

**39. Tagung der Kammerversammlung  
am 8. November 2008, 9.00 Uhr**

**TOP 2      Aktuelle Probleme der Gesundheits- und Berufspolitik  
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze**

**Ärzte als politische Kämpfer**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
in diesen Tagen über die aktuelle gesundheitspolitische Lage zu berichten, gestaltet sich nicht gerade einfach. Das Jahr 2008 ist in vielerlei Hinsicht ein historisch bedeutsames Jahr. Die deutsche Einheit wurde volljährig und damit auch die Sächsische Landesärztekammer.

Turbulenzen aller Orten, der Sozialstaat hat sich übernommen und versucht, natürlich gegen Widerstände, manche „Wahl-Wohltat“ zurückzunehmen. Wir Ärzte sehen uns einer straffen politischen ‚top down‘-Verwaltung und Rationierung ausgesetzt sowie mit einer gnadenlosen Durch-Ökonomisierung konfrontiert. Der ärztliche Behandlungsauftrag, der bisher aus der individuellen Patient-Arzt-Beziehung abgeleitet wurde, erfährt einen mehrstufigen administrativen Überbau nach dem SGB V.

Das Jahr 2008 erlebte auch deshalb die größte Demonstration der Angestellten in den Krankenhäusern, darunter viele Ärzte, zur Rettung der Krankenhäuser. Grundsätzlich ist das Problem der Krankenhausfinanzierung aber nicht gelöst. Insbesondere die zurückhaltende Investitionsbeteiligung der Länder wirft noch viele Fragen im Hinblick auf die Sicherstellung einer wohnortnahen stationären Versorgung und die fortschreitende Privatisierung von Krankenhäusern auf. Unsere Forderungen nach einer ausreichenden Finanzierung der Personal-, Neben- und Weiterbildungskosten wurden zwar gehört, sind aber noch nicht umgesetzt. An diesem Thema werden wir dran bleiben. Gespräche haben wir nach der Sozialministerin auch mit dem Ministerpräsidenten aufgenommen.

2008 ist auch das Jahr mit der ersten Honoraranhebung nach über 20 Jahren für die niedergelassenen Ärzte, wobei noch unklar ist, wie viel davon Netto tatsächlich ankommt.

Gleichzeitig ist die Altersgrenze von 68 Jahren gefallen, sodass die niedergelassenen Kollegen künftig noch länger arbeiten dürfen. Ob sie das auch wollen, bleibt fraglich, denn viele Ärzte möchten sogar schon vor dem 65. Lebensjahr in Rente gehen.

Das Problem des fortschreitenden Ärztemangels löst man damit jedenfalls nicht. Auch nicht mit einer viel zitierten Schwester AGNES. Sie kann den Arzt zwar bei Hausbesuchen entlasten, wenn es sich um delegierbare Leistungen handelt, doch die letzte Verantwortung bei der Behandlung bleibt beim Arzt. Eine gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde dazu im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Insbesondere unser Vizepräsident hat sich in diesen Fragen engagiert auf Landes- und Bundesebene mit Erfolg eingebracht. Wir lehnen grundsätzlich eine Substitution ärztlicher Leistungen durch Leistungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe ab.

Übrigens wird das Modell der AGNES inzwischen auch in die ländlichen Regionen der alten Bundesländer exportiert. Ein déjà vu dürfte dort aber ausbleiben, da die Kollegen keine Erfahrungen mit Gemeindeschwestern sammeln konnten.

Aktuell sind laut Krankenhausgesellschaft Sachsen rund 300 ärztliche Stellen in den sächsischen Kliniken nicht besetzt. Die Hälfte davon im Raum Chemnitz.

Die Sächsische Landesärztekammer setzt beim Thema Ärztemangel deshalb auf eine Verbesserung der Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit und den frühzeitigen Kontakt mit Studenten. Dazu führen wir Veranstaltungen in Dresden und Leipzig durch und planen Veranstaltungen für sächsische Weiterbildungsassistenten im Januar 2009.

Die Gewinnung von Medizinstudenten und Ärzten aus Österreich ist daneben nur ein kleiner Baustein zur Linderung eines hausgemachten Problems. Die Ihnen bekannten finanziellen Förderprogramme für die Niederlassung und für Studenten haben bisher teilweise positive

Ergebnisse erzielt. So gehört Torgau-Oschatz inzwischen nicht mehr zu den von Unterversorgung betroffenen Regionen.

Ganz nebenbei wurde 2008 auch ein Gewebegesetz mit zum Teil kuriosen Resultaten verabschiedet: nun gehören zum Beispiel Augenhornhäute zu den Arzneimitteln! Fachleute sind jedenfalls unglücklich über derlei Gesetzgebung, hat sie doch mehr Fragen aufgeworfen als gelöst.

Gegenwärtig erleben wir die größte Finanzkrise seit 1929. So mancher macht sich jetzt nicht unberechtigt Sorgen um sein Ersparnis, seine Rente und um seine Gesundheit vielleicht auch. Man braucht kein Prophet zu sein, um festzustellen, dass der Finanzwirtschaftskrise eine Wirtschaftskrise und weltweite Rezession folgen wird.

Dass die Rente nicht unbedingt sicher ist, wissen wir seit den Prognosen zur demografischen Entwicklung. Jetzt haben wir die Auswirkungen dieses Prozesses schwarz auf weiß. Der Sächsische Landtag hat vor drei Jahren eine Enquete-Kommission zur wissenschaftlichen Untersuchung der demografischen Entwicklung in Sachsen eingesetzt. Der vorliegende, 400 Seiten umfassende, Bericht beleuchtet alle Politikfelder: von Arbeit über Bildung, Soziales und Gesundheit sowie Forschung und Entwicklung bis hin zu Verkehr und Verwaltung.

Fazit 1: Der demografische Wandel ist durch keine Maßnahme aufzuhalten. Er kann nur abgebremst werden.

Fazit 2: Wir befinden uns bereits auf dem Weg in eine überalterte Gesellschaft. Im Jahr 2020 wird ein erster Höhepunkt erwartet, weil dann eine große Zahl an Menschen aus der Berufstätigkeit ausscheidet, ohne dass eine adäquate Zahl an Menschen in das Erwerbsalter hineinwächst. Die Folgen sind Fachkräftemangel und eine extreme Belastung der Sozialsysteme.

Bedingt wird der demografische Wandel vor allem durch einen seit Jahren anhaltenden Geburtenrückgang und eine Abwanderung (vor allem junger, gut ausgebildeter Frauen, die ihre Kinder dann jedenfalls nicht in Sachsen bekommen).

Für den Gesundheitsbereich wurde festgestellt, dass es zwar eine höhere Lebenserwartung und stärkere ältere Jahrgänge gebe, die Kosten aber dadurch nicht anstiegen. Einzig die Zunahme der Multimorbidität führe zu Mehrkosten, so der Bericht.

Vor allem die Fragen rund um ein Altern in Gesundheit sind wesentliche Punkte bei der Entwicklung von Konzepten zur Demografie.

Für die Sächsische Landesärztekammer sind diese Erkenntnisse nicht neu. Und an dieser Stelle komme ich um eine Anerkennung für dieses Haus nicht herum. Denn: bereits vor zwei Jahren haben wir ein Gesundheitsziel „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Selbstbestimmung“ initiiert, maßgeblich entwickelt und 2008 in den Gesundheitszielekatalog von Sachsen aufnehmen lassen.

Für die Gesundheitsziele in Deutschland konnten wir den entscheidenden Impuls auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm setzen. Die demografische Entwicklung wird an den sächsischen Grenzen nicht halt machen. Es wird der Sächsischen Landesärztekammer gelingen, dieses Ziel auch bundesweit zu verankern, damit der Prozess einer länderübergreifenden Realisierung dieses Zieles in Gang kommen kann.

Es gibt genau genommen nur drei Wege, um den demografischen Wandel sowie dessen Folgen zu bremsen:

- mehr Kinder,
- mehr Zuwanderung (von Fachkräften) und
- eine längere Lebensarbeitszeit.

Andere Maßnahmen greifen zu kurz, weil sie nicht die Ursachen beseitigen, sondern nur die Symptome behandeln. Dies gilt vor allem für Korrekturen auf der Einnahmen- und Ausgabe-seite unserer Sozialsysteme.

Das Beschreiten dieser drei Wege erfordert vollkommen neuartige Konzepte

- zur Familienplanung,
- zur Bildung,
- zur Integration,
- zu den Karrierewegen und

- zur gesundheitlichen Versorgung von Kindern, Frauen und Männern vor, im und nach dem Berufsleben.

Mehr, meine Damen und Herren, kann ich Ihnen heute dazu nicht berichten, denn das würde unseren Zeitrahmen sprengen. Nur noch so viel: Gerade die Möglichkeiten einer Vereinbarung von Familie und Beruf (Karriere) werden auch bei der Gewinnung von jungen Ärzten eine immer größere Rolle spielen.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, kommen wir zu den Änderungen, die ab 2009 in Deutschland anstehen: Gesundheitsfonds, Fallpauschalen, elektronische Gesundheitskarte und nicht zu vergessen Gendiagnostikgesetz sowie Patientenverfügung.

Anhand dieser Aufzählung merken Sie, dass im engeren Sinne ärztliche Themen gegenüber den in erster Linie politischen Themen nach hinten rutschten. Leider möchte ich sagen, denn Fragen zur Früherkennung und Vorsorge von Krankheiten, zur Diagnostik und auch Fragen am Lebensende liegen uns Ärzten näher als Fragen der Krankenversicherung oder der Krankenhausfinanzierung.

Gegen alle Bedenken der Fachleute hat der Gesetzgeber die Einführung eines Gesundheitsfonds beschlossen. Der einheitliche Beitragssatz wurde gegen das Votum der Krankenkassen auf 15,5 Prozent festgelegt und ein rechtlicher Rahmen zur Insolvenz von Krankenkassen geschaffen. Damit ist ab kommendem Jahr mit einem Wettbewerb unter den Krankenkassen vor allem um Preise und (Mindest-)Leistungen zu rechnen. Die Anzahl der Krankenkassen wird sich weiter reduzieren und, so das unausgesprochene Ziel von Ulla Schmidt, vermutlich eine Einheitskrankenkasse herausbilden.

Die Bundesärztekammer hat der Bundesregierung in diesem Zusammenhang vorgeworfen, bei der Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes der Krankenkassen den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten weitgehend außer Acht zu lassen. Denn die Regierung legt nur nach wirtschaftlicher Opportunität und haushaltspolitischer Machbarkeit fest, wie viel Geld für die Versorgung der Patienten ausgegeben werden darf.

Wenn dem so ist, dann hängt die Versorgung der Patienten künftig vom Spardiktat der Finanzpolitiker ab und der tatsächliche Versorgungsbedarf gerät völlig aus dem Blick.

Die Bundesgesundheitsministerin ging sogar so weit, zu sagen, der jetzt festgelegte Beitragssatz könne auch 2010 stabil bleiben. In diesen Zeiten einer globalen Finanzkrise den einheitlichen Beitragssatz auf Jahre hinaus für unveränderlich zu erklären, zeugt nach meiner Meinung von wenig Weitsicht oder davon, Defizite in der Patientenversorgung ganz bewusst in Kauf zu nehmen. Sollte es schon im nächsten Jahr eine Erosion bei den Einnahmen der Krankenkassen geben, wird das zwangsläufig den Rationierungsdruck im Gesundheitswesen weiter erhöhen.

Die Umstellung der Krankenhäuser auf Fallpauschalen wird die finanzielle Belastung der Kliniken nicht nur in Sachsen weiter erhöhen. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle öffentlichen Einrichtungen dem Druck standhalten können und privatisiert oder insolvent werden. Bereits heute erwirtschaften 30 Prozent der Kliniken in Deutschland Verluste. Das ist in der jetzigen Finanzkrise besonders prekär, denn die Krise führt zu Engpässen bei der Bereitstellung von Krediten.

Rund 200 Krankenhäuser laufen unter tariflichen Ausnahmebedingungen. Die Investoren stehen bereits vor der Tür. Dabei gilt für mich die Maxime einer Drittelung der Trägerschaften in Sachsen, um Monopolbildungen im Kliniksektor zu vermeiden. Denn Krankenhausmonopole führen zwangsläufig zu Preisdumping und Preisdiktaten mit entsprechenden Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit und die Qualität der Versorgung. Die Kollegen in den privaten Einrichtungen werden für sicher gutes Geld in Fesseln gelegt. Die Entscheidungen treffen dann Krankenhausverwaltungen.

Für 2009, Insider sprechen von 2012, ist auch die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Deutschland vorgesehen. Dieses Prestigeprojekt der Bundesregierung ist mittlerweile um mindestens drei Jahre hinter dem ursprünglichen Zeitplan zurück.

Sachsen hat sich von Anfang an konstruktiv an den Tests der neuen Kartengeneration beteiligt, um so frühzeitig auf Fehler hinweisen zu können. Diese Strategie hat sich bewährt.

Allerdings werden wir auf den tatsächlichen medizinischen Nutzen der elektronischen Systeme noch eine Weile warten müssen, denn Sachsen wird als eines der letzten Bundesländer mit den elektronischen Gesundheitskarten und der Technik ausgestattet.

Die elektronische Gesundheitskarte bietet neben dem Passbild derzeit keine neuen Einsatzmöglichkeiten. Davon profitieren in erster Linie die Krankenkassen und nicht die Ärzte. Die Zurückhaltung der Versicherten bei der Speicherung des Notfalldatensatzes auf der Karte in den Testregionen besteht immer noch. Auch die Fragen zum Datenschutz sind noch nicht endgültig geklärt. Besonders wichtig für uns Ärzte sind medizinisch sinnvolle Anwendungen für eine effektive ärztliche Tätigkeit im Sinne der Patienten ohne Beeinträchtigung der Klinik- oder Praxisabläufe.

Für 2009 stehen noch weitere wichtige Gesetzesänderungen an, die unsere ärztliche Tätigkeit wesentlich tangieren: ein Gendiagnostikgesetz sowie die Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen einer Patientenverfügung.

Es gibt aktuell drei Entwürfe zur Patientenverfügung, die in den Bundestag eingebracht wurden. Diese unterscheiden sich im Wesentlichen in folgenden Punkten:

1. Notarielle Beglaubigung und 5-Jahres-Frist der Erneuerung sowie Begrenzung auf hoffnungslose Fälle (Bosbach),
2. unbefristete, jederzeit gültige schriftliche Patientenverfügung nach Prüfung auf Anwendbarkeit auf konkreten Fall durch Arzt oder Betreuer (Stünker),
3. Verfügungen gelten immer, Inhalte sind aber „Wünsche“, die bei gegenteiligen ärztlichen Entscheidungen per Gericht ausgesetzt werden können (Zöller).

Die Leitsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer indes enthalten bereits alle notwendigen ärztlich-ethischen, juristischen und spirituellen Erörterungen bzw. Erkenntnisse sowie Handlungsmaximen zu diesem Problemkreis (Flyer liegen im Foyer aus).

Und aus ärztlicher Sicht ist die aktuelle Rechtslage bei konsequenter Anwendung und unter Beachtung der ärztlichen Kompetenz ausreichend, um Patienten ein Lebensende mit unerträglichen Schmerzen und eine Behandlung gegen deren Willen zu ersparen.

Dennoch bedarf es vor allem noch des Ausbaus der palliativen Versorgung und der Schmerztherapie. Gute Beispiele dafür gibt es in Sachsen mit sogenannten Brückenteams, Palliativstationen und Hospizen. Und die problematischen Fälle entstehen zumeist dort, wo die Kommunikation zwischen den Akteuren nicht optimal funktioniert.

Eine Bürokratisierung bei den Patientenverfügungen ist aus meiner Sicht strikt abzulehnen, denn Vormundschaftsrichter und bestellte Betreuer lösen die menschlichen Probleme am Lebensende nicht. Letztlich sind es wir Ärzte, die in diesen schwierigen Situationen eine Mittlerfunktion einnehmen müssen. Sterben gehört zum Leben. Sterben ist nicht normierbar, sondern immer individuell.

Sehr geehrte Damen und Herren, die Bundesregierung bereitet auch ein Gendiagnostikgesetz vor. Die erste Lesung dazu fand Ende Oktober 2008 statt. Dieser Gesetzentwurf beinhaltet gute Ansätze, aber auch gravierende Schwächen. Zu begrüßen ist die Verankerung des Arztvorbehalts bei prädiktiven genetischen Untersuchungen. Das Gesetz stellt auch klar, dass niemand wegen seiner genetischen Eigenschaften diskriminiert werden darf.

Es ist aus meiner Sicht nur folgerichtig, dass genetische Untersuchungen auf Verlangen eines Arbeitgebers oder eines Versicherungsunternehmens grundsätzlich verboten sind. Weitere wichtige Forderungen der Ärzteschaft wie die Verankerung eines Rechtes auf Nichtwissen und die Freiwilligkeit der Teilnahme an genetischen Untersuchungen sind in dem vorliegenden Entwurf ebenfalls berücksichtigt worden.

Der Gesetzentwurf enthält aber auch eine Reihe von Regelungen, die korrekturbedürftig sind. Dazu gehören die weit in das ärztliche Berufsrecht hineinreichenden Regelungen zur Qualitätssicherung, zur Prüfung der Qualifikation von Ärzten im Hinblick auf Weiterbildung und Fortbildung sowie zur Feststellung des allgemein anerkannten Standes von Wissenschaft und Technik, denn sie lassen die verfassungsrechtlichen Zuständigkeitsbereiche außer Acht.

Nach dem Grundgesetz fallen diese Vorschriften in die Kompetenz der Länder, nicht aber in die des Bundes. So obliegt nach den Heilberufsgesetzen der Länder die Festlegung der Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte zur genetischen Beratung den Landesärztekammern.

Zu begrüßen ist die Forderung des Bundesrates, den Anwendungsbereich des Gesetzes im Bereich der vorgeburtlichen Diagnostik – analog zur Konzeption des Regierungsentwurfes – auf genetische Analysen zu beschränken. Da gerade die nicht-genetischen vorgeburtlichen Untersuchungen beispielsweise mittels Ultraschall oder dem sogenannten Triple Test insbesondere im späten Stadium einer Schwangerschaft zu erheblichen Konfliktsituationen und einem entsprechend großen Bedarf für eine ausführliche Aufklärung und Beratung einer Schwangeren führen können. Ich denke, dass die Ärzteschaft im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ihre Positionen weiterhin deutlich machen wird. Dazu bedarf es auch der Unterstützung durch unsere Fachausschüsse.

Sehr geehrte Damen und Herren, es ist sehr viel in Bewegung und wir, die berufsständische Vertretung der sächsischen Ärzte, müssen in diesem Auf und Ab unsere ureigensten Anliegen permanent vertreten, damit unsere Freiberuflichkeit und unser Arztbild im Interesse der Patienten nicht unter die Räder kommen. Dazu müssen wir mit den politischen Entscheidungsträgern um einen hohen Stand der medizinischen Versorgung ringen.

Dieser ständige Einsatz kostet Kraft und Zeit, Zeit die im Beruf oder in der Familie fehlt. Der Vorstand weiß, wovon ich spreche. Gerade deshalb möchte ich mich bei Ihnen für das engagierte ehrenamtliche Mitwirken in den Gremien der Sächsischen Landesärztekammer bedanken.

Aber wir können auch nicht an allen Fronten gleichzeitig kämpfen, sondern wir müssen uns auf Schwerpunkte und unsere Stärken besinnen. Dazu gehören insbesondere die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung, die medizinische Versorgung sowie die Rahmenbedingungen der Berufsausübung unter Berücksichtigung des Allgemeinwohls und der Patienteninteressen.

Bei der ärztlichen Fort- und Weiterbildung haben wir auch durch unsere intensive Ausschussarbeit ein gutes Niveau der inhaltlichen und organisatorischen Umsetzung erreicht. In diesem Jahr wurden bereits 2.000 Fortbildungszertifikate erteilt und eine Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen zum Datenaustausch bezüglich der Fortbildungszertifikate getroffen. Zugleich erfolgt eine verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Heilberufskammern auf dem Gebiet der Fortbildung.

An dieser Stelle geht mein besonderer Dank an die Mitglieder der Sächsischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung.

Die große Zahl der Prüfungen in der Weiterbildung aufgrund des Ablaufs der Übergangsbestimmungen konnte Dank des Weiterbildungsausschusses und der Mitglieder der Prüfungskommissionen ohne Verzögerungen gemeistert werden.

Eine Studie zu den Rahmenbedingungen für die Weiterbildung in Sachsen ergab eine überwiegend positive Einschätzung der Weiterbildungsassistenten. Sie finden die Studienergebnisse im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft März/2008.

Durch eine intensive Vernetzung unserer Ausschussarbeit gelingt es auch immer besser, die Arbeit zu effektivieren. Das positive Feedback bei allen Ausschuss-Vorsitzenden bestärkt uns auf diesem Weg. Eine kontinuierliche Umsetzung durch gemeinsame Beratungen und Fortbildungsveranstaltungen wird durch die Sächsische Landesärztekammer angestrebt, um weitere Synergieeffekte zu nutzen.

Die ärztliche Ausbildung obliegt in erster Linie natürlich den Hochschulen. Dennoch haben wir verstärkt den Kontakt zu den Studierenden gesucht. Studentenvertreter sind zeitweise in unseren Ausschüssen präsent und können so ihre Sicht zu anstehenden Problemen einbringen. Gleichzeitig binden wir so frühzeitig junge Kollegen an die Kammer. Aber auch zu den Hochschulen halten wir verstärkt den Kontakt. Und nicht zuletzt durch unser Engagement ist es gelungen, einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Dresden zu schaffen.

Sorge bereitet uns der kampagnenhafte, galoppierende Bologna-Prozess, der die deutsche Hochschullandschaft nachhaltig zu deren Ungunsten verändern wird. Unsere Ausbildungsausschüsse in Land und Bund, gestützt auf Beschlüsse deutscher Ärztetage, lehnen den Bachelor oder Master in der ärztlichen Ausbildung ausdrücklich ab. Wir fordern den Erhalt des durchgehenden Hochschulstudiums.

Ja, meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, „der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur und immer wieder haben geistvolle Köpfe darüber nachgedacht, was eigent-

lich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft das Wesentliche ist“.

Diese von dem Medizinhistoriker Hermann Kerchensteiner rhetorisch gestellte Frage müssen wir heute – zumindest vorläufig – leider so beantworten: Wissenschaft und Handwerk haben überlebt, Kunst und Liebestätigkeit wurden zurückgedrängt, Krankheiten sind ein Geschäftsgegenstand, und Ärzte gehören als von Krankenkassen bezeichnete Leistungserbringer zur Wertschöpfungskette für merkantile Gewinninteressen.

Dieser Befund steht im krassen Gegensatz zum Arztbild der Ärzteschaft. Wir Ärzte wollen unseren Beruf mit allen seinen Facetten im Interesse der Menschen erhalten. Und wie wir aus der von der Sächsischen Landesärztekammer in Auftrag gegebenen Studie zum Gesundheitszustand wissen, sind die sächsischen Ärzte mit ihrer ärztlichen Tätigkeit trotz hoher Belastung sehr zufrieden. Und sie fühlen sich global eingeschätzt gesund. Aber wir Ärzte sind unzufrieden mit sich ständig ändernden Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien (nachzulesen im „Arzteblatt Sachsen“, Heft 7 und 10/2008). Der kranke Mensch muss wieder im Mittelpunkt des Gesundheitswesens stehen. Es obliegt uns, dafür auf allen politischen Ebenen zu kämpfen.

Vielen Dank!