen, die Du glaubst, auch, wenn Du alleine dort stehst«, trifft auf wenige Menschen so zu wie auf Hans Mausbach. Im Gegensatz zu Sophie Scholl war es ihm vergönnt, unter den parlamentarisch-demokratischen Bedingungen der noch jungen Bundesrepublik Deutschland, Mitstreiter für seine Vorstellung eines sozialen und humanen Gesundheitswesens zu finden.

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland wäre ohne Hans Mausbach heute nicht so wie es ist. Der Abbau der Hierarchien in den Krankenhäusern, die erdrückende und repressive Atmosphäre sind Geschichte. Dies bedeutet jedoch nicht, dass im Sinne von Hans Mausbach nicht noch Vieles aufzuarbeiten wäre: An fachfremder Hierarchie mangelt es immer noch nicht in Krankenhäusern, es gibt immer noch die Verschränkung zwischen ärztlicher Profession und Pharmaindustrie, die Zweiklassenmedizin mit unterschiedlicher Diagnostik und Therapie bei Privat- und Kassenpatienten ist keineswegs verschwunden. Im Gegenteil: Neu hinzugekommen sind die sogenannten IGeL-Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen), die Kassenpatienten als zusätzliche private Leistungen angeboten und vielerorts auch aufgedrängt werden. Und der zunehmende Einfluss von Finanzinvestoren auf Einrichtungen im Gesundheitswesen stellt eine neue Gefährdung dar. Sie würden Hans Mausbach auf den Plan rufen.

Wir alle haben mit ihm einen Großen verloren.

Es ist an uns und vor allem den Jüngeren in der fortschrittlichen Ärztebewegung die Erinnerungen an Hans Mausbach wachzuhalten.

**Winfried Beck
im September 2022**

Fernsehsendung Panorama: »Halbgott in Weiß« von Gill, Radio Bremen 20. September 1970

Hans Mausbach: »Eine gescheiterte Disziplinierung«, in: Das Argument Nr. 69: Dezember 1971, S. 971-1002

Deppe, H.-U./ Kaiser, G./ Lüth, P./ Mausbach, H., u.a. (Hrsg.): »Medizin und Fortschritt«, Band 42, Köln 1973

Winfried Beck, Hans-Ulrich Deppe, Renate Jäckle, Udo Schagen (Hg.): »Ärzteopposition«, Neckarsulm und München 1987

Ein Nachruf

auf den Sozialpsychiater Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner von Karl H. Beine

Klaus Dörner

(22. November 1933 – 25. September 2022)

Das Leben wird vorwärts gelebt und rückwärts verstanden. Klaus Dörner hat diese Kierkegaardsche Weisheit konsequent angewendet auf die Psychiatrie.

Grundlegend seine Studie »Bürger und Irre« von 1969, mit der zentralen Botschaft, dass die Kasernierung der »Unvernünftigen«, der »Irren« und damit ihr Verschwinden aus dem gemeinschaftlichen Alltag gefährlich ist.

Mit Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit 1968 in Hamburg traf er auf eine Psychiatrie, die ihre jüngere Geschichte verdrängt hatte. Allzu verstrickt waren die nach 1945 psychiatrisch Verantwortlichen in die Verbrechen der deutschen Psychiatrie zwischen 1933 und 1945. Es folgte ein jahrelanger zäher Kampf um die Rehabilitation der Opfer, denen allzu lange Anerkennung und Entschädigung verweigert wurden. Hartnäckig und mit großem Engagement gelang es Klaus Dörner, dass der Nürnberger Ärzteprozess von 1946/47 vollständig dokumentiert wurde und er 2001 – gemeinsam mit Angelika Ebbinghaus – den Sammelband »Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen« herausgeben konnte. Diese Medizinverbrechen waren auch möglich geworden, weil eine seelenlose Medizinbürokratie zentralen Zugriff auf die psychisch kranken Menschen in den Heil- und Pflegeanstalten hatte.

Diese historische Erfahrung hat seine tiefe Skepsis gegen die dauerhafte Unterbringung von chronisch psychisch kranken Menschen begründet. Und so hat er in seiner Zeit als leitender Arzt der Westfälischen Klinik in Gütersloh zwischen 1980 und 1996 bewiesen, dass die Dauerhospitalisierung chronisch psychisch kranker Menschen unsinnig und menschenfeindlich ist und sämtlichen sogenannten »Langzeitpatienten« der Gütersloher Klinik ein freies Leben in ihrer Heimatgemeinde ermöglicht. In seinem Buch »Ende der Veran-

staltung: Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie« wurden die Ergebnisse zusammengetragen. Hier kann man nachlesen, wie sich die Lebensqualität der sogenannten Langzeitpatient*innen entwickelt hat.

Von 1986 bis 1996 war Klaus Dörner der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Witten/Herdecke. Einzig war seine Art zu lehren. »Die Person ist das einzige Mittel in der Psychiatrie, das zählt« – das war einer seiner Lehrsätze. Er hatte ein echtes Interesse für den Anderen, den Fremden und ein feines Gespür für die Grenzen des Verstehens. Die Anleitungen für ein solches Psychiatrieverständnis sind in seinem gemeinsam mit Ursula Plog verfassten Lehrbuch »Irren ist menschlich« überzeugend beschrieben.

Die wohl schwierigste Zeit seines Berufslebens hat Klaus Dörner in den Jahren 1990/91 erlebt. Er musste erfahren, dass in der eigenen Gütersloher Klinik ein Krankenpfleger schutzbefohlene Patient*innen getötet hatte. Dörner ist offen mit eigenen Fehlern umgegangen und hat seine Überlegungen dazu mehrfach aufgeschrieben und in einem eindrücklichen Vortrag 1992 in Berlin referiert.

Klaus Dörner war nie everybody's darling. Er wurde in Hamburg als Chefarzt nicht gewollt. »Ich war ein rotes Tuch für alle anständigen Hanseaten« – so sagte er es selbst einmal. Sein konsequentes Eintreten für die Rechte psychisch kranker Menschen war keinesfalls unumstritten. Klaus Dörner sagte, was er dachte, und tat, was er sagte.

Die deutsche Psychiatrie verliert eine prägende und inspirierende Persönlichkeit – aber: Das Leben wird rückwärts verstanden und vorwärts gelebt.

Witten, im Oktober 2022

Karl H. Beine war der Nachfolger von Klaus Dörner auf dem Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Witten/Herdecke

Şebnem Korur Fincancı

Felix Ahls zu den Hintergründen der Verhaftung in der Türkei

Am 26. Oktober 2022 wurde die Vorsitzende des Türkischen Ärztenverbandes (*Türk Tabipleri Birliği, TTB*), die Rechtsmedizinerin und Professorin Şebnem Korur Fincancı, in einer öffentlichkeitswirksamen Aktion vor laufenden TV-Kameras von einer Anti-Terror-Einheit in ihrer Wohnung in Istanbul verhaftet; sie befindet sich seitdem in Haft. Einige Tage vor der Festnahme wurde durch die Staatsanwaltschaft eine Untersuchung wegen des Vorwurfs der »Propaganda für eine Terrororganisation« eröffnet. Auslöser war ein Interview, in dem sie ein Video kommentierte, das zwei Mitglieder der PKK nach einem Chemiewaffenangriff der türkischen Armee im Irak zeigen soll. Korur Fincancı hatte gesagt, dass die sichtbaren Symptome durch toxische Substanzen ausgelöst sein können und dass in diesem Fall eine unabhängige Untersuchung stattfinden sollte.

Korur Fincancı, die seit vielen Jahren eine global tätige und bekannte Expertin für die Untersuchung von Folter ist und Mitautorin des *Istanbul Protocol*, wurde schon für ihre Unterschrift unter dem Aufruf der »Akademiker*innen für den Frieden« (Barış İçin Akademisyenler) zu mehreren Jahren Haft verurteilt, die sie wegen des noch laufenden Einspruchsverfahrens noch nicht absitzen musste.

Vertreter*innen der Regierung der Türkei, darunter Präsident Recep Tayyip Erdoğan und Innenminister Süleyman Soylu sowie der Vorsitzende der die AKP-Regierung stützenden Partei MHP Devlet Bahçeli äußerten sich verächtlich gegenüber Prof. Korur Fincancı, forderten ihre Bestrafung und sprachen sich für eine Säuberung des TTB, unter anderem für eine Absetzung des Zentralrats, aus. Der Dachverband der Türkischen Ärztekammern ist mit seinen ca. 100.000 Mitgliedern eine wichtige oppositionelle Kraft in der Türkei besonders gegen den neoliberalen Umbau des Gesundheitssystems und Menschenrechtsverletzungen und wird

entsprechend schon seit einiger Zeit von der Regierung bedroht und diffamiert. Im Dezember 2022 wurden nun nach entsprechenden Ankündigungen der Regierung auch Untersuchungen auf Basis von Terrorismus-Vorwürfen gegen die restlichen Zentralratsmitglieder des TTB eröffnet.

Seit dem Tag der Festnahme zeigte sich eine breite und globale Solidarität mit der verfolgten Kollegin Şebnem Korur Fincancı durch viele ärztliche und medizinische Organisationen, die teils über Jahre mit ihr zusammengearbeitet haben. Darunter sind der *Weltärztebund*, mehrere deutsche Ärztekammern, die *IPPNW*, der *International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT)*, *Physicians for Human Rights (PHR)*, das *Latin American and Caribbean Network of Health Institutions against Torture, Impunity and other Human Rights Violations (Red Salud DH)*, die *British Medical Association*, die *American Medical Association* und der *Ständige Ausschuss der Ärzte der Europäischen Union (Comité Permanent des Médecins Européens, CPME)*. Der vdäa* teilt die Einschätzungen und Forderungen dieser Organisationen und beteiligt sich an den Bemühungen für ihre sofortige Freilassung. Nach einhelliger Meinung auch mehrerer Sonderberichterstatter der Vereinten Nationen ist dieses Verfahren eine willkürliche, politische Verfolgung unter Zuhilfenahme der Justiz und entbehrt jeglicher Rechtsstaatlichkeit.

Demgegenüber bestätigt das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland in seiner Antwort auf unseren Offenen Brief wieder einmal, dass Demokratie und Menschenrechte für die deutsche Regierung weit hinter ökonomischen und staatlich-geostrategischen Interessen gestellt werden. Gerade in Bezug auf die Türkei zeigt sich hier eine deutliche Kontinuität, wenn die Bundesregierung in diesem ganz öffentlich politisch betriebenen Prozess gegen eine wichtige oppositi-

onelle Stimme und Organisation, ein »rechtsstaatlich einwandfreies« Verfahren einfordert. Kurz vor den wichtigen Präsidentschaftswahlen in der Türkei im Jahr 2023 eskaliert die seit Jahren zunehmende antidemokratische Politik der autoritären und zunehmend religiös-faschistischen türkischen Regierung. Vor dem Hintergrund der Aufhebung der Gewaltenteilung, offener staatlicher Gewalt und Folter, völkerrechtswidriger Kriege und Kriegsverbrechen, Verhaftungswellen gegen Journalist*innen und oppositionelle Politiker*innen, massenhafte Absetzungen oppositioneller gewählter Bürgermeister*innen, ist geradezu absurd, ein rechtsstaatliches Verfahren anzumahnen.

Şebnem Korur Fincancı hat in den vielen Jahren ihrer ärztlichen Arbeit schon viel Unrecht, Schmerz und Dunkelheit erlebt. Sie machte immer weiter, trotz der Drohungen und Verfolgungsmaßnahmen. Ihre Verteidigungsreden und Nachrichten aus dem Gefängnis sind, wie auch die Kundgebungen ihrer Kolleg*innen in der Türkei, großartige Zeichen der Kraft, Solidarität und auch eines ärztlichen Selbstverständnisses, das untrennbar von einem politischen und gesellschaftlichen Einsatz für das Wohl der Bevölkerung ist. In einer Nachricht aus dem Gefängnis schrieb Şebnem an uns alle gerichtet, die für eine demokratische Zukunft eintreten:

**»Aynı umutla ve eylemci
iyimserlikle mücadeleye devam
edeceğiz.«**

**»Wir werden den Kampf mit
dem gleichen hoffnungsvollen
und aktivistischen Optimismus
weiterführen.«**

Insofern sollten wir unseren Kampf für eine gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung, gegen Profit und Marktstrukturen, für eine Demokratisierung aller Gesellschaftsbereiche, für das universale Recht auf Gesundheitsversorgung und für die Achtung der Menschenrechte auch als ein Zeichen der Solidarität mit Şebnem Korur Fincancı und allen verfolgten Kolleg*innen verstehen und ihn hoffnungsvoll fortsetzen.

Etikettenschwindel statt Revolution

Thomas Böhm und Nadja Rakowitz über die Vorschläge zur Reform der Krankenhäuser

Dass es in deutschen Krankenhäusern nicht rund läuft, wird in der bürgerlichen Öffentlichkeit spätestens seit Corona diskutiert. Dass das etwas mit der Finanzierung durch Fallpauschalen (sogenannte DRG) zu tun hat, ebenfalls. Dass die Zustände bisweilen dramatisch sind, hat aber nichts mit Corona zu tun, sondern gehört zum Alltag in einem Krankenhaussystem, das durchökonomisiert wurde. Anfang Dezember hatte die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (Divi) auf die »katastrophale Lage« in der Pädiatrie aufmerksam gemacht. Das DIVI spricht von fast 40 Prozent gesperrten Intensivbetten in den bei ihm gemeldeten Krankenhäusern. Der Grund für die Sperrung sei hauptsächlich der Personalmangel.¹

Faktisch ist dieser Mangel das Resultat der Ökonomisierung der Krankenhäuser, die wir seit Einführung der Fallpauschalen 2004 erleben: Diese brachten die Möglichkeit, Profite und Verluste mit der Bewirtschaftung von Krankenhäusern zu machen. Die wirtschaftlichen Anreize sorgen in allen Krankenhäusern unabhängig von der Trägerschaft für Personalabbau auf der einen und Fokussierung auf lukrative Behandlungen auf der anderen Seite. Dies führt zu Unter- Über- und Fehlversorgung, weil die Leistungen nicht nach dem Bedarf der Patienten gesteuert werden, sondern über Preise. Um in der Konkurrenz eines solchen Preissystems zu bestehen, müssen die Abläufe beinahe auf Effizienz getrimmt werden. Mit kranken Kindern lässt sich das nur schwer machen. Die Pädiatrie ist deshalb im DRG-System nicht lukrativ; Abteilungen werden geschlossen oder das Personal flieht. Brandbriefe und Initiativen dagegen gibt es inzwischen viele.

Während des ganzen Jahres 2022 hat der Gesundheitsminister Lauterbach vielleicht deshalb immer wieder versprochen: »Kinderkliniken kom-

men aus der Fallpauschale, dann gibt es auch kein Defizit mehr.« Am 23.10. hat Lauterbach dann an prominenter Stelle im ZDF heute journal angekündigt, dass die von ihm eingesetzte Expertenkommission gerade an einem Konzept für eine »große Reform der Fallpauschalen, einer Überwindung der Fallpauschalen« arbeite. Das Fallpauschalensystem habe sich seit seiner Einführung, an der Lauterbach selbst beteiligt war, »so stark verselbständigt, dass der ökonomische Druck zu stark« sei. Von Daseinsvorsorge war plötzlich wieder die Rede und der von uns oft gebrauchte Vergleich mit der Feuerwehr, die auch bezahlt wird, wenn es nicht brennt, wird plötzlich nicht mehr ignoriert oder belächelt sondern zustimmend aufgegriffen. Ja, da wolle man hin. Ein paar Tage später in einer Talkshow nahm Lauterbach für seine Pläne gar das Wort »Revolution« in den Mund und etwas nüchterner sprach er dann von einer »dramatischen Entökonomisierung der Krankenhäuser«.

Am 6.12. stellte die 17-köpfige Expertenkommission die »Revolution« in einer Pressekonferenz vor: Neben einigen Medizinern und Juristen sitzen

in dieser Kommission eine Expertin für Pflege, ein Pharmazeut, ansonsten aber Volkswirte und Gesundheitsökonominnen. Von letzteren aber nicht irgendwelche, sondern genau die Neoliberalen, die bislang immer nur dadurch aufgefallen sind, dass sie noch mehr Markt und Konkurrenz einführen und gleichzeitig Krankenhäuser schließen und zentralisieren wollen: Boris Augurzyk und Reinhard Busse. Diese beiden haben zusammen mit Tom Bschor, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und langjähriger Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie der Schlosspark-Klinik Berlin, und Christian Karagiannidis, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin, die »Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung«² federführend erarbeitet (S. 32), die im Folgenden dargestellt und kritisiert werden soll. Die hier vorgestellte Kritik basiert auf ausführlichen Diskussionen im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, das eine 20-seitige Stellungnahme dazu erarbeitet hat.



Solidarity with Iranian Protests, Matt Hrkac, CC BY 2.0

■ Was glauben Sie, wer Sie sind? Bundespressekonferenz und Aktuelle Stunde

Zunächst fiel bei der Pressekonferenz³ auf, dass Augurzky und Busse nicht mit auf dem Podium saßen, sondern neben dem Minister nur Praktiker aus der Kommission: Bschor, Karagiannidis, Gürkan, die im Moment u.a. stellvertretende Aufsichtsratsvorsitzende der Charité ist. Sowohl Lauterbach als auch Karagiannidis betonten, dass das vorgestellte Konzept ein »rein wissenschaftliches« sei, bei dem man die Lobbyisten aber auch die Politik ferngehalten habe. Der Sinn dieses Framings wurde dann in der Aktuellen Stunde des Bundestags am 15.12.2022 deutlicher. Hier sagte Lauterbach: »Wir wollen jetzt eine Entökonomisierung. Uns haben Sachverständige aus der Pflege, aus den Krankenhäusern, aus der Ökonomie beraten, die wir gebeten haben: Macht kluge Vorschläge, damit wir dieses ökonomische System überwinden! ... Das sind kluge Vorschläge ... Sie glauben, dass Ihre Vorschläge besser sind als die Vorschläge der Wissenschaft? Das ist eine Missachtung der Wissenschaft. Was glauben Sie denn, wer Sie sind?«⁴

Wir halten es für hochproblematisch, wenn Kritik im Parlament abzuwürgen versucht wird mit dem Hinweis auf die Wissenschaftlichkeit eines politischen Vorschlags. Das unterstellt bzw. will uns weismachen, dass Wissenschaft – zumal Gesundheitsökonomie – im polit-ökonomisch luftleeren Raum agiere bzw. selbst nicht polit-ökonomische Prämissen und entsprechende Implikationen habe. Wie sehr sich die neoliberalen Vorstellungen ins das Konzept drängen, kann man sehen, wenn man sich die Vorschläge genauer anschaut.

■ Bankrotterklärung des DRG-Systems, aber keine Überwindung in Sicht

Während man bisher bloß ein paar Auswüchse zugestanden hatte, die innerhalb des Systems abgeschafft werden könnten, zeigten sich in jüngster Zeit, schon größere Risse im argumentativen Gebäude. Jetzt aber hatte

man in der Pressekonferenz den Eindruck, dass es – zumindest, was die Problemanalyse angeht – zusammenfällt. Auch in dem Kommissionspapier lesen wir eine Bankrott-Erklärung des DRG-Systems (S. 6); viele Argumente von Kritikern werden plötzlich vom Gesundheitsminister selbst genannt. Mitnichten folgt daraus aber die vorher großangekündigte »Überwindung der DRG«. Bereits in der Präambel (S. 3) wird ausgeführt, dass es mit dieser nicht so weit her ist: »Die Kommission geht aber zugleich davon aus, dass Leistungsanreize erhalten bleiben müssen, weil auch eine ausschließlich leistungsunabhängige Vergütung – etwa in Form eines zu 100 Prozent garantierten Budgets oder einer Selbstkostendeckung – Fehlanreize setzt und erhebliche Risiken für eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung sowie finanzielle Risiken für die Kostenträger auslösen würde.«

Neben dem Eingeständnis, dass es nicht um die Überwindung der DRGs geht, ist interessant, dass die Kommission es offensichtlich für notwendig hält, sich von der von uns geforderten Selbstkostendeckung – über Jahrzehnte ein Unwort – abzugrenzen. Einmal abgesehen davon, dass ein »garantiertes Budget« etwas anderes ist als Selbstkostendeckung, weil im Rahmen von Budgets weiterhin Gewinne möglich sind und finanzielle Fehlanreize bestehen (Kostendumping, Verschiebung/Beendigung der Leistungserbringung bei Aufbrauchen des Budgets), stimmen die Argumente gegen Selbstkostendeckung nicht. Entgegen aller Behauptungen ist Selbstkostendeckung kein Selbstbedienungsladen, denn den Kassen gegenüber muss jährlich Rechenschaft darüber abgelegt werden, wie die Gelder der Kassen verwendet wurden. Der große Vorteil der Selbstkostendeckung liegt aber darin, dass gerade die bedarfsgerechte Versorgung in den Mittelpunkt des Handelns der Krankenhäuser gestellt werden kann, unbelastet von finanziellen Zwängen oder Erwägungen.

Was die Kommission aber suggerieren will, ist, dass ihr Vorschlag der Vorhaltepauschalen zumindest zum Teil eine solche Wirkung habe und zur versprochenen Entökonomisierung

beitrage: Nachdem schon unter Jens Spahn die »Pflege am Bett« aus den DRG herausgenommen wurde (entspricht ca. 20% des Volumens der DRGs) und seitdem tatsächlich nach dem Prinzip der Selbstkostendeckung finanziert wird, soll es nun eine Vorhaltevergütung in Höhe von 20% der bisherigen DRG-Erlöse geben bzw. eine Vorhaltevergütung von 40% für Intensivmedizin, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie; die DRG werden in dieser Höhe abgesenkt. Die Einführung soll über eine Konvergenzphase von 5 Jahren (mit niedrigeren Prozentzahlen) erfolgen. Die Gesamtvergütung bleibt gleich, die Vergütung wird nur in anderer Form ausgezahlt.

Die Frage ist: Sind von der anderen Vergütungsform »Vorhaltefinanzierung« bedarfsgerechte und angemessene Effekte zu erwarten? Die Kommission sagt »ja« (S. 20), weil der Leistungsbezug (DRGs) nur noch teilweise vorhanden ist und damit der Druck niedriger werde und man sich wieder mehr medizinischen Fragen und Aufgabenstellungen widmen könne. Unsere Erfahrung sagt »nein«, weil auch und gerade von niedrigeren DRGs derselbe Anreiz zu Kostendumping und Mengenausweitung ausgeht – insbesondere, wenn die Höhe der Gesamtfinanzierung gleich bleibt. Umgekehrt wird ein Schuh draus: Gerade, weil die finanziellen Gestaltungspielräume eingeschränkt werden, wird der (phantasievolle) Leistungswettbewerb im »Rest-DRG-Bereich« noch mehr angefacht werden. Dies gilt insbesondere, weil diese Art der Vorhaltefinanzierung mitnichten eine Kostendeckung wie bei der Pflege am Bett darstellt, sondern eine alternative mengenabhängige Teilfinanzierung über ein Budget in einem weiterhin finanzgesteuerten Preissystem.

Neben ein paar anderen Details soll eine weitere Besonderheit für die Vergütung der Kinder- und Jugendmedizin gelten: Für die Vergütung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollte aufgrund ihrer besonderen Vulnerabilität und des erhöhten Aufwands in der medizinischen Versorgung ein Sonderfonds aufgelegt werden. Aus dessen Mitteln sollte ein Aufschlag von bis zu 20% auf die bisherigen DRG-Erlösvolumina der Leistungsgruppen



Iran Protests, Flickr, Taymaz Valley, CC BY 2.0

der Pädiatrie und Kinderchirurgie erfolgen, so das Kommissionspapier (S. 22). Grundsätzlich ist es richtig, dass die Kinder- und Jugendmedizin besser vergütet werden muss. Die Probleme liegen aber wieder im Detail: Zum einen ist unklar, ob der Sonderfonds on top kommt oder ebenfalls der generellen Deckelung unterliegt. Dann würde es sich nur um eine Umverteilung handeln: Was die Kinder- und Jugendmedizin mehr bekommt, würde bei den anderen abgezogen werden. Das größere Problem ist aber, dass die Erhöhung selbst an die abgerechneten DRGs gekoppelt ist und damit wieder mengenabhängig vergeben wird. Damit wird die finanzielle Steuerung über Preise sogar noch gestärkt. Abkehr vom DRG-System? Fehlanzeige

Noch deutlicher wird das bei der Verteilung des allgemeinen Vorhaltebudgets. Um diese zu verstehen, muss man zunächst wissen, welche Strukturreformen geplant sind. Die Krankenhäuser werden 3 Versorgungsstufen zugeteilt: Level I, Level II und Level III. Das ist nichts wirklich Neues und entspricht den altbekannten (zwischenzeitlich in vielen Bundesländern aufgegebenen) Versorgungsstufen aus den Krankenhausplanungen der Länder: Grundversorgung, Zentralversorgung und Maximalversorgung. Jedem Level sollen bundeseinheitliche Strukturqualitätsanforderungen und Leistungsgruppen zugeordnet werden. Es soll 128 Leistungsgruppen geben,

die sich aus den Diagnosen und den Operations- und Prozedurenschlüsseln ergeben. Sie definieren den Versorgungsauftrag, also das, was die Krankenhäuser eines Levels behandeln dürfen. Krankenhäuser mit höherem Level dürfen auch die Leistungsgruppen der niedrigeren Level behandeln.

Diese Aufteilung ist grundsätzlich sinnvoll. Aber welche Auswirkungen hat sie auf die flächendeckende Versorgung bei weiter bestehenden Preiselementen (DRGs)? Ein Problem ist, dass solche detaillierten Definitionen hohe Hürden darstellen und missbraucht werden können, um Krankenhäuser von der Versorgung auszuschließen. So erscheinen z.B. die Anforderungen für Level II auffallend hoch und können, so unsere Einschätzung, zu unsachgemäßen Schließungen führen. Daraus, dass dies auch ein Zweck der Reform ist, wird von Seiten der Kommission kein Hehl gemacht. Sie erwartet einen »deutlicher Anreiz zur engeren Kooperation zwischen Krankenhäusern (...) bis hin zum Austausch von Leistungsgruppen«. »Auch könnten verschiedene Standorte mit niedrigem Versorgungsgrad zu einem Standort mit hohem Versorgungsgrad fusionieren«. (S. 10). Die Kommission schlägt also Kooperation auf einem von schärfster Konkurrenz bestimmten Markt mit mächtigen privaten Akteuren vor. Das kann nicht ernst gemeint sein. Realistischer ist es anzunehmen,

dass kleine Kliniken von größeren geschluckt oder schlicht »vom Markt genommen« werden.

■ Abschaffung der DRG – zusammen mit der Abschaffung kleiner Krankenhäuser?

Für einen Teil der Krankenhäuser des Level I (Grundversorger) ist ein kompletter Umbau geplant »Level-Ii-Krankenhäuser verbinden wohnortnah zu meist allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten, in denen Patientinnen und Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden können.« Die Leitung kann durch qualifizierte Pflegefachpersonen mit Zusatzweiterbildung erfolgen, die Vergütung erfolgt durch »sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen (Tagessätze) für die Akutpflege«. (S. 16)

Auch dies ist keine sachgerechte Kostendeckung, denn Tagespauschalen haben den Anreiz, die Verweildauern zu verlängern – zumindest so lange, bis die Kosten den degressiven Tagessatz überschreiten. Dabei fällt wieder eine sachfremde Entscheidung (es lohnt sich nicht mehr) statt einer bedarfsgerechten (kann die Patientin aus medizinischer und pflegerischer Sicht schon entlassen werden?). Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt gesondert. Offensichtlich zielt dieser Vorschlag dahin, diese Krankenhäuser – zugespitzt ausgedrückt – in bessere Pflegeheime zu verwandeln. Er bedeutet eine Stärkung des niedergelassenen Bereichs und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Damit werden die dort schon lange herrschende Ökonomisierung und Privatisierung weiter vorangetrieben und es wird den Private-Equity-Fonds ein neues Geschäftsfeld eröffnet. Der Vorschlag ist weit davon entfernt, die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen, was eigentlich notwendig wäre. Aber hier wird das Versprechen der Entökonomisierung so eingehalten, dass zwar die DRG nicht mehr gelten, dafür die Ökonomisierung des ambulanten Sektors.

■ Jetzt aber: Entökonomisierung und Unabhängigkeit von den Leistungen – oder doch nicht?

Nun aber zurück zu den Vorhaltepau-schalen, dem Kern des Vorschlags zur dramatischen Entökonomisierung. Ausgangspunkt der Verteilung der Gelder sollen die jetzigen DRG-Erlöse der jeweiligen Leistungsgruppen sein. Sie sollen dann nach Fallzahlen (Jahre 2023 und 2024) auf die einzelnen Krankenhäuser verteilt werden. Ein klarer Mengenbezug, der das nächste Problem produziert: Wer es schafft in den nächsten beiden Jahren in seinen Leistungsgruppen die Fallzahlen zu steigern, ist Nutznießer – also wieder ein Anreiz zur Mengenausweitung. Das erkennt auch die Kommission, deshalb soll mittelfristig nach der Konvergenzphase auf einen anderen Verteilungsmechanismus umgestellt werden: Auf einen Mix aus Bevölkerungsbezug, Prozess- und Ergebnisqualität und Fallmenge.

Das Vorhaltebudget soll pro Leistungsgruppe vergeben werden. Es soll nur zugeteilt werden, wenn eine Mindestfallzahl in der jeweiligen Leistungsgruppe erreicht wird und die Höhe soll abhängig sein von der Zahl der zu versorgenden und versorgten Patienten (Bevölkerungsbezug). Was ist daran Vorhaltefinanzierung, was leistungsunabhängig? Tatsächlich ist das keine Vergütung für reale Vorhaltekosten, sondern einfach ein Budget, das zum einen Gewinne und Verluste erlaubt und zum anderen anfällig ist für finanzielle Fehlanreize. Im konkreten Fall ist es massiv leistungsabhängig, es soll zusätzlich noch zur finanziellen Steuerung von strukturellen Veränderungen eingesetzt werden und es ist nicht zweckgebunden (wie z.B. das Geld für die Pflege am Bett), so dass die Gelder für alles – incl. Ausschüttung als Dividende – eingesetzt werden können.

Es kommt noch toller. Den Autoren fällt auf, dass eine Zuteilung des Vorhaltebudgets nur nach dem Be-

völkerungsbezug das »Risiko« bergen würde, dass »Krankenhäuser mit einer ungenügenden Behandlungsqualität, die von der Bevölkerung möglicherweise gemieden werden, lediglich aufgrund der Bevölkerungszuordnung ein hohes Vorhaltebudget erhalten« (S. 25) Es braucht also noch ein anderes Kriterium: Eines der beiden anderen Kriterien, das die leistungsunabhängige Vorhaltevergütung gewährleisten soll, ist – Überraschung – neben dem indirekten (s.o.) ein direkter »Mengenbezug«.



Alisdare Hickson, Masha Amini Protest, 08.10.2022, Flickr, CC BY-SA 2.0

Dem ist nichts hinzuzufügen, außer der Frage, warum man nicht einfach die tatsächlichen Vorhaltekosten refinanziert oder besser die gesamten Personalkosten aus den DRGs ausgliedert? Wahrscheinlich doch deshalb, weil das eigentliche Ziel weiterhin ist, den Leistungsbezug zu erhalten und damit finanziell steuernd einzugreifen. Alle diese Ungereimtheiten sind die Folge davon, dass man weiterhin mit allen Mitteln die finanzielle Steuerung aufrechterhalten will, so dass Gewinne/Verluste weiterhin möglich sind.

Damit kommen wir zur dritten Komponente, nach der die Vorhaltebudgets verteilt werden sollen: zum Qualitätsbezug: »Je nach Leistungsgruppe sollen geeignete Kriterien der Prozess- und Ergebnisqualität die Höhe des Vorhalteanteils beeinflussen und damit gute Qualität fördern (...). Eine reine Orientierung an Qualitätsparametern wird von der Regierungskommission aber nicht empfohlen, weil die Messung von Prozess- und Ergebnisqualität nur eingeschränkt valide möglich ist und die besten Pa-

rameter für viele Leistungsgruppen strittig sind.« (S. 25) Die Parameter sind zwar strittig, aber sie machen es trotzdem. Auch hier muss die Frage gestellt werden: Was hat das mit den Vorhaltekosten zu tun? Es handelt sich doch auch wieder um den Ansatz, dass finanziell gesteuert wird (Belohnung/ Bestrafung), anstatt die Qualität an allen bedarfsnotwendigen Standorten zu fördern und dort, wo es an Qualität mangelt, mehr Geld zu investieren und die Qualität anzuheben.

Wo man also hinschaut, bleibt es bei Mengen- oder gleich Geldsteuerung. Und man darf ja nicht vergessen, dass die DRG-Logik noch bei 60 % der Einnahmen genauso am Werk ist wie früher. Kurzum, hier waren neoliberale bürgerliche Ökonomen am Werk und haben das gemacht, was sie können: Ein Konzept, wie sich Ökonomen die Gesellschaft bzw. das Gesundheitswesen vorstellen. Der Auftrag war anscheinend, die DRG aus der Kritik zu nehmen. Aber überall, wo

sie ansetzen, kommt wieder Ökonomisierung heraus. Angereichert nun durch garantiert noch mehr Bürokratie, denn all diese Abgrenzungen und Kriterien müssen in die Praxis umgesetzt werden.

Thomas Böhm war Chirurg und ist jetzt aktiv im Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik«. Auf seinem Text zu den Reformvorschlägen und auf Diskussionen im Bündnis KH statt Fabrik basiert dieser Text. Er wird auch in der Zeitschrift konkret vom Februar 2023 erscheinen.

- 1 »Katastrophale Situation«: Kinderkliniken ächzen unter dramatischem Bettenmangel, Redaktionsnetzwerk Deutschland 01.12.2022
- 2 Siehe: 3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf
- 3 Anzusehen hier: <https://www.youtube.com/watch?v=mIjLLmAshu0>
- 4 Nachzulesen hier: <https://dserver.bundestag.de/btp/20/20076.pdf#P.9074> – anzuschauen/anzuhören hier ab Minute 8: <https://www.bundestag.de/mediathek?videoId=7549519#url=L21IZGIhdGhla292ZXJsYXk/dmlkZW9pZD03NT-Q5NTE5&mod=mediathek>

Vertuscht und nicht verurteilt – wie kann das gehen?

Karl H. Beine über Niels Högel und seine Vorgesetzten

Vor mehr als 22 Jahren, im Februar 2000 hatte die Mordserie des damaligen Krankenpflegers Niels Högel begonnen. Wie wir inzwischen wissen, hat er auf zwei Intensivstationen Patient*innen unbemerkt ermordet, zunächst 29 in Oldenburg und danach 58 in Delmenhorst. Högel mordete stets nach dem gleichen Muster. Er vergiftete die Patient*innen mit Medikamenten, meistens mit Ajmalin, einem schon damals kaum verordneten Herzmittel – um sie anschließend zu reanimieren. 87 Menschen überlebten diese Anschläge nicht. Um das festzustellen, brauchte die Oldenburger Gerichtsbarkeit mehr als 19 Jahre und vier Strafprozesse: Högel hatte über Jahre kaltschnäuzig und geschickt gelogen. Er gab nur zu, was beweisbar war. Entscheidend war aber, dass unwillige Staatsanwälte schlampig ermittelt und Högels Vorgesetzte vertuscht haben. 2019 endete der letzte Prozess.

Die Klinikverantwortlichen schwiegen, kooperierten nur zögerlich mit den Ermittlern und stellten den Mitarbeiter*innen Anwälte zur Seite. So war bei den meisten Zeugen, besonders, wenn sie noch auf der Gehaltsliste der Oldenburger Klinik standen, eine unerklärliche Erinnerunglosigkeit in Kombination mit wortgleichen Abwehrfloskeln zu verzeichnen. Glaubhaft war das alles nicht.

■ Imageschaden für die Klinik vermeiden

Nach Abschluss der Verfahren gegen Niels Högel begann im Februar 2022 der Prozess gegen ehemalige Vorgesetzte, vier aus Oldenburg und drei aus Delmenhorst. Die Anklage lautete auf »Beihilfe zur Tötung durch Unterlassen«. Andere in Betracht kommende Straftatbestände, z.B.

fahrlässige Tötung, (grob) fahrlässige Vernachlässigung der Aufsichtspflichten waren längst verjährt. Die sieben Beschuldigten wurden im Prozess von achtzehn Anwälten vertreten. Für die Prozesskosten hat das Oldenburger Klinikum eigens 624.000 Euro zurückgestellt.

Es war nämlich schon in Oldenburg aufgefallen, dass Högel bei Notfallsituationen immer sofort da war und sich beim Reanimieren in den Vordergrund drängelte. An einem Wochenende im September 2001 kam es im Nachtdienst von Niels Högel zu außergewöhnlich vielen Reanimation und Todesfällen. Vom »Horrorwochenende« und vom »Todes-Högel« war hinter vorgehaltener Hand die Rede. Der Chefarzt Prof. Dr. Otto D. ließ eine Liste erstellen, die zeigte, dass keine andere Person bei derartig vielen Reanimationen im Dienst war wie Högel. Seine Oberärzte soll Otto D. aufgefordert haben, »ein Auge« auf Högel zu haben. Den Vorschlag, die Ermittlungsbehörden einzuschalten, bückte der Geschäftsführer Rudolf M. barsch ab. Keine Beweise und schädlich fürs Krankenhaus.

Auf Drängen des Chefarztes wechselte Högel schließlich die Abteilung.

Als es auch hier zu Zwischenfällen kam und das Misstrauen wuchs, machte man ihm ein »Angebot«: Entweder ab sofort Einsatz im Hol- und Bringendienst oder Auflösungsvertrag mit gutem Zeugnis und Fortzahlung der Bezüge für mehrere Monate. Den Oldenburger Betriebsrat bat Rudolf M. darum, Högel zum Verlassen des Hauses zu motivieren, um einen Imageschaden für die Klinik zu vermeiden. Dass Högel die Notfälle eventuell auch versehentlich verursacht haben könnte, hielt Rudolf M. für »nahezu ausgeschlossen«, so steht es in einem Betriebsratsprotokoll aus dem Jahr 2002.

Schließlich hat Högel das Oldenburger Klinikum verlassen. Zur »vollsten Zufriedenheit« hat er seine Aufgaben erledigt, bei Mitarbeitern und Vorgesetzten war er »beliebt und geschätzt« – so wurde es ihm von der Pflegedienstleiterin Tiebe O. und Rudolf M. bescheinigt.

Högel wechselte nach Delmenhorst und brachte hier nach einer Woche den ersten Patienten um, 57 weitere Opfer folgten, bis er im Juli 2005 verhaftet wurde.

Auch in Delmenhorst gab es bald Auffälligkeiten. Kollegen*innen fiel



Iran Protests 22.10.2022, Flickr, Taymaz Valley, CC BY 2.0

auf, dass die meisten Patient*innen jeweils während oder kurz nach der Dienstzeit von Högel starben. Das sorgte für Gerüchte und dafür, dass einige Kolleg*innen verabredeten, genauer hinzuschauen. Doch als Högels Vorgesetzte über das verdächtige Verhalten informiert wurden, reagierten diese schroff abweisend: Sie solle sich nicht so anstellen, wenn sie das nicht mehr könne, dann müsse sie eben aufhören – so wurde eine Krankenpflegerin abgefertigt. Der Verbrauch des von Högel bevorzugten Medikamentes Ajmalin stieg in Delmenhorst um das Siebenfache. Ärztlich verordnet wurde das Medikament kaum. Der Verbrauchsanstieg war aufgefallen. Die Reaktion der Führungskräfte: Ohne weitere Prüfung wurde das Bestellverfahren vereinfacht.

Ein konkreter Verdacht gegen Niels Högel kam bei einem Kollegen im gemeinsamen Nachtdienst auf. Nach einer Reanimation mit tödlichem Ende fand er leere Ajmalinampullen im Abwurf. Niemandem war das verordnet worden. Den Fund reichte er an Vorgesetzte weiter, ohne Reaktion. Inzwischen steht fest, dass Niels Högel danach noch drei Menschen ermordete. Seinen letzten Mord beging er, obwohl er auf frischer Tat ertappt worden war und obwohl man bereits Ajmalin im Blut des Patienten nachgewiesen hatte. Man ließ ihn weiterarbeiten, bevor er am nächsten Tag in Urlaub ging. In seinem letzten Dienst konnte Högel ein weiteres Mal töten.

■ **Führungspersonal als Aufdeckungsbarriere**

Da drängt sich die Frage auf, warum man Högel nicht gestoppt hat, obwohl viele wussten, dass er für Patient*innen gefährlich war und mit unerklärlichen Notfällen in Verbindung gebracht worden war.

In seinem Statement zu Beginn des Prozesses im Februar 2022 behauptete ein Verteidiger, dass Tötungsserien in Kliniken damals noch gar nicht vorgekommen seien. Es sei absurd, in einem auf Lebenserhaltung angelegten Haus so etwas zu erwarten.

Die Führungskräfte in Oldenburg und Delmenhorst hätten aber wissen können, ja wissen müssen, dass es al-



Sima Ghaffarzadeh, Solidarity with people of Iran, Pexels

lein im deutschen Sprachraum bereits damals fünf juristisch abgeschlossene Tötungsserien in Kliniken gegeben hatte. Sie hatten sämtlich großes mediales Aufsehen erregt.

Keine Führungskraft suchte das direkte Gespräch mit dem auffälligen Pfleger, konfrontierte ihn mit dem Verdacht. Ein ernsthafter Versuch, die vorhandenen Gerüchte zu klären, fand schlicht nicht statt. Stattdessen versuchte man, Högel aus dem eigenen Verantwortungsbereich geräuscharm mit Geld und einem unredlichen Zeugnis zu entfernen und so das Problem anderen aufzubürden. Die Oldenburger Verantwortlichen hätten verhindern können, dass die 58 Delmenhorster Opfer einem Patientenmörder in die Hände fielen.

Offensichtlich fühlte sich die Oldenburger Führungsriege mehr dem Ruf des Hauses verpflichtet als der Patientensicherheit. Das ist nur folgerichtig, wenn Krankenhäuser zu Wirtschaftsbetrieben gemacht werden und die Macht bei den Kaufleuten liegt. Wenn – wie in deutschen Kliniken üblich – fiskalische Erwägungen das Geschehen dominieren, dann müssen Imageschäden unbedingt vermieden werden. Kratzer auf den Hochglanzbroschüren und negative Schlagzeilen wollte man vermeiden, wo die Oldenburger Herzchirurgie doch im März 2001 ihre 10.000te Herzoperation mit Herz-Lungen-Maschine und Prof. D. stolz eine deutliche Zunahme der Eingriffe rühmte. Zur gleichen Zeit trieb Niels Högel dort sein Unwesen.

Die Frage, ob die Vorgesetzten von Niels Högel mitverantwortlich sind für den erschreckend langen Tatzeitraum und die vielen Opfer, kann strafrechtlich nicht mehr geklärt werden.

Fahrlässigkeitsdelikte sind verjährt. Verjährt sind auch Entschädigungsansprüche der überlebenden Opfer und der Hinterbliebenen. Sie gehen leer aus.

Alle sieben Beschuldigten wurden vom Vorwurf der »Beihilfe zur Tötung durch Unterlassen« freigesprochen. Einzig dieser Straftatbestand war noch nicht verjährt. Für eine Verurteilung im Sinne der Anklage hätte das Gericht aber sicher sein müssen, dass die angeklagten Führungskräfte von den Tötungen wussten und damit einverstanden waren. Sie wussten wahrscheinlich nicht, dass Högel vorsätzlich getötet hat, und einverstanden waren sie damit gewiss auch nicht. Aber sie wussten schon damals, dass Högel für ihre Patient*innen gefährlich war, und sie ließen ihn gewähren.

Freigesprochen wurden die Beschuldigten zwar vom Vorwurf der »Beihilfe zur Tötung durch Unterlassen«. Ihr tödliches Führungsversagen bleibt ungesühnt.

Dieses Ende ist für das deutsche Gesundheitswesen und die damalige Oldenburger Justiz sicher kein Grund zum Feiern. Noch weniger für die Opfer und die Hinterbliebenen. Enttäuschung, Ratlosigkeit und Bitterkeit waren zu spüren. Die Schuldgefühle bei den ehemaligen Angeklagten müssen sich in Grenzen gehalten haben. Sie haben erstmal zünftig gefeiert.

So kann es laufen, wenn der moralische Kompass abhandenkommt und rechtstaatswidrige Verfahrensverzögerungen strafrechtliche Prüfungen verhindern.

** Prof. em. Dr. med. Karl H. Beine, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit/Department Humanmedizin, karl.beine@uni-wh.de, www.khbeine.com*

Ein Wochenende voll Ansporn, Zusammenhalt und Tatkraft

Simon Barman zum Vernetzungstreffen Kritische Medizin deutschlandweit.

Erschöpft sitze ich im Zug auf dem Weg von Halle an der Saale zurück nach Freiburg. Hinter mir liegt ein Wochenende voll von Eindrücken, spannenden Vorträgen, lehrreichen Workshops, intensiven Gesprächen, inspirierenden Begegnungen und viel Spaß. Anlass dazu war das 5. Vernetzungstreffen der Kritischen Medizin vom 04. bis 06.11.2022 auf dem Campus der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Die Kritische Medizin-Gruppen gibt es inzwischen an über fünfzehn Medizinfakultäten, teils unter diesem Namen, teils als Kritische Mediziner*innen, Sintoma Halle oder Ähnliches. Als Gruppen sind sie an die ortständige Fachschaft angegliedert oder davon unabhängig und sie sind explizit offen für Menschen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens, um so eine möglichst breite Vielfalt darzustellen. Was zudem alle vereint, ist die kritische Auseinandersetzung mit dem Gesundheitssystem. So plädieren sie für ein solidarisches Gesundheitssystem, das allen Menschen entsprechend ihrer Bedürfnisse eine gleichwertige medizinische Behandlung ermöglicht. Dies umfasst insbesondere: Gendergerechtigkeit, körperliche Selbstbestimmung und reproduktive Gerechtigkeit, globaler und gerechter Zugang zu medizinischer Versorgung, Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen, und den Kampf gegen institutionellen und strukturellen Rassismus in der Medizin, den Kampf gegen Ökonomisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen und gegen patriarchale und sexistische Strukturen im medizinischen Alltag und gegen die Klimakrise.

Und genau mit diesen Themen haben sich ca. 150 junge Menschen aus über 20 Städten aus dem deutsch-

sprachigen Raum, denn auch ein paar Menschen aus Österreich fanden den Weg nach Halle, an diesem Wochenende intensiv beschäftigt. Am Freitagabend ging es direkt los mit einer tollen Auftakt-Podiumsdiskussion zum Thema Tarifstreik. Das Programm für den Samstag war aufgeteilt in sechs Blöcke, von Ökonomisierung, über Diskriminierung im Gesundheitswesen, LGBTQIA* & Gender bis zu sozialer Gerechtigkeit. Innerhalb dieser Blöcke standen am Vor-, und am Nachmittag insgesamt 23 Vorträge und Workshops auf dem Programm und so hatten die Teilnehmenden eine großartige Auswahl, um sich weiterzubilden, inspirieren und connecten zu können. Am frühen Abend gab es zusätzlich Zeit auf dem Markt der Möglichkeiten, sich als Ortsgruppen auszutauschen und es war Raum für andere Gruppierungen sich zu präsentieren: der Heile Welt-Podcast, Ende-Gelände Halle, Ver.di und der vdää* etc. stellten sich hier vor. Somit konnte dieser Tag nach sehr viel Input und einer Fülle an Eindrücken mit Vernetzung und Gesprächen abgeschlossen werden.

Das ganze Wochenende wurde organisiert von einer Gruppe KritMedis, die sich aus Leipzig, Köln, Berlin, Freiburg und Halle zusammenfand und in unaufhaltbarem Eifer, mit unzähligen Online-Konferenzen, Telefonaten, Mailverkehr und ganz viel Herzblut diese Veranstaltung auf die Beine stellte. Von drei Mahlzeiten am Tag (zubereitet von Ende Gelände Halle), über eine Bettenbörse, dem ganzen inhaltlichen Programm, den Kontakt mit den Dozierenden, die Finanzierung, das Rahmenprogramm am Freitag- und Samstagabend, die ganze Logistik vor Ort und so vieles mehr. Das war ein Kraftakt, gleichzeitig sieht man, was möglich ist, wenn

man anpackt und gemeinsam an einem Strang zieht, denn es beflügelt und diese Energie war das ganze Wochenende zu spüren.

Natürlich könnte man kritisch anmerken, es ist noch nichts erreicht, wenn man sich ein Wochenende in alle möglichen Richtungen weiterbildet und austauscht und dann wieder nach Hause fährt. Aber es ist so wichtig, sich zu solidarisieren, Allianzen zu knüpfen und zu verstehen, dass es viele sind, die etwas bewegen wollen. Und in diesem Bewusstsein kann man dann Gelerntes weitergeben, als Multiplikator*in den Kontakt zu Entscheider*innen suchen, in der Heimatstadt mit anderen Gruppierungen auf die Straße gehen, man kann Workshops austauschen und diese halten, Ideen für Aktionen gemeinsam erarbeiten, Erfahrungen teilen und das allein ist total viel Wert. Oder auch einfach nur den späteren Beruf und Arbeitsplatz als eine Chance nutzen, für eine bessere Arbeitssituation und eine möglichst gute und gleiche Versorgung aller Menschen einzustehen. Genau dafür braucht es solche Treffen und so endete das Vernetzungstreffen nach weiteren Programmpunkten am Sonntagvormittag mit einem Abschlussplenum und der Gewissheit, dass es auch nächstes Jahr, sollten es die äußeren Umstände zulassen, ein Vernetzungstreffen der Kritischen Medizin Deutschland geben wird.

*Simon Barmann ist Medizinstudent im 9. Semester in Freiburg und Teil der kritischen Mediziner*innen dort. Ihn interessieren die Themen: Sexualität, Geschlecht, Diskriminierungsformen und Ökonomisierung*

Endlich wieder

Vernetzungstreffen der Kritischen Medizin in Halle an der Saale

4. bis 6. November 2022 – Ein Bericht der Kritischen Medizin München

Endlich konnten wir ein Vernetzungstreffen aller Gruppen der Kritischen Medizin aus dem deutschsprachigen Raum besuchen! Die COVID-Pandemie hat die letzten zwei Jahre bekannterweise die meisten Veranstaltungen in Präsenz unmöglich gemacht. Vom 4. bis 6. November dieses Jahres war es aber endlich so weit. Wir verbrachten drei hervorragend organisierte und informative Tage auf dem alten Campus der Uniklinik in Halle an der Saale. Die Kritischen Mediziner*innen aus Halle, Leipzig und Köln hatten Essen und Unterkünfte für alle Teilnehmenden organisiert. Von langjährigen Aktivistis und jungen Ärzt*innen, bis hin zu zukünftigen Medizinstudierenden, alle kamen an diesem Wochenende aus verschiedenen Städten zusammen. Am Samstag und Sonntag wurden pro Zeitfenster jeweils mehrere Veranstaltungen angeboten, die sich alle mit weitestgehend gesundheitspolitischen Themen befassten. So fiel die Entscheidung das ein oder andere Mal sehr schwer, wenn zwei spannende Seminare gleichzeitig angeboten wurden und doch nur Zeit für eines blieb.

Wir werden im Folgenden ein paar unserer Eindrücke aus denen von uns besuchten Veranstaltungen wiedergeben – vielleicht bekommt die eine oder andere Person ja dabei Lust, beim Vernetzungstreffen nächstes Jahr mitzukommen!

- Das Stigma von Suchterkrankungen und das Gesundheitssystem: first do no harm? – mit *Dr. med. Sven Speerforck*

Ein äußerst spannender Vortrag von Dr. med. Sven Speerforck zum Einstieg, sowohl inhaltlich als auch rhetorisch fesselnd! Die oft bestehende Infantilisierung und zweifelhafte Behandlung von Suchterkrankten ist sehr schmerzhaft mitzuerleben. Häufig vorhandene Defizite in Psychiat-

rien und Notaufnahmen sind dabei sowohl auf erheblichen Personalmangel und strukturellen Mängel, als auch auf Stigmatisierungen gegenüber Suchterkrankten zurückzuführen. Diese führen leider oft dazu, dass Erkrankte nicht ausreichend ernst genommen oder Symptome ausschließlich auf die Sucht zurückgeführt werden. Ernsthaftige Erkrankungen bleiben so immer wieder undiagnostiziert und unbehandelt.

- Medizinische (Not-)Versorgung von obdachlosen Menschen – mit *Tino Neufert + Malika Autorkhanova (Suchtzentrum Leipzig)*

Das Hilfskonzept der Vortragenden aus Leipzig besteht aus zwei Teilen: Einerseits werden obdachlose Menschen direkt auf der Straße angesprochen und es wird versucht, einen sehr niedrigschwelligen Kontakt herzustellen. Aus diesem heraus entwickelt sich dann oft eine erneuerte Offenheit gegenüber institutionalisierten Hilfsangeboten, in die die Betroffenen häufig jegliche

Hoffnung verloren hatten. Die medizinische Hilfe besteht dabei aus einer offenen Sprechstunde, in der vorläufige Diagnosen und anonymisierte Behandlungsscheine (aus-)gestellt werden. Diese Behandlungsscheine ermöglichen es dann Menschen auch ohne Krankenversicherung, sich (fach-)ärztlich behandeln zu lassen. Zusätzlich existiert ein mobiler Behandlungswagen, welcher einmal wöchentlich am Hauptbahnhof Station macht und dort medizinische Hilfe leistet.

Die anonymisierten Behandlungsscheine sind dabei eine wirklich gute Möglichkeit auch für illegalisierte Menschen, Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung zu bekommen. Laut den im Vortrag genannten Zahlen haben nämlich über 50 Prozent der obdachlosen Menschen keine Krankenversicherung. Die Bezahlung erfolgt dabei vom Verein CABL e.V. Leipzig, der wiederum Geld aus dem Haushalt der Stadt Leipzig erhält. Ein eigentlich absurdes, aber offenbar leider notwendiges Konstrukt, solange einer angemessenen Gesundheitsversorgung bürokratische Hürden gesetzt werden.

- Krankenhausfinanzierung 2.0 – mit *Silvia Habekost*

Gesundheitsökonomie und speziell Themen wie Krankenhausfinanzierung und das DRG-System haben (nicht ganz zu Unrecht) den Ruf, etwas trocken und kompliziert zu sein. Leider kommt man nicht daran vorbei, wenn man Missstände und Fehlentwicklungen in unserem heutigen Gesundheitssystem benennen und beheben will. Von Pflegemangel und schlechten Arbeitsbedingungen bis zu parallel bestehender Über- und Unterversorgung – fast immer ist das zugrundeliegende Problem die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems mit all ihren Auswüchsen. Am Samstagvormittag half uns Silvia Habekost, Licht ins Dunkel zu bringen. Sie ist



Iran Protests, Flickr, Taymaz Valley, CC BY 2.0



Solidarity with Iranian Protests in Melbourne, Matt Hrkac, CC BY 2.0

Gewerkschafterin und Anästhesiepflegerin in Berlin und Teil von »Krankenhaus statt Fabrik« – einem multiprofessionellen Bündnis, das sich für eine bedarfsgerechte und gemeinwohlorientierte Krankenversorgung einsetzt. In angeregten Diskussionen tauschten die Teilnehmenden nicht nur Erfahrungen und Wissen über alles, was in Krankenhäusern schief läuft, sondern auch viele Anregungen und Verbesserungsvorschläge für ein besseres Gesundheitssystem aus. Davon bekamen wir viel von Silvia an die Hand.

■ Moderationsworkshop mit – Elisabeth Zschache

Das Vernetzungstreffen sollte nicht nur Raum für gesundheitspolitische Inhalte und Weiterbildung geben, sondern auch die Möglichkeit, relevante *Soft Skills* für eine bessere Zusammenarbeit als Gruppe zu erwerben. Zu diesem Zwecke wurde unter anderem ein Moderationsworkshop angeboten, an dem drei Personen aus unserer Gruppe teilnahmen. Die Leiterin des Workshops gab uns viel Input dazu, wie eine gute Moderation aussehen kann und was Moderation alles beinhalten kann. Wir probierten Techniken aus und diskutierten Methoden und konnten letztendlich viel mitnehmen. Der Workshop machte viel Spaß und gab uns gleichzeitig zahlreiche Denkanstöße, die wir sofort in den nächsten Plena ausprobieren konnten!

■ Soziale Determinanten von Gesundheit – Oder: Wie der Traum von solidarischer, bedarfsorientierter Gesundheitsversorgung Wirklichkeit werden kann – mit Patricia Hänel (GeKo Neukölln)

Eines unserer größten Projekte derzeit und wahrscheinlich auch jemals hat zum Ziel, ein gemeinwohlorientiertes, bedarfsgerechtes und interdisziplinäres Gesundheitszentrum in München zu gründen. Erfolgreiche Vorbilder für dieses Projekt gibt es bereits in einigen deutschen Städten (siehe: <https://www.poliklinik-syndikat.org/>). Am Samstag hatten wir die Möglichkeit, von Patricia Hänel zu hören, die ganz maßgeblich am Aufbau des Stadtteil-Gesundheitszentrums in Berlin Neukölln beteiligt war. Ganz dem Titel ihres Vortrags folgend sprach sie viel über die sozialen Determinanten von Gesundheit und warum es wichtig ist, diese bei der Gesundheitsversorgung von Patient*innen mit einzubeziehen. In Deutschland herrscht leider immer noch die verbreitete Ansicht, dass Gesundheit eine individuelle »Ressource« sei, die in der Verantwortung jeder*s Einzelnen liege. Gleichzeitig ist jedoch seit langem bekannt, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Einkommensschichten gibt. Diese beziehen sich auf verschiedene Gesundheitsindikatoren wie die durchschnittliche Lebenserwartung, die Säuglingssterblichkeit, die Präva-

lenz bestimmter Krankheiten oder die Wahrscheinlichkeit für vorzeitigen Tod. Beispielsweise beträgt der Unterschied in der durchschnittlichen Lebenserwartung zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommenskategorie über 10 Jahre. Dies lässt den Schluss zu, dass es neben biologischen und individuellen Determinanten auch noch zahlreiche weitere, soziale Determinanten gibt, die die Gesundheit des*der Einzelnen beeinflusst. Beispiele dafür sind das Lebens- und Arbeitsumfeld, Wohnverhältnisse, Bildung, soziale Netzwerke, Arbeitslosigkeit und auch Aspekte wie Diskriminierungserfahrungen unterschiedlichster Art. Eine solidarische Gesundheitsversorgung muss all diese Einflussfaktoren mitberücksichtigen und sollte sie in der Praxis durch den Einsatz von interdisziplinären Teams (zumindest bestehend – neben dem ärztlichen und pflegerischen Personal – aus Sozialberatung, psychologischer Betreuung und bestenfalls einem breiten Therapieangebot) anstreben. Wir konnten somit viele Anregungen für unser eigenes Projekt mitnehmen. Wenn du gerne noch mehr dazu erfahren möchtest, schau doch mal hier vorbei: <https://kritischemedizinmuenchen.de/poliklinik-muenchen/>.

■ Die vielen Geschlechter der Biologie – Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß

Sonntagvormittag durften wir einem weiteren sehr spannenden Vortrag

lauschen. Das Verhältnis der Biologie zur Geschlechterforschung war in den letzten Monaten kontrovers diskutiert worden, wobei oft unwissenschaftliche Ansichten in den Vordergrund rückten. Der Wunsch nach Vereindeutigung des Geschlechts, also die ganz klare Binarität von Mann und Frau, entspringt dabei selbst bereits einem diskretisierten Verständnis – Schubladendenken – von Geschlecht und Sexualität. Dieses ist allerdings keineswegs »natürlich« gegeben, sondern wird immer auch sozial geformt. Es ist durchaus möglich, Geschlecht und Sexualität als ein Spektrum zu denken, auf dem sich viele verschiedene, nicht immer klar unterscheidbare Formen abbilden können. So startete der Vortrag von Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß mit einer klaren Kritik an Aussagen, welche in jüngster Zeit an einigen Universitäten und in der deutschen Presse zu hören und zu lesen waren. Daraufhin wandte er sich der biologischen Forschung zu, welche den Ausdifferenzierungsprozess des phänotypischen Geschlechts untersucht. Die vom Genom regulierten Prozesse der Geschlechtsentwicklung wurden dabei veranschaulicht und offene Forschungsfragen vorgestellt. Letztendlich war somit ein spannender Gedanke, den wir mitnehmen konnten, dass auch die biologische Grenze

von weiblich und männlich zwischen entwickelten Geschlechtsorganen von der Gesellschaft definiert wird.

■ Anti-Ableismus –
mit *Karoline Hinkfoth*

Ableismus ist ein Begriff, abgeleitet von dem englischen Wort »Ableism« aus der US-amerikanischen Behindertenbewegung, die sich gegen Diskriminierung von Menschen mit Behinderung einsetzte. Anti-Ableismus setzt sich dafür ein, diskriminierende, ableistische Strukturen abzubauen. Der Vortrag von einer Coachin für Positive Psychologie, Karoline Hinkfoth, die selbst im Rollstuhl sitzt, stellte solche Strukturen besonders im medizinischen Bereich in Frage. Wie sehen wir Behinderung, wie kommunizieren wir mit Menschen mit Behinderung und wie sehr sind wir darauf ausgerichtet, dass Menschen mit Behinderungen alltägliche Einrichtungen nutzen können? Ein Teil dieser Realität wurde schon einmal in unserem Beitrag »Barrierefreiheit in der Münchner Medizin – eine Fotodokumentation« thematisiert. Behinderung ist nicht gleichzusetzen mit Krankheit. Die Umwelt mit ihren Alltagsgegenständen und Einrichtungen sowie mentale Einstellungen anderer Menschen wirken behindernd auf Per-

sonen. Das System, in dem ein optimales Bild des Menschseins gezeichnet wird und das auf genau diese körperlichen und geistigen Bedürfnisse und Fähigkeiten ausgerichtet ist, kommt vor allem in der ambulanten medizinischen Versorgung zum Vorschein. Karoline Hinkfoth erzählte in ihrem Vortrag viel aus ihrem eigenen Leben, von ihren eigenen Erfahrungen und besonders von einzelnen Situationen mit Ärzt*innen. Hierbei stand nicht nur die Barrierefreiheit im Vordergrund, sondern auch die Kommunikation mit ihr als Frau im Rollstuhl. Sie kritisierte die fehlende Sensibilisierung und das fehlende Wissen von medizinischem Fachpersonal. Wir diskutierten über verschiedene Fragen, dabei kam besonders das Thema der medizinischen Lehre bezogen auf Behinderung auf. Inwiefern sehen wir Behinderungen als Krankheiten an, die es zu heilen gilt? Darf nur der gesunde Mensch ohne Behinderung heilen? Der Vortrag bot einen interessanten Einblick in persönliche Erfahrungen, aber auch eine kritische Perspektive bezüglich der Realität für Menschen mit Behinderung im medizinischen Bereich sowie das medizinische Bild vom gesunden Menschen.

<https://kritischemedizinmuemchen.de/bericht-kritmed-vernetzungstreffen-halle/>

Kritische Pflege – Kritische Medizin

Eine interprofessionelle Workshopreihe für eine solidarische Gesundheitsversorgung – von Kore Brand, Simon Gerhards, An-Yi Scharf

Sie ist angesichts der aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen längst überfällig: eine politische und aktivistische Zusammenarbeit von Ärzt*innen und Pfleger*innen. Wie solidarische Vernetzung und politische Zusammenarbeit berufsgruppenübergreifend funktionieren kann, haben Medizinstudierende, die sich als Kritische Mediziner*innen Oldenburg organisieren, und Auszubildende einer Oldenburger Pflegeschule im Herbst 2022 erprobt. Wir organisierten gemeinsam eine Workshopreihe, die aus vier Ein-

zelworkshops bestand. Unter dem Titel »Kritische Pflege – Kritische Medizin: Gemeinsame Workshopreihe für eine solidarische Gesundheitsversorgung« wurden gesundheitspolitische Themen von aktueller Relevanz aus einer möglichst interprofessionellen Perspektive bearbeitet und diskutiert: Kapitalismus im Gesundheitswesen und solidarische Arbeitskämpfe, Rekrutierung von Pflegekräften aus dem globalen Süden, Rassismus in der Gesundheitsversorgung und Genitalverstümmelung – FG-M/C (Female Genital Mutilation/Cutting).

In diesem Artikel möchten wir aus Perspektive von drei am Projekt beteiligten Medizinstudierenden zunächst einige der Erkenntnisse aus den Workshops darstellen, die den interprofessionellen Gehalt der Themen aufzeigen. Dann gilt es die Erfahrungen zu reflektieren, die wir in der gesundheitspolitisch-aktivistischen Zusammenarbeit von Pflegeauszubildenden und Medizinstudierenden gemacht haben. Dieser zweite Teil basiert auf den Erkenntnissen aus einer Reflexionsrunde, an der sowohl beteiligte Medizinstudierende als auch



Kabir University, Darafsh, CC BY-SA 4.0

Pflegeauszubildende teilgenommen haben.

Da gesundheitspolitische Problemlagen häufig mehr als eine Berufsgruppe in der Gesundheitsversorgung betreffen, aber unserer Erfahrung nach insbesondere Pflegekräfte häufig nicht gehört werden, kam die Idee auf, als Zielgruppe unserer gesundheitspolitischen Arbeit gezielt auch Pflegeauszubildende zu adressieren und am besten gemeinsam aktiv zu werden. Über den Verein Werkstatt Zukunft, der sich in Oldenburg für nachhaltige Bildung einsetzt und Teile der Workshops und Podiumsdiskussionen aufgezeichnet und als TV-Sendungen und über Youtube veröffentlicht hat (www.werkstatt-zukunft.org/themen/gesundheit), kamen die Krit-Meds mit der Pflegeschulleitung an einem Oldenburger Krankenhaus in Kontakt. Die Pflegeschulleitung zeigte sich an einer Zusammenarbeit interessiert und ermöglichte, dass Teile der Workshopreihe einmalig in das reguläre Curriculum für Auszubildende im dritten Ausbildungsjahr integriert wurden. Über die Pflegeschulleitung ergab sich außerdem der Kontakt zu vier Pflegeauszubildende, die an der Organisation einer gemeinsamen Workshopreihe mitwirken wollten. Die Workshopreihe wurde gemeinsam entwickelt und die einzelnen Workshops in interprofessionell zusammengesetzten Teams geplant und durchgeführt. Die ersten beiden Workshops wurden an der Pflegeschule als verpflichtende Unterrichtseinheiten durchgeführt, die

anderen beiden als freiwilliges Angebot an der Universität Oldenburg.

■ **Kapitalismus im Gesundheitswesen und solidarische Arbeitskämpfe**

Der erste Workshoptag handelte von Kapitalismus im Gesundheitswesen. Die Einladung von Referent*innen gestaltete sich aus unserer Perspektive erstaunlich schwer, es schien, als hätten gerade Vertreter*innen von Krankenhäusern wenig Interesse, in der Öffentlichkeit über dieses Thema zu sprechen. Wir waren deshalb sehr dankbar dafür, dass Dr. phil. Nadja Rakowitz vom vdäa* den rund fünfzig teilnehmenden Pflegeauszubildenden und Medizinstudierenden die problematischen Auswirkungen von Kommerzialisierung im Gesundheitswesen darstellte. Gemeinsam fragten wir uns: Wie können wir diesen begegnen? Diese Frage sollte gemeinsam mit Expert*innen im interprofessionellen Austausch behandelt werden. Vertreter*innen des Marburger Bunds, ver.di und des Bochumer Bunds, der 2020 gegründeten Spartengewerkschaft für Pflegeberufe nahmen dafür an dem Workshop teil.

Wir lernten, dass die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) insbesondere zu Lasten der Pflege erfolgte: Arbeitsverdichtung, Personalmangel, Überlastung sind die Folgen. In der Logik von Krankenhäusern, die als profitorien-

tierte Unternehmen geführt werden sollen, stehen Pflegende auf der Kostenseite, während Ärzt*innen benötigt werden, um die Diagnosen zu stellen und die Behandlungen durchzuführen, die nach den DRG vergütet werden. Außerdem führen im chronisch unterfinanzierten Gesundheitssystem die erfolgreichen Arbeitskämpfe der einen Berufsgruppe zu Verknappung der Mittel in einer anderen Berufsgruppe. Deshalb ist der Einsatz für die Veränderungen des Gesundheitswesens zu Gunsten einer Finanzierung, die sich am Patient*innenwohl orientiert unbedingt interprofessionell. Nur im gemeinsamen Arbeitskampf können nachhaltige Veränderungen erreicht werden und politischer Druck gegen die Kommerzialisierung erzeugt werden.

■ **Rekrutierung internationaler Pflegefachkräfte**

Im zweiten Workshop fokussierten wir uns auf die Rekrutierung internationaler Pflegefachkräfte. Simon Ludwig-Pricha ist Leiter einer Pflegeschule, in der international rekrutierte Pflegekräfte für den Einsatz in Deutschland weitergebildet werden. Karen Spannenkrebs arbeitet für den vdäa* im Rahmen des Projekts »Pillars of Health«, das sich kritisch mit der Abwerbung von Gesundheitsfachkräften in der europäischen Region auseinandersetzt. Zwischen den beiden entstand schnell eine kontroverse und gleichzeitig wertschätzende Diskussion zu der Frage: Kann internationale Rekrutierung überhaupt gerecht und nachhaltig sein?

Im Laufe des Tages wurde klar: Hinter dem Einsatz internationaler Pflegekräfte in deutschen Gesundheitseinrichtungen steckt so viel mehr als nur die Rekrutierung selbst. Es handelt sich um einen langwierigen Prozess, den Krankenhäuser jedoch angesichts ihrer großen Personalknappheit in Kauf nehmen. Schlechte Arbeitsbedingungen in der Pflege führen dazu, dass mehr und mehr Pflegekräfte ihren Beruf verlassen. Daraus entsteht ein Teufelskreis, der den Personalmangel verschärft. Die Rekrutierung internationaler Pflegefachkräfte verschiebt den Pflegemangel jedoch in andere

Länder. Die Lücken im deutschen Medizinsystem werden zwar kurzfristig gestopft, aber die Wurzeln der Probleme (Ökonomisierung, schlechte Arbeitsbedingungen, Überforderung am Arbeitsplatz, unangemessene Bezahlung) werden nicht gelöst. Aus diesem Grund standen die Pflegeauszubildenden der Rekrutierung eher skeptisch gegenüber. Auch wird Rassismus als Problem im deutschen Gesundheitswesen genannt, das migrierende Pflegekräfte dazu bringt, Arbeit in anderen Ländern zu suchen.

■ **Rassismus in der Gesundheitsversorgung**

Referent*innen des Workshops zu Rassismus in der Gesundheitsversorgung waren Shreyasi Bhattacharya und Mai Ahmed. Shreyasi Bhattacharya ist Medizinstudentin und setzt sich für Antirassismus in der medizinischen Ausbildung ein. Mai Ahmed ist Pflegegeschülerin im dritten Lehrjahr und engagiert sich für einen konstruktiven, kritischen Austausch in der Pflege zum Thema Rassismus. Es nahmen Pflegeauszubildende, Medizinstudierende und auch einige interessierte Studierende anderer Fächer an dem Workshop teil, der an der Universität Oldenburg stattfand.

Der Workshop hat noch einmal verdeutlicht: Nicht-weiß rassifizierte Personen erfahren im Gesundheitswesen rassistische Diskriminierung unabhängig davon in welcher Berufsgruppe sie arbeiten und auch, wenn sie als Patient*innen Hilfe suchen. Besonders für betroffene Pflegeauszubildende kamen Rassismuserfahrungen als eine immense Belastung im Berufsalltag zur Sprache. Erfahren sie Rassismus beispielsweise im Patient*innenkontakt, reagieren Praxisanleiter*innen, Kolleg*innen und Pflegeleitungen häufig mit Unverständnis und reproduzieren Rassismus. In der Medizin ist Rassismus institutionalisiert und findet sich beispielsweise in der unzureichend aufgearbeiteten Kolonialgeschichte der Medizin in Deutschland und in Form von rassistischem Pseudowissen in Leitlinien und klinischen Algorithmen wieder. Deutlich wurde insbesondere die berufsgruppenübergreifende Wichtigkeit, sich mit rassistischen Denk-

mustern auseinanderzusetzen, die häufig unbewusst internalisiert werden. Für eine antirassistisch geprägtes Arbeitsklima tragen alle Berufsgruppen Mitverantwortung. Gerade ein professioneller Umgang mit Patient*innen, die sich gegenüber dem Gesundheitspersonal rassistisch oder anders diskriminierend verhalten, und die antirassistische Unterstützung von Betroffenen ist Teamarbeit.

■ **Genitalverstümmelung – FGM/C**

Im letzten Workshop widmeten wir uns der globalen Frauengesundheit. Der Fokus lag auf Genitalverstümmelung. Mit Dr. Christoph Zerm, einem Gynäkologen im Ruhestand, und Delphine Takwi, einer interkulturellen Theologin, hatten wir zwei erfahrene Aktivist*innen gegen FGM/C gewonnen. Mary, Lola und Radwa, die als Kinder FGM/C erlitten haben, hatten den Mut, von ihren Lebensgeschichten zu erzählen und wie sehr die Genitalverstümmelung ihr Leben beeinträchtigt hat. Der Workshoptag endete mit einer spannenden Podiumsdiskussion, in der Betroffene und Vertreter*innen von Hilfsorganisationen über die Möglichkeit der verschiedenen Hilfsangebote sprachen. An dieser nahmen neben den oben genannten Personen Maren Kick von *profamilia* und Benjamin ter Balk von *Netz Traumatisierter Flüchtlinge Niedersachsen (NTFN)* sowie Mareille Malela, die von ihrer Flucht aus Kamerun erzählte, teil. Der Workshop wurde von Medizinstudierenden und Studierenden anderer Fakultäten besucht. Einige Pflegende äußerten, dass ihnen dieses Thema zu nahe ginge und sie deshalb nicht kommen wollten.

Es war ein bewegender und erschütternder Workshoptag. Wir lernten über die Arten der Beschneidung, die medizinischen Konsequenzen der Verstümmelung und was es für die sexuelle Selbstbestimmung und für das Leben der betroffenen Frauen bedeutet. Insbesondere die drei sehr unterschiedlichen Lebensgeschichten von Mary, Lola und Radwa hat uns alle zutiefst berührt. Es wurde deutlich, dass Ärzt*innen und Pfleger*innen in Europa ein enormes Wissensdefizit in diesem Bereich aufweisen und insbe-

sondere Ärzt*innen sehr häufig unangemessen auf betroffene Patientinnen reagieren. Betroffene berichten, teilweise angeschrien und beschimpft worden zu sein, als sie sich offenbarten, aber besonders auch nonverbale Reaktionen im Untersuchungskontext werden von den Betroffenen wahrgenommen und verschärfen das Gefühl, sich mit den eigenen Problemen nicht an Ärzt*innen in Deutschland wenden zu können. Zudem wissen selbst die meisten Gynäkolog*innen nicht, wie sie betroffenen Frauen helfen können, obwohl es durchaus Operationen und Hilfen anderer Art gibt. Dieses Verhalten kann retraumatisierend wirken und zeigt die Ignoranz der westlich dominierten Schulmedizin. In Deutschland sind ca. 60.700 Frauen von Genitalverstümmelung betroffen.

■ **Herausforderungen der interprofessionellen Zusammenarbeit**

Als wir als Kritische Mediziner*innen Oldenburg auf einer Veranstaltung unsere bisherige Arbeit zum Thema Rassismus in der Medizin vorgestellt haben, lautete eine Rückmeldung aus dem Publikum in etwa so: >Das ist ja schön, dass Ihr das macht, aber warum organisiert Ihr Eure Workshops ausschließlich für Medizinstudierende und nicht auch für Menschen aus anderen Gesundheitsberufen?< Wir halten diese Frage für sehr berechtigt, auch wenn die Antwort so einfach wie ernüchternd ausfiel: Gesundheitspolitische Bildungsarbeit und Vernetzung für die eigene Gruppe ist unkomplizierter und einfacher zu realisieren. Diese Einschätzung bestätigte sich durch unsere Erfahrungen in der Planung und Durchführung der interprofessionellen Workshopreihe. Vier Herausforderungen, denen wir im Rahmen der Organisation der Workshopreihe begegnet sind, wollen wir im Folgenden darstellen, aber auch, welche Lehren wir daraus für zukünftigen Aktivismus in interprofessionellen Gesundheitskontexten ziehen, denn dieser ist unbedingt notwendig!

1. **Organisation und Kommunikation in interprofessionellen Orga-Teams**



Iran Protests 25.09.2022, Flickr, Taymaz Valley, CC BY 2.0

Eine zentrale und sich auf fast alle Aspekte der Zusammenarbeit auswirkende Herausforderung ergab sich durch die recht unterschiedlichen Lebens- bzw. Arbeitsrhythmen und zeitlichen Verfügbarkeiten von Pflegeauszubildenden und Medizinstudierenden. Selbst wenn sich einige Medizinstudierenden gerade in Praktika oder Famulaturen befanden, konnten diese es meistens einrichten, an einem Planungstreffen am späteren Nachmittag teilzunehmen. Unzählige Versuche mit Terminplanungstools machten allerdings den Medizinstudierenden deutlich, dass die Praxiseinsätze der Pflegeauszubildenden mit erheblicheren Einschränkungen in der Freizeitgestaltung einhergehen. Und da vier Pflegeauszubildende zum Orgateam gehörten, kam es nicht selten dazu, dass diese in unterschiedlichen Schichten eingeteilt waren und es so wochenlang nicht möglich war, Termine zu finden, bei denen alle dabei sein konnten. Zusätzlich erschwert wurden Terminfindungen auf Seiten der Pflegeauszubildenden durch sehr kurzfristig vorliegende Dienstpläne und durch Anfragen zum außerplanmäßigen Einspringen aufgrund von Personalmangel auf den Stationen. Leichter gestalteten sich Terminfindungen, wenn sich die Pflegeauszubildenden im Theorieblock befanden. Es ist nicht zu unterschätzen, welche Auswirkungen es hat, wenn Treffen regelmäßig nicht mit allen Beteiligten stattfinden können: Immer wieder gingen Informationen verloren, kamen nicht bei

den verantwortlichen Personen an oder wurden missverstanden. Das Gefühl einer Gruppe und ein Zusammenhalt stellte sich nur langsam ein. Dies wurde zusätzlich dadurch erschwert, dass aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsorte während der Praxisphasen die Planungstreffen ausschließlich online stattfanden. Auf dieser praktischen und organisatorischen Ebene zeigt sich, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit von beiden Seiten die Bereitschaft zum Kompromiss und zum Abweichen von gewohnten Wegen verlangt.

Unsere Schlussfolgerungen: Auch wenn den Qualitäten von Präsenztreffen die höhere Flexibilität von Online-Treffen gegenüberstehen, würden wir in Zukunft unbedingt zumindest die ersten Treffen für ein Kennenlernen in Präsenz planen. Terminfindungen müssen flexibel gestaltet werden und sich nach den Dienstplänen der Beteiligten richten. Die damit verbundenen Herausforderungen sind nicht zu unterschätzen.

2. **Themenauswahl und Schwerpunktsetzungen**

Obwohl sich die kritischen Mediziner*innen vorgenommen hatten, die Themen für die Workshops mit den Pflegeauszubildenden in einem ergebnisoffenen Prozess zu entwickeln, wurden letztendlich die Themenvorschläge, die die Kritischen Mediziner*innen vorbereitet hatten, komplett übernommen. Wir führen dies unter anderem darauf zurück, dass

die Kritischen Mediziner*innen Gelegenheit hatten, im Vorfeld Themenideen zu entwickeln und diese dann in einem ersten Treffen präsentierte. Bei diesem Treffen wurde auch kommuniziert, dass leider die Zeit sehr knapp sei und zeitnah mit der Einladung von Referent*innen begonnen werden müsse. Die Pflegeauszubildenden fanden die vorgeschlagenen Themen zwar relevant und zeigten sich mit diesen einverstanden. Unserer Meinung nach lief dieser Prozess jedoch ungünstig ab: Mehr Zeit, eine ausführlichere Diskussion und eine expliziter formulierte Ergebnisoffenheit in der gemeinsamen Themenentwicklung hätten eventuell dazu geführt, dass andere Themen für die Workshops ausgewählt worden wären.

Die einzelnen Workshops wurden in interprofessionellen Kleingruppen organisiert. Hier zeigte sich, dass gerade bei Themen, bei denen bei allen Beteiligten der Kenntnisstand ähnlich war, die Zusammenarbeit besonders gut und auf Augenhöhe funktionierte: Gemeinsam wurde recherchiert, Referent*innen angeschrieben, der Workshopablauf geplant und die Moderation vorbereitet. Bei der Planung der Workshops zu den Themen, bei denen von vornherein ein größeres Wissensgefälle zwischen den Organisator*innen bestand, war es für die Beteiligten herausfordernder die Planung als gemeinsames Projekt zu begreifen und gestalten. Mitunter fielen den Auszubildenden aus der Pflege eher praktische und organisationsbezogene Aufgaben zu, während die Medizinstudierenden sich den theoretischen und inhaltlichen Aufgaben widmeten.

Unsere Schlussfolgerungen: Interprofessioneller Aktivismus braucht Zeit zur grundsätzlichen Verständigung und zum Kennenlernen. Der konkreten Planungsarbeit sollte ein möglichst offener Prozess zur Verständigung über Interessen, Erwartungen und Bedürfnisse vorangestellt werden.

3. **Professionelle Sozialisation und Hierarchien**

Wie schon bereits angeklungen, haben wir den Eindruck gewonnen, dass die berufspolitischen Hierarchien zwischen Ärzt*innen und Pfleger*innen auch unsere Zusammenarbeit strukturell

geprägt hat. Tendenziell scheinen uns Entscheidungen häufiger zu Gunsten des Standpunktes von Medizinstudierenden getroffen worden zu sein. Dem (vermeintlichen) theoretischen Wissen von Medizinstudierenden schien tendenziell mehr Wert zugesprochen zu werden als der eher als praktisch wahrgenommenen Perspektive von Pflegeauszubildenden. Die Bedeutung dieser impliziten Hierarchien schien uns vor allem dort an Bedeutung zu verlieren, wo sich alle Beteiligten vor die gleichen Probleme gestellt sahen und gemeinsam Lösungen entwickeln mussten: z.B. ein Thema, das noch keiner der beteiligten Personen näher bekannt und verstanden war, ein Moderationstext, der kurzfristig geschrieben werden musste, oder die praktische Durchführung eines Workshops mitsamt der Koordination von Teilnehmenden und Dozierenden.

Unsere Schlussfolgerungen: Implizite Hierarchien können die Zusammenarbeit von interprofessionellen Teams prägen. Ein wahrlich interprofessioneller Aktivismus sollte diese Muster kritisch reflektieren und von vorn herein Maßnahmen ergreifen, die eine tatsächliche Zusammenarbeit auf Augenhöhe ermöglichen.

4. **Interprofessionelle Teilnehmer*innen gewinnen**

Eine weitere Herausforderung bestand darin, für die interprofessionell organisierten Workshops auch eine interprofessionelle Teilnehmer*innenschaft zu gewinnen. Dafür machten wir uns viele Gedanken über den optimalen Zeitpunkt für die Workshops. Unter der Woche konnten wir die Workshops als Pflichtveranstaltung für die Pflegeschüler*innen anbieten. Da haben aber Medizinstudierende häufig Kurse, die mit einer Anwesenheitspflicht verbunden sind. Es war nicht möglich, die Workshops von Seiten der Universität ebenfalls als Lehrveranstaltung für Medizinstudierende anzubieten. Für das freiwillige Workshopprogramm konnten wir deshalb Medizinstudierenden besser am Wochenende gewinnen. Die Pflegeschüler*innen jedoch hatten am Wochenende entweder Dienst oder wollten in ihrer Freizeit nicht eine weitere Lehrveranstaltung besuchen. Vor dem Hintergrund dieser entgegenge-

setzten Terminrahmungen entschieden wir uns für je zwei Veranstaltungen unter der Woche in den Räumlichkeiten der Krankenpflegeschule und am Wochenende an der Universität.

Wir hatten früh mit Werbung begonnen (»save the dates« in verschiedensten Channels und auf Instagram sowie der Website von Werkstatt Zukunft, viele Plakate und Flyer). Die ersten zwei Veranstaltungen waren mit 50 Teilnehmer*innen gut besucht. Dies lag auch daran, dass es Pflichtveranstaltungen für die Pflegeschüler*innen waren. Leider sind außer dem Orgateam keine Medizinstudierenden gekommen, obwohl sich sogar ein paar angemeldet hatten. An den Wochenendveranstaltungen war es umgekehrt. Es kamen um die 15 Teilnehmer*innen, mit Abstand die meisten von der Uni.

Unsere Schlussfolgerungen: Wir haben diese Workshopreihe interprofessionell vorbereitet, aber noch keinen Weg gefunden, durchweg eine ebenfalls ausreichend interprofessionell zusammengesetzte Teilnehmendenschaft zu gewinnen. Eine Möglichkeit liegt in der Implementierung verpflichtender interprofessioneller Veranstaltungen in die Curricula von Ausbildungen und Studium. Für aktivistisches Engagement scheint uns eine langfristige Zusammenarbeit von Pflegenden und Medizinstudierenden sinnvoll, da Teilnehmende besonders gut durch einen persönlichen Bezug zum Orga-Team gewonnen werden können.

■ **Fazit: Weshalb interprofessioneller Aktivismus im Gesundheitswesen notwendig ist**

Wenn gesundheitspolitischer Aktivismus in interprofessionellen Gruppen mit so vielen Herausforderungen verbunden ist, warum diesen mühsamen Weg wählen? Wir hoffen, dass deutlich geworden ist, dass die Auseinandersetzung mit aktuellen gesundheitspolitischen Themen in interprofessionellen Gruppen gewinnbringend und lehrreich ist. Nur so wird die umfassende Komplexität der Probleme deutlich und kann die Solidarität zwischen den Berufsgruppen gestärkt werden.

Die Ausbildungswege unterschiedli-

cher Gesundheitsberufe und insbesondere von Ärzt*innen und Pflegekräften verlaufen getrennt und treffen sich erst sehr spät. Der interprofessionellen Realität der praktischen Gesundheitsversorgung begegnen Medizinstudierende beispielsweise häufig erst im PJ und ohne, dass sie in diese strukturiert eingeführt wurde. Darin sehen wir auch die Hindernisse einer interprofessionellen Zusammenarbeit auf Augenhöhe begründet, denen wir einerseits in unserem Aktivismus begegnen sind, die aber auch in der Praxis immer wieder eine Rolle spielen. Deshalb erachten wir interprofessionelle Lehrangebote, die Raum schaffen für Perspektivübernahme und gemeinsame Lernerfahrungen als wichtiges Element der Ausbildungen. Allerdings sind solche Veranstaltungen bislang nur selten in den Curricula verankert. Räume für interprofessionelle Ausbildung werden häufig nur durch Engagement der Auszubildenden und Studierenden geschaffen.

Außerdem sind die Themen, mit denen sich Gruppen Kritischer Medizinstudierenden in ganz Deutschland beschäftigen nur selten auf die Berufsgruppe von Ärzt*innen begrenzt: Die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens betrifft z.B. alle und Arbeitskämpfe sind erfolgreicher, wenn sie von mehreren Berufsgruppen mitgetragen werden. Diskriminierung im Gesundheitswesen macht vor Berufsgruppengrenzen keinen Halt und diskriminierungskritische Gesundheitsversorgung sollte von allen Beteiligten umgesetzt werden. Wir sind auf Basis unserer Erfahrungen der Meinung: Das Zusammenbringen von Perspektiven aus unterschiedlichen Berufsgruppen kann die Entwicklung umfassenderer Lösungsansätze anstoßen und ihre Umsetzung erleichtern und nachhaltiger gestalten. Wir würden uns deshalb freuen, wenn unsere hier geschilderten Erfahrungen zur Verwirklichung von mehr interprofessionellem Aktivismus im Gesundheitswesen beitragen. Für Rückfragen stehen die KritMeds Oldenburg gerne bereit: kritmedsol@riseup.net und wer Interesse hat, die Vorträge und Podiumsdiskussionen online zu schauen, kann diese auf: werkstatt-zukunft.org/themen/gesundheitswesen tun.

Professorin und Bakteriologin im Kaiserreich

Lydia Rabinowitsch-Kempner (1871 – 1935). Rezension von Gine Elsner

Die meisten Menschen kennen Robert Kempner, den Stellvertreter des Chefanklägers Robert Jackson im Nürnberger Kriegsverbrecherprozess. Kaum einer weiß aber, warum er »Robert« heißt. Und wie er zu seinen weiteren Vornamen »Maximilian Wassiliy« kam. Die Namen suchte – wie meist – die Mutter aus: Lydia Rabinowitsch-Kempner, eine Jüdin aus dem russischen Zarenreich; den Namen Robert gab sie ihrem Sohn, weil Robert Koch, bei dem sie arbeitete, der Patenonkel ihres Kindes wurde.

Man hört so oft von den Schülern Robert Kochs. Männern. Die Fernsehsendung über die Charité zeigte die berühmtesten, Paul Ehrlich und Emil Behring. Dass Robert Koch aber auch eine Schülerin hatte (eine einzige), erfährt man selten. Das war Lydia Rabinowitsch-Kempner, die (gleich alt wie Rosa Luxemburg) in der Schweiz Botanik und Zoologie studierte und das Studium mit einer Promotion zum Dr. phil. abschloss.

Es ist ein Verdienst, an diese Frau zu erinnern. Das Verdienst gebührt dem Verlag Hentrich & Hentrich, der ein kleines Büchlein in der Reihe der *Jüdischen Miniaturen* herausgebracht hat, das für 8 Euro für jeden erschwinglich ist. Der Verdienst gehört aber auch den Autoren: Katharina Graffmann-Weschke, auf deren 1999 erschienene medizinische Dissertation der Text beruht, und an den Zweitautor, Benjamin Kuntz, wissenschaftlicher Mitarbei-



ter des Robert-Koch-Instituts. Benjamin Kuntz hat Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld studiert und promovierte 2014 zum »Doctor of Public Health«. Es ist seine fünfte jüdische Miniatur. Die zweite über eine Frau.

80 Seiten umfasst das vorliegende Büchlein und verweist auf die wichtigsten beruflichen Stationen von Lydia Rabinowitsch-Kempner: Nach ihrer Promotion 1896 begann sie,

Katharina Graffmann-
Weschke / Benjamin Kuntz:
Lydia Rabinowitsch-Kempner.
Bakteriologin,
Tuberkuloseforscherin.
Berlins erste Professorin,
Berlin/Leipzig 2022, 8 Euro,
ISBN 978-3-95565-570-9

im Königlichen Preußischen Institut für Infektionskrankheiten zu arbeiten, das der König 1891 Robert Koch spendiert hatte. Heute heißt das Institut »Robert-Koch-Institut« (RKI) und ist seit der Coronapandemie allen Menschen in Deutschland bekannt. Robert Koch stellte seiner jungen Schülerin zwar einen Arbeitsplatz zur Verfügung, sie bekam aber kein Gehalt. Nur dank des familiären Vermögens war sie in der Lage, ihre Forschungen zu betreiben. Die betrafen zeit ihres Lebens vor allem die Tuberkulose. In der Familie – Lydia hatte 1898 geheiratet und bekam drei Kinder – wurde musiziert, jedes Familienmitglied spielte ein Instrument. Auf die Frage, welches Instrument denn seine Mutter spiele, sagte Robert Kempner: »Sie spielt die Tuberkulose.«

Lydia Rabinowitsch-Kempner bekam 1912 vom preußischen König (und deutschen Kaiser) Wilhelm II. den Titel einer Professorin verliehen. Sie wurde gut 20 Jahre später, 1934, aus dem Krankenhaus Moabit, wo sie als Bakteriologin beschäftigt war, wegen ihrer jüdischen Herkunft entlassen. Ihre US-amerikanischen Kontakte halfen, den Söhnen die Emigration zu ermöglichen. Die Tochter war 1931 an Tuberkulose gestorben. Lydia starb 1935.

Das kleine Büchlein wird hoffentlich viel gelesen werden und die Erinnerung an diese bemerkenswerte Frau aufrecht halten.

Verein demokratischer Ärzt*innen

– der Berufsverband für eine soziale Medizin und eine demokratische Gesellschaft


Viel zu tun – und noch mehr zu verändern

Es gibt viel zu tun. Nicht nur auf Station, in der Ambulanz, in der Praxis, im Studium. Auch die Bedingungen und Umstände unserer ärztlichen Arbeit müssen angepackt und verändert werden.

Die allermeisten sind sich einig: Vieles läuft im Gesundheitswesen nicht so, wie es sollte. Auf der einen Seite steht das Ziel unserer Arbeit: das körperliche, psychische und soziale Wohlergehen der Menschen. Und als Hürden dahin erleben wir auf der anderen Seite Einsparungen am Personal, fließbandartige Abläufe und Profitorientierung privater Konzerne. Meist bleibt für alles zu wenig Zeit, für die Patient*innen, für uns selbst und erst recht dafür, sich für positive Veränderungen einzusetzen.

Außerhalb der Versorgung erleben wir, wie die gesellschaftlichen Verhältnisse die Gesundheit prägen. Menschen leben kränker und sterben früher, weil sie arm und ggf. arbeitslos sind, weil sie psychisch und physisch krankmachenden Lebens-, Wohn- und Arbeitsverhältnissen ausgesetzt sind. Die Gesundheit vieler Menschen wird geschädigt, weil ihnen Ressourcen und Rechte, auch Gesundheitsversorgung, vorenthalten werden, weil sie rassistisch benachteiligt werden, weil sie patriarchale Gewalt erleiden oder den Folgen von Kriegen, Klimakrise und Flucht ausgesetzt sind. Statt fundierter und konsequenter Analysen und kollektiver Lösungsstrategien dominieren individualistische Erklärungsmuster, ein gesellschaftlicher Druck zur Selbstoptimierung und Resignation. Die Auswirkungen dieser sozialen Missstände sehen wir in unserer täglichen Arbeit und sind teils selbst direkt betroffen.

verein
demokratischer
ärzt*innen



Voneinander lernen – gemeinsam handeln

Im vdäa* haben wir uns zusammengeschlossen, um miteinander zu begreifen, was schief läuft, uns klar zu werden, wie es besser gehen kann und wie wir da hin kommen.

All diese Probleme sind nicht vom Himmel gefallen und sie sind nicht unveränderlich. Warum sind Überstunden die Normalität, wieso müssen wir immer wieder einspringen und mehr arbeiten, teils mehr als legal ist? Warum schaffen wir es nicht, in der Weiterbildung tatsächlich strukturiert zu lernen, sind schon froh, wenn wir alle Aufnahmen, Entlassungen und Untersuchungen geschafft haben, die geplant sind? Warum gibt es so oft eine Kluft zwischen dem, was wir gelernt haben, was der Situation der Patient*innen angemessen wäre, und dem, was tatsächlich gemacht wird? Was sind wirksame Strategien gegen soziale Ungleichheit, Rassismus, Sexismus und wie helfen wir einzelnen Menschen, uns selbst oder Kolleg*innen direkt, wenn sie beleidigt werden oder im Getriebe untergehen?

Viele Fragen. Viel zu tun. Trotzdem – und gerade deswegen – schauen wir den Problemen nicht einfach zu. Wir sind Ärzt*innen aller Fachrichtungen, stationär und ambulant tätig, Zahnärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Studierende. Uns eint die Überzeugung, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft möglich sind und gemeinsam erstritten werden müssen.

Lern uns kennen, werde Mitglied und unterstütze unsere Arbeit oder werde selbst aktiv!

www.vdaee.de | www.facebook.com/vdaee | Twitter: @demokrat_aerzte