

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 1/2019 | Solibeitrag: 5 Euro



Ökonomisierung und Privatisierung International

Inhalt

- 3 Editorial
- 4 *Göran Dahlgren*: Glaubenssätze, Wunschdenken und kommerzielle Interessen. Die Auswirkungen von marktorientierten Gesundheitsreformen in Schweden
- 6 *Nadja Rakowitz*: Schluss mit Tango. Finnische Regierung tritt wegen Scheitern an Gesundheitsreform zurück
- 7 *Giulia Loffreda*: Wie der National Health Service privatisiert wurde - Und wie Aktivist*innen ihn retteten
- 10 *John Puntis*: Keep Our NHS Public. Der Kampf für einen öffentlichen NHS im Jahr 2018
- 12 *Wilfried Leisch*: Recht so?! Die Zerschlagung der solidarischen Sozialversicherung in Österreich
- 15 *Andreas Xanthos / Panos Papadopoulos*: Soziale Reformen gegen den autoritären Neoliberalismus. Die Gesundheitspolitik der SYRIZA-Regierung
- 19 *Eckardt Johanning*: National Medicare-for-all. Mehrheit der US-Bürger*innen für eine Nationale Krankenversicherung – aber wie?!
- 22 Aktiv werden im vdää. Arbeitskreise, Redaktion der Zeitschrift und Regionalgruppen
- 24 Herzlichen Glückwunsch, Uli! Zum 80. Geburtstag von Hans Ulrich Deppe
- 26 *Peter Hoffmann*: Rettet die Pflege! Das Volksbegehren bleibt unverzichtbar gegen den Pflegenotstand
- 29 *Andreas Wulf*: Gefährdet statt gefährdend. Wie Migration und Flucht mit Gesundheit zusammenhängen – und wie nicht
- 31 Klug, geduldig, freundlich. Nachruf auf Klaus Stegmüller

Liebe vdää-Mitglieder,

Kommunikation ist einfacher per Email als per Post. Wir haben aber noch immer nicht die Emailadressen von allen Mitgliedern. Wenn Ihr uns Eure Mailadresse noch nicht gegeben habt oder wenn Ihr eine neue Mailadresse habt, gebt Sie uns bitte.

Gleiches gilt für die Postadresse und die Bankverbindung, falls Ihr uns eine Einzugsermächtigung gegeben habt. Es erspart uns Bürokratie, wenn wir das rechtzeitig von Euch bekommen.

Bei der Gelegenheit möchten wir auch daran erinnern, Euren Vereinsbeitrag an Eure evtl. neue berufliche Situation anzupassen.

Herzliche Grüße aus der Geschäftsstelle

Termine

- 30.03.2019 **AK Ambulante Versorgung** in Hamburg
- 13.04.2019 **Sitzung des erweiterten Vorstands**
Frankfurt, 11-17 Uhr
- 28.-31.05.2019 **DÄT**, Münster
- 05./06.06.2019 **Gesundheitsministerkonferenz Leipzig**
(zentrale Demo des Bündnis KsF, pressewirksame Aktionen, »Gegengipfel«/Aktionskonferenz ver.di, AK Psychiatrie, Bündnis KH statt Fabrik)
- 27.07.2019 **Sitzung des erweiterten Vorstands**
Erfurt, 11-17 Uhr
- 17.08.2019 **Treffen des AK KH** in Kassel, 11-17 Uhr
- 15.-17.11.2019 **JHV** in Göttingen

Der vdää

ist bundesweit 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, Kai-Uwe Helmers, Thomas Kunkel, Mareike Ledigen, Eva Pelz, Nadja Rakowitz, Ben Wachtler, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik

1/2019 ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

V.i.S.d.P. Thomas Kunkel /

Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

Gewerkschaft der Privatangestellten, Druck, Journalismus, Papier Österreich; Photo by Gunnar Lindholm; Flickr; Unsplash

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal

Telefon 0 61 81 – 43 23 48

Mobil 01 72 – 1 85 80 23

Fax 0 61 81 – 49 19 35

Email info@vdaee.de

Internet www.vdaee.de

Bankverbindung:

Postbank Frankfurt

IBAN: DE97500100600013747603

BIC: PBNKDEFFXXX

Satz/Layout Birgit Letsch

Druck Druckerei Grube

Editorial

»Die Gesundheitsbewegung wendet sich gegen soziale Ungleichheit und kommerzielle Interessen im Gesundheitswesen. Sie geht davon aus, dass Kranke in der Stunde der Not ein Recht auf gleiche Versorgung haben und dass das Geschäft mit der Krankheit einzustellen ist: Die Privatisierung wird deshalb grundsätzlich abgelehnt.«

(Hans Ulrich Deppe)

Dies ist ein Zitat aus Eröffnungsrede von Uli Deppe bei der Gründung des vdää. Uli Deppe gratulieren wir in diesem Heft ganz herzlich zum 80. Geburtstag. Die Aussagen des Zitats sind unverändert aktuell.

Nachdem wir in der letzten Ausgabe (s. GbP 04/2018) den Schwerpunkt Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens in der BRD hatten, soll die vorliegende Ausgabe einen internationalistischen Blick auf die Entwicklungen in anderen europäischen Ländern werfen. Wie auch hierzulande wird andernorts ebenfalls die Erfahrung gemacht, dass Privatisierungen im Gesundheitswesen primär einerseits die Ökonomisierung antreiben und vice versa, dass dies andererseits der Umverteilung von öffentlichen Geldern zu privaten, profitorientierten Akteuren dient.

Giulia Loffreda aus dem Peoples' Health Movement betrachtet für uns dazu den Stand der politischen Auseinandersetzung in England, ebenso wie John Puntis, ein Aktivist der Initiative »Keep Our NHS Public«, mit der wir seit »vdää on tour« nach London im Jahr 2014 solidarisch verbunden sind. Göran Dahlgren kritisiert die gesundheitspolitischen Entwicklungen in Schweden, wo durch einen euphemistisch betitelten Gesetzentwurf drastische Verschlechterungen in weiten Bereichen der ambulanten Versorgung implementiert wurden. Nadja Rakowitz berichtet über politische Verwerfungen in Finnland. Dort musste die seit 2015 regierende rechtskonservative Regierung aufgrund der versuchten Einführung von marktliberalen Prinzipien in den öffentlichen Gesundheitssektor auf Druck der Opposition zurücktreten. Werner Leischs Beitrag über die Gesundheitspolitik der rechtsradikalen schwarz-blauen Regierung in Österreich gibt einen kritischen Vorgeschmack auf die unsoziale Politik, die von Parteien des rechten Rands zu erwarten ist. Eine der ersten Amtshandlungen von US-Präsident Trump war ein Angriff auf Obamacare. Breite Teile der Bevölkerung setzen sich dagegen zur Wehr. Eckhardt Johanning, der in New York lebt, erläutert die Hintergründe.

Der vdää arbeitet seit vielen Jahren solidarisch mit Aktivist*innen und Gesundheitsarbeiter*innen in Griechenland

zusammen. Viele der auch unter Linken verbreiteten Hoffnungen, die mit dem Regierungsantritt von Syriza verbunden waren, haben sich leider nicht bewahrheitet. Anders im Gesundheitswesen: Hier ist es gelungen, die Millionen Menschen ohne Zugang zum Gesundheitssystem wieder hereinzuholen. Und nicht nur das. Andreas Xanthos und Panos Papadopoulos geben uns einen – dennoch nicht nur optimistischen – Überblick über die Gesundheitspolitik der Syriza-Regierung seit 2015.

Im internationalen Kontext stellt Andreas Wulf dar, wie bzw. wie nicht Migration und Flucht mit Gesundheit zusammenhängen. Peter Hoffmann lenkt den Blick wieder vor die eigene Haustür: In Bayern ist der vdää Teil eines Bündnisses, das sich für ein Volksbegehren gegen den Pflegenotstand einsetzt. Nach Berlin und Hamburg das erste Flächenbundesland, in dem eine solche Initiative die Situation in der Pflege verbessern helfen soll. Peter Hoffmann erläutert die Auswirkungen und Hintergründe des Pflegepersonalstärkungsgesetzes und der Pflegepersonaluntergrenzen.

Nicht nur bei den Volksbegehren kann man aktiv werden, auch im vdää. Auf der letzten JHV wurde mehrfach der Wunsch an uns herangetragen, diese Möglichkeiten transparenter darzustellen. Dem möchten wir in diesem Heft mit der Darstellung der Regionalgruppen und der Arbeitskreise nachkommen. In der nächsten Ausgabe werden sich die Listen in den Ärztekammern vorstellen.

In den letzten Monaten hat sich bereits die Redaktion deutlich vergrößert und verjüngt. Obwohl diese Gruppe in dieser Zusammensetzung erst seit kurzem zusammen arbeitet, gelang die Gestaltung dieser Ausgabe in einer sehr entspannten und angenehmen Atmosphäre, die allen Beteiligten Spaß gemacht hat. Wir hoffen dieser Spaß überträgt sich auch auf die Leser*innen.

Die Redaktion

»Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin« – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdää ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. 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 Studentin oder Student für 10 Euro im Jahr zu abonnieren.

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

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

Glaubenssätze, Wunschdenken und kommerzielle Interessen

auch in Schweden wird die Gesundheitsversorgung kommerzialisiert

Göran Dahlgren erklärt die marktorientierten Gesundheitsreformen in Schweden, beschreibt die Auswirkungen auf den Zugang und die Qualität der Gesundheitsversorgung und benennt die Gewinner und Verlierer dieser Umgestaltung.

■ 1. Zwei große neoliberale Reformen

Die Gesundheitspolitik der letzten Jahre in Schweden war geprägt von neoliberalen marktorientierten Reformen, die insbesondere die Primärversorgung betrafen. Was passierte – und immer noch stattfindet –, ist eine schrittweise Transformation der primären Versorgung in ein mehr und mehr privatisiertes und profitorientiertes System. Die folgenden beiden Reformen waren die zentralen Vehikel für diese Transformation dar:

Das »**Gesetz über die freie Wahl des Versorgungssystem**« (»Lagen om vårdvalssystem«) wurde 2010 vom Parlament verabschiedet. Das Gesetz sieht vor, dass **alle** privaten, profitorientierten Anbieter, die bestimmte Kriterien erfüllen, in der öffentlichen Finanzierung bevorzugt werden. Diesen kommerziellen Anbietern wird darin auch das Recht eingeräumt, ihre steuerfinanzierten Gesundheitsleistungen an jenen Orten anzubieten, wo es für sie am profitabelsten erscheint. Der unterschiedliche Bedarf in den verschiedenen Regionen wird nicht berücksichtigt. Die für das Gesundheitswesen zuständigen Landräte (schwed. »Landstings«) können weder über die Anzahl noch den Ort jener Praxen mitbestimmen, die sie aber mit Steuergeldern finanzieren. Obwohl der Name des Gesetzes die freie Wahl suggeriert, hat es keinerlei Einfluss auf das Arzt- bzw. Versorgungswahlrecht der Bevölkerung.

Der Grund für die irreführende Namensgebung des Gesetzes war der Umstand, dass die Menschen in Schweden in Umfragen zwar eine freie Arztwahl bevorzugten, aber gleichzeitig sehr kritisch gegenüber einer Steuerfinanzierung von privater, profitorientierter Gesundheitsversorgung eingestellt waren. Dementsprechend sollte die »Wahlfreiheit« im Titel des Gesetzes verschleiern, dass der eigentliche Zweck in der »Stärkung der Privatisierung« besteht.

»**Neue öffentliche Verwaltung**« (**New public management, NPM**) nennt sich die zweite große Reform. NPM zwingt die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, sich fast genauso zu verhalten wie die privaten, profitorientierten Anbieter. Die öffentlichen Akteure müssen ihre Arbeit finanzieren, indem sie ihre Leistungen auf einem umkämpften Markt anbieten. Kostendeckende Erlöse wurden somit zu einem wichtigen Ziel für öffentliche Gesundheitseinrichtungen, ob-

wohl dies nie öffentlich als Zielvorgabe beschlossen und kommuniziert wurde.

Die abzusehenden Auswirkungen dieser beiden Reformen wurden im Vorfeld ihrer Implementierung nie analysiert. Sie waren – und sind weiterhin – angetrieben durch neoliberale und konservative ideologische Glaubenssätze, Wunschdenken und starke kommerzielle Interessen. Die Sozialdemokraten haben diese Reformen widerwillig akzeptiert, während die linke Partei dagegen opponiert.

Die realen Auswirkungen dieser Reformen wurden nun – fast zehn Jahre nachdem das »Gesetz über die freie Wahl« ratifiziert wurde – durch mehrere nationale Behörden und Forschungsgruppen analysiert und ausgewertet. Besonderes Interesse galt dabei den Auswirkungen auf die Primärversorgung. Einige zentrale Ergebnisse dieser Analysen sollen hier kurz dargestellt werden.

■ 2. Inanspruchnahme der Primärversorgung

Wachsende Kluft zwischen Stadt und ländlichen Regionen: Die Anzahl der steuerfinanzierten Gesundheitszentren stieg zwischen 2010 und 2012 um 20 Prozent, seitdem jedoch wurden jährlich nur noch wenige neue Zentren eingerichtet (2). Fast alle dieser neuen Gesundheitszentren waren private, profitorientierte Anbieter, die häufig im Besitz internationaler Kapitalinvestoren sind.

82% dieser steuerfinanzierten neuen Gesundheitszentren befinden sich in städtischen Regionen mit ohnehin schon ganz guten Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung (2). Dies kann nur teilweise durch die Urbanisierung erklärt wer-



©Gunnar Lindholm



Protestaktion am 12.12.18 vor der Wiener Gebietskrankenkasse – Foto: GPA/djp

den. Fast keine neuen Versorgungszentren wurden in ländlichen, unterversorgten Gebieten eingerichtet. Von dem Teil der Bevölkerung, der zuvor bereits weit weg von einem Gesundheitszentrum lebte, muss seit der »Wahlfreiheitsreform« eine viertel Million Menschen noch weiter fahren, um versorgt zu werden. Typischerweise betrifft das vor allem Menschen mit niedrigem Einkommen und einem erhöhten Bedarf von medizinischer Versorgung (3).

Die wachsende Kluft zwischen Stadtteilen mit hohen und niedrigen Einkommen: Innerhalb der städtischen Regionen wurden die meisten der neuen privaten Gesundheitszentren in ökonomisch bessergestellten Gegenden eröffnet. Eine Studie der nationalen Prüfbehörde (*National Auditing Authority*) zeigte, dass es keine Korrelation gab zwischen der Implementierung eines neuen Gesundheitszentrums und dem Bedarf an Leistungen. Es zeigte sich hingegen eine sehr starke Korrelation zwischen hohem Durchschnittseinkommen in einem Gebiet und der Eröffnung von neuen privaten, profitorientierten Gesundheitszentren (3).

*Das Hauptaugenmerk scheint auf Patient*innen zu liegen, die eher kleine als schwerwiegende gesundheitliche Probleme haben:* Menschen mit kleineren gesundheitlichen Problemen haben einer großen Studie zufolge ihre Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Vergleich zu Menschen mit schwereren gesundheitlichen Problemen gesteigert (4). Eine Umfrage unter Ärzt*innen einer primärversorgenden Einrichtung in Stockholm ergab, dass nur 1% der Antwortenden glaubte, dass die gegenwärtigen marktorientierten Reformen auch den Menschen mit schwerwiegenderen Gesundheitsproblemen zugute kämen. 78% der Ärzt*innen fanden, dass das System Menschen mit größeren Gesundheitsproblemen diskriminiert (5).

■ 3. Versorgungsqualität des Gesundheitswesens.

*Deutlich weniger Vertrauen von Allgemeinmediziner*innen:* Das Vertrauen von Allgemeinärzt*innen in das Gesundheitssystem hat seit der Umsetzung der Marktrefor-

men gelitten. Während im Jahr 2012 noch 40% der Allgemeinmediziner*innen bejahten, dass das Gesundheitssystem gut funktioniere, waren es im Jahr 2014 nur noch 19% (7).

Die marktorientierten Reformen haben die Versorgungsqualität nicht verbessert: Die Qualität des schwedischen Primärversorgungssystems ist im Vergleich zu vielen anderen westeuropäischen Ländern verhältnismäßig schlecht. Nur 64% der Patient*innen haben eine Hausärzt*in. Die Entwicklung seit 2010 ist ebenfalls negativ, wenn man den zunehmenden Grad der Fragmentierung im Gesundheitswesen betrachtet (8), z.B. was die Kooperation zwischen den Allgemeinmediziner*innen und anderen Fachrichtungen angeht (7). Es gibt viele Gründe für diese problematischen Entwicklungen, aber es scheint so, dass die Einführung des Konkurrenzprinzips zwischen den Leistungsanbieter*innen negative Auswirkungen sowohl auf die Kontinuität der Versorgung als auch die Zusammenarbeit der Anbieter*innen hatte.

Verlust knapper finanzieller Ressourcen für die Gesundheitsversorgung: Dadurch, dass sie profitable, aber unnötige medizinische Leistungen begünstigen, führen markt- und profitorientierte Reformen zu einem Verlust an öffentlichen Finanzmitteln. Hinzu kommt, dass viele der privaten Anbieter bzw. ihre Gesellschafter*innen Strategien zur Steuerhinterziehung bzw. legalen Steuervermeidung als Teil ihres Geschäftsmodells betreiben, wodurch dem Staat wichtige Einnahmen verloren gehen.

■ 4. Wahrgenommene und medizinische Versorgungsqualität

Mehr private Anbieter vermochten die wahrgenommene Qualitätssteigerung der Versorgung nicht erhöhen: Die beobachteten Unterschiede in der Wahrnehmung der Versorgungsqualität zwischen öffentlichen und privaten Anbietern gleichen sich an, wenn die Unterschiede in Hinblick auf die Krankheitslast sowie den sozioökonomischen Kontext mitbetrachtet werden (9)(...)

Gewinner und Verlierer: Die kommerziellen Anbieter und ihre Inhaber*innen sind die klaren Gewinner dieser marktorientierten Reformen. Menschen, die in städtischen Regionen mit einem relativ hohen Durchschnittseinkommen leben, werden durch diese Reformen begünstigt, insbesondere dann, wenn sie nur kleinere Gesundheitsprobleme haben. Die klaren Verlierer*innen dieser Entwicklung sind die Menschen aus ländlichen Regionen mit niedrigeren Einkommen, die chronische Gesundheitsprobleme haben. Darüber hinaus verlieren Gesundheitseinrichtungen die Möglichkeit, unprofitable aber notwendige Leistungen zur Verfügung zu stellen.

Abschließend sollte noch einmal betont werden, dass die meisten Effekte der Gesundheitsreformen profitorientiert sind und somit in direktem Konflikt mit den Grundsätzen, Zielen und ethischen Prinzipien des gültigen »Schwedischen Gesetz über die Gesundheitsversorgung« (Hälso- och sjukvårdslagen) aus dem Jahr 2007 stehen (10).

Göran Dahlgren ist Visiting Professor an University of Liverpool, ehemaliger Abteilungsleiter des »Health Service Department« im Ministerium für Gesundheit und Soziales, Schweden.

Übersetzung aus dem Englischen: Thomas Kunkel

Literaturverweise

- 1 Dahlgren G (1994): »Framtidens sjukvårdsmarknader- vinnare

och förlorare«, Natur och Kultur (Future health care markets – winners and losers. This book was published by Natur och Kultur)

- 2 Myndigheten för vårdanalys (2015), Rapport no 2015:6 (The National Authority for health care analyses, Report 2015:6)
- 3 Riksrevisionen (2014), Rapport no 2014:22 (The National Auditing Authority, Report no 2014:22)
- 4 Myndigheten för vårdanalys (2013), Rapport 2013:1 (The National Authority for health care analyses, Report no 2013:1)
- 5 Landstingsrevisorerna SLL (2012), Rapport nummer 10/20 (The auditors at Stockholm count council, Report no 10/2012)
- 6 Beckman A, Anell A. (2013): »Changes in health care utilization following a reform involving choice and privatization in Swedish primary care: a five year follow up of GP visits«, University of Lund
- 7 Myndigheten för vårdanalys (2015), Rapport no. 2015:9 (The National Authority for health care analyses, Report no. 2015:9)
- 8 Stiernstedt G et. al (2016), Dagens Medicin 13/1 2016 (Article by Göran Stiernstedt in the magazine »Medicine of today«)
- 9 Myndigheten för vårdanalys (2015), Rapport 2015:5 (The National Authority for health care analyses, Report no 2015:5)
- 10 Dahlgren G (2018): »När sjukvården blev en marknad – effekter och alternativ«, Premiss förlag« (»When the health care system became a market- effects and alternatives«, This book was published by Premiss)

Alle Texte außer Beckman et.al. wurden auf Schwedisch publiziert.

Schluss mit Tango

Finnische Regierung tritt wegen Scheitern an Gesundheitsreform zurück

Finnland wurde seit den Wahlen 2015 von einer rechtskonservativen Koalition (104 von 200 Sitzen im Parlament) regiert: Ministerpräsident Juha Sipiläs liberal und bäuerlich ausgerichtete Zentrumsparterie, die konservative Nationale Sammlungspartei und die Partei Blaue Zukunft, die sich 2017 von den »Wahren Finnen« abgespalten hatte. Anfang Februar, also ein paar Wochen vor den nächsten Parlamentswahlen am 14. April, hat die Regierung ihren Rücktritt bekanntgegeben. Sipilä begründete das mit dem Scheitern der umfassenden Gesundheitspflege- und Sozialreform, die er zum wichtigsten Projekt seiner Amtszeit erklärt hatte, für die man aber keine Parlamentsmehrheit zusammenbekommen habe. Marktliberale Reformen und Sparpolitik waren Hauptinhalte der Politik Sipiläs: Die Regierung kürzte in der Bildung und bei Sozialausgaben, betroffen waren Rentner*innen, Student*innen und Geringverdienende. Entsprechend sah die geplante Gesundheitsreform im bislang staatlichen Gesundheitswesen aus. Argumentativ vorbereitet mit den üblichen Bedrohungsszenarien von drohendem Anstieg der – im internationalen Vergleich eher niedrigen – Ausgaben, flankiert von der »natürlichen« Unausweichlichkeit der Demographie. Wir kennen das aus Deutschland und aus anderen Ländern.

Die Regierung wollte das System »entschlacken« und die bislang in 295 Kommunen des Landes verwaltete und

organisierte Gesundheitsversorgung auf 18 neu zu schaffende regionale Behörden übertragen. Das alleine wäre noch kein Problem der Opposition gewesen. Viel Kritik und großen Widerstand im linken Lager brachte der Regierung dieser Teil ihres Reformplanes: Patient*innen sollten in Zukunft »Wahlfreiheit« bekommen zwischen öffentlichen und privaten Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen. Neben dem Zeitplan im Sozial- und Gesundheitsausschuss, sei die Reform, so die Informationen der finnischen Zeitung *Hufvudstadsbladet*, zudem nicht verfassungskonform gewesen.

Nicht wenige Kommentare interpretieren nun das Scheitern der Regierung an diesem Projekt als Ende eines Versuches des rechten Flügels, die Gesundheitsversorgung zu privatisieren. Laut der schwedischen Zeitung *Dagens Nyheter* könnte der Rücktritt eine Wahlkampfstrategie sein, um die Wählerschaft nach dem Scheitern der Gesundheitsreform nicht zu verlieren. Unklar sei aber, ob diese Strategie aufgeht – nach zahlreichen Skandalen um die Privatisierung von Altersheimen seien der Koalition bereits viele ältere Wähler*innen abgesprungen. Ob sie wiedergewählt werden, ist unklar. **NR**

(Vgl. Kai Strittmatter: »Finnland – Kollabiert wegen der Gesundheitsreform«, SZ 08.03.2019; »Streit um Reformpaket – Finnische Regierung tritt zurück«, ntv vom 08.03.2019)

Wie der National Health Service privatisiert wurde

Und wie Aktivist*innen ihn retteten – von Giulia Loffreda

»Save the NHS«, »Keep our NHS public«, »Hands off the NHS« waren einige der bekannten Slogans, mit denen die Zivilgesellschaft, Aktivist*innen und Ärzt*innen beharrlich gegen den Privatisierungsprozess des NHS in Großbritannien kämpften. Dieser Artikel möchte kurz darstellen, wie der NHS finanziert und organisiert wurde, zudem die Geschichte einiger struktureller Änderungen des NHS inkl. des Privatisierungsprozesses erläutern und schließlich die Rolle einiger Aktivist*innen aufzeigen, welche ein weltweites Vorbild im Widerstand gegen kommerzielle Interessen wurden.

■ Wie der NHS ursprünglich finanziert wurde

In England wurde der NHS vor allem durch Steuereinnahmen finanziert, unterstützt durch staatliche Versicherungsbeteiligungen. Während der NHS zwar im Allgemeinen als frei zugänglich gilt, mussten Patient*innen doch seit 1951 für einige Leistungen zahlen (z.B. bei Rezepten oder zahnärztlicher Behandlung). Allerdings gibt es für viele Patient*innen Ausnahmeregelungen, inkl. für Patient*innen unter 16 oder über 60 Jahren, sowie für Empfänger*innen staatlicher Unterstützungsleistungen. Die bestehenden Ausnahmeregelungen führten dazu, dass letztes Jahr 90% aller Rezepte ohne Zuzahlung abgegeben wurden. Die zusätzlichen Einnahmen durch Zu-

zahlungen variierten im Lauf der Jahre im Verhältnis zur Finanzierung aus allgemeinen Steuereinnahmen, staatlicher Versicherung und Versichertenbeiträgen von einem Maximum von 5% 1960 bis zu einem Minimum von 1,7% zwischen 2007 und 2011. In Großbritannien besitzen 10,6% der Bevölkerung eine private Krankenversicherung, wobei es sich bei der Mehrheit um betriebliche Policen handelt, die Angestellten als Teil ihrer Gesamtvergütung angeboten werden.

Das sogenannte NewPublic Management (NPM), strukturelle Anpassungen und Austerität

Das NPM, oft beschrieben als »markt-basierte Ideologie«, ist durch Vermarktung, staatliche Sparpolitik und Dezentralisation charakterisiert; es wurde in der Thatcher-Ära 1990 eingeführt und eröffnete die Privatisierung der öffentlichen Dienste. Als Konsequenz daraus wurde eine Quasi-Marktstruktur im Gesundheitssystem Großbritanniens implementiert: Öffentliche und private Anbieter konkurrierten miteinander darum, die jeweils besseren und schnelleren Dienstleistungen anzubieten. NPM sollte ein effektiveres und effizienteres öffentliches Gesundheitssystem hervorbringen, indem top-down umstrukturiert und überwacht wurde, verbunden mit Personalabbau sowie Dezentralisierung. Gesundheitsversorgung wurde so zur Ware, die durch den Markt angeboten wird, statt eines Rechts, das vom Staat geschützt wird.

Die Sparpolitik passt in das Bild von Budgetkürzungen, Schließungen und Privatisierung. Ein gutes Beispiel dafür, wie Austerität wirkt und mit Public Private Partnerships (PPP) verknüpft ist, zeigt sich an Kürzungen für Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit, wo private Anbieter Jahr für Jahr unglaubliche Gewinne einfahren. Das hat zu einem massiven Mangel an psychologischer Behandlung geführt.

■ Der Privatisierungsprozess

Der NHS wurde 1948 gegründet. Von Beginn an war er begleitet von zwei großen Kontroversen unter Politiker*innen: Zum einen sei er zu teuer, zum anderen würden die Leute ihn



missbrauchen. Schließlich aber wurde diesen Politiker*innen das Gegenteil bewiesen; er war weder unerschwinglich, noch missbrauchten es die Menschen. Der NHS war eine der Säulen des Sozialstaates, den William Beveridge während des zweiten Weltkriegs erdacht und umgesetzt hatte. Aneurin Bevan war der Architekt des NHS, wie wir ihn heute kennen. Er glaubte, dass die Gesellschaft allen ihren Mitgliedern den Zugang zu den besten medizinischen Behandlungen gewähren sollte. Im NHS ging es um Umverteilung auf der Basis von Bedarfen, öffentlichem Eigentum und Rechenschaftspflicht. Einige wenige private Interessen waren zwar immer gegenwärtig, aber Kommerzialisierung und Privatisierung wurden sorgsam ferngehalten, um Verschwendung vorzubeugen.

Mit dem **Health and social care act** (HSCA) von 2012 begannen sich Gesundheits-Aktivist*innen ernsthafte Sorgen um den NHS zu machen. Zentrale Inhalte des Gesetzes waren: 1) Es beseitigt die Pflicht des Gesundheitsministers, die Versorgung aller sicherzustellen. 2) Es führt neue Versicherungsstrukturen ein, und 3) gibt es der Minister*in die Möglichkeit, eine Wirtschaftsbürokratie einzuführen und es gibt Anbietern die Möglichkeit zu entscheiden, wer von der Versorgung profitieren wird. Die Implementierung des HSCA öffnete Tür und Tor für Versicherer auf risikostatifizierter Basis: Risiken müssen identifizierbar und vorhersehbar sein, und sie müssen einem Vertrag zugeordnet und übertragen werden. Fragmentierte und extrem bürokratische Strukturen wurden so eingeführt. Im alten Modell war die Minister*in verantwortlich für das Gesundheitsministerium und für alle Versicherten landesweit. In David Camerons (Premierminister von 2010-2016) neuer komplexer Wirtschaftsbürokratie hat die Minister*in zwar die ganze Macht, aber de facto keine Verantwortung mehr.

Die interessanteste Erfindung des HSCA sind die sogenannten **Clinical Commissioning Groups** (CCGs): Sie ersetzen die Primary Care Trusts (PCTs), welche von der Labour-Partei 1997 implementiert wurden, um die Bereitstellung von primären und gemeindebasierten Gesundheitsleistun-



©Flickr-Stephen Melkisetian

gen durch die verschiedenen Leistungserbringer im NHS auf regionaler Ebene zu organisieren. CCGs sind dabei in der Lage, Dienstleistungen von allen qualifizierten (auch privaten, Anm. der Redaktion) Anbietern zu erwerben.

*Einschub der Redaktion: Die CCGs wurden als regionale Planungsinstanzen der sekundären und gemeindebasierten Gesundheitsleistungen eingeführt. Sie setzen sich aus Allgemeinmediziner*innen (General Practitioner – GP), anderen Gesundheitsberufen, wie Pflegefachkräften und Laien einer Region zusammen. Sie sind Verwaltungsorgane des NHS und für die Planung und Beauftragung von Gesundheitsleistungen für die Menschen verantwortlich, die bei einem Mitglied des CCGs behandelt werden (meist bei einem der GPs) oder in der Region leben, die von einer bestimmten CCG abgedeckt wird und gleichzeitig in keiner anderen CCG eingeschrieben sind. Die CCG erheben, planen und evaluieren die regionalen Gesundheitsbedarfe und vergeben Verträge für die Erbringung von Gesundheitsleistungen z.B. an Krankenhäuser, Rettungsstellen, Gemeindegesundheitsdienste oder zunehmend auch GPs. Sie verwalten einen großen Anteil des gesamten Budgets des NHS und arbeiten unter wirtschaftlicher Konkurrenz zueinander. Während früher alle Menschen einer Region automatisch*

*durch einen PCT versorgt wurden, können Menschen nun zwischen verschiedenen CCGs in ihrer Region wählen, aber auch die Versorgungsverantwortung der CCGs ist nicht mehr automatisch auf alle Bewohner*innen einer Region ausgeweitet.*

Um Mitglied zu werden, müssen die Bürger*innen sich zunächst bei einem GP registrieren, allerdings können nicht alle GPs einer CCG beitreten und nicht alle Menschen haben effektiv die Möglichkeit, sich bei einem GP einzuschreiben. Theoretisch ist jeder Mensch, der sich dauerhaft in Großbritannien aufhält, berechtigt, primäre Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen. Praktisch werden einige Bevölkerungsgruppen aber systematisch von der Versorgung ausgeschlossen wie z.B. Obdachlose oder Migrant*innen, weil sie u.a. keinen Nachweis ihres dauerhaften Wohnsitzes erbringen können (dieser ist aber Voraussetzung für eine Registrierung bei einem GP und somit bei einer CCG – Anm. der Redaktion). Niemand ist mehr – wie früher – automatisch durch das Gesundheitssystem abgesichert. Bürger können beispielsweise auch ausgeschlossen werden, weil sie eine chronische Erkrankung haben, für die die CCGs die Behandlung nicht länger bezahlen wollen – sie müssen dann selbst zahlen oder die Behandlung abrechnen. Entweder auf-

grund ihres sozioökonomischen Status oder ihres Gesundheitszustandes können Bürger*innen heute also ggf. nicht berechtigt sein, einer CCG beizutreten.

Die Versorgung wird zunehmend privatisiert. Wegen des Verlusts regionaler Eigenverantwortung sind regionale Bedarfe nicht mehr die entscheidende Größe der Entwicklungen im Gesundheitssystem; kommerzielle Aktionäre haben es jetzt vom Gesetzgeber übertragen bekommen zu entscheiden, wer welche Versorgung bekommt. Eine unübersichtliche Anzahl neuer Firmen (z.B. Bupa, McKenzie, Virgin u.v.m.) wurde immer mehr in die Versorgungsstrukturen mit einbezogen und ersetzen langsam das bisherige System. Nach Schätzungen fließen Tag für Tag Millionen Pfund an NHS-Geldern in die Taschen kommerzieller Firmen. Der HSCA verpflichtet die CCGs dazu, jeden Vertrag über mehr als 615.278 Pfund auszuschreiben. Dies führte zu einer gewaltigen Zunahme von NHS-Verträgen mit profitorientierten Firmen wie Virgin Care und Care UK. In den Jahren 2017-2018 floss eine geschätzte Summe von 8,7 Milliarden Pfund vom NHS in die Taschen privater Anbieter.

Effektivität ist das Mantra der Privatisierung. Die Profitorientierung des Marktes war uns immer wieder eine Warnung vor der Privatisierung des Gesundheitssystems, zumal es keinen Hinweis auf eine höhere Effektivität in der Privatwirtschaft gibt. Wenn man Marktmechanismen zulässt, wird es im Gegenteil viel teurer. Dieser Widerspruch wurde deutlich, nachdem die Gesundheitsausgaben zwischen 1990 und 2012, also nach dem Beginn von Privatisierungen durch die Labour-Partei, drastisch stiegen. Neue Ineffektivitäten traten auf: Versicherungen, Rechnungen und Verwaltung, unnötige Dienstleistungen. Während zuvor nur 6% der Ausgaben für die Verwaltung verwendet wurden, sind es heute mehr als 40%. Der Markt erzeugt auch neuen Druck: z.B. all die unnötigen Dienstleistungen (und Beratungstätigkeiten), die heute gebraucht werden, um Profitmöglichkeiten zu eruieren.

■ Die Rolle der Aktivist*innen

Der NHS ist so etwas wie das Herzstück des britischen Nationalismus; sogar die Brexit-Befürworter benutzten es, um Emotionen zu schüren (das Versprechen, durch den Brexit würden 350 Mio. Pfund/Woche für den NHS frei, war einer der Grundpfeiler der Pro-Brexit-Kampagne; es wird inzwischen als vorsätzliche Lüge betrachtet). Der Brexit spielt auch eine große Rolle in der gesellschaftlichen Mobilisierung, die gegenwärtig in Großbritannien stattfindet. Es wird davon ausgegangen, dass der Personalmangel schlimmer und die Wartezeiten sich verlängern werden und dass die Streichung von Geldern Probleme bei der Versorgung mit Arzneimitteln aufwerfen wird. Die Armut, die wichtigste soziale Determinante von schlechter Gesundheit, wird ansteigen.

Gesundheitsprofessionelle bleiben die wichtigsten Verbündeten des NHS. Sie wurden aufgefordert, die öffentliche Kampagne »Keep Our NHS Public« zu unterstützen, auch aus Angst, dass durch all die amerikanischen Versicherungsfirmen das amerikanische Modell in GB eingeführt werden könnte. Es kam zu einer wirklichen gesellschaftlichen Mobilisierung. Anhänger der Kampagne begutachteten das Gesetz (HSCA) von 2012 und kamen zu dem Schluss, dass der Regierung in

Bezug auf den NHS nicht mehr vertraut werden könne. Das Gesetz war in jeder Hinsicht ein Fehlschlag: längere Wartezeiten, schlechtere Qualität, höherer Ausfall von Leistungen, weniger Personal und sinkende Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter*innen.

Verminderte staatliche Finanzierung des Gesundheitssystems schuf in anderen Staaten, wie z.B. in Deutschland, einen Raum, in welchem private Firmen erstarken konnten. Warum passierte das nicht in GB? Viele denken, dass die Aktivist*innen eine Schlüsselrolle dabei spielten, den NHS zu schützen.

Es ist bemerkenswert, wie sehr die Öffentlichkeit seit 1983 die Kernaufgabe und die Prinzipien des NHS unterstützt. Der *King's Fund*, der einflussreichste Think Tank in GB, versichert, dass private Firmen keine größere Rolle im Gesundheitssystem spielen werden und dass es für alle Politiker*innen, die das ändern wollten, politischer Selbstmord wäre. Aktivist*innen des NHS – inklusive Prof. Stephen Hawking – die Zivilgesellschaft, Patient*innenorganisationen und Angestellte im NHS bekämpften und bekämpfen den Privatisierungsprozess.

Zeitungen wie der *Guardian* garantierten eine große mediale Aufmerksamkeit. Verschiedene Netzwerke wie »Members of People's Health Movement UK« und »Keep Our NHS Public« arbeiteten gemeinsam an der Anti-Privatisierungskampagne. Zweifellos wurde die Kampagne für andere Aktivist*innen weltweit ein Symbol an gesellschaftlicher Solidarität, um das Gesundheitssystem gegen wirtschaftliche Interessen zu verteidigen. Nichtsdestotrotz darf die Wachsamkeit nicht nachlassen: Wir alle müssen die Grundsätze des NHS immer wieder aufs Neue schützen, denn die Regierung wird erneute Privatisierungs-Versuche unternehmen.

Giulia Loffreda ist aktiv im Peoples Health Movement UK. Der englische Originaltext mit Referenzen und Literatur ist über die Redaktion zu beziehen. – Übersetzung aus dem Englischen: Eva Pelz

Genaues hierzu findet sich immer noch in der Ausgabe 2/2014 von *Gesundheit braucht Politik*, das sich dem Thema NHS und den Privatisierungsversuchen gewidmet hatte (komplett auf der Homepage verfügbar).



Keep Our NHS Public

John Puntis über den Kampf für einen öffentlichen NHS im Jahr 2018

Keep Our NHS Public (KONP)¹ ist eine landesweite aktivistische Organisation, die für eine öffentliche, aus Steuern finanzierte und bei Inanspruchnahme kostenfreie Gesundheitsversorgung eintritt. KONP wendet sich gegen die Privatisierung des NHS (*National Health Service*) und gegen Kürzungen in öffentlichen Einrichtungen, die durch die neoliberale Regierungspolitik vorangetrieben werden.

Im Jahr 2018 war das 70. Jubiläum des NHS und ein intensives Jahr für unsere mehr als 70 Gruppen. Die Webseite und der Newsletter von KONP und die Zeitung *Health Campaigns Together* (HCT)² bestärkt unsere Mitglieder darin, kritische Fragen an die Regierung, Leistungsanbieter, *service commissioners* (Planungs- und Evaluationsorgane im NHS, Anm. d. Ü.) etc. zu richten. Während des letzten Jahres haben wir im ganzen Land aufgeklärt, demonstriert, Flugblätter verteilt, Petitionen erstellt, Veranstaltungen und Kundgebungen abgehalten und vor dem *Health Select Committee* (Komitee, das das Handeln des Gesundheitsministeriums beobachtet und überprüft, Anm. d. Ü.) im Parlament gesprochen.

■ Themen in 2018

Rassismus

Der »Windrush-Skandal« betraf Immigrant*innen von den Westindies, die in den späten 1940er Jahren zum Arbeiten nach Großbritannien gebracht worden waren, und verdeutlichte, wie untrennbar die Themen Vorurteile und Vulnerabilität mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung verbunden sind. Obwohl diese Immigrant*innen seit Jahren in Großbritannien ansässig sind, wurde einigen mit Abschiebung gedroht und anderen gesagt, sie müssten nun für die Behandlung zahlen. Ein öffentlicher Aufschrei zwang die Innenministerin Amber Rudd zum Rücktritt; sie wurde zum Sündenbock für die Abschreckungspolitik von Premierministerin Theresa May.

Die Behandlung im NHS war für ausländische Patient*innen immer kostenfrei; nun müssen Krankenhäuser die

Zugangsberechtigung überprüfen, 150% der Behandlungskosten verlangen und diejenigen, die nicht zahlen können, dem Innenministerium melden. Dass die Verwaltungskosten dieser neuen bürokratischen Hürden die so generierten Einnahmen übersteigen, weist auf die Absicht der Regierung hin, in größerem Umfang Gebühren für die Versorgung im NHS zu erheben. KONP begann eine Kampagne, die sich sowohl gegen die Gebühren als auch gegen das entstehende migrantenfeindliche Klima richtete. In einem Krankenhaus (Lewisham & Greenwich) wurden bei 541 von ca. 9.000 jährlichen Geburten Gebühren erhoben und bei weiteren 1.100 wurde die Anspruchsberechtigung überprüft. Solche Gebühren halten Migrant*innen davon ab, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen und wurden nun von einer Vielzahl von medizinischen Fachgesellschaften (Medical Royal Colleges) verurteilt.

Psychische Gesundheit

Im Verlauf der letzten zehn Jahre wurden die Stellen für Pflegekräfte in der Psychiatrie um 3.800 und die Betten in psychiatrischen Abteilungen um 8.100 gekürzt, während sich die Suizidrate unter jungen Frauen verdoppelt hat. Im Februar wurde der Stadtrat von Lewisham durch Kinder, Eltern, Beschäftigte, Parlamentsabgeordnete, Jon Ashworth (Schattenminister für Gesundheit der *Labour Party*) und KONP-Aktivist*innen, die Stadtratsmitglieder, das *scrutiny panel* (Ausschuss, der die Handlungen der Stadtregierung überwacht) und Parlamentsabgeordnete auf die Anhörung vorbereitet, sie hatten über die Gefahren von Kürzungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsych-

atrie aufgeklärt. Eine Entscheidung, die Finanzierung in diesem Bereich um 150.000 £ zu kürzen, wurde zurückgenommen.

Arbeit mit Gewerkschaften

Kürzungen und Austerität untergraben die Gesundheitsversorgung, die sozialen Dienste und die Bildungsmöglichkeiten von Gewerkschaftsmitgliedern und ihren Familien. Neun landesweite Gewerkschaften haben sich HCT (2016 von KONP gegründet) angeschlossen und gemeinsam mit KONP und der *People's Assembly*³ zum 70. Geburtstag des NHS eine riesige Demonstration in London organisiert. Daraus hervor ging eine Abmachung zwischen HCT, KONP und dem *Trades Union Congress* (TUC) zusammen zu arbeiten bezüglich *Wholly Owned Subsidiary Companies* (von manchen Krankenhäusern zur Steuervermeidung genutzt, indem Angestellte aus dem NHS und der staatlichen Anstellung und somit aus den Tarifvereinbarungen des öffentlichen Dienstes herausgenommen werden) und psychischer Gesundheit. (...)

Gesetzesinitiativen zur Wiederherstellung des NHS

Die *Labour*-Abgeordnete Eleanor Smith unterstützte einen Gesetzentwurf der die gesetzlichen Grundlagen enthielt, um den NHS zurückzuerobern. Ein wichtiger Meilenstein war eine Diskussion im Juli zwischen *Labour*-Mitgliedern (Allyson Pollock, Peter Roderick) und führenden Aktivist*innen von KONP, HCT und der *Socialist Health Association*⁴. Das Ergebnis war die Zusage der *Labour Party*, in Zusammenarbeit mit Aktivist*innen eine Gesetzgebung vorzubereiten, die in ein

neu gewähltes Parlament eingebracht wird. KONP organisierte eine das Gesetz unterstützende Demonstration außerhalb des Parlaments und hatte 34.000 Unterschriften für eine Petition gegen eine private Anbieterstruktur. Jon Ashworth schrieb für die Zeitung von HCT und versicherte öffentlich, die Privatisierung zu beenden, das NHS wieder zu einem staatlich finanzierten und angebotenen Versorger zu machen und damit die Grundprinzipien seines Gründers Aneurin Bevan wieder einzusetzen.

Brexit

Die Mitglieder und Unterstützer*innen von KONP haben keine einheitliche Meinung über den Brexit. Aus diesem Grund haben wir als Organisation bezüglich dieses Themas keinen Standpunkt, aber haben versucht, die Folgen für die gesundheitliche und soziale Versorgung zu verstehen. Jahrzehntlang hat der NHS Arbeitskräfte aus dem Ausland angeworben, um die durch die einheimische Bevölkerung offen gelassenen Lücken zu füllen. In den letzten Jahren hat sich der Anteil der Beschäftigten im NHS und den sozialen Diensten, die von außerhalb der EU kommen, verringert. Das liegt an den schärferen Bedingungen für die nötigen Visa: man muss ein Einkommen vorweisen können, welches das übliche Gehalt dieser Berufsgruppen übersteigt. Der Anteil der Klinikbeschäftigten, die aus dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) stammen, ist gestiegen. In den sozialen Diensten ist die Zahl gestiegen, sodass nun 95.000 der 1,34 Mio. Beschäftigten in diesen Bereich aus dem EWR kommen.

Es wird geschätzt, dass es, alle Arbeitsbereiche des NHS zusammengenommen, 110.000 zu besetzende Stellen gibt. Großbritannien bildet nicht genug Ärzt*innen für seinen eigenen Bedarf aus. Es gab zwar eine leichte Zunahme der Studienplätze, es wird aber noch lange dauern, bis sich das bemerkbar machen wird. Untersuchungen bezüglich der Stimmung und der Absicht von Ärzt*innen aus dem EWR, Großbritannien zu verlassen, weisen darauf hin, dass das Risiko der Abwanderung wächst, was weitreichende Besetzungsprobleme zur Folge hätte. Neu angeworbene Arbeitskräfte werden am wahrscheinlichsten aus Asien oder Afrika kommen, oft aus armen Ländern, die es sich nicht erlauben können, ihre Ärzt*innen zu verlieren. Eine Anwerbung ausländischer Fachkräfte im Bereich der Pflege und bei Hebammen findet schon lange statt, obwohl dieser Sektor gegenüber dem ärztlichen Bereich bezüglich Mindesteinkommen und Arbeitserlaubnis stärker reglementiert ist und es hat hier in den letzten Jahren einen Rückgang gegeben.

Nach dem Brexit-Referendum wurde ein Rückgang der Bewerbungen bei Pflege und Hebammen um 96% verzeichnet. Im NHS sind zur Zeit 11,8% der Stellen in der Pflege nicht besetzt, was die Regierung dazu brachte, außerhalb des EWR auf die Suche zu gehen. Vielen anderen spezialisierten wissenschaftlichen Gesundheitsberufen wurden Ausnahmen bei der Immigrationskontrolle gewährt.

Zum 1. Januar 2017 waren 784.900 britische Staatsbürger*innen als im EU-Ausland lebend registriert, davon knapp unter 300.000 in Spanien, von denen wiederum ca. 120.000 über 65 Jahre alt waren. Sie bekommen zur Zeit eine kostenfreie Gesundheitsversorgung, aber wenn dieser Zugang wegfällt, könnte eine große Anzahl nach Großbritannien zurück-



©Garry KnightCC0 1.0

kehren, was das NHS jährlich ungefähr 0,5 Mrd. £ kosten würde.

Das Gesamtbild des NHS und der sozialen Dienste nach dem Brexit zeigt eine höhere Anzahl älterer Menschen, immer weniger im Arbeitsalter, die zum Steueraufkommen beitragen und ernsthafte Besetzungsprobleme, was eine Erleichterung der scharfen Immigrationspolitik und eine Erhöhung der Beschäftigungskosten nach sich ziehen wird. Der Handel mit Medikamenten und Material wird wahrscheinlich negativ beeinflusst werden und der Zugang zu wissenschaftlichen Fördermitteln erschwert. Das *Office of Budget Responsibility* (von der Regierung ins Leben gerufene öffentliche Stelle, die unabhängige Analysen der öffentlichen Finanzen erstellt, Anm. d.Ü.) vermutet, dass die Wirtschaft Großbritanniens nach dem Brexit zumindest anfangs ein geringeres Wachstum als ihre Nachbarn haben wird. Die sogenannte »Brexit dividend« (Geld, das sich aufgrund der wegfallenden Zahlungen an die EU ergeben soll, Anm. d. Ü.), die von Brexit-Befürworter*innen als Finanzierungsquelle für das NHS vorgeschlagen wird, ist illusorisch. Ein sinkendes Wirtschaftswachstum und ein Rückgang an Steuereinnahmen bedeuten weniger Geld für die öffentlichen Dienste. Die unmittelbaren negativen Folgen des Brexit, insbesondere wenn es keinen Deal gibt, könnten eine gestärkte Lobby hervorbringen, die sich im Gegenzug zum Zugang zu Handelsräumen für andere Industrien für den Ausverkauf des NHS einsetzt. Obwohl es schwierig ist, die weiter entfernt liegende Zukunft vorherzusagen, führt ein Abwägen der möglichen Kosten und Vorteile des Brexit in Bezug auf den NHS und die sozialen Dienste zur Vermutung, dass das Resultat ein insgesamt negativer Effekt sein wird, der eine weitere Herausforderung für die darstellt, die sich für eine qualitativ hochwertige öffentliche Daseinsvorsorge einsetzen.

John Puntis ist Secretary bei KONP. Der, hier leicht gekürzte, englische Originaltext ist über die Redaktion zu beziehen – Übersetzung aus dem Englischen: Felix Ahls

- 1 <https://keepournhspublic.com/>
- 2 <https://www.healthcampaignstogether.com/>
- 3 Die *People's Assembly Against Austerity* ist eine 2013 gegründete Initiative, die von verschiedenen politischen und zivilgesellschaftlichen Akteuren getragen wird, Anm. d. Ü.
- 4 Seit 1930 bestehende mit der Labour Party verbundene Organisation, die sich für einen kostenfrei zugänglichen, staatlichen NHS und eine sozialistische Transformation der Gesellschaft einsetzt, Anm. d. Ü.

Recht so?!

Wilfried Leisch zur Zerschlagung der solidarischen Sozialversicherung in Österreich

Die österreichische Regierung aus Rechtsradikalen und Konservativen setzt sich mit den Sozialversicherungs-»Reformen« an die Speerspitze der marktförmigen Umgestaltung solidarischer Sicherungssysteme. Unternehmen werden auf Kosten der Arbeiter*innen entlastet, die Sozialversicherung wird defizitärer, Selbstbeteiligungen, Personalabbau und Privatisierungen folgen.

Im Jahr 2018 zog die Schwarz (Türkis)-Blaue Regierung Österreichs die Entmachtung und Enteignung der sieben Millionen Arbeiter- und Angestelltenversicherten¹ im Interesse der Wirtschaft durch. Ab April 2019 diktiert ein Überleitungsausschuss die Umsetzung, ab 2020 tritt die neue Struktur in Kraft. Schon im Vorblatt zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG) steht, worum es letztlich geht: »Private Anbieter von Gesundheitsdiensten« sollen gefördert werden.

Derzeit ist die solidarische, nicht auf Gewinn orientierte Sozialversicherung (SV) nicht teuer, hat bloß knapp 3% Verwaltungskosten, 97% der SV-Gelder fließen also zurück an die Versicherten. Private, auf Gewinn ausgerichtete Versicherungskonzerne haben »Verwaltungskosten« von bis zu 30%, also fließen nur 70% an die Versicherten zurück. Also wie dorthin kommen, dass die SV »schlecht« ist, »teuer« ist und deshalb »reformiert« (privatisiert) werden muss?

Um die Notwendigkeit einer »Reform« des Gesundheitssystems in der Öffentlichkeit zu platzieren, behauptete die Regierung, dass die SV-Funktionär*innen so teuer seien, dass man bei ihnen eine Milliarde Euro einsparen könnte (»Funktionärsmilliarde«), die dann den Patient*innen (»Patientenmilliarde«) zugutekäme. Tatsache ist: Für alle 970 aktive Funktionär*innen – sie erhalten 42,- Euro pro Sitzung – werden in Summe bloß 5,7 Millionen Euro inkl. aller Nebenkosten aufgewendet. Das sind 0,009% des SV-Gesamtbudgets von 61,7 Milliarden Euro. Wie kommt dann die Regierung auf eine Milliarde »Einsparung«? Weil sie ein

Drittel der rund 28.000 SV-Beschäftigten in den nächsten zehn Jahren »einsparen« will. Weniger Beschäftigte bedeutet aber weniger Leistung.

Bald war klar: Die Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen (GKKs) kostet 1,1 bis 1,5 Milliarden, die Arbeiterkammer (AK), die gesetzliche Interessenvertretung der Arbeiter*innen und Angestellten in Österreich, berechnete Kosten von 2,1 Mrd. Euro (»Belastungsmilliarde«) für die von ÖVP und FPÖ geplante Kassen-»Reform«.

Mit der Zentralisierung der GKKs zur »Österreichischen Gesundheitskasse« (ÖGK) erfolgt keine Verkleinerung der Struktur – neun Landesstellen statt neun GKKs – aber die Gelder gehen an die ÖGK, die die Budget- und Personalhoheit hat. Das ist die Zerstörung der regionalen Gesundheitsversorgung mit massiven negativen Auswirkungen besonders im ländlichen Raum und führt zu einer Verteuerung, weil es u.a. längere Entscheidungswege und höheren bürokratischen Aufwand mit sich bringt.

■ Entmachtung und Enteignung der arbeitenden Menschen

Die Kasse der Beamten bleibt bestehen, die der Selbständigen und Bauern werden zusammengelegt. Die hohen und höheren Leistungen von Beamten, Selbständigen sowie Bauern bleiben bestehen und sie dürfen in ihren Kassen auch weiter selbst darüber bestimmen, wieviel wofür ausgegeben wird. Im Gegensatz dazu wird die SV der Arbeiter*innen und Angestellten (GKKs) in die ÖGK zentralisiert, die Leistungen aber *nicht* harmonisiert, d.h. nicht an die höheren Leistungen der Beamten, Selbständigen und Bauern angehoben.

Weiters sollen in Zukunft nicht mehr die Arbeiter- und Angestelltenvertreter*innen über die Versicherungsgelder der arbeitenden Menschen bestimmen, sondern zu 50% die Unternehmervertreter*innen, die dort gar nicht versichert sind. Mit regierungsnahen Arbeitnehmervertreter*innen (ÖAAB, FCG, AUF) haben die Unternehme-

Machtverschiebung zu den Unternehmern in der SV, insbesondere in den Kassen der Arbeiter und Angestellten (GKKs/ÖGK, PVA)

bis zum Jahr 2001	Derzeit	Künftig
Hauptverband	Hauptverband der SV	Dachverband
	A + A 85% der Versicherten	
AV in Mehrheit	6 AV : 6 UV (50% : 50%)	4 AV : 6 UV (40% : 60%)
GKKs	Krankenversicherung/GKKs	ÖGK
	A + A 100% der Versicherten	
AV in Mehrheit	4 AV : 1 UV (80% : 20%)	6 AV : 6 UV (50% : 50%)
PVA	Pensionsversicherung (PVA)	
	A + A 100% der Versicherten	
AV in Mehrheit	2 AV : 1 UV (66,65% : 33,35%)	6 AV : 6 UV (50% : 50%)

AV = Arbeiter- bzw. Angestelltenvertreter, UV = Unternehmervertreter

r*innen die Mehrheit. Zudem hat sich die Regierung ein weitgehendes Einspruchsrecht gesichert. Das ist formal eine Verstümmelung und real eine Ausschaltung der Selbstverwaltung und eine Enteignung der Arbeiter- und Angestelltenversicherten! Das hat gravierende Folgen darauf, welche und wieviel Leistungen Arbeiter*innen und Angestellte zugesprochen bekommen. Denn es macht einen Unterschied, ob Arbeitnehmer*innen oder Unternehmervertreter*innen darüber entscheiden. »Mit der Kassenfusion droht die größte Enteignung in der Geschichte Österreichs«, so AKOÖ-Präsident Johann Kalliauer.

Die »rote« Eisenbahnversicherung (VAEB) wird mit der schwarz dominierten Beamtenversicherung (BVA) zur BVAEB fusioniert und kommt unter schwarze Führung. In der *Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt* (AUVA) dominieren weiterhin die Unternehmer*innen, obwohl dort nur Arbeiter*innen und Angestellte unfallversichert sind.

Die Versicherung der Bauern (SVB) wird mit der der Gewerblichen Wirtschaft (GSV/SVA) zur Selbständigenversicherung SVS fusioniert. Dort hatten und haben Arbeiter*innen und Angestellte Null Kontrolle. Die Unternehmer*innen aber haben praktisch die Mehrheit in den Arbeiter- und Angestelltenversicherungen (ÖGK, PVA).

■ Beitragsprüfung durch das Finanzministerium

In Zukunft wird die Beitragsprüfung der GKKs vom Finanzministerium übernommen. Dazu muss man wissen, dass die GKKs prüfen, ob jemand auch richtig angemeldet und eingestuft ist². Die Finanz interessiert das nicht, sie prüfen ob der Betrieb die gesetzlichen Steuern und Abgaben abliefern/zahlt, also z.B. ob je Mitarbeiter*in auch der Dienstgeber- und Dienstnehmeranteil (entspricht Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil in Deutschland) abgeführt wird aufgrund der firmeneigenen Angaben.³ Davon profitieren die Unternehmer*innen, den Schaden haben die Arbeiter*innen und Angestellten. In den vergangenen zehn Jahren haben nach Angaben der Obfrau der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), Ingrid Reischl die Prüfer aller österreichischen Gebietskrankenkassen Nachträge in Höhe von 2,3 Milliarden Euro eingebracht, das Finanzamt kam im gleichen Zeitraum auf nur 1,5 Milliarden. (vgl. *Die Presse*, 08.02.2018). Die Arbeiterkammer rechnet für die Zukunft »mit weniger guten und weniger genauen Prüfungen« und glaubt, dass dadurch in den kommenden fünf Jahren weitere 650 Millionen Euro verloren gehen werden. (*Arbeit & Wirtschaft*, 22.11.2018)

■ AUVA-»Reform«

Diese sieht vor, die Unternehmer*innen um 430 Millionen Euro auf Kosten der Beschäftigten (ein Drittel des Verwaltungspersonals wird nicht nachbesetzt) und somit auf Kosten der Patient*innen zu entlasten. Die Unfallkrankenhäuser (UKHs) und Reha-Zentren werden in eigene GmbHs ausgelagert, womit künftiges Personal billiger eingestellt werden kann (PRIKRAF-Kollektivvertrag; vorerst soll das nicht der Fall sein) und Privatbeteiligungen an AUVA-Spitälern und Reha-Zentren leichter möglich werden. Weiters soll der AUVA-Unternehmerbeitrag von 1,2% auf 1,1% der Bruttolohnsumme (0,1% =



Protestaktion am 12.12.18 vor der Wiener Gebietskrankenkasse
Foto: GPA/djp

jeweils 100 Millionen Euro jährlich) und in den kommenden vier Jahren um jeweils weitere 0,1% schließlich bis auf 0,8% abgesenkt werden.

Über die Jahre ist das eine Milliardenersparnis für die Unternehmer*innen auf Kosten von AUVA-Personal und Patient*innen. Sollen die AUVA-Leistungen nicht reduziert werden, müssen die Kosten dafür andere tragen. Entweder direkt die Unfall- und Reha-Patient*innen durch weniger Leistung, oder – wie jetzt vorgesehen – man schiebt diese Kosten zu den Ländern und/oder Krankenkassen der Arbeiter*innen und Angestellten, der künftigen ÖGK.

Tatsächlich ist es so, dass bei »strukturellen Defiziten« die Krankenkassen per Gesetz verpflichtet sind, Selbstbehalte einzuführen, und dass die neue ÖGK jährlich Selbstbehalte oder Ambulanzgebühren festlegen kann (§31 ASVG-Novelle). Die Entscheidung darüber fällt im neuen Dachverband, dort haben die Unternehmervertreter*innen eine Mehrheit.

So nimmt seit Jahren die Zahl der Kassenärzt*innen ab, die der Wahlärzt*innen (Privatärzte, deren Rechnungen Patient*innen bei den Kassen einreichen können; sie bekommen dann je nach Kasse nur 20 bis 40% zurück) mit Selbstbehalt zu. Seit dem Jahr 2000 gibt es rund 1.000 Kassenärzt*innen weniger, während sich die Zahl der Wahlärzt*innen seit 2004 auf rund 11.000 fast verdoppelte. Laut AK wackelt jede 4. Hausarztstelle. Selbst Ärztekammer-Präsident Thomas Szekeres fordert, der Finanzminister müsse die Fusionskosten bezahlen »oder Leistungsreduktionen in Kauf nehmen«. (ORF Fernsehen, Hohes Haus, 14.10.2018).

Effekt: Man erzeugt im Gegenzug zur Entlastung der Unternehmer*innen eine Belastung der Krankenkassen (ÖGK), also ein Kassen-Defizit, das dann als Vorwand zur weiteren »Einsparung«, d.h. zu Leistungskürzungen (Personalabbau) und zu noch mehr Selbsthalten bei Kassenpatient*innen oder zum Ausweichen in die Privatmedizin führt.

■ Privatmedizin scharrt schon in den Startlöchern

Schon seit Schwarz-Blau I (2000-2006) erhalten Privatspitäler von der SV Geld über den 2002 gegründeten Privatkran-

kenanstaltenfinanzierungsfonds, den »PRIKRAF«. Der wird jetzt aufgewertet. Die Wirtschaftskammer schwärmt vom »Gesundheitsmarkt Österreich«, dessen Potenzial sie auf 30 bis 40 Milliarden Euro schätzt. Obmann der »Gesundheitsbetriebe« in der Wirtschaftskammer ist nicht zufällig der Chef der PremiQaMed Group (Gewinn 2017: 2,8 Mio. Euro), der Privatspitäler der UNIQA-Versicherung. Auch der »Reform«-Finanzminister Hartwig Löger kommt wohl nicht zufällig von der UNIQA. Um an diesen Markt zu kommen, brauchen diese privaten Versicherungskonzerne den Zugriff auf die derzeit noch nonprofit verwalteten fast 62 Milliarden der solidarischen österreichischen SV. Mittlerweile haben einzelne Kassen und auch die SPÖ-Beschwerde beim Verfassungsgerichtshof gegen das SV-OG eingereicht, v.a. deswegen, weil die Selbstverwaltung in den Kassen der Arbeiter*innen und Angestellten durch das Gesetz und die neue Struktur ausgehebelt wurde.

Ab 1. April 2019 beginnt die Umsetzung der »Strukturreform« mittels diverser Überleitungsgremien. Ab 1. Januar 2020 soll mit der neuen Struktur gearbeitet werden. Begonnen hat auch der Postenschacher: Allein 48 neue Spitzen-Funktionäre bringt der Umbau. Diese werden rund 7 Millionen Euro kosten. (Erinnerlich: bislang 5,7 Mio. Euro für alle Verwaltungsaufgaben inkl. Personal). Statt »Sparen« werden die Vertreter*innen der Arbeitnehmer*innen hinaus gedrängt, gleichzeitig mehr Geld für Spitzenfunktionäre ausgegeben.



Protestaktion am 12.12.18 vor der Wiener Gebietskrankenkasse – Foto: GPA/djp

Ab 2020 haben die Unternehmer*innen den mehrheitlichen Zugriff auf die Gremien der SV. Was Schwarz-Blau dann mit der SV vorhaben, hat schon im Frühjahr 2017 ein Vertreter der Wirtschaftskammer im Hauptverband der SV-Träger (künftig Dachverband mit Unternehmer*innen-Mehrheit) dargelegt: Die SV habe 154 eigene Einrichtungen (Kurheime, Reha-Zentren, Ambulanzen) – die seien »zu teuer«, privat geführte Anstalten wären »billiger«. Der Verkauf, die Verpachtung oder die Ausgliederung dieser Einrichtungen wäre daher zu überlegen (*Kronen-Zeitung*, 08.04.2017).

Ergebnis: Sparen ist nur der Vorwand, Umfärbung ist das Mittel, die Umleitung der Gelder ist der Zweck, die Privatisierung der solidarischen Sozialversicherung ist das Ziel!

Wilfried Leisch ist Politikwissenschaftler, ehrenamtlich aktiver Gewerkschafter sowie engagiert bei Österreichisches Solidaritätskomitee (ÖSK), Plattform »proSV – Keine Zerschlagung der Sozialversicherung«. <http://proSV.akis.at> und www.prodemokratie.com

Weiterführende Informationen:

Hearing im Parlament zum SV-OG-Gesetz, Video-Zusammenfassung der kritischen Experten-Stellungnahmen (ca. 3 ½ Minuten): <https://www.facebook.com/kontrast.at/videos/2139996242918421/>
Der gesamte Sozialausschuss im Parlament auf Video: <https://www.facebook.com/spoeparlamentsklub/videos/260203177976143/>

Wer sich nicht durch das ganze Video mühen will, die proSV-Stellungnahmen (Wilfried Leisch) finden sich bei Minute 22:30, 1:36:25 und 3:06:15; insgesamt ca. 25 Minuten (der ganze Ausschuss dauerte 3,5 Stunden)

Parlamentskorrespondenz: ExpertInnen drängen auf Reform im Sinne der Bevölkerung: https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2018/PK1273/index.shtml

- 1 Die rund sieben Millionen betreffen die Krankenversicherten Arbeiter*innen und Angestellten in den derzeit noch neun Gebietskrankenkassen der neun Bundesländer (GKKs – in Zukunft fusioniert zur Österreichischen Gesundheitskasse ÖGK) sowie die pensionsversicherten Arbeiter*innen und Angestellten in der PVA. Die restlichen knapp zwei Millionen Versicherten sind jeweils rund 800.000 öffentlich Bedienstete (»Beamte«, BVA) und »Selbständige« (SVA), sowie rund 350.000 Bauern (SVB). SVB und SVA fusionieren zur SVS. Bahn- und Bergbaubedienstete (VABE) werden mit der BVA zur BVAEB fusioniert. SVS und BVAEB sind »Vollversicherungen«, also Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung.
- 2 Geprüft wird auf Anfrage/Klage oder bei GKK-eigenen Stichproben aufgrund von Firmenmeldung, denn jede Firma muss Tätigkeit und Gehalt der Beschäftigten bei Beginn der Tätigkeit melden. Daraus kann dann die GKK schließen, ob der/diejenige richtig eingestuft ist.
- 3 Das ist nicht selbstverständlich, denn schon heute bleiben Unternehmen in Österreich im Schnitt allein der Sozialversicherung, DG- und DN-Beiträge in Höhe von einer Mrd. Euro schuldig. Ca. 1/3 davon bleiben dann nach einigen Jahren wegen Konkurs uneinbringlich. Dabei schulden die Unternehmen nicht nur »ihren« DG-Anteil, sondern auch den treuhändig zur Abgabe übernommenen DN-Anteil, was streng genommen ein strafrechtlicher Tatbestand der Veruntreuung wäre. Das Finanzministerium überprüft nicht, ob der/die Mitarbeiter*in nach Tätigkeit und/oder Vordienstzeiten richtig eingestuft ist.

Verein psychosoziale Aspekte der Humangenetik e.V.

Exkursion zur Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein

13.09.-15.09.2019

Vom 13.09. bis 15.09.2019 findet erstmals eine Exkursion des VPAH e.V. statt. Diese führt zu einer häufig verdrängten Wurzel der Humangenetik nach Pirna/Dresden. In der Heilanstalt Pirna-Sonnenstein wurden nach 1933 psychisch kranke und geistig behinderte »erbkrankte Ballastexistenzen« zwangssterilisiert und einem langsamen Hungertod ausgesetzt. Später wurden im Rahmen der NS-»Euthanasie« dort mindestens 14.000 geistig behinderte oder verhaltensauffällige Menschen umgebracht. Wir wollen diese Gedenkstätte sowie das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden besuchen und uns mit Fachvorträgen über die Eugenik/Genetik im 3. Reich informieren. Die Teilnahme ist auch für Nichtmitglieder möglich. Zielgruppe sind alle Personen, die an humangenetischen Fragestellungen interessiert sind. (Medizinisches) Vorwissen ist nicht notwendig.

Bei Interesse bitte melden bei: vorstand@vpah.de

Soziale Reformen gegen den autoritären Neoliberalismus

Über die Gesundheitspolitik der SYRIZA-Regierung

Andreas Xanthos und Panos Papadopoulos ziehen hier ein Resümee über die Gesundheitspolitik der SYRIZA-Regierung von 2015 bis 2018. Angesichts des Ausgangslage 2015 und der schwierigen politischen Konstellation ist es ihnen – bei aller berechtigten Kritik an der jetzigen Regierung in anderen Bereichen – gelungen, das öffentliche Gesundheitswesen zu stärken und der verlangten Privatisierung zu widerstehen.

■ Einleitung

Das *Nationale Gesundheitssystem* (ESY) Griechenlands wurde im Jahr 1983 von der damaligen PASOK-Regierung implementiert. Ziel war es, die vormals bestehenden Gesundheitsdienste in einem einzigen System zusammenzuführen, und für alle Bürger den Zugang zu einem einheitlichen, öffentlichen und freien Gesundheitssystem zu schaffen. Das System sollte in erster Linie die Krankenhausversorgung sichern, zumal die ambulante Versorgung nicht in das System eingegliedert und weiterhin durch Krankenkassen finanziert wurde; einzige Ausnahme bildeten die staatlichen Gesundheitszentren, die in schwer zugänglichen Regionen eingerichtet wurden.

Bereits Jahre vor der Wirtschaftskrise hatte das Nationale Gesundheitssystem Griechenlands mit Problemen zu kämpfen: Starker Personalmangel, vor allem beim Pflegepersonal, die Abkoppelung der ambulanten Versorgung, geografische Ungleichheiten (Inseln, Gebirgsregionen) beim Zugang, Verschwendung, Korruption und hohe Selbstbeteiligungen. Insbesondere bei öffentlichen Ausgaben für Arzneimittel im ambulanten Sektor kam es in den 2000er Jahren in absoluten Zahlen zu einer Verdreifachung und, bezogen auf das BIP zu einer Verdoppelung, weshalb die Staatsanwaltschaft Ermittlungsverfahren eingeleitet hat, da eindeutige Hinweise auf Korruption von Ärzten und Politikern vorliegen.¹

Die Wirtschaftskrise und die damit verbundenen Sparmaßnahmen der Troika haben zu drastischen Kürzungen im Gesundheitswesen geführt. Die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben wurden von etwa 15 Milliarden Euro im Jahr 2008 auf 8,2 Milliarden Euro im Jahr 2014 reduziert. Die Kürzungen betrafen sowohl die Gehälter der Ärzte, die um nahezu 40 Prozent gesenkt wurden, als auch die Budgets der Krankenhäuser. Dadurch entstanden in den Kliniken große Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Medikamenten, Materialien und Verbrauchsmaterialien. Die Hauptauswirkung der Krise des Gesundheitswesens für die Bevölkerung war jedoch, dass immer mehr Menschen nach und nach ihre Krankenversicherung verloren und so vom Gesundheitssystem ausgeschlossen waren. Da der Zugang zu den Gesundheitsdiensten des Systems gebunden war an eine an Erwerbstä-

tigkeit gekoppelte Krankenversicherung (»Bismarck«-System) und da die Arbeitslosigkeit einen Anteil von bis zu 28 Prozent erreichte, verlor ein Großteil der Bevölkerung, etwa drei Millionen Bürger, das Recht auf den Zugang zum Gesundheitssystem. Dass die Krise im Gesundheitsbereich angesichts eines so hohen Bevölkerungsanteils ohne Versicherungsschutz keine größeren Dimensionen annahm, ist lediglich der Solidarität der Ärzte und der (ehrenamtlich betriebenen) sozialen Praxen und Apotheken, die in ganz Griechenland eingerichtet wurden, zu verdanken.

Die im Gesundheitswesen implementierten politischen Maßnahmen waren in den ersten Jahren der Krise weder auf die Lösung der strukturellen Probleme des Nationalen Gesundheitssystems noch der Probleme nicht-versicherter Patienten ausgerichtet. Vielmehr setzten vor allem die Regierungen zwischen 2012 und 2015 mit dem erklärten Ziel der Kostensenkung darauf, das Gesundheitssystem schrittweise zu privatisieren. Durch Abbau, Veräußerungen und Kürzungen im öffentlichen Gesundheitssystem einerseits und durch die Stärkung des privaten Gesundheitssektors auf der anderen



Seite, versuchte die damalige Regierung, große Teile der Mittelschicht dazu zu bewegen, zu privaten Krankenversicherungen und damit zum privaten Gesundheitswesen zu wechseln. Einzige Ausnahme im Rahmen dieser Deregulierung war seitens der Regierung von Nea Dimokratia und PASOK die Schaffung des »Nationalen Trägers für die Erbringung von Gesundheitsleistungen« EOPYY, bei dem die unterschiedlichen Versicherungskassen zusammengelegt wurden. So wurde, trotz bestehender Probleme und einer gewissen Trägheit, die Grundlage für einen gleichberechtigten Zugang und eine rationale Nutzung von Mitteln und Größenvorteilen geschaffen.

■ Die Strategie der SYRIZA-Regierung im Gesundheitswesen

Angesichts rigider Sparauflagen und der erdrückenden Überwachung durch die »Institutionen« (jede gesetzliche Regelung und politische Maßnahme musste von den Prüfern der Institutionen – EU, IWF, EZB – »genehmigt« werden) wurde im Jahr 2015 von der SYRIZA-Regierung eine Strategie umgesetzt, die auf drei Ziele ausgerichtet war:

1. Ein **umfassender Zugang zur Gesundheitsversorgung** für die gesamte Bevölkerung, griechischer oder ausländischer Herkunft, unabhängig von Versicherung, Erwerbstätigkeit und Einkommen, mit möglichst niedriger finanzieller Belastung der Patienten und dem Ziel, alle gesundheitlichen Belange ohne finanzielle Belastung der Patienten im Notfall abdecken zu können.
2. Die **Unterstützung des Nationalen Gesundheitssystems** durch Personal und Finanzmittel zur grundlegenden Abdeckung des Bedarfs der Bevölkerung. Die Versorgungslücken des öffentlichen Systems werden traditionell durch den privaten Sektor ausgefüllt. Diese Lücken sollen geschlossen, und so der private Sektor zurückgedrängt werden.
3. Die **Reformierung des Systems**, um die Qualität der angebotenen Leistungen zu verbessern und die Effizienz des Systems zu steigern, sowie andererseits die Mittelverschwendung zu begrenzen und die Korruption zu bekämpfen, mit dem Ziel, Mittel einzusparen, die dann dem Gesundheitssystem zum Wohle der Gemeinschaft wieder zugeführt zu können. Eine zentrale politische Maßnahme in dieser Richtung ist die Reformierung des primären Gesundheitssystems, die darauf ausgerichtet ist, das öffentliche Gesundheitssystem in Griechenland zu vervollständigen. Es geht darum, eine Gesundheitsversorgung für alle Bürger aufzubauen, bei der Prävention und gesundheitliche Aufklärung im Mittelpunkt stehen.

Hierbei wird deutlich, dass die Strategie von SYRIZA für das Gesundheitswesen von den Prinzipien der Gerechtigkeit, der sozialen Solidarität, des Schutzes der Schwächeren, der öffentlichen und kostenlosen Gesundheitsversorgung, der menschlichen Würde, mit anderen Worten die Prinzipien und Werte der Linken, geleitet wurden.

Fernab von neoliberalen Vorstellungen, die den Gesundheitssektor als weiteren Bereich zur Generierung von Profit betrachten, ist es uns gelungen, uns nicht nur mit einem »Notfallplan« zufriedenzugeben, sondern ein umfassendes

Konzept mit visionären Merkmalen vorzustellen, das auf den Prinzipien der Erklärung der Weltgesundheitsorganisation von Alma-Ata (1978) beruht.

So haben wir nicht nur die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gestärkt, sondern auch die Diskussion über den Wert der Politik neu entfacht. Wir konnten – für das Gesundheitswesen – den praktischen Beweis erbringen, dass die behauptete neoliberale Alternativlosigkeit (»There is no alternative«) schnell ihre lähmende Wirkung verliert, wenn die Macht derjenigen, die sie predigen und verteidigen, zurückgedrängt werden kann.

■ Die Maßnahmen der SYRIZA-Regierung im Gesundheitswesen

1. **Umfassender Zugang zur Gesundheitsversorgung**

Versorgung von Nicht-Versicherten. Die wahrscheinlich größte und bestimmt deutlichste Veränderung im Gesundheitswesen war die Gewährleistung der Versorgung für die gesamte Bevölkerung des Landes, unabhängig von deren Versichertenstatus. Allein mit der Sozialversicherungsnummer, die für alle Bürger des Landes ab deren Geburt sowie für alle Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber, die sich rechtmäßig im Land aufhalten, ohne weitere bürokratische Verfahren und Hindernisse ausgestellt wird, wurde der Zugang zu Gesundheitsleistungen im primären Sektor, zu Medikamenten mit Kostenerstattung, zu Krankenhäusern und sogar zu Behandlungen im Ausland gewährleistet, sofern eine Behandlung in Griechenland nicht möglich ist. Gleichzeitig wurden die bei Krankenhäusern bestehenden Schulden nicht-versicherter Personen in Höhe von über 170 Millionen Euro gestrichen.

Versorgung von Flüchtlingen. Durch den Verbleib von Flüchtlingen im Land sind neue Bedarfe der Gesundheitsversorgung entstanden, die das gebeutelte Gesundheitssystem, vor allem auf den Inseln, nicht bedienen konnte. Mit Geldern von der EU² (ISF und AMIF) haben wir Programme zur medizinischen Versorgung der Flüchtlinge durch Ärzte und Pflegepersonal in den Flüchtlingslagern erarbeitet und realisiert; dabei wurden die lokalen Krankenhäuser personell verstärkt, ein Mechanismus zur epidemiologischen Überwachung eingerichtet und Massenimpfungen von Kindern veranlasst. Trotz der Probleme und Verzögerungen bei der Realisierung ist es uns gelungen, eine schwere Gesundheitskrise in den Flüchtlingscamps zu vermeiden und die rechtsradikale Rhetorik bezüglich einer angeblich »gesundheitsgefährdenden Zeitbombe« Lügen zu strafen. Es ist bezeichnend, dass bei einer europaweiten Ausbreitung von Masern, mit über 3.500 Fällen in Griechenland, keiner dieser Fälle bei Flüchtlingen festgestellt wurde.

Senkung der finanziellen Belastung für die Patienten. Trotz des erstickenden finanzpolitischen Rahmens erfolgten zwar kleine, aber wichtige Entlastungen im Hinblick auf die Selbstbeteiligung der Patienten. Konkret wurde a) die Gebühr in Höhe von 5 Euro für die ambulante Behandlung in Krankenhäusern aufgehoben; b) die Beteiligung an den Medikamentenkosten für nicht-versicherte Patienten mit geringem Einkommen abgeschafft; c) ab 2019 die Beteiligung für alle Patienten bei der Verschreibung von Generika aufgehoben d) die Zuzahlungen von Tumor-Patienten bei nicht-onkologischen



Medikamenten (Antibiotika, kortisonhaltige Medikamente, Antihistaminika etc.) abgeschafft (die onkologischen Medikamente waren bereits kostenlos).

Ausweitung der Leistungen. In den Leistungskatalog der erstattungsfähigen Untersuchungen des *Nationalen Trägers für Gesundheitsleistungen* (EOPYY) wurden u.a. die digitale Mammographie und pränatale Untersuchungen (Nackentrumpf, Test B) aufgenommen. Für das Jahr 2019 ist zudem eine zahnmedizinische Basisversorgung für alle Kinder (über Gutscheine des EOPYY für private Zahnarztpraxen) in einer Gesamthöhe von 40 Millionen Euro geplant.

2. Unterstützung des nationalen Gesundheitssystems

Einstellung von Personal. Abgesehen von den haushaltspolitischen Einsparungen, forderte die Troika einen massiven Stellenabbau im öffentlichen Gesundheitswesen. Dies sollte durch ein entsprechendes Verhältnis zwischen Pensionierungen und Neueinstellungen (anfänglich zehn zu eins und in der Folge fünf zu eins). Dies führte zu einem dramatischen Rückgang von bereits vor der Krise fehlendem Personal in den Krankenhäusern und bei den sonstigen Dienstleistern im Gesundheitswesen. Wir haben alle möglichen Mittel und Arbeitsformen (befristetes Personal, Programme für Arbeitslose etc.) eingesetzt, um das öffentliche System zu stützen und die Gefahr der Schließung zahlreicher Einrichtungen abzuwenden. In den vier Jahren zwischen 2015 und 2018 wurden insgesamt 15.000 Personen eingestellt, während etwa 6.000 Personen aus dem Dienst ausschieden, mit der Folge, dass das Personal in den Gesundheitseinrichtungen wirksam gestärkt werden konnte.

Stärkung der Budgets von Krankenhäusern.³ Die Budgets der öffentlichen Krankenhäuser waren in der Zeit der Krise um über 50 Prozent reduziert worden (von drei Mrd. auf 1,5 Mrd. Euro), mit dem Ergebnis, dass sowohl bei Materialien als auch bei Medikamenten und sonstigem Sanitärbedarf enorme Defizite bestanden. Ab 2015 wurden die Budgets um etwa 20 Prozent angehoben, was den Krankenhäusern die Möglichkeit gab, der steigenden Nachfrage zur Versorgung nicht-versicherter Patienten nachzukommen. Mit der Imple-

mentierung des Rückforderungsmechanismus (Clawback⁴) bei den Arzneimittelausgaben von Krankenhäusern ist es gelungen, auch den jährlichen Anstieg der Kosten (infolge des Zugangs nicht-versicherter Personen, aber auch neuer Medikamente) bewältigen zu können.

Umverteilung von Mitteln des EOPYY an das Nationale Gesundheitssystem. Zweck des Einheitlichen Trägers für Gesundheitsleistungen (EOPYY) ist die Erstattung der Kosten für Medikamente, für Krankenhausaufenthalte in öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken, sowie für diagnostische Untersuchungen und besondere Behandlungen (Physiotherapien, Psychotherapien etc.). Seit dem Jahr 2011, in dem das System errichtet wurde, hat es bevorzugt die privaten Anbieter bezahlt, deren Ausgaben unkontrolliert in die Höhe schnellten, da kein Mechanismus zur Kontrolle der Nachfrage bestand; dies führte dazu, dass die öffentlichen Träger nicht hinreichend bezahlt werden konnten und deren Budgets durch das Ministerium für Gesundheit abgedeckt wurden. Mit dem Rückzahlungsmechanismus (Clawback) für alle Ausgaben des EOPYY und mit anderen strukturellen Maßnahmen ist es gelungen, die Ausgaben des EOPYY zu begrenzen und damit die öffentlichen Einrichtungen zu stärken.

Nutzung von Großspenden. Es ist selbstverständlich, dass Mittel für Investitionen (Geräte, Gebäude, Ausstattung) in Zeiten, in denen es an finanziellen Mitteln für den tagtäglichen Betrieb des Systems mangelt, noch rarer geworden sind. Abgesehen von kleineren Spenden, die in Krisenzeiten nicht unüblich sind, ist es uns nach Verhandlungen gelungen, zwei Großspenden zu sichern. Die erste Spende in Höhe von etwa 250 Millionen Euro kommt von der *Stiftung Stavros Niarchos* und wird verwendet für die komplette Errichtung von zwei Krankenhäusern (Allgemeines Krankenhaus in Komotini und Kinderkrankenhaus in Thessaloniki), für den Erwerb von zwei Flugzeugen, einem Hubschrauber, 150 Krankenwagen, PET-SCAN-Geräten (Krebsdiagnose) für Krankenhäuser etc.. Die zweite Spende über etwa 100 Mio. Euro kommt von der *Onassis-Stiftung* und wird für die Errichtung eines Modell-Krankenhauses für die Transplantation kompakter Gewebe (Lunge, Leber) genutzt.

3. Soziale Reformen

Primäre Gesundheitsversorgung.

Hierbei handelt es sich um die größte Reform der SYRIZA-Regierung, die einen eindeutig linken Charakter hat und die die Philosophie der Gesundheitsversorgung im Land progressiv verändern und die grundlegenden Gesundheitsindizes der Bevölkerung verbessern wird. Zentrales Moment des neuen Systems bilden die *Lokalen Gesundheitszentren* (TOMY), die jeweils für ein Nachbarschaftsviertel zuständig sind. Die Lokalen Gesundheitszentren werden durch Ärzte (Allgemeinärzte, Internisten und Kinderärzte), Pflegepersonal, »Gemeindefröhen«⁵, Hebammen und Sozialarbeiter besetzt. Ihr Zweck ist, Bürgern den Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen, grundlegende, nicht-spezialisierte medizinische Bedarfe abzudecken, Patienten an den entsprechenden Facharzt oder ins Krankenhaus zu überweisen sowie Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung zu realisieren. Innerhalb der 16 Monate seit der Verabschiedung des Gesetzes wurden in ganz Griechenland schon 101 Lokale Gesundheitszentren eröffnet (Stand Dezember 2018); unser Ziel ist es, bis zum Jahr 2020 239 lokale Gesundheitszentren in Betrieb zu nehmen. Finanziert werden diese neuen Zentren durch die Strukturfonds der EU. Es wird jedoch geplant, nach und nach eine entsprechende Finanzierung durch den Staatshaushalt zu erreichen. Das System wurde von den lokalen Kommunen überaus positiv aufgenommen und von der Weltgesundheitsorganisation, die die Bemühungen ihrerseits unterstützt, begrüßt. Einziges Hindernis ist die negative Haltung des Establishments der Ärzte in Griechenland, das an private Arztpraxen gewöhnt ist und die Vorteile des neuen Systems nicht anerkennen will.

Arzneimittelpolitik. Vor dem Hintergrund einer historisch übermäßigen Medikamentenverschreibung, Intransparenz bei der Preispolitik, hohen privaten Ausgaben, und selbstverständlich Verschwendung und Korruption, haben wir eine Reihe von Maßnahmen getroffen, um umfassende Rahmenbedingungen für die Arzneimittelpolitik zu schaffen. So wurden Richtlinien zur Verschreibung (Prescription Guidelines) erstellt, um einen wissenschaftlichen Rahmen herzustellen und Verschwendung zu kontrollieren. Mit der Schaffung eines Mechanismus zur Verhandlung der Arzneimittelpreise sollen die Ausgaben begrenzt und rationalisiert werden. Weiterhin wurde ein Mechanismus zur Beurteilung der Technologien im Gesundheitswesen (Health Technology Assessment) eingerichtet, um die sozioökonomischen Auswirkungen neuer Medikamente zu beurteilen und die günstigsten Preise zu erzielen. Die Maßnahmen sind langfristig angelegt und haben bereits erste handfeste Ergebnisse hervorgebracht: Die Verhandlung der Preise für Medikamente gegen Hepatitis C hat es uns erlaubt, einen Aktionsplan zu entwickeln, um die Krankheit in Griechenland bis 2030 umfassend einzudämmen. Zudem haben wir mit den Ländern des europäischen Südens (*Initiative von Valetta*) zusammengearbeitet, um technisches Know-How im Bereich der Pharmapolitik auszutauschen und gemeinsam bessere Preise zu verhandeln. Gleichzeitig konnten wir die Erpressung eines internationalen Konzerns be-



den, der damit drohte, ein Krebsmedikament in Griechenland aus dem Verkehr zu ziehen, indem wir dies auf internationaler Ebene zur Sprache brachten (Rat der EU-Minister, Weltgesundheitsorganisation).

Zentrale Beschaffung im Gesundheitswesen.

Das Beschaffungswesen der Krankenhäuser und der sonstigen Gesundheitseinrichtungen war aufgrund seiner Organisation und mangelnden Homogenität mit großen Problemen konfrontiert; dies führte nicht nur zu erhöhten Kosten, sondern verstärkte auch die Korruption. Um dieser Situation zu begegnen, wurde die *Nationale Zentrale Behörde für Beschaffungen im Gesundheitswesen* (EKAPY) ins Leben gerufen, die nach und nach die Belieferung aller Krankenhäuser mit Hygieneartikeln und Medikamenten übernehmen soll, damit Größenvorteile im Einkauf erzielt werden können. Da es bei der Umsetzung dieser Reform aufgrund verschiedener Probleme leider zu Verzögerungen kam, steht die Behörde noch am Anfang ihrer Arbeit. Die ersten Entwicklungen sind aber durchaus positiv.

Operationsliste. Eine wichtige Maßnahme ist ausgerichtet auf die institutionelle Bekämpfung eines langjährigen Problems des Gesundheitssystems, nämlich die Zahlung von Schmiergeldern (sog. »Fakelaki«) an Chirurgen, aber auch auf die Überwachung von Wartezeiten auf chirurgische Eingriffe. Auf Grundlage transparenter Kriterien werden die Patienten je nach Intensität ihrer Krankheitssymptome und des Krankheitsverlaufs auf einer Warteliste erfasst. Die Liste wird in der Folge auf der Website des Krankenhauses mit entsprechender Kennung für die Patienten veröffentlicht.

■ Schlusswort

Trotz der Bemühungen in den letzten Jahren hat das Gesundheitssystem in Griechenland weiterhin mit schwerwiegenden Problemen zu kämpfen. Die Wirtschaftskrise hat dauerhafte Spuren hinterlassen, die zu den bereits vorher bestehenden Problemen des Systems noch hinzugekommen sind.

Zu den vorrangigen Zielen für die nächste Zeit gehören der Abbau von Ungerechtigkeiten im Gesundheitswesen sowie die Stärkung des Nationalen Gesundheitssystems mit dem Ziel, die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit auf den EU-Durchschnitt zu erhöhen (derzeit fünf Prozent in Griechenland und 6,5 Prozent in der EU) und die privaten Zuzahlungen zu senken. Kurz gesagt, weniger Spardiktate, mehr soziale Reformen.

Zum ersten Mal seit vielen Jahren ist die Gesundheitspolitik kein Bereich, in dem es darum geht, Partikularinteressen zu bedienen und politische Karrieren zu befördern, sondern ein Bereich, in dem die Schwächsten der Gesellschaft und deren Belange im Mittelpunkt stehen. Erreicht wurde dies durch ein Konzept mit klarem linkem Kompass und mit Beharrlichkeit, sowohl bei den Kompromissen wie in den Auseinandersetzungen. Und das ist eine große Veränderung – von links.

Andreas Xanthos ist Arzt und seit September 2015 griechischer Gesundheitsminister; Panos Papadopoulos leitet das Ministerbüro im griechischen Gesundheitsministerium

Übersetzung aus dem Griechischen: Marietta Kremastioti in Zusammenarbeit mit dem Sprachendienst des Deutschen Bundestages; redaktionelle Bearbeitung: Nadja Rakowitz, Ralf Kliche, Jan Latza

Dieser Text wird im Mai als Broschüre der Rosa Luxemburg Stiftung mit Kommentaren von Harald Weinberg und Nadja Rakowitz erscheinen unter dem Titel: »Soziale Reformen gegen den autoritären Neoliberalismus. Die Gesundheitspolitik der SYRIZA-Regierung von 2015 bis 2018«; bestellbar bei <https://bestellung.rosalux.de>

- 1 Siehe z.B. <https://griechenlandsoli.com/2018/02/07/staatsanwaltschaft-novartis-hat-premierminister-und-andere-hochrangigepolitiker-bestochen/>
- 2 Die Gelder kamen vom *Internal Security Fund* (ISF) und dem *Asylum, Migration and Integration Fund* (AMIF).
- 3 Die regelmäßigen Gehaltsbezüge des festgestellten Personals (Ärzte, Pflegepersonal, Verwaltung etc.) werden in Griechenland nicht aus den Budgets der Krankenhäuser bezahlt, sondern direkt vom Finanzministerium. Kosten für Medikamente, sonstige Materialien etc., Überstunden der Belegschaft sowie die Bezüge des

nicht festgestellten Personals hingegen werden aus dem Krankenhaus-Budget bezahlt.

- 4 Anm. der Herausgeber: Im Rahmen der Memoranden wurde auch ein so genannter »Clawback«-Mechanismus eingeführt, der besagte, dass im Rahmen der Austeritätspolitik auch z.B. die Pharmaindustrie in die Pflicht genommen wurde und – gemessen am tatsächlichen Bedarf – zu hohe Einnahmen für Verschreibungen zurückzahlen musste. (Siehe: <https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/greek-government-on-collision-course-with-pharmaceutical-companies-over-innovative-drugs/>)
- 5 Anm. der Herausgeber: Diese »Gemeindeschwester« besucht (meist eher ältere) Menschen in Wohnungen oder Einrichtungen und kümmert sich um deren Bedarfe und Bedürfnisse, wenn diese sich nicht selbst darum kümmern können (Krankenhausaufenthalt, Ernährung, Hygieneregeln usw.) Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf den häuslichen Verhältnissen, den Schulen, den Arbeitsplätzen; besonderes Augenmerk wird auf gefährdete Gruppen der Community gelegt. Die Gemeindeschwester bietet auch Gesundheitserziehung und Beratung an. Sie führt Impfungen, Baby- und Kinderentwicklungstests durch und organisiert Selbsthilfegruppen (vgl. <http://edujob.gr/node/235>).

National Medicare-for-all

Mehrheit der US-Bürger*innen für eine Nationale Krankenversicherung – aber wie?! Von Eckardt Johanning

In den USA wird dank demokratischer Sozialist*innen wie Bernie Sanders hitzig über die Einführung einer staatlichen Krankenversicherung debattiert. Eckardt Johanning berichtet von Debatte über Profit und staatliche Verantwortung im Gesundheitssystem.

Die Mehrheit der US-Amerikaner*innen (56%) unterstützt laut einer Umfrage eine einheitliche nationale Krankenversicherung, die von der Regierung verwaltet werden sollte nach dem Muster der gegenwärtig gültigen Krankenversicherung für Rentner*innen. Medicare ist eine einheitliche Krankenversicherung verwaltet durch die US-Social Security Behörde für alle US-Bürger*innen die älter als 65 Jahre sind. Eine Medicare-Krankenversicherung für Leute im Alter von 50 bis 64 Jahren würden sogar 77% der Amerikaner unterstützen.¹

Und alle 25+ demokratischen Präsidentschaftskandidaten, die im nächsten Jahr Präsident Trump ersetzen wollen, unterstützen ein »Medicare for all« Programm, allerdings unterscheiden sie sich im Detail und die Bevölkerung ist sich auch nicht einig, wie eine solches Mammutprogramm im Detail aussehen soll.² Manche wollen alles von einem Regierungsprogramm steuern und verwalten lassen, manche wollen die privaten und for-profit Versicherer, die gegenwärtig die Mehrheit der Krankenversicherer ausmachen, doch noch beibehalten. Viele haben Angst vor der »big government«-Administration und jeglichen Restriktionen. Am radikalsten ist wohl das Programm von Senator Bernie Sanders, dem Independent Senator aus Vermont. Der als »Sozialist« in den Medien beschriebene Bernie Sanders schlägt vor, innerhalb von vier Jahren für die ganze Nation die Krankenversicherung zu »so-

zialisieren«, was ca. 32 Trillionen Dollar kosten soll im nächsten Jahrzehnt. Aber für 100 demokratische Parlamentarier geht das nicht schnell genug, sie wollen das schon in zwei Jahren verwirklichen.³ Allerdings warnen Kritiker*innen, dass die Republikaner*innen dies als Beweis im Wahlkampf darstellen werden, dass die Demokratische Partei zum »Sozialismus« abdriftet.

Der Hintergrund scheint klar, obwohl die Ursachen und Probleme oft komplex miteinander verbunden sind. Etwa 2/3 der Insolvenzen von Privatleuten in den USA werden notwendig wegen unbezahlbaren medizinische Rechnungen und oft horrenden Krankenhausrechnungen an die Betroffenen, das betrifft immerhin ca. 530.000 Menschen im Jahr.⁴ Auch der »Affordable Care Act (ACA)« von 2010, auch bekannt als Obama-Krankenversicherung, hat daran nicht viel geändert, so die Ergebnisse einer neueren Umfrage, die gerade im *American Journal for Public Health* veröffentlicht wurde.⁵ (siehe Tabelle 1) Selbst die beste Krankenversicherung durch den Arbeitgeber würde im Laufe der Zeit ausgehen, wenn es krankheitsbedingt zu einem Arbeitsplatzverlust kommt, sagte Dr. Himmelstein, einer der Autoren der gerade veröffentlichten Untersuchung.

Dazu kommt, dass immer noch Millionen von Amerikaner*innen keine Krankenversicherung haben. Laut Informationen des Statistischen Amtes der USA (U.S. Census Bureau) hatten

Tabelle 1

Reasons Cited as Contributors to Bakruptcy	(A) Very Much Agree, %	(B) Somewhat Agree, %	(A) + (B) Very Much or Somewhat Agree, %
Medical-related reasons			
Medical expenses	37,0	21,5	58,5
Medical problems causing work loss	27,9	16,5	44,3
Either of above	44,2	22,3	66,5
Change in family size such as birth or death	13,7	7,9	21,6
Any of above	50,1	21,4	71,5
Other reasons			
Income loss (including persons with medically related work loss)	61,5	16,3	77,8
Unaffordable mortgage or foreclosure	29,2	15,8	45,0
Spending/living beyond means	17,2	27,2	44,4
Student loans	14,3	11,1	25,4
Divorce/separation	18,5	5,9	24,4
Tried to help friends/relatives	12,7	15,7	28,4

Note: The sample size of survey was n = 910.

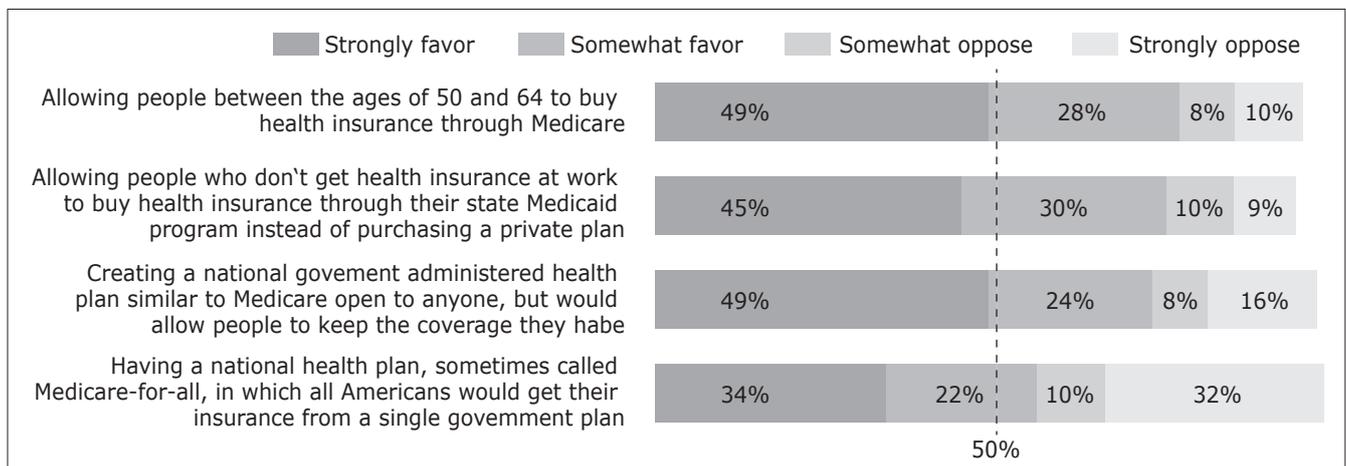
28,5 Millionen der US-Bürger*innen im Jahre 2017 keine Krankenversicherung. Die Amerikanischen Bürger*innen sind verwirrt und unsicher geworden. Die Republikaner*innen, allen voran der Präsident Trump, und ihre Unterstützer versuchen dauernd das ACA-Gesetz durch gerichtliche Anfechtungen, Verknappung der Haushaltsmittel und politische Spielchen zu unterminieren und zum Scheitern zu bringen. So hat auf Betreiben von Gegner*innen des ACA, von mehreren Gouverneur*innen und Staatsanwält*innen von republikanischen US Staaten ein Bundesrichter in Texas vor kurzem entschieden, dass das ACA-Gesetz nicht »verfassungsgerecht« sei, weil es eine Verpflichtung auf eine Versicherung beinhaltet und deswegen »ungültig« sei.⁶ Die amerikanische Öffentlichkeit denkt aber anders. Die Mehrheit (51%) unterstützt den gerichtlichen Beschluss aus Texas nicht, unter den Demokratischen Wähler*innen sind es sogar 84% (siehe Grafik 1).

Unter den republikanischen Wähler*innen findet sich eine klare Mehrheit (69%) nur für eine »buy-in«-Option für »Me-

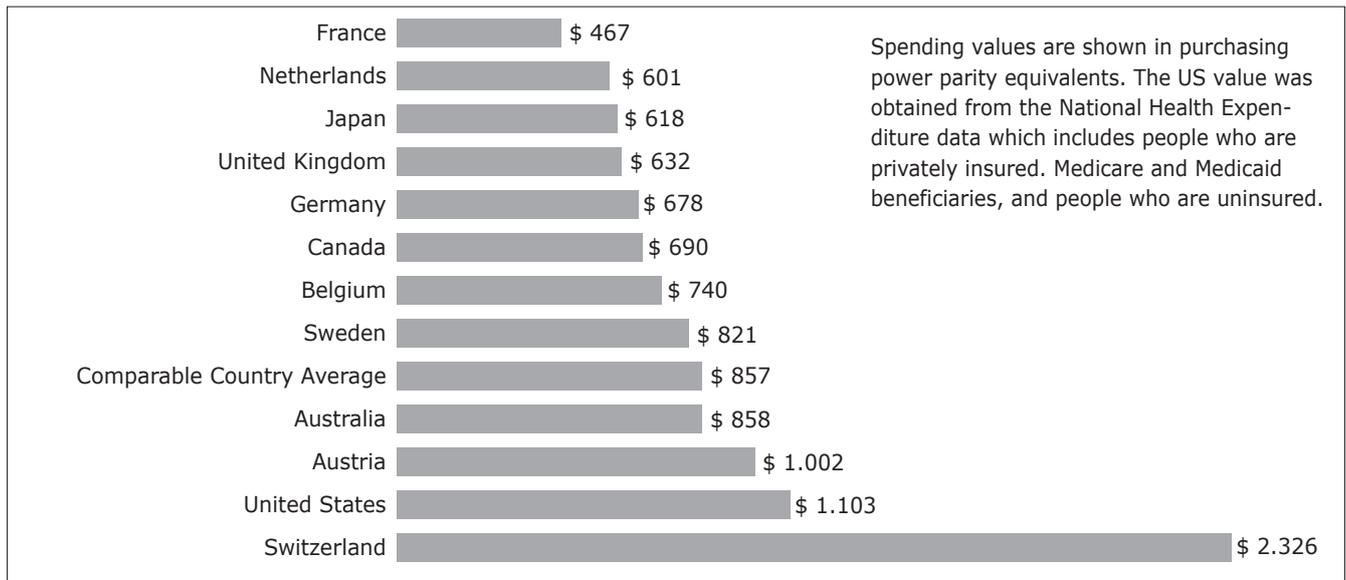
dicare« oder »Medicaid« für Menschen ab 50 Jahren, allerdings nur soweit der Arbeitgeber keine Krankenversicherung anbietet. Insgesamt geht die Meinung bei diesem Wahlthema weit auseinander. Je nachdem, was die Leute über die finanziellen Kosten, Arztwahl, Diagnose-Behandlungsverzögerung, Bürokratie etc. hören, schwankt die Meinung von 71% für »Medicare For All« zu einem »dagegen« von 44% der Befragten. Ein gängiges Argument der Gegner*innen ist die Frage: »Wollen Sie, dass Ihre Krankenversicherung und Arztwahl von einem Postamt« bestimmt und verwaltet wird? – wobei das US-Postamt als veraltet, ineffektiv, und unsägliches Verwaltungsmonster angesehen wird. In den USA sind Behörden und ihre Mitarbeiter*innen nicht sehr beliebt und geschätzt. Nach dem Motto, wer was auf sich hält und etwas kann, arbeitet in der »freien« (for-profit) Wirtschaft.

Dabei sind die Pro-Kopf-Kosten für die Gesundheitsversorgung in den USA bereits Weltspitze (siehe Grafik 2). Die »teuersten Krankheiten« sind dabei Krebs (ca. \$1.400 jährliche Selbstbeteiligung), Schlaganfall, Lungenemphysem, Herzer-

Grafik 1: Public's Attitudes On Proposals To Expand Medicare and Medicaid (Kaiser Permanente Foundation, KFF Health Tracking Poll 1/2019).



Grafik 2: Per Capita Out of Pocket Health Spending in 12 High-Income Countries (2016)



Source: <https://www.healthsystemtracker.org/indicator/access-affordability/out-of-pocket-spending/>

krankungen, Diabetes, Arthritis, erhöhter Cholesterinspiegel, Bluthochdruck und Asthma (ca. \$800 jährliche Selbstbeteiligung), wobei die Auslagen für die Selbstbeteiligung im Jahr 2013 bei der Mehrheit der Betroffenen im Durchschnitt zwischen \$200 und \$2.500 lagen.

Eine stetig steigende Anzahl von Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen in den USA unterstützen ein »National Health Plan« auch ohne private Krankenkassen⁷. Eine Organisation, in der sich mehr als 17.000 US-Ärzte organisieren die sich für eine radikale Krankenversicherungsreform einsetzt, ist die »Physician for National Health Program«, die auch eine Webseite mit aktuellen Information betreibt.⁸

Um nicht auf die Bundesregierung in Washington warten zu müssen, gibt es in einigen US-Staaten auch Initiativen und Gesetzesentwürfe, die auf »Landesebene« eine umfassende »single payer«-Krankenkassenreform beinhalten, so z.B. in den Staaten New York, Kalifornien, Vermont, Maryland, Illinois und anderen.

Im Staat New York, mein Bundesstaat, gibt es einen Gesetzesentwurf⁹, der die privaten Versicherungen durch einen steuerfinanzierten staatlichen und non-for-profit-Versicherungsplan ersetzen soll ähnlich dem US-Medicare- oder dem kanadischen Gesundheitsversicherungssystem. Wichtige Bestandteile dieses Gesetzes sind u.a. die Freiheit, den behandelnden Arzt selbst wählen zu dürfen (keine Beschränkungen durch sogenannte »Plan-Ärzt*innen«), umfassende Abdeckung inklusive primärmedizinischer Versorgung, Krankenhaus, Psychiatrie, Zahnbehandlungen, Medikamente, Brillen und vielem mehr, was heute oft von den US-Krankenkassen nicht oder nur teilweise erstattet wird.¹⁰ Die Ersparnisse sollen u.a. durch Abbau des gegenwärtigen Verwaltungsaufwands der Privatkassen, Abschaffung von CEO-Spitzengehältern, Werbung, von überteuerten Medikamenten etc. erzielt werden. Hintergrund ist auch ein 70-Milliarden Megafusion der US Drogerie- und Apothekenkette CVS und der for-profit Aetna-Krankenversicherung, die nun erhöhten Kostendruck auf die Krankenhäuser und Vertragspartner machen wollen.¹¹

So soll in den CVS-Verkaufsläden auch medizinische Versorgung angeboten werden.¹²

Aber die Gegner*innen jeglicher »sozialistischer« Reformen schlafen nicht. Eine neue Vereinigung der Krankenhäuser, der privaten Krankenversicherer und der Pharmaindustrie und ihrer Lobbyist*innen plant und organisiert schon den Widerstand gegen »sozialistische« Experimente. In Werbekampagnen wird damit die Angst geschürt, dass die Steuern erhöht werden müssen, die Politiker*innen die Entscheidung über die Arztwahl bekommen und die Verwaltungsbehörden die Entscheidungen für die Patient*innen treffen werden.¹³ Die »Partnerschaft für eine Zukunft der Amerikanischen Gesundheitsversorgung«-Mission sei es, das zu verbessern, was heute gut funktioniert und das zu »fixen« was nötig sei – also Status Quo mit Pflaster statt Tumorexzision.

Eckardt Johannning ist Arzt und lebt seit den 80er Jahren in New York.

- <https://www.kff.org/health-reform/poll-finding/kff-health-tracking-poll-january-2019/>
- <https://www.nytimes.com/2018/12/29/us/politics/medicare-for-all-private-plans.html>
- <https://www.cnn.com/2019/02/27/democrat-pramila-jayapal-introduces-medicare-for-all-health-care-bill.html>
- <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2018.304901>
- David U. Himmelstein et al, 2019, American Journal of Public Health; Mar2019, Vol. 109 Issue 3, p431-433, 3p
- Texas Judge Strikes Down Obama's Affordable Care Act as Unconstitutional, New York Times vom 14.12.2018
- Adam Gaffney, MD, The Nation, 18.2.2019
- (<http://pnhp.org/latest-news/>)
- New York Health Act – A.5248, S. 3577
- https://www.nyhcampaing.org/faq#how_would_the_new_york_health_act_work
- <https://www.wsj.com/articles/cvs-to-buy-aetna-for-69-billion-1512325099>
- <https://www.lohud.com/story/money/2018/11/28/cvs-health-aetna/2137076002/>
- <https://americashealthcarefuture.org/>

Aktiv werden im vdää

Arbeitskreise, Redaktion der Zeitschrift und Regionalgruppen

Du bist Mitglied im vdää und willst aktiv werden? Vielleicht hast Du Lust in der Redaktion der Zeitschrift des vdää mitzuarbeiten? Oder in einem der für alle Interessierten offenen Arbeitskreise? In diesen diskutieren wir bestimmte Themen und erarbeiten Positionierungen, mit denen wir uns in die gesundheitspolitischen Debatten einmischen. Die Arbeitskreise arbeiten mit einem Emailverteiler, mit Telefonkonferenzen und in unregelmäßigen Abständen gibt es auch Treffen der AK Mitglieder oder Exkursionen an interessante Orte. Selbstverständlich können auch weitere Arbeitskreise gegründet werden.

■ AK Ambulante Versorgung

Der AK Ambulante Versorgung ist der älteste AK des vdää. Er tagte zum ersten Mal im Jahr 2007 und beschäftigte sich damals mit MVZ als neuen Strukturen im ambulanten Sektor, mit der Zersplitterung der KVen und verschiedene Verbände und Hausärzterverbände, mit Bedarfsplanung u.a. Der AK erarbeitete und diskutierte das Kapitel zur ambulanten Versorgung im Programm des vdää und »ruhte« dann zwischendurch für eine Weile. 2017 nahm er seine Arbeit wieder auf; am 9. Juni 2018 luden vdää, Solidarisches Gesundheitswesen e. V. und Poliklinik Syndikat ein zu einem »Fachtag Ambulante Versorgung«, der sehr gut besucht war. In der Einladung stand: »Wir wollen uns in die gesundheitspolitische Debatte zur Zukunft ambulanten Versorgung einmischen. In einem dazu geplanten Konzeptpapier wollen wir die aktuellen Strukturen beschreiben, analysieren und kritisieren. Vor diesem Hintergrund möchten wir einen Gegenentwurf für die ambulante Versorgung entwickeln, der auch Ansätze für eine sektorübergreifende gesamtgesellschaftliche Vorstellung eines fortschrittlichen Gesundheitswesens enthalten soll.« Wir wünschen uns, dass dazu Menschen aus unterschiedlichen Zusammenhängen ihre Erfahrungen und Kompetenzen einbringen können. Praktiker*innen, Aktivist*innen, Theoretiker*innen aus dem Gesundheitswesen – im weitesten Sinn.« Derzeit beschäftigt sich der AK mit Bedarfsplanung: Wo gibt es welche Arztpraxen welcher Fachrichtungen? Das nächste Treffen ist für den 30. März 2019 geplant.-

■ AK Krankenhaus

Den AK Krankenhaus gibt es fast genauso lang, nämlich seit 2008. Er beschäftigte sich zunächst mit der neuen gewerkschaftlichen Situation, die durch die durch den Austritt des Marburger Bundes aus der Tarifgemeinschaft mit ver.di entstanden war. Andere Themen waren: Delegation ärztlicher Leistungen und Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, Privatisierung und Auswirkungen der DRG. Dieser AK erarbeitete für das entsprechende Kapitel des vdää-Programms eine ausführliche DRG-Kritik. Auch dieser AK setzte

für eine Weile mit seinen Aktivitäten aus, weil aktive Mitglieder im »Bündnis Gesundheit« mitarbeiteten, das dann zum »Bündnis Krankenhaus statt Fabrik« wurde. Dieses Bündnis profitierte sehr von der Analyse und Kritik der DRG durch den vdää. Nachdem sich dieses Bündnis politisch stabilisiert hat und mehr Aktive gewinnen konnte, stellte sich für die vdää-Mitglieder die Frage, ob man den vdää-AK nun wieder »aufleben« lassen könnte, um ergänzend zum Bündnis eine vdää-Positionierung zu erarbeiten. Dieser Neustart erfolgte am 9. März 2019 in Frankfurt; Bedarfsplanung als Voraussetzung einer sinnvollen Diskussion über die Qualität und Anzahl der benötigten Krankenhäuser ist hier ebenfalls zentrales Thema. Das nächste Treffen des AK wird am 17. August in Kassel, das übernächste Treffen am 11. Januar 2020 stattfinden. Der Ort wird noch bekannt gegeben.

■ AK Medizinische Versorgung im Gefängnis

Dieser AK, auch AK Knast genannt, hat sich gegründet, weil wir immer öfter Anfragen von Inhaftierten bekommen, ob wir ihnen helfen können, die medizinische Versorgung zu verbessern. Da wir nicht über Ressourcen verfügen, einzelnen Häftlingen individuell zu helfen, sehen wir unsere Rolle darin, uns als vdää öffentlich zu positionieren und für Veränderungen zu streiten. Aktuell erarbeitet der AK ein erstes Positionspapier des vdää, das im April zum ersten Mal im Vorstand diskutiert werden soll. Dieser AK arbeitet im Moment nur per Telko und per Email.

■ AK Weiterbildung (in Gründung)

Bei der Jahreshauptversammlung in Köln 2018 hatte sich eine Gruppe zusammengefunden, die gerne einen AK Weiterbildung gründen wollte. Dieser hat bis jetzt aber noch nicht wirklich seine Arbeit aufgenommen. Über Aktive freuen wir uns deshalb umso mehr!

■ Redaktion der Zeitschrift

Die Zeitschrift des vdää ist inzwischen eine in Fachkreisen angesehene gesundheitspolitische Quartalszeitschrift. Die Redaktion besteht aktuell aus sieben Mitgliedern des vdää und der Geschäftsführerin, Nadja Rakowitz. Jede Ausgabe hat einen Themenschwerpunkt und diese Schwerpunkte werden Anfang des Jahres bei einer Redaktionssitzung jeweils für das ganze Jahr geplant und besprochen. Alles weitere, konkrete Fragestellungen erarbeiten, Textaquis, Texteschreiben, Lektorat, Kontakte mit den Autor*innen, Übersetzungen, Bildersuche und Layout-Korrekturen werden dann in der Redaktion aufgeteilt und per Email diskutiert. Die Arbeitsmenge der einzelnen Redaktionsmitglieder kann deshalb durchaus unterschiedlich sein und sich auch von Ausgabe zu Ausgabe

ändern. Deshalb ist es leicht, in die Redaktionsarbeit einzusteigen und mitzumachen. Inzwischen hat die Zeitschrift mit <https://gbp.vdaee.de/> eine eigene Homepage, die wir auch selbst bestücken.

vdää REGIONALGRUPPEN

■ vdää Berlin

In Berlin gibt es seit mittlerweile einem Jahr eine Ortsgruppe des vdää. Initiiert wurden die Treffen von jungen Ärzt*innen, die größtenteils am Anfang ihrer Weiterbildung stehen. Die Treffen dienen zum einen dem Austausch über Erfahrungen im Berufsalltag, zum anderen werden unterschiedlichste gesundheitspolitische Themen diskutiert. Kurz nach ihrer Gründung organisierte die Ortsgruppe eine Veranstaltung zur Bürger*innenversicherung und der Frage, wie eine solidarische Versicherung für alle aussehen könnte. Es folgte eine Reise nach Warschau, um Ärzt*innen zu treffen, die dort einen Hungerstreik durchgeführt hatten. Darüber wurde sowohl in der *Gesundheit braucht Politik* als auch bei einer Veranstaltung in Berlin unter dem Namen «Jammern auf hohem Niveau? – verschiedene Perspektiven auf Ärzt*innenstreiks» berichtet. Im März organisierte die Ortsgruppe einen Anti-Sexismus-Workshop für Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, und ihre Mitglieder besuchen für den vdää die Treffen des Bündnisses für sexuelle Selbstbestimmung.

Die Treffen der Ortsgruppe finden jeden zweiten Dienstag an wechselnden Orten statt. Neue Menschen sind immer gern willkommen. An welchem Ort das nächste Treffen stattfindet, können interessierte Menschen per Mail erfahren unter og_berlin@vdaee.de.

■ vdää Hamburg

Wir sind ein Gruppe von gesundheitspolitische Interessierten und Aktiven. Die Mehrzahl ist im vdää Mitglied. Für die Mitarbeit ist das aber keine Bedingung oder gar Voraussetzung. Aus der Erfahrung der letzten Jahrzehnte, dass sich immer wieder viele Menschen engagieren, dieses Interesse dann aber auch wieder nachlässt, möchten wir uns insbesondere auch im Rahmen des vdää bewegen. Dieses gewährleistet eine auf lange Sicht kontinuierliche Arbeit, auch wenn das Interesse zahlenmäßig schwankt. Wir treffen uns ca. alle 6 Wochen. Unsere Themen sind gesundheitspolitisch und gesellschaftspolitisch. Dabei haben wir uns bewusst und gerade auf Grund der langjährigen Erfahrungen einiger von uns in der Ärztekammer Hamburgs zunächst nicht dafür entschieden, bei den Kammerwahlen mit einer eigene Liste anzutreten, nicht zuletzt um eine breitere Perspektive zu entwickeln. Wir haben die Liste »die Gesundheitsfraktion«, die aus der Liste »Hamburger Ärzteopposition« hervorgegangen ist, personell und ideell bei den Kammerwahlen unterstützt. Diese Liste stellt mit Birgit Wulff die Vizepräsidentin der Ärztekammer Hamburg.

Wir haben uns unter anderem mit der Versorgung von Menschen ohne Papiere und von Menschen ohne Zugang zum Gesundheitswesen beschäftigt, mit dem Thema Ökono-



Protestaktion am 12.12.18 vor der Wiener Gebietskrankenkasse
Foto: GPA/djp

misierung der Medizin, insbesondere mit der Situation in den Krankenhäuser (im März 2018 haben wir eine Veranstaltung dazu gemacht, über die auch ein Bericht auf der Website des vdää und im *Hamburger Ärzteblatt* zu finden ist), wir unterstützen das Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus und den daraus resultierenden Volksentscheid, wir beschäftigen uns mit der ambulanten Versorgung und verhalten uns solidarisch dem Projekt Poliklinik Veddel gegenüber.

Wir haben uns mit der Privilegierung von Privatpatient*innen und einer Bürger*innenversicherung beschäftigt und fordern die Privilegierung ärztlicherseits zu beenden und eine Bürger*innenversicherung einzuführen (siehe Artikel in der letzten Ausgabe GbP). Im Februar haben wir zwei Filmveranstaltungen durchgeführt, die beide gut besucht waren und uns ermutigt haben. Zum einem haben wir den Film »Krisis« gezeigt und zum anderen den Film »Der marktgerechte Patient«.

Wir freuen uns über Mitarbeit. Wir wissen, dass viele wenig Zeit haben und es auch passieren kann, dass die eine oder der andere mal nicht kann. Daher schreiben wir stets ein Protokoll und pflegen einen Email-Verteiler um auch die unter uns einbinden zu können, die am wenigsten Zeit aufbringen oder aus anderen Gründen nicht kommen können.

Kontakt entweder über vdää oder über Hausarztpraxis Kai Uwe Helmers, praxishelmers@gmx.net

Bei Interesse an Mitarbeit bei einem der AK oder in der Redaktion melde Dich in der Geschäftsstelle info@vdaee.de



Herzlichen Glückwunsch, Uli!

Uli Deppe wird am 30. März 80 Jahre alt. Seine wissenschaftliche Arbeit und sein politisches Wirken stehen für eine kritische Auseinandersetzung mit der Medizin, die Krankheit immer auch als Ausdruck sozialer Verhältnisse begreift. Diese Perspektive war und ist wesentlich für den vdää, den Uli mitgegründet hat.

Uli hat – ungewöhnlich in dieser Zeit – Mitte der 1960er Jahre nach Abschluss des Medizinstudiums ein Zweitstudium in Soziologie absolviert. Der Faschismus wirkte damals in Forschung und Lehre noch zu sehr nach, als dass ein Denken, das über gesellschaftliche Ungleichheit und Medizin – also Klassenmedizin – reflektierte, an den Universitäten präsent war.

Dies änderte sich in Folge der Studentenbewegung, die auch in den medizinischen Fachbereichen einen nicht zu unterschätzenden Widerhall fand. Zusammen mit Genossen aus dem Sozialistischen Deutschen Studentenbund (SDS) gründete Uli Ende der 1960er Jahre den *Arbeitskreis Kritische Medizin* in Marburg. Ähnliche Diskussionszusammenhänge entwickelten sich auch in anderen Städten. Wie breit innerhalb weniger Jahre das gesellschaftliche Potential geworden war, das sich kritisch mit dem Gesundheitswesen auseinandersetzte, zeigte sich auf dem Kongress »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« 1973 in Marburg, an dem 1.800 Menschen teilnahmen: Studierende und Lehrende, Beschäftigte aus allen Bereichen des Gesundheitswesens, Gewerkschafter und Kommunalpolitiker. Der von Uli herausgegebene Kongressreader erwies sich noch über viele Jahre als Fundgrube für linke Gesundheitsaktivist*innen.

»Gut, wir haben damals Klassenmedizin gesagt, soziale Ungleichheit und soziale Determinanten von Gesundheit, das ist schon weichgespült ... Der Unterschied zwischen Public Health und Kritischer Medizin ist, dass die Kritische Medizin die Systemfrage, die hinter dieser Forschung steht, erkennt und quasi das Verursacherprinzip benennt. Public Health verschleiert häufig die Systemfrage ... und es wird so getan, als ob die derzeitige Gesellschaft alternativlos wäre.«

(Uli Deppe im Interview mit Phil Dickel von der Poliklinik Veddel; GbP Sonderausgabe 2015)

In den beginnenden 70ern gelang es zunehmend, an den Universitäten psychosoziale Fragestellungen in Forschung und Lehre zu etablieren. Uli baute mit anderen an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt das *Zentrum der psychosozialen Grundlagen der Medizin* mit auf; dazu gehörten die Institute für Medizinische Psychologie, Sexualwissenschaft, Arbeitsmedizin und Medizinische Soziologie, dessen geschäftsführender Direktor er viele Jahre war. Von diesem Zentrum gingen viele Jahre wichtige theoretische Impulse zur Kritik der herrschenden Medizin aus.

Ausgangspunkt von Ulis Arbeiten war dabei, dass der Umgang mit Krankheit und Gesundheit in einer kapitalistischen Gesellschaft den Regeln und Gesetzen der Kapitalakkumulation unterworfen ist. In zahllosen Veranstaltungen und Zeitschriftenbeiträgen sowie in Büchern thematisierte er die zu-

nehmende Kommerzialisierung der Medizin. Dem Profit- und auch dem Standesdenken in der Medizin setzt er die Vorstellung von Gesundheit als Menschenrecht und demokratischen Ärztinnen und Ärzten entgegen.

Diese Ideen sollten auch in die damals noch extrem konservativen Ärztekammern getragen werden. Uli war Mitgründer der *Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte in Hessen*, der es 1976 als erste oppositionelle Liste gelang, in die Delegiertenversammlung einer Ärztekammer einzuziehen. Die demokratischen Ärztinnen und Ärzte versuchten dort, der gruppenegoistischen Standespolitik die Vision einer an demokratischen Inhalten orientierten Gesundheitspolitik entgegenzusetzen. Eine besondere Rolle kam den Listen bei der Aufarbeitung der Rolle der Ärzteschaft in der NS-Zeit zu. Diese Auseinandersetzungen wirken bis heute in den Kammern nach und haben sie ein Stück weit verändert. Noch heute schaltet sich Uli sporadisch in die Diskussionen der hessischen LDÄÄ ein.

1986 wurde als bundesweiter Zusammenschluss der in den Listen Aktiven, der *Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte* gegründet. Von Anfang an hat Uli einen wesentlichen Anteil an der inhaltlich programmatischen Entwicklung des Vereins, dabei Forschungsergebnisse »seines« Instituts nutzend. Vielen von uns ermöglichte er durch regelmäßige Diskussionsrunden die Teilhabe an der sozialwissenschaftlichen Diskussion. Ulis theoretische Interventionen im vdää wurden nicht immer von allen verstanden, aber der von Uli geprägte Slogan (auch der Titel eines seiner zahlreichen Bücher) »Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar« wurde zur Maxime des vdää – und etwas abgewandelt zum Namen der Zeitschrift des vdää: *Gesundheit braucht Politik*

Es gab allerdings auch Rückschläge. Den neoliberalen Roll

Back überlebte das Zentrum für psychosoziale Grundlagen der Medizin nicht. Auch der vdää geriet in eine tiefe Krise. Uli gehörte in dieser Zeit zu denjenigen, die darauf drängten, den Verein bei allen Schwierigkeiten als Organisationsstruktur zu erhalten und an zumindest einem Mindestmaß an kritischen, gesundheitspolitische Diskussionen auch mit der Perspektive auf eine antikapitalistische Systemalternative festzuhalten. Sicherlich war dies eine wichtige Voraussetzung für die mittlerweile erfolgte Erneuerung und Verjüngung des vdää. In den letzten Jahren hat das Interesse an theoretischen Fragen einer kritischen Medizin und linken Gesundheitspolitik spürbar zugenommen, wenn es sich dabei sicherlich auch erst um ein zartes Pflänzchen handelt. Ulis wissenschaftliche Arbeiten und politische Perspektive spielen dabei – wie das ganz oben zitierte Interview zeigt, immer noch oder wieder eine wichtige Rolle. Nicht zufällig nennen sich jungen Studierende heute »Kritische Mediziner*innen«...

Lieber Uli,

wir brauchen Dich, Dein Wissen und Deine Erfahrung in Zeiten, in denen gerade auch von jüngeren Mediziner*innen wieder vermehrt eine kritische Auseinandersetzung mit der Medizin eingefordert wird. In Deinem Redebeitrag zum dreißigjährigen Bestehen des vdää 2016 hast Du die Entwicklung der kritischen Medizin seit den 1960ern noch einmal eindrucksvoll nachgezeichnet (abgedruckt in GbP 4/2016). Wir benötigen unbedingt weitere solcher Einlassungen..

Bernhard Winter und Nadja Rakowitz für alle im vdää,
die Dich genau so schätzen

Happy Birthday, Comandante!

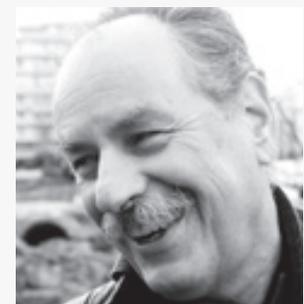
Alexis Benos' (Thessaloniki) greetings to Uli Deppe

I had the privilege to meet Uli Deppe when I got in contact with the International Association of Health Policy (IAHP).

Uli, as a founding member of IAHP in 1977 (along with Vicente Navarro, Giovanni Berlinguer, and other distinguished scientists and activists), based on the productive combination of a sound scientific background, a clear ideological and political position and an unlimited commitment of a grassroots activist, is still a longtime unquestionable leader of this internationally important association and movement.

He introduced Medical Sociology, both in the academic world and in the people's movements defending their health. Uli was always ready to help with his wisdom wherever needed. A small, but crucially important for the inspiration of our students example, are his courses on the Nazi medicine and the commodification of health and clinical decisions in the Department of Hygiene of the Medical Dept of Aristotle University of Thessaloniki.

Besides his scientific excellence, Uli is a natural leader, our comandante, and our teacher who taught us how to organise and enhance the international movement of solidarity and struggle for health and for another society targeting in the human well being. With my warm wishes for his birthday I want to remind him that he has the duty to continue inspiring us with his wisdom and solidarity spirit.



Rettet die Pflege!

Das Volksbegehren bleibt unverzichtbar gegen den Pflegenotstand

Peter Hoffmann erläutert hier die gesundheitspolitischen Hintergründe der Volksbegehren zum Pflegenotstand. Auch wenn der Text für Bayern geschrieben ist, gilt die Argumentation in allen anderen Ländern ebenso.

Mit dem Volksbegehren wollen wir umsteuern und dem Pflegenotstand an bayerischen Krankenhäusern abhelfen. Dafür muss vor allem anderen der Pflegeberuf wieder attraktiv gemacht werden – mit Arbeitsbedingungen, die eine sinnstiftende Tätigkeit in der Pflege wieder ermöglichen und mit einem guten Gehalt. Entlastung ist für die Pflege nicht zu erreichen ohne eine gesetzlich vorgeschriebene Personalrelation von Pflegepersonal zu Patient*innen. Kernpunkt unseres Volksbegehrens ist also die gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser auf ausreichend Pflegepersonal auf den Krankenstationen.

Mit diesem Text erklären wir, was die vom Minister verordneten Personaluntergrenzen und das Pflegepersonalstärkungsgesetz für die Krankenhäuser bringen – und was nicht.

- **Unser Fazit: Nur die Kombination aus Spahn'schem Pflegepersonalstärkungsgesetz und diesem Volksbegehren kann die erhoffte Wende zum Besseren bringen!**

Unsere wichtigsten Kritikpunkte an den Spahn'schen Gesetzen sind:

1. Alle sind sich einig: Ohne Entlastung der Überlasteten, ohne eine Chance auf gute und befriedigende Berufsausübung in der Pflege wird in Zukunft kaum mehr jemand freiwillig diesen Beruf ergreifen. Die Bundesregierung hat wiederholt versprochen, die katastrophalen Arbeitsbedingungen zu verbessern und eine Personalbemessung für alle Bereiche einzuführen. Aber sie hat ihre Versprechungen wieder nicht eingelöst.
2. Eine Personaluntergrenzenregelung für Pflegepersonal, die für nur vier Fachbereiche gilt, selbst dort nur ein absolutes Minimum vorschreibt statt einer Besetzung, die gute Pflege erlaubt, und obendrein Tricksen erlaubt, indem u.a. Personal zum Frisieren der Zahlen hin- und hergeschoben werden darf: Eine solche Regelung missachtet das Wohl von Patient*innen und Pflegenden.
3. Wie bisher wird der tatsächliche Pflegebedarf von Patient*innen weiterhin in den gesetzlichen Neuregelungen an keiner Stelle erfasst und berücksichtigt. Stattdessen wurden die Vorgaben für Zahlenrelationen Personal zu Patient*innen willkürlich und auf Basis der jetzigen alltäglichen Unterversorgung festgelegt. Es fehlt somit die objektive Grundlage.

Personal-Untergrenzen für die Pflege – Vorgeschichte

Der Gesundheitswissenschaftler Prof. Schreyögg legte Ende 2016 im Auftrag des damaligen Gesundheitsministers Gröhe eine Untersuchung zu der Frage vor, in welchen Fachgebieten pflegerische Unterbesetzung nachweislich mehr Komplikationen verursacht. Die Studie beschrieb einen statistischen Zusammenhang für 15 medizinische Fachgebiete. Wir hätten eine Antwort auf eine andere Frage für ebenso wichtig gehalten: Genügt die durchschnittliche Besetzung mit Pflegekräften dem tatsächlichen Bedarf der Patient*innen an Pflegeleistungen im Krankenhaus? Diese Fragestellung wurde aber nicht untersucht. Das InEK (*Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus*) schreibt dazu: »Der Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegeelast-Katalog) geht von der Annahme aus, dass der Patient während seines stationären Aufenthaltes eine pflegerische Betreuung erhalten hat, die sich an seinem individuellen Pflegebedarf orientiert und diesem weitgehend entsprochen hat.« Zu Zeiten des Pflegenotstands eine reichlich zynische Annahme.

Das Konzept

Der Gesetzgeber gab daraufhin den Spitzenverbänden von Krankenkassen (GKV-SV) und Krankenhäusern (DKG) den Auftrag, für diese Bereiche Untergrenzen für Pflegepersonal festzulegen. Diese Bereiche wurden irreführend »pflegesensitiv« genannt – als wären nicht alle Patient*innen in einem Krankenhaus »pflegesensitiv«. Die Verbände vereinbarten allerdings nur für sechs medizinische Fachgebiete Untergrenzen. Dort sollte demjenigen Viertel der Krankenhäuser mit dem schlechtesten Personalschlüssel Verbesserungen abgefordert werden. Es ging also nur darum, in Zukunft in einzelnen Fachgebieten einen Anstieg von Komplikationen in extrem unterbesetzten Abteilungen zu verhindern. Damit hatte man sich von dem Versprechen aus dem Koalitionsvertrag, Untergrenzen für das gesamte Krankenhaus einzuführen, weit entfernt. Umgekehrt können Krankenhäuser mit vergleichsweise besserer Besetzung aus dieser Datensammlung sogar herauslesen, wo sie noch Personal abbauen können, ohne Sanktionen befürchten zu müssen.

Die Krankenhausgesellschaft verweigert sogar die Minimallösung

Am Ende unterzeichnete die Krankenhausgesellschaft DKG nicht einmal diese Minimallösung. Das dafür notwendige Pflegepersonal sei auf dem Arbeitsmarkt nicht verfügbar. Das Funk-

tionieren der Krankenhäuser sei gefährdet. Damit waren die Verhandlungen geplatzt.

Die Personaluntergrenzen von Minister Spahn

Der dynamische Gesundheitsminister hat im vergangenen Jahr verkündet: »Wir haben verstanden« – und es wurden ein Pflege-Sofortprogramm und eine großangelegte Anzeigen-Werbekampagne zum Thema gestartet. Da die Selbstverwaltung zu keiner Übereinkunft gekommen war, musste das Bundesministerium (BMG) außerdem selbst im Oktober 2018 ersatzweise diese Personaluntergrenzen für die Pflege festlegen.

Am Ende blieben nur vier von ursprünglich 15 Fachgebieten übrig. Die Personaluntergrenze in der Intensivmedizin wurde für 2019 mit 1:2,5, ab 2020 mit einer Pflegekraft pro zwei Patient*innen bestimmt. Auf geriatrischen und unfallchirurgischen Stationen »darf« eine Pflegeperson tagsüber zehn, auf kardiologischen Stationen bis zu zwölf Patient*innen versorgen, nachts sogar doppelt so viele. Ein Teil der Pflegefachkräfte darf von Hilfskräften ersetzt werden, bis hin zu einem 40 %-Anteil nachts in der Altersmedizin.

Um die Untergrenzen in den genannten vier Fachgebieten zu erreichen dürfen die Krankenhäuser Personal von anderen Bereichen abziehen, für die keine Untergrenzen bestimmt sind. Während die Versorgung für eine Gruppe von Kranken also besser wird, wird sie für andere schlechter werden.

Bei genauer Betrachtung ist die Untergrenze gar keine

Es genügt, sie im Monatsdurchschnitt einzuhalten. Da haben diejenigen Patient*innen eben Pech, die zum falschen Zeitpunkt stationär liegen, scheint sich der Gesetzgeber gedacht zu haben.

Sanktionsmöglichkeiten

Wenn ein Krankenhaus die Personaluntergrenzen nicht einhält, folgen Sanktionen. Der Bundesgesetzgeber lässt der Selbstverwaltung die Wahl zwischen finanziellen Abschlägen oder Bettensperrung. Sinnvoll ist jedoch nur das Sperren von Betten, weil damit die



©Molly Adams – flickr – CC2.0

Relation zwischen Personal und Patient*innen wieder austariert wird. Für 2020 hat er die Verbände zudem verpflichtet, Pflegepersonaluntergrenzen auch für die Bereiche Neurologie und Herzchirurgie zu vereinbaren.

Auch der Bundesrat kritisiert dieses Konzept

»Die Personalschlüssel müssen (...) umfassend gelten. Des Weiteren ist auszuschließen, dass der Personalschlüssel auf anderem Wege – etwa durch zeitliche Beschränkungen oder die Erfüllung des Personalschlüssels durch Auszubildende oder Hilfskräfte – ausgehebelt wird. Insbesondere ist darüber hinaus wichtig, dass der Personalschlüssel ausreichend hoch ist für eine bedarfsgerechte Versorgung. Denn die Personalschlüssel sollen nicht nur Untergrenzen sein, sondern eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung ermöglichen. Hierfür ist wichtig, dass er die Relation Pflegepersonal zu Patientinnen und Stattdessen ausreichend abbildet.«

Die Zukunft: bedarfsgerechte oder betriebswirtschaftliche Steuerung der Pflege

Im Koalitionsvertrag waren Pflegepersonaluntergrenzen ursprünglich für al-

le Fachbereiche der Krankenhäuser angekündigt. Stattdessen soll zukünftig eine statistische Maßzahl, genannt »Pflegepersonalquotient«, eingeführt werden. Sie soll für das jeweilige Haus das vorhandene Fachpflegepersonal in Relation setzen zum in den DRGs kalkulierten Pflegeaufwand. Zur Kalkulation dieses durchschnittlichen Pflegeaufwands innerhalb einer DRG erfassen alle Kalkulationshäuser des DRG-Systems ihren jeweiligen eigenen Pflegeaufwand. Dieser wird dann an das InEK weitergemeldet zur Berechnung des Durchschnitts und des Gesamt-Behandlungsaufwandes für die jeweilige DRG.

Bei dieser Kalkulation bleibt nach wie vor die Frage offen, ob die Pflege angemessen und ausreichend ist oder ungenügend. Jede nicht mit einer Fachkraft besetzbare Stelle, jede Stelle, die aus Profitgier gestrichen wurde, drückt die rechnerischen Durchschnittskosten für Pflege nach unten – losgelöst vom Pflegebedarf. Bei der Berechnung des Pflegepersonalquotienten werden oben drein all die unterschiedlichen medizinischen Fachbereiche in einen Topf geworfen (»Ganzhausansatz«) und daraus eine einzige Zahl errechnet. An dieser einen Zahl soll erkennbar sein, ob ein Haus üppig oder ungenügend

mit Pflegekräften ausgestattet ist.

Wie aussagekräftig eine solche Zahl ist, bleibt Spekulation. Sicher aber ist: Eine Zahl erweckt immer den Eindruck unbestechlicher Präzision. Damit lassen sich politische Entscheidungen als vermeintlich »objektiv«, »sachgerecht« und »notwendig« verklären.

Worauf wir uns einstellen müssen

Wir sollten uns darauf vorbereiten, dass in einer gar nicht so fernen Zukunft versucht werden wird, personell (laut Pflegepersonalquotient) vergleichsweise gut ausgestatteten Krankenhäusern das Budget zu kürzen. Bei rechnerisch schlechter Ausstattung mit qualifiziertem Personal wäre auch der Versuch denkbar, Krankenhäuser zu schließen ohne weitere Diskussion darüber, wie notwendig sie für eine Sicherstellung der Versorgung sind.

Damit wäre man, statt bei einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung, auf leisen Sohlen bei einer betriebswirtschaftlichen Steuerung des Pflegebereiches anhand Benchmarks angelangt. »Nurse related groups« (NRG) unterstützen dann, vergleichbar mit den DRG, eine Pauschalierung von Entgelten, die man beliebig nach oben oder nach unten manipulieren kann, weil ihnen die einzig objektive Grundlage fehlt: der pflegerische Versorgungsbedarf der betroffenen Menschen.

Das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) – Vorgeschichte

Mit zwei Pflegestellen-Förderprogrammen sollte bereits seit 2009 die Situation in der Pflege verbessert werden. Die Voraussetzungen waren kompliziert, die Antragstellung bürokratisch, das dafür ausgelobte Budget gering. Laut Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen wurden 2016/2017 von den zur Verfügung gestellten 330 Mio. Euro nur 157 Mio. Euro abgerufen. Die Wirkung war also gering.

Das aktuelle Förderprogramm

Dem Förderprogramm geht eine kräftige Kürzung voraus: Als erstes wurden die Budgets der Krankenhäuser 2019 um 300 Mio. Euro gekürzt (Kürzung des sog. Pflegezuschlags). Dafür wird laut Gesetz in 2019 jede zusätzliche oder aufgestockte Pflegestelle, (sofern die Tätigkeit überwiegend am Bett stattfin-

det) in vollem Umfang von den Kassen refinanziert, zusätzlich die laufenden Gehaltserhöhungen, einschließlich struktureller Steigerungen, mit Sachgrund sogar übertarifliche Gehaltszuwächse. Die Gelder sind zweckgebunden. Für neue Stellen muss die Verwendung nachgewiesen, ansonsten muss Geld zurückgezahlt werden.

Die Zusage gilt für ausgebildetes Krankenpflegepersonal im Stationsdienst (ausgenommen Funktionsdienst, Hilfskräfte und Altenpfleger*innen). Sie gilt nicht für die anderen Berufsgruppen, die am Patient*innenbett tätig sind. Bei den neuen Pflegestellen entfallen Wirtschaftlichkeitsprüfung und Obergrenzen. Die Häuser brauchen nicht mehr 10% Eigenanteil zu bezahlen. Allerdings bedarf es einer Betriebsvereinbarung mit der betrieblichen Interessensvertretung der Beschäftigten.

Kostendeckende Pflegebudgets

2020 werden im Rahmen einer grundlegenden Systemveränderung die Pflegekosten komplett aus dem DRG-System herausgenommen und kostendeckend außerhalb des Fallpauschalensystems vergütet. Die 2019 erweiterten Stellenpläne gelten als Sockel für die Verhandlungen über Pflegebudgets des Folgejahrs für die einzelnen Häuser.

Jede Stelle wird bezahlt – Einzug ins Schlaraffenland?

Falls nicht mit Betriebsvereinbarungen gezielt und konkret Entlastung geplant wird, steht leider zu befürchten, dass zusätzliche Pflegekräfte überwiegend eingesetzt werden, um zuvor gesperrte Betten wieder zu öffnen und die wirtschaftliche Tätigkeit des Krankenhauses auszuweiten. Das Zahlenverhältnis Pflegekräfte pro Patient*innen wird so aber nicht verbessert. Eine solche Unternehmensstrategie entlastet nicht



Volksbegehren STOPPT DEN PFLEGENOTSTAND an Bayerns Krankenhäusern

Pflegekräfte bei der Arbeit und steigert nicht die Attraktivität des Pflegeberufs. Und sie wird die Fluchtbewegung aus der Pflege nicht abmildern.

Nur die Kombination mit unserem Volksbegehren wird die Wende bringen. Das Volksbegehren nimmt den feststellbaren Pflegebedarf der konkreten Patient*innen als Bemessungsgrundlage in den Blick und erlaubt auf Basis der sog. PPR (Pflegepersonalregelung) die Kalkulation einer auskömmlichen personellen Besetzung.

Damit erst werden gute Pflege und befriedigende Tätigkeit in der Pflege wieder ermöglicht. Das Pflegepersonalstärkungsgesetz stellt die Finanzierung der dafür notwendigen Stellen sicher. Das Volksbegehren erzwingt sowohl die überfällige Personalbedarfsermittlung als auch die angemessene pflegerische Besetzung in allen Krankenhausbereichen. Nur mit der Kombination von Pflegepersonalstärkungsgesetz und bayerischem Volksbegehren lässt sich das Versprechen einer Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege und einer besseren Pflege für die Patient*innen wirklich einlösen.

Dass das Volksbegehren gegen das Artensterben¹ die nötige Anzahl an Unterschriften nicht nur erreicht sondern bei weitem übertrifft hat, stimmt uns zuversichtlich. Wir zählen auf unsere Mitbürger*innen, mit diesem Plebiszit für eine zuverlässig bessere Pflege im Krankenhaus zu sorgen – als Daseinsvorsorge in unser aller Interesse.

Peter Hoffmann

1 Gemeint ist das Volksbegehren »Artenvielfalt & Naturschönheit in Bayern »Rettet die Bienen!«, <https://volksbegehren-artenvielfalt.de/>

Gefährdet statt gefährdend

Von Andreas Wulf

Andreas Wulf diskutiert - von Traumatisierungen über Massenscreenings bis zu einer Karte für alle - wie Migration und Flucht mit Gesundheit zusammenhängen – und wie nicht.

Im März 2018 brachte die AfD im Bundestag eine kleine Anfrage über die Entwicklung der Krankheitszahlen von Malaria, Lepra, Typhus, Rückfallfieber, HIV sowie Krätze in Deutschland ein – bitteschön aufgeschlüsselt nach ethnischen Kriterien. Die Absicht war offenkundig. Denn obwohl seit 2015 keine relevanten Erhöhungen von Infektionskrankheiten für die Allgemeinbevölkerung zu verzeichnen ist und es einen breiten gesellschaftlichen Konsens gibt, solche rechtspopulistische Stimmungsmache zurückzuweisen, soll die Anfrage Bilder und Phantasien mobilisieren und damit diffuse Ängste befeuern. Neu ist das keineswegs. Immer schon gab es Tendenzen, Migration als gesundheitliche Gefährdung darzustellen – als Mittel ihrer Abwehr oder als Anlass für die Etablierung von diskriminierenden Sicherheitspolitiken.

Historisch waren es die großen Pestepidemien, in denen schon früh Kontrollstrategien der Zuwanderung zu Städten und Ländern entwickelt wurden. Diese wurden im Zeitalter der von Europa ausgehenden kolonialen Durchdringung der Welt angesichts sich global ausweitender Cholera-Epidemien und lokalen Bedrohungen für die Kolonialtruppen und -Beamten wie Gelbfieber, Schlafkrankheit und Malaria zu den modernen Konzepten von Quarantäne und Cordon Sanitaire perfektioniert. In diesen verstetigten sich – nicht zuletzt »im Dienste der Krankheitsabwehr« – administrative Ad-hoc-

Maßnahmen zu systematischer Segregation von »wilden«, bedrohlichen Einheimischen und »zivilisierten« Kolonialisten in separaten Stadtvierteln.

■ Die Krankheit der anderen

Die Ursache von Krankheiten nach außen zu verlagern, dazu dienen Geschlechtskrankheiten mit ihrem »moralischen Überschuss« besonders gut – ein Prozess, den die moderne Soziologie »othering« nennt. Die Syphilis galt Jahrhunderte lang als die klassische Krankheit »der Anderen«, als »Import« rückkehrender Kolonisten. In den historischen Debatten repräsentierte sie die sexual-moralische Verwerflichkeit der amerikanischen Ureinwohner*innen. Auch innerhalb Europas wurde sie als Krankheit den fremden Soldaten zugeschrieben. Syphilis war die »französische Krankheit« im italienischen Neapel 1494/95 nach der Eroberung durch französische Truppen, in Frankreich wurde Syphilis die »Italienische Krankheit«, die Niederländer nannten sie im Unabhängigkeitskampf des 16. Jahrhunderts die »Spanische Krankheit«, bei den Russen hieß sie die »Polnische Krankheit« und im Osmanischen Reich die »Krankheit der Christen«.

Die aktuellen weltweiten Flucht- und Migrationsbewegungen werfen Fragen nach Gesundheit (und Krankheit) auf viel-



©Flickr_Elvert Barnes

fältige Weise auf. Angesichts der beschriebenen Traditionslinie überrascht es nicht, dass Migration dabei als potentiell gefährlich, weil Krankheiten mit sich bringend, gedeutet wird. Tatsächlich sind Migrant*innen und Flüchtlinge nicht gesundheitsgefährdend, sondern -gefährdet. Weltweit sind es das physische und psychische Wohlergehen massiv schädigende und das Leben bedrohende Situationen und Verhältnisse, die Menschen zum Aufbruch bewegt, von Krieg und Gewalt über Ernährungsunsicherheit und vergiftete Umwelten bis zu zerstörerischer Ausbeutung. Auf den Flucht- und Migrationsrouten sind die Gesundheitsgefahren enorm, neben physischen Entbehrungen und psychischen Strapazen erleben viele unmittelbare Gewalt und Brutalität.

■ Ver-Lagerung der Flucht

Flüchtlingskrisen etwa in Ostafrika, rund um Syrien, oder in Bangladesch mit den Rohingya-Flüchtlingen sind tendenziell auf Dauer gestellt. Für Millionen Menschen bedeutet es ein jahrelanges Leben im Flüchtlingslager oder unter extrem armseligen Verhältnissen in Ländern, in denen sie nicht bleiben können. Hier gibt es zwar einen schmalen Zugang zu Gesundheitsdiensten, auch *medico international* unterstützt beispielsweise die Gesundheitsdienste von Partnern in den Rohingya-Zeltstädten oder mobile Einrichtungen der Flüchtlingsgesundheitsversorgung im Libanon. Die Ver-Lagerung der Flucht schafft hochproblematische »extraterritoriale Gebiete« mit Sonderregeln und Zugangskontrollen. Das verschärft die Isolation von Geflüchteten, statt sie zu integrieren. Gerade deshalb sind die aktuellen Diskussionen in Deutschland um die Seehoferschen »Anker-Zentren« so gefährlich. Lager sind Teil des Problems auch im gesundheitlichen Kontext und nicht Teil der Lösung.

Auch am Ende der Reise ist es um die physische und psychische Sicherheit sowie die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und Migrant*innen oft schlecht bestellt. Illegalisierte fallen durch alle Netze, Geduldete verfügen über eingeschränkte Rechte. Diese harsche Realität steht im Gegensatz zu den Ansprüchen, die die Staaten auf

der globalen Ebene der Gesundheitspolitik formulieren. Die Dokumente der Weltgesundheitsorganisation, die als Resolutionen auch im verhandelten Konsens von den Mitgliedstaaten der WHO angenommen werden, benennen das »Recht auf Zugang zu Gesundheit« und die universelle Absicherung im Krankheitsfall auch für Migrant*innen sowie für Geflüchtete als Zielvorgaben einer globalen Gesundheitspolitik, die jeder Mitgliedsstaat umsetzen soll. Die Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit könnte größer kaum sein.

In Deutschland hat der kurze »Sommer der Migration« 2015 die Debatten um die gesundheitliche Versorgung der Geflüchteten und Migrant*innen in Bewegung gebracht – auch hier in der Janusköpfigkeit von potenziellen Gefährdungen und Gefährdeten. In der Sorge, mit den Geflüchteten könnten Infektionskrankheiten ins Land gekommen sein, wurden etwa in Erstaufnahmelagern Massenscreenings durchgeführt. Das löste eine Diskussion über deren Umfang und Sinnhaftigkeit aus. Tropenmediziner*innen bezogen Stellung gegen eine unkritische Überdiagnostik hinsichtlich exotischer Krankheiten, Fachleute aus der Pädiatrie veröffentlichten eine eindeutige Stellungnahme zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen, in der sie Gesundheitslotsen statt Massenscreenings forderten.

■ Eingeschränkter Zugang

Auch in anderer Hinsicht zeitigte der Sommer der Migration überraschende Effekte: So gerieten die im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG) festgelegten Einschränkungen der Gesundheitsversorgung auf breiter Front massiv in die Kritik. Mitte Juli 2018 hat etwa das Hessische Landessozialgericht starke verfassungsrechtliche Bedenken bezüglich der gängigen Praxis geäußert: Geduldete müssten bei einem Aufenthalt, der nicht nur kurzfristig ist, den gleichen Anspruch auf alle medizinischen Leistungen haben, die auch für Deutsche laut dem Krankenkassengesetz gelten. Studien wie die von Bozorgmehr und Razum widerlegten den Mythos, die durch das AsylBLG bestimmte Mangelversorgung wirke kostensparend, und zeigten, dass das



©Micheile Henderson – Unsplash

Gegenteil der Fall ist: Die Gesundheitsausgaben erhöhen sich durch die Leistungseinschränkungen.

Seit vielen Jahren setzen sich die Medibüros und Medinetze in Deutschland für Menschen ohne zureichenden Krankheitsschutz ein. Mit ihrer von *medico* unterstützten Kampagne fordern sie die Einführung der Gesundheitskarte für alle Geflüchteten anstelle von individuell bei der Kommune zu beantragenden Behandlungsscheinen. Immerhin: Einige Bundesländer und Stadtstaaten haben entsprechende Karten eingeführt, andere die Zuständigkeit an die Kommunen delegiert. Von einer flächendeckenden Versorgung kann allerdings nach wie vor keine Rede sein. Noch immer sperren sich Bundesländer und gibt es einen Flickenteppich regional ganz unterschiedliche Regelungen – mit der Folge, dass eine Person aus einer Kommune eine ganz andere Gesundheitsversorgung erhält als eine andere Person aus der Nachbarkommune.

Auch von der psychischen Versorgung bleiben viele ausgeschlossen. Eine Vielzahl von Geflüchteten sind auf-

grund traumatisierender Erfahrungen auf Unterstützung angewiesen. Hierfür bedarf es entsprechender Angebote. Die bundesweit 37 spezialisierten Psychosozialen Zentren für Geflüchtete und Folteropfer, wie sie im BAfF zusammengeschlossen sind, tun, was sie können – ihre Ressourcen sind allerdings begrenzt. Einer aktuellen Erhebung des BAfF zufolge kann nur einen Bruchteil der Geflüchteten, die eine Behandlung oder Beratung anfragen, versorgt werden. Die Kapazitätsprobleme der Zentren sind eng mit der eingeschränkten Zugänglichkeit des Gesundheitssystems für Geflüchtete verbunden. So werden 93 Prozent der Psychotherapien in den Psychosozialen Zentren durch Projekt- und Spendengelder sowie in der Regel zeitlich begrenzte Zuschüsse aus Bundes- und Landesmitteln finanziert und nicht durch die eigentlich verantwortlichen Kostenträger des Gesundheits- und Sozialsystems, d.h. die Sozialbehörden, die Krankenkassen und die Jugendämter. Als sei die gesundheitliche Versorgung ein humanitärer Akt und nicht ein Menschenrecht.

Der Zugang zu medizinischer und therapeutischer Versorgung kann für Geflüchtete auch deshalb elementar sein, weil

gesundheitliche Einschränkungen Abschiebhindernisse darstellen können. Hierzu müssen Betroffene allerdings von sich aus auf Krankheiten hinweisen und sie durch eine, nur mit großem Aufwand zu bekommende qualifizierte ärztliche Bescheinigung belegen. Das wird jedoch immer schwieriger – zumal der Gesetzgeber 2016 mit dem Asylpaket II die Maßstäbe noch einmal deutlich verschärft hat: Nur noch »lebensbedrohliche und schwerwiegende Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden«, sollen eine Abschiebung verhindern können. Selbst bei Posttraumatischen Belastungsstörungen sind Abschiebungen seither möglich. Ärztinnen und Psychotherapeuten kritisierten dies scharf. Der Kampf um das Recht auf bestmöglichen Gesundheitsschutz und die Integration aller in die Regelversorgung – gleichberechtigt und bedarfsgerecht auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung – geht also weiter.

Andreas Wulf ist Arzt, Mitglied des Vorstands des vdää und arbeitet für medico international in Frankfurt/M.

Die Langfassung des Textes ist zu finden unter: <https://www.medico.de/gefahrdet-statt-gefaehrdend-17162/>

Klug, geduldig, freundlich

Zum Tod von Klaus Stegmüller

Am 23. Dezember 2018 starb im Alter von gerade einmal 59 Jahren unser lieber Freund und Redaktionskollege Klaus Stegmüller. Im Jahr 2015 war bei ihm eine Krebsdiagnose gestellt worden. In der darauffolgenden für Klaus und seine Frau Martina sehr schweren Zeit hofften wir immer wieder, dass am Ende doch alles gut werden möge. Aber das wurde es nicht.

In der Redaktion des *Jahrbuchs für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* war Klaus einer der »Dienstältesten«. Als es im Jahr 1997 darum ging, das Jahrbuch personell und inhaltlich neu aufzustellen, war klar, dass er unbedingt dabei sein sollte. Einige von uns kannten ihn schon seit dem Studium in Marburg und/oder aus seiner Zeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie in Frankfurt a.M. und wussten, dass er durch seinen hohen Sachverstand und kritischen Geist, aber auch durch die ihm eigene Zuverlässigkeit und menschliche Güte ein ungeheuer wertvoller Mitstreiter sein würde. Gerade in komplizierten Situationen, wenn es mit der Erstellung eines Bandes oder im redaktionellen Miteinander nicht so gut lief, bewies Klaus ein ums andere Mal, wie richtig wir damit lagen. Dass es uns dann zumeist doch gelang, Problemlösungen zu finden und Bände von hoher Qualität herauszubringen, verdanken wir maßgeblich auch seiner Klugheit, Geduld und Freundlichkeit. Und wenn es uns einmal nicht so gut gelang, lag es am Allerwenigsten an ihm.

Es wäre ein Leichtes, an dieser Stelle eine umfangreiche Aufzählung von Klaus Stegmüllers vielgestaltigen wissen-

schaftlichen Aktivitäten und seinen beeindruckenden Leistungen in Forschung und Lehre zu liefern. Wichtiger ist es uns jedoch, auf die enge und fruchtbare Verbindung hinzuweisen, die wissenschaftliches Erkenntnisinteresse, gesellschaftskritischer Impetus und politischer Veränderungswille im Denken und Handeln von Klaus eingingen. Die Haltung, die er insbesondere in der Auseinandersetzung mit seinen aus der 68er-Bewegung kommenden akademischen Lehrern in Marburg sowie durch sein gewerkschaftliches Engagement und den Protestzyklus der 1980er Jahre entwickelt hatte, bewahrte er sich auch in seinem späteren Wirken auf dem Gebiet der Gesundheitssystemanalyse und -gestaltung.

Für ein gesellschaftskritisch fundiertes gegenständliches Denken und Handeln braucht es immer wieder »Anstifter*innen« – Menschen, die in Wort und Tat als Vorbilder für kritisches intellektuelles und politisches Engagement fungieren. Ein solches Vorbild war Klaus Stegmüller. Daran werden sich mit uns viele Menschen noch lange erinnern.

Über den Verlust eines liebenswerten, klugen und humorvollen Kollegen, der vielen von uns warmherziger Freund und intellektueller und politischer Wegbegleiter war, sind wir unendlich traurig.

Die Herausgeber des Jahrbuchs
für Kritische Medizin und
Gesundheitswissenschaften

Gute Medizin braucht Politik

Wider die Kommerzialisierung der Medizin

Junge Ärzt*innen im vdää

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

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

Warum in den vdää?

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

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

Es ist Zeit, sich einzumischen

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

