

DOKUMENTE DER FREIHEIT

***FORUM
FREIHEITLICHE MEDIZIN e.V.
MÜNCHEN***

„Gewidmet den Opfern von politischer Arroganz,
Ignoranz und Willkür“

Dr. Ikonomidis

Herausgeber: Dr. med. Stauros Ikonomidis

ISBN: 3-00-008273-X

F.F.M. e.V., Heimeranstraße 51, Postfach 120820, 80033 München

Tel. 089 / 5 40 74 20-0/1, Fax 089 / 5 40 74 20-9

Internet: www.ffmev.de, E-mail: info@ffmev.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Detlev Parr und Wolfgang Zöller Vorstellungen der Parteien über die Gesundheitspolitik in der Zukunft	6
Symposium der Vertragsärztlichen Bundesvereinigung in Berlin, 22. und 23. März 20002	8
Wilfried Beckmann Zukunft des Gesundheitswesens	10
Ernst Bergemann Der Patient – Mittelpunkt eines reformierten Gesundheitssystems	13
Wilhelm Hankel Geld, Markt und Gesundheitswesen	16
Bärbel Keim-Meermann Die Arzthelferin als wichtigstes Bindeglied zwischen Patient und Arzt	22
Eva Märtson Partnerschaft und Gesundheit – ein grundlegendes Patientenbedürfnis	24
Ulrich Vorderwülbecke Im Zentrum kontroverser Diskussionen: Pharmaindustrie und Gesundheitswesen	26
R. Machens Sozialgesetzbuch, EBM, Kassenabrechnung – im Widerspruch zum Grundgesetz? ...	31
Was will die Vertragsärztliche Bundesvereinigung	40

„Wer seine individuelle Ethik von sozialpolitischen Zwängen verbiegen lässt, hat die Scheiter im Kopf und ist nichts als ein subaltern Vollstrecker von Vorgaben anderer.“

Ekkehard Ruebsam-Simon, BÄ 43/2002

Vorwort

Liebe LeserInnen,

Sowohl die BT-Wahlen 2002 wie auch unsere Bundesversammlung im Jahre 2001 haben bewiesen, was die Sozialdemokratische Partei Deutschlands und die Partei Bündnis 90/Die Grünen von den Bürgern dieses Landes halten.....

Seit Monaten haben wir uns um Referenten aus diesen Parteien bemüht. Vergeblich! Der S.P.D.-Mann Dr. Schröder, Staatssekretär im BMG ist buchstäblich in letzter Minute abgesprungen und die Chamäleongenossen (schließlich ist ein Chamäleon etwas ganz natürliches...!) hätten keine Zeit, um zu uns kommen. Es ist vielleicht ein Versäumnis von uns gewesen, dass wir Herrn Gysi nicht dazu gebeten hatten, denn er hat zumindest zugegeben, er habe eine Menge über Demokratie im DBT gelernt...! Ob die anderen zwei Parteien auch mal so weit sein werden, dazu lernen zu können ist eine offene Frage. Deswegen finden Sie in dem vorliegenden Heft nur noch einen Auszug aus dem Protokoll unserer Bundesversammlung, welcher in einer sehr kurzen Form die Vorstellungen der FDP und der Union enthält. Diese Vorstellungen sind leider auch nicht zeitgerecht und vermögen unserer Meinung nach das Gesundheitswesen im Lande nicht einer echten Reform zuzuführen und somit auf eine neue gesunde Grundlage zu stellen. Wenn die Schröder-Regierung in puncto GKV noch nicht soweit gegangen ist wie in der Rentenversicherung, so deshalb, weil man meint, die Manipuliermasse Ärzteschaft mit Hilfe der Kollaborateure unter uns weiterhin als Heloten halten zu können. Das Gesundheitswesen in Deutschland stellt einen Kompetenzwirrwarr dar und ist deshalb absurd geworden. Es ist ferner bankrott, weil es nicht imstande ist, seine Kosten zu decken, weshalb es schon längst den Vergleich hätte beantragen sollen. Darüber hinaus ist es menschenverachtend, demokratiefeindlich und somit verfassungswidrig! Diese Dinge stellen excellente Wissenschaftler im Lande fest und trotzdem finden sich immer noch KollegInnen, welche diesem Unsystem die Stange halten! Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass sich der Vorstand der BÄKA (Bundesärztekammer, nicht eingetragener Verein der Landesärztekammern) laut auch über eine Privatisierung der GKV denkt (Drucksache 1-2 des diesjährigen ÄT in Rostock, 2002).

Wir haben somit ein sehr großes verfassungsimmanentes Problem, welches darin besteht, dass unsere Verfassung (lex generalis) mit Formulierungen, wie zum Beispiel: Näheres regelt ein Gesetz, dem gesetzgeberischen Wildwuchs (lex specialis) nicht Einhalt gebietet und für viele Ungereimtheiten und gerichtliche Auseinandersetzungen sorgt.

In diesem Heft finden Sie zum größten Teil eine Dokumentation über das von der Vertragsärztlichen Bundesvereinigung am 22.-23.03.2002 veranstaltete Symposium mit dem Titel: Patient und Arzt, Zukunft einer wichtigen Partnerschaft, soziale Sicherheit, Selbstverantwortung, Kostenerstattung. Der Pressesprecher der V.B.V., Herr Kollege Machens,

hat sich sogar die Mühe gemacht, eine Zusammenfassung für die Eiligen unter Ihnen zu schreiben, wofür ich herzlich danken möchte. Wenn Sie dieses Büchlein gelesen haben, werden Sie feststellen, dass die von uns größtenteils initiierte und unterstützte V.B.V. auf dem richtigen Weg ist, dem Gemeinwohl einen sehr großen Dienst zu erweisen. Wenn man noch die mit einem einmaligen Engagement von der V.B.V. ergriffene Initiative einen „Gesetzentwurf“ der Professoren Hankel und Schachtschneider am 06.09.2002 in der Bundespressekonferenz öffentlichkeitswirksam zu präsentieren, kann man nur noch feststellen, dass die V.B.V. tatsächlich viel mehr als ihre Pflicht für unser Volk tut. Sie wirkt außergewöhnlich uneigennützlich für einen Ärzteverband und dies ist einmalig in der Geschichte der BRD. Bis heute hat kein Ärzteverband und keine Bundesärztekammer derartige bis zur letzten Konsequenz reichende Arbeit vorzuweisen! Das berühmte „Blaue Papier“ der Deutschen Ärzteschaft aus den achtziger Jahren mutet nur noch als ein Anachronismus im Vergleich mit der in diesem Gesetzentwurf implementierten revolutionären Erneuerung der Krankenversicherung in unserem Lande an. Deshalb trägt das im Hanserbuch-Verlag erschienene und von der V.B.V. herausgegebene Buch den Titel „Revolution der Krankenversicherung, Prinzipien, Thesen und Gesetz“, Verfasser Wilhelm Hankel, Karl Albrecht Schachtschneider und Angelika Emmerich-Fritsche.

Vorliegendes F.F.M.-Büchlein besiegelt eine zehnjährige Arbeit von uns allen für das Gemeinwohl, für die Freiheit, für unsere Kranken und für alle Heilberufler in Deutschland. Auch ohne die Anerkennung der Gemeinnützlichkeits bekommen zu haben, sind wir über die bisherige Arbeit sehr stolz. Helfen Sie uns, wie Sie können, diese Arbeit weiterhin fortzusetzen.

Dr. Ikonomidis

Dr. Joachim Treppmann
Vorsitzender der V.B.V.

München im September 2002

„Viele Ärzte vertreten die Philosophie des unpolitischen neutralen Wissenschaftlers, der nicht in die Niederungen der Politik hinabsteigt. Dabei ist Medizin per se eine politische Wissenschaft, das heißt, die Behandlung von Menschen geschieht immer im sozialpolitischen Raum und ist interessegebunden. Man kann als Arzt nicht politikfrei agieren, schon gar nicht als Vertragsarzt. Dies dämmerst allmählich auch manchen Ärzten, die im Netz des Sozialrechts zappeln.“

Zitat von Ekkehard Ruebsam-Simon,
aus DÄ 43/2002

Vorstellungen der Parteien über die Gesundheitspolitik in der Zukunft

Auszug aus dem Protokoll der Bundesversammlung des F.F.M.e.V. vom 20.10.2001:

Referat von Herrn Wolfgang Zöllner, (CSU/MdB):

Herr Zöllner begrüßt nun seinerseits die Anwesenden. Er stellt zu Beginn seines Referats fest, dass im Zusammenhang mit Gesundheitsreformen zu wenig über Inhalte und die Finanzierungsproblematik gesprochen würde. In diesem Zusammenhang weist er auf den medizinischen Fortschritt und insbesondere auf die demographische Entwicklung hin (so seien z.B. allein auf letztere innerhalb der zurückliegenden 30 Jahre 2,6 Beitragssatzpunkte zurückzuführen).

Er gibt zu bedenken, dass die Krankenkassen in der Vergangenheit zu wenig für chronisch Kranke getan hätten (über Risikostrukturausgleich zu finanzieren); hier sei für die Zukunft eine verheerende Entwicklung zu befürchten. Hingegen würden 5-6% für die Verwaltung ausgegeben: Geld, das für die Patienten fehle. Hier weist er darauf hin, dass es volkswirtschaftlich gesehen keine Rolle spiele, wo das Geld ausgegeben werde; die entscheidende Frage sei: von wem und wie werden die Ausgaben finanziert?

Das derzeitige Gesundheitssystem ist umlagefinanziert, zu fordern wäre eine Entkoppelung von den Lohnzusatzkosten. Neben Wegen wie in England (Wartelisten) oder USA (rein marktwirtschaftlich) wäre ein Mittelweg zu favorisieren: mehr Markt und mehr Patientensouveränität. Der Staat, der in den letzten Jahren zu viel reglementiert hätte, sollte sich mehr zurücknehmen; doch wären staatliche Impulse bei der Prävention zu begrüßen. Ein Bewusstseinswandel in der Bevölkerung sei erforderlich: Primär sei er selbst (der Patient) für seine Gesundheit verantwortlich.

Gesundheitsbewusstes Verhalten sollte honoriert werden (Einführung von Selbstbehalt-Tarifen); bei Arzneimitteln sei an eine prozentuale Zuzahlung zu denken.

Bei der Verantwortungsfreiheit für Leistungserbringer wird die Abschaffung jeglicher Budgetierung gefordert (Diagnose- und Therapiefreiheit als Merkmal des freien Arztberufs).

Geradezu revolutionär mutet die Forderung nach Abschaffung des Medizinischen Dienstes der Kassen an. Da dieser interessengeleitet sei, schlägt Herr Zöllner stattdessen eine Art medizinischen TÜV vor; auch sieht er hier eine besondere Verantwortung des Staates.

Zum Schluss zitiert Herr Zöllner Ludwig Erhard, wonach er sich „aus eigener Kraft bewähren ... und für sein Schicksal verantwortlich sein“ möchte, doch der Staat dafür zu sorgen hätte, dass „dies möglich ist.“

Referat von Herrn Detlef Parr, (FDP/MdB):

Im Hinblick auf die Budgetierung räumt er ein: „Wir haben viele Fehler gemacht.“ Der Staat solle nur noch Rahmenbedingungen setzen, da die Heilberufler in der Lage seien, selbst Entscheidungen zu treffen. Er fordert mehr Flexibilität und mehr Wahlfreiheit für die Versicherten (diese seien zu 90% in einem Zwangssystem zu finden, was wiederum zu viele Schutzbedürftige darstelle).

Im Vergleich mit den Niederlanden (60% gesetzlich, 40% privat versichert) sieht er eine Zielvorgabe: Man müsste eine Grundversorgung definieren, die die Pflichtversorgung absichert, sozusagen obenauf könnte man dann noch ein Wahlpaket setzen.

Der Risikostrukturausgleich sollte zurückgefahren und nicht, wie derzeit, ausgedehnt werden. Wir bräuchten mehr Transparenz und Wettbewerb, so dass es letztendlich möglich wäre, dass auch eine Krankenversicherung in Konkurs gehen könnte...

Auch wäre es widersinnig, dass wir in der Mitte Europas unser Gesundheitssystem derart abschotten würden. Das Werbeverbot für Ärzte müsse gelockert werden, so dass auch der Arzt über seine Qualifikation informieren könnte. Ähnlich wie Herr Zöllner sieht auch Herr Parr in Leitlinien zur Qualitätssicherung lediglich Empfehlungen; wichtig sei die Therapiefreiheit des Arztes. Desgleichen sind Parallelen beider Parteien hinsichtlich Präventionsmaßnahmen und dem Prinzip der Eigenverantwortung festzustellen: Sowohl dem Einzelnen als auch der Familie könne mehr abverlangt werden.

Die FDP plädiert dafür, den Arbeitgeberbetrag auszuzahlen sowie ein Gesundheitskonto anzulegen. Auch müsste unser Gesundheitssystem europa-kompatibel gemacht werden, z.B. könnten Krankenhausleistungen im Ausland erbracht werden. Die Chancen der Informationstechnologie seien ebenfalls zu nutzen, beispielsweise für neue Versorgungskonzepte.

Zusammenfassend sieht Herr Parr vier Säulen eines zukünftigen Gesundheitssystems:

Stärkung der Eigenverantwortung

Wettbewerb

Ausweitung der Wahlfreiheit

Gegnerschaft zu Dirigismus bzw. staatlicher Bevormundung

Im jetzigen System sei längst keine Solidarität mehr vorhanden, der Vollkasko-Mentalität müsse Einhalt geboten werden. Zum Schluss bringt er seine Hoffnung zum Ausdruck, dass auch in der Bevölkerung ein entsprechender Bewusstseinswandel Platz greifen möge.

Symposium der Vertragsärztlichen Bundesvereinigung in Berlin, 22. und 23. März 2002

(Zusammenfassung durch Dr. Machens)

Vorbemerkung: Die Gesundheitsministerin (SPD) hat es leider abgelehnt, einen Vertreter zu schicken.

Referat Guido Westerwelle (Bundesvorsitzender der FDP):

Ein Systemumbau des Rentensystems habe begonnen, aus der Sicht der FDP zu bürokratisch, aber sei als erster Schritt zu begrüßen. Dies müsse nun auch im Bildungs- und im Gesundheitssystem geschehen. Dabei handle es sich um typisch liberale Grundforderungen. Die FDP sehe ihre Fehler von früher ein und wolle Kostenerstattung. Die FDP hofft auf die Mithilfe der Ärzte und wünscht der Vertragsärztlichen Bundesvereinigung viel Erfolg.

Wolfgang Lohmann (Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion):

Als Nachredner nach Guido Westerwelle zog der CDU-Vertreter die Glaubwürdigkeit des FDP-Vorsitzenden etwas in Zweifel. Die FDP war immer dabei bei den bisherigen Entscheidungen früherer Regierungen! Auch die bisherige eigene Selbstverwaltung der Ärzte habe vieles mitverschuldet! Das Einkommen der Ärzte sinkt. Der Leistungsanteil für Praxen sinkt - wer sage das noch öffentlich? Die CDU sage das ganz klar.

Die KVen seien Wettbewerbshindernisse: es ginge nicht, daß gute Ärzte wirtschaftliche Probleme bekommen nur wegen nicht funktionierender Honorarverteilung unter den Ärzten! Einziges Kriterium für Honorar des Arztes sollte in Zukunft seine Leistungsfähigkeit sein. Heute verdienten viele gute Ärzte schlecht und manche schlechten gut.

Die CDU/CSU will mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen mit weniger Paragraphen! Sie hat ein leistungsorientiertes Vergütungssystem (die Kostenerstattung in der GKV 1998 unter Seehofer) eingeleitet, das von der rot-grünen Regierung sofort gekippt wurde! Dies alles stehe auch seit Jahren im Programm von CDU und CSU. Die Abschaffung der KVen steht nicht im Programm, ein Einkaufsmodell der Kassen wird abgelehnt.

Die CDU ist für ein Kostenerstattungssystem! Ein weiteres Problem dabei seien die „Verwaltungswasserköpfe“. 1995 über 1000 Krankenkassen, jetzt hätten wir noch über 300.

Diskussion:

In der anschließenden Diskussion bat Frau Elster (VV Bayern) Herrn Lohmann, in der Politik endlich einmal klarzumachen, daß es keine Ärzteschwemme gäbe, sondern einen zunehmenden Ärztemangel mit hoher drop-out-Rate der Medizinstudenten. Dr. Heidi Schüller bedauerte, daß die Regierungsseite ständig der öffentlichen Auseinandersetzung mit dem Fachpublikum ausweiche.

Und ein auslandserfahrener Kollege: warum frage sich eigentlich niemand, warum in der

Schweiz die Gesamthonorare um 2/3 höher sind und die Ärzte dennoch 1/3 weniger Patienten behandeln?

Prof. Hankel entgegnete zur Frage nach einem Übergang auf ein anderes System, die Alternative zur Systemveränderung sei der Bankrott. Klaus Bohn - Vorstandsvorsitzender der Mannheimer Versicherung - riet zur Vorsicht beim Zerlegen des bestehenden Systems und wurde dann gefragt, warum denn die Private Krankenversicherung nicht mehr Kundschaft haben wolle. In diesem Zusammenhang kam die Frage von Frau Schüller: Warum haben sich die Psychotherapeuten in das marode System so rein gedrängt?

Der Patientenvertreter Ernst Bergemann forderte mehr als die bisherigen 5 Minuten pro Patient. Mit heftigen Worten wurde der Vertreter der CDU - ein wenig als Prügelknabe für die abwesenden SPD-Vertreter - für die Unterstützung des noch bestehenden Systems angegriffen. Im Willen, ein neues System zu schaffen, war große Einigkeit unter den aus dem ganzen Bundesgebiet angereisten Ärzten zu spüren. Da Freitag vormittag noch Sprechstunde zu halten war, waren noch nicht so viele der Berliner Mitglieder der Vertragsärztlichen Vereinigung bei dieser hochinteressanten Diskussion anwesend.

Detlef Parr von der FDP forderte noch einmal den Menschen mehr zuzutrauen und ihnen mehr Rechte für ihre Gesundheitsversorgung zuzugestehen. Deswegen ist die FDP auch gegen eine Erhöhung der Bemessungsgrundlage für die private Versicherung.

Der Arbeitgeberanteil für die Krankenkasse solle in Zukunft dem Arbeitnehmer selbst ausbezahlt werden.

Gesetze müßten in Zukunft besser durchdacht werden (Beispiel aut-idem!).

In der weiteren Diskussion kam der Vorschlag von Frau Dr. Schüller: Könnte nicht als Forderung mal eine generelle Selbstbeteiligung von 10% auf alle(!) Leistungen versucht werden?

Dr. Treppmann stellte fest: 80% der Arztkollegen können die hier diskutierten Fragen noch nicht vollständig nachvollziehen. Leider sei es eine Denkgewohnheit der Ärzte deskriptiv zu jammern. Wir Ärzte müssen in Zukunft klarer und offensiver unsere Visionen formulieren. Darin ist die VBV Vorreiter. Der Kreis der aktiven Nonkonformisten, die mit der VBV kooperieren, werde aber immer größer. Der VBV gab Frau Dr. Schüller den Tip, mit dem Druck der Medien den Politikern Veränderungen aufzuzwingen.

Die Frage, ob der einzelne Arzt seine Abrechnung lesen könnte oder ob er sein Honorar im voraus wisse, interessiere in der Bundeshauptstadt absolut niemanden unter den Entscheidern. Herr Lohmann von der CDU schilderte den politischen Entscheidungsprozess etwas salopp folgendermaßen: die Ärzte bringen uns lauter Details und kein einheitliches Konzept, wir Politiker verstehen es nicht und entscheiden dann aus dem Bauch heraus.

Auf die Frage nach den Arzneipreisen erläuterte Dr. Vorderwülbecke vom Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA), daß die Erforschung einer neuen Substanz inzwischen im Schnitt 800 Millionen € koste. Deutschland und Dänemark verlangen als einzige EU-Länder den vollen Mehrwertsteuersatz auf Medikamente.

Aber vor allem: Wenn ein Hersteller 10 € als Abgabepreis verlangt, kostet das Medikament in der Apotheke in Portugal 14 € und in Deutschland 22,50 €. Dieser Unterschied sei nur in den staatlichen Regelungen begründet, ohne daß die Hersteller Einfluß hätten!

Unvernünftige Politik ist es - laut Dr. Schüller - wenn unbezahlte Ehrenamtliche die Arbeit der inzwischen schlecht bezahlten Hauptberuflichen übernehmen sollen.

Dr. Weber aus Zürich referierte als Arzt und Manager über den Medix-Verbund, eine ärzteigene Aktiengesellschaft einer Gruppe von 60 Praxen, die freie Verträge mit einzelnen Kassen abgeschlossen hat, aber nicht gezwungen ist, mit jeder Kasse abzuschließen. Etwa 20% der Patienten der teilnehmenden Praxen nehmen an diesem Modell teil. 38% weniger Spalkosten im Kollektiv sind eine überzeugende Einsparung. Auch das nachts besetzte CallCenter für den nächtlichen Notdienst, das 60% der Fälle telefonisch erledigen kann, bietet eine erhebliche Qualitätsverbesserung für die Patienten und die Ärzte. Die Aktiengesellschaft Medix kauft außerdem Medikamente zentral und günstiger ein.

Längerfristig geplant ist die europaweite Bildung von Praxisnetzen mit einer ähnlichen Betreuungsphilosophie. Die Vertragsärztliche Bundesvereinigung unterstützt die Idee einer solchen Kooperation.

Einmal wöchentlich findet als Pflichtveranstaltung ein bezahltes (!) Fortbildungs- und Kooperationsseminar statt. Ärzte, die daran auf Dauer nicht teilnehmen, würden auf Dauer ausgeschlossen. Das Modell stieß auf extrem starkes Interesse unter den anwesenden Ärzten!

Dr. Wilfried Beckmann, Bundesvorsitzender Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V.

Zukunft des Gesundheitswesens

Eckpunkte zur Neustrukturierung des Gesundheitswesens – Reformkonzept der Zahnärzteschaft

Es ist nicht die Aufgabe der Zahnärzteschaft, detaillierte, komplexe Konzepte für ein zeitgemäßes Gesundheitswesen zu entwickeln. Das ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, eine Aufgabe der politischen Parteien im Dialog mit den Fachleuten und Beteiligten. Wir sind allerdings entschieden der Auffassung, dass wir Zahnärzte uns mit der Erfahrung aus unserer Praxis nachhaltig an diesem gesellschaftlichen Dialog beteiligen müssen. Dazu bedarf es klarer Eckpunkte.

Im Folgenden möchte ich erläutern, warum wir inzwischen zu der Auffassung gelangt sind, dass nur ein Neuanfang, ein neustrukturiertes Gesundheitswesen die drängenden Probleme lösen kann:

Die historisch gewachsene GKV des 19. Jh. entspricht nicht den aktuellen Ansprüchen unserer Gesellschaft. Diese muss für einen Kernbereich („große Risiken“) die Pflicht zur

Versicherung fordern, um sich vor der Erpressung durch Nicht-Versicherte zu schützen, die zu Lasten der Gesellschaft, ohne eigene Leistung, kostenfreie Behandlung einfordern.

Gleichzeitig haben sich die Erwerbsbiografien grundlegend geändert. Längst kann man nicht mehr davon ausgehen, dass man das ganze Berufsleben in einem Beruf, in einer Form der Berufstätigkeit verbleibt. Die traditionellen Grenzen zwischen „abhängig Beschäftigten“ und Selbstständigen werden immer fließender, der Wechsel immer häufiger. Arbeit wird immer mehr als projektorientiert definiert und damit auch projektbezogen organisiert. Die Kopplung der Krankenversicherung an die Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit ist deshalb seit langem antiquiert.

Gleiches gilt für die sogenannte paritätische Finanzierung. Sie ist im Kern nichts weiter als der Versuch, alte patriarchalische Vorstellungen aus dem 19. Jh. soweit wie möglich in ein Pflichtversicherungssystem zu übertragen. Uns ist heute klar, dass jeder Euro vom Arbeitnehmer verdient sein muss, dass jeder Arbeitgeber die finanzielle Rentabilität der gesamten Personalkosten zur Voraussetzung für den Erhalt und die Neueinrichtung von Arbeitsplätzen macht. Der Arbeitnehmer hat also entweder sein Gehalt plus Arbeitgeberanteil der Sozialabgaben erwirtschaftet oder sein Arbeitsplatz ist mittelfristig gefährdet. Wenn der Beitrag selbst erwirtschaftet ist, muss er auch ausgezahlt werden. Die aus dieser Konstruktion abgeleitete Einbindung der Arbeitgeber in die sogenannte Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen ist ebenfalls ein Fossil aus der Entstehungsphase der GKV. Ist der Versicherte nicht in der Lage selber seine Interessen in einer Krankenkasse zu vertreten? Es ist sein Geld, das für seine gesundheitliche Absicherung dort eingezahlt wird. Muss der Arbeitgeber heute bei der Verwaltung dieser Finanzen noch mitreden?

Die Gesellschaft ist - und das ist sicher der augenfälligste Aspekt - individualistischer und wohlhabender geworden. Die große Mehrheit der Bevölkerung nimmt sehr vielfältig am Wirtschaftsleben teil und trifft verantwortlich Entscheidungen von großer finanzieller Tragweite: Immobiliengeschäfte, Aktienhandel, Autokauf, alternative Formen der Alterssicherung usw.. Pflichtkassen mit einem einheitlichen Leistungskatalog sind deshalb keine zeitgemäße Antwort auf die Notwendigkeit einer Absicherung des Krankheitskostenrisikos.

Lange Jahre haben wir Zahnärzte geglaubt, das Gebäude der GKV könne stabilisiert und zukunftssicher gemacht werden, wenn jeder gleichsam seine Etagenwohnung bedarfsgerecht saniert und modernisiert.

Wir haben inzwischen erkannt, dass unser wegweisender und vom aktuellen Pflichtversicherungssystem unabhängiger Ansatz der Definition von Leistungsgrenzen durch Vertrags- und Wahlleistungen allein diese GKV nicht nachhaltig stabilisieren kann.

Nur eine Totalsanierung oder ein Neubau kann auf Dauer Stabilität versprechen. Die Statik des alten Systems ist grundlegend gestört.

Privatisierung der GKV und obligatorische Krankheitskosten-Versicherung

Welche Vorstellungen hat nun die deutsche Zahnärzteschaft von einem neuen System der Absicherung des Krankheitsrisikos? Unser Eckpunktepapier umfasst:

Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Obligatorische Krankheitskosten-Versicherung mit Kostenerstattung für den Kernleistungsbereich für jeden Bürger mit Befreiungsmöglichkeit bei Nachweis entsprechender Absicherung

Wir sind überzeugt, dass eine obligatorische Krankheitskosten-Versicherung, die von im Wettbewerb arbeitenden privatwirtschaftlich organisierten Unternehmen angeboten wird, die Basis eines neuen Gesundheitssystems sein muss.

Um den Anforderungen einer auf Subsidiarität und Solidarität begründeten Pflicht zur Versicherung zu entsprechen, sollen für die obligatorische Krankheitskosten-Versicherung folgende Grundsätze gelten:

- Einkommens- und risikounabhängige Beiträge, einheitlich innerhalb jeder Versicherung
- Härtefallentlastung durch staatliche Beitragszuschüsse und abgestaffelte Selbstbehalte
- Staatliche Familienförderung
- Aufnahme (Kontrahierungs-) zwang
- Kündigungs- (Diskriminierungs-) verbot
- Übertragbarkeit der Altersrückstellung

Definition eines Kernleistungsbereichs

Die obligatorische Krankheitskosten-Versicherung sichert einen Kernleistungsbereich ab.

- Der Kernleistungsbereich enthält die zur Absicherung der sogenannten „großen Risiken“ notwendige medizinische Versorgung.
- Über den Kernleistungsbereich hinausgehende Leistungen können individuell und eigenverantwortlich im Wahlleistungsbereich versichert werden.

Die Zahnärzteschaft nennt zur Ausgestaltung und Definition des Kernleistungsbereichs in der Zahnmedizin folgende Elemente:

1. Der Kernleistungsbereich wird durch versicherungstechnische Grenzen gegenüber dem Wahlleistungsbereich abgegrenzt.
2. Kostenerstattung und Selbstbehalt gelten auch im Kernleistungsbereich.
3. Sachverständigengremium zur Definition des Kernleistungsbereichs.

Wir sind davon überzeugt, dass auf dieser Basis eine am Stand der Wissenschaft und dem Individuum orientierte Zahnmedizin ohne vermeidbare Systemzwänge zu realisieren ist. So wird es möglich sein, unnötige Strukturen abzubauen und die durch die demografische Entwicklung und den wissenschaftlichen Fortschritt aufgeworfenen System- und Finanzierungsfragen zukunftsicher zu beantworten. Der Freie Verband wird sich an der dringend notwendigen Debatte über ein effizientes, transparentes System der solidarischen Krank-

heitskosten-Absicherung engagiert beteiligen. Die „Eckpunkte zur Neustrukturierung des Gesundheitswesens“ sind sicher keine Utopie, sondern eine Vision, die es zu konkretisieren gilt. Denn vermeintliche Utopien sind oft nur vorzeitige Wahrheiten.

Ernst Bergemann (Geschäftsführer des Onkologischen Patientenseminar Berlin-Brandenburg e.V.)

Der Patient – Mittelpunkt eines reformierten Gesundheitssystems

Lieber Dr. Treppmann, sehr verehrte Damen und Herren,
in der vergangenen Woche fand in Berlin der 25. Deutsche Krebskongress statt, auf dem wir Krebspatienten im Mittelpunkt standen. Auch die **Vertragsärztliche Bundesvereinigung** hat uns Patienten auf diesem Symposium in den Mittelpunkt gestellt, wofür wir uns herzlich bedanken. Erlauben Sie mir, dass ich uns kurz vorstelle.

Das Onkologische Patientenseminar Berlin-Brandenburg e. V. (OPS) im Universitätsklinikum der Berliner Charité ist eine Selbsthilfeorganisation Krebs in mehreren Bundesländern. Wir arbeiten nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), nach der Gesundheit körperliches, mentales und soziales Wohlbefinden ist.

Für das körperliche Wohlbefinden ist in erster Linie die Medizin verantwortlich. Patienten sind in der Regel keine Mediziner und haben ein großes medizinisches Informationsbedürfnis. Seit Gründung des OPS im Jahr 1992 organisierten wir mit der Berliner Charité, der Nord-Ostdeutschen Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie (NOGGO) sowie anderen Universitätskliniken und Krankenhäusern mehr als 200 medizinische Informationsveranstaltungen für Patienten und alle an der Krebsbehandlung beteiligten Berufsgruppen.

Unsere wichtigste gesundheitspolitische Aufgabe ist die Vernetzung der Selbsthilfe mit der Medizin. Deshalb haben wir in unseren Vorstand zwei führende Onkologen gewählt. Wir arbeiten nach demselben Konzept wie die Deutsche Krebsgesellschaft, die im Internet unter <http://www.krebsgesellschaft.de> über ihre Beratungsstellen, unter Broschüren und Patientenratgeber über einzelne Krebserkrankungen, über Diagnostik und Therapie, über Informationen zu klinischen Studien und zum Deutschen Krebsstudienregister oder über Methoden mit unbewiesener Wirksamkeit in der Onkologie informiert. Auch wir richten zur Zeit eine Studieninfothek für Krebspatienten ein und motivieren andere Patienten in Workshops und Seminaren zur Teilnahme an klinischen Studien. Ohne Forschung und Studien ist nach unserer Meinung kein Fortschritt in der Medizin möglich.

2. Doch die WHO definiert Gesundheit nicht nur als körperliches, sondern auch als „mentales Wohlbefinden“. Das lateinische Wort „mens“ bedeutet, ins Deutsche übersetzt, Denk-

kraft, denkender Geist, Verstand, Mut, Zorn, Leidenschaft. Es beinhaltet also alle die Eigenschaften, die zur Persönlichkeit eines Menschen gehören, sein Fühlen, sein Denken und sein Bewusstsein. Um mentales Wohlbefinden zu entwickeln, veranstalten wir Seminare zum Autogenen - Persönlichkeits - Training (APT).

Das Autonomietraining ist eine Methode zur Anregung der Eigenaktivität, zur Erreichung von Wohlbefinden, Sinnerfüllung sowie innerer und sozialer Sicherheit. Es aktiviert Gesundheitsressourcen und Eigenkompetenz, orientiert sich an epidemiologischen Untersuchungen und aktiviert Potentiale oder Faktoren, die in prospektiven Interventionsstudien zu verbesserter Lebensqualität und längerer Überlebenszeit führen. In Studien konnte gezeigt werden, dass physische Faktoren und medizinische Behandlungsmethoden mit der Selbstregulationsfähigkeit und der inneren Autonomie synergistische Wechselwirkungsbeziehungen aufweisen. (Grossarth-Maticcek, R., Systemische Epidemiologie und präventive Verhaltensmedizin chronischer Erkrankungen, de Gruyter 1999, Autonomietraining, de Gruyter 2000).

Die Veranstaltungen zu den verschiedenen Möglichkeiten der Krankheitsverarbeitung und Persönlichkeitsbildung stehen bei uns an zweiter Stelle. Die Zahl liegt seit Gründung im Jahr 1992 mit insgesamt < 200 nur etwas unter den medizinischen Veranstaltungen. Die Persönlichkeit des Patienten hat für uns einen sehr hohen Stellenwert, selbst dann, wenn er medizinisch nicht mehr geheilt werden kann.

Auch Musik, Malerei und Dichtkunst, nutzen wir zur Krankheitsbewältigung. Im vergangenen Jahr fanden im OPS insgesamt 222 Treffen von 10 Selbsthilfegruppen statt, darunter Gruppen zu „Bewegung, Körperwahrnehmung und Meditation mit Musik“, „Bewegung mit Musik“, „Malen und Modellieren“, „Wege zur Entspannung und Energieentwicklung“ sowie „Heilsamer Umgang mit Trauer“. Mit dem Berliner Sinfonie-Orchester (BSO) und dem Konzerthaus am Gendarmenmarkt sowie dem Ernst-Senff-Chor führten wir im Rahmen der weltweiten Konzerte zum Welthospiztag am 14. Oktober 2000 das Oratorium „Der Messias“ von Georg Friedrich Händel auf.

Oft bilden sich unter Patienten echte Freundschaften. Freunde, die nicht mehr geheilt werden können, lassen wir nicht allein. Die Hospizarbeit spielt in unserer Arbeit eine weitere wichtige Rolle. Mit Medizinern schreiben wir ein Buch „Verständnisvoll miteinander leben bis zuletzt“. In Seminaren diskutieren wir über Themen wie „Wer die Angst vor dem Tod verliert, hat mehr vom Leben“. Nah-Tod-Erlebnisse, wie sie in „The Lancet“ vom 15. Dezember 2001 auf Seite 2039 beschrieben werden, haben wir selber beobachtet.

Nach unserer Meinung muss Religion noch weitaus mehr sein als das, was wir Menschen bisher daraus gemacht haben.

Vier Bücher dokumentieren unsere Arbeit. Im ersten Buch „Krankheit und Kränkung, Eigenverlag 1996 (Bestellungen Geschäftsstelle OPS) beschreibt der Seelsorger und Psychotherapeut Eugen Drewermann die vielfältigen Zusammenhänge zwischen körperlicher Erkrankung und seelischer Kränkung.

Im zweiten Buch „Krebsmedizin 2000 - Perspektiven“, de Gruyter 2000, wird die Krebsmedizin der Zukunft von dem Schirmherren des Onkologischen Patientenseminars Berlin-Brandenburg e. V., Wolfgang Thierse, als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ definiert. Auf Seite 34 publizierten wir zum Thema „Religion - Medizin und Naturwissenschaft: Gibt es heute noch Gemeinsamkeiten?“ und auf Seite 38 über „Der Tod: Lehrmeister und Philosoph“.

Im dritten Buch der Landesarbeitsgemeinschaft Onkologie Brandenburg (LAGO) „Leben bis zuletzt - Finalversorgung von Tumorkranken“, (de Gruyter 2001) berichteten wir auf Seite 82 über unsere Form der Selbsthilfe, wenn einer von uns sterben muss.

Krebspatienten und Ärzte, Politiker (Regine Hildebrandt), Kassen und Psychologen, bemühten sich im vierten Buch „Selbsthilfe Krebs. Wege zur standardisierten Selbsthilfe“, (akademos Wissenschaftsverlag 2001), um Qualitätssicherung in der Selbsthilfe Krebs.

3. Damit sind wir beim letzten Punkt, dem Thema Ihres Kongresses: Gesundheit als soziales Wohlbefinden. Unter <http://www.aok.de/bundesverband/index.htm> im Internet teilte der AOK-Mediendienst am 13. März mit, dass die GKV im vergangenen Jahr 2001 ein 2,8 Milliarden Euro (5,48 Mrd. Mark) Defizit hatte. Die Arzneimittelausgaben stiegen um mehr als elf Prozent. Deshalb wurde ab dem Jahr 2002 versucht, durch Programme wie „off label use“ oder „aut idem“ die Ausgaben zu senken. Jeder hier im Saal weiß, dass dadurch das soziale Wohlbefinden bei vielen Patienten dramatisch gestört wurde. Doch die Arzneimittelkosten sind es nicht alleine. Der Pastpräsident der Deutschen Krebsgesellschaft, Prof. Dr. Lothar Weißbach schlug an demselben Tag vor, die KVen und Ärztekammern aufzulösen, um den Verwaltungsaufwand zu reduzieren. Wir wissen alle, dass die Bürokratie im Gesundheitswesen sehr viel Zeit und Geld kostet. Kein Wunder, dass für ärmere Patienten weder die Zeit noch das Geld reicht. Wer allerdings reich ist, bekommt sofort einen Termin und ein Privatrezept. Sind wir politisch und gesundheitspolitisch auf dem Weg in eine neue soziale Eiszeit?

Wir reden nicht, wir tun etwas. Wir wollen Integration, nicht Konfrontation, Evolution, nicht Revolution. Allein im Jahr 2001 organisierten wir 51 größere Veranstaltungen und hatten insgesamt mit 222 Treffen von 10 Selbsthilfegruppen mehr als 18.000 Kontakte. Alle diese Aktivitäten haben nur das eine Ziel, die soziale Isolierung von Krebspatienten zu überwinden. Schon jetzt laden wir alle Partner im Gesundheitswesen ein, neue Perspektiven für die Zukunft auf unserem „Bundeskongress Selbsthilfe Krebs“ vom 19.–20. Oktober im Universitätsklinikum Charité, Campus Virchow - Klinikum, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, zu entwickeln.

Nur gemeinsam können wir die Probleme der Zukunft lösen.

Geld, Markt und Gesundheitswesen

Ein System ruiniert sich selbst – und wie es marktwirtschaftlich saniert werden könnte

I. Der Missstand.

Deutschland leistet sich seit 120 Jahren den Luxus, Gesundheitssystem und Gesundheitsmarkt auf eine recht vertrackte Art zu trennen. Auf Seiten des medizinischen Angebots herrscht überwiegend Markt: Ärzte und Krankenhäuser stehen im Wettbewerb und sind gezwungen, ihren Praxis- und Krankenhausbetrieb betriebswirtschaftlich zu führen und finanzieren; kommunale Krankenhäuser freilich erst demnächst. Auf der Nachfrageseite beim Patienten dominiert dagegen das System: Ausgaben für Gesundheitsfür- und -vorsorge werden nicht in normalem Geld bezahlt, sondern in einem medizinischen Spezialgeld: dem von staatlich lizenzierten Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ausgegebenem Krankenschein, inzwischen ist er ein elektronisch verwertbarer Chip. Die Patienten erwerben diesen Universalbezugsschein auf medizinischen Service jedweder Art ohne Einzelbeantragung und -abrechnung quasi im Abonnement gegen monatlichen Abzug eines vom Staat festgesetzten GKV-Beitrages von ihrem Arbeitseinkommen, wobei die Hälfte vom Arbeitgeber übernommen wird.

An diesem Zustand haben sich beide Seiten, Patienten wie Therapeuten, gewöhnt. Nur haben sie darüber offenbar vergessen oder verdrängt, was er in Wahrheit bedeutet: eine Entmündigung, wenn nicht Entrechtung. Denn er sperrt vier Fünftel aller bei den GKV pflichtversicherten Deutschen und alle bei den GKV zugelassenen Ärzte und Krankenhäuser aus der Geld- wie Privatrechtsordnung aus. Den Therapievertrag schließen nicht mehr die beiden eigentlichen Kontrahenten, Patient und Arzt bzw. Krankenhaus miteinander ab, sondern beide Seiten mit einem Dritten: der GKV. **Diese regelt von außen, was nur die beiden unter vier Augen im Arztzimmer zu verhandeln haben:** für den Patienten regelt die Kasse, welche Therapie sie für ihn bezahlt und für den Arzt, welches Honorar er dafür bekommt. Es wird ihm über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ausgezahlt.

Das System hat solange zur Zufriedenheit aller funktioniert, wie es weder Streit über die Bezahlbarkeit von Leistungen noch die Angemessenheit von Honoraren gegeben hat, d.h. solange die Kassen selber gut „bei Kasse“ waren. Seit dies erkennbar nicht mehr der Fall ist – und das ist seit langem so – zeigt es jedoch seine fatale Schwäche: Es bindet die Finanzierung der Volksgesundheit an einen willkürlich abgegrenzten und zudem volkswirtschaftlich irrelevanten Teil des Volkseinkommens, nämlich die Lohnsumme jener Arbeitnehmer, die derzeit jährlich bis zu etwas mehr als 40.000 € verdienen. Weder lässt sich begründen, warum es diese Pflichtversicherungsgrenze gibt und nicht eine andere. Noch fataler ist jedoch, dass man damit **just jenes Segment des Volkseinkommens zur Bemes-**

sungsgrundlage der GKV-Beiträge und damit zur Finanzierungsgrundlage des Gesamt-Systems gewählt hat, das seit über einem Jahrzehnt kaum noch steigt, real sogar stagniert, während andere Teile desselben Volkseinkommens entweder kräftig expandieren - wie die Gewinne und Kapitaleinkünfte - und andere nicht erfasst werden können, wie die Einnahmen aus sog. Schwarzarbeit. Hinzukommt als politische Sonderhypothek die Hereinnahme einer Bevölkerungsgruppe, die überdurchschnittlich (und schuldlos) unter Arbeitslosigkeit und Minderbezahlung leidet, der ostdeutschen.

Obwohl es offensichtlich ist und kaum großer volkswirtschaftlicher Kenntnisse bedarf, um zu erkennen, worunter das deutsche Gesundheitssystem leidet - an seiner **Unterfinanzierung wegen klar erkennbarer Systemmängel** - pfuschen alle Bundesregierungen, jetzige wie frühere, lediglich an dem einen oder anderen „störenden“ Detail des Systems herum, ohne wahrhaben zu wollen, dass es sich um bloße Symptome handelt. Fast ein Jahrzehnt lang versuchten schwarze Reformer wie Blüm oder Seehofer die Gesundheitskosten zu „dämpfen“, obwohl es nicht zu dämpfen gab: **Eine alternde Gesellschaft „investiert“ nun mal mehr in die Erhaltung ihrer Gesundheit als eine junge – und warum auch nicht.** Und der medizinische Fortschritt auf diesem Wege kostet von Jahr zu Jahr nicht weniger, sondern mehr, denn er muss finanziert werden. Blüms und Seehofers „Reformen“ zielten nicht auf Kostensenkung, sondern Kostenverlagerung: **Ärzte und Krankenhäuser sollten billiger arbeiten, notfalls gratis, Patienten auf teure Therapien verzichten, notfalls zuzahlen.** Ausgerechnet die Partei Ludwig Erhards schreckte, um diese Ziele zu erreichen, nicht davor zurück, planwirtschaftliche Folterinstrumente einzusetzen, wie Leistungskataloge der GKV, Ausgaben- und Honorarbudgets sowie Rezeptvorschriften für Ärzte.

Seehofers grüne Nachfolgerin im Amt hat diese Rosskuren ebenso rigoros wie inkompetent noch verstärkt. Erst die gegenwärtige rote Gesundheitsministerin hat einige Akzente neu gesetzt. Sie gibt sich liberaler, verweigert sich jedoch ebenfalls einer Reform des Gesundheitswesens an Haupt und Gliedern. Diese ist in ihrer Partei nicht konsensfähig. Denn dort darf an überholten Instrumenten, wie Krankenschein, GKV und Pflichtversicherungsgrenzen, nicht gerüttelt werden!

Dabei liegen Ziel- und Stoßrichtung der nicht mehr aufschiebbarer Reform des deutschen Gesundheitswesens klar zutage: Seine Unterfinanzierung muss beseitigt werden. Das verlangt der öffentlichen Hand weder neue Haushaltsmittel noch der Arbeitswelt höhere GKV-Beiträge ab. Erstere wären mit oder ohne „Brüssel“ nicht aufbringbar, letztere wegen der Lage am Arbeitsmarkt nicht zu verantworten. Deutschlands Gesundheitspolitiker müssen „nur“ zur Kenntnis nehmen: Alle Gesundheitsausgaben könnten problemlos finanziert werden, wenn man das Gesundheitssystem in einen, allerdings „sozialen“ Gesundheitsmarkt verwandelte, denn ein solcher Markt löst seine, zugegeben beträchtlichen Finanzierungsprobleme „geräuschlos“. Was immer er an Nachfrage vorfindet, das finanziert er über Angebot und Preis, sofern dieser Markt gewünscht ist und zugelassen wird. Denn **wieviele den Bürgern ihre Gesundheit wert ist**, oder ob sie dafür auf andere Ausgaben: die Ferienreise, das Motorboot oder Apartment an der Costa Brava verzichten, das **entscheiden sie**

dann selber und nicht mehr für sie die Medizinalbürokratie mit sachfremd „begründeten“ Vorgaben für Krankenkassenbeiträge, Ärzte- oder Pillenbudgets. Freilich – und das kann nicht oft gesagt werden - bedarf dieser Markt einer sowohl sozialen wie familienfreundlichen Komponente und Rahmengesetzgebung. Sie herzustellen ist die eigentliche Aufgabe moderner, sozialer wie liberaler Gesundheitspolitik!

II. Wie viel Gesundheitssystem und wie viel Gesundheitsmarkt?

Von der Ausnahme zurück zur Regel

Bismarcks Gesundheitssystem war weder als Voll- noch Volksversorgung gedacht. Lediglich ein kleiner Kreis armer Leute sollte im gutsherrlichen Deputatwege versorgt werden. Der Krankenschein war ein Bezugsrecht auf „naturale“ Arztleistungen, an dem sich der Patron mit einem Lohnzuschuss beteiligte. Nur: Während die natürliche Evolution von Groß zu Klein fortschreitet, vom Dinosaurier zur Eidechse, vom Neandertaler zum homo sapiens, folgt die soziale Evolution offenbar dem entgegengesetzten Ziel der Wucherung und Hypertrophie. Was als Ausnahmeregelung gedacht war für Arme und Kleinverdiener, die sich eine Gesundheitsversorgung über den Markt noch nicht leisten konnten, verdrängte und ersetzte mit der Zeit den Markt. Zwar nahm die Zahl der Bedürftigen ständig ab. Die Einkommensgrenzen für die Behandlung „Bedürftiger“ auf Krankenschein wurden jedoch ständig herauf- statt herabgesetzt. GKV wie Leistungserbringern war es recht. Um die neue Kundschaft nicht zu verlieren, beantragten immer mehr Ärzte und Krankenhäuser die Zulassung zur GKV-Abrechnung. Um mit dem GKV-Finanzierungsmonopol auf Augenhöhe verhandeln zu können, gründeten sie ein kollektives Abrechnungsmonopol: die KV. Doch was nützen zwei noch so mächtige Monopole, wenn ihre gemeinsame Finanzierungsgrundlage: das „tributpflichtige“ Lohneinkommen ersatzlos und unwiderruflich wegbriecht?

Das erste Mal geschah das vor über 70 Jahren in der Krise der Dreißigerjahre. Auch damals eskalierte die Krise am Arbeitsmarkt zu einer des Gesundheitswesens. Schon damals stellte sich die Frage: Was hat die Volksgesundheit mit der Konjunktur und der Lage am Arbeitsmarkt zu tun? Damals flüchteten die für GKV und KV Verantwortlichen, dem Zeitgeist huldigend, nicht in mehr Markt, sondern in (noch) mehr Staat: in den NS-Staat, der alsbald folgte! Die KV wurden zu Organen „mittelbarer Staatsverwaltung“ mit politischen Lenkungs- und Disziplinierungsaufgaben für die Mitleider und Leistungserbringer aufgewertet. Die medizinischen Leistungserbringer verloren die letzten Reste zivilrechtlicher Vertrags- und Koalitionsfreiheit, darunter das Streikrecht. Dafür „gewannen“ sie als Garanten der öffentlichen Ordnung und Volksgesundheit einen Quasi-Beamtenstatus, freilich ohne Beschäftigungs- und Pensionsgarantie – ein „Privileg“, an dem sie noch immer festhalten, trotz Demokratie und Rechtsstaat, trotz Praxissterben und beruflichem Niedergang. Ihre eigenen Standesvertreter in den KV' scheinen es so zu wollen!

Man kann es nicht oft genug wiederholen: Wer Krankenschein, GKV-Abrechnung und Einkommensgrenzen der Pflicht-Krankenversicherung für eine Art Gesundheitsparadies auf Erden hält, verzichtet auf elementare, durch Verfassung und Rechtsstaat garantierte Bürger- wie Standesrechte, nämlich auf seine Vertrags-, Therapie- und Unternehmerfreiheit. Denn

all dieses ist nur um den Preis der Brechung des Dreifach-Monopols der GKV für Praxiszulassung, -abrechnung und -finanzierung sowie in Sachen Therapiegestaltung und die Aufhebung der gesundheitspolitisch wie volkswirtschaftlich gleichermaßen sinnlosen „Arme-Leute“-Begrenzung der Krankenversicherungspflicht für Jahreseinkommen bis zu rund 40.000 € zu haben. Beide „Säulen“ des deutschen Gesundheitssystems könnten nicht brüchiger und inzwischen auch kontraproduktiver sein. Sie verletzen das Intimverhältnis von Arzt und Patient, in dieses sollte keine Krankenkasse hineinreden dürfen, und das nicht nur aus Gründen des Datenschutzes. Sie rauben dem System sowohl Glaubwürdigkeit wie Effizienz, denn der Arzt darf seinen Patienten immer weniger an moderner, aber teurer Therapie über den Krankenschein verordnen und berechnen. Und sie untergraben das Ansehen und die berufliche Zukunft der Heiler: Der Arztstand verarmt, denn der Krankenschein verliert permanent an realem Wert. Im letzten Jahrzehnt hat er an Kaufkraft deutlich mehr verloren als DM und €! Entsprechend rückläufig war das Realeinkommen der Ärzte, namentlich derjenigen mit eigener Praxis, bei denen immerhin 70 Prozent der Patienten laufend medizinisch versorgt werden. Ältere Ärzte können sich damit abfinden, weil sie bald in Pension gehen oder von Rücklagen zehren können. Die Jüngeren verführt es zu Abrechnungstricks, Mehrfachbehandlungen und anderen Formen zweifelhafter Selbsthilfe; starten sie doch mit Praxisschulden, die ihnen oft nur die Wahl lassen zwischen drohendem Bankrott und eben geschönter Abrechnung. Am übelsten wird den Patienten mitgespielt. Sie bekommen für ihren Allround-Bezugsschein auf medizinischen Vollservice immer weniger ärztliche Betreuung und Medikamentierung. Den oft lebensrettenden Rest müssen Sie aus eigener Tasche draufzahlen!

Wenn nicht die jetzige, so wird die nächste Bundesregierung endlich einsehen müssen, dass dieses Gesundheitssystem weder aufrecht erhalten werden kann, noch so wie bisher zu sanieren ist. Es gibt für das deutsche Gesundheitswesen mit seinen strukturell zunehmenden Auf- und Ausgaben nur eine Rettung und Reform: Seine Überführung in eine wirkliche Soziale Marktwirtschaft, hin zu einem ebenso effizienten wie dynamischen fortschritts- und beschäftigungsintensiven Gesundheitsmarkt.

III. Der Gesundheitsmarkt – Wachstumsmotor wie Beschäftigungsprogramm der Volkswirtschaft. Das Ende der medizinischen „Zwei-Klassen-Gesellschaft“

Die Frage ist: wie und mit welchen Schritten? Der Sozialstaat muss selber sozial sein und bleiben. Ändern sich in der Gesellschaft Alters- und Erwerbsstrukturen dramatisch, kann er weder seine alte Struktur beibehalten noch durch Tradition geheiligte Besitzstände zementieren – noch darf er es. Er muss den Veränderungen seines Umfeldes angepasst werden. Weder in der staatlichen Renten- noch in der Krankenversicherung dürfen die jungen, aktiven und gesunden Teile der Bevölkerung über Gebühr zugunsten der älteren, inaktiven und in aller Regel auch gesundheitlich anfälligeren benachteiligt werden. Das Lebensrecht der Jungen und Aktiven setzt auch dem Sozialausgleich Grenzen. Jedes Wolfsrudel weiß das und geht daher mit seinem Nachwuchs pfleglich um. Denn er sichert das Überleben der Art und damit auch der Alten, Schwachen und Kranken. Im System der Alterssicherung sollen die Jungen künftig durch Anrechnung individueller Ansparleistungen entlastet werden,

wenn auch recht zaghaft. Im Gesundheitswesen ist diese Entlastung noch sehr viel zwin-
gender. Und sie lässt sich sehr leichter motivieren und finanzieren, denn hier kann man
sozialpolitisch unbesorgter und risikoloser auf die beträchtlichen Vermögensbestände und
–reserven der älteren und öfter (und teurer) Kranken zurückgreifen. Ihre Eigenleistungen
können (und müssen!) verstärkt werden, denn ihre Vermögen können (anders als bei der
Alterssicherung) ja verbraucht werden! Das Erbschaftsvolumen dürfte in Deutschland noch
bis zur Mitte des Jahrhunderts in der (jetzigen) Größenordnung von rund 100 Mrd. €
(einem Drittel der jährlichen Gesundheitsausgaben) auffallen, wie neuere Berechnungen
erweisen.

Vor diesem (Vermögens)Hintergrund bieten sich zwei ebenso einfache wie grundlegende
Reformschritte im deutschen Gesundheitswesen an: Die Krankenversicherungspflicht muss
sowohl privatisiert wie generalisiert werden. Jeder in Deutschland Erwerbstätige muss sich
ohne jede Einkommensbegrenzung nach oben krankenversichern, aber bei einer Kasse und
zu einem Tarif seiner Wahl.

Die Eckpunkte und Folgen dieser marktwirtschaftlichen Öffnung des deutschen Gesund-
heitswesens können in den folgenden 7 Punkten zusammengefasst werden:

Die Unterschiede zwischen gesetzlicher und freiwilliger (privater) Krankenversicherung
(PKV) bilden sich zwar frei und in Konkurrenz am Markt, aber unterliegen staatlicher Auf-
sicht. Allein dadurch stellen sich kalkulationsbedingt die Tarife für Junge und (relativ)
Gesunde günstiger als für Alte und (öfter oder permanent) Kranke. Der für die **Versiche-
rungsaufsicht** zuständige Staat setzt jedoch – **der Kfz-Haftpflichtversicherung ver-
gleichbare – Mindeststandards** fest. Sie lassen den Versicherten die Wahl, im Falle „teu-
rer“ Krankheiten oder Therapien zuzuzahlen oder sich vorbeugend auf Kaskobasis zusätz-
lich abzusichern. Was dem Deutschen sein liebstes materielles Konsumgut wert ist: das
Auto, sollte ihm sein wertvollstes immaterielles Überlebensgut – die Gesundheit – allemal
wert sein!

Mit dieser generellen **obligatorischen Krankenversicherungspflicht für Arbeitnehmer
und Selbstständige** unbeschadet von Einkommenshöhe und -quelle (einschließlich
Gewinn, Kapitaleinkünfte) **erweitert** sich die volkswirtschaftliche **Finanzierungsgrund-
lage** für sämtliche Gesundheitsausgaben von der begrenzten Lohnsumme eines Teils der
Arbeitnehmerschaft auf das gesamte Volkseinkommen um schätzungsweise 40 Prozent.
Mit den Pflichtversicherungsgrenzen fallen zugleich auch die bisherigen Finanzierungs-
grenzen und –engpässe im Gesundheitswesen weg. Die individuellen Beitragsätze zur
Krankenversicherung sinken: einmal wegen des stark erweiterten volkswirtschaftlichen
Finanzierungs-„pools“ (Bemessungsbasis) und zum anderen wegen des wachsenden Wett-
bewerbs der privaten und öffentlichen Krankenkassen um ihre Kunden. Das neue System
ist effizienter, billiger – und europäischer, denn mit seiner Einführung werden **alle euro-
päischen Krankenkassen** und –versicherungen am deutschen Gesundheitsmarkt als
Anbieter zugelassen. Die GKV verlieren ihr Gebiets- und Kundenmonopol. Der neue Wett-
bewerb zwingt sie entweder zu großflächigerer Reorganisation und verbessert damit ihren
internen Strukturausgleich oder in die Privatisierung, was auch kein Unglück ist; denn ihre

öffentliche Funktion und Zuständigkeit erlischt. Insofern teilen die GKV das Schicksal der öffentlich-rechtlichen (Landes)Banken und Sparkassen.

Durch Privatisierung und generelle Versicherungspflicht verwandelt sich das überkommene deutsche Gesundheitssystem in einen freien, wenngleich staatlich überwachten Gesundheitsmarkt – den vermutlich schon bald größten und **dynamischsten Dienstleistungsmarkt der Volkswirtschaft**, vergleichbar dem der USA – nur deutlich sozialer, da es hierzulande ja keine armen und unversicherten Patienten (US-Anteil 40 Prozent) geben wird. Die gegenwärtige Beschäftigtenzahl der Heil- und Pflegeberufe (von rund 2 Millionen) könnte verdoppelt, wenn nicht verdreifacht werden. Arztpraxen wie Krankenhäuser könnten, statt an Pflegepersonal zu sparen, das längst benötigte Zusatzpersonal einstellen und finanzieren. Die Liberalisierung des Gesundheitsmarktes wäre somit das größte und wirksamste Beschäftigungsprogramm der Nachkriegszeit, ein zweites Beschäftigungswunder mit regionalen Schwerpunkten. Bislang darnieder liegende Heilzentren, Badeorte und –regionen verwandelten sich (wieder) in blühende Landschaften.

Deutschlands „Zwei-Klassen-Medizin“: die Unterteilung in Privat- und Kassenpatienten wird hinfällig: **Es gibt nur noch privatversicherte Patienten 1. Klasse**. Auch die Zulassung zum „Kassenarzt“ entfällt, denn zwischen Arzt und Krankenkasse gibt es weder Vertrag noch Ansprüche. Die Kasse ist nur noch für „ihren“ Kunden, den Patienten da. Patient und Arzt schließen „ihren“ privaten (und intimen) Heil- und Honorarvertrag. Letzterer wird der Kasse zur Erstattung oder Abtretung an den Arzt oder das Krankenhaus vorgelegt (Kostenerstattung mit je nach Vertrag gestalteter Zuzahlung durch den Patienten).

Die Leistungserbringer: Arzt und / oder Krankenhausbetreiber werden endlich das, was sie sein wollten, aber seit den unseligen 1930er Jahren in Deutschland nicht mehr waren, **freie Dienstleistungsanbieter** und Unternehmer, die ihren „Betrieb“ (Praxis, Klinik) nach betriebswirtschaftlichen Kriterien führen und auch so finanzieren. Das Honorar für ihre Leistungen bestimmen Markt und Wettbewerb mit den Kollegen, nicht mehr Zahl der Scheine und Honorarsätze der GKV. Den alten KV könnten neue Aufgaben zuwachsen, wie Fortbildung, „brancheninterne“ Leitlinien für eine freilich unverbindliche Gebührenordnung (GO).

Zu den unverzichtbaren sozialen Rahmenbedingungen dieses Modells gehören staatliche Auflagen über die Ausgestaltung der am Markt angebotenen Krankenversicherungspolice und –tarife. Dazu zählen „Familienfreundlichkeit“ (Mitversicherung erziehender Elternteile und von Kindern) sowie „**Sozialtarife**“ für Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger und einkommensschwache Rentner. Zu diesen Randgruppen der Gesellschaft leistet der Staat entweder Tarifizuschüsse, oder er beschränkt (nach US-Vorbild) das alte System der Krankenscheine auf sie. Dabei wäre zu erwägen, die Ansprüche aus diesen Sozial-Krankenscheinen durch Amts- oder Sozialärzte genehmigen bzw. überprüfen zu lassen, **um Missbrauch zu begrenzen**.

Den Gewerkschaften wächst in diesem Modell eine neue, wichtige Aufgabe zu: Sie müssen den alten, direkt abgeführten Beitrag der Arbeitgeber zu den Gesundheitskosten ihrer

Mitarbeiter in das tarifäre Lohnsystem einarbeiten. Am Grundsatz der Arbeitgebermitbestimmung bei den Gesundheitskosten ihrer Mitarbeiter darf nicht gerüttelt werden, soll das neue Modell nicht **zu einer unbeabsichtigten Lohnsenkung** führen bzw. durch eine solche diskreditiert werden. Auch in einem so marktwirtschaftlich reformierten Gesundheitswesen zahlen die Arbeitgeber unverändert ihre Löhne brutto für netto.

Es sind also nur wenige und längst erprobte Prinzipien, die gebraucht werden, um das deutsche Gesundheitswesen gesunden zu lassen und den einschneidenden Veränderungen in der deutschen Gesellschaft sowie in Europa anzupassen. Je eher sie Regierung und Gesetzgeber aufgreifen und anwenden, desto schneller und nachhaltiger lassen sich Probleme lösen, die vielen heute noch als unlösbar erscheinen.

Bärbel Keim-Meermann, Bundesvorsitzende

*Statement des Bundesverbandes der Arzthelferinnen
Symposium Patient und Arzt*

Zukunft einer wichtigen Partnerschaft 22. und 23. März Berlin

Die Arzthelferin als wichtigstes Bindeglied zwischen Patient und Arzt

Jedermann und jedefrau weiß, dass Arzthelferinnen in der Praxis Vertrauenspersonen der PatientInnen sind. Die Patienten suchen das Gespräch mit uns, vertrauen sich uns an. Zum einen, weil wir in der Regel auf der gleichen Hierarchie-Ebene stehen und zum anderen, weil wir die PatientInnensprache sprechen. Allerdings wird die Zeit für diese wichtigen Gespräche immer knapper. Alle Arzthelferinnen fordern mehr Zeit für Patientengespräche.

Arzthelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte verstehen die PatientInnen als PartnerInnen, uns sehen wir als Dienstleistungserbringerinnen.

Dafür werden Arzthelferinnen 3 Jahre in Berufsschule und Praxis qualifiziert. Die jetzige Ausbildungsordnung der Arzthelferin ist über 10 Jahre alt. Natürlich muss sie endlich wieder an die Praxisrealitäten angepasst werden. Wir wollen schon in der Ausbildung mehr Kommunikationskenntnisse vermittelt bekommen, psycho-soziale Kompetenzen erlangen. Und das wollen wir, weil das Praxisteam immer mehr die gesellschaftliche Betreuung von Kranken und Schwachen übernehmen muss. In diesem Sinne nehmen wir schon jetzt die Stelle einer Lotsin ein. Wir wissen welche Selbsthilfegruppe aktiv ist, wir wissen wo ein Alternachmittag oder eine Krabbelgruppe stattfindet.

Wenn wir in die Zukunft schauen, wird klar, im System wird es Veränderungen geben. Und um wen dreht es sich, wenn wir die PolitikerInnen hören: Um das Geld, den Arzt, den Patienten und evtl. noch um die Pflegeberufe. Wo bleiben die Arzt- und Zahnarzthelferinnen in den Reformdiskussionen?

Über 500000 Beschäftigte arbeiten in den ärztlichen und zahnärztlichen Praxen und es werden laufend mehr. Unsere Aufgabengebiete sind: Patientenbetreuung, Assistenz bei Diagnostik und Therapie und das Management. Wenn der Patient als Partner ernst genommen wird, die Gesundheitsversorgung ein menschliches Gesicht behalten soll, ist ein erhöhter Personaleinsatz zur Betreuung und Information, aber auch zur Verbesserung der Organisation/ des Managements erforderlich.

Integrierte Versorgung bleibt erfolglos, wenn die Fachberufe nicht in Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Wir wissen, dass es Netze gibt, in denen die Arzthelferinnen gar nicht darüber informiert wurden, dass die Praxis sich einem Netz angeschlossen hat, oder aber sie wurde nicht über die Ziele des Netzes informiert. Dokumentation und Management im Hausarztmodell oder bei DMPs sind Aufgaben, die von der Arzthelferin bearbeitet werden müssen. Und für all dies gilt, für diese Veränderungen kann/ muss die Arzthelferin beim Patienten werben, um ihn für die Beteiligung zu gewinnen.

Disease-Management-Programme:

Wir haben die Befürchtung, dass auch diese „Erneuerung“ zu mehr Bürokratie in den Praxen führt. Das wollen wir vermeiden.

In jedem Fall sehen wir zusätzliche Arbeit auf uns zukommen, die von den jetzigen Mitarbeiterinnen nicht zusätzlich geleistet werden kann.

Unsere Forderung:

Die organisatorischen und verwaltenden Aufgaben müssen mit Beteiligung unserer Fachberufe erarbeitet werden. Hier können Ärzte- und KrankenkassenvertreterInnen allein keine unbürokratischen Verfahren entwickeln. Vielmehr ist hier die Schnittstellenkompetenz der Arzthelferin zu erkennen und zu nutzen.

Arzthelferinnen wollen gerne Versicherte für die Beteiligung an DMP gewinnen. Die Aufklärungsgespräche über die Vor- und Nachteile können wir führen. Aber dazu muss ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt werden. Und die vorbereitenden Informationen müssen auch für unsere Berufsgruppen frühzeitig vorliegen.

Die Mitarbeiterinnenstunden müssen erhöht werden. So können die Ärzte sich auf ihre medizinische Kompetenz konzentrieren und die Modelle erfolgreich werden.

Fortbildungsverpflichtung

Auch hier wird von Arzthelferinnen nicht gesprochen. Die Patienten wissen, dass Arzthelferinnen im Rahmen der Diagnostik und der Therapie selbstständig am Patienten tätig werden.

Unsere Forderung:

Wir wollen eine Fortbildungsverpflichtung auch für Arzthelferinnen und Zahnmedizinische

Fachangestellte. Alle Fortbildungsmaßnahmen müssen qualitätsgesichert sein. Ebenso ist abzusichern, dass allein qualifizierte Mitarbeiterinnen Arbeiten am Patient übernehmen. Wir wissen, dass dies heute häufig umgangen wird, z. B. im Bereich des ambulanten Operierens oder der zahnärztlichen Prophylaxe.

Arzthelferinnen brauchen Aufstiegsmöglichkeiten. Besonders im Management, das die Wirtschaftlichkeit der Praxis und die Kommunikationsprozesse verbessert, können diese entstehen.

Das Vertrauen der Patienten in die Arzthelferin muss im Rahmen von Präventionsangeboten genutzt werden, wo wir ein weiteres neues Aufgabenfeld sehen.

Abschließend lässt sich sagen, um den Patienten als Partner zu akzeptieren, muss auch Partnerschaft im Praxisteam herrschen. Und da gibt es noch viel zu tun.

Arzt- und Zahnarzthelferinnen wollen nicht länger allein vom Wissen des individuellen Chefs und seinem Portemonnaie abhängig sein. Deshalb werden wir weiterhin dafür eintreten, direkte Zuweisungen für die Gehälter der Mitarbeiterinnen bei den Budgetverhandlungen zu erreichen. So ist es möglich, dass Arzthelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte aus dem Niedriglohnsektor herauskommen.

Verfasserin: Frau Prof. Eva Märtson, Hochschule für Musik u. Theater, Hannover

Partnerschaft und Gesundheit – ein grundlegendes Patientenbedürfnis

„Meinen Sie, Ihre Mutter würde ewig leben....“

So, meine verehrten Damen und Herren, war die lakonische Bemerkung einer Krankenschwester über meine Sorge, als meine Mutter vor einer schweren Herzoperation stand, - dies geschehen vor einem Monat in einer bundesdeutschen Klinik.

Diese Bemerkung wird sicherlich eine Ausnahme bedeuten..!

Aber wo stehen wir Patienten eigentlich, - als Menschen, als Kranke, als Hilfesuchende, in diesem sich drehenden Rad der Medizin einer modernen Technik, in diesem sich drehenden Rad der Patientenversorgung?

„Gehe nie zum Arzt, wenn Du nicht weißt, was Dir fehlt,“ bemerkte der Komponist Igor Strawinsky. Heute würde er vielleicht noch hinzufügen: „In welcher Kasse bist Du, wie bist Du versichert? Na, dann kannst Du vielleicht noch Hilfe bekommen!“

Patient und Arzt, ein aufregendes Thema unserer Zeit. Haben unsere Ärzte noch Zeit, uns Patienten nicht nur anzuhören, sondern auch noch zuzuhören? Das kostet Zeit, - ist aber oft

ein sensibler Gang zu den Ursachen unserer Schmerzen. Können und dürfen wir dem Arzt unseres Vertrauens die Zeit stehlen, **wissen wir überhaupt, was dieser Vorgang im Behandlungszimmer des Arztes uns kostet?**

Ja, wir denken, alles ist mit unseren Kassenbeiträgen gedeckt. Wir hören aus der Politik und von Seiten der Ärzte über diverse „Engpässe“, aber wer versteht schon diese Sprache. Gerade auf diesem Gebiet des Gesundheitsdenken erscheint mir die Sprache „wie ein Gewölke, an dem jede Phantasie ein anderes Gebilde erblickt.“ (Jean Paul).

Ich denke, es ist höchste Zeit, dass Patient und Arzt in ein Gespräch kommen, jetzt, da es um das Geld und um die Gesundheit geht, - oder kann ich noch sagen: um die Gesundheit und um das Geld? Wo ist der Stellenwert?

Das gemeinsame Thema ist nicht nur die Krankheit des Patienten, das Thema lautet vielmehr: wie ist die Leistung des Arztes zu bezahlen? Schlagworte für das ungeübte Patientenohr: Sparzwänge, Kostensenkung, Einschränkung des Budgets, „Aut-idem-Regelung“....

Sollen wir Patienten möglichst immer zu Beginn eines Quartales kommen, da hat unser Hausarzt (falls wir noch einen haben) etwas mehr „Luft“ für seine Verschreibungen? Verschreibt er uns das Medikament, welches uns schon lange Zeit auf dem Wege der Gesundung wirkungsvoll begleitet? Und nicht einen ähnlichen Wirkstoff, den uns der Apotheker herausucht, kostengünstig. Kostengünstig für wen? Um welchen Preis?

Wir Patienten erfahren also jetzt, wenn wir mit dem Arzt sprechen, was unsere Krankheit kostet. Erfahren vielleicht auch, dass die Schmerzen nicht mehr im vollen Umfang behandelt werden können. Eingeschränkte Therapiesicherheit, Begrenzung teurer und neuer besonders wirksamer Medikamente. Der Arzt muss sein Budget einhalten.

Und der Patient, er, der immer seine Beiträge gezahlt und sich auch noch zusätzlich versichert hat, jedenfalls in den meisten Fällen...?? Wo steht er?

Was wissen wir schon von den Einschränkungen des Budgets unseres Arztes? Wie viel Therapiefreiheit hat er überhaupt, um Schmerzen seiner Patienten zu lindern, zu behandeln? Be-handeln kommt von „handeln“. Oder wäre jetzt das Wort Be-schränken angebracht. Schranken begrenzen das Tun, Schranken können, besser: müssen sich heben. Für diesen Kraftakt bedarf es des Zusammenschlusses:

Patient und Arzt, Arzt und Patient, ein neuer Zusammenschluss für eine neue Zeit. Für unsere Gesundheit. **Die Leistungen des Arztes nehmen wir in Anspruch, die Bezahlung könnten wir auch übernehmen und sie dann mit den Krankenkassen abrechnen!**

Hier liegt das Umdenken.

Wir Patienten zahlen an die Krankenkassen, die Versicherungen. Wir sind natürlich gegen die immense und verfettete Verwaltungsbürokratie, die wir erheblich mitfinanzieren. Wo bleiben zum Beispiel die ehrenamtlichen Vorstände in den Krankenkassenvereinigungen, dann sparen wir die entsprechenden Dienstwagen, die Bodyguards (wozu eigentlich Bodyguards??). Könnte die restliche wichtige Arbeit nicht von Betriebswirten und Juristen mit leistungsbezogenen Zeitverträgen verrichtet werden?

Das ist natürlich auch ein Appell an die Politiker, Politik – gleich – Verwaltungsbürokratie? Passt das mit dem Begriff GESUNDHEIT zusammen? Wenn Patienten und Ärzte gemeinsam um die Gesundheit des Menschen besorgt sind und gemeinsam den Weg gehen wollen, der mit Vertrauen und Ehrlichkeit als unverrückbare Pflastersteine versehen ist, - dann mögen auch die Damen und Herren der Politik den Mut aufbringen, die Leistungssammlung unserer Krankenkassen und deren Verwaltungspaläste zu durchforsten, entrümpeln und zu reduzieren, - kurz: der Verschwendung ein Ende machen.

Wir müssen unser künftiges Schicksal vordenken, das hat uns hier zusammengeführt. Nachgedacht haben wir lange genug. Der Verbündete des Patienten ist der Arzt und nicht die Krankenkasse. Vertrauen wir! Das heißt: denken wir endlich mit, rechnen wir mit, üben wir gemeinsam Kontrolle. Das betrifft nicht nur unsere Rechnungen, sondern auch das Gesundheitswesen, von Staat und Kassen verwaltet.

Verfasser: Dr. Ulrich Vorderwülbecke, VFA Geschäftsführer

Im Zentrum kontroverser Diskussionen: Pharmaindustrie und Gesundheitswesen

Der Arzneimittelsektor stand in den vergangenen Monaten – wieder einmal – im Fokus der Gesundheitspolitik. Erst ging es um die Anpassung der Festbeträge, dann um die Budgets, und schließlich um ein Maßnahmenpaket zur sofortigen Senkung der Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Alles dies waren kurzfristige Maßnahmen, durchgeführt, teils um akute Finanzlöcher zu stopfen, teils um den Rationierungsdruck, der auf den Ärzten lastet, zu entschärfen. Politikwissenschaftler haben dies treffend eine Politik des „muddling through“ genannt, eine auf kurzfristige politische Bedingungen und Erfolge ausgerichtete Handlungsstrategie.

Auch wenn einige vernünftige Ansatzpunkte in der einen oder anderen gesetzgeberischen Maßnahme enthalten waren, ist mit einer solchen kurzatmigen Arzneimittelpolitik niemand glücklich:

- die Kassen nicht, weil sie absehbar nicht von ihren Finanznöten befreit werden;
- die Ärzte nicht, weil sie sich weiterhin in der Zange zwischen ökonomischen Vorgaben und medizinischen Aufgaben sehen;
- die Patienten nicht, weil sie zunehmend unsicher sind, welche Medikamente ihnen noch verschrieben und erstattet werden.

Auch für die forschenden Arzneimittelhersteller ist es unter diesen Rahmenbedingungen nicht leicht, langfristige Investitionen in Forschung und Entwicklung moderner Arzneimittel zu tätigen.

Was uns fehlt, ist ein zukunftsorientiertes Konzept für die Sicherung einer hochwertigen und fortschrittlichen Arzneimittelversorgung in Deutschland. Ein solches Konzept muss

sicher das Qualitätsziel ebenso einschließen wie den Gesichtspunkt der Finanzierung. Ich möchte Ihnen hierzu einige Aspekte aus Sicht des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller – VFA – vortragen. Bevor ich jedoch auf die mittel- und längerfristige Reformperspektive zu sprechen komme, möchte ich kurz die Ausgangssituation skizzieren, auf der eine zukunftsorientierte Arzneimittelpolitik aufsetzen muss.

Unterversorgung im Arzneimittelbereich

Die Entwicklung der Arzneimittelausgaben der GKV war in den vergangenen Jahren durch die Budgetierung gebremst. Die Ärzteschaft hat spürbare Anstrengungen unternommen, die GKV-Ausgaben in diesem Sektor zu reduzieren. Die Ärzte sahen sich jedoch immer weniger in der Lage, die innovationsfeindlichen Budgetgrenzen einzuhalten.

Die Budgetierung hat nicht nur zu großer Unzufriedenheit bei den Ärzten geführt. Sie hat vor allem beträchtliche Defizite in der Patientenversorgung auftreten bzw. fortbestehen lassen. Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen beispielsweise, bestehen akute Versorgungsdefizite. Studien haben gezeigt, dass in Deutschland sehr viele therapiegeeignete Patienten, die an Fettstoffwechselstörungen, koronarer Herzkrankheit bzw. an Herzinsuffizienz leiden, nicht (ausreichend) mit modernen Medikamenten (Lipidsenker, Betablocker) therapiert werden. Oder nehmen Sie das Beispiel Diabetes, wo hierzulande noch immer eine hohe Zahl der Erkrankten schlecht eingestellt ist und an teuren Folgeerkrankungen leidet. Eine bessere medikamentöse Einstellung dieser Personen könnte diese Folgen zwar nicht alle verhindern, aber wohl zu einem großen Teil verringern.

Diese Beispiele ließen sich fortsetzen. Sie sind im übrigen auch gut belegt. Nicht nur der VFA hat die bestehende Unterversorgung im Arzneimittelbereich dokumentiert. Vor einigen Monaten hat der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen die Defizite in diesem Bereich bestätigt. Es wird die große Herausforderung in den nächsten Jahren sein, die für viele Indikationsgebiete belegten Defizite in der Arzneimittelversorgung abzubauen. Auch in Deutschland müssen Patienten nach geltenden Therapiestandards optimal medikamentös behandelt werden.

Der VFA tritt für eine hochwertige, rationale Arzneimitteltherapie ein. Neben dem Abbau der Unterversorgung gehört dazu selbstverständlich auch die Beseitigung vorhandener Über- und Fehlversorgung. Ich habe allerdings meine erheblichen Zweifel, ob sich im Arzneimittelsektor noch große „Schätze“ heben lassen. Die Einsparvolumina, die im Arzneiverordnungsreport 2001 genannt werden, sind eine Fiktion. Die Wirtschaftlichkeitsreserven sind in dem Bereich weitgehend ausgeschöpft. Ich weiß nicht, wie aus einer „ausgequetschten Zitrone“ noch mehr Saft herauspresst werden soll.

Verfehlte Sparmaßnahmen

Im vergangenen Jahr war ein deutlicher Anstieg der Arzneimittelausgaben der GKV zu verzeichnen. Diese Entwicklung hat eigentlich niemanden überraschen müssen, so ungern sie die Finanzexperten der Krankenkassen sehen. Das Ausgabenwachstum geht zu einem gro-

Ben Teil auf die vermehrte Verordnung innovativer Arzneimittel zurück (Anstieg der Strukturkomponente). Es sind Nachholeffekte infolge der Ablösung der Budgets, die sich vor allem im Segment der innovativen Arzneimittel abgespielt haben. Es wurden bestehende Versorgungsdefizite ansatzweise abgebaut. Dies ist eine versorgungspolitisch gewollte und begrüßenswerte Entwicklung.

Der Gesetzgeber hat auf diese Entwicklung mit einem einschneidenden Sparpaket reagiert. Er lenkt damit von den eigentlichen Ursachen der Finanzmisere der GKV ab. Die Krankenkassen selbst beklagen, dass sie durch Gesetze, gerichtliche Entscheidungen und die Rentenreform finanziell unter großen Druck geraten sind. Gesetzliche Neuregelungen allein aus den letzten drei Jahren belasten die GKV mit zusätzlich drei Mrd. Euro pro Jahr. Die finanziellen Schwierigkeiten der GKV sind also in erster Linie durch Entscheidungen der Bundesregierung verursacht und nur sekundär durch den aktuellen Strukturwandel auf dem Arzneimittelmarkt bedingt.

Zu bedenken ist ferner, dass der Umsatzzuwachs auf dem deutschen Pharmamarkt keine singuläre Erscheinung ist. Weltweit schlägt der therapeutische Fortschritt zu Buche. In anderen vergleichbaren Industrieländern steigen die Arzneimittelausgaben stärker als in Deutschland. Im internationalen Maßstab ist die Umsatzentwicklung in Deutschland unterdurchschnittlich.

Weiterentwicklung des GKV-Systems

In dem bisherigen Stil kann es nicht weitergehen. Ein Kurieren an Symptomen hilft auf die Dauer nicht weiter. Es muss mehr geschehen.

Für die forschenden Arzneimittelhersteller hat Innovation einen herausragenden Stellenwert. Dies bedeutet mehrerlei: Natürlich setzen die VFA-Unternehmen auf moderne Präparate. Sie stehen aber auch Innovationen im weiteren Sinne aufgeschlossen gegenüber. Dies gilt für die notwendigen Reformen auf dem Arzneimittelsektor wie für das Gesundheitswesen generell.

Zur Erschließung von Effizienzvorteilen und zur Verbesserung der Versorgungsqualität müssen den Akteuren, den Beteiligten zukünftig verstärkt Wettbewerbsparameter an die Hand gegeben werden. Dadurch soll ein Suchprozess nach besseren Lösungen in Gang gesetzt werden, wie er im Bereich der neuen Versorgungsformen in den vergangenen Jahren bereits ansatzweise eingesetzt hat.

Die Folge wird eine größere Differenzierung des medizinischen Leistungsangebots sowie der Strukturen der Versorgung sein. Diese Entwicklung sollten wir nicht einfach aus Interesse der Besitzstandswahrung verteufeln. Eine Flexibilisierung der Vertragsbeziehungen führt dazu, dass sich individuell maßgeschneiderte, auf die Bedürfnisse und Präferenzen der Bürger ausgerichtete Versicherungspakete herausbilden. Ich finde es z.B. fraglich, ob wir – über die solidarische Absicherung schwerer Erkrankungen hinaus – wirklich eine einheitliche GKV-Leistungspflicht bei der Arzneimittelversorgung brauchen. Warum sollten die Bürger nicht frei wählen können, ob sie Naturheilmittel oder Arzneimittel für gering-

füßige Erkrankungen durch einen zusätzlichen Versicherungsschutz abdecken wollen oder nicht? Ebenso wird es chronisch kranke Patienten geben, die sich von Ärzten und Krankenkassen im Rahmen von Disease-Management-Programmen intelligent durch das Gesundheitssystem steuern lassen, und andere, die das nicht wollen. Warum sollten diese unterschiedlichen Präferenzen nicht in „Managed-Care-Tarifen“ einerseits und Standardprodukten andererseits abgebildet werden?

Perspektiven der Arzneimittelversorgung

Vor dem Hintergrund dieser generellen gesundheitspolitischen Reformperspektiven muss sich eine zukunftsorientierte Arzneimittelpolitik aus Sicht des VFA an folgenden Grundsätzen orientieren:

- (a) Wir brauchen eine neue Balance zwischen Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit als Zielwerte der Arzneimittelpolitik. Die einseitig ökonomische Orientierung von Politik und Selbstverwaltung auf Ausgaben, Kosten und Einsparungen im Arzneimittelsektor greift zu kurz.

Neben dem Ressourcen-Input müssen wir in Zukunft verstärkt nach den Outcomes, also den medizinischen Ergebnissen, fragen. Wir sollten das Augenmerk darauf richten, ob und inwieweit der Gesundheitszustand der Bevölkerung durch sachgerechten Einsatz von Arzneimitteln verbessert wird. Werden Beschwerden und Komplikationen vermieden und die Lebensqualität der Erkrankten verbessert? Werden akute Erkrankungen schneller und dauerhafter kuriert? Werden die Therapiepotentiale hochwirksamer Medikamente in den verschiedenen Indikationsgebieten genutzt? Wird indikationsgerecht verordnet? usw. Es gibt bis dato weder eine umfassende Datenbasis, um solche und ähnliche Fragen zu beantworten, noch einen Zielkatalog, um die erreichten Fortschritte zu beurteilen.

Das Qualitätsmanagement ist in Deutschland nur rudimentär entwickelt. Hieran muss intensiv gearbeitet werden, um die einseitige Ausgabenorientierung in der Arzneimittelpolitik zu überwinden.

- (b) Ohne Zweifel haben Wirtschaftlichkeitsüberlegungen in der Arzneimittelpolitik weiterhin ihre Berechtigung. Sie dürfen aber – das ist mein zweites grundsätzliches Argument hier – nicht zu kurzfristig angestellt werden. Sonst werden die erwünschten Effizienzgewinne im Krankenversicherungssystem nicht erzielt. Sinnvoll ist eine sektorenübergreifende, gesundheitsökonomische Beurteilung des Einsatzes von Arzneimitteln, nicht eine enge pharmaökonomische Sicht, wie hoch die Tagestherapiekosten des einen oder anderen Medikaments sind. Dies wird auch eine Herausforderung bei der Durchführung und Evaluation der neuen Disease Management Programme sein. Für die Krankenkassen ist die Entwicklung der Gesamtkosten pro eingeschriebenem Versicherten und der „Break even point“ der Programme ökonomisch wichtig, nicht der Kostenblock Arzneimittel für sich allein genommen.

- (c) Ein dritter Aspekt einer zukunftsorientierten Arzneimittelpolitik ist aus Sicht des VFA eine explizite Prioritätensetzung, was den Leistungsanspruch und die -finanzierung der solidarischen Krankenversicherung betrifft. Es gibt das bekannte VFA-Dreiteilungsmodell für den Arzneimittelmarkt, das den Einsatz von Arzneimitteln bei vitalen Indikationen von finanziellen Restriktionen freistellt, während Medikamente gegen geringfügige Gesundheitsstörungen in die Eigenverantwortung fallen und aus eigener Tasche zu bezahlen sind. Nach diesem Konzept einer Prioritätensetzung ließe sich eine patientenorientierte Neustrukturierung der Arzneimittelversorgung vornehmen, die finanzierbar wäre und von weiten Teilen der Bevölkerung akzeptiert würde.
- (d) Ein weiterer Gesichtspunkt, auf den ich hier hinweisen möchte, sind die Chancen der individualisierten Medizin. Es gibt heute bessere Möglichkeiten als in der Vergangenheit, die Arzneimittelversorgung auf den Patienten, seine Voraussetzungen und Bedürfnisse abzustimmen. Diese Entwicklung wird sich mit neuen Forschungserfolgen, wie z.B. auf dem Gebiet der Pharmakogenetik, in den kommenden Jahren fortsetzen. Wir sollten die Chancen, die sich hier bieten, nutzen und die Medizin nicht übermäßig standardisieren. Das ist im übrigen kein Plädoyer gegen die evidenzbasierte Medizin. Im Gegenteil: Evidenzbasierte Leitlinien definieren einen Behandlungskorridor, innerhalb dessen der Arzt die Therapie konkret auf den Patienten, seine Vorgeschichte, eventuelle Co-Morbiditäten und persönliche Belange zuschneiden kann und muss. Sie wollen und sollen Therapiebeliebigkeit reduzieren, jedoch nicht Therapievielfalt unnötig begrenzen.
- (e) Mehr Flexibilität und Individualität wäre, fünftens, auch in der Kostendämpfungspolitik angesagt. Kostendämpfungsinstrumente der herkömmlichen Art, wie die Positivliste oder die Festbeträge, haben meines Erachtens wenig Zukunftsaussichten. Die Instrumente sind zu starr, zu generalisierend und nivellierend. Sie passen weder in unsere vielschichtige, differenzierte Gesellschaft noch in die stärker wettbewerblich orientierte europäische Gesundheitslandschaft von Morgen.

Statt gemeinsamer und einheitlicher Bewertungen und Entscheidungen könnte es in Zukunft dezentrale, kassenindividuelle Regelungen zur Arzneimittelversorgung geben. Viele regionale Ärztenetze haben ihre eigenen „Arzneimittellisten“ aufgestellt – warum suchen wir über Monate nach einer allgemeingültigen Positivliste für alle Arzneimittelverordnungen in Deutschland?

Warum sollen Krankenkassen nicht maßgeschneiderte Arzneimittellisten haben, um den Präferenzen der eigenen Versichertenkielentel Rechnung zu tragen? Und könnten sich nicht in Zukunft Krankenkassen und Arzneimittelhersteller auf Erstattungskonditionen für Medikamente für das jeweilige Patientenkollektiv direkt verständigen?

Wir stellen uns den Herausforderungen der Zukunft: Der VFA und seine Mitgliedsfirmen fühlen sich dem medizinischen Fortschritt verpflichtet. Sie wollen die Arzneimitteltherapie und die Behandlungsmöglichkeiten weiter verbessern. Wir sehen aber auch

die finanziellen Zwänge und die Notwendigkeit zum kostenbewussten Umgang mit Gesundheitsleistungen. Daher ist eine rationale, patientenorientierte Gesundheitsversorgung im Allgemeinen sowie eine rationale, moderne Arzneimitteltherapie im Speziellen unser Anliegen. Lassen Sie uns gemeinsam darauf hinwirken, unser Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen. Besser heute als morgen ist damit zu beginnen.

Sozialgesetzbuch, EBM, Kassenabrechnung - im Widerspruch zum Grundgesetz?

Dr. Roman Machens

Der Verfassungsrechtsexperte Prof. Schachtschneider hat im Auftrag der Vertragsärztlichen Vereinigung ein über 200 Seiten umfassendes Gutachten erstellt, in dem er genau begründet, warum seiner Ansicht nach das derzeitige System des Kassenrechts unvereinbar ist mit dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland. Eine brisante Aussage mit enormen möglichen Konsequenzen für alle Ärzte! Ein Allgemeinarzt - und Nichtjurist - durchleuchtet in unserer 12teiligen Serie einzelne Aspekte dieser umfassenden Problematik - verständlich und so genau wie möglich, aber ohne jeden Anspruch auf juristische Exaktheit.

1. Kassenärztliche Vereinigung und Menschenrechte
2. Kassenärzte und Streikrecht
3. Kassenhonorar und Beitragssatzstabilität
4. Altersgrenze für Kassenärzte und Berufsfreiheit
5. Sachleistungsprinzip und Wirtschaftlichkeit
6. Zulassungsbeschränkungen und Berufsfreiheit
7. Praxisverkauf und Grundrecht auf Eigentum
8. Budgetierung und Rechtsstaat
9. Bewertungsausschuß und Vertragsfreiheit
10. Komplexgebühren und Freiheitsprinzip
11. Punktwertabstaffelung und demokratisches Menschenbild
12. Kassenarzt und Freiberuflichkeit

Teil 1: Kassenärztliche Vereinigung und Menschenrechte

Wesentlicher Bestandteil unserer freiheitlich-demokratischen Grundordnung sind die Grundrechte - zur Zeit der Französischen Revolution sprach man von den Menschenrechten. Diese Grundrechte können keinem Menschen aberkannt werden. Nur in ganz, ganz seltenen, begründeten Sonderfällen finden sie Beschränkungen. Das heißt, jede staatliche Aktivität dient zu allererst dem Schutz der Freiheitsrechte des einzelnen Bürgers. In der Theorie eine feine Sache, die unseren Staat sehr sympathisch macht - gerade wenn wir zum Vergleich nur wenig weiter in etwa nach Südosten blicken... Für diese Freiheit zahlt man doch gerne Steuern!

Zur Erinnerung: am 4. Juli 1776 wurde in den USA erstmals „life, liberty and pursuit of happiness“ gefordert und daraus ein politisches Widerstandsrecht abgeleitet. Ähnliches steht im Artikel 20 des Grundgesetzes: „**Gegen jeden, der es unternimmt, diese Ordnung zu beseitigen, haben alle Deutschen das Recht zum Widerstand, wenn andere Abhilfe nicht möglich ist.**“

Grundrechte sind zuerst mal Rechte für einzelne Menschen. Der Staat als solcher hat keine Grundrechte, er hat in der juristischen Theorie überwiegend Pflichten dem Bürger gegenüber. Die Bundesregierung darf beispielsweise nicht folgendermaßen argumentieren: die Steuereinnahmen sind unser durch das Grundrecht auf Eigentum geschützter Besitz, mit dem verschwindet nun das gesamte Kabinett in die Karibik oder auf die Kanalinseln. Das Finanzministerium kann auch nicht die im Grundgesetz geschützte Freiheit der Wohnortwahl für sich einklagen. Die staatliche Verwaltung als Gesamtheit hat ebenfalls die Grundrechte nicht, natürlich aber der einzelne Bürger, wenn er für sie arbeitet.

Was ist nun mit **Körperschaften des öffentlichen Rechts** wie den **Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)**? Die gängige Rechtsprechung sagt bisher noch: Körperschaften des öffentlichen Rechts haben keine Grundrechte. Dazu im Widerspruch steht die schon immer allgemein anerkannte Tatsache, daß der öffentlich-rechtliche Rundfunk, die staatlichen Universitäten und die großen Kirchen die Grundrechte genießen. Für uns Ärzte ist diese Frage sehr wichtig: wenn nämlich die KVen keine Grundrechte haben, können sie z.B. jederzeit von der Regierung aufgelöst und ihr Eigentum eingezogen werden. So etwas ist bekanntlich dem früher mächtigen Bundesgesundheitsamt passiert - eine der wenigen Behörden, die aufgelöst wurde. Wenn die KVen staatliche Verwaltung darstellen würden, wären sie so etwas wie Behörden und damit natürlich völlig weisungsgebunden.

Aber: nicht jede Körperschaft des öffentlichen Rechts hat überwiegend öffentliche Aufgaben - z.B. die Kirchen. Der demokratische Rechtsstaat unterstützt die freie Religionsausübung, aber es handelt sich nicht um eine staatliche Aufgabe. Wenn nun eine solche Körperschaft öffentliche Aufgaben übernimmt - wird sie dann selbst zur Staatsverwaltung? Wird die katholische Kirche zur staatlichen Behörde, nur weil eins ihrer Klöster eine Klinik betreibt??

Warum sollte dann die KV wegen der Erfüllung öffentlicher Aufgaben zur Staatsverwaltung, zur Behörde mutieren??? Diese Argumentation sieht der Arzt, der vielleicht öfters als andere Berufsgruppen seinen gesunden Menschenverstand zum Einschätzen komplexer Sachverhalte benutzen muß, möglicherweise als Haarspalterei an. Aber wenn die KVen keine unmittelbare Staatsverwaltung und somit keine staatlichen Behörden sind, dann sind sie etwas Privates! Und zwar ein privater **Zusammenschluß der von ihnen vertretenen privaten Bürger, der Ärzte, die ihrem privaten Lebensunterhalt nachgehen**, auch wenn sie dabei gelegentlich eine öffentliche Aufgabe erfüllen und den Staat unterstützen, und auch wenn die rechtliche Form dieses Zusammenschlusses staatlich vorgegeben ist. Dieser Zusammenschluss der Privatbürger Ärzte hat Grundrechte genauso wie die einzelnen Mitglieder, die die KV erst konstituieren. Damit kann die KV nicht ohne weiteres aufgelöst werden, ihr Eigentum ist Eigentum der Kassen- und Vertragsärzte, die es aus ihrem Honorar finanzieren haben.

Und damit hat die KV den Schutz des Artikels 9, Absatz 3 des Grundgesetzes, der da lautet: **„Das Recht, zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen Vereinigungen zu bilden, ist für jedermann und für alle Berufe gewährleistet. Abreden, die dieses Recht einschränken oder zu behindern suchen, sind nichtig, hierauf gerichtete Maßnahmen rechtswidrig.“** Dieser Artikel der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland formuliert also ein Streikrecht für alle Berufe! Viele Bürger unseres Landes, besonders Kassenmitarbeiter, lesen an dieser Stelle gerne einen Text, der einfach nicht da steht: „Alle außer den Ärzten dürfen streiken!“ Vielmehr steht im Grundgesetz: **Kassenärzte, Piloten und Fluglotsen haben die gleichen Rechte!**

Teil 2: Kassenärzte und Streikrecht

Im ersten Teil dieser Serie haben wir den Artikel 9, Absatz 3 des Grundgesetzes erwähnt. Er lautet: **„Das Recht, zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen Vereinigungen zu bilden, ist für jedermann und für alle Berufe gewährleistet. Abreden, die dieses Recht einschränken oder zu behindern suchen, sind nichtig, hierauf gerichtete Maßnahmen rechtswidrig.“** Dieser Artikel in der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland sichert unter anderem die Existenzberechtigung der Gewerkschaften. Die deutsche Arbeiterbewegung und die Sozialdemokratie sehen darin – wie ich meine, völlig zu Recht - den Erfolg eines über 100 Jahre währenden Kampfes um faire Behandlung der abhängig arbeitenden Bevölkerung. Können nun wir Ärzte von einer sozialdemokratischen Bundesregierung Sympathie für ärztliche, gewerkschaftsähnliche Kampfmaßnahmen für faire Arbeitsbedingungen erwarten?

Dem steht interessanterweise der §95b aus dem Sozialgesetzbuch (SGB V) entgegen. Auszugsweise und gekürzt steht dort als mutmaßlicher Wille des Volkes formuliert:

„(1) Mit den Pflichten eines Vertragsarztes ist es nicht vereinbar, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten.

(2) Verzichteten Vertragsärzte ... (aufeinander abgestimmt)... auf ihre Zulassung als Vertragsarzt und kommt es aus diesem Grunde zur Feststellung der Aufsichtsbehörde nach §72a Abs. 1 (Sicherstellung nicht mehr gewährleistet), kann eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung erteilt werden.“

Wussten Sie das? Haben Sie jetzt noch Lust auf Ärztestreik oder auf gemeinsames Zurückgeben der Kassenzulassung? Glauben Sie, daß Ihre Patienten das wirklich so wollen, wie es im Gesetz steht? Juristisch ausgefuchsterweise wird mit dem Mittel des Sozialgesetzbuches ja nicht nur versucht, praktisch jede Aktion von Ärzten unmöglich zu machen, die gemeinsam Mitglied eines kämpferischen Verbundes wie **Medi-B** sind, sondern darüber hinaus alle weitergehenden gemeinschaftlichen Aktionen, selbst wenn die beteiligten Ärzte gar nicht in einem Verband organisiert sind!

Dazu ist viel zu sagen. Mir persönlich leuchtet am meisten die Äußerung von Prof. Schachtschneider ein, im oben zitierten Paragraphen finde sich „der Sache nach eine **wirtschaftliche Kampfmaßnahme des Staates**, welche nicht schon durch das Interesse an der

Sicherstellung der Gesetzlichen Krankenversicherung gerechtfertigt ist“. Schließlich kann die Krankenversorgung auf vielerlei Art anders gesichert werden – am besten nach meinen Erfahrungen aus der Praxis durch ein System der Kostenerstattung auf privater Basis. Die von interessierten Kreisen geäußerte Befürchtung, die Ärzte würden dann maximale Honorare verlangen, stammt aus Zeiten der völligen Intransparenz des Gesundheitsmarktes. Welcher denkende Arzt will denn seine Patienten finanziell ausbluten lassen? Hoch gegriffene Honorarforderungen bei der Privatrechnung entstehen doch dann, wenn die Versorgung der Kassenpatienten so billig zu leisten ist, daß sie durch höhere Privateinnahmen subventioniert werden **muss**.

Juristisch gesehen ist ein Streik die planmäßige Nichterfüllung eines Vertrages über Erbringung einer Arbeitsleistung. Und das Recht dazu haben die Bürger demokratischer Rechtsstaaten – in Deutschland laut Artikel 9, Absatz 3 GG. Juristenbürden uns Ärzten in diesem Zusammenhang den netten Ausdruck „ärztliche Liebespflicht“ auf. Wenn aber die Patienten keinen medizinischen Schaden dadurch erleiden können, daß Ärzte gemeinsam für akzeptable Arbeitsbedingungen aufstehen – dann ist das faktische Verbot solcher Maßnahmen unverhältnismäßig und grundrechtswidrig. Dies gilt erst recht, wenn Ärzte als Sachwalter der Patienten für Therapiefreiheit und gegen Verschlechterungen der Medikamentenversorgung kämpfen.

Teil 3: Kassenhonorar und Beitragsatzstabilität

Im ersten Teil dieser Serie ging es um die Grundrechtsfähigkeit der KVen, im zweiten um das Streikrecht der Kassenärzte. Nunmehr wagen wir uns in die Höhle des Löwen: die Beitragsatzstabilität wird von Politikern aller Richtungen als höchstes aller Güter wie eine heilige Kuh behandelt – und natürlich sind gerne „die“ Ärzte die bösen Verursacher. Für die Verhandlungen der KVen mit den Kassenverbänden ist – bisher – der §141 Abs. 2 des Sozialgesetzbuches (SB V) grundlegend: demzufolge müssen *„Beitragsatzerhöhungen vermieden werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragsatzerhöhung nicht zu gewährleisten.“* Eine Reihe weiterer Paragraphen wiederholt diese Forderung. Die „Aufsichtsbehörden“ – also die Landessozialministerien und das von allen Ärzten geliebte Bundesgesundheitsministerium – können anders lautende Vereinbarungen „beanstanden“ und entsprechende „beitragsatzstabile“ Verträge erzwingen.

Vergleichen wir die Situation der Kassenärzte mit der anderer organisierter berufstätiger Gruppen, die gemeinsam durch gewählte Vertreter über ihr Einkommen verhandeln, dann fallen doch einige Unterschiede auf: den Gewerkschaften wird in diesem unserem Lande selbstverständlich die Tarifautonomie gewährt. Das heißt, alle Lohnabschlüsse sind Verhandlungssache, unterliegen der durch unsere Verfassung garantierten Vertragsfreiheit und werden nicht vom Staat diktiert. Merke: jeder Deutsche darf völlig frei Verträge abschließen, solange er damit nicht Gesetze oder Rechte anderer verletzt. Dies folgt unter anderem auch aus Artikel 9 Abs. 3 des Grundgesetzes, den wir im vorigen Artikel dieser Serie zitiert haben.

Genauso ist jeder Deutsche frei, einen Vertrag nicht abzuschließen – dazu kann keiner gezwungen werden! Würden die KVen dagegen keinen Verlängerungsvertrag mit den Kassen abschließen, so gälte der alte zwangsweise weiter. Wir Kassenärzte haben also nicht das Druckmittel, einfach keinen Vertrag abzuschließen. Wie kommt es nun, daß die deutschen Gesetzgeber und Richter die Kassenärzte und ihre Vertretung bisher vom Grundrechtsge-schenk dieser freien Tarifaushandlungsrechte ausnehmen??

Prof. Schachtschneider widerlegt wirklich so viele dafür bisher ins Feld geführten Rechtfertigungen, so dass es mir als Arzt völlig unverständlich ist, dass so ein Gesetz verabschiedet bzw. so ärztefeindlich ausgelegt werden konnte. Die einzige Erklärung für die traurige Realität der Kassenhonorare ist wohl, daß die Ärzte ein so **zerstrittener Haufen von Einzelgängern** und aufgesplitterten Verbänden sind, daß man sie höheren Orts als Verhandlungspartner einfach nicht ernst nimmt.

Möglich wäre als Argument gegen eine Tarifaautonomie der Kassenärzte, der Staat müsse regelnd eingreifen, um den **schwächeren Vertragspartner zu schützen**. Wer aber ist hier der schwächere?? Es gibt keinen Hinweis darauf, daß die deutschen Krankenkassen die schwächeren sind. (Der Randgruppe der Kassengeschäftsführer wird ein Jahresgehalt von 125000 € (!) nachgesagt.) Wer könnte dann der schwächere Partner sein? Vielleicht die Gruppe, deren Realeinkommen im Durchschnitt gesunken ist?

Ein anderer Grund für staatliches Eingreifen in die Freiheit und Privatheit einer Tarifaus-einandersetzung könnte darin bestehen, dass Interessen der Allgemeinheit geschützt werden müssen. Es ist sicher nicht legitim, daß Sozialpolitik als Wahlkampfmittel mißbraucht wird. Die Interessen der Parteien zählen juristisch verständlicherweise nicht als übergeordnetes Gemeinwohl. In diesem Zusammenhang äußert der Verfassungsjurist Prof. Schacht-schneider eine lesenswerte, harsche Kritik am „Parteienstaat“.

Wirklich zu überlegen wäre aber, ob der Schutz der Gesundheit und eines für die Allge-meinheit bezahlbaren Gesundheitswesens die Rechtfertigung sein könnte, die an sich geschützte Tarifaautonomie in diesem Sonderfall anzutasten. Das mit letzterer konkurrierende Grundrecht ist im ersten Satz von Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes fixiert: **„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“** Die Sicherung der finan-ziellen Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung ist somit sicher eine Gemeinwohl-aufgabe. Es gibt aber keinen Beweis dafür, dass die aus freien Verhandlungen resultieren-den Beitragssätze das gesamtwirtschaftliche Gleichgewicht stören würden. Der Grundsatz eines angemessenen Arzthonorars ist leider nur an einer Stelle im Sozialgesetzbuch erwähnt und spielt in der Rechtsprechung und den Honorarverhandlungen eine unterge-ordnete Rolle. Dies verletzt ganz klar den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Es gibt – so das hier mehrfach zitierte Verfassungsrechtsgutachten der Vertragsärztlichen Vereinigun-gen – **„keinen verfassungslegitimen Grund, die Vergütungen .. der Vertragsärzte-schaft zu knebeln, um die .. Gehälter .. der Patientenschaft zu begünstigen, auch und schon gar nicht, um zugunsten der Unternehmer die Arbeitskosten zu begrenzen.“**

Teil 4: Altersgrenze für Kassenärzte und Berufsfreiheit

Alle Kassenärzte verlieren mit 68 automatisch ihre Zulassung zum Ende des Kalenderjahres. Eine Ausnahme gibt es nur im Rahmen der Übergangsregelung für die Ärzte, die zu diesem Zeitpunkt keine 20 Jahre als Kassenarzt tätig waren. Als dieser § 95 Abs. 7 herauskam, war allen Ärzten klar, dass dies eine gravierende Einschränkung darstellt, die zumindest dem naiven Rechtsempfinden der Ärzte widerspricht. Wie kommt es nun, dass in diesem Fall die Rechtsprechung vom Gefühl im Bauch so weit abweicht?

Das Bundesverfassungsgericht hat sich tatsächlich schon Gedanken zum Artikel 12, Absatz 1 des Grundgesetzes gemacht. Dort steht: **„Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden.“** Eine Beschränkung dieses und anderer Grundrechte darf laut Bundesverfassungsgericht nur dann in Betracht gezogen werden, wenn nach Abwägung der Verhältnismäßigkeit übergeordnete Werte der Gemeinschaft ernsthaft bedroht sind.

Das Bundesverfassungsgericht gibt zu, dass eine Altersgrenze eine Einschränkung der garantierten Berufsfreiheit darstellt! Schließlich kann keiner sein Alter beeinflussen. Außerdem wird ein vielleicht langjähriges Vertrauensverhältnis gestört. Für viele Ärzte ist ihr Beruf eine Berufung. Viele ältere Patienten müssen aufgrund dieser Bestimmung des §95 SGB V ihre freie Arztwahl zwangsweise ändern und im Alter einen oft unentbehrlichen langjährigen, vertrauten Begleiter aufgeben.

Die „Verhältnismäßigkeit“ sieht das Bundesverfassungsgericht in der Lebenserfahrung. Prof. Schachtschneider zitiert das Gericht mit der reichlich pauschalen Behauptung, dass „die Gefahr einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit auch heute noch mit zunehmendem Alter größer“ werde. Dem widerspricht die Beobachtung, dass Ärzte im Laufe vieler Berufsjahre an Routine und Wissen gewinnen. Außerdem ist gerade der Arztberuf schon dermaßen mit Sanktionen aller Art abgedeckt, daß die zusätzliche Altersgrenze für die Patienten keinerlei zusätzliche Sicherheit mehr darstellt. Es ist auch recht unwahrscheinlich, dass gerade am 31. Dezember des 68. Lebensjahres die berufliche Leistung so nachlässt, dass man als Arzt unzumutbar wird.

An anderer Stelle des Gutachtens für die Vertragsärztliche Vereinigung ist ausgeführt, dass die Zulassungsbeschränkungen für Kassenärzte ebenfalls rechtswidrig sind. Aus praktisch denselben Gründen ist auch die Altersgrenze verfassungswidrig, nur gibt es leider schon eine Entscheidung der Verfassungsrichter für eine Beschränkung der Zahl der Kassenärzte!

Das Bundesverfassungsgericht hat sogar schon festgelegt, dass Privatpatienten weniger schutzbedürftig sind als Kassenpatienten. Entgegen der landläufigen Vorstellung, dass Privatpatienten eine intensivere und anspruchsvollere Betreuung fordern, stellt das Bundesverfassungsgericht gerade heraus, wie anspruchsvoll die Tätigkeit des Kassenarztes sei. Vielleicht bezieht sich dies auch auf die Unzahl ständig neu erlassener Vorschriften? Oder könnte es sein, dass ältere Kassenärzte im Verdacht stehen, sich weniger für kassenärztli-

che Vorschriften zu interessieren – vielleicht, weil sie schon aus Erfahrung wissen, dass diese immer nur für 1-2 Jahre gültig bleiben??

Festzuhalten bleibt, dass eine einmal getroffene Feststellung des Bundesverfassungsgerichtes nach aller Erfahrung äußerst selten vollständig korrigiert wird. Gegen den § 95 einzeln anzugehen, ist also wenig erfolgversprechend. Dieser Paragraph wird also erst mit der Aufhebung des gesamten V. Sozialgesetzbuches verschwinden. Damit bleibt uns Ärzten derzeit nur übrig, gegenüber Patienten und in der Öffentlichkeit darauf hinzuweisen, dass Politiker und Abgeordnete mit dem Alter zunehmend Aufgaben übernehmen und ihr Alter als Wachstum an Weisheit, Kompetenz, Ehrlichkeit, Unbestechlichkeit und Überblick interpretiert wird. Dieselbe Einschätzung wünschen wir für uns Ärzte.

Teil 5: Sachleistungsprinzip und Wirtschaftlichkeit

Mit Sachleistungsprinzip – manchmal sagt man auch „Naturalleistungsprinzip“ - ist gemeint, dass die Krankenkassen den Versicherten ärztliche und andere Leistungen direkt zugänglich machen, ohne dass der Patient das dabei fließende Geld selbst in die Hand bekommt. Viele Probleme der Wirtschaftlichkeitsprüfung, der Abrechnungskontrolle oder des Sinnes von Leistungsausweitungen wären sehr einfach lösbar, wenn nicht immer wieder dieser Grundsatz der Sachleistung als wesensbestimmendes, wertvolles und schützenswertes Merkmal unseres Krankenversicherungssystems im Vordergrund stünde. Grundrechte der Ärzte und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) werden mit Hinweis auf das höherwertige Gut des Sachleistungsprinzips beschränkt. Ist dieser Vorrang des Sachleistungssystems aber wirklich von unserer Verfassung gedeckt?

Da die privaten Krankenversicherungen eine florierende Branche mit guter Versorgung der Versicherten darstellen, kann keiner behaupten, die Menschen könnten nicht auch mit einem Erstattungssystem versorgt werden. Es spricht vielmehr alles dafür, dass das Sachleistungssystem für die Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mitverantwortlich ist. Schließlich weiß der Patient nicht, welche Kosten er verursacht, und kann sich daher nicht wirtschaftlich verhalten! Ihm wird die Möglichkeit weitgehend genommen, als eigenverantwortlicher Bürger die Kosten seiner Behandlung in seine Entscheidungsfindung einzubeziehen. Auch nimmt ihm unser Staat heute jede Entscheidung für viel oder wenig gesundheitliche Risikoabsicherung ab. Damit verstößt er aber gegen die Freiheitsgrundsätze des deutschen Grundgesetzes, das vom Anspruch auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit geprägt ist.

Im Zuge der europäischen Angleichung wird dieser Komplex wieder ins Blickfeld geraten. Das europäische Gemeinschaftsrecht besteht überall auf freiem Wettbewerb und offener Marktwirtschaft. Die entsprechende Rechtsprechung hat sich schon mehrfach gegen einen Vorrang überkommener Systeme über den Grundsatz der primär privaten Lebensbewältigung ausgesprochen.

Allerdings hat das Bundessozialgericht in früheren Jahren hierzu geäußert (zit. n. Schacht-schneider-Gutachten f. d. Vertragsärztliche Vereinigung, S.18):

„Nur das Sachleistungsprinzip stellt sicher, dass alle Krankenkassenpatienten hinreichend ärztlich betreut werden. Wenn die Krankenkassen die Beschaffung der ärztlichen Leistung ihren Mitgliedern überließe und lediglich die Behandlungskosten übernehme, könnte der Fall eintreten, dass die Versicherten, die nicht über hinreichende finanzielle Mittel verfügen, aus diesem Grunde von der Inanspruchnahme versicherungsmäßiger Leistungen Abstand nähmen.“

Eine superintelligente Argumentation, aber falsch. Das Sachleistungssystem in dieser Auslegung ist auf unmündige Bürger und sozial Schwache abgestimmt. Für diese kleinere Gruppe wären leicht Sonderregelungen denkbar, die das Problem der Vorfinanzierung besonders hoher Rechnungen lösen. Für die Bürger, die in der Mehrheit vernunftbegabt und eigenverantwortlich handeln sollen und wollen, gilt sicher, dass sie sich lieber selbst die richtige Behandlung suchen, als sich diese vorschreiben zu lassen. Die Menschenwürde und die Freiheitsrechte der Bürger laut Art. 2 des Grundgesetzes haben also Vorrang vor der geringen Möglichkeit, dass Einzelne unterversorgt blieben. Die Realität unseres Systems zeigt eine Überversorgung mit ungebremst konsumierten und konsumierbaren Leistungen und einen Mangel an Selbstverantwortung und Compliance der Patienten. Die privat versicherten Bürger dagegen verhalten sich kosten- und gesundheitsbewusster.

Eine Rückkehr zum Kostenerstattungssystem ist auch nicht verboten durch einen Rechtsanspruch der Kassenpatienten auf Besitzstandswahrung. Die wertgleiche Umwandlung entzieht dem Bürger kein Eigentum, auf das er Anspruch hätte.

Zusammenfassend halten wir fest: das Sachleistungssystem widerspricht der Menschenwürde und muss – wie von der Vertragsärztlichen Vereinigung schon lange gefordert – gegen ein Erstattungssystem ausgetauscht werden!

Teil 6: Zulassungsbeschränkungen und Berufsfreiheit

Arzt und Patient haben in Deutschland bis 1883 das Honorar frei ausgehandelt. Damals erließ die Bismarck-Regierung das Krankenversicherungsgesetz und zwang die Krankenkassen, für ein ärztliches Behandlungsangebot zu sorgen. Nach langwierigen Verhandlungen zwischen den damals aktiven ärztlichen Kampfverbänden und den Krankenkassen haben die Kassen erst im Jahre 1913 ihren Anspruch aufgegeben, einseitig Kassenärzte auszuwählen und zuzulassen. Die Zeiten der einseitigen Übermacht der Krankenkassen brechen nun wieder an.

In diesem Zusammenhang benutzen Kassenvertreter und Politiker gerne das noch nie bewiesene Argument, die Arztlzahl würde das Honoraraufkommen steigern – also die Ärzte selbst als „Anbieter“ und nicht ihre Patienten die Nachfrage induzieren. Nur logisch, dass dann Zahl und Einfluß der Praxen möglichst klein gehalten werden soll! Anstatt dem „Wachstumsmarkt Gesundheit“ Geld zuzuführen, versuchen Kassen und Politiker, die Ärzte und ihr Honorar klein und unter Kontrolle zu halten. Letztlich schaden sie sich damit selber und gefährden die Volksgesundheit.

Zulassungsbeschränkungen sind kein nachgewiesenes effektives und logisches Mittel, um wirtschaftliche Behandlungsweise zu garantieren, und damit schon einmal fragwürdig. Dagegen steht das hohe Grundrecht der Berufsfreiheit aus Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes. Beschränkungen dieses Grundrechts dürfen nach langjähriger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur vom Gesetzgeber getroffen werden und nicht „untergesetzlichen Entscheidungsträgern“ überlassen bleiben. Dies umso mehr, je mehr eine auf Dauer angelegte Lebensentscheidung des Einzelnen beeinträchtigt wird. Genau dagegen wird durch die Zulassungsbeschränkungen aus der Feder der „Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen“ systematisch verstoßen.

Die Volksgesundheit muss laut Artikel 2, Absatz 2 des Grundgesetzes (GG) geschützt werden: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ Artikel 11 GG dagegen schützt die Niederlassungsfreiheit, die zu einer ungleichmäßigen Verteilung der Praxen führen kann: „Alle Deutschen genießen Freizügigkeit im ganzen Bundesgebiet.“ Daher Prof. Schachtschneider im genannten Gutachten für die Vertragsärztliche Vereinigung: „Kein Arzt darf gezwungen werden, sich in einem bestimmten Gebiet niederzulassen, was auch bedeuten würde, dass er dort seinen Wohnsitz nehmen müsste.“ Die letztere Einschränkung – dass ein Arzt dort leben muß, wo er arbeitet – ist fachlich geboten und kann einleuchtenderweise nicht als ungerechtfertigte Beschränkung der freien Wohnortwahl gewertet werden.

Die Forderungen aus Artikel 2 und Artikel 11 zusammen mit dem Artikel 12 über die Berufsfreiheit unter einen Hut zu bringen, ist unbestreitbar eine verantwortungsvolle staatliche Aufgabe. Wenn sich eine Gefährdung der Volksgesundheit aus einer ungleichmäßigen Versorgungsdichte ergeben würde, müsste der Staat zuerst positiv mit Förderungsmaßnahmen eingreifen. Erst, wenn dies nicht ausreichen sollte, dürfte durch Einschränkungen der Niederlassungsfreiheit eingegriffen werden. Der Staat ist verpflichtet, seinen Regelungsaufgaben immer zuerst mittels der Grundrechte möglichst wenig einschränkender Maßnahmen nachzukommen. Die derzeitige Regelung der Bedarfsplanung hält sich nicht an diese verfassungsrechtlich gebotene Vorgabe.

Ganz besonders werden die genannten Grundrechte aber durch die derzeitige Regelung einer Zulassung nach Verhältniszahlen und die Höchstgrenze für die Kassenarztsitze beeinträchtigt. Die jahrelange Ausbildung kann vollständig entwertet sein, wenn ein Arzt gar keine Kassenzulassung bekommt. Durch persönliche Leistung oder Bemühung hat der Arzt hierbei keinerlei Einflußmöglichkeit. Eine übermäßige Arztlzahl in einer Region würde sich durch marktwirtschaftliche Prozesse von selbst ausgleichen. Es gibt keinerlei Hinweis darauf, daß eine zu reichliche Versorgung mit Ärzten der Volksgesundheit schaden würde. Unsere soziale Marktwirtschaft setzt in allen anderen Bereichen auch nicht auf Planwirtschaft – warum also bei den Ärzten? Es wird Zeit, daß auch in diesem Bereich der Geist unserer Verfassung sich wieder durchsetzt!

Was will die Vertragsärztliche Bundesvereinigung

Symposium der Vertragsärztlichen Bundesvereinigung, Berlin 22. und 23. März 2002

Transparenz im Gesundheitswesen

Kostenerstattungssystem (wie in der KfZ-Haftpflicht)

Weg mit der überbordenden, fachlich unkompetenten Bürokratie

Freie Ärzte in freien Praxen als Partner mündiger Patienten

„Der Kampf um die ärztliche Qualität ist ein Rückzugsgefecht der ärztlichen Selbstverwaltung: Das Heilen wird auf eine erbärmliche, auch noch reduzierte Vorstellung einer Evidence based medicine zurechtgestutzt; die DMP sind der geronnene Ausdruck dieses Missverständnisses. Durch Verknüpfung mit ökonomischen Interessen vorwiegend der Krankenkassen wird das ärztliche Tun zunehmend reguliert und bürokratisch deformiert – und auch noch von Ärzten, die selbst zu solchen Bürokratismen neigen, vorangetrieben“

Zitat von Ekkehard Ruebsam-Simon,
aus DÄ 43/2002

Heft 1

Thema:

Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Autor: Dr. Arnold Cremer

DOKUMENTE DER FREIHEIT

Heft 2

Themen:

Die realexistierende Bundesrepublik in ihrer Sozialpolitik –

Die Grenzen des Sozialstaates

Autor: Prof. K. E. Scheuch

Ärzte – hilflose Objekte der Gesundheitspolitik

Autor: Dr. St. Ikonmidis

DOKUMENTE DER FREIHEIT

Heft 3

Themen u. a.

Die Erosion des Freiheitsbegriffs

Autor: Raimund August

Der freie Arztberuf: Privileg oder Bürde

Autor: Prof. Dr. med. Ernst-Eberhard Weinhold

Freiheit, die ich meine

Autor: Reg. Dir. Dipl. Psych. Eckhard Philipzig

Grundrechtliche Aspekte der ärztlichen Selbstverwaltung

Autor: Prof. Dr. jur. Karl A. Schachtschneider

Ärzte, seid ihr von allen guten Geistern verlassen?

Autor: Stephan Leber

DOKUMENTE DER FREIHEIT

Heft 4

Thema:

Die freien Berufe in Deutschland und Europa
unter besonderer Berücksichtigung der Heilberufe

Autor: Dr. Rainer Wasilewski

DOKUMENTE DER FREIHEIT

Heft 5

Themen:

Vorstellungen der Parteien über die Gesundheitspolitik in der Zukunft

Autoren: Detlev Parr und Wolfgang Zöllner

Symposium der Vertragsärztlichen Bundesvereinigung in Berlin,

22. und 23. März 20002

Zukunft des Gesundheitswesens

Autor: Wilfried Beckmann

Der Patient – Mittelpunkt eines reformierten Gesundheitssystems

Autor: Ernst Bergemann

Geld, Markt und Gesundheitswesen

Autor: Wilhelm Hankel

Die Arzthelferin als wichtigstes Bindeglied zwischen Patient und Arzt

Autor: Bärbel Keim-Meermann

Partnerschaft und Gesundheit – ein grundlegendes Patientenbedürfnis

Autor: Eva Märtson

Im Zentrum kontroverser Diskussionen: Pharmaindustrie und Gesundheitswesen

Autor: Ulrich Vorderwülbecke

Sozialgesetzbuch, EBM, Kassenabrechnung – im Widerspruch zum Grundgesetz?

Autor: R. Machens

