

GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN Nr. 4/2013 | Solibeitrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258



Europa in der Krise

Gesundheitspolitisches Forum des vdä

Nadja Rakowitz: They don't care... Bericht von der Jahreshauptversammlung des vdä in Berlin S. 4

Jane Cassidy: Keep Our NHS Public. Über die Initiative zur Rettung eines Öffentlichen Gesundheitswesens in England S. 7

Stefan Meyer: Die Zerstörung eines Vorzeigemodells. Über Spaniens Gesundheitssystem im Zeichen der Austerität S. 9

In dieser Ausgabe

- 3 Wulf Dietrich: **Nichts Gutes – nichts Neues**
- 4 Nadja Rakowitz: **They don't care... Bericht von der Jahreshauptversammlung des vdäa in Berlin**
- 7 Jane Cassidy: **Keep Our NHS Public. über die Initiative zur Rettung eines Öffentlichen Gesundheitswesens in England**
- 9 Stefan Meyer: **Die Zerstörung eines Vorzeigemodells. Über Spaniens Gesundheitssystem im Zeichen der Austerität**
- 13 Reinhard Busse / Johanna Nüsken: **Von Europa lernen? Ansatzpunkte und Kriterien der Bedarfsplanung**
- 15 **Kassenprüfungsberichte**
- 16 **Ergebnisprotokoll der Mitgliederversammlung des vdäa am 20. Oktober 2013 in Berlin**
- 17 **Kassenbericht vdäa 01.01.2012 – 31.12.2012**
- 19 **Kassenbericht vdäa 01.01.2013 – 31.08.2013**
- 20 **Tätigkeitsbericht des vdäa-Vorstands 2013 (11/2012-09/2013)**
- 27 **vdäa aktiv**



Stefan Meyer (Médicos del Mundo/Spanien), Nadja Rakowitz, Cornelius Oepen (vdäa), Heinz-Jochen Zenker (Ärzte der Welt/Deutschland)

Termine

Vorstandssitzungen

- am: 16. März in Berlin
- 24. Mai in München
- 16. August in Frankfurt
- 7. November in Hamburg im Rahmen der JHV
- 6. Dezember (Ort wird noch bekannt gegeben)

Jahreshauptversammlung

- am: 7. – 9. November 2014 in Hamburg

Gesundheit: Öffentliches Gut oder Geschäftsmodell?

- Veranstaltung des vdäa u.a. zu Arbeitsbedingungen im Krankenhaus in Zeiten der Ökonomisierung
- am: 25. Januar 2014, 10-17 Uhr
- im: Raum 3, DGB-Haus, Wilhelm-Leuschner-Str. 69-77, 60329 Frankfurt/M.
- Mit Nadja Rakowitz, Peter Hoffmann, Volker Mörbke, Thomas Spies, Carsten Becker, Eva Maria Krampe
- Näheres auf der Homepage

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Der vdäa

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für die Demokratisierung der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein und versucht Einfluss zu nehmen auf die Gesundheitspolitik. Sollten Sie weiterhin von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Wir werden Sie dann weiterhin auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist das Vereinsblatt, das viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Wulf Dietrich, Thomas Kunkel,
Nadja Rakowitz, Kirsten Schubert
Bernhard Winter
(info@vdaae.de)

Impressum

Gesundheit braucht Politik 4/2013
ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer
Ärztinnen und Ärzte

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@vdaae.de
Internet www.vdaae.de
Bankverbindung: Kto.-Nr. 137 476 03,
Postbank Frankfurt, BLZ: 500 100 60
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFF

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

Druck: Druckerei Grube

Bilder

Jahreshauptversammlung 2013 von
Jürgen Seeger



Editorial

Nichts Gutes – nichts Neues

Jetzt kommt sie also, die GroKo, die große Koalition. Hermann Gröhe hat als neuer Gesundheitsminister den Strebern Spahn und Lauterbach den Posten weggeschnappt. Aber das wird nichts ändern. Man sieht, mit Fachkompetenz hat die Vergabe von Ministerposten nichts zu tun. Die Ärztin und Sozialpolitikerin wandert ins Verteidigungsministerium, der Parteisoldat wird mit dem Gesundheitsministerposten belohnt, um auch Jemanden aus NRW in der Ministerriege zu haben. Die SPD hat die Bürgerversicherung aufgegeben, die CDU, zum Glück, aber auch die Kopfpauschale. Auch auf die Forderung nach solidarischer Finanzierung der Krankenkassen hat die SPD verzichtet und Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen werden in alter Höhe bleiben. Ein Zusatzbeitrag wird nicht mehr pauschal und von den Versicherten direkt erhoben sondern prozentual mit dem Beitrag einbehalten, ist aber in voller Höhe und ohne Sozialausgleich vom Versicherten zu tragen. Die Versicherten sollen durch diese Art der Beitragserhebung den Zusatzbeitrag möglichst nicht bemerken. Der Steuerzuschuss zur GKV wird nicht, wie ursprünglich geplant, festgeschrieben. Hier kann also bei Bedarf gekürzt werden. Die PKV und damit die Zweiklassenmedizin bleibt wie sie ist. Es wird also kleinere Änderungen geben, aber ein großer Wurf ist die »neue« Gesundheitspolitik auch nicht. Wir werden uns im vdää weiterhin für eine gute Versorgung für Alle und einen einheitlichen Leistungskatalog mit allen notwendigen medizinischen Leistungen einsetzen.

Auch sonst lässt der Koali-

tionsvertrag politisch keine großen Änderungen erwarten: Mit Dublin II bleibt die Asylpolitik so restriktiv wie bisher, Die Vorratsdatenspeicherung, gerade in der EU wieder in Frage gestellt, soll gemeinsam von SPD und CDU/CSU in Deutschland durchgesetzt werden. Also keine große Hoffnung auf Änderung.

Ein ganz wesentlicher Punkt der Gesundheitspolitik wird in den nächsten Jahren die Krankenhausfinanzierung sein. Dieses Thema war auch ein Hauptpunkt der vergangenen Jahreshauptversammlung des vdää. Wir sind der Ansicht, dass die Verwendung der DRGs als alleinige Abrechnungsgrundlage der Krankenhausfinanzierung verantwortlich ist für die finanzielle Schiefelage eines Großteils der Kliniken. Dass sich da etwas ändern muss, hat auch die neue Koalition festgestellt und einige zaghafte Änderungen und Absichtserklärungen in den Ko-

alitionsvertrag geschrieben. Wir aber glauben, dass hier eine generelle Änderung des Finanzierungssystems notwendig ist und kleinere Korrekturen nichts Wesentliches ändern werden. Wir haben ein Thesenpapier zur Krankenhausfinanzierung in der Diskussion, welches wir am 18. Januar im Krankenhaus-Arbeitskreis diskutieren werden. Dieses Thema wird sicherlich ein Schwerpunkt unserer Arbeit im kommenden Jahr werden.

Diese Ausgabe unserer Zeitschrift berichtet schwerpunktmäßig über die letzte Jahreshauptversammlung des vdää in Berlin. Hauptthema war in diesem Jahr die Umwandlung der Gesundheitswesen unter dem Einfluss der Finanzkrise in Europa. Hört man die Berichte der Referenten aus anderen Ländern, so merkt man erst, wie gut es uns hier noch geht. Die Vorträge aus England, Spanien und Griechenland zeigen, wohin die Reise noch gehen kann.

Unsere nächste vdää-on-tour Reise wird nach London gehen (30.4. – 4.5.2014), wo wir uns über die Umwandlung des NHS und den Widerstand dagegen informieren wollen.

Schließlich noch zwei Punkte: In Berlin gab es Kritik an den Kosten der JHV. Die Preise aber waren gut kalkuliert, der vdää hat damit nicht etwa Einnahmen, sondern sogar einen kleinen Verlust eingefahren. Trotzdem soll es im nächsten Jahr billiger werden. Wir werden bescheidener in Hamburg tagen und hoffen, dort die Kosten erheblich senken zu können. Außerdem wurde wieder einmal über die Mitgliedsbeiträge gesprochen, die seit zehn Jahren nicht mehr erhöht wurden. Wir werden den Beitrag wieder nicht erhöhen, setzen aber intensiver auf eine freiwillige Selbsteinschätzung unserer Mitglieder bei der Beitragshöhe. Einzelheiten wurden im Mitgliederrundbrief bekanntgegeben. Wir glauben, damit im nächsten Jahr gut über die Runden zu kommen.

Wir hoffen, sie alle sind gestärkt aus den Feiertagen gekommen und werden mit uns die kommenden Aufgaben anpacken. Viel Spaß beim Lesen dieser Ausgabe von *Gesundheit braucht Politik*.

Wulf Dietrich



Stadtrundgang am Sonntagnachmittag mit Lobbycontrol auf den Spuren des Lobbyismus in Berlin



Benjamin Wachtler, Phil Dickel, Kirsten Schubert und Wulf Dietrich

They don't care...

Bericht von der Jahreshauptversammlung des vdä in Berlin

»They don't care« – dies war einer der meist ausgesprochenen Sätze beim Gesundheitspolitischen Forum des vdä dieses Jahr in Berlin, bei dem wir uns zusammen mit Gästen aus Griechenland, Großbritannien und Spanien mit den Auswirkungen der Krise auf die Gesundheitssysteme beschäftigten. Er drückte Hilflosigkeit und Empörung zugleich darüber aus, dass sowohl in Griechenland als auch in Spanien in Kauf genommen wird, dass sich in Folge der Austeritätspolitik die gesundheitliche Lage für viele Menschen in den letzten Jahren drastisch verschlechtert hat und dass dies die Regierenden in der EU anscheinend nicht kümmert. Doch der Reihe nach.

Ethische Probleme bei Transplantationen von Lebern

Die Jahreshauptversammlung und das gesundheitspolitische Forum fanden dieses Jahr wieder in Berlin in der ver.di-Bildungsstätte

am Wannsee statt. Am Freitagabend referierte und diskutierte mit uns Dr. Andreas Umgelter, internistischer Oberarzt und zuständig für die Koordination der Lebertransplantationen im Krankenhaus rechts der Isar an der TU München über »Ethische Probleme bei der Zuteilung von Spenderlebern«. Die Lebertransplantation ist heute eine anerkannte Methode, die lebensverlängernd für viele PatientInnen mit Erkrankungen der Leber ist. Da es aber bekanntermaßen weitaus weniger Spenderorgane als PatientInnen gibt, stellt die Auswahl der PatientInnen für eine Transplantation ein großes ethisches Problem dar. Wer erhält eine Leber und wer nicht? Andreas Umgelter stellte zunächst den MELD-Score (Model for End-stage Liver Disease) vor, ein Score, der die Dringlichkeit von PatientInnen für eine Lebertransplantation abbilden soll. An Hand dieses Scores lassen sich auch die Erfolgsaussicht einer Transplantation sowie die statistische Lebenserwartung nach Transplantation abschätzen.

In Deutschland gibt das Transplantationsgesetz den rechtlichen Rahmen für die Durchführung dieser Operationen vor. Lakonisch wird in diesem Gesetz gefordert, die Durchführung dieser Operationen nach Dringlichkeit und Erfolgsaussichten durchzuführen. Die Ausführungsbestimmungen für dieses Gesetz lagen bisher bei der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern ohne besonderen Rechtsstatus – eine Bestimmung, die von Umgelter scharf kritisiert wird. Was an dieser Bestimmung auf den ersten Blick so überzeugend wirkt, war nämlich einer der Gründe (sicher nicht der einzige!), der zu dem bekannten Transplantationsskandal führte. Denn, so führte Andreas Umgelter aus, die Kriterien von Erfolgsaussicht und Dringlichkeit widersprechen sich: Ein todkranker Patient, der ohne Operation innerhalb von Tagen sterben wird und deshalb einen hohen MELD-Score hat, hat eine weitaus schlechtere Überlebenschance als ein Patient, der noch in relativ gutem Zustand ist, aber an

»Einer der meist ausgesprochenen Sätze beim Gesundheitspolitischen Forum des vdä dieses Jahr in Berlin...«

einer unheilbaren Lebererkrankung leidet. Dies führt zu einer schwierigen und konfliktrichtigen Entscheidungssituation für die beteiligten ÄrztInnen. Auch seien, so Umgelter, die Kriterien, die den MELD-Score bestimmen wissenschaftlich nicht allgemein akzeptiert. Dies gelte z.B. für die Abstinenz bei Alkoholkranken oder die Tumorgöße bei Tumorpatienten. Auch diese Unsicherheit könne dazu führen, dass in der Vergangenheit medizinische Angaben nicht immer ganz korrekt dokumentiert wurden.

Ein großes Problem und völlig unklar sei, führte Umgelter weiter aus, wie ein Patient »gelistet« wird, also als Transplantationskandidat bei Eurotransplant gemeldet wird. Hierzu gibt es keine Zahlen, denn der leberkranke Patient taucht vor der Anmeldung zur Transplantation in keiner Statistik auf. So könnten z.B. Kliniken mit einem hohen Transplantationsaufkommen eher weniger kranke Patienten mit niedrigerem MELD-Score, aber hoher Erfolgsaussicht auf postoperatives Überleben »listen«. Damit haben diese Kliniken die besten Qualitätsstatistiken. Ein fast noch größeres Problem stelle die Abmeldung der Patienten von der Liste dar. Hier gibt es keine Kriterien und auch keine Kontrolle, oft erfahren nicht einmal die PatientInnen selbst von diesem Schritt. Deutlich werde das Problem der Allokation bei alkoholkranken PatientInnen, deren Überlebenschance nach einer Transplantation hoch sein kann, die aber – nach den im Moment geltenden Regularien – erst ein halbes Jahr »trocken« sein müssen. Umgelters Fazit: »In Deutschland sterben wegen dieser Regel Patienten, denen mit guter Erfolgsaussicht geholfen werden könnte. Auch wenn eine Frist zur Beurteilung der Erfolgsaussichten im Kampf gegen die Alkoholabhängigkeit zumutbar und wünschenswert ist – in den Fällen, in denen Patienten trotz vermutlich guter Suchtprognose keine Chance haben, die geforderten sechs Monate zu überleben, muss anders entschieden werden können ... Die Richtlinien zur Organtransplantation kranken an Ungenauigkeiten,

sind in vielen Bereichen überholt und an entscheidenden Stellen lückenhaft. Das Ziel, die Überlebenschancen zwischen allen Patienten mit einer Transplantationsindikation gerecht zu verteilen, erfüllen sie nicht. Viele Juristen bezweifeln auch deshalb, dass die Regelung des Transplantationswesens verfassungsgemäß ist.«¹

Dieser Blick hinter die Kulissen der Transplantationsmedizin, war für die TeilnehmerInnen extrem interessant. Zum einen waren sicher die ethischen Probleme bei der Organzuteilung – also einer Priorisierungsentscheidung – nicht allen TeilnehmerInnen so klar, zum anderen zeigte er, dass es die Unsicherheit bei den Kriterien zur Organzuteilung war, die den Skandal um die Organtransplantation mit ermöglicht hat. Es wurde aber auch klar, dass die Verengung der Diskussion auf Transplantation problematisch ist. Denn mit Lebertransplantationen wird nur einigen geholfen; um vielen zu helfen bzw. die Erkrankung von vielen zu verhindern, sind andere Maßnahmen erforderlich. Dies erforderte eine ganz andere Diskussion, die im vdää auch geführt werden muss...

DRG in Europa

Als erster referierte am Samstagmorgen Reinhard Busse², Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der TU Berlin, über »DRGs in Europa und die Folgen für die Versorgung«. Er zeigte, dass zwar in vielen Ländern DRG verwendet werden, aber nur in Deutschland darüber alle Leistungen in den somatischen Krankenhäusern abgerechnet werden. In Deutschland gebe es immer noch 70 Prozent mehr KH-Betten als im EU-Durchschnitt (ohne Deutschland) und davon müssten eigentlich einige abgebaut werden können, ohne dass das die Versorgung der Bevölkerung beeinträchtigt. In Deutschland gebe es aber keine wirkliche Krankenhausplanung und deshalb geschehe dies auch nicht planmäßig sondern über Marktmechanismen, was Busse ausdrücklich kritisierte. Gleichzeitig begrüßte er aber die

DRG als rationales Instrument, das auch für eine Verringerung von überflüssigen KH-Betten in Deutschland sorgen könnte, wenn es denn »richtig funktionieren« würde. »If done right (which is complex), DRGs can contribute to increased transparency and efficiency – and quality«, so schloss Busse seinen Vortrag, ohne auf die Kritik, die im vdää schon früh an den DRG geübt wurde einzugehen. Auch die Frage nach Qualität diskutierte er nur in der üblichen Weise, also als Qualität der medizinischen Leistung und nicht beginnend mit der Indikationsstellung. Entsprechend kritisch und kontrovers war die Diskussion anschließend. Ein Konsens bestand dennoch darüber, dass es eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung geben müsste. Es gilt, weiter zu diskutieren, wie man den wirklichen Bedarf ermitteln kann (siehe dazu den Text von Reinhard Busse, S. 13).

Keep our NHS Public

Als nächstes referierte Dr. Wendy Savage, in Großbritannien berühmte Vorkämpferin für eine kritische Medizin und heute Vorsitzende der Organisation »Keep our NHS Public« (KONP) aus London über den Kampf gegen die Privatisierung des NHS in Großbritannien. Ziel von KONP war und ist es, ein breites Bündnis von Organisationen zu bilden, das Medien, Öffentlichkeit und Parlamentsmitglieder informieren will über die »Reformen« der Regierung und darum zu kämpfen dass das NHS öffentlich und gut finanziert bleibt. Wendy Savage erläuterte, dass der Angriff auf das NHS durch den Health & Social Care Act 2012 den Höhepunkt eines schon 30 Jahre andauernden Angriffs auf das NHS darstelle, an dem maßgeblich auch die Labour Party beteiligt war. But they don't care... Dennoch gibt KONP nicht auf und kämpft weiter (siehe dazu auch den Artikel von Jane Cassidy über KONP, S. 7)

»In Deutschland gibt es keine wirkliche Krankenhausplanung.«

»Der aktuelle Angriff auf das NHS ist der Höhepunkt eines 30 Jahre währenden Kampfs.«



Stadtrundgang mit
Lobbycontrol

Junge MedizinerInnen auf der Suche nach guter Medizin

Phil Dickel und Benjamin Wachter berichteten dann über die Fact-Finding-Mission der jungen MedizinerInnen⁴ und über ein von ihnen geplantes Poliklinik-Projekt und die Diskussionen, die sich darüber in der Gruppe entwickelt haben. Wie schon im letzten Jahr bei der JHV ergab sich eine spannende Debatte zwischen den verschiedenen Generationen von kritischen MedizinerInnen, die einerseits ähnliche Vorstellungen von einer guten solidarischen Medizin haben, andererseits aber aus den Erfahrungen der »Alten« auch lernen wollen, um zumindest die vermeidbaren Fehler auch zu vermeiden. Der vdäa bzw. die Mitglieder des vdäa aus der »ersten Generation« werden versuchen, das Projekt und die jungen MedizinerInnen – soweit es ihnen möglich ist – mit Rat und Tat zu unterstützen.

Krise und Widerstand im Gesundheitswesen in Europa

Um auch einen Einblick in die Verhältnisse in Portugal zu bekommen, hatten wir Catarina Principe⁵, eine Aktivistin aus Portugal eingeladen. Leider wurde sie kurzfristig krank, so dass wir bei der JHV nur über Griechenland und Spanien diskutiert haben. Den Anfang machte Alexis Benos, Professor für Sozialmedizin und Primary Health Care an der Universität Thessaloniki und Aktivist in der Solidarischen Praxis dort. Alexis Benos begann seinen Vortrag zunächst mit ein paar polit-ökonomischen Erklärungen, um klarzustellen, dass die Krise in Griechenland **keine** »Schuldenkrise« ist sondern eine kapitalistische Krise, also eine Krise die aus dem kapitalistischen Charakter – auch der griechischen – Gesellschaft entsprungen ist. Er stellte in der Diskussion später auch noch einmal klar, dass es in Griechenland vor der Krise große Missstände gab, die es nun zu bearbeiten gilt. Dass aber das griechische Gesundheitswesen in kürzester Zeit und nach Maßgabe der Troika so heruntergefah-

ren wurde und dass man dort in Kauf nimmt, dass mindestens ein Drittel der Bevölkerung nicht mehr krankenversichert ist und so kaum noch Zugang zum Gesundheitswesen hat, sei aber Konsequenz der Austeritätspolitik. Alexis Benos erinnerte in diesem Zusammenhang an die Politik des IWF in Südamerika oder in Südostasien, die damals dieselben Konsequenzen hatte wie heute in Griechenland. D.h., jeder kann wissen, dass diese Politik Menschenleben kostet, dass sie zu verschärfter Ungleichheit führt und zu vermeidbarem Leid. »But they don't care«, so das Fazit, das bei Alexis Benos allerdings nicht in Zynismus mündet, sondern in sein Engagement im griechisch-europäisch-globalen Widerstand und praktisch vor Ort in seiner Mitarbeit in der solidarischen Klinik in Thessaloniki. (Siehe dazu auch die Berichterstattung über Griechenland in den letzten beiden Ausgaben von *Gesundheit braucht Politik*).

Spanien – Die Zerstörung eines Vorzeigemodells

Last but not least referierte dann Stefan Meyer, stellvertretender Direktor von Médicos del Mundo in Spanien, darüber wie ebenfalls im Zuge der Krise ein ehemals gut organisiertes Gesundheitswesen, das sogar so fortschrittlich war, dass MigrantInnen auch ohne Papiere einen gleichen Zugang hatten wie spanische StaatsbürgerInnen, systematisch zerstört wird. (In dem Text auf S. 9 dieser Ausgabe ist das genauer nachzulesen). Aber auch in Spanien setzen sich die Menschen zur Wehr und die Bewegung der Indignados ging nicht von Ungefähr von der Platzbesetzung in Madrid aus. Jede Woche ergießt sich immer noch eine weiße Welle, die marea blanca⁶, über Madrid – Menschen demonstrieren in weißer (Arbeits-)Kleidung gegen den Abbau des Gesundheitssystems... They take care!!

Viele TeilnehmerInnen der JHV waren sehr angetan von unserem diesmal sehr international geprägten Programm. Das zeigte auch die Diskussion am Samstagabend

noch einmal – auch wenn diese für viele doch sehr anstrengend war und wir bei der Planung für das nächste Jahr darauf achten müssen, den Tag nicht zu überfrachten. Damit sind wir bei den kritischen Punkten der JHV: Auch wenn es letztes Jahr schon Kritik gab, dass die ver.di-Bildungsstätte ein relativ teurer Ort sei, wurde – nach langer Suche nach gleichwertigen Tagungsorten – beschlossen, es noch einmal dort zu versuchen, weil alle vergleichbaren Orte tatsächlich nicht billiger sind. Es kamen dieses Jahr ca. 70 TeilnehmerInnen; wir wissen aber von einigen potentiellen TeilnehmerInnen und Mitgliedern, dass sie wegen der hohen Teilnahmegebühren von 100 Euro (für den Samstag mit Vollverpflegung) nicht gekommen sind.

Für den vdäa gilt aber nicht: They don't care, sondern die Konsequenz, die der vdäa daraus zieht, sieht so aus: Die JHV 2014 wird so organisiert werden, dass wir keine Bildungsstätte mit Unterkunft suchen, sondern nur kostengünstige Tagungsräume – dieses mal in Hamburg. Wir werden so das Spagat versuchen, die Tagung für die TeilnehmerInnen so kostengünstig wie möglich zu halten, aber gleichzeitig einen Ort zu finden, an dem man sich auch beim Essen und abends zusammenfinden kann, um weiterhin einen zwanglosen Rahmen zu bieten, sich besser kennen zu lernen und Zeit für längere Gespräche zu haben. Ich freue mich schon drauf...

- 1 Andreas Umgelter: »Hilfe als Regelverstoß – Lebertransplantation bei Alkoholkranken«, taz, 3. April 2013
- 2 Die Vorträge vom Samstag finden sich auf der Homepage des vdäa unter: www.vdaae.de/index.php/themen/gesundheitspolitik-%28international%29
- 3 Zu Wendy Savage siehe: http://en.wikipedia.org/wiki/Wendy_Savage
- 4 Siehe dazu auch Phil Dickel / Milli Schröder: »Vom Medibüro zur Poliklinik. Über die Ergebnisse einer Fact Finding Mission«, in: *Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin*, 1/2013, S. 8ff.
- 5 Siehe z.B. die Rede von Catarina Principe auf der Blockupy-Demo in Frankfurt/M 2013: www.youtube.com/watch?v=3bzfGlqi2rI
- 6 Siehe auch: www.facebook.com/esmareablanca



Keep Our NHS Public

Jane Cassidy über die Initiative zur Rettung eines Öffentlichen Gesundheitswesens in England

Um was geht es?

Keep Our NHS Public wurde 2005 von der *NHS Consultants' Association*¹ (eine Vereinigung von Ärzten im NHS), von der *NHS Support Federation*² (eine Vereinigung von Beschäftigten im Öffentlichen Dienst und im NHS, die für einen guten Öffentlichen Dienst kämpfen) und von der *pressure group Health Emergency*³ gegründet. Im Vorstand von KONP ist auch die kämpferische Geburtshelferin und Frauenärztin Wendy Savage; die Initiative hat sich dem Kampf gegen die Privatisierung des Gesundheitssystems verschrieben.⁴

Was macht KONP heute?

Als das Health and Social Care Gesetz am Dienstag, 11. Oktober durch die zweite Lesung im House of Lords ging, hat KONP die Gegner des Gesetzes gedrängt, sich Ansprechpartner zu suchen und ihnen ihre Bedenken

zu schreiben. Ein Link auf der Internetseite von KONP führt zu einem Service des britischen Gewerkschaftsdachverbands TUC, der nach einem Zufallsprinzip Kritiker und Parlamentsmitglieder zuordnete. Das erlaubte es Kritikern des Gesetzes Lobbyarbeit zu machen für die Unterstützung der Forderung der beiden Peers Peter Hennessey und David Owen, dass das Gesetz einem Ausschuss des House of Lords zur weiteren Prüfung übergeben werden soll. (BMJ 2011; 343: d6391, doi:10.1136/bmj.d6391) Unter den von KONP unterstützten vorgeschlagenen Verbesserungen des Gesetzes sind z.B.: keine Geschäftsgeheimnisse bei Verträgen, die mit staatlichem Geld bezahlt werden und keine Lockerung bei der Regelung der Proportion von Entgelten, die NHS-Krankenhäuser von Privatpatienten bekommen können.

Was denken sie über das Gesetz?

Die Initiative sagt, dass es kein demokratisches Mandat für eine Gesetzgebung gibt, die so rasend schnell voranschreitet. Premierminister David Cameron hat während des Wahlkampfs versprochen, dass es keine weiteren top-down Reorganisationen des NHS geben wird, und eine gründliche Überprüfung findet sich nicht in der Koalitionsvereinbarung. Die Auswirkungen der von der Politik eingerichteten Möglichkeit »für jeden willigen Versorger«, Leistungen anzubieten, wurde überhaupt nicht diskutiert. Die Initiative fürchtet, dass viele Menschen sich – fälschlicherweise – von den Versprechungen der Regierung haben beschwichtigen lassen, dass sie das Gesetz nach ihren »Hörübungen« aufgeweicht habe, um so breiten Widerstand zu unterdrücken. Das Gegenteil ist aber der Fall, so ein Mitglied

Wendy Savage hat bei der JHV berichtet über die Initiative »Keep Our NHS Public« (KONP). Wir haben – auf Wendys Empfehlung hin – einen Text von Jane Cassidy über KONP übersetzt.



Wendy Savage und Thomas Kunkel

von KONP, Jacky Davis, in der Zeitung *Guardian*, kaum etwas bedeutendes habe sich geändert und das Gesetz läuft immer noch darauf hinaus, das NHS zu verwandeln in ein »Gütesiegel, das an ein Sammelsurium von konkurrierenden und größtenteils privaten Anbietern angehängt wird«.⁵

Was hält die Gruppe von Andrew Lansley?

Nicht viel. Seit das »White Paper« des Gesundheitsministers im Juli 2010 veröffentlicht wurde, hatte er, so KONP, den Vorsitz bei Scheinberatungen und begonnen, Vorschläge umzusetzen, noch bevor das Gesetz das Parlament passierte. KONP wirft ihm vor, dass er Steuergelder gebraucht, die Nachrichten zu steuern und die Fakten zu verdrehen, indem er geschickt ausgewählte und missverständliche Statistiken über Gesundheitsergebnisse präsentierte. Herr Lansley brauchte gar keine Gesetzesänderung, um seine erklärten Ziele zu erreichen, nämlich: Krankenhausärzte Verantwortung zu übertragen, Patienten in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen und Bürokratie abzubauen.

»Das Englische Volk will nicht, dass das NHS in einen Markt verwandelt wird, aber Lansley hört nicht auf die Öffentlichkeit, auf Ärzte, Krankenschwestern und

andere Beschäftigte im Gesundheitswesen einschließlich der Manager«, so KONP. »Der Zweck des Gesetzes ist es, eine voll entwickelte Marktwirtschaft aus dem NHS zu machen, auch wenn es evident ist, dass Marktmechanismen im Gesundheitswesen nichts taugen.«

Die Herausforderungen, die eine alternde Bevölkerung und Kostensteigerungen über der Inflationsrate an ein Gesundheitssystem stellen, werden in den Plänen gar nicht angegangen, die sicher kein Geld sparen werden. Und KONP fügt hinzu, dass die Pläne jetzt schon zu 1 Milliarde Euro an Entlassungskosten geführt haben.

Wer unterstützt die Gruppe?

Es wird darauf gedrängt, lokale Gruppen in jeder größeren Stadt und in jedem größeren Krankenhaus zu gründen und öffentlich zu machen, wie das Gesetz das NHS verändert; sie versuchen das mit Treffen, Demonstrationen, Marktständen und mit lokalen Medien und mit social media. Unterstützer von der Basis werden gebeten, den Druck auf die Parlamentsmitglieder aufrechtzuerhalten, besonders in Wahlbezirken mit knapper Stimmenmehrheit. Sie sind ferner aufgerufen, bei Gemeinderatsmitgliedern vorzusprechen und ihnen zu erklären, dass die »Ämter für Gesundheit und Wohlbefinden«, die als Teil der geplanten Reorganisation schon jetzt installiert sind, kein Macht haben werden, die Sponsoren einzuschränken.

Wie finanziert sich KONP?

KONP finanziert sich durch Spenden von Unterstützerorganisationen und von Individuen. Auf der Website findet man darunter z.B. die Umweltgruppe *The environmentalist*⁷ der Schriftsteller George Monbiot und der Komiker John Bird.

**Übersetzung:
Nadja Rakowitz**

(Quelle: *BMJ* 2011;343:d6528, www.bmj.com)

- 1 www.nhsca.org.uk/index.html
- 2 Die NHS Support Federation wurde Ende 1989 gegründet, als die Atta-

cken der Thatcher/Clarke-Regierung auf die fundamentalen Prinzipien des NHS auf dem Höhepunkt angelangt waren. Der anfangs aus fast 200 Organisationen, Gruppen und Vereinen bestehenden Vereinigung schlossen sich bald viele tausend individuelle Mitglieder an, um die Verteidigung des NHS zu stärken. Heute hat die NHS Support Federation über 15 000 Mitglieder und Unterstützern ganz Großbritannien. Sie alle schätzen die Prinzipien des NHS: universellen Zugang, hohe Qualität und Gleichheit. Viele der Mitglieder sind Ärzte, PflegerInnen, Sanitäter, NHS-Angestellte, Leute aus dem Krankenhaus-Management oder Gemeindeangestellte. (Vgl. www.nhsca.org.uk/pages/alliedOrganisations/NHSFed/NHS-Fed.html)

- 3 www.healthemergency.org.uk/
- 4 www.keepournhspublic.com/index.php
- 5 www.guardian.co.uk/commentisfree/2011/jul/06/andrew-lansley-health-bill
- 6 Andrew David Lansley, ist ein britischer Politiker der Conservative Party. Nach dem Wahlsieg der Conservative Party bei den Unterhauswahlen 2010 wurde er am 11. Mai 2010 von Premierminister David Cameron als Gesundheitsminister ins britische Kabinett berufen. 2012 wechselte er auf den Posten des Leaders of the House of Commons.
- 7 www.the-environmentalist.org/

»Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin«

im Abonnement?

Der Rundbrief des vdäa ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen 2-3 mal im Jahr Themenhefte zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen; in der vierten Ausgabe des Jahres finden sich neben vereinsinternen Berichten ebenfalls Berichte und Dokumente des gesundheitspolitischen Forums. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

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

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



Die Zerstörung eines Vorzeigemodells

Stefan Meyer* über Spaniens Gesundheitssystem im Zeichen der Austerität

Die Entwicklung des Öffentlichen Spanischen Gesundheitswesens ist eine Geschichte der sukzessiven Erweiterung der sozialen Rechte. Begründet 1946 als »Obligatorische Krankenversicherung« (*Seguro Obligatorio de Enfermedad*), die auf Ideen der Spanischen Republik 1931-39 zurückgeht, haben zunächst nur wenige (Arbeiter) Zugang. Die anderen Bevölkerungsgruppen werden entweder durch Fürsorge für Arme auf Gemeindeebene oder durch private Versicherungen für Reiche abgedeckt. Industrialisierung, Wirtschaftswachstum und die Notwendigkeit sozialer Befriedung im Frankismus führen zu einer zunehmenden Integration dieser drei Teile sowohl in der Finanzierung als auch in der Leistungserstellung.

Das Jahr 1978 markiert nicht nur die neue Verfassung, in der das Recht auf Gesundheit als Leit-

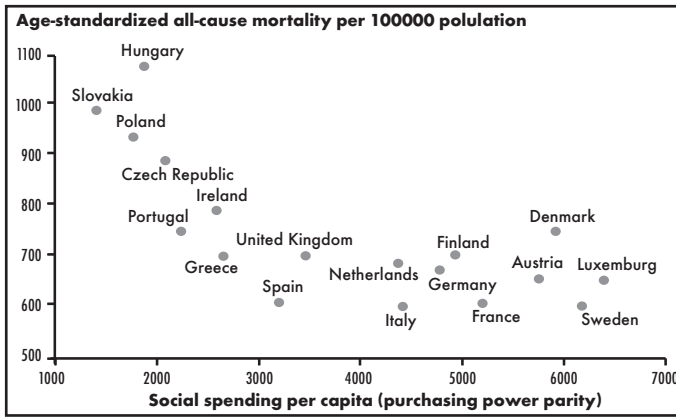
wert, wenn auch nicht als fundamentales Recht, anerkannt wird, sondern auch die Schaffung der Spanischen Sozialversicherung. 1986 konsolidiert sich dies durch einen historischen Gesetzesakt zum Nationalen Gesundheitssystem: ein steuerfinanziertes Versorgungssystem mit staatlich angestelltem medizinischen Personal und der Deckung der Versorgung für alle spanischen BürgerInnen qua Staatsbürgerschaft. Im Jahre 2000 wird diese Leistungsdeckung unter der konservativen Regierung Aznar auf alle in Spanien gemeldeten Personen ausgedehnt. Da die Meldebestätigung Gemeindekompetenz ist und diese Register nicht mit den nationalen Polizeibehörden abgeglichen werden, haben somit auch Personen ohne gültigen Aufenthaltsstatus Zugang zur öffentlichen Versorgung unter gleichen Bedingungen. Im Jahre

2011 wird – als eines der letzten Vermächtnisse der sozialistischen Regierung Zapatero – das Gesetz der Öffentlichen Gesundheit beschlossen (*Ley de Salud Pública*), das die Versorgungsdeckung für alle im Staatsgebiet Lebenden festschreibt und einige fortschrittliche Public Health-Maßnahmen wie Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen aller Gesetze und einen generellen Präventionsansatz zur Norm macht.

Spanien hat mit Ausgaben von 2244 Dollar pro Kopf eines der günstigsten Versorgungssysteme der westlichen Hemisphäre. Es liegt unter dem OECD-Durchschnitt (2414 Dollar) und weit unter den Ausgaben in Deutschland (3436 Dollar). Dazu hat es ausgezeichnete Ergebnisse: Die Lebenserwartung ist in Spanien mit 81,9 Jahren nach der Schweiz die höchste in Europa, auch wenn – wie allgemein bekannt ist – die

Das spanische Gesundheitswesen ist unbezahlbar – aber billig. Im April 2012 hat die konservative spanische Regierung per Dekret das Fundament der spanischen Gesundheitsversorgung verändert. Obwohl das Finanzierungsproblem den fehlenden Einnahmen geschuldet ist, hat die Regierung die Kostenbremse gezogen, indem sie den Leistungskatalog neu strukturiert, Zuzahlungen für Medikamente und Heilmittel anhebt und den Zugang zur öffentlichen Versorgung begrenzt – insbesondere für MigrantInnen ohne gültigen Aufenthaltsstatus. Doch die spanische Bevölkerung und die Gesundheitsberufe verteidigen ihr Erfolgsmodell.

Grafik 1: Das Spanische Wunder – Mortalität im Verhältnis zu Sozialausgaben



Aus: M. Marmot et al: »Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region«, Kopenhagen 2013

Gesundheitsversorgung nur geschätzte 20 Prozent dazu beiträgt. Darüber hinaus besteht ein sozialer Konsensus über Gesundheit als Priorität. Bislang war die Gesundheitspolitik aber nie Gegenstand kontroverser öffentlicher Debatten. Gesteuert wurde mit einem breiten Konsens. Dies und die guten Ergebnisse in der Versorgung führten zu einer großen Zufriedenheit, 73,1 Prozent der bei einer Umfrage befragten Bevölkerung bewerten das System mit »gut« oder »sehr gut«. Spanien hat vergleichsweise niedrige Sozialausgaben: 25 Prozent des BIP im Vergleich zu 30 Prozent in der Euro-Zone. (Siehe Grafik 1) Die Ärztedichte liegt mit 3,8 pro 1 000 EinwohnerInnen ein wenig über dem OECD-Durchschnitt (3,1), bei den Pflegekräften mit 4,9 pro 1 000 liegt es deutlich darunter (8,7 OECD-Durchschnitt).

Die letzteren Daten – niedrige Sozialausgaben und wenig Pflegekräfte – deuten darauf hin, dass der Schwerpunkt des spanischen Systems auf den kurativen Tätigkeiten liegt. Viele der sorgenden und pflegerischen Arbeiten werden nach wie vor an die Familie – in anderen Worten Frauen: Töchter, Mütter, Schwiegertöchter – verwiesen. In einem Land, das im europäischen Vergleich einen der größten Anteile an Schwarzarbeit am BIP – geschätzte 28 Prozent im Jahre 2013 – und eine der ungleichsten Reichumsverteilungen der EU-27 hat, nur von Lettland, Bulgarien und Portugal übertroffen, deutet das auf einen großen Sektor der Pfl-

ge und Betreuung als unregulierte, minderbezahlte und prekäre Arbeit, der in großen Teilen von Migrantinnen ohne gültigen Aufenthaltsstatus übernommen wird.

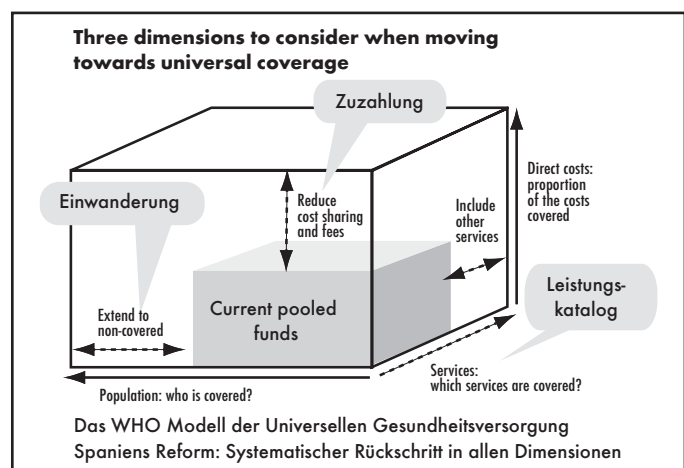
Im April 2012 verabschiedet die konservative spanische Regierung ein Gesetz (*Real Decreto Ley RDL 16/2012*), das die wohl am tiefsten greifende Reform seit 1986 darstellt. Und sie tut dies statt auf dem üblichen Gesetzeswege per Dekret – mit der akuten Notlage der Finanzierungssituation argumentierend. Das Gesetz bindet den Status des Leistungsempfängers an die Lohnarbeit, sei es als Versicherungsnehmer (*asegurado*) oder Mitversicherter (*beneficiario*). In einem ersten Entwurf sollten alle Personen über 26 Jahre, die noch kein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis hatten, aus der Versorgung ausgeschlossen werden. Schließlich wurden – per Dekret – alle spanischen StaatsbürgerInnen eingeschlossen. Diese Eingrenzung irritiert, basiert doch die *Finanzierung* auf allgemeinen Steuern, direkte und indirekte, die *alle* zahlen, insofern müsste sie die Grundlage eines Beveridge-Modells sein, nicht die einer an die Lohnarbeit gebundenen Versicherung zwischen den »Sozialpartnern« (Bismarck-Modell).

Zusätzlich zur Eingrenzung des Versichertenkreises hat das Gesetz auch empfindliche Zuzahlungen bei Medikamenten und Heilmitteln angeordnet (*Copago*), insbesondere bei RentnerInnen, die bislang davon befreit waren. In der gegenwärtigen Wirtschaftskrise stellt das viele RentnerInnen vor die Frage, ob

sie ihre Pillen kaufen oder lieber das Schulbrot der Enkel finanzieren. Als dritte Komponente der Reform wurde der Leistungskatalog in eine Liste von Grundleistungen (*Cartera única*) und zusätzlicher Leistungen aufgeteilt. Dies lässt vermuten, dass bei der kommenden Neuordnung einige Behandlungen von der Liste fliegen. Zusammengefasst diktiert die Reform also eine Schrumpfung sowohl der Zahl der Menschen mit Versorgungsanspruch (Ausschluss der »*Sin-papeles*«), der solidarisch finanzierten Anteile der Ausgaben (*Copago*) als auch der finanzierten Leistungen (*Cartera única*). Nimmt man den Weltgesundheitsbericht der WHO von 2010, der eigentlich vor allem eine *Roadmap* für einkommensschwächere Länder hin zu gerechteren und besseren Gesundheitssystemen sein sollte, zeigt sich, dass Spanien den Bericht sozusagen verkehrt herum liest: Das RDL 16/2012 diktiert einen Rückschritt in allen der drei Dimensionen, die die WHO vorschlägt. (Siehe Grafik 2)

Der große Skandal freilich ist der Ausschluss der Einwanderer ohne gültigen Aufenthaltsstatus. Im Nationalen Spanischen Reformprogramm – eine Art Kniefall gegenüber der Europäischen Union, um die Intervention abzuwenden – hat Regierungpräsident Rajoy im April 2013 die Zahl von 873 000 Gesundheitskarten angegeben, die zurückgezogen wurden, als die Versichertenliste als Folge der Gesundheitsreform vom Gesundheitsministerium zum Arbeitsministerium wanderte. Nicht alle darüber Regist-

Grafik 2



rierten mögen tatsächlich Menschen sein, die ausgeschlossen wurden – in einem neuerlichen Statement gab die Gesundheitsministerin Ana Mato an, dass 500 000 Karten zu Personen gehörten, die nicht mehr in Spanien wohnten, ohne freilich eine Quelle dafür anzugeben. In jedem Falle ist eine große Anzahl an EinwandererInnen nun vom Versorgungssystem ausgeschlossen, mit Ausnahme von Notfallversorgung, Kindern und schwangeren Frauen. Die Dunkelziffer der Menschen, die in Bezug auf ihre administrative Erfassung irregulär in Spanien leben, ist schwer zu schätzen – zwischen 250 000 und einer Million.

In zahlreichen Stellungnahmen haben die Gesundheitsministerin und die Ihren darauf bestanden, dass »alle versorgt seien«. Médicos del Mundo und einige andere Organisationen haben jedoch zahlreiche Fälle dokumentiert, in denen die Türen des Krankenhauses verschlossen blieben. Im Großen gibt es drei Typen dieser Art der Menschenrechtsverletzung. Zum Ersten werden ärztliche Behandlung, sei es auf Primärniveau oder als weiterführende Behandlung, und Diagnostik, verweigert. Besonders tragisch ist dies bei chronischen Erkrankungen. Eine Diabetikerin muss erst in eine akute Notlage geraten, bis sie auf der Notaufnahme »eingestellt« werden konnte. Hierzu zählt auch, dass den PatientInnen 100 Prozent der Medikamentenkosten zugemutet werden. Médicos del Mundo war in Kontakt mit einem Patienten mit schizophrener Störung, der seine Medikation nicht bezahlen konnte. Daraufhin hat er einen Nachbarn angegriffen, weshalb er in einer Strafvollzugsanstalt interniert wurde und dort auch medikamentös behandelt wurde. Wieder auf der Straße, findet er sich in der gleichen Lage – ohne Zugang zu seinen Medikamenten. Zum Zweiten werden PatientInnen abgewiesen mit der Forderung, vor der Behandlung eine Zahlungsverpflichtung zu unterzeichnen. Zum Dritten schließlich gibt es die »Sollüberfüllung«, wenn administratives oder auch medizinisches Perso-



Der Stadtführer von Lobbycontrol zeigt uns die Liste der Nebenverdienste von Peer Steinbrück.

nal PatientInnen ablehnt, obwohl diese eigentlich einen Rechtsanspruch auf Versorgung hätten.

In diesem Falle hat offensichtlich der rassistische Subtext der öffentlichen Debatte gegriffen. Die Regierung beruft sich gerne darauf, mit der Gesundheitsreform »Gesundheitstourismus« zu bekämpfen. Zweifellos handelt es sich hier um ein real existierendes Phänomen – und der Bundesrechnungshof hat 2011 die Regierung deshalb angemahnt –, doch besteht das Problem weit eher in der administrativen Herausforderung, den anderen EU-Mitgliedstaaten die Rechnungen ihrer zum Beispiel britischen oder deutschen Pensionäre, die sich an der Levante-Küste niederlassen, zukommen zu lassen. Die gewollte Vermischung dieser Bevölkerungsgruppe mit den MigrantInnen, die nach Spanien kommen, um Arbeit zu suchen, kann sich des Verdachtes nicht erwehren, die Regierung wolle in populistischen – oder direkt rassistischen – Wässern fischen zwecks Stimmenfang bei den nächsten Wahlen. Nicht umsonst ist Spanien eines der wenigen europäischen Länder, in denen es der konservativen Partei noch »gelingt«, den rechten Rand zu integrieren und das Aufkommen einer populistischen rechten Partei zu vermeiden.

Eine wichtige Dimension ist die Wucht, mit der die Reform insbesondere auch Frauen trifft. Der Ausschluss von der hausärztlichen Versorgung und der Verweis, nur noch über die Notfallaufnahme ins System einzutreten, unterläuft die zentrale Erkenntnis, dass häusliche und sexuelle Gewalt oft identisch sind – Letztere ist in der Einwandererbevolkerung höher als in der autochtonen –, verhindert das Entdecken von Menschenhandel und ritueller Genitalverstümmelung und schließt viele junge Frauen von präventiven Maßnahmen wie Familienplanung und Brustkrebsscreening aus. Auch zum gewollten Schwangerschaftsabbruch gibt es keinen Zugang, was die Türen wieder für Hinterzimmerpraktiker öffnet. Erinnern wir uns: Es geht hier genau jene Frauen, die nachmittags für wenig Geld Kinder und Großeltern der Spanier versorgen...

Neben der Systemveränderung, die mit dem RDL16/2012 dekretiert wurde, gibt es noch zwei weitere Bedrohungen. Zum einen die generellen Budgetkürzungen. Die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung ist Kompetenz der autonomen Regionen.

»Der große Skandal freilich ist der Ausschluss der Einwanderer ohne gültigen Aufenthaltsstatus.«



Grafik 4: Kampagne von Médicos del Mundo für die Gewissensverweigerung



Neunzig Prozent der Ausgaben werden hier getätigt. Die Autonomen Regionen leiden unter dem Einnahmeloch wegen der Krise und des Ausgabenstopps, den ihnen die Schuldenbremse und die Nationale Austeritätspolitik verschreiben. Das Gesundheitsbudget ist der Bereich, der am meisten zurechtgestutzt wurde. In jeder Region kam es zu Kürzungen, die zwischen drei und fünfzehn Prozent lagen. Auch auf nationaler Ebene wurde gestrichen:

Zwischen 2008 und 2013 sank das Budget des nationalen Plan gegen Drogen auf ein Drittel, das Budget für den Plan gegen AIDS schrumpfte um fast die Hälfte.

Als drittes Element schließlich ist der ideologische Feldzug der Privatisierung zu nennen. Regionen wie Madrid oder Valencia betreiben eine systematische Rhetorik gegen die öffentliche Gesundheitsversorgung, um das Öffentliche schlecht zu reden und neue Märkte zu öffnen. In der Tat haben sich im Rahmen der Mittelstreichungen und der drastischen Reduktion des Personals die Wartezeiten empfindlich

verlängert. Während die öffentliche, von Staatsangestellten geleistete Versorgung teilweise recht wenig patientinnenfreundlich ist – ein Beispiel wäre die absolut medikalisierte Geburt –, lässt sich eine Debatte um alternative Versorgungsformen privater, nicht-wirtschaftlicher Betreiber nicht führen. Das hieße, die Büchse der Pandora zu öffnen. Außerdem, und dies beklagt die »Spanische Gesellschaft der öffentlichen Gesundheit und Sanitärverwaltung« (SESPAS), gibt es keine Regierung, die jenseits der platten Affirmation, dass Private besser wirtschaften, Daten zur Verfügung stellt, um diese Behauptung zu bewerten, sei es über Kosten oder über Performance. Es trägt auch nicht gerade zum Vertrauen bei, dass einige PolitikerInnen sich in einer Art Drehtür befinden: Sie fallen von einflussreichen öffentlichen Posten in der regionalen Gesundheitsverwaltung direkt auf Managerposten in der schnell wachsenden Gesundheitsindustrie, für die sie manchmal direkt die Verträge managen, die sie eben noch in öffentlicher Funktion vergeben haben. Der Markt für Versicherungen und private Krankenversicherungsleistungen ist der einzige, der in den vergangenen fünf Jahren gewachsen ist.

Von vielen Medizinergruppen wird deswegen das öffentliche Versorgungsmodell vehement verteidigt. Als im September 2012 in Madrid eine Privatisierungswelle verkündet wurde, ergoss sich die *Marea Blanca*, die weiße Flut, in Form von zehntausenden weißbekittelten DemonstrantInnen auf die Boulevards von Madrid und trifft sich seitdem dort monatlich wieder. Die Privatisierung von sechs öffentlich erbauten Krankenhäusern wurde mittlerweile gerichtlich gestoppt. (Siehe Grafik 3)

Die Reform hat eine kaum zu erwartende Mobilisierung der öffentlichen Meinung gebracht. Die Gesundheitsministerin ist die am schlechtesten bewertete Ministerin, nach dem Bildungsminister (der wiederum die *marea verde*, die grüne Flut, auf die Straße brachte). Neue Koalitionen zwischen Menschenrechtsgruppen (AI), Flüchtlingshilfebüros (Reda-

coge) und medizinischen NGOs (Médicos del Mundo) sind entstanden. Den zivilgesellschaftlichen Initiativen ist es gelungen, internationale Mechanismen des Menschenrechtsschutzes auf die Folgen der Austeritätspolitik aufmerksam zu machen. So hat der UN-Ausschuss für wirtschaftliche und soziale Rechte in der periodischen Untersuchung Spaniens im Mai 2012 den Ausschluss der MigrantInnen ohne gültigen Aufenthaltsstatus explizit verurteilt. Ferner hat der Fall Spanien den Ausschuss dazu veranlasst, einen Brief an die Mitgliedsländer der UN zu schreiben, in dem er darauf hinwies, dass alle Länder zur Einhaltung und Gewährung sozialer Menschenrechte dazu verpflichtet sind, Kürzungen im Rahmen der Austeritätspolitik zuerst anderen Alternativen gegenüber zu stellen und keinesfalls die Krise als Grund zu nehmen, permanente Rechtseinschränkungen zu verordnen.

Jenseits dieser Arbeit in internationalen Institutionen arbeiten viele Plattformen auf Gemeinde- und regionaler Ebene, um konkret die Versorgung aller sicherzustellen. Geboren aus dem Geiste der Bewegung der *indignados* ist in Madrid eine Nachbarschaftsbewegung großer Reichweite entstanden (Yo Sí Sanidad Universal), die weit in die medizinische Profession hinein kommuniziert und viele Nachbarschaftskomitees hat, die versuchen, Patienten zu begleiten – durch den Haupteingang oder die Hintertür des Krankenhauses. Eine bemerkenswerte Initiative der Medizinerprofession ist der Aufruf zur Gewissensverweigerung, den die »Spanische Gesellschaft für Familien- und Gemeinmedizin« (SEMFYC) gemeinsam mit Médicos del Mundo propagiert hat. (Siehe Grafik 4)

Mehr Informationen finden sich auf der Kampagnenseite www.medicosdelmundo.org/derechoacurar/

* Stefan Meyer (stefan.meyer@medicosdelmundo.org) ist stellvertretender Direktor von Médicos del Mundo in Spanien.



Peter Hoffmann, Reinhard Busse und Wulf Dietrich bei der JHV

Von Europa lernen?

Ansatzpunkte und Kriterien der Bedarfsplanung

Auf der JHV des vdää referierte Reinhard Busse über den Einsatz von DRG in verschiedenen europäischen Ländern. Wir hatten dieses Thema gewählt, weil wir der Ansicht sind, dass die Verwendung der DRG als alleiniges finanzielles Abrechnungskriterium in der stationären Versorgung die stationäre Versorgung in Deutschland in die Krise getrieben hat. Die DRG-Systematik führt u.a. zu unsinniger Fallzahlmehrerung. In der Diskussion kristallisierte sich heraus, dass Bedarfsplanung und deren praktische Umsetzung wesentliche Voraussetzungen für eine vernünftige Organisation der stationären Versorgung darstellen. Es sollten in einem Land nur so viele Betten vorgehalten werden, wie notwendig sind. Fraglich ist aber, wie die Notwendigkeit definiert werden soll. Wer bestimmt den Bedarf und wie wird er errechnet? Betten oder Interventionen pro 100 000 Einwohnern mögen einen Hinweis geben, aber misst man den Bedarf an den niedrigsten oder höchsten Zahlen? Wer darf bei der Bedarfsberechnung mitentscheiden? Politiker, Krankenkassen,

Mediziner, Bürger? Die Diskussion ist hiermit eröffnet. (Die Red.)

Ausgehend von der Beschreibung der Bedarfsplanung in den sechs Ländern ist besonders hervorzuheben, dass alle Länder eine Umstrukturierung der Bedarfsplanung vornehmen oder vorgenommen haben. Auch ist ein gemeinsamer Trend hin zu einer dezentralisierten und leistungsorientierten Planung der Gesundheitsversorgung festzustellen. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Planung werden im Folgenden behandelt.

Bedarfsanalysen finden meist im Zuge der Erstellung von Plänen zu den Kapazitäten und Leistungen im Gesundheitswesen statt. Bis auf die Schweiz und die Niederlande erstellen alle Länder Pläne: Gesundheitspläne in Dänemark, »local delivery plans« (LDPs) in England, »schéma régional d'organisation sanitaire« (SROS) in Frankreich und der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG). In den Niederlanden und in England wird eine Fachkräfteplanung durchgeführt, auch hier wird der Bedarf

an medizinischen Leistungen in die Planung miteinbezogen. Das Hauptmotiv der Bedarfsplanung ist dabei nicht immer die bedarfsgerechte Versorgung sondern die Kostendämmung im Gesundheitswesen, wie in Dänemark und der Schweiz.

Wer ist für die Planung zuständig?

Eine dezentralisierte Planung kann in Dänemark, England, Frankreich, Österreich und der Schweiz beobachtet werden. Rahmenvorgaben und zum Teil auch Richtwerte werden auf nationaler Ebene festgelegt, eine detaillierte Planung und die Umsetzung erfolgen jedoch auf regionaler Ebene. Obwohl die Planung in den Niederlanden nicht als zentralisiert beschrieben werden kann, da eine strikte Planung des Gesundheitswesens kategorisch abgelehnt wird, werden die vier verwendeten Steuerungsinstrumente auf nationaler Ebene angewandt.

Wo setzt die Bedarfsplanung an?

Tabelle 1 stellt die von den sechs Ländern verwendeten Bedarfsplanungsinstrumente zusammen.

Nachstehender Artikel von Johanna Nüsken und Reinhard Busse gibt einen Überblick über medizinische Bedarfsplanung in unterschiedlichen europäischen Ländern.

»Alle untersuchten Länder stoßen auf Schwierigkeiten in ihrer Bedarfsplanung.«

Am häufigsten wird in der Planung bei der Aus- und Weiterbildung sowie den Versorgungsstrukturen angesetzt. Alle Länder bis auf Österreich regulieren die Zahl der Studenten. Es ist allerdings zu bemerken, dass England und Dänemark keinen NC verwendet, dennoch hat der Staat Einfluss auf die Zahl der Studienplätze. Die Zahl der Weiterbildungsplätze wird in Dänemark, Frankreich und den Niederlanden reguliert. Sowohl in England als auch in den Niederlanden wird der Fachkräfteplanung eine große Aufmerksamkeit zuteil. In den Niederlanden wurde ein komplexes Modell entwickelt mit dessen Hilfe die Ausbildung dem zukünftigen Bedarf angepasst werden kann. In England ist die Fachkräfteplanung den Regionen überlassen, einige haben ebenfalls Modelle für die Prognosen bezüglich des Bedarfs und Angebots von Fachkräften entwickelt.

In vier Ländern wird die Zulassung zur Tätigkeit reguliert, wobei nur Dänemark die Niederlassung im ambulanten Sektor durch Lizenzvergabe reguliert. In England, Frankreich und den Niederlanden ist eine offizielle Genehmigung für die Erbauung eines neuen Krankenhauses

notwendig. Die Schweiz und Österreich, welche die Niederlassung im ambulanten Sektor per se nicht regulieren, steuern die Zahl der niedergelassenen Ärzte durch die Abrechnungsberechtigung. Dies gilt auch für Krankenhäuser, die in eine Liste aufgenommen werden müssen, um zur Abrechnung befähigt zu sein. In Dänemark wird nicht nur die Niederlassung sondern auch die Kassenzulassung als Instrument verwendet. In England und Frankreich findet eine Abrechnungsbemächtigung indirekt über Verträge zwischen den Regionen und Leistungserbringern statt.

Jedes der sechs Länder verwendet mindestens ein Strukturinstrument. Das Verhältnis von Patienten pro Arzt wird in Dänemark explizit festgelegt, in der Schweiz werden ebenfalls Höchstzahlen und die optimale Versorgungsdichte spezifiziert. In Österreich sind nationale Rahmenvorgaben für die Versorgungsdichte zukünftig geplant, bis jetzt erfolgt die Planung in den Regionen nicht koordiniert. Eine Großgeräteplanung wird in Dänemark, Frankreich und Österreich vorgenommen. Während die Schweiz dies nur in Übergangsphasen empfiehlt. Es ist zu beachten, dass die Anzahl

der Großgeräte auch indirekt durch die Zentralisierung spezifischer medizinischer Leistungen in bestimmten Krankenhäusern (in Dänemark) oder Investitionsauflagen für Krankenhäuser (in England) gesteuert werden kann. Die Anzahl der Betten, früher ein häufig benutztes Planungsmittel, wird nur noch in Österreich und der Schweiz verwendet. Allerdings wird in beiden Ländern eine Abkehr von der kapazitätsorientierten Planung vorangetrieben. Die Versorgung mit besonderen medizinischen Leistungen wird in Dänemark, Frankreich und den Niederlanden, durch eine Zentralisierung der Leistungen in bestimmten Krankenhäusern, sichergestellt.

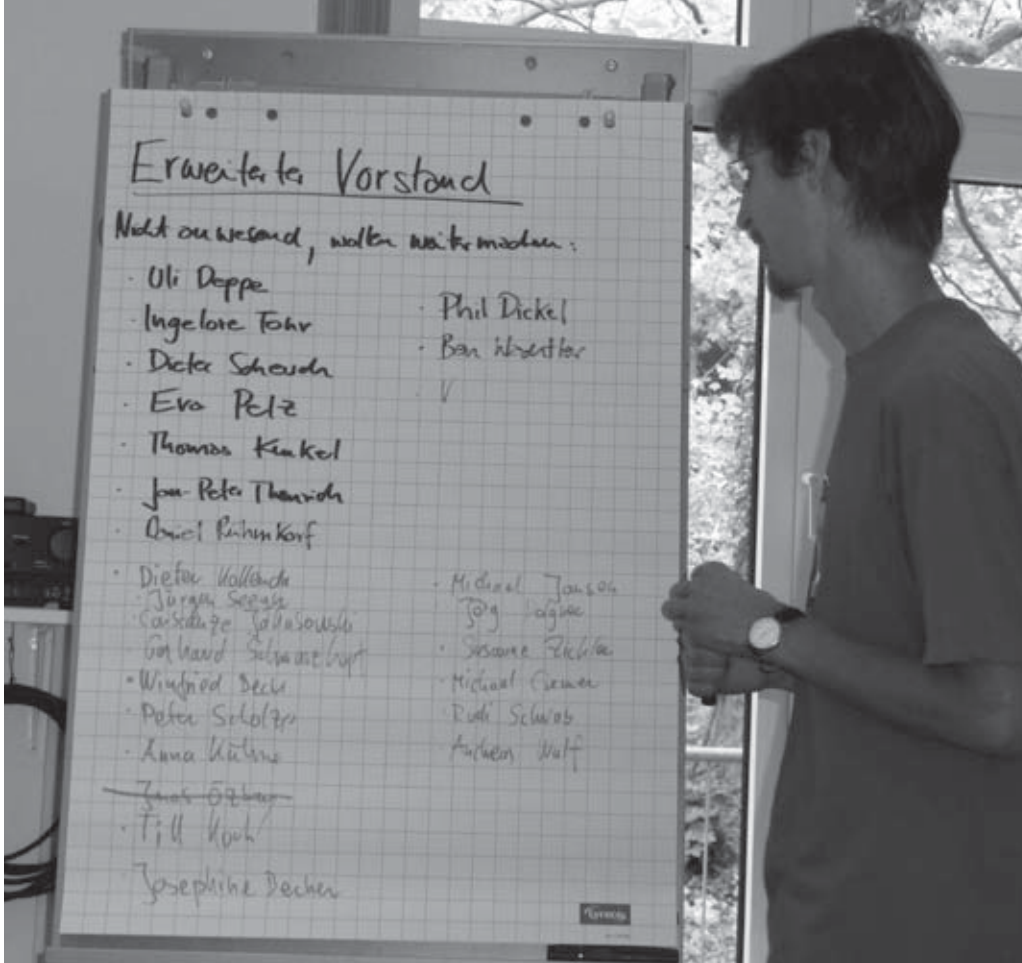
Fallzahlen für den stationären Bereich werden in Österreich mit einem Toleranzbereich von +/- 25 Prozent festgelegt. In der Schweiz wird die Verwendung von Fallzahlen vorangetrieben, allerdings ist die regionale Umsetzung noch recht unterschiedlich. In England und Frankreich werden die Fallzahlen indirekt durch Leistungsverträge bestimmt. Mindestmengen werden im Zuge der Bedarfsplanung nur in Österreich spezifiziert. Dies bedeutet aber nicht, dass Mindestmengen nicht auch in den anderen Ländern verwendet werden, dort geschieht es aber nicht im Zusammenhang mit den Bedarfsplanungsinstrumenten.

Der allgemeine Trend ist eine Abkehr von der kapazitätsorientierten Planung hin zur leistungsorientierten Planung. Hierfür werden in den Niederlanden, Frankreich, Dänemark, der Schweiz und England Leistungsverträge zu Steuerung des Leistungsvolumens verwendet. Im Vergleich mit den anderen Ländern werden in Dänemark und in Österreich am meisten und in den Niederlanden am wenigsten Instrumente der Bedarfsplanung angewandt.

Welche Kriterien werden in der Bedarfsplanung verwendet? Es lassen sich vier Kategorien von Kriterien, die in der Bedarfsplanung verwendet werden, unterscheiden: Bevölkerungskriterien, Versorgungskriterien, Entwick-

	Dänemark	England	Frankreich	Niederlande	Österreich	Schweiz	Gesamt
Zahl der Studienplätze	X	(X)	X	X		X	5
Zahl der Weiterbildungsplätze	X		X	X			3
Lizenz für Praxisgründung	X						1
Lizenz für die Errichtung eines Krankenhauses		X	X	X			3
Kassenzulassung	X	(X)			X	X	4
Krankenhauspläne		(X)	(X)		X	X	4
Verhältnis Patient pro Arzt	X				(X)	X	3
Anzahl med.-techn. Großgeräte	X		X		X		3
Anzahl der Betten					X	X	2
Schwerpunkt/Zentralisierung	X		X	X			3
Fallzahlen		(X)	(X)		X	X	4
Mindestmengen					X		1

Tabelle 1: Instrumente der Bedarfsplanung; (X): Sonderfälle, Erläuterungen im Text



Jonas Özbay als Wahlvorstand bei der MV

lungskriterien und Rahmenkriterien. Diese sind im Nachfolgenden aufgelistet:

1. Bevölkerung

- Einwohneranzahl *
- Demografie (Alters- und Geschlechtsstruktur)*
- Epidemiologie*
- Mortalität
- Besiedlungsdichte

2. Bestehende Versorgung

- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- Auslastung bestehender Institutionen
- Hospitalisationsrate
- Aufenthaltsdauer
- Bettenbelegung

3. Einflussreiche Entwicklungen in der Zukunft

- Medizinisch-technische Entwicklungen*
- Entwicklungstendenzen der Medizin*
- Sozio-kulturelle Entwicklungen
- Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor *

4. Rahmenbedingungen

- Public Health Grundsätze

- Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die mit dem Sternchen gekennzeichneten Kriterien werden in mehr als einem Land während der Planung verwendet. Es ist zu beachten, dass keine Information über verwendete Kriterien für Dänemark und England vorliegen. Auch macht die Auflistung keine Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer sowie leistungsorientierter und kapazitätsorientierter Planung. Die meisten Kriterien werden in Österreich verwendet, die wenigsten in den Niederlanden.

Findet eine intersektorale Planung statt?

Eine intersektorale Planung ist noch in keinem Land zu beobachten. Allerdings entwickeln Österreich, Frankreich und Dänemark eine solche Planung. Dies ist notwendig da auch die intersektorale Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung vorangetrieben wird. Eine Umlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor macht eine intersektorale Planung notwendig.

Welches Land erzielt gute Ergebnisse?

Alle untersuchten Länder stoßen auf Schwierigkeiten in ihrer Bedarfsplanung und der Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen. Demzufolge gibt es kein Land, welches herausragend abschneidet. Auch ist häufig eine Beurteilung der jeweiligen Planung zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich, da erst kürzlich Umstrukturierungen in der Planung stattgefunden haben. Probleme mit der hausärztlichen Versorgung gibt es nur nicht in Dänemark. Auch eine ungleiche Verteilung der Ärzte, sowohl fachlich als auch regional ist ein Problem. In England und Frankreich werden zusätzlich die für die Planung neu eingeführten Systeme kritisiert.

(Quelle: Johanna Nüsken und Reinhard Busse: »Ansatzpunkte und Kriterien der Bedarfsplanung in anderen Gesundheitssystemen« Studie im Auftrag der Bundesärztekammer, 11.04.2011, S. 31-24; <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Internationale-Bedarfsplanung.pdf>)

Kassenprüfung

Ingeborg Oster
Maillinger Str. 18a
80636 München

München, 02.10.2013

Kassenberichte

für die Zeiträume vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2012 sowie für 01.01.2013 bis zum 31.08.2013

Die Kassenberichte des vdä über die o.g. Zeiträume wurden von mir geprüft. Die Kassenführung ist übersichtlich und gut nachzuvollziehen, alle einzelnachweispflichtigen Ausgaben sind entsprechend belegt. Ich habe keine Unregelmäßigkeiten festgestellt.

Somit sind die Kassenberichte für das Jahr 2012 sowie bis zum 31.08. des laufenden Jahres korrekt.

Mit freundlichen Grüßen
Ingeborg Oster

Edgar Thimm
Jahnstraße 30
78315 Radolfzell

Radolfzell, 18.10.2013

Kassenberichte

für die Zeiträume vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2012 sowie für 01.01.2013 bis zum 31.08.2013

Die Kassenberichte des vdä über die o.g. Zeiträume wurden von mir geprüft. Die Kassenführung ist übersichtlich und gut nachzuvollziehen, alle einzelnachweispflichtigen Ausgaben sind entsprechend belegt. Ich habe keine Unregelmäßigkeiten festgestellt.

Somit sind die Kassenberichte für das Jahr 2012 sowie bis zum 31.08. des laufenden Jahres korrekt.

Mit freundlichen Grüßen
Edgar Thimm



Ergebnisprotokoll

**der Mitgliederversammlung des vdää
am 20. Oktober 2013 in Berlin 09.15 – 12.30 Uhr**

Diskussion über zukünftige Themen

- Die Bürgerversicherung muss weiter unser Thema sein, auch wenn es im Moment politisch nicht auf der Tagesordnung steht.

Das Thema Korruption soll weiter bearbeitet werden, evtl. Zusammenarbeit mit MEZIS oder – mit Abstrichen – auch mit transparency international. So könnte man bspw. auch intensiver vorbereitet auf den Ärztetag gehen oder anderes gemeinsam machen.

- Es muss eine kritische Auswertung der PEPP-Kampagne erfolgen.
- Der vdää soll sich weiterhin auch mit Gesundheitswesen international befassen und die Zusammenarbeit bei der Plattform für eine Globale Gesundheit stärken.
- Positionierung des vdää zum Hungerstreik bzw. Diskussion, darüber, wie sich Ärzte verhalten sollen, wenn die Hungerstreikenden bewusstlos werden. (Es wur-

de auf der JHV ein Treffen und ein Mailverteiler zu diesem Thema vereinbart.)

- Positionierung des vdää zur Asylpolitik

- Thema Pflege soll ein Schwerpunkt sein. Dazu könnte man Veranstaltungen oder Papiere zusammen mit Pflegenden machen. Es wäre auch die Idee von ver.di zu diskutieren, dass es eine Bürgerversicherung für die Pflegeversicherung geben soll. Es soll aber keine Stellvertreterpolitik gemacht werden. Vorschlag: »Gesundheit braucht Politik« mit Schwerpunkt Verhältnis Ärzte Pflege

- Ein weiteres Thema soll sein die Abwerbung von Beschäftigten aus anderen Ländern. (Stichwort Braindrain)

- Es gab eine Kontroverse darum, ob der vdää auffordern könne, in ver.di einzutreten. Eine Position verneinte dies, da der vdää in seinem Programm die Zusammenarbeit zwischen MB und ver.di fordere. Dieser Position wurde widersprochen, da es für

den vdää selbstverständlich sein müsse, gemeinsam mit anderen Beschäftigten eines KH organisiert zu sein.

Mitgliederversammlung

Wulf Dietrich eröffnet die MV um 11.00 Uhr.

Wulf Dietrich wird als Versammlungsleiter, Nadja Rakowitz als Protokollantin bestimmt.

Wulf Dietrich stellt fest, dass 23 Mitglieder anwesend sind. Die Versammlung ist satzungsgemäß beschlussfähig. Die fristgemäß verschickte Einladung zur Mitgliederversammlung des vdää enthielt folgende Tagesordnung:

1. Rechenschaftsbericht des Vorstands
2. Kassenbericht
3. Entlastung des Vorstands und des Kassenwarts
4. Antrag auf Satzungsänderung
5. Wahl des Vorstands und der Kassenprüfer
6. andere Anträge
7. Sonstiges

**»Die nächste JHV
wird billiger werden.«**

TOP 1
Rechenschaftsbericht
des Vorstands

Wulf Dietrich trägt den schriftlich vorliegenden Rechenschaftsbericht in Auszügen vor.

Diskussion:

Winfried Beck erinnert daran, dass Wulf Dietrich seit zehn Jahren Vorsitzender ist und gratuliert ihm dazu. Dorothee Löber schlägt vor, dass wir die nächste JHV in Hamburg machen.

TOP 2
Kassenbericht

Die Bilanz 2012 und die Zwischenbilanz 1.1.-31.8.2013 und der Vergleich von 1.1.-31.8.2009-2013 liegen schriftlich vor. Bernhard Winter trägt den Kassenbericht vor.

Michael Janßen schlägt vor, eine Erhöhung des Mitgliedsbeitrags um 2 Euro, also von 8 auf 10 Euro. Dem wird widersprochen, da dies zum einen zu Austritten führen könnte und da es zum anderen eine ganze Reihe an Mitgliedern gibt, die ihren Beitragssatz nicht erhöhen werden, da sie sowieso jetzt schon mehr als den Mindestbeitrag bezahlen; es ist also zu befürchten, dass durch eine Beitragserhöhung nicht wirklich mehr Geld in die Kasse kommt.

Jonas Özbay fragt, bei welcher Bank das Tagesgeld ist und ob man diskutieren könnte, wo das Geld angelegt ist werden soll.

Anna Kühne plädiert dafür, den Mitgliedsbeitrag zu erhöhen, aber von gehaltsabhängigen Beiträgen auszugehen sowohl für Vereinsbeitrag als auch für die JHV.

Bernhard Winter: Es ist richtig zu kritisieren, dass man ein Konto bei der Deutschen Bank hat, zu der die Postbank auch gehört. Das ist eigentlich nicht tragbar. Wir sollten längerfristig an den Wechsel der Bank denken. Das ist aber technisch sehr aufwändig, weil es viele Einzugsermächtigungen gibt, die online eingezogen werden.

Michael Cremer schlägt vor, dass wir ein neues Konto eröffnen können und auf dieses sukzessive umstellen. Wenn dann ein neues Mitglied eintritt, sollte dieses seine Beiträge auf das neue Konto zahlen.

Kirsten Schubert plädiert auch für Beitragserhöhung, zu der man aber eine Umfrage unter den Mitgliedern vorschalten könnte/sollte. Eine solche Umfrage könnte auch andere Fragen zum vdää beinhalten.

Clemens Plickert fragt, warum wir angesichts der Rücklagen überlegen müssen, wie wir an mehr Geld kommen.

Bernhard Winter verweist auf frühere Vorstandsbeschlüsse, dass Rücklagen zu bilden seien für »schlechtere« Zeiten, zum einen, um die Geschäftsstelle weiter bezah-

Kassenbericht vdää 01.01.2012 – 31.12.2012

Konto	Bank	Datum	Kontostand
Girokonto	Postbank Business Giro	01.01.2012	2 134,44
Sparbuch	Frankfurter Sparkasse	01.01.2012	46,12
Festgeldkonto	Postbank	01.01.2012	15 131,93
	Vermögen gesamt	01.01.2012	17 312,49
Girokonto	Postbank Business Giro	31.12.2012	3 398,31
Sparbuch	Frankfurter Sparkasse	31.12.2012	46,21
Tagesgeldkonto	Postbank	31.12.2012	16 291,93
	Vermögen gesamt	31.12.2012	19 736,45

EINNAHMEN	
Vereinsbeitrag 2011	1 576,00
Vereinsbeitrag 2012	42 022,19
Vereinsbeitrag 2012/2013	48,00
Spende	4 370,06
Rundbrief (Abonnement & Verkauf)	295,90
Veranstaltungen (Linköping, JHV)	16 735,00
Verkauf	40,00
Zinsen für Festgeld	160,00
Zinsen Sparbuch	0,09
Summe Einnahmen	65 247,24
AUSGABEN	
Geschäftsstelle	- 39 052,37
Rundbrief 4 Ausgaben	- 6 153,81
Porto (ohne Rundbrief)	- 1 235,70
Veranstaltungen (Linköping, Diskussionsveranstaltungen, JHV)	- 15 732,57
Werbung (Flyer, Tassen, Banner)	- 286,41
Homepage	- 128,24
Bankgebühren	- 234,18
Summe Ausgaben	- 62 823,28
Summe Einnahmen – Ausgaben:	2 423,96

Vermögen 31.12. – Vermögen 01.01.: 19 736,45 – 17 312,49 = 2 423,96
 Einnahmen – Ausgaben: 65 247,24 – 62 823,28 = 2 423,96



Stefan Meyer aus Madrid und Nadja Rakowitz

len zu können, zum anderen um die Vereinsarbeit aufrecht zu erhalten. Dies ist selbstverständlich diskussionswürdig.

Jonas Özbay schlägt vor, dass man ein Prozent des Einkommens als Beitrag nehmen soll.

Peter Hoffmann: Der Punkt, dass das Gesundheitspolitische Forum möglichst niedrigschwellig sein muss, ist im Vorstand angekommen. Die nächste JHV wird billiger werden.

TOP 3 Entlastungen des Vorstands und des Kassenwarts

Ingeborg Oster und Edgar Thimm haben die Kasse für das Jahr 2012 und den Zeitraum 01-08/2013 geprüft und keine Unregelmäßigkeiten festgestellt. Die beiden Berichte der Kassenprüfer liegen schriftlich vor.

Clemens Plickert beantragt Entlastung des Kassenwarts und des Vorstands.

Der Antrag wird mit 22 Ja Stimmen, 0 Nein Stimmen, 1 Enthaltung angenommen.

Der Rechenschaftsbericht wird angenommen mit 21 Ja-Stimmen, 0 Nein-Stimmen und 1 Enthaltung.

TOP 4 Antrag auf Satzungsänderung

Bernhard Winter: Mit dem Registergericht wurde besprochen, dass wir unmittelbar nach der Satzungsänderung diese einreichen, dann kann auch der neue Vorstand in derselben Sitzung gewählt werden.

Statt: § 11. Vorstand Der Vorstand im Sinne des § 26

BGB besteht aus der/dem Vorsitzenden und den beiden stellvertretenden Vorsitzenden. Dem erweiterten Vorstand, der über die wesentlichen Angelegenheiten des Vereins beschließt, gehören außerdem weitere Vorstandsmitglieder in einer von der Mitgliederversammlung jeweils zu bestimmenden Anzahl. Die/der Vorsitzende und die beiden stellvertretenden Vorsitzenden werden in zwei getrennten Wahlgängen vorweg gewählt, wobei die beiden stellvertretenden Vorsitzenden aus einem Wahlgang hervorgehen.

Neu: § 11. Vorstand

Der Vorstand im Sinne des § 26 BGB besteht aus der/dem Vorsitzenden und mindestens zwei stellvertretenden Vorsitzenden. Dem erweiterten Vorstand, der über die wesentlichen Angelegenheiten des Vereins beschließt, gehören außerdem weitere Vorstandsmitglieder in einer von der Mitgliederversammlung jeweils zu bestimmenden Anzahl. Die/der Vorsitzende und die stellvertretenden Vorsitzenden werden in zwei getrennten Wahlgängen vorweg gewählt, wobei die stellvertretenden Vorsitzenden aus einem Wahlgang hervorgehen

Wulf Dietrich schlägt vor, dass die Änderung zu ergänzen ist um die Formulierung: Die MV legt die Zahl der zu wählenden stellvertretenden Vorsitzenden vor der Wahl fest.

Die Satzungsänderung wird mit dem Zusatz von Wulf mit 23 Ja-Stimmen, 0 Nein-Stimmen, 0 Enthaltungen angenommen.

TOP 5 Wahl des Vorstands und der Kassenprüfer

1. Wahl des Vorsitzenden

Als Wahlvorstand werden vorgeschlagen: Jonas Özbay und Clemens Plickert. Der Vorschlag wird angenommen. Wulf Dietrich wird als einzige Person als Vorsitzender vorgeschlagen. Wulf Dietrich nimmt die Kandidatur an und stellt sich kurz vor.

Es gibt keinen Antrag auf geheime Wahl.

Wulf Dietrich wird mit 22 Ja-Stimmen, 0 Nein-Stimmen und 1 Enthaltung zum Vorsitzenden gewählt. Wulf Dietrich nimmt die Wahl an.

2. Wahl der stellvertretenden Vorsitzenden

Bernhard Winter, Kirsten Schubert, Peter Hoffmann, Gerhard Schwarzkopf-Steinhausner werden für die Funktion der stellvertretenden Vorsitzenden vorgeschlagen.

Gerhard Schwarzkopf lehnt die Kandidatur ab. Bernhard Winter, Kirsten Schubert, Peter Hoffmann nehmen die Kandidatur an.

Wulf Dietrich stellt den Antrag auf 3 StellvertreterInnen. Der Antrag wird mit 22 Ja-Stimmen, 0 Nein-Stimmen und 1 Enthaltung angenommen.

Alle drei Kandidaten stellen sich kurz vor.

Alle drei werden mit 21 Ja-Stimmen, 0 Nein-Stimmen und 2 Enthaltungen gewählt. Alle drei nehmen die Wahl an.

3. Wahl des erweiterten Vorstandes

Für die Kandidatur werden vorgeschlagen:

Kassenbericht vdää 01.01.2013 – 31.08.2013

Konto	Bank	Datum	Kontostand
Girokonto	Postbank Business Giro	01.01.2013	3 398,31
Sparbuch	Frankfurter Sparkasse	01.01.2013	46,21
Festgeldkonto	Postbank	01.01.2013	16 291,93
	Vermögen gesamt	01.01.2013	19 736,45
Girokonto	Postbank Business Giro	31.08.2013	2 545,67
Sparbuch	Frankfurter Sparkasse	31.08.2013	46,28
Tagesgeldkonto	Postbank	31.08.2013	23 291,93
	Vermögen gesamt	31.08.2013	25 883,88

EINNAHMEN		
Vereinsbeitrag 2012		512,98
Vereinsbeitrag 2013		36 723,37
Spende		1 160,00
Rundbrief (Abonnement & Verkauf)		52,00
Veranstaltungen (Brüssel, JHV)		7 228,00
Verkauf		0,00
Zinsen für Festgeld		0,00
Zinsen Sparbuch		0,07
	Summe Einnahmen	45 676,42
AUSGABEN		
Geschäftsstelle		- 27 601,55
Rundbrief 3 Ausgaben		- 5 789,66
Porto (ohne Rundbrief)		- 426,20
Veranstaltungen (Brüssel, Diskussionsveranstaltungen, JHV)		- 5 367,54
Werbung		- 0,00
Homepage		- 128,24
Bankgebühren		- 128,41
Sonstiges		- 87,39
	Summe Ausgaben	- 39 528,99
	Summe Einnahmen – Ausgaben:	5 797,43

Vermögen 31.08. – Vermögen 01.01.:
Einnahmen – Ausgaben:

25 883,88 – 19 736,45 = 6 147,43
45 676,42 – 39 528,99 = 6 147,43

1. Winfried Beck (Offenbach)
 2. Josephine Becker (Berlin)
 3. Michael Cremer (Mannheim)
 4. Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt/M.)
 5. Philipp Dickel (Berlin)
 6. Jörg Dolgner (Dinslaken)
 7. Ingelore Fohr (Düsseldorf)
 8. Constanze Jacobowski (Berlin)
 9. Michael Janßen (Berlin)
 10. Till Koch (Kiel)
 11. Klaus-Dieter Kolenda (Kiel)
 12. Thomas Kunkel (Berlin)
 13. Anna Kühne (Berlin)
 14. Eva Pelz (Dresden)
 15. Daniel Rühmkorf (Berlin)
 16. Dieter Scheuch (Dresden)
 17. Peter Scholze (München)
 18. Rudi Schwab (München)
 19. Gerhard Schwarzkopf (München)
 20. Jürgen Seeger (Frankfurt/M.)
 21. Jan-Peter Theurich (Rheda-Wiedenbrück)
 22. Benjamin Wachtler (Berlin)
 23. Andreas Wulf (Frankfurt/M.)
 24. Susanne Zickler (Swisttal)
- Jürgen Seeger stellt den Antrag, dass der erweiterte Vorstand auf 24 Personen festgelegt wird. Der Antrag wird mit 22 Ja-Stimmen, 1 Enthaltung angenommen.
- Alle nehmen die Kandidatur an bzw. haben vorab erklärt, dass sie kandidieren würden. Alle Kandidaten werden in einem Wahlgang mit 22 Ja-Stimmen und 1 Enthaltung gewählt. Alle nehmen die Wahl an.

4. Wahl von zwei Kassenprüfern

Gerhard Schwarzkopf schlägt Ingeborg Oster und Edgar Thimm für das Amt des Kassenprüfers vor. Ingeborg Oster und Edgar Thimm nehmen die Kandidatur an. Die beiden Kassenprüfer werden mit 22 Ja-Stimmen, 0 Nein-Stimmen und 1 Enthaltung gewählt. Beide nehmen die Wahl an.

TOP 6 andere Anträge

Es gibt keine weiteren Anträge.

TOP 7 Sonstiges

Es gibt nichts Sonstiges.

Wulf Dietrich schließt die Sitzung um 12:30 Uhr

Berlin, 20. Oktober 2013

Wulf Dietrich

(1. Vorsitzender)

Nadja Rakowitz (Protokoll)



Tätigkeitsbericht

des vdä-Vorstands 2013 (11/2012 bis 09/2013)

1. Schwerpunkte

Im vergangenen Jahr hatte unsere Arbeit zwei Schwerpunkte: die internationale Sicht auf andere Gesundheitswesen und die Frage der Planung und der Finanzierung der stationären Krankenversorgung.

Vom 24. bis 28. Februar waren wir mit einer Delegation vom vdä und medico international in Athen und Thessaloniki, um uns über die Auswirkungen der europäischen Sparpolitik auf die medizinische Versorgung Griechenlands zu informieren. Wir haben in *»Gesundheit braucht Politik«* über diese Fahrt ausführlich berichtet. Die Auswirkungen der Krise auf die gesundheitliche Versorgung war eines der Schwerpunktthemen unserer Arbeit in diesem Jahr. Der Blick über den Gartenzaun unseres doch immerhin einigermaßen gut funktionierenden Gesundheitswesens hat uns wieder gezeigt, wie wichtig der Blick auf die Auswirkungen von

politischen Veränderungen auf die medizinische Versorgung ist. Nur durch allgemeinpolitisches Engagement können wesentliche Veränderungen im Gesundheitswesen durchgesetzt werden. Das hat uns dann auch unsere vdä on tour nach Brüssel gezeigt. Die Jahreshauptversammlung 2013 wird sich mit dem Thema Europa in der Krise – Auswirkungen auf die medizinische Versorgung beschäftigen.

Im deutschen Gesundheitswesen ist aktuell die finanzielle Schieflage der Krankenhäuser und damit die Gefährdung der stationären Versorgung das Hauptproblem. Schuld an dieser Schieflage sind die alleinige Vergütung der stationären nach DRGs und die ausstehenden Investitionszahlungen der Länder. Deshalb haben wir uns auf die Kampagne gegen DRG konzentriert. Im späteren Verlauf kam die Auseinandersetzung mit den pauschalierend Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) hinzu. Es ist festzustellen, dass die Finanzierung der Krankenhäuser zunehmend als

politisches Problem erkannt wird. Dieses Problem wird sicher in der kommenden Zeit noch heiß in den politischen Auseinandersetzungen diskutiert werden.

Die Bundestagswahlen sind vorbei. Gesundheitspolitik hat im Wahlkampf nur eine untergeordnete Rolle gespielt. Die FDP wird zukünftig nicht mehr im Bundestag vertreten sein. Wir können feststellen, dass das ein gutes Ergebnis für das Gesundheitswesen ist. Die FDP war der Haupttreiber für Privatisierung, Ausweitung der PKV und mehr Marktwirtschaft im Gesundheitswesen. Bis zum Ende des Wahlkampfes gab es einen Schulterchluss von KVen und Ärzteverbänden mit der FDP, wie es sich in einigen gemeinsamen Wahlveranstaltungen zeigte.

Der Ärztetag und praktisch alle Standesorganisationen haben sich gegen die Einführung einer Bürgerversicherung gestellt. Nach der Wahl ist dieses Thema wahrscheinlich vom Tisch. Es ist allenfalls noch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrundlage möglich. Wir werden sehen.

»Zwei Arbeitsschwerpunkte des vdä 2013: internationale Sicht auf Gesundheitswesen und Planung und Finanzierung der stationären Krankenversorgung.«

Das Thema Flüchtlinge, Menschen ohne sicheren Aufenthaltsstatus und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge hat uns zunehmend beschäftigt. Es wird auch weiterhin ein brennendes soziales Problem sein. Der vdää wird sich in dieser Frage auch weiterhin gemeinsam mit anderen Organisationen engagieren.

Der vdää hat sich im vergangenen Jahr deutlich verjüngt. Wir stehen vor einer Übergangsphase, in der die alten Hasen die jungen Nachfolger einführen müssen. Aber den Übergang sollte es dann in zwei Jahren bei den nächsten Wahlen zum Vorstand geben.

2. Geschäftsstelle

Hier können wir nur die Ausführungen der vergangenen Jahre wiederholen: Die Geschäftsstelle und damit Nadja Rakowitz arbeitet nach wie vor extrem zuverlässig und bringt uns mit eigenen Vorstellungen und Vorschlägen weiter. Sie ist der Anlaufpunkt für viele Anfragen und Verteiler von Informationen und weit mehr als das administrative Zentrum. Sie ist jetzt das Informationszentrum des vdää. Es wäre wünschenswert, sie von den reinen Verwaltungsaufgaben etwas zu entlasten. Häufig vertritt sie den vdää auf Veranstaltungen. Leider entspricht ihre Vergütung, trotz einer außertariflichen Gehaltserhöhung, immer noch nicht ihrem Einsatz. Es gab im vergangenen Jahr Probleme um die Höhe der Gehaltsauszahlungen. Diese waren bedingt durch zu hohe Abführungen an die Sozialversicherung. Das Problem wurde in langwieriger und schwieriger Nacharbeit vom Finanzverantwortlichen geklärt.

3. Homepage / Facebook

Die Homepage wurde auf eine neue Datenbankversion upgedatet. Sie sieht jetzt moderner aus. Vorschläge zur Verbesserung des Aussehens oder der Inhalte werden aber gerne noch entgegen genommen. Der Newsletter erscheint regelmäßig, sieht im Moment aber wegen des Updates der Homepage noch nicht optimal aus, er soll weiter verbessert werden.

Interessant ist die Zugriffsrate im Internet auf unsere Verlautbarungen: An der Spitze der Zugriffe stehen die Informationen »Wir über uns«, Satzung der Vorstand etc. von den inhaltlichen Beiträgen steht mit 3989 Zugriffen ist immer noch der Text von Winfried Beck Über »Ärzte und Folter« von 2007, dicht gefolgt von der Kritik an der RWI-Studie durch Rudi Schwab mit 3473 Zugriffen. Unsere gesundheitspolitischen Stellungnahmen liegen bei 250-1000 Zugriffen. Unsere Homepage scheint aktuell zu sein; viele der Anfragen an den vdää laufen über Mitteilungen auf der Homepage.

Der vdää hat inzwischen auch einen Facebook-Auftritt, der von Thomas Kunkel (Mitglied des erweiterten Vorstands) betreut wird. Bisher tun wir uns mit der Pflege noch etwas schwer. Es wäre schöne, wenn unsere jüngeren Mitglieder aktiv an unserem Facebook Auftritt mitarbeiten würden. Wir haben im Moment 109 Likes. Einen Twitter account haben wir bisher nicht. Ob das sinnvoll für den vdää ist, muss noch diskutiert werden.

4. Mitgliederentwicklung

Im Jahr 2013 sind bisher neun Mitglieder aus dem Verein ausgetreten. Die Austritte erfolgten größtenteils nicht aus politischer Unzufriedenheit, sondern aus Altersgründen. Leider sind zwei von den diesen neun verstorben. 24 neue Mitglieder (letztes Jahr 14) sind bislang in diesem Jahr

hinzugekommen; erfreulicherweise auch dieses Mal darunter viele junge Leute. Seit 1996 gab es kein Jahr, in dem so viele neue Mitglieder eingetreten sind! Das bei der letzten MV ausgegebene Ziel, 50 neue Mitglieder zu werben, ist allerdings damit immer noch nicht erreicht worden. Der vdää hat jetzt 461 Mitglieder. Weiterhin muss das Werben neuer Mitglieder unbedingt ein Schwerpunkt unserer zukünftigen Arbeit sein. Und auch der Kontakt zu den Studentinnen und Studenten muss weiter intensiviert werden. Die Kommunikationsformen der neuen Medien sollten von uns intensiver genutzt werden.

5. Vorstandsarbeit

Hier kann nur der Bericht des Vorjahres wiederholt werden: Der erweiterte Vorstand besteht zurzeit aus 22 Mitgliedern. An den Vorstandssitzungen haben in der Regel ca. 25-30 Prozent der Mitglieder teilgenommen. Gegenüber den letzten Jahren geht die Teilnahme also spürbar zurück. Absichtlich haben wir die Zugangskriterien für den erweiterten Vorstand sehr weit definiert, um die engagierteren Mitgliedern näher an der Diskussion und Information zu halten. Dennoch ist die Zahl der Beteiligung an den Vorstandssitzungen manchmal frustrierend. Am Konzept, die Sitzungen alternierend in München, Frankfurt und Berlin sowie

»Das Thema Flüchtlinge, Menschen ohne sicheren Aufenthaltsstatus und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge hat uns zunehmend beschäftigt.«



Andreas Wulf und Wendy Savage



Nadja Rakowitz und Alexis Benos



Kirsten Schubert übersetzt beim Stadtrundgang für Wendy Savage und Alexis Benos

zur JHV abzuhalten, sollte festgehalten werden. Auch Mitglieder, die nicht dem Vorstand angehören, können/sollen bei Interesse an den Sitzungen teilnehmen. Vielleicht sollen wir die Sitzungen durch einen thematischen Schwerpunkt zur Gesundheitspolitik attraktiver machen. Positiv ist anzumerken, dass sich mehr Vorstandsmitglieder in die aktiv laufende Arbeit einbringen.

Der geschäftsführende Vorstand besteht aus drei Mitgliedern (Wulf Dietrich, Bernhard Winter, Gerhard Schwarzkopf-Steinhauser). Kommuniziert wird im geschäftsführenden Vorstand neben Email-Kontakten auch durch Telefonkonferenzen, die etwa alle 6 Wochen stattfinden.

Eines der zentralen Themen der Vorstandarbeit war im vergangenen Jahr die Ökonomisierung der Krankenhäuser und der Versuch, eine Kampagne gegen die DRG zu initiieren.

Ebenfalls zentral war dieses Jahr die Diskussion über die Konsequenzen der Austeritätspolitik in Südeuropa, besonders in Griechenland. Zu diesem Thema wurden mehrere, sehr gut besuchte Veranstaltungen durchgeführt.

»Ebenfalls zentral war dieses Jahr die Diskussion über die Konsequenzen der Austeritätspolitik in Südeuropa, besonders in Griechenland.«

6. »Gesundheit braucht Politik« (Rundbrief)

Seit 1/2012 erscheint viermal jährlich unser ehemaliger Rundbrief als Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik«. Herstellung, Druck und Versand haben sich gut eingespielt. Wir haben dieses Jahr bislang 3 Themenhefte gemacht: Zu Leuchtturmprojekten in der Medizin, zu Europa in der Krise und zur Ökonomisierung der Psychiatrie. Die Themenhefte sind so etwas wie das Aushängeschild des vdä. Wir sprechen mit der Zeitschrift Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen an. Es ist also keine Zeitschrift für den Bahnhofskiosk. Bisher stehen alle Hefte, auch das aktuelle, zum vollständigen Download auf der offenen Seite der Homepage. Die Anzahl der Downloads aus dem Internet hat sich gegenüber den früheren Rundbriefen bisher nicht erhöht. Das Heft zur Priorisierung ist bisher mit 1139 Downloads der Spitzenreiter.

Die Zusammenarbeit des Redaktionsteams konnte durch eine Redaktionskonferenz, auch als Telefonkonferenz, verbessert werden. Wir haben den Kaufpreis des Rundbriefes auf 5 Euro festgelegt, doch hat sich gezeigt, dass sich dieser Preis nur selten realisieren lässt. Wir müssen uns in

Zukunft Gedanken machen, wie wir in Zukunft den Vertrieb professionalisieren können. Weitere Vertriebswege müssen gesucht werden.

7. Programm

Das neue Programm des vdä wurde auf der vergangenen JHV verabschiedet. Redaktionelle Verbesserungen wurden vorgenommen. Es ist auf der Homepage einzusehen. Die Druckfassung ist in Arbeit, es fehlt nur noch das Titellayout. Eine Kurzfassung des Programms ist ebenfalls fertig. Sie wird als Layout-Entwurf auf der JHV vorliegen.

8. Aktivitäten

a. Ärztetag

Im Umfeld des Ärztetages in Hannover gab es diesmal wieder ein Treffen mit Delegierten – eine eigene Veranstaltung haben wir nicht mehr durchgeführt- und insbesondere mit jungen Kolleginnen und Kollegen des bvmd. Gerade mit diesen jungen Kolleginnen und Kollegen gab es eine lebhaftere Diskussion. Dagegen ist ein einheitliches Auftreten des Vereins oder als Verein auf dem Ärztetag nicht wahrnehmbar. Die Stimmung auf dem Ärzte-

tag war schlecht. Es herrscht der Eindruck, dass die Ärzteschaft immer weiter nach rechts abdriftet. Mit großer Mehrheit – aber immerhin 30 Prozent Gegenstimmen – wurde ein Papier zur zukünftigen Finanzierung der GKV verabschiedet, welches insbesondere den Weitererhalt der PKV und eine Art Kopfpauschale zum Ziel hat. Gleichzeitig wurde immer wieder der »demographische Faktor« bemüht, um die jetzige Finanzbasis der GKV in Frage zu stellen. Ein Gesundheitssparkonto soll den Übergang in eine kapitalgedeckte Versicherung ermöglichen. Einer Bürgerversicherung wurde eine klare Absage erteilt. Geld war letztlich das Hauptthema des Ärztetages.

Traurig war die Diskussion um die neue Weiterbildungsordnung: der am heftigsten diskutierte Punkt des Ärztetages war die Finanzierung der ambulanten Weiterbildung. Hier gab es einen harten Kampf zwischen KVB und mb. In einem »historischen Kompromiss« einigte man sich schließlich darauf, dass die ambulante Weiterbildung von den Kassen aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden soll und mindestens das Niveau des Tariflohnes der angestellten Ärzte betragen sollte. Wirklichkeitsferne Traumtänzeri.

Alles in Allem sehr enttäuschend und es fällt schwer, die Programmatik des vdää in diesem Umfeld zu vertreten.

b. »vdää on tour« – Fahrt Brüssel

Die Fahrt nach Brüssel am 11.–14. April war wieder einmal sehr lehrreich. Die Teilnehmerzahl war mit 26 TeilnehmerInnen wieder deutlich größer als in Schweden letztes Jahr. Die Ergebnisse sind im Rundbrief Nr. 2/2013 nachzulesen.

Für das kommende Jahr planen wir eine Fahrt nach Großbritannien. Der Termin wird 30. April bis 4. Mai 2014 sein. Für die Vorbereitung dieser Fahrt werden noch Mitstreiter gesucht.

c. Plattform für Globale Gesundheit & Mitarbeit in der Initiative »Weg mit PEPP!«

Der vdää ist nach wie Mitglied bei der Plattform für Globale Gesundheit, die für Anfang 2014 mit einer Veranstaltung nun zum ersten Mal öffentlich in Erscheinung treten wird.

Seit längerem wird im vdää, konkret im »Arbeitskreis Krankenhausbeschäftigte im vdää« überlegt, ob und wie man eine Kampagne zur Abschaffung der DRG organisieren könnte/müsste. Im Frühjahr haben sich VertreterInnen von vdää, attac, medico international, Soltauer Initiative und Notruf 113 in Frankfurt/M. getroffen, um die Möglichkeit einer solchen Kampagne auszuloten. Es gab Einigkeit darüber, dass das unbedingt notwendig ist, aber nicht auf die Schnelle aus dem »Boden zu stampfen«. In diesem Zusammenhang entstand dann die Idee, zuerst einmal eine Kampagne gegen die Pauschalierenden Entgelte in Psychiatrie und Psychosomatik zu initiieren, da hier – auch angesichts der Bundestagswahlen und möglicher politischer Veränderungen – noch die Möglichkeit besteht, etwas zu verhindern. Es entstand die Initiative »Weg mit PEPP!« (siehe: <http://www.weg-mit-pepp.de/>), die einerseits Unterschriften sammelt (am 5.10.2013: 5382 Unterschriften), andererseits am 9. Oktober eine Veranstaltung für Gesundheitspolitiker in Berlin durchgeführt, bei der diese noch einmal mit der Kritik der ExpertInnen konfrontiert wurden, um sie zur Umkehr zu bewegen.

Die DRG haben wir nicht aus den Augen verloren. Wir bleiben weiter dran an der Idee – und sind auf gutem Weg, weitere und mächtigere Mitstreiter zu finden. Wir halten die Mitglieder des vdää darüber auf der Homepage auf dem Laufenden.

e. Vorstandssitzungen

- 09.02.2013 in Berlin
- 25.05.2013 in Frankfurt/M.
- 01.09.2013 in München
- 18.10.2013 in Berlin (geplant im Rahmen der JHV)
- 20.11. in Frankfurt oder 1.12. in Aachen

f. Veranstaltungen des vdää

Thema: Zwischen Spardiktat und Selbstorganisation. Diskussionsveranstaltung zur Situation im Gesundheitswesen in Griechenland

Veranstalter: vdää, kein mensch ist illegal /hanau, medico international, express – Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit

ReferentInnen: Bernhard Winter (vdää), Kirsten Schubert (medico international)
12. März 2013, Frankfurt/M., ca. 30 TN

Thema: Griechenland krank gespart – Berichte von widerständiger Praxis und Solidarität im Gesundheitswesen in Griechenland und Deutschland

Veranstalter: vdää, AK Internationalismus IG Metall; Real De-

»Es herrscht der Eindruck, dass die organisierte Ärzteschaft immer weiter nach rechts abdriftet.«



Josephine Becker stellt die Solikampagne für die Beschäftigten der Charité vor





Kirsten Schubert und Wendy Savage

mocracy Now! Berlin/GR; medico international

ReferentInnen: AktivistInnen der solidarischen Klinik Thessaloniki: Theodoros Zdoukos & Vasilis Tsapas; Christos Giovanopoulos (Solidarity for All); Kirsten Schubert (medico international/vdää) 29. April 2013, Berlin, ca. 100 TN

Thema: Gesundheit in der Krise. Berichte von widerständiger Praxis und Solidarität im Gesundheitswesen in Griechenland und Deutschland

Veranstalter: vdää, AfP/express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit; kein mensch ist illegal/Hanau; medico international; No Troika Rhein-Main; Verein zur Förderung demokratischer Arbeitsbeziehungen und sozialer Gerechtigkeit

ReferentInnen: AktivistInnen der solidarischen Klinik Thessaloniki: Theodoros Zdoukos & Vasilis Tsapas & Eva Babalona; Marc Kappler (ver.di Baden-Württemberg, FB 03)

2. Mai 2013, Frankfurt/M., ca. 20 TN

Thema: Griechenland in der Krise – Auswirkungen der europäischen Sparpolitik am Beispiel des griechischen Gesundheitswesens

Veranstalter: vdää, Münchner Sozialforum, IPPNW München

Referenten: Pavlos Delkos (Forum Eurokrise), Wulf Dietrich (vdää), Paul Kleiser (Münchner Sozialforum), Peter Scholze (vdää)

18. Juli 2013, München, 70 TN

Thema: Die Zukunft der psychiatrischen Versorgung: Weiterentwicklung der Psychiatrienquete



NR, Wulf Dietrich und Bernhard Winter

oder Rückschritt durch Ökonomisierung

Veranstalter: vdää

Referenten: Dr. Grube (Psychiatrie Klinikum Frankfurt/Höchst), Hans-Ulrich Deppe (vdää) 21. August 2013, Frankfurt/M., 15 TN

Thema: Symposium Kritik der Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Veranstalter: vdää, ver.di Fachbereich 03 (Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen) und ver.di Fachbereich 04 (Sozialversicherung)

ReferentInnen: Michael Quetting (ver.di), Nadja Rakowitz (vdää), Peter Hoffmann (vdää), Elke Ferner (SPD), Alfons Vogel (CDU), Claudia Kohde-Kilsch (Die Linke), Markus Tressel (Bündnis 90/Die Grünen), Thorsten Eich (FDP)

5. September 2013, Saarbrücken, ca. 75 TN

Thema: Fachtagung Einwände aus den Fachverbänden zum geplanten Pauschalierenden Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

Veranstalter: vdää, attac, medico international, Paritätischer Gesamtverband, ver.di

ReferentInnen: Ulrich Niedermeyer, Rolf Rosenbrock, Sylvia Bühler, Michael Krömker, Nadja Rakowitz, Peter Kruckenberg

9. Oktober 2013, Berlin, ca. 50 TN

g. Veranstaltungen mit Referenten des vdää

BVMD Kongress in Kiel: verschiedene Workshops

Veranstalter: BVMD

Referenten: Kirsten Schubert, Nadja Rakowitz, Bernhard Winter 1.-2. Dezember 2012, Kiel, Universität, ca. 300 TN

Thema: Diagnose Kapitalismus

Veranstalter: redical M

Referentin: Nadja Rakowitz 7. Dezember 2012, Göttingen, 30 TN

Thema: Kartellrecht in der GKV

Veranstalter: ver.di Saarbrücken

Referentin: Nadja Rakowitz 11. Dezember 2012, Saarbrücken, 30 TN

Thema: PatientInnenbehandlung in der Krise – Unternehmen Krankenhaus? Zur Abrechnungspraxis nach DRGs

Veranstalter: Basisgruppe Medizin Göttingen

Referent: Peter Hoffmann 8. Januar 2013, Göttingen, 12 TN

Thema: Betrug im Gesundheitswesen

Veranstalter: 6. Fachtagung der KKH

Referent: Wulf Dietrich 21. Februar 2013, Hannover, 20 TN

Thema: Wer darf was wissen und wer darf wie handeln? Gesundheitsförderung im Spannungsfeld von individueller Freiheit und staatlicher Aufgabe

Veranstalter: Kongress Armut und Gesundheit

Referenten: Nadja Rakowitz, Bernhard Winter 6. März 2013, Berlin, ca. 70 TN

Thema: Krise im Gesundheitswesen in Griechenland

Veranstalter: Personalrat Klinikum Kassel
Referentin: Nadja Rakowitz
17. März 2013, Kassel, ca. 200 TN

Thema: Gespart wird am Leben. Der Kollaps des griechischen Gesundheitssystems

Veranstalter: DGB, Hans Böckler Stiftung

Referentin: Nadja Rakowitz, Kirsten Schubert
17. März 2013, Kassel, ca. 30 TN

Thema: Griechenland krank gespart – Berichte von widerständiger Praxis und Solidarität

Veranstalter: Bündnis solidarischen Gesundheitswesens

Referent: Bernhard Winter
13. Mai 2013, Karlsruhe, ca. 30 TN

Thema: Hauptsache Gesund? Untersuchung aktueller Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung

Veranstalter: Kritische Jurastudierende Hamburg / und Humanistische Union Hamburg

Referentin: Nadja Rakowitz
16. Mai 2013, Hamburg, ca. 45 TN

Thema: Kritik der politischen Ökonomie des Gesundheitswesens

Veranstalter: MediBüro Hamburg – Kongress

Referentin: Nadja Rakowitz
18. Mai 2013, Hamburg, ca. 75 TN

Thema: Diagnose: Kapitalismus

Veranstalter: Fachschaft Medizin Uni Marburg

Referentin: Nadja Rakowitz
23. Mai 2013, Marburg, ca. 30 TN

Thema: Diagnose: Kapitalismus – Zur Kritik der politischen Ökonomie des Gesundheitswesens

Veranstalter: Fachschaft Medizin Uni Leipzig

Referentin: Nadja Rakowitz
17. Juni 2013, Leipzig, ca. 50 TN

Thema: Hauptsache gesund! Krise und Überwachung/Kontrolle/Disziplinierung im Gesundheitsbereich

Veranstalter: Seminar für angewandte Unsicherheit

Referentin: Nadja Rakowitz
18. Juni 2013, Berlin, ca. 25 TN

Thema: Das neue Programm des vdää

Veranstalter: LDÄÄ Nordwürttemberg

Referent: Bernhard Winter
27. Juni 2013, Stuttgart, ca. 12 TN

Thema: Griechenland im Würgegriff

Veranstalter: Seminar der ISL

Referentin: Nadja Rakowitz

30. Juni 2013, Köln, ca. 45 TN

Thema: Krise im Gesundheitswesen in Griechenland

Veranstalter: Denkwerkstatt Interkulturelles Nachbarschaftsnetzwerk 55 plus

Referentin: Nadja Rakowitz
30. September 2013, Moers, ca. 20 TN

Thema: Buchvorstellung auf der Buchmesse: Gesundheit für Alle

Veranstalter: Mandelbaum Verlag

Referentin: Nadja Rakowitz
13. Oktober 2013, Frankfurt, ca. 20 TN

h. Anhörungen

Bei verschiedenen Anhörungen des Gesundheitsausschusses waren Mitglieder des vdää als Experten geladen.

i. Presseerklärungen 2012/2013

• 19.02.2013: Zu den geplanten Kürzungen der staatlichen Zuschüsse zum Gesundheitsfonds: Keine Haushaltssanierung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen

• 26.01.2012: Entwurf des Patientenrechtegesetzes – zu kurz geraten!

• 21.02.2013: Zur aktuellen Diskussion um die Finanzierung der Krankenhäuser: Die Bundespolitik sollte lieber die Krankheit kurieren, statt ihre Symptome zu bekämpfen

• 04.03.2013: Zur Krise des griechischen Gesundheitswesens (zusammen mit medico international)

• 15.04.2013: Zum OECD Bericht über stationäre Überversorgung in Deutschland: Deutschland weiterhin Spitze bei stationären Behandlungsfällen!

• 23.04.2013: Zum Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung: Unsozial und unausgegoren

• 26.05.2013: Zu Korruption bei ÄrztInnen: Jetzt sind wir dran! (Gemeinsame Erklärung mit Mezis)

• 09.06.2013: Zur möglichen Einstellung des »Bremer Brechmittelprozesses«: Eine Tat, ein Toter, aber kein Täter?

• 07.08.2013: Weg mit PEPP! Pauschalierende Entgelte in Psychiatrie und Psychosomatik nicht einführen!

• 20.08.2013: Zur Ablehnung von Krankschreibungen: Eine Konsequenz der Konkurrenz der Krankenkassen!

• 02.09.2013: Zur Rolle der Ärzteschaft in der Kampagne gegen die Bürgerversicherung

• 15.09.2013: Zur Übernahme von Rhön-Kliniken durch Fresenius: Größter Deal in der Krankenhauslandschaft – fast zwei Milliarden Euro werden dem Gesundheitswesen entzogen

j. Interviews und Anfragen

Es gab verschiedene Interviews mit Mitgliedern des vdää und mehrere Artikel mit unseren Stellungnahmen. Die SZ widmete Vorstandsmitglied Peter Hoffmann eine Seite 3.

k. Zusammenarbeit mit anderen Organisationen

Dieses Jahr haben wir einen Workshop beim Kongress »Ar-



Alexis Benos



Vorstandsarbeit...



Der neu gewählte geschäftsführende Vorstand des vdää: Bernhard Winter, Peter Hoffmann, Wulf Dietrich (& Nadja Rakowitz, Geschäftsführerin)

mut & Gesundheit« in Berlin machen können (Wer darf was wissen und wer darf wie handeln? Gesundheitsförderung im Spannungsfeld von individueller Freiheit und staatlicher Aufgabe). Thematisch scheint allerdings dieser Kongress nicht zu uns zu passen – oder wir nicht zu ihnen. Äußerst fraglich, ob wir im März 2014 wieder mit einem Workshop präsent sein werden. Wieder war der vdää auf dem Jahreskongress des Bundesverbandes der Medizinstudierenden (BVMD), der aber nicht so stringent organisiert war wie im vergangenen Jahr. Im Dezember 2013 werden wir wieder mit einem Workshop zur Ökonomisierung der Krankenhäuser präsent sein. Die Zusammenarbeit mit der Gewerkschaft, ver.di und dem DGB, ist gut und sollte weiter ausgebaut werden. Mit dem mb gibt es bisher keine Zusammenarbeit; vielleicht sollten wir auch da mal in Zukunft sehen, ob nicht partielle Zusammenarbeit möglich ist. Der vdää arbeitet bei der Plattform für Globale Gesundheit mit; das Europäische Manifest gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens haben wir europaweit lanciert, inzwischen sind wir auch Mitglied im Europäischen Netzwerkes gegen eine Kommerzialisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens. Aber viel ist in diesem Jahr dort nicht vorangegangen.

»Zunehmend wird unsere Kritik an den DRG auch von anderen Gruppierungen geteilt.«

9. Finanzen

Die Finanzlage ist weiterhin auf niedrigem Niveau stabil (siehe Finanzbericht). Die negative Seite unserer gesteigerten Aktivität ist die Tatsache, dass diese Aktivitäten auch etwas kosten. Der Verein zahlt keine Fahrtkosten an Mitglieder, weder zu Vorstandssitzungen noch zu Veranstaltungen. Unsere bisherige Einschätzung war, dass wir dieses Problem nicht werden über Beitragserhöhungen lösen können. Weitere Finanzierungsmöglichkeiten sind zu suchen. Erfreulich ist, dass schon jetzt viele Mitglieder den Förderbeitrag zahlen. Wenn wir den Verein politisch handlungsfähiger gestalten wollen, sind allerdings unbedingt weitere Mittel erforderlich. Der Verkauf unserer Zeitschrift ist bisher keine wesentliche zusätzliche Einnahmequelle, während ihre Produktionskosten gestiegen sind. Wir müssen uns in Zukunft Gedanken machen, wie man unsere Zeitschrift systematischer auch verkaufen kann.

Die vdää on tour-Fahrten sind jetzt realistischer geplant und daher kein Zuschussgeschäft mehr.

10. Ausblick

Die Bundestagswahl ist vorüber und die FDP als neoliberaler Antrieber nicht mehr dabei. Die Bürgerversicherung wird wahrscheinlich keine größere Rolle in der nächsten Zeit spielen. Die Situation an den Kliniken wird sich verschärfen. Der Mangel an

Pflegekräften wird zunehmen, die Fallzahlsteigerungen werden an ihre Grenzen stoßen. Deshalb wird die »Krankenhaukampagne« – wie immer sie konkret aussehen wird – in der kommenden Zeit sehr wichtig werden. Das wird eine Aufgabe des AK KH sein. Zunehmend wird unsere Kritik an den DRG auch von anderen Gruppierungen geteilt. Symptomatisch dafür das Deutsche Ärzteblatt 39 vom September 2013. Auch die Diskussion über die PEPs wird weiter andauern.

Unsere internationalen Kontakte sollten weiter intensiviert werden.

Der AK Niedergelassene (Berichte jeweils auf der Homepage) und der AK Krankenhaus laufen weiter – allerdings ein wenig schleppend. Alle Mitglieder sind zur Mitarbeit in diesen Arbeitskreisen eingeladen. Sitzungstermine kann man auf der Homepage und bei der Geschäftsstelle erfahren. Bei Interesse sind auch Arbeitskreise zu anderen Themen durchführbar. Möglichkeiten zur Einbindung unserer jüngeren Kolleginnen und Kollegen sollten erörtert werden. Die JHV 2013 bietet Möglichkeiten dazu.

Unsere Kammerarbeit sollte weiter diskutiert werden. Der Verein hat seine Wurzeln in der Arbeit der Ärztekammern, doch ist seine Präsenz in den Kammervertretungen geringer geworden. Unsere Erfolge auf dem Deutschen Ärztetag sind deutlich weniger geworden und das Klima, zumindest in einigen Kammern, hat sich wieder deutlich verschärft. Zunehmend werden KV Themen diskutiert und es geht hauptsächlich um das Geld.

Kontakte zu anderen Organisationen sollten weiter vertieft werden. Wir sollten zukünftig noch besser mit Organisationen, die im Gesundheitswesen oder im Sozialbereich arbeiten, zusammenarbeiten. Es ist oft überraschend, wie viele Gleichgesinnte man in anderen Gruppierungen finden kann.

14.10.2013
 Wulf Dietrich
 Bernhard Winter
 Gerhard Schwarzkopf
 Steinhauser

Vdää aktiv

Liebe Mitglieder, wenn Sie Interesse an einem der AK oder anderen Aktivitäten haben, dann melden Sie sich bitte bei der Geschäftsstelle: info@vdaee.de oder Fon 06181 – 432 348

AK Krankenhausbeschäftigte

Der AK trifft sich ca. dreimal im Jahr. Hauptthema ist im Moment die DRG-Logik, ihre Konsequenzen und Kritik und Alternativen.

Nächste Termine: am 18. Januar 2014 in Stuttgart und am 8. März 2014 in Frankfurt/M., jeweils 11.00 bis 16.00 Uhr

Verantwortlich: Peter Hoffmann und Gerhard Schwarzkopf

AK Niedergelassene

Der AK wird sich im nächsten Jahr wieder neu konstituieren. Themenvorschläge können noch eingebracht werden. Es soll u.a. ein Termin genutzt werden, um das »Gesunde Kinzigtal« zu besuchen und mit den Verantwortlichen zu diskutieren.

Die Termine werden auf der Homepage bekannt gegeben; in der Regel sind es Samstagstermine von 11.00 bis 16.00 Uhr.

Verantwortlich: Michael Cremer und Inge Lore Fohr

Workshop Gremienarbeit

Bei der JHV gab es die Anfrage von den jungen MedizinerInnen und Mitgliedern, einen Workshop über die kritische Mitarbeit in den Ärztekammern und über Ärzteopposition, aber auch über Mitarbeit in der KV gestern, heute und morgen zu machen bzw. die Grenzen und Sinnhaftigkeit des politischen Engagements auf diesen Feldern kritisch zwischen den Generationen zu diskutieren.

Termin: erstes Halbjahr 2014, Ort muss noch festgelegt werden

Verantwortlich: Wulf Dietrich

AK Flüchtlingsolidarität / Hungerstreik

Da der vdää in diesem Jahr mehrfach angefragt wurde wegen ärztlicher Unterstützung von Hungerstreikenden Flüchtlingen und weil wir davon ausgehen, dass das im Jahr 2014 weitergehen und die Situation sich möglicherweise auch zuspitzen wird, hat sich bei der JHV eine Gruppe zusammengefunden, die diese Situation und ethische, praktische, politische aber auch juristische Probleme diskutieren will. Es soll in diesem

Zusammenhang auch ein Positionspapier geschrieben werden.

Verantwortlich: Thomas Kunkel

Lokalgruppen

Bei der JHV wurde eine Liste ausgehängt mit dem Aufruf zur Gründung von Lokalgruppen im vdää. Die Termine für die Treffen finden sich jeweils auf der Homepage. Für folgende Städte haben sich Interessenten gemeldet:

Berlin

Verantwortlich: Michael Janßen und Kirsten Schubert

Rheinmain Region

Verantwortlich: Thomas Kunkel und Bernhard Winter

München

Verantwortlich: Wulf Dietrich, Peter Hoffmann und Gerhard Schwarzkopf

Rhein-Ruhr

Verantwortlich: Jörg Dolgner und Susanne Zickler

Interessierte für andere Städte und Regionen bitte bei der Geschäftsstelle melden.

vdää on tour: London

Wir werden vom 30. April bis zum 4. Mai nach London fahren und planen, dort sowohl das NHS kennenzulernen (Besuch eines GP, eines KH) und mit Beschäftigten und Gewerkschaftern zu diskutieren, als auch mit AktivistInnen von der Initiative »Keep Our NHS Public« und mit anderen gesundheitspolitischen AktivistInnen

Mitgliedsbeitrag für den vdää

Wir haben aber beschlossen, eine Selbsteinschätzung bei der Beitragshöhe einzuführen und schlagen deshalb folgende Beitragsregelung vor:

Der Beitrag für Studierende, Arbeitslose und RentnerInnen bleibt bei 3 €/Monat. Der Mindestmitgliedsbeitrag für Berufstätige (auch für Teilzeitbeschäftigte) bleibt weiterhin bei 8 €/Monat.

Darüber hinaus schlagen wir folgende Richtwerte zur Selbsteinschätzung vor:

AssistenzärztInnen werden gebeten, 12 €/Monat zu zahlen, Niedergelassene ÄrztInnen und angestellte FachärztInnen 20 €/Monat.



Warum als junge Ärztin/junger Arzt in den vdäa?

Es ist soweit: Das Studium neigt sich dem Ende zu, Du freust Dich, dass es bald losgeht, als »richtige« Ärztin bzw. »richtiger« Arzt zu arbeiten.

Nach den ersten Monaten im Beruf sieht der Tag aber auf einmal ganz anders aus als im PJ: Statt interessanter Einblicke und steiler Lernkurve gibt es Routine, statt Zeit für ein Anamnesegespräch lästige Mehrfachdokumentation. Statt anspruchsvoller Gespräche gehst Du schnell dazu über, nur das Nötigste von den Patienten abzufragen. Die Stationsarbeit verformt sich zu einem Getriebe, das laufen und am Laufen gehalten werden will: Aufnahmen, Untersuchungen anmelden, Entlassungen, Codieren – kurzum: Fließbandarbeit.

Und immer wieder springst Du ein, wenn mal wieder Ebbe im Wochenenddienstplan ist. Leere

Stellen in Deiner Abteilung werden nicht mehr nachbesetzt oder aus Kalkül offen gehalten, um die Personalkosten zu drücken. Der Chef bedauert, keine passenden Bewerber zu finden, ist aber vielleicht nicht wirklich traurig darüber. Ihm helfen eingesparte Personalkosten bei der Erreichung seiner Zielvereinbarungen – mehr Patienten bei weniger Kosten, so die simple Formel für die Bonuszahlungen am Ende des Jahres.

Dann steigt noch der Krankenstand des Pflegepersonals auf Eurer Station. Die Stimmung wird immer schlechter, alle sind gereizt und überarbeitet. Ein gemeinsames Frühstück, Supervision oder andere Strukturen für gegenseitiges Zuhören und Konfliktlösung – Fehlanzeige.

Eine examinierte Pflegekraft arbeitet im Spätdienst alleine mit einem Schüler. Klar, dass Du da mit anpackst bei den schwierigsten Tätigkeiten – das Umbetten adipöser immobiler Patienten, das Reinigen von Patienten während des Verbandwechsels. Das verbindet und dennoch: Bei den nächsten Tarifverhandlungen kämpft wieder jede Gruppe für sich. Die Verhandlungsposition der Ärzte ist stark – die Geschäftsführung weiß sehr wohl, was sie an Dir hat. Aber die Gelder für die Klinik sind gedeckelt – und was Deine Berufsgruppe sich erkämpft fehlt nachher den anderen...

Nach den ersten Jahren weißt Du, wie der Hase läuft, bist sicher im Klinikbetrieb und längst auch den

wichtigsten Notfällen gewachsen. Was bleibt, ist die Unzufriedenheit: Muss der Klinikalltag denn so sein? Läuft es an anderen Kliniken anders? Oder in anderen Ländern? In Norwegen soll es toll sein, aber Auswandern ist ja auch keine Patentlösung, zumal nicht in einer Lebensphase, in der Familienplanung und andere Verbindlichkeiten anstehen...



Warum in den vdäa?

Auch wir im Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte fragen uns, warum in einem der teuersten Gesundheitssysteme der Welt für die Beschäftigten aller Berufsgruppen würdige Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Patientenversorgung immer schwieriger werden. Wir sind Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, in Krankenhäusern

und Praxen tätig, wir erleben die Entwicklung im deutschen Gesundheitssystem sehr kritisch und wollen kritischen Positionen im Gesundheitswesen Gehör verschaffen.

Der Dialog und Austausch der Beschäftigten aller Berufsgruppen untereinander ist uns dabei ein zentrales Anliegen. Wir versuchen außerdem regelmäßig einen gemeinsamen Blick über den Tellerrand zu wagen durch Reisen in andere Gesundheitssysteme, wie z.B. in den letzten Jahren in die Schweiz, die Niederlande oder nach Schweden.

Tendenzen der Privatisierung und Kommerzialisierung, Fragen der Medizinethik etwa zu Sterbehilfe oder PID diskutieren wir kritisch und oft auch mit komplett kontroversen Positionen. Wir sind parteipolitisch ungebunden, arbeiten aber zusammen mit anderen Organisationen zu einzelnen Themen, wie z.B. im Bündnis »Köpfe gegen die Kopfpauschale« mit ver.di/DGB und Campact!

Wir sind Medizinerinnen und Mediziner, die die Überzeugung eint, dass positive Veränderungen im Gesundheitswesen nicht von wechselnden Gesundheitsministern auf dem Silbertablett präsentiert werden, sondern mit solidarischer Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen erstritten werden müssen.

Es ist Zeit, sich einzumischen!

Information

Geschäftsstelle des vdäa | Nadja Rakowitz | www.vdaae.de | www.facebook.com/vdaae